

福祉サービス第三者評価結果報告書【令和6年度】

年 月 日

東京都福祉サービス評価推進機構
公益財団法人 東京都福祉保健財団理事長 殿

〒 202-0021

所在地 東京都西東京市東伏見3-5-36-101

評価機関名 有限会社 TCP

認証評価機関番号 機構 06 - 166
電話番号 042-452-8021
代表者氏名 鈴木 純平

印

以下のとおり評価を行いましたので報告します。

評価者氏名・担当分野・評価者養成講習修了者番号	評価者氏名		担当分野	修了者番号	
	①	小野崎 透	福祉	H1601088	
	②	楠原 賢二	福祉	H2101056	
	③	小野瀬 由一	経営	H0305057	
	④				
	⑤				
	⑥				
福祉サービス種別	通所介護【デイサービス】				
評価対象事業所名称	港区立南麻布高齢者在宅サービスセンター			指定番号	1370304600
事業所連絡先	〒	106-0047			
	所在地	東京都港区南麻布一丁目5番26号			
	TEL	03-5232-9672			
事業所代表者氏名	所長 小寺 政明				
契約日	2024 年 6 月 27 日				
利用者調査票配付日(実施日)	2024 年 10 月 1 日				
利用者調査結果報告日	2024 年 12 月 22 日				
自己評価の調査票配付日	2024 年 10 月 1 日				
自己評価結果報告日	2024 年 12 月 22 日				
訪問調査日	2024 年 12 月 24 日				
評価合議日	2025 年 2 月 14 日				
コメント (利用者調査・事業評価の工夫点、補助者・専門家等の活用、第三者性確保のための措置などを記入)	事前説明には、評価の理解を深めて頂く為、評価の全体像や具体例を用いたわかりやすい資料を作成し、職員への周知を図りました。事業評価においては、自己評価の事実確認に徹し、第三者性の担保に配慮しました。また、利用者調査および事業評価の集計結果には、独自開発による集計シートを用い、グラフ・表によってできる限りわかりやすくとりまとめを行いました。				

評価機関から上記及び別紙の評価結果を含む評価結果報告書を受け取りました。
本報告書の内容のうち、
● 機構が定める部分を公表することに同意します。
○ 別添の理由書により、一部について、公表に同意しません。
○ 別添の理由書により、公表には同意しません。

年 月 日

事業者代表者氏名 印

1	理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）
	事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述 （関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定） 1)「ささえます まめに優しくあたたかく」のキャッチフレーズに基づいた利用者・家族への支援を行います 2) 経営改善のための具体的な対策を実施し、経営基盤の充実に努めます 3) 行政・関係機関と連携しながら、法令遵守を旨とした適正な事業運営を行います 4) 会議やミーティングを効果的に実施し、経営層と現場の連携を図ります 5) 高齢者サービスの拠点施設としての役割りを認識し、健全な運営に努めます
2	期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）
	（1）職員に求めている人材像や役割 ・自身の役割を認識し、常にスキルアップを目指す ・情報共有に努め、自身の意見・考えを持って行動する ・誠実さと尊厳を大切に利用者へ接する
	（2）職員に期待すること（職員に持って欲しい使命感） ・自身のスキルアップがサービスの質の向上につながる ・より多くの利用者の獲得に努め、施設経営の安定的運営に寄与できる ・常に丁寧な対応を心がけ、そのことが良質なサービス提供につながることを理解する

調査対象

利用登録者で調査票配布時に当事業所を利用している62名を対象とし、37名より回答が得られた。

調査方法

調査方法はアンケート方式で、第三者性を確保するため、郵送による回収を実施した。回答者が特定されないように、評価機関の返信用封筒を使用し、提出時には匿名で提出して頂くよう配慮した。

利用者総数

62

共通評価項目による調査対象者数

62

0

62

共通評価項目による調査の有効回答者数

37

0

37

利用者総数に対する回答者割合(%)

59.7

0.0

59.7

利用者調査全体のコメント

「現在利用しているデイサービスを総合的にみて、どのように感じていらっしゃいますか」との質問に対して、「大変満足」43.2%、「満足」32.4%、を全て足すと75.6%の回答率となっており、利用者の満足度が高い状況が伺われる。個別の項目についても「はい」と回答している結果が多く、満足している状況が伺えた。

利用者調査結果

共通評価項目	実数			
コメント	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
1. 利用時の過ごし方は、個人のペースに合っているか	29	6	0	2
この項目では、29人が「はい」と答え、全体の78.4%を占め、「どちらともいえない」が16.2%、「いいえ」が0.0%という結果であった。また、自由記入の結果では、記述が少なく、特に傾向はみられなかった。				
2. 日常生活で必要な介助を受けているか	36	0	1	0
この項目では、36人が「はい」と答え、全体の97.3%を占め、「どちらともいえない」が0.0%、「いいえ」が2.7%という結果であった。また、自由記入の結果では、十分すぎるほど、ありがたく思っていますなどの声が聞かれた。				

3. 利用中に興味・関心が持てる行事や活動があるか	18	12	3	4
この項目では、18人が「はい」と答え、全体の48.6%を占め、「どちらともいえない」が32.4%、「いいえ」が8.1%という結果であった。また、自由記入の結果では、お誕生食やお祭り、昭和の謡の会など等楽しみにしていますとの声が聞かれた。				
4. 個別の計画に基づいた事業所での活動・機能訓練(体操や運動など)は、在宅生活の継続に役立つか	26	8	1	2
この項目では、26人が「はい」と答え、全体の70.3%を占め、「どちらともいえない」が21.6%、「いいえ」が2.7%という結果であった。また、自由記入の結果では、人暮らしなので十役立っていると思っておりますなどの声が聞かれた。				
5. 職員から適切な情報提供・アドバイスを受けているか	27	7	0	3
この項目では、27人が「はい」と答え、全体の73.0%を占め、「どちらともいえない」が18.9%、「いいえ」が0.0%という結果であった。また、自由記入の結果では、記述が少なく、特に傾向はみられなかった。				
6. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	30	3	0	4
この項目では、37人が「はい」と答え、全体の81.1%を占め、「どちらともいえない」が8.1%、「いいえ」が0.0%という結果であった。また、自由記入の結果では、いつも大変キレイですなどの声が聞かれました。				
7. 職員の接遇・態度は適切か	33	1	1	2
この項目では、33人が「はい」と答え、全体の89.2%を占め、「どちらともいえない」が2.7%、「いいえ」が2.7%という結果であった。また、自由記入の結果では、慣れてきてユーモアもあり、不快になることは一切ありませんなどの声が聞かれた。				
8. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	29	2	0	6
この項目では、29人が「はい」と答え、全体の78.4%を占め、「どちらともいえない」が5.4%、「いいえ」が0.0%という結果であった。また、自由記入の結果では、見ていると処置や対応が早くとても素晴らしいですなどの声が聞かれた。				
9. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	14	5	0	18
この項目では、14人が「はい」と答え、全体の37.8%を占め、「どちらともいえない」が13.5%、「いいえ」が0.0%という結果であった。また、自由記入の結果では、そんな事態は目にしたことも起きたこともありませんなどの声が聞かれた。				

10. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	32	3	0	2
この項目では、32人が「はい」と答え、全体の86.5%を占め、「どちらともいえない」が8.1%、「いいえ」が0.0%という結果であった。また、自由記入の結果では、記述が少なく、特に傾向はみられなかった。				
11. 利用者のプライバシーは守られているか	29	3	0	5
この項目では、29人が「はい」と答え、全体の78.4%を占め、「どちらともいえない」が8.1%、「いいえ」が0.0%という結果であった。また、自由記入の結果では、記述が少なく、特に傾向はみられなかった。				
12. 個別の計画作成時に、利用者や家族の状況や要望を聞かれているか	27	5	0	5
この項目では、27人が「はい」と答え、全体の73.0%を占め、「どちらともいえない」が13.5%、「いいえ」が0.0%という結果であった。また、自由記入の結果では、別に計画はありませんが、いつまでも現在の状態でお世話になっていたいと思っていますなどの声が聞かれた。				
13. サービス内容や計画に関する職員の説明はわかりやすいか	27	6	0	4
この項目では、27人が「はい」と答え、全体の73.0%を占め、「どちらともいえない」が16.2%、「いいえ」が0.0%という結果であった。また、自由記入の結果では、記述が少なく、特に傾向はみられなかった。				
14. 利用者の不満や要望は対応されているか	27	6	0	4
この項目では、27人が「はい」と答え、全体の73.0%を占め、「どちらともいえない」が16.2%、「いいえ」が0.0%という結果であった。また、自由記入の結果では、今、全く不満がありませんなどの声が聞かれた。				
15. 外部の苦情窓口（行政や第三者委員等）にも相談できることを伝えられているか	14	11	0	12
この項目では、14人が「はい」と答え、全体の37.8%を占め、「どちらともいえない」が29.7%、「いいえ」が0.0%という結果であった。また、自由記入の結果では、知りませんでしたが、今は困っていませんなどの声が聞かれた。				

I 組織マネジメント項目(カテゴリ1～5、7)

No.	共通評価項目	
	カテゴリ1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリ1(1-1)	
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 7/7
	評価項目1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を周知している 評点(〇〇)	
	評価	標準項目
	☒ あり ☐ なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている ☐非該当
	☒ あり ☐ なし	2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている ☐非該当
	評価項目2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている 評点(〇〇)	
	評価	標準項目
	☒ あり ☐ なし	1. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任を職員に伝えている ☐非該当
	☒ あり ☐ なし	2. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任に基づいて職員が取り組むべき方向性を提示し、リーダーシップを発揮している ☐非該当
	評価項目3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している 評点(〇〇〇)	
	評価	標準項目
	☒ あり ☐ なし	1. 重要な案件の検討や決定の手順があらかじめ決まっている ☐非該当
	☒ あり ☐ なし	2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している ☐非該当
	☒ あり ☐ なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている ☐非該当
	カテゴリ1の講評	
	施設の基本方針・キャッチフレーズ等は職員や利用者等に周知達成を図っている 施設では、キャッチフレーズ「ささえます まめに優しくあたたかく」を廊下に掲示し職員がいつでも確認できるようにしていると共に、基本方針や法人キャッチフレーズが入った事業計画を年初の定例会で職員に説明し職員の理解が深まるように取り組んでいる。また、利用者や家族等に対しては、キャッチフレーズは配布物等に掲載し、事業計画や第三者評価報告書は施設廊下に配置し、理解が深まるように取り組んでいる。	
	経営層は自らの役割と責任を運営会議・定例会で表明しリーダーシップを発揮している□ 経営層は職員に対し、月1回開催される運営会議・定例会において、施設が目指す基本方針やキャッチフレーズの実現を図るための自らの役割と責任を分かりやすく伝えている。また、経営層は各役職と責任に基づき、運営会議・定例会を活用し職員が取り組むべき方向性を提示し、リーダーシップを発揮して業務遂行に取り組んでいる。加えて、職員自己評価では、「職員ミーティングを実施し、問題点を挙げて改善を図るようにしている」という職員コメントが挙げられている。	
	重要事項の意思決定は運営会議で行い、その決定経緯は職員・利用者等へ周知している 法人の最新情報や経営状況等に基づく重要な意思決定については、役職員に対し組織運営の中核である運営会議で諮問し、会議出席者の総意により決定している。また、重要な意思決定の決定経緯については、一般職員に対し月1回の定例会で伝えたと共に議事録の閲覧により周知徹底を図っている。さらに、利用者や家族に対しては、重要な案件の決定経緯について、必要に応じて「お知らせ」文書等で伝え透明性を担保している。	

2 カテゴリー2 事業所を取り巻く環境の把握・活用及び計画の策定と実行		
サブカテゴリー1(2-1) 事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 6/6		
評価項目1 事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している 評価点(000000)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向について情報を収集し、ニーズを把握している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 事業所運営に対する職員の意向を把握・検討している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 地域の福祉の現状について情報を収集し、ニーズを把握している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	4. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)について情報を収集し、課題やニーズを把握している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	5. 事業所の経営状況を把握・検討している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	6. 把握したニーズ等や検討内容を踏まえ、事業所として対応すべき課題を抽出している	☐ 非該当
サブカテゴリー2(2-2) 実践的な計画策定に取り組んでいる サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 5/5		
評価項目1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画及び単年度計画を策定している 評価点(000)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 課題をふまえ、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画を策定している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 中・長期計画をふまえた単年度計画を策定している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 策定している計画に合わせた予算編成を行っている	☐ 非該当
評価項目2 着実な計画の実行に取り組んでいる 評価点(00)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた、計画の推進方法(体制、職員の役割や活動内容など)、目指す目標、達成度合いを測る指標を明示している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる	☐ 非該当
カテゴリー2の講評 利用者や職員のニーズや地域の福祉ニーズ等に基づき対応すべき課題を抽出している 施設運営に関する利用者等の意向やニーズは、毎年実施の第三者評価利用者アンケートや施設独自のアンケート等で収集して確認している。また、職員の意向やニーズは、毎年実施の第三者評価の職員自己評価および所長面談の能力評価シートで把握している。さらに、地域福祉の現状やニーズは、所長が出席する区施設長会議で配布された資料等から収集して把握している。併せて、福祉業界全体の動向は行政等から提供される情報等で把握している。こうした取り組みで収集した情報は、月1回の運営会議で確認し、対応すべき課題を抽出している。 施設が目指すことの実現に向け課題を踏まえた中長期計画や単年度計画を策定している 当施設の区指定管理制度(現在は5年更新だが、令和9年度からは10年更新になる)導入に伴い策定した中長期5か年計画は、法人が作成した中期事業計画を踏まえ、これら計画実現のための課題解決を目指している。また、施設では、これら中長期計画を踏まえた単年度事業計画を策定し中長期5か年計画の実現を図っている。これら中長期計画や単年度計画では、区との指定管理者契約にのっとり予算化を行い、事業運営に必要な物品は区と間で毎年検討・協議を行ない、経済状況の変化に応じた計画実現を図っている。 運営会議等で目標達成度の確認や対策の見直しを行い事業計画の実現に取り組んでいる 施設の長中期事業計画や単年度事業計画では、目指す目標や達成度合いを測る指標として稼働率等を明示している。特に経営面では、単年度黒字化を実現するための稼働率等の目標も提示しており、令和6年度は目標稼働率86.7%、一日平均利用者数を26.8名、一日平均入浴者数を18名に設定している。また、単年度事業計画を推進するため、月1回の運営会議で稼働率実績や収支状況の報告・検討を行うと共に定例会で進捗状況を情報共有し、必要に応じて計画や対策の見直しを行いながら計画実現に取り組んでいる。		

3 経営における社会的責任		
サブカテゴリー1(3-1)		
社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 2/2
評価項目1 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知し、遵守されるよう取り組んでいる 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 全職員に対して、社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などを周知し、理解が深まるように取り組んでいる	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などが遵守されるよう取り組み、定期的に確認している。	☐ 非該当
サブカテゴリー2(3-2)		
利用者の権利擁護のために、組織的な取り組みを行っている		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 4/4
評価項目1 利用者の意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応する体制を整えている 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 利用者の意向(意見・要望・苦情)に対し、組織的に速やかに対応する仕組みがある	☐ 非該当
評価項目2 虐待に対し組織的な防止対策と対応をしている 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、虐待が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に防止対策を徹底している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 虐待を受けている疑いのある利用者の情報を得たときや、虐待の事実を把握した際には、組織として関係機関と連携しながら対応する体制を整えている	☐ 非該当
サブカテゴリー3(3-3)		
地域の福祉に役立つ取り組みを行っている		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 5/5
評価項目1 透明性を高め、地域との関係づくりに向けて取り組んでいる 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 透明性を高めるために、事業所の活動内容を開示するなど開かれた組織となるよう取り組んでいる	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. ボランティア、実習生及び見学・体験する小・中学生などの受け入れ体制を整備している	☐ 非該当
評価項目2 地域の福祉ニーズにもとづき、地域貢献の取り組みをしている 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 地域の福祉ニーズにもとづき、事業所の機能や専門性をいかした地域貢献の取り組みをしている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 事業所が地域の一員としての役割を果たすため、地域関係機関のネットワーク(事業者連絡会、施設長会など)に参画している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働できる体制を整えて、取り組んでいる	☐ 非該当

	カテゴリー3の講評
	職員が介護従事者として遵守すべき法・規範・倫理等を周知し法令遵守を図っている 施設の正職員の採用は法人本部で一括管理されている。採用時には、採用担当職員が正職員が守るべき法・規範・倫理等について、これらが掲載された就業規則により説明し理解を深めている。法人本部では、守るべき法・規範・倫理等のコンプライアンス力を高めるため、コンプライアンス研修を実施しており、コンプライアンス研修に参加した所長が講師となって職場内コンプライアンス研修を行い、職員の法令遵守の周知徹底を図っている。 利用者の意向把握や虐待防止について、迅速に対応する仕組みが整備されている 利用者の権利擁護の仕組みとして、意見箱、苦情処理制度や第三者相談員が利用できることを契約時に利用者等へ伝えている。利用者等からの相談に対しては、管理者が相談内容を「相談・要望・苦情対応記録」に残し速やかに対応する仕組みがあることを、サービス契約時に利用者へ伝えている。利用者から相談等が入った場合は毎日のミーティングで振り返り、苦情等が出た場合には記録し全職員に周知することになっている。また、必要時には様子観察を行い、ケアマネジャーおよび地域包括支援センターに報告し連携対応する体制が整備されている。 ボランティア受入れによる地域関係づくりや福祉避難所による地域貢献にも努めている 施設内の掲示やブログの更新等により、地域社会への情報開示を行い透明性を高めている。また、生活相談員を窓口とし常勤職員が担当になり、地域ボランティアを積極的に受入れ、「カラオケレクレーション」等のプログラムを施設内で提供している。さらに、地域の中学校や介護系大学・専門学校等からの実習生や見学・体験の受入れも積極的に行っている。併せて、地域の一員として地域ネットワークに参画し、地域福祉ニーズに基づき、区や地域包括支援センターの関係会議、勉強会や福祉避難所等の場所提供を行うなど地域貢献にも取り組んでいる。

4 カテゴリー4		
リスクマネジメント		
サブカテゴリー1(4-1)		
リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の 標準项目实施状況 5/5
評価項目1 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる		評点(〇〇〇〇〇)
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 事業所が目指していることの実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる	☐ 非該当
サブカテゴリー2(4-2)		
事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		サブカテゴリー毎の 標準项目实施状況 4/4
評価項目1 事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 情報の収集、利用、保管、廃棄について規程・ルールを定め、職員(実習生やボランティアを含む)が理解し遵守するための取り組みを行っている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・管理している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定するほか、情報漏えい防止のための対策をとっている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	4. 事業所で扱っている個人情報については、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえ、利用目的の明示及び開示請求への対応を含む規程・体制を整備している	☐ 非該当
カテゴリー4の講評		
運営リスクに対して、危機管理マニュアルや安全基準フロー等が整備されている 施設運営のリスク要因(事故・感染症・災害など)を洗い出し、高齢者デイサービス施設として優先度の高い感染症のリスク対策は外部研修に参加し、それに基づく内部研修を行っている。また、リスク発生時対応として危機管理マニュアルや安全基準フローが整備され、災害等のリスクに応じた利用者等への対応が整備されている。しかし、今回の職員自己評価では、リーダー層・一般職員を含めリスク対策や再発防止対策の共有化不足の回答が散見されたので、地域や利用者家族との連携訓練を重ね、リスクマネジメントの更なるレベルアップが望まれる。 施設独自の事業継続計画を策定し、職員・利用者・地域の関係機関へも周知している 施設のリスク発生時に備え、区が策定した危機管理マニュアルおよび施設が策定した事業継続計画(BCP)に基づき 施設独自のBCPを策定すると共に区に提出し、地区全体の危機管理訓練を実施する等地域と連携した対応に取り組んでいる。また、職員に対しては定例会による策定されたBCPの周知、利用者家族に対してはお知らせにより策定されたBCPの周知が図られている。 施設で扱う個人情報の取扱いについては、規程・体制を整備し必要な対策を講じている 施設の情報管理については、職員(実習生やボランティアを含む)の入職時や来所時のオリエンテーションにおいて文書規程等により説明し、本人からは同意書を取得している。特に、取得した個人情報の施設外持出しは禁止されている。利用者の個人情報は、各利用者毎のファイルを作成し、施錠できる書棚で管理している。また、災害発生時連絡のために持出した利用者家族等の個人情報は、使用後はシュレッダー処分することになっている。併せて、区の情報システムに接続するPCはID & PWでアクセス管理を行う等適切な情報管理を図っている。		

5			カテゴリー5	
職員と組織の能力向上				
サブカテゴリー1(5-1)				
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成・定着に取り組んでいる			サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	12/12
評価項目1 事業所が目指していることの実現に必要な人材構成にしている			評点(〇〇)	
評価	標準項目			
☒ あり ☐ なし	1. 事業所が求める人材の確保ができるよう工夫している			☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 事業所が求める人材、事業所の状況を踏まえ、育成や将来の人材構成を見据えた異動や配置に取り組んでいる			☐ 非該当
評価項目2 事業所の求める人材像に基づき人材育成計画を策定している			評点(〇〇)	
評価	標準項目			
☒ あり ☐ なし	1. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)が職員に分かりやすく周知されている			☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)と連動した事業所の人材育成計画を策定している			☐ 非該当
評価項目3 事業所の求める人材像を踏まえた職員の育成に取り組んでいる			評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目			
☒ あり ☐ なし	1. 勤務形態に関わらず、職員にさまざまな方法で研修等を実施している			☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 職員一人ひとりの意向や経験等に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している			☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 職員一人ひとりの育成の成果を確認し、個人別の育成(研修)計画へ反映している			☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	4. 指導を担当する職員に対して、自らの役割を理解してより良い指導ができるよう組織的に支援を行っている			☐ 非該当
評価項目4 職員の定着に向け、職員の意欲向上に取り組んでいる			評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目			
☒ あり ☐ なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価と処遇(賃金・昇進・昇格等)・称賛などを連動させている			☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、職場環境・健康・ストレスなど)を把握し、安心して働き続けられる職場づくりに取り組んでいる			☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 職員の意識を把握し、意欲と働きがいの向上に取り組んでいる			☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	4. 職員間の良好な人間関係構築のための取り組みを行っている			☐ 非該当
サブカテゴリー2(5-2)				
組織力の向上に取り組んでいる			サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	3/3
評価項目1 組織力の向上に向け、組織としての学びとチームワークの促進に取り組んでいる			評点(〇〇〇)	
評価	標準項目			
☒ あり ☐ なし	1. 職員一人ひとりが学んだ研修内容を、レポートや発表等を通じて共有化している			☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに話し合い、サービスの質の向上や業務改善に活かす仕組みを設けている			☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 目標達成や課題解決に向けて、チームでの活動が効果的に進むよう取り組んでいる			☐ 非該当

	カテゴリー5の講評
	施設の経営と良質なサービス提供のバランスを考慮した人材確保や人員配置を行っている 当施設では、キャッチフレーズである「ささえます まめに優しくあたたかく」を実現する支援サービスを利用者・家族へ提供できる人材確保や人員配置に取り組んでいる。施設の経営・サービスを実現する人材の採用は、書類選考→面接→健康診断の流れで一括採用を行なっている。当施設の人材確保や人員配置では、施設の経営面(稼働率等)と良質なサービス提供のバランスを考慮しながら取り組むと共に、同一法人内施設の相互協力のもと人件費削減の工夫(所長・事務員の兼務)を行い成果を上げている。 職員のキャリアパスと人材育成計画を策定し、計画に基づく人材育成に取り組んでいる 運営法人の求める「自身の役割を認識し、常にスキルアップを目指す」人材像に基づき、職員のキャリアパスと人材育成計画を策定し、職員に対しては、定例会等において介護職員処遇改善加算計画書等を用いて分かりやすく周知している。施設では、人材育成計画と連動した外部研修や内部研修を実施し、職員の育成に取り組んでいる。また、新人職員に対しては、各業務が熟せるように毎日業務確認を行い、計画的に業務割振りを行っている。さらに、職務指導においてはメインの指導職員が確認役を担当するなど組織的な支援に取り組んでいる。 個人別能力評価制度等を活用し職員の意欲向上と組織力の向上にも取り組んでいる 職員の意欲向上に向け、法人の評価制度を適用し個人別能力評価や上司面談に基づく賞与支給や昇格を行い、職員の育成・評価と処遇の連動を図っている。また、職員の休暇取得・勤務希望日の調整やストレスチェックを行い、職員が安心して働き続けられる職場づくりに取り組んでいる。さらに、法人の福利厚生が充実しており、職員の働きがい向上に繋がっている。併せて、組織力の向上に向け、外部研修や内部研修で学んだ研修内容は報告書を作成し閲覧等で共有化すると共に、定例会や毎日のミーティングでは日頃の気づきや工夫等を共有化している。

7		事業所の重要課題に対する組織的な活動
サブカテゴリ1(7-1)		
事業所の重要課題に対して、目標設定・取り組み・結果の検証・次期の事業活動等への反映を行っている		
評価項目1 事業所の理念・基本方針の実現を図る上での重要課題について、前年度具体的な目標を設定して取り組み、結果を検証して、今年度以降の改善につなげている(その1)		
前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)		
【課題・目標】 ・目標86.7%を目指し稼働率の向上を図ると共に、目標18人／日を目指し一日入浴利用者数の増加を図る 【理由・背景】 ・赤字経営から脱却し単年度黒字経営を目指す 【取り組み】 ・プログラムミーティングの前に職員に意見を提出してもらう ・サービス担当者会議時や実績送付時におけるケアマネジャーへの働きかけを継続する ・送迎と入浴の職員当番を工夫し、朝一の入浴が勤務時間開始後直ぐに利用者2人が利用できるようにする 【取り組みの結果】 ・稼働率は令和4年度の65.8%から令和5年度は65.0%となり改善が見られなかった ・入浴利用者数は令和4年度の15.4名から令和5年度は16.6名となり改善が見られた 【検証・今後の方向性】 ・令和6年度9月末までの実績は、稼働率 70.4%および一日入浴者数は平均18.5名となり改善が見られた ・稼働率と一日入浴利用者数の目標と取り組みを継続する		
目標の設定と取り組み	☒ 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った ☐ 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった ☐ 具体的な目標が設定されていなかった	
取り組みの検証	☒ 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った ☐ 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていなかった(目標設定を行っていなかった場合も含む) ☐ 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である	
検証結果の反映	☒ 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた ☐ 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない ☐ 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である	
評価項目1で確認した組織的な活動や評価の選択に関する講評 施設の収支改善を図るためには、利用者の稼働率の向上等による収入向上および職員配置の工夫等によるコスト削減が必要である。国の介護保険制度に基づく通所介護(デイサービス)では、職員配置基準が定められているため職員配置の工夫等によるコスト削減は難しい。したがって、通所介護の収入向上のための方法は、利用者増加および利用サービス改善による利用者の稼働率の向上に絞られることになる。 利用者増加の対策としては、併設の地域包括支援センターや地区ふれあい相談室との連携強化による、当施設への来訪につなげることを期待する。 また、利用サービスの改善は利用者ニーズに応えることが重要であり、利用者ニーズは利用者アンケートから拾い出すことができる。今回の第三者評価アンケートの自由記述では、入浴については「ありがたい」や「湯舟にゆっくり入れてほしい」等の記述があるため、入浴回数の増加に注力するだけでなく、利用者視点で入浴サービスの質向上にも目を向けることが望まれる。		
評価項目2 事業所の理念・基本方針の実現を図る上での重要課題について、前年度具体的な目標を設定して取り組み、結果を検証して、今年度以降の改善につなげている(その2)		
前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)		
【課題・目標】 ・コロナウイルス感染予防に努め、感染者が出た場合は感染拡大を防ぎ、通常業務を継続する。 【理由・背景】 ・コロナウイルス感染拡大が継続している中でも、感染防止対策を行いながら運営を継続していくため。 ・万が一、感染者が出た場合でも感染拡大を防ぎ、運営を継続するため。 【取り組み】 ①関係機関との連絡体制の確認 ②職員への情報の周知徹底 ③来所者の体調確認 【取り組みの結果】 ・職員(1名)、利用者(7名)に感染者は出たが、感染拡大は無く、休まず運営できた ・行政等からの情報を全職員に回覧し、意識の向上の務めた(検温・マスク着用・手洗い等) ・職員の休みの穴埋めに他職員が協力してくれた 【検証・今後の方向性】 ・今年度も同じ目標を設定し、昨年度と同じ取り組みを継続する ・区との連携により、対応等の変更についての情報を得て、職員に周知徹底する ・今年度に入っても職員(2名)、利用者(4名)に感染者は出たが、感染拡大は無く、休まず運営できている		

目標の設定と 取り組み	☒ 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った ☐ 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった ☐ 具体的な目標が設定されていなかった
取り組みの検証	☒ 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った ☐ 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていなかった（目標設定を行っていなかった場合も含む） ☐ 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
検証結果の反映	☒ 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた ☐ 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない ☐ 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である

評価項目2で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

新型コロナウイルスは、令和5年5月8日に感染症法上の位置付けが5類移行となったが、新型コロナウイルスによる感染症患者が継続発生しているため、介護サービス事業者としては、関係機関と連携しながら対策を講じることが求められる。

当施設では、令和6年度の新型コロナウイルス対策として、「感染予防対策の徹底」「家族・利用者への注意喚起」「マスク着用・手洗い・換気・消毒の励行」「アクリル板や空気清浄機の活用」「利用者が送迎車に乗る前の検査」等を実施したが、職員1名と利用者7名の感染者が出た。このため、関係機関との連携や新型コロナウイルス感染症対策BCP等により対応を図り、感染症の拡大を防ぎ、通常業務を継続できた。

引き続き、新型コロナウイルス感染症発症は重要リスクとして捉え、新型コロナウイルス感染症対策BCP等に基づき、新型コロナウイルス感染症予防や感染症が発症した場合の取り組みを徹底し、利用者や職員の新型コロナウイルス感染症発症を防ぐことにより、利用者が当施設を安心安全に利用できるようにすることが望まれる。

Ⅱ サービス提供のプロセス項目 (カテゴリー6-1～3、6-5～6)

No.	共通評価項目		
	サブカテゴリー1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	4 / 4
評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している			
評点(〇〇〇〇)			
	評価	標準項目	
	☒ あり ☐ なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している	☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている	☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	4. 利用希望者等の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している	☐ 非該当
サブカテゴリー1の講評			
ホームページ、ブログ、パンフレット等様々な媒体を通じて施設の情報を伝えている 当施設は港区立の施設であり、港区発行の施設案内、施設パンフレット、港区のホームページ、サービス情報公開ホームページ、法人・事業所のホームページ、デイサービスブログ等様々な形で情報提供を行っている。ブログは担当者が月に3～4回更新を行い、最新のデイサービスの活動の様子やボランティア活動、イベントの様子等、事業所の取り組みが伺える内容となっている。パンフレットは事業所内に配置されており、見学された方や希望者の方への配布や、地域のケアマネジャーへ情報を届ける際にも配布している。 パンフレット等は見やすい文字で、必要な情報をシンプルに分かりやすくまとめている サービス利用を検討される高齢者の方に、事業所の情報を知っていただくために広報誌やパンフレット等、紙媒体の情報も作成している。文字も大きめで見やすく、内容も写真を多く用いて、できる限り文字を少なくする等の配慮をしており、更に詳しい情報が必要な方については、電話で伝達したり、見学時に質問に応じるなどの対応を行っている。利用希望者との面談の際は、パンフレットや写真等見ていただき、なるべく専門用語を避けて分かりやすい伝え方の工夫を行っており、親しみやすく、相談しやすい関係づくりを大事にしている。 施設の見学要望には随時対応を行い、施設内の案内・説明を行なっている 施設の見学については、主にケアマネジャーを通じて相談が多いが、利用希望者の家族等から直接、見学の相談があることもあり、施設では、当日の相談であっても状況に応じて随時対応している。見学対応は主に管理者が行い、デイサービスの活動の様子や設備等の見学と利用される場合の手続きや料金の説明、利用者の状況やデイサービスを検討される理由・目的、自宅での介護状況等の相談にも応じている。施設内には地域包括支援センターやふれあい相談室も併設されており、地域の相談窓口としての役割も果たしている。			

サブカテゴリ-2		
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 7/7
評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している	☐ 非該当
評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている 評点(〇〇〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	4. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている	☐ 非該当
サブカテゴリ-2の講評		
サービス利用開始前に契約書・重要事項説明書にて丁寧な説明を行なっている サービス利用開始にあたっては、利用前に契約書・重要事項説明書を用いて、提供するサービスについての説明や持参していただく物、貴重品等持ち込まない等気をつけていただく事など、基本的なルールや注意事項等、利用者・家族に丁寧に説明し、同意を得ている。事業所の特徴として、短時間(3時間程度)利用の場合も入浴、食事、体操等の利用が可能である事の説明も行っており、他の事業所との違いも説明し、理解を頂いている。また、重要事項説明書には、法人の説明、苦情の相談窓口、個人情報に関する説明等も記載している。 契約前のケアマネジャーからの情報や訪問時・契約時の必要事項も記録している サービス利用開始にあたっては、担当のケアマネジャーからの事前情報をもとに必要な対応を検討し、相談員が契約のため自宅訪問した際に、利用申請書、情報シートの記入を依頼している。相談員は、更に必要な情報、デイサービスを利用される目的や期待される事、利用者が大事にされている価値観等伺い、訪問調査票などに情報を整理している。その後も、訪問時や利用者・家族からの連絡事項、サービス担当者会議や事業所で話し合ったこと、利用された際の様子等記録に残し、ご利用者個別の通所介護計画の作成・見直しに活かしている。 初めてのご利用でも安心して過ごしていただけるよう様々な配慮を行なっている ケアマネジャーからの情報や訪問時に聞き取った利用者・家族からのご意向などを踏まえ、初めて利用される方については、慣れない雰囲気の中でストレスなく、早めに他の利用者の方と馴染んでいただけるよう工夫している。具体的には、職員は、ご利用者が孤立される事なく、趣味・嗜好など話題が合いそうな方、話しやすい方と同席になるよう配慮し、負担なく過ごして頂けるよう見守っている。また、サービス終了時にはご利用者の感想や要望等伺い、少しずつ無理なく楽しんで参加して頂けるよう、職員間でも話し合いながら、対応を検討している。		

サブカテゴリ-3		
3	個別状況に応じた計画策定・記録	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 11/11
評価項目1 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている	☐ 非該当
評価項目2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の介護計画を作成している 評点(〇〇〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 計画を利用者にわかりやすく説明し、同意を得ている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直しをしている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	4. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	☐ 非該当
評価項目3 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしくみがある	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	☐ 非該当
評価項目4 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している	☐ 非該当
サブカテゴリ-3の講評		
利用者の意向を尊重し、専門的な意見も取り入れながら個別計画作成している ケアマネジャーからの基本情報やケアプラン、サービス担当者会議の内容も考慮し、利用前の契約時に自宅訪問し、利用者・家族から、自宅での過ごし方、生まれ・仕事・家族関係等の生活歴、性格、趣味、得意なこと、価値観やご家族の介護負担等伺いながら、可能な限り現在の在宅生活をその方らしく続けて頂けるよう目標を立てて、通所介護計画を作成している。計画作成にあたっては、看護師による身体面の評価を行う他、リハビリ、食事に関することなど各専門職の視点も反映させて、利用者・家族の同意のもとサービスを行っている。		
毎日のミーティングにより、利用者一人一人の様子を振り返り記録している 毎回のサービス利用後のミーティングにより、利用者ひとり一人の様子、日々の活動によって得られる情報、表情・意欲等の変化など振り返り、職員間で話し合い、その内容もひとり一人個別に記録し整理している。形式に捉われず記録を残す事を優先し、その日の活動の様子については手書きで記録する事もある。利用者の記録は個別にファイリング保管している。また各専門職による専門的な視点での意見も確認しながら、利用者ひとり一人の状況を記録する事により、次のサービス利用時の話題や新たな取り組み等の検討や実践に繋げている。		
当日の連絡事項などは、各職種、当日勤務の職員全員が情報を共有している 職員は、看護師や常勤介護職員の他、非常勤職員、派遣職員等、勤務形態が異なり、送迎ドライバーや時差出勤の職員など朝礼に参加できない職員もいる。そのため、全職員が回覧用の連絡用紙に目を通し、確認済みの捺印をする事で、全職員に連絡漏れがなく、当日確認が必要な情報が行き渡るようにしている。また、個別の通所介護計画書をもとに目標に基づく支援内容等も職員間で共有されており、統一された支援を行っている。さらに、当日の体調等何らかの理由により、変更が必要な場合も、全職員に朝礼や連絡用紙等により周知を図っている。		

サブカテゴリ-5		
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 5/5
評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得ようとしている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	☐ 非該当
評価項目2 サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	☐ 非該当
サブカテゴリ-5の講評		
個人情報の使用に関する説明と確認を行った上で、適切な対応を行なっている□ サービス利用契約の際に、利用者・家族に対し、事業所で取り扱う個人情報について、安全にサービスを提供させていただく上で必要最低限の事業所間での共有情報、緊急時等の医療機関、行政機関等へ提供する情報、利用者・家族等への連絡など場面・状況に応じた情報の必要性や目的等説明し、同意を得ている。また、写真等の掲示では利用者の顔が載らないよう配慮している。さらに、管理者は個人情報保護に関する研修を受講し、研修内容を事業所内で周知する事により、職員が適切な個人情報の保護に関する意識を高めるよう取り組んでいる。 利用者のプライバシーや羞恥心に配慮した支援を日々実践している 利用者のプライバシーや羞恥心に配慮し、特に、女性の利用者の入浴や排泄の介助に際しては、同性の女性職員による介助を行っている。施設では、利用者が安心してサービスを利用され、楽しく過ごしていただけるよう努めている。また、トイレ等の排泄介助や脱衣室での介助の際は目隠し用のカーテン等を利用し周囲の利用者からの視線が気にならないように工夫すると共に、声掛けの際も小声でさりげなくお誘いするなど細かな配慮も行っている。さらに、職員同士の業務中の会話においても、利用者のプライバシーへの配慮を徹底している。 利用者ひとり一人の意向を尊重し、自分のペースで参加されるよう促している 利用者ひとり一人の価値観や希望は、その日の体調や気持ちによっても異なり、職員は日々、言葉だけでなく表情や身体の動き等の観察や声掛け等コミュニケーションを通して状況を把握し、その時の状況に応じた必要な支援を行うよう心掛けている。また、その日の活動についても、気が進まないご利用者に無理強いする事なく、安全が確保できる範囲で、自身のペースで過ごして頂き、職員は見守りながら必要な支援を行っている。さらに、利用者アンケートを実施し、把握したニーズに対応したより質の高いサービス提供を目指している。		

サブカテゴリ-6		
6	事業所業務の標準化	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 5/5
評価項目1 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうか定期的に点検・見直しをしている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	☐ 非該当
評価項目2 サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は変更の時期や見直しの基準が定められている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	☐ 非該当
サブカテゴリ-6の講評		
業務内容・種類ごとに詳細なマニュアル・手順書を作成し、事務所内に配置している 施設では、各業務の内容・種類ごとに対応した詳細で見やすいマニュアルを作成しスタッフルームに配置することにより、職員は必要に応じて閲覧し、業務手順や自分が行なった業務の振り返りなど日常的な点検に活かしている。マニュアルは、介護業務全般に関する手順書、1日の活動等全般を案内進行する司会進行の手順書などその日の役割に応じたもの、不測の事態に対応するための危機管理マニュアル、利用者の急変時の対応に関する手順書、感染対策、認知症マニュアル等、必要に応じたフローチャートなど視覚的にも理解しやすくまとめている。 各マニュアル・手順書等は定期的な見直しや必要に応じて内容の更新を行っている 各マニュアル・手順書等は基本的には年1回見直しを行い、必要に応じて内容の更新を行っている。これらマニュアル類には、デイサービスの各場面ごとの確認表(排泄チェック表、運転日誌等)もあり、ご利用者の変化を確認できる情報源にもなっている。施設では、これらを活用し、ミーティング等で職員から出された意見について職員全員でミーティングを行い、その後最終的にリーダーが確認を行い、変更が必要な箇所は修正し更新を行っている。また、法改正の時期には、内容の確認を行い、必要に応じて見直しも実施している。 業務見直しでは、ご利用者アンケートによる希望・要望や職員の意見も反映させている 施設では、業務水準の見直しの際は、利用者の意向・要望等を確認し反映させていく事が大事であるとの思いがあり、利用者の方から個別に相談された意見や家族からの相談、また年1回開催される利用者アンケート等で確認している。また、利用者アンケートは、毎年行っている第3者評価アンケートに同封して行ない、回収率は60%以上となっている。これにより、当施設の業務水準に対する利用者・家族の関心度は高いと判断できるため、当施設では、これらの意見を取り入れ反映させていくことにより質の高いサービス実践を目指している。		

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ6-4)

サブカテゴリ4	
サービスの実施項目	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 23/23
1 評価項目1 通所介護計画に基づいて自立生活が営めるよう支援している 評点(〇〇〇)	
評価	標準項目
☒ あり ☐ なし	1. 通所介護計画に基づいて支援を行っている ☐非該当
☒ あり ☐ なし	2. 利用者が望む生活像に基づき、日常生活において利用者自身が選択、判断できるよう支援を行っている ☐非該当
☒ あり ☐ なし	3. 利用者の支援は、さまざまな機関や職種が連携をとって、支援を行っている ☐非該当
評価項目1の講評 生活相談員はサービス担当者会議で他のサービス担当者との関係づくりに努めている 生活相談員はサービス担当者会議に参加し、ケアプランが示す課題、目標を共有している。また、新規利用者の場合、ケアマネジャー、利用者・家族から聞き取りを行い、サービス提供にあたって必要な情報のアセスメントを行っている。さらに他のサービス担当者との関係づくりに努め、連携して支援するよう努めている。継続利用者のサービス担当者会議では、日頃の利用状況を伝えるとともに、新たな課題があればケアマネジャー、他のサービス担当者と共に、この解決に向けた支援内容を通所介護計画に反映している。 通所介護計画は、定期のモニタリングによって目標の達成状況を評価している 通所介護計画書は、ケアプランに示される課題、長期・短期目標を踏まえ、利用者・家族の意向、アセスメント情報をもとに作成している。計画書はデイ内のサービス担当者会議で作成している。計画は、会議に参加する介護職、看護師、機能訓練指導員、生活相談員など、専門職としての意見を反映した内容となっている。計画書は、定期のモニタリングにより目標の達成状況を評価し、必要に応じて見直しを行っている。また、状態変化や要介護度が変わった際は、再度の評価・アセスメントを実施して、計画書の見直しを行っている。 様々なプログラムを用意し、利用者の選択を尊重して参加してもらっている 職員はアセスメントで把握した生活習慣、趣味、嗜好などを踏まえてコミュニケーションに努め、会話が弾むよう関わっている。利用者は自分を理解してくれている、という安心感が職員への信頼につながっている。活動には、個人で取り組むもの、集団のものなど、様々な形態がありますが、利用者の個性や身体状況、希望に応じて、サービス内容を選択できるよう配慮するなど、本人の選択・判断を尊重している。一方、参加は無理強いすることなく、一人で自由な時間を過ごしたいという方は、必要な見守りをしながら関わっている。	
2 評価項目2 利用者一人ひとりの状況に応じて生活上に必要な支援を行っている 評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目
☒ あり ☐ なし	1.【食事の提供を行っている事業所のみ】 利用者の状況に応じて、食事時間が楽しくなるよう工夫している ☐非該当
☒ あり ☐ なし	2.【入浴介助体制のある事業所のみ】 利用者の状況に応じて、入浴方法を検討し介助を行っている ☐非該当
☒ あり ☐ なし	3. 排泄介助が必要な利用者に対して、一人ひとりに応じた誘導や排泄介助を行っている ☐非該当
☒ あり ☐ なし	4. 利用者の心身の状況や家族の状況に応じて、安全に配慮した送迎方法を検討し対応している ☐非該当
評価項目2の講評 食イベント、行事食など、利用者の食欲増進のために様々な工夫をしている 厨房は食堂の隣にあり、手作りのできたての食事を提供している。細かな対応も可能で、当日の変更にも柔軟に対応できます。利用者の要望や意見を踏まえた献立づくりに努めている。季節の行事食では、例えば節分では食べやすい形の海苔巻き、お稲荷さん、揚げ出し豆腐など、提供方法にも工夫をしている。月1回の主食メニューを選べる選択食では、「魚の中華蒸し」と「油淋鶏」など、和食に限らず選択の幅をもたせ、楽しんでもらっている。なお、介助の必要な利用者には、マニュアルに沿って食事介助を行っている。 医療依存度の高い方の入浴では、看護師が状態観察を行っている 入浴手順が人によって異なると、利用者は不安を感じている。入浴マニュアルを整備し、業務の標準化を図っている。個々の利用者の身体機能・状態に応じて、一般浴・座位式機械浴・臥床式機械浴から、その方の身体状態に応じた方法で入浴してもらっている。また、医療依存度の高い方は、看護師が状態観察をしながら入浴している。医師の意見書に照らして、バイタルや状態観察の結果を踏まえ入浴の可否を判断している。同性介助を行うほか、脱衣室ではカーテン、バスタオルを使って、肌の露出を避けるなど、利用者の羞恥心に配慮している。 リハビリの要素を取り入れた介助を実践し、利用者の身体機能維持を支援している 機能訓練指導員は、利用者の身体機能の評価を踏まえ、介護職員と連携して排泄介助の方法を判断している。生活リハビリの視点から、出来ることは自分で行ってもらい、難しいところを援助している。入浴、排せつ介助はマンツーマンの対応で信頼関係に基づいた介助を実践している。排泄チェック表を作成し、タイミングよく声掛けをしている。機能訓練指導員は必要に応じ家屋状況、乗車環境、ADLの評価を踏まえ、安全な送迎介助を検討している。リフト付の送迎車には無線機、インカム、ドライブレコーダー、降ろし忘れ警告を配備している。	

3	評価項目3 利用者の健康を維持するための支援を行っている			評点(〇〇〇)
	評価	標準項目		
	☒ あり ☐ なし	1. 利用者の心身の状況に応じた健康管理を行っている		
	☒ あり ☐ なし	2. 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などのしきみを整えている		
	☒ あり ☐ なし	3. 利用者の体調変化時(発作等の急変を含む)に、速やかに対応できる体制を整えている		
評価項目3の講評				
利用者の健康情報を時系列で把握し、変化を見逃さないよう努めている 看護師が常駐して、滞在中の利用者の健康を守っている。到着時、看護師はバイタル測定(体温・血圧・脈拍)を行いる。迎時の添乗員を通じて家族からの申し送りを確認し、併せて看護記録に記載している。主治医意見書を管理しているが、利用者の健康状態で気になることがあれば必要に応じて医師に連絡するほか、訪問看護師と連携することもある。体調の悪そうな方にはバイタルチェックを行い、時系列で変化を把握して急変を見逃さないようにしている。体重測定結果を管理し、増減を確認するなど、変化を見逃さないよう徹底している。 医療依存度の高い方を積極的に受け入れ、健康管理を徹底している インシュリン、胃ろう、喀痰吸引、パルーンなど、医療依存度の高い利用者を積極的に受け入れている。持参薬は、事前に確認した情報を「各薬表」にまとめ、変更は随時修正している。持参薬は各薬表と照合している。各薬表にない薬が入っていた場合、利用者家族に確認するか、ケアマネージャに照会することもあり、誤薬防止を徹底している。持参薬は服用までの間、看護師が管理している。服薬準備では、複数の職員で確認している。服薬介助では、完全に飲み込んだか確認するとともに、むせこみに対応できるよう備えている。 急変者対応フローチャートを整備し、随時の確認を通じて緊急時に備えている 急変者対応フローチャートを整備し、緊急時に備えている。フロー図には必要な行動、担当、AEDの使用等を示している。職員は日頃からフロー図を参照して、緊急時の手順を確認するよう努めている。契約時、緊急時の連絡先を二つ以上届け出てもらって保管している。緊急連絡先も含め、現病・既往歴、主治医、服薬情報などを整理している。緊急時に搬送先の医療機関に正確な情報が伝わるよう備えている。さらに毎年、職員はAEDの使用講習を行っている。看護師は家族に対して健康維持の啓発活動を行っている。				
4	評価項目4 利用者の生活機能の維持・改善を目的とした機能訓練サービスを工夫し実施している			評点(〇〇〇〇)
	評価	標準項目		
	☒ あり ☐ なし	1. 機能訓練が必要な利用者に対しては一人ひとりに応じたプログラムを作成し、評価・見直しをしている		
	☒ あり ☐ なし	2. 機能訓練指導員等の指導のもと、介護職員が活動の場で活かしている		
	☒ あり ☐ なし	3. レクリエーションや趣味活動に機能訓練の要素を取り入れるなど、生活機能の維持や改善に向けた取り組みを行っている		
☒ あり ☐ なし	4. 福祉用具等は定期的に使用状況の確認をし、必要に応じて対処をしている			
評価項目4の講評				
機能訓練評価シートを作成し、利用者の身体機能の評価を行っている 毎日の体操では呼吸・歩行・下肢筋力・立位バランスのほか、楽しんで行える軽体操などを午前と午後を実施している。機能訓練指導員は、定期的に「機能訓練評価シート」を使って、利用者ごとに身体機能の検証・評価を行うなど、効果を見込んだ機能訓練を行っている。また、介護職員は機能訓練指導員と連携しながら、生活リハビリを視点とした利用者の自立を支援した介護実践に取り組んでいる。自宅での生活動線を踏まえた移動や立ち座り、階段昇降など、自宅での様々に動作が安全に行えるよう必要な指導、助言を行っている。 毎月プログラムミーティングを開催し、プログラムの振り返り、作成を行っている 介護職員は、排泄介助や歩行介助、入浴介助、食事前の嚥下運動、姿勢保持など、様々な場面で利用者の身体機能を活用し、心身ともに活性化が図れるよう支援している。毎月1回、プログラムミーティングを開催し、実践したプログラムの振り返りを行い、次月のプログラムの内容を検討している。プログラムは動く、発声、発音など、常にリハビリの要素を取り入れ、楽しく取り組める内容にしている。集団体操、職員が考えたゲーム、カレンダー作りなどの制作活動、各種の脳トレーニングなどを行い、利用者の生活機能向上や健康増進を支援している。 インストラクターは、歌いながら行うレクリエーション体操を指導している インストラクターが、カラオケ機器を使って歌いながら行うレクリエーション体操を指導している。プログラム実施中は、利用者の様子を観察し、必要に応じて休養を勧め、利用中に生じる軽度な体調変化の予防に努めている。静養室にはベッドやソファを用意し、リラクセスして休める環境づくりに努めている。福祉用具は車いす、歩行器などを常備している。急な状態変化に応じて、施設内で利用してもらうこともある。福祉用具は、エアチェックやフットレストの状況確認など、定期的にメンテナンスを行い、利用時の事故予防に努めている。				

5	評価項目5 利用者の主体性を尊重し、快適に過ごせるような取り組みを行っている			評点(〇〇〇〇)	
	評価	標準項目			
	☒ あり ☐ なし	1. 利用者が他の利用者と快適な関係をもちながら生活することができるよう支援を行っている			☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	2. 利用者の状況に応じて、多様な活動ができるよう支援を行っている			☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	3. 利用者が落ち着いて生活できるような支援を行っている			☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	4. 事業所内は、利用者の安全性や快適性に配慮したものとなっている		☐ 非該当	
評価項目5の講評					
活動の節目にお茶を提供し、気持ちの切り替え、必要な水分の提供に努めている 一日を楽しく過ごせるよう、利用者同士の関係性を踏まえ、交流が深まるよう最適な配置となるような席次に配慮している。さらに利用者同士の会話が弾むよう、職員は自然な声掛け、関心のありそうな話題を提供するなど、関わりを大切にしている。また、トラブルが生じた場合は、お互いが納得するような介入に努めている。また、感情が高ぶった方には、クールダウンできる環境づくりを行い、気持ちの安定が図れるよう傾聴にも努めている。活動の節目に、お茶などを提供して気持ちを切り替えてもらい、必要な水分量の確保にも努めている。 お祭り、昭和歌謡の会、歌の会、銭太鼓など、利用者が楽しめる行事を行っている プログラムミーティングでは、利用者の心身の活性化が図られるよう、レクリエーションや行事の企画に取り組んでいる。お祭り、昭和歌謡の会、歌の会、銭太鼓、ハンドベル演奏会など、演者と一緒楽しめる様々な行事が行われている。一日の予定では、午前・午後に体操を行い、午後には制作活動、レクリエーションや行事など、一日を楽しく過ごせるようスケジュールを立てている。個人で楽しめる手芸、切り絵、脳トレ、ぬり絵、書道など、好きなメニューを選んで楽しんでいる。 利用者に寄り添ったケアに努め、安心して穏やかな時間を送れるよう支援している 重度者や医療依存度の高い方を積極的に受け入れ、体調や体力に応じて、看護師の管理のもと静養室で休憩をとってもらっている。室温管理を適切に行うほか、BGMを流すなど、落ち着ける雰囲気づくりに努めている。認知症高齢者に寄り添ったケア実践に努め、安心して穏やかな時間を送れるよう支援している。施設では、接遇マニュアルを整備している。施設全体でマニュアルをもとに研修を行い、実践を通じて利用者が穏やかに過ごせるよう努めている。十分なスペースがあり、清掃員、介護員が定期的に清掃し、衛生管理を徹底している。					
6	評価項目6 事業所と家族との交流・連携を図っている			評点(〇〇)	
	評価	標準項目			
	☒ あり ☐ なし	1. 利用者のサービス提供時の様子や家庭での普段の様子を家族と情報交換し、共有している			☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	2. 家族の状況に配慮し、相談対応やアドバイスをを行っている		☐ 非該当	
評価項目6の講評					
「連絡ノート」の交換を通じて、家族と利用者の情報を共有している 迎え時、利用者の家庭での様子を確認するとともに、送り時にはデイでの様子を家族に伝えている。また、「連絡ノート」の交換を通じて、家族と利用者の情報を共有している。生活相談員は利用者、家族から生活上の相談を受け、看護師は健康相談に応じ必要な助言等を行っている。利用者が抱える課題は、ミーティング時に職員全員で共有し、対応策を検討するほか、必要に応じてケアマネジャーと共有している。広報誌「南麻布だより」を発行し、利用者の様子、事業所の取り組み等を伝えるなど、家族の理解が深まるよう広報に努めている。 家族アンケートの分析を通じて、ニーズを把握し、課題解決に努めている 利用者に状態変化があった場合は、家族に連絡して対応を相談するとともに、ケアマネジャーと情報を共有している。利用者・家族の意見、要望を聞く手段として、年1回、家族アンケートを実施している。集計結果による定量的なデータや、自由意見などの定性的データの分析を通じて、サービスの改善、質の向上に取り組んでいる。送迎時や電話での家族からの申し送りや依頼があった際には、口頭と申し送りノートで共有している。夕方のミーティングでは改めて確認し、対応策の妥当性を検証するなど振り返りを行っている。					

7	評価項目7 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている		評点(〇〇〇)												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> ☒あり ☐なし </td> <td>1. 地域のさまざまな機関や職種と協働し、地域の情報を収集して利用者の状況に応じた提供をしている</td> <td> ☐非該当 </td> </tr> <tr> <td> ☒あり ☐なし </td> <td>2. 利用者が地域のさまざまな資源を利用する機会を設けている</td> <td> ☐非該当 </td> </tr> <tr> <td> ☒あり ☐なし </td> <td>3. 利用者が職員以外の人と交流できる機会を確保している</td> <td> ☐非該当 </td> </tr> </tbody> </table>	評価	標準項目		☒ あり ☐ なし	1. 地域のさまざまな機関や職種と協働し、地域の情報を収集して利用者の状況に応じた提供をしている	☐ 非該当	☒ あり ☐ なし	2. 利用者が地域のさまざまな資源を利用する機会を設けている	☐ 非該当	☒ あり ☐ なし	3. 利用者が職員以外の人と交流できる機会を確保している	☐ 非該当		
評価	標準項目														
☒ あり ☐ なし	1. 地域のさまざまな機関や職種と協働し、地域の情報を収集して利用者の状況に応じた提供をしている	☐ 非該当													
☒ あり ☐ なし	2. 利用者が地域のさまざまな資源を利用する機会を設けている	☐ 非該当													
☒ あり ☐ なし	3. 利用者が職員以外の人と交流できる機会を確保している	☐ 非該当													
	評価項目7の講評														
	利用者の地域での生活が豊かになるよう、社会資源の情報提供に努めている 併設の地域包括支援センターには地域の様々な社会資源に係る情報が集まってくることから、協力を得て利用者に対する情報提供に努めている。地域における公的施設やサービス、自主活動を紹介するチラシ、パンフレット、区や公的セクタの広報誌などを常備するほか、イベント等のチラシなどを掲示している。自宅で過ごすことの多い利用者にとって、身近な地域の社会資源を知る良い機会となっている。情報提供を通じて、利用者の地域での生活の便宜に資するよう努めている。 ボランティアを積極的に受け入れ、体験者、利用者の実りある交流を支援している 地域の方や、子どもたちとの交流を通じて、利用者の生活の活性化を図るため、ボランティアを積極的に受け入れている。傾聴、カラオケレクリエーション、美容メイク、昭和歌謡の会、お祭り、ヘアカット、ギターと歌、フラメンコ、コーラスなど、様々な活動や行事でボランティアの協力を得ている。昨年度の実績では、延べ285名の方との交流がありました。介護実習生や教員志望者の介護体験活動、小中学生の職場体験など、次代を担う学生、生徒の活動に協力し、利用者、体験者にとって有意義な体験となるよう支援している。														

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-4-3	利用者の健康を維持するための支援を行っている
タイトル①	看護師が常駐し、利用者の健康情報をバイタル測定で把握し、健康維持を支援している	
内容①	看護師が常駐して、滞在中の利用者の健康を守っている。到着時、看護師はバイタル測定（体温・血圧・脈拍）を行っている。迎時の添乗員を通じて家族からの申し送りを確認し、併せて看護記録に記載している。主治医意見書を管理しているが、利用者の健康状態で気になることがあれば必要に応じて医師に連絡するほか、訪問看護師と連携することもある。体調の悪そうな方にはバイタルチェックを行い、時系列で変化を把握して急変を見逃さないようにしている。体重測定結果を管理し、増減を確認するなど、変化を見逃さないよう徹底している。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	3-3-2	地域の福祉ニーズにもとづき、地域貢献の取り組みをしている
タイトル②	ボランティア受入れによる地域関係づくりや福祉避難所による地域貢献にも努めている	
内容②	施設内の掲示やブログの更新等により、地域社会への情報開示を行い透明性を高めている。また、生活相談員を窓口とし常勤職員が担当になり、地域ボランティアを積極的に受入れ、「カラオケレクレーション」等のプログラムを施設内で提供している。さらに、地域の中学校や介護系大学・専門学校等からの実習生や見学・体験の受入れも積極的に行っている。併せて、地域の一員として地域ネットワークに参画し、地域福祉ニーズに基づき、区や地域包括支援センターの関係会議、勉強会や福祉避難所等の場所提供を行うなど地域貢献にも取り組んでいる。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	5-1-4	職員の定着に向け、職員の意欲向上に取り組んでいる
タイトル③	個人別能力評価制度等を活用し職員の意欲向上と組織力の向上にも取り組んでいる	
内容③	職員の意欲向上に向け、法人の評価制度を適用し個人別能力評価や上司面談に基づく賞与支給や昇格を行い、職員の育成・評価と処遇の連動を図っている。また、職員の休暇取得・勤務希望日の調整やストレスチェックを行い、職員が安心して働き続けられる職場づくりに取り組んでいる。さらに、法人の福利厚生が充実しており、職員の働きがい向上に繋がっている。併せて、組織力の向上に向け、外部研修や内部研修で学んだ研修内容は報告書を作成し閲覧等で共有化すると共に、定例会や毎日のミーティングでは日頃の気づきや工夫等を共有化している。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	法人運営の病院との連携のもと、看護師が常駐して利用者の健康情報をバイタル測定で把握し、測定結果に基づく健康維持を支援している
	内容	看護師が常駐して、滞在中の利用者の健康を守っている。到着時、看護師はバイタル測定（体温・血圧・脈拍）を行い、迎時の添乗員を通じて家族からの申し送りを確認します。利用者の健康状態で気になることがあれば必要に応じて医師に連絡するほか、訪問看護師と連携することもある。バイタル測定は時系列で変化を把握して急変を見逃さないようにしている。体重測定結果を管理し、増減を確認するなど、変化を見逃さないよう徹底している。法人が運営する「東京都済生会中央病院」と連携のもと、利用者の健康の維持に取り組んでいる。
2	タイトル	ボランティア受入れによる地域関係づくり、地域福祉ニーズに基づく勉強会や福祉避難所の場所提供を行うなど地域貢献にも努めている
	内容	施設内の掲示やブログの更新等により、地域社会への情報開示を行い透明性を高めている。また、生活相談員を窓口とし常勤職員が担当になり、地域ボランティアを積極的に受入れ、「カラオケレクリエーション」等のプログラムを施設内で提供している。さらに、地域の中学校や介護系大学・専門学校等からの実習生や見学・体験の受入れも積極的に行っている。併せて、地域の一員として地域ネットワークに参画し、地域福祉ニーズに基づき、区や地域包括支援センターの関係会議、勉強会や福祉避難所等の場所提供を行うなど地域貢献にも取り組んでいる。
3	タイトル	職員の意欲向上に向け、法人の能力評価制度等を活用し、職員が安心して働き続けられる職場づくりや組織力の向上に取り組んでいる
	内容	職員の意欲向上に向け、法人の評価制度を適用し個人別能力評価や上司面談に基づく賞与支給や昇格を行い、職員の育成・評価と処遇の連動を図っている。また、職員の休暇取得・勤務希望日の調整やストレスチェックを行い、職員が安心して働き続けられる職場づくりに取り組んでいる。さらに、法人の福利厚生が充実しており、職員の働きがい向上に繋がっている。併せて、組織力の向上に向け、外部研修や内部研修で学んだ研修内容は報告書を作成し閲覧等で共有化すると共に、定例会や毎日のミーティングでは日頃の気づきや工夫等を共有化している。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	リスク発生時対応として危機管理マニュアル等は整備されたが、地域等との連携訓練を重ねリスクマネジメントのレベルアップが望まれる
	内容	施設運営のリスク要因（事故・感染症・災害など）を洗い出し、高齢者デイサービス施設として優先度の高い感染症のリスク対策は外部研修に参加し、それに基づく内部研修を行っている。また、リスク発生時対応として危機管理マニュアルや安全基準フローが整備され、災害等のリスクに応じた利用者等への対応が整備されている。一方で、今回の職員自己評価では、リーダー層・一般職員を含めリスク対策や再発防止対策の共有化不足の回答が散見されたので、地域や利用者家族との連携訓練を重ね、リスクマネジメントの更なるレベルアップが望まれる。
2	タイトル	良質な介護人材を活用し地域ケアマネージャー等との連携強化を実現し、新規利用者増加による施設稼働率の向上に取り組むことが望まれる
	内容	施設の経営・サービスを実現する人材の採用は、書類選考→面接→健康診断の流れで一括採用を行なっている。当施設の人材確保や人員配置では、施設の経営面（稼働率等）と良質なサービス提供のバランスを考慮しながら取り組むと共に、同一法人内施設の相互協力のもと人件費削減の工夫（所長・事務員の兼務）を行い成果を上げている。一方、今後の施設経営の持続化のためには、当施設の良質な介護人材を活用した地域のケアマネージャー等との連携強化を図ることにより、新規利用者の増加による更なる稼働率の向上が望まれる。
3	タイトル	利用者が楽しんで体を動かし、心身の活性化が図れるプログラムの作成に向けて、さらなる取り組みが望まれる
	内容	施設では、毎月1回、プログラムミーティングを実施し、利用者に楽しんで、心身の活性化が図れるプログラムの検討を行っている。職員は、市販のテキスト、インターネット、法人内の他の事業所との情報交換を通じ、新しいプログラムの作成に努めている。プログラムは、集団で楽しめる内容のほか、個人でチャレンジできる内容など、様々な企画を立てている。一方、事業所では、メニューがマンネリ化している土振り返っている。アンケート結果での反応などを踏まえて取り組むなど、プログラムの充実に取り組まれることが望まれる。