

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	小野瀬 清江	福祉	H0305059	
	②	小野崎 透	福祉	H1601088	
	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	港区立台場高齢者在宅サービスセンター			指定番号	1370304543
事業所連絡先	〒	135-0091			
	所在地	東京都港区台場1-5-5			
	Tel	03-5531-0520			
事業所代表者氏名	高橋 香				
契約日	2024 年 6 月 27 日				
利用者調査票配付日(実施日)	2024 年 9 月 15 日				
利用者調査結果報告日	2025 年 2 月 4 日				
自己評価の調査票配付日	2024 年 9 月 15 日				
自己評価結果報告日	2025 年 2 月 4 日				
訪問調査日	2025 年 2 月 5 日				
評価合議日	2025 年 3 月 10 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)自らが受けたいと思う医療と福祉の創造 2)老いていくことが怖くない未来にしていくために 3)ガバナンス体制の強化 4)リスクマネジメントの強化（災害・感染・事故） 5)新たな職場体制の編成
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 ・ お客様お一人お一人に寄り添い敬意をもったケアが出来る人材 ・ 他職種と連携し、業務に取り組める人材 ・ 相手の立場にたって考えられる人材 （2）職員に期待すること（職員に持って欲しい使命感） ・ 出来るところを伸ばしてほしい ・ 働きやすい人間関係を維持してほしい ・ 報連相を徹底してほしい

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70名を対象とし、45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

70

共通評価項目による調査対象者数

アンケート	聞き取り	計
75	0	75
45	0	45
64.3	0.0	64.3

共通評価項目による調査の有効回答者数

利用者総数に対する回答者割合(%)

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」35.6%、「満足」37.8%、を全て足すと73.7%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	37	5	1	2
この項目では、37人が「はい」と答え、全体の82.2%を占め、「どちらともいえない」が11.1%、「いいえ」が2.2%という結果であった。また、自由記入の結果では、センターに来てから待ち時間が長いなどの声が聞かれた。				
2. 日常生活で必要な介助を受けているか	36	6	0	3
この項目では、36人が「はい」と答え、全体の80.0%を占め、「どちらともいえない」が13.3%、「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、記述がなく、傾向はみられなかった。				

3. 利用中に興味・関心が持てる行事や活動があるか	25	12	4	4
この項目では、25人が「はい」と答え、全体の55.6%を占め、「どちらともいえない」が26.7%、「いいえ」が8.9%という結果であった。また、自由記入の結果では、リハビリや体操等の運動や頭を使うクイズなどの声が聞かれた。				
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	37	6	1	1
この項目では、37人が「はい」と答え、全体の82.2%を占め、「どちらともいえない」が13.3%、「いいえ」が2.2%という結果であった。また、自由記入の結果では、車椅子のため、身体を動かすこと(上半身でも)がありがたいと思う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	32	9	1	3
この項目では、32人が「はい」と答え、全体の71.1%を占め、「どちらともいえない」が20.0%、「いいえ」が2.2%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	39	4	0	2
この項目では、39人が「はい」と答え、全体の86.7%を占め、「どちらともいえない」が8.9%、「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、施設を見学していないので、判断しかねますなどの声が聞かれた。				
7. 職員の接遇・態度は適切か	39	4	0	2
この項目では、39人が「はい」と答え、全体の86.7%を占め、「どちらともいえない」が8.9%、「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、とってもいい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	34	7	0	4
この項目では、34人が「はい」と答え、全体の75.6%を占め、「どちらともいえない」が15.6%、「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、信用して利用していま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	27	6	1	11
この項目では、27人が「はい」と答え、全体の60.0%を占め、「どちらともいえない」が13.3%、「いいえ」が2.2%という結果であった。また、自由記入の結果では、そんな場面を見たことがない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	40	2	0	3
この項目では、40人が「はい」と答え、全体の88.9%を占め、「どちらともいえない」が4.4%、「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、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	32	5	1	7
この項目では、32人が「はい」と答え、全体の71.1%を占め、「どちらともいえない」が11.1%、「いいえ」が2.2%という結果であった。また、自由記入の結果では、自分では信じているなどの声が聞かれた。				
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	30	8	0	7
この項目では、30人が「はい」と答え、全体の66.7%を占め、「どちらともいえない」が17.8%、「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、そう思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	34	6	1	4
この項目では、34人が「はい」と答え、全体の75.6%を占め、「どちらともいえない」が13.3%、「いいえ」が2.2%という結果であった。また、自由記入の結果では、そんなにわかりやすいと思わないなどの声が聞かれた。				
14. 利用者の不満や要望は対応されているか	25	11	0	9
この項目では、25人が「はい」と答え、全体の55.6%を占め、「どちらともいえない」が24.4%、「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、これまでその様なことに関して直面したことがない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	18	8	6	13
この項目では、18人が「はい」と答え、全体の40.0%を占め、「どちらともいえない」が17.8%、「いいえ」が13.3%という結果であった。また、自由記入の結果では、利用案内などパンフ情報で知っていた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く	☐ 非該当
	カテゴリ1の講評		
	施設が目指すことを職員に周知徹底し、職員の行動に結び付ける取り組みを行っている 施設を運営するグループ・法人が目指していることへの職員の理解を深めるため、施設内にグループ・法人が目指している理念や方針を掲示すると共に、職員は朝礼時にはクレドカードにより行動指針の唱和を行ない周知徹底を図っている。また、職員には入職時オリエンテーションや新卒・中途採用者研修においても周知している。さらに、グループ・法人が目指していることへの利用者本人や家族等の理解を深めるため、施設内にグループ・法人の理念や方針を掲示すると共に、契約時には重要事項説明書による説明を行い周知に取り組んでいる。 施設が目指すことの実現に向け、経営層は方向性を示しリーダーシップを発揮している 経営層は施設が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を実現するための自らの役割と責任について、朝・夕のミーティングや施設運営会議において職員に周知している。また、経営層は施設が目指していることの実現に向け、管理者行動指針に基づいて行動すると共に、運営会議において施設運営の目標・計画の進捗確認を行っている。併せて、経営層は自らの役割と責任に基づき事業目標進捗管理シートや職員の目標管理シートを使用し、各職員の取り組むべき方向性について年2回の施設長面談等による確認と修正・評価を行っている。 施設運営の重要な意思決定については、広報誌等で関係者へ周知し透明性を図っている 施設運営の重要案件については、区・法人・施設による決定手順が定められている。また、施設運営の重要な意思決定については、朝・夕のミーティングや施設運営会議・全体会議において職員に周知徹底を図っている。併せて、利用者等に対しては、施設運営の重要な案件の決定事項について、必要に応じて、その内容と決定経緯をお知らせや広報誌(お台場だより)により周知すると共に、朝の会やフロア内掲示によりお伝えし、意思決定過程の透明性を図っている。		

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 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 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 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2の講評 施設を取巻く環境について様々な機会を捉えて把握・検討し、対応課題を抽出している 施設の利用者ニーズは、顧客満足度アンケートの実施や日頃の利用者との蜜なコミュニケーションで把握している。また、施設運営への職員の意向は、個人目標シートを活用した施設長面談や異動希望調査の実施、勤務希望や産休・育休の申し出により把握している。さらに、地域ニーズは、地域連絡会、介護予防連絡会、地域機関のイベント等への参加により情報収集している。併せて、福祉事業全体の動向は、区施設長会議、所長会議から把握すると共に、施設で対応すべき課題は、毎月の施設運営会議、職員全体会議において共有化と検討を行っている。 施設が目指すことの実現に向けて中・長期計画や単年度計画の策定に取り組んでいる 施設では、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、区指定事業者申請時に中・長期計画(5年)を策定すると共に、この中・長期計画に基づく年度計画(施設事業計画)を策定している。また、年度計画を実行するための予算は、地域の福祉ニーズや施設の損益計算書等を踏まえて毎年4月に編成し、予算の実行状況に基づき毎年10月に補正予算を編成している。 策定した事業計画について進捗状況に応じた見直しを行い、目標達成に取り組んでいる 施設の事業計画(年度計画)には、職員体制、活動計画(アクションプラン)や事業目標が明示されている。また、施設運営会議では毎月の事業目標について、目標進捗(3か月・1か月)確認シートによる進捗確認を実施し、その結果を全体会議で協議し、必要に応じて計画修正を行い、事業目標の確実な実行に取り組んでいる。		

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に取り組み、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
	職員が福祉サービス事業者として遵守すべき法・規範等を周知し遵守に取り組んでいる 全職員に対し、社会人・福祉サービス従事者として守るべき法・規範・倫理などを周知するため、事業所内研修としてお茶の水ケアサービス学院オンライン研修やBCP対策実践研修を導入実施すると共に、クレドカードを用いてこやまケア行動指針の唱和を毎朝行っている。また、これら社会人・福祉サービス従事者として守るべき法・規範・倫理などの遵守状況については、事業所内研修の受講後に提出された研修報告書により定期的に確認している。 利用者の権利擁護のため利用者の意向を把握し組織的な防止策と対応を図っている 利用者が苦情処理制度や施設以外の相談先を利用できることについて、利用契約時に説明すると共に、介護相談員にも相談が出来ることを朝の会等でも伝えている。また、利用者等からの意向は、苦情受付対応マニュアルに基づき対応し、相談員が窓口となり積極的に現場に入り、利用者等が話やすい環境づくりに努めている。さらに、年2回こやまケア実践評価表を用いて日常のケア、行動を振り返り上長面談を行っている。また、虐待等については、こやまケア委員会の中でも防止策を検討する共に、高齢者相談センター等と連携し対応を図っている。 地域との関係づくりに取り組むと共に地域ニーズに基づく地域貢献にも取り組んでいる 地域社会と関係づくりを図るため、地域連絡会、地域祭り等に参加し、施設案内を行っている。また、当施設が開催のお祭りへの招致や施設活動をブログにアップしている。さらに、随時見学対応を行っており、企業訪問学習にも協力すると共に、地域教育機関等の合同企画イベントや交流会の開催を行っている。併せて、高齢者の憩いの場としてエントランスを開放し、地域の特性やニーズに基づき介護予防事業を実施している。加えて、地域ネットワーク内の共通課題である地域の防災訓練等に参加し、地域教育機関等が行う地域活動にも参加している。

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 標準項目実施状況 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 標準項目実施状況 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		
施設が目指すことの実現を阻害するリスクに対しリスクマネジメントに取り組んでいる 施設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・災害等)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて、グループ、法人、施設の事業計画に優先順位を付けて実行に取り組んでいる。また、優先順位の高さに応じたリスクに必要な対策については、事業所内研修・実践研修により職員への共有化を図っている。さらに、災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、グループのスケールメリットを生かし法人内や施設の事業計画に記載すると共に、防災BCP・感染BCPを策定し対応に取り組んでいる。 施設で発生が懸念されるリスクへの対策やBCPは見直しを行い再発防止に努めている 施設で発生が懸念されるリスクに対し必要な対策や事業継続計画を記載した各種緊急対応マニュアル5種については、職員、利用者、関係機関に周知し、各種マニュアルに基づく対応を図っている。特に、利用者家族に対しては契約時に重要事項説明書により説明を行っている。また、事故・災害等が発生した場合は、インシデント・アクシデント報告書に記載し、職員間で対策・防止策を検討する共に、アクシデントについては対策の再評価を実施している。さらに、頻発している事故等については、リスク委員会を中心に原因究明・再発防止に努めている。 施設で扱う情報については事業運営マニュアル等を整備し適切な運用管理を図っている 施設における情報の収集・利用・保管・廃棄についてのルールは事業運営マニュアルに定めて適切に運用している。また、職員の入職時には、個人情報保護規程に基づき誓約書を取得している。また、収集情報は、必要な人が必要な時に活用できるように、パスワード付きの共有サーバーで管理している。さらに、職員の業務以外の情報へのアクセスはアクセス権を設定しアクセス制限を行っている。併せて、施設で扱う個人情報については、プライバシーポリシー「個人情報保護方針」を掲げ、重要事項説明書に開示請求が出来る旨を記載している。		

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
	施設が求める人材採用では、人材育成計画によるキャリアアップ支援に取り組んでいる 施設が求める人材の確保は、必要に応じて採用面接を行いグループ法人の承認を得て採用している。また、人材の採用に当たっては、適性検査を実施し、採用後も同法人内での異動や交換実習、支援体制を取り入れ、柔軟な人員配置を行っている。さらに、施設では、新人に対し施設が求める職責や職務内容に応じた長期的な展望（法人のキャリアパス）を記載したこやまケア行動指針及び施設目標と個人目標が連動した個人目標シートを周知する共に、施設目標と個人目標を連動した人材育成計画を策定し職員のキャリアアップ支援に取り組んでいる。 職員の希望等を考慮した人材育成計画を策定しチームによる人材育成に取り組んでいる 施設が求める人材育成を図るため、今年度スタートしたオンライン研修やグループ・法人等の研修参加に取り組んでいる。また、施設が求める人材育成計画は、グループ・法人・施設の事業計画に記載し実行している。さらに、施設では、人材育成計画に対応した研修会の実施、事業計画から個人目標に落とし込みを行うと共に、年2回上長との面談を実施している。併せて、個人目標策定の面談時に職員が参加希望する研修を確認している。加えて、人材育成チームを発足し、指導経験のある職員も加わることで指導者自身の成長に繋がっている。 職員の定着に向けた職員の意欲向上と組織力の向上に向けたチーム活動を促進している 施設では、職員の育成・評価と処遇の連動を目指し、個人目標シート、こやまケア実践評価表による面談を実施している。また、ストレスチェックやノー残業デー等を実施し、職員が安心して働き続けられる職場づくりを目指している。さらに、職員の意欲と働きがいの向上に向け、個人目標シート等による上長面談を行っている。併せて、組織としての学びとチームワークの促進に向け、こやまケア研究発表会での発表に取り組んでいる。加えて、職員ひとり一人の気づきや工夫についてもカンファレンスで共有しサービスの質向上に取り組んでいる。

7		事業所の重要課題に対する組織的な活動	カテゴリー7
サブカテゴリー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】 ・利用者を確保し、稼働を安定化させる。 【課題抽出の理由・背景】 ・3年前の大規模改修工事の際は定員を15名に減らして運営を維持したが、改修工事後は利用者が伸び悩み、前年度は定員を35名に戻し新規受入れを伸ばす必要があった。 【取り組み】 ・区内の居宅介護支援事業所に対し、FAX・電話・年賀状・感謝状等による営業を強化し、利用者の新規獲得を図った。 ・ケアマネージャーに対し、利用回数の増加を図るため、選ばれる・楽しめる・通いたいと思われる環境づくり、生きがい・やりがいを叶えられる施設づくりに努めた。 ・イベント等を活用した臨時利用者の増大や利用者が休んだ日の振替利用のすすめに取り組んだ。 【取り組みの結果】 ・新規利用者は月平均3.6名と徐々に増加したが、利用者の長期休みや繰返し入院などにより稼働は伸び悩んでいる。 ・地域に向けたランチ会の開催によるデイサービスの食事体験やスタッフによる勉強会・相談会を行うことによりデイサービスの利用に繋がっている。 【検証・今後の方向性】 今後も居宅介護支援事業所への営業活動や地域の引きこもり高齢者を引き出すためのランチ会を継続していく			
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 ・当施設は3年前に行った大規模改修工事の際は、定員を15名に半減して営業を続けたが、工事の遅れや追加工事が発生し、施設営業に影響を及ぼした。その間、区内の他デイサービスを利用した利用者が当施設に戻ってくることは難しかったが、地域に向けランチ会やスタッフによる勉強会などの新たなサービス提供を行うことで新規利用者の獲得に力を入れてきた結果、ようやく新規利用者が月平均3.6名に増加し、前年度の新規利用者は42名に回復した。 ・今後、地域に向けたランチ会や勉強会を継続する共に、当施設の売りである利用者や職員の得意なものを伝える選択制個別プログラム「お台場ユーキャン」活動において新しいテーマを取上げて利用者の興味・関心を拡大することにより、新規利用者の確保と施設の安定稼働に繋げることを期待する。			
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】 ・職員の残業を減らす。 【課題抽出の理由・背景】 ・業務改善による効率化を進め、相談員の新規利用者の計画づくりの効率化を進めると共に、ベテラン職員による新人教育制度を見直す必要がある。 【取り組み】 ・水曜日と土曜日にノー残業デイを設定した。 ・職員の残業はリーダー層へ事前申請することにした。 ・翌日の準備を夕礼前に行う、戸締り点検を16時30分に早める等の業務改善を行った。 【取り組みの結果】 ・土曜日のノー残業は進んだが、水曜日は利用者が増加し業務が増えたことによりノー残業に出来ないことが多かった。 ・職員の残業はリーダー層への事前申請制にすることより、残業の削減に繋がった。 ・業務内でできる作業は業務時間内にこなすことで夕礼時間を確保し、残業の削減に繋がった。 【検証・今後の方向性】 ・職員の残業削減には一定の成果が見られたが、残業する職員が多いため、引き続き課題に掲げて取り組んでいく。			

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 ・職員の残業は、新人職員が慣れない仕事をする場合やイベント前に多い傾向が見られます。施設では、人材育成チームをつくりプリセプターを育成することで新人育成の効率化を図り、リーダー層への事前申請制度やオンライン研修を導入することにより、残業削減に一定の成果を上げている。 ・当施設では、風通しの良い職場環境が構築されているため、職員が分からないことを教え合ったり、ベテラン職員がアドバイスを気軽に言う風土があり、相談しやすい環境づくりが進んでおり、仕事の効率化に繋がっている。 ・今後も引き続き、人材育成チームによるスタッフ育成を強化することにより、スタッフひとり一人のスキルにあった資質向上を図り、相談員・看護師・理学療法士・介護職員など多様な専門職チームによる協力体制を強化し、職員が意欲を持ち安心して働き続けられる職場づくりに取り組むことを期待する。	

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			
リーフレットはフルカラーで、文字も大きく、読みやすい内容となっている 利用希望者に事業所の情報が届くよう、ホームページやブログでの情報提供のほか、関係機関へのリーフレットの配布を行っている。ブログでは食事の内容、イベント、予定表、お知らせなどを頻回に投稿して、最新情報に更新されている。写真と関連コメントでサービス内容を分かりやすく紹介し、利用イメージがわくよう工夫している。リーフレットはA4版、二つ折り、フルカラーで読みやすい文字の大きさにしている。一日の流れ、フロアの様子、クラブ活動や外出、食事、目の前の海浜公園の様子などの情報を掲載している。 予定表にはレクの内容を示し、キャッチフレーズで利用者のやる気を喚起している リーフレットは行政、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所などに配布している。利用者、家族には、毎月「お台場たより」（広報誌）を発行し、次月の予定表とお品書き（献立表）を配布するとともに、ブログにも掲載している。A4版のフルカラーで、文字は大きく、分かりやすい表現に努めている。予定表はレクリエーションの内容を掲載し、その月のトピックス、キャッチフレーズをつけ、利用者のやる気を喚起している。お品書きには、カロリー、蛋白、塩分が表示され、食事制限をされている方にも配慮した内容となっている。 見学者には車で送り迎えをして、希望者には昼食の試食（実費）をしてもらっている 利用者に関する情報共有を図るため、地域の居宅介護支援事業所に実績報告する際、利用者の様子を伝えている。さらに担当ケアマネジャーには、サービス提供の様子を知ってもらうため、ブログを閲覧してもらうよう働きかけている。生活相談員は、利用希望者の見学に対応している。歩行に不安がある方、車いすや歩行器を使っている方のため、見学には車で送り迎えをしている。また、希望者には昼食の試食（実費）をもらうこともあります。見学時の質問、希望等は記録に残し、以後のサービスに反映するよう努めている。			

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		
サービス担当者会議に参加し、終了後、利用者のアセスメントを実施している 初めての利用者は、生活相談員が自宅を訪問し、サービス担当者会議に参加している。会議ではケアプランに示す課題、長期・短期目標を共有している。自宅訪問時には、ケアマネジャー提供の事前情報をベースに、利用者・家族の意向、既往・現病歴、主治医、緊急連絡先、生活歴などを改めて確認し、「利用者面談記録(インテーク兼アセスメントシート)」に記載している。さらに重要事項の説明によりサービス内容、基本的ルール、自己負担額のほか、リスクの説明資料により、利用上の留意点の説明を行い、同意を得て契約書を締結している。 重要事項説明ではリスクの説明を行い、利用上の留意点を本人、家族と共有している リスクの説明資料では、加齢に伴う高齢者の特徴を明示したうえで、様々なリスクと具体的対応などを示すなど、インフォームドコンセント(説明と同意)に努めている。事前の自宅訪問で収集した利用者面談記録の内容は、全職員で共有している。初回利用時には、環境変化になじむため不安を感じられている。アセスメントで得た家族や趣味、生活歴から、関心のある話題でコミュニケーションをとり、不安解消に努めている。初回から2回目の利用まで重点的に関わりをもって信頼関係つくとともに、新たな情報把握に努めている。 初回の利用では、モニタリングを行い、サービス内容の検証・評価を行っている 初回利用時にはモニタリングを行い、入浴・排泄・移動・移乗・送迎・バイタル・機能訓練・レク・その他の項目の評価を行っている。結果は次回利用時のケアに反映している。その方の性格や生活習慣を尊重したケアに取り組んでいる。活動への参加は無理強いてせず、その方の意思を尊重して参加を促している。毎日の終礼で気になる利用者がいれば、振り返りを行って必要なケアを話し合い、次回の利用に反映している。サービス終了時には終了届を提出してもらうほか、施設入所等であれば情報提供を行っている。		

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		
生活相談員は、チームケアの実現に向けて、他のサービス担当者と連携している 生活相談員はサービス担当者会議に参加し、ケアマネジャーから提供を受けている情報をもとに本人、家族に聞き取りを行っている。聞き取り内容は緊急連絡先、家族構成、住宅環境、生活状況、現病・既往歴、主治医、服薬状況などで、「利用者面談記録(インテーク)兼アセスメント」に記載し、事業所内で共有している。会議では、他のサービスの利用状況を確認し、チームケアの実現に向けて関係づくりに努めている。ケアプランに示す課題、援助目標を踏まえ、課題分析を行って、この解決に向けて通所介護計画書を作成している。 ケアプランに応じたサービスの実施状況をモニタリングし、ケアマネに報告している 通所介護計画は、ケアプランに応じて目標期間(通常6カ月)を設定し、定期にモニタリングを行っている。目標期間の終了前に再アセスメントを実施。課題を分析し、この解決に向けた内容にしている。また、状態変化や要介護度の変更に応じて、見直しを行うなど、計画的、継続的なサービス提供に努めている。モニタリングは、通所介護計画のサービス内容の評価を行うものと、ケアプランの長期・短期目標に対するサービスの実施状況の評価を行う二つがあります。後者はモニタリング・実施状況としてケアマネジャーに報告している。 利用者の課題の共有、解決に向けてカンファレンスを開催し、記録を管理している 利用者の個別の記録はケース記録、全体は状況は業務日誌、申し送りノートに記載している。申し送りノートでは、全体の一日の流れ(時系列)とともに、利用者に関する申し送り、特記などを記載している。職員は夕礼や朝礼で確認し、署名を通じて周知状況を管理している。特記に関わる個別の状況は、「ケース記録」を参照して詳細を把握している。申し送りノート、ケース記録を通じて、個々の利用者の課題を共有し、必要に応じて課題解決のためにカンファレンスを開催している。職員は、これらの記録を踏まえて振り返りを行っている。		

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			
職員が携帯する「こやまケア職員行動指針」にはプライバシー保護を謳っている 法人として個人情報の取り扱い規定を定めており、契約時に重要事項の説明を通じて同意を得ている。利用者の個人情報は法人、施設の保護方針に基づき取り扱い、施設外でも口外しない等、守秘義務を徹底している。職員が日頃から意識できるよう、常時携帯する「こやまケア職員行動指針」にはプライバシーの保護を謳っている。さらに職員は法人プライバシー研修や港区の情報セキュリティ研修を受講している。外部との情報交換で個人情報を実際に利用する際には、マスキングを行い、第三者に個人が特定できないよう徹底している。 個人情報をFAXする際は、マスキングを行うほか、ダブルチェックを行っている 個人情報をFAXで送信する際は、マスキングを行うとともに、誤送信を防止するため、複数の職員でダブルチェックを行っている。個々の利用者の身体に触れる介助を行う際には、声かけをして本人の了解を得ている。入浴、排泄介助時にはマニュアルに従って利用者の羞恥心に配慮している。脱衣室での更衣介助では、カーテン、パーテーション、バスタオルを使って、可能な限り、肌の露出をさけられるよう配慮している。排泄介助にあたっては、周囲に配慮しながら声掛けをして、適切なタイミングでトイレ誘導を行っている。 利用者一人ひとりの意向、気持ちに沿った支援に努めている 私物の扱いは注意を払っており、コートや荷物を預かる際には、声かけして了解を得ている。集団プログラムの時には、参加されない方に声かけなどをするかもしれませんが、無理に参加をすすめないよう配慮している。集団活動の時間帯には、個別のプログラムも用意されている。利用者一人ひとりの意向、気持ちに沿った支援に努めている。事業所では、個人の意思判断を尊重しており、意思疎通がやや難しい方には、質問形式で工夫するほか、日頃の行動や状況から意思推定を行うなど、個人の意思判断の支援に努めている。			

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		
マニュアルはスタッフルームに常備し、手順を示すフロー図は掲示している ケアの実践手順を示す事業運営マニュアルのほか、各種緊急マニュアルを整備している。入浴や排泄介助で職員によって手順が異なると、利用者は不安を感じ、かつリスクもあることから、マニュアルによって業務の標準化を図っている。また、常時携帯する行動指針には、介護や看護実践にあたる職員の姿勢が示され、職員は参照している。マニュアルはスタッフルームに常備し、併せて具体的行動を簡潔に示すフロー図を掲示、日常的に確認している。職員はマニュアル、フロー図を参照して、日頃から適切なケアを実践している。 各マニュアルは、更新時期を定めるほか、更新内容・履歴を管理している 業務マニュアルは、定期に見直しを行う仕組みが整っている。各マニュアルには更新時期を定め、更新履歴も管理されている。年に一度、各事業所ごとに顧客満足度アンケートを行い、利用者の意見・要望を定量的、定性的に把握するよう努めている。ヒヤリハット結果等を精査し、要因分析により改善策を検討している。改善策は利用者のアンケート結果とともに、マニュアルの改訂の基礎資料として参考になっている。入浴では、機械式浴槽を使うため、個々の手順を写真と説明文を付したマニュアルを作成し、業務の標準化を図っている。		

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

サブカテゴリー4	
サービスの実施項目	サブカテゴリー毎の 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	
初回利用日には、モニタリングを行って計画内容の妥当性を評価している 生活相談員は、サービス担当者会議に参加し、ケアプランに示す課題、目標を共有している。さらにアセスメントを実施し、この結果をもとに多職種でカンファレンスを行い、課題分析とこの解決に向けた通所介護計画書を作成している。初回の利用時には、その日にモニタリングを実施して、計画の妥当性を評価するとともに、必要な見直しを行っている。以後、2回目の利用(目安)まで重点的な関わりをもって、追加の情報収集とともに、計画に示す目標の実現に向けて、必要なケアや職員の関わり、他者交流など実践に取り組んでいる。 選択制の「お台場ユーキャン」では、利用者の関心の高いテーマとなっている 選択制のプログラム「お台場ユーキャン」を開催している。帰宅までの1～2時間を書道、ぬり絵、園芸、手工芸、体操、カラオケなどのプログラムを開催し、利用者は自分の好きな活動に参加している。利用者によっては、複数の活動に参加することもある。もちろん参加しないのも選択の一つとして尊重されている。また、提供するプログラムは職員の担当制としており、利用者には選ばれるよう企画、運営に努力している。事業所では、活動を通じて自己啓発の機会を提供するとともに、利用者の選択を尊重した運営に取り組んでいる。 各専門職は、利用者を担当する他事業所の専門職と連携することがある 生活相談員は日頃の連絡・報告を通じてケアマネジャーと連携している。さらにサービス担当者会議で関係を作った他のサービス担当者、必要に応じて連絡を取って支援に関する情報交換を行っている。毎日のカンファレンスでは、介護職、看護職、リハビリ職、栄養士、相談員、管理者など、各専門職が協力し、それぞれの専門的視点から意見交換を行い、個別ケアの質の向上に取り組んでいる。看護師は主治医と看護師、機能訓練指導員は福祉用具専門相談員など、それぞれ専門職として在宅で利用者を支える関係者と連携している。	
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	
体調や希望に合わせて食事の形態を変更できるなど、柔軟な対応をとっている 専用の厨房があり、つくりたての温かい食事を提供している。栄養士は、毎月発行の「お台場だより」で、その月の目玉となる料理の予定を伝え、ブログで食事内容を写真とコメントで紹介している。食席は特に決めず、好きな席に好きな方と一緒に食事してもらっている。ランチョンマットの上にきれいに配膳して、テーブルは季節の花を飾るなど、雰囲気づくりに努めている。食事形態はアセスメント情報をもとに対応し、むせこみのないよう配慮している。体調や希望に合わせて食事の形態を変更できるなど、柔軟な対応をとっている。 計画に示される入浴介助内容は「入浴表」に要点を転載し、実践で参照している 入浴方法は、一般浴と機械浴の二つのタイプがある。アセスメントによる身体機能の評価結果を踏まえ、カンファレンスを通じて援助内容を検討している。入浴介助の方法は、通所介護計画書(兼アセスメント表)に記載している。計画書では、着脱動作・洗身動作の介助レベル、具体的な援助計画と留意点を示している。個々の援助内容は、「入浴表」に転載され、実際の入浴介助に生かされている。職員によって手順が異なると、利用者は不安に感じることから、入浴マニュアルを整備して、介護の手順の標準化を図っている。 生活リハビリに着目した排泄介助に取り組み、利用者の自立を支援している 通所介護計画書(兼アセスメント表)には、排泄に係る自立度、失禁の有無、環境、使用物品、個別の具体的な援助計画・留意点が表示されている。さらに「排泄対応リスト」では、利用者別に特記事項を示し、時間帯別に排泄の状況、対応などを記号で記入している。職員は計画に沿って排泄介助に努め、生活リハビリの視点から、できることは自力で行ってもらい、難しいところを支援している。ドライバーと添乗員が送迎表に沿って送迎を行っている。さらに家族の事情に応じて、時間を変更するなど、柔軟な対応に努めている。	

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 ☐非該当
☒ 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 ☐非該当
☒ 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 ☐非該当
評価項目3の講評	
看護師は、日頃の関わりの中で利用者の変化を見逃さないよう努めている 看護師は6名配置され、常時2名以上の勤務体制で、利用者の健康管理を行っている。利用者が到着すると、看護師はバイタル測定(体温・血圧・脈拍)を行って、バイタルチェック表に記載します。さらに添乗員を通じて、家族からの体調に関する申し送りを確認している。利用者の健康状態で、気になることがあれば、必要に応じて主治医に連絡して指示を得るほか、家族、ケアマネジャーと共有している。日頃の関わりの中で利用者の変化を見逃さないよう努め、体調が悪い方は継続してバイタルチェックを行って急変に備えている。 薬が変更になった場合、チェック表に変更内容を更新し、最新情報を管理している 服薬情報は、アセスメント表に記載し、複写した薬手帳等とともに保管している。毎日の服薬管理を正確に行うため、複数の利用者を一覧表にした「内服薬チェック表」を作成している。薬が変更になった場合は変更内容に更新し、最新の情報を管理している。通所時、看護師は持参薬とチェック表の内容を突き合し、変更がないか確認している。チェック表にない薬があった場合は、家族に連絡して確認している。服薬準備では看護師2名でダブルチェックを行うなど、一連の確認作業を通じて誤薬防止に取り組んでいる。 感染症発生時、法人の感染制御チーム(ICT)の感染管理認定看護師と連携している 初回のアセスメントでは、緊急時の連絡先を二つ以上記載してもらうとともに、主治医、緊急の搬送先の希望も確認し、保管している。これらに加えて、現病・既往歴、主治医、服薬情報などを整理し、緊急搬送する際には医療機関に正確な情報を伝えられるよう備えている。AEDを設置し、毎年、救急法の研修に参加している。各感染症に対するマニュアルを整備し、フロー図を掲示している。法人では感染症対応版のBCPを整備し、発生時には法人の感染制御チーム(ICT)の感染管理認定看護師と連携して、緊急対応する仕組みが整っている。	
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 ☐非該当
☒ 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 ☐非該当
☒ 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 ☐非該当
☒ 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 ☐非該当
評価項目4の講評	
個別機能訓練計画は、PDCAサイクルを通じて、実行されている 機能訓練指導員には理学療法士が3名配置されている。個別のリハビリについては、本人の意向、身体機能の評価等を踏まえて、個別機能訓練計画書を作成し、実践している。計画書は3カ月ごとに検証・評価を行い、見直しを行うなど、PDCAサイクルを通じて計画を実行している。機能訓練指導員は、新規の方が利用を開始した際、身体機能評価を行い、ADLに応じた介助方法を介護士に指導している。また、モニタリング結果は全職員と共有している。ADLが低下した場合は、改めて評価を行い、必要な介助方法を指導している。 お台場ユーキャン、レクリエーションには、リハビリの要素を取り入れている トランスファー(移乗)や移動(歩行)は、転倒リスクがある。機能訓練指導員は、リスクを低減するため、個々の利用者の状態に応じた介助方法を指導し、利用者が安全に過ごせるよう取り組んでいる。また、介助にあたっては、リハビリの要素を取り入れた介護になるよう、椅子からの立ち上がり、歩行、トイレでの立ち座りなど、できることは自力で行ってもらうよう自立支援に取り組んでいる。同様に、お台場ユーキャンの運動系プログラムや、様々なレクリエーションにもリハビリの要素を取り入れた内容にするよう取り組んでいる。 誕生日イベントでは、外出を通じて身体機能の向上を実感してもらう機会としている 毎日のレクリエーションを計画的に実施している。上肢を使うもの、下肢を使うもの、脳の活性化を図るものなど、様々なプログラムを組み合わせ、心身の活性化を支援している。プログラムは予定表として、利用者に配布と掲示を通じて周知に努めている。一つの活動が終了したところで、気分を変えて次に備えられるよう、節目でお茶等を提供し、併せて水分補給を行っている。誕生日イベント時には、職員が付き添って外出し、野外活動を通じて、身体機能の向上(成果)を実感してもらっている。活動参加のモチベーションを高める機会である。	

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				
他者交流は、利用者の心身の活性化を図る機会として大切にしている 利用者同士の交流は、意欲の向上を図り、心身の活性化が図られる機会として大切にしている。席は自由で、利用者がいろいろな方との関係を主体的に築けるよう、自然な関わり方で介入している。タ礼では、その日の利用者同士の関わりや、職員の介入結果を振り返り、次回の利用の際の反省として生かしている。アンケートを定期に実施し、利用者の意向に沿った活動ができるよう心掛けている。個別選択制のお台場ユーキャンでは、個々の利用者に関心のあるプログラムに参加できるよう、普段の会話で自然に働きかけている。 昼食では、主菜を肉料理か、魚料理のどちらかを選択できる献立にしている 事業所では、利用者の日常における意思判断、選択を大切にしている。お台場ユーキャンなど選択式のプログラムほか、様々なレクリエーションは参加が自由で、気分が乗らない、好みではないなど、個人の判断で参加を決めてもらっている。お台場ユーキャンは、午後のレクリエーション終了後、帰宅までの1～2時間、2週間に1回開催している。一方、一人でいたい方には、孤立感を感じないような声かけ、関わりをもつよう努めている。さらに昼食では、主菜を肉料理か、魚料理のどちらかを選択できるよう献立を工夫している。 制作した作品は、ブログや広報誌などで紹介するほか、壁面に掲示している 制作した作品は、ブログや広報誌などで紹介するほか、壁面のスペースに掲示している。作品に対する評価などを通して、利用者はモチベーションも高まり、次の活動に対する意欲を持つことにつながっている。体調の悪い方など、静養ベッドで休憩をとれるよう環境を整えている。さらに防災ヘルメットを座席に設置するなど災害に備えている。港区の環境アセスメント監査を受け、指摘事項に応じて、利用者が快適に過ごしてもらえるよう、室温、湿度の管理を行っている。随時テーブル等のアルコール消毒を行うなど、感染対策を徹底している。				
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				
連絡帳の交換を通じて情報を共有し、個々の利用者の支援に役立てている 添乗員は、送迎時、家族から利用者の家庭での様子や健康状態を確認するとともに、デイでの様子を伝えている。連絡帳の交換を通じて、家族と利用者の情報(食事量・処置等)を共有し、支援に役立てている。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て必要な助言等を行っている。利用者に関わる課題は、カンファレンスで対応策を検討して、カンファレンス記録で共有している。生活相談員は、必要に応じて家族、ケアマネジャーと情報を共有している。全体の様子は、ブログなどで情報を発信している。 「お台場だより」を発行し、サービスの提供状況、イベントなどを伝えている 毎月1回、「お台場だより」を発行し、サービスの提供状況、イベント、食事内容などを伝えるほか、翌月の予定表を示している。さらにブログは随時更新して、写真と記事で利用者の様子や、制作した作品などを紹介している。家族からの希望があれば、利用者の日頃のデイでの様子を見もらうため、見学に来所してもらうこともある。機能訓練指導員は、ADLに応じて必要な福祉用具の提案や、自宅での環境整備など、家族に対して必要な助言を行うこともある。また、導入した歩行器や車いすなどの評価を行うこともある。				

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)	
	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				
朝の会では地域の様々な情報を伝え、地域での生活を実感してもらっている 地域の高齢者のサービスの拠点として、地域の様々な社会資源に係る情報が集っている。リラクゼーションスペースには、区報や介護・介護予防に関するサービスの情報、公的施設、自主活動の情報など、様々なチラシや冊子を用意している。また、朝の会では、地域の様々な情報を伝え、なじみの地域で生活している実感をもってもらっている。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。事業所の前には、お台場海浜公園が広がり、外出訓練など、地域の社会資源を日常的に利用している。 幼稚園、保育園と連携して、子どもたちとの多世代交流の機会を持っている 近隣に幼稚園、保育園があり、デイサービスに来所してもらい、子どもたちとの多世代交流の機会を持っている。利用者が幼稚園を訪問し、園児たちと触れ合う機会をもてました。また、3月には毎年恒例になっている雑巾をプレゼントする予定となっている。お台場ユークンやレクリエーションなど、講師として地域住民が協力してくれている。毎年実施している「ほのぼの作品展」には、児童館の子どもたちが作品を出品してくれました。併設の「ふれあい団らん室」のサークル活動の発表の場を提供するなど、交流の機会をもっている。				

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	5-2-1	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
タイトル①	法人の実践研究発表会で報告し、研究を通じてサービスの質の向上に取り組んでいる	
内容①	法人では、「こやまケア研究発表会」を毎年、開催している。医療・介護の各事業所の取り組み事例の発表・交流を通じ、法人のケアの質の向上を図る取り組みである。当事業所では、「通所介護の課題から見えてきた必要な在宅サービス」というテーマで研究発表を行っている。一人暮らしの認知症高齢者が、台場という介護資源が少ない地域で、在宅生活を継続できた取り組みを振り返った内容です。継続できた要因と考察を明らかにしている。当事業所では研究の成果を実践に生かすよう努め、サービスの質の向上に取り組んでいる。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-4	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
タイトル②	個別機能訓練計画はPDCAサイクルを通じて実行し、リハビリの質を確保している	
内容②	機能訓練指導員には理学療法士が3名配置されている。個別のリハビリについては、本人の意向、身体機能の評価等を踏まえて、個別機能訓練計画書を作成し、実践している。計画書は3カ月ごとに検証・評価を行い、見直しを行うなど、PDCAサイクルを通じて計画を実行している。機能訓練指導員は、新規の方が利用を開始した際、身体機能評価を行い、ADLに応じた介助方法を介護士に指導している。また、モニタリング結果は全職員と共有している。ADLが低下した場合は、改めて評価を行い、必要な介助方法を指導している。	

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	職員の希望等を考慮した人材育成計画を策定しチームによる人材育成に取り組んでいる	
内容③	施設が求める人材育成を図るため、今年度スタートしたオンライン研修やグループ・法人等の研修参加に取り組んでいる。また、施設が求める人材育成計画は、グループ・法人・施設の事業計画に記載し実行している。さらに、施設では、人材育成計画に対応した研修会の実施、事業計画から個人目標に落とし込みを行うと共に、年2回上長との面談を実施している。併せて、個人目標策定の面談時に職員が参加希望する研修を確認している。加えて、人材育成チームを発足し、指導経験のある職員も加わることで指導者自身の成長に繋がっている。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	プログラムへの参加は個人の判断を尊重する一方、利用者が孤立感を感じないように配慮するなど、個々の利用者への関わりを大切にしている
	内容	お台場ユーキャンなど選択式のプログラムのほか、様々なレクリエーションは参加が自由で、気分が乗らない、好みではないなど、個人の判断で参加を決めてもらっている。お台場ユーキャンは、午後のレクリエーション終了後、帰宅までの1～2時間、2週間に1回開催している。一方、一人でいたい方には、孤立感を感じないような声かけ、関わりをもつよう努めている。また、昼食では、主菜を肉料理か、魚料理のどちらかを選択できるよう献立を工夫している。事業所では、利用者の日常における意思判断、選択を大切にしている。
2	タイトル	サービス初日にモニタリングを実施し、通所介護計画の援助内容などを評価し、必要な見直しを行って次のケアに反映している
	内容	利用者宅にて利用者、家族にアセスメントを実施し、この結果をもとに多職種でカンファレンスを行い、課題分析とこの解決に向けた通所介護計画書を作成している。初回の利用時には、その日のうちにモニタリングを実施して、計画の妥当性を評価するとともに、必要な見直しを行っている。以後、2回目の利用（目安）まで重点的な関わりをもって、追加の情報収集とともに、計画に示す目標の実現に向けて、必要なケアや職員の関わり、他者交流など実践に取り組んでいる。事業所では、利用者本位のサービスに取り組んでいる。
3	タイトル	職員の定着に向けた職員の意欲向上や組織力の向上に向けた組織としての学びとチームワークの促進に取り組む成果を上げている
	内容	施設では、職員の育成・評価と処遇の連動を目指し、個人目標シート、こやまケア実践評価表による面談を実施している。また、ストレスチェックやノー残業デー等を実施し、職員が安心して働き続けられる職場づくりを目指している。さらに、職員の意欲と働きがいの向上に向け、個人目標シート等による上長面談を行っている。併せて、組織としての学びとチームワークの促進に向け、こやまケア研究発表会での発表に取り組んでいる。加えて、職員ひとり一人の気づきや工夫についてもカンファレンスで共有しサービスの質向上に取り組んでいる。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	職員の定着に向け、新人職員の残業削減や職員が「報連相」を止める事によるコミュニケーション不足の解消への取り組み強化が望まれる
	内容	施設では、職員の残業が新人職員が慣れない仕事をする時やイベント前に多くなる傾向が見られる。このため、人材育成チームをつくりプリセプター育成による新人育成の効率化や職員の残業の事前申請制度の導入等により残業削減に一定の成果を上げている。現在、施設では風通しの良い職場環境が構築され、職員が分からない事を教え合ったり、ベテラン職員がアドバイスを気軽に言う風土があり、相談しやすい環境づくりが進み、仕事の効率化が進んでいる。今後は、職員が「報連相」を途中で止める事によるコミュニケーション不足の解消が望まれる。
2	タイトル	ボランティアとの交流は心身の活性化につながることから、受入数かコロナ禍前の水準に戻るよう、関係者との協働が望まれる
	内容	近隣に幼稚園、保育園があり、デイサービスに来所してもらい、子どもたちとの多世代交流の機会を持っている。また、利用者が幼稚園を訪問し、園児たちと触れ合う機会をもてました。また、3月には毎年恒例になっている雑巾をプレゼントする予定となっている。さらにお台場ユーキャンやレクリエーションなど、講師として地域住民が協力してくれている。一方、ボランティアの受け入れ数は、コロナ禍以前のレベルには達していないと振り返っている。ボランティアの参加促進のため、地域関係者と協力して取り組まることが望まれる。
3	タイトル	お台場ユーキャンやレクリエーションなど、利用者に喜ばれ、参加したいと思うプログラム開発をさらに進めることが望まれる
	内容	お台場ユーキャンやレクリエーションを実施している。プログラムは、利用者の心身の活性化を図る目的で、事業所にとっては大切な活動である。プログラムへの参加は自由で、利用者は自分の好きな活動に参加している。利用者によっては、複数の活動に参加することもある。提供するプログラムは職員の担当制としており、利用者には選ばれるよう企画、運営に努力している。一方、多様なニーズに対応できるプログラムの開発を課題と振り返っている。利用者に喜ばれ、選ばれるプログラム開発をさらに進めることが望まれる。