

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	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	港区立北青山高齢者在宅サービスセンター			指定番号	1370304618
事業所連絡先	〒	107-0061			
	所在地	東京都港区北青山1-6-1			
	Tel	03-5410-3410			
事業所代表者氏名	施設長 藤井 武彦				
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 1 日				
利用者調査結果報告日	2024 年 12 月 4 日				
自己評価の調査票配付日	2024 年 9 月 1 日				
自己評価結果報告日	2024 年 12 月 4 日				
訪問調査日	2024 年 12 月 5 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) 東京聖労院は、「四恩報謝」(天地・父母・国・衆生の恩に報い、感謝するところ)の教えに根本を置いた「聖労」(報いを求めない聖(きよ)き労働)を実践し、「地域とともに育つ」ことを常に忘れず、社会福祉の目的の実現をめざします。 (2) 赤坂/青山の地域性・特徴を十分に生かし、質の高いサービスを提供することにより地域福祉に貢献します。 (3) ご利用者一人ひとりが安全で気兼ねなく安心して過ごせる施設を目指します。 (4) 堅実な財政運営のもと、職員にとって働きやすい職場づくりを目指します。
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 ○組織人間力: 法人の歴史を理解し、歴史を支えた理念に共感し、実践することを期待しています。 ○福祉人間力: 利用者本意の姿勢と考え方で接することができるマインドの持ち主であることとともに、利用者等の声や気持ちを十分に受けとめることができる豊かな感受性を期待しています。 ○仕事・役割「情意効果」: 組織人としての「規律性」「責任性」「協調性」「積極性」について評価基準を設定し、仕事への根本的な姿勢について求められる職員像を明確にしています。 ○仕事・役割「組織役割」: 全職種・全職位共通の評価項目として所属部署内での個別役割を設定しています。法人・施設の成長に向けて、職員が組織に対する責任を果たし役割を達成する姿勢の持ち主であることを求めています。 ○仕事・役割「個別専門職務」: 各専門職・各職位に応じて求められる個別専門職務について評価基準を設定しています。福祉専門職として職種・キャリア・職位に応じた個別専門職務を身に着け、更なる成長に向けて弛まぬ努力を続ける姿勢を持つことを求めています。 (2) 職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感) 1. 人間としての尊厳の保持: 私たちは、かけがえのない人間の生命を尊重し、皆様の人間としての尊厳を保持することを判断と行動の基本とします。 2. 人権の尊重: 私たちは、皆様の自由と平等を尊重し、基本的人権を擁護することを判断と行動の基本とします。 3. 一人ひとりの自立の支援: 私たちは、皆様が心身ともに健やかに育成され、又はその有する能力に応じ自立した日常生活が送れるように支援します。 4. 自己決定の尊重: 私たちは、皆様の知る権利を保障し、必要に応じて代弁者として行動し、皆様の判断や選択が最良のものとなるように支援します。 5. 社会参加と地域福祉の推進: 私たちは、皆様が地域社会の一員として生活を送り、社会、経済、文化その他の活動に参加する機会が得られるよう、地域の方々と相互に協力、連携し、地域福祉の推進に取り組みます。 6. たゆまぬ自己研鑽: 私たちは、皆様により良い支援ができるように、社会人としての常識と教養を培うことを怠らず、常にチームワークと自らの専門的力量的の維持と向上に責任をもち、たゆまぬ自己研鑽に励みます。 7. 個人情報の保護: 私たちは、皆様一人ひとりの個人情報の保護、保全に万全を尽くします。

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72名を対象とし、32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

72

共通評価項目による調査対象者数

72

0

72

共通評価項目による調査の有効回答者数

32

0

32

利用者総数に対する回答者割合（％）

44.4

0.0

44.4

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ますか」との質問に対して、「大変満足」31.3%、「満足」46.9%、を全て足すと78.2%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	26	6	0	0
この項目では、26人が「はい」と答え、全体の81.3%を占め、「どちらともいえない」が18.8%、「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、急がされたことはないなどの声が聞かれた。				
2. 日常生活に必要な介助を受けているか	27	1	1	3
この項目では、27人が「はい」と答え、全体の84.4%を占め、「どちらともいえない」が3.1%、「いいえ」が3.1%という結果であった。また、自由記入の結果では、大変良く面倒を見ていただいており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	20	8	4	0
この項目では、20人が「はい」と答え、全体の62.5%を占め、「どちらともいえない」が25.0%、「いいえ」が12.5%という結果であった。また、自由記入の結果では、毎日スタッフの方々が工夫して楽しませていただくので新鮮な気持ちで利用しています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	29	3	0	0
この項目では、29人が「はい」と答え、全体の90.6%を占め、「どちらともいえない」が9.4%、「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、僅かの時間でも身体を動かせる喜びが、生活上に活かされてくる、と思われ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	24	5	1	2
この項目では、24人が「はい」と答え、全体の75.0%を占め、「どちらともいえない」が15.6%、「いいえ」が3.1%という結果であった。また、自由記入の結果では、体調のことなど相談すれば、親身になって考えて助けてくださいますなどの声が聞かれた。				
6. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	27	1	1	3
この項目では、27人が「はい」と答え、全体の84.4%を占め、「どちらともいえない」が3.1%、「いいえ」が3.1%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。				
7. 職員の接遇・態度は適切か	23	5	0	4
この項目では、23人が「はい」と答え、全体の71.9%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、記述が少なく、特に傾向はみられなかった。				
8. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	23	0	5	4
この項目では、23人が「はい」と答え、全体の71.9%を占め、「どちらともいえない」が0.0%、「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。				
9. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	11	5	0	16
この項目では、11人が「はい」と答え、全体の34.4%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、その様なことは起きてい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	23	5	0	4
この項目では、23人が「はい」と答え、全体の71.9%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、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	24	4	0	4
この項目では、24人が「はい」と答え、全体の75.0%を占め、「どちらともいえない」が12.5%、「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、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	22	5	0	5
この項目では、22人が「はい」と答え、全体の68.8%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、記述が少なく、特に傾向はみられなかった。				
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	22	5	1	4
この項目では、22人が「はい」と答え、全体の68.8%を占め、「どちらともいえない」が15.6%、「いいえ」が3.1%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。				
14. 利用者の不満や要望は対応されているか	24	3	0	5
この項目では、24人が「はい」と答え、全体の75.0%を占め、「どちらともいえない」が9.4%、「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、いつまでも覚えていて対処し、気遣ってくださいます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	10	5	4	13
この項目では、10人が「はい」と答え、全体の31.3%を占め、「どちらともいえない」が15.6%、「いいえ」が12.5%という結果であった。また、自由記入の結果では、困ったことがあった場合、職員に相談して解決しています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		
	施設の理念等について、面談等により利用者や職員の理解が深まるよう取り組んでいる 施設が所属する法人の理念は人事考課の考課項目になっており、職員の面接時に理解度を確認している。また、新入職員及び中途職員については、入職時研修において、法人の歴史・理念等について説明を行い、理解の漏れのない様に取り組んでいる。さらに、事業計画書を施設窓口に設置し、利用者や職員がいつでも閲覧できるようにしている。併せて、ご利用者家族宛に、「北青山だより」を毎月送付し、施設の目標や取り組みの状況を周知し、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人員配置表により職員に周知し施設運営をリードしている 施設の経営層は、経営の安定、質の高いサービス、地域貢献に向け、それぞれの決定権をもって、その実現に向け日々対応している。また、経営層は自らの役割と責任を「人員配置表」により職員に伝えている。それを受け、各階層の職員は、質の高いサービスと組織目標の実現のために日々取り組んでいる。さらに、毎月法人が行う運営委員会の方針を受け、施設で行う課長会では施設が目指すべき方向を確認している。併せて、年2回の職員会議で、経営層は施設経営状況や施設の方向性を職員に周知し、その実現に向けリーダーシップを発揮している。		
	重要な案件は起案書等の決められた手順により決定し、決定事項は関係者に伝えている 重要な案件は内容に応じて、区、施設長、法人本部に確認を行い、事業等の決定は起案書で行うと共に決定文書は保存している。また、高齢者虐待防止や感染症予防対策、安全衛生、事故や苦情等への対応は、施設内の委員会で決めている。さらに、毎月のデイ主任会では理事会や運営委員会の決定事項の報告を行っている。併せて、職員には、年2回の職員会議を中心に周知すると共に法人からの通知、区からの通知などは随時書面にて回覧し周知している。加えて、ご利用者家族には、重要な案件の決定経緯等を家族会や毎月のたよりで周知している。		

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 施設運営に対するご利用者や職員の意向は評価アンケート等で把握し課題抽出している ご利用者の施設運営に対する意向やニーズは、年1回のサービス評価アンケートを実施し把握に努めている。また、職員の施設運営に対する意向は、毎月開催の各部署の会議等において各部署リーダーが把握・検討し、必要に応じて施設長まで直ぐに上げることになっている。併せて、議事録は指導職から管理職、施設長まで必ず報告されることになっている。加えて、法人本部では職員懇談会を毎年開催し、この懇談会では、施設の管理職を外し、理事長、本部役員と職員が直接話しが出来る場とし、法人が対応すべき課題の抽出を図っている。 国や地域、福祉全体や法人・施設の経営状況を把握し、対応すべき課題を抽出している 施設長は、施設を取巻く環境について、国の動向は、東京都社会福祉協会の部会等に参加し、また、地域の動向は、区施設長会、区高齢者地域支援連絡協議会等に参加し、情報取集とニーズ把握に努めている。さらに、法人の経営状況は、毎月法人全体の運営委員会で数値データ(前月/累計)が提供されている。併せて、毎月、経理担当が作成する施設収支月報と指定管理予算実績表を活用し施設独自の数値データ資料を作成し最新の経営状況の把握に努めている。加えて、把握したニーズ等に基づきデイ主任会議で話し合いと課題抽出が行われている。 法人の中長期計画及び施設の単年度事業計画書に基づき目標達成に取り組んでいる 法人が目指していることの実現に向け、法人では中長期計画を策定・公開すると共に、施設では法人の中長期計画に基づき単年度事業計画及び予算計画書を作成している。また、施設では単年度事業計画を、法人本部及び区に提出すると共に、事務室前にも掲示し誰でも閲覧できるようにしている。その単年度事業計画には重点目標やその他の目標の具体的な指標を示している。併せて、毎月開催される法人の運営委員会や施設のデイ主任会議・包括内部ミーティングでは計画の進捗状況の確認や見直しを行い、着実な目標達成に取り組んでいる。		

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
	職員が守るべきことを職員倫理要綱等で周知し、理解が深まる取り組みを行っている 法人では、職員が社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理等について、法人の中長期事業計画書、就業規則及び職員倫理綱領に明示し周知している。また、職員倫理綱領は施設内に掲示すると共に、年2回は1週間の期間を定め、朝礼・夕礼にて職員全体で唱和している。さらに、法人ではPマークを取得し個人情報保護の管理体制を強化している。併せて、職員が守るべき法・規範等の理解を深めるための取り組みとして、規程集を整備し事務所に配置すると共に、職員の入職時研修でも説明し遵守されるように取り組んでいる。 ご利用者の権利擁護のための苦情対応フロー等を整備し、虐待防止等に取り組んでいる 法人では、ご利用者の権利擁護のための苦情対応フローを整備している。また、施設の各サービスごとに苦情対応責任者を選定し施設内に掲示している。さらに、ご利用者からの意見・要望・苦情に対しては、法人として対応フローと施設毎のマニュアルに基づき、苦情対応委員会を開催し対策を検証している。併せて、施設では高齢者虐待防止指針を作成し、半年1回虐待の芽チェックシートによる確認や年1回高齢者虐待・倫理綱領研修を行うと共に、毎月デイ会議でも虐待防止検討を行う等組織的な虐待防止対策と対応に取り組んでいる。 透明性を高めるため第三者評価の毎年受審や地域共通課題への協働にも取り組んでいる 施設の透明性を高めるため、第三者評価、介護サービス情報公開を全事業部門において毎年受審している。また、事業計画書、事業報告書、決算報告書、運営規程を地域住民が閲覧できるよう窓口提示しているほか、法人季刊誌を年4回発行配布すると共に事業所Instagramでタイムリーな情報提供もしている。さらに、地域との関係づくりに向け、実習生や見学などの受入れはボランティア担当職員が丁寧に対応すると共に、地域の一員として、区施設長会、区高齢者地域支援連絡協議会等に参加し、地域の共通課題への協働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		
施設運営上のリスクを洗い出し、緊急事態に備えBCP訓練を実施し対策を講じている 施設運営上のリスクを洗い出し、優先度の高い事故及び感染症については、事故対応マニュアル、感染症対策マニュアルを策定し、必要な対策と行動を定めている。また、火災や地震などの災害や感染症等の緊急事態に備え、事業継続計画として災害BCPや感染症BCPを策定し、必要な対策と行動を定めている。併せて、火事等の災害対策としては消防訓練を年4回実施し、感染症対策としては都や区と連携した対策を講じ、事故対策としては軽微な事故も原因検討と再発防止策を策定すると共に、重大な事故については都や区に速やかに報告している。 リスク対策マニュアルやBCPは職員・ご利用者等に周知し必要に応じて見直している 災害BCPや感染症BCP等の事業継続計画書は職員、ご利用者、関係機関に周知すると共に、職員にはいつでも閲覧できるようにしている。また、災害や事故が発生した場合の事故対応や感染症対応については、その内容をデイ主任会で確認している。さらに、感染症などの拡大防止対策が必要な際には、臨時会議を開催し施設全体の対応を決定して周知している。併せて、事故予防対策として、デイ主任会議の中で事故ヒヤリハットの振り返りを行うと共に、事故原因の分析と予防策の検討を行ない、事故の再発防止と対策の見直しに取り組んでいる。 Pマーク認証基準に基づく個人情報管理について、全職員の理解と遵守に取り組んでいる 法人としてPマークを取得し、認証基準に基づく厳格な個人情報管理を行っている。また、個人情報管理については、中途採用も含め全職員に毎年理解度テストを繰返し実施すると共に、実習生・ボランティアに対してもオリエンテーション時に説明し、その上で個人情報保護誓約同意書を受取っている。さらに、紙情報はファイリングし鍵がかかる場所に保管し、必要な時に活用できるようにしている。PCデータはカテゴリー毎にフォルダー分類を行い所定場所に格納している。併せて、インターネット接続PCを限定し、アクセス管理を行っている。		

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
	職員の人材育成は職員研修計画や人事考課を活用し、手厚い支援体制を整備している 施設における職員の人材育成は、法人で定めた職員研修計画や人事考課を活用して行っている。職員のキャリアは、キャリアアップコースまたは専門職コースを選択でき、法人では職責毎に定めた職務遂行能力修得のための研修をリストアップしている。また、職員が受講する研修は、法定研修等の職位別、経験年数別の研修メニューの中から年度当初の人事考課面談で決定している。併せて、職員自ら希望する研修についての勤務調整によるバックアップや資格取得支援制度など人材育成のための手厚い支援体制を整備している。 人事考課を活用し、職員の意欲と働きがいの向上や良好な関係づくりに取り組んでいる 施設では、職員の定着に向け、人事考課を活用し、職員の育成・評価と処遇・称賛などを連動させている。また、職員の休暇の未取得や超勤については、施設長が状況確認し管理指導を行い職員の業務負担の軽減を図っている。さらに、健康診断やストレスチェックは決められた通りに実施し、職員が安心して働ける職場づくりに取り組んでいる。併せて、法人では理事長、常務、理事等が職員の意見を直接聞く「職員懇談会」を実施している。施設では、年2回職員会議による意見交換を行ない、職員間の良好な人間関係づくりに取り組んでいる。 施設内研修等を活用し、組織としての学びとチームワークの活性化に取り組んでいる 組織力の向上に向け、法人としての入職時研修を実施すると共に、施設内研修として、認知症ケア研修、事故リスクマネジメント、緊急時対応、サービスマナー、個人情報保護など法定研修を実施している。また、職員ひとり一人の日頃の気づきや工夫について、日々行われるミーティングや毎月のデイ会議で話し合いを行い、サービスの質の向上や業務改善に活かす取り組みを行っている。さらに、デイ会議を月1回の頻度で開催し、部署の目標確認、活動の成果やその進捗状況についてチームで共有し、チーム活動の活性化を図っている。

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】 ・令和5年度事業計画目標: 区立介護施設として区民の利用率を確保することを目的に、稼働率を通所介護60%、認知症対応型通所介護30%に設定した。 【理由・背景】 ・区立介護施設としての稼働率目標は多くの区民に施設を利用していただくための目標である。 ・稼働率目標の向上は、指定管理施設として、継続的な事業運営のために必要不可欠な課題でもある。 【取り組み】 ・人員: 看護師配置2名から3名へ増員し、1日の配置数を2名とした。医療ニーズの高い利用者受け入れを積極的に行なった。2名のうち1名を入浴専属配置とし、入浴枠を1日15名としたことで、新規施設利用の受け入れも順調に行うことが可能になった。 ・食事: 特別食週間を設定し、普段よりメニュー数を増やし重箱での華やかに見える食事提供を行った。 ・リハビリ機器: 天井からの吊り輪型のレッドコードを導入し、リラックスした状態で楽しくリハビリができる環境を整備した。 【取り組みの結果】 ・令和5年度の稼働率目標は達成し、1日の入浴者数も目標達成した。 【検証・今後の方向性】 ・令和6年度の稼働率目標は、通所介護73%、認知症対応型通所介護40%に向上させる。			
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 当施設では、区民の利用率の向上を目指し、令和5年度事業計画における稼働率目標を、通所介護60%、認知症対応型通所介護30%に設定しました。この目標値稼働率を達成するため、施設では、①看護師の人員配置を2名から3名に増員、②食事改善として特別食週間の導入、③新たなリハビリ機器としてレッドコードの導入等の対策を講じた結果、令和5年度稼働率目標は達成できた。 当施設では、令和6年度事業計画における稼働率目標を、通所介護73%、認知症対応型通所介護40%に設定し、令和5年度と同様の取り組みを実施した結果、令和6年4月～9月実績では、通所介護稼働率76%、認知症対応型通所稼働率41%に達し、いずれの目標もオーバーしている状況となっている。このことは、当施設の取り組みが効果を発揮している裏付けであり、引き続き、同様の取り組みを続けると共に地域のケアマネージャーと連携した区営高層住宅在住の高齢者訪問等の戦略的な取り組みを一層強化することが望まれる。			
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】 ・令和5年度事業計画として、「事業所すべての職員を直接雇用職員にする」ことを目標とした。 【理由・背景】 ・令和4年度は、退職職員が常勤1名、非常勤2名となり、派遣職員で欠員対応したが、その派遣職員が定着できなかったため。 【取り組み】 ・常勤職員・非常勤職員の一人ひとりに業務担当と権限を振り分けた。 ・職員のスキルによっては、業務進捗に差が出ているが粘り強くサポートしている。 【取り組み結果】 ・令和5年7月には、派遣職員はゼロとなり、すべての職員が直接雇用職員へ切り替えることができた。ただし、年度末には退職者(常勤1名)と施設異動(常勤1名)が出たことで、欠員2名への対応が課題となった。 【検証・今後の方向性】 ・令和6年度事業目標としても、「事業所すべての職員を直接雇用にする」を継続していく。 ・常勤職員・非常勤職員のすべてに業務担当と権限を振り分けていることも継続していく。 ・職員育成は長い時間を要すること、答えが明確にあるわけではないため、現在の取り組みを継続していく。			

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2で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

当施設では、民間の求人サイトやハローワーク、スカウト求人なども積極的に活用し、法人の説明に加え施設の目標、特徴や魅力を丁寧に説明して、施設が求める人材確保に努めている。しかし、令和4年度には職員退職が常勤1名、非常勤2名となり、派遣職員で対応したが、その派遣職員が定着できなかった。このため、令和5年度の重要課題として「事業所すべての職員を直接雇用職員としていく」を設定し取り組んだ結果、令和5年7月には、派遣職員ゼロとなり、すべての職員が直接雇用職員へ切り替わった。その後、年度末には退職者（常勤1名）と施設異動（常勤1名）が発生し、欠員2名への対応が令和6年度の課題となった。

施設では、法人が定めた職責毎の職務遂行能力水準を達成するための研修について、人事考課面接において職員が受講する法定研修を定めたり、職員自らが希望する研修に対する勤務調整等による受講バックアップにより職員の人材育成を図っている。今後は、法人が求めるキャリアパスと職員が希望する研修をマッチングさせた職員個人別の研修計画を作成し、それに基づく人事考課を行うことにより、職員の意欲と働きがいの向上に取組むことが期待される。

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			
パンフレット、区の情報冊子、ホームページ等様々な媒体で情報発信している 施設のパンフレット、港区の介護サービスに関する情報冊子及び、施設のホームページに事業所情報を掲載されており、様々な媒体を通じて、事業所の取り組み、活動内容を見やすく、分かりやすい内容で紹介している。ホームページには、法人の取り組みや理念の他、サービス内容、食事の献立、リハビリの様子、行事やレクリエーション等、その雰囲気も感じられるよう写真も多く取り入れている。法人の機関誌やパンフレットや月1回発行の「北青山だより」等も利用希望者が入手しやすいよう地域包括支援センター等区内の公共施設等に配布している。 主にご利用者家族世代を意識した内容でSNSの更新を随時行っており好評である ご利用者家族世代は、SNSを利用している方も多いため、インスタグラム等で行事やレクリエーション等、施設の活動を随時更新し紹介している。SNSはホームページからも入る事ができますが、職員の名刺に付けられているQRコードからも確認できるようになっている。ご家族からは、SNSの情報配信を楽しみにしているとの声がある。また、ケアマネジャー等介護関係者もスマホ等を通じていつでも確認できると好評である。 見学希望については、出来る限り要望に応じ柔軟に対応している 学希望については、突然の来訪でも出来る限り応じている。ただし、可能であれば、直接またはケアマネジャーを通じて事前に日程等の調整をお願いしている。通常の見学では施設の設備や活動の様子、ご利用者の作品、リハビリの様子等を担当者が説明している。一方、事前調整の際には、見学内容や送迎など細かな打ち合わせが可能である。例えば、体操等の参加や安全面を十分配慮した上で機能訓練等で使用する器具を試すなど、部分的な体験にも応じたり、必要に応じて車での送迎にも対応している。			

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		
サービス利用開始にあたり、重要事項説明等丁寧に行い、契約を交わしている サービス利用が決定した場合は、相談員が、ご利用者・ご家族に契約書・重要事項説明書及び、冊子「利用について(ご利用案内)」に基づき、サービス内容、ご利用上の基本的なルール等を説明し契約している。その際には、施設利用にかかる金額(介護保険適用の自己負担金額、介護保険外の負担金額)なども説明している。また、ご利用者・ご家族からの質問には分かり易く丁寧に説明し、不安なく安心して利用できるようにしている。 ご利用者の意向や基本情報をもとに、不安なく過ごせるように配慮し、支援している ご利用者について、居宅ケアマネジャーから得た基本情報、見学・自宅訪問・サービス担当者会議等で得た各種情報、例えば医療面での注意事項や必要な介助、出身地・育った時代背景・仕事・家庭での様子などの生活歴や趣味・得意な事、価値観や大事にしている事などを所定のフォームに記録し、職員間で共有し支援している。特に初回利用の際は、座席の組み合わせ調整や、頻繁な声掛けなどで、不安やストレスを除き安心して過ごせるように配慮している。さらに、利用時の様子をタラシのミーティングで共有・確認し、今後の対応につて検討している。 利用終了時には、利用時の様子・経過などの情報を提供し継続的な支援に配慮している できる限り安心して施設を利用できるように、ご家族等へは連絡ノートを利用し情報提供している。しかし、入院・自宅療養・転居・他のサービスや他の施設利用などの必要が生じることがある。その場合は、ご利用者が、その後の生活に支障がないように継続的かつスムーズな支援を受けられるように配慮し、施設利用中に得られた各種の情報を先方に提供している。情報の提供先は、ご家族、居宅ケアマネジャー、介護サービス事業所、医療機関等で、全て、個人情報取り扱いの同意を得た範囲内である。		

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たうえで、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		
ご利用者の状況やご家族意向等、支援に必要な情報をフェースシートに記録している 居宅ケアマネジャーからの情報や自宅訪問時の相談記録、見学時の様子などをもとに、事業所独自の書式で、フェースシートに記録している。内容は、病状・身体状況・服薬・食事等の注意事項や介護の状況、ご家族の介護負担、緊急時の連絡先、出身地・家族状況・仕事等の生活歴、趣味・得意な事・性格・価値観、サービス利用にあたっての希望や意向などである。ご利用者がその人らしく、今までの生活を維持・継続できるような支援に必要な情報を確認・記録している。 ケアプラン及びアセスメントを基に作成した通所介護計画に沿って支援している 居宅ケアマネジャーからのケアプラン、施設で作成したフェースシート、アセスメント表をもとに通所介護計画書を作成している。初回利用日までに、ご利用者・ご家族に提示し、課題・目標・支援内容等について説明・意見交換し、納得・合意を得てサービス提供している。基本情報や通所介護計画書の内容や注意事項を職員間で共有し、通所計画に沿った支援をしている。その都度、実行表にチェックし、ミーティングやモニタリングで目標の達成状況や本人の状況等を確認している。 相談員日誌、毎回の朝礼、夕礼時のミーティング等で情報共有する仕組みがある 相談員は毎回、家族や居宅ケアマネジャーからの連絡、日々のご利用者の変化、医療面の情報、注意事項、重要な連絡等を相談員日誌に記録している。相談員日誌は始業時の申し送りの際に読み合わせし、さらに、必要に応じて全ての職員が閲覧可能で情報共有ができています。また、1日2回(早番・夕)のミーティングと月に1回の職員会議でご利用者の状況の変化を共有し、通所介護計画の評価等を行っている。ご利用者がその人らしい生活を継続できるように情報共有し支援している。		

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		
サービス利用契約時に、個人情報の取り扱いについて説明し、同意を得ている サービスの利用契約時に、ご利用者・ご家族に個人情報の取扱いに関する説明を行っている。施設を利用する上で必要な各種情報(病状・服薬等の医療情報、身体状況、精神状況、緊急時連絡先、その他)の取り扱い、医療機関・行政関係・居宅ケアマネジャー等関係機関への情報提供などについて説明し、同意書に署名・捺印を得ている。なお、広報やホームページ等で行事や日々の活動等紹介する場合の写真掲載の可否も確認し、同意書に記載している。 ご利用者の生活歴や価値観、尊厳の尊重、羞恥心に配慮した支援の徹底を心掛けている ご利用者ひとり一人で価値観や受け止め方が異なるため、初回面談時にはご利用者・ご家族の意向・要望、価値観などを確認し記録している。入浴は、温泉や大衆浴場を好む、自宅での個浴を好む、ぬるめの湯、熱めの湯など、好みを考慮し、心身の状況に合わせた支援をしている。入浴や排泄の介助等、羞恥心への配慮を要する支援については、事業計画・マニュアルの内容を定期的に確認し、それらの内容に沿って、周囲の人に気づかれないような声の掛け方、対応の仕方などを徹底するように心がけている。 倫理綱領の周知徹底を図るとともにスピーチロック予防に取り組んでいる ご利用者の人間としての尊厳の保持、人権の尊重、ひとり一人の自立支援、自己決定権の尊重、個人情報の保護等について、法人として「倫理綱領」を定め、職員への周知徹底を図っている。法人の各施設に倫理綱領委員を配置し、朝礼時に倫理の唱和を行うなど、全職員が倫理綱領に触れる工夫をし、絶えず倫理綱領に立ち戻り業務を振り返る職場風土となっている。また、年1回、高齢者虐待防止研修を行なっている。令和6年度からは、「虐待の芽チェックリスト」の回答を分析し、スピーチロックいわゆる言葉による行動制限の予防に力を注いでいる。		

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		
業務に関わるマニュアルが整備されており必要に応じて閲覧できるようになっている 港区で定められた危機管理基本マニュアルに加え、法人で作成した各種の基本的な指針やリスクマネジメントマニュアル等が整備されている。それらは、ご利用者の状況等に応じた介護技術、各症状ごとの緊急マニュアル、感染症、食中毒等の医療・衛生に関する内容などで、特に重要な個所については、写真・イラストなども取り入れ、解説付きで、見やすく分かりやすく工夫してある。職員は必要に応じて基本を確認できるように各種のマニュアルがフロアに配備されている。 マニュアル内容と業務内容とを照らし合わせて定期的に見直している 毎日のミーティングや月に1回の職員会議では、日々の業務の振り返りの中で気付いた事や工夫して取り組んだ中での成功例などを議題として取り上げて年1回のマニュアル見直しに繋げている。職員は意見交換しながら、学習や実践を通してマニュアル内容と業務内容の見直しを行っている。また、ご利用者ひとり一人の心身状況、排泄・入浴・食事・活動への参加・送迎等個別の情報を職員間で共有し、意見交換を積極的に行い、サービスの質の向上に努めている。 ご利用者・ご家族アンケート結果や職員の意見などを基本方針に反映させている 法人本部の中長期計画を踏まえた事業計画作成段階で、業務手順の見直しを行なっている。その際には事業所で実施するご本人・ご家族へのサービス評価アンケートの結果や職員からの意見を取り入れている。職員の対応や身だしなみ、言葉遣い、基本姿勢の確認、ご利用者ひとり一人に対する個別の支援の見直し、限られた時間・職員での効率的な業務のあり方についてなど、将来を見据えた検討をしている。業務の仕組み見直しには時間を要しますが、世の中の動向を考慮し数年後にはICT化へ移行の必要性があると認識し、前向きに取り組んでいる。		

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) <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. 通所介護計画に基づいて支援を行っている</td> <td>☐非該当</td> </tr> <tr> <td>☒あり ☐なし</td> <td>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</td> <td>☐非該当</td> </tr> <tr> <td>☒あり ☐なし</td> <td>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</td> <td>☐非該当</td> </tr> </tbody> </table>		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	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																
在宅担当介護支援専門員のケアプランを基に通所介護計画書を作成し支援している 在宅介護の担当介護支援専門員(居宅ケアマネジャー)のケアプランに基づき、ご利用者やご家族の意向を踏まえ、施設として通所介護計画書を作成している。日常のサービス提供記録(実行表)にはサービス実施の都度チェックをしている。さらに、介護職、リハ職、看護職などの関連する職種がミーティングで支援内容を確認し、協力し、計画書に基づいた支援をしている。それは、実行表のチェック状況や相談員日誌等で確認できる。 デザートの好みや活動への参加などご利用者の希望を聞いて支援している ご利用者ひとり一人の趣味や生活に応じた支援を心掛けている。サービス提供中は、嗜好品や、日々の活動など、可能な限りご利用者が選択する様に設定し、自立的な行動をできるように支援している。支援状況は、相談員日誌(希望者)連絡ノート・実行表、デザートバイキング(行事計画・報告)などで確認できる。 居宅ケアマネジャーとの連絡、サービス担当者会議へ参加などで連携し支援している 担当の居宅ケアマネジャーや他サービス事業所等と連携をとって支援している。相談員日誌、通所介護計画書・実行表から、計画に基づいた支援をミーティングにて確認しながら提供していることがわかる。最終的に介護保険法に基づいて、相談員は、居宅ケアマネジャーに実績報告書を提出している。また、相談員は、居宅ケアマネジャーやご利用者・ご家族、他のサービス提供事業者、区の担当者などが参加するサービス担当者会議に参加し、ご利用者にとってのより良い支援について話し合い、連携して支援している。																
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) <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.【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</td> <td>☐非該当</td> </tr> <tr> <td>☒あり ☐なし</td> <td>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</td> <td>☐非該当</td> </tr> <tr> <td>☒あり ☐なし</td> <td>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</td> <td>☐非該当</td> </tr> <tr> <td>☒あり ☐なし</td> <td>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</td> <td>☐非該当</td> </tr> </tbody> </table>		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	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																
食事が楽しくなるように工夫している 毎月1回6日間連続で品数を増やしフルーツを付け、重箱で提供やフランス風、中華風など彩りも重視した特別食週間や、毎月1回、全国各地の郷土料理を選んで提供している。「献立」ホワイトボードに当日の食事メニューを記載し、食事前に食材や産地などをわかりやすく説明し、音楽を流し食事を楽しめる様にしている。食事はすべて施設の厨房で作り提供している。さらに、和菓子・洋菓子などテーマを決めて月1回おやつバイキングを実施している。コーヒーや紅茶も希望に合わせて提供している。 入浴はヒノキの大浴槽、個浴槽と機械浴を、希望や身体の状態に合わせて利用している 入浴形態については、ご利用者の希望、ADL状態に応じてヒノキ「大浴槽」、ヒノキ「個浴槽」、「機械浴」にて提供している。大浴槽でも、他のご利用者と一緒にではなく、一人でゆったりと使用している。また、必ず看護師が入浴の手伝い及び処置の準備・実施の為に配置されている。浴室内ではご利用者と職員が1対1で入浴し、浴室外ではもう一人の職員が脱いだ物のまとめや新しく着る物や外用薬処置の準備をしながら緊急時に備えている。入浴希望が多く、月曜から土曜日の毎日対応しているが、十分に希望に添えていない状況である。 排泄や送迎はご利用者の身体状況などに応じ、負担や不安を軽減する様に対応している 排泄の声掛けやタイミングなどは、ご利用者の身体状況・排泄パターンに合わせて対応している。また、送迎は、ご利用者の希望や、ルート、身体状況に応じて、適宜送迎の組み換えをし、送迎車3台で行っている。送迎時にご家族が不在の時の対応方法についてはあらかじめ了解を得ており、状況に応じ居室内まで案内し、エアコンをつける、消す、ベッドに横になるなどご利用者の身体的負担や不安を軽減する様に臨機応変に対応している。																

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			☐ 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					
バイタルチェックの結果を看護師が判断し、必要に応じ医師や家族に連絡している 施設に到着し入浴前には必ず、また体調がすぐれないような場合には臨時に、ご利用者のバイタル(血圧、脈拍、体温)を測定している。問題があれば、看護師が入浴やレクリエーションへの参加の可否を判断している。必要に応じて主治医に連絡し、状況を確認したり、ご家族に連絡し受診を勧めるなどしている。 必ず看護師とケアワーカーの2人で薬のチェックをしてミスを防いでいる 内服薬管理については、緊急時対応マニュアルの中のお薬について、に従って管理、投薬をしている。手順としては、内服薬のあるご利用者については予め薬剤情報を提出してもらい、服薬管理表を作成している。その情報をもとに看護師とケアワーカーの2人体制でご利用者の服薬確認を行いミスを防いでいる。なお、内服薬にはご利用者の氏名を記入して持参してもらっている。 看護師3人態勢で、緊急時対応マニュアルに従って、利用者の安全確保に努めている 緊急時対応マニュアルを作成している。緊急時対応マニュアルの中には、お薬について、急変時対応、その他の医療行為について、が含まれている。胃ろうなど、医療的ケアを必要とする利用者を受け入れているので、利用者の健康状態をより正確に把握し、適切な対応をするために、常勤2人、非常勤1人の看護師3人態勢で、緊急時対応マニュアルに従って、利用者の安全確保に努めるとともに、万が一緊急時には的確で素早い対応ができるように努めている。					
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					
ご利用者の希望や必要に応じ、各種の計画書、プログラムを作成し、実施している 居宅ケアマネジャーと連携しケアプランに則り、利用者の活動能力、希望などを考慮し、通所介護計画書、機能訓練計画書、運動プログラムを作成し、実施している。生活機能チェックシートで体力・運動能力を評価しプログラムに反映させており、体調や運動能力等の変化に応じ、プログラムの見直しをしている。日常の行動、ゲームやレクリエーションにリハビリ的要素を取り入れ楽しみながら皆で行うプログラムに対し、ひとり一人のニーズに合わせた個別機能訓練は専門的な訓練と言える。 在宅生活を考慮した機能訓練を楽しみながらできるよう支援している 在宅での日常生活動作がスムーズにできるように意識して、生活機能チェックシートを用いて評価し、ケアプランと連動した通所介護計画書・プログラムを作成している。機能訓練指導員は体操、ゲーム、レクリエーションなど各種の楽しみながら行えるメニューで機能訓練をしている。75インチの大画面モニターでユーチューブのプログラムを活用し一斉に体操をすることもある。 加算を利用しない場合でも機能訓練要素を取り入れたレクリエーションを行っている 施設では、レッドコード、平衡歩行訓練器、ストレッチ台、ステップ、各種の油圧式マシンを備えており、専門的な訓練ができる。機能訓練加算を利用する場合は機能訓練指導員がご利用者・ご家族の希望に応じ、ご利用者の在宅での生活空間に合わせ、必要な機能を強化するための、個別機能訓練計画を作成し、平衡歩行訓練、昇降訓練、足脚訓練、レッドコード利用の腕の訓練、背筋伸ばしなどを行っている。加算を利用しない場合でも機能訓練要素を取り入れたレクリエーションを行っている。					

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) <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. 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</td> <td>☐非該当</td> </tr> <tr> <td>☒あり ☐なし</td> <td>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</td> <td>☐非該当</td> </tr> <tr> <td>☒あり ☐なし</td> <td>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</td> <td>☐非該当</td> </tr> <tr> <td>☒あり ☐なし</td> <td>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</td> <td>☐非該当</td> </tr> </tbody> </table>	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	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 ご利用者が快適に過ごせるように専門的視点で配慮をしている 利用前のアセスメントや利用中の様子などから、視力、聴力を考慮したテレビ視聴の位置、レクリエーション、趣味活動の際の位置など、ご利用者に適した座席を提案している。その際には常に、他のご利用者との関係性に配慮した座席を職員間で検討し支援している。またご利用者間のコミュニケーションには職員が入る場面とあえて入らない場面を意識的に設定するなど、ご利用者同士が良好な関係で過ごせるように高齢者介護の専門的観点から様々な配慮をしている。 全体的な特性に配慮したプログラムと個別的な特性に配慮した支援をしている 1日のプログラムの1例を見ると座位体操、嚥下体操、昼食、座位体操、レクリエーション、おやつ、座位体操、レクリエーションなど、高齢者の特性を踏まえ、ご利用者の集中力や次の行動に必要な準備体操的なことを考慮しつつメリハリのある内容となるように工夫している。また、一方では、ゲーム、色塗り、習字、音楽、麻雀、将棋、生け花、フラダンスその他、様々なレクリエーションや趣味活動は、ご利用者ひとり一人の特性に配慮した丁寧な支援を心がけており、少人数での個別活動をしている。 ご利用者が快適で安全に過ごせるように配慮している デイルーム内の雰囲気や季節感が感じられる飾り付けをしている。デイルーム全体の環境づくりとしては、歩いているご利用者が疲れた時にすぐに座れるよう、イスを所々に配置している。毎日清掃事業者が入り、施設内の快適な環境を維持できるようにしている。事業者の担当時間以外には、職員が汚れたらすぐに清掃する事を習慣付けしている。故障箇所などあれば速やかに保守業者へ修理依頼し対応できている。																
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) <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. 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</td> <td>☐非該当</td> </tr> <tr> <td>☒あり ☐なし</td> <td>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</td> <td>☐非該当</td> </tr> </tbody> </table>	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	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 ご利用者の様子をご家族、介護支援専門員、施設で共有し切れ目ない支援に努めている 通所介護計画書作成時にご利用者の現在の状況をご家族に聞き取りしている。利用時にはその都度、連絡ノートや対面、場合により電話などでご家族からは家庭での様子を伝えていただくと同時に、施設での様子を伝えている。また、介護支援専門員には、必要時及び月1回のモニタリング報告などで相談員がご利用者の様子を伝えている。このように、ご家族、介護支援専門員、施設はご利用者の状況を把握し、切れ目のない支援に努めている。 相談員はご家族からの相談を受け、アドバイスをしている 相談員が窓口となり、ご家族の状況に応じた相談支援を行っている。日常的な相談の他に、毎年1度、参加集合形式での「家族会」を開催している。ご家族からの相談には、計画の見直しを含め、内容により直接・間接のアドバイスをしている。行政窓口への相談・紹介、利用していない他のサービスの紹介、ケアマネジャーへの相談、医療機関へ受診、その他があり、相談員日誌等に記録している。 ご利用者家族との交流にも力を入れ、サービス向上に努めている 通所介護計画書作成時や通所送迎時、連絡ノートなどでご家族と交流しているほかに、毎年1度、参加集合形式での「家族会」を開催してご利用者家族と交流している。家族会の前には事業所独自のサービス評価アンケートを実施し、ご利用者・ご家族からのサービス評価を受けている。アンケートの結果を活用し、施設内部での業務改善・サービス向上に努めているが、それに加えて、家族会の際にはきちんと結果報告を行っている。令和6年度の家族会は、12月に行った。																

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														
	ご利用者が地域の一員として地域の人々と共に暮らすための情報を提供している ご利用者が地域の一員として地域の人々と共に暮らしていく上で地域の情報は欠かせないと思っている。それらの情報は口頭で伝えたりもしますが、主にパンフレットや冊子タイプの紙ベースで提供している。施設窓口等に掲示用ラックを置いて陳列し、いつでも入手できるようにしている 都や近隣中学校等と連携しご利用者が地域と交流をする機会を積極的に設けている 東京都職場体験・中学生職場体験・大学生のインターンシップ体験などの実習生受入れの他、ボランティアの受け入れ、近隣の児童館との交流を定期的に行うなど、ご利用者が地域と交流をする機会を積極的に設けている。さらに、高校生や大学生、介護に興味のある地域の方からの施設見学も受けいれている。 ボランティア支援団体と連携し地域資源を活用しご利用者と地域の交流を支援している 青山地域の特徴として、留学生や高校生ボランティアの活動支援をしている「ハンズオン東京」と連携ができており多国籍の地域の方との交流をしている。また、毎月ボランティア活動を受け入れている。例えば、ピアノ演奏、アロマハンドマッサージ、ヘアカット、フェイスクア、フットケア、生け花、麻雀などがあります。近隣の女子大の学生の方の訪問を受けたり、近隣の児童館とは、リモート交流や、作品交換なども定期的に行うなど、地域資源を有効に活用してご利用者と地域の方との交流を支援している。														

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-3-4	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
タイトル①	相談員日誌、毎回の朝礼、タ礼時のミーティング等で情報共有する仕組みがある	
内容①	相談員は毎回、ご家族やケアマネジャーからの連絡、日々のご利用者の変化、医療面からの情報、注意事項、重要な連絡等を相談員日誌に記載し、始業時の申し送りで読み合わせを行っている。相談員日誌は必要に応じて全職員が閲覧でき、出勤した職員は介護のポイントを確認できるような仕組みになっている。1日2回（早番者・タ）のミーティングと月に1回の職員会議において、ご利用者の状況の変化や計画の目標・支援内容について評価等を行っている。ご利用者がその人らしい生活を続けていけるよう情報共有の徹底を図っている。□	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-2	利用者一人ひとりの状況に応じて生活上で必要な支援を行っている
タイトル②	食事メニュー、ヒノキの浴槽、リハビリなどご利用者が生活を楽しめる支援をしている□	
内容②	食事は全て施設の厨房で作り提供している。毎月1回6日間連続で特別食週間、毎月1回、全国各地の郷土料理提供、月1回おやつバイキング実施、コーヒーや紅茶も希望に合わせ提供などメニューを工夫している。ホワイトボードに当日の食事メニューを記載し、食事前に食材や産地などを説明、音楽を流し食事を楽しめる工夫をしている。入浴は、利用者の希望、ADL状態に応じヒノキ大浴槽、個浴、機械浴等で一人でゆったりと使用できる。また、各種の機器、レクリエーションやゲームでリハビリをするなど生活を楽しめ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③		
評価項目	6-4-7	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
タイトル③	地域の団体と連携しボランティア受入れや児童館との交流で利用者を支援している	
内容③	留学生や高校生ボランティアの活動支援をしている「ハンズオン東京」と連携ができており多国籍の地域の方との交流をしている。また、毎月ボランティア活動を受け入れている。例えば、ピアノ演奏、アロマハンドマッサージ、ヘアカット、フェイスクア、フットケア、生け花、麻雀などがある。近隣の女子大の学生の方の訪問を受けたり、近隣の児童館（青山館）とは、リモート交流や、作品交換などを定期的に行うなど、地域資源を有効活用したり、介護に興味のある地域の方の見学を受け入れるなど、利用者と地域の方との交流を支援している。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	その人の思いを大切にし、その人らしい生活を続けられるよう、夕礼時のミーティング等を活用し多職種が情報を共有し支援している
	内容	居宅ケアマネジャーからの基本情報や通所介護計画書に位置付けられた課題・目標・支援内容、注意事項等職員間で共有し、目標に沿った実行表にチェックし、夕礼時のミーティングにて利用者ひとり一人の様子や目標や支援内容の評価・確認を看護師・リハビリ職・介護職・相談員等、各専門職が意見交換し、半年に1度のモニタリングでは目標達成状況やご利用者の状況変化等確認、自宅での様子や介護状況、ご利用者・ご家族の満足度や意向・要望等を聞き、その人が大事にしている思いやその方らしい生活を続けられるよう情報共有し多職種が協働している。
2	タイトル	食事メニューや提供方法を工夫し、ヒノキの浴槽でゆったり入浴、ゲームリハビリなど、利用者が生活する中での楽しさを提供している
	内容	食事はすべて施設の厨房で作り、毎月1回6日間連続の特別食週間、毎月1回、全国各地の郷土料理提供、月1回おやつバイキング実施とコーヒータンや紅茶を提供したり、ホワイトボードに当日の食事メニューを記載し、食事前に食材や産地などを説明、また音楽を流し食事を楽しめる工夫をしている。入浴は、利用者の希望、ADL状態に応じヒノキ大浴槽、個浴、機械浴等を一人でゆったりと楽しめる。また、各種の機器、レクリエーションやゲームでリハビリをするなど、生活の中で様々な楽しさを提供している。
3	タイトル	地域の団体と連携したりボランティア受入れや近隣の児童館との交流により、ご利用者の地域との交流や生活の幅を広げる支援をしている
	内容	留学生や高校生ボランティアの活動支援をしている「ハンズオン東京」と連携し多国籍の地域の方との交流をしたり、毎月ピアノ演奏、アロマハンドマッサージ、ヘアカット、フェイスクア、フットケア、生け花、麻雀などのボランティア活動を受け入れている。近隣の女子大学生の訪問を受けたり、近隣の児童館（青山館）とは、リモート交流や、作品交換などを定期的に行ったり、介護に興味のある地域の方の見学を受け入れるなど、地域資源を有効活用したり、ご利用者と地域との交流を行い、生活の幅を広げる支援をしている。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	入浴は、3種類の浴槽で週6日間提供しているが、新規利用者全員の希望に対応ができていない場合があるため、今後の改善が望まれる
	内容	入浴は、ヒノキの大浴槽、ヒノキの一人用浴槽、機械浴槽の3種類の浴槽で行っている。以前は1日おきに提供していましたが、入浴は希望者が多く、現在は週6日間、午前午後合わせて1日に17人程度に提供している。しかし、安全やプライバシーに配慮した職員配置の都合で、新規利用者全員に希望通りの回数を提供できていない場合がある。今後は、他のサービスとのバランスを考慮し、何らかの方法で状況を改善する事が望まれる。
2	タイトル	SNSフォロワーの満足度を向上させるためには迅速な更新で最新情報を提供できるように、関わるスタッフの充実が望まれる
	内容	ご家族世代の方を主なフォロワーと見込んで、インスタグラム等SNSにより、イベントやレクリエーション活動、ご利用時の様子、施設の取り組み等を紹介しており、施設を知ってもらう機会となっている。内容の更新等可能な限り、最新の情報を届けるよう努めているが、現在は特定の職員が担当しており対応には限度がある。施設では、今後は発信内容・視点に変化を持たせ、より迅速に情報更新する事でフォロワーの満足度を上げたいと考えているようである。それには、業務のバランス等を考慮し、将来的に担当職員を増やす事が望まれる。
3	タイトル	リハビリの希望に対しては、専門的な観点で必要性を考慮し計画的に実施していることを十分に説明することが望まれる
	内容	リハビリスペースが広く、レッドコード、平衡歩行訓練器、ストレッチ台、ステップ、各種の油圧式マシン等、器具も充実している。そのためか、利用者アンケートでは、もっとリハビリをして欲しいという声があった。リハビリは利用者や家族の希望でやりたいことをするのではなく、生活機能チェックシートでのチェック結果、ケアプラン、通所介護計画書、機能訓練計画書に基づいて機能訓練指導員が運動プログラムを作成して行っている。専門的な観点で必要性を勘案して行っている点をご利用者やご家族に十分に説明することが望まれる。