

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	認知症対応型通所介護				
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	1390300273
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13名を対象とし、8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

13

共通評価項目による調査対象者数

8

共通評価項目による調査の有効回答者数

8

利用者総数に対する回答者割合(%)

61.5

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」75.0%、「満足」25.0%、を全て足すと100.0%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。

場面観察方式の調査結果

調査の視点：「日常生活で利用者の発するサイン（呼びかけ、声なき呼びかけ、まなざし等）とそれに対する職員のかかわり」及び「そのかかわりによる利用者の気持ちの変化」

評価機関としての調査結果

《調査時に観察したさまざまな場面の中で、調査の視点に基づいて評価機関が選定した場面》

- ①テーブルでは、車いすから椅子へ移乗、足の位置、座位の確認など、その都度、利用者に行動を説明し、座り具合、テレビの見える角度などがこれで良いかと確認している。お茶の時間には、温度がこれで良いかとひとり一人に確認して渡していた。
- ②余暇の時間、各自の好みに合わせた色、模様を雑誌や広告から切り抜いて貼り絵をすることになったが、利用者がこれ何？これだれ？などと雑誌の写真や絵について質問しはじめた。職員がわかりやすく説明をするので切り抜くよりもむしろ雑誌の内容で会話が弾んだ。

《選定した場面から評価機関が読み取った利用者の気持ちの変化》

- ①ほとんど無言だった利用者も次第に声を出して意思を伝えるようになってきた。職員は、個々の利用者の好みを把握し、丁寧に対応、介護しているので、利用者は安心して自己表現できていると感じた。
- ②それぞれの個性を把握して接してくれる職員に気分がほぐれ表情が和らぐとともに会話も増えてきた。利用者の中には声を出して笑う人も出始めた。

「評価機関としての調査結果」に対する事業者のコメント

①自由時間では、TV鑑賞するため、職員は利用者を車いすから椅子へ移乗させ、足の位置や座位を確認し、TVの見える角度等を細かく確認していた。自由時間後のお茶の時間では、お茶の温度をひとり一人の好みに合わせて確認して手渡していた。

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	8	0	0	0
この項目では、8人が「はい」と答え、全体の100.0%を占め、全ての回答者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. 認知症や心身の状況に応じて日常生活に必要な介助を受けているか	7	1	0	0
この項目では、7人が「はい」と答え、全体の87.5%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、入浴させていただき助か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	2	6	0	0
この項目では、2人が「はい」と答え、全体の25.0%を占め、「どちらともいえない」が75.0%、「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、音楽療法やピアノコンサートなど楽しんでいるようですなどの声が聞かれた。				
4. 事業所に通うことで利用者の心身の状況が安定しているか	8	0	0	0
この項目では、8人が「はい」と答え、全体の100.0%を占め、全ての回答者という結果であった。また、自由記入の結果では、人に会うことが本来好きで、笑顔が多くなりましたなどの声が聞かれた。				
5. 職員から認知症への対応をはじめ適切な情報提供・アドバイスを受けているか	6	1	1	0
この項目では、6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12.5%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	6	0	0	2
この項目では、6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、記述がなく、傾向はみられなかった。				
7. 職員の接遇・態度は適切か	8	0	0	0
この項目では、8人が「はい」と答え、全体の100.0%を占め、全ての回答者という結果であった。また、自由記入の結果では、とても丁寧に対応して下さいます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	7	1	0	0
この項目では、7人が「はい」と答え、全体の87.5%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、記述がなく、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	6	1	0	1
この項目では、6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、記述がなく、傾向はみられなかった。				
10. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	8	0	0	0
この項目では、8人が「はい」と答え、全体の100.0%を占め、全ての回答者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。				
11. 利用者のプライバシーは守られているか	6	1	0	1
この項目では、6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、記述がなく、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	6	2	0	0
この項目では、6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25.0%、「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、記述がなく、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	7	1	0	0
この項目では、7人が「はい」と答え、全体の87.5%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、笑顔にあふれる事業所であり、人間らしい、個性尊重の対応力に心から支えを感じます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	7	1	0	0
この項目では、7人が「はい」と答え、全体の87.5%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、記述がなく、傾向はみられなかった。				
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	5	2	0	1
この項目では、5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。				

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しており、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」等も手に取って見られるように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。 ご利用者のご家族世代向けに、施設の取組みについてSNSの更新を随時行なっている ご利用者のご家族世代は、SNSを利用している方も多いため、Instagram等にて毎月の活動内容を随時更新している。施設の取り組みを理解していただけるよう行事やレクリエーション等、施設の活動を紹介している。SNSはホームページからも入る事はできますが、職員の名刺に付けられているQRコードからもアクセスできるので、スマホ等を通じいつでも確認できる。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からもスマホ等を通じいつでも確認できると好評である。 施設の設備や行事の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 施設の見学希望については、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、体操等へ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。			

サブカテゴリー2		
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリー毎の 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
サブカテゴリー2の講評		
利用開始にあたり、サービス内容を重要事項説明会等で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配慮している。 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(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、職員間で共有して支援している。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、不安やストレスを軽減させ安心して過ごせるよう配慮している。さらに、利用時の様子を夕礼時のミーティングで共有・確認し、今後の対応について検討している。 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認知症特有の課題を含め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としている。		

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認知機能の状況を含めた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、施設独自の書式で、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。 認知症対応型通所介護計画を基に課題を共有し安定した支援を行っている 居宅ケアマネジャーからの基本情報やケアプラン、施設が独自に取りまとめたフェースシート・アセスメント表をもとに認知症対応型通所介護計画書を作成している。ご利用者・ご家族に課題・目標・支援内容等について説明・意見交換し、合意の上で署名・捺印を得ている。基本情報や認知症対応型通所介護計画書に位置付けられた課題・目標・支援内容、注意事項等を職員間で共有している。職員は、計画に沿ったサービスを提供し、その都度、実施表にチェックを入れ、漏れのない安定した支援を図っている。 相談員は、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、日々の利用者の変化、医療面の情報、注意事項、重要な連絡等、相談員日誌に記載し、始業時の申し送りで読み合わせしている。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仕組みになっている。1日2回(早番者・夕)のミーティングと月に1回の職員会議でご利用者状況の変化や計画の目標・支援内容について評価をしている。日誌、申し送り、ミーティング等、様々な方法で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			
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。病状・服薬等の医療情報、ご利用者の状況、ご家族等の連絡先等の情報を、状況に応じて、医療機関・行政関係・居宅ケアマネジャー等へ連絡をする事など、個人情報等の開示先や開示する場合などを説明している。また、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等を確認している。個人情報の取扱いについては、書面を見ながら丁寧に説明し、質問があれば納得いくまでやり取りした後に、同意書に署名・捺印を得ている。 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の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・ご家族からの意向・要望、価値観などの確認を慎重に行なっている。入浴は、温泉や大衆浴場を好む、自宅での個浴を好む、湯温はぬるめ、熱めなど、ひとり一人の背景・嗜好を意識した支援を心掛けている。また、入浴や排泄介助等、羞恥心への配慮を要する支援は、事業計画・マニュアルに則り行っている。マニュアル等には介護職の基本的姿勢と、羞恥心に配慮した声の掛け方、周囲に気づかれないような対応などが具体的に示されている。 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 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」を定めて、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。また年に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 6/6
評価項目1 認知症の専門的なケアへの支援に向けて手引書等を整備し、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
☒ あり ☐ なし	4. 認知症の専門的なケアに役立つ技能・技術等に関する研修会への参加、職員の資格取得等を支援している	☐ 非該当
評価項目2 認知症ケアの質の向上をめざして、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、必要に応じて閲覧ができるよう配備されている 区立の施設であり、港区で定められた危機管理基本マニュアル、法人で作成している基本的な指針やリスクマネジメントマニュアル等がある。さらに、施設として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を整備している。感染症、食中毒等の医療・衛生に関する内容など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るなど、見やすく分かりやすくなるよう工夫しており解説も付いている。職員が、必要に応じいつでも閲覧し、基本を確認できるようにするため、業務に関わるマニュアルがフロアに配備されている。 職員研修を実施し認知症の理解を深めるなど、専門性の向上を図る取り組みがある 年4回、社会福祉系の大学から外部講師を招き、認知症の理解を中心とした職員研修を実施し、認知症ケアのスキルアップに取り組んでいる。スタッフには介護福祉士の有資格者が多いのですが、さらに、東京都認知症実践リーダーという認知症ケア専門スタッフの育成にも取り組んでいる。常に、ご利用者ひとり一人に寄り添った支援のあり方を検討し、職員ひとり一人の知識を深め専門性を高めることで、より質の高い認知症の専門サービスを提供できるよう日々取り組んでいる。 利用者・家族へのアンケートの実施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している。その際には事業所で実施するご利用者・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も取り入れている。職員の対応や身だしなみ、言葉遣い、基本姿勢の確認や、認知症ケアに関するご利用者ひとり一人に対して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などについて、将来を見据えて検討している。業務の仕組み見直しには時間を要しますが、世の動向を考慮し、数年後にはICT化の必要性を認識し、前向きに取り組んでいる。		

	サブカテゴリー4	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	20/20
1	評価項目1 認知症対応型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. 認知症対応型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の意思が尊重され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(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、認知症対応型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)では、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ことが確認できる。			
デザートの好みや施設活動への参加意向など、ご利用者の希望を聞いている ご利用者の趣味や日常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て実行している。その様子は、相談員日誌、希望者のみ実施している連絡ノート、実行表、デザートバイキング行事計画及び報告、第三者評価時の場面観察結果などで確認できる。			
居宅ケアマネジャーやサービス担当者会議などと連携しご利用者支援を図っている 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、認知症対応型通所介護計画書・実行表から、計画に基づいた支援をミーティングで確認しながら提供していることがわかる。最終的に相談員は、居宅ケアマネジャーに実績報告書を提出している。また、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相談員が参加し、ご利用者にとってのより良い支援について話し合い、その結果を反映させたサービスを提供している。			
2	評価項目2 利用者の生活上で必要な支援について認知症や心身の状況に応じて対応している		
		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】 食事時間が楽しくなるよう、利用者の認知症や心身の状況に応じて工夫している		○非該当
●あり ○なし	2.【入浴介助体制のある事業所のみ】 入浴方法について、利用者の認知症や心身の状況に応じて検討し、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、利用者の認知症や心身の状況に応じて、誘導や排泄介助を行っている		○非該当
●あり ○なし	4. 安全に配慮した送迎方法について、利用者の認知症や心身の状況、家族の状況に応じて検討し、対応している		○非該当
評価項目2の講評			
特別食週間、郷土料理、おやつバイキングなど、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工夫している。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。その際には、コーヒーや紅茶も希望に合わせて提供しご利用者から喜ばれている。			
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」、「機械浴」にて提供している。大浴槽でも、他の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. 日常生活の中で、一人ひとりの有する能力の活用や日常生活動作の維持・拡大に向けた支援を行っている			☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	3. 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くみを整えている			☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	4. 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。測定結果に問題がある場合や測定結果に問題はないが、ご利用者に元気がない、顔色が優れないなどの場合は、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人体制で薬のチェックを行ないミスを防いでいる 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。 緊急時対応マニュアルに従い、看護師3人態勢で、ご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ご利用者を受け入れているので、ご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人体制を整えている。緊急時対応マニュアルに従って、ご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、認知機能に対応した多様な活動を取り入れる工夫をしている			☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	3. 利用者が自分のペースを保ち、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4の講評					
ご利用者が快適に過ごせるように専門的視点で様々な配慮をしている 利用前のアセスメントや利用中の様子などから、ご利用者の心身状況、視力、聴力を考慮し、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を提案している。ただし、ご利用者の特性として気分や体調が一定でないことを考慮し、当日の気分の変化、体調に応じて、他のご利用者との関係性に配慮した支援をしている。またご利用者間のコミュニケーションに職員が入る場面と入らない場面を意識的に設定し、まめに声掛けをするなど、ご利用者が気分よく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日のプログラムは、施設到着後、手洗い、嗽をした後は、テーブルについてゆっくりとお茶を飲みます。落ち着いてからバイタルサインを測定し、入浴に備えている。入浴OKのご利用者は、歌やおしゃべり、貼り絵などの余暇活動の合間に順番に入浴している。入浴後は身なりを整え昼食まで再び余暇活動や大型モニター画面を見ながら立位や座位など身体状況に合わせた体操などで過ごしている。昼食後、ご利用者ひとり一人に合わせた余暇活動、おやつタイムなど、ゆったり流れる時間の中で高齢者の特性を踏まえつつ個別の特性も考慮した支援をしている。 楽しく明るく清潔な空間でご利用者が快適でゆったり過ごせるように配慮している デイルーム内には利用者と職員が手作りした季節感のある飾り付けがしてあり、楽しい雰囲気である。デイルーム全体の環境づくりとしては、ご利用者の特性を考慮し、明るくゆったり落ち着いて過ごせる空間である。中央にテーブルと椅子、壁際には、室内を歩きまわり疲れた時やテーブルと椅子では落ち着かないご利用者が座れるようなソファを配置している。毎日清掃事業者が清掃し、清掃事業者の担当時間外には、職員が汚れに気づき次第清掃し施設内を快適に維持している。					

5	評価項目5 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"> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> <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、認知症への対応をはじめ適切な相談対応やアドバイスをを行っている</td> <td> ☐非該当 </td> </tr> </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、認知症への対応をはじめ適切な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、認知症への対応をはじめ適切な相談対応やアドバイスをを行っている	☐ 非該当												
評価項目5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 認知症型通所介護計画書を作成時には、居宅介護支援専門員(居宅ケアマネジャー)からのケアプラン、ご利用者情報に加え、ご利用者の現在の状況をご家族から聞取りしている。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、ご家族から家庭での様子を聞くと同時に、施設での様子を伝えている。また、相談員は、居宅ケアマネジャーへ必要時及び月1回のモニタリング報告などでご利用者の様子を伝えている。このように、ご家族、居宅ケアマネジャー、施設は利用者の状況を把握し、連携して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様々な相談支援を行っている。施設送迎時や連絡ノート、その他、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たり、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、医療機関への受診、その他があり、その都度、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 認知症型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が、更に、年1回、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。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月に開催した。														
6	評価項目6 利用者が地域で暮らし続けるため、地域と連携して支援を行っている	評点(〇〇〇)												
<table border="1"> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> <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. 運営推進会議等を活用して、利用者が地域のさまざまな資源を利用するための支援を行っている</td> <td> ☐非該当 </td> </tr> <tr> <td> ☒あり ☐なし </td> <td>3. 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所が利用者と共に地域の一員として日常的に交流している</td> <td> ☐非該当 </td> </tr> </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. 運営推進会議等を活用して、利用者が地域のさまざまな資源を利用するための支援を行っている	☐ 非該当	☒ あり ☐ なし	3. 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所が利用者と共に地域の一員として日常的に交流している	☐ 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. 運営推進会議等を活用して、利用者が地域のさまざまな資源を利用するための支援を行っている	☐ 非該当												
☒ あり ☐ なし	3. 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所が利用者と共に地域の一員として日常的に交流している	☐ 非該当												
評価項目6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情報になっている。それらの情報は口頭で伝えるほか、主にパンフレットや冊子タイプの紙資料により提供している。これら施設に関するパンフレットや紙情報は、施設窓口等に掲示用ラックを置いて陳列し、ご利用者家族などがいつでも入手できるようにしている。 ご利用者の地域と交流機会を設け、介護に興味を持つ方々を積極的に受け入れている 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入れている。 ボランティア活動支援団体など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を支援をしている団体との連携することにより、多国籍の人々との交流を図っている。また、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、麻雀などの様々なボランティア活動を受け入れているが、今後はアニマルセラピー実施なども計画している。近隣の女子大生の訪問を受けたり、近隣の児童館との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	6-6-1	認知症の専門的なケアへの支援に向けて手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている
タイトル①	外部講師を招いて、認知症の理解を中心とした研修と実践に力を入れている	
内容①	年4回のスケジュールで職員研修として、社会福祉系の大学から外部講師を招き、認知症の理解を中心とした研修をもとに、認知症ケアのスキルアップに取り組んでいる。スタッフの中には介護福祉士の有資格者が多く、質の高いケアを提供している。さらに、東京都認知症実践リーダーという認知症ケア専門の資格取得を進めている。また、介護福祉士を中心に、ご利用者ひとり一人に寄り添った支援のあり方を常に検討し、職員ひとり一人の知識と専門性を高める勉強会を行い、より質の高い認知症専門のサービスを提供できるよう日々取り組んでいる。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-6-2	認知症ケアの質の向上をめざして、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
タイトル②	ご利用者・ご家族への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	
内容②	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。その際には施設で実施するご利用者・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も取り入れている。職員の対応や身だしなみ、言葉遣い、基本姿勢の確認や、認知症ケアに関しご利用者ひとり一人に対する個別支援の見直しや限られた時間・職員で効率的な業務のあり方についても将来を見据えて検討をしている。業務の仕組みの見直しには時間を要しますが、世の動向を考慮し、数年後にはICT化への移行を前向きに検討している。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-4-2	利用者の生活上で必要な支援について認知症や心身の状況に応じて対応している
タイトル③	食事、入浴、リハビリなどを工夫し、利用者が生活を楽しめるよう支援している	
内容③	食事はすべて施設の厨房で作り提供し、月1回6日間連続で特別食週間、月1回全国各地の郷土料理、さらに、月1回おやつバイキングとコーヒーや紅茶を提供している。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様にしている。入浴は、利用者の希望、ADL状態に応じてヒノキ大浴槽・個浴槽・機械浴の何れかで一人でゆったりと使用している。また、必ず看護師を配置し緊急時に備えていて安心です。リハビリは日常動作として体を動かすなど、ご利用者が楽しめるように支援している。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	法人としてマニュアル整備と職員のキャリアアップを図り、専門性を高める支援をして質の高い認知症専門サービスに取り組んでいる
	内容	法人ではマニュアルを整備し、職員のキャリアアップ、専門性を高めることを支援している。年4回、社会福祉系大学から講師を招き、認知症に関する職員研修を行っている。また、人事考課で評価する仕組みがあるので、スタッフの多くが介護福祉士の資格を持っている。さらに、東京都認知症実践リーダーという認知症ケア専門の資格取得に取り組んでいる。ご利用者ひとり一人に寄り添った支援のあり方を検討し、職員ひとり一人の知識と専門性を高める勉強会を行うなど、質の高い認知症専門サービス提供に取り組んでいる点が評価できる。
2	タイトル	中長期視点で業務の標準化に取り組み、業務手順見直しにはご利用者・ご家族へのアンケート結果や職員の意見を反映させている
	内容	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。その際には施設で実施するご利用者・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も取り入れている。職員の対応や身だしなみ、言葉遣い、基本姿勢の確認や、認知症ケアに関しご利用者ひとり一人に対する個別支援の見直しや限られた時間・職員で効率的な業務のあり方についても将来を見据えて検討をしている。業務の仕組みの見直しには時間を要しますが、世の動向を考慮し、数年後にはICT化への移行を前向きに検討している。
3	タイトル	食事、入浴、リハビリなどを工夫し、ご利用者ひとり一人に合わせたペースでゆったりと生活を楽しめるよう専門的知識で支援している
	内容	食事は施設の厨房で作り、特別食週間、全国各地の郷土料理、おやつバイキングの際はコーヒーや紅茶を提供している。食前には食事メニュー、食材、産地などを説明し食への興味・意欲を高めたり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状態に応じて入浴方法を選び職員と1対1でゆったりと使用している。リハビリは日常動作や余暇活動として指や脚、腕を無理なく動かすなど、ご利用者が生活を楽しめるように専門的な知識で支援をしている。
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の更新スタッフを充実させ、スムーズに最新情報を提供できるよう改善を図り、フォロワーの満足度を向上させる取組みが望まれる
	内容	ご家族世代を主なフォロワーと考えて、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、利用時の様子、施設の取り組み等を紹介しており、施設のサービス内容を知ってもらう機会となっている。しかし、SNSの更新は可能な限り最新の情報を伝えるようにしているが、現在は特定の職員が担当しているため、タイムリーな内容更新が行われていない。将来に向けて業務のバランスを考慮して担当職員を増やす事が望めます。発信内容・視点に変化を持たせ、より迅速に情報更新をする事により、フォロワーの満足度向上が望まれる。
3	タイトル	ご利用者のリハビリの希望に対し、専門的な観点でリハビリの必要性を検討し計画的に実施している点を十分に説明することが望まれる
	内容	リハビリのスペースが広く、器具も充実している。そのため、ご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寄せられている。リハビリはご利用者やご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の結果、ケアプラン、各種の計画書に基づいて、機能訓練担当者と介護担当者、相談員などがそれぞれの専門的な観点でご利用者の意欲や身体状況を考慮し、リハビリの必要性を検討し、計画を立てている。ひとり一人に合わせ無理のないペースで楽しみながら行っている点を十分に説明することが望まれる。