

福祉サービス第三者評価結果報告書【令和7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	1390300448
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	2025 年 5 月 30 日				
利用者調査票配付日(実施日)	2025 年 9 月 15 日				
利用者調査結果報告日	2025 年 12 月 3 日				
自己評価の調査票配付日	2025 年 9 月 15 日				
自己評価結果報告日	2025 年 12 月 3 日				
訪問調査日	2025 年 12 月 4 日				
評価合議日	2026 年 2 月 20 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 社会福祉法人東京聖労院・職員倫理綱領 ○私たち東京聖労院の職員は、東京聖労院の基本理念に基づき、東京聖労院の福祉サービスを必要とする皆さまの人間としての 尊厳を尊重し、専門的な福祉サービスを提供するとともに地域福祉を推進する大きな責務を有していることを、理解している。 ○人間としての尊厳の保持 ○人権の尊重 ○一人一人の自立の支援 ○自己決定の尊重 ○社会参加と地域福祉の参加 ○たゆまぬ研鑽 ○個人情報の保護 (2) 職員に期待すること（職員に持って欲しい使命感） 東京聖労院には人事考課制度がありその中で下記に示された内容で職員像を示している。 ○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。

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9名を対象とし、4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

9

共通評価項目による調査対象者数

9

共通評価項目による調査の有効回答者数

4

利用者総数に対する回答者割合(%)

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」50.0%、「満足」50.0%、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》

【自由時間】・自由時間には、職員が支援しながら、女性利用者はぬり絵を楽しんだり、転寝したり、入浴室へ移動した。男性利用者はTVを見ながら過ごした。
 【昼食前の口腔体操と昼食時間】・昼食前に、職員はTVのYouTube動画を放映し、利用者は職員とともに動画を見ながら口腔体操を行った。
 ・昼食はハロウィンの特別メニューで、利用者はテーブルに着席し、職員の支援を受けながら、各自の介護レベルに応じた方法で食事を行った。

《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》

【自由時間の過ごし方】・職員は利用者がデイルームに到着するとテーブルに案内し、着席後にバイタルチェックを行っている。
 ・男性利用者1名は帰宅願望が強く、デイルーム到着直後から「家に戻りたい！」と大声を連発し、職員は男性利用者をTVの前に移動させて料理番組のTVを見せると大声による発声は収まった。
 ・職員は時間を見ながら、利用者の入浴支援とトイレ支援を行った。1名の女性利用者は足を痛めており、入浴後に職員が利用者の足に治療薬を塗布した。
 【昼食前の口腔体操と昼食時間の過ごし方】・職員は、利用者にエプロンを掛け、TVでYouTube動画の口腔体操を3本見せて体操支援を行ない、利用者は声を出しながら口腔体操を行った。
 ・職員は、男性利用者をTV前から移動させ、利用者全員をテーブルに座らせ、手の消毒と水をコップで飲ませ後に、本日のハロウィン特別メニューの食事を支援した。食事支援は、利用者の状況に応じて、声掛けしながら重症者を中心にサポートした。健常な利用者からは「美味しい」と声が上がった。

「評価機関としての調査結果」に対する事業者のコメント

個別対応に重きを置いたサービスを提供しています。毎月定例では音楽療法、あん摩マッサージセラピー、特別食週間など
利用者が笑顔になるプログラムも継続的に実施しています。今回の場面観察日では、ハロウィンイベント食になりました。調査に来られた方は、大変細かく、各利用者の方への職員の個別ケアの内容を見ていただけたと思います。ありがとうございました。

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	4	0	0	0
この項目では、4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。				
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	4	0	0	0
この項目では、4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。				
3. 利用中に興味・関心が持てる行事や活動があるか	2	2	0	0
この項目では、2人が「はい」と答え、全体の50.0%を占め、「どちらともいえない」が50.0%、「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。				
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	4	0	0	0
この項目では、4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。				
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	3	1	0	0
この項目では、3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。				

6. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	2	0	0	2
この項目では、2人が「はい」と答え、全体の50.0%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、「あまり訪問していないのでわからない」などの声が聞かれた。				
7. 職員の接遇・態度は適切か	3	1	0	0
この項目では、3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。				
8. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	3	1	0	0
この項目では、3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。				
9. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	2	1	0	1
この項目では、2人が「はい」と答え、全体の50.0%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、「経験がないのでわからない」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	3	1	0	0
この項目では、3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。				
11. 利用者のプライバシーは守られているか	2	2	0	0
この項目では、2人が「はい」と答え、全体の50.0%を占め、「どちらともいえない」が50.0%、「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。				
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	3	1	0	0
この項目では、3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	3	1	0	0
この項目では、3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。				
14. 利用者の不満や要望は対応されているか	4	0	0	0
この項目では、4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。				
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	1	0	1	2
この項目では、1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0.0%、「いいえ」が25.0%という結果であった。また、自由記入の結果では、「困ったことがない」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とし、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っている。さらに、年2回全職員による職員会議を開催し、事業計画や重要な案件に関する経営層と職員の相互理解を深めている。併せて、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。加えて、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、施設の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、その実現と現場負担の軽減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 カテゴリー2		
サブカテゴリー1(2-1) 事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している サブカテゴリー毎の標準项目实施状況 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(000000)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向について情報を収集し、ニーズを把握している	○非該当
●あり ○なし	2. 事業所運営に対する職員の意向を把握・検討している	○非該当
●あり ○なし	3. 地域の福祉の現状について情報を収集し、ニーズを把握している	○非該当
●あり ○なし	4. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)について情報を収集し、課題やニーズを把握している	○非該当
●あり ○なし	5. 事業所の経営状況を把握・検討している	○非該当
●あり ○なし	6. 把握したニーズ等や検討内容を踏まえ、事業所として対応すべき課題を抽出している	○非該当
サブカテゴリー2(2-2) 実践的な計画策定に取り組んでいる サブカテゴリー毎の標準项目实施状況 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(000)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 課題をふまえ、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画を策定している	○非該当
●あり ○なし	2. 中・長期計画をふまえた単年度計画を策定している	○非該当
●あり ○なし	3. 策定している計画に合わせた予算編成を行っている	○非該当
評価項目2 着実な計画の実行に取り組んでいる 評価(00)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた、計画の推進方法(体制、職員の役割や活動内容など)、目指す目標、達成度合いを測る指標を明示している	○非該当
●あり ○なし	2. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる	○非該当
カテゴリー2の講評 施設運営に対する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 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、福祉全体の情報及び法人・施設の経営状況を収集し対応ニーズを把握している 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、情報収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を行っている。 法人の中長期計画及び施設の単年度事業計画書の実行に取組み目標達成を図っている 法人が目指すことの実現に向け、法人全体の中長期計画を策定・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と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と区に提出し、事務室前にも掲示し公表している。この単年度事業計画には重点目標やその他目標の指標を提示している。併せて、毎月開催す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。加えて、令和7年度から、収入経費管理表による超勤管理を徹底している。		

3			カテゴリー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项目实施状況		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项目实施状況		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项目实施状況		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、職員会議等で周知を図っている。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・タレ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職員の遵守に努めている。 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、利用者の権利擁護の苦情対応フローを整備している。また、施設の各サービス別に苦情対応責任者を選定し施設内掲示している。さらに、利用者からの意見・要望・苦情に対し、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等を検証すると共にPマーク認証により個人情報保護を図っている。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の対策に取り組んでいる。 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XやInstagramでタイムリーな情報提供を図っている。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。

カテゴリー4		
4	リスクマネジメント	
サブカテゴリー1(4-1)		
リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の 標準项目实施状況 5/5
評価項目1 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる 評点(〇〇〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所が目指していることの実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている	○非該当
●あり ○なし	2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている	○非該当
●あり ○なし	3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している	○非該当
●あり ○なし	4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる	○非該当
サブカテゴリー2(4-2)		
事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		サブカテゴリー毎の 標準项目实施状況 4/4
評価項目1 事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている 評点(〇〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 情報の収集、利用、保管、廃棄について規程・ルールを定め、職員(実習生やボランティアを含む)が理解し遵守するための取り組みを行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要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、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、令和7年に安否確認サービスを導入し災害時の体制整備を図っている。 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、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、アクセスログによる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7	
7	事業所の重要課題に対する組織的な活動
サブカテゴリー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6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70%、認知症対応型通所介護35%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頂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】サービス充実:あん摩マッサージを導入し、週3~4回の頻度であん摩マッサージサービス(2h)を継続していく。また、看護師の配置によりリハビリテーション要素を取り入れ、認知介護における「動き」の要素を取り入れ利用者の増加を図る。 ・食事:毎月1週間実施している特別食について、食材単価を上げることでメニューをブラッシュアップした。 ・リハビリ機器:レッドコード5基増設でリハビリ機器を充実させ、入浴以外のサービスでも新規受入れにつなげるようにした。 【取り組みの結果】通所介護登録は月平均20名増加したが、認知介護の稼働率は向上していない。 【検証・今後の方向性】認知介護は地域のケアマネへの情報提供、通所介護は食事・リハビリ機器の増設をアピールする。	
目標の設定と取り組み	☒ 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った ☐ 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった ☐ 具体的な目標が設定されていなかった
取り組みの検証	☒ 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った ☐ 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていなかった(目標設定を行っていなかった場合も含む) ☐ 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
検証結果の反映	☒ 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた ☐ 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない ☐ 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
評価項目1で確認した組織的な活動や評語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35%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看護師付きあん摩マッサージサービス導入によるサービスの充実、②特別食の食材単価アップによるメニューのブラッシュアップ、③レッドコードの増設によるリハビリ機器の増設などの対策を講じた結果、通所介護登録は月平均20名増加したが、認知介護の稼働率の向上には至っていない。 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年度の取り組みに加えて、サービスの充実、食事のブラッシュアップおよびリハビリ機器の充実を実施した結果、通所介護登録は月平均20名増加したが、認知介護の稼働率の向上には至らなかった。このことは、当施設の取り組みが利用者家族に十分に認識されていない結果と考えられる。このため、引き続き、これら取り組みの改善向上を図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6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6年度は派遣社員ゼロを達成することが出来たが、その後、常勤介護職員の休業や常勤看護職員の休業が見込まれるため。

【取り組み】・入職1～2年の職員を中心に、法人として「コーチング面談(リモート)」を実施している。

・法人内の他施設職員間のリモート懇親会を実施し、法人として職員の定着に取り組んでいる。

【取り組み結果】・法人のコーチング面談結果について、管理職へ詳細なフィードバックを行うことにより、事業所内で管理職・指導職が気付かなかった「職員の心情や思い」に配慮できるようになった。

・法人全体では、少しずつ離職率が改善されてきている。(令和6年度は前年度比2%改善)

【検証・今後の方向性】・職員の定着は事業継続の第一条件になることから、今後も「事業所すべての職員を直接雇用にする」を継続していく。

・毎年6月に実施している職員全員の施設長面談や今年度から実施する職員全員参加によるハラスメント研修(外部講師)を続け、今後も職員にとって「働きやすい職場環境」づくりを継続していく。

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価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。これらにより、令和6年度は派遣社員ゼロを達成することが出来たが、その後、常勤介護職員の休業や常勤看護職員の休業が見込まれるため、令和6年度も重要課題として「事業所すべての職員を直接雇用職員としていく」を設定し取り組むことになった。このため、施設では、入職1～2年の職員を中心に、法人として「コーチング面談(リモート)」や法人内の他施設職員間のリモート懇親会を実施し、法人として職員の定着に取り組んでいる。

これら取り組みの結果、法人によるコーチング面談結果について、管理職へ詳細なフィードバックを行うことにより、事業所内で管理職・指導職が気付かなかった「職員の心情や思い」に配慮できるようになった。また、法人全体では、少しずつ離職率が改善されてきている。

今後も、職員の定着は事業継続の第一条件になることから、施設長による職員面談や員全員参加のハラスメント研修を続け、今後も職員にとって「働きやすい職場環境」づくりに取り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6-1～3、6-5～6)

No.	共通評価項目		
	サブカテゴリ1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリ毎の 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している	☐ 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1の講評			
パンフレット、区の情報冊子、ホームページ、SNS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など、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、事業所SNS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など施設の活動を紹介している。SNSはホームページまたは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。フォロワー数も全体で300人を超えており、ご家族だけでなく、ケアマネジャーなど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、体操などへの参加や安全面を十分配慮した上で機能訓練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-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			
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、不安やストレスを取除き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、港区にも確認し、ケアマネジャー経由で利用中に得られた認知症特有の課題を含めた各種情報を提供している。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。			

サブカテゴリー3		
3	個別状況に応じた計画策定・記録	サブカテゴリー毎の 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きみを整備している	○非該当
評価項目3 利用者に関する記録を適切に作成する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. 利用者に変化があった場合の情報について、職員間で申し送り・引継ぎ等を行っている	○非該当
サブカテゴリー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、導入された介護ソフトにより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、事業所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。記録は個別にファイリングし、保管している。 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見合わせしている。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、利用者の同意を得るようにしている		○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			
プライバシーマーク認証取得し、基準に沿った取り組みを行なっている 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			

サブカテゴリー6		
6	事業所業務の標準化	サブカテゴリー毎の 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
サブカテゴリー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箇所については、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、認知症実践者研修修了した職員が今後講師として認知症ケアの専門的研修を行うよう計画している。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。		

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 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	
介護ソフトのデータを基にミーティングで確認し支援している 介護ソフトに入力した認知症通所介護計画、利用者の生活状況、趣味、疾病、服薬状況、家族の希望、その他のデータを、毎朝、ミーティングで確認し、計画に基づいた支援をしている。 利用者の趣味や嗜好品、活動の選択など、意思表示を大切にケアしている 通所介護計画を含む利用者のデータを毎朝確認し、1日のプログラムの各場面で、利用者の趣味や嗜好品、活動の選択など、意思表示を大切にケアしている。集団での行動を好まない場合は、職員が個別に寄り添い対応している。第三者評価の場面観察において、職員は、利用者1人ひとりの特性を理解し、尊重し、ケアの専門的な視点で、それぞれに応じた丁寧な対応をしていると感じられた。 介護支援専門員、生活相談員、ケアワーカー、その他の専門職が連携し、支援している 利用者の支援にあたり、担当の介護支援専門員、当事業所の生活相談員、ケアワーカー、看護師、機能訓練指導員等の専門職が連携している。介護支援専門員のケアプランに基づき当事業所は認知症通所介護計画を作成し、各専門職も計画を基に支援している。また、利用者が医療機関にかかっていたり、他の介護サービスを利用している場合は、それらの医療機関や事業所とも連絡を取り合いながら、利用者が安心して日常生活を送れる様に支援している。	
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	
旬の食材、ご当地食、行事食など、味でも目でも楽しめるように工夫している 旬の食材、ご当地食、行事食、デザートバイキングの他に、利用者が必ず体験できるように毎月1週間の特別食週間を設けている。重箱での提供や、フルーツ鵜を入れるなど、味でも目でも楽しめるように工夫している。北青山だより食事メニューには、特別食週間、郷土料理についての献立、行事食チラシを掲載して、利用者にお知らせしている。因みに、10月はおにぎり食べ放題とフルーツバイキング、11月はお寿司食べ放題とアイスクリームバイキング、12月はそば打ちとお寿司食べ放題などである。なお、お寿司は寒い時期のみ提供している。 ヒノキの浴槽、機械浴など、利用者の状態に応じた浴槽で安全に配慮し提供している 入浴は、大浴槽、ヒノキの個浴、機械浴を備え、利用者の状態に応じて入浴の形態を選択している。また、利用者と職員が1対1で入浴し、看護師1名が処置や補助の為に控えているという2重の安全体制を整えて、利用者が安心して入浴できるように配慮している。 送迎の際は職員が同乗し、年2回安全研修を受けたドライバーが運転している 送迎は、ドライバーと添乗職員1名で行っている。利用者・家族の状況に応じ、送迎の順番などを随時変更している。送迎時に家族が不在の場合は、居室内まで送迎し、エアコンをつける・消すなど臨機応変に対応している。一方、送迎車の運行は業者に委託しているが、委託業者のドライバーには送迎範囲の危険ポイントの共有や利用者の送迎ポイントの確認を含めた安全運転研修を年2回義務付けて実施し、利用者の安全を確保している。	

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きみを整えている	○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				
毎回バイタル測定し結果を介護ソフトに入力し必要に応じて主治医・家族に連絡している 利用開始時には、利用者の医療的情報も含めた通所介護に必要な所定の情報を介護ソフトにデータ入力している。利用の都度、毎回バイタル測定し結果を介護ソフトに入力している。職員は利用者の様子やバイタルの結果を判断し看護師に伝え、看護師はソフトデータとバイタルを確認し、疾患別緊急対応や緊急時対応マニュアルに則り、必要と判断すれば、主治医・家族に連絡する体制を確立している。更に、それらの行動がスムーズにできるようリスクマネジメント研修を実施している。 通所介護計画に沿って利用者の残存機能の維持・向上を支援している 利用者が地域で暮らし続けるために、在宅での日常動作を考慮した訓練をしている。例えば、いす、ソファからの立ち上がり動作、トイレでの座位・立位保持、車いすのポジショニングなどである。また、輪投げなどのゲームで腕の筋肉を強めたり可動域を広げる、貼り絵など指先の感覚や動きを活性化する、クイズで脳の活性化を図るなど、ケアワーカーと機能訓練士が連携して残存機能の維持向上を支援している。 健康維持に必要な薬や処置についてはあらかじめ届け出をもらい支援している 内服薬や外用薬塗布、胃ろうや吸引、褥瘡処置のある人、更には、酸素吸入や膀胱カテーテルを使用中の人も希望があれば利用を受入れている。その際は、あらかじめ所定の届け出をもらい介護ソフトに入力し、看護師の指導の下でケアワーカーが注意深く対応している。薬を使用している場合は、利用当日に利用者の氏名を記入した薬を預かり、投薬処置するなど、利用者の健康維持の支援をしている。なお、薬の確認は、看護師とケアワーカーの2人体制で確認をして投薬ミスを防いでいる。				
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				
様々な状態の利用者について他の利用者との関係性を観察し配慮している 職員は、様々な状態の利用者1人ひとりについて、サービス利用開始時の情報に加え、サービス提供中の様子を専門的な視点で観察している。そして、利用者和其他の利用者との関係性を把握し、距離感、座席配置、対応の仕方などについて情報共有し、利用者それぞれが良好な状態を保って過ごせるように配慮している。例えば、歩き回るのが好きな利用者が疲れた際に休めるように所々にイスを配置、体力のない利用者が横になり十分休息できるようにベッド2台を設置するなどしている。 1日のプログラムにメリハリをつけたり、定期的に音楽療法を行うなど工夫している 多種多様なボランティアの協力を得て、1日のプログラムにメリハリをつけ内容を工夫している。特に、趣味活動のプログラムを数多く用意し、利用者1人ひとりが嗜好に合わせて選べるようにしている。また、音楽療法士2人を交代で月4回定期的に招き、子供のころに習った歌や若いころに流行した歌、壮年期に好んで聞いた歌など、様々な音楽を通した回想療法を提供している。 デイルームは清潔を保ち利用者とともにディスプレイして季節感のある空間にしている デイルームは毎朝委託業者が定期清掃をし、汚れたり濡れた場合はその都度職員が清掃し、常に清潔に且つ、転倒の危険のない安全な状態を保っている。また、利用者とともに制作した季節に応じた折り紙や貼り絵などの作品を壁面や天井、コーナーなどを利用しディスプレイして季節感のある空間にしている。				

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)
	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行っている	☐ 非該当
評価項目5の講評			
全ての利用者に連絡ノートを用意し、必要に応じて電話でも家族との情報交換をしている 全ての利用者に連絡ノートを用意し、サービス提供時の様子を家族に知らせている。また、家族は家庭での様子や要望を連絡ノートに記載しているので、その都度対応している。さらに、必要に応じて電話でも家族と連絡し、利用者についての情報交換をしている。 相談員を中心に、サービス利用日以外でも家族からの相談に対応している 利用者が、在宅生活をできるだけ長く継続できるように、認知症患者への対応や介護サービス、医療関連情報なども含めて、相談員、看護師、ケアワーカーなどが協力し、相談員を中心に、家族からの相談に対応している。サービス利用日以外でも相談に応じている。			
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)
	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			
地域連携会議に参加し事業所情報を提供しつつ地域情報を収集して利用者に還元している 地域からの情報は、窓口等に掲示し利用者が自由に入手できるようにしている。また、港区高齢者地域支援連絡協議会、青山地区委員会役員会、赤坂消防署防災協議会、港区成年後見利用支援運営委員会など、地域の関係機関との連携会議に参加し事業所情報を提供すると同時に高齢分野、児童分野、防災、防犯、権利擁護など、利用者の在宅生活に役立つ様な地域情報を収集して、利用者に還元している。 地域の会議で得た商店会や児童館その他のイベント等の情報を利用者に提供している 地域の各種の会議に参加して商店会や児童館その他で行われるお祭り、売り出し、音楽会、お話し会、その他のイベントの情報を、窓口掲示だけでなく、利用者や家族との会話の中などで提供している。 地域の方との食事会、ボランティア・職場体験・見学体験受入れで日常的に交流している ボランティア活動支援NPOの協力で毎月、地域の方との食事会を開催し、デイサービスを紹介している。また、ボランティアを毎月延べ40名ほど受入れ交流している。更に、毎年11月には青山中学校2年生の職場体験受入れ、希望があれば随時一般の方の見学体験受入れをするなどで、日常的に利用者の地域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	6-1-1	利用希望者等に対してサービスの情報を提供している
タイトル①	事業所のホームページやSNSを活用した情報発信に取り組んでいる	
内容①	パンフレットだけでなく、事業所のホームページや事業所SNSを通じて毎月の活動内容を随時更新している。SNSに関しては、事業所のホームページから入る方法と、職員の名刺などにあるQRコードを読み込んでアクセスすることができる。情報・内容の更新は、総務職員が中心になって行っており、現場のスタッフの業務負担とならないようにしている。利用者のご家族からは毎月の情報を楽しみにしているとの声もあり、フォロワー数も300人を超えるようになった。ケアマネジャーなど関係者からも好評である。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-5	事業所と家族との交流・連携を図っている
タイトル②	全ての利用者に連絡ノート用意、電話も利用して家族との情報交換・連携している	
内容②	多くの利用者が、事業所での生活の様子を家族に伝えないので、要介護度、医療的ケアの有無にかかわらず、全ての利用者に連絡ノートを用意し、サービス提供時の様子を家族に知らせている。また、家族は家庭での様子や要望を連絡ノートに記載している。例えば、家族都合で送迎時間の変更や利用者が寝不足気味である、食欲がない、排便がなかったなど、その都度、職員間で情報共有し適切に対応している。さらに、必要に応じて電話連絡し医療機関受診を勧めるなど利用者についての情報交換・連携をしている。また、利用日以外でも家族相談に対応している。	

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	利用者に食べる楽しみ喜び、自分で選ぶ満足感を提供している	
内容③	食事メニューは毎月「北青山だより」に掲載し、特別食週間、郷土料理の献立、旬の食材、行事食チラシを掲載している。食べ放題やデザートバイキングでは美味しいものを、好きなだけ、自分で選んで食べ、利用者の満足感を高めている。因みに、食べ放題はおにぎり、お寿司、打ち立て蕎麦、バイキングはフルーツ、アイスクリームなどがある。なお、お寿司は寒い時期のみ提供している。また、毎月1週間の特別食週間の料金は通常よりも高いが、利用曜日が週1回の場合でも希望する利用者が必ず体験できるように配慮している。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	看護師配置を厚くし、緊急時対応マニュアルを整備、研修を実施し、医療的ケアを必要とする利用者にも対応している
	内容	看護師4人体制で、医療的ケアを必要とする利用者を受入れている。利用者の医療的情報も含めた通所介護に必要な所定の情報は介護ソフトにデータ入力している。利用の都度、毎回バイタル測定し結果を介護ソフトに入力している。職員は利用者の様子やバイタルの結果を判断し看護師に伝え、看護師はソフトデータとバイタルを確認し、疾患別緊急対応や緊急時対応マニュアルに則り、必要と判断すれば、主治医・家族に連絡する体制を確立している。更に、それらの行動がスムーズにできるようリスクマネジメント研修を実施している。
2	タイトル	サービスの質の向上を目指した運営推進会議に地域を含めた協力体制ができている
	内容	概ね2か月に1度開催される運営推進会議には、地域の自治会役員（会長、副会長、防災部長）、港区高齢者支援課高齢者施設係、地域包括支援センターの社会福祉士、在宅サービスセンターの管理者・主任など、地域・行政・福祉関係者と、ご家族も参加していただき、事業所の活動状況、音楽療法開催とその後の効果について、ヒヤリハット報告概要と対応・原因究明・再発予防策の報告など行なっている。また行政担当者からの助言や、地域の方、ご家族からのご意見を伺う機会となっている。
3	タイトル	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
	内容	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施設長が状況確認し、要指導の職員には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を定期実施し、職員が安心して働けられる職場づくりに取り組んでいる。今後も、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」を実施しているほか、年2回職員会議による意見交換や職員間コミュニケーション研修を行ない、職員間の良好な人間関係づくりが行われている。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	利用登録者数には余裕がある。地域へのアピールを強化し、より多くの認知症高齢者やその家族支援に結び付けることが望まれる
	内容	都主催のフクシの仕事を知ろう体験受入れ、月1回の地域の方との食事会開催、地域の関連機関との連絡会議への参加、その他、地域へのアピールをしつつ認知症高齢者の在宅生活を維持するためのサービスを提供している。しかし、現在の利用登録者数には余裕がある。実際には、いまだにサービスを知らない、知っていても利用をためらっている認知症高齢者やその家族は少なくないと思われる。彼らを支援に結び付けるため、今後は、更に当事業所の活動内容を地域ケアマネや地域の住民組織に働きかけるなど、外部への積極的な取り組みが望まれる。
2	タイトル	認知症対応型デイケアに特化したパンフレットを作成し、一般デイケアとの違いを地域に周知し、利用者や利用者家族を支援する事が望まれる
	内容	現在の事業所パンフレットは、デイサービス中心である。それは、一般的な要支援・要介護高齢者向けのサービス内容である。実際には、認知症高齢者の特性に配慮した認知症対応型デイケアを行っているのだが、それが伝えられていない面もみられる。今後は、認知症対応型デイケアに特化したパンフレットを作成し、一般デイケアとの違いを認知症高齢者やその家族にアピールすることが望まれる。認知症の特性やケア内容の違いを知ること、新たに利用に踏み切る人もいるに違いない。益々増加が予想される認知症高齢者や家族の支援が望まれる。
3	タイトル	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おり、さらなるケアマネジャーとの関係強化が望まれる
	内容	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SNSでタイムリーな情報提供を図っている。今後は、これら情報を活用しケアマネジャーとの情報共有を強化し、利用者増加を図ることが望まれる。