

福祉サービス第三者評価結果報告書【令和5年度】

2024年 3月 28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

〒 176-0001

所在地 東京都練馬区練馬1-20-2

評価機関名 株式会社日本生活介護

認証評価機関番号

機構 02 - 015

電話番号 佐藤 義夫

代表者氏名 03-3991-8440

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	堀 洋子	福祉	H0701024
	②	齋藤 貴明	福祉	H1102028
	③	岡田 稔晟	経営	H1501020
	④	松崎 敏男	福祉	H1401064
	⑤	伊藤 真紀	福祉	H1901071
	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	港区立高齢者在宅サービスセンター白金の森		指定番号	1370303487
事業所連絡先	〒	108-0071		
	所在地	東京都港区白金台5丁目20番5号		
	TEL	03-3449-9615		
事業所代表者氏名	施設長 今野 郁弥			
契約日	2023年 8月 1日			
利用者調査票配付日(実施日)	2023年 10月 3日			
利用者調査結果報告日	2023年 11月 20日			
自己評価の調査票配付日	2023年 10月 2日			
自己評価結果報告日	2023年 11月 20日			
訪問調査日	2023年 11月 28日			
評価合議日	2023年 11月 28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)	利用者調査は、事業所から調査票を配布し、記入後は返信用封筒に入れ、直接評価機関へ郵送とした。			

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。

2024年 3月 28日

事業者代表者氏名

印

1	<p>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>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）</p> <p>(1)ご利用者一人ひとりのその方らしい暮らしを大切にすること (2)在宅生活継続の為に必要なサービスを行う：公益型混合介護を併用 (3)介護予防：出来ることに目を向けた自立支援 (4)開かれたサービス ～HPやSNSの活用～ (5)地域連携・医療連携</p>
2	<p>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）</p> <p>(1)職員に求めている人材像や役割</p> <p>一人ひとりの業務の幅を広げることで、職員の力が向上していくように指導しています。 また、ひやりはっとを記入することで小さな気づきがあり、何か起きたことについては全員で是正を考えるようにしています。 毎日の昼MT開催により、その日にあったことをはじめ、今後のサービス提供についてや重要なこと含めて情報共有や即座に確認・解決に功を成しています。 またご家族が抱えている負担など精神的な状況も理解しつつ、自分たちに出来ることは何か、その方に適した介助方法は何か考えながら日々の業務にあたっております。</p> <p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感)</p> <p>介護の現場は、一人ひとりに同じ責務があること。 "個"ではなく"全"介護・看護・生活相談員が連携しながら"全"で動く。 どんなに小さなことでも、利用者の変化に対する気づきを持ち、情報共有をすること。</p>

調査対象

登録利用者全員を対象とした。

調査方法

事業所から調査票を配布し、記入後は返信用封筒に入れ、直接評価機関へ郵送とした。

利用者総数

75

共通評価項目による調査対象者数
 共通評価項目による調査の有効回答者数
 利用者総数に対する回答者割合(%)

アンケート	聞き取り	計
75	0	75
41	0	41
54.7	0.0	54.7

利用者調査全体のコメント

調査対象75名のうち、41名から回答を得ることができた。満足度の高い項目として、「職員の接遇・態度は適切か」「事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか」「病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか」「利用者の気持ちを尊重した対応がされているか」「日常生活に必要な介助を受けているか」などがあげられる。総合的な満足度では、39名が「大変満足、満足」、2名が「どちらともいえない」と回答している。また、「他の利用者とは交流でき、入浴や食事、いろんな行事に参加でき充実しています」「職員は親切に、必要なタイミングでサポートしてくれます」などの他、食事や入浴に関する要望も寄せられている。

利用者調査結果

共通評価項目 コメント	実数			
	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	33	8	0	0
33名が「はい」、8名が「どちらともいえない」と回答している。 「通うのを楽しみにしています」「毎回気を使ってくれます」「歌のほかにもテレビでニュースを見たい」「ぼんやりと過ごす時間が多い」などのコメントがあがっている。				
2. 日常生活に必要な介助を受けているか	34	3	2	2
34名が「はい」、3名が「どちらともいえない」、2名が「いいえ」と回答している。 「自分でできることはしている」「自分ではできないときはサポートしてもらっている」などのコメントがあがっている。				

3. 利用中に興味・関心が持てる行事や活動があるか	26	10	3	2
26名が「はい」、10名が「どちらともいえない」、3名が「いいえ」と回答している。 「お祭りなどのイベントは好き」「歌ったり、体操したり、たまに歴史や地名のクイズをしている」「今はあまり外部の人が来れない」などのコメントがあがっている。				
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	27	12	2	0
27名が「はい」、12名が「どちらともいえない」、2名が「いいえ」と回答している。 「リハビリ用の器具などがあると嬉しい」「自宅では限度があるので、事業所で動けて助かる」「動くのが面倒なので参加しない」などのコメントがあがっている。				
5. 職員から適切な情報提供・アドバイスを受けているか	29	11	0	1
29名が「はい」、11名が「どちらともいえない」と回答している。 「情報提供が少し遅い」「質問すると教えてくれる」「下半身の体操してほしい」などのコメントがあがっている。				
6. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	35	5	0	1
35名が「はい」、5名が「どちらともいえない」と回答している。 「こまめにテーブルを拭いている」とのコメントがあがっている。				
7. 職員の接遇・態度は適切か	41	0	0	0
全員が「はい」と回答している。 「問題ない」「時々きつく感じることもある」などのコメントがあがっている。				
8. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	35	3	0	3
35名が「はい」、3名が「どちらともいえない」と回答している。 「眠い時はしっかり寝かせてくれるなどサービスがいいと思う」「体調の変化など家族にも連絡してくれる」などのコメントがあがっている。				
9. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	26	6	0	9
26名が「はい」、6名が「どちらともいえない」と回答している。 「トラブルなどはない」などのコメントがあがっている。				

10. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	34	6	0	1
34名が「はい」、6名が「どちらともいえない」と回答している。 「時間に余裕があれば対応してくれると思う」とのコメントがあがっている。				
11. 利用者のプライバシーは守られているか	31	7	0	3
31名が「はい」、7名が「どちらともいえない」と回答している。 「入浴などの際に配慮してくれる」「気にしていない」などのコメントがあがっている。				
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	31	5	1	4
31名が「はい」、5名が「どちらともいえない」、1名が「いいえ」と回答している。 「必要なときは話を聞いてくれると思う」などのコメントがあがっている。				
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	30	6	1	4
30名が「はい」、6名が「どちらともいえない」と回答している。 「必要なときに話をしてくれる」「質問をしたことがないのでわからない」などのコメントがあがっている。				
14. 利用者の不満や要望は対応されているか	26	8	0	7
26名が「はい」、8名が「どちらともいえない」と回答している。 特に、コメントは見られなかった。				
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	21	10	3	7
21名が「はい」、10名が「どちらともいえない」、3名が「いいえ」と回答している。 「ケアマネの方に連絡を取っている」「聞いたことがない」などのコメントがあがっている。				

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	
	毎年度始めに事業計画の職員説明会を開催し、合わせてビジョン等も周知している 事業計画書に、「生活のうらおい ころのめざめ」とのビジョン、「住み慣れた地域で自分らしく健やかに暮らす」等の基本方針、「区立施設としての公的な役割や質の高いサービスの提供、地域との連携」等の経営目標が掲載されている。毎年度始めに全職員を対象にした説明会を開催し、事業計画の説明に合わせて改めてビジョン等を周知している。法人全体として事業計画書を重視しており、説明会ではDVDも使用して詳しい説明に努めている。また、利用者・家族に対しては、入居の案内に基本方針、運営方針(ビジョン)を掲載し伝えている。 施設長は、施設内情報伝達システムや掲示板を使って運営方針等の周知徹底に努めている 施設長、各課、一般職員までの組織図及び階層別の職務分担表が作成され、指揮命令・報連相の系統及び施設内の役割の明確化が図られている。施設長は、施設の方向性についての考えや方針について、施設会議や朝礼等で職員に説明している。また、周知の方法は、会議の場だけでなく、パソコン又はスマートフォンを媒体とした施設内の情報伝達システムや紙媒体の掲示板を使用して、迅速かつ確実に周知に努めている。なお、施設長は、特に運営方針を伝えるときやサービス向上をテーマとする研修会の場等でリーダーシップを発揮している。 重要案件等の決定手順は、ISO9001に基づく業務フローで明確に定められている 重要案件等の決定手順は、ISO9001に基づき作成された業務フローで明確に定められている。各課、委員会等から提案された案件は、主事以上の職員8人で構成され、毎月開催される施設会議で検討、決定されることとなっている。決定事項は、施設会議のメンバーを通じて各課の会議で伝達されている。また、議事録が情報伝達システムや掲示板により、全職員向けに発信されている。なお、通所部門内での決定すべき事案は、常勤会議で検討し全体会議で決定する手順が定着している。利用者・家族には、広報誌や通知で決定事項を伝えている。	

2 カテゴリー2		
事業所を取り巻く環境の把握・活用及び計画の策定と実行		
サブカテゴリー1(2-1)		
事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 6/6
評価項目1 事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している		評点(000000)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向について情報を収集し、ニーズを把握している	○非該当
●あり ○なし	2. 事業所運営に対する職員の意向を把握・検討している	○非該当
●あり ○なし	3. 地域の福祉の現状について情報を収集し、ニーズを把握している	○非該当
●あり ○なし	4. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)について情報を収集し、課題やニーズを把握している	○非該当
●あり ○なし	5. 事業所の経営状況を把握・検討している	○非該当
●あり ○なし	6. 把握したニーズ等や検討内容を踏まえ、事業所として対応すべき課題を抽出している	○非該当
サブカテゴリー2(2-2)		
実践的な計画策定に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 5/5
評価項目1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画及び単年度計画を策定している		評点(000)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 課題をふまえ、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画を策定している	○非該当
●あり ○なし	2. 中・長期計画をふまえた単年度計画を策定している	○非該当
●あり ○なし	3. 策定している計画に合わせた予算編成を行っている	○非該当
評価項目2 着実な計画の実行に取り組んでいる		評点(00)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた、計画の推進方法(体制、職員の役割や活動内容など)、目指す目標、達成度合いを測る指標を明示している	○非該当
●あり ○なし	2. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる	○非該当
カテゴリー2の講評		
<p>多くの手段で利用者・家族や地域住民の意向を把握し、事業運営に活かしている</p> <p>利用者・家族の意向を把握する手段として、毎年度行う利用者アンケート、家族アンケート、担当者会議、家族懇談会、及び毎年受審する第三者評価の利用者調査等がある。家族アンケートは職員の対応、面会方法、気になる点等の設問内容となっている。担当者会議は、利用者・家族ごとに年2回行い、生活全般について聴取している。通所部門において利用者・家族の意向に基づき改善した最近の事例として、入浴の回数増等がある。また、地域住民から聴取した意向に基づき、最近地域の祭りの手伝いや盆踊りを施設の敷地で共同で実施した事例がある。</p> <p>事業計画に併せて、目標達成度、担当者等が明記された目標管理が施行されている</p> <p>令和4年度から12年度までの法人特養事業本部の中期計画が策定され、11の戦略、17の重点施策が掲げられている。施設は、本中期計画及び前年度事業計画の振り返り結果に基づき当年度事業計画を策定している。中期計画に合わせた11の戦略ごとに、17の重点施策が掲げられている。また、事業計画に併せて、事業計画のOKR(目標管理)が施行されているのが大きな特徴である。16までの優先順位が施された重点戦略が掲げられ、目標達成度、担当者、ウエイト及び達成時期が明記されている。高度に実効的な事業計画推進の仕組みとなっている。</p> <p>施設の事業計画に基づき、数値目標等具体的な内容のアクションプランが策定されている</p> <p>事業計画は、各課が素案を作成し、施設会議で検討し決定されている。決定後に職員説明会でDVDを使って周知されている。毎月の進捗管理及び年度末評価を行い施設内で共有している。施設の事業計画に基づき、各課の重点施策が策定されている。通所部門においては、9つのアクションプラン(重点施策)が策定されている。課長が作成し全体会議で周知されている。アクションプランは、中期目標、年度目標、行動計画等で構成され、可能な限り数値目標が設定されている。なお、当部門では、部門内での年度途中の進捗管理に課題があると認識している。</p>		

3 カテゴリー3		
3 経営における社会的責任		
サブカテゴリ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		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 2/2
評価項目1 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知し、遵守されるよう取り組んでいる		評点(〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 全職員に対して、社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などを周知し、理解が深まるように取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などが遵守されるよう取り組み、定期的に確認している。	○非該当
サブカテゴリ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

各種の取り組みにより、利用者の権利擁護、虐待防止の徹底に努めている

利用者の権利擁護、虐待防止に係る取組みとして、「高齢者ケアにおけるサービスマニュアル」の作成・配布、法人及び施設内職員研修、不適切ケアアンケートの実施等がある。当マニュアルは、今年度作成したコンパクトな冊子であり、高齢者の基礎知識、不適切ケア、虐待防止等多彩な内容で、全職員に配布されている。法人研修を年2回、施設内研修を年3回実施し、身体拘束や不適切ケアの防止について周知している。また、不適切ケアアンケートは、直接支援職員を対象に、12～13項目の設問について行い、結果を集約し施設内で共有している。

職員が苦情・要望を受けたときは、上長を通じて施設長に報告することを徹底している

「苦情解決規程」が制定され苦情解決体制等が規定されている。苦情対応について利用契約時に「ご案内」により説明している。「ご案内」には意見・相談窓口として施設の窓口と区の担当部署が記載されている。第三者委員については記載されていない。入居後は担当者会議の際に説明しているとのことである。昨年度苦情申出が4件あり、いずれも話し合いの末解決し、苦情処理簿に記録されている。苦情は法人本部及び区に報告している。今年度は現在まで0件である。職員が苦情・要望を受けたときは、上長を通じて施設長に報告することを徹底している。

例年施設行事への招待や地域行事への参加等、地域交流活動を実施している

施設の情報は、法人のホームページ、特養事業本部の広報誌で公表している。法人は、家族、利用予定者、求職者への情報提供等を目的にホームページの情報登載・更新を促進している。区事業所連絡会や施設長会等の地域関係施設のネットワークに参画している。例年納涼祭やハロウィンに地域住民を招待し、地域の公園祭りや秋祭りに参加し、区社協と連携した利用者向けWebイベントもを開催するなど地域交流活動を実施している。また、通所部門において、昨年度看護等10人の実習生、朗読等12人のボランティアを受け入れた。

カテゴリ4		
4	リスクマネジメント	
サブカテゴリ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4の講評		
<p>多彩かつ実践的な内容の、BCPに基づく訓練や毎月の防災訓練を実施している</p> <p>リスクマネジメント対策として、「高齢者ケアにおけるサービスマニュアル」に、事故対応、緊急時の対応、コロナウイルス対応、事故発生予防等が掲載され、全職員に配布されている。事業継続計画(BCP)に基づき、机上訓練、ライフライン途絶訓練、施設から自宅までのバーチャル帰宅訓練、定期的な備蓄確認等を実施している。また、毎月の防災訓練として、夜間想定(地震、火災)、停電想定、福祉避難所開設訓練、外国人職員による訓練等多彩かつ実戦的な内容の訓練を実施している。担当者による施設内設備の安全点検も毎週実施している。</p> <p>職員は積極的にヒヤリハットを報告しており、仕組みが定着している</p> <p>ヒヤリハット報告を施行し、発生すると、直接支援部門である介護課等の日誌に記載し、直近のミーティングで報告されている。緊急性が高いものは施設内情報伝達システムで周知されている。その上で記録支援システムのヒヤリハット欄に記載されている。昨年度介護課での発生件数は1,894件で、職員は積極的に報告しており仕組みが定着している。通所部門では昨年度98件で定着傾向がうかがえる。施設では職員に報告を促しているとのことである。リスクマネジメント委員会で、毎月レベル別、事象別に集計分析し、その結果を施設内で共有している。</p> <p>各種方策により、個人情報の保護等情報管理の徹底を図っている</p> <p>法人の文書・記録管理規程、個人情報保護規程に基づき、文書の管理、保存、廃棄、開示請求への対応等を行っている。利用者の個人情報はほとんどパソコンで入力保存されている。全てのパソコンにパスワードが設定され、部外者のアクセスを遮断している。紙ベースの機密情報は、事務室のキャビネットに施錠して保管されている。部門会議やミーティングでシステムのセキュリティについて説明している。個人情報保護について、職員には入職時の法人研修で周知し、誓約書を徴取している。実習生、ボランティアにはオリエンテーションで周知している。</p>		

5 職員と組織の能力向上			10/12
サブカテゴリ-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		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	10/12
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●●)
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-2(5-2)			
組織力の向上に取り組んでいる		サブカテゴリ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

ホームページ、民間求人サイト、ハローワーク等各種手段を活用し人材確保に努めている

職員の採用は、新卒の正規職員は法人本部が行い、非正規職員と中途採用の正規職員は施設が行っている。募集には採用ホームページ、求人サイト、ハローワーク、インターンシップ等各種手段を活用している。昨年度の介護職の計画人員充足率は108%、看護職は106%となっている。また、全職員から異動希望調書を徴取し、直近の異動希望者については法人本部の会議で検討し決定する仕組みとなっている。法人のキャリアパスが構築されており、9階層の等級の定義、等級の昇格・昇進の基準が定められている。職員には入職時や面談時に説明している。

質量とも豊富な施設内研修及び法人本部研修が行われている

施設の職員研修は、研修委員会が中心となって推進されている。施設内研修の企画・運営、受講状況の管理、研修報告書等による振り返り、次年度研修計画の策定を行っている。今年度の研修計画は、毎月の施設内研修として、感染症予防、記録、接遇、虐待防止、排泄ケア、ターミナルケア、法人本部研修として、ユマニチュード、リスクマネジメント等質量とも豊富な研修が計画化されている。新任職員は全職種についてプリセプター制度が施行されている。

事例研究発表会や委員会活動が職員のモチベーション向上等につながっている

正規職員を対象とした目標管理が行われている。仕事の質、速さ・量、向上心等10項目についてポイント化された評価指標等が記載された「目標管理シート」に基づき毎月評価が行われ、半期ごとに賞与に反映されている。それに合わせて年2回上長との面談が行われ、職務のほか、悩みや困りごとについても話し合われている。非正規職員に対しては年1回上長との面談が行われ、時給、キャリアアップ、実績、目標等について話し合われている。また、年1回の事例研究発表会や12の委員会活動が職員のモチベーションやチームワーク向上にもつながっている。

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	
<p>評価項目1</p> <p>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)</p>	
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)	
<p>通所部門は昨年度「①地域向け介護教室年2回開催 ②事業所マニュアル3件更新及び2件新規作成 ③ホームページのユニークプレビュー数毎月1500以上 ④毎月ホームページ更新数20以上及び通信の発行 ⑤病院や訪問看護・医師を招いて介護教室開催年1回」との目標を掲げた。</p> <p>目標を達成するためそれぞれ取り組みを実施し、①コロナ禍で未実施 ②マニュアル2件更新 ③月平均1800台 ④毎月20～22件更新及び通信毎月発行 ⑤コロナ禍で未実施との結果となった。</p> <p>これらの取り組みを検証し、①目標未達成 ②マニュアルの更新はできたが新規マニュアル作成は未達成 ③月によるばらつきがあった ④目標達成 ⑤未達成だが職員との関係の構築はできたとそれぞれ総括した。</p> <p>検証結果に基づき、①オンラインで等での検討をしていく ②次年度は3件以上作成していく ③④今後は内容を深化させて発信していく ⑤引き続き情報交換を実施することとしている。</p>	
目標の設定と取り組み	<input checked="" type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった
取り組みの検証	<input checked="" type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った <input type="radio"/> 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) <input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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	
<p>①地域支援事業の実施 ②必要な業務マニュアル等を再構築 ③事業所運営の透明性確保 ④ホームページ活用による施設アピール ⑤医療機関連携の各課題を解決するため、当部門は昨年度上記のとおり①から⑤までの目標を掲げた(PDCAサイクルのP)。目標を達成するため、それぞれの目標に対し、上記のとおり①から⑤までの取り組みを実施した(同D)。これらの取り組みを検証し、上記のとおり3目標は達成、1目標は半分達成 2目標は未達成と評価した(同C)。検証結果に基づき、上記のとおり、それぞれの今年度以降の取り組みの方向性を明らかにしている(同A)。以上のとおりPDCAサイクルを確立させた取り組みとなっている。取り組みの検証を確実にし、今後の方向性を具体的に明らかにしており、引き続きPDCAサイクルを機能させた取り組みとなっていくものと思われる。</p>	
<p>評価項目2</p> <p>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)</p>	
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)	

当部門は、昨年度「在宅生活継続のために生活に密着した公益型混合介護を実践していく」との目標を掲げた。目標を達成するため、施設外のケアマネージャーに対しアンケートを実施した。ニーズが高かったのは、入浴、夕食、延長サービス、送迎時の自宅内軽介助、買い物、通院時送迎、地域との交流であった。アンケート結果について検証し、できることから開始していくこととした。特に送迎の送り出しが大変になってきた方や認知独居の方の送迎時には、自宅内まで入ったの手伝いをまず実施した。検証結果に基づき、今後も公益型混合介護の取組みを実施していくこととし、今年度夕食、買い物、通院介助を実施している。また、拒否の強い方や認知症で準備ができない独居の方の自宅内介助をすることで利用者のサービス継続につなげることができ、家族やケアマネージャーに歓迎されている。

<p>目標の設定と取組み</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取組みを行った <input type="radio"/> 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取組みが行われていなかった <input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった
<p>取組みの検証</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> 目標達成に向けた取組みについて、検証を行った <input type="radio"/> 目標達成に向けた取組みについて、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) <input type="radio"/> 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
<p>検証結果の反映</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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

通所サービスの利用者が在宅生活を継続するためには、小さな困りごとがあることが把握できたため、当部門は、昨年度「在宅生活継続のために生活に密着した公益型混合介護を実践していく」との目標を掲げた(PDCAサイクルのP)。目標を達成するため、施設外のケアマネージャーに対しアンケートを実施し、ニーズを把握した(同D)。アンケート結果について検証し、ニーズのうちできることから開始していくこととし、まず認知独居の方等の送迎時に自宅内まで入ったの手伝いを実施した(同C)。検証結果に基づき、今後も公益型混合介護の取組みを実施していくこととし、今年度から具体的な各種介助を実施している(同A)。以上のとおりPDCAサイクルを確立させた取組みとなっている。本取組みは、外部のケアマネージャーと緊密に連携したり、把握したニーズを直ぐに実施に移すなど、非常に積極的な取組みであり高く評価できる。今後もPDCAサイクルを機能させることにより着実な発展していくと思われる。

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		
<p>事業所の情報を積極的に発信し、利用者と家族のコミュニケーションも活性化されている</p> <p>事業所の情報は、ホームページ、パンフレット、チラシ、事業所新聞、広報誌、SNS等で発信している。チラシは利用者世代が見やすいよう、文字の大きさ、色などに配慮し、内容も簡潔にしている。パンフレットには、ホームページのQRコードを載せ、ブログにアクセスしやすくしている。ブログは毎日活動の様子を発信しているため、家族やケアマネジャー等の関係者も利用者の状況が把握しやすくなっている。「家とは違う利用者の新たな一面を発見できた」などの声が聞かれ、ブログを介した利用者や家族間のコミュニケーションも活性化されている。</p> <p>事業所新聞「プラチナロード便り」は、職員が毎月交代で作成している</p> <p>「プラチナロード便り」という事業所新聞を、毎月職員が交代で作成している。この新聞には、その月に行われたイベント活動の様子や、一押しランチなどの写真がメッセージ付きで掲載されている。また、翌月行われるフラワーアレンジメントや理美容などの予定日程も知らされている。「編集後記」では、新聞作成を任せた職員の感想や裏話、メッセージも掲載されている。利用者の担当ケアマネジャー等には、利用実績の報告とともに毎月配布されており、利用状況もより伝わりやすいものとなっている。</p> <p>見学や体験は利用希望に合わせて日程調整し、スムーズに対応している</p> <p>利用希望の問合せや見学・体験についての対応は「新規問い合わせ表」に記載している。見学日程が決まるまでの進捗状況を可視化し、受付けた職員がスムーズに対応できるようにしている。見学や体験は、利用したい曜日などの希望を聞きとり、調整している。見学時の昼食は料金をもらっているが、送迎は無償にて行っている。また今年度は、「ケアマネ参観日」という新しい取り組みとして、ケアマネジャー向けの見学会を設けた。今後にも気軽に足を運んでもらい、デイサービスの活動を見て貰える機会を定期的につ作っていく予定としている。</p>		

サブカテゴリ-2		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	7/7
2	サービスの開始・終了時の対応		
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			
<p>利用者が安心して説明を受けられるよう、家族やケアマネジャーに同席を求めている</p> <p>サービス利用が決定した後、利用者の自宅に訪問し契約を結んでいる。その際、重要事項説明書、契約書、利用料金表などの書類をもとに、基本的ルールについて説明している。利用者や家族が気になることとして、食事料金やキャンセル料金など自己負担金に関する質問が多いため、より丁寧な説明を行っている。利用者が安心して説明を受けられるよう、予め家族やケアマネジャーに契約時の同席を求めている。同意が得られれば、署名を受け取っている。その際に、利用者、家族の意向などアセスメントし、サービスにつなげている。</p> <p>定められた様式に必要な支援情報が記録されている</p> <p>担当ケアマネジャーから提出される「新規申込み書」や、事前連絡での聞き取り、契約時の訪問で、サービスへの意向などを確認している。支援に必要な個別情報は「フェイスシート」に記録し、アセスメントへとつなげている。アセスメントをもとに作成した通所介護計画の情報は、バイタル表や排せつ表などにも転記され、場面ごとに利用者の必要な支援方法などを確認している。また、利用者の食事形態や嗜好、アレルギー、趣味などの情報についても記載し、それらを踏まえたサービスにつなげている。</p> <p>利用者が安心感を持って通所できるように配慮している</p> <p>サービスの初日は、利用者が安心してサービス利用ができるよう、一日の流れなどを添乗時に説明している。他の利用者ともスムーズに交流が行えるよう、利用者の意思を確認の上で、他の利用者に紹介している。また、趣味や気の合いそうな利用者のそばに座席を配置する等の配慮もしている。特に契約から短期間のうちにサービス利用に至った利用者には、小まめに声をかけ、緊張感を和らげている。初日のサービス終了後は、家族には送迎時や連絡帳にて、ケアマネジャーには初回利用報告書をファックスや電話連絡にて伝え、利用者の様子を情報共有している。</p>			

サブカテゴリ-3		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	11/11
3	個別状況に応じた計画策定・記録		
評価項目1 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している	○非該当	
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	○非該当	
●あり ○なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている	○非該当	
評価項目2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の介護計画を作成している		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	○非該当	
●あり ○なし	2. 計画を利用者にわかりやすく説明し、同意を得ている	○非該当	
●あり ○なし	3. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直ししている	○非該当	
●あり ○なし	4. 計画を緊急に変更する場合のし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きみがある	○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			
フェイスシートや利用申込書の内容を踏まえ、通所介護計画を作成している			
「フェイスシート」には、利用者・家族の意向、日常生活動作の評価、支援方法の詳細、アレルギーの有無、食事形態や趣味などが記載されている。利用者の既往歴や生活歴の情報も、事前聞き取りや担当ケアマネジャーから提出される「利用申込書」をもとに把握がされている。これらの情報を踏まえアセスメントを行い、通所介護計画が作成されている。計画では、長期・短期目標、サービス提供内容、送迎・食事・入浴・排泄・移動の支援等、必要な項目を明記している。			
通所介護計画の見直し時期を「介護計画更新表」で可視化し、見落としなく行えている			
計画見直しは、「介護計画更新表」によって管理されている。表には、計画変更が予定される利用者名、作成理由、作成日などが月別に一覧化されている。計画の定期的見直しや、利用者の状態、サービス内容に変化が生じた際は、予め日程を書き入れて、変更を見落さないよう仕組み化されている。そのため、状態変化などで緊急に計画変更が必要になった際も、計画変更がもれなく行われている。変更の際には、職員が利用者の生活日常動作をもとに話し合い、計画が見直されている。			
利用者の状況変化や連絡事項は、記録やミーティングで共有されている			
ケース記録に、サービスの開始時刻、バイタル、利用者の様子、家族などの連絡事項が記録されている。特に重要な申し送り事項は、特記として入力され、赤字で表示されている。日直担当が、業務終了後に、特記項目のみがピックアップされた一覧表を出力し、「特記メモ用紙ファイル」に綴じている。翌日出動した職員は、ファイルに目を通してから、業務に入る事を習慣化している。また、「業務日誌(紙媒体)」の中でも、利用者情報が申し送りされ引継ぎがされている。さらには、全職員参加の「昼ミーティング」も行い、情報共有の場として機能している。			

サブカテゴリ-5		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	5/5
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重		
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			
<p>個人情報の取り扱いについて説明し、同意を得ている</p> <p>契約時に、個人情報の取り扱いについて、「重要事項説明書」や「個人情報使用の同意書」などの書面に沿って、説明を行い、同意を得ている。また、事業所では、イベントや活動時の写真をもとに、事業所内新聞やホームページを始めとしたインターネットを使っての情報発信を行っている。そのため、写真掲載についても、説明して同意を得ている。また、毎月の請求書について、誤送付や誤配布が生じないよう、手順を三段階に分けて、それぞれの段階で別の職員が確認している。連絡帳においても、返却の際に間違えが生じないよう確認している。</p> <p>楽しい時間を過ごしてもらえるよう、利用者の意向を尊重している</p> <p>事業所では、利用者一人ひとりの意思を尊重したサービス提供を徹底している。食事については、利用者の嗜好に沿ったものを家族と相談した上で提供し、楽しい時間を過ごしてもらっている。また、ゆっくり食したい利用者へは、配膳の順番を工夫するなどして、自分のペースで食べてもらっている。入浴については、入浴に対する抵抗感がある利用者には、声かけの工夫やタイミング、職員を替えてのアプローチなど、本人の状況や気持ちを尊重した対応をしている。また、身体の傷や手術痕などを他人に見られたくない場合には、個別に対応している。</p>			

サブカテゴリ-6		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	5/5
6	事業所業務の標準化		
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			
<p>法人や事業所が作成した各種マニュアルを、いつでも職員が閲覧できるようにしている</p> <p>法人が作成する通所事業マニュアルや、事業所独自に作成した手順書を整備し、いつでも職員が閲覧できるようにしている。入浴介助マニュアル、フロア業務マニュアル、新型コロナウイルス感染疑いの対応フロー、防災・災害対策マニュアル等があり、ファイルにまとめられている。マニュアルでは、業務手順を示すだけでなく、必要に応じて写真や図を掲載しており、派遣職員を含む全ての職員にとって分かりやすい内容としている。マニュアルは年1回見直しているが、必要に応じて適宜修正している。改訂履歴も記載し、修正点が確認できるようになっている。</p> <p>法人における活動を通じて事業所横断的にサービス改善に取り組むことができている</p> <p>法人通所事業部において、人材育成やリスクマネジメント等の委員会を設置しており、事業所からも職員が参加している。委員会の活動を通じて、事業所における支援や業務の水準について検討することができおり、さらなる向上につなげている。職種別や職層別の連絡会もあり、事業所横断的に情報交換やサービス改善に向けた検討が行われている。事業所で挙げたヒヤリハットも随時検討し、業務手順の見直しに活かし、安全向上につなげている。法人の他事業所の事例についても確認し、事業所のサービス提供のあり方を振り返りきつかけとしている。</p> <p>事業計画において行動計画を立てており、職員や利用者の意見も参考にしている</p> <p>事業所では毎年度、詳細な事業計画を作成している。計画には、昨年度の振り返り、事業所運営の状況、事業所を取り巻く環境、今後のビジョン、委員会による活動等の項目が記載されている。利用者満足の上昇、多職種連携、職員の専門性向上などのテーマに沿って、具体的な行動計画も立てている。計画作成に当たって、事業所内の会議で職員と意見交換し、その結果を反映している。利用者にもアンケートを取っており、ニーズを把握することに役立っている。これらの結果を踏まえ、事業所におけるサービスの充実や、業務の改善を図っている。</p>			

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

		サブカテゴリー4	
サービスの実施項目		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	
		23 / 23	
1 評価項目1 通所介護計画に基づいて自立生活が営めるよう支援している			
		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 通所介護計画に基づいて支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	2. 利用者が望む生活像に基づき、日常生活において利用者自身が選択、判断できるよう支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の支援は、さまざまな機関や職種が連携をとって、支援を行っている		○非該当
評価項目1の講評			
<p>毎月のカンファレンスで計画に基づく支援内容を確認し、職員全体で共有している</p> <p>通所介護計画に基づく支援について、職員全体で共有を図るため、毎月カンファレンスを実施している。昼ミーティングの時間を利用して、ケアプランに変更が利用者や、支援上の課題のある利用者などをピックアップし、検討している。非常勤職員を含め、活発な意見交換を実施しており、適切なサービスにつなげている。必要に応じて随時開催しており、検討結果をケアマネジャーに伝える場合もある。また、前回利用時の記録を打ち出し、出勤時に職員が確認することで、継続性のある支援を提供できるようにしている。連絡帳で、その日の状況も確認している。</p> <p>利用者が希望するプログラムを選ぶことができ、プログラム内容の充実も図っている</p> <p>事業所で、利用者が希望する過ごし方ができるよう、やりたいプログラムを選択してもらっている。月間のプログラム表を作成し、事前に一人ひとりの利用者に配布するとともに、事業所内にも掲示している。ケアマネジャーにも配布している。同表には、ふぉーゆー体操、手芸、脳トレ、レクリエーション、筆ペン習字等が記載されている。新型コロナウイルス感染症が5類に移行したこともあり、紅葉外出やお散歩外出などの活動内容も充実してきている。ボランティアの協力を得て、フラワーアレンジメントや生体セラピー(気功)も、新たに取り入れている。</p> <p>利用者が在宅生活を継続できるよう、新たな支援に取り組んでいる</p> <p>家族やケアマネジャーに加え、訪問看護・介護、主治医、地域包括支援センターなど、利用者の関係機関と連携を取り合い、必要な支援を提供できるようにしている。さらに、在宅生活を継続することができるよう、事業所独自に新たな支援に取り組んでいる。「公益型混合介護」と称し、送迎時に合わせて自宅を訪問して薬を預かったり、洗濯物を預かって事業所で洗って返したり、ゴミ出しを手伝うなど、事業所の職員が無償で実施している。一人暮らしの利用者もいることから、在宅生活の継続につながるサービスを提供している。</p>			
2 評価項目2 利用者一人ひとりの状況に応じて生活上に必要な支援を行っている			
		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1.【食事の提供を行っている事業所のみ】 利用者の状況に応じて、食事時間が楽しくなるよう工夫している		○非該当
●あり ○なし	2.【入浴介助体制のある事業所のみ】 利用者の状況に応じて、入浴方法を検討し介助を行っている		○非該当
●あり ○なし	3. 排泄介助が必要な利用者に対して、一人ひとりに応じた誘導や排泄介助を行っている		○非該当
●あり ○なし	4. 利用者の心身の状況や家族の状況に応じて、安全に配慮した送迎方法を検討し対応している		○非該当
評価項目2の講評			
<p>食事形態や量、嗜好を把握して対応しており、イベント食も月に数回実施している</p> <p>毎月の献立表を配布し、利用者や家族に事前に食事内容を伝えている。食事形態や量などについて、利用者の状況や希望を反映できるようにしている。食事表には、その日の利用者全員の食事形態や禁食のもの等が記載されており、毎日確認している。食事の嗜好についても契約時に確認している。食事摂取の状況は連絡帳に記載し、家族に伝えている。月に数回、イベント食も実施しており、普段と異なる楽しさを提供している。寿司や肉料理が人気で、出前をとることもある。食事の席にも配慮し、楽しく食べることができるようにしている。</p> <p>入浴を楽しんでもらいながら、自分でできることをしてもらおうよう見守っている</p> <p>入浴のニーズは高く、一般浴、リフト浴、寝台浴を準備し、利用者の状態に合わせて、安心・安全に入浴できるように支援している。一般浴の利用が多いが、その日の状況により(足の痛みがある、血圧が安定しない等)、短浴、リフト浴、シャワーのみで対応することもある。「白金温泉の日」として、ゆず湯など、普段とは違った雰囲気での入浴を楽しめるようにしており、その日は臨時利用も受け付けている。入浴や排せつ支援では、利用者の安全や自尊心を大切にしているが、自らできることはやってもらい、その人のペースを大切にしながら見守っている。</p> <p>利用者の自尊心を大切にしながら、声掛けやタイミングを工夫して支援している</p> <p>入浴や排せつの拒否があるケースにおいて、職員一人ひとりが適切な対応を取れるように努めている。利用者の自尊心に配慮しながら、声かけの内容を考慮したり、時間をおいて誘ったり、職員が交代で対応する等、様々な工夫をしている。利用者のタイミングも重視している。必要な対応については、昼ミーティングで職員間で共有し、統一した対応が取れるようにしている。送迎方法等については契約時に確認しており、例えば、不穏になってしまう利用者の横に職員が座ったり、車酔いをする利用者は窓際に座ってもらう等の対応を図っている。</p>			

3	<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇)</p>
評価	標準項目
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/>非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/>非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/>非該当
評価項目3の講評	
<p>看護師による日々の健康観察や、毎月の体重測定などで利用者の状態を把握している</p> <p>看護師が利用者全員に対し、検温、血圧測定をして、健康状態を確認している。毎月体重測定をしており、±2キログラムの変化が見られる際にはケアマネジャーや家族に連絡している。利用者は毎年、医療機関で健診も受けている。在宅における健康管理については、それぞれの利用者の主治医や訪問看護が担っており、ケアマネジャーが連携を図っている。事業所に通所中に利用者の急変などがあった場合には、ケアマネジャーに連絡し、適切な対応ができるようにしている。ケアマネジャーと連絡がつかない場合は、事業所から主治医に連絡することもある。</p> <p>緊急時対応の手順を定めており、利用者への服薬支援を間違いのないように行っている</p> <p>利用者の体調が急変した場合の対応手順を定めているほか、緊急連絡先を確認しており、いざという時に適切に対応できるようにしている。また、利用者の服用している薬の一覧表を作成し、服薬状況を把握している。服薬内容に変化があれば、随時情報を更新している。職員の誰もが見るようにファイリングして管理している。事業所で薬を預かる利用者はあまり多くはないが、パウチに入れて間違いのないように保管している。インスリンを使用している利用者もいる。看護師が服薬支援を行い、飲み忘れのないように注意している。</p> <p>マスク着用や消毒など、新型コロナウイルス感染症やインフルエンザ予防を徹底している</p> <p>新型コロナウイルス感染症やインフルエンザの予防を徹底している。マスク着用(食事時以外)、乗車の際のアルコール消毒、来所時の手洗い・うがいのほか、シールドをテーブルに設置している。連絡帳には、自宅での体温と体調不良のチェックリストがあり、記入の上で来所してもらっている。体調不良の人は家族から連絡がある。一人暮らしの利用者で、お迎え時に熱があった場合にも対応できるよう、車に体温計を置いてある。何かあればケアマネジャーに連絡している。来所後に熱が上がった場合は隔離して過ごしてもらい、早めに帰ってもらうこともある。</p>	
4	<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇)</p>
評価	標準項目
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/>非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/>非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/>非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/>非該当
評価項目4の講評	
<p>利用者の身体機能の維持のため、集団での体操を実施している</p> <p>個別機能訓練を希望する利用者に対しては、機能訓練指導員が計画を作成し、必要な訓練を実施している(現在、個別機能訓練を実施している利用者はいない)。身体機能の維持のため、集団プログラムを実施している。午前中は、法人の理学療法士が考案した「ほおーゆー体操」を、動画を視聴しながら行っている。食事前の口腔体操もしている。食後は、座って行うことができる体操を取り入れている。廊下で歩行訓練をしている利用者も3、4名いる。杖を使用している利用者の場合は、職員が付き添って訓練をしており、歩ける利用者には、見守りを行っている。</p> <p>手工芸、脳トレ、ペン習字などを取り入れ、利用者的好评を得ている</p> <p>隣接する公園に行き、歩行訓練をする利用者もいる。屋外で実施する際には計画を立て、時間を決めてやっている。外出の希望にも対応している。手工芸、脳トレ、ペン習字を取り入れ、手先を動かしたり、頭を使って認知症予防にも取り組んでいる。点つなぎを好む利用者が多く、自宅からお気に入りの塗り絵を持って来る利用者もいる。ペン習字は達筆の人が多く、利用者は皆、集中して取り組んでいる。仕上がった作品は、自宅に持ち帰ってもらっている。また、車椅子のタイヤやブレーキのチェックを欠かさず、安全に使用できるようにしている。</p>	

5 評価項目5 利用者の主体性を尊重し、快適に過ごせるような取り組みを行っている		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者が他の利用者と快適な関係をもちながら生活することができるよう支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の状況に応じて、多様な活動ができるよう支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者が落ち着いて生活できるような支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	4. 事業所内は、利用者の安全性や快適性に配慮したものとなっている	○非該当

評価項目5の講評

利用者同士が話しやすい雰囲気づくりに努めており、個別に丁寧な対応もしている

利用者の座席は固定しているわけではなく、その日の状況で決めており、利用者同士が話しやすい雰囲気をつくるようにしている。利用者同士の相性にも配慮している。男性の利用者が来た時には、男性同士がいか、女性と一緒にいかを確認して対応している。他の利用者との交流を好まない利用者には、個別に対応しているが、基本的には和気あいあいと過ごしている。帰宅願望が強い利用者もいるが、職員が丁寧にに関わり、利用者の様子を良く観察している。転倒や離設がないように対応しており、安全に過ごすことができるようにしている。

ボランティアとの交流が再開しており、事業所では多様な活動ができるようになっている

コロナ禍以前はボランティアとの交流が盛んであったが、一時中止としていた。そのかわりにオンラインでの交流プログラムを取り入れている。新型コロナウイルス感染症が5類に変更にあったことから、ボランティアの来所が再開しており、傾聴ボランティア、美容室(ハンドマッサージ、ネイル)などが定期的に行われている。美容室は月2回あり、6、7名の利用者が利用している。事業所のスペースは広く、自然光が入る活動・食事スペースや、静養室、廊下など、利用者が落ち着いて過ごすとともに、多様な活動ができるようになっている。

6 評価項目6 事業所と家族との交流・連携を図っている		評点(〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者のサービス提供時の様子や家庭での普段の様子を家族と情報交換し、共有している	○非該当
●あり ○なし	2. 家族の状況に配慮し、相談対応やアドバイスをを行っている	○非該当

評価項目6の講評

家族と利用者の状況を共有し、事業所における支援に活かしている

家族と同居している利用者は半分程度となっている。一方、家族と連絡取れない利用者も少なからずいる状況となっている。事業所では、家族と利用者の状況を共有し、日々の支援に活かしている。家族には予定表などのほか、求められれば個人ケースも渡している。連絡帳で活動内容を確認してもらっており、ケアマネジャーにも報告している。体調面で家族から連絡があれば、事業所で注意して利用者の状態を観察している。一人暮らしの利用者にも連絡帳を作成している。訪問介護のヘルパーなどの情報共有にも活用している。

家族からの相談に丁寧に応じており、必要なアドバイスをすることもある

家族からの相談があれば、相談員を中心に丁寧に対応している。家族から、「トロミを使いたいと思うが、どこで買えるか」という相談や、事業所での食事摂取の状況についての問い合わせがあり、適切に対応している。また、利用者の状況に応じて、家族に、「自宅での食事でもとろみを使った方がよい」や「杖を使った方がよい」などのアドバイスをすることもある。自宅内に手すりがあるか等の確認をすることもある。事業所における利用者の様子は、連絡帳、電話、「プラチナロード便り」にて、家族に伝えている。

7 評価項目7 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている		評点(〇〇〇)
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		
<p>ケアマネジャーや地域包括支援センターなどの関係機関と連携し、利用者を支えている</p> <p>事業所の入り口に、区や地域包括支援センターからの情報を閲覧できる場を設けている。地域包括支援センターが同一建物内にあることから、連携が図りやすくなっている。利用者がチッキ生活において困ることがあれば、丁寧に対応しており、ケースによってはケアマネジャーや地域包括支援センター、訪問介護事業所などの連携の下で必要な支援を提供することができている。事業所独自にも、「公益型訪問介護」の仕組みを取り入れ、利用者が地域で生活を継続できるようにしている。</p> <p>近隣の保育園の子ども達と交流したり、ボランティアの受け入れが再開している</p> <p>地域交流として、近隣の保育園とハロウインの交流を図っている。園から子ども達がお菓子をもらいに来所し、利用者が渡している。子どもとの交流は、利用者にとってかけがえのないものとなっている。また、公園でイベントがある時(土曜日)は、利用者と職員が一緒にでかけている。地域のお店から出前を取って楽しむこともある。コロナ禍をきっかけに、対面の交流だけでなく、オンライン上の交流も取り入れ、他の施設の利用者と一緒に歌うなど、楽しみが増えている。ボランティア受け入れ再開しており、利用者の生活が一層充実している。</p>		

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	3-2-2	虐待に対し組織的な防止対策と対応をしている
タイトル①	毎年度、権利擁護に係る各種取り組みを実施し、虐待や不適切ケア防止の徹底に努めている	
内容①	毎年度、利用者の権利擁護に係る各種取り組みを実施している。接遇を含む虐待防止・身体拘束をテーマとした施設内研修や虐待防止・不適切ケアをテーマとした法人研修を実施し、虐待や不適切ケア防止の徹底を図っている。また、直接支援職員を対象に、不適切ケアアンケートを実施し、結果を共有している。施設では、アンケートは自己の行為を見つめ直す機会となるとともに、組織として当該行為を許さないことの周知の機会ともなり、その成果は大きいとしている。更に、今年度「高齢者ケアにおけるサービスマニュアル」を作成し、全職員に配布している。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	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②	利用者情報は各種媒体に記録され、「昼ミーティング」でも共有が図れている	
内容②	ケース記録には、利用者のあらゆる情報が、医療職、介護職、それぞれの視点で記録されている。特に重要な事項は特記として入力され、特記項目をピックアップした一覧表を、日直担当が出力し、「特記メモ用紙ファイル」に綴じている。翌日出勤した職員は、ファイルに目を通してから、業務に入る事が習慣化されている。また、「業務日誌（紙媒体）」の中でも、利用者情報が申し送られ引継ぎがされている。さらには、当日出勤の全職員が参加できる時間帯を選んで「昼ミーティング」を開催し、利用者情報の共有と意見交換の場として機能している。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-4-1	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
タイトル③	プログラム内容の充実を図り、利用者が希望する過ごし方ができるようにしている	
内容③	事業所では、利用者が希望する過ごし方ができるよう、各種のプログラムを充実させ、利用者を選択してもらっている。月間プログラム表を作成し、事前に利用者に配布するとともに、事業所内にも掲示している。同表には、ふぉーゆー体操、手芸、脳トレ、レクリエーション、筆ペン習字等が記載されている。新型コロナウイルス感染症が5類に移行したこともあり、紅葉外出やお散歩外出などの活動内容も充実してきている。ボランティアの協力を得て、フラワーアレンジメントや生体セラピー（氣功）も、新たに取り入れている。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	各課の重点施策は、必ず前年度の振り返りに基づいて策定されるなど、高度にPDCAサイクルが確立された仕組みにより推進されている
	内容	各課の事業計画である当年度重点施策を策定し、推進している。重点施策は、○△×の評価が記載された前年度の振り返りに基づき、策定する仕組みとなっている。その上で重点施策には、可能な限り当年度の数値目標が設定されている。例えば、ある課では、事故発生防止戦略として事故発生数の目標を掲げ、前年度の結果の評価に基づき、改めて当年度の事故発生数及びリスク研修実施数の目標を設定している。各課とも同様の仕組みで当年度重点施策が策定されている。課の重点施策は、高度にPDCAサイクルが確立された仕組みにより推進されている。
2	タイトル	ケアマネジャーの参観事業を開催し、気軽に施設を知ってもらう機会を設けている
	内容	初の取り組みとして「ケアマネ参観日」を開催した。この事業は気軽に足を運んでもらい、実際の活動プログラムや入浴施設、窓から眺められる自然等を知ってもらう意図で企画され、他区を含めた近隣の居宅介護支援事業所にチラシを配布し、計6名のケアマネジャーが参加している。「施設名は以前から知っていたが、実際に広さや雰囲気などが分かった」という感想や、通所介護施設が少ない他区のケアマネジャーからは「今後利用者に紹介したい」の声が聞かれている。今後も、ケアマネジャーの繁忙期などに配慮し、定期的に開催していく予定としている。
3	タイトル	「公益型混合介護」に取り組み、利用者の在宅生活を支えている
	内容	事業所では、家族やケアマネジャーに加え、訪問看護・介護、主治医、地域包括支援センターなど、利用者の関係機関と連携を取り合い、必要な支援を提供できるようにしている。さらに、在宅生活を継続することができるよう、事業所独自に新たな支援として「公益型混合介護」と称し、送迎時に合わせて自宅を訪問して薬を預かったり、洗濯物を預かり事業所で洗って返したり、ゴミ出しを手伝ったりなど、事業所の職員が無償で実施している。一人暮らしの利用者もいることから、在宅生活の継続につながるサービスを提供している。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	ケアマネジャーへの情報提供、活動内容の紹介、プログラム内容の充実への取り組みを継続し、利用者数を増やしていくことが望まれる
	内容	事業所では、多くの利用者に通所してもらうことを課題とし、日々提供するプログラムの内容を充実させて、利用者に満足してもらえるように努めている。さらには、ケアマネジャーを事業所に招いて、事業所の特徴やサービスを直接感じてもらい取り組みを実施している。今後も、ケアマネジャーへの情報提供、ブログ等での活動内容の紹介、プログラム内容の充実への取り組みを継続し、利用回数を増やしてもらったり、新規利用者を紹介してもらったりすることで多くの利用者につなげていくことが望まれる。
2	タイトル	より多くの家族に介護教室に参加してもらい、利用者が家庭でも安心して過ごすことができるようにしていくことが望まれる
	内容	通所部門では、利用者の家族向けの介護教室の開催にも取り組んでいる。しかし、コロナウイルス感染防止の影響もあり、参加者の数は少ない状況であった。今後も通所部門では、在宅介護に必要なことを、利用者家族とともに学んでいく場を提供することが必要であるとの認識している。利用者が家庭でも安心して過ごすことができるように、より多くの家族に介護教室に参加してもらうことが望まれる。
3	タイトル	研修の開催回数、時間、資料作成などにおける工夫を重ねて、職員一人ひとりの支援力向上につなげることを望まれる
	内容	事業所では、契約職員の比率が高く、勤務時間数にも違いがある状況となっている。利用者サービスの質を向上させていくために職員研修を充実させていく必要があるが、勤務時間の都合上、一堂に会しての研修実施が難しい状況にある。現在も、個別に必要な指導やアドバイスをする等の取り組みをしているが、今後は、限られた時間の中でも成果につながるような、研修の開催回数、時間、資料作成などにおける工夫を重ねていき、職員一人ひとりの支援力向上が望まれる。