

福祉サービス第三者評価結果報告書【令和6年度】

年 月 日

東京都福祉サービス評価推進機構
公益財団法人 東京都福祉保健財団理事長 殿

〒 202-0021

所在地 東京都西東京市東伏見3-5-36-101

評価機関名 有限会社 TCP

認証評価機関番号 機構 06 — 166
電話番号 042-452-8021
代表者氏名 鈴木 純平

印

以下のとおり評価を行いましたので報告します。

評価者氏名・担当分野・評価者養成講習修了者番号	評価者氏名		担当分野	修了者番号	
	①	小野瀬 清江	福祉	H0305059	
	②	小野崎 透	福祉	H1601088	
	③	小野瀬 由一	経営	H0305057	
	④				
	⑤				
	⑥				
福祉サービス種別	通所介護【デイサービス】				
評価対象事業所名称	港区立高齢者在宅サービスセンター港南の郷			指定番号	1370304592
事業所連絡先	〒	108-0075			
	所在地	東京都港区港南3-3-23			
	Tel	03-3450-5571			
事業所代表者氏名	小寺 政明				
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 17 日				
利用者調査結果報告日	2024 年 12 月 18 日				
自己評価の調査票配付日	2024 年 9 月 17 日				
自己評価結果報告日	2024 年 12 月 18 日				
訪問調査日	2024 年 12 月 20 日				
評価合議日	2025 年 2 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)	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) 施設創立以来の運営実績を生かし、経営の効率化を図る 2) 利用者本位のサービスをすすめる 3) 高齢者や家族が安心して生活できるよう支援する 4) 東京都済生会中央病院との緊密な連携のもとに利用者の健康維持を図る 5) 港区の高齢者福祉を支える総合施設として、それぞれの事業の連携を一層強化し、高齢者が住み慣れた地域で自立した生活を送れるよう全力を尽くす
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 ・日ごろの研鑽の成果を仕事に活かし、「やりがい」を持って高齢者福祉に臨める人材 ・丁寧な接遇、コミュニケーション能力が高い人材 ・利用者個人の尊厳を大切にし、利用者の立場にたつてものごとを考えられる人材 ・多職種と協働できる協調性のある人材 ・心身ともに健康な人材
	（2）職員に期待すること（職員に持って欲しい使命感） ・プロ意識を持つ ・学びを継続し、常にスキルの向上を目指す ・誠実さを持ち、人間が好きであること

調査対象

調査票配布時で当事業所に利用登録者している48名を対象とし、18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

48

共通評価項目による調査対象者数

アンケート	聞き取り	計
48	0	48
18	0	18
37.5	0.0	37.5

共通評価項目による調査の有効回答者数

利用者総数に対する回答者割合(%)

利用者調査全体のコメント

「現在利用しているデイサービスを総合的にみて、どのように感じていらっしゃいますか」との質問に対して、「大変満足」38.9%、「満足」33.3%、を全て足すと72.2%の回答率となっており、利用者の満足度が高い状況が伺われる。個別の項目についても「はい」と回答している結果が多く、満足している状況が伺える。

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	14	2	1	1
この項目では、14人が「はい」と答え、全体の77.8%を占め、「どちらともいえない」が11.1%、「いいえ」が5.6%という結果であった。また、自由記入の結果では、対応する人数が少ないのは承知していますなどの声が聞かれた。				
2. 日常生活で必要な介助を受けているか	14	1	0	3
この項目では、14人が「はい」と答え、全体の77.8%を占め、「どちらともいえない」が5.6%、「いいえ」が0.0%という結果であった。また、自由記入の結果では、記述が少なく、特に傾向はみられなかった。				

3. 利用中に興味・関心が持てる行事や活動があるか	8	9	0	1
この項目では、8人が「はい」と答え、全体の44.4%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、今も興味ありますが、さらにレクリエーションを増やしてほしいなどの声が聞かれた。				
4. 個別の計画に基づいた事業所での活動・機能訓練(体操や運動など)は、在宅生活の継続に役立つか	13	5	0	0
この項目では、13人が「はい」と答え、全体の72.2%を占め、「どちらともいえない」が27.8%、「いいえ」が0.0%という結果であった。また、自由記入の結果では、記述がなく、傾向はみられなかった。				
5. 職員から適切な情報提供・アドバイスを受けているか	14	2	2	0
この項目では、14人が「はい」と答え、全体の77.8%を占め、「どちらともいえない」が11.1%、「いいえ」が11.1%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、特に傾向はみられませんでした。				
6. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	14	2	0	2
この項目では、14人が「はい」と答え、全体の77.8%を占め、「どちらともいえない」が11.1%、「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、他の施設を知らないのでは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	15	2	0	1
この項目では、15人が「はい」と答え、全体の83.3%を占め、「どちらともいえない」が11.1%、「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	15	2	0	1
この項目では、15人が「はい」と答え、全体の83.3%を占め、「どちらともいえない」が11.1%、「いいえ」が0.0%という結果であった。また、自由記入の結果では、そのような状況を経験していないなどの声が聞かれた。				
9. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	13	4	0	1
この項目では、13人が「はい」と答え、全体の72.2%を占め、「どちらともいえない」が22.2%、「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、経験したことがないなどの声が聞かれた。				

10. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	15	3	0	0
この項目では、15人が「はい」と答え、全体の83.3%を占め、「どちらともいえない」が11.1%、「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	15	2	0	1
この項目では、15人が「はい」と答え、全体の83.3%を占め、「どちらともいえない」が11.1%、「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	13	3	1	1
この項目では、13人が「はい」と答え、全体の72.2%を占め、「どちらともいえない」が16.7%、「いいえ」が5.6%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	14	3	1	0
この項目では、14人が「はい」と答え、全体の77.8%を占め、「どちらともいえない」が16.7%、「いいえ」が5.6%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	13	4	1	0
この項目では、13人が「はい」と答え、全体の72.2%を占め、「どちらともいえない」が22.2%、「いいえ」が5.6%という結果であった。また、自由記入の結果では、本人が不満に感じたことがないなどの声が聞かれた。				
15. 外部の苦情窓口（行政や第三者委員等）にも相談できることを伝えられているか	11	4	0	3
この項目では、11人が「はい」と答え、全体の61.1%を占め、「どちらともいえない」が22.2%、「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、ケアマネジャーに相談していますなどの声が聞かれた。				

I 組織マネジメント項目(カテゴリ1～5、7)

No.	共通評価項目		
	カテゴリ1		
1	リーダーシップと意思決定		
	サブカテゴリ1(1-1)		
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況
			7/7
	評価項目1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を周知している		
	評点(〇〇)		
	評価	標準項目	
	☒ あり ☐ なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている	☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている	☐ 非該当
	評価項目2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている		
	評点(〇〇)		
	評価	標準項目	
	☒ あり ☐ なし	1. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任を職員に伝えている	☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	2. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任に基づいて職員が取り組むべき方向性を提示し、リーダーシップを発揮している	☐ 非該当
	評価項目3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している		
	評点(〇〇〇)		
	評価	標準項目	
	☒ あり ☐ なし	1. 重要な案件の検討や決定の手順があらかじめ決まっている	☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している	☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている	☐ 非該当
	カテゴリ1の講評		
	施設が目指すことは職員・利用者等の理解を図り、事業計画は職員参画で策定している 施設が目指す理念・ビジョン・基本方針等について、入職時研修、施設内掲示や事業計画書・事業報告書の玄関開示により職員の理解が深まるように取り組んでいる。また、施設では社内LANを整備することにより、職員が施設の目指していることを常時確認できるように配慮している。さらに、施設が目指していることについて、利用者や家族の理解を深めるため、家族懇談会における説明、施設内掲示や事業計画書・事業報告書の玄関開示による取り組みによる周知を図っている。加えて、事業計画等の策定では、社内LANで職員の意見を求めている。 経営層は処務規程に基づき自らの役割と責任を職員に伝え、施設運営をリードしている 経営層は、施設が目指している理念・ビジョン・基本方針等の実現に向けた自らの役割と責任について、職員研修、連絡調整会議、各委員会、各事業スタッフミーティング等で職員に分かりやすく周知している。また、経営層は、施設が目指していることの実現に向けて、処務規程や職務分掌に基づき財政の健全化や組織の活性化を目的とした自らの役割と責任を提示すると共に、経営層の考え方や職員が進むべき方向性を示し、リーダーシップを発揮しながら施設運営に取り組んでいる。 重要な意思決定は処務規程で定めた手順で意思決定し、職員・利用者等に周知している 施設運営の重要案件については、各事業の係長以上が出席する施設運営会議を随時開催して検討・決定している。また、施設運営会議の検討事項は連絡調整会議から上程されている。連絡調整会議では、安全衛生、安全対策、虐待防止・身体的拘束等適正化、感染コントロール、サービス向上、給食、職員研、災害対策、広報図書委員会、情報セキュリティの各委員会の結果を検討している。これら重要な案件の意思決定については、職員に対しては朝礼・全体会議・社内LAN等で共有化を図り、利用者や家族に対しては懇談会や定期便により周知に取り組んでいる。		

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		
カテゴリー2の講評 利用者や職員の意向や地域福祉ニーズを把握・検討し、対応すべき課題を抽出している 利用者の意向は、年1回のアンケートで把握しニーズへの対応を図っている。また、職員の意向は、定期面接や職員アンケート等で把握しニーズを確認している。さらに、地域の福祉の現状やニーズは、区施設長会議等の会議や高齢者相談センターから収集した情報から把握している。併せて、福祉事業全体の動向は、東社協の広報・通知や厚生労働省ホームページ、法人本部からの情報により把握している。加えて、ニーズ等に基づく課題は、事業計画・予算編成等の際に抽出すると共に、月1回の連絡調整会議や社内LANで全職員に周知している。 施設が目指すことの実現に向け、中長期及び単年度事業計画による対応を図っている 当施設の中長期事業計画は、当施設が指定管理者指定を受けた際に策定した5か年計画の現状を踏まえて見直し行なって策定している。また、施設では中長期事業計画の実現を目指し単年度事業計画を毎年定期的に策定し、その計画では各課が目標を掲げて実践に取り組んでいる。さらに、中長期事業計画における予算編成では、社会福祉法人減免措置等の目標設定をしているが、予算規模に応じた見直しを行いながら必要な対応を図っている。 事業計画は職員参加型で策定し、連絡調整会議等で進捗状況に応じた対応を図っている 施設の中長期事業計画では事業所の目指す姿を示すと共に、単年度事業計画では各課の目標を掲げ、その実現に取り組んでいる。また、単年度事業計画の策定にあたっては、職員の意見を求め職員参加型の取り組みを図っている。さらに、単年度事業計画を推進するため、連絡調整会議、各課委員会及び各事業のスタッフミーティング等の各会議で達成度合いを測定し、進捗度に応じた対応を図っている。併せて、計画推進に当たっては、毎月実績を示すとともに、半期終了時には年間見込みをたて、必要に応じて見直しをすることが明示されている。		

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
	職員が守るべき法令等をコンプライアンス研修や自己点検を実施し周知・徹底している 社会人・福祉サービス従事者として守るべき法・規範・倫理等は就業規則・運営規程・コンプライアンステキスト等に明示しており、毎年全職員のコンプライアンス研修を実施し、職員の理解が深まるように取り組んでいる。また、新入職員に対しても採用時のオリエンテーション研修やその後の内部研修等で新人オリエンテーション資料等で丁寧に説明し、理解が深まるように取り組んでいる。さらに、職員のコンプライアンスについては、職員が毎月自己チェックシートにより遵守状況の確認を行うことにより周知・徹底を図っている。 苦情相談窓口の設置や苦情解決責任者の選任等、利用者の権利擁護体制を整備している 利用者や家族等が利用できる苦情処理制度として、第三者委員や介護相談員の来所の知らせや意見箱の設置について、各フロアー掲示や重要事項説明書に記載し伝達している。施設では、施設長、各事業責任者を苦情解決責任者に選任し、利用者や家族等から苦情が寄せられた場合は、連絡調整会議や委員会等を開催し、速やかな苦情解決に努めている。また、職員は施設内外での虐待等については自己チェック表や虐待の芽アンケートによる自己評価を実施しサービス向上委員会で検討・対応すると共に、区や地域包括支援センターと連携して対応している。 施設の強みを活かした講演会や近隣小中学生の作品展示を行なう等地域貢献を行っている 施設の透明性を高めるため、施設玄関に事業計画・事業報告・第三者評価結果等を開示し、ホームページでも発信している。また、地域との関係づくりのため、保健課長・各事業相談員がボランティア・実習生の受入れを行ない、ボランティア・実習生の受入れマニュアルも整備している。さらに、地域ニーズに対応した高齢者住宅と介護教室の講演会を実施している。併せて、地域内の防災訓練に参加し避難所内エコノミー症候群予防の講演を行うと共に、近隣小中学生の作品を展示するシーサイドギャラリーを施設内で行う等地域交流の場も提供している。

4 カテゴリー4		
リスクマネジメント		
サブカテゴリー1(4-1)		
リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況 5/5
評価項目1 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる 評点(〇〇〇〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 事業所が目指していることの実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる	☐ 非該当
サブカテゴリー2(4-2)		
事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況 4/4
評価項目1 事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている 評点(〇〇〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 情報の収集、利用、保管、廃棄について規程・ルールを定め、職員(実習生やボランティアを含む)が理解し遵守するための取り組みを行っている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・管理している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定するほか、情報漏えい防止のための対策をとっている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	4. 事業所で扱っている個人情報については、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえ、利用目的の明示及び開示請求への対応を含む規程・体制を整備している	☐ 非該当
カテゴリー4の講評		
事故や感染症等の重要リスクは委員会で対策を検討しマニュアルに基づき対応している 施設が目指していることの実現を阻害する恐れにあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)にうち、特に重要リスクである事故や感染症等については安全対策委員会リスクマネジメント部会や感染コントロール委員会を定期的に開催して最新情報を共有し対策を講じている。これら重要リスクについては、事故防止対策マニュアルや感染症マニュアル等を整備し必要な手順を定めて運用している。特に、感染情報については社内LANで常に最新の情報を提供し、全職員が最新の情報に基づき必要な対策を検討できるように取組んでいる。 重要リスク発生時の事業継続計画を策定し、各委員会にて対応改善に取り組んでいる 事故や感染症等重要リスクは、区の指導により施設独自の事業継続計画(BCP)を策定すると共に、社内LANにより全職員が閲覧可能とする仕組を整備し、全職員が利用者等にリスク対応を周知し、リスク発生時には必要な対策を行うことが出来る仕組みを整備している。また、重要リスク発生時には、災害対策委員会やリスクマネジメント委員会等にて対応分析を行い、再発防止やマニュアルの見直しに取り組んでいる。加えて、施設の重要リスク発生時の対応については、詳細な事故報告書を区へ提出し、事故報告と改善状況も併せて報告している。 施設の情報システムは区の実施手順に基づき運用し情報セキュリティ確保を図っている 施設における情報管理に関する規程や手順については、職員採用時や初回オリエンテーション時に説明し、全職員が理解し遵守するように取り組んでいる。取得情報は、社内LANやファイルサーバーで整理・保管し、必要時に必要な人が情報を活用している。また、施設で扱う情報の重要性や機密性を踏まえ、紙情報は施錠付きロッカーで保管し、データ情報へのアクセスはID&PWIにより職責に応じて制限している。さらに、施設の情報システムは区指定管理者向け情報安全対策実施手順で運用し、ウイルス対策ソフトは常に最新の状態を維持している。		

5			カテゴリー5	
職員と組織の能力向上				
サブカテゴリー1(5-1)				
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成・定着に取り組んでいる			サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	12/12
評価項目1 事業所が目指していることの実現に必要な人材構成にしている			評点(〇〇)	
評価	標準項目			
☒ あり ☐ なし	1. 事業所が求める人材の確保ができるよう工夫している			☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 事業所が求める人材、事業所の状況を踏まえ、育成や将来の人材構成を見据えた異動や配置に取り組んでいる			☐ 非該当
評価項目2 事業所の求める人材像に基づき人材育成計画を策定している			評点(〇〇)	
評価	標準項目			
☒ あり ☐ なし	1. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)が職員に分かりやすく周知されている			☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)と連動した事業所の人材育成計画を策定している			☐ 非該当
評価項目3 事業所の求める人材像を踏まえた職員の育成に取り組んでいる			評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目			
☒ あり ☐ なし	1. 勤務形態に関わらず、職員にさまざまな方法で研修等を実施している			☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 職員一人ひとりの意向や経験等に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している			☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 職員一人ひとりの育成の成果を確認し、個人別の育成(研修)計画へ反映している			☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	4. 指導を担当する職員に対して、自らの役割を理解してより良い指導ができるよう組織的に支援を行っている			☐ 非該当
評価項目4 職員の定着に向け、職員の意欲向上に取り組んでいる			評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目			
☒ あり ☐ なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価と処遇(賃金・昇進・昇格等)・称賛などを連動させている			☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、職場環境・健康・ストレスなど)を把握し、安心して働き続けられる職場づくりに取り組んでいる			☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 職員の意識を把握し、意欲と働きがいの向上に取り組んでいる			☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	4. 職員間の良好な人間関係構築のための取り組みを行っている			☐ 非該当
サブカテゴリー2(5-2)				
組織力の向上に取り組んでいる			サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	3/3
評価項目1 組織力の向上に向け、組織としての学びとチームワークの促進に取り組んでいる			評点(〇〇〇)	
評価	標準項目			
☒ あり ☐ なし	1. 職員一人ひとりが学んだ研修内容を、レポートや発表等を通じて共有化している			☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに話し合い、サービスの質の向上や業務改善に活かす仕組みを設けている			☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 目標達成や課題解決に向けて、チームでの活動が効果的に進むよう取り組んでいる			☐ 非該当

	カテゴリー5の講評
	職員のキャリアパスに応じて職員研修委員会で研修計画を作り人材育成を行っている 施設が求める人材採用では、幹部が書類選考後に面接し、職種によっては、現場担当者を含めた多面的面接を行い、適性を判定している。また、職員の異動に際しては、法人の区内施設間異動、当施設内の適切な異動を通じて取組んでいる。さらに、役職別の職員自己能力評価シートを基に幹部による職員面接を行い、キャリアパスに応じた目標達成について説明を行ったうえで評価している。併せて、施設が求める人材育成を図るため、キャリアパスと連動した人材育成計画に基づき、職員研修委員会にて研修計画を策定し、育成への取り組みを進めている。 OJT、内部・外部研修の育成成果を確認し、確認結果による組織的支援を行っている 施設では、求める人材像を踏まえ、各職員の能力に応じ、OJTや内部・外部研修に参加させて人材育成に取り組んでいる。また、新人職員に対しては、職員研修委員会にて段階的な研修計画を検討し、職員ひとり一人の意向や能力に基づく年間育成計画を策定している。さらに、職員ひとり一人の育成成果の確認は定期面談における自己評価・上司評価により行い、面談結果に基づき、各事業ミーティング時での育成支援や上司による個別指導により組織的な育成支援を行っている。併せて、教育マニュアルを作成し指導層の指導能力の向上も図っている。 職員が働き続けられる職場づくりや組織学習とチーム活動の促進にも取り組んでいる 職員の定着に向け、賞与支給や昇格にあたっては、法人支部の基準による業績評価と処遇との連動、勤怠状況の常時把握や定期的なストレスチェックに基づく産業医による個別指導等により、職員が安心して働き続けられる職場づくりに取り組んでいる。また、職員の自己評価や定期面談に基づく適材適所の配置やリフレッシュ休暇制度等の導入により、職員の意欲と働きがいの向上にも取り組んでいる。併せて、職員の研修成果の伝達講習や法人全体の学会等における発表機会の設置、社内LAN掲示板の導入等により、チーム活動の促進にも取り組んでいる。

7		事業所の重要課題に対する組織的な活動
サブカテゴリ1(7-1)		
事業所の重要課題に対して、目標設定・取り組み・結果の検証・次期の事業活動等への反映を行っている		
評価項目1 事業所の理念・基本方針の実現を図る上での重要課題について、前年度具体的な目標を設定して取り組み、結果を検証して、今年度以降の改善につなげている(その1)		
前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)		
【課題・目標】 ・利用者が安心安全を確保し、質の高いサービスを提供する 【理由・背景】 ・利用者の安心安全の確保と質の高いサービス提供は、施設のリスク管理や安定稼働、職員の確保や意欲向上や地域貢献等でもたらされる 【取り組み】 ①多職種間でリスク管理を共有し利用者の安全確保に努めた ②適切な入所管理を行い稼働の安定を図った ③介護員の採用を進め、介護保険制度における処遇改善加算、東京都の処遇改善加算等を活用し賃金の改定に取り組む事で職員の意欲向上を図った ④地域貢献活動の実施 【取り組みの結果】 ①適切な入所管理を行い一定の稼働の安定が図れた ②介護員の人材確保が進み、賃金改定により職員のモチベーションが維持された ②利用者個々の既往症や現状などの情報を多職種間で共有し、リスク管理に反映することができた 【検証・今後の方向性】 質の高いサービス提供に向け、多職種間の連携が進んだ事は評価できるが、さらに質の高いサービスを提供するため以下の課題に取り組む。 ①利用者個々のニーズや安心安全を担保するため介護職の必要十分な確保 ②利用者向け行事の拡大、地域・家族との交流などの推進		
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、利用者の安心安全な生活を実現するための質の高いサービス提供を課題として取り組んだ。その結果、①適切な入所管理を行い一定の稼働の確保でき、②介護員の人材確保が進み、賃金改定により職員のモチベーションが維持され、②利用者個々の既往症や現状などの情報を多職種間で共有することによりリスク管理に反映できた等の成果を上げることが出来た。 当施設が、さらに質の高いサービス提供に向けた課題として取上げている、①利用者個々のニーズや安心安全を担保するため介護職の必要十分な確保、②利用者向け行事の拡大、地域・家族との交流などの推進、③施設内の事故発生件数の減少を図ることは、サービス提供の質の向上には有効な対策と考えられる。 今後、組織マネジメントの事業評価において、リーダー層と一般職員の「そう思う」が50%を下回った回答の質問事項を課題として捉えて原因と対策を検討し、引き続きこれら課題解決のための対策を推進することを期待する。		
評価項目2 事業所の理念・基本方針の実現を図る上での重要課題について、前年度具体的な目標を設定して取り組み、結果を検証して、今年度以降の改善につなげている(その2)		
前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)		
【課題・目標】 ・各サービス事業の経営の安定化 【理由・背景】 ・利用料金制の施設は、稼働の向上・安定を図る必要がある ・利用者退所後の入所マネジメントと質の高い介護を實踐し入院を抑制することで空床期間を短縮し高稼働を維持する必要がある ・介護保険改訂や都独自による加算は全て取得し経営の安定化を図る必要がある 【取り組み】 ①介護保険改訂加算や港区独自の加算(送迎・入浴・調理・医療対応)の取得 ②年間を通じた取り組みとして、適切な入所マネジメントによる空床期間の短縮、口腔ケアによる誤嚥性肺炎の予防による入院期間の短縮、短期入所における医療対応利用者の受入、短期入所における特養空床の積極的な活用による稼働の向上 ③中間期(春・秋)の冷暖房の計画的な運転による光熱水費削減等のコストの減少 【取り組み結果】 ①空床期間の短縮が図れ高稼働の維持に繋がった ②各事業の経営の安定化が一定数図れ、短期入所で医療対応利用者の受入が増加した ③取得可能な介護保険改訂加算および港区独自の加算(送迎・入浴・調理・医療対応)は全て申請した 【検証・今後の方向性】 ・当施設の強みの医療対応力に加え、緊急一時保護や措置入所等にも対応する		

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、運営主体が同じ敷地内で実施している、特別養護老人ホーム（指定短期入所介護事業含む）、高齢者在宅サービスセンター、地域包括支援センター、ケアハウスの各サービス事業の経営の安定化を課題として取り組んだ。その結果、①空床期間の短縮が図れ高稼働の維持に繋がり、②各事業の経営の安定化が一定数図れ、短期入所で医療対応利用者の受入が増加し、③取得可能な介護保険改訂加算および港区独自の加算（送迎・入浴・調理・医療対応）は全て申請することが出来た。 当施設が、今後の対応として取上げている、当施設の強みである医療対応力に加え、緊急一時保護や措置入所等にも対応することは、各サービス事業の経営の安定化に資する対策と考えられる。 今後、運営主体で実施している地域包括支援センターとの連携を深めて、緊急一時保護や措置入所等の受入れを図り利用者を確保することにより、各サービス事業の経営の安定化を一層促進することを期待する。	

Ⅱ サービス提供のプロセス項目 (カテゴリー6-1～3、6-5～6)

No.	共通評価項目		
	サブカテゴリー1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	4 / 4
評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している			
評点(〇〇〇〇)			
評価		標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している		☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている		☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している		☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	4. 利用希望者等の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している		☐ 非該当
サブカテゴリー1の講評			
広報誌、ホームページ、パンフレット、掲示板、送迎車などで情報を提供している 広報誌「港南の郷」及び月1回発行の港南新聞「すまいる」、当施設及び区のホームページ、パンフレット、利用者用掲示板、送迎車に搭載など、様々な媒体で情報を提供している。いずれも活字を大きく、写真やイラストを多くして分かり易い内容にしている。パンフレットには施設での1日の様子の例(送迎車、浴槽、イベント昼食、レクリエーション、休養室、行事、個別訓練など)、料金表、申込み方法、交通案内を、「すまいる」には、誕生日を迎えた利用者の写真や共同作品、レクリエーション、ゲームなどの活動風景を載せている。 区とケアマネジャーに活動報告を、消防署や警察署には施設情報を提供している 事業所の情報として、毎月、区とケアマネジャーに活動報告をしている。利用者情報はPC管理・記録しておりケアマネジャーには、PCデータで報告し、さらに「すまいる」を持参又は郵送で配っている。また、警察署や消防署とは利用者の防犯・防災対策で連携しているので施設情報の一部を提供している。 見学希望で送迎が必要な場合は施設の車で無料送迎している 見学の受入れは随時行っている。ただし、相談員が対応できるよう予約をお勧めしている。本人・家族、本人・ケアマネジャーなどで見学する事が多いですが、その際に送迎が必要な場合は施設の車で無料送迎している。また、見学したら必ず利用しなければならないと言う事ではない。			

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		
お約束事項、お願い事項、その他、施設利用に必要な事を分かり易く説明している 利用開始の面接は、相談員が訪問して行っている。お約束事項、お願い事項、利用案内、利用契約書、重要事項説明書、通所介護計画書、その他の文書で、保険内の費用、保険外の費用、その他、施設利用に必要な事を分かり易く説明し、納得の上で同意のサインを得ている。 利用者や家族の意向、従来の生活を踏まえた通所介護計画を立てて支援している 利用開始時に利用者や家族、ケアマネジャーなどの関係者から必要な情報を収集し、フェイスシートに記録している。その情報を基に、利用者や家族の意向、従来の生活を踏まえた通所介護計画を立てて支援している。フェイスシート、通所介護計画書、相談記録、ケース記録等は、PCで管理しているが、フェイスシートは1回目のみプリントアウトして利用者の個人ファイルに入れている。介護、リハ、看護、栄養、相談その他各職種の職員がPCとファイルの利用者情報を共有し支援している。 利用開始時、終了時には、利用者や家族の不安をなくすように配慮している 初回面談した相談員が初回又は慣れるまで迎えに行くようにしている。また、介護、リハ、看護、栄養、相談その他各職種の職員がPCとファイルに記録された利用者の日常の嗜好、生活習慣・日課、ADL、医療情報を把握し、共有し、サービス開始時の不安をなくすよう支援している。初回利用後の様子をケアマネジャーに報告し、家族には家での様子や感想を聞いて記録している。また連絡表を1日1枚作成し渡している。なお、体調不良で欠席や長期欠席者には随時電話で様子を確認するなど、利用者や家族に寄り添い、配慮している。		

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		
利用者の心身や生活状況を把握し課題を把握し個々の通所介護計画を作成している 相談員が面談し、利用者の心身や生活状況を把握し、フェイスシート、相談記録に記録し、介護職員等がケース記録を作成している。通所介護マニュアルに則り、アセスメントし、利用者のニーズや課題を把握して相談員と検討し個別の通所介護計画を作成している。通常は半年に1度、ADLや要介護度に変化がある場合は随時、通所介護マニュアルに乗取り、アセスメント票を見直している。 利用者に関する情報、記録、状態の変化がPC入力されて管理体制が確立している 利用者の情報は、所定の様式に記録し、職員は必要時閲覧し状態を把握している。具体的な支援内容と状態の変化は、アセスメントシートの項目に従い定期的にモニタリングしアセスメントしている。スタッフ間では通所介護評価表で効果や変化を把握している。 通所介護システム導入しPC入力で従来から情報の抽出・推移把握・共有が図れている PCの通所介護システムをH28年に導入し利用者に関する情報や実施した介護情報、その他を、それぞれの項目ごとに統一した様式に入力している。それにより、利用者個々の情報の抽出、体調・体力・気力などの推移の把握、利用者情報の共有が図れている。また、紙記録に比べアセスメント、評価などの記録全般の経過を追いやすくなったので、毎月1回事業所内部で独自に各職種によるサービス担当者会議を開催し利用者に関する情報や課題及び課題解決策の検討や共有をしている。		

サブカテゴリ-5		
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 5/5
評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得ようとしている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	☐ 非該当
評価項目2 サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	☐ 非該当
サブカテゴリ-5の講評		
利用者の人権やプライバシー等はマニュアルに則り尊重している 全ての職員が利用者の人権やプライバシー等の尊重に配慮した行動ができるように通所介護マニュアルに場面ごとの手順を記載し、それに基づいて実施している。例えば、請求書や連絡帳、お薬ポーチなどの個人あて配布文書・物の取扱いは複数職員で確認している。なお、お薬、お薬ポーチ、着替え、その他の個人の所有物には必ず名前を記入しての持参をお願いしているが、さらに、施設では名札を取り付けて管理するなどして他の利用者の持ち物と間違えないように取り扱っている。 利用者の意思を尊重し、希望に沿った支援をしている イベント、クラブ活動、リハビリ、入浴、食事、その他、日常の活動は、その都度、利用者の意向を確認し、無理に強いることはない。また、体調などの必要に応じてナースに相談して家族への連絡、医療機関受診を進めるなどの対応がなされている。トイレや入浴などの同性介助も初回面接時に意向を確認し、フェイスシートに記載して情報共有し、可能な限り希望に応じている。おむつやパッドの種類、使い方など、細部にこだわりのある利用者や家族に対しては、専門的見地からアドバイスをする一方、要望にもできるだけ対応するように努めている。 利用者の人権への配慮として虐待防止にも気を付けている 利用者への虐待防止については、どのような行動が虐待になるか通所介護マニュアルに記載し、職員に周知し防止している。なお、介護疲れ等による家族の言動が虐待に該当しているのではないかとと思われる場合、併設の地域包括支援センターや外部の関係機関に相談・連携し、慎重に協議・対応するなど、利用者保護に向けた支援をしている。職員は定期的に「虐待の芽チェックリスト」を活用し、自身の振り返りと気づきの機会としている。		

サブカテゴリ6		
6	事業所業務の標準化	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 5/5
評価項目1 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうか定期的に点検・見直しをしている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	☐ 非該当
評価項目2 サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は変更の時期や見直しの基準が定められている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	☐ 非該当
サブカテゴリ6の講評		
業務全般を網羅した通所介護マニュアルを整備し、OJTで技術水準確保に努めている 業務全般を網羅した通所介護マニュアルを整備して、どの職員でも一定の介護サービスが提供できるようにしている。マニュアルは、PCに入っているが、介護員、看護師、相談員が日常の業務に利用しているため、必要時直ぐに確認できるように、紙ベースでもフロアに置かれている。さらに、リーダー職員は、日常業務でOJTを行い、どの職員も一定の技術水準を確保できるように努めている。 マニュアルの見直しを定期は年1回、必要時は随時、利用者本位の視点で行っている 通所介護マニュアルは、1年に1回見直しをしている。また、ヒヤリ・ハットやインシデント報告があった場合は解析結果でマニュアルの内容を確認し、必要時には随時、改定を行っている。マニュアル改定の際は、職員の意見、港南の郷の運営方針「利用者本位のサービス、高齢者や家族の安心生活、地域医療機関と連携し利用者の健康維持、住み慣れた地域で自立生活」を主軸にして見直しをしている。 職員の入替り、利用者人数変化などの際も業務改善のためマニュアルを見直している 職員の入替り、利用者人数変化などの際も業務改善のためマニュアルを見直している。必要があれば、話し合い改定をするが、後日の参考となるように、話し合いの発端、内容、結果など、マニュアル変更の経緯を記録している。		

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ6-4)

サブカテゴリ4	
サービスの実施項目	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 23/23
1 評価項目1 通所介護計画に基づいて自立生活が営めるよう支援している 評点(〇〇〇)	
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	
利用者の課題解決に向けた支援内容を通所介護計画に反映している 生活相談員は、サービス担当者会議に参加し、ケアプランに示される課題、目標を共有している。また、新規利用者のケースでは、本人、家族、ケアマネジャーから情報収集するなど、サービス提供にあたって必要な情報のアセスメントを行っている。さらに他のサービス担当者との関係づくりに努め、連携して支援するよう努めている。継続利用者のサービス担当者会議では、日頃の利用状況を伝えるとともに、新たな課題があればケアマネジャー、他のサービス担当者と共に、この解決に向けた支援内容を通所介護計画に反映している。 通所介護計画は、利用者・家族の意向、アセスメント情報をもとに作成している 通所介護計画書は、ケアプランに示される課題、長期・短期目標を踏まえ、利用者・家族の意向、アセスメント情報をもとに作成している。計画書はデイ内のサービス担当者で作成している。計画は、会議に参加する介護職、看護師、理学療法士、生活相談員など、専門職としての意見を反映した内容となっている。計画書は、定期的モニタリングにより目標の達成状況を評価し、必要に応じて見直しを行っている。また、状態変化や要介護度が変わった際は、再度の評価・アセスメントを実施して、計画書の見直しを行っている。 様々なプログラムを用意し、利用者の選択・判断を尊重して参加してもらっている 職員はアセスメント結果で把握した生活習慣、趣味、嗜好などを踏まえて話題づくりに努め、会話が弾むよう関わっている。利用者は自分を理解している、という安心感から、職員との信頼関係も深まっている。活動には、個人で取り組むもの、集団のものなど、様々な形態がありますが、その方の個性や身体状況、希望に応じて、サービス内容を選択できるよう配慮するなど、利用者の選択・判断を尊重している。一方、意思疎通が困難な方でも、折一で質問を工夫するほか、家族の意向、日頃の生活状況から意思を推定するなど工夫をしている。	
2 評価項目2 利用者一人ひとりの状況に応じて生活上に必要な支援を行っている 評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目
☒ あり ☐ なし	1.【食事の提供を行っている事業所のみ】 利用者の状況に応じて、食事時間が楽しくなるよう工夫している ☐非該当
☒ あり ☐ なし	2.【入浴介助体制のある事業所のみ】 利用者の状況に応じて、入浴方法を検討し介助を行っている ☐非該当
☒ あり ☐ なし	3. 排泄介助が必要な利用者に対して、一人ひとりに応じた誘導や排泄介助を行っている ☐非該当
☒ あり ☐ なし	4. 利用者の心身の状況や家族の状況に応じて、安全に配慮した送迎方法を検討し対応している ☐非該当
評価項目2の講評	
食事イベントや実演調理など、利用者の食欲増進のために様々な工夫をしている 毎月、季節感のある献立にするほか、視覚・嗅覚を刺激し、かつ楽しめる食事イベントや実演調理を実施するなど、利用者の食欲増進のため様々な工夫をしている。個々の利用者の嚥下状態に応じた食形態(5形態)、アレルギーに応じた禁止食の徹底など、食におけるリスク管理も徹底している。管理栄養士は、ラウンドや残食調査、嗜好調査などの結果を踏まえ、栄養バランスの良い、利用者に喜ばれる食事づくりに努めている。複合施設内の各事業所の代表者で給食委員会を設置し、検討結果は管理栄養士の献立に反映している。 入浴マニュアルを整備し、これに沿った実践により入浴介助の標準化を図っている 入浴手順が人によって異なると、利用者は不安を感じます。入浴マニュアルを整備し、業務の標準化を図っている。個々の利用者の身体機能・状態を見極めて、一般浴・座位式機械浴・臥床式機械浴から、その方の身体状態に応じた方法で入浴してもらっている。医療依存度の高い方は、看護師が状態観察をしながら入浴している。医師の意見書に照らして、バイタルや状態観察の結果を踏まえ入浴の可否を判断している。同性介助を行うほか、脱衣室ではカーテン、バスタオルを活用して、可能な限り、肌の露出を避けるなど、利用者の羞恥心に配慮している。 生活リハビリを重視して、出来ることは行ってもらう支援に努めている 理学療法士は、利用者の身体機能の評価を踏まえ、ADLの各動作時の介助方法の判断・助言をしている。生活リハビリの視点から、出来ることは自分で行ってもらい、難しいところを援助している。排泄チェック表(定期に見直している)を作成し、タイミングよく声掛けをしている。理学療法士は、必要に応じ家屋状況、乗車環境、ADLの評価を踏まえて、安全な送迎方法を検討している。リフト付きの送迎車にはインカム、ドライブレコーダー、降ろし忘れ警告を配備している。ドライバー、添乗員の2名で安全な送迎に取り組んでいる。	

3

評価項目3

利用者の健康を維持するための支援を行っている

評点(〇〇〇)

評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 利用者の心身の状況に応じた健康管理を行っている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などのしきみを整えている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 利用者の体調変化時(発作等の急変を含む)に、速やかに対応できる体制を整えている	☐ 非該当

評価項目3の講評

利用者の健康情報を時系列で把握し、変化を見逃さないよう努めている

看護師が常駐して、滞在中の利用者の健康を守っている。利用者到着時、看護師はバイタル測定(体温・血圧・脈拍)を行っている。添乗員を通じて家族からの申し送りを確認し、併せて看護記録に記載している。主治医意見書を管理しているが、利用者の健康状態で気になることがあれば必要に応じて医師に連絡するほか、訪問看護師と連携することもある。体調の悪そうな方には血中酸素濃度を測定し、時系列で変化を把握して急変を見逃さないようにしている。体重測定結果を管理し、増減を確認するなど、変化を見逃さないよう徹底している。

服薬は必要に応じて医師や薬局に照会するなど、誤薬防止に努めている

持参薬は、システムで管理している「服薬情報」と照合している。薬に変更があった場合、家族に情報を求めている。把握していない薬が入っていた場合、家族に確認するか、連絡がつかない場合は、医師または薬局に照会するなど、誤薬防止を徹底している。持参薬は服用までの間、看護師が管理し、服薬準備では、複数の職員で確認している。内服介助では、喉の動きで完全に飲み込んだか確認するとともに、むせこみに対応できるよう備えている。

「緊急医療情報」を保管し、救急搬送先の医療機関に正確な情報を伝えている

急変時の対応マニュアルには、フロー図に必要な行動、担当、連絡先等が示している。職員は日頃からフロー図を参照して、緊急時の手順を確認するよう努めている。契約時、緊急時の連絡先を二つ以上届け出てもらって保管している。緊急連絡先も含め、現病・既往歴、主治医、服薬情報などを「緊急医療情報」ファイルに整理している。デイルーム、送迎車に保管し、緊急時に搬送先の医療機関に正確な情報が伝わるよう備えている。職員はAEDの使用法の研修を受け、必要時に慌てず使用できるよう備えている。

4

評価項目4

利用者の生活機能の維持・改善を目的とした機能訓練サービスを工夫し実施している

評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 機能訓練が必要な利用者に対しては一人ひとりに応じたプログラムを作成し、評価・見直しをしている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 機能訓練指導員等の指導のもと、介護職員が活動の場で活かしている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. レクリエーションや趣味活動に機能訓練の要素を取り入れるなど、生活機能の維持や改善に向けた取り組みを行っている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	4. 福祉用具等は定期的に使用状況の確認をし、必要に応じて対処をしている	☐ 非該当

評価項目4の講評

PDCAサイクルを通じて、個別機能訓練計画に沿ったリハビリを実践している

デイサービスには機能訓練指導員として理学療法士が常駐している。利用者の身体状態・機能を評価するほか、ADLが低下して不安を感じる利用者家族からの相談に応じるなど、様々なニーズに対応している。理学療法士は、希望者に対して「個別機能訓練計画書」を作成している。計画に沿って個別機能訓練を実践し、3か月ごとに評価し、計画の見直しを行い、PDCAサイクルを通じて機能訓練サービスを提供している。

生活リハビリの要素を取り入れた介護を実践し、身体機能の維持、向上に努めている

理学療法士は、個別の機能訓練を行うほか、介護員にリハビリを視点とした介護実践の指導を行っている。介護員は、排泄介助や歩行介助、入浴介助、食事前の嚥下運動、姿勢保持など、様々な場面で利用者の残存機能を活用し、生活の活性化が図れるよう支援している。各種のプログラムやレクリエーションの企画では動く、発声、発音など、常にリハビリ効果を見込みながら、楽しく取り組める内容にしている。さらに理学療法士は、集団体操やレクリエーションの実施にあたっては、リハビリ効果が発揮されるよう介護員と連携して取り組んでいる。

ADLが低下した利用者の支援のため、在宅のリハビリ職と連携することもある

利用者には、手芸活動、ゲーム、脳トレなどの手指リハビリや認知症予防の機会を提供している。利用者のADLが低下した状態で退院する際、他の在宅リハビリ職と連携しながら、自宅での生活動作が安全に行えるよう、個別のリハビリを行うこともある。福祉用具は車いす、歩行器、杖などを常備している。急な状態変化に応じて、施設内で利用してもらうことも。車いすはチェック表を使って点検を行い、利用時の事故予防を徹底している。理学療法士、利用者の福祉用具について適切に使用できるよう指導している。

21 / 25

5	評価項目5 利用者の主体性を尊重し、快適に過ごせるような取り組みを行っている	評点(〇〇〇〇)															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> ☒あり ☐なし </td> <td>1. 利用者が他の利用者と快適な関係をもちながら生活することができるよう支援を行っている</td> <td> ☐非該当 </td> </tr> <tr> <td> ☒あり ☐なし </td> <td>2. 利用者の状況に応じて、多様な活動ができるよう支援を行っている</td> <td> ☐非該当 </td> </tr> <tr> <td> ☒あり ☐なし </td> <td>3. 利用者が落ち着いて生活できるような支援を行っている</td> <td> ☐非該当 </td> </tr> <tr> <td> ☒あり ☐なし </td> <td>4. 事業所内は、利用者の安全性や快適性に配慮したものとなっている</td> <td> ☐非該当 </td> </tr> </tbody> </table>	評価	標準項目		☒ あり ☐ なし	1. 利用者が他の利用者と快適な関係をもちながら生活することができるよう支援を行っている	☐ 非該当	☒ あり ☐ なし	2. 利用者の状況に応じて、多様な活動ができるよう支援を行っている	☐ 非該当	☒ あり ☐ なし	3. 利用者が落ち着いて生活できるような支援を行っている	☐ 非該当	☒ あり ☐ なし	4. 事業所内は、利用者の安全性や快適性に配慮したものとなっている	☐ 非該当	評価項目5の講評	
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															
お茶の提供を通じて、気持ちの切り替え、必要な水分の確保に努めている 一日を楽しく過ごせるよう、利用者同士の関係性を踏まえ、交流が深まるよう最適な配置となるような席次に配慮している。さらに利用者同士の会話が弾むよう、職員は自然な声掛け、関心のありそうな話題を提供するなど、関わりを大切にしている。また、トラブルが生じた場合は、お互いが納得するような介入に努めている。また、感情が高ぶった方には、クールダウンできる環境づくりを行い、気持ちの安定が図れるよう傾聴にも努めている。活動の節目に、お茶などを提供して気持ちを切り替えてもらい、必要な水分量の確保にも努めている。 コミュニケーションロボットも導入するなど、癒しを感じてもらう機会にしている 利用者が、心身の活性化を図れるよう、様々なプログラムを企画し、実践している。実施にあたっては、非常勤職員や派遣職員にも進行に関わってもらうことで、事業所全体のスキルアップを図れるよう努めている。音楽を聴きながら体を動かせるプログラムなど、楽しみながら体力増進を図れる内容にしている。多様なプログラムの中から、利用者は希望の活動に参加している。手工芸、脳トレ、ぬり絵、書道のほか、集団活動なども楽しんでいる。また、コミュニケーションロボットも導入し、癒しを感じてもらえるよう働きかけている。 環境整備を通じて、利用者が落ち着ける雰囲気づくりに努めている 重度者や医療依存度の高い方を積極的に受け入れ、体調や体力に応じて、看護師の管理のもと静養室で休憩をとってもらっている。室温管理を適切に行うほか、BGMを流すなど、落ち着ける雰囲気づくりに努めている。認知症高齢者に寄り添った介護実践に努め、安定して穏やかな時間を送れるよう支援している。施設では、接遇マニュアルを整備している。施設全体でマニュアルをもとに研修を行い、実践を通じて利用者が穏やかに過ごせるよう努めている。十分なスペースがあり、清掃員、介護員が定期的に清掃し、衛生管理を徹底している。																	
6	評価項目6 事業所と家族との交流・連携を図っている	評点(〇〇)															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> ☒あり ☐なし </td> <td>1. 利用者のサービス提供時の様子や家庭での普段の様子を家族と情報交換し、共有している</td> <td> ☐非該当 </td> </tr> <tr> <td> ☒あり ☐なし </td> <td>2. 家族の状況に配慮し、相談対応やアドバイスをを行っている</td> <td> ☐非該当 </td> </tr> </tbody> </table>	評価	標準項目		☒ あり ☐ なし	1. 利用者のサービス提供時の様子や家庭での普段の様子を家族と情報交換し、共有している	☐ 非該当	☒ あり ☐ なし	2. 家族の状況に配慮し、相談対応やアドバイスをを行っている	☐ 非該当	評価項目6の講評							
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															
「連絡票」の交換を通じて、家族と利用者の情報を共有している 迎え時、利用者の家庭での様子を確認するとともに、送り時にはデイでの様子を家族に伝えている。また、「連絡票」の交換を通じて、家族と利用者の情報を共有している。生活相談員は、利用者、家族からの相談に応じて必要な助言等を行っている。利用者が抱える課題は、ミーティング時に職員全員で共有し、対応策を検討するほか、必要に応じてケアマネジャーと共有している。広報誌「すまいる」を毎月発行し、利用者の様子、事業所の取り組み等を伝えるなど、家族の理解が深まるよう広報に努めている。 家族アンケートの分析を通じて、ニーズの動向の把握に努めている コロナ禍前は家族懇談会を開催していましたが、現在、感染予防の観点から開催を見送っている。そこで家族の意見、要望を聞く手段として、年1回、家族アンケートを実施している。集計結果による定量的や自由意見などの定性的データを分析を通じて、サービスの改善、質の向上に取り組んでいる。以前、家族が利用者、他の利用者・家族、職員との交流を深められるよう敬老会、忘年会に家族を招待していた。コロナ禍以後、中止していましたが今年度の忘年会では家族招待を予定している。																	

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)												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> ☒あり ☐なし </td> <td>1. 地域のさまざまな機関や職種と協働し、地域の情報を収集して利用者の状況に応じた提供をしている</td> <td> ☐非該当 </td> </tr> <tr> <td> ☒あり ☐なし </td> <td>2. 利用者が地域のさまざまな資源を利用する機会を設けている</td> <td> ☐非該当 </td> </tr> <tr> <td> ☒あり ☐なし </td> <td>3. 利用者が職員以外の人と交流できる機会を確保している</td> <td> ☐非該当 </td> </tr> </tbody> </table>	評価	標準項目		☒ あり ☐ なし	1. 地域のさまざまな機関や職種と協働し、地域の情報を収集して利用者の状況に応じた提供をしている	☐ 非該当	☒ あり ☐ なし	2. 利用者が地域のさまざまな資源を利用する機会を設けている	☐ 非該当	☒ あり ☐ なし	3. 利用者が職員以外の人と交流できる機会を確保している	☐ 非該当		
評価	標準項目														
☒ あり ☐ なし	1. 地域のさまざまな機関や職種と協働し、地域の情報を収集して利用者の状況に応じた提供をしている	☐ 非該当													
☒ あり ☐ なし	2. 利用者が地域のさまざまな資源を利用する機会を設けている	☐ 非該当													
☒ あり ☐ なし	3. 利用者が職員以外の人と交流できる機会を確保している	☐ 非該当													
	評価項目7の講評														
	情報提供を通じて、利用者の地域生活の利便に配慮するよう努めている 複合施設の1階には、地域包括支援センターがあり、地域の様々な社会資源に係る情報が蓄積されている。施設では、利用者にとって有用な情報として、地域における公的施設やサービス、自主活動を紹介するチラシ、パンフレット、区や公的セクタの広報誌などを常備するほか、行事のチラシなどを掲示している。自宅で過ごすことの多い利用者にとっては、情報に接することで外出の機会につながることもなっている。利用者が掲示物をご覧になっている姿が見受けられている。情報提供を通じて、利用者の地域での生活の豊かさにつながるよう努めている。 シーサイドギャラリーの開催を通じ、利用者の多世代交流の機会をつくっている 近隣の特別支援学校生、職場体験の生徒、介護実習生、趣味活動や傾聴のボランティアなどが来所し、利用者との交流を図っている。10月には特別養護老人ホーム、ケアハウスと協力しながら、施設内を彩る「シーサイドギャラリー」を開催し、利用者がこの日のためにつくった作品を展示します。期間中、施設内1階と5階を展示場とし、近隣の幼稚園、小学校、中学校、特別支援学校の生徒も作品を展示し、交流を深めることができた。ボランティアは、傾聴、介護補助、趣味活動の補助、演芸の披露など、様々な方法で交流を深めている。														

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-4-4	利用者の生活機能の維持・改善を目的とした機能訓練サービスを工夫し実施している
タイトル①	理学療法士は、利用者が楽しみながらリハビリを取り組めるよう支援している	
内容①	デイサービスには機能訓練指導員として理学療法士が常駐している。利用者の身体状態・機能を評価するほか、ADLが低下して不安を感じる利用者家族からの相談に応じるなど、様々なニーズに対応している。理学療法士は、希望者に対して「個別機能訓練計画書」を作成して、個別リハビリを実施している。また、集団・個人で取り組めるプログラムやレクリエーションを開発し、動く、発声、発音など、常にリハビリ効果を見込み、楽しく取り組める活動を支援している。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-3-3	利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している
タイトル②	通所介護支援システム導入で、業務の効率化を図り、サービス向上に努めている	
内容②	PCの通所介護システムを他の部門に先駆けてH28年に導入し利用者に関する情報や実施した介護情報、その他を、それぞれの項目ごとに統一した様式に入力している。それにより、利用者個々の情報の抽出、体調・体力・気力などの推移の把握、利用者情報の共有が図れている。また、紙記録に比べアセスメント、評価などの記録全般の経過を追いやすくなったので、毎月1回事業所内部で独自に各職種によるサービス担当者会議を開催して利用者に関する情報や課題及び課題解決策の検討や共有をしている。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	4-2-1	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
タイトル③	施設の情報システムは区の実施手順に基づき運用し情報セキュリティ確保を図っている	
内容③	施設における情報管理に関する規程や手順については、職員採用時や初回オリエンテーション時に説明し、全職員が理解し遵守するように取り組んでいる。取得情報は、社内LANやファイルサーバーで整理・保管し、必要時に必要な人が情報を活用している。また、施設で扱う情報の重要性や機密性を踏まえ、紙情報は施錠付きロッカーで保管し、データ情報へのアクセスはID & PWIにより職責に応じて制限している。さらに、施設の情報システムは区指定管理者向け情報安全対策実施手順で運用し、ウイルス対策ソフトは常に最新の状態を維持している。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	毎月、季節感を感じられる献立にし、楽しめる食事イベントや実演調理を実施するなど、利用者の食欲増進に努めている
	内容	管理栄養士は、ラウンドや残食調査、嗜好調査などの結果を踏まえ、栄養バランスの良く、利用者に喜ばれる食事づくりに努めている。複合施設内の各事業所の代表者で給食委員会を設置し、検討結果は管理栄養士の献立づくりに役立てている。食事は、毎月、季節感を感じられる献立にし、視覚・嗅覚を刺激し、かつ楽しめる食事イベントや実演調理を実施するなど、利用者の食欲増進のため様々な工夫をしている。個々の利用者の嚥下状態に応じた食形態(5形態)、アレルギーに応じた禁止食の徹底など、食におけるリスク管理も徹底している。
2	タイトル	通所介護マニュアルを整備し、基本理念に則りサービス水準の維持に努めている点が評価できる
	内容	通所介護マニュアルを整備し、1年に1回見直しに加え、ヒヤリ・ハットやインシデント報告があった場合は解析し、マニュアル内容を確認し、必要時には随時、改定を行っている。改定の際は、職員の意見、港南の郷の運営方針「利用者本位のサービス、高齢者や家族の安心生活、地域医療機関と連携し利用者の健康維持、住み慣れた地域で自立生活」を主軸に見直している。さらに、リーダー職員は日常的にOJTを行い、マニュアルに沿った業務の実施状況チェックと指導で、一定の技術水準の確保・維持に努めている点が評価できる。□
3	タイトル	施設で取扱う個人情報等は規程や手順に基づき情報管理し、情報システムは区の実施手順に基づき運用し情報セキュリティ確保を図っている
	内容	施設における情報管理に関する規程や手順については、職員採用時や初回オリエンテーション時に説明し、全職員が理解し遵守するように取り組んでいる。取得情報は、社内LANやファイルサーバーで整理・保管し、必要時に必要な人が情報を活用している。また、施設で扱う情報の重要性や機密性を踏まえ、紙情報は施錠付きロッカーで保管し、データ情報へのアクセスはID&PWIにより職責に応じて制限している。さらに、施設の情報システムは区指定管理者向け情報安全対策実施手順で運用し、ウイルス対策ソフトは常に最新の状態を維持している。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	職員の人材育成は人材研修計画に基づいているが、今後はさらに個人の育成成果を共有し、計画に反映させていくことが望まれる
	内容	施設の人材採用では書類選考後、職種別に現場担当者を含めた多面的面接を行い適性を判定している。また、職員の人材育成は、役職別の職員自己能力評価シートを基に幹部による職員面接を行い、キャリアパスと連動した人材育成計画について説明を行ったうえで能力評価を行い、職員研修委員会にて研修計画を策定している。一方で、今回実施した職員による事業評価結果から、職員研修委員会が策定した研修計画に、個人の育成成果を共有し、反映させていくことが必要と考えられるため、今後はさらに、研修計画策定プロセスの見直しが望まれる
2	タイトル	通所介護システムを導入し職員不足の中、サービス向上に役立てているが、情報共有スピードアップと共有チェックシステムが望まれる
	内容	PCの通所介護システムを導入し、情報入力・共有に活用し、職員不足の中、サービス向上に役立てている。今後は、さらなる情報共有のスピードアップが望まれる。また、現在は、PC上では情報共有をしたという確認の表示(個々の職員の閲覧済表示)がされていないことから、今後はさらに、確実に情報共有するため、チェックシステムを追加することが望まれる。共有日時が表示されると共有のスピードアップにも繋がると思われる。
3	タイトル	ボランティア受け入れはコロナ禍前の水準に達していないことから、関係者と連携して受け入れに取り組まれることが望まれる
	内容	特別支援学校生、職場体験の生徒、介護実習生、各種ボランティア等が来所し、利用者との交流を深めている。10月には施設内を彩る「シーサイドギャラリー」を開催し、利用者がこの日のためにつくった作品が展示される。期間中、近隣の子どもの作品を展示し、交流を深めるなど、コロナ禍前のレベルに地域交流が進んでいる。一方、ボランティアはコロナ禍前より減少していると振り返っている。利用者の生活の活性化のためにも、ボランティア活動が活発化するよう、地域の関係者と連携し、受け入れが進むよう取り組まれることが望まれる。