

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	小野崎 透	福祉	H1601088	
	②	楠原 賢二	福祉	H2101056	
	③	小野瀬 由一	経営	H0305057	
	④				
	⑤				
	⑥				
福祉サービス種別	通所介護【デイサービス】				
評価対象事業所名称	港区立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	2025 年 5 月 30 日				
利用者調査票配付日(実施日)	2025 年 9 月 22 日				
利用者調査結果報告日	2025 年 12 月 10 日				
自己評価の調査票配付日	2025 年 9 月 22 日				
自己評価結果報告日	2025 年 12 月 10 日				
訪問調査日	2025 年 12 月 12 日				
評価合議日	2026 年 2 月 10 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します 4) 地域の医療機関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 （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 ・誠実さを持ってサービスを提供すること

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50名を対象とし、20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

50

共通評価項目による調査対象者数

50

聞き取り

0

計

50

共通評価項目による調査の有効回答者数

20

0

20

利用者総数に対する回答者割合(%)

40.0

0.0

40.0

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」25.0%、「満足」55.0%、を全て足すと80.0%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	17	3	0	0
この項目では、17人が「はい」と答え、全体の85.0%を占め、「どちらともいえない」が15.0%、「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、「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	15	1	0	4
この項目では、15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5.0%、「いいえ」が0.0%という結果であった。				

3. 利用中に興味・関心が持てる行事や活動があるか	12	7	0	1
この項目では、12人が「はい」と答え、全体の60.0%を占め、「どちらともいえない」が35.0%、「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	14	5	0	1
この項目では、14人が「はい」と答え、全体の70.0%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。				
5. 職員から適切な情報提供・アドバイスを受けているか	15	3	1	1
この項目では、15人が「はい」と答え、全体の75.0%を占め、「どちらともいえない」が15.0%、「いいえ」が5.0%という結果であった。また、自由記入の結果では、「ベテランがいないので不安」などの声が聞かれた。				
6. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	19	1	0	0
この項目では、19人が「はい」と答え、全体の95.0%を占め、「どちらともいえない」が5.0%、「いいえ」が0.0%という結果であった。				
7. 職員の接遇・態度は適切か	20	0	0	0
この項目では、20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。				
8. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	19	0	0	1
この項目では、19人が「はい」と答え、全体の95.0%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、「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	10	4	1	5
この項目では、10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20.0%、「いいえ」が5.0%という結果であった。また、自由記入の結果では、「他者のことはわからない」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	16	4	0	0
この項目では、16人が「はい」と答え、全体の80.0%を占め、「どちらともいえない」が20.0%、「いいえ」が0.0%という結果であった。				
11. 利用者のプライバシーは守られているか	16	3	0	1
この項目では、16人が「はい」と答え、全体の80.0%を占め、「どちらともいえない」が15.0%、「いいえ」が0.0%という結果であった。				
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	15	2	1	2
この項目では、15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10.0%、「いいえ」が5.0%という結果であった。				
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	6	0	0
この項目では、14人が「はい」と答え、全体の70.0%を占め、「どちらともいえない」が30.0%、「いいえ」が0.0%という結果であった。				
14. 利用者の不満や要望は対応されているか	14	4	0	2
この項目では、14人が「はい」と答え、全体の70.0%を占め、「どちらともいえない」が20.0%、「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、「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	7	7	1	5
この項目では、7人が「はい」と答え、全体の35.0%を占め、「どちらともいえない」が35.0%、「いいえ」が5.0%という結果であった。また、自由記入の結果では、「ケアマネー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(カテゴリー1～5、7)

No.	共通評価項目	
	カテゴリー1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリー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	サブカテゴリー毎の 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
	カテゴリー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している。さらに、施設が目指していることの施設内掲示、家族懇談会における説明、併せて、事業計画書・事業報告書・諸規定・第三者評価報告書等の玄関開示により利用者や家族の理解を深める取り組みを行っている。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。 経営層は処務規程等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、社内LAN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取り組むべき方向性を提示し、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。 重要な案件は処務規程で定めた手順に基づき意思決定し、職員・利用者等に周知している 施設運営の重要な案件については、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、職員研修、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検討結果を協議している。これら重要な案件の決定事項は、職員に対して朝礼・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懇談会や定期便等により必要に応じて周知している。	

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 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 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、ニーズ等に基づく対応すべき課題は、事業計画・予算編成の作成時に抽出すると共に、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 当施設が目指すことの実現に向けた中・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ヵ年計画の現状を踏まえて見直しを行って策定している。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、各課ではその実現のための目標を毎年策定し、その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すると共に、当初の予算規模に応じた見直しを行いながら対応を図っている。 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、進捗度を確認しながら必要に応じ見直しを行っている。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、進捗状況に応じた目標達成に取り組んでいる。		

3 経営における社会的責任			カテゴリー3
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取り組み、定期的を確認している。		☐ 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

4			リスクマネジメント		5
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4の講評					
事故や感染症等の重要リスクは委員会に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)のうち、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り組んでいる。 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みを整備し、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 施設の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。施設が取得した情報は、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】・利用者の安心・安全を確保し、質の高いサービスを提供する 【理由・背景】・利用者の安全・安心の確保と質の高いサービス提供は、高齢者福祉施設にとっては、常に不変の課題である 【取り組み】①介護職の採用を進め、介護保険制度の処遇改善加算、東京都の処遇改善加算等を活用した賃金の改訂に組み込む事で、職員の意欲の向上を図った ②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 ③適切な入所管理を行い稼働の安定を図った ④地域貢献活動の実施体制の強化 【取り組みの結果】①介護職員の人材確保につながった ②賃金改定は職員のモチベーション維持につながった ③利用者個々の既往症は現状などの情報を多職種間で共有することにより、リスク管理に反映され対応力が向上した ④適切な入所管理により一定の稼働の安定化が図れた ⑤コロナ禍を経て、行事の拡大や利用者家族と交流する機会が増加し、ニーズに対応したサービス向上につながった 【検証・今後の方向性】①利用者個々のニーズ対応や安全の確保の点では人材確保に課題が残っている ②行事の拡大、地域・利用者との交流機会の拡大 ③事故件数減少のに向けた取り組みの強化	
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	
・当施設では昨年度も、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介護職員の人材確保につながった ②賃金改定は職員のモチベーション維持につながった ③利用者個々の既往症は現状などの情報を多職種間で共有することにより、リスク管理に反映され対応力が向上した ④適切な入所管理により一定の稼働の安定化が図れた ⑤コロナ禍を経て、行事の拡大や利用者家族と交流する機会が増加し、ニーズに対応したサービス向上につながった。 ・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対応や安全の確保のための人材確保 ②行事の拡大、地域・利用者との交流機会の拡大 ③事故件数減少のに向けた取り組みの強化 などに対応す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、①法人の区内施設と連動した人材確保策の推進や外国人材採用への取り組み推進、②近隣小中学生の作品を展示するシーサイドギャラリーに関する情報発信の強化 ③インシデント・アクシデントに関する安全対策委員会の原因分析に基づく再発防止対策の推進などの対策強化を期待する。	

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実践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適切な入所マネジメントによる空床期間の短縮、②医療介入が必要な利用者の積極的な受入れ、③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、④短期入所における特養空床の積極的活用、⑤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ら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、短期入所では医療対応利用者の受入が増加した ③利用者への多職種による関わり強化により質の高い介護実践が図れた、④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)は全て申請し取得した

【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の区民ニーズに対応し稼働率の向上を図る

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ら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、短期入所では医療対応利用者の受入が増加した ③利用者への多職種による関わり強化により質の高い介護実践が図れた、④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)は全て申請し取得した。

・当施設が、今後の対応として取上げている、当施設の強みの医療対応力に加え、緊急一時保護や措置入所等の区民ニーズに対応し稼働率の向上を図ることは、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更に深めて、緊急一時保護や措置入所等の受入れ増加を図ることで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
	サブカテゴリー1の講評		
ホームページのアーカイブでは行事や制作物、食事などの情報を提供しています 広報誌「港南の郷」や「すまいる」で施設の取り組みや利用者のことなど、情報提供を行うほか、港区や施設のホームページで事業所の詳細情報を提供している。特にホームページではアーカイブとして、行事や利用者がつくった制作物、食事の内容など、写真とコメントを付してリアルタイムで活動内容を伝え、閲覧者に施設での活動イメージがわくよう配慮している。事業所は複合施設の一角にあって、様々な目的で住民が訪れることから、共用スペースの掲示板に行事予定を掲示するなど、施設への来訪者への広報にも工夫をしている。 送迎車にパンフレットを用意し、送迎中に機会があれば高齢者に配付している 毎月、港区には活動報告を行うとともに、区内の居宅介護支援事業所には、実績報告とともに利用者の状況報告を行い、ケアマネジャーに事業所の活動を理解してもらうよう努めている。また、広報誌「すまいる」を郵送、又は持参してケアマネジャーに対する広報に努めている。さらに送迎車にはパンフレットを準備し、送迎の際、地域の高齢者と接する機会があれば、情報提供を行うなど、事業所の存在を知ってもらうよう努めている。 一時中断していた「地域交流会」を再開し、地域の老人会の会員を招待している コロナ禍以後、一時的に中止していた「地域交流会」を再開した。交流会には近隣の集合住宅の老人会のメンバーを招待して、交流を通じて住民ニーズの把握に努めるとともに、事業所に対する理解を深めてもらうよう働きかけている。見学の受入れは随時行い、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が、その際、送迎が必要な場合は送迎車で送迎するなど、見学者の利便に配慮している。同時に利用に至った場合の交通情報の把握にも努めている。			

サブカテゴリ-2			
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	7/7
評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている 評点(〇〇〇)			
	評価	標準項目	
	☒ あり ☐ なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している	☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている	☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している	☐ 非該当
評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている 評点(〇〇〇〇)			
	評価	標準項目	
	☒ あり ☐ なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している	☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている	☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	3. サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている	☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	4. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている	☐ 非該当
サブカテゴリ-2の講評			
サービス担当者会議に参加し、通所介護計画に必要な利用者情報を収集している 初回の利用者については、生活相談員が自宅を訪問し、サービス担当者会議に参加している。会議ではケアプランに示す課題、長期・短期目標を共有している。自宅訪問時には、ケアマネジャー提供の事前情報をもとに、利用者・家族の意向、既往・現病歴、主治医、緊急連絡先、生活歴などを確認して相談記録に記載し、業務支援システムのフェースシート、アセスメントシートを作成している。さらに重要事項の説明によりサービス内容、基本的ルール、自己負担額のほか、通所時の持参品など、利用上の留意点の説明を行い、同意を得て契約書を締結している。 初回の送迎では、面接を行った相談員が迎えに行くなど、不安解消に努めている 事前の自宅訪問で収集した利用者の相談記録の内容は、業務支援システムを通じて全職員で共有している。初回利用時には、環境変化になじむため不安を感じられているため、アセスメントで得た家族や趣味、生活歴から、関心のある話題でコミュニケーションをとり、不安解消に努めている。初回から当面の間、重点的に関わりをもって信頼関係をつくるとともに、その方の新たな情報把握に努めている。また、送迎にあたっては、訪問面接を行った相談員が迎えに行くようにして、少しでも不安軽減につながるよう配慮している。 終了時、利用者には職員からのメッセージカードを贈呈して、感謝を伝えている 初回利用時には、入浴・排泄・移動・移乗などの項目の評価を行い、その後のケアに生かしている。その方の性格や生活習慣を尊重したケアに取り組んでいる。活動への参加は無理強いせず、本人の意思を尊重して参加を促している。初回の利用終了後、家族に家庭での様子や感想を確認し、施設での利用者の状況を伝えるほか、ケアマネジャーにも利用状況を報告している。サービス終了時にはケアの継続性のため、施設入所等であれば情報提供を行っている。また、利用者には職員からメッセージカードを贈呈し、感謝の気持ちを伝えている。			

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		
ケアプランの目標を踏まえ、アセスメント結果により通所介護計画を作成している 生活相談員はサービス担当者会議に参加し、ケアマネジャーから提供を受けている情報をもとに本人、家族に聞き取りを行っている。聞き取り内容は緊急連絡先、家族構成、住宅環境、生活状況、現病・既往歴、主治医、服薬状況などで、相談記録に記載し、業務支援システムで管理して職員間で共有している。会議では、他のサービスの利用状況を確認し、チームケアの実現に向けて関係づくりに努めている。ケアプランに示す課題、援助目標を踏まえ、アセスメント結果により課題分析を行って、この解決に向けて通所介護計画書を作成している。 通所介護マニュアルには、PDCAサイクルに基づく具体的手順が示されている 通所介護計画は、ケアプランに応じて目標期間(通常6カ月)を設定し、定期にモニタリングを行っている。目標期間の終了前に再アセスメントを実施している。課題を分析し、この解決に向けた内容にしている。また、状態変化や要介護度の変更に応じて、見直しを行うなど、計画的、継続的なサービス提供に努めている。モニタリングは、通所介護計画の目標、サービス内容の評価を行っている。通所介護マニュアルには、アセスメント、課題分析、計画作成、モニタリング、計画見直しなど、PDCAサイクルに基づく具体的手順が示され、実践している。 事業所内のサービス担当者会議を開催し、利用者の課題・解決策を検討している 利用者の個別の記録はケース記録、全体の状況は業務日誌に記載している。申し送りは業務支援システムに記載し、職員間で共有してケアの継続性を確保している。また、業務支援システムは入力(インプット)とともに、出力(アウトプット)情報の活用にも役立っている。利用者のバイタルデータや体重など推移を把握するほか、一定の条件で抽出を行うなど、質の高いケアの基礎情報として活用している。さらに月に1回、事業所内でサービス担当者会議を開催して、利用者ごとの課題を共有し、この解決に向けた検討を行い、実践している。		
サブカテゴリー5		
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリー毎の 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

サブカテゴリー5の講評

マニュアルには、場面ごとの権利擁護やプライバシー配慮の手順を示している

利用開始前に個人情報の使用に関して文書で同意を得ている。さらに実際に使用する際は、個別に了解を得ている。通所介護マニュアルには、権利擁護やプライバシーへの配慮に関して、様々な場面ごとの手順を示し、職員はこれを実践している。請求書や連絡帳、お薬ポーチなどの私物や、文書・物品の取扱いは、他の利用者の目に触れることがないように配慮している。また、私物には必ず名前を記入しての持参をお願いしている。オーバーなどの外着を預かる際は、名札をつけ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。

入浴時、カーテンやパーテーションで肌を露出しないよう羞恥心に配慮している

イベント、クラブ活動、運動などの集団活動や、食事、入浴などは、その都度声かけをして、本人の意思を確認して、無理強いはいしないよう配慮している。また、体調悪化の際は、看護師が状態観察して、家族やかかりつけ医に相談して、必要な対応をとっている。トイレや入浴などの支援で本人が望む場合は同性介助を行っている。また、入浴時にはカーテンやパーテーションを利用するほか、タオルで肌を露出しないようにするなど、利用者の羞恥心に配慮している。トイレ利用では、周りに気づかれないような誘導を心がけている。

「虐待の芽チェックリスト」を活用し、自らの振り返りと気づきの機会とする

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。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。利用者の状態悪化につながる恐れのある不適切ケアが見られる場合、ケアマネジャーと情報共有して必要な対応をとっている。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いる。これに基づいたサービスを提供することで、職員によって手順が違うなど、サービスの質のばらつきをなくし、標準的なサービス水準を確保している。マニュアルはパソコンの共有ホルダーに格納するほか、紙資料としてフロアや職員休憩室にも常備し、必要に応じて閲覧できるようにしている。新入職の職員研修でテキストとして活用するほか、日常的なOJTの際にも活用して、指導に役立て、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。 マニュアルの手順が運営方針に照らして妥当か、理念を実践に反映するよう努めている 通所介護マニュアルは、1年に1回定期の確認と見直しを行い、必要に応じて改定を行っている。さらにヒヤリハットやインシデントが起こった際にも、関わった職員の実際の手順の確認を行うとともに、マニュアルの妥当性も検証し、必要に応じてマニュアルの見直しを行っている。見直しを行った際は改訂の履歴を管理を行うとともに、ミーティングを通じて職員の間で周知して実践に生かすよう取り組んでいる。また、施設の運営方針に照らして、具体的手順が正しいかどうか評価するなど、理念を実践に生かすよう取り組んでいる。		

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

サービスの実施項目		サブカテゴリー4	
		サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	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			
サービス担当者会議では、日頃の利用状況、課題を各担当者と共有している 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、必要に応じて連絡をとって連携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、定期のモニタリングによって目標の達成状況を評価している 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会議で作成している。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、定期の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更になった際は、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。 利用者の個性や身体状況、希望に応じて、活動内容を選択できるようにしている 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、様々な形態があるが、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、択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			
旬の食材で季節感を感じる料理や郷土料理、楽しめる食事イベントを実施している 毎月、旬の食材で季節感を感じる料理や、郷土料理などの献立にするほか、視覚・嗅覚を刺激し、楽しめる食事イベントを実施するなど、利用者の食欲増進のための工夫をしている。利用者の嚥下状態に応じた食形態(5形態)への変更、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、喜ばれる食事づくりに努めている。また、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。 一般浴・イス浴・寝浴から、その方の身体機能や状態に応じた方法で入浴している 入浴手順が人によって異なると、利用者は不安を感じるため、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・イス浴・寝浴から、その方の身体機能やその日の状態に応じた方法で入浴してもらっている。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。理学療法士は、利用者の身体機能の評価を踏まえ、日常生活の各動作時の介助方法について介護員に必要な助言をしている。 移乗サポートロボットを利用するなど、次世代介護機器の積極的に活用している 排泄チェック表を作成し、タイミングの良い排泄介助を行っている。立ち座りや移乗が困難な場合、移乗サポートロボットを利用し、安全なトイレ介助を行うなど、次世代介護機器の積極的に活用している。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、安全な送迎方法を検討、実践している。送迎中、インカムを使用して、ドライバーとデイで連絡を取り合い、待ち合わせ時の行き違い防止に努めている。リフト付き送迎車にはドライブレコーダー、降ろし忘れ警告装置を備えている。ドライバー、添乗員の2名で安全な送迎に努めている。			

3 評価項目3 利用者の健康を維持するための支援を行っている			評点(〇〇〇)
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者の心身の状況に応じた健康管理を行っている		○非該当
●あり ○なし	2. 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などのしくみを整えている		○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			
看護師は、緊急時の対応や体調不良時の早期発見、健康管理を行っている 看護師が常駐して、緊急時の対応や体調不良時の早期発見、健康管理を行って、適格な支援につなげている。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。添乗員から家族の申し送りを確認し、看護記録に記載している。利用者の健康状態で気になることは主治医意見書を確認した上、必要に応じ医師や訪問看護師に直接連絡して、適格な支援を行っている。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、増減を確認して変化を見逃さないようにしている。 持参薬は「薬カード」と照合し、変更があった場合は家族に必ず確認しています 薬を預かる際は、服薬方法等を「薬カード」に記入している。さらに業務支援システムで「服薬情報」として管理している。朝の到着時、持参薬と薬カードと照合し、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、複数の職員で複数回確認している。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」を送迎車にも常備し、送迎中の急変時の対応に備えている 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。緊急医療情報(資料)ファイルを施設内のほか、送迎車にも常備し、急変時に救急隊員、医療機関に迅速・正確に必要な情報を提供できるようにしている。職員はAEDの使用方法的研修を受け、必要時に慌てずに使用できるよう備えている。感染症の発生時、文書を通じて家族に注意喚起を行うなど、予防対策を行っている。			
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			
個別機能訓練計画を作成・実践し、計画的・継続的なサービスを提供している 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」を作成してリハビリを実践して、計画的・継続的な機能訓練サービスを提供している。計画に沿って個別機能訓練を実践し、3か月ごとに目標に照らして効果を評価し、必要に応じて計画の見直しを行っている。PDCAサイクルを通じて、質の高い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する、生活リハビリが実践さ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、利用者を支援している。 車いす利用者が、良好な座位姿勢を保てるようシーティングを実践している 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協力して支援することもある。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。理学療法士は、車いす利用者に良好な座位姿勢をキープできるようシーティング方法を介護員、家族に指導することもある。			

5	評価項目5 利用者の主体性を尊重し、快適に過ごせるような取り組みを行っている		評点(〇〇〇〇)															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>1. 利用者が他の利用者と快適な関係を持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持ちながら生活することができるよう支援を行っている	○非該当	●あり ○なし	2. 利用者の状況に応じて、多様な活動ができるよう支援を行っている	○非該当	●あり ○なし	3. 利用者が落ち着いて生活できるような支援を行っている	○非該当	●あり ○なし	4. 事業所内は、利用者の安全性や快適性に配慮したものとなっている	○非該当		
評価	標準項目																	
●あり ○なし	1. 利用者が他の利用者と快適な関係を持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																		
コミュニケーションロボットとの会話を通じ、利用者間の交流を支援している 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。さらにコミュニケーションロボットを導入し、ロボットとの会話を通じて利用者間の交流が図れるよう取り組んでいる。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。活動の節目には、お茶などを提供して気持ちを切り替えてもらうとともに、必要な水分量の確保にも努めている。 多様なプログラムの中から、利用者は希望している活動に参加している 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が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。利用者アンケートを行うほか、メッセージボックスを設置し、利用者・家族の声を活動の基礎資料として役立てている。 図書館の展示スペースに作品を掲示し、利用者のやる気につなげている 制作活動でできあがった作品は、施設内に掲示するほか、港南図書館の展示スペースを借用し、家族はもとより、近隣の住民に見てもらうようにしている。作品展示を通じて、利用者のやる気につながっている。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。																		
6	評価項目6 事業所と家族との交流・連携を図っている		評点(〇〇)															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>1. 利用者のサービス提供時の様子や家庭での普段の様子を家族と情報交換し、共有している</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>2. 家族の状況に配慮し、相談対応やアドバイスをを行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>	評価	標準項目		●あり ○なし	1. 利用者のサービス提供時の様子や家庭での普段の様子を家族と情報交換し、共有している	○非該当	●あり ○なし	2. 家族の状況に配慮し、相談対応やアドバイスをを行っている	○非該当								
評価	標準項目																	
●あり ○なし	1. 利用者のサービス提供時の様子や家庭での普段の様子を家族と情報交換し、共有している	○非該当																
●あり ○なし	2. 家族の状況に配慮し、相談対応やアドバイスをを行っている	○非該当																
評価項目6の講評																		
利用者が抱える課題は、ミーティングを通じて共有し、解決策を検討している 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。 利用者、家族、職員が一緒に楽しめる「年末お楽しみ会」を企画している 家族懇談会は家族の負担軽減のため、代替として家族アンケートを実施している。利用者・家族が意見、要望を伝える機会として、事業所側はニーズを把握する機会としている。結果は職員間で共有して次年度に生かすほか、レポートを作成して家族にフィードバックしている。一方、今年度は年末に家族、利用者、職員が交流する機会とし「年末お楽しみ会」を企画しています。家族からの相談は生活相談員を窓口健康管理は看護師、リハビリは理学療法士が対応している。また、課題に応じて区のサービスや、介護用品など様々な相談に対応している。																		

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														
	社会資源の情報提供を通じ、利用者の外出機会につながるよう配慮している 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ている。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、手芸、演芸、書道、傾聴、カラオケ、絵手紙、三線、フラダンスなど、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	6-3-2	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
タイトル①	通所介護計画は、PDCAサイクルを通じて、サービスの質の向上につなげている	
内容①	通所介護計画は、ケアプランに応じて目標期間(通常6カ月)を設定し、定期的にモニタリングを行っている。目標期間の終了前に再アセスメントを実施している。課題を分析し、この解決に向けた内容にしている。また、状態変化や要介護度の変更に応じて、見直しを行うなど、計画的、継続的なサービス提供に努めている。モニタリングは、通所介護計画の目標、サービス内容の評価を行っている。通所介護マニュアルには、アセスメント、課題分析、計画作成、モニタリング、計画見直しなど、PDCAサイクルに基づく具体的手順が示され、実践している。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-2	利用者一人ひとりの状況に応じて生活上で必要な支援を行っている
タイトル②	旬の食材で季節感のある料理や、郷土料理、食事イベントなどを実施している	
内容②	毎月、旬の食材で季節感を感じる料理や、郷土料理などの献立にするほか、視覚・嗅覚を刺激し、楽しめる食事イベントを実施するなど、利用者の食欲増進のための工夫をしている。利用者の嚥下状態に応じた食形態(5形態)への変更、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、喜ばれる食事づくりに努めている。また、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。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-4-3	利用者の健康を維持するための支援を行っている
タイトル③	看護師は利用者の健康管理を行うとともに、急変時、必要な対応を行っている	
内容③	看護師が常駐して、利用者全員の健康管理を行うとともに、緊急時の対応や体調不良時の早期発見に取り組んでいる。利用者到着時、看護師はバイタル測定(体温・血圧・脈拍)を行うほか、添乗員から家族の申し送りを確認し、看護記録に記載している。利用者の健康状態で気になることは主治医意見書を確認した上、必要に応じ医師に連絡して、必要な指示を得て対応している。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、増減を確認して変化を見逃さないようにしている。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	理学療法士と介護員が協力して各種プログラムを企画し、すべての職員が司会を担うなど、全体のスキルアップを図っている
	内容	理学療法士と介護員は協力しながら、各種のプログラムやレクリエーションの企画を行っている。企画にあたっては、運動機能の向上を目指すなど、リハビリ効果を見込める内容にしている。バランス綱引き、ピットボール、お手玉ダーツ、ピンポンシュートゲームなど、楽しく取り組める内容で、心身の活性化につながっている。プログラムはカラフルな「活動予定」に示し、利用者の期待感を高めている。さらに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。
2	タイトル	介護ロボットやインカム、降ろし忘れ警報装置など、新たな介護・業務ツールを積極的に活用し、サービスの質の安定を図っている
	内容	コミュニケーションロボットを導入し、ロボットとの会話を通じて、利用者が心を癒すとともに、利用者間の交流が図れるよう支援している。さらに立ち座りや移乗が困難な利用者の排泄介助では、移乗サポートロボットを利用し、安全なトイレ介助を行うとともに、抱えない介護を行うことで、職員の腰痛予防対策に取り組んでいる。また、送迎では、リアルタイムの連絡のためにインカムを利用するほか、降ろし忘れ警告装置を導入するなど、次世代介護ロボットや業務支援機器を積極的に活用することで、サービスの質の安定、リスク管理を徹底している。
3	タイトル	施設の強みを活かした介護教室等の講演会や近隣小中学生の作品展示を行なう等、シーサイドギャラリー等による地域貢献を行っている
	内容	地域社会に向け、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、ホームページやブログでも発信している。また、地域に開かれた施設として、ボランティア・実習生の受入マニュアルも整備し、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っている。さらに、高齢者相談センターと連携し介護教室の講演会を実施している。併せて、地域防災ネットワーク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。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	職員採用は積極的な人材確保戦略をとっており、今後も、十分な人材確保に向けて引き続き対策を講じていくことが望まれる
	内容	職員による事業評価では、特に介護職員の入れ替わりによる定着不足が一部の職員の負担につながっているため改善が必要とされる意見が多い。施設では、介護職員の採用については、積極的な人材確保戦略を継続しているが、十分は人員確認には至っていない。今後、外国人採用や各事業所間・各施設間での人材異動や配置の推進等による適切な人材確保対策を推進することにより、職員の業務負担感を軽減し、介護に対する職員の意欲の向上に取り組むことが望まれる。
2	タイトル	在宅における入浴機会の確保は切実なニーズなので、目標の実現に向けて積極的な受け入れが望まれる
	内容	事業所では一般浴・イス浴・寝浴の3種類の入浴方法から、その方の身体機能やその日の状態に応じた方法で入浴してもらっている。加齢による身体機能の低下により、浴槽のまたぎが困難な方、座位は保てるが、一般浴は困難な方、寝たきりで座位を保てない方など、在宅では様々な入浴ニーズがあり、これを充足する入浴設備が当事業所にはある。当事業所では「入浴希望の積極的受け入れ」を重点目標としている。在宅における入浴は切実なニーズなので、目標の実現に向けて、今後とも積極的に受け入れを進めることが望まれる。
3	タイトル	医療依存度の高い利用者のニーズの充足に向け、積極的な受け入れを進めることが望まれる
	内容	事業所には常勤の看護師を配置しており、各利用者のかかりつけ医等と連携・協力しながら、医療的ケアを通じて在宅生活の継続を支援している。医療依存度の高い利用者にとって、外出機会や他者との交流は生活の質（QOL）に直結する重要なニーズであり、これに対応できるデイサービスが求められている。当事業所では「医療ニーズのある利用者の積極的な受け入れ」を重点目標として掲げており、今後も継続的かつ積極的な受け入れが望まれる。