

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	認知症対応型通所介護				
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サン・サン赤坂			指定番号	1390300281
事業所連絡先	〒	107-0052			
	所在地	東京都港区赤坂6丁目6番14号			
	Tel	03-5561-7831			
事業所代表者氏名	沼倉 賢司				
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 20 日				
利用者調査結果報告日	2024 年 11 月 26 日				
自己評価の調査票配付日	2024 年 9 月 20 日				
自己評価結果報告日	2024 年 11 月 26 日				
訪問調査日	2025 年 1 月 17 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)法人理念にある「四恩報謝」の教えに根本を置いた「聖労」（報いを求めない聖（きよ）き労働）を実践し、「地域とともに育つ」ことを常に忘れず、社会福祉の目的の実現をめざします。 2)赤坂の地域性・特徴を十分に生かし、質の高いサービスを提供することにより地域福祉に貢献します。 3)ご利用者一人ひとりが安全で気兼ねなく安心して過ごせる施設を目指します。 4)併設する赤坂子ども中高生プラザとの間では、コロナ禍での新しい高齢児童交流の充実に努めます。 5)職員にとって働きやすい職場づくりを目指します。
2	期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）
	（1）職員に求めている人材像や役割 東京聖労院には人事考課制度がありその中で下記に示された内容で職員像を示しています。 ○組織人間力 法人の歴史を理解し、歴史を支えた理念に共感し、実践することを期待しています。 ○福祉人間力 利用者本意の姿勢と考え方で接することができるマインドの持ち主であることとともに、利用者等の声や気持ちを十分に受けとめることができる豊かな感受性を期待しています。 ○仕事・役割「情意効果」 組織人としての「規律性」「責任性」「協調性」「積極性」について評価基準を設定し、仕事への根本的な姿勢について求められる職員像を明確にしています。 ○仕事・役割「組織役割」 全職種・全職位共通の評価項目として所属部署内での個別役割を設定しています。法人・施設の成長に向けて、職員が組織に対する責任を果たし役割を達成する姿勢の持ち主であることを求めています。 ○仕事・役割「個別専門職務」 各専門職・各職位に応じて求められる個別専門職務について評価基準を設定しています。福祉専門職として職種・キャリア・職位に応じた個別専門職務を身に着け、更なる成長に向けて弛まぬ努力を続ける姿勢を持つことを求めています。
	（2）職員に期待すること（職員に持って欲しい使命感） 時代が変わり、求められる事柄は増えつつも「福祉は人なり」の真理が変わることはなく、最も重要なものは「（福祉に携わる）人」であると言えます。その「方向性」を見失うことなく「ゴールなきゴール」を目指し「恒常的」に「自己研鑽」を積み「変化・成長」を重ね続ける姿こそが「（福祉に携わる）人」像と考えています。

調査対象

利用登録者で調査票配布時に当事業所を利用している5名を対象とし、2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ました。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ました。

利用者総数

5

共通評価項目による調査対象者数

5

共通評価項目による調査の有効回答者数

2

利用者総数に対する回答者割合(%)

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」50.0%、「満足」50.0%、を全て足すと100.0%の回答率となっており、利用者の満足度が高い状況が伺われます。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ました。

場面観察方式の調査結果

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

評価機関としての調査結果

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

機能訓練を始める際の声掛けで、初めから機能訓練という言葉ではなく、「階段に行ってみます。」など一つ一つの動作に誘い、場所も階段昇降以外は、複合施設1階の広いスペースを一緒に歩きながら、姿勢、バランスなども確認されており、近くにソファがあると、職員も一緒に座って、手遊びをされるなど、建物の中を散歩することが歩行訓練、機能訓練になっており、利用者の方もとても良い表情をされていました。

《選定した場面から評価機関が読み取った利用者の気持ちの変化》

最初から、機能訓練という目的から話されると、本人お理解の程度にもよりますが、負担感もあり、なぜ？やらなきゃいけないの？面倒臭いなど、気分によっては気が進まないのもやりたくないということもありがちですが、デイサービスの会話の中で、階段へ行くという誘い、その流れで目的の場までの歩行、ソファで休みながら時に横になるなどしてくつろげる時間がありつつも、自然な会話から手遊びへと進んでいくなど、利用者の方にとっては機能訓練という目的より、楽しみながら、自然な会話、散歩などをして過ごしていたとびう印象なのではないかと思われます。歩きながらの会話でも、笑顔も見られるなど、とても良い表情をされており、自然に機能訓練という目的が果たされていたという印象でした。

「評価機関としての調査結果」に対する事業者のコメント

デイサービスでは、集団活動の中にも出来る限り個別の活動を取り入れながら機能訓練を提供しています。丁寧に機能訓練の説明を行いながら、ご利用者の状態に合わせて提供しております。今回の調査で、機能訓練の取り組みを第三者の目線で見頂くことで改めて自分たちの活動を振り返ることが出来てとても良かったです。今後も機能訓練に取り組み、さらに、認知症の方へのアプローチを利用者一人ひとりの状態に合わせて段階的にアプローチしていくことを進めていきます。

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	2	0	0	0
この項目では、2人が「はい」と答え、全体の100.0%を占めていた。				
2. 認知症や心身の状況に応じて日常生活に必要な介助を受けているか	2	0	0	0
この項目では、2人が「はい」と答え、全体の100.0%を占めていた。				
3. 利用中に興味・関心が持てる行事や活動があるか	0	2	0	0
この項目では、0人が「はい」と答え、全体の0.0%を占め、「どちらともいえない」が100.0%という結果であった。				
4. 事業所に通うことで利用者の心身の状況が安定しているか	2	0	0	0
この項目では、2人が「はい」と答え、全体の100.0%を占めていた。				
5. 職員から認知症への対応をはじめ適切な情報提供・アドバイスを受けているか	2	0	0	0
この項目では、2人が「はい」と答え、全体の100.0%を占めていた。				

6. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	2	0	0	0
この項目では、2人が「はい」と答え、全体の100.0%を占めていた。				
7. 職員の接遇・態度は適切か	2	0	0	0
この項目では、2人が「はい」と答え、全体の100.0%を占めていた。				
8. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	2	0	0	0
この項目では、2人が「はい」と答え、全体の100.0%を占めていた。				
9. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	2	0	0	0
この項目では、2人が「はい」と答え、全体の100.0%を占めていました。				
10. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	2	0	0	0
この項目では、2人が「はい」と答え、全体の100.0%を占めていた。				
11. 利用者のプライバシーは守られているか	2	0	0	0
この項目では、2人が「はい」と答え、全体の100.0%を占めていた。				
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	2	0	0	0
この項目では、2人が「はい」と答え、全体の100.0%を占めていた。				

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	2	0	0	0
この項目では、2人が「はい」と答え、全体の100.0%を占めていた。				
14. 利用者の不満や要望は対応されているか	2	0	0	0
この項目では、2人が「はい」と答え、全体の100.0%を占めていた。				
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	2	0	0	0
この項目では、2人が「はい」と答え、全体の100.0%を占めていた。				

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			
法人が目指していることを職員や利用者家族等に周知し、実現に向けて取り組んでいる 法人では、理念を人事考課の項目に入れ面接時に確認している。また、法人の理事長を講師とした理念研修を新入職員に毎年実施すると共に中途職員には入職時研修において説明し周知徹底に取り組んでいる。さらに、法人のビジョン・基本方針は年度当初の職員会議で説明した後に資料を各部署に配布し職員の理解を深めています。併せて、職員倫理綱領を配布し周知活動を行い行動の規範としている。一方、施設が目指している理念や事業計画は、利用者家族等の理解を深めるため、ホームページに掲載しているほか家族会でも説明し理解を求めている。 経営層は法人理念等を実現するために、方向性を示しリーダーシップを発揮している 経営層は、法人の理念、経営の安定、質の高いサービス等に向け、経営層の役割と責任を職員に伝えている。それを受け、各職層の職員は、質の高いサービスの実現に向け、特養、デイともに、係の目標を掲げ、達成状況を検証し、新たな目標を設定するなど、常に組織目標の実現のために取り組んでいる。また、毎月法人が行う運営委員会を受けて、施設の課長会では目指すべき方向を確認している。さらに、介護現場において出た問題点は施設長を中心とした管理職ミーティングを開催し施設として取り組むべき方向性を示しリーダーシップを発揮している。 重要案件の意思決定と決定経緯について、職員と利用者等に定期的に周知している 施設では、重要な案件の内容に応じ、予め決められた各部署の責任と手順に応じて対応している。また、身体拘束や感染症予防対策、労働安全衛生、事故や苦情等については、委員会を設置し協議により対応方法を決めている。さらに、毎月の課長会では理事会や運営委員会における決定事項の報告を行っている。併せて、これら決定事項は年2回の職員会議と共に、緊急の場合は本部による職員説明会を随時開催し職員へ周知している。加えて、利用者家族には年2回の家族会や毎月の便りで伝えると共に、内容に応じてポスター掲示等でも伝えている。			

2 事業所を取り巻く環境の把握・活用及び計画の策定と実行 サブカテゴリ1(2-1) 事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 6/6 評価項目1 事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している 評価 標準項目 <table border="1"> <tr> <td> ●あり ○なし </td> <td>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</td> <td> ○非該当 </td> </tr> <tr> <td> ●あり ○なし </td> <td>2. 事業所運営に対する職員の意向を把握・検討している</td> <td> ○非該当 </td> </tr> <tr> <td> ●あり ○なし </td> <td>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</td> <td> ○非該当 </td> </tr> <tr> <td> ●あり ○なし </td> <td>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</td> <td> ○非該当 </td> </tr> <tr> <td> ●あり ○なし </td> <td>5. 事業所の経営状況を把握・検討している</td> <td> ○非該当 </td> </tr> <tr> <td> ●あり ○なし </td> <td>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</td> <td> ○非該当 </td> </tr> </table> サブカテゴリ2(2-2) 実践的な計画策定に取り組んでいる サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 5/5 評価項目1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画及び単年度計画を策定している 評価 標準項目 <table border="1"> <tr> <td> ●あり ○なし </td> <td>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</td> <td> ○非該当 </td> </tr> <tr> <td> ●あり ○なし </td> <td>2. 中・長期計画をふまえた単年度計画を策定している</td> <td> ○非該当 </td> </tr> <tr> <td> ●あり ○なし </td> <td>3. 策定している計画に合わせた予算編成を行っている</td> <td> ○非該当 </td> </tr> </table> 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 <table border="1"> <tr> <td> ●あり ○なし </td> <td>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</td> <td> ○非該当 </td> </tr> <tr> <td> ●あり ○なし </td> <td>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</td> <td> ○非該当 </td> </tr> </table>			●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	●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	●あり ○なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた、計画の推進方法(体制、職員の役割や活動内容など)、目指す目標、達成度合いを測る指標を明示している	○非該当	●あり ○なし	2. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる	○非該当	カテゴリ2の講評 施設の利用者・職員や地域・福祉全体の情報収集とニーズ把握により対応を図っている 利用者の意向は、サービス評価アンケートや第三者評価アンケートを毎年実施し把握に努めている。また、毎月開催の拡大ミーティング等で出た職員の意向は各リーダーが把握・検討し、必要に応じて管理職、施設長まで上がってくることになっている。さらに、併設の児童館との共催による地域の民生・児童委員、警察、学校、関係行政機関等に働きかけ地域懇談会を年2回開催し、地域の福祉の現状やニーズの把握に努めている。併せて、地区委員として社会を明るくする運動等に参加し、地域のキーパーソンたちと顔の見える関係づくりにも努めている。 施設が目指すことの実現に向けた事業・予算計画を策定し、課題解決に取り組んでいる 施設では、法人の中期計画(3か年)に基づき毎年事業計画書・予算計画書を策定し計画的な運営を図っている。施設の事業計画書・予算計画書の策定においては、各部門長が現場職員の声や意見、利用者の意向、地域福祉にニーズを踏まえて計画に反映させている。これら計画の実行においては、毎月の法人全体の運営委員会において経営データが提供される共に、施設の経理担当が毎月の試算表を活用した施設独自の数値データを作成している。施設では、これらの最新経営データに基づく課題を抽出し解決に向けて取り組んでいる。 施設が策定した計画の進捗状況に応じた見直しを行い、目標達成に向けて取り組んでいる 施設の事業計画・予算計画の推進にあたっては、経営層が、収入・稼働率・経費・人員計画などの数値目標を設定し、毎月・4半期・半期ごとに進捗状況の確認を行っている。また、毎月の法人運営委員会では計画の進捗確認と見直しを行うと共に、目標数値と実績に乖離がある場合は、毎月の課長会で原因を分析し対策を講じ計画実践に取り組んでいる。施設では、事業計画・予算計画について職員会議や係のミーティング等で周知を図るなど、施設全体で目標達成に向けて取り組んでいる。
●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																																		
●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																																		
●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																																		

3 カテゴリー3		
3 経営における社会的責任		
サブカテゴリー1(3-1)		
社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 2/2
評価項目1 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知し、遵守されるよう取り組んでいる 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 全職員に対して、社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などを周知し、理解が深まるように取り組んでいる	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などが遵守されるよう取り組み、定期的に確認している。	☐ 非該当
サブカテゴリー2(3-2)		
利用者の権利擁護のために、組織的な取り組みを行っている		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 4/4
評価項目1 利用者の意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応する体制を整えている 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 利用者の意向(意見・要望・苦情)に対し、組織的に速やかに対応する仕組みがある	☐ 非該当
評価項目2 虐待に対し組織的な防止対策と対応をしている 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、虐待が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に防止対策を徹底している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 虐待を受けている疑いのある利用者の情報を得たときや、虐待の事実を把握した際には、組織として関係機関と連携しながら対応する体制を整えている	☐ 非該当
サブカテゴリー3(3-3)		
地域の福祉に役立つ取り組みを行っている		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 5/5
評価項目1 透明性を高め、地域との関係づくりに向けて取り組んでいる 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 透明性を高めるために、事業所の活動内容を開示するなど開かれた組織となるよう取り組んでいる	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. ボランティア、実習生及び見学・体験する小・中学生などの受け入れ体制を整備している	☐ 非該当
評価項目2 地域の福祉ニーズにもとづき、地域貢献の取り組みをしている 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 地域の福祉ニーズにもとづき、事業所の機能や専門性をいかした地域貢献の取り組みをしている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 事業所が地域の一員としての役割を果たすため、地域関係機関のネットワーク(事業者連絡会、施設長会など)に参画している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働できる体制を整えて、取り組んでいる	☐ 非該当

	カテゴリー3の講評
	介護職が守るべき法・規範・倫理などを全職員に周知し、遵守されるよう取組んでいる 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・倫理などは、法人の事業計画書・就業規則・職員倫理綱領に明示している。また、法人の規程集は各部署に配置すると共に職員倫理綱領は施設内に掲示し全職員がいつでも確認出来るようにしている。さらに、法人としてプライバシーマーク認証資格を取得し、個人情報保護体制を強化している。これら介護職が守るべき法・規範・倫理などは、職員の入職時オリエンテーションで全職員に説明すると共に、職員倫理要綱は朝礼時に読み上げを行う等により全職員の理解が深まるよう取組んでいる。 利用者の意向を多様な方法で把握し、迅速な苦情対応や組織的虐待防止を徹底している 利用者の意向を把握するため、玄関に意見箱を設置し、頂いた意見は「皆さまの声」として無記名で掲示している。また、施設外の相談先として第三者委員の連絡先を掲示している。利用者から頂いた意見への対応フローが法人として整備され、施設毎のマニュアルに基づき対応している。さらに、苦情が発生した際は、月例苦情対応委員会において対策等を検証している。併せて、利用者の気持ちを傷つける言動や虐待の防止を図るため、身体拘束ゼロ研修や施設内研修を毎年行い、組織的な防止対策を徹底する共に関係機関との連携体制も整備している。 透明性を高め、地域ニーズにもとづき地域との関係づくりと地域貢献に取り組んでいる 透明性を高めるため、第三者評価や介護サービス情報公開を毎回受審している。また、事業計画書、事業報告書、決算報告書、運営規程を閲覧できるよう窓口に提示し、法人季刊誌を年3回発行・配布すると共に、ホームページにも活動情報を掲載し適時更新している。さらに、専任のボランティアコーディネータを配置しボランティア活動を積極的に受け入れると共に、実習生や見学などの受け入れを各部の管理職が丁寧に対応している。併せて、新型コロナ後の地域貢献として、併設児童館と合同の地域懇談会や地域合同防災訓練（書面開催）に取り組んでいる。

4 カテゴリー4		
リスクマネジメント		
サブカテゴリー1(4-1)		
リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況 5/5
評価項目1 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる		評点(〇〇〇〇〇)
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 事業所が目指していることの実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる	☐ 非該当
サブカテゴリー2(4-2)		
事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況 4/4
評価項目1 事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 情報の収集、利用、保管、廃棄について規程・ルールを定め、職員(実習生やボランティアを含む)が理解し遵守するための取り組みを行っている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・管理している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定するほか、情報漏えい防止のための対策をとっている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	4. 事業所で扱っている個人情報については、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえ、利用目的の明示及び開示請求への対応を含む規程・体制を整備している	☐ 非該当
カテゴリー4の講評		
施設のリスク対応手順を整備し、優先度に基づくリスクマネジメントに取り組んでいる 施設では、施設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)への対応手順として、事故対応マニュアル、感染症対策マニュアル、事業継続計画書等を整備している。施設のリスクマネジメントにおいては、施設の事業運営を取り巻くリスクを洗い出し、これらマニュアル等に基づき、優先順位に応じたリスク対策を検討し、必要なリスクマネジメントに取り組んでいる。 施設が災害や事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画を策定し対策に取り組んでいる 施設では、災害や感染症等に遭遇した場合に備え、災害事業継続計画(BCP)や感染症BCPを整備し、職員、関係機関に配布すると共に、利用者や家族には家族会等で説明している。事故等の再発防止の取組みは、事故対応委員会、安全衛生委員会、感染症予防検討会で検討し、課長会で確認している。また、感染症など拡大防止が必要な際は、臨時会議を開催し施設全体の対応を決定し周知している。併せて、事故予防については、重大事故発生直後に、関係部署の多職種で事故原因の分析と予防策の検討を行う共に、事故リスク予測にも取り組んでいる。 施設で扱う個人情報はPマーク認証基準に基づく情報漏えい防止対策を講じている 法人として「Pマーク」を取得し、認証基準による厳格な個人情報管理を行っている。施設の個人情報管理については、全職員に毎年理解度テストを実施している。また、ボランティアや実習生に対しては、個人情報管理についてオリエンテーション時に説明し個人情報保護誓約書を取得している。併せて、紙情報はファイリングして所定場所に保管し、必要時の活用には備えている。データ情報はカテゴリー毎に分類し所定ホルダーに収納している。加えて、インターネット接続可能なPCは限定され、データ情報アクセスはID & PWで管理されている。		

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
	法人が求める人材像に基づき人材育成計画を策定し職員の育成に取り組んでいる 職員は、法人が求める職責や職務内容に応じ、キャリアアップ(マネジメント)コースまたは専門職コースを選択できる。また、法人の「職員研修計画」に基づき、職員の職責毎に職務遂行能力の達成水準を定め、必要に応じ習得すべき研修について、年度当初の人事考課面談で受講する研修を決定している。さらに、施設では研修委員会による施設内研修を毎月実施している。併せて、必要に応じ業務命令で研修に参加させたり、職員自ら希望する研修受講を積極的にバックアップしている。加えて、年2回の人事考課では直属上司から助言指導を行っている。 職員が安心して働き続けられる職場づくりと職員間の良好な人間関係構築を図っている 職員の処遇は、人事考課結果に連動した評価を行っている。また、職員の就業状況は総務課や法人本部で管理し、必要に応じ管理職が改善指示を出している。健康診断、ストレスチェックを毎年実施し、その結果を産業医に報告し助言を得ている。さらに、法人では理事長等幹部が職員の意見を直接聞く「職員懇談会」や職員満足度調査を実施し職員の意識把握に努めている。施設では、令和2年度から新型コロナ禍により法人全体の懇親会を中止し、令和6年度からは小グループ単位の懇親会開催に補助金を出して職員間の良好な関係づくりに努めている。 組織力向上に向け、組織としての学びや情報共有によるチームワーク促進に努めている 職員は参加した研修の報告書を作成し、施設内研修で「報告会」を行い、職員間で研修内容を共有化している。また、職員一人一人の日頃の気づきや工夫については、日々のミーティングや定期的に開催する会議で話し合っている。例えば、ケアレベルアップ検討会などでは、利用者サービスの質の向上や業務改善に活かしている。併せて、課長会では、施設の収支状況や計画の達成状況などの月次管理状況や事業進捗状況を確認して決定事項をまとめており、必要に応じ課長会の決定事項を職員へ回覧等で通達することにより組織力の向上に努めている。

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】 ・令和3～5年度法人中期事業計画の一環として、介護サービスの生産性の向上及び組織の効率化・活性化を目標とする。 【理由・背景】 ・施設では、介護サービス全体の質の向上と法人独自の各種データ管理の効率化を図るためクラウド版の介護ソフトを導入している。これらシステムを効率的に活用し、ペーパーレス化・DX化を進展させ、管理業務・付随作業等の負荷軽減時間を本来の介護サービス業務へ振り替えたい。 【取り組み】 ・介護記録ソフトを活用し、1)介護データ管理を介護記録ソフトに一本化させる、2)施設日誌をデータ化することで情報共有と業務の効率化を実現させる、3)物品購入・修繕依頼のデータ管理を実現させる、4)ドキュワークスを導入し決済業務を効率化させる。 【取り組みの結果】 1)介護データ管理が介護記録ソフトへ一本化できた、2)介護日誌のデータ管理により情報共有と業務の効率化が実現できた、3)物品購入・修繕依頼もデータ管理が実現できた。 【検証・今後の方向性】 ・決済業務は令和6年10月まで稟議書を事務所PCでデータ変換し決済・回覧を行っていたが、12月以降は紙またはデータ変換による決済・閲覧を実現させたい。		
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 施設では、介護記録ソフトの導入により介護記録や施設日誌の一本化が進み、介護サービスに関する情報共有と業務効率の向上を実現しています。また、修繕依頼・物品購入のデータ管理や決済業務のオンライン管理が進展し、組織の活性化・効率化が実現している。 今回の介護サービス第三者評価の事業自己評価では、サービス分析および組織マネジメントにおいて、一般職員の「そう思う」という評価が低くかつ「そう思わない」「わからない」という評価が高い項目が散見されたため、今後は、導入された介護記録ソフト等によるデータ管理や決済業務のオンライン管理を活用し、一般職員への情報共有の問題点を洗い出し解決策を講じることにより、介護サービス業務と組織マネジメント業務におけるリーダー層と一般職員層の情報格差の解消に取組むと共に一般職員への研修・指導機会を強化し職員の意欲向上を図ることを期待する。		
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】 ・令和3～5年度法人中期事業計画の一環として、サービス提供の基本方針の見直しおよび安心・安全の環境整備を目標とする。 【理由・背景】 ・新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、感染予防の観点から地域交流に制限がかかっている。現在は、外出支援や外食支援は積極的には行っていない。今後、感染症の状況を見ながら、コロナ禍以前のような地域との活発な交流を目指したい。 【取り組み】 ・地域交流の取組みとして、1)ボランティア活動を再開させる、2)外食支援を再開させる、3)りんたろうカフェを再開させる、4)納涼祭を一部再開させる。 【取組み結果】 1)ボランティア活動が令和5年度後半から徐々に再開した、2)職員がテイクアウトして施設内で外食会を開催した、3)りんたろうカフェを再開しカフェ店員が利用者フロアに配達対応した、4)児童館と高齢施設の利用者が一緒に納涼祭を楽しんだ。 【検証・今後の方向性】 ・当施設内の特養では、令和6年6月22日から7月9日まで新型コロナウイルス感染クラスターが発生した。このため、現在も地域交流は制限しているが、今後も現在の対応を維持しながら地域交流の回復を目指すことを期待します。		

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 新型コロナウイルス感染症は、令和5年5月8日から感染症法2類から5類に移行し、法的な外出等の制限は緩和された。 しかし、施設内の特養では、令和6年6月22日から7月9日まで新型コロナウイルス感染クラスターが発生したため、地域交流の制限が長期化している。また、当施設では近隣町会と防災協定を結んでいるが、新型コロナウイルス感染症の流行に伴い合同防災訓練は書面開催となる等地域との関わりが薄くなっている。 今後、当施設が一部再開した地域交流を継続させると共に、当施設が立地する町会の方や消防署、区の担当者との話し合いの場を設ける等地域交流の再開に向けた場を設け、利用者の安心・安全を確保するための環境整備を図ったうえで、地域交流の再開に向けて取り組むことを期待する。	

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			
パンフレット、港区情報冊子、ホームページ、SNS等様々な媒体で情報提供している 施設のパンフレットや港区の情報冊子に掲載されている他、施設のホームページにも施設の情報を掲載している。法人として「地域と共に育つ」を理念に掲げており、併設の赤坂子ども中高生プラザともども、民生・児童委員をはじめ地域の方を巻き込んだ運営を心掛けている。法人機関誌の送付のみならず、日頃の事業を通して地域の方々と顔の見える関係を築いている。また、長年きめ細かなケアを実践している事や医療的ケアが必要な方を積極的に受け入れている事などの施設実績を地域のケアマネジャーに提供し、緊密な連携をしている。 ホームページをリニューアルし、SNSも活用しながら最新情報を提供している 施設のホームページをリニューアルし、SNS等活用し、施設の活動状況・生活の様子等の報告、季節の行事のお知らせ等、可能な限り最新情報を発信している。担当者は、利用者の家族世代や地域の方々に、施設の雰囲気や活動に興味・関心を持っていただけるよう日々情報更新に取り組んでいる。また見学者やその家族、地域の事業者、ケアマネジャーにも見ていただき、よりリアルな活動の様子を知っていただくツールとして活用している。 ホームページにて見学の案内を行い、問い合わせに応じて日程調整し案内している 新型コロナウイルスが5類に分類されたので、区と相談し感染対策を十分に講じながら、見学を再開している。利用者家族には、施設や職員の様子、雰囲気を伝えるには見学をお勧めしている。施設のホームページにおいて見学の案内を行なっている。問い合わせがあれば日程調整を行い、できるだけ希望日に案内している。また、予約なしで当日見学希望で来所の場合も可能な限り対応している。新型コロナウイルス感染症蔓延防止のため、施設内で感染者が発生している場合は、区の指示により生活空間には入らず、説明のみで対応する場合もある。			

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		
サービス利用に際し、契約書・利用案内冊子で利用者・家族に説明し同意を得ている サービス利用に向けて事前に相談員が自宅訪問し、契約書及び冊子「利用について(利用案内)」をもとに利用者・家族に丁寧に説明している。特に料金に関する不安も多く、別紙の料金表を提示して、介護保険による負担割合や要介護度、時間による基本料金や加算についての説明、保険対象とならないものなど見解に相違が生じないよう具体的に説明している。その他、持参すべき物や持ち込んではいけない物などの注意事項、基本的なルール等、できる限り専門用語の使用を控え、わかりやすい言葉で説明し、同意を得ている。 利用前の情報や訪問時の聞き取り内容を記録し利用者状況を把握・共有し支援している 利用前の自宅訪問時(主に契約時)に利用についての説明を行うと同時に、利用者・家族の意向・要望等を聞いている。さらに、利用者の生活状況や背景を確認し、既往歴・身体状況等医療情報とともにフェイスシート・アセスメントシートに記録している。それらの情報を職員間で共有し、利用者が安心して過ごせるよう支援している。また、担当ケアマネジャーと相談員は密に連絡を取り合い、その情報を日誌や日々のミーティングで職員に伝え、情報共有している。なお、情報の取り扱いについて利用開始時に、利用者・家族の同意を得ている。 担当職員が連携し、サービス利用終了後の情報提供など切れ目のない支援に努めている 日頃から担当ケアマネジャーと相談員は密に連絡を取り合って利用者支援をしている。さらに、サービス利用終了時は、家族、担当ケアマネジャーやその後のサービス提供事業所等へ利用者の情報を所定の書式で提供し、連携して支援している。特に、利用者が、同一施設内のショートステイ利用時は、ショートステイ相談員と頻りに情報共有し、連携し、切れ目のない支援に努めている。		

サブカテゴリ-3		
3	個別状況に応じた計画策定・記録	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 11/11
評価項目1 定められた手順に従って認知機能の状況を含めたアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている	☐ 非該当
評価項目2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の介護計画を作成している 評点(〇〇〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 計画を利用者にわかりやすく説明し、同意を得ている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、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		
独自型の書式を用いて利用者情報を詳細に把握しアセスメントを行っている 独自型の書式でフェースシート、アセスメントシートを作成し、利用者の心身状況や生活状況を詳細に把握している。新たに導入した記録ソフトへは、ケース記録やモニタリング等一部の情報の移行が済み、職員全体への連絡事項等の情報共有がしやすくなっている。しかし、独自型の書式は情報の集約がしやすいとの意見も多く、現在は、目的によって使い分けている。ベテランから新人まで幅広い世代の職員が、安心して効率よく業務を遂行できるよう配慮している。		
アセスメント情報をもとに認知症対応型通所介護計画書を作成し、適宜更新している ケアマネジャーからのケアプランや施設で作成したアセスメント表をもとに課題を明らかにし、目標を設定して、認知症個別プログラムを設定した認知症対応型通所介護計画書を作成している。作成した計画書を利用者・家族に提示し、課題・目標・具体的な支援内容等説明し、納得の上で署名・捺印を得ている。一部は利用者、もう一部は事業所で保管している。新規利用者については、開始から概ね1ヶ月後に計画の内容が適正であったか確認する事を励行している。その後は概ね6ヶ月または状況に応じて見直ししている。		
業務記録ソフトを導入し、日々のケース記録等を連動させ、業務の効率化を図っている 日々の利用者の状況変化を含む情報共有は、毎日のミーティングや介護記録ソフトを活用している。ケース記録・申し送り・実施モニタリングをデータ管理することで、職員であればいつでも、パソコンやiPadにて情報を確認・入力することができるようになり、業務の効率化が進んでいる。また、フェイスシートやアセスメント表、認知症対応型通所介護計画書をケース記に綴じ込む事で日々の記録と連動し、変化を確認する事を励行している。将来的には業務記録ソフトへ一本化し、更なる業務の効率化を進めていく計画である。		

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		
個人情報の適切な保護、取り扱いについては、契約時に説明し、同意を得ている 最初のサービス利用契約時に利用者・家族に対して、個人情報に関する保護と適切な取り扱いに関して説明している。利用者の安全を確保するために、病歴・身体状況等の医療情報、緊急時の連絡先、その他、安心して施設生活を送るために必要な情報等を、職員間で共有すること、また緊急時、必要時には行政機関や医療機関等関係機関にも情報提供する事なども説明し、同意を得ている。これらの目的以外に個人情報を口外しないこと、職務外でも同様であることを全ての職員が理解し遵守している。 権利擁護の研修を行い、利用者の意思を尊重し、プライバシー、羞恥心に配慮している 利用者の権利擁護については、法人の倫理綱領に定められており、新任職員の研修時や職員のミーティングの際に読み合わせを行っている。倫理綱領委員会を中心とした研修を年に1回、全職員を対象として開催し、確認テストも実施している。より理解度を深め、全職員が利用者に対し適切な対応を実践できるように配慮した取り組みをしている。利用者の私有物の管理、個人情報の取り扱い、プライバシー、羞恥心に配慮し、マニュアルを整備し支援している。特に入浴・排泄介助に関しては羞恥心を傷つけないように同性介助を基本にしている。 身体拘束ゼロを基本方針とし、対応が必要な際には家族への報告を行なっている 身体拘束ゼロを基本方針としている。身体及び生命の安全を確保するために他の手段がないと判断された場合は、「身体拘束廃止検討会」で方法、範囲、期間を検討の上、家族の同意を得て実施する場合がある。その場合は1ヶ月ごとに見直し、できるだけ早く廃止できるように取り組んでいる。現在は身体拘束の利用者はいません。拘束実施するのは、転倒や怪我の危険性がある場合、利用者自身や他の利用者を傷つける恐れがある場合などが考えられる。対応については、身体拘束廃止検討会で検討し家族に報告している。		

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 6/6
評価項目1 認知症の専門的なケアへの支援に向けて手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている 評点(〇〇〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうか定期的に点検・見直しをしている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	4. 認知症の専門的なケアに役立つ技能・技術等に関する研修会への参加、職員の資格取得等を支援している	☐ 非該当
評価項目2 認知症ケアの質の向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は改変の時期や見直しの基準が定められている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	☐ 非該当
サブカテゴリ-6の講評		
業務に関連するマニュアルは各ポジションごとに作成し、各フロアに配置している 業務を行うにあたり、各種マニュアルを作成し、マニュアル集として各フロアに配置している。職員は業務を行う上で迷ったり、確認を要するときはいつでも閲覧することができるようになっている。業務に関するマニュアルは、各ポジションごとに作成されており、認知症、感染症、災害時、リスクマネジメント、緊急時のフローチャートなど理解しやすい内容で整備している。月1回の拡大ミーティング等においてマニュアルの内容の見直し等検討され、現場で必要な項目の修正等行うなどにより内容のアップデートを行っている。 利用者ひとり一人の症状・ニーズに沿った認知症個別プログラムを実施している 認知症の利用者ひとり一人の症状やニーズに合わせて個別プログラムを作成し実践している。プログラムの目的は認知機能や日常生活動作の維持・向上、精神的な安定、社会交流の促進、生活の質の向上などがある。その内容として、認知機能訓練、日常生活動作訓練、精神的ケア、社会的交流など、専門的な研修を知識と技術を備えた職員が実践している。毎日のミーティングや月に1回の拡大ミーティングの機会にその効果等検証し、一人一人の症状に合わせ、支援内容の見直しを行なっている。 利用者・家族の意見をサービス改善に反映させるように努めている 施設の行うサービス評価アンケートや第三者評価の利用者アンケートの結果を参考にし、業務改善に努めている。日常の支援の中でもコミュニケーションを取り、言葉だけでなく利用者の表情や姿勢、声の反応など様子を観察し、利用者の意向等を確認し、日々のサービスに反映させるよう努めている。また、職員が日々の支援の中で気づいた事や工夫して対応していることなどを取り入れた研修を行うことが、職員のスキル向上、業務の改善、サービスの質の向上に繋がっている。利用者が安心してサービスを利用できるよう取り組んでいる。		

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ6-4)

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	20/20
サブカテゴリ4			
1 評価項目1 認知症対応型通所介護計画に基づいて自立生活が営めるよう支援している		● ○ ● ○ ● ○	
● ○ ● ○		● ○ ● ○	
● ○ ● ○		● ○ ● ○	
評価項目1の講評			
個別援助計画は、利用者ひとり一人の課題解決に向けた援助内容が示されている 認知症対応型通所介護計画は、ケアプランを踏まえ利用者ひとり一人に必要な支援内容を示している。計画書には一日のプログラム、前回計画の評価等のほか、アセスメント欄があり、移動や食事など8項目、それぞれに「ニーズ・解決すべき課題」を明示している。また、利用者・家族のニーズ等も示され、これらを課題として整理し、この解決に向けた援助内容を「個別援助計画」の欄で明らかにしている。計画書の様式は、アセスメント結果、課題分析、この解決に向けた援助内容という、サービスプロセスを見える化(可視化)した仕様となっている。 参加は無理強いはずらずに、気分が乗るのを待つなど、利用者中心の対応に努めている 認知症対応型通所介護計画はミーティングを通じて共有し、利用者の出来ること、出来ないこと、出来そうなことを整理し、具体的な支援内容について協議している。プログラムなど活動への参加は、無理強いはずらず、気持ちを切りかえられるような声かけをして、気分が乗るのを待つなど、利用者中心の対応を心がけている。食事づくりやゲームなど個人活動の選択、飲み物のリクエストなど、様々な場面で利用者の意思を尊重する支援に努めている。なお、計画書に照らして実践を評価するなど、月に1回、モニタリングを実施して振り返りを行っている。 相談員はチームケアの一員として、利用者ひとり一人の課題解決に向けて協働している 相談員はサービス担当者会議に出席し、ケアプランの援助目標・内容を把握するとともに、認知症ケア実践者の立場から必要な助言、提案を行っている。さらに参加している他のサービス事業所との関係づくりに努め、チームケアの一員として、利用者ひとり一人の課題解決に向けて協働している。社会福祉協議会や法人等が主催する虐待防止委員会、地域包括支援センター等が開催する地域ケア会議に参加し、課題解決に向けて関係者と協議している。また、利用者の状況を居宅ケアマネジャーに定期的に報告し、常に情報共有し、協働し、支援している。			
2 評価項目2 利用者の生活上で必要な支援について認知症や心身の状況に応じて対応している		● ○ ● ○ ● ○	
● ○ ● ○		● ○ ● ○	
● ○ ● ○		● ○ ● ○	
● ○ ● ○		● ○ ● ○	
評価項目2の講評			
管理栄養士は、季節の移り変わりを感じられる旬の食材を使った料理を提供している 管理栄養士は、ラウンドによる聞き取りや、残食調査の結果を踏まえて、人気があり、栄養価の高い献立、食事づくりに努めている。食事を通じて季節の移り変わりを感じられるよう、毎月、旬の食材を使った料理を提供している。誕生日を祝う行事食のほか、日頃の食事を弁当箱に盛り付けるなど、味だけでなく見た目も重視し、利用者の食欲増進につながるよう努めている。利用者からのリクエストメニューをすべて提供する「バイキング」や、実演調理の「屋台」など、様々な食事イベントを通じてメリハリのある食生活の実現に努めている。 職員は、入浴表に示す留意点などを参考に、個別性の高い入浴介助を実践している 入浴時はバイタルチェックを行い、その日の体調や本人の意向などを踏まえて入浴の可否を判断している。入浴形態は個浴、リフト浴、カトリア浴、ストレッチャー浴など、個々の利用者の状態によって使い分けている。入浴方法は、アセスメント結果に応じ、機能訓練指導員の身体機能評価によって判断している。入浴・洗身の介助はマンツーマンで対応し、「入浴表」に示す、留意点を踏まえて丁寧な介助を行っている。毎月「3」のつく日は「サン・サンの日」として、入浴剤を使って、利用者にとっても心地よい温泉気分を味わってもらっている。 送迎はドライバー、添乗員の2名体制で、ニーズに応じて柔軟な対応に努めている 排泄チェック表を活用して、適切なタイミングで声掛けし、トイレに誘導している。生活リハビリの観点から、一連の排泄動作は出来ることは行ってもらうなど、自立支援を重視して介助しています。失禁のあった場合は、周りに気づかれないようトイレでおむつ交換を行うなど、羞恥心に配慮している。送迎は運転手と添乗員の2名体制である。送迎表を作成し、利用者の送迎時間、留意点が示され、送迎順の変更など、月に1回は見直しを行っている。必要に応じてデイスサービスの車いすを持参し、使ってもらうこともある。			

3	評価項目3 利用者の健康を維持するための支援を行っている			評点(〇〇〇〇)	
	評価	標準項目			
	☒ あり ☐ なし	1. 利用者の心身の状況に応じた健康管理を行っている			☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	2. 日常生活の中で、一人ひとりの有する能力の活用や日常生活動作の維持・拡大に向けた支援を行っている			☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	3. 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などのしくみを整えている			☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	4. 利用者の体調変化時(発作等の急変を含む)に、速やかに対応できる体制を整えている		☐ 非該当	
評価項目3の講評					
看護師は、体調不良の利用者の状態観察を行うなど、必要な看護を行っている 胃ろうなど医療的ケアを必要とする利用者を受け入れるため、看護師2名が配置されている。相談員は、初回面接の際、アセスメントを実施し、主治医、現病、既往歴、処置、服薬など、必要な医療情報を収集し、業務支援システムに記録している。看護師はこれらの情報を確認し、利用者の健康管理の基礎情報として活用している。送迎時、乗車前に家族から体調を確認している。到着時、体温・血圧など健康チェックを行いケース記録に記録している。看護師は、家族からの申し送り、健康チェックの結果をもとに必要な利用者には状態観察を行っている。 看護師は、配薬マニュアルに従って、服薬管理や内服の支援を行っている 体調不良の利用者には、看護師が必要に応じて主治医と連絡をとって指示を受け対応している。家族に受診を勧めることがある。配薬マニュアルを整備し、これに沿って服薬管理、内服の支援を行っている。看護師は介護職員と二人体制で、名前・持参薬を声に出して確認するなど、ダブルチェックを通じて誤薬防止を徹底している。報告のない薬があれば、家族、医師、薬局などに確認をしている。また、看護師が2名出勤の際、1名は入浴介助を手伝いながら、必要な利用者へ処置を行うほか、身体観察を通じて皮膚の状態を確認している。 緊急対応マニュアルは、フローチャートで緊急時の具体的な行動を示している 緊急対応マニュアルをフローチャートにして、緊急時の具体的な行動を示している。フローチャートは、利用者急変発生から、救急要請、救急車出発、病院での家族への引継ぎなど、一連の行動を「Yes・No」で進む樹形モデル形式である。施設内に掲示し、職員は定期的に参照して緊急時に備えている。複合施設内には、ショートステイも併設されており、中には両サービスを利用している利用者もいる。このような利用者については、健康状態や在宅ケアの状況などに変化があった場合、迅速にショートステイの相談員と情報共有し、連携している。					
4	評価項目4 利用者の主体性を尊重し、快適に過ごせるような取り組みを行っている			評点(〇〇〇〇)	
	評価	標準項目			
	☒ あり ☐ なし	1. 利用者が他の利用者と快適な関係をもちながら生活することができるよう支援を行っている			☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	2. 利用者の状況に応じて、認知機能に対応した多様な活動を取り入れる工夫をしている			☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	3. 利用者が自分のペースを保ち、落ち着いて生活できるような支援を行っている			☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	4. 事業所内は、利用者の安全性や快適性に配慮したものとなっている		☐ 非該当	
評価項目4の講評					
「認知症ケアプロジェクト会議」に参加し、成果を実践に反映するよう努めている 認知症の方は、環境(変化)によって混乱したり、不安になったりしている。利用中、落ち着いて、安心して過ごしてもらうため、他の利用者との関係性に配慮して席を決めている。さらに席の見直しでは、座った席から見える景色なども勘案しながら、最適な配置を心がけている。月一回、施設では「認知症ケアプロジェクト会議」を開催している。認知症の利用者が、自分らしく生活できるよう、職員の専門性を高めるとともに、研修・研究の成果を実践に反映して、ケアの質の向上を図る、認知症ケアの実践研究に取り組んでいる。 回想法、音楽療法、学習療法など、認知症ケアの多様なプログラムを提供している 認知症ケアの一環で音楽療法の「ブンネメゾット」を実践している。利用者は、楽器の演奏を楽しみながら、心身の活性化を図っている。回想法では、昼食の一品を一緒に作り、昔話を聞くことで、五感への刺激とともに、回想を通じて心の安定を図る取り組みである。なじみの場所への外出や、昔の画像や動画を見ながら、昔話に花を咲かせるなど、日常的に回想法を実践している。簡単な計算や文章の音読など、教材を使って脳の活性化を図る学習療法を実践している。さらに認知症ケアを目的にしたリハビリなど、様々なプログラムを提供している。 デイルーム内は季節を感じられる装飾を心がけ、利用者の作品掲示も行っている 一日のプログラムは、ゲームや体操など身体を動かす動的なもの、めり絵や計算など静的なものを組み合わせ、活動にメリハリをつけている。多種多様なボランティアの協力を得て、ハンドベルや朗読会、ギター演奏など、楽しい時間を過ごしている。デイルーム内は、季節を感じられるような装飾を心がけるほか、制作活動で仕上げた利用者の作品などを掲示している。室内はバリアフリーで段差がなく、多機能トイレや手すりなどの設備があり、安全・安心・清潔に配慮している。随時の清掃、整頓を通じて、室内は清潔を保っている。					

5	評価項目5 事業所と家族との交流・連携を図っている		評点(〇〇)	
	評価	標準項目		
	☒ あり ☐ なし	1. 利用者のサービス提供時の様子や家庭での普段の様子を家族と情報交換し、共有している		☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	2. 家族の状況に配慮し、認知症への対応をはじめ適切な相談対応やアドバイスをを行っている	☐ 非該当	
評価項目5の講評				
連絡ノートやドキュメンテーションなどを通して、利用者の日頃の様子を伝えている 連絡ノート・電話・送迎時の会話等を通じて、利用者の情報を家族と共有している。このほかドキュメンテーションとして、利用者の活動の様子を写真にして、施設での利用者の状況を家族と共有している。家族からの相談への対応は、相談員をはじめ内容によって看護師、機能訓練指導員などが対応し、専門職の視点から助言をしている。相談員は、家族にできる認知症への対応や、在宅生活継続に必要なケアや環境整備など、相談援助に努めている。認知症ケアの専門施設として、蓄積したノウハウをもとに適切な助言に努めている。 SNSでは施設での利用者の日常の様子や、子どもたちとの交流などを伝えている 認知症対応型通所介護計画は、定期的に見直しを行い、その都度、家族や本人の意向を把握し、計画に反映している。利用者家族には、法人の季刊誌「元気です」を配布するほか、施設全体の月間広報誌「はなみずき」を配布するなど、施設全体の情報を提供している。また、ホームページには、施設の概要を紹介するとともに、SNSにて施設での何気ない日常の様子を伝えている。複合施設内の児童館の子どもたちとの交流など、家庭ではあまり見られない多世代交流の様子などを伝えている。				
6	評価項目6 利用者が地域で暮らし続けるため、地域と連携して支援を行っている		評点(〇〇〇)	
	評価	標準項目		
	☒ あり ☐ なし	1. 地域のさまざまな機関や職種と協働し、地域の情報を収集して利用者の状況に応じた提供をしている		☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	2. 運営推進会議等を活用して、利用者が地域のさまざまな資源を利用するための支援を行っている		☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	3. 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所が利用者と共に地域の一人として日常的に交流している	☐ 非該当	
評価項目6の講評				
地域の社会資源の情報提供を通じて、利用者や家族の生活上の便宜を図っている 施設の入り口受付前には、施設のパンフレットや他のサービスのリーフレットのほか、法人や施設の広報紙、行政サービス、公的施設、医療機関、地域の自主活動、介護サービスの情報誌（ハートページ）、介護タクシーなど、利用者や家族が地域で生活するうえで利用できる様々な社会資源の情報を提供している。相談員、職員は、日頃から情報内容を確認して、日常の会話から必要と思うパンフレットを提供するなど、地域で快適に暮らせるよう各種の社会資源の情報提供を通じて、利用者、家族の便宜を図っている。 納涼祭は施設最大の地域行事で、利用者、家族、児童館の子ども達が交流している コロナ禍前は、子ども中高生プラザ併設という当施設の特性を生かし年間計画を策定し児童高齢交流行事を実施していた。しかし、直接交流が難しい期間中はビデオ撮影でお互いの状況を確認し、プレゼント交換などは非接触で交流し、互いの距離を取ってシャボン玉飛ばしなどを実施した。令和6年度は敬老会や納涼祭などの大きな行事は家族参加で開催した。特に納涼祭は施設最大の地域行事で、利用者、家族はマスクや手洗いで厳重に感染対策し、児童館の子ども達と交流して催し物を見て回りに一緒にゲームを楽しむなど、大いに盛り上がる事ができた。 ボランティアによる生活援助や併設の児童館の子どもたちとは多世代交流を行っている 施設ではボランティアを日常的に募集し、住民の活力を利用者の生活活性化に役立てている。生活援助の分野では、話し相手、喫茶手伝い、シーツ交換など、講師では活花、書道、手芸、麻雀などを手伝ってもらっている。歌や楽器演奏、ダンス、演芸など、様々な特技を生かしてもらおうとともに、高齢者の役に立ちたいという住民の気持ちを大切にしている。併設の児童館とは、日常的に交流をしている。広場でのシャボン玉づくり、七夕飾り、スイカ割り、ハロウィン交流、新年あいさつツアーなど、児童と利用者の交流を一年を通じて行っている。				

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
タイトル①	「認知症ケアプロジェクト」を通じ、認知症ケアの質の向上と実践研究に取り組んでいる	
内容①	複合施設内では、認知症デイサービスのほか、特別養護老人ホーム、ショートステイ、通所介護など、多様なサービスが提供されている。これらのサービスの職員を構成員として、「認知症ケアプロジェクト会議」を月1回開催している。異なるサービス、専門職の立場から、多様な視点で意見交換が行われ、テーマを深めている。認知症の利用者が、自分らしく生活できるよう、職員の専門性を高めるとともに、研修・研究の成果を実践に反映して、ケアの質の向上を図るなど、認知症ケアの実践研究に取り組んでいる。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-6-2	認知症ケアの質の向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている
タイトル②	ひとり一人の症状・ニーズに沿った認知症個別プログラムを実践し見直しも行っている	
内容②	認知症個別のプログラムを実践している。プログラムは、認知症の方のひとり一人の症状やニーズに合わせて、個別に作成・実施されるプログラムであり、目的は認知機能や日常生活動作の維持・向上、精神的な安定、社会交流の促進、生活の質の向上などである。その内容は、専門的な研修により知識と技術を備えた職員が、認知機能訓練、日常生活動作訓練、精神的ケア、社会的交流などを実践している。毎日のミーティングや月に1回の拡大ミーティングの機会にその効果等を検証し、ひとり一人の症状に合わせ、支援内容の見直しを行なっている。	

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	施設で扱う個人情報はPマーク認証基準に基づく情報漏えい防止対策を講じている	
内容③	法人として「Pマーク」を取得し、認証基準による厳格な個人情報管理を行っている。施設の個人情報管理については、全職員に毎年理解度テストを実施している。また、ボランティアや実習生に対しては、個人情報管理についてオリエンテーション時に説明し個人情報保護誓約書を取得している。併せて、紙情報はファイリングして所定場所に保管し、必要時の活用に着目している。データ情報はカテゴリー毎に分類し所定ホルダーに収納しています。加えて、インターネット接続可能なPCは限定され、データ情報アクセスはID & PWで管理している。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	音楽療法、回想法、学習療法など、効果が見込める認知症ケアのプログラムを実践し、利用者の心身機能に維持に努めている
	内容	認知症ケアの一環で音楽療法の「ブンネメゾット」を実践している。利用者は、楽器の演奏を楽しみながら、心身の活性化を図っている。回想法では、昼食の一品と一緒に作り、昔話を聞くことで、五感への刺激とともに、回想を通じて心の安定を図る取り組みである。なじみの場所への外出や、昔の画像や動画を見ながら、昔話に花を咲かせるなど、日常的に回想法を実践している。簡単な計算や文章の音読など、教材を使って脳の活性化を図る学習療法を実践している。多様な認知症ケアのプログラムを実践し、利用者の心身機能の維持に努めている。
2	タイトル	一人一人の症状・ニーズに合わせ、少人数によるきめの細かい認知症個別プログラムを実践しモチベーションの維持・向上に繋げている
	内容	少人数の認知症対応型通所介護において、一人一人の症状・ニーズに合わせた認知症個別プログラムを設定して実践が行われている。プログラムの実施には個別に対応できる時間とスペースが必要であり、区立の複合施設内で少人数での対応により実施できている。担当する職員も専門的な研修を修了し、専門知識とスキルを取得しており、ひとり一人に寄り添ったきめ細かで柔軟な対応を行うことで、徐々に変化をもたらすことでモチベーションの維持・向上につながるなど丁寧な支援が行われている。
3	タイトル	施設の利用者・職員のニーズは各種アンケートの毎年実施、地域福祉ニーズは地域懇談会等への出席により収集・把握し対応を図っている
	内容	利用者の意向は、サービス評価アンケートや第三者評価アンケートを毎年実施し把握に努めている。また、毎月開催の拡大ミーティング等で出た職員の意向は各リーダーが把握・検討し、必要に応じて管理職、施設長まで上がってくることになっている。さらに、併設の児童館との共催による地域の民生・児童委員、警察、学校、関係行政機関等に働きかけ地域懇談会を年2回開催し、地域の福祉の現状やニーズの把握に努めている。併せて、地区委員として社会を明るくする運動等に参加し、地域のキーパーソンたちと顔の見える関係づくりにも努めている。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	施設が策定した計画は進捗状況に応じ見直しているが、ホームページの更なる充実を図るなど、目標達成のための更なる工夫が望まれる
	内容	施設の事業計画・予算計画の推進にあたっては、経営層が、収入・稼働率・経費・人員計画などの数値目標を設定し、毎月・4半期・半期ごとに進捗状況の確認を行っている。また、毎月の法人運営委員会では計画の進捗確認と見直しを行うと共に、目標数値と実績に乖離がある場合は、毎月の課長会で原因を分析し対策を講じ計画実践に取り組んでいる。今後、職員募集や施設利用者数を向上させるため、ホームページの更なる充実を図るなど、地域への施設機能のアピール力や職員募集のための情報提供力を強化することが望まれる。
2	タイトル	認知症対応型のデイサービスを利用する事に抵抗がある方も少なくないため、イメージを改善していくための早期対応と配慮が望まれる
	内容	ご本人の症状等から、デイサービスを利用するニーズは認識しながらも、特に家族にとっては、認知症対応型のデイサービスを利用することに対して、病気・症状からくるネガティブなイメージが強く、世間体を気にして利用を躊躇する方も少なくない現状がある。施設として、認知症への理解と認知症対応型通所介護を利用することのメリットなどを地域へ継続的に発信していくことにより、認知症に対する早期対応が進むように配慮することが望まれる。
3	タイトル	家族、ケアマネジャーに対して、専門的な認知症ケアの取り組みなどの広報を通じ、利用率向上に取り組むことが望まれる
	内容	施設全体で「認知症ケアプロジェクト」を設置・運営し、成果を実践に反映するなど、実践研究に取り組んでいる。プロジェクトでは、社会的に認められたプログラムを採用し、施設に馴染むよう精査して実践している。認知症デイサービスでは、音楽療法、回想法、学習療法などを日常的に実践し、効果を見込んでいる。一方、利用に関しては、厚い職員体制に伴う報酬単位の影響もあって、一般デイと比較して低い状況にあり、利用率の向上を課題としている。家族、ケアマネジャーに対する広報等を通じて、利用率向上に取り組むことが望まれる。