

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	通所介護【デイサービス】				
評価対象事業所名称	港区立芝高齢者在宅サービスセンター			指定番号	1370304535
事業所連絡先	〒	105-0014			
	所在地	東京都港区芝3丁目24番5号			
	Tel	03-5232-0848			
事業所代表者氏名	施設長 高村 尚美				
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 11 月 22 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 11 月 22 日				
訪問調査日	2024 年 11 月 25 日				
評価合議日	2025 年 1 月 31 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) 自らが受けたいと思う医療と福祉の創造【湖山医療福祉グループ理念】 2) 「老いていくことが怖くならない未来」にしていけるために。【百葉の会ビジョン】 3) 個を大切にし、心を満たす医療・福祉の創造 4) 地域社会との対話と交歓 5) 安定と健全な発展・誇れる職場の創設
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 【こやまケア行動指針に掲載】 ・チームで連携、協力し向上心を持って工夫する職員 ・お客様のことを考え行動できる職員 ・明るく真摯である職員
	（2）職員に期待すること（職員に持って欲しい使命感） 【こやまケア職員行動指針に掲載】 ・社会人としてのルール・マナーがある（コンプライアンス遵守） ・お客様の生活課題に対して専門職として考える力と継続して支援する姿勢 ・チームを大切にする気持ち

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75名を対象とし、48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

75

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
75	0	75
48	0	48
64.0	0.0	64.0

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」52.1%、「満足」39.6%、を全て足すと91.7%の回答率となっており、利用者の満足度が高い状況が伺われる。個別の項目についても「はい」と回答している結果が多く、満足している状況が伺えた。

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	43	4	1	0
この項目では、43人が「はい」と答え、全体の89.6%を占め、「どちらともいえない」が8.3%、「いいえ」が2.1%という結果であった。また、自由記入の結果では、最近では疲れやすく、ベッドに横になることが多いと聞いていますなどの声が聞かれた。				
2. 日常生活に必要な介助を受けているか	43	4	0	1
この項目では、43人が「はい」と答え、全体の89.6%を占め、「どちらともいえない」が8.3%、「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、毎月の写真がうれしく思いますなどの声が聞かれた。				

3. 利用中に興味・関心が持てる行事や活動があるか	34	9	3	2
この項目では、34人が「はい」と答え、全体の70.8%を占め、「どちらともいえない」が18.8%、「いいえ」が6.3%という結果であった。また、自由記入の結果では、ゲームなど楽しく参加している様子です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	44	3	1	0
この項目では、44人が「はい」と答え、全体の91.7%を占め、「どちらともいえない」が6.3%、「いいえ」が2.1%という結果であった。また、自由記入の結果では、デイサービスで皆さんにお会いして刺激を受けていると思いますなどの声が聞かれた。				
5. 職員から適切な情報提供・アドバイスを受けているか	36	8	3	1
この項目では、36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16.7%、「いいえ」が6.3%という結果であった。また、自由記入の結果では、記述がなく、傾向はみられなかった。				
6. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	44	4	0	0
この項目では、44人が「はい」と答え、全体の91.7%を占め、「どちらともいえない」が8.3%、「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。				
7. 職員の接遇・態度は適切か	45	3	0	0
この項目では、45人が「はい」と答え、全体の93.8%を占め、「どちらともいえない」が6.3%、「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、最高ですなどの声が聞かれた。				
8. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	41	5	0	2
この項目では、41人が「はい」と答え、全体の85.4%を占め、「どちらともいえない」が10.4%、「いいえ」が0.0%という結果であった。また、自由記入の結果では、記述がなく、傾向はみられなかった。				
9. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	33	8	0	7
この項目では、33人が「はい」と答え、全体の68.8%を占め、「どちらともいえない」が16.7%、「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。				

10. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	44	2	0	2
この項目では、44人が「はい」と答え、全体の91.7%を占め、「どちらともいえない」が4.2%、「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、喜んでいくので楽しく過ごしていると思っていますなどの声が聞かれた。				
11. 利用者のプライバシーは守られているか	43	4	0	1
この項目では、43人が「はい」と答え、全体の89.6%を占め、「どちらともいえない」が8.3%、「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	41	4	1	2
この項目では、41人が「はい」と答え、全体の85.4%を占め、「どちらともいえない」が8.3%、「いいえ」が2.1%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	42	3	1	2
この項目では、42人が「はい」と答え、全体の87.5%を占め、「どちらともいえない」が6.3%、「いいえ」が2.1%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	40	4	1	3
この項目では、40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8.3%、「いいえ」が2.1%という結果であった。また、自由記入の結果では、不満は一つも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	27	9	5	7
この項目では、27人が「はい」と答え、全体の56.3%を占め、「どちらともいえない」が18.8%、「いいえ」が10.4%という結果であった。また、自由記入の結果では、特にそのような話はなかったと思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く	☐ 非該当
	カテゴリ1の講評		
	施設の理念・ビジョンや行動指針を職員・利用者にわかるように周知徹底している 施設が目指す理念・ビジョン等について、施設内に掲示し職員や利用者にわかるように周知している。グループの理念・ビジョンは「こやまケア行動指針」に明示し、職員行動指針は「クレドカード」に印刷し、職員は常に携帯し、毎朝の朝礼で全職員が唱和し、職員の理解が深まるように取り組んでいる。利用者や家族等に対しては、事業者が目指す理念・ビジョン等を重要事項説明書に記載し施設利用時に丁寧に説明している。また、各種掲示資料はクリアホルダーに封入し事務所の壁面に一括掲示し、職員がいつでも確認できるように工夫している。 経営層は理念等の実現に対する自らの役割と責任を表明し、施設運営をリードしている 経営層は、施設が目指す理念・ビジョン等の実現に向け、自らの役割と責任を施設事業計画や組織図に明示し、年度当初の職員全体会議で職員と協議し周知している。また、経営層は自らの役割と責任に基づき事業計画書を毎年作成し、計画書に基本理念・基本方針・経営目標・施設運営計画・職員育成計画等を明示することにより、職員が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。併せて、経営層は毎月の運営会議において、施設の運営計画の進捗確認を行い確実な計画実現を図ることにより施設運営をリードしている。 施設運営の重要案件は法人会議・経営基本会議等で意思決定し関係者に周知している 重要案件は、施設からの運営報告を受け、法人会議・経営基本会議等の会議で検討し承認される手順が決済権限規程等に規定されている。また、決定された重要案件は、施設の運営会議や職員会議において協議決定を行い、その内容は運営会議録、職員会議録や業務日誌により職員に回覧し共有化されている。さらに、法人の承認が必要な稟議案件については、電子システム「J-MOTTO」により迅速に意思決定できる仕組みが整備されている。併せて、重要案件の決定事項については、掲示物や文書によりタイムリーに利用者等へ周知している。		

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 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 ●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 ●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2の講評 施設を取り巻く環境についてアンケート等により情報把握と課題抽出を行っている 施設では、施設運営に関する利用者のニーズは、顧客満足度アンケート、嗜好調査アンケート、興味関心チェックシート等調査を実施し把握している。また、施設運営に関する職員の意向は、運営会議や職員全体会議で意見交換を行い把握・検討している。さらに、地域福祉の現状は、地域包括支援センターと連携し地域の福祉ニーズを把握している。併せて、福祉事業全体の動向は研修参加により課題やニーズを把握している。一方、施設の経営状況は、毎週の施設長会議や運営会議等で稼働状況等を把握し、施設として対応すべき課題を抽出している。 施設が目指す理念・ビジョン等の実現に向け、中長期計画・単年度計画を策定している 施設では、施設が目指す理念・ビジョンの実現に向け、指定管理公募提案時に施設の中長期計画を提出し、それに基づく法人事業計画及び施設事業計画を策定している。この施設事業計画は長中期計画を踏まえた単年度計画として策定し、年度単位による計画実現を図っている。また、施設事業計画は、介護現場や利用者のニーズを踏まえ、施設の課題解決を考慮して策定している。併せて、前年度予算の達成状況を踏まえ、年度末には次年度の施設事業計画を実現するための予算計画も編成している。 施設の計画実現に向け部門別・個人別目標をリンクさせた目標管理が行われている 施設では、確実な計画実現に向け、法人グループの事業計画、法人の事業計画、施設の部門別事業計画から個人目標へとリンクさせた目標管理体制が整備されている。また、施設の目標管理においては、委員会や企画、行事担当を予め決めておき、毎月達成度合を確認しながら確実な目標達成を目指している。さらに、計画推進にあたっては、職員会議や運営会議において3か月毎に進捗確認を行い、必要に応じて計画の見直しを行いながら目標達成に向け取り組んでいる。		

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
	全職員に介護サービス従事者として守るべきことを周知し、遵守確認を徹底している 施設では、介護サービス従事者として守るべき法・規範・倫理等を就業規則や行動指針に明示し、特にグループの行動指針は全職員が携帯しているクレドカードを毎朝唱和することにより、遵守徹底を図っている。全職員が守るべき法・規範・倫理等については、法人内のコンプライアンス研修において周知徹底を図っている。また、施設では、内部監査部による内部監査を年2回実施し、全職員のコンプライアンス確認を行い、確認結果を監査報告書としてまとめている。 利用者への虐待防止と早期発見、早期対応を行う体制が整備され機能している 施設では、利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動や虐待が行われることがないよう、苦情解決制度や事業者以外の相談先の利用について、契約書・重要事項説明書に明示し、契約時の説明や施設内の掲示により周知徹底している。また、夕礼時における利用者の様子の確認や施設内勉強会により組織的な虐待防止対策の徹底を図っている。併せて、虐待を受けている疑いのある利用者の情報を得た時や虐待の事実を把握した際には、施設内にある地域包括支援センター等関係機関と連携しながら虐待の組織的な防止対策と未然防止に取り組んでいる。 地域関係機関ネットワークに参画し、地域の一員として役割の実現に取り組んでいる 施設の透明性を高めるため、広報誌・ホームページ等を活用し施設の活動内容を開示し、開かれた組織になる取り組みを行っている。また、施設が有する機能や介護の専門性を活かし、近隣の小学校・中学校から行事ボランティアを受け入れる等地域の一員としての取り組みを行っている。さらに、施設が地域の一員としての役割を果たすため、高齢者支援連絡会・区高齢者施設長会議等に参加している。加えて、併設している地域包括支援センターと連携し、地域内の共通課題について協働できる体制を整備し、地域の福祉ニーズへの対応を図っている。

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、必要な人が必要ときに活用できるように整理・管理している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定するほか、情報漏えい防止のための対策をとっている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	4. 事業所で扱っている個人情報については、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえ、利用目的の明示及び開示請求への対応を含む規程・体制を整備している	☐ 非該当
カテゴリー4の講評		
施設運営に関わるリスクを洗い出し、必要なリスク対策に取り組んでいる 施設では、目指していることの実現を阻害する恐れのあるリスク(例えば、事故・感染症・侵入・災害・経営環境の変化など)について、毎月のリスクマネジメント委員会・感染症委員会においてリスクの洗い出し・分析、リスク対策検討及びリスク対策の優先順位の確認を行い、その結果について全職員の勉強会を開催し共有化している。また、2ヶ月毎に、各部門においてインシデント・アクシデント調査を実施し、その結果を報告書にまとめリスク対策の有効性を確認し、関係機関へ報告すると共に再発防止に向け組織的に取り組んでいる。 施設が緊急事態に遭遇した場合に備え事業継続計画(BCP)を策定・運営している 施設では、災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、緊急対応マニュアルのほか、法人BCPを元に事業所BCPを策定している。これらマニュアルやBCPは、職員・利用者・関係機関等に周知すると共に職員の勉強会・研修会や訓練を実施し、職員・利用者等の理解と対応力の向上に努めている。また、施設運営で発生した事故・感染症・災害等のリスク発生時の要因や対応についての分析結果をインシデント・アクシデント報告書に取りまとめ、リスク対策の有効性確認を行う共にリスクの再発防止と対策の見直しにも取り組んでいる。 施設運営に必要な情報を適切に収集・整理し、組織的に管理・保護・活用を図っている 施設運営に必要な情報は、収集・利用・保管・廃棄について、港区のルールを遵守すると共に全職員に研修等により周知している。また、個人情報の取扱いについては、港区個人情報保護方針に基づき、全職員から誓約書への署名を義務付けている。さらに、収集した情報は重要性や機密性を踏まえ、データ情報はPCのID・PWIによるアクセス制限、紙情報は施錠付き書棚で保管し、情報漏えい防止を図っている。併せて、施設で扱う個人情報は、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえ、利用目的の明示や開示請求への対応を含む規程・体制を整備している。		

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
	施設に必要な人材を確保し、施設の求める人材像を踏まえた職員育成に取り組んでいる 施設が求める人材を確保するため、法人による職員の新規採用や計画的な中途採用も行われている。また、施設が求める職員の職責やキャリアパスは、職員行動指針・個人目標管理シート・キャリアラダー・介護職員チェックリスト等に明示され、職種別・階層別の研修計画に基づき職員の人材育成計画が策定され、職員の経験年数に応じた資格取得支援など人材マネジメントが行われている。さらに、職員ひとり一人の意向や経験等は個人目標管理シートに記載され、目標に応じた研修受講実績等に基づき、施設長による定期面談等による支援が行われている。 職員の定着に向け、職員の意識を把握し、意欲向上に向けた働きかけを行っている 施設では、就業規則等に基づく職員の育成・評価と処遇等を連動させた人材マネジメントを行っている。また、職員の就業状況をシフト表により勤務時間や休暇取得を把握すると共に就業による健康やストレスへの影響を健康診断やストレスチェックにより定期的に把握し、安心して働き続けられる職場づくりに取り組んでいる。さらに、施設長の定期面談や随時面談により、職員の意欲とモチベーションの向上にも取り組んでいる。併せて、職員間の良好な人間関係構築のため、職員の永年勤続表彰、施設内外の交流会への参加や職員懇親会助成も行っている。 施設の組織力の向上に向け、チームケア学会での研究発表など組織育成に取り組んでいる 施設の組織力の向上に向け、チームケア学会において選抜チーム（介護士や理学療法士）による研究発表を行うなど組織育成に取り組んでいる。また、職員が施設外研修に参加した際は、施設内での伝達研修を行い各組織への共有を図っている。さらに、職員ひとり一人の日頃の気づきや工夫については、夕礼等で職員からの提案等を聞く場を設けて、介護サービスの質の向上や業務改善に活かす取り組みを行っている。併せて、毎月の運営会議や職員会議では、施設目標の進捗確認を行い、施設目標の達成や課題解決に向けたチームワークの促進に取り組んでいる。

7		事業所の重要課題に対する組織的な活動	カテゴリー7
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】 ・職員の育成・定着の体制を整備し、介護計画書の作成や目標達成のための職員間連携によるケアを行う 【理由・背景】 ・通所介護計画書の更新やモニタリング等の遅れについて、内部監査による指摘があった ・報告・連絡・相談の流れを理解している職員が少ないこと 【取り組み】 ・通所介護計画書の更新一覧表を作成し、多職種カンファレンス実施体制を整備した ・報告・連絡・相談の流れを確認し徹底した ・職員会議、リーダー会議、全員参加研修を行い、施設運営内容について全職員へ周知徹底した 【取り組みの結果】 ・通所介護計画書、モニタリングの定例職務が習慣化し、計画書の見直しや変更がスムーズになった ・報告・連絡・相談による職員間連携がスムーズになり、課題や気づきを提案・協議・検討できるようになった 【検証・今後の方向性】 ・施設運営のより良い仕組みとして、リスクマネジメント委員会によるアクシデント・インシデント協議や看護師会による看護師の緊急対応協議等を行う 施設で発生する様々な課題への体制整備が求められており、今後も、連携体制の整備し職員自身が働きやすいかつ効率的な職場環境			
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 ・前年度の重要課題として取り組まれた「職員の育成・定着の体制を整備し、介護計画書の作成や目標達成のための職員間連携によるケアを行う」は、介護職員採用が難しくなっている今日の介護サービス施設にとって重要テーマと考えられる。 ・取り組みの結果として、「通所介護計画書、モニタリングの定例職務が習慣化し、計画書の見直しや変更がスムーズになった」「報告・連絡・相談による職員間連携がスムーズになり、課題や気づきを提案・協議・検討できるようになった」などの成果が確認できている。 ・したがって、今後の方向性として提示している、「施設運営のより良い仕組みとして、リスクマネジメント委員会によるアクシデント・インシデント協議や看護師会による看護師の緊急対応協議などを行う」「施設で発生する様々な課題への体制整備が求められており、今後も、連携体制の整備と職員自身が働きやすかつ効率的な職場環境づくりを目指す」は、職員の育成や定着及び職員間連携によるケア体制の構築のためには有効なテーマと考えられるため、引き続き、検証結果を反映させた継続的な取組みを期待する。			
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】 ・芝ディに行きたい!と思える魅力の発信 【理由・背景】 ・平均稼働率の向上を目指す ・より身近な地域住民の拠点としての活用や住民のつながりづくりのため、地域住民に芝ディをもっと知ってもらう必要がある 【取り組み】 ・新規居宅介護支援事業所の開拓 ・既存居宅介護支援事業所への空き情報・献立表・芝レター・その他お知らせ等の情報提供 ・芝地区のケアマネージャーに気軽に寄っていただけるよう食事体験会の実施 【取り組みの結果】 ・2023年度平均稼働率が82%に向上した(昨年度、台場ディサービス改修により利用者が増加) ・芝地区の生活相談員・ケアマネージャーが食事体験会に参加し、現場ケアの様子について情報交換が出来た 【検証・今後の方向性】 ・併設の地域包括支援センターとの合同会議を行うことにより、支援センターによる情報提供からデイサービスの利用経過が分かるようにする 「地域に向けた情報発信の共同体制づくりを目指す」「地域包括支援センターとの合同会議を充実させてケアマネージャーとの関係づくり			

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 ・前年度の重要課題として取り組まれた「芝ディに行きたい！と思える魅力の発信」は、芝ディの稼働率の向上のためには重要テーマと考えられる。 ・前年度の取り組みの結果として、「2023年度平均稼働率が82%に向上した」「芝地区の生活相談員・ケアマネージャーが食事体験会に参加し、現場ケアの様子について情報交換が出来た」などの成果が確認できている。 ・したがって、今後の方向性として提示している、「併設の地域包括支援センターとの合同会議を行うことにより、支援センターによる情報提供からデイサービスの利用経過が分かるようにする」「地域包括支援センターとの合同会議を充実させてケアマネージャーとの関係づくりを強化する」は、稼働率の向上のためには有効なテーマと考えられるため、引き続き、検証結果を反映させた継続的な取り組みを期待する。	

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			
行政または法人のホームページや広報誌等を通じて情報提供を行っている 港区のホームページやガイドブック等により区立高齢者在宅サービスセンターとして情報提供されており、法人のホームページ・パンフレット等に事業所の活動状況等が紹介されている。広報誌「芝レター」は写真等も交えた前月の活動の様子や翌月のイベント等の予定も紹介されており、関係者や希望者に配布されている。利用者の写真掲載は、個々に掲載の可否の確認を必ず行っている。ホームページの更新は広報担当の職員を中心に各職員が協力して、最新の情報を更新し、利用を検討されている方が、見やすく、分かりやすい内容となっている。 行政、地域包括支援センター、いきいきプラザ等と連携して情報提供している 港区、芝地区の行事や芝地区いきいきプラザ案内・広報誌・区報等の希望があれば配布も行なっている。併設の地域包括支援センターから事業所利用の相談を受ける事もあり、連携して利用者の状況や意向に応じた個別ケアを提供している。港区でも比較的下町の人情味のある芝地区で、地域の方に親しまれ、より安心して相談できる高齢者在宅サービスセンターとしての役割を果たしてきている。また、地域の医療機関や関係機関やケアマネジャーとも連携しながら地域の福祉の向上に努めている。 見学希望者には、個々の状況に応じて送迎対応など柔軟に応じている ケアマネジャーや見学希望者からの見学相談には随時応じており、利用者の活動が落ち着く時間に、要望があれば送迎対応やご家族の同行見学も応じている。到着後、スタッフがセンター内を案内し、各種サービスや設備について説明を行っており、見学中や見学後にご質問があればスタッフが丁寧に説明している。また、事業所の活動を知ってもらうためにも体験していただくことも勧めしている。送迎等も利用される事により、実際の利用につながった場合に、待ち合わせ場所、時間等の確認も行え、安心して利用される準備も行えている。			

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		
契約時に利用について重要な事項、料金等の説明を丁寧に行っている 契約時には、重要事項説明書等用いて、説明や記載漏れがないよう丁寧な説明を心掛けている。契約書別紙の料金表をもとに月々に掛かる費用の説明を行なっている。また利用中に起こり得る転倒や爪の剥離等の怪我等身体的なリスクや、同じような物を持参されていた時などの紛失、取り違い等のリスクを説明し、特に貴重品は持参されないようにしていただくなど具体例を挙げ、質問にも応じながら納得いただくよう説明し、同意を得て署名をいただいている。介護保険報酬改定時には、改めて料金等の説明を行い、同意をいただいている。 利用者・家族の意向を伺い、利用者一人一人の想いを大切に支援を心掛けている ケアマネジャーと連携を図りサービス利用に必要な情報等確認し、必要なサービスが提供できるよう配慮している。サービス利用前の面談にて、利用者・家族のサービス利用に対する思い・要望、好きな事、得意だった事、NGな事等確認し、事業所内で看護師、リハビリ担当、介護職、栄養士、相談員等多職種で意見交換して対応を検討している。状況により要望に添えない場合も、代案を提示し、楽しんで何らかの活動に参加できるようにしている。検討した内容や利用者の価値観・思いなどは職員間でも共有し、寄り添った支援の提供に努めている。 長期入院や自宅療養等で、利用休止されている方についても、継続対応している 病気や怪我等の状況により長期入院、自宅療養等で、利用休止となられた方についても、随時連絡を取り、利用者の状況やご家族の負担、困り事等把握し、お元気になられて利用再開の要望があれば、現在の状態に応じた新たな目標の検討など検討し、安心して利用再開できるよう準備を進めている。3ヶ月までは待機期間でそのまま再開可能であり、それ以上期間が空いた場合も再契約により利用再開は可能となっている。また、利用困難で、事業所を変わる場合や施設入所等の場合もスムーズに移行できるよう、同意を得た上で情報提供等に協力している。		

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		
通所介護計画の作成と定期及び状況変化時の見直しの手順に応じ、支援を検討している 通所介護計画の見直し等、一連のプロセスで実施されるよう手順が定まっており、定期的なカンファレンスで検討を行なう際は、看護師、リハビリ職、介護職、栄養士、相談員等多職種で利用中の状況、目標の達成状況、利用中の変化等気づいたことなどを話し合い、現状や本人の意向に則した目標設定、支援内容の見直しを行なっている。職員としても定期的に話し合うことで、他職種の視点の理解や利用者の変化への気づきを高める観察力と専門職としてのスキルアップを目指しており、利用者へのサービスの質の向上にもつながっている。		
定期的な支援内容を見直していく中で、ご本人・ご家族の意向を尊重している 半年に1回のペースでモニタリングを行い、通所介護計画の確認と見直しを行なっている。見直しの際は、利用者・家族の意見も伺い、自宅での様子、介護の状況、大事にしている思い等確認し、デイサービスが生活の延長となるよう配慮している。また、食事摂取状況、食形態などは、事業所で工夫した成功例など家族にも助言し、自宅でも活かしていただける事により、生活の質や意欲の向上にもつながっている。モニタリング表やカンファレンス記録、本人・家族との連絡内容など職員間でも共有し、統一した支援内容を提供できるようにしている。		
朝礼、ミーティング等により、サービス提供時に必要な事項を職員間で共有している 業務日誌にその日の情報(利用者様の様子、家族やケアマネジャーからの連絡事項、その日の業務に必要な周知事項など)記載されており、職員は就業時に必ず確認と捺印を行う事により、時差出勤や非常勤職員も必要な情報は周知されている。朝礼ではその日の利用者の状況、行事・活動内容の周知が行われ、夕方のミーティングでは1日の振り返りとカンファレンスを行う事により、利用者一人一人の理解を深め、今後のサービスに活かすよう努めている。業務日誌、ミーティング・カンファレンス記録等は日勤リーダーを中心に詳細に記録されている。		

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			
契約時に個人情報の取り扱いについて丁寧に説明し同意を得ている サービス提供にあたり必要事項の確認や医療機関・行政・関係機関との情報のやり取り等個人情報の使用目的については、利用契約時に利用者・家族に説明し、同意をいただいた上で行なっている。利用時の活動の様子やイベントの様子などSNS・ホームページで写真・動画等掲載する場合も顔写真の掲載の可否について、本人・家族の意向を確認し、適切に対応している。活動報告書に掲載する写真は利用者の顔が写らないようにして掲載している。職員にも、利用者の個人情報の適切な取り扱いを遵守するよう誓約書を提出している。 利用者のプライバシーを尊重した支援を徹底している 入浴については、一人でゆっくり入りたい方や銭湯好きな方など習慣も一人一人異なり、その方に応じた声掛け・対応を行なっている。脱衣の際はカーテンを使用するなど配慮している。排泄介助に関しても、ほぼ自立の方にはそっと見守り、定期的に声掛けが必要な方、短時間で声掛け・介助を要する方など個々の状況に応じた対応を行なっている。声掛けの際も食後などにそっとトイレにお誘いするなど配慮した対応を行なっている。職員は支援における日々の利用者への声掛けには、より適切な言葉掛けを意識して対応している。 その方らしい生活を支えるよう、習慣や嗜好に合わせたサービス提供を行っている その方らしい過ごし方ができるよう、生活習慣や現在の嗜好にあわせたサービス提供に努めており、一人一人の利用者のこれまでの生活の背景や性格、価値観、嗜好などを把握し、利用時の様子などもミーティング・カンファレンス等で共有して、安心して過ごしていただけるよう支援している。活動への参加、選択食など、利用者の希望で選べるようにしており、無理に勧めることは控えている。事業所にはクレーム相談窓口もあり、利用者の相談に応じている。年1回利用者アンケートも実施されており、ニーズ・要望・満足度・不満等を伺う機会がある。			

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			
事業運営マニュアルを整備し、必要時確認できる事で業務の水準化を図っている 業務の標準化を図るため事業運営マニュアルが策定されており、各業務内容・項目ごとに見出しがつけられ、内容によって写真等もつけて理解しやすく編集されている。各マニュアルは事務室の特定の場所に保管されており、全職員に周知され、業務を行う上で必要時、閲覧できるように配置されている。緊急時の対応(転倒・転落・誤嚥・窒息等)や認知症を患われた利用者の特徴などにより、離院離設された場合の対応の手順等が定められており、マニュアルに則した訓練などもセンター内で協力して行われており、対応出来る準備は整えられている。 各マニュアルは定期的に見直し、現状との整合性を高めている 事業運営マニュアルに基づいて、年に1回、マニュアルの見直しが行われている。見直しは、施設長を中心に、各リーダーが各部所からの意見も吸い上げながら、意見を出し合っている。新たに決定されたマニュアルについては、リーダーを中心に各部所の職員に周知している。特に変更点や新たな課題となる事、報酬改定時にはその内容の周知を行い、マニュアルのどこにどのような内容が記載されているかを職員がきちんと把握できるよう職員会議等で質疑応答も交え確認を行うことで、業務の標準化と業務水準の向上を図っている。 利用者の意向に耳を傾けながら、サービスの向上に取り組んでいる 日々の活動や行事の後などに、利用者に感想や要望など伺うなどして、次回の課題、改善点を確認したり、サービス利用時の表情から伺えることも考慮し対応を検討している。また、利用者・家族からの要望を年に1回の利用者アンケートやクレーム相談窓口に寄せられた内容で把握し、また職員からもアンケート調査を行い、利用者の視点に立ってコミュニケーションをとっていく事により、利用者が自分を意見を言える関係づくりに取り組んでいる。利用者・家族の意向等に耳を傾けながら、業務の見直し、サービスの向上に取り組んでいる。			

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	
モニタリングは、通所介護計画書、ケアプランの目標にむけた実践を評価している 通所介護計画書は、利用者、家族の意向を踏まえながら、ケアプランに応じて作成している。計画に沿って実践ができているか、定期のモニタリングにより振り返りを行っている。モニタリングは通所介護計画書とケアプランに応じた様式を使っている。通所介護計画書の様式では、食事、入浴など8項目を評価し、サービス内容変更等の必要性を検証している。この結果を踏まえたケアプランに対するモニタリング様式では、長期・短期目標の実施状況、通所介護計画の目標に対する評価を行い、見直しの必要性を示している。 アセスメントの「本人のパーソナリティ」は、本人への関わり方の検討に役立てている 生活相談員は、サービス開始前、サービス担当者会議や契約の際、利用者・家族に対してアセスメントを行っている。アセスメントでは、利用者・家族の意向、健康・医療、これまでの経過、本人のパーソナリティ、生活リズム、ADL・IADLなどの情報を収集している。これらの情報をもとに課題分析を行い、通所介護計画を作成している。アセスメント結果はミーティングを通じて全職員で共有し、ADL・IADLは実際の介助方法の検討、生活歴・本人のパーソナリティ等は、その方への関わり方を検討する際に役立てている。 選択を支援するため、食事やプログラムへの参加など、本人の意思を尊重している リハビリやプログラムへの参加のほか、食事でも選択食を取り組むなど、体調や気分にあわせて利用者が選択できるなど、本人の意思や主体性を尊重して支援している。事業所には生活相談員、看護師、介護職員、機能訓練指導員、栄養士、調理員、事務職員が配置され、多職種で連携を取りながら利用者の支援に努めている。また、支援が困難な利用者で深刻な課題がある場合、ケアマネジャーとともにケアプランに位置付けた他のサービス担当者や連携するほか、行政が主催する虐待会議等にも参加して、利用者の権利擁護に協働して取り組んでいる。	
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	
アンケートや栄養士による聞き取りなど、食事に対する意見をメニューに反映している 食事は施設内の厨房で調理して、温かい状態で提供している。栄養士は昼食時に、ラウンドして利用者の感想を確認し、メニュー作りや調理方法に利用者の声を反映するとともに、量や食形態の変更など個別対応に努めている。また、主菜が選べる選択食のほか、郷土料理や季節に合わせた行事食、リクエスト食など、利用者が食事をおいしく、楽しめるよう取り組んでいる。栄養委員会を設置し、嗜好アンケート調査を行うほか、聞き取りや残菜調査など、利用者の声を定性的・定量的に分析して、メニューづくり、行事食等の検討を行っている。 利用者の身体状態に応じた入浴形態で、安心、安全に入浴をしてもらっている 看護師がバイタルチェック、体調確認を行い、その日の入浴の実施の判断をしている。脱衣室、浴室は広く、入浴中はカーテンで仕切って利用者の羞恥心に配慮している。入浴形態は、利用者の身体状況に合わせて一般浴、個浴、寝台浴、リフト浴などを用意し、安心して安全に入浴できるよう環境を整えている。また、入浴を通じて季節の移り変わりを感じてもらおう、ゆず湯、菖蒲湯などを行って利用者に楽しんでもらっている。入浴、洗身の介助・見守りは、マニュアルに沿って行い、安全を第一にサービスを提供している。 やむを得ない事情で送りだしが間に合わない場合、柔軟に対応した送迎を行っている 排泄チェック表を作成し、利用者ごとの排便の傾向を把握し、タイミングの良い声かけ、排泄介助を行っている。在宅の訪問看護師と連携して、排便コントロールに対応するなど、チームケアを実践している。利用者が安全に通所できるよう、「送迎表」を作成して留意点などを記載している。送り出しや迎え入れで家族やヘルパーがいるか、歩行状態、車いすや歩行器、杖の使用状況など、必要な情報をまとめて整理している。個別の状況に応じ到着時間を事前に伝えるほか、家族の都合で遅れるときは、通常の時間を変更するなど柔軟に対応している。	

3	評価項目3 利用者の健康を維持するための支援を行っている			評点(〇〇〇)
	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				
看護職員は、介護職員と連携して、通所時、利用者の健康状態を確認している 利用者には自宅で検温をしてもらうとともに、看護職員は介護職員と協力して、来所時、顔色、歩行状態、食事や睡眠状況など、一般状態の観察を行う。その後、バイタルチェック(体温・血圧・脈拍・問診)を行うとともに、連絡帳に記載している。状態に応じて、入浴の可否を判断するとともに、体調不良時、受診が必要な場合は家族に報告している。また、送りの時、健康状態を家族に報告している。入浴サービスを利用する利用者については、主治医の意見書を提供してもらい、状態に応じた入浴の可否の判断資料として活用している。 服薬は、ダブルチェックを行うなど誤薬がないよう管理を徹底して行っている 服薬マニュアルを整備し、服薬管理・服薬の支援など、手順を明確にして適正に実践している。来所時には、持参した連絡帳と薬袋を受け取り、介護職員が内容を確認して薬箱に保管している。その後、看護師が薬箱に保管している薬を確認するなど、ダブルチェックを行っている。その際、報告のない薬の有無など、不明な点があれば、家族に連絡して確認するなど、服薬管理を徹底している。昼食時の服用では看護職員が、介護職員と連携しながら、服薬チェック表を活用して内服の支援し、飲み込むまでの確認を行っている。 緊急時、職員が適切に行動できるよう、フローチャートを作成している 看護職員は介護職員と協力しながら、一日を通じて、個々の利用者の健康状態を観察している。利用者の急変時、看護職員は家族、主治医と連携して必要な対応をとっている。急な受診や救急搬送時は、迅速にその利用者の医療情報が申し送れるよう、必要な情報を整理している。緊急時、職員が適切に行動できるよう、フローチャートを整備し、掲示、研修を通じて共有している。フローチャートには、転倒・転落、誤嚥・窒息・呼吸状態の急変など、様々な事態に対応できるよう手順を示すなど、急変に備えている。				
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、効果的な個別機能訓練を実践している 機能訓練指導員は、リハビリ希望の利用者に対して「個別機能訓練計画書」を作成し、その方の状態に応じたリハビリを実施している。さらにその方にとって最適な自主トレを指導するなど、リハビリ効果が一層高まるよう支援している。3カ月に一度、モニタリングを行い、リハビリの効果を検証、評価して、必要に応じて見直しを行うなど、PDCAサイクルを通じてリハビリの質の向上に努めている。また、機能訓練指導員は必要に応じて送迎車に同乗し、個々の利用者の家屋調査を行うことで、個別機能訓練に活かすよう努めている。 機能訓練指導員は、送迎時の自宅から送迎車への移動の評価を行っている 機能訓練指導員は、リハビリを視点とした介護技術を介護職員に指導している。介護職員は動作が複雑な入浴動作や、送迎時の乗車動作などに指導内容を活かし、リハビリ効果の発揮や、利用者の安全確保に取り組んでいる。さらに送迎時は乗車動作に加え、送迎車と自宅の間の移動、玄関と居室間の移動など、送迎時の利用者の一連の動作を評価し、安全な送迎時の移動を評価、指導している。さらに介護職員は、いすからの立ち上がりや室内移動など、様々な動作にリハビリの視点を生かした援助を行うなど、生活リハビリの実践を支援している。 芝楽トレーニングとして、リハビリ要素を活かした集団体操を実践している 芝楽(しばらく)トレーニングとして、集団体操では、機能訓練の要素を取り入れ、楽しみながら運動やリハビリが行えるよう実践している。ボーリング、ハンマー投げ、風船バレーなど、様々なプログラムを用意し、1カ月のメニューを利用者に配布するほか、掲示している。福祉用具は、定期的に点検し、いつでも使える状態にするほか、必要に応じて修理・交換している。また、在宅でリハビリ職がサービスで入っていない場合、ケアマネジャーからの依頼で、導入した福祉用具の評価を行うこともあり、リハビリの専門性をチームケアに活かしている。				

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)	
	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					
テーブルの席次は互いの関係性など踏まえ、会話が弾むよう配慮している ケース記録には、日々の利用者の状況、援助内容を記載している。職員間で情報を共有し、個々の利用者の様子や他者との関わりなどがわかるようにしている。席の配置では、利用者間の関係性を踏まえて、例えば顔なじみの方が隣り合わせになるよう配慮している。関係性が変化した、席を離れた方がよい場合は見直しを行うなど、臨機応変に対応している。利用者同士の交流が深められるように、食事やレクリエーション活動の際は、互いの関係性のほか、会話が弾むよう個々人の視力や聴力などを勘案した席次になっている。 倶楽部型レクリエーション(芝楽倶楽部)を実践し、好きな活動に参加ができる 「興味関心シート」を作成し、利用者の好みや趣味などを記載し、これを踏まえてプログラムなどに誘うほか、声かけに工夫をするなど配慮している。活動への参加は無理強いせず、個人の意思を尊重して、一人で静かに時間を過ごす方もいる。体調のすぐれない方、疲れやすい方は、静養ベッドを使って休んでもらっている。芝楽(しばらく)倶楽部として、ちぎり絵や手芸、園芸、将棋など、趣味の合う方と好きな活動ができる倶楽部型レクリエーションを行っている。制作活動では利用者の作った作品を展示し、地域の方にみてもらっている。 法人内の学会でレク活動の研究発表を行い、成果を実践に反映している 法人では年に1回、各事業所の実践研究の発表の機会(こやまケア学会)を設けている。事業所では、「レク活動から生きがい作り活動へ」というテーマで研究発表を行うなど、研究結果を実践に反映するよう努めている。明るい室内装飾に努め、利用者が快適に過ごせるよう配慮している。また、壁面には利用者の作品を展示し、達成感を感じもらったり、次の活動への意欲を高める効果を期待している。定期的な清掃のほか、汚れた際はその都度清掃を行っている。室内はバリアフリーで、トイレも多機能トイレや手すりなどの設置をしている。					
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)	
	評価	標準項目			
	☒ あり ☐ なし	1. 利用者のサービス提供時の様子や家庭での普段の様子を家族と情報交換し、共有している			☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	2. 家族の状況に配慮し、相談対応やアドバイスをを行っている		☐ 非該当	
評価項目6の講評					
家族とは連絡帳、「SHIBA LETTER」、ホームページで活動を共有している 連絡ノート・電話・送迎時の会話等を通じて、家族と利用者の情報を共有している。連絡ノートには、バイタル測定値などの健康情報・その日の活動の様子・連絡事項等を記載している。家族からは利用者の家庭での様子・健康状態・連絡事項等を記載してもらうなど、家族と連携を図りながら支援を行っている。さらにホームページでは、デイサービスの取り組みを写真とコメントで紹介するほか、活動予定表を掲示している。広報誌「SHIBA LETTER」を定期に発行し、イベント、食事、お知らせなどの情報を家族にも提供している。 家族からの相談に積極的に応じて、本人、家族の負担軽減に努めている 生活相談員はサービス開始前に自宅を訪問し、利用者や家族の状況・意向等を聞き取って、職員全員と情報を共有している。また、利用者のケアプラン作成に伴うサービス担当者会議には積極的に参加し、ケアマネジャーとの連携強化に努めている。利用者の課題は必要に応じてアドバイスを行うほか、ケアマネジャーと共有して、本人、家族の精神的・身体的負担の軽減に努めている。複合施設内には地域包括支援センターが設置されていることから、深刻な課題を有する利用者に対して同センターと連携して課題解決に取り組んでいる。					

7	評価項目7 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている		評点(〇〇〇)	
	評価	標準項目		
	☒ あり ☐ なし	1. 地域のさまざまな機関や職種と協働し、地域の情報を収集して利用者の状況に応じた提供をしている		☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	2. 利用者が地域のさまざまな資源を利用する機会を設けている		☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	3. 利用者が職員以外の人と交流できる機会を確保している	☐ 非該当	
評価項目7の講評				
複合施設の利点を生かして、地域の社会資源の情報を積極的に提供している 複合施設内には、高齢者相談センター(地域包括支援センター)が併設されており、公的施設・サービスのほか、自主活動など、地域の社会資源の情報が集約されている。利用者、家族が参加して楽しめたり、必要な情報が得られるような催事等があれば、チラシ等を提供し、参加を働きかけている。また、行政や地域包括支援センターが主催する催事についてポスター掲示を通じて周知に努めることもあります。さらに地域包括支援センターが行う介護予防の教室や体操などの様々な情報を提供し、必要な方に参加を働きかけている。 小学生生徒、学童クラブ子ども、保育園児など、多世代交流の機会をもっている 新型コロナの5類移行に伴って、地域住民との交流を再開している。近隣の小学校、学童クラブ、保育園の子どもたちとの多世代交流の機会をもっている。中学生との交流では、生徒たちが合唱を披露したり、手作りのプレゼントを渡したり、利用者に変な楽しい時間を過ごすことができた。ボランティアも再開し、クリスマスカードづくりを通じて、利用者との交流を深めてもらった。また、保育園児や小中学校の生徒、町会の方を招いて、ブネ演奏を披露するほか、制作活動で作った作品の展示会を開催することができた。				

事業者が特に力を入れている取り組み①		
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に必要な支援を行っている
タイトル①	栄養士は、昼食時にラウンドして、提供した食事の感想を聞いている	
内容①	食事は施設内の厨房で調理して、温かい状態で提供している。栄養士は昼食時に、ラウンドして利用者の感想を確認し、メニュー作りや調理方法に利用者の声を反映するとともに、量や食形態の変更など個別対応に努めている。また、主菜が選べる選択食のほか、郷土料理や季節に合わせた行事食、リクエスト食など、利用者が食事をおいしく、楽しめるよう取り組んでいる。給食会議を設置し、嗜好アンケート調査を行うほか、聞き取りや残菜調査など、利用者の声を定性的・定量的に分析して、メニューづくり、行事食等の検討に役立てている。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-3-4	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している
タイトル②	業務日誌の確認の徹底と、朝夕礼時の申し送りにて、必要な情報共有が行われている	
内容②	業務日誌にその日の情報（利用者様の様子、ご家族やケアマネジャーからの連絡事項、その日の業務に必要な周知事項など）記載されており、職員は就業時に必ず確認と捺印を行う事により、時差出勤や非常勤職員も必要な情報は周知されている。朝礼ではその日の利用者の状況、行事・活動内容の周知が行われ、夕方のミーティングでは1日の振り返りとカンファレンスを行う事により、利用者一人一人の理解を深め、今後のサービスに活かすよう努めている。業務日誌、ミーティング・カンファレンス記録等は日勤リーダーを中心に詳細に記録されている。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	2-1-1	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
タイトル③	施設を取り巻く環境についてアンケート等により情報把握と課題抽出を行っている	
内容③	施設では、施設運営に関する利用者のニーズは、顧客満足度アンケート、嗜好調査アンケート、興味関心チェックシート等調査を実施し把握している。また、施設運営に関する職員の意向は、運営会議や職員全体会議で意見交換を行い把握・検討している。さらに、地域福祉の現状は、地域包括支援センターと連携し地域の福祉ニーズを把握している。併せて、福祉事業全体の動向は研修参加により課題やニーズを把握している。一方、施設の経営状況は、毎週の施設長会議や運営会議等で稼働状況等を把握し、施設として対応すべき課題を抽出している。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	倶楽部型レクリエーション「芝楽(しばらく)倶楽部」を実践するほか、法人学会で研究発表を行うなど。サービスの質の向上に努めている
	内容	「興味関心シート」を作成し、利用者の好みや趣味などを記載し、これを踏まえて活動などに誘っている。また、活動への参加は無理強いせず、個人の意思を尊重して、一人で静かに時間を過ごす方もいる。芝楽(しばらく)倶楽部として、ちぎり絵や手芸、園芸、将棋など、趣味の合う方と好きな活動ができる倶楽部型レクリエーションを行っている。さらに法人のこやまケア学会において、「レク活動から生きがい作り活動へ」というテーマで研究発表を行うなど、実践研究方式でレクリエーション活動の質の向上に取り組んでいる。
2	タイトル	毎日、業務終了時にミーティング、多職種を交えたカンファレンスを行うことで、利用者の理解とサービスの向上に取り組んでいる
	内容	夕方、終業前に毎回、ミーティング、カンファレンスに参加する事により、他職種の視点を確認しながら、より利用者の理解を深め、利用者への対応を考える機会にもなっている。カンファレンスにおいて、それぞれの職員が意見交換する機会を持つことで、利用者の変化に気づき、その状況を言語化していくこと、専門職としての観察力の向上、気づいたことや話し合ったことを実践すること、専門職としてのスキルアップを積み上げていくことなどにより、信頼関係の構築、サービスの向上に繋がっていくと感じられる。
3	タイトル	施設の組織力の向上に向け、介護士・理学療法士による選抜チームがチームケア学会での研究発表に取組み成果を上げている
	内容	施設の組織力の向上に向け、チームケア学会において選抜チーム(介護士や理学療法士)による研究発表を行うなど組織育成に取り組んでいる。また、職員が施設外研修に参加した際は、施設内での伝達研修を行い各組織への共有を図っている。さらに、職員ひとり一人の日頃の気づきや工夫については、夕礼等で職員からの提案等を聞く場を設けて、介護サービスの質の向上や業務改善に活かす取組みを行っている。併せて、毎月の運営会議や職員会議では、施設目標の進捗確認を行い、施設目標の達成や課題解決に向けたチームワークの促進に取り組んでいる。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	施設運営に必要な情報を適切に収集・整理し、組織的に管理・保護・活用を図っており、今後、介護サービス情報の一元化が望まれる
	内容	施設運営に必要な情報は、収集・利用・保管・廃棄について、港区のルールを遵守すると共に全職員に研修等により周知されている。また、個人情報の取扱いについては、港区個人情報保護方針に基づき、全職員から誓約書への署名を義務付けている。さらに、収集した情報は重要性や機密性を踏まえ、データ情報はPCのID・PWによるアクセス制限、紙情報は施錠付き書棚で保管し、情報漏えい防止を図っている。今後、介護サービス情報の一元化により、介護職員の介護サービス情報入力削減による介護職員の職務負担の軽減実現が望まれる。
2	タイトル	ICT化への取り組みなど、将来に向けた業務の更なる効率化に向けた取り組みも必要性を感じており、今後の計画的な推進が望まれる
	内容	記録や情報共有の仕組みは整えられており、日常の業務の流れ等について、現在は過不足なく実践できているが、各業界でもICT化への流れは進んできており、介護事業においてもその流れは止められない状況であるとの認識がなされている。今後は予算等を検討し、システム導入のメリット・デメリットの検討した上で、導入に向けての職員研修等を推進し、事業所内だけでなく、法人や地域行政とも、確認・連携しながら、将来に向けた取り組み計画を立てて検討・推進していくことが望まれる。
3	タイトル	複合施設として地域の高齢者の支援拠点の役割を担うため、コロナ禍前のレベルを超えて、地域との関係づくりに努めることが望まれる
	内容	新型コロナの5類移行に伴い、地域住民との交流を再開している。近隣の小学校、学童クラブ、保育園の子どもたちとの多世代交流の機会をもっている。特に中学生との交流では、生徒たちが合唱を披露したり、手作りのプレゼントを渡したり、利用者は楽しい時間を過ごすことができた。また、ボランティアも再開し、利用者との交流を深めてもらうなど、地域住民との関係づくりに積極的に取り組んでいる。当施設は、複合施設として地域の高齢者支援拠点であることから、コロナ禍前のレベルを越えて地域との関係づくりに努めることが望まれる。