

福祉サービス第三者評価結果報告書【令和4年度】

2023 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

〒 176-0001

所在地 東京都練馬区練馬1-20-2

評価機関名 株式会社日本生活介護

認証評価機関番号

機構 02 - 015

電話番号 03-3991-8440

代表者氏名 佐藤 義夫

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	櫻井 良平	福祉	H1901005
	②	玉腰 宏之	経営	H2201003
	③	堀 洋子	福祉	H0701024
	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	港区立北青山高齢者在宅サービスセンター		指定番号	1370305433
事業所連絡先	〒	107-0061		
	所在地	東京都港区北青山1-6-1		
	TEL	03-5410-3410		
事業所代表者氏名	施設長 藤井 武彦			
契約日	2022 年 11 月 21 日			
利用者調査票配付日(実施日)	2022 年 12 月 20 日			
利用者調査結果報告日	2023 年 1 月 31 日			
自己評価の調査票配付日	2022 年 12 月 13 日			
自己評価結果報告日	2023 年 1 月 31 日			
訪問調査日	2023 年 2 月 9 日			
評価合議日	2023 年 2 月 9 日			
コメント (利用者調査・事業評価の工夫点、補助者・専門家等の活用、第三者性確保のための措置などを記入)	利用者調査については、事業所から調査票を配付し、記入後は返信用封筒に入れ、直接評価機関へ郵送いただいた。			

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。

2023 年 3 月 日

事業者代表者氏名

印

<p>1</p>	<p>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述 （関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>(1)東京聖労院は、「四恩報謝」(天地・父母・国・衆生の恩に報い、感謝するところ)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/青山の地域性・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)堅実な財政運営のもと、職員にとって働きやすい職場づくりを目指します。</p>
<p>2</p>	<p>期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）</p> <p>(1)職員に求めている人材像や役割</p> <p>(1)ご利用者の満足を得るために、個々の能力に応じた生活を営めるよう支援し、一人ひとりのご意見や要望・苦情を把握して質の高いサービスを提供し、施設が温かく家庭的な雰囲気生活できるよう支援します。 (2)職員が自信と誇りを持って働ける職場とするために、力を十分に発揮し、やりがいを持って働き、仕事の結果が出せる職員を育成します。職員個々のスキルアップのための資格取得支援とワークライフバランスの就業環境を整備します。 (3)健全な経営を維持するために、「変化対応と基本徹底」を基本に、安定した経営基盤の確立を目指し、稼働率の向上と適正なサービス提供による収入確保に努め、具体的な経費の節減計画を設定し、支出の削減を行います。 (4)地域福祉の向上に貢献するために、ボランティア専属職員による受け入れ、ボランティアの積極的な活用を推進し、事業所の専門性を生かした講習会の開催や実習生の受け入れ、企画・啓発活動を行います。 (5)ご利用者の権利擁護と意思尊重を配慮するために、「個人情報に関する基本方針」に基づき、個人情報に関しては「利用目的」を説明し、取り扱い・保管について流出・遺漏のないよう管理します</p> <p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感)</p> <p>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る。 ○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。</p>

調査対象	登録利用者全員を対象とした。
調査方法	事業所から調査票を配布し、記入後は返信用封筒に入れ、評価機関へ直接郵送していただいた。

利用者総数 62

	アンケート	聞き取り	計
共通評価項目による調査対象者数	62	0	62
共通評価項目による調査の有効回答者数	29	0	29
利用者総数に対する回答者割合(%)	46.8	0.0	46.8

利用者調査全体のコメント

調査対象者62名のうち、29名から回答を得ることができた。満足度の高い項目として、「事業所の清掃・整理整頓は行き届いていますか」「職員の接遇・態度は適切ですか」「利用時の過ごし方は、個人のペースに合っていますか」「利用者の気持ちを尊重した対応がされていますか」などがあげられる。
 総合的な満足度では、26名が「大変満足・満足」、2名が「どちらともいえない」、1名が「無回答」と回答している。「親身な対応に感謝しています」「食事が美味しく喜んでます」「本人に合った対応してくれる職員に感謝しています」「同性介護の希望を聞いて実現してくれています」などのコメントがあがっている。

利用者調査結果

共通評価項目	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	25	4	0	0
25名が「はい」、4名が「どちらともいえない」と答えている。 「皆優しく接してくれます」「満足しています」「実態を見ていないのでわかりません」などのコメントがあがっている。				
2. 日常生活に必要な介助を受けているか	23	1	2	3
23名が「はい」、1名が「どちらともいえない」、2名が「いいえ」と答えている。 「髪の毛を洗うお手伝いがあると助かります」などのコメントがあがっている。				

3. 利用中に興味・関心が持てる行事や活動があるか	17	10	0	2
17名が「はい」、10名が「どちらともいえない」と答えている。 「できれば織物や草木染をさせてほしいです」「麻雀やカラオケが楽しみな様子です」「イベントがいつも楽しいです」などのコメントがあがっている。				
4. 個別の計画に基づいた事業所での活動・機能訓練(体操や運動など)は、在宅生活の継続に役立つか	24	4	1	0
24名が「はい」、4名が「どちらともいえない」、1名が「いいえ」と答えている。 「体の硬縮が押さえられて助かっています」「リハビリが大好きです」「もっと運動をさせてほしいです」などのコメントがあがっている。				
5. 職員から適切な情報提供・アドバイスを受けているか	24	5	0	0
24名が「はい」、5名が「どちらともいえない」と答えている。 「連絡帳で情報提供や相談をしています」「事業所内の楽しい様子を伝えてくれます」などのコメントがあがっている。				
6. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	26	2	0	1
26名が「はい」、2名が「どちらともいえない」と答えている。 「工事で狭くなっていることがありました」「きれいにしていると思います」「見たことがないのでわかりません」などのコメントがあがっている。				
7. 職員の接遇・態度は適切か	26	2	0	1
26名が「はい」、2名が「どちらともいえない」と答えている。 「距離を感じることもあります」などのコメントがあがっている。				
8. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	21	3	0	5
21名が「はい」、3名が「どちらともいえない」と答えている。 「すぐに家に連絡してくれます」「そのような経験はありませんが、適切に対応してくれると思います」などのコメントがあがっている。				
9. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	17	3	0	9
17名が「はい」、3名が「どちらともいえない」と答えている。 「特に気にしたことはありません」「適切に対応してくれていると思います」「そのような場にあつたことはありません」などのコメントがあがっている。				

10. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	25	3	0	1
25名が「はい」、3名が「どちらともいえない」と答えている。 「とても気遣ってくれているともいます」「一人ひとり大切にしています」とのコメントがあがっている。				
11. 利用者のプライバシーは守られているか	22	4	0	3
22名が「はい」、4名が「どちらともいえない」と答えている。 特にコメントはあがっていない。				
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	19	3	2	5
19名が「はい」、3名が「どちらともいえない」、2名が「いいえ」と答えている。 「聞いてくれると思います」などのコメントがあがっている。				
13. サービス内容や計画に関する職員の説明はわかりやすいか	19	5	0	5
19名が「はい」、5名が「どちらともいえない」と答えている。 「入浴がいつも気持ち良かったと言っています」「家族が把握しています」「説明を直接受けたことはありません」などのコメントがあがっている。				
14. 利用者の不満や要望は対応されているか	20	2	1	6
20名が「はい」、2名が「どちらともいえない」、1名が「いいえ」と答えている。 「そういうことは無いが聞いてくれると思います」「優しくしてもらっているので大丈夫だと思います」「不満はありません」などのコメントがあがっている。				
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	13	5	1	10
13名が「はい」、5名が「どちらともいえない」、1名が「いいえ」と答えている。 「施設とケアマネジャーの連絡が密で助かっています」「入所して間もないのでわかりません」「ケアマネジャーに相談しています」などのコメントがあがっている。				

I 組織マネジメント項目(カテゴリ1～5、7)

No.	共通評価項目	
	カテゴリ1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリ1(1-1)	
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 7/7
	評価項目1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を周知している 評点(〇〇)	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/>非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/>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
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/>非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/>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
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/>非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/>非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/>非該当
	カテゴリ1の講評	
	法人理念を職員に浸透させるために様々な取り組みを行っている 運営法人及び事業所では、法人理念を職員に浸透させるため、入職時に行う新人研修で、理事長自ら理念や法人の歴史について説明している。さらに理事長は、毎年1回、事業所を訪問し、理念について改めて説明する「理念研修」を開催している(コロナ禍では動画提供)。また、事業所としても、職員会議(年2回)の場において施設長が説明をするなど、理念の定期的な再確認を行っている。さらに、「倫理綱領研修」の中で理念についてもテーマにしている。研修後は報告書の提出を求めることで、理念の理解度を確認している。	
	経営層での決定事項を全職員に周知していくための組織体制を構築している 事業所では、「課長会」という名称ではあるが、施設長、課長、係長が集う会議を設置して、業務運営上の基幹組織と位置づけている。同一建物内の高齢者相談支援センター及びふれあい相談室の職員も構成員になっているので、三者間の連絡調整機関ともなっている。課長会で決定した事項については、構成員である係長がリーダーとなって開催する「フロアミーティング」において、一般職員に周知している。この仕組みにより、経営層で決定した事項が確実に一般職員に伝わるようにしている。急を要する案件については、施設長自らが朝礼で伝えている。	
	「課長会」を中心に専門委員会も活用して、効率的に事業運営を行っている 「課長会」を事業所における基幹的な組織としているが、一部の個別業務については委員会を設置して、そこで詳細検討を行っている。今年度は、(1)事故・苦情対応委員会、(2)安全衛生・感染症予防委員会、(3)防災訓練委員会、(4)高齢・児童交流委員会、の4委員会を設置している。委員会の開催頻度は異なるが、課長会の終了後に引き続き行うことを原則として、効率的な運営に努めている。また、各委員会のリーダーは係長が担っており、当該係長は、委員会での決定事項を検討経過も含めて課長会で報告するため、効率的な審議が行われている。	

カテゴリ-2		
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		評点(000000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 事業所の経営状況を把握・検討している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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		評点(000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 着実な計画の実行に取り組んでいる		評点(00)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
カテゴリ-2の講評		
<p>アンケートを実施して、利用者及び家族の意向を把握している</p> <p>事業所では、年に1回、「サービス評価アンケート」を実施して、利用者及び家族の意向を確認している。アンケート調査結果を集計した後、自由記述欄等において要望や苦情に関わるものが記されていた時は、対応した対策について検討している。利用者及び家族には、集計結果を「家族会」(今年度は9月に開催)において報告している。また、運営推進会議(事業所職員、地元の自治会長、港区担当者、ケアマネージャー等で構成)でも結果を報告している。</p> <p>地域の団体や機関とつながりを持つことで、地域の状況やニーズを把握している</p> <p>事業所では、(1)高齢者福祉施設協議会(港区内の高齢者向け施設が集う会)、(2)港区施設長会(港区内の社会福祉施設が集う会)、(3)港区社会福祉法人連絡会(港区社会福祉協議会が主催する会)、(4)港区高齢者地域支援連絡協議会、(5)地域防災協議会(港消防署が主催する会)、(6)港区青少年対策青山地区委員会等の組織に加盟し、会合に出席している。これら会議で地域の住民や団体から実状、課題、計画などを聞くことができ、また情報交換もできている。そうした中で、他機関と事業所との交流企画が実現したこともある。</p> <p>事業計画書には様々な計画、目標を盛り込み、数値目標も掲げている</p> <p>当法人が事業所の指定管理者となったのは2022年度からであり、したがって事業計画書も2022年4月に初めて策定した。事業計画書では、法人の理念から始めて、組織体制、防災計画、苦情処理体制、提供サービスの内容まで詳細に記している。そして、計画や目標にあたる部分の記述では、回数、頻度、実施予定月日、予算などについて数値も記載し、年度終了後に達成率等について振り返りができるようにしている。振り返りの結果は、2022年度事業報告書として取りまとめる予定である。</p>		

3			カテゴリ-3	
経営における社会的責任				
サブカテゴリ-1(3-1)				
社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 2/2	
評価項目1 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知し、遵守されるよう取り組んでいる			評点(〇〇)	
評価	標準項目			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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、理解が深まるよう取り組んでいる		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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。		<input type="radio"/> 非該当	
サブカテゴリ-2(3-2)				
利用者の権利擁護のために、組織的な取り組みを行っている			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 4/4	
評価項目1 利用者の意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応する体制を整えている			評点(〇〇)	
評価	標準項目			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 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			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当	
サブカテゴリ-3(3-3)				
地域の福祉に役立つ取り組みを行っている			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 5/5	
評価項目1 透明性を高め、地域との関係づくりに向けて取り組んでいる			評点(〇〇)	
評価	標準項目			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 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			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当	

カテゴリー3の講評

職員倫理綱領及び職員倫理綱領ガイドラインを定めて職員に周知している

法人では、基本理念に基づき、利用者の尊厳を尊重するために「職員倫理綱領」と「職員倫理綱領ガイドライン」を定めている。倫理綱領では、「人間としての尊厳の保持」、「人権の尊重」等の7項目を「実践のための規範」として掲げている。そして、ガイドラインでは、利用者として守られるべき権利を倫理綱領の項目に合わせて記している。「いかなる虐待からも守られる権利」、「平等にサービスを受ける権利」等の7項目を挙げている。事業所では、「倫理綱領確認テスト」を行うなどして、職員への浸透を図っている。

苦情解決の仕組みを制度として整えており、適切な対応に努めている

苦情対応の体制として、苦情対応責任者(施設長)と苦情対応窓口(課長、係長)及び事故・苦情対応委員会を設置している。苦情の申し出があった場合は、「苦情内容記録表」を作成している。内容が軽微なものであれば担当セクションで直ちに対応策を講じている。他方、苦情内容が深刻である場合や、法人で設置しているオンブズマンや港区役所に苦情が出された場合には、「事故・苦情対応委員会」において対応策を検討し、実行することとしている。苦情の内容及び実行した対策については、課長会、フロアミーティングで全職員に周知している。

地域の団体機関と協同して、地域貢献につながる取組みを行っている

地域の様々な団体、機関に加盟し、また協同することで、地域に貢献できるよう取り組んでいる。災害発生時には、福祉事業所として要援護者を支援すること、福祉避難所として役割を果たすことを港区と協定を結んでいる。近隣の都営住宅自治会とも協定を結び、災害時に相互に支援協力することを定めている。定期的に合同防災訓練も行っている。また、隣にある中学校の職業体験の実習先として生徒を受け入れることもしている。他にも社会福祉協議会が取り組んでいる「子ども食堂」活動に協力するなど、積極的に地域と関わっている。

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(00000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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(0000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
カテゴリー4の講評		
<p>様々なリスクを想定して、マニュアルや事業継続計画を整備している</p> <p>火事、地震、不審者侵入、感染症を中心に、リスクごとに予防策及び発生時の対応についてまとめたマニュアルと、発生した場合でも事業を継続するための体制確立についてまとめた事業継続計画書を策定している。マニュアルにおいては、(1)発生時になすべきことの優先順位、(2)現場状況(たとえば停電状態)に応じて取るべき対応、(3)他所に避難する場合の指針、等を示している。年2回、リスクマネジメント研修を行い、職員がいざというときに適切な行動をとれるよう準備している。</p> <p>個人情報保護のための取組みを多面的、重層的に行っている</p> <p>就業規則や運営規程で、職員に対し、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を保持すべきことを課している。そして、入職時には、秘密保持の誓約書を取っている。また、「個人情報保護規程」を策定し、個人情報の取扱いの手順等について詳細に定めている。運営法人は、2010年にプライバシーマークを取得しているため、手順等は徹底している。他方、利用者に対しても、利用契約時に、事業所及び職員の守秘義務とともに利用者の個人情報の使用目的や収集項目について説明し、同意書を取っている。</p> <p>事故及びヒヤリハットについて、検証及び再発防止のための体制を構築している</p> <p>事故・苦情対応委員会を設置している。同委員会は、毎月1回開催するが、前月に起きた事故及びヒヤリハットについて、どのように対応したのかの確認、分析を行うとともに、再発防止のための方策についても検討している。同委員会で検討、決定した事項については、課長会で報告がなされ、さらに、フロアミーティングにおいて全職員に周知、共有している。そうして、同種の事故またはヒヤリハットを再び繰り返さないよう意識させている。また、「家族会」(今年度は9月に開催)の場で、利用者家族にも報告している。</p>		

5 職員と組織の能力向上		
サブカテゴリ-1(5-1)		
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成・定着に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-2(5-2)		
組織力の向上に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 3/3
評価項目1 組織力の向上に向け、組織としての学びとチームワークの促進に取り組んでいる		
評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

カテゴリー5の講評

職員会議の終了後にアンケートを取って職員の意向を把握するようにしている

職員に、法人及び事業所の運営方針を伝えたり、様々な連絡、調整を行う場として「職員会議」を年に2回開催している。職員会議中でも職員から意見を求めているが、さらに、会議後にアンケートを取っている。たとえば、(1)施設の経営の現状と課題、(2)規定の改正、(3)大規模改修、(4)上記以外のこと、といった点について、自由に記述してもらっている。この仕組みにより、職員は、会議中には発言しなかったことや、会議を聞いて考えたこと等を伝えることができる。このアンケートは、職員の意向をつかむ重要な手段となっている。

キャリアマップを定めて職員に示し、職員が選択できるようになっている

法人は、職員のキャリアマップを定めている。キャリアアップコースと専門職コースの2コースを置いている。前者は、係長→課長→施設長へと昇進を目指すコースであり、後者は、技能の専門職員として現場業務を継続するコースである。合わせて、上位職に就くために必要な経験年数も明示している。職員は、自らのワーク・ライフ・バランス、とりわけ出産、子育て、親の介護といった個人的事情等を踏まえ、どちらのコースを選択するかを選ぶことができる。また、途中で変更することもできるフレキシブルな制度となっている。

人事考課や面談を通じて職員の働く意欲の向上を後押ししている

人事考課の面談を年2回行っている。前期の面談は直属上司が行うが、職員一人ひとりについて、今年度の目標、自分の果たすべき役割、研修の受講計画等について確認している。また、後期の面談では、職種変更や異動についての要望等を聞いている。職員の目標、計画、意向に対して上司がフィードバックを行うことで、職員の意欲向上を後押ししている。また、法人では、理事長や理事が、入職1年目～3年目の職員40名から直接悩みなどを聞く「職員懇談会」も開催している。法人は、この会を新人職員の生の声を拾う機会として重視している。

カテゴリー7

7 事業所の重要課題に対する組織的な活動

サブカテゴリー1(7-1)

事業所の重要課題に対して、目標設定・取り組み・結果の検証・次期の事業活動等への反映を行っている

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)

【目標】

事業を安定的に継続できるよう、年間稼働率は70%以上を目指す。

【取り組みの内容】

- ・リハビリ機器を新たに4台購入し、個別機能訓練を充実させる。
- ・利用者家族への案内及び通所介護計画書の準備を進めることで、個別機能訓練加算を見込む。

【取り組みの結果】

- ・8月以降、個別機能訓練加算を取ることができた。
- ・1日平均10人～15人の個別リハビリを実施できるようになった。
- ・しかしながら、11月～12月に事業所内で新型コロナウイルス感染症が発生し、その結果、利用を控えた利用者が多く出たため、12月の稼働率は50%にとどまった。

【振り返りと今後の方向性】

取り組みの成果により、11月までは稼働率も上昇傾向で推移したが、新型コロナウイルス感染症の影響により利用が控えられ、目標を達成することはできなかった。今後は、感染症対策をより徹底させて、利用を考えている人に「安心して利用できる」と感じてもらえるよう取り組む。

目標の設定と取り組み	<input checked="" type="radio"/> 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った <input type="radio"/> 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった <input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった
取り組みの検証	<input checked="" type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った <input type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていなかった(目標設定を行っていなかった場合も含む) <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
検証結果の反映	<input checked="" type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた <input type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である

評価項目1で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

【講評】

北青山高齢者在宅サービスセンターは、港区の指定管理施設である。社会福祉法人東京聖労院は、2022年4月から指定管理者となった。前管理者の時に利用していた利用者の多くは引き続き利用してくれたが、人員配置等の事情もあり、4月時点は稼働率50%でスタートした。そして、年間稼働率は70%以上とすることを目標とした。人員や設備が整うとともに稼働率も上昇していったが、11月に事業所内で発生した新型コロナウイルス感染症により落ち込み、訪問調査時点(2023年2月)では、年度末までに70%を達成することは困難な見通しである。しかしながら、取り組み自体は成果を上げられているので、今後も継続するとともに、新たな工夫を加えることで次年度は目標を達成できることを期待する。

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)

【目標】

ワーク・ライフ・バランスなど就業環境を整備する。

年次有給休暇を年5日以上取得できるようにする。

【取り組みの内容】

- ・職員の公休及び年次有給休暇の取得状況を、毎月、課長会で確認する。
- ・職員の公休及び年次有給休暇の取得が多く見込まれる期間については、派遣職員を配置する。

【取り組みの結果】

年次有給休暇5日以上取得については、年度末までに達成できる見込みとなった。就業環境整備の前提となる、常勤職員で職員定数を満たすことについては、年度途中で退職者、休職者が出たことで実現できなかった。

【振り返りと今後の方向性】

職員にとって働きやすい職場環境を作るためには、常勤職員を職員定数分確保することが望ましいが、年度途中で退職者、休職者が出たことで達成はできなかった。次年度は、派遣職員を直接雇用に変換する、常勤看護職員を新規採用するなどにより達成を目指す。

目標の設定と 取り組み	<input checked="" type="radio"/> 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った <input type="radio"/> 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった <input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった
取り組みの検証	<input checked="" type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った <input type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていなかった(目標設定を行っていなかった場合も含む) <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
検証結果の反映	<input checked="" type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた <input type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である

評価項目2で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

【講評】

事業所では、職員の公休を、年に127日は取れるようにしている。また、年次有給休暇の取得率も高い。しかし、職員が、ワークとライフのバランスを望む傾向が強くなっているため、この期待に応えるために、全職員が年次有給休暇を5日以上取得することを目標に掲げた。派遣職員を活用することで、この目標は達成の見通しをつけることができた。続いては、常勤職員の採用であるが、これについては、年度途中で退職者、求職者が出たことで達成はできなかった。次年度以降は、募集活動をより活発化させて、目標を達成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		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリー1の講評			
<p>パンフレットや情報誌に加え、新たにホームページを開設して、情報提供に努めている</p> <p>事業所の情報を、施設のパンフレットや区の情報誌等に掲載しており、利用希望者に対する情報提供に努めている。また、新たにホームページを開設し、ブログ等の更新によって、さらなる情報発信に力を注いでいる。ホームページでは主に、「ケアマネージャーへの情報提供」、「ご利用の流れ」、「施設概要(料金、アクセス、法人概要)」、「施設紹介(各設備、スタッフの充実、リハビリ、食事)」、「活動報告・予定(ブログ)」、「お問い合わせ」、「よくある質問」等について、写真を添えながら必要な情報を分かりやすく掲載している。</p> <p>法人広報誌やパンフレットをはじめ、事業所の情報を区役所や関係機関等に提供している</p> <p>事業所では、パンフレットや年3回発行の法人広報誌等の配布を通し、区役所をはじめとした関係機関への情報提供に力を注いでいる。法人広報誌には、理事の就任や理事会報告、職員採用、職員研修、写真をふんだんに添えた活動行事、ボランティアや実習生等について掲載している。また、区の介護サービス事業所基本情報への情報提供をしている。そして、毎月区の所管課に対して月次報告書を提出する等、必要な情報提供に努めている。このような取り組みにより、区役所をはじめとした関係機関との強固な連携体制を構築している。</p> <p>必要な感染対策を講じながら、個別の見学希望に対して柔軟かつ丁寧に対応している</p> <p>事業所では、見学に関する問い合わせがあれば、極力希望日での日程調整を行い、個別に対応している。さらに、見学であっても送迎車での送迎が行えるよう手配に努めている。また、突然の来所にもできる限り応じている。そして見学時には、相談員が丁寧に対応し、実際に様子を見てもらいながら、一日の流れや個別の活動について紹介している。年間を通して50件以上の見学受け入れを行っているが、その中には、既存の利用者が友人に声掛けをして見学に訪れるケースもある。このような丁寧な取り組みを通して、利用希望者への情報提供に注力している。</p>			

サブカテゴリ-2		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	7/7
2	サービスの開始・終了時の対応		
評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
サブカテゴリ-2の講評			
<p>サービスの開始に先立ち、利用者や家族等の意向を確認し、統一書式に記録している</p> <p>事業所では、サービスの開始に先立ち、基本的ルールや重要事項、利用者負担金等について明記された、「契約書」や「契約書別紙」、「重要事項説明書」等を用いて、利用者や家族等の関係者に説明し、同意を得ている。説明においては、利用者の状況に応じて、丁寧に行っている。さらに、利用案内の冊子を用いて、分かりやすい説明に配慮している。また、ADLや家庭での様子、医療面・認知症症状にかかる特記事項等に加えて、利用者や家族等の意向や希望等を確認し、統一書式に記録している。</p> <p>事前アセスメント情報を丁寧に共有し、サービス開始直後の利用者のケアに努めている</p> <p>事業所では、事前のアセスメント情報を職員間で丁寧に共有することを通して、在宅での生活の延長線としてサービスを利用してもらえよう留意し、支援を行っている。新規利用者の初回利用の前日の夕礼及び当日の朝礼では、利用者の情報を職員皆で再確認し、当日の夕礼では振り返りを行っている。また、利用開始直後には、相談員日誌を用いて、利用者の詳細な様子を含むサービス提供の記録を取っている。そして、当該記録を職員間で共有するとともに、利用状況の振り返りを日々のミーティングにおいて行っている。</p> <p>サービス終了に際し、利用者の不安に親身に寄り添うとともに、丁寧な記録を残している</p> <p>サービスの終了に際しては、利用者の不安に親身に寄り添うとともに、ケアマネジャーや、その後のサービス利用事業所等へ幅広く情報を提供している。利用者の詳細な様子を含むサービス提供の記録を記載した相談員日誌をもとに、当該利用者の直近1ヶ月間の様子についてまとめた資料も作成し、提供している。事業所では相談員を中心に、サービス提供前から提供時、そして提供後においても一貫して、ケアマネジャーをはじめ関係機関とのコミュニケーション及び連携を重視しており、サービス終了時においても、利用者の不安の軽減につながっている。</p>			

サブカテゴリ-3		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	11/11
3	個別状況に応じた計画策定・記録		
評価項目1 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 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		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 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		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 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		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-3の講評			
支援の提供に必要な利用者の心身・生活状況について、統一書式に記録し把握している 支援を提供する上で必要な、利用者一人ひとりの心身の状況や生活状況等について、統一書式を用いて記録し、把握に努めている。また、利用者の個別のニーズや課題等についても、当該書式を用いて記録されている。本書式には、「住環境」、「自宅構造」、「生活歴・職歴(生活習慣、日中の過ごし方、趣味)」、「家庭における本人の状況」、「介護者の対応の留意点」、「本人や家族の要望」等の幅広い項目が設けられており、支援を提供する上で必要な情報を、具体的かつ詳細に記録し、把握することができるようになっている。			
事業所では、利用者及び家族等の意向や希望を丁寧に確認し、介護計画を作成している 事業所では、利用者及び家族等の意向や希望を丁寧に確認し、通所介護計画書を作成している。そして、分かりやすく説明を行い、署名を取得し、一部を渡している。当該計画については、定期的に一年に一度見直しをしている。また、利用者一人ひとりに担当の職員を定めており、利用者のADL等に変化が生じた場合には、担当職員を中心として都度計画を見直し、必要に応じて変更を行っている。このような、きめ細やかな対応により、法人の行動指針にも掲げられているような、「利用者が安心し、利用者に信頼される」サービスの提供に努めている。			
通所介護計画書・ケース記録等が一元的に管理され、職員間での共有が促進されている 事業所では、ケアプラン・通所介護計画書・ケース記録等をケースファイルで一元的に管理しており、職員による確認や、職員間での共有がしやすい仕組みになっている。このような管理方法により、利用者一人ひとりの日々の日々のケース記録を記入する際に、当該書類を併せて参照しながら記載することが可能となっている。そのため、通所介護計画を常に頭で意識しながら、同計画に連動させる形で日々の記録を取ることができている。また、1日2回のミーティングと定例の会議において、利用者の状況変化を含む情報を職員間で迅速かつ丁寧に共有している。			

サブカテゴリ-5		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	5/5
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重		
評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 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		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
サブカテゴリ-5の講評			
<p>具体的な取扱いケースを明示した上で同意を取得し、個人情報の保護を徹底している</p> <p>事業所では、利用者に関する情報の外部とのやり取りに関して、契約時に「個人情報の取扱いについての同意書」を交わしており、細心の注意を払って実施している。当該同意書には、介護サービスに付随する各種連絡や、カンファレンスの実施やケアプランの作成等、必要な場合における個人情報の利用について明記した上で、丁寧に説明している。また、「写真等の取扱いに関する希望書」を用いて、広報誌やホームページ、取材等にかかる利用者の写真取扱い希望を確認している。さらに、情報漏洩や所有物の管理にも留意して日々の支援を提供している。</p> <p>入浴・排泄介助をはじめ、利用者のプライバシーや羞恥心に配慮した支援に努めている</p> <p>倫理綱領や介護マニュアルでは、入浴介助や排泄介助の際に、配慮すべきポイントについて触れられている。当該介助の際には、特に利用者の羞恥心に配慮し、「ドアやカーテン、ブラインドを閉めること」や、「パーテーションを取り付けること」、「身体にバスタオルを掛けること」、「周囲に察せられてしまうような発言を避けること」等を職員全員で徹底している。また、入浴についても、「疲れているから後で入りたい」等、利用者の意思を尊重し、タイミングや順番、事前の声掛けについても配慮している。</p> <p>利用者の権利擁護について、倫理綱領に定め、職員で読み合わせをする等、注力している</p> <p>利用者の権利擁護や、個人の尊厳の尊重、自立支援、自己決定権の尊重、個人情報の保護等については、法人の倫理綱領に定められている。倫理綱領は、職員ミーティング等の機会において読み合わせをしており、その周知徹底に力を注いでいる。さらに、法人の各事業所には、倫理綱領委員が配置されており、新任職員はもちろん、全職員が日々の業務を通じて倫理綱領に触れられるように取り組んでいる。倫理綱領委員会では他にも、年に1度全職員を対象とした、倫理綱領に関する確認テストを実施しており、その理解と浸透に努めている。</p>			

サブカテゴリ-6		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	5/5
6	事業所業務の標準化		
評価項目1 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	○非該当	
●あり ○なし	2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうか定期的に点検・見直しをしている	○非該当	
●あり ○なし	3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	○非該当	
評価項目2 サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は変更の時期や見直しの基準が定められている	○非該当	
●あり ○なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	○非該当	
サブカテゴリ-6の講評			
<p>各種マニュアルを整備し、日々のミーティングを通じて適宜見直しを行っている</p> <p>事業所では、各種マニュアルを整備し、業務の標準化に注力している。「業務(入浴・排泄・送迎・口腔ケア・食事・記録等)マニュアル」、「緊急対応マニュアル」、「消防計画マニュアル」、「苦情対応マニュアル」、「感染症予防マニュアル」、「リスクマネジメントマニュアル」等に詳細かつ具体的な業務手順が明記されている。各マニュアルには、具体的な対応事項や流れをまとめたフローチャートが明示されており、実践的な内容になっている。また、日々のミーティングや月例の職員会議等を通じて、適宜、見直している。</p> <p>利用者対象のアンケート結果を基に、サービスの基本事項や手順等の見直しに努めている</p> <p>事業所では、利用者を対象とした独自のサービス評価アンケートを、年に2度、継続的に実施している。利用者アンケートの項目は、「職員の対応」や「デイサービスの雰囲気」、「送迎」、「体操・運動・リハビリテーション」、「昼食・おやつ」、「レクリエーション」等に関する満足度及び意見・要望を問うものである。そして、アンケートを通じて寄せられた回答結果・コメントについては、東京都福祉サービス第三者評価のアンケート結果にも併せて鑑みた上で、サービスの基本事項や手順等の見直しに反映させている。</p> <p>家族対象のアンケートや家族会の実施により、意見や要望を確認し、反映に努めている</p> <p>事業所では、利用者の家族等を対象とした独自のサービス評価アンケートを、年に2度、継続的に実施している。家族アンケートの項目は、「本人が楽しくサービスを利用できているか」や「体調の維持に役立っているか」、「必要な情報を得られているか」、「意見や要望を伝えられているか」、「その他、自由意見」等である。そして、アンケートを通じて寄せられた回答結果・コメントについては、年に1度開催している家族会で出された意見にも併せて鑑みた上で、サービスの基本事項や手順等の見直しに反映させている。</p>			

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			
<p>利用者に必要な支援が分かりやすく示された通所介護計画書に沿って支援している</p> <p>ケアマネジャーが作成したケアプランを参考にしながら、事業所では通所介護計画書を作成し、それに基づいて支援をしている。自宅での生活継続を目標にしていることが多く、そのために必要な活動等を具体的に検討している。利用者状況や変化などは1日2回のミーティングで細かく報告され、職員間で情報共有がされている。利用者で一番多い年齢層が90代ということから、現在の心身状態を維持・継続できるように努めている。利用者の意向や個別性を尊重しながら、体を動かす活動を日々のプログラムに頻回に取り入れている。</p> <p>事業所では毎朝利用者の希望する活動を提供して、利用者が選べるようにしている</p> <p>事業所では毎朝バイタルチェックが済むと、職員の誘導で指定された座席に座り、利用者が希望するプログラムを個々に始めている。落ち着いて時間を過ごせるようにしており、塗り絵をするなど個別の活動を実施している。利用者が、手持無沙汰な様子が見えたときは、職員が声をかけ、算数や漢字などの脳トレ、習字、読書、塗り絵など、複数の活動を提案し、選んでもらっている。自分が希望する活動をしなから、順番に入浴や機能訓練が始まり、職員は体操やボール遊び等、体を動かす活動を支援している。</p> <p>利用者を担当するケアマネジャーと連携しながら、事業所での支援につなげている</p> <p>利用者を担当するケアマネジャーと日々連絡を取り合い、利用者の状況を共有している。体調不良の兆候が見えた時、家族への連絡と同時にケアマネジャーにも連絡し、対応などを相談することもある。利用者の生活環境や家族関係について熟知しているケアマネジャーと連携を図り、利用者の在宅生活を継続するための支援をしている。ケアマネジャーと作成するケアプランと、事業所の通所介護計画書との連動性を意識しながら事、利用者に必要な支援を提供している。主治医や短期入所事業所等との連携も図っている。</p>			
2 評価項目2 利用者一人ひとりの状況に応じて生活上に必要な支援を行っている			
		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1.【食事の提供を行っている事業所のみ】 利用者の状況に応じて、食事時間が楽しくなるよう工夫している		○非該当
●あり ○なし	2.【入浴介助体制のある事業所のみ】 利用者の状況に応じて、入浴方法を検討し介助を行っている		○非該当
●あり ○なし	3. 排泄介助が必要な利用者に対して、一人ひとりに応じた誘導や排泄介助を行っている		○非該当
●あり ○なし	4. 利用者の心身の状況や家族の状況に応じて、安全に配慮した送迎方法を検討し対応している		○非該当
評価項目2の講評			
<p>利用者の食事状況を把握して、食事が楽しめるような様々な工夫をしている</p> <p>利用者のフェースシートで家庭での食事状況や形態、嗜好を把握し、食事を提供している。見た目も食欲をそそるように工夫して提供しており、利用者は食事を楽しみにしている。毎月1回は郷土料理の日があり、利用者は由来や特色を説明してもらっている。季節ごとの旬の食材を使った行事食も、季節を感じる機会となっている。おやつバイキングでは、ケーキ、和菓子、フルーツ等、毎月コンセプトを決めて多くの種類が提供されており、利用者はコーヒーや紅茶とともに楽しんでいる。個別に食事管理表を作成して摂取量、形態などを記録している。</p> <p>利用者の意向や状況に合わせて入浴サービスを提供している</p> <p>入浴に関しては利用者だけでなく家族からの要望も多くなっている。入浴手順、留意事項、着脱の方法や入浴後の皮膚手当など、個別に入浴管理表を作成し、それに沿って入浴介助をしている。現在、大規模改修中のため檜風呂が使用できないが、少しでも快適に入浴できるように1対1の対応で丁寧に対応している。ふらつきがあるなど不安定な場合は、安心・安全のために職員2人体制で介助をしている。看護師が2名出動の場合は1名が浴室に入り、入浴後の処置等を行っている。入浴後の利用者の「気持ちよかった」という感想は、職員の励みになっている。</p> <p>利用者や家族の状況に応じて、安全第一で送迎を行っている</p> <p>送迎時に、利用者の状況や当日の家族の予定などにより通常の対応と異なる場合は、事前の連絡帳や家族とのやり取りをして対応できるようにしている。送迎時に家族が不在の場合は、居室内まで利用者を誘導して、必要な場合はベッドに横になるまで支援するなど、臨機応変に対応している。利用者の状況や相性なども考慮して、落ち着いて車内での時間を過ごせるよう、送迎の順番を定期的に見直し、組み換えている。送迎車には運転手と添乗職員1名が乗車しており、家族との連携の下、安全第一で送迎業務を行っている。</p>			

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			
<p>看護師を中心に、利用者の健康状態のチェックや処置などを行っている</p> <p>利用時に看護師は体温、血圧のバイタルサインを測定し、健康チェックをしている。異常がある場合は、家族やケアマネジャーに連絡をしている。入浴時の観察は看護師が行っており、入浴後の薬の塗布などの処置や痣などのチェックも行っている。食事制限のある利用者への食事に関しては、看護師の助言を受けて塩分制限や味噌汁を半減する等の対応を図っている。主治医から提出される意見書を参考にし、看護師2名が利用者の健康状態を的確に把握し、必要な支援をしている。</p> <p>常勤看護師2名を配置し、医療的ケアの必要な利用者を受け入れている</p> <p>事業所では、常勤看護師2名を配置し、対応可能な範囲で医療的ケアの必要な利用者を受け入れている。胃ろう、バルーンカテーテル、インシュリン接種など、主治医の指示のもとに看護師が必要な処置をしている。その際、利用者が不安とならないように、これから実施する処置の手順を利用者に伝え、声掛けをしながら行っている。利用者や看護師の信頼関係の下で、医療的ケアを行っている。必要な場合は主治医や家族に連絡して状況を確認し、利用者が安心・安全に過ごすことができるように支援している。</p> <p>服薬リストを作成し、看護師と介護職員が連携して服薬管理をしている</p> <p>内服薬、湿布薬、点眼薬等、それぞれの欄に利用者ごとに薬の名前を記載して「服薬リスト」を作成している。また、服薬管理表に基づき、利用者が服薬するまでを看護師が確認している。利用者が持参する連絡ポーチから当日服用する薬を取り出し、介護職員が看護師に手渡している。受け取った看護師は薬の名前や利用者名が記載された札を薬に貼付し、食堂で保管している。服薬時には看護師と介護職員がダブルチェックして服用までを確認し、空き袋を回収して服薬管理表に記載をしている。落薬などの事故がないよう細心の注意を払っている。</p>			
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			
<p>機能訓練指導員が配置され、希望する利用者の機能訓練計画書を作成している</p> <p>事業所では、機能訓練指導員が配置されており、希望する利用者に対して機能訓練計画書を作成し、個別訓練を実施している。機能訓練は利用者に人気があり、プログラムは毎日行われている。利用者の身体状況により訓練内容は異なっているが、運動機能維持や生活機能維持など、個々に必要な内容でプログラムが組まれている。訓練の実施内容については、「個別機能訓練記録」に記載している。</p> <p>日中活動の中に体操を1日数回取り入れ、生活機能の維持に努めている</p> <p>事業所では毎日の活動の中で、午前・午後それぞれ、座ったままできる体操を組み入れている。セラバンドや棒を使って、立位や歩行が不安定な利用者でもできる体操を実施している。また、昼食前には15分間の口腔体操をしている。声を出したり、口の周りを動かし、安全に食事が摂れるように取り組んでいる。利用者はDVDを観ながら、賑やかに楽しみながら体操をしている。今の身体状況を維持し、在宅生活が継続できることを目標にして支援をしている。</p> <p>機能訓練の指導を受けた介護職員が、レクリエーションの内容を工夫している</p> <p>機能訓練指導員から指導を受けた介護職員が、毎日の活動の中に、機能訓練的な要素を取り入れて提供している。塗り絵、習字、貼り絵など、手指を使う余暇活動や、輪投げ、ボール投げ、ピンポン玉入れなど、体を動かす運動もある。ゲーム仕立てにして、多くの利用者が楽しめるように工夫している。利用者の身体状況や日常生活動作をアセスメント表で把握し、できない部分を支援して事業所での生活を過ごしている。運動機能を改善することで、立位の際や階段の乗降時の負担軽減感が見られるため、利用者が運動する回数が増えている。</p>			

5 評価項目5 利用者の主体性を尊重し、快適に過ごせるような取り組みを行っている		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者が他の利用者と快適な関係をもちながら生活することができるよう支援を行っている	○非該当	
●あり ○なし	2. 利用者の状況に応じて、多様な活動ができるよう支援を行っている	○非該当	
●あり ○なし	3. 利用者が落ち着いて生活できるような支援を行っている	○非該当	
●あり ○なし	4. 事業所内は、利用者の安全性や快適性に配慮したもとなっている	○非該当	
評価項目5の講評			
<p>利用者が主体性をもって快適に過ごせるよう、毎日座席表を作成している 事業所では、利用者間の関係性や身体能力等に配慮して、毎日座席表を作成している。来所後に、利用者を職員が座席に誘導している。他利用者との相性やトイレの位置、活動内容や入浴の予定など、一人ひとりの利用者を取り巻く状況を総合的に勘案し、その日1日を快適に過ごせるように座席を決めている。事業所では落ち着いて過ごせるような音楽も流している。利用者にとって「安全で快適な場所であり、温かく家庭的な雰囲気生活できる」時間を提供している。</p> <p>事業所での時間が楽しめるよう、季節感を感じられる飾りつけや予定表を作成している 事業所では、季節ごとに職員が季節に合った飾りつけをしており、利用者が季節を感じるができるようにするとともに、利用者の目を楽しませている。2月はバレンタインにちなんで、チョコレートイメージした飾り付けをしている。また、月の献立表には、その月に提供する郷土食の説明文とともに、毎日の活動予定が明記されており、利用者と家族との会話のきっかけにもなっている。</p> <p>利用者の特性や意向に合わせた活動プログラムを提供している 利用者は毎朝通所すると1時間ほど好きなことをして過ごしている。利用者ごとのファイルには、利用者が仕上げた塗り絵や習字、貼り絵などが入っている。途中まで塗っている塗り絵を続けたり、職員が提案してくれる脳トレなどをして、ゆったりと過ごしている。入浴や機能訓練が始まると、職員の声掛けで皆で体操をした後、小人数に分かれて個別活動をするなど、メリハリをつけた活動を提供している。大きな壁画などに共同作業で取り組むこともあり、それぞれの得意分野を活かしながら利用者が集中して活動している姿が見られている。</p>			
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			
<p>家族会を年2回開催して事業所の動向などを伝えている 年2回、家族会を開催して事業所の現状や動向、大規模改修の予定や進捗状況を伝えている。個人的なやり取りは、毎日の連絡帳や朝夕の送迎時にきめ細かく情報交換しているため、家族会では事業所全体に関わることについて意見交換がなされている。今回の家族会では、事故やヒヤリハットの報告をして利用者の活動状況を見学してもらっている。食事の試食会も実施し、好評を得ている。家族会開催前に、サービス評価アンケートを実施して家族の事業所への思いや提供しているサービスに対する意見を聞いている。</p> <p>朝夕の送迎時や連絡帳により、家族と利用者に関する状況を共有している 利用者の日々の変化や生活状況は、連絡帳や朝夕の送迎時に直接家族から聞いており、利用者の状況に関する共有が図れている。ケアプランを参考にし、通所介護計画書を作成するに際し、利用者及び家族の要望を聞き取って計画に反映させている。また、日常的な悩みや困りごとなどは、毎日顔を会わせている中で職員はいつでも対応しており、家族の不安を軽減している。連絡帳にも、帰宅後の様子、会話の内容、好きなものや食事の好みなどがその都度記載されており、事業所での支援に反映している。事業所からは日々の利用者の活動などを伝えている。</p> <p>ケアマネジャー、家族、事業所の間で互いに連携を図り、利用者支援に反映させている 事業所を中心にケアマネジャー、家族、介護職員が常に情報交換をしており、連携を図って利用者の地域での在宅生活を支えている。ケアマネジャーは毎月モニタリングを実施し、その結果を事業所に報告している。また、事業所からも月末に、利用者の事業所での様子を実績報告書としてFAXで送っており、在宅での必要な支援について情報交換できるようになっている。家族の状況もケアマネジャーと情報共有・連携をして、利用者が地域生活を継続できるように社会資源を活用した支援についても情報を提供できるようにしている。</p>			

7 評価項目7 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 地域のさまざまな機関や職種と協働し、地域の情報を収集して利用者の状況に応じた提供をしている	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者が地域のさまざまな資源を利用する機会を設けている	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者が職員以外の人と交流できる機会を確保している	○非該当
評価項目7の講評		
<p>地域の情報を提供するとともに、地域に開かれた事業所となっている 事業所の通信では、事業所のイベントや活動の写真を掲載している。他の事業所が開催する講演会や、様々な会のお知らせとともに地域に向けて情報発信をしている。また、事業所がある建物には相談センターやカフェもあり、高齢者が気軽に訪問できる建物として地域に認知されている。地域にオープンな事業所であるため、新型コロナウイルス感染症拡大の影響がなければ地域住民との交流の機会も多くなっている。</p> <p>地域の中学校や児童館と交流を図り、事業所や利用者への理解につなげている 地域の中学校から職場体験の学生を受け入れ、利用者との交流の場になっている。中学校だけでなく児童館の子どもとも交流があり、コロナ禍で直接会えない時期は、手紙や手作りプレゼントの交換をしている。手紙を受け取り、利用者は丁寧に返事を書いている。利用者は、子どもとの交流再開を心待ちにしている。現在、児童館との定期的な交流はリモート交流となっており、プレゼント交換に力を入れている。利用者は作品作りに励んで、直接交流できる日を待ち望んでいる。</p> <p>地域からボランティアを積極的に受け入れ、利用者の生活の幅を広げている 新型コロナウイルス感染症の影響も少しずつ薄れている中、ボランティア活動が本格的に再開しつつある。音楽や歌を歌う機会は利用者にとって楽しみになっている。クリスマスにはハンドベルを練習し、利用者が発表する機会を持っている。ハンドケアでは、手をマッサージしてもらいながら昔話を聞いてもらっている。また、爪切りやネイルケア、生け花など、ボランティアが入ることで利用者の生活の幅は広がっている。最近では、フラダンスに利用者が喜んで参加しており、機能訓練にも取り入れている。</p>		

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	1-1-1	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
タイトル①	職員倫理綱領を定め、様々な取り組みにより職員に浸透するよう努めている	
内容①	法人は、基本理念を定め、それを実践するための「職員倫理綱領」ならびに「職員倫理綱領ガイドライン」を定めている。事業所では、この三つを職員に周知するために様々な取り組みを行っている。年2回開催する職員会議では、施設長が改めて説明を行っている。また、理事長が事業所を訪問し、理事長自ら理念について語る「理念研修」も行っている(コロナ禍では動画視聴)。さらに、「倫理綱領周知テスト」を年1回実施している。また、「倫理綱領を意識して行動していることを具体的に記入して下さい」といったアンケートを取ることも行っている。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-4	利用者の生活機能の維持・改善を目的とした機能訓練サービスを工夫し実施している
タイトル②	機能訓練指導員のもとに機能訓練を実施し、利用者の機能低下防止に努めている	
内容②	事業所には機能訓練指導員が配置されており、希望する利用者の機能訓練計画書を作成し、機能訓練を実施している。訓練内容は個別機能訓練記録に記載されている。また、指導を受けた介護職員が、日中活動プログラムにおいて体操や訓練の要素を取り入れて、実施している。毎日、午前・午後に座位体操も行っている。昼食前には15分間の口腔体操をして、咀嚼や嚥下がスムーズにいくようにしている。輪投げ、ピンポン玉入れ、ボール投げなど、体を動かす運動系のプログラムを提供し、利用者の生活機能の維持・改善に取り組んでいる。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-5-2	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
タイトル③	入浴や排泄をはじめ日々の支援を通して、利用者の権利擁護及び意思の尊重に努めている	
内容③	事業所では、日常の支援を通して、利用者の権利擁護及び意思の尊重に力を入れている。倫理綱領や介護マニュアルにも明記されているが、入浴や排泄等の介助の際には、利用者の羞恥心への配慮、意思の尊重に留意し、「ドアやカーテンを閉めること」や、「パーテーションを取り付けること」、「身体にバスタオルを掛けること」、「周囲に察せられてしまうような発言を避けること」等を職員全員で徹底している。また、入浴場面でも、「疲れているから後で入りたい」等の利用者の意思を尊重し、タイミングや順番、事前の声掛けについても配慮している。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	体系的な研修計画に加えて、事業所独自の内部研修や、自発的な資格取得に支援をするなど、職員の学びを支援している
	内容	職員研修については、入職時から中堅、役職者、幹部に至るまで体系的な計画を策定している。また、先輩職員から個別指導を受けるOJTや、講義やワークで構成するOFF-JTも用意している。これらは法人全体で実施しているが、事業所でも独自に施設内研修を毎月1回開催している。感染症、身体拘束、ケア、苦情処理など様々なテーマを取り上げている。さらに、外部研修についても案内を周知し、積極的な受講を勧めている。この他に、自発的な資格取得や研究活動についても支援をしており、職員が常に学び続けられる体制を整えている。
2	タイトル	利用者、そして家族を対象とした独自のサービス評価アンケートを毎年実施しており、サービスの基本事項や手順等の見直しに努めている
	内容	事業所では、利用者そして家族等を対象とした独自のサービス評価アンケートを、年に2度、継続的に実施している。利用者アンケートの項目は、「職員の対応」や「デイサービスの雰囲気」、「送迎」、「体操・運動・リハビリテーション」、「昼食・おやつ」、「レクリエーション」等に関する満足度及び意見・要望を問うものである。そして、利用者・家族対象のアンケート結果については、集約・分析し対応策を検討した上で、家族会等を通じて、報告を行っている。このように、利用者及び家族等の意見・要望を重視し、サービスの見直しに注力している。
3	タイトル	自治会活動、ボランティア受け入れなど地域に開かれた事業所となっており、利用者の生活の幅を広げることに繋がっている
	内容	事業所では、自治会活動に参加しているほか、様々な地域活動に積極的に参加している。コロナ禍かつ大規模修繕中という状況下ではあるが、職場体験の中学生を受け入れたり、リモートを活用して児童館や中学校と利用者の交流を行っている。また、地域からボランティアを受け入れ、ハンドケア、ネイルケア、爪切り、ピアノ演奏や日本舞踊、フラダンスなど、利用者に多様な活動を提供している。利用者は、ハンドマッサージをしてもらいながら昔話を聞いてもらうなど、穏やかな時間を過ごすことができている。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	次年度に向けて、稼働率の目標達成に向けた取り組みを推進していくことに期待したい
	内容	法人が、当事業所の指定管理者として運営を始めたのは2022年度からである。稼働率50%でスタートし、年間目標は70%以上で設定した。しかしながら、(1)スタート時点で必要な職員数を全て確保することができなかったこと、(2)施設の大規模改修が始まり、フロアの約半分が使えないこと、(3)秋に新型コロナウイルス感染症ウイルスが事業所内で発生し、利用手控えが起きたこと、等の理由により年間目標を達成することはできなかった。しかしながら、新たな取組みも検討中とのことなので、次年度中の稼働率達成が期待される。
2	タイトル	法人の広報誌や、区の情報誌等に加え、ホームページを新設しているが、パンフレットについては写真を添える等のさらなる改善が期待される
	内容	事業所では、法人の広報誌や区の情報誌、施設のパンフレット等により、利用希望者に対する情報提供に努めている。また、新たにホームページを開設し、ブログ等の更新によって、以前にも増して情報発信に力を注いでいる。ホームページでは、利用の流れや、料金、施設の設備、リハビリ、食事、活動内容等について、写真を添えながら分かりやすく情報が掲載され、今後の継続が期待される。一方で、事業所のパンフレットについては、イラストはあるものの、具体的にイメージしやすい写真等が無いため、さらなる改善がなされることが望まれる。
3	タイトル	利用者が楽しみにしているバラエティに富んだ食事が提供されているが、委託業者と定期的に意見交換をする機会を作っていくことが望まれる
	内容	食事の献立表は毎月家族へ配付されている。利用者が毎日食べている食事の内容を知るとともに、利用者と会話のきっかけにもなっている。毎月の郷土料理、コンセプトを決めたおやつバイキングなど、利用者は美味しい食事を楽しみにしている。食事は委託業者に委託されているが、さらに利用者の嗜好を反映したやり、質の向上を図っていくために、事業所との意見交換の場を設定していくことが望まれる。調理員に美味しかったなど伝えていくが、利用者本位の食事提供のため、事業所と委託業者の連携をさらに推進していくことに期待したい。