

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	経営	H1901005
	②	玉腰 宏之	福祉	H2201003
	③	堀 洋子	福祉	H0701024
	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	港区立北青山高齢者在宅サービスセンター		指定番号	1390300448
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 2 月 1 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 2 月 1 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)	利用者調査は、全利用者の家族等を対象とするアンケート調査を行った。また、利用者と職員の関わりの様子を観察する場面観察調査も行った。			

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 月 日

事業者代表者氏名

印

1	<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>
2	<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	全利用者の家族を対象とした。	
調査方法	利用者調査は、事業所より個別にアンケートを配布し、記入後は返信用封筒に入れ、当社へ直接郵送してもらった。また、利用者と職員の関わりを観察する場面観察調査を行った。	
利用者総数	8	
共通評価項目による調査対象者数	8	
共通評価項目による調査の有効回答者数	4	
利用者総数に対する回答者割合 (%)	50.0	

利用者調査全体のコメント

調査対象者8名のうち、4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、「利用時の過ごし方は、個人のペースに合っていますか」「認知症や心身の状況に応じて日常生活で必要な介助を受けていますか」「病気やけがをした際の職員の対応は信頼できますか」「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、3名が「大変満足・満足」、1名が「どちらともいえない」と回答している。「同じスタッフでショートステイができると良いと思います」「認知症が進行しないようにリハビリを頑張してほしいと思います」「コロナ禍で職員も大変そうですが、頑張ってくれています」などのコメントがあがっている。

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》

- ①センターは広く、死角となる場所には安全ミラーを設置し、対象者が認知症であることを十分に考慮している。レクリエーションを進めていく上で、居眠りを始めそうになる利用者の変化を観察した。無理に起こすわけではなく、数時間に変化していく表情に注目した。
- ②昼食前のレクリエーション活動の際に、職員が利用者の気持ちに寄り添い声を掛け、必要な活動をサポートしながら介助にあたる様子を選定した。職員は利用者の言葉を傾聴し、丁寧に気持ちを受け止めながらも、自立支援の観点に立った過不足のない介助を意識し実践していた。

《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》

- ①肩の痛みを訴えホットバックを肩に乗せながら居眠りをしそうな利用者を、見事に覚醒させ、参加意欲を盛り上げていた。お手玉を投げるゲームをはじめ、楽しみながら両肩を動かす運動も交えている。簡単なゲームで職員が盛り上げながら楽しんでおり、うたたねが始まりそうな状態だったが、一時間後には、両手を振り上げ万歳をしてゲームを楽しんでいた。本人も気が付かない間に、楽しみながら日中眠る事もなく、活動的に適度な運動をして過ごせている様子を見る事ができた。
- ②カラオケでは、歌詞が書かれた台帳を読むことが困難な利用者に対して、職員が合間に、明朗に聞き取りやすく歌詞を伝えていた。それによって利用者は気持ちよく歌えているようであった。また職員は、リズムに合わせ鈴を振りながら歌っている利用者の表情や様子を注意深く観察し、疲労度に配慮して、「少し疲れましたよね。次の曲は鈴ふりをお休みして歌いましょうか。」と声掛けしていた。このような職員の声掛けにより、利用者の頬が緩んでいたようであった。利用者は、職員から配慮・尊重されていると感じ、心地よく参加できている様子だった。

「評価機関としての調査結果」に対する事業者のコメント

認知症対応型通所介護の場面で、「絵」として頭に浮かぶ様子が分かる表現になっていました。認知症の方には、その方の方が過ごしてきた歴史があります。新しいことを立て続けに提供することではなく、その方ができることをアセスメントし、その方が楽しく過ごせる時間を、職員は作るため存在します。様々な職員が得た日々の情報について、職員間で申し送りを行い、誰がその方に関わっても、変わらないケアを提供できるように、これからも取り組んでまいります。ご利用者が、尊重され安心できる空間を提供することと、デイサービス以外の在宅での時間につなげることを意識して、ご家族様や担当の介護支援専門員、その他関係機関の皆さまと連携していきます。

利用者調査結果

共通評価項目 コメント	実数			
	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
1. 利用時の過ごし方は、個人のペースに合っているか	4	0	0	0
4名全員が「はい」、と答えている。 「施設での様子を見たことはありませんが、合っていると思います」とのコメントがあがっている。				
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	4	0	0	0
4名全員が「はい」、と答えている。 「連絡帳に介助の様子を書いてもらってます」と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	2	2	0	0
2名が「はい」、2名が「どちらともいえない」と答えている。 「ゲームは楽しそうに参加しているようです」「認知が進んでいて確認はできません」などのコメントがあがっている。				
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	3	1	0	0
3名が「はい」、1名が「どちらともいえない」と答えている。 「家ではほとんど寝ているので、通うことで安定しているのだと思います」とのコメントがあがっている。				
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	1	3	0	0
1名が「はい」、3名が「どちらともいえない」と答えている。 「まだそれほどかがう回数がないのでわかりません」「認知症についてのアドバイスをもっともらえると助かります」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	2	2	0	0
2名が「はい」、2名が「どちらともいえない」と答えている。 「家族が行ったことは無いですが、きれいだと思います」「コロナ禍になってから施設に行っていない」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	3	1	0	0
3名が「はい」、1名が「どちらともいえない」と答えている。 「大変丁寧だと思います」と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	4	0	0	0
4名全員が「はい」、と答えている。 「連絡帳に詳細を書いて対応してもらっています」と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	1	3	0	0
1名が「はい」、3名が「どちらともいえない」と答えている。 「わかりません」と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	4	0	0	0
4名全員が「はい」、と答えている。 「スタッフそれぞれによります」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	3	1	0	0
3名が「はい」、1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	2	1	1	0
2名が「はい」、1名が「どちらともいえない」、1名が「いいえ」と答えている。 特にコメントはあがっていない。				

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	3	0	1	0
3名が「はい」、1名が「いいえ」と答えている。 特にコメントはあがっていない。				
14. 利用者の不満や要望は対応されているか	4	0	0	0
4名全員が「はい」と答えている。 特にコメントはあがっていない。				
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	1	1	0
2名が「はい」、1名が「どちらともいえない」、1名が「いいえ」と答えている。 特にコメントはあがっていない。				

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。	

2 カテゴリー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
2 カテゴリー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「第1回運営推進会議」(今年度は9月に開催、(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。

カテゴリ4		
4	リスクマネジメント	
サブカテゴリ1(4-1)		
リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 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2(4-2)		
事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 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			12/12
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、入社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】

認知症高齢者のケアを適切に行えるための土台を作る。

【取り組みの内容】

- ・東京都認知症介護実践リーダーの資格を有する職員を中心に職員ミーティングの場で認知症ケアについてふりかえりを行う。
- ・日本社会福祉事業大学教員に講師を依頼し、認知症をテーマとする職員研修を実施する。

【取り組みの結果】

- ・職員ミーティングにおける認知症ケアのふりかえりを実施できた。
- ・大学教員による研修は2023年3月に実施する予定である。

【ふりかえりと今後の方向】

認知症の高齢者は、認知の低下に加えて「周辺症状」と呼ばれる行動、態度等が起こる。ここで大切なのは、(1)なぜそういう症状が起こるのかの背景を考え、理解すること、(2)行動を抑え込むのではなく、行動を起こさなくても済むような環境を作ること、である。周辺症状に対するアプローチの仕方は多々あり、正解は一つではない。そこで、認知症の理解のための講義研修と職員の経験等を出し合うグループ討議研修の機会を設けた。年度末に実施予定の研修も含めて、取り組みができた。次年度は、大学教員による研修を年に3回に増やす計画を立てており、さらなるスキル向上を目指す。

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 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 checked="" 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。現在、一般のデイサービスと認知症対応型サービスの2種類のサービスを提供しており、職員はその両方に携わっている。そこで、事業所としては、認知症の中核症状及び周辺症状を理解してもらうための研修及び職員間でふりかえりを行う研修を実施することで、適切なサービス提供ができるための土台を作ること为目标として掲げた。研修は着実に実行されている(調査時点で未実施のものを含む)。次年度は、この研修をさらに充実させていくことを計画している。継続的な取り組みによりサービスの質が向上することを期待する。

評価項目2

事業所の理念・基本方針の実現を図る上での重要課題について、前年度具体的な目標を設定して取り組み、結果を検証して、今年度以降の改善につなげている(その2)

前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)

【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。

【ふりかえりと今後の方向性】

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転換する、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 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 checked="" 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 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 checked="" 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は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。これは労働基準法上の義務でもある。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。年間を通して見学の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		
<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、具体的なかつ詳細に記録し、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6ヶ月毎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	6/6
6	事業所業務の標準化		
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(0000)	
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(00)	
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。各種業務・緊急対応・苦情対応・感染症予防・リスクマネジメント等に関するマニュアルに、詳細かつ具体的な手順を明記している。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、見直ししている。さらに、東京都認知症介護実践者リーダーを配置しているだけでなく、東京都認知症実践者研修への職員参加を促し、職員全体の専門性の向上に努めている。</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1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1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、毎年開催している運営推進会議で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																
		20/20																
<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇)</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">評価</th> <th style="width: 65%;">標準項目</th> <th style="width: 20%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>1. 認知症対応型通所介護計画に基づいて支援を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>2. 利用者が望む生活像に基づき、日常生活において利用者の意思が尊重されるよう支援を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>3. 利用者の支援は、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</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>				評価	標準項目		●あり ○なし	1. 認知症対応型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の意思が尊重され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	標準項目																	
●あり ○なし	1. 認知症対応型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の意思が尊重され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>利用者の強みを見出し、認知症対応型通所計画書に反映させて支援している</p> <p>利用者の今までの生活の経緯を踏まえて、個々の利用者の強みを日常生活の中から見出し、認知症対応型通所介護計画書に反映させている。日々の活動プログラムと運動させながら、利用者に必要な支援を提供している。その日に実施した支援の内容については、ミーティングで振り返り、職員間で確認している。利用者の通所回数にも配慮しており、通所回数の少ない利用者においては、その都度、不安感を軽減するように対応している。黙々と塗り絵に集中している利用者もおり、利用者の様子を見ながら声掛けし、主体的に過ごせるようにしている。</p> <p>利用者が選択できる機会を提供して、利用者が主体的に活動できるようにしている</p> <p>利用者が自立的な生活を維持できるよう、様々な場面で利用者の自主性を尊重している。活動についても、利用者が選択できるように支援している。家族から利用者の趣味や嗜好を聞き取り、事業所での活動の中で残存能力を維持できるように努めている。認知症対応型通所介護事業では、利用者が少人数であることもあり、利用者が選択した活動がしやすいメリットがある。体を動かす運動をするのか、また貼り絵などをするのか、その日利用者が希望する活動を、職員が寄り添いながら支援している。</p> <p>アセスメントを見直す場合でも、利用者が自信を持てるような支援につなげている</p> <p>利用者の身体状況等に変化があった場合は、アセスメント内容の見直しや修正をしている。認知症の進行に伴って出来ないことが増えることもあるが、職員が必要な手助けをするとともにできることを褒めるなど、利用者が自信をもって過ごせるようにしている。利用者が不安な気持ちにならないよう、声掛けをしたり、職員と一緒に行動をすることで、利用者の関心に沿った活動ができるようにしている。できることを応援しながら、利用者の不安軽減に励んでいる。</p>																		
<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇)</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">評価</th> <th style="width: 65%;">標準項目</th> <th style="width: 20%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>1.【食事の提供を行っている事業所のみ】 食事時間が楽しくなるよう、利用者の認知症や心身の状況に応じて工夫している</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>2.【入浴介助体制のある事業所のみ】 入浴方法について、利用者の認知症や心身の状況に応じて検討し、介助を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>3. 排泄介助が必要な利用者に対して、利用者の認知症や心身の状況に応じて、誘導や排泄介助を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>4. 安全に配慮した送迎方法について、利用者の認知症や心身の状況、家族の状況に応じて検討し、対応している</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>				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】 食事時間が楽しくなるよう、利用者の認知症や心身の状況に応じて工夫している	○非該当	●あり ○なし	2.【入浴介助体制のある事業所のみ】 入浴方法について、利用者の認知症や心身の状況に応じて検討し、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、利用者の認知症や心身の状況に応じて、誘導や排泄介助を行っている	○非該当	●あり ○なし	4. 安全に配慮した送迎方法について、利用者の認知症や心身の状況、家族の状況に応じて検討し、対応している	○非該当
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】 食事時間が楽しくなるよう、利用者の認知症や心身の状況に応じて工夫している	○非該当																
●あり ○なし	2.【入浴介助体制のある事業所のみ】 入浴方法について、利用者の認知症や心身の状況に応じて検討し、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、利用者の認知症や心身の状況に応じて、誘導や排泄介助を行っている	○非該当																
●あり ○なし	4. 安全に配慮した送迎方法について、利用者の認知症や心身の状況、家族の状況に応じて検討し、対応している	○非該当																
評価項目2の講評																		
<p>利用者が楽しんで食事を摂ることができるよう、工夫をしながら支援している</p> <p>食事に対する関心が低い利用者もいるため、食事を楽しんで食べてもらうように職員は様々な工夫をしている。「食事の味見をしてもらえませんか」など興味を持ってもらえるような声掛けをしている。また、むせこみが増えたときは担当のケアマネジャーに相談し、食事形態の変更を勧めている。利用者の食事時には利用者の横について安全に食べられるように介助をしている。いつもと違う行事食やおやつパーティキングの日は、利用者の表情も活き活きとして、笑顔が見られている。食事時間が利用者にとって楽しみになる工夫をしている。</p> <p>生活支援に際して、利用者の気持ちに寄り添った声掛けをしている</p> <p>アセスメントにより、利用者に必要な生活支援について把握をしている。特に、入浴支援や排泄支援では利用者が嫌な思いをしないよう配慮している。利用者が常に穏やかに過ごせることを基本にして環境整備をしている。利用者が一人でいることで不安な気持ちになり、帰宅願望につながらないような働きかけをしている。入浴は1対1で対応をして、排泄に関しても利用者の身体状況や意向に沿った支援をして、安心・安全につなげている。浴室やトイレまでの誘導の方法、羞恥心に配慮した支援方法など、詳細なアセスメント結果を支援に反映させている。</p> <p>送迎時は利用者の特性に配慮して安心して過ごせる環境整備に留意している</p> <p>送迎時は、当日同乗する他利用者との関係性や、利用者の特性等に配慮して座席を決めている。例えば、トイレが気になると不穏になる利用者の場合は、乗車時間を短くして隣に職員を配置して話しかける等、利用者に合わせて対応をしている。乗り込み動作に時間がかかる場合は出入り口に近い、座りやすい席にするなど、利用者が送迎車の中でも落ち着いて過ごせるような環境を作っている。</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きみを整えている	○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

利用者の健康状況を常に観察しており、必要に応じて家族に連絡をしている

看護師が毎朝、利用者の体温や血圧などのバイタルを測定をしている。さらに、利用者の顔色や食事の摂取量なども確認できる範囲で丁寧に観察している。いつもと違う様子が見られた場合は、看護師の判断で家族やケアマネジャーに連絡している。家族からの連絡帳の内容も参考にしながら、毎日の利用者の健康管理をしている。微熱程度であっても呼吸に違和感がある場合は、看護師を通して家族に受診を勧めるなど、主治医との連携の下で早めに対応している。

指導を受けた介護職員が、在宅での生活動作の改善につながるよう支援している

機能訓練指導員から指導を受けた介護職員が、利用者が在宅での生活動作の改善につながるよう、日常生活の中でできる訓練を実施している。立ち上がり動作が無理なくできるような訓練を取り入れたり、負担のかからない移乗方法などを、生活の中で繰り返し身に着くようにしている。アセスメント結果に基づき、できることを継続できるように機能訓練指導員に指導を仰ぎ、個々の利用者に必要な運動などを提供している。

看護師を中心として多職種連携の下、利用者の健康維持や服薬管理を実施している

看護師は必要な医療的ケアや、健康管理、服薬管理などを実施している。生活習慣病等により食事制限の必要な場合は介護職員や栄養士と相談して、食事量の半減、塩分摂取に留意した食事を提供している。利用者の薬は介護職員から看護師に渡され、薬ごとに名前と内服薬名を記載した札をつけて看護師が保管している。服薬時に介護職員とダブルチェックをして服薬管理表で確認している。空き袋を回収して個別の連絡ポーチに入れて家族へ渡している。落薬、誤薬のないように安全な服薬管理の徹底を図っている。

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

利用者の意向を反映し、穏やかに過ごし、笑顔で帰宅できるように支援している

利用者の症状や状態は様々であり、一人ひとりの状態を把握して、利用者が穏やかに過ごせる空間と時間を提供している。座る場所、そこから見える風景、他の利用者との関係性等を勘案し、利用者の座席を決めている。その日の気候、利用者の気分なども見極めて、職員は丁寧に利用者への対応をしている。個々の利用者の特性や意向を把握した上で活動を提供しており、穏やかに過ごし、笑顔で帰宅できることを第一にした支援を心がけている。

メリハリのある多様なプログラムを提供し、充実した1日となるよう支援している

利用者全員でおこなう体操のほか、風船ゲームやうちわでバレーボールなど、体を動かすプログラムを提供している。何もしないでゆっくり過ごす時間も作っているが、職員はテーブルボーリングなど、新しいゲームも考案し、利用者が楽しく取り組めるようにしている。職員ではできないピアノ演奏や歌唱など、音楽系のボランティアの協力も得て、メリハリのついたプログラムを提供している。また、利用者の嗜好に合わせて、職員と1対1で貼り絵や習字などの趣味活動に取り組み、気分転換に公園に出かけるなど、充実した1日となるよう支援している。

大規模修繕の影響で一時的なデイルームであるが、利用者が落ち着けるようにしている

建物の大規模修繕の影響で、デイルームが1階から2階へ一時的に移動している。新たな事業所にも利用者は慣れてきているが、トイレや浴室はデイルームを出る必要があり、職員はいつでも誘導対応をしている。利用者が出ていく危険を考えてパーテーションをつけてもらったが、利用者に威圧的にならないような工夫をしている。デイルームは毎日委託業者による清掃が入り、清潔な環境にして、利用者が歩き疲れたときにいつでも休めるように椅子をとどこころに配置している。明るい空間は利用者が穏やかに過ごせる空間になっている。

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行っている	○非該当
評価項目5の講評		
<p>家族との連絡帳で、それぞれの生活状況を伝え合い、情報共有している 事業所では、家族との連絡や情報共有のために毎日連絡帳を使っている。記載内容は多く、1日の活動の様子を詳細に伝えている。家族からは帰宅後の利用者の様子や、家庭で話題になったこと等が記載されている。家庭での利用者の様子を知ること、事業所での支援に反映できることも多い。利用者の状況について家族と常に情報共有しており、家族との連携や協力関係につながっている。年2回、運営推進会議も開催している。前回は、食事の試食会や大規模修繕の状況説明をして理解を得ている。</p> <p>認知症への理解のある家族が多く、在宅生活継続のための相談に常に応じている 入浴時には皮膚の状態確認をして、痣や内出血があれば家族に連絡をしている。お互いに状況を共有し、利用者が家庭でも安全に過ごせるようになっている。多くの家族が認知症への理解があり、介助方法や利用者対応などに関する家族からの問い合わせや質問には、その都度丁寧に対応している。利用者ができるだけ長く在宅生活が続けられるよう、ケアマネジャーとも連携し、事業所でも利用者の生活動作の維持・改善や、生活の幅を広げる支援などを行っている。</p> <p>職員が学びで得た知識を、家族からの相談対応などに活かしている 職員は、施設外研修や施設内研修で業務に必要な研修を受講できる機会に恵まれている。認知症の理解や利用者への対応方法等を学習しており、日々の支援に反映させている。また、認知症について学びを深めることで、家族からの相談にも的確に対応でき、必要な情報を提供することが可能になっている。職員の資質向上に伴い、家族への助言や相談にもより適切に対応することができるようになっている。利用者への深い理解に基づいた支援や介助が行われている。</p>		
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員として日常的に交流している	○非該当
評価項目6の講評		
<p>運営推進会議を開催し、地域から事業所に対する理解を得る機会になっている 運営推進会議を開催している。地域の町会長、民生委員、区の所管課・地域包括支援センター職員、ケアマネジャー及び利用者とその家族が構成員となっている。地域に事業所の内容を理解してもらい、家族等が意見交換をする等、事業所にとって大切な会議となっている。提供しているサービス内容について意見をもらい、サービスの質の向上につなげたり、家族が抱える介護問題について相談・助言できる場として活用していくことを想定している。今回は利用者・家族の出席は難しかったが、今後会議の趣旨を理解してもらい参加を促していく予定としている。</p> <p>職員は地域の連絡協議会に出席する機会があり、利用者も地域交流の機会が多い 職員は、地域の消防署、警察署、自治会等との連絡協議会に出席している。地域の情報収集や、地域に事業所の情報を発信している。また、地域の連絡協議会へ参加し、地域福祉の拠点となることを目指している。利用者も、職場体験に来た地域の中学生との交流を楽しんだり、児童館の子どもとリモートで交流をして手紙やプレゼント交換することを楽しみにしている。隣接する公園に出かけた時は地域住民との交流も生まれている。利用者は、様々な場面で事業所以外の地域の人と交流できる機会に恵まれている。</p> <p>多種多様なボランティアを受け入れており、利用者の生活の幅を広げている コロナ禍の影響も徐々に薄れてきており、地域から様々なボランティアを受け入れ、利用者の生活にメリハリをつけている。傾聴ボランティア、爪切り、ネイルケア、ハンドケアなど、多様なボランティアの存在が利用者の生活の幅を広げている。ハンドケアでは、手をマッサージしながら利用者の昔話に耳を傾けて穏やかな時間を過ごしている。また、ピアノ演奏や歌唱ボランティアは、利用者に馴染みのある音楽で利用者に昔を思い出させて、一緒に声を出して楽しんでいる。多様なボランティアを受け入れ、利用者への支援に活かしている。</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	6-4-3	利用者の健康を維持するための支援を行っている
タイトル②	機能訓練に関する指導を受けた介護職員が、運動などを活動プログラムに取り入れている	
内容②	利用者が在宅生活を継続できるよう、必要な生活機能訓練を活動プログラムに取り入れている。機能訓練指導員から指導を受けた介護職員が実施している。例えば、立ち上がり動作がスムーズにいくように、利用者個別の課題について指導・助言を受け、介助の場面で活用している。指導のポイントを家族へも伝えることで、在宅生活でも取り入れることができるようにしている。利用者の残存能力を活かせる介助と同時に、負担の少ない介助方法(例えば三角移乗など)も学び、利用者への介助に役立っている。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	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、毎年、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、運営推進会議等を通じて、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	地域の児童館、中学校と交流をしたり、地域のボランティア活動を受け入れる等、利用者の生活を充実させている
	内容	中学校から職場体験の中学生を定期的に受け入れている。また、児童館の子どもと利用者の交流もある。コロナ禍ではリモート面会を実施し、手紙やプレゼントの交換で交流が続いている。地域のボランティアも受け入れており、職員ではできない活動を提供している。例えば、ネイルケアをしてもらったり、ハンドマッサージを受けながらボランティアに昔話を聞いてもらうなど、穏やかな時を過ごしている。ピアノ演奏に合わせて馴染みのある歌を歌うなど、利用者にとって楽しく充実した時間になっている。
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30%でスタートし、年間目標は40%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るが、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。