

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	中條 りう	福祉	H1302050
	④	齋藤 貴明	福祉	H1102028
	⑤			
	⑥			
福祉サービス種別	認知症対応型通所介護			
評価対象事業所名称	港区立高齢者在宅サービスセンターサン・サン赤坂		指定番号	1390300281
事業所連絡先	〒	107-0052		
	所在地	東京都港区赤坂6-6-14		
	TEL	03-5561-7831		
事業所代表者氏名	施設長 若井 世台子			
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 10 日			
利用者調査結果報告日	2023 年 1 月 26 日			
自己評価の調査票配付日	2022 年 12 月 10 日			
自己評価結果報告日	2023 年 1 月 26 日			
訪問調査日	2023 年 2 月 3 日			
評価合議日	2023 年 2 月 3 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)	何らかの認知症の症状がみられる利用者が多い施設であることから、場面観察方式を採用し、利用者との関わりを中心に分析するよう努めた。また、家族向けアンケート送付の際は、依頼書を添付し、評価への理解と協力をお願いした。			

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。

2023 年 3 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)法人理念にある「四恩報謝」の教えに根本を置いた「聖労」（報いを求めない聖（きよ）き労働）を實踐し、「地域とともに育つ」ことを常に忘れず、社会福祉の目的の実現をめざします。 2)赤坂の地域性・特徴を十分に生かし、質の高いサービスを提供することにより地域福祉に貢献します。 3)ご利用者一人ひとりが安全で気兼ねなく安心して過ごせる施設を目指します。 4)併設する赤坂子ども中高生プラザとの間では、コロナ禍での新しい高齢児童交流の充実に努めます。 5)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>東京聖労院には人事考課制度がありその中で下記に示された内容で職員像を示しています。 ○組織人間力 法人の歴史を理解し、歴史を支えた理念に共感し、実践することを期待しています。 ○福祉人間力 利用者本意の姿勢と考え方で接することができるマインドの持ち主であることとともに、利用者等の声や気持ちを十分に受けとめることができる豊かな感受性を期待しています。 ○仕事・役割「情意効果」 組織人としての「規律性」「責任性」「協調性」「積極性」について評価基準を設定し、仕事への根本的な姿勢について求められる職員像を明確にしています。 ○仕事・役割「組織役割」 全職種・全職位共通の評価項目として所属部署内での個別役割を設定しています。法人・施設の成長に向けて、職員が組織に対する責任を果たし役割を達成する姿勢の持ち主であることを求めています。 ○仕事・役割「個別専門職務」 各専門職・各職位に応じて求められる個別専門職務について評価基準を設定しています。福祉専門職として職種・キャリア・職位に応じた個別専門職務を身に着け、更なる成長に向けて弛まぬ努力を続ける姿勢を持つことを求めています。</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>時代が変わり、求められる事柄は増えつつも「福祉は人なり」の真理が変わることはなく、最も重要なものは「（福祉に携わる）人」と言えます。その「方向性」を見失うことなく「ゴールなきゴール」を目指し「恒常的」に「自己研鑽」を積み「変化・成長」を重ね続ける姿こそが「（福祉に携わる）人」像と考えています。</p>

調査対象

アンケートは、家族等全世帯を対象とした。
場面観察調査は利用者全員を対象とした。

調査方法

家族に対しては、アンケート調査を行った。事業所から調査票を郵送し、記入後は返信用封筒に入れ、直接評価機関へ返送してもらった。
また、利用者に対しては、認知症の高齢者対象施設であることから、場面観察調査を実施し、食事・外出・日中の様子などを観察した。

利用者総数

10

共通評価項目による調査対象者数

10

共通評価項目による調査の有効回答者数

7

利用者総数に対する回答者割合 (%)

70.0

利用者調査全体のコメント

調査対象者10名のうち、7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に必要な介助を受けていますか」「事業所に通うことで心身の状況が安定していますか」「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ますか」などがあげられる。
総合的な満足度では、7名全員が「大変満足・満足」と回答している。「本人が楽しんで通っているので、継続してほしいです」「医療的ケアが必要ですが、親切に対応してくれます」「コロナで閉所しないようにしてください」などのコメントがあげられている。

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》

昼食前の体操場面で利用者Aは、職員と一緒にカードを利用して言葉遊びをしている。利用者Bはベッドで休んでいたが、「お昼ですよ」との声かけで、職員の介助で車いすに移乗する。その後、車いすから椅子の方へ移乗し、マンツーマンでの体操が開始される。出された文字を大きい声で読み上げることを繰り返し、口腔体操になっている。さらに、その文字から連想される単語を考えてもらっている。また、肩関節の可動域運動や足首の運動などが行われていた。

《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》

先に体操を終えた利用者Aは、席についてテレビを見ている。ベッドで寝ていた利用者Bが体操を始めるが、当初は積極的な様子は見られなかった。しかし、職員が一つひとつ丁寧に説明することで、徐々に盛り上がっている。文字カードを使用しての、発声や文字から連想される単語の場面では、後半になると職員が問いかける前に進んで単語を伝えている。職員は利用者のペースに合わせた対応を行っており、様々な場面で「すごいですね」、「言葉をいっぱい言えましたね」などと励ましている。利用者が声をかけられると嬉しそうな表情を見せている。その後、「足首の運動を何回にしましょうか」という職員の問いかけに対し、即座に「30回！」と答える等、積極的な面も見られた。体操終了後は、職員がゆっくり椅子を押すと足こぎの動作が見られて、体操前と体操後の利用者の身体の動きにも変化が見られた。このことから、体操を通して心身への働きかけと、主体性を引き出すケアが利用者のやる気に繋がっていると感じた。

「評価機関としての調査結果」に対する事業者のコメント

場面観察の当日だけでなく、職員は利用者一人ひとりの認知症や心身の状況等、性格等を踏まえ、その日のコンディションを注意深く観察し、その時々状況に合わせて、脳トレやリハビリ効果が得られる過ごし方をさせていただきよう努めています。何よりも、楽しかった、快適だったと、通うのが楽しみと思っただけの事を大切に、メニューをこなすことを目的とせず、プライドを尊重し、寄り添い、受容しながら、粘り強くご利用者の意欲を引き出すよう努めています。こうした努力の甲斐があり、当施設に通うようになってADLがぐんぐん向上したというご家族からの言葉をいただくこともあります。

しかしながら、重度の方は、特養に入所等により、長期間の利用は困難である実情があります。認知デイは在宅生活を支えるために有効であると捉えておりますので、広報を一層工夫し、利用増の努力をしたいと考えています。ただし、利用の費用が安価でないこと、「認知デイ」という名称への抵抗感がネックになっているという側面もあります。行政を巻き込み制度設計の中で改善を図る努力も必要ではないかと考えています。

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	7	0	0	0
7名全員が「はい」と答えている。 コメントは特にあがっていない。				
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	7	0	0	0
7名全員が「はい」と答えている。 コメントは特にあがっていない。				
3. 利用中に興味・関心が持てる行事や活動があるか	6	1	0	0
6名が「はい」、1名が「どちらともいえない」と答えている。 「認知症が進んでからも楽しんでいるようです」とのコメントがあげられている。				
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	7	0	0	0
7名全員が「はい」と答えている。 「帰ってくるとスッキリとした表情です」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	6	1	0	0
6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。				

6. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	6	0	0	1
6名が「はい」と答えている。 「中を見たことは無いけど、表情が良いのできれいなんだと思います」とのコメントがあがっている。				
7. 職員の接遇・態度は適切か	6	0	0	1
6名が「はい」と答えている。 「体験も同行できていないのでわかりません」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	6	1	0	0
6名が「はい」、1名が「どちらともいえない」と答えている。 「お任せしています」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	4	2	0	1
4名が「はい」、2名が「どちらともいえない」と答えている。 「お任せしています」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	6	1	0	0
6名が「はい」、1名が「どちらともいえない」と答えている。 コメントは特にあがっていない。				
11. 利用者のプライバシーは守られているか	6	1	0	0
6名が「はい」、1名が「どちらともいえない」と答えている。 「本人がプライバシーを意識できればよいですが」とのコメントがあがっている。				
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	6	1	0	0
6名が「はい」、1名が「どちらともいえない」と答えている。 コメントは特にあがっていない。				

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	6	1	0	0
6名が「はい」、1名が「どちらともいえない」と答えている。 コメントは特にあがっていない。				
14. 利用者の不満や要望は対応されているか	6	1	0	0
6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。				
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	4	3	0	0
4名が「はい」、3名が「どちらともいえない」と答えている。 コメントは特にあがっていない。				

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	
	法人理念を職員に周知するために様々な取り組みを実施している 事業所では、法人理念を職員に周知するために、まずは入職時の新任研修において、理事長自らが法人の理念及び歴史を説明している。現役職員に対しても、朝礼時に全員で唱和したり、職員会議(年2回)の際に改めて確認している。そして、人事考課においては、法人理念の理解を考課項目の一つとしており、職員が自らの言葉で法人の理念について語れるかどうかを確認している。このような仕組みにより法人理念の周知に努めているため、職員への浸透度が高く、職員は理念を行動規範として様々な業務に当たっている。	
	法人の状況を利用者の家族に理解してもらうための工夫をしている 事業所では例年、家族会を年2回開催している(コロナ禍以降は書面開催)。事業所への苦情やその対応結果について、予算について、事業計画・報告について等のテーマで、半年ごとにまとめて伝えている。また、年に1回行う利用者アンケートの集計結果も報告している。コロナ禍以降は面会の回数や時間が制限されたことから、利用者の各担当職員が、利用者の事業所での様子や事業所の状況を家族に電話で伝えている。このような工夫により、利用者の家族に法人の活動を理解してもらうようにしている。	
	経営層で決定した重要事項を、職員全員に周知するための仕組みを整えている 課長以上の管理職員で構成する「課長会」を設置し、事業所の方針や課題を検討するとともに、各部署の連絡調整を図る組織と位置づけている。そして、課長会の下に「連絡会」を設けている。連絡会は課単位で構成され、係長や専門職が参加している。各課長は、連絡会で課長会での決定事項を伝えている。さらに、連絡会の下に部署ごとの「拡大ミーティング」を設置しており、部署の全職員が参加している。拡大ミーティングでは、課長会及び連絡会の決定事項を伝えている。このような流れで、重要な決定事項について職員全員に周知している。	

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
カテゴリー2の講評		
<p>毎年、利用者アンケートを実施し、利用者及び家族の意向を把握している</p> <p>事業所では、毎年1回、利用者及び家族に対してアンケート調査を実施している。質問項目は、(1)職員の対応(言葉づかい、態度、服装など)、(2)日常介護・健康面(食事、入浴、排泄など)、(3)余暇活動(行事、レクリエーションなど)、(4)施設的环境・情報提供、(5)自由記述、の5項目である。利用者からは直接聞きとり、家族には郵送により行っている。回答を集計してまとめ、業務改善に活かしている。また、結果について、家族への郵送、事業所内掲示、事業報告書への記載といった形で公表している。</p> <p>人事考課面談や個別面談などの実施を通じて、職員の意向把握に努めている</p> <p>職員に対しては、毎年4月に目標を設定してもらい、年度末に達成状況の振り返りをしてもらっている。この人事考課面談は直属の上司が行っているが、その際には、本人の仕事に対する意識や希望なども聞いている。この仕組みに加えて、施設サービス部生活課長による個別面談も実施している。日々の業務上の報告・連絡・相談だけではつかみきれない、職員個人の思いを把握するよう努めている。生活課長は、職員の心情に共感するとともに、法人理念をわかりやすく説明することも行っている。</p> <p>地域の団体や福祉関連の団体に多数所属し、広い範囲から情報を収集している</p> <p>事業所では、「地域懇談会」(地域の町内会、民生委員、行政機関等が参加)、「青少年対策赤坂地区委員会」(青少年の健全育成を進める自主的な団体)「港区高齢者地域支援連絡協議会」(地域の様々な団体や機関が参加)に加盟している。また、「港区施設長会」(区内の社会福祉関連施設の施設長が参加)や、東京都社会福祉協議会の「東京都高齢者福祉施設協議会」など、福祉関係の団体にも加盟している。こうした団体の会合に出席することで、行政担当者から福祉関連法令や制度の改廃情報を入手したり、地域の福祉ニーズを把握することができている。</p>		

3 カテゴリー3		
3 経営における社会的責任		
サブカテゴリ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

倫理綱領や倫理綱領ガイドラインを定め、職員全員が遵守するよう取り組んでいる

運営法人では、職員倫理綱領を定めている。倫理綱領では、人間としての尊厳の保持、人権の尊重など、7つの職員の責務を記している。合わせて、職員倫理綱領ガイドラインも定めている。そこでは、利用者には、「いかなる虐待からも守られる権利があり、職員はいかなる理由においても虐待はしません」等と規定している。倫理綱領については、入職時の新任研修時の説明から始まり、その後も毎年1回、全職員に「周知テスト」を課して浸透を図っている。また、倫理綱領は法人ホームページにアップロードして、誰もが見られるようにしている。

専属の担当者を配置してボランティアや、実習生を広く受け入れている

事業所では、専属のボランティアコーディネーターを配置している。コーディネーターは地域からのボランティア申込みの窓口となり、また自らも個人や団体に働きかけ、登録、活動設定、事務手続きなどを手掛けている。活動内容は、事業所内での芸の披露、利用者の散髪、イベントの手伝い等、多岐にわたっている。また、実習生についても、大学や専門学校等の学生のみならず、行政機関職員の新任研修等も受け入れている。指導は実習指導者研修を修了した職員を充てて行っている。コロナ禍においても、感染症対策を講じながら可能な限り受け入れている。

様々な形で地域と関わる中で事業所が人が集う場となっており、地域貢献を行っている

地域と協同して、(1)イベント等を行う、(2)事業所を訪れてもらう、(3)地域の団体、会合に加わる、といった形で交流を深めている。(1)については、納涼祭、合同防災訓練などがある。(2)については、地域のキーパーソンが集う「地域懇談会」、事業所内のカフェ、事業所見学、ボランティアの来訪などがある。事業所を地域の人が集える場とすることで、顔の見える関係を構築している。(3)については、青少年健全育成を進める「青少年対策赤坂地区委員会」、高齢者支援を進める「港区高齢者地域支援連絡協議会」等に加盟している。

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、事前の対策、発生時の対応、手順等を定めている</p> <p>事業所では、地震などの大規模災害、感染症の発生、火災等、起こりうるリスクごとに対策、発生時の対応、発生後の事業継続等を定めている。このための組織として「施設安全対策委員会」、「感染症予防検討委員会」、「マニュアル整備検討会」などを設置している。これらの組織において、たとえば、火事であれば「消防計画」、「避難訓練計画」を策定し、災害であれば「事業継続計画」などを策定している。合わせて、地域との連携や港区役所への報告についても手順を定めている。</p> <p>従来より守秘義務や個人情報保護に取り組んでおり、一層の充実を図っている</p> <p>運営法人及び事業所では、創業時から就業規則や運営規程において、業務上知り得た利用者及び家族に関する秘密を他に漏らしてはならないこと等を定めている。そして、2010年にプライバシーマーク(Pマーク)を取得したことで、個人情報管理についても同基準に則って厳格に行ってきた。2022年度は、個人情報保護法の改正やPマークの更新審査を受けて、「個人情報保護基本規程」の見直しを行った。これにより、全職員に個人情報保護の理解度テストを行う、パソコンのパスワードは2ヶ月に1回変更する等、多面的な措置を講じている。</p> <p>事故について、検証及び再発防止のための組織を設置している</p> <p>事業所内で起きたヒヤリハットや事故についての対応結果を検証し、再発防止策を検討するための組織として、係長以上の職員で構成する「事故対応委員会」を設置している。昨年度は、同委員会に加えて、現場で介護や支援にあたる介護福祉士、看護師、理学療法士、生活相談員で構成する「事故予防係」も設置した。同係は、事故発生時の利用者の動きを再現して、どのような経過で事故に至った原因を検証するとともに、今後の予防策を検討する役割を担っている。現場レベルと管理職レベルの二重体制を構築することで事故の減少を目指している。</p>		

5 職員と組織の能力向上			12/12
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		
<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		
<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

職員採用のための取り組みを積極的に行い、かつ採用した職員の育成にも力を入れている

運営法人は、職員を採用するために、(1)施設見学会を行う、(2)ハローワーク、就活ナビサイト、民間求人サイトに登録する、(3)就職セミナーに出展する、(4)大学、専門学校等と連携する、など様々な方法を用いて募集活動を行っている。この結果、昨年度は、事業所としては十数名の採用に至った。そして、新卒内定者に対しては、着任前に説明会を開くなどして期待を持てるように配慮している。また、介護経験のない採用者に対しては、介護技術基礎研修を用意し、かつOJTによりマンツーマン指導を行うなど、職員の育成に力を入れている。

職員研修について、継続的・体系的な計画を策定している

新入職員から管理職員に至るまで、継続的・体系的な研修計画を構築している。新入職員に対して、法人が新任研修を実施し、その後は事業所においてOJTによりスキル習得を支援している。半年後にはフィードバック研修も行っている。中堅職員研修、昇格者研修、専門技術研修など、経験年数や職位に応じた研修を用意している。また、全職員対象の施設内研修(毎月)も開催している。さらに、外部研修受講や資格取得、研究活動なども奨励している。多彩な研修を用意し、かつ自発的研修も支援しているので、職員は学び続けることができている。

キャリアパスのルート及び仕組みを定め、職員にオープンにしている

キャリアパスについては、「キャリアアップコース」と「専門職コース」を用意している。前者は、中堅から主任、係長、課長、次長へと進んでいくコースであり、後者は、中堅からベテラン主任へと進んでいくコースである。合わせて、上位ポストに昇格するための必要経験年数も明示している。職員はキャリアマップを見ることで、自分がどの方向を目指すのかをシミュレーションすることができている。この二つのコースのどちらを選ぶかは限定していないので、職員は経験年数、年齢、子育て・介護といった個人的事情などに合わせていつでも変更できる。

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させるために年間稼働率を90%以上とする。 【取り組みの内容】 ・送迎に使用するワゴン車について、1台あたり最大3往復することとした。 ・送迎ルートを毎月1回は見直し、変更した。 ・相談員による個別の送迎を実施した。 ・1日あたりの入浴利用定員を、17名から19名に引き上げた。 ・利用時間中に行う行事やイベントの内容、回数を充実させた。 【取り組みの結果】 ・行事イベントを充実させたことで、2021年度1年間の臨時利用数97人を、2022年12月の時点で167人と大きく上回ることができた。 ・送迎に関わる工夫により稼働率が向上した。 ・しかしながら、新型コロナウイルスの影響、とりわけ11月に事業所内で陽性者が出たことにより利用手控えが起り、2022年度通年の稼働率は65%にとどまった。 【振り返りと今後の方向性】 コロナ禍の状況下でも安心してサービスを利用してもらえるよう感染症対策を徹底していく。	
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】 事業所としては、安定的な事業運営を目指して、「年間稼働率90%以上」という数値目標を設定し、その達成に向けて様々な取り組みを行った。この取り組みは、稼働率を上昇させる効果をもたらしたが、2020年度後半に発生した事業所内での新型コロナウイルス感染症によりサービス利用手控えが起きてしまい、年間稼働率は65%にとどまった。しかしながら、工夫や取り組み自体は成果をもたらしているため、次年度は感染対策をより徹底させて稼働率を上げていくことを期待したい。	

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】

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】

- ・職員の号給及び有給の取得状況を毎月、課長会で確認するようにした。
- ・職員が有給休暇取得を希望する日を一覧表にまとめ、取得希望の多い期間については派遣職員を配置するようにした。

【取り組みの結果】

職員全員について、年5以上の連休を取得することが達成できた。

【振り返りと今後の方向性】

今年度の取り組みにより年5日以上取得を達成できたので、次年度もこの取り組みを引き続き継続していく。

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】

年10日以上有給休暇が付与される労働者に対しては、年次有給休暇の日数のうち、年5日については、使用者が時季を指定して取得させることが改正労働基準法により義務付けられたことから、事業所としてもその対応に取り組んできたところである。2022年度は、全職員において5日以上取得を達成したことは評価できる。今後も定着に向けて引き続き取り組みが継続されることを期待する。

II サービス提供のプロセス項目 (カテゴリ6-1～3、6-5～6)

No.	共通評価項目		
サブカテゴリ1			
1	サービス情報の提供	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1の講評			
<p>ホームページ、SNS、パンフレットにより、事業所の情報を提供している</p> <p>ホームページでは、事業概要、利用申込み、一日の流れ、活動内容、問い合わせ先等の情報を掲載している。SNSでも情報発信しており、月間予定表や音楽療法などの活動の様子について、写真を用いて紹介している。また、同一建物内にある特別養護老人ホームや子ども中高生プラザ等とあわせて、施設全体でのパンフレットも作成している。そこでは、「個人を尊重した多様なケア」という方針の下、利用者の自主性を尊重し、ニーズに合わせたケアを行うことを掲げている。デイルームや浴室などの設備についても写真を掲載して紹介している。</p> <p>居宅介護支援事業所に情報を提供し、区にも状況を報告している</p> <p>区内の居宅介護支援事業所に、パンフレットや月間予定表などの情報を配布している。事業所の活動内容を知ってもらうことで、デイサービスの利用を必要としている利用希望者に情報が届くようにしている。利用者や家族には、法人の季刊誌「元気です」や、事業所の広報誌「はなみづき」を送付しており、法人の状況や事業所における活動内容等を伝えている。区の所管課には月次報告を提出し、事業所の状況を報告している。区の介護サービス事業所基本情報にも情報を掲載し、広く区民に対して情報提供している。</p> <p>見学の申込みがあれば時間を調整して受け入れており、送迎も行っている</p> <p>見学の申込みがあった場合には、日程を調整して受け入れており、送迎もしている。利用希望者本人、家族、担当ケアマネジャーらが事業所を訪れている。午後の時間に案内し、活動を実際に見てもらっている。機能訓練や運動に使用する器械なども見せられ、利用のイメージが湧くように説明している。事業所内に掲示している月間予定表も参照にしながら、事業所で行っている様々な活動についても紹介している。ホームページでも見学の案内をしており、事前の申込みがない場合でも可能な限り対応している。</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>利用決定後に必要な情報を収集し、利用者・家族へ分かりやすい説明をしている</p> <p>見学の後に利用希望者本人や家族の意思を確認し、利用を決定している。利用決定後のサービス担当者会議で、利用者、家族、ケアマネジャーから必要な情報を収集し、受け入れに備えている。収集した情報はフェイスシートに記入し、職員間で共有している。契約時に、契約書および利用案内の冊子に基づいて説明をしている。利用案内には、一日の流れ、利用上の留意事項、利用料金の目安などの情報が掲載されている。利用料、送迎、入浴など、利用者や家族の関心の高い事項について特に重点を置いて説明し、分かりやすく伝えるように心掛けている。</p> <p>入手した情報を基に計画を作成して受け入れに備えており、不安の解消に努めている</p> <p>フェイスシートには、利用者の基本情報、生活歴、利用者および家族の希望・要望、ADLやコミュニケーションの状況、医療面に関する情報などが記載されている。入手した情報をもとに初回の通所介護計画書も作成し、受け入れに備えている。初回の計画は1カ月が経過した時点で必要な見直しを行い、修正事項があれば赤字で記載し、職員間で共有している。初回利用時には生活相談員が対応するとともに、その日のリーダー職員がタイムスケジュールを説明したり、他の利用者に紹介している。新規利用者が、不安なく利用開始できるように努めている。</p> <p>ケアマネジャーと連携を図るなど、利用者に必要な支援が提供できるようにしている</p> <p>「初回利用時の様子」という記録を作成している。送迎、移動、入浴、食事、排泄、コミュニケーション等の場面における新規利用者の様子を記録し、職員間で共有している。ケアマネジャーにも状況を報告している。ケアマネジャーとは随時連携を図り、FAXで電話などでも情報をやり取りしている。ケアマネジャーから収集した情報は、日誌に記載したり、ミーティングで伝える等、他の職員にも周知し、利用者支援に活かしている。家庭生活の延長にデイサービスでの生活を位置付けているため、アセスメント結果を反映して事業所での過ごし方を組立している。</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			
アセスメント結果をもとに、最適なサービスを提供できるように計画を立てている 通所介護計画書にアセスメント欄が設けられており、移動、食事、排泄、入浴、医療面、精神面、活動、コミュニケーションなどの項目に沿って、利用者のニーズや解決すべき課題を整理している。アセスメント結果および、利用者・家族の意向を踏まえて計画内容を作成している。そこでは、個別援助計画として、解決すべき課題に対する通所の目標(長期・短期)や、援助内容が具体的に示されている。例えば、「不安なく楽しい時間を過ごす」という目標であれば、「無理のない範囲で体操やレクに参加する」等、最適なサービスを提供できるようにしている。			
詳細な記録を作成し、必要なケアが提供されているかを確認している 通所介護計画は、6カ月ごとに見直しが行われている。日々作成しているケース記録には、タイムスケジュールに沿ったケアの実施記録や、家族や添乗者からの連絡事項、看護師による健康観察記録などに加えて、通所介護計画で掲げられている課題や目標に対する支援が実施されたかどうかを確認する欄も設けられている。記録内容は詳細であり、かつ必要な支援が提供されているか確認できるようになっている。			
利用者の情報を個別ファイルで管理し、日々の職員間の情報共有も徹底している 利用者個別のファイルを作成し、様々な情報を管理している。フェイスシート、通所介護計画書、ケアプラン、居宅介護支援事業所・家族連絡事項、ケース記録などが綴じられており、利用者の支援に必要な情報がまとめられている。また、1日3回、朝・昼・夕のミーティングを行っている。利用者の状況や活動に関する事項など、職員間で情報共有を図り、利用者への支援に活かしている。月1回の拡大ミーティングという会議も実施されている。業務日誌にはタミーティングの記録が書かれており、参加できなかった職員も必要な情報を得ることができている。			

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>個人情報に関する同意を細かく把握しており、プライバシーに配慮している</p> <p>利用契約時に、個人情報の保護や使用について説明し、同意を得ている。同意書では、写真の使用について、いつ使ってもよい、使う際は毎回確認して欲しい、使ってほしくない、との選択肢を用意するなど、利用者・家族の意向を細かく把握している。実際に、利用者の個人情報を関係機関とやりとりする必要がある場合には、事前に利用者・家族に説明している。個人の所有物についてはキャビネットで保管したり、本人の手元に置いておくなど、紛失や忘れ物がないようにしている。日常の支援や、外部とのやり取りにおいてもプライバシーにも配慮している。</p> <p>ケアの際には羞恥心に配慮しており、マニュアルにも記載して周知している</p> <p>入浴や排せつの支援において、利用者の羞恥心に配慮している。浴室の脱衣室はカーテンで覆われており、外部からの視線を遮断している。デイルームにあるトイレはカーテンを使用しているが、気になる利用者には別の場所にある扉があるトイレを使ってもらっている。デイサービスマニュアルにおいても利用者の羞恥心に配慮したケアを行うことを記載し、職員に周知している。</p> <p>倫理綱領を遵守し、利用者の意思を尊重している</p> <p>「人間としての尊厳の尊重」や「人権の尊重」等、7項目からなる倫理綱領を定めている。さらに倫理綱領ガイドラインも作成し、「いかなる虐待からも守られる権利」等の7項目を定めている。これらを職員に周知し、支援の中で実践するために、倫理綱領委員を配置して、朝礼の際に唱和する等の取り組みを行っている。活動については選択制を取り入れ、希望しない利用者に参加を無理強いすることはしていない。また、入浴を拒否する利用者については、声掛けや誘導のタイミングを工夫するなど、本人の意思を尊重した対応に努めている。</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		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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している	<input type="radio"/> 非該当	
サブカテゴリ-6の講評			
<p>マニュアル集を整備しており、定期的な確認の年月日も記録している</p> <p>デイサービスマニュアル集を整備し、業務の標準化を図っている。食事介助、排泄介助、入浴介助、添乗業務、アクティビティ、グループ体操、緊急時の対応、感染症対応、研修など、事業所のサービス提供に必要な事項を網羅している。内容も実践的な形で作成されており、例えば、食事介助マニュアルは、目的や手順(準備、配膳、摂取前に確認すること、食事介助、下膳など)を具体的に明記している。緊急時の対応マニュアルはフローチャートを用いて、職員に分かりやすく示している。マニュアルは定期的な確認をして、実施した年月日を記録している。</p> <p>積極的に研修を受講し、職員の知識や能力の向上に努めている</p> <p>新入職員導入研修、管理職研修、指導職研修などの階層別研修を実施している。特に、新入職員導入研修では、法人の歴史・理念、感染症、倫理綱領、身体拘束廃止及び適正化、事故報告・リスクマネジメント、個人情報保護など、職員に必要な事項についての理解を深めている。また、介護職のための薬のはたらきと使い方、福祉用具サービス剛務従事者研修、東京都認知症実践者研修など、専門的な研修も職員が積極的に受講している。各種研修の受講により、職員の知識や能力の向上、サービス水準の向上に努めている。</p> <p>アンケートを実施し、利用者のニーズをサービスに取り入れている</p> <p>事業計画の作成に当たって、サービスの内容を検討し、持続的な改善を目指している。また、事業所で実施するサービス評価アンケートや、福祉サービス第三者評価の利用者調査の結果を参考にして、利用者のニーズをサービスに取り入れている。利用者の声を取り入れた事例として、利用者の塗り絵の展示に関することがある。それまで、11月の文化祭で利用者の塗り絵を展示していたが、その更新することがなかったため、他の利用者から「自分の作品を飾って欲しい」という意見が寄せられたため、その後事業所では、毎月作品を変えながら展示を続けている。</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
1 評価項目1 認知症対応型通所介護計画に基づいて自立生活が営めるよう支援している			
		評点(〇〇〇)	
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>職員間で利用者の状況を都度話し合い、必要な支援について共有し、支援を実践している</p> <p>職員間で利用者状況を都度話し合い、支援を行う上での課題等を共有し、必要なサービス内容を計画書に反映させている。日々の記録様式には、ケアプランで掲げられている支援内容について実施の有・無を確認する欄が設けられており、ケアプランを念頭に置いた支援をするようにしている。さらに、日々の利用時の様子や、利用者との会話から利用者自身の思いや意向を汲み取り、充実した時間を過ごせるように支援している。</p> <p>ケアマネジャーや家族との連絡を密にとり、事業所における支援に反映している</p> <p>月に一回、定期的にケアマネジャーに報告書を送付している。さらに、利用者の状況に変化があった時や、少しでも気になる点があった場合は、記録に残したうえでケアマネジャーや家族にファックス、電話等で報告し、情報提供・共有を図っている。初回利用時には、その様子を報告書にしてケアマネジャーに報告しており、事業所での生活に早く慣れることができるようにしている。常にケアマネジャー、家族等関係機関と密に連絡をとり、意向や要望を共有し、事業所での支援に活かしている。</p> <p>様々な催しや、活動について利用者が自由に選択し、楽しんでもらうようにしている</p> <p>時節毎に、様々な催しものを企画しており、1か月の予定表に毎日異なる活動内容を表記している。利用予定日以外の利用者も、選択して参加できるように配慮している。日々の利用の中でも、全体で行う活動や体操も、利用者各自の意向に応じて選択できるようにしている。一人でゆっくり過ごしたいなど、個別の要望を柔軟に受け入れ、一日の利用法を利用者に選択、判断してもらいながら支援している。</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			
		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】 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>多様な食形態を提供しており、行事食等の工夫もして楽しみを作っている</p> <p>利用者個々の食事摂取の状況を確認し、それぞれの状況に合わせた食形態を数種類用意し、安全に食事が出来るように配慮している。管理栄養士など多職種で連携をして、一人ひとりの利用者についての状況を共有し、食形態を決定している。毎月の献立表を家族等に配布し、スポット利用時等の参考にしてもらっている。行事食やバイキング、郷土料理の日など、毎日の食事にアクセントや変化をつけ、食事内容でも楽しめるように献立を工夫している。旬の食材の使用や、盛り付けなどにもこだわっている。</p> <p>安全に配慮し、個別に応じた入浴や排泄介助の支援を行っている</p> <p>可能な限り一対一の入浴介助をしている。入浴方法や時間についても多職種で話し合い、利用者ごとに必要な支援をしている。個浴、リフト浴、ストレッチャー浴を使い分けている。入浴前のバイタルなど、看護師が中心となって利用者の健康状態を確認し、安全な入浴ができるように配慮している。毎月3のつく日には、入浴剤を利用して楽しんでもらっている。排泄介助も、機能訓練指導員や職員間で話し合っ方法を決め、利用者負担や不快感を持たせないよう支援しており、利用者ごとのペースやタイミングを把握して声掛けや誘導を実施している。</p> <p>地域性を熟知し、その時に応じた送迎順や方法を考えている</p> <p>事業所の立地が商業エリアにあることから、時間、日にち、季節によって交通量や人手が変わるため、その時に応じた送迎法やルートを決めている。地域性や交通事情を熟知した職員により、安全に効率の良い送迎を考え、実施している。必要に応じて車いすリフトを使用するなど、安全面に配慮した送迎業務に努めている。利用者の状況に応じて乗車の順番や座席を調整している。また、家族が不在の場合には、自宅の中まで利用者を誘導し、安全に自宅内まで送り届けることもしている。</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くみを整えている	○非該当	
●あり ○なし	4. 利用者の体調変化時(発作等の急変を含む)に、速やかに対応できる体制を整えている	○非該当	
評価項目3の講評			
<p>健康状態を常に確認し、体調変化時の対応も適切に実施している 看護師を中心にバイタルチェックを行っている。当日の利用者の状態を把握し、職員に伝達している。利用者の様子観察については、職員一人ひとりが注意を払って行っており、記録にも残している。看護師は、利用者の健康状態、服薬内容の確認、家族への連絡事項などを詳細に記録に残している。状態の変化があれば、早期に気づいて適切な対応を取ることができている。また、著しい体調の変化時には、看護師を中心に、整備されたマニュアルに沿った迅速な対応ができている。</p> <p>徹底した服薬管理で、誤りなく服薬することができている 安全な服薬支援のために、チェックシートを用いて、2回、3回と重ねて確認した後、決められた場所にしっかりと保管している。飲む前・飲んだ後にも記録に残し、看護師が中心となって配薬し、誤りのないようにしている。また、薬については、透明なケースを用意して、利用者・家族に薬を入れて持ってきてもらっている。薬の数や種類もすぐに把握することができ、誤りなく服薬できる支援に繋がっている。確認が必要な場合は、お薬手帳も持参してもらい、看護師から医師や薬局、ケアマネジャーに確認することとしている。</p> <p>利用者のその都度の思いや意向をくみ取り、必要な健康管理を行っている 日々の通所時の心の状態なども、しっかりと利用者や家族から聞き取って、事業所での支援に活かしている。職員全体で利用者の観察を行い、心身の状態変化や普段との違いを確認している。バイタル等の数値だけではなく、利用者に寄り添った支援を心がけている。立ち上がり動作訓練を取り入れたり、車いすのポジショニングに配慮するなど、在宅生活を継続できるような支援も実施している。緊急時の対応はマニュアルに沿って行うことを定めており、マニュアルも年度末に確認作業を実施している。</p>			
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			
<p>様々な状態の利用者に配慮し、事業所での過ごし方に工夫を凝らしている 普段の活動において、利用者のやりたいことに取り組んでもらっている。様々な状態の利用者がいることから、事業所で過ごすに当たって、座席や見えている景色、他の利用者との関係性などに配慮している。デイルーム内では、季節を感じるができる飾り付けを工夫している。1日のプログラムにメリハリをつけており、また、事業所の玄関にある「りんたろうカフェ」では、利用者が飲食を楽しみながら、色々な方と顔馴染みの関係になれる機会がある。</p> <p>活動内容やイベントの催しなど、利用者が多様に活動が出来る 手芸をはじめとする制作活動から、書道や塗り絵等の精神を集中させるもの、映画鑑賞、体操と様々な活動やイベントを準備して、毎日利用者に楽しんでもらえるようにしている。月間予定表や年間予定表に基づいて、計画的に企画・実施されている。利用者も選択することができるため、契約日以外の利用にも繋がっている。月一回程度、ヘアカットのボランティアがカットを行う日もあり、希望された利用者が散髪でき、大変好評を得ている。大正琴など、音楽系のボランティアの活動もあり、利用者の反応も良く、楽しんでもらうことができている。</p> <p>フロアの清潔、整理が保たれており、利用者の安全・安心に配慮している 事業所内では、設備・器具等を整えるだけでなく、利用者の動線にも配慮がなされている。移動の際の妨げになるような物もなく、整理整頓がなされている。床、テーブル、椅子も大変清潔であり、利用者が気分よく利用出来ている事が窺える。照明も含め、室内がととても明るく、段差等の障害物もないため、歩行不安の利用者にとっても歩きやすく、安全に配慮されている。毎朝清掃し、汚れた際には都度清掃して清潔を保っている。設備等の故障が生じた際には、総務課と連携して迅速に対応している。</p>			

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>連絡帳を中心に、色々な媒体で家族や家庭に情報提供している 多職種連携の下、毎日の常務日誌に利用者の状況や連絡事項を詳細に記載している。その内容をもとに利用者の家族に、その日の出来事や利用者の状況について、連絡帳にて的確に情報提供している。家族も安心して利用できるように努めている。また、送迎時などに直接家族と会い、顔を見て話をすることにも力を注いでいることも、利用者・家族の安心に繋がっている。「通信はなみずき」等も適時発行し、利用者家族に情報を発信し、事業所の活動内容などについて伝えている。</p> <p>利用者の家族に、介護のプロの観点からアドバイスしたり、相談も受けている 日々の利用者の状況や変化をその都度確認し、個々の利用者に応じた支援を行っている。家族の状況も踏まえ、利用者が自宅においても安心・安全に生活できるよう、家族に対して各職種のプロとしての観点からアドバイスをすることも。また、電話等にて家族からの相談にも随時のっている。相談員を中心に、認知症への対応や在宅生活継続のための相談支援を行っている。サービス利用日以外でも適宜対応している。</p> <p>今後の電子化への移行にあわせて、さらなる情報提供の充実に期待したい 現在も十分に、家族や関係機関との連携・連絡はとれているが、電話やファックスでのやり取りが主であるため、利用時の様子、作品の写真やお知らせの文書の準備に時間を要している。その時期ならではのイベントや季節の作品などはタイムリーな情報提供が喜ばれるため、今後の電子化の進展に合わせて、書面だけでなく写真や動画などを共有できるような工夫に期待したい。また、今年度の上半期は書面開催としている運営推進会議についても、コロナ禍の状況を見ながら再開していくことに期待したい。</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>居宅介護支援事業所等、近隣の関係機関との連携を図っている 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと緊密に連携を図っている。電話、ファックス等で情報を共有し、必要であれば話し合いの機会を作るなど、利用者の状況や支援方法について検討している。また、利用者が特別養護老人ホームやショートステイ、老人保健施設等を利用した際には、利用者支援に関する情報を提供し、居宅介護支援事業所のケアマネジャーを含めて協働を図っている。事業所の玄関には、区内の介護施設等に関する多くの情報が提供されており、来所者が手に取って参考にできるようにしている。</p> <p>例年は運営推進会議で、利用者の状況や運営に関する報告を行い、意見交換もしている 例年は、運営推進会議を年2回開催し、家族の代表や地域の関係者、地域包括支援センター職員、行政の担当者が参加している。今年度上半期は、コロナ禍のために書面開催としている。利用者の状況や事業所の活動内容についての報告や、ヒヤリハット・事故等について説明し、事業運営に関する意見交換を行っている。また、家族、地域関係者からの福祉に関する意見やニーズを聞き取り、今後の運営に反映している。</p> <p>利用者が色々な人との交流が出来るように、ボランティア団体や学生を募っている 例年は、多くのボランティアの人々や、介護福祉士等の学生を積極的に受け入れ、利用者との交流を図る機会がある。しかしながら、現在新型コロナウイルス渦の中で、ボランティア、学生の受け入れが中止となっており、今後の再開を検討しているところある。また、隣に子ども達が利用する施設があることも、多様な交流に繋がっている。施設の特徴を活かして、利用者の社会参加の機会が多くなっている。</p>		

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	5-1-3	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
タイトル①	様々な研修や自発的な学びへの支援を用意し、職員の能力向上を支援している	
内容①	<p>運営法人では、研修形態を大きくはOJTとOff-JTの2つに分けている。OJTは、主に新入職員に対して行っている。Off-JTは、さらに、事業所内部で行う研修、行政機関や大学が行う外部研修、法人が職位や役割に応じて設定する階層別研修や専門研修、に分けている。職員は、自己の経験年数、職位、興味関心等に基づいて、新任研修、中堅研修、昇格者研修、専門技術研修など、ふさわしい研修を受講することができる。さらに、自発的な資格取得や研究活動についても支援が受けられるので、継続的に学び続けることができる。</p>	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-3-1	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
タイトル②	通所介護計画書に基づく支援の実施を記録で確認でき、記録自体も詳細に作成している	
内容②	<p>通所介護計画書で、移動、食事、排泄、入浴、医療面、精神面、活動、コミュニケーションなどの項目に沿って、利用者のニーズや解決すべき課題を整理している。アセスメント結果および、利用者・家族の意向を踏まえて計画内容を作成し、6カ月ごとに見直しが行われている。ケース記録には、タイムスケジュールに沿ったケアの実施記録や、家族や添乗者からの連絡事項、看護師による健康観察記録などに加えて、通所介護計画で掲げられている課題や目標に対する支援が実施されたかどうかを確認している。詳細かつ丁寧な記録が作成されている。</p>	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-4-3	利用者の健康を維持するための支援を行っている
タイトル③	看護師を中心に利用者の健康管理に注力しており、安全な服薬支援をしている	
内容③	<p>看護師を中心にバイタルチェックを行っている。看護師は、利用者の健康状態、服薬内容の確認、家族への連絡事項などを詳細に記録に残している。状態の変化があれば、早期に気づいて適切な対応を取っている。著しい体調の変化時には、看護師を中心にマニュアルに沿った迅速な対応ができています。また、安全な服薬支援のために、チェックシートを用いて、厳重に管理をしている。看護師が中心となって誤りのないようにしている。薬については透明なケースに、利用者・家族に薬を入れて持ってきてもらっており、誤りなく服薬できる支援に繋がっている。</p>	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	面談の機会を数多く設けるなど、職員の職場定着のための取組みを行っている
	内容	法人及び事業所は、職員の仕事上の悩みや意向を丁寧に把握することで、職員が安心して長く働き続けられるよう配慮している。法人では「職員懇談会」を年1回開催している。懇談会は、入職1～3年目の職員から、法人の理事長、専務等が直接話を聞くものであり、事業所の直属上司を交えないことで、新入職員の率直な思いを汲み取っている。また、事業所でも、施設サービス部生活課長が、直属の部下でない職員も含め、個別面談を実施している。このように、面談の場を多く設けることで、職員個人の感情や思いなどを傾聴し、定着率向上に努めている。
2	タイトル	職員がしっかりと利用者に向き合い、寄り添い、傾聴することを重視し、利用者が生き生きとした表情で過ごしている
	内容	職員がしっかりと利用者に向き合っている。連絡帳や日々の記録も詳細であり、利用者の状況を的確に把握している。なかでも、業務日誌の記載内容が非常に多く、分かりやすいため、丁寧に日々の観察を行っていることが窺える。利用者一人ひとりのニーズや要望を取りこぼさず、利用者満足に繋げることができている。利用者は通所中、生き生きとした表情で過ごしている。寄り添い、傾聴することを重視し、利用者が不安を感じた場合にはその場で対応することを心がけている。気になることは職員間で共有し、次回に活かせるように取り組んでいる。
3	タイトル	家族に連絡帳や対面で利用者の状況を丁寧に伝えていることが家族の安心感につながっており、相談にも随時のっている
	内容	多職種連携の下、毎日の常務日誌に利用者の状況や連絡事項を詳細に記載している。その内容をもとに利用者の家族に、その日の出来事や利用者の状況について、連絡帳にて的確に情報提供している。家族も安心して利用できるように努めている。送迎時などに直接家族と会い、顔を見て話をすることにも力を注いでいることも、利用者・家族の安心に繋がっている。家族の状況も踏まえ、利用者が自宅においても安心・安全に生活できるよう、家族に対してアドバイスをすることもある。また、電話等にて家族からの相談にも随時のっている。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	多数設置されている会議体、委員会の運営のあり方について検討していくことに期待したい
	内容	事業所では、運営事項の審議や調整の場としての会議、また、分野ごとに詳細検討や素案作成等を行う委員会を多数設置している。これらは、事業計画に記載されているものだけでも24あるが、会議の中には、年に1～2回程度開催のものもあるが、毎月開催されているものが多い。業務の性質からして、メンバー全員が集まれる時間の確保だけでも苦労があると想定される。一つの会議体に異なる複数の役割を持たせるなど、会議体の運営のあり方について検討していくことに期待したい。
2	タイトル	事業所における電子化の推進に合わせて、記録作成作業の効率化と利用者へのきめ細かい視点を両立させていくことに期待したい
	内容	事業所では、これまで各種記録の作成において手書きによる業務が多く、電子化の推進に向けた取り組みを進めることとしている。事業所における記録類は、大変きめ細かく作成がなされており、職員間での情報共有が図られ、丁寧な利用者への支援につながっていることが窺えた。今後は、従来の記録内容の良さを活かしつつも、電子化により達成できる効率化の利点を取り入れていくことに期待したい。記録作成作業の効率化と、利用者へのきめ細かい観察の視点を両立させていくことに期待したい。
3	タイトル	外部との情報共有においても、さらなる充実につながる工夫を検討していくことに期待したい
	内容	現在も、日々の利用者の状態観察を多職種の職員が協力して行っており、その結果を記録や日誌等に残している。特別な事項や状態急変等によって、相談員や看護師がその都度ケアマネジャーや家族に連絡を取っている。緊急時のマニュアルもしっかり整備されている。しかしながら、記録類の電子化対応が進んでいないため外部とシステムを通じた連携があまり図れていない模様である。来年度に電子化を導入する予定であるため、外部との介護・医療連携におけるシステムの利用を検討するなど、さらなる情報共有への工夫を進めていくことに期待したい。