

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	久慈 郁子	福祉	H2001088
	③	関口 恒	経営	H2001104
	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	港区立虎ノ門高齢者在宅サービスセンター		指定番号	1370304550
事業所連絡先	〒	105-0001		
	所在地	東京都港区虎ノ門1-21-10		
	TEL	03-3539-3710		
事業所代表者氏名	所長代行 山口 礼子			
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 15 日			
利用者調査結果報告日	2023 年 2 月 10 日			
自己評価の調査票配付日	2022 年 12 月 15 日			
自己評価結果報告日	2023 年 2 月 10 日			
訪問調査日	2023 年 2 月 20 日			
評価合議日	2023 年 2 月 20 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、事業所から調査票を配布し、記入後は返信用封筒に入れ、直接評価機関へ郵送してもらった。			

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 3 月 日

事業者代表者氏名

印

1	<p><b>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</b></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)自らが受けたいと思う医療と福祉の創造 2)その方を深く理解し、尊重し、敬意を持ったケア 3)地域の中で親しまれ、信頼される施設づくり 4)専門職としての知識を高めるための人材育成 5)何事にもチームで取り組む姿勢</p>
2	<p><b>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）</b></p> <p>(1)職員に求めている人材像や役割</p> <p>おひとりお一人に寄り添った支援ができる人材。 また、自分で考え柔軟に行動できる人材。</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>その方にあった個別ケアをチームで共有し自分で考え行動する。 お客さまだけでなく互いを思いやれる。</p>

調査対象

全登録利用者を対象とした。

調査方法

利用者調査は、事業所から調査票を配布し、記入後は返信用封筒に入れ、直接評価機関へ郵送してもらった。

利用者総数

84

共通評価項目による調査対象者数  
 共通評価項目による調査の有効回答者数  
 利用者総数に対する回答者割合(%)

アンケート	聞き取り	計
84	0	84
62	0	62
73.8	0.0	73.8

**利用者調査全体のコメント**

調査対象者84名中、62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、「事業所内の清掃・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」「利用者の気持ちを尊重した対応がされていますか」「利用時の過ごし方は、個人のペースに合っていますか」「利用者のプライバシーは守られていますか」などがあげられる。総合的な満足度は、58名が「大変満足、満足」、2名が「どちらともいえない」、2名が「無回答」と回答し、「不満、大変不満」の回答は見られなかった。また、「親身になって対応してくれます」「色々なイベントに参加して、楽しく通所しています」「毎日を楽しそうに過ごしています」「細かなことまで気遣いを感謝しています」「心のこもった対応をしてもらい感謝しています」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	56	5	0	1
56名が「はい」、5名が「どちらともいえない」と回答し、「いいえ」の回答は見られなかった。 「体操や毎日のイベントを楽しんでいます」「とても楽しいと話しています」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	52	3	4	3
52名が「はい」、3名が「どちらともいえない」、4名が「いいえ」と回答している 「立ち上がろうとすると職員がすぐに来てくれるそうです」「丁寧に食事や入浴の声かけをしてくれるそうです」「本人の助けが必要な時はすぐに対処してほしいです」「自分のことは一人でできているようです」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	38	18	1	5
38名が「はい」、18名が「どちらともいえない」、1名が「いいえ」と回答している 「歌を歌うのが楽しいです」「見分が広がっていると思います」「手芸が楽しいです」「昔の映画を懐かしんで見えています」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	51	8	1	2
51名が「はい」、8名が「どちらともいえない」、1名が「いいえ」と回答している 「体操をすることで、家での動きに違いが出てくると思います」「細かなところまでみてもらっています」「週1回の為、機能訓練の効果がまだ分かりません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	51	11	0	0
51名が「はい」、11名が「どちらともいえない」と回答し、「いいえ」の回答は見られなかった。 「サービス内容を細かに連絡して、留意点などを知らせてくれます」「他の利用者と楽しく過ごしています」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	60	2	0	0
60名が「はい」、2名が「どちらともいえない」と回答し、「いいえ」の回答は見られなかった。 「いつもきれいに整理されていると思います」「こまめに清掃をしています」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	60	0	0	2
60名が「はい」と回答し、「いいえ」の回答は見られなかった。 「とても素晴らしい対応だと思えます」「どの職員も心配りができて感心しています」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	53	3	0	6
53名が「はい」、3名が「どちらともいえない」と回答し、「いいえ」の回答は見られなかった。 「血圧が高い時にはこまめに測定をしてくれます」「職員への相談が信頼できます」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	46	8	0	8
46名が「はい」、8名が「どちらともいえない」と回答し、「いいえ」の回答は見られなかった。 「そういう場面を見たことがありません」「そういうことはありません」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	57	3	0	2
57名が「はい」、3名が「どちらともいえない」と回答し、「いいえ」の回答は見られなかった。 「どんなことでも話を聞いてくれます」「とても親切です」など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	53	4	0	5
53名が「はい」、4名が「どちらともいえない」と回答し、「いいえ」の回答は見られなかった。 「わからないところもあります」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	48	7	0	7
48名が「はい」、7名が「どちらともいえない」と回答し、「いいえ」の回答は見られなかった。 「日程の変更など、柔軟に対応してくれました」「お世話になってます」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	50	5	0	7
50名が「はい」、5名が「どちらともいえない」と回答し、「いいえ」の回答は見られなかった。 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	50	5	0	7
50名が「はい」、5名が「どちらともいえない」と回答し、「いいえ」の回答は見られなかった。 「現状で不満はありません」「状態変化に合わせて、きめ細かな対応をしてくれます」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	40	12	2	8
40名が「はい」、12名が「どちらともいえない」、2名が「いいえ」と回答している 「今まで困った事はありません」と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 <span style="float: right;">評点(〇〇)</span>	
	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 <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
	<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 <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
	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 <span style="float: right;">評点(〇〇)</span>	
	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 <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
	<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 <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
	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 <span style="float: right;">評点(〇〇〇)</span>	
	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 <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
	<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 <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
	<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 <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
	カテゴリ1の講評	
	事業所内掲示やクレドカードの常時携帯により、理念等について理解を深めている 法人グループの経営理念や方針は事業所内に掲示し、毎年発行の法人グループの書籍にも明示している。法人による研修や、朝夕礼時に行動指針を唱和し、全体会議でも周知している。職員行動指針(クレド)カードを全職員が携帯し、唱和の際にも確認して理解を深め、常に理念に沿った行動がとれるよう周知徹底している。また、利用者や家族には、契約時に重要事項説明書をもとに法人グループの理念や方針を説明し、事業所内に掲示していることや、日常の活動の中で理念や方針に沿ったサービスを実践していることを理解してもらえるように努めている。	
	理念・方針の実現に向け、職員が自ら理解を深めて取り組むことを目指し、実践している 事業所が目指している理念・方針の実現に向けて、所長会議や経営基本会議等にて経営層から組織全体への周知が徹底され、その事業目標を各個人が目標管理シートへの落とし込み、職員自ら実践していく組織運営体制が構築されている。リーダー層は、目標進捗確認シートを活用しながら、自ら柔軟に行動できる人材の育成に努めており、職員一人ひとりの力を結集したチーム全体での取り組みを実践している。経営層のリーダーシップと、リーダー層による半期毎の職員育成への取り組み、四半期毎の個人面談制度がしっかり実践されている。	
	重要な案件の決定手順が定められており、確実に職員・利用者へ伝達されている 事業所運営に関する重要案件は、定められた決定手順に基づいて決定されている。決定事項は、全体会議や朝夕ミーティングなどを通じて速やかに周知が図られている。一方、コロナ禍のため、会議が紙面での開催となり、伝達に不安があることもあったが、その対策としてオンデマンドによる情報提供を行い、視聴後の返信リアクションをしっかりと受け付けることにより、確実に伝達されることの確認を励行している。また、利用者・家族への周知については、お知らせや「とらトピア通信」を通して、漏れのないように行われている。	

カテゴリー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		
サブカテゴリー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		サブカテゴリー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
サブカテゴリー2(2-2)		
実践的な計画策定に取り組んでいる		サブカテゴリー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>所長と中心としたチームで、PDCAサイクルに沿った事業所運営を実践している</p> <p>区の福祉計画やグループ・法人の理念、基本方針も踏まえて事業計画を策定し、PDCAサイクルに沿った運営を行っている。事業所を取り巻く環境については、区主催勉強会、所長会議、経営基本会議、リーダー会議、職員会議等、事業所内外および各階層別の諸会議を通して把握に努めている。また、利用者・家族には、アンケートを毎年実施して満足度を把握している。これらの情報や調査結果を基に、事業所における課題の抽出や、改善点の検討を行っている。所長を中心に、キメ細やかなチームワークで、組織運営を実践している。</p> <p>法人の事業計画に基づいて、事業所の目標を設定し実現に励んでいる</p> <p>法人の事業計画では、事業方針(「総合力」を活かして組織運営体制を強化する等の3項目)に基づき、採用活動から防犯までの15項目にわたる取り組みと目標を詳細に設定している。事業所では、法人の計画を受けて目標を設定している。事業所が目指す未来に向けて、1. 自信を実現につなげる5つの目標、2. 最高のおもてなしとしての5つの目標、3. 地域ネットワークの構築を目指すための5つの目標を設定している。それぞれに数値目標を立て、リーダー層で毎年更新しているSWOT分析を軸に、事業目標の達成の仕方をより具体化している。</p> <p>事業所目標と職員目標を連動させており、予算についても問題が生じないようにしている</p> <p>事業所目標については、毎月のリーダー会議で進捗状況を確認している。職員会議でも周知をしており、職員全員で目標達成に向けた意識の向上を図っている。事業所目標は、個人目標の設定とも連動させている。職員一人ひとりが、目標進捗確認シートを活用し、全体目標と個人目標の達成を目指している。予算については区とのやり取りを経て決定している。毎年、上半期後半に補正予算を組み、サービス提供において問題が生じないようにしている。</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

**虐待防止や苦情解決の仕組みを整え、運営の透明化も図っている**

グループ全体で情報システムを活用して、事件・事故の事例を情報共有している。リスクマネジメント委員会を設置し、毎月集計分析を行っている。また、苦情解決制度の仕組みや運用についても、介護相談員の受入や生活相談員との連携を密にしている。高齢者の権利擁護と虐待についての内部研修を毎年実施しているほか、毎日の夕礼での振り返りを行っている。必要に応じてカンファレンスを開き検討している。事業所の情報は港区のホームページやブログで公開しているほか、毎月発行しているとらトピア通信を通して運営の透明化を図っている。

**地域福祉ニーズを把握するとともに、ボランティア団体との関係構築を進めている**

港区主催の勉強会を通して地域ニーズを把握し、取組みの1例として車椅子ステーションの役割を担っている。港区の相談員連絡会や施設長会議や、ボランティア活動推進運営委員会への参加を通して積極的にボランティア活動団体とのネットワーク構築や、連携強化をすすめている。具体的には、施設ボランティアコーディネート協会との連携強化や、東京都や外部主催の研修に参加し、新たなネットワークの構築を通じて、利用者のニーズに合わせた活動・交流会を実施している。また、事業所独自の「とらとら劇団」もあり、事業所内外で活躍している。

**コロナ禍のため、オンラインを活用して地域との交流を図っている**

コロナ禍のため、地域の方々との交流が希薄になってきているが、中でもITを活用したオンライン交流会を実施している。学生ボランティアとの交流や、地域の高齢者を対象にした専門職による「健康サロン」を運営したり、外部NPOボランティア団体による美容と健康を促進する「プラチナオンライン」等がある。当事業所のみならず他の事業所や幼稚園などとの交流の場も広がり、とても活発に取り組んでいる。当初は手探り状態で取り組みを進めていたが、次第に実践的・効率的に運営することができている。

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>事業所の特殊性を踏まえた、利用者の安全確保のための取り組みをしている</p> <p>「離院・離設対応マニュアル」は、離院・離設予防対策として、1. 離院・離設報告、2. 捜索、3. 発見の3つ骨子からなっている。発生から発見に至るまでの3段階の捜索手順や報告・連絡先など地域や外部連携組織との緊密な連携体制が確立しており、リスクマネジメントの基本となる「いのち」をいかに守るかが体系化され実践されている。当施設の地域環境は一般住宅街とは異なり、高層化された都市施設内にあるため、地域との連携や防災環境にも特殊性があり、利用者保護の観点から地域内各施設の防災センター間の連携を重視している。</p> <p>コンプライアンス研修を全職員が受講しており、実習生やボランティアにも周知している</p> <p>法人グループ主催のコンプライアンス研修には、全職員の参加が必須となっている。コロナ禍であることを考慮し、オンライン参加型の研修として実施している。研修計画書に基づき、係毎にスケジュール調整を行い、全員参加できるようチームで調整を行った。全職員が携帯するクレドカードにはNo. 11「私達は、法令遵守だけでなく、倫理観、公序良俗などの社会的な規範に従い校正・公平に業務をおこないます」という項目を追記し、毎朝礼時に1項目ずつ唱和し行動規範を律し業務に当たっている。また、実習生やボランティアに対しても周知している。</p> <p>個人情報の重要性・機密性を認識しながら、安全性と効率性を高めた運用をしている</p> <p>リスクマネジメントについて事業所で委員会を設け毎月分析を行い、BCPIについても本年度新たに作成している。個人情報の取り扱いについては区も最重要課題として掲げており、細心の注意を払いつつ運営している。毎年開催される区の情報セキュリティ研修への参加と内部研修を実施し、個人情報の重要性を意識づけている。また、科学的介護情報システム「LIFE」を導入し、現在、専門家チームを結集し、心と体のデータを収集している。今後は、この貴重な情報を活用していくことを目指している。</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

##### 法人本部と事業所の連携や、他事業所への異動などを実施している

法人内の各事業所における、適材適所の専門家・スタッフ配置を効果的に実践するため、スカウターを法人本部に配置している。求人、面接、採用、配置までの一連の手続きを、本部と各事業所が連携しながら実施しており、スカウターが間を取り持ちながら、情報共有とサービスの質の向上を目指している。また、主任クラスになると他事業所への期間限定異動(半年間)を実施している。効果としては、事業所間の繁忙人材調整と併せて異動対象者自身のスキルアップ、異動先事業所の業務改善やサービスの質の向上及び標準化につながり、成果がでてきている。

##### キャリアパス制度の効果的運用と、法人による育成への取り組みが実践されている

掲示物をはじめ、個人の研修計画の作成やキャリアパス制度の運用により、事業所が求める人材像の明確化と周知が図られている。法人全体の教育機関が職員育成を担っており、「KOYAMA College」を開設・運用している。介護福祉士をはじめとする国家資格の取得者数の増加や、職員の計画的な人材育成につながり、施設運営・提供サービスの質の向上につながっている。職員は、研修計画書に沿って外部研修にも参加可能となっている。新入職員はOJTシートに沿って育成を図っている。

##### プリセプター制度を導入しているほか、組織的な学びとチームワークの強化を図っている

新人や中途採用職員については、プリセプター制度により年の近い職員がパートナーとなって育成している。体系化された研修制度があるほか、研修後のミーティングや会議等で発表をする場を設けている。研究発表には称賛制度もあり、優秀な発表者には法人からの報奨も受けられ、モチベーションアップに繋がっている。また、会議を通じて職員の気づきや行事企画などが積極的に出されており、働きがいや職場の活性化につながっている。職員の自発的な取り組みが、チームワークの強化と理念の実践につながっている。

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】

「ドリームカムトゥルータイム」の実施

【具体的な取り組み】

事業所ではこれまで、「あなたの夢を叶える15分」という取り組みを行っていたが、明確な仕組み作りはされていなかった。なかなか利用者の夢を聞き出すことができず課題になっていた。そのため再度仕組み作りの検討を重ね、「ドリームカムトゥルータイム」として利用者満足度向上を図るようにした。

具体的な取組みとして、委員会で件数を把握し、進捗を確認しながら確実に実施できるようにした。専用のファイルを用意し管理している。事業目標として3か月で利用者の希望を5件あげるとし取り組みを行っている。スタッフが必ず目にする場所に進捗を掲示し、職員全員に意識づけを行った。また、研究発表会も行った。

<p>目標の設定と取り組み</p>	<p><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</p> <p><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</p> <p><input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった</p>
<p>取り組みの検証</p>	<p><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</p> <p><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)</p> <p><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</p>
<p>検証結果の反映</p>	<p><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</p> <p><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</p> <p><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</p>

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

進捗の確認を職員の見えるところに掲示することで意識づけを行うことができた。達成された希望をファイルにまとめて管理し、委員会で進捗の確認を行うことができた。中途採用者や新入職員にも解りやすくするために、研究発表で作成したマニュアルを見えるところに掲示している。委員会で管理発信し、職員が利用者の希望を実現できるよう働きかけた。事業目標にも掲げて毎月進捗確認し、3か月で5件の目標を達成している。研究発表会にも取り組んだことで職員の意識が向上し、さらにチーム力が上がり件数も増えた。

今後も利用者満足度向上に引き続き取り組み、事業目標として3か月5件を目標と挙げ、進捗の確認を行っていくとしている。この取り組みは、当施設の理念・ビジョン・基本方針に沿ったサービス提供の考え方に基づいており、まさに理念を実践しているものといえる。具体的には、サービス提供の考え方として上げている5つの取組みテーマの中の「利用者の要望や希望を叶えられるよう迅速に対応する」、「職員一人ひとりの力を結集しチーム全体で取り組む」を実践している。この取り組みは、利用者からも高い評価を得ている。

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】

コロナ禍にあってボランティアとの交流が図れなかったため、オンラインでボランティアとの交流が図れるように取り組んだ。

【具体的な取り組み】

具体的には、オンラインを利用したボランティアとの交流が図れるよう日々メールのやり取りを行い、以下の取り組みを企画・実施した。

- ①公開イベント(健康サロンの活用)
- ②福祉協議会や企業との協力による夏の学生ボランティア交流会を開催
- ③プラチナ塾、湖山医療福祉グループと協同して開催するボランティア書道の運用
- ④オンラインコンサート
- ⑤いきいきプラザとの連携
- ⑥他施設との合同によるリモートコンサート・リモート体操の開催

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

上記の取り組みの結果、オンラインイベントを毎月1回実施できるよう、ボランティア担当が密に連絡を取り合い、オンラインでのボランティア活動が取り組めるようになった。また、プラチナ塾や、湖山医療福祉グループと協同して開催する公開イベントの企画・運営についても、ボランティア担当職員が主体となり実施することができるようになっている。

大変効果的かつ実践的な内容であり、①各種ボランティア団体との接点を探求し、②初回取り組みを当施設で実施(企画段階から取り組みイベントしての完成形をつくりあげる)、③完成系イベントしていきいきプラザへの新規イベントして紹介、④ボランティア活動から一般公開イベントへと卒業していく流れを、ひとつの事業の組み立てとしてかかわることにより、当事業所の新しい事業として構築できている。

さらに、ドリームカムトゥルータイムの中から発出される利用者のニーズが、新たな公開イベントの企画・開発のヒントにつながっている。次年度以降も継続的に取り組むことにしている。

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>広報誌やホームページ、ブログ等、様々な媒体を活用して情報提供に努めている</p> <p>広報誌、区・法人のホームページ、ブログ、パンフレット等の様々な媒体を通じ、利用希望者等に対する情報提供に努めている。ブログは、ほぼ毎日更新されており、月間25～40件弱の新規記事が掲載されている。ブログの記事内容は、食事やおやつ、レクリエーション、イベント、クラブ活動、ボランティア交流等をはじめ、多様である。これらのブログ記事は、職員が主体的かつ積極的に関わって作成されている。また、毎月発行の広報誌については、文字の大きさやカラーが考慮され、分かりやすさやレクリエーション活動のネーミングが工夫されている。</p> <p>毎月の実績報告や、パンフレットの配布等を通して、行政や関係機関に情報提供している</p> <p>事業所では、居宅介護支援事業所に対して、毎月実績報告を行っている。当該月の「事業日誌」や「運営状況」、「職員の配置状況」、「サービスの利用状況」、「収支状況」等に関して、報告をしている。また、区の関係機関等に対しては、パンフレットを配布し、情報提供に努めている。さらに、区・法人のホームページや、東京都の介護サービス情報公表制度等を通じて、行政や関係機関等に対して、事業所の情報を、広く発信している。</p> <p>試食や、体操・レクリエーション・風呂の見学等、要望に応じて柔軟に対応している</p> <p>利用希望者等の問い合わせや見学は、随時受け付けている。見学に際して、「午前の体操」や「試食」、「午後のレクリエーション」、「風呂」等、どのような部分を見学したいか、あらかじめ確認した上で受け入れを行っている。また、曜日によっても活動内容や特色が異なるため、希望者の状況に考慮して調整を行っている。個別状況に応じて、見学希望者の自宅まで迎えに行ってから、事業所で受け入れる形での見学も実施している。見学時には、生活相談員を中心に、丁寧に対応している。</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>サービスの開始に先駆け、利用者や家族等に丁寧で分かりやすい説明を行っている</p> <p>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、「契約書」や「契約書別紙」、「重要事項説明書」等を用いて説明している。重要事項説明書には、「サービス内容」、「特徴(方針・留意事項)」、「個人情報取り扱い」、「緊急時・事故・感染症発生時の対応」等について、分かりやすく記載されている。契約を交わす際には、担当者会議に参加し、生活相談員が利用者や家族等に対して、丁寧に説明を行った上で、同意を得て署名を取得している。また併せて、利用者や家族等の意向を確認し、アセスメントシートに記録している。</p> <p>座席への配慮や24時間シートの活用等を通じ、利用開始直後の不安のケアに努めている</p> <p>初回利用時にはまず、施設の案内を行い、朝の会では、他の利用者に紹介している。また、話しが弾むような座席に配慮し、安心できる環境づくりを心掛けている。職員間では、ミーティングやアセスメントシート、24時間シートの活用により、情報を記録し共有に努めている。24時間シートは、新規利用者の送迎・昼食時、活動の際の様子等について、発その言内容や表情、特記事項を含めて、具体的かつ詳細に記録するものとなっている。多職種が連携して記録している。このように、丁寧に寄り添うことにより、利用開始直後の不安の軽減に取り組んでいる。</p> <p>サービスの開始・終了という環境変化に際して、その影響の緩和に留意し支援をしている</p> <p>事業所では、契約前のケアマネージャーからの情報に加え、契約の際に聞き取ったアセスメント情報を記録し、職員間で共有している。利用者の生活歴や趣味、嗜好等の他、利用者や家族の意向や希望についても、丁寧に聞いている。さらに、初回利用の前後ではカンファレンスを実施し、利用者のサービス利用前の生活を踏まえた支援の提供に努めている。また、サービスの終了に際しては、家族やケアマネージャー等にも状況を確認している。施設への入所等で、他のサービスに移行する場合には、丁寧な情報提供を行っている。</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		
<b>評価項目1</b> 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		<b>評点(〇〇〇)</b>	
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
<b>評価項目2</b> 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		<b>評点(〇〇〇〇)</b>	
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
<b>評価項目3</b> 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している		<b>評点(〇〇)</b>	
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
<b>評価項目4</b> 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		<b>評点(〇〇)</b>	
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			
<b>利用者及び家族等の意向や希望を確認し、通所介護計画書に盛り込んでいる</b> 事業所では、ケアプランを踏まえた上で、利用者及び家族等の意向や希望、ニーズを尊重した通所介護計画を作成している。さらに、利用者の生活歴や生活状況についても丁寧に聞き取りを行い、在宅生活に寄り添った計画の作成を心掛けている。そして、作成した計画書をもとに、利用者や家族等に分かりやすく説明を行い、同意を得ている。利用者の希望は、「コーラスに参加したい」や「書道に参加したい」等、様々であるが、その意向を尊重し、計画書の中に盛り込むように努めている。			
<b>通所介護計画は、定期に加え、ADLの変化やサービス内容変更時にも適宜見直ししている</b> 事業所では、通所介護計画の見直しを、半年に1度、定期的に行っている。また、その他にも、入浴利用回数の増回や、食事形態の変化、入退院等を理由とした利用者の状態の変化があった際には、必ず見直しを行うようにしている。ADL等、利用者の状態に変化があった際には、カンファレンスシートを活用し、職員間で検討を行い、適宜計画の変更をしている。このように、通所介護計画の見直しについて、定期のみならず、必要に応じて適宜実施している。			
<b>通所介護計画や日々の実践状況、特記事項等が適切に記録され、職員皆で共有されている</b> 通所介護計画の内容は、職員皆が共有している。また、日々のサービス提供状況については、日勤リーダーが記録している。日勤リーダーとは、介護職が交替で務め、その日のサービス業務全般が円滑に提供されるように、調整・管理を行う係である。さらに、利用者に変化があった場合には、業務日誌に特記事項として記載されている。そして、それらの記録は、職員が日々欠かさず確認、署名もしており、情報共有が徹底されている。その他にも、重要な留意事項について周知し、履行状況を確認する注意担当者制度も整備され、万全の体制で取り組んでいる。			

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>2種類の同意書に加え、丁寧な説明により、個人情報の取扱いについて同意を得ている</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ついて、契約時に分かりやすく説明した上で同意を得ており、「個人情報の同意書」に署名を取得している。加えて、「プライバシーについての同意書」をもとに、主にブログや広報紙等への写真の掲載にかかる同意を得て、同様に署名を取得している。「プライバシーについての同意書」には他にも、創作活動の作品等の掲載についても明記されており、丁寧に説明をしている。さらに、テレビ等のメディアからの取材を受ける機会もあるため、その際には別途、利用者や家族等に同意を得るようにしている。</p> <p>入浴・排泄介助を中心に、利用者の羞恥心に最大限に配慮し、尊厳の尊重に努めている</p> <p>事業所では、入浴介助や排泄介助をはじめとして、利用者の羞恥心に配慮した支援に努めている。入浴の際には、都度カーテンやパーテーションを使用し、空間を仕切っている。そして、脱衣所から浴室への近距離の移動においても、必ずバスタオルで身体を覆っている。さらに、トイレへの入室の際には、必ずノックと丁寧な声掛けを行うことを、職員全員が徹底している。また、同性介助についても、利用者の希望に沿った対応を行っている。このような取り組みにより、利用者の個人の尊厳の尊重に努めている。</p> <p>利用者の意思や価値観、生活習慣等に配慮がなされている</p> <p>日々の支援にあたり、利用者の意思や価値観を尊重することで、利用者にとって居心地の良い空間となるよう努めている。その日の体操やレクリエーション等への参加については、利用者一人ひとりが主体的に選択できるよう、丁寧な声掛けを行っている。活動に参加してもよいし、ソファーやベッドで静養を取ることもできる。また、食事の主食に関しても、肉か魚を選ぶことができるようになっている。このように、利用者一人ひとりの意思や価値観、生活習慣等に配慮がなされ、個人の尊厳が尊重されている。</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			
<b>評価項目1</b> 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	
<b>評価項目2</b> 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>分かりやすく実用的な各種マニュアルを整備し、業務の標準化に努めている</p> <p>各業務毎に詳細かつ実践的なマニュアルを整備し、業務の標準化に注力している。事故発生時連絡対応マニュアル、離院・離設対応マニュアル、感染症マニュアル、防災マニュアル、BCPマニュアル、虐待マニュアル等をはじめ、各種マニュアルが整備されている。一例として、事故発生時連絡対応マニュアルは、フローや連絡について明記され、分かりやすく作成されている。また、それだけでなく、実際の事故発生時を想定した、連絡の際のトーク例も記載されており、非常に実用的になっている。このようにマニュアルを整え、業務の標準化に努めている。</p> <p>内部監査やマネジメントレビューを通じて、サービスが定期的に点検され見直されている</p> <p>事業所では、事業運営マニュアルに基づき、内部監査やマネジメントレビュー等の取り組みが定期的に行われている。内部監査は、法人内の事業所間において、相互に行う内部監査であり、年に2回実施している。また、マネジメントレビューは、契約書の更新確認や、研修実施状況の確認、厨房の点検、防災にかかる点検等を行い、報告書がまとめられ、エリアリーダーに報告がなされる仕組みとなっている。このような機会を通して、事業所で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則っているか、定期的に点検がなされ、見直されている。</p> <p>独自の利用者アンケートの実施を通して、サービスの質のさらなる向上に努めている</p> <p>事業所では、独自に「お客様アンケート」や「お食事アンケート」等を実施している。アンケートの実施を通して、利用者や家族等の満足度や意向、要望、提案等を確認している。そして、それらを集計し、結果をまとめ、事業所側からのコメントを付した上で、利用者や家族等に公表している。また、アンケートを通して寄せられた意見については、検討を加えた上で、実際のサービス内容へ反映している。このような取り組みを通して、サービスの質のさらなる向上に努めている。</p>			

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ6-4)

サービスの実施項目		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	23/23
サブカテゴリ4			
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		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 通所介護計画に基づいて支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	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	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
評価項目1の講評			
<p>「お達者会」では、月1回 全利用者の意見や悩みを聞き取り組みがある</p> <p>通所介護計画書は、看護師、機能訓練士、介護士、栄養士、相談員でカンファレンスを行い、作成されている。多面的な視点から、利用者に必要な支援内容を検討し、実践に移している。また、専門職が利用者の状況を把握したり、意向を聞くための「お達者会」が毎月1回実施されている。利用者の体重測定を行いながら、一人ひとりの体調や悩み事を聞いている。月・火・水の三日間で利用者全員と面談している。お達者会で得た利用者の変化や悩みを共有し、記録に残しているほか、家族や担当ケアマネジャーに伝え、利用者ニーズに沿った支援につなげている。</p> <p>昼食には選択食を取り入れており、利用者の評判も良い</p> <p>事業所内で昼食を調理し、利用者に提供している。2週間毎に、利用者に希望するメニューについて聞き取り、利用者本人が食べたいと思う副菜を選択できる食形式をとっている。メインの副菜を肉・魚から選ぶことができるようになっている。季節に応じて、節分御膳やひな祭り御膳といった行事食を提供しており、見た目にも季節を感じられる食事を提供している。利用者からは、食事に対して美味しいという評価が得られている。</p> <p>利用者自身が選択し、活発にクラブ活動を行っている</p> <p>通所介護計画書の目標の実施・未実施を確認した上で、全体で行うレクリエーション活動では、利用者のレベルに合わせて上下肢の運動や、頭の体操を取り入れており、利用者の機能維持を図っている。その他に少人数のクラブ活動も行っている。利用者本人にどの活動に参加されたいか選んでいただき、5名程度の少人数で手芸や書道などのクラブ活動を行っている。利用者が積極的に参加している様子が窺える。</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		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
評価項目2の講評			
<p>利用者の状態に合わせた食事形態が用意されている</p> <p>利用開始前に、利用者の状態や好みなどの情報を収集している。アレルギーの有無、嚥下困難、腎疾患や糖尿病疾患のある利用者の情報についても、厨房スタッフと共有し、食事箋に記入して間違いのないようにしている。食形態も、常食、刻み食、とろみ食、ペースト食等に加工し、利用者の咀嚼・嚥下の状態に合わせた食事提供を行っている。食事が進まない利用者については、職員がよく観察し、家族に自宅での食事状況を確認している。その上で、ワンプレートの形で提供したり、お粥の上におかずをのせるなど、食べやすいように工夫がされている。</p> <p>利用者の状況に合わせた入浴支援が行われている</p> <p>当事業所には、一般浴、リフト浴、トローリ浴の3種類の入浴方法が選択できるようになっている。利用者本人の要望を踏まえ、危険がないように理学療法士や看護師とも話し合い、利用者の状態にあった入浴方法を検討し、入浴表に記載して職員間で共有している。利用者の変化に応じて、入浴方法の変更等が必要な場合はカンファレンスを行い、安全で適切な入浴方法となるように見直している。</p> <p>定期的に入浴・排泄委員会を開催し、適切な介助方法を検討している</p> <p>事業所では、リスク委員会や入浴・排泄委員会等の委員会が設置されており、メンバーは年度末にスタッフも希望を聞いて決定している。入浴・排泄委員会は月1回ペースで開催されており、利用者の状態にあった適切な入浴・排泄方法をカンファレンスにて共有している。排泄については時間や介助方法を記載した排泄表を用いて、利用者の状態変化を早期に見つけ、必要な見直しをしている。定期開催は月1回だが、状態変化があればその都度カンファレンスを行って対応している。また、委員会議事録を保管している。</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)
	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>連絡帳を通じて利用者の自宅での様子を確認し、看護師が健康状態を確認している</p> <p>家族に、自宅での利用者の日々の様子を連絡帳に記載してもらい、事業所での支援に活かしている。通所時には、看護師がバイタルチェックし、その日の体調を確認した上でサービスを提供している。利用者一人ひとりの通所中の様子を連絡帳に記載して家族に伝えている。食事量、入浴の有無、機能訓練の有無等を記載し、情報を家族と共有している。また、コロナ禍のため、予防策の徹底を図り、利用者が安全に通所できるようにしている。</p> <p>服薬管理はダブルチェック体制で行い、間違いのないようにしている</p> <p>利用者の内服予定を把握している。通所時に持参した薬を看護師が預かり医療物品カートで保管している。薬の変更はないか、追加になっている薬はないか等を確認している。連絡帳に記載がない場合や、薬情報が確認できない場合は、必ず家族に連絡し、服薬ミスがないようにしている。利用者の中には自己管理されている利用者もいるが、服薬確認チェックシートを用いて飲み忘れがないようにダブルチェックを行っている。</p> <p>契約時に得た情報を緊急時連絡カードに記載し、速やかに対応できるようにしている</p> <p>利用契約時にケアマネジャー、家族、本人、主治医等から得た情報をもとに緊急時連絡カードを作成し、保管している。緊急時連絡カードには、かかりつけの医療機関に関する情報、診察券の写しや、患者番号、薬情報等、緊急連絡先の電話番号(第一および第二連絡先)を記載している。ここ数年、救急搬送するような事態は生じていないが、発熱などあった場合は、家族に連絡するとともに、看護師が付き添って医療機関を受診している。緊急時連絡カードは、情報の変更等があれば更新している。</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>利用者の希望を踏まえた個別機能訓練計画書を作成し、3か月毎に見直している</p> <p>利用者一人ひとりの生活能力や、希望を踏まえた個別機能訓練計画を作成し、訓練を行っている。さらには、利用者同士で楽しみ、励ましあえるようなプログラム作りにも力を入れている。利用者の状態にあった上下肢の訓練、頭の体操、嚥下機能低下防止につながる運動を毎回取り入れ、利用者全員が参加しやすい工夫を考えて実施している。3か月毎に訓練の評価・見直しを行い、担当ケアマネジャーにも報告している。</p> <p>職員は運動指導員から、利用者の状態にあった介助方法について指導を受けている</p> <p>年に1回、運動指導員による高齢者の身体機能の特性・疾患ごとの介助方法や、利用者に合わせて介助方法の指導を受けている。昨年は移乗介助の指導を受けている。職員全員がまとまった時間を作って研修することは難しいが、空き時間を有効に使って行われている。新人スタッフにもわかりやすく指導し、支援の現場で活かせるように実践的指導を実施している。指導を受けた職員は研修報告書を提出し、いつでも振り返り確認できるように保管している。</p> <p>レクリエーションには上下肢を使う運動と、脳を使うものを取り入れている</p> <p>レクリエーション担当職員は理学療法士を含め職員と連携し、毎月プログラムを変えている。プログラムには上肢を使うもの、下肢を使うもの、脳を使うものに分けて、その日の利用者に合わせてスケジュールを組み、計画的に行われている。A4サイズのレクリエーションのチラシのネーミングは、利用者が興味を持って参加できるような変わったネーミングにしたり、活動は横並びに2列にするなど、全員参加できるような工夫をしている。利用者が楽しみながら参加しており、チーム対抗形式のレクリエーションでは、白熱した様子が見られている。</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持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><b>配席は特に決めず、顔なじみの利用者が集まれるようにしている</b>          利用者の配席は特に決めていない。顔なじみの利用者が気軽に集まれるように配慮し、対応している。すでにできている輪に新しい利用者が参加する時も、これまで大きなトラブル・クレームはない。顔なじみの利用者が集まり、快適な関係を保ちながら活動に参加できている。また、利用者にアンケートを実施し、小さなクレームや要望をしっかりとらえ、活動に取り入れるよう心掛けている。</p> <p><b>自己決定選択型で、種々の活動に取り組める環境づくりを心掛けている</b>          集団体操やレクリエーション活動のほかに、利用者の自主性を引き出せるような声かけや、アンケートを実施している。そうした意見を参考に、少人数活動も実施している。利用者の要望からできた少人数のクラブ活動もあり、準備から片づけまで自主的に行われている。職員間でも、現在行われている活動が、利用者にあっているか検討し、必要な対応を取っている。また、認知症支援の資格を持った職員が、公文学習療法(有料にはなるが)を希望する利用者に、1対1で30分間取り組んでいる。</p> <p><b>利用者が快適に過ごせるスペースを用意し、感染対策や転倒・移動の安全に努めている</b>          ソファやリクライニングチェアを設置して、利用者が快適に過ごすことができるようにしている。静養室も準備されており、自由に寛ぐことができている。感染症対策の徹底を図り、フロア内には空気清浄機、加湿器を常備し定期点検している。活動場所のテーブルや、送迎車内にアクリル板を設置している。常に利用者が安全な環境で過ごせるように心掛け、転倒防止および移動しやすいフロアとするための整理整頓を徹底している。職員のアンケートや利用者アンケートの結果からも、安全に配慮して活動を提供していることがうかがえる。</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><b>連絡帳や送迎時に、家族から利用者の普段の様子を把握し、職員間で共有している</b>          家族には、利用者のその日の様子や、体調などを連絡帳に記載してもらっていることに加え、送迎時にスタッフへも直接伝えてもらうようにしている。また、送迎時に会うことができない場合は、必要に応じて電話やファックスで直接報告してもらうようにしている。家族の中には、介護・医療に関する相談や悩みを抱えている場合もあり、家族の介護負担に配慮し、相談員だけでなく他の職種のスタッフと情報共有しながら、必要な対応ができるように努めている。</p> <p><b>聴取した内容は記録し、申し送りで職員間で連携をとっている</b>          利用者本人や家族から聴取した内容、利用者の発言・様子などは、各スタッフから報告があり、日勤リーダーが集約してパソコンに入力している。業務に入る前にスタッフは毎日、入力された内容を読んでから業務に入るようになっている。申し送りの時に、職員が情報を確認合せて支援に当たるようにしている。職員間で連携をとるために、記録を読んだスタッフ自身が自分の名前に○をつけ、全スタッフで確認している。</p> <p><b>利用者及家族の状況を確認し、多職種連携の下で対応を図っている</b>          家族の介護負担に配慮し、要望があれば臨時利用や単発利用もできるだけ受け入れるようにしている。家族が抱えている問題や相談については、事業所の多職種の職員が連携しながら解決に努めている。専門的な見地から検討し、希望に応えられるように心掛けている。また、送迎ルートから離れた遠い場所に住んでいる利用者でも、希望があれば、ドライバーを含めた職員間で対応を検討して受け入れたこともあり、利用者・家族から喜ばれている。</p>		

7	<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇)</p>	
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
評価項目7の講評		
<p>フロアにポスターを掲示したり、体操前に区からの注意喚起を知らせている</p> <p>事業理念に「地域の中で親しまれ、信頼される施設づくり」を掲げており、利用者が地域で生き生きと在宅生活が続けられる支援に取り組んでいる。同一建物内にある「ふれあい相談室」からの情報や、区からの注意喚起等について、フロアにポスターを掲示して、朝の回や体操前に知らせている。ふれあい相談室と連携し、地域の方からの寄付された着物、お手玉、折り鶴などを利用者に提供している。</p> <p>地域貢献を兼ね、地域のごみ拾い活動を行っている</p> <p>コロナ禍で外出の機会が作れず、年1回の実施であるが、利用者の歩行訓練を兼ねて地域のごみ拾い活動を実施している。いつもの歩行訓練とは違い、地域に出てごみを拾うという活動は、地域貢献にもなり、利用者の気持ちも前向きになって、よい刺激となっている。今後もコロナが収束に向かえば、地域貢献と利用者の意欲につながる活動を行っていきたいと考えている。</p> <p>地域住民やボランティアとリモートを活用し交流を図っている</p> <p>コロナ禍の前は、音楽会や地域の幼稚園生との交流を行っていたが、今年は実施できていない。しかしながら、オンラインを通じてのボランティア交流が増えており、ふれあい相談室を通じて地域の方から寄付していただいた着物を着て新年会を開催したり、お手玉をレクリエーション活動に利用したり、テレビ画面で行ってみたい国など世界旅行の雰囲気味わっている。交流のある小中学校からは、多数のメッセージが届いており、フロアに掲示して利用者に喜ばれている。</p>		

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-2-2	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
タイトル①	24時間シートの活用等を通じ、新規利用者に丁寧に寄り添い、不安軽減に注力している	
内容①	事業所では、初回利用時にはまず、施設の案内を行い、朝の会では、他の利用者に紹介する場を設けている。また、話しが弾むような配席に配慮し、安心できる環境づくりを心掛けている。職員間では、ミーティングや24時間シートの活用により、情報の記録・共有に努めている。24時間シートは、新規利用者の送迎・昼食時、活動の際の様子等について、発言内容や表情、特記事項を含めて、具体的かつ詳細に記録するものである。多職種が連携して記録している。このように、丁寧に寄り添うことにより、新規利用者の不安の緩和に力を注いでいる。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-1	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
タイトル②	記録方法を変えたことで、業務の負担軽減を実現できている	
内容②	これまで、通所介護計画書やケース記録、個別機能訓練計画書等の個人ファイルを、個人情報保護の観点から1か所に保管していた。利用日には通所介護計画書の目標の未実施を確認し、ケース記録を作成したり、個別の注意事項を確認してから業務を行うため、1か所の保管では確認に時間がかかり、業務負担が多かった。そのため、保管の仕方、記録方法を変更し、フロア内の保管場所に一部移し、スタッフがすぐに確認できるように変更した。その結果、スタッフの業務負担軽減を実現することができている。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-4-2	利用者一人ひとりの状況に応じて生活上で必要な支援を行っている
タイトル③	昼食の配膳方法を変更し、利用者の状態にあった食事提供を行っている	
内容③	以前は、昼食の配膳が終わってから、一斉に食事を始めていたため、温かい物が冷めてしまう等の課題があった。そのため、配膳方法を見直し、一人ひとり順番に着座後配膳するようにしたことで、温かい物をスムーズに提供できるようになった。食事は2週間前に利用者にメニューの聞き取りを行って選択食を実施しており、季節に応じたイベント食や、利用者の状態や好みに合わせ、刻み食、とろみ食、ペースト食等も提供している。利用者開始前に確認したアレルギーの有無等は食事箋に記入し、厨房と情報共有して間違いのないようにしている。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	利用者の要望や希望を叶えるために、職員一人ひとりが努力し創意工夫をこらしながら、チームで支援を実践している
	内容	月次通信「とらトピア」には、笑顔一杯の楽しい催し物の記事が満載である。その裏面には次月レクリエーションの予定が載せられており、利用者の楽しみにしている姿が想像できる。特に、オンラインを通じた活動は、コロナ禍にあっても、大変実践的で有意義なプログラムになっている。「ドリームカムトゥルータイム」という、利用者の希望を叶える取り組みでも、職員一人ひとりが真摯に企画し、創意工夫しながらチームで支援を実践している。そうした職員の努力の結果が、利用者の満足度向上に現れ、好循環に繋がっているものと思われる。
2	タイトル	広報誌やホームページ、パンフレット、ほぼ毎日更新しているブログ等、様々な媒体の活用により、サービス情報の提供に努めている
	内容	広報誌や区・法人のホームページ、ブログ、パンフレット等の様々な媒体を通じ、利用希望者等に対する情報提供に努めている。ブログは、ほぼ毎日更新されており、月間25～40件弱の新規記事が掲載されている。ブログの記事内容は、食事やおやつ、レクリエーション、イベント、クラブ活動、ボランティア交流等をはじめ、多様である。これらのブログ記事は、職員が主体的かつ積極的に関わって作成されている。また、毎月発行の広報誌は、文字の大きさやカラーに配慮がなされ、レクリエーション活動のネーミングも工夫されており、好評である。
3	タイトル	利用者の状況や思いを職員間だけでなく、家族やケアマネジャーとも共有しながら、丁寧な支援を実践している
	内容	看護師、機能訓練士、介護士、栄養士、相談員でのカンファレンスを経て通所介護計画書を作成している。多面的な視点で利用者に必要な支援を検討している。また、専門職が利用者の状況を把握したり、意向を聞くための「お達者会」が毎月1回実施されている。利用者の体重測定を行いながら、一人ひとりの体調や悩み事を聞いている。月・火・水の三日間で利用者全員と面談している。利用者の変化や悩みを共有し、記録しているほか、家族や担当ケアマネジャーに伝えている。利用者の状況や思いを職員間だけでなく、家族やケアマネジャーとも共有している。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	地域ネットワークの構築を進め、地域の方にも参加いただける公開イベントの開催を目指されたい
	内容	当事業所では、ボランティア活動団体との連携や地域ネットワークを活用したイベントの企画・運営を積極的に行ってきた。また、施設ボランティアコーディネーター協会やプラチナ塾、書道家のグループなどと連携し、心や体の健康増進に繋がる各種イベントも企画実施してきた。特に、コロナ禍にあってもオンラインイベントに積極的にチャレンジしてきたことは大変な実績として現われてきている。オンラインの活用は大変効果的で有りメリットも多いと思われるので、今後、新たな団体や地域の方にも参加いただける公開イベントとしての取り組みが望まれる。
2	タイトル	介護相談員等派遣等事業における介護相談員の受け入れについて、感染対策を講じた上で、実施されることが期待される
	内容	現在、事業所と運営法人を同じくする合計3つの事業所間で、介護相談員等派遣等事業における介護相談員の受け入れについて、鋭意検討が進められている。介護相談員の受け入れについては、近年、新型コロナウイルス感染症の影響下、実施が断念されてきた。しかし、その性質上、第三者の目が入り、サービスのさらなる向上にもつながることが期待されるため、受け入れに向けた検討・準備が進められてきた。事業所では、近い将来、感染対策を完全に講じた上で、最終準備を行い、受け入れを実施する予定であり、その実現が期待される。
3	タイトル	情報システムの更なる活用を目指して、新たな取り組みにチャレンジされたい
	内容	リスクマネジメントについても委員会の運営や情報セキュリティ研修などへの積極的な参加など、研修を含めて事業所全体としての取り組みが定着してきている。また、科学的介護情報システム「LIFE」を導入し、月3日間の専門家チームを結集し、心と体の情報収集・一元管理を目指して、大変有意義な取り組みをしている。一方、この情報の活用についてはまだ発展途上にある。チャレンジングな内容ではあるが、事業所の将来を考えて、職員の情報リテラシーの向上とともに、LIFEシステムを有効活用する取り組みの進展が望まれる。