

福祉サービス第三者評価結果報告書【令和5年度】

2024年 3月 28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	関口 恒	経営	H2001104
	②	久慈 郁子	福祉	H2001088
	③	山海 千鶴子	福祉	H1901058
	④			
	⑤			
	⑥			
福祉サービス種別	通所介護【デイサービス】			
評価対象事業所名称	港区立芝高齢者在宅サービスセンター		指定番号	1370304535
事業所連絡先	〒	105-0014		
	所在地	東京都港区芝3丁目24番5号		
	TEL	03-5232-0848		
事業所代表者氏名	施設長 高村 尚美			
契約日	2023年	8月	1日	
利用者調査票配付日(実施日)	2023年	10月	3日	
利用者調査結果報告日	2023年	12月	8日	
自己評価の調査票配付日	2023年	10月	2日	
自己評価結果報告日	2023年	12月	8日	
訪問調査日	2023年	12月	18日	
評価合議日	2023年	12月	18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とした。			

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。

2024年 3月 28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)自らが受けたいと思う医療と福祉の創造【湖山医療福祉グループ理念】 2)「老いていくことが怖くならない未来」にしていくために。【百葉の会ビジョン】 3)個を大切にし、心を満たす医療・福祉の創造 4)地域社会との対話と交歓 5)安定と健全な発展・誇れる職場の創設</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>【こやまケア行動指針に掲載】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・チームで連携、協力し向上心を持って工夫する職員 ・お客様のことを考え行動できる職員 ・明るく真摯である職員 <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>【こやまケア職員行動指針に掲載】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・社会人としてのルール・マナーがある(コンプライアンス遵守) ・お客様の生活課題に対して専門職として考える力と継続して支援する姿勢 ・チームを大切にす気持ち

調査対象

登録利用者全員を対象とした。

調査方法

事業所から調査票を配布し、記入後は返信用封筒に入れ、直接評価機関へ郵送とした。

利用者総数

75

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
75	0	75
58	0	58
77.3	0.0	77.3

利用者調査全体のコメント

調査対象者75名中58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るか」「職員の接遇・態度は適切か」「利用者の気持ちを尊重した対応がされているか」「病气やけがをした際の職員の対応は信頼できるか」などがあげられる。
 総合的な満足度では、49名が「大変満足、満足」、8名が「どちらともいえない」との回答であった。また、「食事がおいしい、良くできています」「手助けの声掛けをしてくれて、大変ありがたいです」「親切に対応してくれ、気持ちよく過ごせています」「本人の状況を考慮して対応してくれるときと、考慮してくれないこともあります」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	44	8	2	4
44名が「はい」、8名が「どちらともいえない」、2名が「いいえ」と回答している。 特に、コメントは見られなかった。				
2. 日常生活で必要な介助を受けているか	44	6	5	3
44名が「はい」、6名が「どちらともいえない」、5名が「いいえ」と回答している。 「安全に入浴できています」「食事がおいしい」「挨拶が気持ちいいです」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	35	13	7	3
35名が「はい」、13名が「どちらともいえない」、7名が「いいえ」と回答している。 「体操や集団行動が楽しみです」「皆さんとの会話を楽しみにしています」「カラオケをします」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	45	11	1	1
45名が「はい」、11名が「どちらともいえない」、1名が「いいえ」と回答している。 「自宅で手足を動かすなど、すごく役に立っています」「散歩がしたいです」などのコメントがあがっている。				
5. 職員から適切な情報提供・アドバイスを受けているか	40	12	3	3
40名が「はい」、12名が「どちらともいえない」、3名が「いいえ」と回答している。 「体操や運動について、とても良いアドバイスをしてくれます」と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	51	6	0	1
51名が「はい」、6名が「どちらともいえない」と回答している。 「常に清潔で整理されています」「飾りも楽しませてもらっています」「きれいなところもあるが、そうでないと思うところもあります」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	51	5	1	1
51名が「はい」、5名が「どちらともいえない」、1名が「いいえ」と回答している。 「個性があっていいです」「とても適切です」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	49	2	2	5
49名が「はい」、2名が「どちらともいえない」、2名が「いいえ」と回答している。 「対応は十分です」「具合が悪くなるとベッドで休めるので、助かります」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	36	10	1	11
36名が「はい」、10名が「どちらともいえない」、1名が「いいえ」と回答している。 「配慮されています」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	50	5	1	2
50名が「はい」、5名が「どちらともいえない」、1名が「いいえ」と回答している。 「気持ちよく対処してくれます」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	47	6	0	5
47名が「はい」、6名が「どちらともいえない」と回答している。 「十分に配慮してくれ、感謝しています」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	39	13	1	5
39名が「はい」、13名が「どちらともいえない」、1名が「いいえ」と回答している。 「体調の状況に合わせてくれます」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	45	9	2	2
45名が「はい」、9名が「どちらともいえない」、2名が「いいえ」と回答している。 「計画やサービスは思いやりを感じます」「説明は受けたことはありません」とのコメントがあがっている。				
14. 利用者の不満や要望は対応されているか	41	11	1	5
41名が「はい」、11名が「どちらともいえない」、1名が「いいえ」と回答している。 「気持ちを汲んで、丁寧に対応してくれます」「不満や要望はありません」などのコメントがあがっている。				
15. 外部の苦情窓口（行政や第三者委員等）にも相談できることを伝えられているか	26	18	5	9
26名が「はい」、18名が「どちらともいえない」、5名が「いいえ」と回答している。 「助けてくれて、嬉しい」「困ったことはありません」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 評点(〇〇)	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている ○非該当
	●あり ○なし	2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている ○非該当
	評価項目2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている 評点(〇〇)	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任を職員に伝えている ○非該当
	●あり ○なし	2. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任に基づいて職員が取り組むべき方向性を提示し、リーダーシップを発揮している ○非該当
	評価項目3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している 評点(〇〇〇)	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 重要な案件の検討や決定の手順があらかじめ決まっている ○非該当
	●あり ○なし	2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している ○非該当
	●あり ○なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている ○非該当
	カテゴリ1の講評	
	理念ビジョンや職員の行動指針を「クレドカード」に印刷し、毎朝唱和し、実践している 事業所が目指す理念・ビジョン・基本方針について、事業所内に掲示し周知している。グループの理念・ビジョンは「こやまケア行動指針10」に明示されている。職員行動指針11項目は「クレドカード」に印刷され、常に携帯し、毎朝朝礼で1項目ずつ順番に全職員が唱和し、日々の行動に反映している。利用者や家族等に対しては、事業所が目指す理念を重要事項説明書に記載し、施設内に掲示すると共に、丁寧に説明している。各種掲示資料については、一部ずつクリアホルダーに封入し壁面に掲げ、手に取り確認できるよう工夫している。	
	経営層は、各種会議等を通して全職員参加型の計画を策定し、進捗管理もしている 経営層は、事業所が目指す理念ビジョンの実現に向けて、自らの役割と責任を職員に伝えている。年度当初に、法人事業計画と施設事業計画を職員全体会議にて周知している。事業所目標は「法人事業方針」3項目に明示し、経営層は組織図に沿って自らの役割と責任に基づき、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。さらに、「事業所が目指す未来(何のためにどんな事業所になるのか)と実現のための目標」として、3つのテーマ毎に5つの数値目標を設定し、毎月運営会議で目標・計画の進捗確認を行っている。	
	規程に基づき、重要案件については経営層を通して職員や利用者等に周知されている 重要案件の検討・決定手順は、決裁権限規程等で定められており、法人会議・経営基本会議等で検討・承認されている。重要な意志決定の内容と決定経緯は、迅速かつ詳細に全職員に周知されている。運営会議・職員会議等にて周知された内容は、議事録で閲覧し、クラウドシステムでも閲覧可能となっている。また、法人における通知・決済等については、独立の人事関係システムを除き、企画・計画・経費関係を含めてIT化、電子検印・電子決済化がなされている。利用者等に対する重要決定事項等の主な連絡手段は、掲示物・文書にて行っている。	

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			
●あり ○なし		1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向について情報を収集し、ニーズを把握している		○非該当	
●あり ○なし		2. 事業所運営に対する職員の意向を把握・検討している		○非該当	
●あり ○なし		3. 地域の福祉の現状について情報を収集し、ニーズを把握している		○非該当	
●あり ○なし		4. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)について情報を収集し、課題やニーズを把握している		○非該当	
●あり ○なし		5. 事業所の経営状況を把握・検討している		○非該当	
●あり ○なし		6. 把握したニーズ等や検討内容を踏まえ、事業所として対応すべき課題を抽出している		○非該当	
サブカテゴリー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			
●あり ○なし		1. 課題をふまえ、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画を策定している		○非該当	
●あり ○なし		2. 中・長期計画をふまえた単年度計画を策定している		○非該当	
●あり ○なし		3. 策定している計画に合わせた予算編成を行っている		○非該当	
評価項目2 着実な計画の実行に取り組んでいる				評点(00)	
評価		標準項目			
●あり ○なし		1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた、計画の推進方法(体制、職員の役割や活動内容など)、目指す目標、達成度合いを測る指標を明示している		○非該当	
●あり ○なし		2. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる		○非該当	
カテゴリー2の講評					
<p>法人で顧客満足度アンケート・嗜好調査を実施しており、様々な情報も収集している</p> <p>年1回、法人で実施する顧客満足度アンケート、嗜好調査アンケート等により、事業所運営に対する利用者の意向・ニーズを収集し、運営会議・職員会議にて検討している。地域の福祉についての情報は、地域包括センターと連携して収集し、今後のサービス等に反映している。福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)についても把握している。把握した内容を踏まえ、事業所として対応すべき課題を抽出している。また毎月、月次決算報告を行い、運営会議にて稼働状況を報告し、必要に応じて対策を検討している。</p> <p>中長期計画に基づき年間計画を策定し、運営会議で計画に沿った予算管理を徹底している</p> <p>指定管理者公募提案時に中長期計画を策定し、事業所が目指す理念・基本方針の実現に向けて取り組んでいる。中期法人事業計画・施設事業計画に基づき、年間事業計画を策定している。前年度に次年度予算を計画に合わせ編成している。予算書に組まれた修繕計画及び経費計画に基づき、法人との協議により進捗管理を綿密に行っている。経費については法人経理担当者と協議し、現場サイドで管理している。事業計画に沿った収益管理の観点から運営会議で予算管理を徹底している。併設する地域包括支援センターや地域関係機関等との連携も深めている。</p> <p>法人・施設の事業計画と部門別・個人別目標がリンクした目標管理体制が整備されている</p> <p>事業所では、グループの事業計画→法人の事業計画→事業所の事業計画→部門別目標シート→職員個人の目標へと展開される目標管理体制が整備されている。部門別目標シートの裏面には個人別目標管理シートが印刷されており、上司との目標面談管理制度とリンクされている。委員会や企画、行事担当をあらかじめ決めて月次で進捗管理している。計画推進にあたり進捗状況を半期や月単位で確認し、必要に応じて見直している。月次目標管理シートや、3か月ごとの進捗確認シート等の管理ツールも整備されており、目標達成に向けて取り組んでいる。</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	
●あり ○なし	1. 全職員に対して、社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などを周知し、理解が深まるように取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などが遵守されるよう取り組み、定期的に確認している。	○非該当
サブカテゴリ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	
●あり ○なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の意向(意見・要望・苦情)に対し、組織的に速やかに対応する仕組みがある	○非該当
評価項目2 虐待に対し組織的な防止対策と対応をしている 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、虐待が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に防止対策を徹底している	○非該当
●あり ○なし	2. 虐待を受けている疑いのある利用者の情報を得たときや、虐待の事実を把握した際には、組織として関係機関と連携しながら対応する体制を整えている	○非該当
サブカテゴリ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	
●あり ○なし	1. 透明性を高めるために、事業所の活動内容を開示するなど開かれた組織となるよう取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	2. ボランティア、実習生及び見学・体験する小・中学生などの受け入れ体制を整備している	○非該当
評価項目2 地域の福祉ニーズにもとづき、地域貢献の取り組みをしている 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 地域の福祉ニーズにもとづき、事業所の機能や専門性をいかした地域貢献の取り組みをしている	○非該当
●あり ○なし	2. 事業所が地域の一員としての役割を果たすため、地域関係機関のネットワーク(事業者連絡会、施設長会など)に参画している	○非該当
●あり ○なし	3. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働できる体制を整えて、取り組んでいる	○非該当

カテゴリ3の講評

守るべき法・規範・倫理等を全職員に周知し、研修や監査体制で遵守を徹底している

事業所では、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・倫理等を全職員に周知している。グループの理念・方針、就業規則、行動指針を定め、全職員がクレドカードを携帯している。職員行動指針は毎朝唱和している。グループ・法人内研修をはじめとする研修が充実しており、研修計画に基づき職員一人ひとりの資質向上を図っている。中でも、コンプライアンス研修はオンデマンド方式で受講可能としている。さらに、年2回(6、12月)の内部監査を実施し、コンプライアンスに関する状況を確認し、監査報告書を提出している。

夕礼時の打合せや組織的な防止対策の実施等、虐待等発生の未然防止を日々徹底している

事業所では、苦情解決制度や事業者以外の相談先を遠慮なく利用出来ることを利用者に周知している。契約書・重要事項説明書に明示して施設内に掲示し、入所契約時には丁寧に説明を行っている。ケアマネや地域包括支援センター等、関係機関との連携を密にし、利用相談窓口と解決責任者を設定し、利用者の意向に対し組織的に速やかに対応する仕組みを整備している。職員が相互に日常の言動を振り返り、夕礼時に利用者の様子等を話し合っている。組織的な防止対策を実施し、虐待等発生の未然防止を徹底している。

地域関係機関ネットワークに参画し、地域での役割を果たすことができようになっている

事業所では、透明性のある組織となるよう、広報誌「芝レター」やブログなどを通じ、活動内容を開示している。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、依頼時には随時受け入れが出来るよう準備している。併設している地域包括支援センターや近隣学童クラブとの連携を深め、事業所が地域の一員としての役割を果たすことを重視している。地域関係機関のネットワーク(高齢者支援連絡会、港区施設長会など)にも参画して連携体制を整えており、積極的に活動している。

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	
●あり ○なし	1. 事業所が目指していることの実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている	○非該当
●あり ○なし	2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている	○非該当
●あり ○なし	3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している	○非該当
●あり ○なし	4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる	○非該当
サブカテゴリ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	
●あり ○なし	1. 情報の収集、利用、保管、廃棄について規程・ルールを定め、職員(実習生やボランティアを含む)が理解し遵守するための取り組みを行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要ときに活用できるように整理・管理している	○非該当
●あり ○なし	3. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定するほか、情報漏えい防止のための対策をとっている	○非該当
●あり ○なし	4. 事業所で扱っている個人情報については、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえ、利用目的の明示及び開示請求への対応を含む規程・体制を整備している	○非該当
カテゴリ4の講評		
<p>事業継続計画(BCP)を策定し、毎月のインシデント分析等、対策に取り組んでいる</p> <p>事業所では、発生する恐れのあるリスク(例えば、事故や災害など)に備え、リスクマネジメント委員会・感染症委員会で、リスクの分析・対策・有効性の確認等を実施し、優先順位をつけて対応している。法人内で、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)を策定しており、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。リスクマネジメント委員会で毎月のインシデントを分析し、有効性の確認や対策に取り組んでいる。緊急対応マニュアルのほか、法人BCPをもとに事業所BCPを作成し、見直している。</p> <p>リスクに関する各種のマニュアルを策定し、対策の有効性も確認している</p> <p>事業所では、各種のマニュアルを策定し、それらに基づく勉強会や訓練を行っている。職員や利用者にも周知し、必要な対応が出来るように取り組んでいる。事故、感染症、侵入、災害などが発生した場合には、緊急対応マニュアル、事故対応マニュアル、感染症予防マニュアル等に沿って対応するとともに、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直し等を行っている。発生時点のタテマシ等で対策を協議した上で、インシデント・アクシデント報告書等に記録し、関係者への報告と周知、再発防止に向けて、対策の有効性の確認を随時行っている。</p> <p>区の方針やルールを順守し、個人情報の保護・管理の徹底を図っている</p> <p>事業所では、情報の収集、利用、保管、廃棄について、区のルールを順守している。個人情報の取り扱いについては、港区個人情報保護方針・誓約書に基づき、職員の入退職時に誓約書へ署名を義務付けており、収集した情報は重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定するほか、情報漏洩防止のための対策をとっている。PCIにはパスワードを設定し、送迎用に利用している携帯電話についてもパスワードを設定している。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。</p>		

5 職員と組織の能力向上		
サブカテゴリ-1(5-1)		
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成・定着に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 12/12
評価項目1 事業所が目指していることの実現に必要な人材構成にしている		
評点(〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所が求める人材の確保ができるよう工夫している	○非該当
●あり ○なし	2. 事業所が求める人材、事業所の状況を踏まえ、育成や将来の人材構成を見据えた異動や配置に取り組んでいる	○非該当
評価項目2 事業所の求める人材像に基づき人材育成計画を策定している		
評点(〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)が職員に分かりやすく周知されている	○非該当
●あり ○なし	2. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)と連動した事業所の人材育成計画を策定している	○非該当
評価項目3 事業所の求める人材像を踏まえた職員の育成に取り組んでいる		
評点(〇〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 勤務形態に関わらず、職員にさまざまな方法で研修等を実施している	○非該当
●あり ○なし	2. 職員一人ひとりの意向や経験等に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している	○非該当
●あり ○なし	3. 職員一人ひとりの育成の成果を確認し、個人別の育成(研修)計画へ反映している	○非該当
●あり ○なし	4. 指導を担当する職員に対して、自らの役割を理解してより良い指導ができるよう組織的に支援を行っている	○非該当
評価項目4 職員の定着に向け、職員の意欲向上に取り組んでいる		
評点(〇〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価と処遇(賃金、昇進・昇格等)・称賛などを連動させている	○非該当
●あり ○なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、職場環境・健康・ストレスなど)を把握し、安心して働き続けられる職場づくりに取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	3. 職員の意識を把握し、意欲と働きがいの向上に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	4. 職員間の良好な人間関係構築のための取り組みを行っている	○非該当
サブカテゴリ-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	
●あり ○なし	1. 職員一人ひとりが学んだ研修内容を、レポートや発表等を通じて共有化している	○非該当
●あり ○なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに話し合い、サービスの質の向上や業務改善に活かす仕組みを設けている	○非該当
●あり ○なし	3. 目標達成や課題解決に向けて、チームでの活動が効果的に進むよう取り組んでいる	○非該当

カテゴリー5の講評

必要な人材の確保に注力し、人材育成計画に基づく人材マネジメントを実施している

事業所では、目指す理念・ビジョンを実現するために必要な人材の確保に力を入れている。東京ケアサービス事業部（ブロック会議）を通して、法人の経営会議で、職員の異動希望を踏まえた配置をしている。法人による新卒採用一括募集のほか、計画的に中途採用の募集を行っている。また、キャリアパスに基づき、長期的な展望が職員に分かりやすく周知されている。人材育成計画については、職種別・階層別の研修計画を策定している。さらに、資格取得支援制度に基づく取得資格や、経験年数を考慮した人材マネジメントを行っている。

研修体系・資格取得支援制度が整備され、安心して働くことができるようにしている

職員は、グループ研修、法人研修、外部研修等に計画的・意欲的に参加することができおり、充実した研修体系・資格取得支援制度が整備されている。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。個人目標管理シートとの連携により、研修計画・研修記録・キャリアパスが明確となり、実務評価表を使用して、不足する力量や専門性についても把握できている。また、安心して働き続けられる職場作りに取り組んでおり、有給休暇等の適正取得や健康診断、ストレスチェックの受診等、職員の意欲と働きがいを支援している。

目標達成や課題解決にチームで取り組み、サービスの質の向上や業務改善につなげている

職員一人ひとりが学んだ研修内容を、レポートや発表会等を通じた「伝達講習」により、職員間で共有している。組織の結束力を高めるため、有志でグループを編成し、チームケア学会の研究発表に取り組んでいる。令和6年の学会発表を目標に、二つのテーマに取り組んでおり、いずれも今後の新しい業務展開のヒントに繋がるものと思われる。夕礼等で職員からの提案等を聞く場があり、サービスの質の向上や業務改善に活かしている。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。

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)

【課題・目標】

職員の育成・定着の体制を整え、定例会(カンファレンスなど)を開催し、職員が協力しながら介護計画書を作成するとともに、その目標を共有し、より良いケアを行っていく。

【理由・背景】

通所介護計画所やモニタリング等の遅れがあり、報告・連絡・相談の流れを理解している職員が少ない状況があった。

【取り組み】

通所介護計画書の更新一覧の作成と共に、職員全体で他職種によるカンファレンスの実施の仕組みを整えた。月の開催機関を決め、記録様式を共用し使用、次期の更新、プラン変更などの内容で行っている。報告・連絡・相談のフローを徹底した。

【取り組みの結果】

通所介護計画の作成や、モニタリングの定期的な流れをつくることができ、計画書の見直しや変更がスムーズになった。報告・連絡・相談が明確になり、職員間の共有のイメージができ、連携がスムーズになった。様々な課題や気づきを提案し合い、協議・検討することができるようになった。

【振り返り(検証)・今後の方向性】

様々な課題について、より良い仕組みへ進めていくようにする。チームの連携を強化し、職員自身が働きやすく効率の良い環境を作っていく。

<p>目標の設定と取り組み</p>	<ul style="list-style-type: none"> <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
<p>取り組みの検証</p>	<ul style="list-style-type: none"> <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
<p>検証結果の反映</p>	<ul style="list-style-type: none"> <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

事業所では、前年度、「職員の育成・定着の体制を整え、定例会(カンファレンスなど)を開催し、介護計画書の作成やその目標を共有しての職員連携を行い、より良いケアを行っていく」という目標を掲げた。その背景に、より良いケアを行って行くための職員間の業務連携に課題があったものと思われる。

実施された取り組みとしては、①多職種を含む職員全体で、カンファレンスの実施体制を整備する、②報・連・相の体制を整備する、ことであった。

結果として、①モニタリングの定例開催スキームが確立され、②報連相が明確になり職員間の連携体制が整備された。さらに、③課題や気づきが出し合えるチーム連携ができた。

また、今後の方向性として、チーム連携を進めていくこととしている。

事業所では、チームケア学会への研究発表への取り組みも進めており、今後のさらなる取り組みの進展が望まれる。

評価項目2

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

前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)

【課題・目標】
事業所の理念・ビジョン・基本方針等の実現を目指し、「芝デイに行きたい！と思える魅力の発信」というスローガンを設定し、取り組んだ。

【理由・背景】
課題を抽出した背景として、前々年度と比較して改善が見られた「平均稼働率」を維持することが求められたため。

【取り組み】
①新規居宅介護支援事業所への情報提供（FAX）、②既存居宅介護支援事業所との連携（実績送付時の空き上方、芝レター（広報誌）等の情報提供）、③こまめな連絡、方法の仕方の工夫や表現の拡大。
取り組み内容は、前々年度とほぼ同様のものであったが、継続が大変重要であることを確認しながら取り組んできた。

【取り組みの結果】
2022年度の平均稼働率は、80.8%と前々年度に引続き改善が見られた。2023年度も同様以上の稼働率を維持していく。

【振り返り（検証）・今後の方向性】
今後の方向性は、①アンケート調査を含め個別ニーズを踏まえた上で広報活動をしっかり行っていく。②ケア取り組み状況を発信していく。特に、レクリエーションのメニューを刷新していき、魅力あるものにする。

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

前年度の課題・目標テーマとして、「芝デイに行きたい！と思える魅力の発信。」というスローガンを掲げた。抽出理由は平均稼働率の維持であった。

事業所の理念・基本方針等の実現を図るための重要課題である「平均稼働率の向上」に係る前々年度の取り組み結果に改善が見られたため、前年度も同様の取り組みを継続実施することとした。

①新規居宅介護支援事業所への情報提供、②既存居宅介護支援事業所との連携、③こまめな連絡、方法・仕方の工夫や表現の拡大、を実施した。

取り組みの結果は、平均稼働率80.8%と、前々年度を更に上回り改善が見られた。

今後の取り組み方針は、引続き前年度と同様に平均稼働率の向上・維持を基本にプロモーション活動を継続し、2023年度も同様以上の稼働率を維持することとしている。また、これに加え新たな取り組みとしては、①アンケート調査と広報活動に力を入れる、②ケア取り組み状況の発信、③レクリエーションメニューを刷新し魅力あるものにしていく、としている。

こうした取り組みと新たな工夫により、今後の成果に繋げていくことが望まれる。

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>ホームページや広報誌を通じて情報提供をしている</p> <p>ホームページは最新の情報を更新し、事業所の様々な取り組みの様子を紹介している。利用者・家族等、利用を考えている人々に活動内容が伝わるようにしている。ホームページの更新は広報担当の職員が中心に行っている。常に見やすく、わかりやすい内容を考えている。レクレーション担当も更新を行い、リアルタイムの情報を配信できるようにしている。利用者の写真を掲載する場合には、個々に掲載の可否を必ず確認している。広報紙「芝レター」では、前月の利用者の様子や、翌月のイベントの案内を写真を交えて紹介している。関係機関にも配布している。</p> <p>地域包括支援センターや、いきいきプラザ等と連携を図っている</p> <p>地域包括支援センターと情報共有を図っており、利用者の状況等についても、細かなやり取りをしている。地域包括支援センターから、事業所の利用に関する相談を受ける場合もあり、連絡を取り合いながら、利用希望者の意向に沿ったサービスが提供できるようにしている。港区の芝地域における高齢者在宅サービスセンターとしての役割を果たすとともに、地域のいきいきプラザの案内も行っている。毎月の実績報告と同時に空き状況を提供し、利用を考えている住民に情報が伝わるようにしている。</p> <p>見学希望者には送迎を行う等、個々の状況に沿った対応をしている</p> <p>見学希望の連絡は、随時受け付けている。事業所について知ってもらうために体験を勧めている。午前中の活動や口腔ケアの体験等を推奨している。事業所の利用者の活動が落ち着く時間帯の11時頃に体験者を迎えに行き、今後の利用を見据えて、待ち合わせの場所も確認している。体験者の状況を事前にリサーチし、他の利用者との相性や組み合わせを考慮し、安心して事業所を利用できるように配慮している。</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		
●あり ○なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している		○非該当
●あり ○なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている		○非該当
●あり ○なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している		○非該当
評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している		○非該当
●あり ○なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	3. サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	4. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている		○非該当
サブカテゴリ-2の講評			
<p>契約時には契約書や重要事項説明書について丁寧に説明し、同意書に署名をもらっている</p> <p>契約時に、契約書、契約書別紙、重要事項説明書を用いて、管理者と理学療法士が一緒、説明をしている。説明漏れや聞き漏れ、記載漏れがないように注意している。高齢者に起こりうる転倒や爪の剥離、物の紛失等のリスクを説明し、貴重品を持ち込まないように伝える等、利用者と家族にサービス内容に関して丁寧に説明している。利用料金について心配する利用者・家族もいるため、契約書別紙に沿ってわかりやすく伝えている。同意を得て署名をもらっている。介護保険報酬改定時には再度詳しく説明を行い、同意を得ている</p> <p>利用者や家族の要望を聞き、利用者の想いに寄り添った支援を目指している</p> <p>利用者や家族から、利用に関する要望について、看護職、介護職、栄養士、理学療法士、相談員等、多職種で判定会議を行い、必要な対応について検討している。要望に添えない場合も、それに代わることを提示し、利用者が何らかの体操やレクリエーションに参加できるようにしている。利用者に「通所して楽しい」と思ってもらい、さらにその思いが家族にも伝わるようなサービスを目指している。同時に通所介護計画等の丁寧な説明を行っている。利用後にも職員カンファレンスを行い、相違があれば介護計画の変更を行う等、寄り添った支援をしている。</p> <p>長期入院や自宅療養等、欠席や休止の場合も随時連絡を取り、継続対応をしている</p> <p>コロナ禍で通所しなくなった利用者もあり、通所を控えている理由を把握するため、細やかに連絡を取り、利用者の状況を掴んでいる。同時に家族の状況も把握し、通所ができないため、負担が増していることも考慮しながら対応している。長期入院や自宅療養等で欠席している利用者にも随時連絡を取り、状況を確認している。元気になり、安心して再利用ができるような受け入れ態勢の確保に努めている。利用中の記録、実績、モニタリング等の情報はケアマネージャーに随時報告しており、利用再開時には迅速に対応できるようにしている。</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アセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している		○非該当
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している		○非該当
●あり ○なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている		○非該当
評価項目2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の介護計画を作成している		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている		○非該当
●あり ○なし	2. 計画を利用者にわかりやすく説明し、同意を得ている		○非該当
●あり ○なし	3. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直ししている		○非該当
●あり ○なし	4. 計画を緊急に変更する場合のしきみを整備している		○非該当
評価項目3 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしくみがある		○非該当
●あり ○なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している		○非該当
評価項目4 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している		○非該当
●あり ○なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している		○非該当
サブカテゴリ-3の講評			
<p>通所介護計画書を定期的及び状態の変化時に見直し、常に状況に応じた支援をしている</p> <p>通所介護計画書に添いながらケース記録を記載し、定期的(最低で半年に一回)に計画書を見直している。利用者の変化も多いため、状況の把握を常に心掛けている。短期目標更新時や、状態の変化時、介護保険更新時に、全職員合同カンファレンスを実施し、モニタリングを踏まえて計画を見直し、利用者にとってより良い支援につなげている。合同カンファレンスでは、職員一人ひとりが意見や発言を行い、多角的な支援に結びつくようにしている。その日の利用者の状況やケアマネージャーや家族からの連絡事項は、夕連絡会で漏れのないように確認している。</p> <p>定期的モニタリングを行い、利用者や家族に意向を尊重し見直しを行っている</p> <p>モニタリングは半年に一回行い、計画書の確認や変更を行っている。モニタリング表やカンファレンス記録に記載し、職員間で、利用者の状況の振り返りや情報の共有ができるようにしている。家族の要望や質問は、連絡帳を介してほぼ毎日把握している。経過記録には、対応した職員がどのように家族にアドバイスをしたか、声掛けをしたか等を詳しく記録し、職員間で大きなずれがないようにしている。家族の質問は、「利用者の体重増加が気になる等」個別的な事柄が多いので、都度親身に対応しながら、不安感をぬぐえるようにしている。</p> <p>利用者の状況に関して朝夕礼時に申し送りをを行い、職員間で共有を図っている</p> <p>業務日誌には、利用者の状況やケアマネージャーや家族からの連絡事項、及び業務に関する必要事項等を記載している。全職員が必ず閲覧し、閲覧後確認に押印をしている。業務日誌は日動リーダーが中心に詳細な記録をしている。朝礼や夕礼時は業務日誌を用いて申し送りをを行い、必要事項等はその場で日誌に記録をしている。職員間で閲覧することを徹底しているため、時差勤務で朝夕礼に参加できない職員も、申し送り事項や連絡事項に関してしっかり把握ができています。非常勤職員にも浸透し、全職員の情報の共有化に繋がっている。</p>			

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		
●あり ○なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得ようとしている		○非該当
●あり ○なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている		○非該当
評価項目2 サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)		○非該当
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている		○非該当
サブカテゴリ-5の講評			
<p>契約時に個人情報の取扱いについて丁寧に説明し、同意書を交わしている 利用者に関する外部関係機関と情報のやり取り等、個人情報の使用目的について、契約時に利用者・家族に丁寧に説明を行い、同意を得ている。重要事項説明書の個人情報の取扱いに関しても同様に説明を行い、同意書により署名を得ている。イベントや日々の活動の様子を伝えるSNSやホームページへの、個人写真や動画の掲載に関しては、「全く載せない」、「顔がわからない範囲で」等、家族の意向を反映しながら、適切に対応している。職員は、利用者の個人情報の適切な取り扱いを遵守するよう、誓約書を提出している。</p> <p>排泄や入浴の介助時は、利用者のプライバシーを尊重した支援している 排泄や入浴の介助時には、周囲の視線に配慮している。トイレは個室を確保し、入浴時はカーテンを使用している。臭いにも気を付けて消臭剤を使用する等、快適に使用できるようにしている。同性介助を基本に、利用者の状況に合わせた対応をしている。利用者を誘う時の言葉がけや誘導に関しても丁寧に言い、嫌がった時は無理に誘わず、時間をおいてから声をかける等の配慮をしている。日々の支援時の声掛けでは「スピーチロックゼロ宣言」を職員の目標にし、「ちょっと待って」ではなく「今行きますね」とする等、適切な言葉がけを意識している。</p> <p>利用者一人ひとりの意思や思いを尊重した支援を心掛けている 「その方らしい生活をしていただきたい」という理念に沿った支援を反映できるように、利用者がこれまで歩んできた人生の背景を理解し、性格や特徴、思いやこだわり等をカンファレンスや日々の様子の観察等を通じて把握し、職員間で共有している。レクリエーション表を提示し、好きな活動を選択して参加できるようにしたり、食事でも選択食を準備し、利用者の嗜好を反映できるようにしている。空いた時間に働くのが好きな利用者には掃除を提案している。近隣の散歩を企画し、紅葉をや花見を楽しむ等、利用者の意思や楽しみを尊重して活動に反映している。</p>			

サブカテゴリ-6		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	5/5
6	事業所業務の標準化		
評価項目1 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	○非該当	
●あり ○なし	2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうか定期的に点検・見直しをしている	○非該当	
●あり ○なし	3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	○非該当	
評価項目2 サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は変更の時期や見直しの基準が定められている	○非該当	
●あり ○なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	○非該当	
サブカテゴリ-6の講評			
<p>各種マニュアルや個人記録の保管場所や、使用時のルールを定め有効活用している</p> <p>各種マニュアルは、項目ごとに整理され、見出しが付けられ、使いやすく整備されている。事務室の特定の場所にまとめて保管されており、職員全体に周知し、状況に応じて使用している。緊急時のフローチャート(転倒、転落、誤嚥、窒息等や漢字の対応も含め)は、各フロアごとに設置され、緊急時も慌てず対応できる指針として使用している。個人情報に記載されている書類に関しては、鍵付きのキャビネットに保管し、持ち出しする場合は声をかける等の対策を講じている。</p> <p>事業運営マニュアルを定期的に見直し、業務の標準化を図っている</p> <p>マニュアルの見直しは年に1度、事業運営マニュアルに基づいて行っている。見直しに関しては施設長が中心になって行い、各リーダーも参加しながら意見を出し合っている。決定事項や見直し事項をリーダーから職員に周知している。事業運営マニュアルや各業務マニュアル(離院離設マニュアル、防災マニュアル、衛生マニュアル、苦情受付マニュアル)に関して、どこに何が記載されているのか、職員がきちんと把握できるよう、職員会議等で確認を行う等、業務の標準レベルの引き上げを図っている。</p> <p>利用者及び職員アンケートを実施し、サービス向上への取り組みにつなげている</p> <p>イベント終了時に、利用者に感想や意見を聞き取り、課題や改善点を見出し、次のイベント開催に反映できるようにしている。聴き取りでは、食べ物に関しての要望や、ルールが分りにくい等の意見があるため、利用者の視点に立ち、改善できるように取り組んでいる。利用者が意見を「言える」ことが職員との信頼関係の証と捉え、様々な意見や思いを引き出すようにしている。職員アンケートの良い点として、「利用者の話をよく聞く」ことが挙げられている。職員の意見も反映されている。利用者の意向や特性を踏まえ、サービス向上につなげている。</p>			

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ6-4)

		サブカテゴリ4	
サービスの実施項目		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	
		23 / 23	
1 評価項目1 通所介護計画に基づいて自立生活が営めるよう支援している			
評点(〇〇〇)			
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 通所介護計画に基づいて支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	2. 利用者が望む生活像に基づき、日常生活において利用者自身が選択、判断できるよう支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の支援は、さまざまな機関や職種が連携をとって、支援を行っている		○非該当
評価項目1の講評			
<p>利用者の望む生活像に基づいた通所介護計画書を作成している</p> <p>通所介護計画書は、利用者の意向や家族の要望等を踏まえ、利用者の望む生活像に基づいた内容となるように作成している。計画書の更新時に、長期目標・短期目標に対して、モニタリング、及び評価を行っている。日々の経過記録や、家族からの連絡帳の情報を見ながら利用者、家族、関係スタッフとカンファレンスを行い、利用者の希望に沿った支援内容になっているか確認している。計画の見直しの必要がある時は、随時実施している。</p> <p>通所介護計画書に沿って、利用者や家族の要望を尊重しながら支援している</p> <p>利用者の意思を尊重し、利用者や家族の要望を実現するための具体的な支援方法や内容について、計画書に記載し、支援を行っている。利用者一人ひとりの要望を日々のレクリエーション、運動プログラム、食事提供の内容に反映できるように努めている。食事は主食・副菜の形状が選択ができるようになっている。サービス提供内容は、実施報告書で家族に対して報告している。また、日々の連絡帳にも記載して家族に事業所での利用者の様子を知らせている。</p> <p>ケアマネジャーや地域包括支援センターと連携を図りながら支援している</p> <p>利用者の担当ケアマネジャーへ毎月、実績報告とモニタリング票を送っている。その際には、あわせて空き情報等も知らせている。通所の実施報告書、担当者会議記録、業務日誌、ケアマネジャーとのやり取り等の記録を保管している。常に連携を意識し、情報共有ができていく。個別のケースによって必要に応じて地域包括支援センターや関係事業所に情報提供することもあり、利用者が自立した在宅での生活が営めるように支援している。</p>			
2 評価項目2 利用者一人ひとりの状況に応じて生活上に必要な支援を行っている			
評点(〇〇〇〇)			
評価	標準項目		
●あり ○なし	1.【食事の提供を行っている事業所のみ】 利用者の状況に応じて、食事時間が楽しくなるよう工夫している		○非該当
●あり ○なし	2.【入浴介助体制のある事業所のみ】 利用者の状況に応じて、入浴方法を検討し介助を行っている		○非該当
●あり ○なし	3. 排泄介助が必要な利用者に対して、一人ひとりに応じた誘導や排泄介助を行っている		○非該当
●あり ○なし	4. 利用者の心身の状況や家族の状況に応じて、安全に配慮した送迎方法を検討し対応している		○非該当
評価項目2の講評			
<p>利用者の嗜好や嚥下状態にあった食事が豊富で、食事を楽しめるようにしている</p> <p>食事は事業所内で調理され、利用者が主菜を選択することができる。郷土料理やイベント食等、管理栄養士が栄養バランスとおいしさにこだわった食事を提供している。年1回嗜好調査アンケートを実施し、人気の高い献立はリクエスト食として提供されている。昼食時には管理栄養士が利用者へ直接聞き取り、介護日誌に摂取量を記載し、家族に報告している。嚥下機能や摂取量に合わせて、一口大、刻み、ムース食、ペースト、主食は常食、軟飯、全粥、量は90g、110g、130gと組み合わせパターンが多く、食事を楽しめる工夫がされている。</p> <p>利用者の状態に合わせた入浴を支援し、気持ちよくゆったりと入浴できるようにしている</p> <p>入浴は、利用者一人ひとりの状態や体調に合わせた方法で支援している。主治医から意見書もらい、入浴の可否を確認している。計画書には、個別の入浴方法が記載されており、当日はバイタルチェックをした上で実施している。事業所には、寝台浴と個別浴が用意されており、利用者の心身状況にあった浴槽を選択できるようになっている。また、毎月入浴イベントが行われており、「リンゴ湯」、「金木犀の湯」、「ゆず湯」等、月ごとに利用者が気持ちよくゆったりと入浴できるように取り組んでいる。</p> <p>利用者の心身の状況にあった排泄介助や送迎方法で支援している</p> <p>利用者個別の排泄チェック表を用いて、個別対応している。排泄状況をケアマネジャーや家族に報告している。家庭での状況についても把握し、職員で情報を共有している。食後のトイレ誘導時に拒否があった場合は、先に手洗い・口腔ケアを行い、終了後に誘うようになっている。送迎はできるだけ利用者や家族の希望に沿った時間や方法を取り入れている。安全に配慮し、定期的に送迎時間や方法の見直しを行っている。日々の送迎表に、欠席や車いすの有無等の記録を赤字で記載し、漏れがないか確認している。事前電話を入れ、できる限り柔軟に対応している。</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	
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
評価項目3の講評			
<p>服薬に関するダブルチェックの仕組みがあり、看護師を中心に安全な支援に努めている</p> <p>来所時に利用者の健康チェックをしている。利用者個別の健康管理を行い、相談にも応じている。ケース記録、連絡帳、医師の意見書、薬剤情報を管理している。看護職と当日の介護リーダーが持参した薬を、全員分の薬箱に入れ、服薬管理表に沿って支援している。飲み忘れ、飲み間違いがないか、ダブルチェックする仕組みもある。利用者が、いつもと違う様子で、心身状況が気になる時は、追加の薬や中止になっている薬はないかダブルチェックを行っている。利用者の状態を職員と看護師で共有し、服薬に誤りがないか確認している。</p> <p>利用者の健康を維持するために個別の相談に対応し、家族等との連携を図っている</p> <p>自宅での検温結果を確認した上で、来所時の健康チェックを行っている。そのほかに利用者本人や家族からの健康相談があれば、疾病に合わせた主治医の意見書など取り寄せ、個別に対応している。来所後に体調不良がある場合は、利用者の心身の状況により看護師・主治医・家族と連携し、対応している。すぐに受診が必要な場合、家族と連絡を取って対応している。</p> <p>緊急時対応フローを掲示し、速やかに対応できるように訓練も行っている</p> <p>当事業所では、防災対応、事故発生時連絡対応、離院離設対応等のマニュアルを整備している。それぞれのフロチャートを、各フロアに掲示している。職員は全員、連絡網表をもっており、速やかに対応できるようにしている。利用者の身体にかかわる誤嚥、窒息、呼吸状態、転倒・転落等、内容別にマニュアルを整備しており、急変時に早急に対応できるように緊急時連絡カードを用意して備えている。また、マニュアルの内容の見直しと訓練を定期的実施している。</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	
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
評価項目4の講評			
<p>機能訓練指導員の指導のもと個別訓練を行い、評価・見直しを行っている</p> <p>機能訓練計画書を作成し、個別訓練を実施している。定期的にモニタリングを行い、評価・見直しもしている。現場で困ったことがあれば、機能訓練指導員に相談し、現場職員と共有しながら歩行や立ち上がり動作を指導内容に沿って訓練している。また、家族から自宅の環境や動線について相談があるときは、機能訓練指導員と一緒に訪問し、安全に移動できる環境整備を提案している。ケアマネジャーや関係職種と連携を図りながら対応している。</p> <p>機能訓練の要素を取り入れ、楽しみながら運動できる機会を提供している</p> <p>事業所では毎月、脳トレと体を使う運動を取り入れたレクリエーション表を作成し、配布している。利用者からのイベントの希望や、取り入れてほしい運動等について職員で話し合い、プログラムに取り入れるようにしている。機能訓練だけでなく、利用者が楽しむことができ、遊びの要素を入れている。例えば、曜日対抗リレー形式で実施する等、趣向をこらし、飽きがこないように工夫している。対抗リレーの成績表を壁に貼り、利用者に分かるようにもしている。運動マシンによる機能訓練だけでなく、利用者のレベルに合わせて歩行訓練等を個別に行っている。</p> <p>福祉用具の自宅での使用状況を確認し、安全確認した上で使用している</p> <p>来所時に、利用者が使用している歩行器や車いす等、福祉用具が適切に使われているかを確認している。自宅での使用状況を家族に聞くほか、ケアマネジャーを通して担当者会議を開催し、課題を話し合っ状態に合った福祉用具を使用するようにしている。用具のネジゆるみ、高さ調節、車いすのフットレストから足が落ちてしまう等、気になる状況があった時は、すぐに報告し、点検を依頼している。</p>			

5 評価項目5 利用者の主体性を尊重し、快適に過ごせるような取り組みを行っている		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者が他の利用者と快適な関係をもちながら生活することができるよう支援を行っている	○非該当	
●あり ○なし	2. 利用者の状況に応じて、多様な活動ができるよう支援を行っている	○非該当	
●あり ○なし	3. 利用者が落ち着いて生活できるような支援を行っている	○非該当	
●あり ○なし	4. 事業所内は、利用者の安全性や快適性に配慮したものとなっている	○非該当	
評価項目5の講評			
<p>利用者の希望等を踏まえてレクリエーションを企画し、季節のイベントも実施している 利用者の特性、好み、希望に応じて、レクリエーションを企画し、楽しんで取り組めるように趣向を凝らしている。脳トレとレクリエーションの2種の実施内容を表にして発行している。脳トレや個別リハは、その日の利用者の状況・体調に合わせ、予定を見直したり、時には屋外散歩を取り入れ、体を動かすようにしている。季節のイベントでは、夏祭りの企画として金魚すくいや盆踊りを行っている。会場の配置まで企画し、実施後は振り返りをして記録に残している。</p> <p>フロア内の温度や湿度を適度に保ち、快適に過ごせるように配慮している フロア内の室温・湿度を毎日確認している。適温を設定し、加湿器も配置して空調を整えている。清潔で明るい環境の中で、利用者が落ち着いて過ごせるようにしている。その日流す音楽や映像は、利用者の様子や状況を見て、時間や環境に合わせている。懐かしい歌や季節の風景(桜、川のせせらぎ、海、暖炉)などを設定して、楽しんでもらうようにしている。利用者は様々な音楽・映像に触れ、快適に過ごすことができている。</p> <p>感染症に対する予防対策を取っており、事業所内の清潔保持に努めている 新型コロナウイルス感染症はもとより、あらゆる感染症に対する予防対策をとっており、汚れた際にはその都度清掃を行っている。各フロアの手洗い場、トイレには消毒液を設置し、清潔保持に努めている。職員は作業をした後に小まめに手洗いを励行しており、感染防止のための行動がとられている。掃除は専門のスタッフが定期的に行っているが、職員も毎日15時に清掃・消毒を実施しており、清潔な環境を維持している。</p>			
6 評価項目6 事業所と家族との交流・連携を図っている		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者のサービス提供時の様子や家庭での普段の様子を家族と情報交換し、共有している	○非該当	
●あり ○なし	2. 家族の状況に配慮し、相談対応やアドバイスをを行っている	○非該当	
評価項目6の講評			
<p>家族と連絡帳や送迎時のやり取りを通じて情報共有を図り、支援に活かしている 現場のスタッフは、利用者の日々の活動やバイタルチェックの結果を連絡帳に記入している。さらに、送迎時にも家族と情報共有をしている。家族やケアマネジャーとの連携を密にとり、コミュニケーションが取りづらい利用者の場合でも、利用者の特性や習慣を理解し、状態に合わせたケアができるようにしている。利用者の日々の状態は個別のファイルに記録されており、体調不良があれば早めの対応を取っている。それぞれの家族の状況に配慮し、送迎時間の変更や臨時対応など、できるだけ要望に添うように努めている。</p> <p>利用者・家族へのアンケートを実施し、利用者の要望の実現を目指している 利用者・家族へのアンケート調査を定期的に行い、利用者の「こうやりたい」、「こうなりたい」という要望を、どうすれば実現できるかを検討している。多職種が集まってカンファレンスを行う回数も多く、利用者の要望の実現を目指している。多職種間で話し合うことで、専門的知識を持ち帰り、利用者への向き合い方を学んでいる。家族からのアンケートコメントでも、「季節のイベントや食事を大切にしている」や、「通所するようになって顔の表情が明るくなった」等の評価を受けている。</p> <p>家族からの相談があれば、関係機関と連携し、状況に配慮して対応している 家族からの相談や、独居の利用者への対応等、ケースによっては地域包括支援センター等の関係機関と連携し、対応している。利用者や家族が困った時に、プライベートを守り、相談しやすいように配慮している。利用者主体で、安心して家族が通所に送り出せることを重視している。また、法人全体で職員一人ひとりの資質向上のため、様々な研修を企画し、スキルアップを図っている。</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
●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
●あり ○なし	2. 利用者が地域のさまざまな資源を利用する機会を設けている
●あり ○なし	3. 利用者が職員以外の人と交流できる機会を確保している
評価項目7の講評	
<p>地域の情報を誰でも入手できるようになっており、事業所の情報も発信している 事業所には、地域包括支援センターが併設されており、地域に関する情報共有がしやすい環境となっている。区や地域に関するチラシ等は、自由に誰で取れるように設置されている。事業所で行われるイベントのポスターも掲示し、活動のみてもらえるようにしている。ホームページやブログに活動内容の写真を掲載する時は、必ず利用者・家族から掲載の承諾を得ており、個人を確定できないように配慮し、個人情報保護を守りながら掲載している。</p> <p>地域の関係者と推進会議で情報共有しており、町会やボランティアとの交流がある 年に2回、地域の民生委員やケアマネジャー、町会関係者、看護師、地域関係者らと運営推進会議を開催している。コロナ禍の期間はしばらく交流がなかったため、事業所の情報を提供することも限られていた。そこで、事業所での活動を知ってもらうために、季節毎のイベントや日々の活動内容をチラシやポスターを掲示することで伝えている。町内会とは、夏祭りや神輿担ぎ、餅つきなどに参加する中で交流を図っており、ボランティア団体とも交流する機会を作っている。</p> <p>事業所で利用者の作品展を開催したり、演奏会を通じた交流が生まれている 事業所では、集団体操・集団レクレーションに加え、「倶楽部型レクレーション」と称し、趣味の合う利用者同士で、ちぎり絵、手芸、園芸、将棋等の活動をしている。出来上がった作品を地域の方に見てもらえるように作品展を開催している。令和4年度はコロナ感染拡大防止のためボランティアの受け入れは中止していたが、令和5年度は保育園、小中学校、町会の方を招いて演奏会・作品展を開催している。中学生からは花束をもらったり、一緒にゲームをして交流している。また、オンラインでの交流も図っている。</p>	

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	5-2-1	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
タイトル①	チームワーク学会への研究発表にチャレンジし、チームケアの充実を目指している	
内容①	事業所では、毎夕礼時のカンファレンスやミーティング時に、日々の気づきを発言し合っている。外部研修を受講した職員による伝達研修の実施もある。開かれた職場の雰囲気が醸成されており、チーム連携を進めている。現在、「チームケア学会への研究発表」に向けて、①興味関心シートを活用し、利用者が家でできないことを事業所でやる、②地域支援センターとの連携により在宅高齢者の見守りをサポートする、といった仮テーマで研究を進めている。研究発表を機に、支援の向上を図り、さらなるチームケアの充実を目指している。	

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	緊急時対応のフローを掲示し、速やかに対応できる仕組みを作っている	
内容②	事故発生時対応マニュアル、離院離設マニュアル、防災マニュアル等のマニュアルをわかりやすく整備している。各フロアには、種類別にフロチャートを掲示している。事業所全体で定期的に防災訓練を行い、フロチャートを確認しながら素早く対応できる仕組みを作っている。利用者の健康維持のため、急変時にはかかりつけ医や希望の病院への連絡がすぐに行えるよう、利用者別緊急時連絡カードを準備している。日々の内服管理もフロチャートに基づき、看護師と当日の看護リーダーで持参した薬を薬箱にセットし、ダブルチェックするようにしている。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-6-2	サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている
タイトル③	顧客満足度アンケートを年1回実施し、様々な意見を取り入れ、改善を図っている	
内容③	「サービスの内容」、「職員対応」、「環境・食事について」の項目ごとに、利用者からの感想や意見を集約し、その結果を利用者及び家族に配布している。そこで寄せられた要望を受けて改善策を提示している。例えば、「連絡帳の記載内容が定型文のみの時があり、施設での様子をもう少し詳しく知りたい」という要望に対して、連絡帳以外でも送迎時に様子を伝える等、対応を図っている。利用者や家族の思いに沿った対応ができるように努めている。職員間で真摯に受け止め、改善策を前向きに検討し、ケアの向上につなげている。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	様々な形で利用者・家族のニーズを把握し、応えようとしており、法人理念の実現に努めている
	内容	事業所では、顧客満足度向上に向け、地道な取り組みを重ねている。法人が実施する顧客満足度アンケート、嗜好調査アンケート等により、事業所運営に対する利用者の意向・ニーズを収集し、運営会議・職員会議にて把握・検討・実施している。また、開かれた職場の雰囲気から、職員のアイデアが組織運営に反映される体制が整備されている。チームケア学会への研究発表の取り組みも、利用者ニーズや地域ニーズを顕在化し、実現につなげていく姿勢の現れといえる。法人理念の「自らが受けたいと思う医療と福祉の創造」の実現に努めている。
2	タイトル	毎日の食事の際に栄養士が利用者に食事の感想を聞き取り、食事を楽しめるように取り組んでいる。
	内容	食事は、事業所内の厨房で調理されており、利用者の嗜好、量、食形態に対し個別の対応が行われている。メインのおかずは肉・魚から選べ、食形態は一口大、刻み、ミキサー食、ムース食の4種類がある。主食は常食・軟飯・全粥の3種、量は90g・110g・130gと、自由に組み合わせることができている。利用者の体調に合わせて食形態・量を変更されている。季節のイベント食・リクエスト食などのアンケート調査も行われ、毎日の食事の際には、栄養士自ら、利用者一人ひとり観察・聞き取りを行い、食事が楽しめるように取り組んでいる。
3	タイトル	各種マニュアルを整備改善し、その活用を図っており、ヒヤリハットへの意識も高まっている
	内容	法人グループで作成している事業運営マニュアルや、法人統一のマニュアルが整備されているが、その分量が多く、必要な情報が見つけにくいという課題があった。昨年より、各フロアごとに精査したマニュアルを設置する等、課題解決に取り組んでいる。今年度は項目ごとに見出しを付け、必要時に直ぐ分かるようにしており、マニュアル活用が図られている。また、インシデント、アクシデント報告書のファイリングの整備も行われ、どの職員でも見やすくなり、情報共有が速やかに行われ、ヒヤリハットへの意識も高まり、安全な運営に繋がっている。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	プロモーション活動を継続的に実施し、より多くの人に事業所を利用してもらうことが望まれる
	内容	事業所では「芝デイに行きたい！と思える魅力の発信」というスローガンを掲げ、平均稼働率の維持に取り組んできた。①新規居宅介護支援事業所への情報提供、②既存居宅介護支援事業所との連携、③こまめな連絡、方法・仕方の工夫等により成果につながっている。今後は、現在実施している、①アンケート調査と広報活動に力を入れる、②ケア取り組み状況の発信、③レクリエーションメニューを刷新し魅力あるものにしていく等の取り組みのブラッシュアップを図り、さらなる成果につなげ、より多くの人に事業所を利用してもらうことが望まれる。
2	タイトル	重複している内容の帳票をICT化する等、事業作業の効率化について検討していくことが望まれる
	内容	事業所では、利用者のその日の状態や気づいたこと等を詳細にケース日誌に記載している。しかし、利用者ファイルの経過記録にも重複する内容を記載する必要があり、事務処理に時間を要するため、コピーし、切り貼りされている。こうした作業について、ICT化を図ることによって、作業効率を向上させるとともに、データの蓄積が可能となり、エビデンスに基づく介護サービス提供につながっていくと思われる。今後、事業所におけるICTの導入等、事業作業の効率化について検討を進めていくことが望まれる。
3	タイトル	年齢や経験年数を精査した研修の取り組みにより職員のさらなるスキルアップが望まれる
	内容	職員育成や研修に関して、事業計画書の中で重要課題として取り組んでいる。職員も積極的に参加しており、研修報告も随時行われている。一方、職員アンケートの結果からは、振り返りや全体への通達、情報共有に関する改善の意見が挙がっている。また、認知症ケアに対する職員の専門性向上への指摘も見受けられた。今後は、職員の経験年数や知識を精査した上で、職員各自に必要な研修や講習会への参加を促し、職員の資質向上や、より良い利用者支援につなげていくことが望まれる。様々な学びを、更なる質の向上につなげていくことが望まれる。