

福祉サービス第三者評価結果報告書【令和3年度】

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

〒 102-0083

所在地 東京都千代田区麴町1丁目5番地4-712

評価機関名 株式会社 ケアシステムズ

認証評価機関番号

機構 06 — 167

電話番号 03-3511-5035

代表者氏名 和田 俊一

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	和田 俊一	経営	H0601057
	②	飯塚 慎午	福祉	H1002058
	③			
	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	港区立高齢者在宅サービスセンター白金の森		指定番号	1370303487
事業所連絡先	〒	108-0071		
	所在地	東京都港区白金台5丁目20番5号		
	TEL	03-3449-9615		
事業所代表者氏名	事業所責任者 今野 郁弥			
契約日	2021年 6月 30日			
利用者調査票配付日(実施日)	2021年 8月 26日			
利用者調査結果報告日	2022年 2月 9日			
自己評価の調査票配付日	2021年 9月 10日			
自己評価結果報告日	2022年 2月 9日			
訪問調査日	2022年 2月 12日			
評価合議日	2022年 2月 12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、調査実施日現在、当事業所を利用している全ての利用者を対象にアンケートを実施した。事業所と評価機関の連名による依頼状にアンケート用紙と返信用封筒を同封して対象者に配付、回答は評価機関に直接送付してもらった。 事業評価に際しては、事前説明を行うとともに、職員からも個々の標準項目にチェックを入れた分析シートを回収し参考とした。 第三者性の確保については、当評価機関、担当評価者と事業者との間に事実上、人事上の関係は一切存在しないことを確認し、中立公正な評価に努めた。			

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。

年 月 日

事業者代表者氏名 事業所責任者 今野 郁弥

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)ご利用者一人ひとりのその方らしい暮らしを大切にすること 2)在宅生活継続の為に必要なサービスを行う：公益型混合介護 3)介護予防：出来ることに目を向けた自立支援 4)開かれたサービス ～HPやSNSの活用～ 5)地域連携・医療連携</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>ひとりひとりの業務の幅を広げることで、職員の力が向上していくように指導しています。 また、ひやりはっとを記入することで小さな気づきがあり、何か起きたことについては全員で是正を考えるようにしています。 毎日の昼ミーティング開催により、その日にあったことや重要なこと含めて情報共有や即座に確認・解決に功を成しています。 またご家族が抱えている負担など精神的な状況も理解しつつ、自分たちに出来ることは何か、その方に適した介助方法は何か考えながら関係性を作っていきたいと考えています。</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>介護の現場は、一人ひとりに同じ責務があること ”個”ではなく、全介護・看護・生活相談員が連携しながら”全”で動く。 どんなに小さなことでも、利用者の変化に対する気づきを持ち、情報共有をすること。</p>

調査対象

調査日現在、当事業所の利用登録者総数である90名を調査対象とした。回答者の属性は男性8名、女性35名、無回答1名であった。年齢は、70歳未満3名、70歳代5名、80歳代18名、90歳以上17名、無回答1名であった。

調査方法

全利用者に対して、事業所と評価機関連名の依頼文を同封し事業所から配付してもらった。回収は、返信用封筒を同封し直接評価機関に返信して貰う方法でアンケート調査を実施した。

利用者総数

90

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
90	0	90
44	0	44
48.9	0.0	48.9

利用者調査全体のコメント

回答者の属性は、「利用者本人」が22.7%、「家族と相談」が20.5%、「家族が代弁」が40.9%、「その他」が2.3%、「無回答」が13.6%であった。
 総合的な満足度に関する調査の結果は、「大変満足」または「満足」が86.4%、「どちらともいえない」が9.1%、「無回答」が4.5%であり、大変高い満足度であった。
 項目別で見ると、＜サービスの提供＞に関する5設問は2設問において高い満足度であった。
 ＜安心・快適性＞に関する4設問は1設問において大変高い満足度であった。特に「職員の態度・接遇」では、88.7%と大変高い満足度が得られている。
 ＜利用者個人の尊重＞に関する4設問は1設問において大変高い満足度であった。特に「気持ちの尊重」では、81.8%の大変高い満足度が得られている。
 ＜不満・要望への対応＞の設問は、「外部の相談窓口の案内」については、更に高い満足度が望まれる結果であった。

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	31	10	0	3
「はい」が70.5%、「どちらともいえない」が22.7%、「無回答・非該当」が6.8%であり、高い満足度であった。自由意見では、「利用者の人も職員も一緒になって楽しく過ごせるところが良い」、「利用者の使用ペースなどに柔軟に対応してくれている点は良い」、「楽しい時もあるが、ポケーっとしていることもある(何もすることがない)」という声が聞かれた。				
2. 日常生活に必要な介助を受けているか	34	4	0	6
「はい」が77.3%、「どちらともいえない」が9.1%、「無回答・非該当」が13.6%であり、高い満足度であった。自由意見では、「職員の皆様には、いつも適切な対応をいただいていると思います」、「もう少しゆっくり入浴したい」、「本人が嫌がる時に、上手に気持ちをのせてほしい」という声が聞かれた。				

3. 利用中に興味・関心が持てる行事や活動があるか	19	15	8	2
「はい」が43. 2%、「どちらともいえない」が34. 1%、「いいえ」が18. 2%、「無回答・非該当」が4. 5%であった。自由意見では、「ヘアカット、フラワーアレンジメントが良い」、「コロナ禍で活動が制限されたりしている」、「コロナ問題で外部の人が来るのが少ない」という声が聞かれた。				
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	27	11	2	4
「はい」が61. 4%、「どちらともいえない」が25. 0%、「いいえ」が4. 5%、「無回答・非該当」が9. 1%であった。自由意見では、「動けるようになりました」、「家でも座っている時に手足を動かし、習ったことをしたりします」、「良いと思いますが、参加の通知がなくて困る」という声が聞かれた。				
5. 職員から適切な情報提供・アドバイスを受けているか	27	9	2	6
「はい」が61. 4%、「どちらともいえない」が20. 5%、「いいえ」が4. 5%、「無回答・非該当」が13. 6%であった。自由意見では、「いつも優しく対応していただけてます。感謝です」、「些細なことでも家族に連絡を入れてくれるなど、ありがたいです」、「職員の方々とそこまでのコミュニケーションはないように思える」という声が聞かれた。				
6. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	32	7	1	4
「はい」が72. 7%、「どちらともいえない」が15. 9%、「いいえ」が2. 3%、「無回答・非該当」が9. 1%であり、高い満足度であった。自由意見では、「清潔」、「天井に段ボールが貼ってあるのが気になる」という声が聞かれた。				
7. 職員の接遇・態度は適切か	39	2	0	3
「はい」が88. 7%、「どちらともいえない」が4. 5%、「無回答・非該当」が6. 8%であり、大変高い満足度であった。自由意見では、「職員が常に明るく笑顔で対応していただけるのがありがたいです」、「親しみやすく対応してくれる。家族にも「困っていることがあればお手伝いしますと声かけをしてくれている」、「明るく優しい人柄の職員が多い感じ。雰囲気が良い」という声が聞かれた。				
8. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	31	5	0	8
「はい」が70. 4%、「どちらともいえない」が11. 4%、「無回答・非該当」が18. 2%であり、高い満足度であった。自由意見では、「体調が悪くなった時、家族に連絡をしてくれるのがありがたいです」、「緊急時もステイなどの無理を聞いていただき、ありがとうございます」、「身体の調子が悪い時は手をあげる。忙しそうなので遠慮してしまう」という声が聞かれた。				
9. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	18	12	0	14
「はい」が40. 9%、「どちらともいえない」が27. 3%、「無回答・非該当」が31. 8%であった。自由意見では、「何度かいじめの話を聞きましたが、実態は分かりません」、「今までいさかいなどがあるのかよく分からない」、「そういったケースはまだない」という声が聞かれた。				

10. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	36	5	0	3
「はい」が81.8%、「どちらともいえない」が11.4%、「無回答・非該当」が6.8%であり、大変高い満足度であった。自由意見では、「利用者一人ひとりの気持ちを察して対応してくださっています」、「利用者本人の性格などを理解して接してくれている」、「概ね親切に対応してくれていると感じる」という声が聞かれた。				
11. 利用者のプライバシーは守られているか	32	5	1	6
「はい」が72.7%、「どちらともいえない」が11.4%、「いいえ」が2.3%、「無回答・非該当」が13.6%であり、高い満足度であった。自由意見では、「まだ職員と話不足のため、どちらともいえないです」という声が聞かれた。				
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	34	3	1	6
「はい」が77.3%、「どちらともいえない」が6.8%、「いいえ」が2.3%、「無回答・非該当」が13.6%であり、高い満足度であった。自由意見では、「意見をちゃんと聞いてもらってます」、「利用者ですから、聞いてもらっています。権利です」、「サービスに関する計画（目標）を制作したことがない」という声が聞かれた。				
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	27	11	0	6
「はい」が61.4%、「どちらともいえない」が25.0%、「無回答・非該当」が13.6%であった。自由意見では、「あまり詳細な説明はないように思える」、「分かりません」という声が聞かれた。				
14. 利用者の不満や要望は対応されているか	28	7	1	8
「はい」が63.6%、「どちらともいえない」が15.9%、「いいえ」が2.3%、「無回答・非該当」が18.2%であった。自由意見では、「多分対応してくれると思います」、「家族からの疑問や要望には応えていただいております」、「そのような事態がなく、分かりません」という声が聞かれた。				
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	14	12	3	15
「はい」が31.8%、「どちらともいえない」が27.3%、「いいえ」が6.8%、「無回答・非該当」が34.1%であった。自由意見では、「本人は分からないことも多いので、家族に説明してくれている」、「まだ分かりません。事例を聞かないと分かりません」という声が聞かれた。				

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る <input type="radio"/> 非該当
	カテゴリ1の講評	
	法人ビジョンや事業所の運営方針を関係者への理解が深まるようにしている 「私たちはご利用者ひとり一人のその方らしい暮らしを大切にします」とする法人ビジョンをはじめ、事業所の運営方針が明文化され、パンフレットやホームページ、事業所新聞などに明記されている。また、事業所の1階の事務室には各種の案内とともに理念を掲示し周知に努めている。また、昼ミーティングや主要な職員で構成されている常勤会議において具体的な実務を話し合う際に立ち返ったりして理解を深めることとしている。利用者や家族に対しては、利用開始時に契約書や重要事項説明書を用いて説明し理解を促している。	
	重要な案件を検討し関係者へ伝える仕組みが整っている 事業所内の重要な案件に関しては、随時、昼ミーティングや常勤会議で職員から報告を受け、管理者の決裁権限に沿って意思決定するとともに迅速に周知を図り対応することとしている。また、法人としての重要な案件についてはエリア会議などで管理者に伝えられ、適宜職員に到達することとしている。また、組織一丸となって事業所の課題を共有することで、職員が何をどうしていくかを考える機会となり、自主的にやるべき業務を自ら行っていけるような事業所風土づくりに取り組んでいる。利用者や家族に対しては、口頭や書式などを配布して伝えている。	

カテゴリ-2		
2 事業所を取り巻く環境の把握・活用及び計画の策定と実行		
サブカテゴリ-1(2-1)		
事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 6/6
評価項目1 事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している		評点(000000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向について情報を収集し、ニーズを把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所運営に対する職員の意向を把握・検討している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 地域の福祉の現状について情報を収集し、ニーズを把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)について情報を収集し、課題やニーズを把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 事業所の経営状況を把握・検討している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	6. 把握したニーズ等や検討内容を踏まえ、事業所として対応すべき課題を抽出している	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-2(2-2)		
実践的な計画策定に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 5/5
評価項目1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画及び単年度計画を策定している		評点(000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 課題をふまえ、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 中・長期計画をふまえた単年度計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 策定している計画に合わせた予算編成を行っている	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 着実な計画の実行に取り組んでいる		評点(00)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた、計画の推進方法(体制、職員の役割や活動内容など)、目指す目標、達成度合いを測る指標を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
カテゴリ-2の講評		
<p>関係者の意見、意向、要望などを把握し、業務改善につなげている</p> <p>毎年受審している第三者評価の利用者アンケートや利用開始時にアンケートを実施しており、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てニーズを把握している。職員の意見は日常的な関りをはじめ昼ミーティングや常勤会議、面談を通じて意向を把握して業務に反映させることに努めている。地域福祉の動向については、エリア会議や区の連絡会、複合施設内の会議などを通じて収集している。事業を取り囲む各方面から収集した情報や資料を振り返り、事業所としての課題を抽出して事業計画に反映させることにしている。</p> <p>指定管理の期間に沿って中期計画を策定し単年度計画の策定につなげている</p> <p>事業所では指定管理の期間に沿って中期の事業計画を策定しており、それをもとに単年度の事業計画を策定しており、計画を実現させるまでの道筋が明確になっている。単年度の具体的な施策としてサービス目標を定め、重点事項、対応策へと展開している。基本理念を基に据え、施設運営・管理、利用者サービスについての方針を定めている。それらを基本として常勤会議において各職務の目標が設定されている。目標は人事考課制度と関連を持たせて各職員の目標・計画・実行・評価へと関連付けられている。</p> <p>年度の事業計画は実施部署を定めるなど推進体制ができています</p> <p>年度の事業計画は、取り組み課題ごとに実施部署を明確にして推進体制を明示している。管理者はもとより係の職員、専門職、非常勤職員など、それぞれの役割が明示されている。目標に対する評価指標も定められており実践の検証ができる仕組みとなっている。また、デイサービス内の定例の常勤会議や昼ミーティングにおいて各事業の実施状況について検証し、月単位などで実践状況の評価を行い、計画の見直しなどにつなげるなどの仕組みになっている。</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3の講評		
利用者の権利擁護に組織一丸となり取り組んでいる 高齢福祉に従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知する取り組みとして、法人の理念を複合施設内の玄関エントランスに掲示し、さらに、入職時研修では守秘義務についてテーマを設け注意喚起を促している。さらに、人権をテーマとした法人内の現任研修を開催して、理解が深まるようにしている。また、昼ミーティングや常勤会議などの場においても、意識の向上を促している。今回行った利用者アンケートの「尊厳の尊重に関する各設問」においても、高い満足度が得られており、事業所の取り組みが結果を得ていることがうかがえる。		
利用者一人ひとりの意見・要望・苦情に対する解決に取り組んでいる 苦情解決などの制度に関しては、事業所内の苦情相談受付窓口や解決者をはじめ、区や第三者委員などの連絡先についても重要事項説明書に明示して周知に努めている。利用者一人ひとりの意向の把握や対応については、区から派遣されている相談員の受け入れを行っており、日常的に意見や要望を言いやすい雰囲気づくりに努めており、信頼関係の構築に努めている。口頭や連絡帳(書面)で受けた苦情には、内容に応じて職員と家族双方に事実確認を行ない、必要に応じたケアの改善と常勤会議を通じて徹底に努めている。		
地域ネットワークの中で協働できる体制作りに取り組んでいる 地域包括支援センターなどの各事業を併設しており、関わりから地域の高齢福祉ニーズを把握しており、事業所の専門性を地域社会に還元させることに力を入れている。また、職員が地域包括支援センターと連携をとることにより、地域の福祉ニーズの把握や福祉情報の収集に成果をあげている。地域住民と交流が図れると同時に、地域のニーズが自然な形で収集できていることがうかがえる。さらに、ボランティアや実習生などの受け入れについては、今年度はコロナ禍により自粛している。ただし、オンラインプログラムとしては実施している。		
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(〇〇〇〇〇)
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、必要な人が必要な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>安全性を確保するための各種の仕組みが整っている</p> <p>安心で安全な事業所運営を図ることを目的に、事故防止のための指針や各種のリスクマネジメント関連のマニュアルを整備している。ヒヤリハット、事故、苦情は即日に対応策を講じ、再発防止に努め、毎月分析・検討する機会を設けて職員間で情報を共有している。感染症対策については、新型コロナウイルス蔓延防止対策も含めて、行政の指示指導に沿った対応としている。また、送迎事故や離脱などの利用者リスクについては、毎月全事業所のデータをもとに分析し注意喚起を促している。</p> <p>利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる</p> <p>法人としても安心で安全な事業所運営に力を入れて、ヒヤリハットや事故、災害発生などについては全事業所から情報を収集して分析し、事業所に注意喚起を促している。何か起きた時にはSNSで発信され、自らの事業所についても報告出来る仕組みが整っている。また、複合施設全体で防災計画を策定しており、火災や地震などを想定した総合訓練を定期的実施している。また、災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備えて、白金BCPマニュアルを作成しており、いつでも回覧できるようにしている。</p> <p>情報の重要性や機密性に配慮した取り組みを定着させている</p> <p>情報の重要度や機密の必要性に応じてアクセス権限を設定しており、パソコンへのログインパスワードの設定をつけて管理している。また、経営に係わる情報については閲覧できるパソコンを限定したり、ファイルにパスワードを付けて管理している。個人認証システムを導入し、個人IDによりパソコンにアクセスしたログ記録を取るようしたり、ペーパーベースの情報は施錠できるキャビネットに保管して管理している。個人情報保護に対する基本姿勢は、「個人情報取り扱いに関する同意書」に明示し、内容について同意を得た上で契約を取り交わしている。</p>		
カテゴリ5		
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(00)
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(00)
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(0000)
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(0000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価と処遇(賃金、昇進・昇格等)・称賛などを連動させている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、職場環境・健康・ストレスなど)を把握し、安心して働き続けられる職場づくりに取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員の意識を把握し、意欲と働きがいの向上に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 職員間の良好な人間関係構築のための取り組みを行っている	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ-2(5-2)		
組織力の向上に取り組んでいる	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	3/3

評価項目1 組織力の向上に向け、組織としての学びとチームワークの促進に取り組んでいる		評点(000)
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-5の講評

人材像、職員育成・評価の考え方を明示した採用基準を設けている
 職員の募集や採用基準については、法人としての運営の趣旨を載せた募集要項を各種の媒体に掲載して実施している。事業所においても専門学校や実習指導などの機会を通じて法人本部と連携を図り、人材確保に取り組んでいる。非常勤職員は事業所採用としており、契約更新時の面談によって目標設定や達成度を確認している。また、目標管理に基づいた人事考課制度を設けており、責任者との面談を通じて目標に対する評価を受け、目標管理につなげている。

法人として研修制度を設けており人材育成に取り組んでいる
 目標管理に関する認識を深めてもらうために、職員一人ひとりが「キャリアアップ申告書」を作成し、研修テーマや内容の策定に繋げている。さらに、個々の目標に沿って費用的な支援も含めた資格取得のサポートや適性に応じた異動・配置など、組織として様々な支援策も講じている。法人内の他事業所への体験勤務なども実施しており、法人としての総力を結集して人材育成に取り組んでいる。研修参加後は、サービス提供会議等で伝達研修を行い情報共有したり、報告書を研修センターに提出して成果を確認したりしている。

職員の働きがいをさらに向上させることを目指している
 管理者は職員の有給休暇や時間外勤務の状況を把握しており、有給休暇の取得を推進している。勤務状況をもとに改善に取り組み、円滑に勤務が継続できるように努めている。職員の健康管理については、定期健康診断、インフルエンザ予防接種などを実施したり、産業医と連携したりして職員の心身状況の把握に努めている。年2回個別面談も行っており、本人の希望や抱えている問題について耳を傾けて職員の意識を把握し、働きやすい環境整備に取り組んでいる。

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)

・事業計画における重点施策として、以下5項目を掲げて取り組んだ。

- ①地域向け介護者教室年4回開催
 - ②事業所マニュアル3件改定及び2件新規作成
 - ③ホームページのユニークビュー数毎月2000以上を目指す
 - ④毎月ホームページ更新数20以上及び通信の発行
 - ⑤病院や訪問看護・医師を招いて介護者教室開催1回/年
- ・ただし、コロナ禍において活動の制限を余儀なくされたため、以下の結果になった。
- ①実施できず。
 - ②新しいマニュアルは作成できなかった。
 - ③ユニークビュー数は、月によりばらつきがあった。内容に比例すると思われ、医療関連の内容は関心が高いと思われる。
 - ④20件届かない月もあったが、月末にアップ数を確認し17件以下にはならないようにした。
 - ⑤訪問医を中心に訪問看護・訪問PT・ケアマネージャーとの関係性が構築出来た。

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

・上記の結果を踏まえ、

- ①コロナ禍において、介護者教室の開催は出来なかったことを踏まえ、オンラインでの方法を今後は検討する。
- ②今年度は、業務マニュアルを再度更新した。次年度は2つ以上作成に取り組む。
- ③④ホームページや毎月発行している新聞等の広報を使って、事業所の取り組みを多くの方々に知ってもらえるように取り組む。
- ⑤今年度は医療関係者及びケアマネとの意見交換をオンライン上で定期的に行い、情報交換・意見交換を実施することが出来た。今後も目標達成に向けて継続して取り組む。

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)

・デイサービスの利用中だけにとどまらず、在宅生活を継続するために必要なちょっとした困りごとが存在する事を理解できたため、「在宅生活継続のために、生活に密着した公益型混合介護を実践していく」ことを目標として掲げて取り組んだ。具体的には、

①ケアマネジャーのアンケートを実施し、必要なサービスを抽出した。

②希望が多かったのは、入浴・夕食・延長サービス・送迎時の自宅内軽介助・買い物・通院時送迎・地域との交流等であった。

よって、上記の結果を基に、出来る事を開始。特に、送迎の送り出しが大変になってきた方や認知独居の方の送迎時には、自宅内まで入ってのお手伝いを実施した。

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い
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、今年度も公益型混合介護の取り組みを推進した。

①夕食・買い物・通院介助(通院後来所される利用者の病院迎えや通院のために早退する方の病院送りなど)を実施。

②拒否の強い方や認知症で準備が出来ない独居の方の自宅内介助をすることで、ご利用者のサービス継続へ繋げることも出来、家族やケアマネジャーから評価の声が聞かれたため、継続して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>事業所の情報は適切に公開されている 事業所の情報は、各種の媒体によって利用を希望する人々(利用者や家族)に提供されている。ホームページには活動状況や職員紹介などがピックアップ記事で掲載されており、詳しい情報提供になっていることがうかがえる。また、パンフレットはデイサービスの事務所に保管されており、希望者にはいつでも配布できるようにしている。各種の媒体はデイサービスの概要が分かりやすく簡潔に記載されており、年末をはじめ必要時に応じて見直しを行い、常に最新情報を提供できるようにしている。</p> <p>見学については柔軟に対応している 例年であれば問い合わせや見学は、管理者・主任・主事などを窓口として、いつでも対応することとしている。ただし、今年度も新型コロナウイルス蔓延防止対策の一環として、事業所入り口での見学対応としている。来訪者は少人数で来ていただき、検温・マスク・手指消毒なども徹底して対応することとしている。事業所内の細かい部分に関しては案内が困難なため、パンフレットによって説明を行うことにしている。見学記録は新規相談ファイルへ記述し、担当ケアマネジャーにも報告して連携を図っている。</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>サービス開始には契約書や重要事項説明書の丁寧な説明を心がけている</p> <p>デイサービスを利用するにあたっては、利用者の担当ケアマネジャーから紹介されるケースが多い。また事業所では、事前見学や体験利用後に利用の意思を確認することとしている。契約は管理者または相談員が、居住先で契約書・重要事項説明書を用いて説明を行うようにしており、サービス開始からサービス解約時までの流れを丁寧に説明することとしている。重要事項説明書の記載事項も合わせて説明し理解を促している。利用料金については、1～3割負担者の利用料金があり、分かりやすい形式になっていることがうかがえる。</p> <p>自宅での生活を継続できるような支援に力を入れている</p> <p>サービス開始前の事前訪問では、事前に担当ケアマネジャーから情報提供を受け、利用者の心身状況をはじめ意向や要望などを詳しく把握することとしている。内容としては、主に送迎方法や食事アレルギーの有無、歩行状態、全体的な介護量などが中心となっている。訪問後には事前訪問した担当者(管理者・相談員)が所定のアセスメントシートに内容をまとめ、職員へ情報提供を行うこととしている。サービス開始までに回覧ファイルで情報を提供して、昼ミーティングでも確認することとしている。</p> <p>サービス終了時には必要な情報を提供し、スムーズに移行ができるように努めている</p> <p>家族やケアマネジャーへの状況報告などによって連携を図り、利用者が1日も早く慣れるように取り組んでいる。昨年度のサービス終了者は、福祉施設への入所者8名、医療機関への入院者4名、他界5名、他事業所への変更者7名、その他3名になっている。サービス終了時には、サービス担当者会議などに参加して情報提供に努め、支援の継続性に取り組んでいる。福祉施設への入所などが多いため、家族からの依頼を受けた際には新たなサービス提供事業者へ情報を提供している。</p>			

評価項目1
定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している 評点(〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2
利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の介護計画を作成している 評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画を利用者にわかりやすく説明し、同意を得ている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直ししている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目3
利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している 評点(〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしくみがある	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目4
利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している 評点(〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ-3の講評

常に利用者の最新情報を把握できるようにしている
アセスメントは、事業所所定の書式を用いて定期的に見直しを取り組んでいる。初回アセスメントは事前訪問時の情報となり、キーパーソン・家族状況・介護保険情報・医療機関・医師からの注意事項・既往歴・生活背景・ADLなどを詳しく把握している。また、本人・家族の意向も適切に確認ができていくことがうかがえる。再アセスメントは相談員が担当し、確認時期はケアプランが更新されるタイミングとしている。利用開始前の利用者、家族の意向確認とアセスメントの内容を踏まえ、通所介護計画書の作成につなげている。

ケアプランやアセスメントをもとに通所介護計画書を適切に作成している
サービス利用にあたり、相談員が通所介護計画書の作成を行っている。ケアプランに明記されている「利用者や家族の主訴」、「総合的な支援方針」に加え、アセスメント情報を加味して作成することになっている。食事・入浴・排泄・送迎などに具体的な支援内容についても、詳しく記載されており分かりやすい内容になっていることがうかがえる。通所介護計画書は、相談員から家族へ説明を行った後に同意を得ることにして、今回行った利用者調査の結果からも、計画書については高い満足度が聞かれていた。

利用者の状態変化に適切に対応できる体制を整えている
利用中の様子や家族からの連絡事項、ケアマネジャーからの情報などはケース記録に記載し、業務日誌にも反映させることにしている。多職種が同一のケース記録に入力できる仕組みになっており、利用者の情報を総合的に把握することができる。また、朝のミーティングでは重要な事項を共有してボードにも記載することになっている。ミーティングに参加できなかった職員も利用者の状態などを把握できるように工夫している。利用者に変化があった場合は、利用日以降のミーティングでも、職員全員に浸透するまで繰り返し報告することになっている。

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>個人情報保護については十分に配慮されている</p> <p>個人情報の取り扱いについては、契約時に重要事項説明書を用いて利用者や家族へ説明し、同意を得ることになっている。主にホームページや広報誌における肖像権や関係事業所との情報共有について、本人や代理人から同意をもらう仕組みとしている。また、送迎時には送迎表を持ち歩くため、個人情報を紛失しないように車内からは持ちださないルールを徹底している。撮影した写真のSNSや広報誌への掲載については、「個人情報利用に関する同意の確認書」で利用者、家族から確認を取ることになっている。</p> <p>利用者のプライバシー保護については配慮されている</p> <p>法人の介護担当者会で作成したサービス提供マニュアルの中でプライバシー保護を基本姿勢としている。排泄、入浴などの場面に限らず、すべての場面においてマニュアルに沿って対応することを厳守している。入浴介助や排泄介助は、基本的にマンツーマンの同性介助を心がけ、肌の露出に注意した支援に努めている。毎日の昼ミーティング時ではリアルタイムなケア方法の検討などを行い、さらに『虐待防止チェックリスト』を全職員が行い、管理者へ提出することになっている。チェックリストは6ヵ月毎に実施し、過去を振り返りができる仕組みとなっている。</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している	○非該当	
サブカテゴリ-6の講評			
<p>オリジナルのマニュアルを設けており、見やすく誰もが分かりやすい形式になっている</p> <p>サービス提供マニュアルや業務手順書など、業務の標準化を図る仕組みを設けており、業務マニュアルはマニュアルファイルにファイリングしている。事務所入り口にある回覧ファイルと同じ棚に設置し、職員がいつでも確認できるようにしている。さらに、各種のマニュアルは、毎年12月に各セクションで見直しを行っている。白金スイーツ・入浴・日直業務・フロア業務・送迎・看護・電話対応など、実践に役立つツールが適切に揃えられている。さらに、見直しにあたっては、利用者アンケートや職員自己評価の結果なども参考にすることとしている。</p> <p>マニュアルの見直しにあたり利用者や職員の意見、提案を反映している</p> <p>各種のマニュアルに加え業務の標準化を図る仕組みとして、各種の会議体を適宜に開催している。事業所内では全体会議や相談員会議を毎月開催し、会議内容は回覧ノートを使用して職員への周知を図っている。さらに、感染症・食事・災害対策委員会などの法人内の委員会へも参加しており議事録の回覧や事業所内会議での報告によって情報を得ることができるようになっている。また、業務中の口頭による申し送り、適宜のミーティング開催などによっても業務の標準化を図る仕組みとしている。</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4	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>通所介護計画に沿った支援に取り組んでいる</p> <p>利用者ごとに通所介護計画を策定しており、生活課題に対して長期・短期の目標を設定し、具体的な支援の方法について明記している。通所介護計画書は相談員が作成しており、他職種へは口頭による説明、閲覧などによって伝え、計画書に基づいたサービスが提供できるようにしている。定められた手順に従ってケアマネジメントを行い、その人らしく自立した生活が営めるように通所介護計画書を作成し支援している。事前面談やアセスメント、ミーティングなどで利用者の状態を確認し、座席の工夫や活動の参加の促しなど一人ひとりに合わせた工夫をしている。</p> <p>細かい心配りを共有化し適切な支援に取り組んでいる</p> <p>送迎時の家族からの申し送り、連絡帳、電話連絡などにより、日々の状態を詳しく把握している。サービス担当者会議、月単位で持参しているサマリーによる報告、電話連絡などにより、居宅介護支援事業所との連携にも努めている。今回行った利用者調査の自由意見欄にも、事業所からの適切な連絡を評価する声が多く聞かれている。緊急時の対応を含め、適切な連絡が行われていることがうかがえる。家族や居宅介護支援事業所と連携して支援する取り組みが定着している。</p> <p>家族、デイサービス、居宅介護支援事業所間の情報共有のもとに支援を提供している</p> <p>デイサービスでは利用者の家庭での過ごし方などについても情報を収集し、家庭、デイサービス、居宅介護支援事業所間で情報共有できるようにしている。連絡帳についても重要な役割を果たしており、センターでの様子と家庭での様子とのやり取りによって連携を図れるようにしている。送迎時には、できる限り家族とコミュニケーションを図ることに力を入れており、情報を落とさずキャッチすることを心がけている。他にもケアマネジャーとのやり取りにおいても情報を収集し連携したケアを行っている。</p>				
2 評価項目2 利用者一人ひとりの状況に応じて生活上に必要な支援を行っている				
			評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目			
●あり ○なし	1.【食事の提供を行っている事業所のみ】 利用者の状況に応じて、食事時間が楽しくなるよう工夫している			○非該当
●あり ○なし	2.【入浴介助体制のある事業所のみ】 利用者の状況に応じて、入浴方法を検討し介助を行っている			○非該当
●あり ○なし	3. 排泄介助が必要な利用者に対して、一人ひとりに応じた誘導や排泄介助を行っている			○非該当
●あり ○なし	4. 利用者の心身の状況や家族の状況に応じて、安全に配慮した送迎方法を検討し対応している			○非該当
評価項目2の講評				
<p>利用者一人ひとりの状態に応じた食の提供がなされている</p> <p>アセスメントや日頃の喫食状況などをもとに、食事形態・禁忌・アレルギーなど利用者の状態に応じて選択して、適切に食事が摂取できるように食事箋を活用している。食事形態としては、米飯、軟飯、パン食などの主食と、常菜、一口大、刻み食、ペースト食などの副菜を用意しており、必要に応じて当日でも食事形態を変更できるようにしている。また、アレルギーや禁止食品、療養食などにも、細かく対応している。栄養士との情報共有も図られており、自助具や食器なども工夫している。</p> <p>安心・安全な入浴が提供できる仕組みが整っている</p> <p>入浴方法や浴槽の選択に関しては、希望や身体状況に合わせ、一般浴槽やリフト浴槽などの入浴設備で対応している。また、入浴ニーズが高いことから、1週間単位で入浴の上限回数を設けないようにしている。朝、到着時に看護師が血圧、体温、脈拍の測定と顔色、体調確認などの健康チェックを行い、連絡帳の記載事項を確認し、必要事項を申し送りボードに記載して入浴担当者、看護師と情報共有を図っている。入浴担当者は、皮膚状態の観察を行い、褥瘡や湿疹、傷などを確認した場合、すぐに看護師に報告することを徹底している。</p> <p>利用者一人ひとりに沿った排泄支援に取り組んでいる</p> <p>排泄介助を必要とする利用者の介助方法を記載した排泄表を設けており、介助方法などを統一(標準化)して行えるようにしている。職種間連携のもとに毎月排泄表を更新し、心身状況に合わせた介助を行えるようにしている。介護場面を観察した際にも、排泄表を使用し、無理なく排泄できるように支援している様子が確認できている。車イスの利用者も安全な排泄ができるように、間口も適切な幅が施されたトイレを整備している。手すりやナースコールも設置されており、安心して使用できるようになっている。</p>				

3 評価項目3 利用者の健康を維持するための支援を行っている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の心身の状況に応じた健康管理を行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などのしくみを整えている	○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>適切な情報収集により利用者に応じた健康管理体制を整えている 主治医や服薬内容、緊急連絡先などは利用開始時の面談で確認し、通所介護計画書などと合わせて個人台帳に綴じ込み共有できるようにしている。送迎時には家族とのコミュニケーションによって心身状況を確認し、到着後には連絡帳の記載事項を読み取り適切な支援が提供できるようにしている。さらに、通所ごとにバイタルサインのチェック、看護師による健康相談、月1回の体重測定により日頃の健康管理に努めている。普段と変化のある場合は、家族、主治医、介護支援専門員と連携し、疾病の早期発見に繋げることにしている。</p> <p>マニュアルに沿った服薬管理に努めている 通所の時間帯で内服薬や塗布薬、目薬などに与薬を必要とする利用者には、都度持参してもらうようにしている。送迎車への乗車時に確認することや、到着後に看護師が再度確認することをルール化している。服薬マニュアルに基づき、看護師が確認しながら服薬の介助をしている。看護師が利用者へ直接薬を手渡し、特に必要な利用者に対しては飲み込み確認まで行っている。尚、自宅で自己管理している利用者については、口頭での確認のみとして自主管理としている。</p> <p>緊急時には家族の指示を仰ぎながら対処することを原則としている 緊急対応マニュアルや緊急時の連絡先一覧表を整備し、さまざまな緊急時の対応を標準化することに努めている。利用者ごとに「緊急連絡先」を作成し、利用開始時に細かく確認を行うことを取り決めている。主治医や複数の家族の連絡先を把握して、万一の場合を想定した連絡体制を整備している。また、疲労が見受けられた場合には、静養ベッドや休憩コーナーのソファなど、休憩できる場所も適切に用意されている。AEDや吸引機を整備し緊急時に対応できるようにしている。</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>多職種が協働して、達成可能な個別機能訓練計画作りに取り組んでいる 事業所では要支援の利用者で、希望者のみ運動機能向上計画(個別の機能訓練計画)を作成している。作成にあたっては、ケアプランや通所介護計画に沿って一人ひとりに応じた個別の運動機能向上計画書を作成し、計画的に実施している。機能訓練指導員(理学療法士)は計画作成時には日常生活動作などを把握して自宅での生活に役立つ目標設定に取り組んでいる。計画は機能訓練指導員で作成している。定期的に評価・見直しに取り組み、新たな目標設定にも取り組んでいる。</p> <p>普段の生活の中でできるリハビリを取り入れている アセスメントを基に、自宅での生活も想定して機能訓練プログラムを作成している。例えば、トイレ誘導の際には立位の姿勢を保持してもらうなど、普段の生活の中でもできるリハビリを取り入れており、機能訓練指導員・看護師と連携しながら職員が支援している。また、玉輪投げ、宝探し、スクワッド、散歩など運動系のアイテムを充実させ、楽しみながら機能訓練が行えるようにしている。利用者調査の、「事業所での活動やリハビリは自宅での生活に役立っているか」の設問に関しても高い満足度を得ていた。</p> <p>管理規準を設けた福祉用具のメンテナンスを実施している 各種の福祉用具を取り揃え、必要に応じて事業所内で貸し出しを行っている。用具類のメンテナンスについては定期的に点検し、車イスについてはタイヤの空気圧、杖先のすべり止めのゴム、歩行器のブレーキなどを確認している。不具合があれば補充・交換・調節などで対応している。必要に応じて外部の専門事業者へ修理などを依頼している。効果効能表に加え、福祉用具の相談に関しては、看護師や機能訓練の担当者の意見も交えながら、適切な用具が選定できるように利用者や家族にもアドバイスを行うことにしている。</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(0000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

評価項目5の講評

職員一人ひとりが利用者と積極的に関わることを大切にしている

事業所では各種のプログラムを日々、「午前・午後別」に開催したり、「静と動の組み合わせ」にも配慮して、利用者の希望のもとに参加を促している。「ご利用のしおり」には代表的なプログラムや1日の流れを紹介したり、月末には翌月分のスケジュール表を配布して事前に伝えている。集団や個別の各種プログラムをはじめ、例年であればボランティア活動、理美容、歳時記にちなんだ行事や四季を楽しむ外出訓練など幅広い内容になっている。ただし、コロナ禍であることから、オンラインで合唱を聞くなどに余儀なくされている。

利用者が落ち着ける雰囲気づくりに努めている

活動の拠点であるデイルームは適切なスペースが確保されていることに加え、複合施設内の一角に位置していることから、リハビリ室、ロビーなどの周辺環境も整っている。デイルームにはソファや雑誌、新聞が自由に読めるようになっている。デイルーム内には個人用の座席に加え、いつでも休憩のできる環境を整えている。休憩を取る際に、過ごしたい場所で過ごせるようになっている環境作りは評価できる。

食堂やトイレなどの共用スペースは安全性や快適性に留意している

デイルームは適切なゾーニング作りに取り組んでおり、目的に応じたスペースを演出している。また利用者の動線や車イスの幅も確保されている。整頓されて清潔感のある安全な空間であることが、見学时にも確認できている。デイルーム、トイレ、廊下は外部の専門事業者が清掃を行っており、汚れていたらすぐ対応できるようにしている。床の水滴などにも注意して安全対策に取り組み、トイレや個室内には便座クリーナーを設置して、使用できるようにしている。

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(00)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

評価項目6の講評

連絡帳を通して、その日の利用者の様子を家族へ報告している

家族へ利用者の活動の様子を伝えている。広報紙は家族から好評である。連絡帳を活用し、家族へサービス実施状況や活動への参加状況、その日の様子を毎回報告している。状態変化やサービス内容、介護内容に変更があった場合には、担当ケアマネジャーへ随時、相談や連絡をしている。また毎月、職員がローテーションで作成し、事業所の活動状況を記載した広報誌『プラチナ通り』を発行しており、管理者が確認後に発送する流れとしている。担当ケアマネジャーに実績を送付する際に、広報紙と利用者の状況報告を送付している。

家族と事業所が一緒に利用者を支援する機会を設けている

例年であれば、行事などを行う際には、その都度チラシや案内を家族に配布しており積極的に参加を促している。家族やケアマネジャーの見学については、いつでも受け入れることを原則としており、一緒にプログラムなどへ参加してもらったり、行事開催時などに関しては家族の参加を呼びかけたりしている。事業所は、家族やケアマネジャーとの連携を充実させて利用者を支援していくことを基本としている。家族の見学はいつでも受け付けており、意向や要望を傾聴したり、重要な案件を伝える機会として連携を図ることに努めている。

7 評価項目7 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 地域のさまざまな機関や職種と協働し、地域の情報を収集して利用者の状況に応じた提供をしている	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者が地域のさまざまな資源を利用する機会を設けている	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者が職員以外の人と交流できる機会を確保している	○非該当
評価項目7の講評		
<p>地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している</p> <p>今年度も新型コロナウイルス感染症により、ボランティアを招いての交流や外出行事はできない状況だった。従来は、どんぐり公園へ出かけ、利用者と近隣の保育園児とで花の植え替えを行ったり、園児たちを事業所へ招いて歌の交流会をしたりもしてきた。花見や外食への外出行事、外部ボランティアを招いての歌や落語の披露も開催をしていた。現在は、オンライン中心へ切り替えを行い、楽器などの演奏を中心に楽しむ機会を提供している。多様化する利用者の課題解決に地域の専門職の協働が必要であると認識している。</p> <p>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</p> <p>複合施設として災害発生時の福祉避難所に指定されており、簡易ベッドの準備も複数台設けたり、事業所内での連絡網や避難経路の確認・地域の避難場所の確認などの災害発生時の連絡体制を整備したりしている。また、非常食と飲料水は、利用者・職員分で3日分の貯蓄を用意し、BCPマニュアルも策定している。さらに、多様化する利用者の課題解決に地域の専門職の協働が必要であると認識しており、地域包括ケアシステムの推進に努めている。</p>		

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-1-1	利用希望者等に対してサービスの情報を提供している
タイトル①	地域の関係機関などへの情報提供を充実させている	
内容①	<p>保険者である港区には定期的に運営状況を報告しており、毎月の事業所実績を所定の書式を用いて届けることにしている。また、利用者の紹介元である地域包括支援センターや約20か所の居宅介護支援事業所には、毎月月初に前月分の実績や利用者の状況を報告することになっている。その際に広報紙やパンフレットを持参し、事業所の空き状況などを伝えて連携を図ることになっている。コロナ禍の影響によって、デイサービスの利用控えがある中で、居宅介護支援事業所への情報提供を充実させたことで、利用者の紹介につながるなどの成果も報告されている。</p>	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-2	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②	利用者の個別状況に配慮した送迎に取り組んでいる	
内容②	<p>送迎車には必ず添乗職員を同乗させており、家族からの申し送りを受けたり、乗車中の利用者の安全確保に取り組み円滑な送迎がなされるようにしている。また、添乗職員の判断によってステップ乗車か車いす乗車かを選択したり、車酔いがあるなどの身体状況を配慮して、より快適な送迎に取り組んでいる。利用者の負担軽減を図るために、乗車時間を最小限にできるよう配慮して送迎ルートを作成している。送迎表には個別の対応を記載し、職員が適切な支援を提供できるようにしている。</p>	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-4-5	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
タイトル③	1日が快適に過ごせるような環境作りに取り組んでいる	
内容③	<p>日常的な活動はデイルーム中心としているが、趣味活動を行う際にはゆったり室や多目的室など別室を使用し、落ち着いて活動できるようにしている。また、デイルームで多種の活動を行う際には、必要に応じてパーテーションなどで仕切り、活動に集中できる環境作りに取り組んでいる。デイルームや廊下などにもソファを設置し、リラックスできる環境を整えている。利用者の座席の位置取りに関しても、心身状況に配慮したグルーピングを行い、安全確保にも配慮されている。</p>	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	「その人らしく」過ごしてもらうことを大切にしている
	内容	1日の中で決められたプログラムを除いては、時間的な制約を設けておらず、自由に過ごしてもらえるようにしたり、自宅での生活の延長になるように配慮したりしている。利用者調査の自由意見欄には、自宅で行っていた趣味活動を継続して楽しんでいる声も聞かれている。また、利用期間中に新たな要望などを受け付けた際には、家族やケアマネジャーの確認を取り、同意を得た上で迅速に対処している。苦情や要望、ヒヤリハットや事故などについては、報告書を定め迅速に対処することに取り組んでいる。
2	タイトル	できる状況でできることを最大限探して実行に移すことに力を入れている
	内容	新型コロナウイルス感染症に翻弄される年度ではあるが、比較的安定した利用実績が保っていた。感染症対策を徹底した成果といえる。うがい手洗いはもちろんのこと、各テーブルにシールドを設置し、マスク・消毒対応も力を入れている。また、人流を抑制するため、ボランティアは呼べないが、外部のオンラインプログラム(歌・演奏など)などを取り入れたことによって、利用者の楽しさを出来る限り継続させることにも取り組んでいる。今後でもできる幅を増やしていきたいとしている。
3	タイトル	管理者は職員とのコミュニケーションに力を入れ事業所運営をリードしている
	内容	本年度新たに赴任した管理者(所長)は事業所内の定例会議(常勤会議)や昼ミーティングなどに機会を通じて、日々の具体的な実務を把握している。また、法人内デイサービスの統括責任者が出席するエリア会議(法人内デイサービス近隣3事業所)に管理者が出席しており、法人の決定事項や経営状況などを把握したり、当該事業所の運営状況を報告するなどして指導・助言を受けられるようになってる。管理者はそれらを通じて収集した情報などをもとに定例会議において事業の方向性を示唆して事業所運営をリードしている。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	さらなる利用率の向上を図ることを目指している
	内容	地域の約20か所の居宅介護事業所からの紹介を受けており、さらに毎月空き状況などをFAXで送信し、利用希望者の獲得にも取り組んでいる。各種の媒体を取り揃え、適切な広報体制になっていることがうかがえる。利用率については、コロナ禍の影響によって、デイサービスの利用控えがある中で、居宅介護支援事業所への情報提供を充実させたことで、利用者の紹介につながるなどの成果も報告されている。訪問調査時点で、概ね1日27~28名の利用に回復している。さらに、新規の利用者の獲得につながる積極的な情報提供を目指している。
2	タイトル	「行けば安心」という事業所を目指している
	内容	今年度は、新型コロナウイルス感染症による影響でサービス利用減少が懸念されたが、努力が実って安定している実績が残っている。しかし、コロナ禍の恐怖から利用を休む利用者がいることも確かである。事業所として、感染症対策の徹底をはじめ、ここへ来ることで逆に安心感が提供できる体制づくりをしていきたいとの抱負がある。「行けば安心」ということを、どのように分かりやすく利用者、家族、居宅介護支援事業所などに広報するか、と言った視点で整理し次年度へ繋げられたい。
3	タイトル	事業所の特長を明確にし、さらにサービス内容をステップアップさせることを目指している
	内容	事業所は特別養護老人ホームと併設しており、併設事業であるショートステイとも連携を図りながら高齢者が地域での生活を円滑に継続できるようなサービス提供に力を入れている。職員のスキルやモチベーションも高く、利用者本位のサービス提供がなされていることもうかがえる。ただしその反面、特長が捉えにくい側面があることも否めない。タイトな人員体制の中で一定以上のサービス提供がなされていることは高く評価できるが、さらに職員間での話し合いを充実させ、事業所の特長を職員一人ひとりが認識できるようなマネジメントを構築していきたい。