

## 東京都福祉サービス第三者評価 評価結果

### 評価結果基本情報

評価年度	平成27年度
サービス名称	通所介護【デイサービス】
法人名称	社会福祉法人台東区社会福祉事業団
事業所名称	台東区立あさくさ高齢者在宅サービスセンター
評価機関名称	公益社団法人 長寿社会文化協会

### コメント

利用者調査はアンケート方式で実施し、回答は評価機関宛てに直接郵送返信にて回収した。事業評価は、事前にパンフレットや前年の事業報告書、今年の事業計画書等で事業状況を把握した。評価者は別の曜日の送迎車に同乗し観察した。訪問調査では評価者3名で事業プロフィールや経営層合議用資料に基づき、施設長及び担当係長や主任、栄養士、機能訓練士、看護師に聞き取りし、実践の記録等も確認した。同日、事業所の設備見学や利用者の昼食に同席し、相互の交流、服薬等の様子を観察した。報告の作成は評価者3名で合議により第三者性の確保に努めた。

#### (内容)

- I 事業者の理念・方針、期待する職員像
- II 全体の評価講評
- III 事業者が特に力を入れている取り組み
- IV 利用者調査結果
- V 組織マネジメント項目（カテゴリー1～5、7、8）
- VI サービス提供のプロセス項目

公益財団法人東京都福祉保健財団

Copyright©2003 Tokyo Metropolitan Foundation of Social Welfare and Public Health. All Rights Reserved.

## I 事業者の理念・方針、期待する職員像

1	<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>
	事業者が大切にしている考え方（事業者の理念・ビジョン・使命など） 1) 高齢者の方が住みなれた街で安心して暮らし続けるようにお手伝いします。 2) 支え合いの地域社会実現のため、地域に開かれた施設づくりを目指します。 3) 区民から信頼される施設として、自律ある健全な施設運営を目指します。 4) 利用者本位のサービス提供を行います。 5) 地域福祉機能の充実。
2	<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>
	(1) 職員に求めている人材像や役割 専門職としての価値観と知識と技術の体系を基盤に有していること。 常に目の前の現実に向き合い、仕事に取り組めること。  (2) 職員に期待すること（職員に持つて欲しい使命感） ご利用者に共感を持ってどこまでも近づいていこうとする姿勢を保つこと。 地域社会の中での施設の役割、地域社会の一員としてのご利用者支援を追及していくこと。

## II 全体の評価講評

### 全体の評価講評

#### 特に良いと思う点

	<b>ボランティアや地域の子供たちとの交流により在宅での地域の助け合いの拡大に繋がっている</b>
1	施設は長年の実績により2世代目の利用者も増えており、地元との関係は固いものになっている。地域ボランティアは積極的に受け入れ（年間数百人）、日々の活動プログラムの講師（民謡、演奏、ネイルアート等）及び寄り添い支援等で利用者と触れ合っている。幼稚園や小学校・子供クラブとの交流も頻繁におこない、世代間の顔見知りが増えている。利用者や家族同士は学校や知人等でつながっており、サービス利用をきっかけに在宅での地域の助け合いの拡大に繋がっている。
2	<b>送迎にはそれぞれ9便を配置して、短時間の乗車で利用者の身体に負担がかからないように配慮している</b>
2	利用者のニーズに応え3種類の時間帯のサービスを提供しており、送迎もこれに対応して迎え9便、送り9便ときめ細かく行っている。当日出欠席者を把握した送迎表を作成して分刻みで送迎が行われ、乗車時間は長くて30分弱で利用者の体に負担がかからないように配慮されている。送迎表には利用者ごとに必要な介助（車いす・シルバーカー・ヘルパー対応・電話）が記入されていて、適切な支援ができるようになっている。運転手は専任で委託しており、送迎の合間に利用者と過ごし、馴染みの関係ができて運転の確かさと共に利用者の安心に繋がっている。
3	<b>マニュアル整備や会議・委員会体制及び職層別研修等の努力によりサービスの向上を図っている</b>
3	法人共通のマニュアルと事業所の業務マニュアルを整備し、委員会活動により定期的に見直している。利用者や家族の意向は利用者満足度調査はじめ、日常的な連絡帳や会話で把握している。職員研修は職層別に計画的に実施され、基礎研修では幹部職員も講師になっている。幹部研修では係長・相談員を対象に「スーパービジョン」研修が定期的に実施され、日常的な職員の指導助言体制を強化して、即日の問題解決などサービスの向上を図っている。

#### さらなる改善が望まれる点

	<b>人員不足への対策として地域のマンパワーなどを活用する工夫も望まれる</b>
1	今年度は、退職者の補充および利用者の入浴希望への対応として営業時間の延長による人員不足が生じて、現職員の負担増加が課題となっている。当施設の各事業は連携して地域ネットワークを構築しており、地域への認知症研修はじめ、地域とともに支える在宅介護活動に取り組んでいる。今後、更に介助ボランティアの導入など地域のマンパワーの活用などによる協力を得る工夫も望まれる。
2	<b>日常生活の自立支援にむけた機能訓練について成果を共有できる機会や報告の工夫が望まれる</b>
2	在宅生活での日常動作の向上を目的にたてた利用者個別の機能訓練計画にもとづき、月曜日から土曜日まで午前中に機能訓練を実施している。理学療法士、作業療法士、看護師が機能訓練指導員として指導にあたり、歩行や段差昇降、排泄や入浴、食事や衣服の着脱等、目標を定めての訓練指導に、利用者の7～8割が前向きに参加している。今回のアンケートでは訓練希望が散見され、本人や家族と成果を共有できる機会や報告の工夫が望まれる。
3	<b>当施設のホームページにおいて高齢者在宅サービスセンターの閲覧を可能にするなど、更なる工夫が望まれる</b>
3	事業所名で検索すると当施設のホームページの中の当事業所の紹介ページが閲覧できる。メニューには「お知らせ」や「スタッフ日記」、「行事」など、写真を掲載して紹介されている。玩具療法の実践報告会や施設合同での研修・防災訓練、特別養護老人ホームでの行事等は混在しており、事業所別の閲覧や印刷は困難になっている。高齢者在宅サービスセンターの毎月のプログラム予定や活動の様子など、利用者や家族、関係者及び広く一般への発信の工夫が望まれる。

### III 事業者が特に力を入れている取り組み

	<p>★ 地域の高齢者在宅サービスの拠点として認知症事例検討会や玩具療法にも取り組んでいる</p>
1	<p>施設にある他の事業所の職員とともに地域の介護事業所や関係機関に呼び掛けて、合同で認知症ケアのワークショップ型事例検討会を年6回開催している。また、当事業所職員が地域包括センターと合同で認知症高齢者の家族・介護者の集いを開催して、認知症の介護相談を定例で実施している。今後の増加が予想される認知症高齢者を地域で支える活動に積極的に取り組んでおり、玩具福祉学会と連携して玩具療法の実践もおこなっている。</p>
	<p>関連評価項目(事業所の機能や福祉の専門性をいかした取り組みがある)</p>
	<p>★ 職層別研修の実施および業務の平準化によるサービス向上に取り組んでいる</p>
2	<p>当施設で計画される年間の職員研修は、基礎、中級、幹部用と目的を明らかにして職層別に計画され、全職員の学習の場となっている。基礎研修では新人研修、2年目研修、全職員研修があり幹部職員が講師にもなっている。幹部研修では年4回の係長・相談員を対象に「スーパービジョン研修」が実施され、職員への日常的な指導助言体制を強化している。また、安全確保対応マニュアルの共有や環境整備の徹底により、業務の平準化によるサービスの向上へ力を入れて取り組んでいる。</p>
	<p>関連評価項目(さまざまな取り組みにより、業務の一定水準を確保している)</p>
	<p>★ 理学療法士と作業療法士を中心となり家庭での生活動作を支援する機能訓練に努めている</p>
3	<p>理学療法士と作業療法士を中心となり家庭環境における生活動作を可能とする機能訓練に取り組んでいる。事業所は利用者の維持的リハビリテーションを強化しており、月曜から土曜まで午前中に機能訓練を実施している。機能訓練指導員は理学療法士、作業療法士、看護師が担当して、利用者の状況を評価し、歩行能力の再獲得など目標にむけて個別機能訓練計画を作成している。利用者が自主的な訓練もできるように工夫している。</p>
	<p>関連評価項目(利用者の生活機能向上や健康増進を目的とした機能訓練サービスを工夫し実施している)</p>

## IV 利用者調査結果

### 調査概要

**調査対象：**サービスの利用者で要介護1以上の介護認定を受けている人を調査対象とした。

**調査方法：**アンケート方式

全利用者にアンケートを配布した。回収には返信用封筒を使って直接評価機関宛てに郵送する方法で調査を実施した。

利用者総数	93人
アンケートや聞き取りを行った人数	93人
有効回答者数	71人
回答者割合 (%)	76.3%

### 総括

利用者調査は、利用者本人へのアンケート実施とあわせて送迎車利用や昼食に同席して利用者の様子を観察した。アンケート回答71件のうち16件は家族が本人の気持ちを推察して記入している。本人の年齢は65歳未満が1名、65歳～75歳未満5名、75歳～85歳未満22名、85歳～90歳未満24名、90歳以上15名、不明4名だった。男女別では男性23名、女性44名で不明が4名、介護度は要介護1が19名、要介護2が28名、要介護3が9名、要介護4が7名、要介護5が1名、不明7名だった。利用年数は、1年末満10名、1年～3年末満27名、3年～5年末満18名、5年～10年末満7名、10年以上3名、不明6名だった。総合的満足感は満足が47.9%で大変満足の35.2%を加えると83.1%と高く、不満の回答が1名であった。自由記述には「感謝している」「不安が解消される」「ありがとう」の多くの言葉のほかに、「合唱等歌う機会が欲しい」「多少無理にでも運動させて欲しい」「おやつを有料でも出して欲しい」「職員が不足と思う」等の意見や要望があった。

### 利用者調査結果

#### 1. 利用時の過ごし方は、個人のペースに合っているか

はい	58人	どちらともいえない	9人	いいえ	2人	無回答・非該当	2人
----	-----	-----------	----	-----	----	---------	----

「はい」が81.7%、「どちらともいえない」が12.7%、「いいえ」が2.8%と「無回答・非該当」は2.8%だった。自由意見には、「楽しい」と「早く帰りたいようです」の記述があった。

#### 2. 食事の献立や食事介助は満足か

はい	63人	どちらともいえない	5人	いいえ	1人	無回答・非該当	2人
----	-----	-----------	----	-----	----	---------	----

「はい」が88.7%、「どちらともいえない」が7.0%、「いいえ」が1.4%と「無回答・非該当」は2.8%だった。自由意見には、「美味しい」と「量が少ないらしい」の記述があった。

#### 3. 利用者が必要と感じた介助が提供されているか

はい	63人	どちらともいえない	8人	いいえ	0人	無回答・非該当	0人
----	-----	-----------	----	-----	----	---------	----

「はい」が88.7%、「どちらともいえない」が11.3%、「いいえ」と「無回答・非該当」は0%だった。自由意見には、「良くしてくれる」の記述があった。

#### 4. 利用中の楽しみな行事や活動があるか

はい	45人	どちらともいえない	18人	いいえ	4人	無回答・非該当	4人
----	-----	-----------	-----	-----	----	---------	----

「はい」が63.4%、「どちらともいえない」が25.4%、「いいえ」と「無回答・非該当」は5.6%だった。自由意見には、「ボランティアが良い」「歌や折り紙」「何事も楽しみ」と「家に居たいらしい」の記述があった。

#### 5. 個別プランに基づいた事業所の活動・リハビリは、家の生活に役立つか

はい	45人	どちらともいえない	22人	いいえ	1人	無回答・非該当	3人
----	-----	-----------	-----	-----	----	---------	----

「はい」が63.4%、「どちらともいえない」が31.0%、「いいえ」が1.4%と「無回答・非該当」は4.2%だった。自由意見には、「風呂が良い」「わからない」と「リハビリはないうようで欲しい」の記述があった。

#### 6. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか

はい	62人	どちらともいえない	7人	いいえ	2人	無回答・非該当	0人
----	-----	-----------	----	-----	----	---------	----

「はい」が87.3%、「どちらともいえない」が9.9%、「いいえ」が2.8%と「無回答・非該当」は0%だった。自由意見はなかった。

#### 7. 職員の接遇・態度は適切か

はい	64人	どちらともいえない	7人	いいえ	0人	無回答・非該当	0人
----	-----	-----------	----	-----	----	---------	----

「はい」が90.1%、「どちらともいえない」が9.9%、「いいえ」と「無回答・非該当」は0%だった。自由意見には、「浅草らしい言葉遣いが良い」「とても良い」と「自由だ」の記述があった。

#### 8. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか

はい	59人	どちらともいえない	7人	いいえ	0人	無回答・非該当	5人
----	-----	-----------	----	-----	----	---------	----

「はい」が83.1%、「どちらともいえない」が9.9%、「いいえ」が0%と「無回答・非該当」は7.0%だった。自由意見には、「良くしてくれる」と「経験ないので何とも言えない」の記述があった。

#### 9. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか

はい	45人	どちらともいえない	16人	いいえ	0人	無回答・非該当	10人
----	-----	-----------	-----	-----	----	---------	-----

「はい」が63.4%、「どちらともいえない」が22.5%、「いいえ」が0%と「無回答・非該当」は14.1%だった。自由意見には、「そんな事がない」の記述が多数あった。

#### 10. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか

はい	64人	どちらともいえない	7人	いいえ	0人	無回答・非該当	0人
----	-----	-----------	----	-----	----	---------	----

「はい」が90.1%、「どちらともいえない」が9.9%、「いいえ」と「無回答・非該当」は0%だった。自由意見はなかった。

#### 11. 利用者のプライバシーは守られているか

はい	57人	どちらともいえない	9人	いいえ	0人	無回答・非該当	5人
----	-----	-----------	----	-----	----	---------	----

「はい」が80.3%、「どちらともいえない」が12.7%、「いいえ」が0%と「無回答・非該当」は7.0%だった。自由意見には、「何事も話す」「プライバシーはあまりない」と「分からぬ」の記述があった。

#### 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

はい	51人	どちらともいえない	12人	いいえ	2人	無回答・非該当	6人
----	-----	-----------	-----	-----	----	---------	----

「はい」が71.8%、「どちらともいえない」が16.9%、「いいえ」が2.8%と「無回答・非該当」は8.5%だった。自由意見には、「要望はない」と「今まで良い」の記述があった。

#### 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

はい	53人	どちらともいえない	14人	いいえ	1人	無回答・非該当	3人
----	-----	-----------	-----	-----	----	---------	----

「はい」が74.6%、「どちらともいえない」が19.7%、「いいえ」が1.4%と「無回答・非該当」は4.2%だった。自由意見には、「説明は良かった」と「サービスは良い」の記述があった。

**14. 利用者の不満や要望は対応されているか**

はい	56人	どちらともいえない	11人	いいえ	0人	無回答・非該当	4人
----	-----	-----------	-----	-----	----	---------	----

「はい」が78.9%、「どちらともいえない」が15.5%、「いいえ」が0%と「無回答・非該当」は5.6%だった。自由意見には、「無理だと思う」と「不満要望は無い」の記述があった。

**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**

はい	48人	どちらともいえない	17人	いいえ	1人	無回答・非該当	5人
----	-----	-----------	-----	-----	----	---------	----

「はい」が67.6%、「どちらともいえない」が23.9%、「いいえ」が1.4%と「無回答・非該当」は7.0%だった。自由意見には、「初めに聞いた」「職員全員良い」と「そういう事がないので分からぬ」の記述があった。

## V 組織マネジメント項目（カテゴリー1～5、7、8）

※実施あり：○、実施なし：×、非該当：-

カテゴリー1 リーダーシップと意思決定		
サブカテゴリー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		実施状況
	評価項目1 標準項目1	事業所が目指していること（理念、基本方針）を明確化・周知している
	標準項目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）を明示している
	標準項目3	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
	標準項目4	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
	評価項目2 標準項目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）を明示している
	標準項目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、職員の理解が深まるような取り組みを行っている
	評価項目3 標準項目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）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
	標準項目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
	標準項目3	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
講評		
基本理念・基本方針は事業計画・ホームページ等に明記され、館内にも掲示されている		
運営法人の基本理念は（1）高齢者が住み慣れた街で安心して暮らし続ける手伝い（2）支えあいの地域社会実現のため地域に開かれた施設づくり（3）区民から信頼される施設として自律ある健全な施設運営を掲げている。①利用者本位のサービス提供②地域福祉機能の充実③透明性、信頼性の確保④事業団らしさの発揮⑤自立的、効率的運営の推進が基本方針として、事業計画やホームページ及びパンフレットなどに明記されている。また、館内の掲示板や会議スペースなどにも掲示され周知が図られている。		
運営方針は毎年事業計画としてまとめられ、配布して関係者に周知されている		
当施設はデイサービス以外にも特養、ショートステイ、訪問介護、居宅介護支援、それに地域包括支援センターの事業を複合的に展開している。近隣にあるサテライト施設の千束を加えた施設全体としての事業計画が小冊子の形で取りまとめられ、ホームページでも閲覧できる様になっている。この事業計画では当事業所の中長期計画、運営方針、運営の柱、事業内容、今年度の取り組みの他、組織・職務分担、地域との連携、防災計画、労働安全、職員研修と人材育成等が記載され、経営・リーダー層の考え方をはじめ関係者に周知されている。		
重要な案件について決定する手順が決められており、その結果の周知徹底が図られている		
施設全体としての重要な案件の意思決定手順が決められている。当事業所の職員会議や調整会議で検討された課題が施設全体のメンバーが集まるスタッフミーティングで討議され、最高意思決定会議である施設運営会議で方針決定される。同会議の内容や結果については、事業所の職員会議で報告されると共に、施設運営会議録は回覧して職員への周知徹底が図られている。		

※実施あり：○、実施なし：×、非該当：-

カテゴリー2 経営における社会的責任			
サブカテゴリー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			
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・倫理などを周知している	実施状況
標準項目1		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）などを明示している	○
標準項目2		全職員に対して、守るべき法・規範・倫理（個人の尊厳）などの理解が深まるように取り組んでいる	○
評価項目2		第三者による評価の結果公表、情報開示などにより、地域社会に対し、透明性の高い組織となっている	実施状況
標準項目1		第三者による評価の結果公表、情報開示など外部の導入を図り、開かれた組織となるように取り組んでいる	○
標準項目2		透明性を高めるために、地域の人の目にふれやすい方法（事業者便り・会報など）で地域社会に事業所に関する情報を開示している	○
サブカテゴリー2 地域の福祉に役立つ取り組みを行っている			
評価項目1		事業所の機能や福祉の専門性をいかした取り組みがある	実施状況
標準項目1		事業所の機能や専門性は、利用者に支障のない範囲で地域の人に還元している（施設・備品等の開放、個別相談など）	○
標準項目2		地域の人や関係機関を対象に、事業所の機能や専門性をいかした企画・啓発活動（研修会の開催、講師派遣など）を行っている	○
評価項目2		ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明確にし、体制を確立している	実施状況
標準項目1		ボランティアの受け入れに対する基本姿勢を明示している	○
標準項目2		ボランティアの受け入れ体制を整備している（担当者の配置、手引き書の作成など）	○
標準項目3		ボランティアに利用者のプライバシーの尊重やその他の留意事項などを伝えている	○
評価項目3		地域の関係機関との連携を図っている	実施状況
標準項目1		地域の関係機関のネットワーク（事業者連絡会など）に参画している	○
標準項目2		地域ネットワーク内での共通課題について、協働して取り組めるような体制を整えている	○
<b>講評</b>			
<b>福祉サービスに従事する者の守るべき法・規範・倫理を周知徹底している</b>			
事業計画に倫理綱領やコンプライアンスルールを明示している。その中で「介護保険施設及び介護サービス事業におけるコンプライアンスルールとは単に法令の遵守と最低基準を守るだけのルールではなく、利用者の基本的人権を侵害することなく、利用者一人ひとりのニーズにこたえるサービス提供を行うことである」との考え方を徹底させている。年度初めの施設内研修会に於いては毎年全職員を対象に虐待・権利擁護・関係法令などの内容を盛り込んだ研修が行われ、福祉サービスに従事する者の「基本」の周知徹底がなされている。			
<b>事業所の機能や専門性を生かした地域との交流や研修活動を積極的に行っている</b>			
地域の福祉拠点の活動として施設全体で「街づくり懇談会」を年2回開催している。地元町会、民生委員、医師、社協、介護事業所など様々な分野の参加を得ており、回を重ねるにつれて参加者同士の相互理解が深まり地域連携ネットワークが形成されている。また、当施設で行っているワークショップ型認知症研修は地域や介護事業所へ拡大して参加を募っている。施設および事業所で取り組んでいる玩具療法について玩具福祉学会で実践報告するなど積極的に活動している。更には地域福祉の人材育成の観点から介護職員初任者研修に講師を派遣している。			
<b>ボランティアを積極的に受け入れ、活動プログラムの講師や生活支援に協力を得ている</b>			

ボランティア受け入れは積極的に取り組み、当事業所では年間数百人の協力を得ている。ボランティア受け入れ規程やマニュアルは整備されており受入れ体制を整えている。民謡、演奏、ネイルアート等の講師として活動プログラムへの協力の他、寄り添いや見守りなど支援も行っている。又、活動受け入れの際にはボランティア活動の確認書、誓約書、ボランティア保険加入などの説明の上、書面で契約を取り交わしている。

カテゴリー3 利用者意向や地域・事業環境の把握と活用			
サブカテゴリー1 利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用している			
評価項目1	利用者一人ひとりの意向（意見・要望・苦情）を多様な方法で把握し、迅速に対応している（苦情解決制度を含む）		実施状況
<b>標準項目1</b>		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	○
<b>標準項目2</b>		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	○
評価項目2	利用者意向の集約・分析とサービス向上への活用に取り組んでいる		実施状況
<b>標準項目1</b>		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を把握することに取り組んでいる	○
<b>標準項目2</b>		事業者が把握している利用者の意向を取りまとめ、利用者から見たサービスの現状・問題を把握している	○
<b>標準項目3</b>		利用者の意向をサービス向上につなげることに取り組んでいる	○
評価項目3	地域・事業環境に関する情報を収集し、状況を把握・分析している		実施状況
<b>標準項目1</b>		地域の福祉ニーズの収集（地域での聞き取り、地域懇談会など）に取り組んでいる	○
<b>標準項目2</b>		福祉事業全体の動向（行政や業界などの動き）の収集に取り組んでいる	○
<b>標準項目3</b>		事業所としての今後のあり方の参考になるように、地域の福祉ニーズや福祉事業全体の動向を整理・分析している	○

## 講評

## 苦情・相談の受付窓口と対応の流れが施設内の各所に掲示されている

利用者の苦情や相談がある場合、施設内の窓口担当の他、運営法人や台東区の窓口の連絡先が明示されている。また、施設長を長とする「施設内対策委員会」が設置され、状況把握、対応協議、改善などの指導を行う、「施設内対策委員会」で対応しきれない案件の場合は区の社会福祉事業団本部の関係職員を中心とした「事業団苦情対応委員会」が開催されるなどの対応の流れを説明したものが館内各所に掲示されている。また、台東区の介護相談員制度も受け入れており、利用者が相談員に直接相談できる機会が持てるなどの体制も整備されている。

## 利用者アンケート調査を実施し、利用者の意向把握をサービス向上のために活用している

年に1回、利用者とその家族に対してアンケート調査が実施され、利用者の当事業所のサービスに対する満足度や意向の把握に努めている。アンケート調査の結果は在宅サービスセンターの職員会議やミーティングで検討されサービスの向上に反映させるような仕組みになっている。調査結果では最近、入浴や外出、レクリエーションへの要望が高いことが把握され、その面での改善案作成が実行されている。また、個別に対応すべき苦情や相談にはには即対応で解決にあたっている。

## 施設が中心となり地域の福祉ニーズの情報収集に積極的に取り組んでいる

当施設の職員が中心となり運営している「街づくり懇談会」や認知症の家族を持つ介護者の集いを通じて地域住民から直接的に福祉サービスのニーズを聞く機会を持っている。この事は当施設が利用者だけのためでなく、福祉サービスの地域拠点としての情報発信の拠点として機能していることの現れである。また、東京都社会福祉協議会や区内の特別養護老人ホーム施設長会等を通じて地域の福祉事業の動向や行政や業界の動きの情報収集にも積極的に取り組んでいる。

※実施あり：○、実施なし：×、非該当：-

カテゴリー4 計画の策定と着実な実行			
サブカテゴリー1 実践的な課題・計画策定に取り組んでいる			
	評価項目1	取り組み期間に応じた課題・計画を策定している	実施状況
	標準項目1	理念・ビジョンの実現に向けた中・長期計画を策定している	○
	標準項目2	年度単位の計画を策定している	○
	標準項目3	短期の活動についても、計画的（担当者・スケジュールの設定など）に取り組んでいる	○
	評価項目2	多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している	実施状況
	標準項目1	課題の明確化、計画策定の時期や手順があらかじめ決まっている	○
	標準項目2	課題の明確化、計画の策定にあたり、現場の意向を反映できるようにしている	○
	標準項目3	計画は、サービスの現状（利用者意向、地域の福祉ニーズや事業環境など）を踏まえて策定している	○
	標準項目4	計画は、想定されるリスク（利用者への影響、職員への業務負担、必要経費の増大など）を踏まえて策定している	○
	評価項目3	着実な計画の実行に取り組んでいる	実施状況
	標準項目1	計画推進の方法（体制、職員の役割や活動内容など）を明示している	○
	標準項目2	計画推進にあたり、より高い成果が得られるように事業所内外の先進事例・失敗事例を参考にするなどの取り組みを行っている	○
	標準項目3	計画推進にあたり、目指す目標と達成度合いを測る指標を明示している	○
	標準項目4	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	○
サブカテゴリー2 利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる			
	評価項目1	利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる	実施状況
	標準項目1	利用者の安全の確保・向上を図るため、関係機関との連携や事業所内の役割分担を明示している	○
	標準項目2	事故、感染症、侵入、災害などの事例や情報を組織として収集し、予防対策を策定している	○
	標準項目3	事故、感染症、侵入、災害などの発生時でもサービス提供が継続できるよう、職員、利用者、関係機関などに具体的な活動内容が伝わっている	○
	標準項目4	事故、感染症、侵入などの被害が発生したときは、要因を分析し、再発防止に取り組んでいる	○
講評			
年度毎に多角的な視点から課題を抽出した年度計画を立てている			
施設として各事業毎の課題と運営方針を取りまとめた年度計画を立てそれを小冊子化している。年度計画には既に策定されている中期計画に基づいて在宅サービス事業の本年度の運営方針や取り組みテーマが記載されている。この年度計画策定に当たっては、各種懇談会や利用者アンケート、苦情や要望の情報などの利用者・家族の意見、施設内部の職員会議や各種委員会の意見を反映させた計画となっている。			
計画の推進・実行及びその進捗状況の確認の仕組みができている			
年度計画の推進・実行にあたって、当施設の組織及び職務分担、職種別職務分担概要が制定されており各人の役割期待が明確になっている。また、意思形成の流れや各種会議の運営・内容も事業計画に明記されており、計画の推進・実行について職員全員の情報が共有化されている。在宅サービスセンター内の会議を経た後、計画の進捗状況や数値目標と実績との確認は月2回開催される施設運営会議の場で行われている。			

**利用者の安全確保のための体制がとられ防災訓練も毎月実施されている**

施設内に於いて感染症対策委員会・防災委員会・リスクマネジメント委員会など横断的な組織が作られ、利用者の安全確保の体制が取られている。リスクマネジメント委員会では緊急時対応、誤薬防止、誤嚥防止、転倒・骨折防止やヒヤリハット事例の検討などが行われている。また、火災や地震の災害から利用者の安全を確保すべく、町会や消防署の協力も得ながら年間防災計画を策定の上、毎月訓練を行っている。

カテゴリー5 職員と組織の能力向上						
サブカテゴリー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・育成に取り組んでいる						
評価項目1		事業所にとって必要な人材構成にしている		実施状況		
		標準項目1 事業所の人事制度に関する方針（人材像、職員育成・評価の考え方）を明示している		<input type="radio"/>		
		標準項目2 事業所が必要とする人材を踏まえた採用を行っている		<input type="radio"/>		
		標準項目3 適材適所の人員配置に取り組んでいる		<input type="radio"/>		
評価項目2		職員の質の向上に取り組んでいる		実施状況		
		標準項目1 職員一人ひとりの能力向上に関する希望を把握している		<input type="radio"/>		
		標準項目2 事業所の人材育成計画と職員一人ひとりの意向に基づき、個人別の育成（研修）計画を策定している		<input type="radio"/>		
		標準項目3 個人別の育成（研修）計画は、職員の技術水準、知識、専門資格の習得（取得）などの視点を入れて策定している		<input type="radio"/>		
		標準項目4 職員一人ひとりの個人別の育成（研修）計画に基づいて、必要な支援をしている		<input type="radio"/>		
		標準項目5 職員の研修成果を確認し（研修時・研修直後・研修数ヶ月後など）、研修が本人の育成に役立ったかを確認している		<input type="radio"/>		
サブカテゴリー2 職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる						
評価項目1		職員一人ひとりの主体的な判断・行動と組織としての学びに取り組んでいる		実施状況		
		標準項目1 職員の判断で実施可能な範囲と、それを超えた場合の対応方法を明示している		<input type="radio"/>		
		標準項目2 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに学ぶことに取り組んでいる		<input type="radio"/>		
		標準項目3 職員一人ひとりの研修成果を、レポートや発表等で共有化に取り組んでいる		<input type="radio"/>		
評価項目2		職員のやる気向上に取り組んでいる		実施状況		
		標準項目1 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価・報酬（賃金、昇進・昇格、賞賛など）が連動した人材マネジメントを行っている		<input type="radio"/>		
		標準項目2 就業状況（勤務時間や休暇取得、疲労・ストレスなど）を把握し、改善に取り組んでいる		<input type="radio"/>		
		標準項目3 職員の意識を把握し、やる気と働きがいの向上に取り組んでいる		<input type="radio"/>		
		標準項目4 福利厚生制度の充実に取り組んでいる		<input type="radio"/>		
<b>講評</b>						
<b>運営法人として人事考課制度や自己申告制度が整備されている</b>						
当施設を運営する法人として人事考課制度や自己申告制度が整備されてる。毎年1回評価シートに自己評価を記入し、自己申告書や意向調査書で、現在の職務についての評価と反省、翌年度の目標、異動希望等を記載の上、上司と面接が実施される仕組みができている。この人事考課制度の結果により翌年度の昇給・昇格が決定されている。法人本部で採用された常勤・非常勤職員のみならず施設で採用した短期労働職員（アルバイト）についても面接や評価が実施されている。						
<b>職員研修プログラムが施設全体で作成されており、個人別に研修計画もたてられている</b>						
職員のレベル（初級・中級・幹部）に合わせた研修計画が作成されている。内部講師による研修の他、医療機関や行政などの関係機関等の外部講師による研修が整備され、人事面接により把握された個人の要望も反映した個人別研修計画が策定されている。しかし、当事業所では直近1年間は人員不足による勤務多忙が理由で十分に研修時間が確保されなかつたため、研修が計画通り実施されていない。						
<b>労働安全衛生委員会が設置され職員の職場環境改善や健康管理に対策を講じている</b>						

労働安全衛生委員会が設置されており、委員会では、産業医と看護師資格を持つ衛生管理者を配置し、職員の健康管理の相談に応じる体制を取っている。産業医との連携による健康診断結果やメンタルヘルス関連の相談の他、健康や腰痛対策などの研修活動も行っている。また、福利厚生制度の一環でストレッチとリラクゼーションの会を月2回開催している。

カテゴリー7 情報の保護・共有		
サブカテゴリー1 情報の保護・共有に取り組んでいる		
評価項目1	事業所が蓄積している経営に関する情報の保護・共有に取り組んでいる	実施状況
標準項目1	情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定している	○
標準項目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・保管している	○
標準項目3	保管している情報の状況を把握し、使いやすいように更新している	○
評価項目2	個人情報は、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて保護・共有している	実施状況
標準項目1	事業所で扱っている個人情報の利用目的を明示している	○
標準項目2	個人情報の保護に関する規定を明示している	○
標準項目3	開示請求に対する対応方法を明示している	○
標準項目4	個人情報の保護について職員（実習生やボランティアを含む）が理解し行動できるための取り組みを行っている	○

  

講評
<b>情報の種類や重要性などによりアクセス制限のあるコンピューター情報管理をしている</b>
各部署に設置されているパソコンは情報の内容によりアクセス権の制限をしている。会計用パソコンは担当者専用パスワード、その他パソコンもパスワード管理がされている。事業全般の情報（共有 LAN）と介護事業に関する情報ソフトそれぞれにパスワード管理がされている。情報漏洩に備え、すべてのパソコンのログがサーバーで管理されている。またサーバーは3重のバックアップ体制を取っている。紙ベースの情報はファイル管理され鍵のかかるキャビネットに保管されている。ファイル基準表に基づき文書は年度ごとに整理し、一定期間保管している。
<b>個人情報保護への取り組みは実習生やボランティアまで徹底している</b>
法人において個人情報保護規程を定めており、個人情報保護に関する指針を事業計画や施設内（事務所や玄関ホール）の掲示板に明示している。この個人情報保護規程に沿って、当事業所も秘密保持・個人情報取り扱いに関しては入居時の契約書にも明示し、個人情報を用いる場合には利用目的を示した文書で同意の確認書を取ることを決めている。個人情報保護の考え方は職員は勿論のこと、規程により実習生やボランティアとの間でも誓約書を取り交わす等その考え方を徹底している。

※実施あり：○、実施なし：✗、非該当：-

カテゴリー8 カテゴリー1～7に関する活動成果		
	サブカテゴリー1 前年度と比べ、事業所の方向性の明確化や関係者への周知、地域・社会への責任の面で向上している	
評価項目1	評価項目1	前年度（比較困難な場合は可能な期間で）と比べて、以下のカテゴリーで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている ・カテゴリー1：「リーダーシップと意思決定」 ・カテゴリー2：「経営における社会的責任」 ・カテゴリー4：「計画の策定と着実な実行」
	評価結果	改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
認知症ケアに関しての地域の福祉拠点としての活動強化が成果を上げている		
当事業所では、「街づくり懇談会」や認知症家族の集う会を開催し、介護や認知症ケアに関して地域の関係者や家族と情報交換を行って取り組んできた。今年度は玩具学会に玩具療法の実践報告を行い、認知症ケア研修では地域の関係者も交えて実施している。事業所内のサービス利用者や家族に留まらず、地域ぐるみの認知症高齢者への取組みとして関係者の理解が拡大できた。		
	サブカテゴリー2 前年度と比べ、職員と組織の能力の面で向上している	
評価項目1	評価項目1	前年度（比較困難な場合は可能な期間で）と比べて、以下のカテゴリーで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている ・カテゴリー5：「職員と組織の能力向上」
	評価結果	改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
職員の確保ができず研修が不十分に終わった。		
当事業所では職員研修に関し積極的に取り組み、年度初めには職員個別の研修計画が立てられていた。しかしながら、サービス時間延長及び退職1名の職員の補充が進まず、研修への参加時間の確保が一部叶わず、結果的には研修計画は予定通り実行されなかった。		
	サブカテゴリー3 前年度と比べ、福祉サービス提供プロセスや情報保護・共有の面において向上している	
評価項目1	評価項目1	前年度（比較困難な場合は可能な期間で）と比べて、以下のカテゴリーで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている ・カテゴリー6：「サービス提供のプロセス」 ・カテゴリー7：「情報の保護・共有」
	評価結果	改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
今年度4月より営業時間を60分延長して入浴希望に応えている		
入浴希望者が多く、今年度4月より営業時間を18：15まで60分延長して入浴枠を増やす事ができている。個別浴室と大浴場（リフト設置）があり、利用者の状態や要望に合わせて、安全でゆとりを持った入浴に取り組んでいる。併設する特別養護老人ホームの入浴終了時間帯にも共用浴室を使用し、午前・午後に入浴枠を設けて、入浴希望（毎日20～25人）に応えている。		
	サブカテゴリー4 事業所の財政等において向上している	
評価項目1	評価項目1	財政状態や収支バランスの改善へ向けた計画的かつ主体的な取り組みにより成果が上がっている
	評価結果	改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
利用率向上に向け対策を講じたが数字としての成果が上がるには至っていない		
営業時間延長による入浴枠の拡大や理学療法士と作業療法士によるリハビリテーション実施体制の充実を図り、利用者ニーズである入浴希望及び機能訓練要望へは取組みが進んでいる。現利用者の満足は得られているが、利用率としては、26年度実績83.1%に対して、今年度は毎月80%前後で推移しており、昨年度を上回る効果が出るまでには至っていない。		
	サブカテゴリー5 前年度と比べ、利用者満足や利用者意向の把握等の面で向上している	
評価項目1	評価項目1	前年度（比較困難な場合は可能な期間で）と比べて、利用者満足や以下のカテゴリーで評価される部分において改善傾向を示している ・カテゴリー3：「利用者意向や地域・事業環境などの把握と活用」
	評価結果	改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない

評価結果	改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
毎年実施している利用者アンケート調査で満足度が上昇している 当事業所では毎年利用者や家族にアンケート方式による調査を行っている。昨年度に比べて、利用時間や送迎ルート、活動プログラムや昼食など個々の要望への速やかな対策を実行し、入浴や機能訓練など要望を反映したサービスの提供への工夫改善を進めた結果、アンケート結果からも感謝や満足度が上昇している。	

## VI サービス提供のプロセス項目（カテゴリー6）

カテゴリー6 サービス提供のプロセス		
サブカテゴリー1 サービス情報の提供		
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	実施状況
標準項目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	○
標準項目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している	○
標準項目3	事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	○
標準項目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	○

**講評**

**当施設のホームページは行事や療法発表等を写真で紹介しているが更なる工夫が望まれる**

事業所の情報はとうきょう福祉ナビゲーションの介護サービス情報公表システムに最新の詳細な情報が掲載されている。区のホームページや介護事業保険事業所ガイドブックには事業所一覧に住所や連絡先が掲載されている。法人のホームページとリンクする当施設サイトのメニューには当事業所の行事や玩具療法等の取組みが写真で分かりやすく紹介されているものの、同施設内の特別養護老人ホームのイベント紹介と混在して、判別しづらくなっている。介護保険サービス情報はほとんどネット検索という近年、利用希望者や関係者の入手への工夫が望まれる。

**区の高齢者の手引き等や当施設のパンフレット、配布書類は分かりやすさに配慮している**

区の高齢者の手引きや介護保険事業所ガイドブック等には当事業所の紹介とサービス内容及び連絡先が記載されている。笑顔の浅草の表題でカラー印刷のパンフレットには当事業所の特徴及び、行事やイベント、活動やバーレコニーからの眺望写真を掲載し、5階のレイアウト図を明示している。パンフレットは、当施設の1階玄関や5階の当事業所はじめ地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等に置いて、来訪する地域の利用希望者や関係者の多くに配布されている。また利用者に配布する書類やお知らせ書面は文字の大きさや分かりやすさに配慮している。

**区や関係機関へは実績報告するとともに、問い合わせや見学には積極的に対応している**

区には毎月、サービス実績や事故件数を報告している。当施設の各事業所から出席のスタッフミーティングでは予定や実績を毎月報告している。居宅介護支援事業所には担当ケアマネジャーに利用者のサービス実施報告や連絡調整をおこなうとともに、当事業所の空き状況やサービス内容に関する情報等を提供している。電話やメール等での利用相談や問い合わせには見学やサービス体験を勧める等、積極的な対応に努めている。地域住民、関係機関、他施設関係者、他事業所、学校関係者、その他からの問い合わせや見学要望も柔軟に受け入れている。

サブカテゴリー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	実施状況
標準項目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"/>
標準項目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"/>
標準項目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"/>
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	実施状況
標準項目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"/>
標準項目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"/>
標準項目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"/>
標準項目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"/>

**講評****重要事項説明書では費用について詳細に説明して同意を得て契約を結んでいる**

重要事項説明書では特に利用者負担金や食事代等の費用及びキャンセルに関してや悪天候時の連絡等、利用者や家族に詳細に説明している。併せて苦情相談窓口や対応について同意を得た上で通所介護契約書を締結している。費用と苦情相談窓口について重要事項説明に重ねて契約書別紙でも同意を得ており、事業所や法人、区、都の窓口の担当や連絡先を伝えて通所契約書とは別に記名押印を受けている。個人情報利用に関する確認書も読み合わせて同意を得て記名押印を受けている。

**面談で利用者や家族の状態及び意向を把握し、暫定的な援助内容により様子を見ている**

サービス利用前には、ケアマネジャーの居宅サービス計画の情報にくわえ、生活相談員が訪問して情報を得ている。面談では利用者の心身機能や生活状況及び介護環境の把握に努め、当サービスの利用目的や利用者や家族の意向を確認して新規受入れ表及びフェイスシート・アセスメント表に記録している。新規利用の際は、利用開始直後の環境変化にともなう利用者の心理的影響等に配慮しながら、本人や家族、ケアマネジャー等と頻繁な話し合いや連絡により、暫定の通所介護計画での支援で様子を見ている。

**サービス終了の場合はサービス提供に関する記録の複写物を提供している**

サービス終了については契約書に記載があるように、利用日にはサービスの実施内容を連絡ノートに記入して確認を得ており、契約終了後はサービス提供に関する記録は5年間保管し、必要に応じて閲覧や複写物の提供を行っている。本人の状態変化が見られる場合は介護・看護日誌の記録から利用者個人の経過を抽出し、家族やケアマネジャーへ報告している。認知症の出現について家族からの相談に対しては、ケアマネジャーと連携して、同施設1階の認知症対応型通所介護への利用変更の提案等を行う場合もある。

サブカテゴリー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	実施状況
標準項目1	利用者的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	○
標準項目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	○
標準項目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	○
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	実施状況
標準項目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	○
標準項目2	計画を利用者にわかりやすく説明し、同意を得ている	○
標準項目3	計画は、見直しの時期・手順等の基準を定めたうえで、必要に応じて見直している	○
標準項目4	計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	○
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	実施状況
標準項目1	利用者一人ひとりに関する情報を過不足なく記載するしくみがある	○
標準項目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	○
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	実施状況
標準項目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	○
標準項目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	○
<b>講評</b>		
<b>通所介護計画書は本人や家族の希望からニーズを抽出し、方針や援助内容を計画している</b>		
本人のフェイスシート等の利用申し込み表をもとに訪問面接をおこない、アセスメント表、通所介護計画書の順に作成して個別にファイリングしている。通所介護計画書はケアマネジャーが作成の居宅サービス計画書に記載の長期目標及び短期目標に向けて当サービスを計画し、利用者や家族に説明して、同意のサインを得ている。通所介護計画書では、本人と家族のサービスへの希望を明記した上でニーズ3項目に対しての目標を立てている。具体的な援助内容では、総合的方針を明らかにして利用の日課表には時間軸での具体的なサービス内容を計画している。		
<b>通所介護計画の見直しは定期的に、必要時には随時おこなっている</b>		
本人の身体状況や発言、家族からの連絡や要望についても介護・看護日誌のシステムに記入しており、連動した利用者個別のケース記録に利用者個人の経過として継続的に記録されている。有効期間終了時にはアセスメント表を見直し、状態の変化があった場合は、適宜、カンファレンスにより支援の方針を検証して通所介護計画を見直している。計画の変更および急なその日に限ったサービス内容の変更についての相談や報告は迅速におこない、利用者や家族、ケアマネジャーと連携した見直しに努めている。		
<b>利用者に関する記録はシステムで整理しており職員間で共有化が図られている</b>		
フェイスシートやアセスメント表、通所介護計画書および連絡ノートの内容はシステムに入力整理されている。毎日の介護・看護日誌の記録は利用者氏名、時間、内容等を記録者記名で記録しており本人の様子や状態変化は申し送り事項として職員で共有されている。朝夕のミーティングでは当日及び翌日の利用者の予定や変更等の重要な情報を共有している。利用者に関する情報は、システムで適正に申し送りしており、カンファレンスや職員連絡ノート及び鍵付きの専用キャビネットに保管の個別ファイル等により、職員間で共有化が図られている。		

サブカテゴリー4 サービスの実施		
評価項目1	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	実施状況
標準項目1	介護計画に基づいて支援を行っている	○
標準項目2	利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している	○
標準項目3	利用者一人ひとりがその人らしく生活できるよう支援を行っている	○
標準項目4	利用者の支援は家族や関係機関、関係職員が連携をとって行っている	○
<b>講評</b>		
<b>通所介護計画の個別の援助内容に基づいた支援をおこなっている</b>		
居宅サービス計画書に基づいた通所介護計画では、サービス項目は、送迎、移動、食事、入浴、排泄、健康管理、趣味活動等について、サービス内容や介助方法、留意点が記載されている。項目によっては医師の意見が記載されており、担当看護師の健康相談や口腔ケアの実施、予防体操や個別機能訓練、栄養ケアマネジメントなど多岐にわたり計画されている。この計画にもとづいて、その日の利用者の状態に合わせた変更等により、サービスが提供されている。		
<b>利用者の状態に合わせたコミュニケーション方法に努めている</b>		
居宅サービス計画書及びケアマネジャーから情報、また、面談で把握した利用者の特性によるコミュニケーション手段は通所介護計画に反映させている。状態によっては、カンファレンスによりコミュニケーション手段を検討した上で、本人や家族の意向の確認、ケアマネジャーの意見等を得て個別援助内容としている。聴覚に障害がある場合はジェスチャーや筆談等、利用者の状態に合わせたコミュニケーション方法に努めている。		
<b>専門職員の連携により一人ひとりの自立した日常生活支援に努めている</b>		
サービス担当者会議へ出席して、ケアマネジャーから情報、また、面談で把握した利用者の特性によるコミュニケーション手段は通所介護計画に反映させている。状態によっては、本人や家族の意向の確認、ケアマネジャーの意見等を得て個別援助内容としている。聴覚に障害がある場合はジェスチャーや筆談等、利用者の状態に合わせたコミュニケーション方法に努めている。		
評価項目2	栄養バランスを考慮したうえで、おいしい食事を出している	実施状況
標準項目1	利用者の状態に応じた食事提供や介助を行っている	○
標準項目2	利用者の状態や嗜好に応じて献立を工夫している	○
標準項目3	食事時間は利用者の希望に応じて、一定の時間内で延長やすらすことができる	○
標準項目4	食事を楽しむ工夫をしている	○
<b>講評</b>		
<b>状態に合わせた食事形態での提供や禁食、制限、食品の変更など配慮して対応している</b>		
食事に関する嗜好や希望を、相談員が中心に利用者個別に聴取して管理栄養士に伝え、希望があった食材や料理等を献立に反映している。管理栄養士が観察した利用者の嚥下・咀嚼等の機能や身体状態に合わせて、粥やソフト食など食事形態の変更を可能としている。またアレルギーによる禁食、医師の判断での制限、個人の嗜好等に対して、代替食材、希望食品、献立および味付け等の個別対応をおこなっている。個別の条件等は食事の利用者氏名の下に記載され、間違なく配膳されており、残食が少なく利用者満足度調査での高い評価を得ている。		
<b>通院や身体状況など、昼食時間を遅らせての提供をおこなっている</b>		

昼食時間は12:00～14：00と決められているが、利用者の生活習慣での昼食時間にあわせて計画されている場合は、配膳時間を遅らせる事を可能としている。また、その日の体調により主食の量の変更および、通院などで時間をずらす場合は、遅れて提供する場合にも、温冷庫の活用及び温め直しなどにより適温での配膳をおこなっている。

#### 食前の健康体操及びテーブル配置などの環境整備により食事を楽しめるよう努めている

食事を美味しく摂れるよう食前には健康体操をおこなっている。同法人が運営する口腔センターから職員への指導がなされ、唾液の分泌や消化促進を促す目的で、体操が実施されている。献立には季節感のある食材や色彩を意識した料理の提供に努め、献立表は事前配布し当日にも告知する事で利用者同士の話題提供にもなっている。食事時間のBGM、行事食にはランチョンマット使用など、食事時間への工夫をしている。また、テーブル配置も配慮して、食前食後の移動時の安全確保及び、卓を囲む利用者相互の会話がはずむ等、食事を楽しめるよう努めている。

評価項目3	【入浴介助体制のある事業者のみ】入浴の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている	実施状況
標準項目1	入浴前に利用者の健康状態のチェックをしている	<input type="radio"/>
標準項目2	利用者の状態に応じた入浴方法や介助を行っている	<input type="radio"/>
標準項目3	入浴時には利用者の皮膚の状態など身体状況に留意し、必要に応じて関係者に連絡を入れるなどの対応をしている	<input type="radio"/>
標準項目4	浴室や脱衣室は清潔で、快適な状態にしている	<input type="radio"/>

**講評****今年度4月より営業時間を1時間延長して入浴希望のニーズに応えている**

入浴希望者が多く、今年度4月より営業時間を18:15分まで1時間延長してニーズに応えている。午前・午後に入浴時間を設け毎日、20～25人が入浴を楽しんでいる。併設の特別養護老人ホームと浴室を共用し特養の終了後にも使用して、利用者がゆっくり入浴できるよう努めている。個別浴室と大浴場（リフト設置）があり、利用者の状態や要望によって使い分け、歩行困難な利用者も安心して入浴できている。

**利用開始時には看護師による健康チェックを実施し、入浴前にも確認している**

デイサービス開始時には、看護師により体温・脈拍・血圧測定や顔色目視など健康をチェックしている。連絡帳の記載事項や送迎時の口頭情報も踏まえて健康チェック表に記入し入浴可否も判断している。必要に応じて再測定し、場合により血中酸素濃度も確認している。また、浴室に向かう前には再度、職員から看護師に入浴の可否を確認して健康チェック表に記入している。当日の身体状況によっては入浴時間を短めにしたり、シャワー浴に変更して、家族や関係者から依頼された軟膏の塗布や傷の状態確認など実施している。

**大浴場には職員2名を配置して安全な入浴介助に努めている**

個別の浴槽は衛生上から入浴するごとに湯を入れ替えている。大浴場には職員2名を浴室に配置して、安全で快適性の高い入浴介助に努めている。また、浴室の床は滑りにくい石素材が使われ、脱衣室には転倒防止を目的にクッションマットを敷いて事故防止に努めている。浴室に入る職員は看護師と速やかに連絡が取れるように携帯電話を所持している。また、安全衛生面では、浴室及び脱衣室はマニュアルどおりに職員が清掃や消毒に徹している。

評価項目4	排泄の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている	実施状況
標準項目1	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の支援をしている	<input type="radio"/>
標準項目2	トイレ（ポータブルトイレを含む）は使いやすさや安全面を考慮し、それに応じた環境整備をしている	<input type="radio"/>
標準項目3	トイレ（ポータブルトイレを含む）は衛生面に配慮し、清潔にしている	<input type="radio"/>

**講評****自宅での排泄状況を基に、本人・家族の希望を踏まえて排泄支援を実施している**

利用開始前の面接で聞き取った自宅での排泄状況を基に、本人・家族の希望を踏まえて排泄介助を実施している。排泄介助をする利用者は登録者の6割ほどで自立の利用者も多い。自宅での生活を踏まえ必要以上の介助は避け、なるべく自力で排泄できるように支援しているが、当日の体調によって介助の要不要が変わることもあり、見極めながら介助している。利用者によっては排泄チェック表を用いて排泄間隔を把握してトイレへ誘導している。必要に応じて連絡帳によって家族に伝え、1日を通して排泄状況が分かるように支援している。

**利用者の身体状態に応じて使えるように、5ヶ所のトイレが設置されている**

トイレは機能回復訓練室に隣接して5か所設置されており、活動場所から少し離れているが歩くことがリハビリテーションの一環となっている。車いす用のトイレは両側に手すりがあり左右どちらの麻痺状態でも使え、アコードオンカーテンの設置により入りを容易にしている。呼び出しブザーは押釦と紐の両方を備え、男性用の立位便器や個室も設け、身体機能に応じて利用できている。オムツ使用の場合はフロアのベッドで交換するが、パーテーションが置かれて、周囲からは見えないように配慮されている。

**利用者が常に気持ちよく使えるように、トイレの環境整備に職員全員で取り組んでいる**

トイレは利用者が気持ちよく使えるようにウォシュレットになっているが、利用者の状況によってはホットタオルで清拭している。トイレ内には使用済みのパットやリハビリパンツ等を置く台や蓋付きのポリバケツを置いて清潔に配慮している。床面が水で濡れている場合には速やかに拭き取り、転倒防止に努めている。毎日、終了後には業者による清掃を実施しているが、利用時に汚れた場合は職員が都度清掃して常に清潔に努めている。また、トイレは換気や芳香剤の設置により消臭にも気を配っている。

評価項目5	利用者の健康を維持するための支援を行っている	実施状況
標準項目1	利用者の主治医や常用薬等について把握している	○
標準項目2	必要に応じて利用者の状態に応じた健康管理や支援をしている	○
標準項目3	健康に関する利用者からの相談に応じている	○
標準項目4	服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などしくみを整えている	○
標準項目5	利用者の体調変化（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	○

**講評****看護師は常に利用者の活動の中に入っており、利用者の安心に繋がっている**

看護師 2 名が配置され、常に利用者の活動の中に入っており、利用者の状況を把握するとともに、気軽に話せる関係が築かれている。利用者は事業所に到着すると最初に看護師のバイタル測定を受け、口頭で体調などを伝えている。その際に血圧の変動や服薬、家庭で生活する上での心配ごとを気軽に相談し、看護師は連絡帳や手紙による家族からの情報も得て体調管理やアドバイスを行い、利用者の安心に繋がっている。

**服薬管理は徹底して行い、誤投薬防止に努めている**

利用時に持参した利用者の薬は看護師が薬ケースにセットした薬名カードと照合して保管している。投薬内容が変更された場合は薬効表の写しが提出され、カードを書き換えていく。服薬時には当日のリーダー職員と看護師が 2 重にチェックを行い、利用者の手のひらに乗せて飲み込むまで確認、または直接口に入れる等、利用者の状態にもよるが、飲み込むまで目視している。薬を自己管理できる利用者には水を用意して服薬を見守っている。

**看護師は生活相談員や介護職員と協力して利用者の体調管理に努めている**

看護師は軽度のふらつきや膝の痛み、下肢の浮腫なども介護・看護日誌に記録し、全職員が情報を共有して支援に活かしている。利用者からの相談や受診後の報告・服薬変更など利用者の健康に関する情報は必ず確認している。デイサービス利用中での緊急な容態変化には相談員と連携して、家族が不在の際は必要に応じて主治医への相談や受診を行っている。健康上の課題や運動機能等の低下については相談員あるいは看護師から家族やケアマネジャー等に相談している。

評価項目6	利用者の負担にならないよう送迎サービスを工夫し、安全を確保するための支援の方策をとっている	実施状況
標準項目1	利用者の状況に応じて安全に送迎を行っている	○
標準項目2	利用者の負担軽減を考慮し、乗車している時間を少なくするなどの工夫をしている	○
標準項目3	送迎中の緊急時のために連絡がとれるようにしている	○
標準項目4	利用者が帰るまでの待ち時間の過ごし方に工夫をしている	○

**講評****運転手は専任で送迎の合間には利用者とすごし、利用者の安心に繋がっている**

送迎にはマイクロバスとワゴン車を使用しており、地域の細い路地にはワゴン車の使用が増えている。委託の専任の運転手は送迎の合間にはフロアで利用者とすごし馴染みの関係ができており、運転の安全面だけでなく、利用者の安心につながっている。運転者と添乗する職員は走行状況を共有して家族や事業所へ道路事情や急なキャンセル等の時間変更を都度連絡している。また運転者は車いす使用者の乗降時や固定ベルトの確認など、添乗する職員と協力して、送迎中の利用者の安全確保に努めている。

**乗車時間は長くても 30 分程で利用者の体に負担がかからないように配慮されている**

利用者のニーズに応え 3 種類の時間帯のサービスを提供しており、送迎もこれに対応して迎え 9 便、送り 9 便ときめ細かく行っている。当日出欠席者を把握した送迎表を作成し、分刻みで送迎が行われている。乗車時間は長くて 30 分弱で利用者の体に負担がかからないように配慮されている。送迎表には利用者ごとに必要な介助（車いす・シルバーカー・ヘルパー対応・電話）が記入され、適切な支援を図っている。職員は車中の温度に気を配り、利用者の話を傾聴して言葉や表情で共感を示している。

#### 待ち時間は「くつろぎの時間」としてそれぞれ好きな事をして楽しんでいる

事業所は 3 通りの時間帯のサービス提供をしており、迎えは 8 時 30 ~ 11 時近くまで、送りは 14 時から 17 時近くまで対応している。利用者のサービス終了時間はそれぞれに違うため、乗車までの待ち時間は長くはないが、一人ひとりがのんびりと好きな事をして「くつろぎの時間」としている。カラオケや玩具で楽しんだり、爪を切ってもらったり、人によっては髭を剃ることもある。場合によってはお茶やコーヒーが出され、利用者は雑誌を読んで乗車を待っている場合もある。

評価項目7	利用者の生活機能向上や健康増進を目的とした機能訓練サービスを工夫し実施している	実施状況
標準項目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	○
標準項目2	機能訓練のプログラムに日常生活の場でいかすことができる視点を入れている	○
標準項目3	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	○
標準項目4	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、楽しんで訓練を行えるような工夫をしている	○
標準項目5	福祉用具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	○

**講評****理学療法士、作業療法士を中心に家庭での生活動作を視野に入れた機能訓練に努めている**

理学療法士、作業療法士を中心に家庭環境を把握し生活動作に基づいた機能訓練を計画し指導している。事業所は利用者の維持的リハビリテーションに力を入れており、月曜日から土曜日まで毎日、午前中に機能訓練を実施している。機能訓練指導員としては理学療法士、作業療法士、看護師が担当している。機能訓練指導員が一人ひとりの利用者の状況を評価し、歩行能力の再獲得など目標を定めた個別の機能訓練計画で実施しており、利用者の7～8割が指導を受けている。

**訓練は利用者の自主性を大切にし、楽しい雰囲気の中で無理をしないように行っている**

機能訓練プログラムには全身調整や手足の動きの改善、筋力の維持向上を目指すものと日常生活動作の維持、獲得を目指すものが組み合わされており、1人1回30分～1時間程行ってリハビリ実施表に記録している。利用者は訓練目的への意識が高く自主的に取り組み、機能訓練指導員との明るい言葉のやり取りもしている。利用者が意欲的にやりすぎて痛みが出る事がないように、指導は観察・評価により計画に沿って注意深くすすめている。訓練用具は毎日の清掃時に点検し、不具合箇所は修理や部品の交換をして安全に使えるようにしている。

**一日の活動の中に全体での体操や口腔体操を組み込み楽しく体を動かせる工夫をしている**

一日の活動の中に全体での体操や食事前の口腔体操を組み込み楽しく体を動かせる工夫をしている。昼食時間前になると、職員が「リズム体操しましょう」と利用者に呼びかけ、利用者の年代が好む曲目にあわせて、テレビ画面に映る体操を見ながら身体を動かしている。椅子に腰かけたままでも背筋を伸ばし首回しや腕回し、身体捻り、発声や唾液腺の刺激なども行って、嚥下・咀嚼及び消化機能を高めるよう努めている。また、心身の活性化や体力・筋力維持の要素を取り入れたレクリエーションや趣味活動（折り紙・カラオケ・囲碁将棋等）も工夫している。

評価項目8	施設で過ごす時間は楽しく快適で、利用者が自立的な生活を送ることができるような工夫（アクティビティ等）を行っている	実施状況
標準項目1	さまざまな内容のバランスに配慮したプログラムを用意している	○
標準項目2	活動中の利用者の状態に変化がないか確認し、適宜休息ができる配慮をしている	○
標準項目3	利用者が落ち着ける雰囲気づくりをしている	○
標準項目4	食堂やトイレなどの共用スペースは汚れたら隨時清掃を行う体制があり、安全性や快適性に留意している	○

**講評****多様な活動を用意し、その人らしく、楽しく過ごせるように努めている**

当事業所では利用者がその人らしく、楽しく過ごせるよう努めている。活動として多様なプログラムを用意しているが、参加については個々の意向を尊重している。活動としては民謡・カラオケ・カレンダー作り・囲碁・将棋・玩具療法・ネイルアートなど多彩に用意して、個別の活動選択を可能にしている。行事としては、利用者の反応や意見を反映して、毎月のストレッチ呼吸法や地域のボランティアによるコンサート、神輿見学や子どもクラブ交流会・幼稚園交流会・小学生交流会など、ボランティアや子ども達との交流の機会の頻度を高めている。

**恵まれた環境の中で利用者がくつろいで過ごせる配慮がされている**

当事業所は建物の5階に位置しており、天井までの窓からは充分な採光と都会の眺望が広がって、バルコニーではプランター栽培もできている。棚には玩具療法で使用するぬいぐるみやゲーム等の多くの玩具が、本棚には地域から寄付された雑誌が多種にわたり用意されている。隣接の機能訓練室は間仕切りがなく出入りが自由で、フロア全体に車いすが楽に動けるスペースが確保されている。椅子には手作りの杖受けやバックかけが取り付けられ、職員の心遣いが感じられる。バルコニーには喫煙する利用者の為に喫煙コーナーが設けられている。

#### **利用者が適宜休憩できるように配慮され、専門業者と職員による清掃が行われている**

事業所内には加湿器を数台備えて室温・湿度に気を配っている。一角にベッド4台・機能訓練室に1台が配置されて利用者の休養スペースとして確保している。ベッドは利用者の不調時や食後の休養、マッサージの施術等に使われ、衝立で隠れたベッドはおむつ交換にも使われている。トイレなどの共有スペースは専門業者による清掃を毎日実施している。事業所や機能訓練室は終業後、職員による清掃を毎日実施しており、食事後の床やトイレが汚れた際はその都度清掃し、清潔や衛生管理に努めている。

評価項目9	施設と家族との交流・連携を図っている	実施状況
標準項目1	利用者の日常の様子や施設の現況を家族や介護支援専門員に知らせている	<input type="radio"/>
標準項目2	利用者の家族などの見学はいつでも希望に応じている	<input type="radio"/>

**講評****利用者の活動の様子や変化を家族やケアマネジャーに伝えている**

事業所は利用者の在宅生活を支えるために家族やケアマネジャー、関係機関との緊密な連携が重要であることを認識している。個別機能訓練の利用者には家族へ個別機能訓練計画を持参し同意を得ると共に、利用状況について評価表により本人や家族に訓練効果を報告している。利用者の状況によっては相談員が家庭訪問をして在宅における状況を確認して相談に応じている。毎月、サービス実績状況報告書をケアマネージャーに提出して利用者の状況を伝えている。サービス担当者会議には相談員が出席してケアマネージャーや関係機関と意見交換をしている。

**家族とのコミュニケーションや情報交換をおこない信頼関係を築いている**

家族との信頼関係を大切にして綿密な情報交換を頻繁におこなっている。利用日には連絡帳に当日の様子（体温・血圧・脈拍・入浴・食事・機能訓練・レクリエーション・服薬）や連絡事項を記入し、送迎時の口頭での連絡を励行している。また、次月の予定表を配付して、利用者の状況によっては電話連絡や家庭訪問をおこない家族の意向を把握し、意見交換や情報共有を図っている。また、事業所に到着した利用者の出迎えや帰宅時には次の約束をする等、利用者との信頼関係構築にも努めている。

**見学希望にはいつでも対応し、希望者には当事業所の体験もできるようにしている**

利用者や家族・ケアマネジャー、関係機関等の見学希望にはいつでも対応できるように体制を整えている。突然の見学希望にも職員が協力して、パンフレットを基に事業所を案内し説明している。最近の利用希望者はいくつかの事業所を見学をして、自分が納得してサービスの利用場所を決める場合が多くなっている。家族やケアマネジャーと一緒に来所してサービスを体験して決定する場合も多く、事業所でも見学者には活動や昼食を体験できる事を説明している。

評価項目10	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	実施状況
標準項目1	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	<input type="radio"/>
標準項目2	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"/>
標準項目3	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"/>

**講評****地域の情報の収集に努め、掲示物やチラシで利用者等に情報を知らせている**

事業所は事業開始が昭和62年で28年の歴史があることや、同じ建物内に特別養護老人センターや地域包括支援センターなど5ヶ所の事業所が併設されていることもあって、区内の住民や近隣の高齢者には事業所の存在は広く知られている。相談等で地域住民が訪れたり、地域のボランティアの来訪も多く、地域の情報の収集は広くなされている。介護相談員による相談日や祭りのポスター等はエレベーター内や事業所の壁面に掲示したり配付もしている。また、利用者にはサービス利用時に地域の情報を話題にして、興味や希望があれば資料を手渡している。

**利用者とボランティアや幼稚園児、小学生との交流が盛んに行われている**

利用者が職員以外の地域住民と交流する機会が多い。事業所の存在が広く知られていることもあって、地域のボランティアや近隣の幼稚園や小学生、児童館の子どもたちとの世代間交流、実習生の受け入れなど頻繁に取り組まれている。近隣住民による毎月のコンサートやプログラム活動の講師、傾聴・民謡・ネイルアートなどボランティアの活躍は多彩である。世代間交流では昨年度は9回、子どもたちが来所して利用者と楽しい時間を過ごしている。実習生の受け入れも積極的に行い、昨年度は専門学校や教員免許取得の為の実習生27人が実習を行った。

**地域包括支援センターが併設されており、様々な情報提供や資源の活用ができる**

地域包括支援センターが併設されることもある、地域の情報や資源についての情報は日常的に入手できている。介護相談員への相談や、ショートステイの空き情報、グループホームの紹介、周辺商店街のイベントなど様々な情報や外出活動として地域資源の活用に取り組んでいる。春は隣接の公園に桜見物に出かけ、地域の祭りでは施設が神輿の中継所になっており、利用者が神輿を見物している。事業所は墨田川に程近く、花火大会日には、夜間、家族と共に来所して花火大会を堪能する等資源の活用ができる。

サブカテゴリー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	実施状況
標準項目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生じた場合には、利用者の同意を得るようにしている	<input type="radio"/>
標準項目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"/>
標準項目3	利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/>
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	実施状況
標準項目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"/>
標準項目2	利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、放任、虐待、無視等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、組織的に予防・再発防止を徹底している	<input type="radio"/>
標準項目3	虐待被害にあった利用者がいる場合には、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"/>
標準項目4	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"/>
<b>講評</b>		
<b>個人情報の保護方針及び利用目的については同意を得ている。</b>		
契約時には、個人情報の保護方針および利用目的について、他の介護事業所への情報提供や当施設内部での利用、法令に基づく場合など詳細な利用目的を説明し、確認書に利用者や家族の記名押印を受けている。さらにサービス利用上で個人情報の利用が発生した場合は、都度、利用者や家族に確認している。法人は全職員必修の基礎研修として個人情報保護法の基本概念と守るべき内容について理解を目指している。年度途中で入社の職員には入社時研修として実施されている。		
<b>虐待が疑わしい場合は地域包括支援センターや法人本部及び区と連携体制を備えている</b>		
虐待防止は法人の全職員必修研修に位置づけ、職員間では業務連絡会の中で虐待防止マニュアルを確認している。利用者の僅かな状態変化も見逃さず連絡ノートやミーティング、介護・看護日誌等で情報共有とともに、係長への報告をルールとしている。虐待が疑わしい場合には受付窓口の係長から施設長へ報告し、施設長は解決担当者として委員会を開催して調査及び対応決定をおこなう。当施設内の地域包括支援センターおよび法人本部、区へ報告し、連携して解決する手順を備えている。		
<b>利用者本位のサービスを職員の倫理綱領に掲げ生活習慣や価値観を尊重して支援している</b>		
当施設の事業計画書には笑顔の浅草15か条を標題とした、職員の倫理綱領が記載され全職員に共有されている。利用者本位のサービスの提供、笑顔による受容、あらゆる局面での意思の尊重、利用者の利益の追求、チームワークを掲げて、職員の支援が一方的になっていないか、利用者の立場に立った自己点検及び批判は謙虚に受け止める、職員倫理に反する行為は相互に見過ごさない等、努力を約束している。日常サービスでは、利用者が選択できるようプログラムの多様化に努め、気持ちや希望及び意見が出しやすい自由な雰囲気づくりに努めている。		

サブカテゴリー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	実施状況
標準項目1	手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	<input type="radio"/>
標準項目2	提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうか定期的に点検・見直しをしている	<input type="radio"/>
標準項目3	職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	<input type="radio"/>
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	実施状況
標準項目1	提供しているサービスの基本事項や手順等は変更の時期や見直しの基準が定められている	<input type="radio"/>
標準項目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	<input type="radio"/>
標準項目3	職員一人ひとりが工夫・改善したサービス事例などをもとに、基本事項や手順等の改善に取り組んでいる	<input type="radio"/>
評価項目3	さまざまな取り組みにより、業務の一定水準を確保している	実施状況
標準項目1	打ち合わせや会議等の機会を通じて、サービスの基本事項や手順等が職員全体に行き渡るようにしている	<input type="radio"/>
標準項目2	職員が一定レベルの知識や技術を学べるような機会を提供している	<input type="radio"/>
標準項目3	職員全員が、利用者の安全性に配慮した支援ができるようにしている	<input type="radio"/>
標準項目4	職員一人ひとりのサービス提供の方法について、指導者が助言・指導している	<input type="radio"/>
標準項目5	職員は、わからないことが起きた際に、指導者や先輩等に相談し、助言を受けている	<input type="radio"/>
<b>講評</b>		
<b>専門委員会でマニュアルを見直し、適切な情報により業務手順の共通化に努めている</b>		
緊急対応や感染症対策、高齢者虐待や情報管理、苦情対応や人材育成、ボランティア等、法人共通のマニュアルと事業所の業務マニュアルを整備しており、事業計画にはマニュアル更新計画を定めている。各種マニュアルの見直しは年1回の点検および委員会や課題別プロジェクト等の決定を機に随時おこなっている。また、業務の基本事項や約束事、業務手順等については、毎日のミーティングで意見を出し合い、職員相互の問題意識は職員会議等で検証している。緊急時対応と感染症予防マニュアルは常時確認できる場所に置き、確認されている。		
<b>顧客満足度調査の実施及びミーティングや運営会議により業務水準を見直している</b>		
サービス提供上の基本事項や手順等の見直しは、毎日のミーティングで各職員からの問題提起や意見交換で共有し、運営会議の討議により検証され実行している。毎年の利用者アンケートでは満足度を調査し、集計分析結果から改善のヒントを得ている。各会議、委員会（ボランティア、リスクマネジメント、防災等）の報告書は上司にも回覧された後、保管されいつでも確認できる。毎日の朝夕のミーティング、運営会議、施設運営会議と連動して当事業所の業務水準が見直されている。		
<b>職層別研修の実施および業務を標準化してサービス向上に取り組んでいる</b>		
職員研修計画は、基礎、中級、幹部用と目的を明らかにして職層別に策定され、全職員の毎月の学習テーマが設定されている。基礎研修では新人研修、2年目研修、全職員研修として幹部職員が講師になっている。幹部研修では年4回の係長・相談員を対象に「スーパービジョン研修」が実施され、指導技術の習得により職員への指導助言を日常的に実行している。また、安全確保対応マニュアルの周知や環境整備の徹底、「いつでも両手での介助」や「即日の問題解決」などサービスの向上へ積極的に取り組んでいる。		