

渋谷区ケアステーション笹幡高齢者在宅サービスセンター 御中

福祉サービス第三者評価 評価結果報告書

平成 28 年度

機構 02-030：特定非営利活動法人 NPO サービス評価機構

目次

1. 理念・方針、期待する職員像	・・・1
2. 利用者調査	・・・2
3. 組織マネジメント	・・・5
4. サービス分析	・・・17
5. 事業者が特に力を入れている取り組み	・・・30
6. 全体の評価講評	・・・31

1	理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）
	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） 1)在宅で自立した生活を送る為の支援～その人らしさの生活保持 2) ご利用者の自己実現～日々の生活に笑顔と生きがいを 3)ご家族に安心感～介護疲れからの脱却 4)地域貢献～地域が活性化する為に協力関係を構築 5)職員育成～社会に貢献できる人材を増やす
2	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）
	（1）職員に求めている人材像や役割 活力のある人材を育成していくことを目標としています。 その為に、法人としての基礎を学ぶOJT研修を始め職員の知識・技術向上を図ることで、サービスの質の向上へ繋がると考えています。 ①ご利用者を主体とした、ご利用者を個別に考えられる職員であること ②良好なチームワークを形成している職員であること ③親る目を養っている“気づき”のある職員であること
	（2）職員に期待すること（職員に持って欲しい使命感） ①介護のプロとして、ご利用者の安心・安全を守る責任感を持つ。 ②目標意識を高く持ち、ご利用者の満足度100%を目指していく。

調査対象

登録している利用者全数。

調査方法

送迎時に職員から調査票等を手渡ししていただき、利用者が返信用封筒にて直接、当評価機関へ投函していただいた。

利用者総数

92

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
92	0	92
68	0	68
73.9	0.0	73.9

利用者調査全体のコメント

・調査票の回答者は「サービス利用者本人」29名(43%)、「本人が家族や介助者と相談しながら回答」15名(22%)、「家族が本人の気持ちを推察して回答」24名(35%)。

・総合的な感想は次の通りである。「大変満足」21名(31%)、「満足」41名(60%)、「どちらともいえない」2名(3%)、無回答4名(6%)。回答者の91%の方々が当施設のサービスに満足と答えている。

・回答者の80%以上の方々が「はい」(満足)と返答され、高い満足を得ている設問は問3「必要な介助が提供されている」、問6「清掃、整理整頓」、問7「職員の態度・接遇」、問8「緊急時の対応」、問10「利用者の気持ちの尊重」、問12「個別計画作成時における要望把握」であった。

・自由記述には、「デイサービスで色々なところへ連れて行ってもらえるのは嬉しい」「家に一人であるよりも、ここへ来ての方が楽しい」「自分の知らないことを教えてもらえるのは脳の活性化にいい」「家で一人で生活しているので、皆さんと会うのが楽しみ」「デイサービスに通っていることで、生活のリズムが保たれている」などの声が寄せられた。

利用者調査結果

共通評価項目	実数			
コメント	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	50	17	1	0
「はい」と返答した方々は回答者の74%で、利用時の過ごし方に関して概ね満足を得ている。「ゆったりマイペースに合わせてくれる」などの声が寄せられた。				
2. 食事の献立や食事介助は満足か	47	18	2	1
「はい」と返答した方々は回答者の69%、「どちらともいえない」26%、「いいえ」4%、無記入1%であった。「実際の食事の様子を見ることがないので、見学できるとよい(家族から)」「献立はもう一工夫あればいいと思う」などの声が寄せられた。				

3. 利用者が必要と感じた介助が提供されているか	58	7	0	3
「はい」と回答した方々は回答者の85%で、必要な介助に関して高い満足を得ている。				
4. 利用中の楽しい行事や活動があるか	49	15	3	1
「はい」と回答した方々は回答者の72%で、行事や活動に関して概ね満足を得ている。「カレンダーや色々な作品を作るのが楽しい」「麻雀。車で連れて行ってくれる色々な行事が楽しみ」「花見、紅葉狩り、お祭り、りんご狩り、外食など大変楽しみにしている」などの声が寄せられた。				
5. 個別プランに基づいた事業所の活動・リハビリは、家での生活に役立つか	39	19	1	9
「はい」と回答した方々は回答者の57%、「どちらともいえない」29%、「いいえ」1%、非該当13%であった。「自分の作品を壁に飾って自慢している」などの声が寄せられた。				
6. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	58	7	1	2
「はい」と回答した方々は回答者の85%で、事業所内の清掃、整理整頓に関して高い満足を得ている。				
7. 職員の接遇・態度は適切か	59	7	0	2
「はい」と回答した方々は回答者の87%で、職員の接遇・態度に関して高い満足を得ている。				
8. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	61	4	2	1
「はい」と回答した方々は回答者の90%で、緊急時の対応に関して非常に高い満足を得ている。「今までそのようなことはありませんが、あったとしても信頼できる」などの声が寄せられた。				
9. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	42	16	1	9
「はい」と回答した方々は回答者の62%、「どちらともいえない」24%、「いいえ」1%、非該当13%であった。「とても目が行き届いていると思う」などの声が寄せられた。				

10. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	58	7	3	0
「はい」と回答した方々は回答者の85%で、利用者の気持ちの尊重に関して高い満足を得ている。「送迎の職員の方は親切です」などの声が寄せられた。				
11. 利用者のプライバシーは守られているか	52	9	1	6
「はい」と回答した方々は回答者の78%で、プライバシー保護に関して概ね満足を得ている。				
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	55	8	1	4
「はい」と回答した方々は回答者の81%で、個別計画作成時における要望把握に関して高い満足を得ている。「聞いてくれていると思います」などの声が寄せられた。				
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	51	10	0	7
「はい」と回答した方々は回答者の75%で、サービス内容や計画の説明に関して概ね満足を得ている。				
14. 利用者の不満や要望は対応されているか	52	9	2	5
「はい」と回答した方々は回答者の77%で、不満や要望の対応に関して概ね満足を得ている。「足の筋トレをもう少し増やしてほしいとお願いしたら、増やしてくれた」などの声が寄せられた。				
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	33	13	7	15
「はい」と回答した方々は回答者の49%、「どちらともいえない」19%、「いいえ」10%、無記入22%であった。				

I 組織マネジメント項目（カテゴリ1～5、7、8）

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 9/9
	評価項目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 評点（〇〇〇〇）	
	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）を明示している ☐ 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、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	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 ☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	4. 重要な意思決定や判断に迷ったときに、事業所が目指していること（理念・ビジョン、基本方針など）を思い起こすことができる取り組みを行っている（会議中に確認できるなど） ☐ 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、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、自らの役割と責任に基づいて行動している ☐ 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. 重要な案件を検討し、決定する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

カテゴリー1の講評

法人理念をホームページおよび事業所内に掲示し、利用者、家族等に周知している

法人理念は、「顧客満足を得ることや、潜在的な利用者ニーズを社会のシステムとして具体化し、社会のニーズや「夢」を実現することを通して、広く社会に貢献していくことが必要である」との考えをベースとしている。この法人理念については、法人のホームページで理事長挨拶という形で掲載し、利用者、家族および関係者等に広く周知を図っている。また、法人理念については、施設内のオープンスペースの目につきやすい場所に掲示しており、利用者、家族および関係者がいつでも確認できるように配慮している。

法人理念を踏まえて事業計画を策定し、全体会議で全職員へ説明している

法人理念を踏まえて策定した3年間(平成28年度から平成30年度まで)の法人の中期計画「For優2016プラン」に基づき、通所事業部のビジョンを定め、それに基づき「笹幡デイ 平成28年度ビジョン」として今年度の事業計画に記載している。また、毎月開催する全体会議などの機会を利用し、事業計画に記載した事業所のビジョンや方向性を周知・説明するとともに、職員間での話し合いを行ない共通理解を深めている。また、現場の職員からの意見も取り入れると同時に、事業所のルールを明確にしていくことでチーム力の向上を図っている。

月1回の全体会議が、職員の意見を事業所運営に反映させる場となっている

原則全職員が参加対象の月1回の全体会議を、事業所の最高意思決定機関として位置づけている。会議の開催に際して、事業所責任者から会議の目的および会議のゴールを明示し、効率的な会議運営となるように努めている。また、会議では、職員間の情報共有やサービスの見直し・向上に向けた取り組みのほか、事業所の運営全般に係る職員の意見交換の場としても重要との考えから、会議では最低でも一人一回は発言するように職員の意識づけを図り、職員相互の考えを知りそれを活かす場として機能している。

2 経営における社会的責任			4/4
サブカテゴリ1(2-1)			4/4
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
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			評点(〇〇)
評価	標準項目		
●あり ○なし	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		○ 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)などの理解が深まるように取り組んでいる		○ 非該当
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			評点(〇〇)
評価	標準項目		
●あり ○なし	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		○ 非該当
●あり ○なし	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		○ 非該当
サブカテゴリ2(2-2)			7/7
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
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			評点(〇〇)
評価	標準項目		
●あり ○なし	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)		○ 非該当
●あり ○なし	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		○ 非該当
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			評点(〇〇〇)
評価	標準項目		
●あり ○なし	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		○ 非該当
●あり ○なし	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)		○ 非該当
●あり ○なし	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		○ 非該当
評価項目3 地域の関係機関との連携を図っている			評点(〇〇)
評価	標準項目		
●あり ○なし	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		○ 非該当
●あり ○なし	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		○ 非該当

カテゴリー2の講評

「虐待の目チェックリスト」を使用し、職員が自己チェックを行なっている

法人が定めているコンプライアンス方針に基づき、職員が法・規範・倫理について意識し業務に取り組むものとし、入職時には新入職員研修で法令遵守について説明し理解を深めている。また、年2回、全職員を対象に不適切なケアがないか「虐待の目チェックリスト」を用いて、各項目に沿って自己チェックを行っており、適切でない項目があればすぐに改善するよう意識づけを行なっている。さらに、利用者・家族から寄せられたマナーについての意見などは全体会議で職員に周知徹底し、利用者に気持ち良く過ごしていただくよう改善に努めている。

利用者が企画に参画し、ボランティア感謝祭を実施している

ボランティアについては積極的に受け入れるという方針のもと、イベントでのボランティアに加え、日々の活動をサポートする日常支援ボランティアも毎月10名程度活動している。日常支援ボランティアの活動は、ヘアカット、血洗い、ゴミ片付けなど日常業務のサポートやハーブ・アロマ作成、各種楽器演奏、音楽療法、囲碁など多岐に亘っている。ボランティアの活動は事業所での日常に潤いと変化をもたせており利用者も楽しみにしている。さらに、毎年、ボランティア感謝祭を実施しており、これには利用者が企画に参加し日頃の感謝の意を表している。

地域住民を対象に、事業所が保有する技能・知識等を活かした介護者教室を開催している

事業所が保有する技能・知識等を公益活動として地域へ還元し、事業所の存在価値を高めることを目的として、「家族介護者教室」を今年度は年4回開催している。開催に当たっては、区の広報誌に開催の記事を掲載・周知して、地域住民に対して積極的な参加を呼びかけている。今年度の実施内容は、「介護者リフレッシュコンサート」「ヨガ体操」「自宅でもできる簡単筋力UP体操」などで、毎回15名前後の参加を得ており、事業所周辺の地域での認知度の向上につなげている。

カテゴリ3		
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1(3-1)		
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		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 8/8
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) 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	○非該当
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 評点(〇〇〇)		
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を把握することに取り組んでいる	○非該当
◎あり ○なし	2. 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	○非該当
◎あり ○なし	3. 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	○非該当
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 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
◎あり ○なし	1. 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	○非該当
◎あり ○なし	2. 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	○非該当
◎あり ○なし	3. 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	○非該当
カテゴリ3の講評		
苦情解決制度については、契約時に利用者、家族に必ず説明をしている 苦情解決制度については、重要事項説明書に明示し、契約時に利用者・家族に必ず説明している。重要事項説明書には、事業所の苦情相談・苦情担当のほか、外部の苦情相談窓口を明示し、周知している。事業所の苦情相談・苦情窓口は事業所責任者としており、組織的な対応を図る体制を整え、解決に向けて迅速な対応に努めている。利用者・家族および関係者等を対象としたご意見箱は、事業所が設置されているビルの一階の共同エントランスに設置しており、直接職員に言いにくい苦情に対しても対応している。		
第三者評価のアンケートを踏まえて、食事の改善など具体的なアクションに繋げている 第三者評価のアンケートは、利用者・家族から率直な意見が把握できることから、アンケート結果をサービスの改善につなげるように努めている。前年度の評価の際に利用者から要望が多かった食事の改善に関して、今年度の事業計画の重点施策の一つとして「食事満足向上施策」として組み込み、委託業者の変更などの取り組みを行なった。その結果、食事の献立や食事介助の満足度は前年度比で約6ポイント向上し、69%が「満足」と回答するなど改善が進んでいる。		
地域の外部環境を分析し、事業計画に反映している 事業計画の策定に際し、施設の所在する区および送迎可能エリアの高齢者人口、事業所周辺環境及び周辺の競合するデイサービス施設の特徴等を調査・分析し、事業計画書にも記載している。高齢者世帯や独居高齢者世帯が多いといった事業所の周辺環境、周辺競合施設の提供サービス及び併設施設などの特徴を踏まえた上で、当事業所のSWOT(強み、弱み、機会、脅威)を分析し、事業所基本戦略及び事業所機能別戦略を策定し、事業所のあるべき姿を提示している。		

4 カテゴリー4		
4 計画の策定と着実な実行		
サブカテゴリー1(4-1)		
実践的な課題・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 11/11
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 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	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	○ 非該当
●あり ○なし	2. 年度単位の計画を策定している	○ 非該当
●あり ○なし	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	○ 非該当
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 評点(〇〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	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	○ 非該当
●あり ○なし	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	○ 非該当
●あり ○なし	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	○ 非該当
●あり ○なし	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	○ 非該当
評価項目3 着実な計画の実行に取り組んでいる 評点(〇〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 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	○ 非該当
●あり ○なし	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	○ 非該当
●あり ○なし	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	○ 非該当
●あり ○なし	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	○ 非該当

サブカテゴリー2(4-2)		
利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況 4/4
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 評点(〇〇〇〇)		
評価	標準項目	
◎ あり ○ なし	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	○ 非該当
◎ あり ○ なし	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	○ 非該当
◎ あり ○ なし	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	○ 非該当
◎ あり ○ なし	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	○ 非該当
カテゴリー4の講評 法人の中期計画を踏まえて、年次事業計画を策定している 法人では中期計画として「for優2016プラン」を策定しており、法人傘下の事業所共通の2016年度から3年間に亘る法人基本戦略と機能別戦略を具体的に定めている。さらに当事業所が所属する通所事業部の中期計画として、デイサービス事業に関する中期計画も具体的に定めている。これら法人および通所事業部の中期計画を踏まえ、当事業所を取り巻く事業環境や内部資源を反映した事業所独自の事業計画を、全体会議の場での職員間の議論を踏まえて最終案を策定している。		
担当者を決めてアクションプランを策定し、着実な実行に努めている 事業所計画では、今年度の重点施策として、「効果的サービス提供」「食の満足向上」「活動満足向上」「地域資源活用」「家族の支援の実施」を5つを取り上げ、各々について目標と行動計画を立案し明示している。これらの目標・行動計画に沿って、各々の担当者を決めてアクションプランを策定し、併せてスケジュールや完了時期を明記することで、計画に沿った着実な実施に努めている。また、アクションプランはイラストや図を用い一目で理解できるような施策イメージを明示することで、職員間で共通理解が醸成されるように工夫している。		
ヒヤリハットの取り組みを重視することで、事故防止に努めている ヒヤリハットの報告は事故を未然に防ぐ効果が大きいとの認識のもと、職員はヒヤリハットの事例が発生した場合には、必ず共有している。ヒヤリハットは、荷物・物品(忘れ物)、送迎、利用者危険、医療、食事・水分提供、記録・事務、入浴など項目別に毎月報告書として取りまとめ、通所事業部リスクマネジメント委員会にて集計分析し、各事業所に結果をフィードバックしている。通院を伴う事故が起きた場合は「状況報告書」を、法人本部・自治体に提出するほか、同じ過ちを繰り返さないよう全体会議等で事故防止策を検討している。		

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・育成に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準项目实施状況 8/8
評価項目1 事業所にとって必要な人材構成にしている 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
● あり ○ なし	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	○ 非該当
● あり ○ なし	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	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 適材適所の人員配置に取り組んでいる	○ 非該当
評価項目2 職員の質の向上に取り組んでいる 評点(〇〇〇〇〇)		
評価	標準項目	
● あり ○ なし	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	○ 非該当
● あり ○ なし	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	○ 非該当
● あり ○ なし	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	○ 非該当
● あり ○ なし	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	○ 非該当
● あり ○ なし	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	○ 非該当
サブカテゴリ2(5-2)		
職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準项目实施状況 7/7
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 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
● あり ○ なし	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	○ 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、互いに学ぶことに取り組んでいる	○ 非該当
● あり ○ なし	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	○ 非該当

評価項目2

職員のやる気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・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	○ 非該当
● あり ○ なし	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	○ 非該当
● あり ○ なし	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	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 福利厚生制度の充実に取り組んでいる	○ 非該当

カテゴリ5の講評

「目標管理シート」を導入し、職員の自主的な取り組みを促している

「目標管理シート」を導入し、職員自らが目標設定を行うことで自主性を持って業務に取り組んでいる。また、職員は各自の今後のキャリアアップ目標を踏まえ「キャリアアップ申告書」を作成し、必要に応じ管理者層との面談を実施している。目標に応じた資格取得のサポートや、適正に応じた異動・配置など、組織としてさまざまな支援策を講じている。さらに、本人のキャリアアップと希望を踏まえ、法人内の他事業所への体験勤務も実施しており、幅広い経験ができる機会を設けている。

介護関連スキル向上のため、介護プロフェッショナルキャリア段位制度を導入している。

厚生労働省の施策である、食事介助・排泄介助といった基本介護技術をはじめ、感染症対策、地域包括ケアシステムへの取り組みなど、介護職員の実践スキルを評価する「介護プロフェッショナルキャリア段位制度」を導入し、介護職員による段位取得、各福祉関連資格の取得推進の取り組みを進めている。こうした取り組みを通じて職員の資質向上・サービスレベルの向上を図ることは提供サービスの向上と標準化につながり、事業所全体のレベルアップにも寄与している。

新卒採用職員には1年間プリセプターを配置し、育成に取り組んでいる

正社員の採用は法人本部が一括して実施している。事業所では新人社員の育成のために、プリセプター制度を導入して、新入職員に1名、プリセプター(指導係の先輩看護師)を1年間配置し、OJTを通じた育成に取り組んでいる。新人職員は、自立して業務ができるようになるまで半年程度の期間は日々の業務記録を記して自身の業務の振り返りを行なうとともに、必要に応じプリセプター等による指導を行なうことで、早期の戦力化を図っている。

7 カテゴリー7		
情報の保護・共有		
サブカテゴリー1(7-1)		
情報の保護・共有に取り組んでいる	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	7/7
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 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
● あり ○ なし	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	○ 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・保管している	○ 非該当
● あり ○ なし	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	○ 非該当
評価項目2 個人情報、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて保護・共有している 評点(〇〇〇〇)		
評価	標準項目	
● あり ○ なし	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	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 個人情報の保護に関する規定を明示している	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 開示請求に対する対応方法を明示している	○ 非該当
● あり ○ なし	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	○ 非該当
カテゴリー7の講評 パソコンはID・パスワードを設定し、アクセス権を制限している 事業所のパソコンには個別にIDとパスワードを設定し、個々の職員が管理することで、部外者や担当外の職員のアクセスを防止している。電子情報による利用者のデータや個人情報は専用の介護ソフトを用いて整理しており、業務の効率化と個人情報の管理に努めている。紙ベースの個人ファイル等で個人情報を含むものは、鍵のかかるキャビネットに格納し、職員の不在時には施錠を徹底している。 「個人情報保護規程」に沿って、適正な取り扱いに努めている 「個人情報保護規程」を作成しており、職員で共有しこれに則った適切な対応に努めている。個人情報の取り扱いについての文書を事業所内の共有スペースに掲示し、利用者・家族及び関係者等に周知している。職員が個人情報保護の遵守に向けて取り組むべき内容を「第三者への情報提供」「個人情報の適正・安全管理」「帳票等の情報管理」等の項目毎に分類し、「個人情報保護方針」を遵守するにあたっての職員向けマニュアルを作成し理解したうえで業務に取り組むようにしている。 個人情報は、利用者・家族に利用目的の範囲を説明・同意を得た範囲で利用している 個人情報の取り扱いについては、サービス提供前に利用者・家族に個人情報の利用目的の範囲を説明し、同意を得た上で収集している。同意に際しては、利用者・家族から「個人情報の取り扱いに関する同意書」に記名・捺印をいただき、事業所内新聞などへの写真の掲載やホームページなどネット上での写真の掲載などについて、利用者・家族の意向に沿った形での利用を遵守している。		

サブカテゴリー4(8-4)

事業所の財政等において向上している

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

- ☒ 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
- ☐ 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
- ☐ 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

利用者ニーズの把握や営業強化により、稼働率の向上が図られている。

- ・空き情報を事業所のホームページに掲載することで、潜在的利用者へ利用を促している。
- ・事業所のしおりや空き情報などの資料を持って訪問するなどケアマネージャーとの関係性を強化し、新規利用者や臨時利用者数の増加につながっている。
- ・上記施策により、稼働率が向上し、財政状況の健全化が図られている。

サブカテゴリー5(8-5)

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

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」

- ☒ 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
- ☐ 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
- ☐ 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

利用者のニーズに沿った支援プログラムの実施が増えている

- ・在宅生活継続のニーズに応える支援を目標ターゲットとし、事業所での自立支援プログラムおよび役割支援プログラムを提供することで、機能維持や意欲向上につながる機会の提供に努めている。
- ・これらのプログラムによる活動で得た意欲・意思・能力を地域に向けた活動へ発展させ事業所の知名度向上を図っている。
- ・自立支援プログラム、役割支援プログラムの実施増に加えて、地域向けプログラムを今年度新たに実施している。その結果、前年度と比べて新規利用者数が増加するとともに平均稼働率も改善している。

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) <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th><th>標準項目</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>◎あり ○なし</td><td>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</td></tr> <tr> <td>◎あり ○なし</td><td>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</td></tr> <tr> <td>◎あり ○なし</td><td>3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している</td></tr> <tr> <td>◎あり ○なし</td><td>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</td></tr> </tbody> </table>	評価	標準項目	◎あり ○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	◎あり ○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している	◎あり ○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	◎あり ○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
評価	標準項目										
◎あり ○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										
◎あり ○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している										
◎あり ○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										
◎あり ○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										
	サブカテゴリー1の講評										
	ホームページやSNSを活用し、事業所の活動の様子を伝えている ホームページやSNSを活用し、利用希望者に情報を発信している。ホームページはほぼ毎日のように更新し、多い時には1日2件以上の記事を発信している。日々の活動を利用者や職員の写真とともに公開しており、過ごし方の雰囲気も伝わりやすい。一日の流れや送迎に関すること、毎月の「プログラム表」、広報紙、空き情報等、様々な情報をホームページから入手可能であり、ホームページは事業所を知ることができる最も有効なツールとして機能している。 居宅支援事業所を毎月訪問し、事業所の情報をケアマネジャーに伝えている 毎月月初めに、利用実績、活動報告、広報紙、毎月のプログラム等、事業所の情報を居宅介護支援事業所や地域包括支援センターに持参し、配布している。同時に、前月の利用者の様子を「目標達成状況報告書」にまとめ、担当ケアマネジャーに渡している。広報紙「ささはた便り」では、行事の内容、活動の様子等の写真を多く取り入れている。居宅介護支援事業所に配布することで、利用者がどのように過ごしているのかイメージすることができる。 実際の事業所のプログラムを体験した上で、利用するかどうかを決めることができる 問い合わせや見学は、生活相談員が対応している。体験も可能であり、実際に体操やレクリエーション活動等のプログラムに参加することで、事業所の雰囲気や他利用者の様子も見て、利用するか否かを決定してもらっている。事前予約による見学では、送迎も実施している。また昼食を実費で召し上がっていただくことも可能である。事業所は2階と3階に分かれている。2階は比較的自由度が高い方が利用しており、自立した生活を大切にしている。また、3階では重度の利用者も受け入れ、医療依存度の高い方の利用も可能であることを伝えている。										
	サブカテゴリー2										
2	サービスの開始・終了時の対応 サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 7/7 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) <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th><th>標準項目</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>◎あり ○なし</td><td>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</td></tr> <tr> <td>◎あり ○なし</td><td>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</td></tr> <tr> <td>◎あり ○なし</td><td>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</td></tr> </tbody> </table>	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	◎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	◎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		
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										
◎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										
◎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										

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
サブカテゴリー2の講評			
利用開始前に自宅を訪問し、契約内容の説明およびアセスメントを実施している 利用開始前に、生活相談員が利用者の自宅を訪問し、契約書、重要事項説明書の内容を説明している。本人だけでは理解が難しい場合には、必ず家族またはケアマネジャー・代理人に同席していただいている。事業所では、実費負担によるサークル活動や外出活動も行なわれているため、費用がかかるものに関しては、その都度知らせている。また、事前訪問の際には利用者の状況もアセスメントし、本人がどのように事業所で過ごしたいか等、希望やニーズを聴き取りしている。			
相性の良さそうな利用者と同席にする等、馴染みやすい環境を整えている 利用者情報を事前に職員間で把握し、趣味や性格が合いそうな方と同席になるようにしている。始めて利用する日には、生活相談員が中心となって、事業所の説明や利用者の趣味・生活歴等について話し、話好きな方には、話好きな利用者と同テーブルになるように調整したりと、リラックスできるようにしている。利用者の生活リズムに合わせて利用時間を決めているため、事業所でのプログラムへの参加を強制することはない。利用者のペースに合わせて利用を開始することで、無理なく事業所の雰囲気になじめるようにしている。			
福祉施設に入所する際には、要望に応じて事業所での様子を情報提供している 昨年度の利用終了者は41名であり、福祉施設・保健施設への入所が3名、医療機関への入院8名、永眠7名、他事業所利用3名、転居を含むその他20名である。福祉・保健施設の入所の場合は、先方施設や家族・ケアマネジャーからの依頼に応じて、事業所での状況について情報提供し、スムーズな移行ができるようにしている。また、利用者92名中、要介護1の利用者が33名、要介護2の方が34名と、比較的軽度の利用者が多く、自立判定されるケースもある。その際には、配食サービスにつなげる等、適宜必要な支援を行なっている。			
サブカテゴリー3			
3	個別状況に応じた計画策定・記録	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	11 / 11
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たうえで、必要に応じて見直している	○ 非該当
●あり ○なし	4. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	○ 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

サブカテゴリー3の講評

要介護者は6か月毎、要支援者は3か月毎のペースで計画を作成・見直ししている

サービス開始前に提出していただく利用申し込み書にて情報を把握し、さらに契約時にアセスメントを実施することで利用者の情報を整理している。通所介護計画書の作成は、生活相談員6名が担当し、「目標達成状況報告書」は、現場サービスを行なっている非常勤職員も担当している。見直しのペースは、要介護者の場合6か月に1度、要支援者の場合は3か月に1度である。また、入浴日や介助方法等に変更がある場合や、新たなニーズが発生した際には、随時計画の内容を見直し、新たな計画書を作成している。

ケアマネジャーに「目標達成状況報告書」を提出し、モニタリングとしている

通所介護計画書には、ケアマネジャーが立案した居宅サービス計画目標を記入し、事業所の介護目標(長期目標・短期目標)を設定している。その上で、送迎・排泄・食事・趣味生きがい活動・入浴・機能訓練等の決められた項目に対し、本人への支援方法を具体的に記載している。毎月「目標達成状況報告書」を作成し、ケアマネジャーに提出している。目標達成状況報告書を毎月記載することで計画に対するモニタリングにもなり、支援を振り返る機会としている。

朝夕の申し送りや、雑記メモを通して、職員間で利用者情報を共有している

営業時間は8時30分～19時(サービス提供時間は9時～18時)であり、職員はシフトにより勤務している。朝9時から朝礼を開始し、利用者の当日の予定や特記情報を共有している。また、16時頃に申し送りの時間を設け、当日の利用者の様子、家族・添乗・フロアからの報告を職員間で共有している。記録媒体では、職員間の情報共有のツールとして「雑記メモ」を活用している。送迎時に利用者の家族から得た情報や、事業所で発生したヒヤリハット、普段の様子と違う点等を記載し、職員は必ず雑記メモに目を通しながら利用者の支援にあたっている。

サブカテゴリ-5		
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 7/7
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、利用者の同意を得るようにしている	○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	3. 虐待被害にあった利用者がある場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている	○非該当
●あり ○なし	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	○非該当
サブカテゴリ-5の講評		
ホームページや広報紙には、許可をいただいた利用者のみ写真を使用している 法人全体で力を入れている取り組みとしてホームページがあり、日々の活動の写真撮影をし、頻繁にホームページやブログにアップしている。また、毎月発行する広報紙への写真利用は多い。写真を多く活用するため、契約時には「個人情報同意書」を用いて、利用者または家族に対し使用の可否を確認し、許可をいただいた方のみ公開するようにしている。また、排泄状況や食事量等を記載したバイタル表や排泄表は、カバー付きのバインダーを使用することで、他者の目に触れないようにし、プライバシーに配慮している。 年2回の「虐待の芽チェックリスト」を職員全員が実施し、日々の言動を振り返っている 年2回、「虐待の芽チェックリスト」を実施し、法人全体で集計分析をし、全体会議で結果報告をしている。集計分析の結果、「不適切ケア」とはケアを受けた本人が不快に思うことや周囲が嫌な気分になること等、自分に自覚がなくとも結果として不適切ケアになってしまう可能性が全職員にあることを全体会議で周知している。また、実習生や外部からの職員の対応に対する意見を大切に、対応を見直す切っ掛けにしている。 自立支援を大切に、職員主体ではなく利用者主体の雰囲気作りに取り組んでいる 毎日のプログラム内容は決まっているが、利用者に強制することではなく、基本的に過ごし方は自由である。また、日々利用者に対する「自立支援」に取り組み、職員主体ではなく、利用者が主役になれるような事業所作りに取り組んでいる。介助面では、トイレ介助が必要な方に対し、声かけをしてできるだけ利用者自身で行なってもらうことで、羞恥心を少しでも軽減できるようにしている。入浴や排泄時の同性介助は、体制上の問題で必ずしも対応できないことがある。事前に希望を確認し、同性介助を希望される方に対しては徹底できるよう取り組んでいる。		

サブカテゴリー6		サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	11/11
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	
◎あり ○なし	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	○ 非該当	
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		評点(〇〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
◎あり ○なし	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	○ 非該当	
◎あり ○なし	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	○ 非該当	
◎あり ○なし	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	○ 非該当	
◎あり ○なし	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	○ 非該当	
◎あり ○なし	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	○ 非該当	

サブカテゴリ6の講評

新しいマニュアル作成に積極的に取り組み、業務の標準化を進めている

法人統一の通所事業マニュアルや事業所独自のマニュアルを整備し、職員がいつでも確認できるようにしている。業務手順書には、リーダー業務等、それぞれの役割が担う一日の業務の流れを明確にしている。今年度は、「派遣ナースの受け入れ」「食事」に関するマニュアルを新しく作成し、「送迎ルートの組み方」のマニュアルを改訂した。また、厚生労働省が推奨している「介護プロフェッショナルキャリア段位制度」の研修にも積極的に職員を派遣し、今年度アセッサーを1名取得している。全体では、アセッサー1名、段位認定者2名である。

法人内での交流が盛んであり、職員の知識や技術の研鑽につながっている

法人主催による「事例研究発表会」に参加し、他事業所のノウハウを共有している。また、他事業所の行事に手伝いで参加した際には、他事業所を見る貴重な機会として捉え、自分の事業所の強みや弱みを把握できるようにしている。また、「状況報告書」や「ヒヤリハット」の内容は、法人のリスクマネジメント会議で共有している。他事業所で発生している事故やヒヤリハット、対応策等を知ることができ、必要に応じて事業所のサービスに取り入れている。その他、職種別・階層別研修も法人内で充実しており、職員の知識や技術の研鑽に取り組んでいる。

新人職員にプリセプターを配置し、6か月間かけて一人立ちできるようフォローしている

新人職員を採用した際には、プリセプターを配置し、育成状況を把握しながらフォローできるような体制にしている。また、プリセプターを先輩職員一人に任せるのではなく、全体会議で育成状況を報告することで、全職員が新人職員のフォローができるようにしている。約6か月を目安として、一人立ちできるようにしている。新人職員は、〔食事〕〔排泄〕〔送迎〕〔入浴〕〔レクリエーション〕〔コミュニケーション〕〔事務〕の項目ごとに研修記録を作成している。学んだこと・実施したこと、反省・気づきを記載し、日々の業務を振り返っている。

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

サービスの実施項目		サブカテゴリー4	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	38/38
1 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				
			評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目			
◎あり ○なし	1. 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			○ 非該当
◎あり ○なし	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			○ 非該当
◎あり ○なし	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			○ 非該当
評価項目1の講評				
「目標達成状況報告書」を作成し、介護計画に基づいた支援につなげている 毎月ケアマネジャーに提出している「目標達成状況報告書」は、モニタリングも兼ねて作成しており、介護計画に基づいた支援につなげている。また、毎日の「ケース記録」には、バイタル、入浴、食事量、機能訓練 午前午後の活動、1日の様子を記載している。また、「バイタル表」には、送迎・バイタル、服薬管理、昼食摂取量、午前・午後のプログラム内容等を記載している。計画更新の際、これらの記録を把握し、利用者個々の状況に合った計画を作成している。 職員個々の考えでケアをするのではなく、利用者主体の支援に努めている 日々の利用者の様子は、雑記メモやバイタル表に記録しており、必要な情報はケース記録に落とすように全体会議の中で何度も周知している。利用者の対応が変更になったり、日々の様子で疑問に思ったことがあった際には、必ず声に出して他職員へ確認することを大切にしている。「変更でいいのであろう」「まあいいか」という、職員個々の考えで済ませることなく、利用者主体の支援をチームケアで行なうよう指導教育している。そのため、どのような些細なことでもコミュニケーションを図るように努めている。 在宅生活が続けられるよう、独居の利用者に対するきめ細やかなサービスを行なっている 独居で支援が必要な方に対し、リハビリパンツや衣類を預かったり、着て来た物を選択したり、区から支給されるおむつを事業所に届けてもらったりして、少しでも長く在宅生活が続けられるように支援している。ケアマネジャーが主催するサービス担当者会議には、利用者に関わる方々と直接話ができる貴重な機会と捉え、できるだけ参加できるようにしている。利用者の要望把握は、サービス担当者会議に参加した際に行なっている。計画書の更新を適切に行なうように努めており、会議に計画の原案を持参することで、要望や意向を反映できるようにしている。				
2 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				
			評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目			
◎あり ○なし	1. 利用者の状態に応じた食事提供や介助を行っている			○ 非該当
◎あり ○なし	2. 利用者の状態や嗜好に応じて献立を工夫している			○ 非該当
◎あり ○なし	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ずらすことができる			○ 非該当
◎あり ○なし	4. 食事を楽しむ工夫をしている			○ 非該当

評価項目2の講評		
給食業者を変更したことにより、食事に対する利用者満足度は向上している 昨年度7月より、給食業者を変更している。委託会社にインターネットで注文し、要望があればホームページの通信欄に記載している。通常の食形態で届き、一口大へのカットは事業所の職員が実施している。訪問調査の時点で治療食を希望する利用者はいないが、要望があれば、カロリー制限・塩分制限等のコントロールは委託会社に依頼が可能である。ご飯の炊飯やみそ汁は事業所でつくっており、温かい状態で提供することができる。利用者に提供する前には職員も検食し、味や量を確認している。業者変更後、利用者満足度は若干向上している。 食事に対する細かい要望を確認し、通所介護計画書の内容に反映している 利用者個々の食事提供の方法は、「昼食変更表」を用いて確認している。主食四分の三、主食150グラム、鮭以外の魚禁止等、内容は細かい。体調により、主食はお粥に対応し、副食は刻みで提供することが可能である。常食を食べている方であっても、硬いものや噛みにくいもの等、必要に応じて本人の希望に沿いながら提供できるようにしている。また、嫌いなものやアレルギー、禁食にも対応し、代替品を用意することが可能である。これらの支援内容は、通所介護計画書の「食事」の支援欄に明記し、対応できるようにしている。 外食やおやつ作りを実施し、普段とは違う食事やおやつを楽しむ機会を提供している 年に数回、外食を楽しむ機会を設けている。6月の外食では、2週間かけ、小人数でゆっくり出かけることを支援した。外食の際には、普段は食べられないボリュームのある食事やスイーツを楽しんでいる。また、おやつを利用者と一緒に作ることも多い。5月には、お好み焼きを作った。利用者同士で話をしながら、食材を切り、混ぜ、ホットプレートで焼き、部屋中に広がる香りを楽しむ機会となっている。また、「もっと食べたい」と食欲喚起にもつながった。おやつ作りの際には、買い物から利用者で行ない、お金を支払っていただくことも大切にしている。		
3 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 評点(〇〇〇〇)		
評価	標準項目	
◎あり ○なし	1. 入浴前に利用者の健康状態のチェックをしている	○ 非該当
◎あり ○なし	2. 利用者の状態に応じた入浴方法や介助を行っている	○ 非該当
◎あり ○なし	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	○ 非該当
◎あり ○なし	4. 浴室や脱衣室は清潔で、快適な状態にしている	○ 非該当
評価項目3の講評		
主治医の意見書の内容に基づいて、入浴の可否を決定している 送迎時の体調確認、到着後の看護師によるバイタル確認をしている。バイタル値が医師の主治医意見書の範囲内であるかを確認したうえで、入浴の可否を決定している。健康状態や身体状況に変化がある場合には、時間を短くしたり、清拭やシャワー浴に変更する等、看護師の指示のもとで対応している。表皮剥離しやすい利用者に対して、「つかまる場所をしっかりと具体的に声かけをする」「危険な時はリフト浴の活用をする」等、浴室内の介助に関するルールを設定した。浴室内の安全にも配慮しながら介助している様子がうかがえる。 「入浴者名簿」に対応や処置方法を細かく記載し、職員間で共有している 「入浴者名簿」には、利用者個々の対応方法や特記事項を記載している。「一般浴の際、浴槽内に座るまで誘導、もしくはリフト浴」「発疹部はボデーソープは使わないで、様子を見る」「一般入浴の際は湯船の中に入るまで要付き添い」「心疾患のため、短浴(血圧変動しやすい)」「保湿クリーム持参の際全身に塗布」等、入浴支援の留意事項を具体的に詳細に記載している。入浴者名簿を活用することで、処置方法や対応方法を職員間で共有することが可能である。 午前と午後に分かれて入浴を実施し、週3回入浴される利用者もいる リフト浴と一般浴が可能であり、利用者のADLに応じて決定している。利用者からの入浴ニーズは高く、週3回入浴している方もいる。1日当たりの入浴者数は13名～18名であり、午前も午後も対応可能である。入浴体制は、中介助と外介助の職員を分担し、少しでも多くの利用者が入浴できるようにしている。また、利用者がゆっくりと入浴を楽しむことができるよう、ゆったりした音楽を流し、動作をせかさないように心がけている。ゆず湯や菖蒲湯等、昔ながらの習慣や季節感も大切にしており、季節の香りを楽しんでいる。		

4 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			評点(〇〇〇)
評価	標準項目		
◎あり ○なし	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		○ 非該当
◎あり ○なし	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		○ 非該当
◎あり ○なし	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		○ 非該当
評価項目4の講評			
必要以上に介入せず、利用者の自尊心に配慮しながら介助を実施している トイレに行くタイミングは、本人の意思を尊重して対応している。また、利用者の様子に応じて声をかけたり、トイレに案内したりと、必要な支援ができるようにしている。ズボンの上げ下ろし等の行為は、羞恥心への配慮や自立支援の観点から、できるだけ利用者自身で行なってもらおうようにしている。職員の付き添いが必要な場合を除いて、必要がある場合はトイレ内の呼び出しブザーを押していただくようにしている。排泄は自尊心に大きく関わる行為であるため、必要以上に介入しないように心がけている。 排泄表に利用者個々の介助方法を記載し、職員間で統一できるようにしている 利用開始時の自宅訪問の際に、住環境や介助方法を確認・ヒヤリングし、排泄表やアセスメントシートに介助方法を記載している。尿意を感じない利用者の場合には、排泄表を用いて排泄状況を管理し、定時の声かけを実施している。排尿がない利用者には、自宅での回数を確認し、必要に応じて水分摂取を促している。排泄表は、個々の介助方法を詳しく記載している。見守りのみ、中介助必要、パットの確認、汚染時の対応方法等、必要な情報を記載しているため、職員間で統一したケアが可能であり、介助方法の変更にも速やかに対応することが可能である。 排泄マニュアルにより、介助の際の手順や注意点等を明記している 「排泄マニュアル」を作成し、自尊心に配慮した言動で介助することや、トイレまでの移動手段の把握、排泄物の処理の仕方等、ケアに必要な支援内容を記載している。汚物は障がい者用トイレ内またはトイレ洗面台にあるバケツの中に、清拭用タオルは障がい者用トイレ内に置いてあるバケツの中に入れるようにしており、排泄物の臭いが外に漏れないように努めている。トイレの清掃は、館内の清掃職員が実施している。使用中に汚染があった場合には、随時洗浄・消毒を行ない、清潔を保っている。			
5 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			評点(〇〇〇〇〇)
評価	標準項目		
◎あり ○なし	1. 利用者の主治医や常用薬等について把握している		○ 非該当
◎あり ○なし	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		○ 非該当
◎あり ○なし	3. 健康に関する利用者からの相談に応じている		○ 非該当
◎あり ○なし	4. 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などくみを整えている		○ 非該当
◎あり ○なし	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		○ 非該当

評価項目5の講評		
来所時のバイタルチェックや月1度の体重測定により、健康状態を把握している 来所時に、血圧、脈拍、体温の測定を実施し、月1回の体重測定をすることで健康状態を確認している。看護師は2名体制であり、交代で勤務している。通所して来られた利用者の連絡帳で、自宅での様子に特変がないか確認し、会話しながらバイタルチェックを行なうことで、利用者本人から健康上の相談を聴いたり、いつもと違う様子はないかどうか見極めている。利用者の様子に異変が見られる場合には、必要に応じて看護師からケアマネジャー、家族、主治医、訪問看護等に連絡を取り、健康上の問題を改善できるように調整している。 感染症が流行しないよう、職員の体調管理や衛生環境を徹底している 通所介護計画書には、「来所時のバイタルチェックと月1回の体重測定にて健康管理を行なう」「高血圧の既往があるため数値の変動に留意する」等、利用者の現病歴を考慮した上で支援内容を記載している。インフルエンザやノロウイルス等の感染症が流行する12月より、職員も出勤時に検温し、37.5℃以上の時は出勤停止としている。また、全員マスク着用を徹底している。業務終了後には、椅子・テーブル・ロッカー・手すり・トイレ等の消毒を徹底することで、感染症の蔓延を防ぐことができるよう努力している。 他事業所の歯科衛生士を招き、口腔ケア・誤嚥性肺炎に関する勉強会を実施した 今年度、他事業所の歯科衛生士に来てもらい、口腔ケアや誤嚥性肺炎に関する勉強会を実施した。口腔ケアの必要性、歯磨きのポイント、誤嚥させない体位等、介助する上で必要な口腔ケアの知識・技術を学んでいる。利用者の緊急対応に備え、「緊急連絡先・医療情報確認書」を作成している。家族等の緊急連絡先一覧、希望する救急搬送先、かかりつけ病院の連絡先を記載し、利用者の急な体調不良や急変時に備えている。また、「延命措置に関する意思確認書」を用い、延命措置を希望するか否か、3つの選択肢の中から選んでもらうようにしている。		
6 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 評点 (〇〇〇〇)		
評価	標準項目	
◎あり ○なし	1. 利用者の状況に応じて安全に送迎を行っている	○ 非該当
◎あり ○なし	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	○ 非該当
◎あり ○なし	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	○ 非該当
◎あり ○なし	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	○ 非該当
評価項目6の講評		
利用者の生活状況に合わせて、個別の送迎方法は臨機応変に対応している 「通所介護計画書」には、「ステップ乗車によるバス送迎を行ないます」「バスポイントでの乗り降りのため、自宅と送迎車の間は職員が付き添います」「鍵の持参を確認し、家族が不在の際には、玄関の中に入るまで見守ります」「階段昇降の見守りをします」等、利用者支援に必要な内容を細かく記載している。送迎車はワゴンタイプ3台、軽自動車1台で対応している。可能な限り送迎時間の希望に応えられるようにし、当日の時間変更にも対応している。体調がすぐれない利用者の場合には、臨機応変に別便対応することも可能である。 ドライブレコーダーを活用し、事故があった際には映像の内容を振り返っている 毎月の送迎ミーティングでは、送迎ルートや送迎方法の見直しを実施し、今年度は送迎マニュアルの改訂に取り組んだ。送迎車には送迎表・緊急マニュアルを常備し、緊急時にはドライバー及び添乗職員が所持している携帯電話を用いて、マニュアルに基づいた対応を行なうようにしている。また、ドライブレコーダーを活用し、日々安全運転ができるようにしている。法人全体で車両事故の内容を共有し、自事業所の安全運転に活用している。事故発生時は、送迎車両に搭載しているレコーダーの画像をみて原因を確認し、再発防止に取り組んでいる。 夕食提供や持ち帰りサービスを実施し、利用者の在宅生活を支えている 帰宅するまでの待ち時間が退屈しないように工夫している。基本的には、利用者一人ひとりの好きなことをして、過ごせるように配慮している。ゆっくり休まれる方、頭の体操・ゲーム・歌会・雑誌・手工芸・編物・歩行訓練等、内容は利用者によって多種多様である。希望に応じて、夕食提供も可能である。また、同法人事業所の厨房でつくったものを、夕食として持ち帰ってもらうことも可能である。夕食を食べて帰られる利用者は1日平均10名、夕食を持ち帰られる方は、1日数名であり、利用者の在宅生活を支えている。		

7 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		
評点(〇〇〇〇〇)		
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. 機能訓練のプログラムに日常生活の場で行うことができる視点を入れている	○ 非該当
◎あり ○なし	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	○ 非該当
◎あり ○なし	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	○ 非該当
◎あり ○なし	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	○ 非該当
評価項目7の講評		
プログラムの中に移動を伴う動作を取り入れる等、自然に身体を動かせるようにしている ADLや筋力低下が顕著に見られる方に対し、できる限り歩行の機会を維持できるように取り組んでいる。また、プログラム内容にあえて移動を伴う動作を取り入れたり、車椅子から椅子へ移乗してもらうことで、少しでも立ち上がりの訓練につながるようにしている。首や肩の運動を希望される利用者には、朝の便待ちの時間や昼休みの空白時間を活用し、同席者も巻き込みながら、運動を実施している。また、法人独自のふぉーゆー体操に下肢筋力が鍛えられる動作を追加し、必要な運動ができるようにしている。 作業認知療法を取り入れ、手指の巧緻性や認知感覚を高める機会としている 「作業認知療法」をプログラムの中に取り入れている。「アクアビーズ」では、5ミリのビーズをトレイに乗せてチャームを作成している。作業を通じ、①手指のつまみ動作や霧吹き動作などでピンチ力を向上し、②細かい手作業で手指の感覚を、見本イラストにそって色彩認知感覚を、道具の使用にて手指の巧緻性を高め、③物を作る楽しさと実用性の高い作品を作り、使用することで、エピソード記憶を残す手がかりとし、④自分のロッカーや杖等の持ち物を、自分の作ったもので分かりやすくする等の効果を得ることが可能である。 職員と会話しながら、外で気分転換を図りながら歩行する機会を設けている 「運動器機能向上計画書」を作成している。「足を上げる運動を行ない筋力の維持に努める」「杖歩行の際にまっすぐ歩行ができる」「歩行不安定のため転倒がないように下肢筋力を鍛える」等、個別の状態に合わせた内容を盛り込んでいる。事業所内だけでなく、外に出て気分転換を図りながら歩行することも大切にし、天気の良い日には話をしながら事業所の周囲をマンツーマンで歩行する機会を作っている。また、11月の全体会議では、通所介護に求められる機能を考慮し、「活動と参加に焦点をあてたりハビリの推進」というテーマで勉強会を実施した。		
8 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		
評点(〇〇〇〇)		
評価	標準項目	
◎あり ○なし	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	○ 非該当
◎あり ○なし	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	○ 非該当
◎あり ○なし	3. 利用者が落ち着ける雰囲気づくりをしている	○ 非該当
◎あり ○なし	4. 食堂やトイレなどの共用スペースは汚れたら随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	○ 非該当

評価項目8の講評			
休息用のベッドや人間関係等、さまざまな角度からリラックスできる環境作りをしている 入浴や活動に疲れた方、腰痛のある方等、休息を取る必要がある方のため、ベッドを用意している。その他、利用者が落ち着くことができる環境作りの一環として、要支援の方々、軽度要介護者の方々、個別対応が必要な方々と、3つのグループ分けを実施している。また、グループ内でも、利用者同士の相性に考慮した座席配置をしたり、仲の良い数人で散歩に出かけたりと、利用者の人間関係を調整しながら楽しく過ごせるようにしている。職員がバタバタしないという、人的環境の影響にも留意し、様々な角度から利用者がリラックスできる環境作りをしている。 自立支援に取り組み、集団の中での社会性維持、他者との交流の機会を増やしている 手工芸やゲーム等、本人が興味のある活動に参加していただき、他者と交流できる機会を設けている。手先の作業が得意な方には、手工芸のプログラムを中心に活動を提供し、また習字や詩吟等の趣味活動を大切に、披露できる場を作れるようにしている。事業所では「自立支援」に取り組み、自立に対する気持ちを向上させるための関わり方を考えている。目的を作ることで自立を促しやすくし、自分でできることを増やすことで、集団の中での社会性を維持し、他者との交流の機会を増やすことができるようにしている。 大きく3種の活動や季節行事等を組み合わせ、毎月のプログラム表を作成している 事業所では、健康な身体作りを目的とした「機能訓練（ふぉーゆー体操・脳トレ・運動器体操等）」、生きがいづくりを目的とした「趣味・サークル活動（大正琴・臨床美術・ハーブクラフト・麻雀等）」、気分転換・地域・社会交流を目的とした「レクリエーション・行事（音楽療法・調理プログラム・コーラス等）」の、3つの活動を組み合わせ、プログラムを作成している。その他、節分やひな祭り・クリスマス・運動会等、季節にちなんだレクリエーションも積極的に実施しており、日々の活動がマンネリ化しないように取り組んでいる。			
9 評価項目9			
施設と家族との交流・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		○ 非該当
◎ あり ○ なし	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		○ 非該当
評価項目9の講評			
目標達成状況報告書を使用し、毎月ケアマネジャーに本人の様子を伝えている 利用者の在宅生活を維持する上で、ケアマネジャーとの連携は大切である。そのため、初回利用時の利用者の様子を報告したり、月に1度「目標達成状況報告書」を作成し、利用者の様子を月次報告として提出している。目標達成状況報告書には、来所状況、プログラム参加について、食事、コミュニケーション、サービス提供の進捗状況、本人の様子、ADLの変化、最後のまとめ（目標達成の状況、最近の様子、本人・家族の要望など）を記載し、利用者の1か月の変化を伝えている。 送迎時のコミュニケーションや連絡帳で、利用者の様子を家族と共有している 家族との情報共有は、送迎時のコミュニケーションや連絡帳を通じて行なっている。連絡帳の裏面には「家族よりコメント欄」を設け、自宅での様子と事業所の情報を共有することが可能である。また、年1回家族会を開催し、毎年の事業計画や第三者評価の結果等を伝えている。今後、家族会の内容をさらに工夫し、より一層の信頼関係を築くことができるようにしたいと考えている。その他、毎月発行している広報紙「ささはた便り」は、毎月のイベントや活動内容を、写真を豊富に使用しているため、事業所の様子を知ることができるツールとなっている。 生活基盤サービスに取り組み、家族の介護負担軽減を図っている 家族の介護負担軽減をサポートするため、「生活基盤サービス」に取り組んでいる。「ヘアカットサービス」は、外出が難しい方、ご家族が対応できない方等を対象とし、1500円で利用可能である。また、家族の帰りが遅い方や独居の方を対象として、夕食の持ち帰りサービスや夕食提供サービスを実施している。持ち帰る方が数名、夕食まで食べて帰られる方が10名前後である。その他、通院後の利用者を迎えに行くことも、臨機応変に対応している。これらのサービス提供により、家族の負担軽減や利用者の在宅生活継続に貢献している。			
10 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			
			評点(〇〇〇)
評価	標準項目		
◎ あり ○ なし	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		○ 非該当
◎ あり ○ なし	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		○ 非該当
◎ あり ○ なし	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		○ 非該当

評価項目10の講評

事業所の行事や保育園との交流を通じて、子ども達と楽しい時間を過ごしている

「笹幡デイ祭り」では、デイサービスのプログラム体験(カレンダー作り、手工芸等)、パザー、体操コーナーを実施している。区の広報紙にも掲載し、地域の高齢者が参加している。また、小さな子どもを連れた若い母親が参加し、子どもと一緒に体操を楽しんだ。その他、3か月に1度の頻度で、地域の保育園の園児と交流している。子どもたちの歌を楽しんだり、子どもに肩を叩いてもらったり、プレゼントをもらったり、逆に利用者が作ったプレゼントを渡したりと、子どもたちとの交流を通じて、利用者の表情にも笑顔が多くみられている。

多くのボランティアによって活動が支えられており、年度末には感謝祭を開催している

クラブ活動やイベントは、多くのボランティアの協力で成り立っており、事業所にとって欠かせない存在である。今年度は、踊り、ギター、麻雀、将棋のボランティアが新しく参加している。他事業所でボランティアをしている方にも協力を得ている。月5～6回、認知症の妻を連れて麻雀をしに来ているボランティアもいる。また、日頃の感謝を伝えるため、年度末には「ボランティア感謝祭」を開催している。感謝祭は、企画、実施、おもてなしを利用者が中心となって開催し、利用者主体によりボランティアと自然な交流を図る機会となっている。

スポーツ観戦や外食等、積極的に外出活動を企画・実施している

積極的に外出や外食の機会を設けている。大学の学生バスケット観戦に出かけたり、リンゴ狩り、水族館、地域の飲食店等に出かけ、日頃事業所と自宅との往復が中心である利用者にとって、貴重な時間となっている。また、事業所では地域住民に向け「家族介護者教室」を定期的に開催している。10月には機能訓練指導員による「自宅でもできる簡単筋力UP体操」を実施した。実施後のアンケートでは、「歩ける教室をもっといただきたい」「夢中で体操しているうちに汗もかき、大変よい運動になりました」との声が上がっている。

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-4-1	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
タイトル①	利用者が自主的行動を取れるよう環境設定を工夫している	
内容①	今年度、利用者自身でプログラムを取捨選択できるような環境設定に取り組んだ。1日の基本プログラムは決まっているものの、その前後の時間を有効に活用するため「個人のボックス」を準備した。利用者の作りかけの作品を個人ボックスに入れることで、その続きを好きな時間にボックスから取り出して、自由に作品を作ることができるように取り組んだ。これまでは職員が管理することが当たり前であったが、利用者の自立支援に取り組む中で、利用者自らが管理することを大切に環境設定している。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	2-2-1	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
タイトル②	家族介護者教室を実施しており、地域貢献に積極的に取り組んでいる	
内容②	事業所が保有する技能・知識等を公益活動として地域へ還元し、事業所の存在価値を高めることを目的として、事業所内で「家族介護者教室」を開催している。「家族介護者教室」は居宅で家族の介護を担っている家族を対象に心身のリフレッシュの機会を提供する良い機会となっている。開催にあたっては、区の広報誌に開催の記事を掲載・周知して、地域住民へ多くの参加を呼びかけており、毎回15名前後の参加を得るなど、事業所周辺の地域での認知度の向上につなげている。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	1-1-1	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
タイトル③	地域包括ケアシステムのイメージを明示し、事業所の社会的役割を明確化している	
内容③	事業所には「医療」・「住まい」・「介護」・「予防介護」・「生活支援」の地域の結節点としての役割が求められているという認識を踏まえ、「認知症の方への高機能サービス」、「生活機能支援」及び「中重度を支える高機能サービスの提供」等を通じた事業所の地域貢献に取り組んでいるところである。こうした取り組みが視覚的に理解しやすいように、事業所を中心に据えた地域包括システムのイメージ図を作成するとともに事業計画で明示することで、職員の共通理解が醸成され実現に向けた取り組みが進んでいる。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	本人が自分で決め、本人が自ら進んで活動するなど、利用者を主体とした自立支援に取り組んでいる
	内容	利用者の自立支援に向けた取り組みに力を入れている。軽介護度者と要支援者のフロアでは、利用者がコートを手でハンガーにかけ、自分で座布団を用意し、ロッカーの荷物の出し入れをしている。また、連絡帳に日付やバイタル測定、当日のプログラムを自分で書き込む等、できることは自分で行なっている。評価員の訪問時、他利用者の分も含めて食事の下膳を自ら進んで手伝い、「家でもこうやってやっているのよ」と自信を持って話してくださった方もおられた。利用者の自立を促すことで、利用者の自信回復にもつながっている。
2	タイトル	利用者本人の「～したい」を目指した日々の関わりを通して、利用者の自己実現を尊重した支援に努めている
	内容	個別ケアの充実に取り組んでおり、本人が思いや希望を表せるように働きかけている。利用者の「パソコンをしたい」との希望を受け、デイサービスに自分のパソコンを持ってきて、動画サイトに動画を投稿したり、ブログを作成している方がおられる。他者とのつながりも大切にしながら、利用者がしたいことを尊重し、生き生きと過ごしていただけるよう支援している。利用者本人の「～したい」を目指した日々の関わりを通して、利用者の自己実現を尊重した支援に努めている。
3	タイトル	ボランティアを積極的に受け入れ、利用者が企画から参加した「ボランティア感謝祭」を開催している
	内容	ボランティアを積極的に受け入れるという事業所の方針のもと、イベントにおけるボランティアに加え、日々の活動をサポートする日常支援ボランティアも毎月10名程度活動している。ボランティアの活動は事業所での日常に潤いと変化をもたせており利用者も楽しみにしているなど、他の事業所との差別化が図られており、利用者から選ばれる施設としての評価に大きく寄与している。毎年、利用者自らが企画に参加して「ボランティア感謝祭」を実施するなど、利用者とボランティアの関係は極めて良好である。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	食事の満足度向上に向けたさらなる取り組みを期待したい
	内容	今年度の利用者調査では、食事に関して、肯定的返答は69%、消極的否定的返答は30%であった。昨年度と比較して約6%満足度が上がっているが、「おかずがいまいちです」「味噌汁の具を、たまには変えて欲しい」「もう少し生野菜がほしい」など、食事に関する意見が寄せられていた。今後も引き続き、食事の満足度向上に向けたさらなる取り組みを期待したい。
2	タイトル	要介護度の重い方々への支援方法やプログラムの充実に期待したい
	内容	訪問調査時(平成29年2月)時点で、要介護度1および2の方々が利用者全体の73%である。その一方、要介護4および5の方が約9%である。比較的自立度の高い方の割合が多く、自立支援の取り組みを積極的に実施している。他方、職員アンケートでは、改善として、「重度障害者への対応やプログラムの見直し」という意見が出されていた。要介護度の重い方々への支援方法やプログラムの充実に期待したい。
3	タイトル	個別人材育成計画等に基づいた、さらなる職員のスキルアップに向けた取り組みに期待したい
	内容	当事業所では「介護プロフェッショナルキャリア段位制度」を導入し、介護職員による段位取得、各福祉関連資格の取得の推進に取り組を進めており、職員の資質向上・サービスレベルの向上を進めているところである。一方で、各職員の面談を実施しキャリアパスなどの把握に努めているが、職員個々の能力や希望を反映した個別人材育成計画などの策定には至っていないこともあり、必ずしも職員の外部研修への派遣など計画的な人材育成が十分とは言えないことから、さらなる職員のレベルアップに向けた取り組みに期待したい。

