

福祉サービス第三者評価結果報告書(平成30年度)

2019年 3月 14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

〒 164-0001

所在地 東京都中野区中野4-11-10 アーバンネット中野ビル

評価機関名 特定非営利活動法人NPO専門職ネット

認証評価機関番号

機構 02 - 009

電話番号 03-5913-6417

代表者氏名 松浦 哲哉

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	荻原勝利	経営	H1202051
	②	佐田紀美子	福祉	H1601073
	③	須永十三男	福祉、経営	H0201052
	④			
	⑤			
	⑥			
福祉サービス種別	養護老人ホーム			
評価対象事業所名称	東京老人ホーム			
事業所連絡先	〒	202-0022		
	所在地	東京都西東京市柳沢4-1-3		
	TEL	042-461-2230		
事業所代表者氏名	施設長 原子正男			
契約日	2018年 8月 1日			
利用者調査票配付日(実施日)	2018年 8月 27日			
利用者調査結果報告日	2018年 12月 15日			
自己評価の調査票配付日	2018年 8月 20日			
自己評価結果報告日	2018年 12月 15日			
訪問調査日	2018年 12月 19日			
評価合議日	2019年 2月 14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、利用者本人が記入するアンケート方式を基本として、希望者など一部利用者には、1対1での利用者本人への聞き取り形式の調査を実施した。事業評価については、数年継続して実施している点を踏まえ、職員への周知は、シート配付時に内容や記入の流れを簡潔にまとめた書面を同封し、第三者評価の理解と記入法等の周知徹底を図った。事業所の特長や独自の取り組み、工夫点などを重視し、また、前年度の評価を踏まえ、改善課題の取組状況等に着目し評価を実施した。			

評価機関から上記及び別紙の評価結果を含む評価結果報告書を受け取りました。

本報告書の内容のうち、

- 機構が定める部分を公表することに同意します。
- 別添の理由書により、一部について、公表に同意しません。
- 別添の理由書により、公表には同意しません。

2019年 3月 15日

事業者代表者氏名 原子正男

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> <ol style="list-style-type: none"> 1) プライバシーを尊重する 2) プライドが保持できるケアを提供する 3) 安心できる自由な生活を実現する 4) 利用者とのコミュニケーションを大切にする 5) 利用者の立場に立った生活支援を行なう
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> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の尊厳を護るための支援能力や課題に取り組む力を持っていること ・他者の苦しみや痛みに対して共感できること ・自らの仕事に誇りを持ち、能力や専門性を高める向上心を持っていること <p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人理念に基づき、高齢者の尊厳を護りながら日常の支援業務を行なえること ・組織力向上のための協力意識を持つこと

調査対象

利用者全員を対象とした。

調査方法

アンケート用紙と料金受取人払いの返信用封筒を配付して、施設内に専用の回収箱を設置し投函してもらった。提出期限後に担当評価者が回収箱からアンケート用紙の入った封筒を回収した。また、一部希望者等を対象に聞き取り調査などの対応を行なった。

利用者総数

50

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
23	27	50
21	27	48
42.0	54.0	96.0

利用者調査全体のコメント

「利用している「東京老人ホーム」を総合的に見てどのように感じているか」の質問に、回答者の約8%が「大変満足」、約52%が「満足」、約31%が「どちらともいえない」と答えている。「不満」(約2%)という回答もみられた。感謝の言葉とともに、総合的な意見として、「自由」、「大勢いるのでたまには嫌なこともあるが幸せです」、「職員の感じが良い」などの意見が寄せられ、施設の対応におおむね満足していることが感じられる。一方で、「優しく指導してほしい」、「外出したい」、「共同生活は人の見る目が必要」などの率直な意見も寄せられている。各項目では、「入浴時間」(問2)、「環境整備」(問7)、「プライバシーの確保」(問12)については、肯定的な回答が70%を超えており、利用者からの一定の評価を得ている。一方で、「楽しいな行事や活動」(問3)、「トラブル対応」(問10)、「外部の相談窓口」(問16)については、他の質問に比べ、「はい」との回答が少なく、回答にばらつきがみられ認識に差がある結果となっている。

場面観察方式の調査結果

調査の視点:「日常生活で利用者の発するサイン(呼びかけ、声なき呼びかけ、まなざし等)とそれに対する職員のかかわり」及び「そのかかわりによる利用者の気持ちの変化」

評価機関としての調査結果

《調査時に観察したさまざまな場面の中で、調査の視点に基づいて評価機関が選定した場面》

《選定した場面から評価機関が読み取った利用者の気持ちの変化》

「評価機関としての調査結果」に対する事業者のコメント

--

利用者調査結果

共通評価項目 コメント	実数			
	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
1. 食事の献立や食事介助など食事に満足しているか	28	10	7	3
回答した利用者の約58%が「はい」と回答している。「おいしい」、「工夫されている」、「栄養的にバランスが取れている」など食事に対する取り組みを評価している意見が寄せられている。一方、「どちらともいえない」(約21%)・「いいえ」(約15%)との回答からは、「まあまあ」、「もう一つ」、「味付けが良くない」、「もう少し工夫が欲しい」など、それぞれの嗜好についての意見も寄せられている。				
2. 入浴時間は個人の状況に応じた設定になっているか	34	10	2	2
回答した利用者の約71%が「はい」と回答している。「とてもうれしい」、「決まった時間で入る」、「問題なし」などの意見が寄せられ、満足している様子がうかがえる。また、「前は一人で、今はヘルパーさんが手伝ってくれる」などの意見もみられる。「どちらともいえない」(約21%)・「いいえ」(約4%)との回答からは、「マナーが悪い人もいる」、「デイサービスで入る」などの意見も寄せられている。				
3. 施設に、楽しい行事や活動があるか	19	11	14	4
回答した利用者の約40%が「はい」と回答している。「読書、習字」、「華道、書道、コーラス」、「体操、折り紙」、「カラオケ」、「昔の映画」、「日帰り旅行が楽しみ」など、それぞれに楽しみにしている活動や過ごし方が意見として寄せられている。また、「どちらともいえない」(約23%)・「いいえ」(約29%)との回答からは、「テレビ」、「あまり参加しない」、「横になっていることが多い」などの意見も寄せられている。				
4. 日常生活に必要な各種情報を、施設からの情報提供により知ることができるか	24	15	5	4
回答した利用者の半数が「はい(知ることができる)」と回答している。「放送、掲示板、予定表」、「部屋へコールしてくれる」との意見が寄せられ、必要な情報は様々な手段で提供されている状況がうかがえる。また、「どちらともいえない」(約31%)回答からは、「掲示されていることだけ」といった意見もみられる。「いいえ」との回答もみられるが、特に意見は寄せられていない。				
5. 利用者の状況に応じた見守り、声かけは行われているか	27	12	5	4
回答した利用者の約56%が「はい(気にかけてくれていると思う)」と回答している。「声をかけてくれる」、「こちらから話しかけるので」との意見が寄せられている。また、「どちらともいえない」(25%)との回答からは「時々ある」、「話しかけてくれる方もいる」との意見、さらに、「いいえ」(約10%)の回答からは、「不愛想」、「こちらからあいさつをする」との意見も寄せられている。				

6. 健康維持・介護予防に向けての相談をしやすいか	26	14	5	3
<p>回答した利用者の約54%が「はい(相談しやすい)」と回答している。「身体の状態も知っていてくれるので」、「聞いてくれるので、相談できる」、「話ができる」などの意見が寄せられている。「どちらともいえない」(約29%)との回答からは、「看護師は相談しやすい」、「あまりない」などの意見もみられる。「いいえ」(約10%)との回答もみられるが、特に意見は寄せられていない。</p>				
7. 施設内の清掃、整理整頓は行き届いているか	34	6	2	6
<p>回答した利用者の約71%が「はい(清潔で整理された空間になっている)」と回答している。「専門の方がきれいにしている」、「掃除している」といった意見が寄せられている。施設内の生活環境には、多くの利用者がおおむね満足している様子がうかがえる。「非該当」との回答からは、「体が不自由な方は、自分でできないので」といった意見も寄せられている。</p>				
8. 職員の接遇・態度は適切か	29	12	4	3
<p>回答した利用者の約60%が「はい(適切だと思う)」と回答している。「丁寧」、「良い」、「研修をしっかりとされた方は見ていてわかる、ありがたい」、「気になるようなことはない」などの意見が寄せられている。一方で、「どちらともいえない」(25%)・「いいえ」(約8%)との回答からは、「普通」、「職員による」、「気遣いがいい」など意見も寄せられている。</p>				
9. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	30	12	1	5
<p>回答した利用者の約63%が「はい(信頼できる)」と回答している。「信頼している」、「気を遣ってくれる」、「医者に連れて行ってもらう」などの意見とともに、「経験が無い(非該当)」といった意見も寄せられているが、施設の対応をおおむね信頼している様子がうかがえる。また、「どちらともいえない」(25%)との回答からは、「我慢することもある」、「看護師とワーカーの申し送りの徹底」を望む意見も寄せられている。</p>				
10. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	18	17	2	11
<p>回答した利用者の約38%が「はい(信頼できる)」、約35%が「どちらともいえない」と答えている。さらに、「いいえ」(約4%)、「非該当」(約23%)に回答が分かれている。「良い人がたくさんいる、見習う」、「職員が対応してくれた」、「わがままができる」などの意見が寄せられ、信頼している様子がうかがえる一方で、「あまりしない」、「体験しないとわからない」、「そういった場面を見ていない」などの意見が寄せられている。</p>				
11. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	31	10	3	4
<p>回答した利用者の約65%が「はい(気持ちを大切にしながら対応)」と回答している。「ありがたい」、「利用者の対応は控えている」との意見が寄せられている。また、「どちらともいえない」(約21%)との回答からは、「特別といったことではない」、「その人による」、「別にない」といった意見も寄せられている。</p>				
12. 利用者のプライバシーは守られているか	36	7	1	4
<p>回答した利用者の75%が「はい」と回答している。「守られている」、「人はみんな同じです」との意見が寄せられている。全て個室が用意されていることも、一定のプライバシーが確保されているとの意識に繋がっているものと思われる。一方で、「どちらともいえない」(約15%)・「いいえ」(約2%)との回答もみられ、「鍵が必要です」との意見も寄せられている。</p>				

13. 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	23	12	4	9
<p>回答した利用者の約48%が「はい(聞いてくれる)」と回答し、「責任者と話ができる」、「ケアマネジャー、所長」との意見が寄せられている。また、「どちらともいえない」(25%)、「いいえ」(8%)、「非該当」(約19%)に回答が分かれた結果となっている。「まだ要望していない」、「話し合ったことはない、変わったことがないからでしょう」といった意見もみられる。</p>				
14. 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	22	15	5	6
<p>回答した利用者の約46%が「はい(わかりやすい)」と答え、「何ともいえない」との意見が寄せられている。「どちらともいえない」(約31%)、「いいえ」(約10%)、「非該当」(約13%)に回答が分かれた結果となっている。</p>				
15. 利用者の不満や要望は対応されているか	26	15	2	5
<p>回答した利用者の約54%が「はい」と回答している。「困ったことはない、信頼している」との意見が寄せられている。また、「どちらともいえない」(約31%)・「いいえ」(約4%)・「非該当」(約10%)との回答からは、「特別にしていくことはない」、「職員もいろいろ、その時によって違う」、「わがまま言わない」などの意見も寄せられている。</p>				
16. 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	13	6	21	8
<p>回答した利用者の約27%が「はい(伝えられている)」と回答しているが、特に意見は寄せられていない。また、「どちらともいえない」(約13%)・「いいえ」(約44%)、「非該当」(約17%)に回答が分かれている結果となっている。「それほど大きな問題にあっていないのでわからない」、「さっぱり音沙汰無し」といった意見も寄せられている。</p>				

I 組織マネジメント項目(カテゴリー1～5、7)

No.	共通評価項目	
	カテゴリー1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリー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	サブカテゴリー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 <div style="text-align: right;">評点(〇〇)</div>	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている ○非該当
	●あり ○なし	2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている ○非該当
	評価項目2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている <div style="text-align: right;">評点(〇〇)</div>	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任を職員に伝えている ○非該当
	●あり ○なし	2. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任に基づいて職員が取り組むべき方向性を提示し、リーダーシップを発揮している ○非該当
	評価項目3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している <div style="text-align: right;">評点(〇〇〇)</div>	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 重要な案件の検討や決定の手順があらかじめ決まっている ○非該当
	●あり ○なし	2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している ○非該当
	●あり ○なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝える ○非該当
	カテゴリー1の講評	
	法人の理念・行動指針などが明示され、職員・利用者などへの周知に取り組んでいる 法人の理念はミッションステートメントとして行動指針と共に玄関・フロアなどに掲示され、ホームページ・事業計画書・季刊誌(いきいきまち)及び新人研修会・全体研修・管理者・リーダー層向けに半期ごとに行なわれる打ち合わせ会や利用者懇談会・行事・日常の会話など、あらゆる機会を通じて職員・利用者などに向けて理解を深める取り組みをしている。また、施設の運営方針もフロアに掲示するほか、毎月発行している「ホームだより」や利用者懇談会などで説明して周知に取り組んでいる。	
	経営層は理念・行動指針などに基づいた自らの役割と責任を明確にしている 経営層は運営組織図・役割分担表などで役割と責任について明確にしている。法人の目指している理念・行動指針・経営方針などは、その実現に向けて経営会議・統括長会議・管理者会議などで審議している。決定事項については施設長が施設の方針として落とし込んで月1回開催の施設長・リーダーが出席する運営会議で説明している。職員には月1回開催される職員会議や施設長が個人面談(年4回開催)で伝え、法人内の通信システム(電子会議室)・日常の会話などを通して理解を深めるよう取り組んでいる。	
	重要な案件を決定する手順を明確にし、その内容を関係者に周知するべく取り組んでいる 法人の重要な案件は月2回開催の経営会議、月1回開催の総括長会議・管理者会議などで検討して理事会で承認される。施設長がその内容と決定経緯を月1回開催の主任会議・職員会議や法人内の通信システム(電子会議室)・申し送りなどで説明し、職員への周知に取り組んでいる。また、利用者には利用者懇談会・行事・日常の会話などで説明し、フロアに掲示している「ホームだより」でも伝えて理解を深めている。	

2			カテゴリ-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			
●あり ○なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向について情報を収集し、ニーズを把握している		○非該当	
●あり ○なし	2. 事業所運営に対する職員の意向を把握・検討している		○非該当	
●あり ○なし	3. 地域の福祉の現状について情報を収集し、ニーズを把握している		○非該当	
●あり ○なし	4. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)について情報を収集し、課題やニーズを把握している		○非該当	
●あり ○なし	5. 事業所の経営状況を把握・検討している		○非該当	
●あり ○なし	6. 把握したニーズ等や検討内容を踏まえ、事業所として対応すべき課題を抽出している		○非該当	
			サブカテゴリ-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			
●あり ○なし	1. 課題をふまえ、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画を策定している		○非該当	
●あり ○なし	2. 中・長期計画をふまえた単年度計画を策定している		○非該当	
●あり ○なし	3. 策定している計画に合わせた予算編成を行っている		○非該当	
評価項目2 着実な計画の実行に取り組んでいる			評点(00)	
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた、計画の推進方法(体制、職員の役割や活動内容など)、目指す目標、達成度合いを測る指標を明示している		○非該当	
●あり ○なし	2. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる		○非該当	

カテゴリー2の講評

事業所を取り巻く環境を多彩な方法で情報を把握・検討して課題を抽出している

第三者評価の利用者アンケート・利用者懇談会・個別サービス計画作成時のヒアリング・意見箱などから利用者などの情報を、主任会議・職員会議や個人面談などで職員の意向を、西東京市の社会福祉法人連絡会・審議会などへの参加で地域の福祉や福祉事業全体の情報などを、それぞれ情報を把握している。それらの情報は必要に応じて管理者会議・統括長会議などや事業所の主任会議などで検討して課題を抽出して対応している。また、法人の経営状況については管理者会議にて報告し、検討して適切に対応している。

法人の設立100周年に向けて理念などに沿って10年間の中・長期計画を策定している

法人のミッションステートで表明している理念に沿って設立100周年に向けて、中長期計画委員会で具体的に2014年～2023年間の10年の中長期計画を体制・人事・職員待遇・財務・建物・設備と備品・IT化・建替えの8項目にわたって策定し実施している。中長期計画を踏まえて事業所で職員の意向・意見・要望を加味して具体的な形として単年度事業計画を策定、その計画に沿った予算編成を行ない、経理のヒアリングを受けて実施している。

事業所の理念などの実現に向けた計画推進にあたり、進捗状況を確認して見直している

事業所の目指している理念などの実現に向けた計画の推進にあたり、事業計画書を指標の基本として各部署の活動のコンセプトを明確にしている。年間の事業目標に沿って職員の個人目標に落とし込み、実施につなげている。また、上期報告会・下期報告会において半期の事業計画の進捗状況を振り返り、必要に応じて見直しをしている。

3 経営における社会的責任		
サブカテゴリ1(3-1)		
社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 2/2
評価項目1 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知し、遵守されるよう取り組んでいる		評点(〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 全職員に対して、社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などを周知し、理解が深まるよう取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などが遵守されるよう取り組み、定期的に確認している。	○非該当
サブカテゴリ2(3-2)		
利用者の権利擁護のために、組織的な取り組みを行っている		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 4/4
評価項目1 利用者の意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応する体制を整えている		評点(〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の意向(意見・要望・苦情)に対し、組織的に速やかに対応する仕組みがある	○非該当
評価項目2 虐待に対し組織的な防止対策と対応をしている		評点(〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、虐待が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に防止対策を徹底している	○非該当
●あり ○なし	2. 虐待を受けている疑いのある利用者の情報を得たときや、虐待の事実を把握した際には、組織として関係機関と連携しながら対応する体制を整えている	○非該当
サブカテゴリ3(3-3)		
地域の福祉に役立つ取り組みを行っている		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 5/5
評価項目1 透明性を高め、地域との関係づくりに向けて取り組んでいる		評点(〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 透明性を高めるために、事業所の活動内容を開示するなど開かれた組織となるよう取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	2. ボランティア、実習生及び見学・体験する小・中学生などの受け入れ体制を整備している	○非該当
評価項目2 地域の福祉ニーズにもとづき、地域貢献の取り組みをしている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 地域の福祉ニーズにもとづき、事業所の機能や専門性をいかした地域貢献の取り組みをしている	○非該当
●あり ○なし	2. 事業所が地域の一員としての役割を果たすため、地域関係機関のネットワーク(事業者連絡会、施設長会など)に参画している	○非該当
●あり ○なし	3. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働できる体制を整えて、取り組んでいる	○非該当

カテゴリー3の講評

全職員に守るべき法・規範・倫理などを周知して遵守するように取り組んでいる

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・倫理は、法人のミッションステートメント(理念)と行動指針及び事業所の運営方針によって明確にして、ワーカールームなどに掲示している。新入職員には理念と守るべき法・規範・倫理など職員の心得を中心とした研修を4月、5月、10月の3回実施して理解を深め、周知を図っている。また、職員には毎年開催している階層別研修や全体研修などでもミッションステートメントなどを取り上げて定期的に周知を図り、遵守されるよう取り組んでいる。

利用者の意向の把握と職員の虐待について研修に参加するなど周知に取り組んでいる

苦情解決制度については利用者などには入所時に重要事項説明書で説明している。意見ボックスはフロアのわかりやすい場所に設置している。利用者懇談会や日常の会話・モニタリングなどで利用者などの意見・要望・苦情を把握している。個別の苦情相談窓口及び第三者委員会についても明示して利用者の誰もが「個々の尊厳が守れる制度」と理解されるように取り組んでいる。また、権利擁護・虐待防止・接遇などの内外の研修に参加するなど職員の周知に取り組んでいる。

地域の方々との交流や施設全体の専門性を発揮した情報提供に積極的に取り組んでいる

地域の福祉ニーズに基づいた地域関係機関や住民との交流を通じて地域福祉の向上に取り組んでいる。地域のボランティアの増加し、毎年行なわれる法人行事の「いきいきさんデー」では中学生の合唱・大学生の管弦楽や健康美容・模擬店・花とお菓子の販売など、地域交流が活発化している。さらに、地域交流を目的として中庭を開放したカフェ「ぽぽたんカフェ」を通じた地域の方々との交流や施設全体の専門性を発揮した情報提供に積極的に取り組んでいる。

カテゴリ4		
4	リスクマネジメント	
サブカテゴリ1(4-1)		
リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 5/5
評価項目1 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる		評点(00000)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所が目指していることの実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている	○非該当
●あり ○なし	2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている	○非該当
●あり ○なし	3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している	○非該当
●あり ○なし	4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる	○非該当
サブカテゴリ2(4-2)		
事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 4/4
評価項目1 事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		評点(0000)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 情報の収集、利用、保管、廃棄について規程・ルールを定め、職員(実習生やボランティアを含む)が理解し遵守するための取り組みを行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・管理している	○非該当
●あり ○なし	3. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定するほか、情報漏えい防止のための対策をとっている	○非該当
●あり ○なし	4. 事業所で扱っている個人情報については、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえ、利用目的の明示及び開示請求への対応を含む規程・体制を整備している	○非該当
カテゴリ4の講評		
<p>法人全体でリスクマネジメントに計画的に取り組んでいる</p> <p>法人内各事業所と「安全衛生」「防災」「感染症対策」の各委員会を設けて各リスクに優先順位を付けて対策を講じている。経営を阻害する可能性のあるリスクについては最優先として経営・総括長・管理者の各会議で検討して対応している。年2回危険予知研修で介護の例を上げて防止策をディスカッションして職員の危機管理能力を高めると共に、安全衛生委員会に上げている。また、事故・感染症・侵入・災害などが発生した場合は各委員会で検討・分析して再発防止対策を講じている。必要に応じてマニュアルの見直しを行なっている。</p> <p>法人として事業継続計画(BCP)について各部署の職員が参加して策定している</p> <p>法人として深刻な災害などに遭遇した場合に備えている。事業継続計画書(BCP)について、前年度は水害対策などを中心に防災委員会を11回開催している。各部署の職員が参加して、具体的に事業再開までの復興計画を検討して策定している。具体的に被害想定をして被害状況の把握・資源の確保、初期対応、救護、情報収集、医療品確保及び水害対策の止水・漏水対策などを消防計画書に記載している。今年度も地震発生時の対応を中心に対策を検討していく予定である。また、必要に応じて消防計画などの改訂・消防訓練を実施している。</p> <p>事業所の情報管理については適切に管理を行ない活用している</p> <p>情報の収集・利用・保管・破棄などの管理については文書管理規定に定めて職員が閲覧できるようにしている。情報の重要性や機密性を踏まえて職階別・個人別にアクセス権限を設定、紙資料についてはファイリングし、施設長・室長が整理したうえで、施錠できるキャビネットに保管している。介護記録や支援計画はデータ化され必要に応じて更新、最新の情報が共有化されている。また、個人情報保護については個人情報保護規定で定め、年1回職員に研修を実施して周知を図り、ボランティアにはオリエンテーションで説明して周知を図っている。</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(〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所が求める人材の確保ができるよう工夫している	○非該当
●あり ○なし	2. 事業所が求める人材、事業所の状況を踏まえ、育成や将来の人材構成を見据えた異動や配置に取り組んでいる	○非該当
評価項目2 事業所の求める人材像に基づき人材育成計画を策定している 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)が職員に分かりやすく周知されている	○非該当
●あり ○なし	2. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)と連動した事業所の人材育成計画を策定している	○非該当
評価項目3 事業所の求める人材像を踏まえた職員の育成に取り組んでいる 評点(〇〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 勤務形態に関わらず、職員にさまざまな方法で研修等を実施している	○非該当
●あり ○なし	2. 職員一人ひとりの意向や経験等に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している	○非該当
●あり ○なし	3. 職員一人ひとりの育成の成果を確認し、個人別の育成(研修)計画へ反映している	○非該当
●あり ○なし	4. 指導を担当する職員に対して、自らの役割を理解してより良い指導ができるよう組織的に支援を行っている	○非該当
評価項目4 職員の定着に向け、職員の意欲向上に取り組んでいる 評点(〇〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価と処遇(賃金、昇進・昇格等)・称賛などを連動させている	○非該当
●あり ○なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、職場環境・健康・ストレスなど)を把握し、安心して働き続けられる職場づくりに取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	3. 職員の意識を把握し、意欲と働きがいの向上に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	4. 職員間の良好な人間関係構築のための取り組みを行っている	○非該当

サブカテゴリ-2(5-2)

組織力の向上に取り組んでいる

サブカテゴリ毎の
標準項目実施状況

3/3

評価項目1

組織力の向上に向け、組織としての学びとチームワークの促進に
取り組んでいる

評点(〇〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 職員一人ひとりが学んだ研修内容を、レポートや発表等を通じて共有化している	○非該当
●あり ○なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに話し合い、サービスの質の向上や業務改善に活かす仕組みを設けている	○非該当
●あり ○なし	3. 目標達成や課題解決に向けて、チームでの活動が効果的に進むよう取り組んでいる	○非該当

カテゴリ-5の講評

学生のニーズにより適したプログラムの作成など、人材の確保に取り組んでいる

新卒者の確保に向けてインターンシップの実施から3年目を迎えている。学生のニーズにより適したプログラムの作成に取り組み、福祉を学んでいない学生を含め幅広くアプローチしている。合同説明会への参加や卒業生の学校訪問などにより新卒者を毎年確保している。採用後の職員には年3回の新人研修を実施している。前年度には初めての試みとして一泊研修を実施した。従来から実施しているエルダー制度を活用して理念の浸透と専門性を高めている。また、人事評価制度を活用して将来を見据えた異動や登用を実施している。

各職層の役割を明確にし、個人面接で意向などを把握して人材育成に取り組んでいる

各職層の役割を明確にし、個人面接などを通じてキャリアパスをわかりやすく説明して目標面接シートなどで個人のチャレンジ精神や意向・意見・要望などを把握している。本人の適性などを加味し、未来の方向性を示して人材育成計画を策定してその成果を確認して必要に応じて計画を見直している。職員研修は新人職員(3回)、2年目から5年目、6年以上、主任・リーダー、管理者向けの各階層別に行ない、さらに、資格取得や職員教育を実施してキャリアパスに対する理解を深めるように取り組んでいる。

職員の意欲向上と組織のチームワーク向上に取り組んでいる

人事評価は年3回実施され、目標管理シートや個人面談などで評価して育成計画・賞与などに反映している。リフレッシュ休暇・ノー残業デー、サークル活動への補助を行ない、職員の憩いの場所として食事・飲み物を提供する「SUI」も提供している。職員のストレスをコントロールできるようにストレスマネジメントを実施するなど、職員の精神面にも配慮した意欲向上とチームワークの向上に取り組んでいる。

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)

毎日の出来事を介護日誌に詳細に記録しているため、重要事項を多くの文章の中から抽出する必要があり、見落としも発生している。また、重要事項がうまく記載できないことから口頭で伝える場合があり、時間がかかったり、内容が伝わらないことが散見された。2017年度は介護日誌の中の重要事項にアンダーラインを引くことを職員に周知して見落としが無いように取り組み、チェック表を把握できるように変更した。

目標の設定と
取り組み

- 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
- 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
- 具体的な目標が設定されていなかった

取り組みの検証

- 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った
- 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)
- 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

- 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた
- 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
- 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

介護日誌の記載を書きやすくして内容を詳細に記載できるようにするとともに、重要事項にアンダーラインを引くことで申し送り時間が短縮され、利用者の支援方法などを話し合う時間が増えて利用者の変化を把握しやすくなり、早期の対応が可能になってきている。2018年度はさらに確実に実行してヘルパーやデイサービスなどの外部サービスの導入をスムーズに実施できるようにし、個々の利用者のADLなどの変化に伴うサービスなどの見直しを実施してサービスの品質の向上に取り組んでいる。

評価項目2

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

前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)

事業所の入居者に認知症を含めた精神疾患の方が多くあり、支援員として利用者との様に向き合ったら良いか不安を感じる事が多くなっている。これらの現状を踏まえ、2017年度の事業計画において「精神的なケアを必要とする利用者への支援」を課題として掲げ、利用者の対応に不安を感じる介護職員のサポートと理解を深めることを目的として、職員への認知症・精神疾患を伴う方への対応研修やソーシャルワーク研修を企画し、実施した。

<p>目標の設定と取り組み</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った <input type="radio"/> 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった <input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった
<p>取り組みの検証</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った <input type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていなかった(目標設定を行っていなかった場合も含む) <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
<p>検証結果の反映</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた <input type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である

評価項目2で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

認知症などの外部研修への参加や事業所内の研修では認知症・精神疾患を伴う方への対応研修と従来から継続実施しているソーシャルワーカー研修(年3回)を開催、支援員の不安解消に取り組んだが、職員個々の学びを他の職員の学びにつなげて、支援力をさらに向上させていくことが、組織の課題としてとらえられている。このことを踏まえ、2018年度も「精神的なケアを必要とする利用者支援」を継続課題として掲げ、利用者の心身の変化や精神的な不安定に対応したケアを目指している。年3回のソーシャルワーク研修を引き続き実施するとともに、新たに精神科医の往診(月2回)の導入と精神科医によるコンサルテーション(月2回)を実施することとした。コンサルテーションを受診する際には、精神科医に対して、前日までに事例などの相談内容を具体的に連絡して、内容の確認と効率化に取り組んでいくことにしている。

Ⅱ サービス提供のプロセス項目(カテゴリ6-1～3、6-5～6)

No.	共通評価項目		
	サブカテゴリ1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	4/4
	評価項目1 利用者等に対してサービスの情報を提供している		評点(0000)
	評価	標準項目	
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者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. 利用者の特性を考慮し、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. 利用者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1の講評		
	<p>組織として透明性の高いわかりやすさに配慮した情報提供に取り組んでいる</p> <p>パンフレット「(法人のご案内)」や法人のホームページ、季刊誌「いきいきまーち」等で情報提供を行なっている。ホームページでは運営法人の概要、各種事業案内、地域活動について、法人案内、季刊誌「いきいきまーち」、さらに、事業計画・事業報告・決算報告なども掲載しサイトを通じて確認することができる。組織として透明性の高いわかりやすさに配慮した情報提供に取り組んでいる。施設案内としては、運営方針や入所要件の他に年間活動や生活の様子を具体的に掲載するなど、施設全体の雰囲気が捉えられるよう工夫している。</p> <p>お知らせや掲示板などを活用して、利用者にわかりやすく情報提供をしている</p> <p>利用者への情報提供は、文書でのお知らせや掲示板の他、放送によるアナウンスや個別の案内がなされている。お知らせの文書は、文字の形や大きさ、色彩など見やすくして、表現や文言もわかりやすく内容が伝わるように工夫している。掲示は、照明を設置して見やすくしたり、「新着情報」の明記や、一度に多くの情報を掲示せず小出しにして掲示するなど、利用者が混乱しないよう配慮している。また、掲示する位置を利用者の目線に合わせるなど工夫をしている。毎月発行される月間予定表等を組み入れた「ホームだより」を全員に配付している。</p> <p>問い合わせや見学にはその都度対応し、受け入れには留意点を明確に提示している</p> <p>自治体や福祉事務所等からの入所受け入れ状況やサービス内容等についての問い合わせには、その都度生活相談員が情報提供を行なっている。「待機者インテーク手順」が作成され、問い合わせや見学、受け入れの留意点を明確にしている。見学者には施設の設備面や生活面、制度のほか退所要件も含めて説明を行なっている。本人が望めば、外部サービスを利用しながら希望の期間をホームで生活し、終末期を過ごすことができる。看取りについても行なっていることを伝えている。その他、必要に応じて法人全体の事業や自治体のサービスについても説明している。</p>		
	サブカテゴリ2		
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリ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、理解を得ている		評点(000)
	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、重要な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. サービス内容について、利用者の理解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(0000)
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		
<p>「入所のしおり」を渡し、基本的ルール、サービス内容、重要事項を説明している</p> <p>受け入れ時は、「入所のしおり」に沿って手続きを行なっている。入所時に持参して頂くもの、持ち込むことができないものなどの説明や、ホームでの過ごし方等について、特に基本的ルールや重要事項は「入所のしおり」を提示しながら項目ごとに説明を行なっている。さらに、入所後に居室担当の支援員から鍵の使い方、ゴミの始末の仕方など、ホームでの実生活について入居者の理解力に応じて把握できるよう配慮しながら具体的に説明を行なっている。利用者や家族の意向についても面接表に記録し、ケース記録や個別サービス計画に活かしている。</p> <p>特に入居直後は不安やストレスが軽減されるよう配慮し支援している</p> <p>措置連絡表の内容と本人からの聞き取りを面接表に記録し、入所前日までに職員全員が内容を把握して新規入所者を把握し理解を深めている。入所日には各職員や他の利用者へ紹介し、入所後2週間は日中も含め朝・夜巡回を実施し、わからないことや不安がないかなど声掛けをしながら表情の変化などを観察している。居室はすべて冷蔵庫やエアコンが設置された個室となっており、ここへ使い慣れたタンスやテーブルなどの家財を持ち込み、以前の暮らしを少しでも継続できるようになっている。生活環境が変化することへの不安が和らぐように支援している。</p> <p>入院や他施設への入所時は不安軽減のため支援の継続性に留意した支援に努めている</p> <p>利用者が医療機関へ入院したり、介護老人福祉施設等に入所する際は、利用者の意向を確認し病院や施設の相談員等に情報提供を行ない、利用者が安心して次の施設へ移ることができるよう支援している。また、ホームでは対応が困難な医療行為が必要になった利用者には、受け入れが可能な他施設へ不安なく移動できるよう計らっている。また、利用者が終末期の受け入れを容易にできるよう、事業所独自の「マイノート」と一緒に記入し本人の希望に添えるよう支援している。</p>		
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(000)
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支援計画を作成している		評点(0000)
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(00)
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(00)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	○非該当
●あり ○なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している	○非該当

サブカテゴリ3の講評

アセスメントを行ない、利用者の課題に付いて個別サービス計画を作成している
アセスメントは居室担当支援員が各利用者について本人の意向、要望等を細かく聞き取り作成している。居室担当支援員が把握している生活課題に沿って、生活相談員が個別サービス計画を作成し、利用者の意向、要望、生活課題が明確化され職員間で共有されている。また、「終の棲家」としての取り組みをしており事業所独自の「マイノート」を作成している。作成のための聞き取りにより、施設での生活から、入院時、終末期を何処でどのように過ごすかなどの看取りケアまでを計画に盛り込み、利用者が不安なく過ごせるよう取り組んでいる。

個別サービス計画は、年に1回見直しを行ない、状況に沿った計画を立てている
個別サービス計画の内容については利用者にわかりやすく説明し、同意書にサインをもらっている。また、利用者の希望を尊重して年に1度の見直しをしている。入院、退院、体調不良や以前できていたことができなくなるなど、本人の状態に変化があった時には、その都度計画の見直しをしている。その際、見直しは居室担当と生活相談員が中心となり、看護師、栄養士、担当ケアマネジャーと協力して行なっている。外部サービスを利用している場合は、状態変化時にはサービス担当者会議を開きケアマネジャーや外部担当者との情報共有を図っている。

申し送りとパソコン内のファイルにより、職員間で利用者情報を共有化している
個別サービス計画、ケース計画、連絡ノート、介護日誌を活用して情報の共有を行なっている。これらの情報はパソコン上で閲覧できるが、現在、新しいソフトの導入を検討中であり、さらにOA化を進めている。変更事情があると、連絡ノートに記載し、回覧し全員が確認の上、押印して情報共有の徹底を図っている。外部サービスを利用している利用者の状態変化については、その都度介護支援専門員が開く会議に職員が出席して情報を得ている。また、ホームでは毎日、朝1回と必要時に申し送りを行ない、利用者の変化等情報共有を図っている。

サブカテゴリー5			
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	5/5
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(000)	
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、利用者のプライベートな空間への出入り等、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(00)	
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	
サブカテゴリー5の講評			
<p>事業者は個人情報保護・プライバシー保護に取り組んでいる</p> <p>法人の行動指針(利用者様の個人情報を適正に管理しプライバシーの保護に努める)に基づき、利用者の個人情報保護・プライバシーの保護に取り組んでいる。利用契約時に個人情報保護方針・利用目的について説明し、利用者・家族から個人情報使用に関する同意を得ている。居室は個室でプライベート空間が確保されており、面会記録は職員以外の人目に触れないよう受付箱を設置している。入浴・排泄マニュアルには羞恥心に配慮した対応を明記しており、職員に対しては個人情報・接遇研修を行ない、個人情報保護の徹底を図っている。</p> <p>日常の支援にあたり利用者の意思を確認・尊重して要望に沿えるように努めている</p> <p>ソーシャルワーク研修を行い、利用者の価値観や生活習慣の大切さをどのように尊重するかを学び、支援の実施に取り組んでいる。また、食事や活動の参加など日々の支援や、身体拘束・虐待対応のマニュアルを整備し、権利擁護や身体拘束防止の研修ミーティングを通して職員へ周知している。さらに、映像等で事例を通して振り返りを行ない、職員ごとに応じた指導に取り組んでいる。法人の第三者委員会の設置、自治体の関係機関との連携体制など、組織的な体制整備にも取り組んでいる。</p> <p>他の入居者の迷惑にならない範囲での自由な生活が確保されている</p> <p>利用者からの苦情・要望については「人権擁護」と「利用者本位のサービス提供」に照らし日常的に把握し解決している。また、入所前の施設見学時に利用者の生活環境を確認し、利用者本人や家族の意向、支援に必要な支援をしている。ご意見ボックスの活用や利用者懇談会の場も有効に活用している。事故や苦情の情報があつた時は職員でミーティングを持ち事実を調べ、主任、施設長の最終確認後、対応をしている。</p>			
サブカテゴリー6			
6	事業所業務の標準化	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	5/5
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(000)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は改変の時期や見直しの基準が定められている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ6の講評		
<p> 手引書等を整備し、提供しているサービスの基本事項や手順を明確にしている 業務分担表を作成し、ワーカー室に提示して業務点検のツールとしている。業務分担表は、誰が担当で、すべき業務は何かが一目瞭然となっており、行なわれる業務はそれぞれサービスの基本事項や手順で内容が明確になっている。また、安全管理、プライバシー保護、緊急時の連絡体制、夜勤時のチェック等もそれぞれマニュアル整備され、サービスの標準化がされている。さらに、マニュアルの見直しはフロア会議で生活相談員が中心となっており行なっている。 </p> <p> 業務の一定水準を確保するため、様々な研修に積極的に参加している 個々のスキルアップと支援業務の質の向上を図るため、施設外研修、外部講師を招いての研修、また東京都社会福祉協議会の関係機関が開催する研修「養護生活相談員連絡会」「養護施設職員研修会」「感染症対策研修」等に参加し意見交換と学習の機会とし、また、報告発表することで情報共有を図っている。養護の内部研修として、「感染対策について」「事故・苦情・ヒヤリハットについて」「身体拘束・権利擁護について」「救急法」「薬について」「ソーシャルワーク研修」「認知症・精神疾患を伴う人への対応」等を実施し、業務の一定水準を保っている。 </p> <p> 新人や異動職員にはエルダー制度を活用して指導しサービス提供を強化している 職員は、わからない事が起きた際には朝・夕の申し送り確認し合い、助言内容を連絡ノートに記録し共有している。新人職員や同一法人から異動してきた職員に対してはエルダー制度を通じて指導担当者を決め、新人研修のチェック表(ステップアップワークブック)を確認しながら指導・助言を行なっている。エルダー制度は介護・支援サービスにおいて比較的早く、確実に新人を戦力化できる指導体制として活用されている。 </p>		

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

		サブカテゴリー4	
サービスの実施項目		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	36 / 36
1 評価項目1 個別支援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(〇〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 個別支援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. 利用者の支援は関係職員が連携をとって行っている	○非該当	
●あり ○なし	5. 介助が必要になった利用者には、介護保険サービスの利用による支援の体制を整えている	○非該当	
評価項目1の講評			
<p>利用者の状態に応じたコミュニケーションでより良い支援への取り組みを行なっている</p> <p>認知症や難聴、また精神疾患に認知症を合併する高齢者特有の状態や様々な事情や障害を抱えた利用者が多い。特に精神面に不安を抱く利用者の支援には高度なコミュニケーションスキルが必要である。そのためソーシャルワーク研修を定期的に行ない、スキルの向上に努め、利用者に寄り添い理解し、尊厳を大切に適切な支援に取り組んでいる。利用者の状態で対応が難しい場合は、職員間で共有・相談しながら、対応者を変え職員が一人で抱え込まないよう連携している。マイノートの聞き取りでも意思疎通の技術向上が必要と認識し、継続して取り組んでいる。</p> <p>随時支援体制を検討しており利用者の状況変化に応じて対応している</p> <p>個別サービス計画と支援内容は職員間で共有されており、申し送りや連絡ノートで具体的な内容の伝達がされている。利用者ごとに居室担当者がいるが、毎日の支援は全員で行ない、支援が多く必要になれば随時検討し、支援内容の変更や外部サービスへのつなぎ等が行なわれる。身体状況低下など変化があれば、観察や会話等から状況確認し、残存能力と要望を活かせるような支援を提案している。提案は利用者が困っている時にするなど、自尊心を傷つけないよう配慮している。</p> <p>外部サービスとの円滑な連携・情報共有に努めている</p> <p>利用者の半数以上が要支援・要介護の認定を受けており、介護サービス等の外部サービスを利用している入居者が増えている。同敷地内に居宅介護支援事業所等在宅サービスの事業所があり、連携し易い環境であるが、利用者ごとにサービス内容は異なり煩雑となっている。そのため各事業所との話し合いが必要であり、各事業所が知りたい情報や共有の手順、支援内容・事業所ごとの役割などを再度確認して、連携強化に努めている。</p>			
2 評価項目2 食事は、利用者の状態や要望を反映したサービスを行っている		評点(〇〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者の状態に応じた食事提供や支援(見守り・声かけを含む)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. 利用者が選択できる食事を提供している	○非該当	
●あり ○なし	4. 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	5. 食事を楽しむ工夫をしている	○非該当	

評価項目2の講評

行事食や選択食など多様なメニューを提供している

季節ごとの行事食、正月のおせちや土用の丑の日、毎月の選択食と誕生食を提供している。選択食は月1回主食を3品から選ぶことができ、誕生日月の利用者へのお祝いの誕生食は豪華なメニューとなっている。メニューはいずれも和洋中・麺類・丼・ちらし寿司など多様な内容となっており、月に2回は特別食となっている。また外食会を企画し、数名で様々なレストランで外食を楽しんでいる。

利用者に合わせた食形態を提供するため咀嚼・嚥下状態の評価を行なっている

アレルギー・好みに応じた代替食や制限食に対応している。利用者の状態に応じた食形態にも対応している。残菜状況や利用者の訴えにより往診歯科医に咀嚼・嚥下の評価を依頼し、必要に応じてキザミや一口大などの利用者に適した食形態に変更している。下膳の際には残菜の量や食材・摂取状況を確認しており、訴えない利用者の変化を察知できるように利用者の状況を注意深く観察している。食事を美味しく食べられるよう口腔ケアにも取り組み、必要時には服薬管理にも対応している。

落ち着いて食事ができるよう利用者の意見を聞き環境づくりに配慮している

給食懇談会を開き栄養士と職員が意見を聞きメニュー等に反映している。食堂は明るく、季節の装飾がされ、清潔である。席は自由だが、固定化しがちなため、定期的にテーブルの配置を変え、トラブルを防止している。食事時間は2時間と長く設定されており、利用者が自分のペースで食べることができ、必要には居室配膳も対応している。配膳・下膳は利用者が行っており、運びやすい軽量の食器を使用しているが、困難な場合は職員が支援している。窓際にはカウンター席が作られており心情にも配慮している。また、給水所を設け脱水予防にも留意している。

3 評価項目3

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)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の状態や希望に応じた入浴方法や支援(見守り・声かけを含む)を行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 入浴できる曜日や時間など利用者にわかりやすいように明示している	○非該当
●あり ○なし	3. 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

入浴状況は入浴表で把握し入浴時間や方法は利用者自身が決めている

浴室は一般浴(大浴)と個室・介助用浴室があり一般浴は週5日・個室浴は週3日の入浴日となっている。時間は午後で回数には制限がなく、利用者が自身の生活に合わせた入浴をすることができる。個室浴は予約制となっている。浴室は日ごとに選択可能でありその日の体調や気分を変更することができる。時間や回数・浴室は幅広く設定されており、利用者自身が決定することができる。また、年5回だったかわり湯を月1回に増やし、お湯の色や香りなどの変化を楽しめる機会を増やしている。

より快適な入浴となるよう、さりげない観察と配慮に努めている

各利用者の入浴状況の把握と安全確認等の理由から、入浴後に脱衣所コールを押してもらい確認をしている。チェック表へ記入し、回数の少ない利用者へは入浴を促し、保清の意識向上となるよう支援している。浴室へは職員の立合いがないため、プライバシー等の面から入浴困難となった利用者の把握は難しいが、業務を通じたさりげない確認など、利用者に応じた入浴方法に移行し、安全・安心面にも留意している。浴室への手すりや目隠しの設置など安全で快適な入浴が出来るよう取り組んでいる。

外部サービス利用者の入浴日程の調整を行なっている

身体機能低下から入浴や洗身に支援が必要な場合はケアマネジャーを通して訪問介護事業者へ入浴介助を依頼している。介助浴室利用の一覧表を作成し調整しているが、高齢化から入浴介助を要する利用者は増加傾向にあり、介助浴室の利用は多い。できるだけ利用者の生活リズムに合わせるため、介助浴室の曜日や時間を増やすなどして対応している。追加や変更に合わせて随時一覧表を更新し、外部事業者との連携も強化し気持ち良く入浴できるよう努めている。

4 評価項目4 利用者が主体的に健康管理や介護予防に取り組むための支援体制を整えている		評点(〇〇〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 健康管理や介護予防等に関する利用者からの相談に応じる体制を整えている	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の主治医や常用薬等について把握し、服薬管理は利用者の状況に応じた支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	3. 精神的なケアが必要な利用者に対して支援の体制を整えている	○非該当
●あり ○なし	4. 日常生活上で介護予防につながるような働きかけや工夫をしている	○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
●あり ○なし	6. 日頃から医療機関と連携を図り、必要時には措置を講じている	○非該当

評価項目4の講評

介護予防に取り組んでおり利用者の意識が高まるよう様々な工夫をしている

介護予防の取り組みとして、毎日の体操や講習会・体力測定等を実施している。講習会は口腔・食中毒・転倒予防などテーマにより外部講師に依頼し専門的知識を学び、実践で役立てている。利用者には「スタンプカード(あすなろカード)」を渡し、プレイデイ体操や講習会・クラブ活動も兼ねた介護予防活動に参加するとスタンプを押し、年度末に1位とランダムに選ばれた利用者へ景品を差し上げ、参加意欲を高める工夫をしている。生活の中で簡単な掃除など役割を持っていただき介護予防の意識が高まるよう取り組んでいる。

介護予防につながる口腔ケア講習会により利用者へ健康管理を呼び掛けている

介護予防講習会の一つのテーマとして口腔ケアを取り上げている。歯磨きや口腔ケアの重要性を認識し歯科医へ依頼し、口腔の状態により4~5名のグループに分かれて講習と指導を行い、必要に応じて個別指導を行なっている。全体的に風邪や体調不良の訴えが減り、歯科医が虫歯治療だけでなくクリーニングや相談も受けるとの認識が浸透する成果があった。状態を維持するため利用者が継続的に取り組めるよう支援している。

医療相談・同行受診の体制を整えている

日常の相談の中で健康や医療に関する内容は看護師が対応している。緊急時に受診の必要性がある場合は業務を調整し同行しているが、看護師と職員への相談と内科医の往診が毎週ある安心感から、現状ではあまり対応がない。看護師は検診や体重測定の結果を基に相談を随時受け、定期受診の同行も利用者により対応し、精神科の受診等も医師・職員と検討している。受診の様子や内服内容などは同行記録と連絡ノートで共有されている。

5 評価項目5 日常生活では、利用者の状態や意思を反映した支援を行っている(食事・入浴以外)		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の状態に応じて、身の回りのことができないときには支援する体制がある	○非該当
●あり ○なし	2. 区市町村・福祉事務所等と連絡をとり、必要に応じ利用者への情報提供・手続き等の援助を行っている	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者同士の人間関係を良好に保つ工夫をしている	○非該当

評価項目5の講評

日常生活自立度の低下がある場合は生活習慣等を踏まえて細やかに支援している

利用者の生活歴や日常生活の自立度については、入所時のアセスメントとその後の定期的なアセスメントで把握しており、具体的な支援については現状の様子から必要な支援を行なっている。例えば、掃除ができない場合は一緒に行かない、洗濯ができない利用者にはヘルパー支援の後に職員が生活支援をしている。個々の支援については、サービス計画に基づき生活のなかでの機能維持・向上を目指し、それが的確に実施できるよう、気づきや見直しを「申し送り」で意識して取り上げるようにしている。

行政との連携を密にし必要に応じて手続き等の支援を行なっている

利用者の入所までの経緯に応じて区市町村の担当窓口及び福祉事務所と連携している。利用者の支援を行なう上で必要な書式の提出や手続きについては、利用者に説明し理解を得たうえで行なっている。特に家族関係者と連絡が必要になった場合などでは、これらの関係窓口と連携して対応している。利用者の中にはキーパーソンとなる人が見つからず、医療的な判断が必要になる場合があり、親族の情報も不可欠である。

定期的な利用者懇談会や傾聴を重ねトラブルの防止に取り組んでいる

食堂のレイアウトを定期的に変更し、利用者同士が出来るだけ交流を深められるようにし、シルバーカーの置き場所等を考慮して、事故やトラブルにならないよう配慮している。しかし、利用者同士様々な意見を持つ人々の集団生活であり、意見の食い違いが表面化する事態も現実である。トラブルには距離を置いた対応を心がけ、同時に双方の意見の傾聴に努めている。また、全体が一堂に会して行う利用者懇談会も定期的開催され、行事報告を中心に意見を聴取している。毎回多数の参加を得ている。

6 評価項目6

利用者の生活が健康で明るくなるよう、施設の生活に工夫をしている

評点(〇〇〇〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 日常生活の中で楽しめる機会を設けている	○非該当
●あり ○なし	2. 施設内で利用者一人ひとりに応じた役割や生きがいを見出せるよう支援している	○非該当
●あり ○なし	3. 施設での生活は、他の利用者への迷惑や健康面に影響を及ぼさない範囲で、原則として自由である	○非該当
●あり ○なし	4. 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	5. 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6の講評

行事やクラブ活動で、施設生活に変化と楽しさを提供している

各種クラブ活動としてボランティアの指導で「書道クラブ」・「華道クラブ」・「折り紙教室」を設けている。折り紙教室はやや難易度が高く参加者が少なかったが、難易度を下げた内容で「易しい折り紙」で再スタートしている。その他「仲良く麻雀」や手芸クラブ・作って飾ろうなども開始されている。年間を通して利用者が生活の中で参加しやすく、楽しみが持てるように工夫している。その他、お花見ドライブ、おしゃべり音楽会、ビデオ鑑賞会、衣料買い物ツアーなどアイデア豊富な各種行事もある。利用者には生き甲斐、また介護予防として役立っている。

利用者が生活習慣に即して生活できる環境づくりに配慮している

居室は個室であり他利用者の生活音等で不快になることなく、トイレも完備しているためプライバシーも保たれている。消灯時間に決まりはなく、食事時間も長めに設定してあるため時間の制約は少ない。日中活動には参加自由となっているため、利用者のペースで過ごすことが出来る。居室には使い慣れた私物を持ち込み、ベッド等の配置も利用者が使いやすく配置しており落ち着いて過ごせるよう配慮している。

施設生活は他利用者の迷惑や健康に影響を与えない限り原則として自由である

施設での生活は他利用者にも迷惑でない範囲であれば自由であり、外出・外泊も申し出れば自由である。また、飲酒や決められた場所であれば喫煙も可能である。居室以外でも落ち着けるように、談話コーナーがあり、くつろげるよう花やテーブルクロスをかけたテーブル等が配置されている。また、マッサージ機も設置されており、ワーカー室の近くには新聞や広報誌等も見やすく配置され、いつでも自由に飲めるお茶もセットされている。利用者にとって居室以外のくつろげる居場所になっている。

7 評価項目7 施設と家族との交流・連携を図っている		評点(〇〇〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 家族との接し方について本人や家族等の意思を確認している	○非該当
●あり ○なし	2. 家族等との外出・外泊・面会時間は可能な限り希望に応じている	○非該当
●あり ○なし	3. 家族が参加できる施設の行事を実施している	○非該当
●あり ○なし	4. 利用者と家族がゆっくり話せるように配慮している	○非該当
●あり ○なし	5. 緊急時に家族等と連絡が取れる体制を整えている	○非該当
●あり ○なし	6. 家族からの相談に対応する体制を整えている	○非該当
評価項目7の講評		
<p>家族との関係性は入所時に把握しており、マイノートでも確認している</p> <p>利用者と家族との関係については、関係機関から送られてくる措置連絡表と、本人の希望や家族の意向などを聞き取っている。また、施設では終末期における意思確認書として「マイノート」があり、本人の希望や家族の意向なども聞き取っている。マイノートは全7ページに及ぶ意思確認書で、毎年本人の誕生日に居室担当職員が聞き取りを行ない、変更があれば改正している。終末期に「連絡してほしい人」「連絡してほしくない人」の項目があり関係性を明らかにしている。</p> <p>養護老人ホームは入所経路が特有であり成年後見人制度の周知も考慮している</p> <p>養護老人ホームへの入所は区市町村が行なう措置に基づいている、入所理由や経緯は複雑な場合が多く、経済的な理由、面会家族がいる利用者もいるが、多くが家族・親族との連絡が途絶えているのが現実である。そのため施設から直接家族に対するアプローチを行なうのではなく、行政と連携して連絡の機会を作っている。また、本人からの要望により対応することが多い。利用者の高齢化が進む中、今後は成年後見人などの制度について周知が必要となっている。</p> <p>「マイノート」を毎年更新しており、急変時の対応も記載され意思確認ができています</p> <p>終末期の意思確認書である「マイノート」は毎年利用者の誕生日に更新するしくみになっている。利用者のかかりつけ医をはじめ、終末期の延命処置などについて聞き取っており、意思表示にチェックを入れ、利用者本人のサインを記している。さらに、「死亡における意思確認書」もあり、ホームでのお別れ会の実施について、葬儀の希望、墓地についての要望なども聞き取っている。</p>		
8 評価項目8 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8の講評

チラシやポスター等の提示や市報を設置し地域情報を提供している

施設内提示コーナーには地域で開催される季節の行事や法人で開催するイベントのチラシやポスターを貼っている。また、ワーカー室付近に市報を置いたり、近隣マップを作成して地域資源を紹介しており、外出の機会が増えるよう情報提供している。法人では建物の中庭で開催するぽぽたんカフェと、施設を公開する取り組みで「いきいきさんデー」では近隣の大学、中学校との交流があり、同時に地域住民が多く訪れ、新たな出会いがあるなど地域で暮らしていることを実感できている。

各種クラブのボランティア講師や小・中・大学生など世代間交流をする機会がある

利用者の日常の楽しみとして各種クラブ活動があり、多くがボランティアの講師である。またボランティアセンターからの講師もいる。ボランティア講師は華道、体操、レクリエーション活動などの他に、美容学校の学生によるネイルアートなど高齢者に華やぎを供している。また5月には、12名の参加を得て「もったいないガーデン」で近隣の農業大学を見学し、花摘みやフラワーアレンジメントなどを通して大学生との交流を図っている。12月には、教会の子どもたちとクリスマスを祝う会、隣接する小学校からの行事の誘いなど世代間交流が行なわれている。

地域の資源である公民館や福祉会館の利用や介護保険の通所デイの利用ができる

利用者が地域の様々な資源を活用しながら、居室に閉じこもらず喜びをもって楽しく暮らして頂くことを目標に外食会や買い物外出等を行っている。また、利用者が地域にある公民館や福祉会館の各種講座に通うこともあるなど自由な選択が可能である。また、利用者の多くが介護保険の対象者であることから、利用者の身体状況や希望に応じて訪問介護、訪問看護、通所デイ等の介護保険サービスの活用につなげることができている。

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	3-3-2	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
タイトル①	地域の福祉ニーズに基づき地域・関係機関などと協働して地域福祉向上に取り組んでいる	
内容①	法人のミッションステートメント・理念の具現化の一つとして、地域の福祉ニーズに基づき他事業所・地域などと協働により地域福祉の向上に取り組んでいる。従来から取り組んでいる地域交流行事である「いきいきさんデー」の実施の他、地域の高齢者が店員となってもてなす「おひさまカフェ」も月2回開催されている。さらに、公民館と地域の小学校の避難所運営協議会共催の「防災街歩き」にて、立ち寄ってくれた地域の方々へ車いすの使用方法の説明と体験、備蓄の非常食の説明を行なうなど、施設や高齢者の理解につながる取り組みを行なっている。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	5-1-4	職員の定着に向け、職員の意欲向上に取り組んでいる
タイトル②	重点項目として人材の確保と育成を明示し、働きがいのある職場づくりに取り組んでいる	
内容②	より良いサービスの提供を実現するために、「働きがいのある職場」づくりに継続して取り組んでいる。これまでも職員の待遇改善を重点項目として、人事評価、福利厚生などのしくみ作りや工夫を取り入れている。直近の取り組みとして、職員が安心して長く働くことができる環境の基盤づくりとして、若年層から子育て世代の職員に焦点を当てた各種手当の新設や65歳定年制の導入などが実施されている。さらに、法人全体の環境改善プロジェクトチームを発足させ、今年度はワーカー室内のリニューアルなどを実施している。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-4-1	個別支援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③	利用者の「生き方支援」の継続のための取り組みに作成したマイノートを活用している	
内容③	人生の最終段階の意向を利用者から聴取しマイノートに記録している。延命治療・葬儀・納棺時に入れてほしい物・お別れ会・墓地・趣味や思い出・大切な人へのメッセージ等を職員が聞き取りし、希望に沿いその人らしく最後を迎えられるよう取り組んでいる。マイノートは、毎年誕生日月に内容を確認し更新している。定期的に利用者が自身で考え選択することで、その時の状況の確認や振り返りの機会になり、不安を取り除き安心感を得ることができている。聞き取り時には心情等に配慮し、それらは、安らぐ場所の提供とともに生活の支援に活用されている。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	利用者の個々の精神的なケアの充実、適切な支援に向けて、職員の支援力の向上に取り組んでいる
	内容	近年、認知症・精神疾患を持っている利用者が増えてきており、疾患などに関する知識・対応方法や生活習慣を含めた利用者一人ひとりの個別対応をどのようにすべきかといった職員の不安が課題となっていた。継続して研修等を通じて、精神的なケアを必要としている利用者への支援に積極的に取り組んでいる。今年度は研修に加え月2回の精神科医によるコンサルテーションを実施して、支援員の疾患や個々の対応方法などの知識向上に取り組み、利用者の個別的な支援の充実を図っている。
2	タイトル	法人内の他施設と連携・協力体制により、共通課題の解決と利用者支援の充実を図っている
	内容	同一法人の建物内には養護老人ホームの他、介護老人福祉施設(特養)、軽費老人ホームの施設サービスが併設されている。法人全体の取り組みとして「いきいきさんデー」、「ぼぼたんカフェ」などの地域交流行事と併せて各施設独自の行事や活動が実施されている。特に、軽費老人ホームとの連携・協力による体操教室やクラブの共有などに取り組んでいる。利用者の健康面や生活支援に関する共通する課題も多く、情報の共有化を図り、課題解決と支援の充実を図っている。
3	タイトル	利用者の個性や能力に応じた役割づくり、生活を楽しむ視点を重視した支援を実践している
	内容	「生き甲斐づくり」は「役割づくり」と考え、軽作業の一部を役割として提案したり、「あすなろカード」を作成しポイント制を利用して目標を立てその達成を動機付けにしている。趣味を生かしたクラブ活動では生き甲斐や楽しみを持つことができ、介護予防講習会では専門的な知識を学ぶことができる。食事では月2回特別食や選択食があり、入浴では月1回かわり湯を提供し、日常生活の中で様々な楽しみを用意している。利用者の個性や能力に応じた役割や生きがいを持ち、楽しく生活できるように取り組んでいる。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	利用者一人ひとりの生活課題に則した支援の実践に向けて、計画の作成・見直しの手順、内容の明確化への取り組みに期待したい
	内容	個別サービス計画については、相談員と各担当者が中心に、利用者の状態の変化からニーズや課題の発見につなげ、利用者の意見や要望を聞き取り、希望を尊重して作成・見直しが行なわれている。さらに、外部の介護サービスを利用している利用者については、サービス担当者会議を通じて介護支援専門員やサービス担当者との情報共有を図っている。これらの現状を踏まえ、個別支援計画を基本とした生活課題に則した支援の実践に向けて、ケアプランとの連動を含め、計画の作成・見直しの手順、内容の明確化への取り組みに期待したい。
2	タイトル	利用者の状態変化に応じた支援の充実に向けて、活動内容の見直しや場面設定の工夫などの取り組みが期待される
	内容	利用者の高齢化や状態の変化で様々な疾病や障害を持つ利用者も増加し、ソーシャルワーク研修や介護予防活動プログラムを実施し、コミュニケーション力向上や残存機能維持に取り組んでいる。今後も利用者の状態の変化を早期に確認するとともに、高齢化や疾病による一人ひとりの状況に応じた支援体制と活動内容の継続的な検討が求められている。併せて、利用者の状態変化に応じた支援の充実に向けて、活動内容の見直しや場面設定やアプローチの工夫などの取り組みが期待される。
3	タイトル	これまで蓄積されたノウハウの整理・活用に向けた取り組みの推進に期待したい
	内容	法人及び事業所として、安全衛生・防災・感染症・個人情報取り扱い・苦情処理などの規程・マニュアルは毎年見直して記録として残している。業務分担表や業務マニュアルを整備し、ファイリングされているが、必要な事項について更新などの見直し、整理については、今後の課題となっている。これまで取り組んできたマニュアルの整備について、見直しや点検の手段としての活用が求められる。蓄積されたノウハウの整理・活用に向けた取り組みの推進に期待したい。