

福祉サービス第三者評価結果報告書【平成31年度(2019年度)】

年 月 日

東京都福祉サービス評価推進機構
公益財団法人 東京都福祉保健財団理事長 殿

〒 191-0062

所在地 東京都日野市多摩平1-2-26 シンデレラビル3F

評価機関名 特定非営利活動法人 あす・ねっと

認証評価機関番号

機構 09 - 189

電話番号 042-514-8061

代表者氏名 土方 尚功

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	甘利 てる代	福祉	H0303004
	②	窪田 道夫	経営	H0403042
	③	藤永 清和	福祉	H1601016
	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丁目1-3		
	TEL	042-461-2230		
事業所代表者氏名	原子 正男			
契約日	2019 年 8 月 8 日			
利用者調査票配付日(実施日)	2019 年 9 月 5 日			
利用者調査結果報告日	2019 年 11 月 16 日			
自己評価の調査票配付日	2019 年 9 月 5 日			
自己評価結果報告日	2019 年 11 月 16 日			
訪問調査日	2019 年 12 月 2 日			
評価合議日	2019 年 12 月 20 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)	本評価にあたって利用者調査は聞き取り調査と家族へのアンケート方式の二つの方式を採用した。聞き取り調査は補助者を含め4名で実施した。アンケート回収は当評価機関への返信郵送による方法を取り、職員への調査票も当評価機関への返信郵送による方法を取った。利用者調査には、当事業所前回調査との比較、昨年度養護老人ホーム東京都平均との比較や属性別集計などを行って、当事業所の特徴を表示した。また、各設問の回答を数量化し、比較分析、グラフ化して集計報告書を提出した。事業評価についても同様に数量化分析を行った。			

評価機関から上記及び別紙の評価結果を含む評価結果報告書を受け取りました。
本報告書の内容のうち、

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

年 月 日

事業者代表者氏名

印

1	<p>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述 （関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>1)プライバシーを尊重する。 2)プライドが保持できるケアの提供 3)自由と安心を感じることができる生活の実現 4)利用者の立場に立った生活支援を行う 5)利用者との関りやコミュニケーションを大切にする</p>
2	<p>期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）</p> <p>(1)職員に求めている人材像や役割</p> <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意識をもって取り組む力を有していること ●他者の苦しみや痛みに対して共感できること(全人的苦痛への理解と共感) ●自らの仕事に対して情熱と誇りを持ち、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"> ●法人の理念に基づいて高齢者の尊厳を護りながら日常の支援業務を遂行すること ●組織力向上のための協力意識を持つこと

調査対象

利用者の状況は、定員50名に対し、在籍者48名(男性8名、女性40名)。平均年齢83.9歳、平均要介護度1.8(男性は要介護度0)である。全員が食堂で食事をすることが可能であり、37人は趣味の活動に参加している。

調査方法

アンケート方式、聞き取り方式
アンケートは事業所から配布し、評価機関宛て郵送。利用者からの回答は19名であった。聞き取りはそれ以外の、計29名の利用者と面談した。面談は、評価者が利用者の居室を訪問した。合計43名から回答を得た。

利用者総数

48

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
19	29	48
19	24	43
39.6	50.0	89.6

利用者調査全体のコメント

利用者アンケート・聞き取り調査では、総合満足度は「大変満足」4名(9%)の回答であった。「満足」23名(53%)で、62%が「満足」以上である。「どちらともいえない」12名(28%)、「不満」1名(2%)であり、「大変不満」はなかった。無回答は3名(7%)だった。設問別のアンケート・聞き取り調査で最も評価の高かった設問は問7の「施設内の清潔・整理整頓」であり、他に問2、問9、問12も高評価であった。評価の低かったのは問16の「外部の相談窓口」についてであった。また設問を「サービスの提供」「安心・快適性」「利用者個人の尊重」「不満・要望への対応」という4項目に分類集計して分析したが、「安心・快適性」の評価が高く、「不満・要望への対応」についてはやや低い評価であった。

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 いいない	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	27	14	2	0
「美味しい。何でも食べる。介助も行き届いている」、「味うすい。年をとったらその方がいいのかな・・・」、「美味しい時とまずい時がある。みそ汁に味がない時がある」、「この頃美味くなった」、「フライや天婦羅が食べたい」、「味付けは良い。気遣いで刻み食にしてもらった」、「美味しい(他7名)」など多くの意見があった。				
2. 入浴時間は個人の状況に応じた設定になっているか	31	11	1	0
「火曜・水曜に入る。特に問題ない」、「無理は言えない」、「毎日入っている。思う通りやらせてもらっている」、「週3回。慣れたので夜でなくても良い。部屋でも入る。(介助なし)」、「ヘルパーさんの介助で入る」、「ちょっと狭い。ちょっとぬるい。熱いお湯が好き」、「朝一番、気持ち良い」など多くの意見があった。				
3. 施設に、楽しみな行事や活動があるか	25	8	9	1
「昔は折り紙をやっていた。今はテレビが楽しみ」、「お花をやっている」、「体操が楽しみです」、「皆さんと、時々散歩がてら出掛けるのが楽しみです」、「コーラス。ミサの時、オルガンを弾いている」、「映画、時代劇なら見たい」、「カラオケ歌ったり、踊ったり」など多くの意見があった。				
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	28	8	3	4
「誕生会が楽しみ。御馳走が出る」、「情報を色々知らせてくれる」、「職員が少なくなっているので、ボードで知ることが多い」、「貼ってあるのをよく見る」、「食堂で話を聞いたりしている」、「小学校の運動会は見に行った。皆一生懸命で、見ていて楽しい」などの意見があった。				
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	31	9	3	0
「よく気を付けてくれる。看護師が毎日訪ねて来る」、「色々話しかけてくれる」、「礼拝の時に話してくれるが、元気だから、あまり声掛けはない」、「古い人が良く話してくれる」、「寝られますか。おいしいですか、と気にかけてくれる」、「話しかけてくれない人もいる」、「相談事とかしている」、「毎日職員と楽しく話している」など多くの意見があった。				

6. 健康維持・介護予防に向けての相談をしやすいか	27	11	5	0
「看護師さんに話している」、「頼むと聞いてくれる」、「家にいた時はちゃんと薬を飲めなかったが、薬を飲みそこなうことがなくなった」、「どこかが痛ければ、その事は相談する」、「よくある」などの意見があった。				
7. 施設内の清掃、整理整頓は行き届いているか	34	5	2	2
「よく掃除してくれる。ありがたい」、「自分で掃除している(他6名)」、「部屋の掃除をしてくれます」、「火木土は自分でする」、「職員が掃除をしてくれている」などの意見があった。				
8. 職員の接遇・態度は適切か	29	10	3	1
「素晴らしい。嫌な感じは一切ない」、「優しい」、「面倒よく見てくれて助かっている」、「職員によります(他3名)」、「良いと思う(他1名)」、「洋服、きちんとしている(他1名)」などの意見があった。				
9. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	35	5	2	1
「見事だ！看護師が心配してくれる。場合には病院に連れて行ってくれる」、「心配してくれる(他1名)」、「鼻が詰まる時、すぐに対応してくれた」、「今は経験ないので、多分良いと思う」、「まだ調子が悪くなったことはないけれど、安心している」、「職員に話して、医者にかかる」、「気分が悪くなったら、すぐ面倒見てくれる」など多くの意見があった。				
10. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	21	13	3	6
「(いさかいを)見たことがない。(他6名)」、「職員が仲介しても、口げんかを続けていることもある」、「昔はあったが、今はいさかいない」、「いさかいがあっても、私は知らん顔する。何かあったら、〇〇さんに話す」、「たまに怒りっぽい人がいる。女の人とは仲良くしている」、「たまにあるが、職員がきちんと対応している」、「とても素晴らしい施設で感謝しています」など多くの意見があった。				
11. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	33	5	1	4
「親身になってくれる」、「細かいところも、よく面倒見てくれる」、「大事にしてくれている」、「大事にしてくれていると思う」などの意見があった。				
12. 利用者のプライバシーは守られているか	32	7	2	2
「言うわけないでしょ。皆忙しく、そんな暇ない」、「部屋は自由だからよい」、「1人部屋は良いです」などの意見があった。				

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	16	8	11	8
「そんな場面無い」、「分かりやすい(他1名)」、「見たことない(他1名)」、「知らない」、「妻が話していると思う」、「ホームの方ではあまりない」、「相談したことがないので分かりません」などの意見があった。				
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	18	10	8	7
「そんな場面無い」、「分かりやすい」、「今回はどうしようかと、丁寧に説明してくれる」、「職員とはあまり話さない。私はおしゃべりではないから」、「あまり話す事はないです」、「聞いてもよく分からない」、「入った時に聞いた」などの意見があった。				
15. 利用者の不満や要望は対応されているか	23	11	4	5
「出来ることは気持ちよくやってくれる」、「すぐ対応してくれる(他1名)」、「掃除・買い物、やってくれる」、「知らん顔されることがある。若い女の子は嫌だ」、「お茶を飲もうとすると、机の椅子に座らせてくれて、お茶を運んでくる」などの意見があった。				
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	14	9	13	7
「必要ないし」、「知らない」、「聞いたことがない」、「2年に1回、市役所から来る。色々話す」、「ここで(施設で)間に合う」、「知っているが使った事はない」、「分からない」など多くの意見があった。				

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 評点(〇〇)	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている ○非該当
	●あり ○なし	2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている ○非該当
	評価項目2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている 評点(〇〇)	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任を職員に伝えている ○非該当
	●あり ○なし	2. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任に基づいて職員が取り組むべき方向性を提示し、リーダーシップを発揮している ○非該当
	評価項目3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している 評点(〇〇〇)	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 重要な案件の検討や決定の手順があらかじめ決まっている ○非該当
	●あり ○なし	2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している ○非該当
	●あり ○なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている ○非該当
	カテゴリー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 法人の理念は年度の事業計画書に盛り込まれ、年1回行われる職員全体研修で説明されている。さらに、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(いきいきまーち)及び新人研修会・管理者・リーダー層等の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、毎月発行の「ホームだより」や利用者懇談会などで説明して周知している。	
	経営層は自らの役割と責任を自覚し、理念・行動指針などに基づいた行動をしている 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。職員には年6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、日常の会話などを通して理解を深めるよう率先垂範して取り組んでいる。	
	重要な案件を決定する手順を明確にし、決定内容を関係者に周知している 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運営会議・職員会議や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」や「いきいきまーち」などに掲載され、ホームページにもその内容が掲載され周知されている。	

カテゴリ-2		
2 事業所を取り巻く環境の把握・活用及び計画の策定と実行		
サブカテゴリ-1(2-1)		
事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 6/6
評価項目1 事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している		評点(000000)
評価	標準項目	
●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-2の講評		
<p>施設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</p> <p>毎年受審している第三者評価の利用者アンケートや利用者懇談会・個別サービス計画作成時のヒアリング・意見箱などにより利用者の要望等を把握し課題を抽出している。また運営会議・職員会議や個人面談などで職員の意向を把握している。福祉事業全体の情報は市の社会福祉法人連絡会・審議会などへの参加で把握している。これらの情報は必要に応じて管理者会議・統括長会議などや施設の運営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、検討して利用者サービスに活かしている。</p> <p>理念をもとに中・長期計画、さらに単年度業務計画が整合性をもって策定されている</p> <p>理念の思いを具現化する形で中・長期計画が策定されている。施設は数年後に設立100周年を迎え、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されている。そして中・長期計画を踏まえて施設で職員の意向・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がされ、実施している。</p> <p>年度の事業計画推進にあたり、目標計画に落とし込み進捗状況を確認している</p> <p>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、年度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。毎月の運営会議で進捗の状況が照らし合われる。年間の事業目標に沿って職員の個人目標にも落とし込み、実施につなげている。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。</p>		

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

評価項目2 地域の福祉ニーズにもとづき、地域貢献の取り組みをしている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 地域の福祉ニーズにもとづき、事業所の機能や専門性をいかした地域貢献の取り組みをしている	○非該当
●あり ○なし	2. 事業所が地域の一員としての役割を果たすため、地域関係機関のネットワーク(事業者連絡会、施設長会など)に参画している	○非該当
●あり ○なし	3. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働できる体制を整えて、取り組んでいる	○非該当
カテゴリ3の講評		
<p>福祉に携わる職員に必要な法・規範・倫理などが周知徹底されている 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、ワーカー室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。</p> <p>利用者の意向や苦情は利用者懇談会や日常の会話・モニタリングなどで把握している 苦情解決制度があることは、入所にあたって重要事項説明書で説明している。苦情相談窓口や責任者の名前第三者委員については施設の各フロアや法人の玄関に掲示されている。意見箱はフロアのわかりやすい場所に設置し広く利用者からの意見を収集する仕組みをとっている。また、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。但し、苦情件数は多くなく、利用者との日頃の話合いの中で吸い上げている。</p> <p>施設は福祉の専門性を活かして地域の方々との交流を行っている 施設の透明性のためにホームページ、季刊誌(いきいきまーち)等で情報公開を行っている。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も増加し、毎年行われる法人行事の「いきいきさんデー」では中学生の合唱・大学生の管弦楽や専門学校(学生による健康美容・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。高齢者のスタッフが中心となって運営する「おひさまカフェ」等、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。</p>		
カテゴリ4		
4	リスクマネジメント	
サブカテゴリ1(4-1)		
リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 5/5
評価項目1 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる		評点(〇〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所が目指していることの実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている	○非該当
●あり ○なし	2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている	○非該当
●あり ○なし	3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している	○非該当
●あり ○なし	4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる	○非該当

サブカテゴリ-2(4-2)		
事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 4/4
評価項目1 事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		評点(0000)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 情報の収集、利用、保管、廃棄について規程・ルールを定め、職員(実習生やボランティアを含む)が理解し遵守するための取り組みを行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要ときに活用できるように整理・管理している	○非該当
●あり ○なし	3. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定するほか、情報漏えい防止のための対策をとっている	○非該当
●あり ○なし	4. 事業所で扱っている個人情報については、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえ、利用目的の明示及び開示請求への対応を含む規程・体制を整備している	○非該当
カテゴリ-4の講評		
<p>リスクマネジメントは施設ではなく法人全体でに計画的に取り組むケースが多い 法人内各施設と「安全衛生」「防災」「感染症対策」の各委員会を設けて経営を阻害する恐れのあるリスクを全て洗い出し、各リスクに優先順位を付けて対策を講じている。特に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。</p> <p>事業継続計画(BCP)は作成されており、避難訓練も頻繁に行っている 法人として深刻な災害などに遭遇した場合に備え、事業継続計画書(BCP)は作成されている。BCPは災害の被害を極力小さくし、事業を早く再開させる意味を持つが、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。今後は、参加者以外の職員へ周知させるとともにリスク意識の向上に努めることが望まれる。災害訓練においてはあらゆる災害を想定し、火災・地震・水害に関する訓練を定期的実施している。</p> <p>個人情報の保護については職員のみならずボランティアに対しても遵守徹底している 個人情報保護規程で個人情報の保護を定めてあり、施設内にも掲示されホームページでも個人情報保護について述べられている。また、利用者の個人情報の使用目的についても掲示されている。写真掲載や入院の際の情報利用については、入所時に説明して、了承を得ている。利用者情報の守秘義務についてはボランティアや実習生のオリエンテーションでも伝えている。利用者には入所時に渡している「入所のしおり」で説明している。重要文書類の保管は施錠付きの書庫に保管し、パソコンの取扱はパスワード入力により閲覧制限を設けて実施している。</p>		
カテゴリ-5		
5	職員と組織の能力向上	
サブカテゴリ-1(5-1)		
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成・定着に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 12/12
評価項目1 事業所が目指していることの実現に必要な人材構成にしている		評点(00)
評価	標準項目	
●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(00)
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(0000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 勤務形態に関わらず、職員にさまざまな方法で研修等を実施している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 職員一人ひとりの意向や経験等に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員一人ひとりの育成の成果を確認し、個人別の育成(研修)計画へ反映している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 指導を担当する職員に対して、自らの役割を理解してより良い指導ができるよう組織的に支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
評価項目4 職員の定着に向け、職員の意欲向上に取り組んでいる		評点(0000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価と処遇(賃金・昇進・昇格等)・称賛などを連動させている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、職場環境・健康・ストレスなど)を把握し、安心して働き続けられる職場づくりに取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員の意識を把握し、意欲と働きがいの向上に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 職員間の良好な人間関係構築のための取り組みを行っている	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-2(5-2)		
組織力の向上に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況
		3/3
評価項目1 組織力の向上に向け、組織としての学びとチームワークの促進に取り組んでいる		評点(000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 職員一人ひとりが学んだ研修内容を、レポートや発表等を通じて共有化している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに話し合い、サービスの質の向上や業務改善に活かす仕組みを設けている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 目標達成や課題解決に向けて、チームでの活動が効果的に進むよう取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
カテゴリ-5の講評		
採用にあたっては面接を重視し、ソーシャルワーク的な能力を期待している 求人のため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。採用にあたっては面接を重視し、ソーシャルワーク的な能力を有している職員を求めている。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、目標面接を通して意欲や適性、能力を考慮している 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。職員研修は今年度は、事故・感染症、個人情報、認知症、そして緊急時の対応等に関する全員研修を計画しており、着実に実施している。		
職員の意欲向上と組織のチームワーク向上を図るための環境整備を行っている 施設は「TOKYO働きやすい福祉の職場宣言」に登録しており、職員はその自覚を持っている。職員に対して人事評価は年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・賞与などに反映するなどきめ細かい対応をしている。年次有給休暇の取得は施設長自ら関与し、今年度の働き方改革実施の5日義務取得は問題ない。職員の精神面ケアについてはストレスチェックおよび相談を実施している。また、登山等のサークル活動への補助や職員用カフェ&バーを実施し、職員間の交流が出来る場を設けている。		

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)

施設の理念・基本方針の実現を図るために、第一の重要課題として「精神疾患や精神的に悩みを抱える利用者の増加に対応する職員の対応方」を掲げた。この課題を掲げた理由は、職員の利用者への対応時に利用者から言葉に対して思い悩む事や、どうすればよいのか?その対応に悩む職員が増えたためである。また、妄想や見えないものへの拒否等を訴え来られた利用者に対しての、理解や対応方法に悩んでいる職員がいたからである。このままの状況だと、利用者が益々不穏になり職員もストレスを抱えることになるからである。この課題の具体的な取り組みとして、隔週に往診に来ている精神科医から職員はコンサルテーションを受け、利用者への対応方法や理解を深めることが出来た。学んだ対応方法を職員間で共有し実践する等実践に反映することが出来た。実践内容は介護日誌に記載し、他職員と情報共有し、利用者理解に繋げた。

<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い
<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、検証を行っていない(目標設定を行っていない場合も含む) <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
<p>検証結果の反映</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた <input type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である

評価項目1で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

上記の実践を行うことにより、職員は精神疾患や精神に悩みを持っている利用者の対応方法に従来と比べ余裕が生じた。これは職員に
対応方法や利用者の理解が深められているからである。また、医療の内部完結に関しては従来の内科・歯科・眼科に加えて、精神科、皮膚科の訪問診療を導入した。さらに利用者自身で通院や服薬管理を行っている利用者に関しても受診状況や内服状況の把握を行うようにした。こういった施設内対応により、利用者が適切に医療を受けられるようになった。今後も医療ニーズを満たせることが出来ることが期待される。職員としても管理している利用者により深く関わることで、実際は自身の状態を十分に理解は出来ていなかったことを気づき・把握が出来るようになった。今後とも利用者が健やかに生活出来るように従来以上に関与していくことが期待される。

評価項目2

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

前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)

近年、利用者の中に医療的ニーズを抱えた利用者の増加が顕著であり、施設では特に精神的なケアを必要とする利用者の対応につとめてきており、これまで職員は精神科の受診の際には通院同行を行ってきたという経緯がある。通院同行は利用者3～4名に対して、職員2名が付き添っており、診察の際には医師に対して施設での利用者の様子や精神状態などについて伝え、精神薬などの調整を行ってもらうようにしていた。利用者の中には精神科受診を自ら行い健康管理ができる人もいるが、確実に高齢化する将来に備えての対策を講じる時期であると判断した。従来の内科、歯科、眼科の訪問診療に加えて、精神科及び皮膚科の訪問診療を取り入れることで、医療の内部完結をめざした。

<p>目標の設定と取り組み</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input 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 checked="" 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

今年度、精神科と皮膚科の訪問診療を導入したことで、利用者の安心感につながっている。これまで精神科に出向かなければ受診できなかったが、施設内で精神科の医師に気軽に相談できるという現実が、利用者の不安感を払拭している。加えて、自身で通院・服薬などの管理を行っていた利用者に対しても、施設として関われるようになったことで受診の状況や内服の状態を把握することができるようになった。これによって、実際には本人が健康状態を理解できていないことなども分かり医師との連携を可能にしている。皮膚科の訪問診療も同様であり、皮膚状態が悪化する前の段階で通院しないで専門医の受診が可能となったことで、利用者自身の安心感につながる他に、職員は医師をはじめ医務と連動しながら皮膚状態の改善に対応できるように変わった。今後も利用者の医療面の不安を解決することで、長く安心した暮らしを継続できるように配慮していく。

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(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
●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	○非該当
●あり ○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	○非該当
サブカテゴリ1の講評		
<p>法人ウェブサイトの1ページに当事業所の簡潔な説明がある</p> <p>「東京老人ホーム-公式サイト」には、各事業所のページと事業報告書や計画書などがある。当事業所のサービス内容、在宅介護サービス（訪問介護、訪問看護、デイサービスなど）を個別に利用できることや健康管理について説明している。ウェブサイトは本部で作成している。季刊誌「いきいきまち」には、「施設と社会福祉～福祉の原点の施設として～」など、当事業所に関する記事が掲載されている。当事業所関連の記事を「養護老人ホーム」のページにも掲載されると、さらに活用しやすいと思われる。</p> <p>掲示板、館内放送などを活用して利用者に情報提供している</p> <p>壁に献立表があり、月間スケジュールや予定は掲示板や『ホームだより』で情報提供している。月間スケジュールを見ると、日曜日には映画や体操、火曜日にはレクリエーション、金曜日には「泣く映画」、「笑う映画」があり、土曜日には麻雀などのメニューがある。掲示板は照明を設置し見やすくしている。また、デイサービス利用日など一人ひとりの情報は、必要に応じて、利用者の部屋の壁のカレンダーに予定を書き込んでいる。</p> <p>見学者に対しては、外部サービスの利用など、どのような暮らしができるか伝えている</p> <p>問い合わせがあれば、その都度対応している。見学者が、当ホームに入所すると、どのような新しい生活があるのか、安心して快適に過ごすための説明と案内をしている。そして、「老人福祉法による措置」を希望する人は、待機者台帳に記録する。養護老人ホームは医療施設ではなく、介護施設でもなく生活施設であることを説明し、そのうえで、看護師がおり日常の健康相談や体調不良時の相談ができること、要介護認定を受けて外部のホームヘルパーやデイサービスを利用できることも伝えている。</p>		

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、理解を得ている <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇)</p>		
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、重要な事項等を利用者の状況に応じて説明している	○非該当
●あり ○なし	2. サービス内容について、利用者の理解を得るようにしている	○非該当
●あり ○なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している	○非該当
評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇)</p>		
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>入所面談時には、入所のしおりを渡し利用者の理解力に応じて少しずつ説明している 利用者が見やすく理解しやすいように入所のしおりを刷新した。この「入所のしおり」は全7ページあり、1ページ1テーマである。読むにも説明するにも扱いやすく、利用者のわかりやすさを高めるために最近、全面改訂されたものである。内容は、居室には十分な収納棚と押入れがあること、持参する生活用品を記載してあり、必要な人は自転車やテーブルなども持ち込めること、また、火気類や危険物は持ち込めないことも丁寧に説明している。</p> <p>新規入所者には、環境の変化に配慮して、2週間程度は朝夜の巡回している サービス開始時には、面接表や措置連絡票をまとめて職員間で情報を共有している。これまでの生活状況や緊急連絡先、もしもの時の遺骨や遺留品の引き渡し先や希望を確認している。生活環境の変化に配慮し、職員は利用者と対話をして、施設に馴染めるように他の利用者に紹介するなど努めている。また、レクリエーションや入浴等居室の使い方などを個別に説明している。なお、行政と連携と図りながら、キーパーソンとの関係を整理し、キーパーソンの役割意識を持ってもらえるよう働きかけている。</p> <p>利用者の表情を読み取り、安心して暮らしやすいように、支援している 衣服や荷物を大量に持ち込まれることがあるが、転倒リスクが小さく、避難経路が確保できれば持ち込みを認めている。ポスターやデイサービスで作った作品等を壁に貼って、自分らしい部屋にアレンジする楽しみを大切にしている。利用者の表情を読み取り、その人の不安や気持ちに対応している。例えば、食堂で食事をするとき、急に表情が暗くなったら、同席者との関係を配慮している。自由席なのでどこに座っても良いが、本人が動くことで回りに何を言われるかわからないので我慢している場合に、職員の都合で移動するように働きかける。</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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別支援計画を作成している 評点(0000)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画を利用者にわかりやすく説明し、同意を得ている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定めたうえで、必要に応じて見直ししている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	<input type="radio"/> 非該当
評価項目3 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している 評点(00)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしくみがある	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	<input type="radio"/> 非該当
評価項目4 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している 評点(00)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリー3の講評		
利用者のADL、利用者本人のニーズを元に具体的計画を立てている アセスメントや計画書は居室担当職員が作成している。利用者の希望を聞き取り、記録し、利用者が役割を持てるように、たとえば、折り紙の得意な人、シーツやマット畳みが得意な人などその人が役割を通して人間的自信を取り戻せるように考えている。認知症で自ら水分摂取を行わない人に声掛けが必要で茶より経口補水液が適切であり、また、オムツが汚れやすい人には部屋のシャワーを使うなど、一人ひとりの状態からニーズを抽出して、そのニーズに沿って具体的計画を立てている。		
ADLの変化時や誕生日に個別サービス計画を見直している 基本的には、1年に1回、利用者の誕生日に個別サービス計画を見直している。デイサービスや訪問看護等の外部サービス提供者から情報を得て、ADLの変化を確認した場合も個別サービス計画を見直す機会である。また、病院に入院した時や退院時にも計画を見直している。ときには、病院からの通知を受けて、退院前にケアマネジャーと病院に出向き、退院後のサービス調整を行っている。		
業務に入る前に日誌等を読む時間を設け、情報共有している 日誌等はPCに入力してプリントして読んでいる。時には手書きで情報を追加することもある。記録は、書き方によって細かい情報(機微)が伝わらないことがあるので、口頭で申し送り伝達する必要もある。「記録研修」やコンピュータの使い方についても研修し、職員誰もが扱えるようにしている。デイサービスや訪問介護等の外部サービスを利用している方については、職員もサービス担当者会議に出席して情報を共有している。		

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 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5の講評		
<p>「個人の尊厳」を大切に、プライバシーとプライドを尊重した支援に努めている 利用者の中には、食事介助を受けている人を「食べさせてもらっているの」など失礼なことを言う利用者もいるので、そのような人から介助を受けている人を守っている。「介護予防レクに参加したら終わりよ」と言う利用者もいる。そのような人には、「習い事」と説明してプライドを傷つけずに参加してもらおう工夫をしている。また、周りに他の利用者がある場所で利用者が相談に来たときは、プライバシーに配慮して相談室で相談に乗っている。また、支援が押し付けにならないように配慮している。</p> <p>利用者の意思や価値観を大切にして、日常生活の記録やソーシャルワーク研修をしている 当施設の原点は、関東大震災の際の支援事業にあり、「最も弱い方々」に支援の手を指し伸ばそうというキリスト教精神であった。キリスト教精神に基づく施設であるが、宗教や生活習慣、その人の価値観を大切にしている。利用者の意思や価値観の違いに気付くために、日常的な様子を記録に残し、それを基に生活習慣に配慮した支援をしている。職員の気づく力を向上させるためにソーシャルワーク研修を行っている。</p> <p>プライバシーに配慮して全室個室を提供し、希望者には個室浴も提供している テレビの音量が大きく、ノックが聞こえない人、居室では下着だけである人など、居室に訪問する前に何らかの準備が必要な人には、前もってコールで知らせている。手紙は直接手渡している。羞恥心は人によってさまざまであり、虐待を受けての入所の人もあり、そのような場合には写真を公開しない。また、たとえば、脳トレができない人には、職員がサポートして恥ずかしくないように席を配慮している。大勢での入浴を恥ずかしく思う人には個室で入浴できるようにしている。</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(〇〇〇)	
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
サブカテゴリー6の講評	
細かいマニュアルがあり、定期的に更新するものとしている 大掃除については、工程、担当者、手順、備考(参考文書)など細かく書かれている。行事マニュアルは行事が終了すると、新たに変更が生じたものについて改定し、記録を残している。クラブ活動にも、フラワーアレンジメントや折り紙、コーラス、賛美歌を歌おう会など、一つひとつマニュアルがある。たとえば、入浴は、お茶の準備から風呂の湯入れ、居室から着替えを準備する手順、夏冬によって準備が変わることもマニュアルに記載している。	
「意見、要望・苦情を職場の宝にしよう」をスローガンに、水準向上に努めている ご意見ボックスに意見があれば、会議や申し送りにて話し合い、検討して反映している。意見の内容、結果をボードに掲示、または口頭で伝えている。ただし、その意見の内容が利用者を特定できる場合にはプライバシーに配慮して公表はしない。職員の提案では、風呂に湯を溜めて消毒していたが、カビを生やさないようにするには窓を開けて掃除したほうが良いとの提案を受けて職員皆が話し合い納得して変更した事例がある。	
指導担当者を決め、担当者中心に新人・中途採用職員の指導・助言を行っている 当施設では、利用者の自立を助けるための知識や技術を学ぶ、ソーシャルワーク研修に力を入れており、事例を検討している。また、職員が精神疾患を持つ利用者についてより深く理解し、良い対応をするために、精神科医師のコンサルタントを受けている。新卒、中途などの入職者に対する教育は、指導担当者が担当を中心に研修のチェック表を確認しながら業務の指導・助言を行っている。	

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ6-4)

		サブカテゴリ4																			
サービスの実施項目		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	36 / 36																		
1	<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇〇)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>1. 個別支援計画に基づいて支援を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>4. 利用者の支援は関係職員が連携をとって行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>	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	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>個別ファイルが整備されており、日々の支援は個別サービス計画の目標を意識している 利用者それぞれの個別ファイルが整備されており、ファイルには面接表、個別サービス計画、ケアチェック表、本人の希望・意向を記載した書式、個別支援計画書などが整えられている。利用者支援の指標となる個別サービス計画書には、現状と目標、具体的な支援内容が示されている。また、利用者に理解しやすいように、個別サービス計画の目標などを簡潔にまとめた個別支援計画書があり、「自身ができることはやっていただき、大変なところをお手伝いをします」などと平明な言葉で記している。日々の支援は目標を意識したものである。</p> <p>利用者それぞれの抱える課題を把握してコミュニケーションの工夫をしている 利用者の多くが精神面で不安感を感じていることもあって、職員はコミュニケーションの取り方に工夫している。入所時に利用者それぞれの生活歴などを把握していることもあり、個性や精神疾患などの疾病に配慮した働きかけである。職員は、利用者の言葉を傾聴することを重要視しており、利用者の個性にあわせて時間をかけたり、他者がいない場所へ移動して傾聴するなどである。全室個室であり、中には一人であることを好む人もいるが、職員は食事時間などに様子観察を行い、必要に応じて訪室するなどして関係性が保たれるようにしている。</p> <p>日々のミーティングを開催しており、連絡ノートで利用者の様子を共有化している 職員間の情報の共有化としては日々のミーティングがあり、3階ワーカールームで全員が参加して行っている。申し送り事項は連絡ノートに記載しており、本日の予定、検討した事項とともに、検討の決定内容が記されている。加えて、申し送りが必要な利用者の様子を詳細に記した連絡事項が残されており、支援の際に効果を生んでいる。例えば、「〇〇様、現在の歩行器とキャスター付きの歩行器と交換します。様子観察をお願いします」などと具体的に書くことで情報の共有化と同時に支援の統一も図られている。</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		
<p>利用者の日常生活における食状態は入所時はもとより毎月評価して対応している</p> <p>入所時には面接を通じてケアチェック表で利用者の食状況を把握しており、食事摂取の自立度、アレルギーをはじめ食形態、飲み込みの状態などを確認し、それに基づいた食事提供としている。食事は食堂で摂っており、個々に副菜などが盛り付けられたトレイが専用の配膳車で運ばれてくる。配膳車は温冷配膳車ではないので、今後の見直しも考えられる。利用者は食事前に手洗いをし、トレイを受け取るとパントリー内の調理員がご飯を利用者の好みの量に盛って提供している。主食は常食からおかゆまで揃っており、好みのものを選べる。</p> <p>選択食、行事食などで利用者の食べる楽しみ、選ぶ楽しみを引き出している</p> <p>選択食は月に1回の実施であり、実施の2週間前に栄養士が作成したポスターで告知し、希望する献立に印を記入してもらっている。選択食はおおむね3種類から選ぶようになっていて、丼ものなどは人気がある。行事食としては、秋の実りのお食事会、クリスマスランチ、正月料理などがあり、特にクリスマスランチはキリスト教の法人であることから神聖な行事として定着している。この日は、理事長の話や乾杯で祝うなどしている。喫食時には状況に応じてスプーンやフォークを使っており、誤嚥発生時の対応ができるように職員は立ち位置に工夫している。</p> <p>給食会議で献立について検討しており、利用者の状態に応じた食形態の変更もある</p> <p>給食会議を毎月開催しており、献立の内容をはじめ、すでに実施した行事食の反省などを行っている。検討事項は会議録に記載している。例えば行事食で寿司の提供を行うのであれば、嚥下状態に応じて三分の一、あるいは二分の一にカットする人数の把握をあらかじめ行うなどである。また、利用者は入所後に徐々に喫食状況が変化することもあり、職員は食事時間のラウンドなどで把握し、管理栄養士と連携して常食からあら刻みや極刻みなどに食形態を変更している。また、利用者の体調不良の際には居室での喫食もある。</p>		
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		
<p>個室浴、一般浴が整備されており身体状況に応じて介助入浴が行われている</p> <p>浴室は1カ所にまとめられていて、個室・一般浴(大風呂)のエリアと介助浴のエリアが設けられている。大風呂は月から金曜日であり曜日によって男性と女性の時間帯が変わる。入浴時間については食堂入り口と浴室入り口に大きく書き示されており、食堂に行き来するたびに目にするることができる。個室・一般浴は脱衣室を挟んで設けられており、個室は着脱の際に他者の視線を気にしないで済むように専用カーテンが設置されている。個室浴は月・水・金、介助浴は月～土である。介助浴エリアには2つの個室がありヘルパー支援を受けながらの入浴である。</p> <p>入浴表で入浴状況を把握しており、声かけなども行い清潔を維持できるようにしている</p> <p>入浴時のルールとして、入浴前と入浴後の2回、ワーカー室にコールを入れるようになっている。職員はコールを得たら、入浴表に入浴時間を記入している。入浴表の記載から、入浴間隔が空きすぎている場合などには声かけを行っているが、その際には利用者に一方的に入浴をすすめるのではなく、まずは入浴しない理由などを訪ねるようにしている。土日は入浴対応を行っていないので、できるだけ月～金曜日に入浴してもらって清潔保持を働きかけている。ただ、個室居室にはシャワーがあるので便汚染などの時には職員対応で使用することもある。</p> <p>入浴が楽しめるようにかわり湯などの工夫があり、浴室内の安全面での配慮もある</p> <p>入浴を楽しんでもらえるように、入浴実施の時間帯はのれんを出して雰囲気を出している。また、入浴剤を使って香りや湯の色の変化を楽しんでもらえるようにかわり湯を毎月実施して喜ばれている。浴室にはシャンプー・リンス、ボディソープが設置されており、入浴用のタオルなどの生活用品の提供がある。利用者の高齢重度化がすすんでいることから、ヘルパー介助による入浴も増えており、安全に入浴できるように工夫している。浴槽への移乗では、浴槽の高さに合わせてベンチを設置して横に体をずらし無理なく移動できるようにしている。</p>		

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			
<p>利用者の健康管理に配慮しており、内科医師をはじめ各科専門医師の配置がある</p> <p>利用者は年に1回の健康診断を受けている。医務室には常勤の看護師が1名配置されており、週に1回の非常勤の内科医師による検診が行われている。また、歯科、眼科の医師による検診に加え、皮膚科及び精神科の医師による定期的な診療が行われている。利用者の多くに何らかの精神的疾患が見られることから、これまで職員による通院同行が行われていたが、医師の訪問診療によって職員の負担軽減となっている。精神科医師は月に2回の来所であるが、利用者の不穏行動などへの対応については常時助言を得ることができる。</p> <p>介護予防としてお手伝いや軽い運動などを呼びかけているがさらなる取り組みが望まれる</p> <p>利用者の平均年齢は83歳を超えており、年々高齢化がすすんでいる。個室居室から食事時間以外に出てこれない利用者も少なからずおり、職員は居室から出て他者との交流を持ったり、体を動かして気分転換をすることが介護予防につながるとして働きかけている。利用者は、毎日午後に行うラジオ体操、毎週木曜日の体操教室、日曜日食堂で行う軽い体操などの機会があり、加えて食堂の布巾などの洗濯物たため、共用部清掃などの軽い仕事を依頼している。今後、さらなる工夫と実践を取り入れ、利用者の介護予防意識向上に繋がることを期待される。</p> <p>利用者の状況に応じて配薬管理を行っており薬カレンダーなどで管理する人もいる</p> <p>利用者の多くが定時薬を服用しており、医務では各利用者の服薬状況を把握してファイル化しており、同時に同じものをワーカールームでも集約している。利用者は自身で定時薬の管理ができる人もいるが、それが困難な場合には医務での管理としている。薬局薬剤師による定時薬は1週間単位で薬カレンダーにセットされており、医務室の定められた場所に設置されている。薬袋には本人名、処方された日付け、処方薬名が印字されており、看護師によるチェックが行われて利用者への与薬支援となる。</p>			
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			
<p>退院後などには利用者の暮らしが安定するように居室環境を整えることがある</p> <p>利用者の状態に応じて日常生活面の支援を行っており、加えて入院して退院した時に身体状況などが変わり環境調整が必要な際には、個別の対応を行っている。退院後、居室内を靴のまま移動できるように畳敷きの居室内にフローリングマットを敷いたり、トイレ内に立ち上がり棒などを設置するなどである。利用者のADLが落ち、排泄などがスムーズに行えず便秘のため不穏になっている場合などには水分の補給をすすめたり、看護師と連携して医師の指示を得たうえで下剤投与の支援を行うなどであり、安定した生活となるように配慮している。</p> <p>福祉サービスとの連携があり、日常的には法人内で協力体制をもって支援にあたっている</p> <p>利用者の半数以上が要支援・要介護認定を受けており、外部の介護保険サービスの支援を得ながら日々の暮らしを維持している。外部の介護保険サービスとしては、訪問介護や通所デイなどであり、職員は利用者の様子を見ながら必要に応じて要介護申請の声かけを行い、関連窓口につないでいる。また、すでに要介護度が出ていて、区分変更が必要であると判断した場合などでは、関連事業所と連携している。生活保護の申請なども同様である。同一建物の中に法人の各種事業があることで、特に夜間帯などは協力体制が得られるというメリットがある。</p> <p>洗濯などは利用者実施が基本であるが、状況に応じて居室内に立ち入ることがある</p> <p>居室内の掃除や自身の洗濯などは利用者が行うことが基本である。掃除機の貸し出しがあり、共用洗濯機は2カ所の洗濯コーナーにそれぞれ3台ずつ設置されていて、朝6時～夜8時30分までの間で使用可能である。しかしながら、利用者の身体状況によっては一時的に支援が必要な場合もある。掃除が行われずに居室内環境が著しく悪化した場合は、職員は利用者とともに整理する場合があり、洗濯なども洗濯機が使えない場合などは洗濯を行うことがある。こうした状況が継続するようであれば、介護保険サービスの利用を勧めることがある。</p>			

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		
<p>各種の行事を設けており、クラブ活動なども行われていて楽しめるように配慮している</p> <p>年間を通じて行事を実施して利用者に参加を呼びかけている。お花見ドライブ、外食会、クリスマス会、大掃除などがあり、他に法人が実施する5月のもったいないガーデン、イースターコンサート、建物中庭で開催するぽぽたんカフェなどがある。クラブ活動もあり、書道、フラワーアレンジメント、折り紙、コーラス、麻雀などが設けられている。中でも折り紙は利用者にも人気であり、講師が来所して教えるクラスと、グループで集まって折り紙を楽しむ初心者クラスの2つがあり、利用者が選ぶことができる環境である。</p> <p>日帰りバス旅行なども実施して、利用者の気分転換を図っている</p> <p>施設入り口のエレベーター横にある大きなボードには当月の予定表が記されており、利用者は行事やクラブ活動の日程を知ることができる。こうした施設内で行う活動に加えて、利用者の気分転換をはかるために年に1回の日帰りバス旅行なども実施している。今年度は埼玉県菓子メーカー工場見学プラス日本料理を楽しむツアーを実施して、18名が参加した。施設に留まった利用者に対しては、長時間での移動とならない場所への外出を実施して楽しんでもらっている。</p> <p>喫煙室や映画鑑賞のできるホールなど設備が整っていて利用者の居場所となっている</p> <p>施設での暮らしは、他者への迷惑にならない範囲であれば自室での飲酒なども自由である。喫煙も喫煙室で自由に吸うことができ、室内には空気清浄機が置かれている。施設内には他に、新聞や広報誌を自由に読めるコーナーが設けられていたり、アコーディオンカーテンで仕切ってレクリエーションを行えるミニホールなどもある。また、談話コーナーも設けられており、マッサージ器の常設をはじめベンチには座布団が敷かれているなど利用者の居場所となっている。食堂の出入りも自由であり、午後のひと時、一人でゆったりしている利用者もいる。</p>		

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>家族のいる利用者をはじめ身寄りのない利用者のキーパーソンを把握する表がある 利用者の入所に伴う面談時には本人の経歴などをはじめ家族についても聞いており、家族との関係性なども把握している。利用者の多くが家族との関わりが薄く、家族への郵便送付なども希望していないため、法人広報誌や本人の個別支援計画なども送っていない。それでも、いざと言う時に連絡をして判断を得なければならない場合もあって、利用者それぞれのキーパーソンを示した一覧表がある。一覧表では親族や生活保護担当者などのキーパーソンが記されており、緊急時対応などの際に活用している。</p> <p>「マイノート」を活用して、利用者の終末期や葬儀などについて意向を聞いている 利用者の終末期における延命などに関する意思確認表の書式が整備されており「マイノート」として、個々に整備されている。マイノートでは、意思の確認事項として、連絡してほしい人、救急搬送先での治療内容として積極的な治療を求めているかや、終末期を迎えたい場所、終末期の急変時には酸素吸入や心臓マッサージを希望するか、死亡後にお別れ会開催を希望するか、献体などの登録はあるかなどを詳細に聞き取っている。利用者の多くが家族関係が破綻しているなど家族との問題を抱えていることから、法人の墓地を希望する人も多い。</p> <p>外出・外泊は自由であり、また、面会は自室や施設内談話コーナーなどで行っている 利用者の外出や外泊は自由であり、所定の外出届け及び外泊届けの提出が定められている。建物の門扉及び玄関は午後9時に閉めており、午後9時以降の戻り際にはあらかじめ申し出ておく必要があり、戻った際にはインターホンで知らせるなどの手順が定められている。また、家族などの面会は自由であり、午前9時から午後9時までの時間帯となっていて面会簿に記入して名札を着用する決まりである。来訪者は自室はもとより施設内に設けられた談話コーナー、食堂、あるいは法人の玄関ロビーなどを使うことができる。</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		
<p>ケアワーカー室の横には地域での様々な情報を知らせる紙媒体などが設置されている ケアワーカー室の横には市の広報誌をはじめ、地域の介護サービス関連のパンフレットやチラシ類が設置されており、これらの紙媒体を自由に手にすることができる環境である。ケアワーカー室前にかけられている、大きな日めくりカレンダーは、ともすれば単調な生活になりがちな利用者の気づきにつながる良いアイデアである。また、食堂入り口に設けられたお知らせボードにも、地域での催し物などのチラシ類が貼られている。お知らせボードには、最新情報コーナーが設けられているなど、情報が利用者の目に留まるように工夫している。</p> <p>利用者は保育園との交流をはじめ小学校との交流があるなど多くの機会に恵まれている 利用者に対しては、入所時に近隣の公的施設やコンビニ、学校、公園などを示した近隣マップを配布し、施設がある地域にできるだけ早く馴染めるように工夫している。利用者は公的施設で開催される体操教室や料理教室に出かけて自分らしく暮らしている人も少なくない。施設周辺には学校施設が多くあり、これまで小学校との行事の招きに参加して顔なじみとなったり、中学生とは年賀状・書中見舞いのやり取りを15年以上も続けている。加えて、2年前からは保育園との交流が始まるなど、世代を超えた交流の場を増やしている。</p> <p>法人が実施する地域行事などに参加することで地域住民としての暮らしを意識している 施設は法人が運営する各事業所と同一の建物内にあることから、法人主催の大きな地域行事に利用者に参加できるというメリットがある。建物中庭で行うぼたんカフェをはじめ、施設開放などを目的にしたいきいきさんデー、もの忘れを感じている人たちなどを対象にしたおひさまカフェなどがあり、利用者はこれらの催し物に参加することで、楽しく過ごすことができている。また、介護サービスで通所デイや訪問介護などを使っていることも地域とのつながりを意識できるものとなっている。</p>		

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-4-4	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
タイトル①	精神的ケアが必要な利用者支援の体制を強化するために研修を実施している	
内容①	利用者の中には精神疾患を有する人もいて、施設では専門的な対応が必要であると考えて取り組んでいる。精神科にはこれまで職員による通院同行が行われていたが、専門医師の訪問診療が実現した。精神科医師は月に2回の来所であるが、利用者の不穏行動などへの対応については常時助言を得ることができる環境である。また、職員研修では専門の講師を招いてソーシャルワーク研修を3回ほど連続して行い、そこでは実際にケースを提示して対応方法を話し合っており、日々の利用者支援につなげている。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-3-2	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
タイトル②	利用者のADL、利用者本人のニーズを元に具体的計画を立てている	
内容②	アセスメントや計画書は居室担当職員が作成している。利用者から聞き取った内容をフォーマットに従って記録している。利用者が役割を持てるように、たとえば、折り紙の得意な人、シーツやマット畳みが得意な人などその人が役割を通して人間的自信を取り戻せるように考えている。認知症で自ら水分摂取を行わない人には声掛けが必要であり、茶より経口補水液が適切であるなど一人ひとりの状態からニーズを抽出している。そのニーズに沿って具体的計画を立てて、事業所の方針「利用者の立場に立った生活支援を行う」ようにしている。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目		
タイトル③		
内容③		

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	施設は同一敷地内に多くの他施設がある法人の利点が活かされている
	内容	法人は、施設サービス3つ、在宅サービスが5つ経営しており、本件養護老人ホームもその一つである。お互いの施設が同一建物内または近接していることで、多くの会議、委員会が施設単位のほか法人でも行われ、代表者が集まり情報交換を行いながら検討され効果を挙げている。叡智を集めて作成したBCPもその一つである。人事異動も法人が本人希望も吸い上げ、適材適所に配置している。地元密着のための行事実施も法人単位で行うことが多く、実施がし易く、主催する職員も協力しあうことで、お互いに親しくなり、法人全体の職員協力にも効果がある。
2	タイトル	利用者が地域の一員であるという意識を持ち、充実した生活を送ってもらえるように世代を越えた交流活動の場を増やしている
	内容	施設入所という暮らしではあるが利用者が地域の一員であるという意識を持てるように様々な働きかけをしている。法人が開催するぼぼたんカフェやいきいきサンデーは地域とのつながりを感じられるものであり、利用者の入所時には近隣の公的施設やコンビニ、学校、公園などを示した近隣マップを渡している。施設周辺にある小・中学校との交流活動も行われていて、小学校の行事に参加したり、中学生とは年賀状・書中見舞いのやり取りを15年以上も続けている。2年前からは保育園との交流が始まるなど、世代を超えた交流の場を増やしている。
3	タイトル	利用者が外（社会）に出る機会を確保するため、日帰り旅行を実施し、カフェや販売、ネイルサロンなどにより社会と交流している
	内容	利用者が個室に閉じこもりがちにならないよう、社会と交流する機会を多く持てるようにしている。美容専門学校の先生、生徒に来てもらって定期的にネイルサロンを実施している。プロの音楽家による演奏会やボランティアによる書道や歌などクラブ活動をしている。入所者は日帰りバス旅行で菓子工場見学と日本料理を楽しみ、在宅で配食サービスを利用している外出機会の減っている方を招いてランチコンサートを開いている。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	事故防止上、特にヒヤリハットのあり方に工夫が望まれる
	内容	昨年の事故は、「転倒・転落30件」を中心に32件で、今期も同様の状況である。都度、要因分析しているが、事故そのものを発生しないことが必要である。そのためにはヒヤリハット事例の分析が肝要と言われる。現状、ヒヤリハットの起票件数はわずか数件である。起票の用紙も事故発生用紙と同様のA4サイズであり、記入項目も同様である。1件の重大な事故の陰には29件の軽微な事故があり、300件のヒヤリハットがあるとされる。起票用紙のレイアウト変更を含め、気軽に起票できる体制を作り、データ分析出来るようにすることが望ましい。
2	タイトル	利用者の高齢化がすすんでおり介護予防レクへの参加などを促しているが、利用者の意識向上にまで至っておらず今後の課題である
	内容	利用者の平均年齢は83歳を超えており、年々高齢化がすすみ、同時に要介護認定を受けている利用者も半数近くを占めている。職員は体を動かして気分転換をすることが介護予防につながるとして働きかけている。毎日午後に行うラジオ体操、毎週木曜日の体操教室、日曜日食堂で行う軽い体操などの機会がある。加えてクラブ活動の参加や食堂の布巾などの洗濯物たたみ、共用部清掃などの軽い仕事などもある。一方で、こうした活動への参加を好まない利用者もいて、今後はさらなる工夫と実践で利用者の意識向上に繋がることが期待される。
3	タイトル	ウェブサイトには、わかりやすく読みごたえのある記事が豊富にあるので、モバイル端末での利用も含め、さらなる活用しやすさに期待する
	内容	「東京老人ホーム-公式サイト」には、各事業所のページと事業報告書や計画書などがある。当事業所のサービス内容が説明されている。PCのブラウザで「デジタルカタログ」をクリックすると総合パンフレットを見たりダウンロードしたりできる。季刊誌「いきいきまーち」No.54に、「施設と社会福祉～福祉の原点の施設として～」という記事がある。この記事の概要が「養護老人ホーム」のページからモバイル端末でも読みやすい形で読めると活用の幅が広がると思われる。