

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	軽費老人ホーム(A型)			
評価対象事業所名称	東京老人ホーム泉寮			
事業所連絡先	〒	202-0002		
	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 高橋睦			
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 21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 21日			
訪問調査日	2018年 12月 27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 高橋睦

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) 高齢者個人の尊厳の保持 2) プライバシーの尊重 3) 自立した生活の継続 4) 利用者本位の生活支援 5) 地域社会への貢献
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> <ol style="list-style-type: none"> ①企画・提案力のある人材 ②コミュニケーション能力のある人材 ③専門知識及び一般常識も兼ね備えた人材 <p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感)</p> <ol style="list-style-type: none"> ①利用者の安心、安全を守り、常に法人理念(高齢者の尊厳の保持)に沿ったサービスの提供 ②組織力向上のための協力意識

調査対象

調査日現在の利用者全員を対象とした。

調査方法

利用者への説明会を設定し、各利用者へ回収用封筒を添えたアンケート用紙を配布して記入の依頼をした。専用の回収ボックスを設置し投函してもらい、聞き取り調査時に、評価者が回収ボックスから各アンケート用紙の入った封筒を回収した。希望者には聞き取り調査を実施した。

利用者総数

100

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
82	18	100
68	18	86
68.0	18.0	86.0

利用者調査全体のコメント

「東京老人ホーム泉寮を総合的に見て、どのように感じているか」の質問に、回答者の約22%が「大変満足」、約48%が「満足」、約17%が「どちらともいえない」と回答している。「不満」・「大変不満」との回答も少数みられたが、総合的な意見としては、感謝の言葉とともに、「自分の家にいるような感じ」、「一人でももらないで、いろいろな活動ができる」、「とても良いところ」、「安心していられる」などの意見からは多くの利用者がおおむね満足している状況がうかがえる一方で、健康等の不安、食事、利用者間のトラブルなどの率直な意見も寄せられている。さらに、「親身になって話を聞いて欲しい」などの意見もみられる。各項目においても、おおむね満足している状況がうかがえるものの、全般的に「どちらともいえない」との回答がやや多くなっている傾向がみられる。

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. 食事の献立は工夫があるか	45	25	14	2
回答した利用者の約半数(52%)が「はい」と回答している。「よく考えてくれている」、「味に満足、量も良い」、「たんぱく質が多いともつと良い」など取り組みを評価する意見が寄せられている。一方で、「どちらともいえない」(約29%)・「いいえ」(約16%)からは、「普通」、「マンネリ化しているように思う」、「満足しているとは言えない」、「費用の点を考えると仕方がない」など、利用者の嗜好、味付けや素材、献立などに関する様々な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	47	18	18	3
回答した利用者の半数強(約55%)が「はい」と回答し、「制限の範囲内で好きな時に入っている」、「いつでも入れる、感謝です」などの意見が寄せられている。また、「どちらともいえない」(約21%)、「いいえ」(約21%)の回答からは、「就寝前には入れたらよい」等、夜間入浴や時間延長の希望、さらに、ヘルパーやデイサービスを利用しているなどの意見が寄せられている。				
3. 日常生活に必要な地域の情報を知ることができるか	46	19	14	7
回答した利用者の約53%が「はい(知ることができる)」と回答している。「掲示と伝えてくれる」、「いきいきまーち(季刊誌)」、「誘いは受けるが行かない」、「わからないことは聞く」などの意見が寄せられ、必要な情報提供の状況がうかがえる。また、「どちらともいえない」(約22%)・「いいえ」(約16%)の回答からは、「よくわからない」といった意見もみられた。				
4. 健康維持・介護予防に向けての相談をしやすいか	51	22	9	4
回答した利用者の約59%が「はい(相談できる)」と回答している。「デイサービスの利用」、「週2回体操で足腰を鍛えている」、「忙しそうで」など意見が寄せられている一方で、「どちらともいえない」(約26%)・「いいえ」(約10%)の回答からは、「職員との相談する時間が取りにくい」、「相談することがない」といった意見もみられる。				
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	54	22	7	3
回答した利用者の約63%が「はい」と回答している。「安心していられる」、「職員は優しい」、「皆親切です」、「入院してお世話になってから気づいた」などの意見が寄せられている。また、「どちらともいえない」(約26%)・「いいえ」(約8%)・「非該当」(約3%)の回答からは、「忙しそうなので」、「あまり話をしない」、「こちらから話しかければ優しく答えてもらえる」などの意見もみられる。				

6. 施設内の清掃、整理整頓は行き届いているか	58	25	2	1
<p>回答した利用者の約64%が「はい(清潔で整理整頓された空間になっている)」と回答している。「良くやってくれている」、「きれいでうれしい」、「とても良いホームです」などの意見が寄せられ、施設内の環境に満足している様子がうかがえる。「どちらともいえない」(約29%)との回答からは、「窓、網戸が汚れている」、「部屋が片付かない、これは自分のせい」といった意見もみられる。</p>				
7. 職員の接遇・態度は適切か	67	16	2	1
<p>回答した利用者の約78%が「はい(適切だと思う)」と回答している。「優しい、気軽に話ができる」、「ありがたく、感謝している」、「感じが良い」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」(約19%)の回答からは、「普通です」、「あまり好きではない」、「職員による」といった意見も寄せられている。</p>				
8. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	57	10	3	16
<p>回答した利用者の約66%が「はい(信頼できる)」と回答している。「風邪で寝込んだ時親切にもらった」、「往診などよくしてくれた」、「できると思う」などの意見が寄せられ、施設への信頼・安心の様子が感じられる。また、「どちらともいえない」(約12%)・「非該当」(約19%)の回答からは、「そういう状態になったことはない」、「そういうことがないが、信頼している」といった意見も寄せられている。「いいえ」(約3%)との回答からは、「声をかけられたことはない」といった意見もみられる。</p>				
9. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	32	23	5	26
<p>回答した利用者の約37%が「はい(信頼できる)」と回答し、「小さな意見の食い違いはあるようですが、職員を信頼している」、「職員は忙しくて大変だと思う」などの意見が寄せられている。「どちらともいえない」(約27%)・「いいえ」(約6%)・「非該当(経験が無い)」(約30%)からは、「あまり話はしない」、「自分でうまく避けるようにしている」、「公平や親身を期待できない」といった意見も寄せられている。</p>				
10. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	56	13	7	10
<p>回答した利用者の約65%が「はい」と回答している。「ここに来てよかった」、「子供より身近に話せる」、「絶対的な信頼をしている」などの意見が寄せられている。一方で、「いいえ」との回答からは、「そう思わない」、「頼りにしていない」といった意見が寄せられている。また、「どちらともいえない」(約15%)との回答もみられるが、特に意見は寄せられていない。</p>				
11. 利用者のプライバシーは守られているか	61	12	2	11
<p>回答した利用者の約71%が「はい(守られている)」と回答している。「守られていると思う」、「信頼している」といった意見が寄せられている。個室という環境もあり、プライバシー保護の取り組みをおおむね評価している状況がうかがえる。「どちらともいえない」(約4%)との回答からは、「話すことはない」との意見もみられる。</p>				
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	36	22	6	22
<p>回答した利用者の約42%が「はい(状況や要望を聞かれている)」と回答している。「ケアマネさん、話し合いをした」、「時々ある」といった意見が寄せられている。一方で、「どちらともいえない」(約26%)・「いいえ」(約7%)・「非該当」(約26%)の回答からは、「家族が対応してくれる」、「相談したことがない」、「計画の作成を知らない」、「わからない」などの意見もみられる。利用者それぞれの状況によって個別計画の認識度に大きく差があることがうかがえる結果となっている。</p>				

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	41	22	5	18
<p>回答した利用者の約48%が「はい(わかりやすかった)」と回答している。「説明はわかりやすかった」、「サークル活動ができる」との意見が寄せられている。「どちらともいえない」(約26%)・「いいえ」(約6%)・「非該当」(約9%)に回答が分かれている。「相談したことがないので」、「相談したことになっている」との意見もみられる。</p>				
14. 利用者の不満や要望は対応されているか	45	22	6	13
<p>回答した利用者の約52%が「はい」と回答し、「非常に良い」、「信頼の2文字です」、「良くしてくれる」などの意見が寄せられている。また、「どちらともいえない」(約26%)・「いいえ」(約7%)・「非該当」(約15%)に回答が分かれている。「要望をしていない」、「忙しそうなので遠慮している」、「意見箱に入れた」などの意見も寄せられている。</p>				
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	17	23	15	31
<p>回答した利用者の約20%が「はい(伝えられている)」と回答している。また、「どちらともいえない」(約27%)・「いいえ」(約17%)・「非該当」(約36%)に回答が分かれている。「相談したことはないが、何かの時に頼ると思う」、「家族に相談している」、「困ったことはない」といった意見とともに、「まだ経験が無い」との意見が複数寄せられている。</p>				

I 組織マネジメント項目(カテゴリ1～5、7)

No.	共通評価項目	
	カテゴリ1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリ1(1-1)	
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 7/7
	評価項目1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を周知している <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 <div style="text-align: right;">○ 非該当</div>
	●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 <div style="text-align: right;">○ 非該当</div>
	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 <div style="text-align: right;">○ 非該当</div>
	●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 <div style="text-align: right;">○ 非該当</div>
	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 <div style="text-align: right;">○ 非該当</div>
	●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 <div style="text-align: right;">○ 非該当</div>
	●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 <div style="text-align: right;">○ 非該当</div>
	カテゴリ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し、毎月発行している「泉だより」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、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み、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、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)及び事業者内の通信網のシステム(電子会議室)・日常の会話などを通して理解を深める取り組みをしている。	
	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て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「泉だより」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、それぞれ取得し把握している。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メン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項目に渡って策定して実施している。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、経理のヒヤ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ている。また、職員には毎年開催している階層別研修や年2回開催する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契約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も増加し、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(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(〇〇〇〇)
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>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。事業所では事故防止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、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・主任が整理したうえで、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程で定め、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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が求める人材の確保ができるよう工夫している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が求める人材、事業所の状況を踏まえ、育成や将来の人材構成を見据えた異動や配置に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 事業所の求める人材像に基づき人材育成計画を策定している 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)が職員に分かりやすく周知されている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)と連動した事業所の人材育成計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
評価項目3 事業所の求める人材像を踏まえた職員の育成に取り組んでいる 評点(〇〇〇〇)		
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(〇〇〇〇)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所の特性を踏まえ、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(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た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などを行ない、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)

一日中居室で過ごす利用者など、社会性の乏しい利用者が散見され、運動やその他の活動が少ないことにより日常生活動作(ADL)の低下が見込まれる現状を課題として、「地域住民の一員である利用者一人ひとりが、施設で生活しながらも、地域住民の一人として社会生活が営めるような支援の取り組み」を目標として設定している。法人・施設の行事や活動への参加のみならず、①近隣中学校での公開講座、②地域の中学生合唱部との合同合唱、③介護予防の講演会の企画、実施に取り組んだ。
①近隣中学校との「道徳授業地区公開講座」には、利用者5名が参加、②地域向けイベント「いきいきさんデー」での中学生との合同合唱には20名が参加、③介護予防活動の一環として、「介護予防の講演会」年3回実施、「知っておきたいフレイル予防」をテーマに各回30名を超える参加がみられるなど、施設に居ながら地域交流できる機会を設定することができた。

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

「今度はいつやるの?」、「来年も約束している」などの利用者の声もあり、地域とのつながりを意識するようになったことは、一定の成果としてとらえられている。多くの利用者が日中、地域の活動やその他の目的で外出している状況もあるが、意欲があっても地域活動になかなか参加できない利用者や、他の地域から入居してこの地域の情報を良く知らない利用者について、このような活動の継続とともに、地域活動を知るための情報提供の工夫が必要との認識を確認している。2018年度の事業計画の課題と対応に、「社会生活の持続支援」を掲げ、継続課題として地域社会資源を利用者個々が選択し利用できるような情報提供、さらに、共用部の美化など利用者の自発的な取り組みを尊重した役割を担ってもらうなど、身近な生活の中での社会性かつ持続に資するような支援に取り組んでいる。

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)

年々増加している利用者の介助支援についての検討が課題となっている。永年施設において生活する中で高齢化し、心身ともに自立した生活が困難になってくるなど、利用者一人ひとりの状態、ニーズに応じた支援が必要となってくる現状を踏まえ、①外部資源連携を基盤とした要介護者の支援、②精神症状に応じた対応のスキルアップを課題・目標設定し、取り組みを行なった。
①については、利用者一人ひとりの状況に応じて、個別の計画の見直しにおいて本人・家族等、外部サービスとの合意形成や方針の統一などの対応に取り組んだ。②年3回の外部講師によるソーシャルワーク研修(勉強会)を企画・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

①外部資源連携を基盤とした要介護者の支援の取り組みの結果、1年間で約10名が外部サービスを利用するようになった。職員がニーズに沿った役割を果たすとともに、外部資源と連携・協働しながら支援に取り組み、一人ひとりの利用者の状態やニーズに応じた支援の充実につながっている。②精神症状に応じた対応のスキルアップについては、年3回の研修を通じて、ソーシャルワークの視点、対人援助、事例検討を実施、自己の振り返りなどにより、日々不安を抱える利用者や認知症の初期症状など多様化するニーズに対して、日々の支援に活かし、サービスの質の向上につながっている。個々の利用者の訴え(意向)の把握が、日常生活動作(ADL)や状態の低下により困難な例も増えてきている。また、居室内での転倒なども増え、個別の生活状況の把握も必要となってきた現状を踏まえ、外部医療機関との連携・情報共有など、医療・介護サービスとのさらなる連携・協力による支援の取り組みは、継続課題として2018年度の計画に取り上げている。併せて、支援能力のスキルアップによる支援の質の向上に向けた取り組みも継続課題としている。

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 利用希望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. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用希望者等の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している	<input type="radio"/> 非該当
	サブカテゴリ1の講評		
	<p>組織としての透明性やわかりやすさを重視した情報提供に取り組んでいる</p> <p>法人のホームページやパンフレット(「法人のご案内」と共に、利用者に分かりやすい「泉寮入所案内」を作成している。入所するときに必要な料金表、居室の間取り、備品等を掲載し実用的な情報として、利用希望等の見学者に配付、郵送するなど柔軟に対応している。また、法人パンフレット以外にホームページを通じタイムリーに新しい情報を掲載し、潜在的な利用希望者が知りたい情報を入手できるよう配慮している。法人の広報誌「いきいきまーち」を年4回発行し、特集として“軽費老人ホームのあり方”などの情報も発信している。</p> <p>情報提供は利用者の特性や状況を考慮し、確実さ、わかりやすさを工夫している</p> <p>利用者への情報提供として、食堂入口廊下のホワイトボードを中心に趣味活動予定など次の活動日・時間等が書き、見やすく提示し更新している。掲示物は文字を大きくし、情報によって掲示場所を変えるなど、情報伝達の工夫をしている。利用者向けの情報誌「泉だより」を毎月発行しており、内容は月間予定、お知らせ、利用者の作品の紹介などを掲載しており利用者一人ひとりに配付している。利用者への情報提供の一つとして、現在設置されているマガジンラックの扱い、自治体の広報誌、週刊誌、新聞等を設置する情報の入れ替えや内容を検討している。</p> <p>問い合わせには、見学を勧め、実感したうえで正確な情報提供に努めている</p> <p>問い合わせや見学の希望には相談員を中心に対応している。見学には日程を調整のうえ、随時個別に対応し、希望者の状況に応じた案内・説明に努めている。できる限り見学を勧め、直接見て頂くことと、より具体的な説明ができるよう働きかけ、実感したうえで正確な情報が提供できるよう配慮している。家族向けの情報提供として、年2回「泉寮通信」を発行しており、制度、行事案内、計画予定など施設の様子をより身近に感じてもらえるように工夫している。</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、同意を得ている		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、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている			評点(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>サービス内容等は重要事項説明書を用いて説明し、本人・家族の同意が得られている</p> <p>新入所者対応マニュアルに沿ったサービス開始、受け入れを行なっている。契約締結日を調整し、契約書・重要事項説明書を用いて説明している。運営方針や利用料規程について具体的に説明し、不明な点がないように配慮し、利用者・家族(保証人)の同意を得ている。さらに、入所後の生活について「泉寮からのお知らせ」を配付している。また、入所前面接を通じて、利用者・家族の意向や支援に必要な個別事情、要望を把握し、入所面接表、入所者台帳に記録、初回のプラン(泉寮施設支援計画書)に反映させている。</p> <p>早期に新たな環境に馴染めるよう、従来の家庭の生活習慣に配慮して対応している</p> <p>利用開始直後は、食堂で新規利用者を紹介、様々な活動に参加しやすいような雰囲気づくりと、他利用者とのコミュニケーションが図りやすいような支援に留意している。また、職員間の情報共有のもとに、本人の生活習慣で馴染みのある物の持ち込み、趣味嗜好を取り入れながら、意向を再確認している。入所後に不安なく利用前の生活が継続できるように、チェックリストを活用し、居室内の備品の使用方法等は直接その場で説明・確認するなど、丁寧な対応に努めている。</p> <p>話し合いの機会を持ち、サービス終了後も安心できる環境を提供している</p> <p>施設として、「終の棲家」としての機能を果たせる体制づくりに取り組んでいる。利用者の状態の変化により介護の必要性が生じた場合などに、利用者・家族と話し合う機会を設け、そのまま暮らし続けるか他の生活の場を希望するかなど、その後の暮らし方を明確にする取り組みを行なっている。他施設への移行などサービス終了のケースは、ご本人の身体状況の変化に合わせて引継ぎ移行が円滑に望めるように、他施設相談員、医療相談室、ケアマネジャーなどの各専門職と話し合い、支援の継続についてなど慎重に対応できる体制がある。</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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画を利用者にわかりやすく説明し、同意を得ている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直ししている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	<input type="radio"/> 非該当

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

支援計画の作成、支援がアセスメント表を基に計画的に行なわれている
 マニュアル「計画作成の流れ」に従って計画担当相談員が中心となり、1年ごと個別に利用者の生活に関する課題やニーズを把握し、アセスメント(評価)を実施し、アセスメント表に記録している。そのアセスメント表を基に年間の支援計画書(泉寮施設支援計画書)を策定している。計画書に沿った支援に取り組み、6か月経過後にモニタリング(支援の実施状況確認)を実施し、モニタリング総括表に集約し、次回のアセスメント、計画の見直しに反映するしくみとなっている。

計画担当相談員が利用者に関き取りを実施し生活の課題やニーズの把握を行なっている
 入居者一人ひとりに対し、聞き取りを実施して生活の課題やニーズを把握し、支援計画書に反映するようにしている。また、関係職員によるカンファレンス、フロアミーティングの内容も併せて支援計画書に反映させているため、より生活感のある整合性のとれた計画となっている。職員による担当者会議(カンファレンス)では、利用者の状況、目標達成度や支援内容等を確認し、利用者の意向や心身の状態から見直しが必要かどうか検討している。状態変化があった場合は随時見直しを行なっている。

日常の変化を記録し把握、職員間の情報の共有化、関係者との連携を保っている
 職員間で朝の申し送りやその後のミーティングで各利用者の支援状況、日常生活上の変化等を確認している。内容は、ミーティング記録・業務日誌(泉寮日誌)・個別ケース記録に記載し、職員間の情報の共有化を図っている。さらに、介護保険の外部サービスを利用する入所者については、居宅サービス計画(ケアプラン)との連動を含め、施設相談員を通じて担当ケアマネジャーへ情報伝達し、ヘルパーや訪問看護師等の関係者との連携を図っている。

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(〇〇〇)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、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(〇〇)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリー5の講評		
法人の行動指針を遵守し個人情報保護とプライバシー保護に努めている 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。利用契約時には、個人情報保護方針・利用目的について説明し、利用者及び保証人から個人情報使用に関する同意を得ている。全室個室のプライベート空間が確保され、本人不在の居室に立ち入らないことを原則としている。個人の相談にも他の利用者に聞かれることのないよう配慮し相談室で行いプライバシー保護に努めている。		
組織一体となって自己決定の尊重と自由を保障した支援に取り組んでいる 法人の行動指針(自己決定の尊重と自由の保障)に基づき、支援の際は、その都度本人の意向を確認し取り組んでいる。高齢者虐待については関連する研修を毎年実施している。今年度は、高齢者虐待の定義と分類について整理し、ケース(心理的虐待など)についてディスカッションを実施した。職員一人ひとりが学びを活かせることを意識し、より利用者の思いを理解し、答えを深められるよう意識づけを図っている。現場で起きていることの予防・再発防止のために効果的な研修報告がなされている。要望・苦情に対してはヒアリングや振り返りを実施している。		
職員の価値観を押し付けない、利用者の考え・意向を尊重した支援に取り組んでいる 生活歴、生活習慣、価値観など様々であるため、利用者一人ひとりに対してヒアリングを行なったうえでアセスメントを実施している。一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援計画に沿った支援の際に、職員の価値観を押しつけるのではなく、利用者の考え・意向を尊重し(利用者が「ノー」といえる機会を設けている)利用者が自らの意思意欲が向上できるよう生活環境を整え、生き生きと暮らせるよう配慮している。		
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	
●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改変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
サブカテゴリ-6の講評		
<p>業務水準の保持のため分り易く・見やすく・使い易いマニュアル整備に取り組んでいる 職員のケアに対する共通理解と業務の標準化のため、泉寮マニュアルやクラブマニュアルを作成している。日々の業務の中での意見や思いを集約し、写真や文字の大きさ等を考慮し分かりやすく・見やすく・使いやすいマニュアルの整備に取り組んでいる。マニュアルにより共通理解が得られ、業務に無駄なく、効率的に行えるように現場の意見が生かされている。マニュアルはワーカールームに置かれ、常時閲覧でき、再確認できる。クラブマニュアル等は年度末に、業務手順については全体会議で話し合い、その場で決定したものをマニュアルに追加・修正をしている。</p> <p>業務工程表を見直し、職員相互の役割の明確化に取り組んでいる 「業務工程表」により、業務を振り返り、業務スケジュールの確認、業務分担の明確化に取り組んでいる。この取り組みにより計画担当相談員、居室担当などの業務・役割について、時系列でお互いの動きが確認でき明確化されている。職種間の動きを把握しながら、業務にあたることで効率的かつ効果的な利用者への対応となっている。業務見直しでは毎日のミーティング等で互いの意見や気づきを共有できるため、介護サービスとの連携が取りやすくなったと職員が評価しており、取り組みの成果が表れてきているといえる。</p> <p>会議や打ち合わせ、申し送りの見直しで問題に迅速に対応する職場環境づくりをしている 法人の全体研修の他、職員一人ひとりのスキルアップとサービスの質の向上に向けて様々な研修が計画され、実施されている。今年度も、時間の効率化、各職種が果たすべき役割、利用者に向き合う時間の確保などの課題解決に向けて、フロー会議やミーティングの実施、毎朝の申し送り方法の見直しなどの業務改善に取り組んでいる。毎日の申し送りやミーティングにおいて、話し合いが必要と思われる議題の提供を行ない、速やかに解決が必要な事項については、その場で迅速に対応できる職場環境の構築にも取り組んでいる。</p>		

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	35 / 35																		
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)</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> </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					
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																			
評価項目1の講評																					
<p>一人ひとりから聞き取りを行ない、意向を個別支援計画書に反映させている</p> <p>利用者の生活の課題やニーズの把握を行いアセスメント(評価)を実施し、アセスメント表を基にして利用者一人ひとりの年間の支援計画書(泉寮施設支援計画書)を策定している。支援計画書は介護保険サービスを利用している方の、居宅サービス計画(ケアプラン)の見直し時期と連動するように配慮されている。そこで外部サービスとの連携を図ることにより、課題を共有し、相乗効果が得られている。職員の利用者に対する関わり方にも変化が生まれ、利用者中心に気づきの共有化を意識して支援が行なえるようになっている。</p> <p>利用者の状態の変化に沿ったコミュニケーションの充実に努めている</p> <p>利用者の入所までの経緯はアセスメントを通じて面接表、個別サービス計画1ページに記載され、それらの情報を踏まえたコミュニケーションの工夫をしている。さらに、加齢や疾病に伴う心身状態の変化を生じることがあり個々のタイプに応じた声掛けが必要である。また、利用者の多くが精神的不安を抱えていることが多く、職員は声掛けから返事の声のトーンや表情から利用者の現状を把握し対応している。今後は認知症を持つ利用者の増加もあり、それぞれの特性に応じて適切な関わりが持てるよう職員間の情報共有と統一した関わり方について検討している。</p> <p>関係機関との連絡経路・窓口を明確化する取り組みにより連携が強化されている</p> <p>介護保険サービスを受ける利用者は増加している。外部サービスの需要が増し居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・訪問介護事業所等との対応が必要となっている。ミーティングや申し送り、外部サービス利用者の担当者会議へ参加し情報提供や共有化を図っている。外部サービス職員との連絡経路や連絡窓口を明確化し、職員と外部サービス職員の役割を再認識すると同時に、連絡窓口としての計画作成相談員を中心とした関係機関との連携強化に努めている。</p>																					
2	<p>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</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. 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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>2. 利用者の状態や嗜好に応じて献立を工夫している</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>3. 利用者が選択できる食事を提供している</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>5. 食事を楽しむ工夫をしている</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>	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	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

利用者の体調等を把握しながら、健康状態に応じた食事提供に配慮している

食事の提供は、年2回開催している栄養士による給食懇談会や利用者アンケート結果を踏まえて献立作成をしている。利用者の意向に沿えるように代替食の提供や食事形態の変更ができるようになっている。クリニック医師の指示により治療食を提供する時には、病状経過を観察し、状態の改善に努めている。一時的な体調不良者のための消化食も提供するなど、日々生活されている利用者の体調を把握しながら、食事提供がなされている。

利用者の身体状況に配慮して食事時間や環境を整えている

身体状況により、歩行状態が不安定な方、車椅子移動が必要な方には、座席の配慮をしながら居室から誘導するなど、利用者の状況に応じた環境を整えている。食事の時間はゆっくりと食べられるように約1時間を確保し、2時間以内であれば取り置きも可能としている。また、食堂における安全性への配慮と食事を自分で配膳することが困難になっている方への配慮がなされている。

季節を感じられる雰囲気を作り、楽しく食事を摂れるよう配慮している

利用者アンケートに「食事の献立に満足されていますか」との問いに半数以上が満足と答えている。季節の行事食(納涼会・敬老会・クリスマスランチ)などは献立がよく考えられている。心がこもっていて嬉しく、「今日は楽しみ」と思う日があるなど満足されている。また、食堂を季節ごとに利用者と一緒に飾りつけることで、食事内容だけでなく雰囲気も楽しめるように工夫している。

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. 入浴で直接介助が必要になった利用者には訪問介護員等の援助が受けられるよう支援の体制を整えている	○非該当
●あり ○なし	3. 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	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

プライバシー保護や利用者の状況に応じた入浴環境を整えている

各部屋にユニットバスを設置しプライバシーに配慮、曜日の制限もなく、決められた時間内であれば自由に入浴できる。身体機能が低下し自力入浴が困難な利用者、自力入浴は可能だが浴槽・居室等の清掃が困難な利用者も見られる。このような場合には、居宅介護支援事業所と連携し、介護サービスの利用支援も行なわれている。

身体状況に応じ安全に配慮した必要な入浴支援ができるよう対応している

身体状況の変化により一人での入浴が困難な利用者には、介護保険の申請手続きから利用に至るまで手配し、介護サービスの導入につなげている。福祉用具の購入やレンタルの活用や訪問介護を利用した入浴やデイサービスでの入浴を検討し、安全な入浴の機会を確保し、安心して入浴ができるよう支援している。計画担当相談員を中心としたケアマネジャーへの情報提供や話し合いにより、必要な支援が得られるようにしている。

利用者の意思や状況に合わせた入浴支援が行なわれている

入浴時間の案内が各居室に設置されている。原則として夕食前(18時)までとなっている。また、外出など利用者の都合により、入浴時間に入浴できない場合にも職員にコール等で連絡することで随時対応もできるようになっている。

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)
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. 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	3. 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	4. 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	5. 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>利用者が健康管理や介護予防等に主体的に取り組む体制を整えている 健康的な生活を送れるよう介護予防活動に参加でき個々の状態にあったサービスを提案し提供できる体制がある。介護予防のメニューを充実させ、介護予防に関する講演会を年3回開催している。また、クラブ活動として華道・絵画・ハンドベル・書道・麻雀・折り紙教室・手作りの会・絵手紙教室などを提供している。他にレクリエーション活動もあり、活動を通じ介護予防に取り組んでいる。利用者はいずれかの活動に参加できるようになっている。さらに、看護師、相談員、介護職員などが職能に応じた相談も受けられるよう体制を整えている。</p> <p>体調変化や急変時に速やかに対応できる体制がある 看護師を中心に配属医師や主治医へ状態報告し、指示が受けられるようになっている。受診が必要な状態の場合は家族に連絡し、付き添いをお願いしているが、状況によっては職員が受診同行し、速やかに対応している。また、外部サービスである訪問看護との情報交換により指示内容の確認に努めており、状態変化について経過観察できる体制がある。</p> <p>看護師を中心とした情報共有、医療連携体制を整備し支援に取り組んでいる 日頃から利用者の健康状態を看護職員が把握し、管理している。利用者の健康管理は年2回の健康診断、毎月の体重・血圧測定・年2回の体力測定などがある。その管理された情報を共有できるように「医療情報ファイル」にまとめている。服薬は自己管理を原則とし、服薬カレンダーや薬ケース等を利用しているが、自己管理が困難になった場合には、ワーカー室で保管し、配薬マニュアルに沿った管理を行っている。薬のセットは薬剤師に依頼し、薬カレンダーへの組み込みも依頼している。外部サービスとの連携も含め支援体制の充実に取り組んでいる。</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. 掃除や更衣など身の回りのことを自分で行うのが難しくなった利用者には外部サービスの利用ができるよう支援の体制を整えている		○非該当
●あり ○なし	3. 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	4. 利用者同士の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

利用者のこだわり、生活習慣、身体状況に応じたサービスを提供している

利用者の意思や加齢に伴う状態の変化などにより身の回りのことができない場合などには外部サービスを導入している。外部サービスの導入までの期間については、排泄、居室整理、洗濯など現状の様子から細やかな支援をする体制がとられている。また、外部サービス導入後も、サービス事業者との役割分担を明確にして、連携した対応がなされている。日常生活上の変化について職員間の情報提供により、早期に対応でき、利用者の自立支援に繋がっている。必要なサービスが必要な時に提供できるようになっている。

速やかに外部の必要なサービスが導入出来るように支援している

介護保険サービスなどの利用にあたり、必要な書式の提出や手続きについて事前に相談員を中心にケアマネジャーやサービス事業者と連携していることから情報提供できる仕組みがあり、利用者の意思を尊重し、利用者・家族の意向や要望に応じて行政機関への申請手続きの代行等も行ない、必要な外部サービスが速やかに導入できるように支援している。特に家族関係者との連絡が必要な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、家族の情報は不可欠である。

意見を傾聴し、利用者同士が生活しやすい関係づくりを支援している

利用者同士の関係を配慮し、居室移動の検討、職員による傾聴などにより、利用者同士の人間関係を良好に保てるような取り組みをしている。業務の見直し等により、職員が利用者とコミュニケーションが取れる時間が多くなったことで、利用者同士の人間関係に目を向けられ、「どう向き合えばいいのか」考えるようになり、その結果、現場の意見が反映できるようになり、利用者が気持ちよく生活できる環境の提供に繋がっている。また、利用者懇談会も年2回行ない、行事報告を中心に意見を傾聴している。

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

クラブ活動が充実し、興味が持てる活動を選択できる

事業計画立案の際に各種行事や活動の見直しを行ない、利用者のニーズを反映した各種活動(年間行事・各種クラブ活動・レクリエーション活動・外食会等)が設定されている。また、法人全体の行事に参加する機会も多くなっている。これらの活動を通じた作品展や活動は発表会、廊下等への作品の展示、「泉だより」や「泉寮通信」への作品の写真掲載など、利用者の得意分野を生かせる取り組みを行ない、役割や生きがいを見いだせるようなモチベーションの向上に繋がっている。

利用者のプライバシーが確保され、居室以外に自由な時間が持てる空間がある

各居室は個室で、個人のプライバシーが確保されている。食堂の座席は自由、外出・外泊も所定のルールのもとで自由になっている。各フロアには談話室や洗濯コーナーが設置され、喫煙者向けには喫煙コーナーも設置されているなど、さまざまな配慮がされている。ワーカースの並びには新聞や広報誌などが設置され、いつでも自由に読むことができる。また、給茶器によりいつでも自由にお茶も飲むことができる。このように、利用者が居室以外での環境でも、状況に応じて落ち着ける居場所が確保されている。

共有スペースの美化など、利用者も参画し社会性の確保等の取り組みがなされている

社会性の確保を目的に、年2回の大掃除や季節行事の飾りつけなど、職員と一緒に利用者も参加してそれぞれ役割を担ってもらいなど、身近な生活に密着した共同生活の中におけるコミュニケーションや社会性の維持に配慮した取り組みを行なっている。生活をしている場を大切にしようという利用者の気持ちから生まれた活動となっている。

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)
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	3. 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	4. 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	5. 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>家族に参加をお願いする行事案内や通信誌を通じて情報提供をしている 面会者の目につくように行事やイベント等の開催を掲示しているほか、家族に向けた通信誌(泉寮通信)を年2回発行し、泉寮での生活の様子、制度関連の内容など現状が分かるような情報提供をしている。利用者の半数近くが要支援及び要介護認定を受ける状況になっており、介護予防についても具体的説明を行なうなど、行事等の参加を通じて知っていただく機会を作っている。さらに、本人・家族(保証人)と相談員が面接を行ない、長期目標に関する確認等も実施されている。</p> <p>家族からの相談には内容に応じて専門職が対応している 家族からの相談や施設からの報告を含め、家族の訪問時に相談に応じている。プライバシーが確保されている居室や相談室、1階ロビーの活用など、落ち着いて話ができる環境が整備されている。今後の支援方針などについては家族の理解と協力が必要となるため、相談員のみならず介護職員、看護師等、職能に応じた相談に対応ができる体制がある。</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

地域に関する各種情報を利用者のニーズに合わせて提供できる体制がある

地域の情報提供については市報、社会資源マップなど書籍棚に設置しているため、自由に閲覧できる。また、利用者同士の交流による情報共有もあり、それぞれタイムリーかつリアリティーのある情報が得られている。さらに、不明なことがあれば、その都度、個別に職員がパソコンで検索して情報提供するなど利用者の希望に沿った情報提供がなされている。

地域の交流を通じて地域社会の一員となっている

クラブ活動は地域の方へ講師を依頼しているため、より身近に感じられて交流も円滑に行なえており、継続性がある。また、慰問、中学生ボランティア、職場体験、実習生の受け入れなども積極的に行ない、社会交流を図っている。その結果、今年度は、「いきいきサンデー」の行事である地域交流イベントにおいて、利用者と中学生が合同で合唱するなど、とても良い交流が行なわれている。準備段階から本番までの活動を通じて目的のある社会交流となり、充実感も得られている。

地域の社会資源を活用できるよう機会を設けている

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持って暮らしてほしいため、外食会の機会を設けている。また、利用者が自主的に地域にある公民館や福祉会館の各種講座に通うことも少なくないなど、自由な選択が可能である。利用者の多くが介護保険制度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、通所デイなどの介護保険サービスにつなげている。

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	より良いサービスを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とロッカー交換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	6-3-4	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
タイトル③	組織的な業務の見直しに取り組み、利用者支援内容の充実につなげている	
内容③	年度ごとに、職員が主体となって組織的な業務の見直しを行なっている。「業務工程表」を作成し、業務の振り返り、業務スケジュールの確認、業務分担の明確化、業務内容の改善につなげている。この取り組みにより、計画担当相談員、居室担当などの業務・役割について、時系列でお互いの動きが確認でき明確化された。職種間の動きを把握しながら、情報を共有し効率的かつ効果的な利用者への対応につながっている。業務上の問題点をミーティング等で共有することで、職員の認識が高まり、計画・実行・改善のプロセスの遂行が迅速になっている。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	計画に沿った支援内容の充実を図り、外部サービスとの連携を深め、相乗効果の向上に取り組んでいる
	内容	利用者の生活上の課題やニーズの把握を行ないアセスメント(評価)を実施し、アセスメント表を基にして年間の支援計画書(泉寮施設支援計画書)を作成している。支援計画書は外部の介護保険サービスを利用している方も増加し重度化していることから、居宅サービス計画(ケアプラン)の見直し時期が連動するよう配慮している。施設のサービスと外部サービスの連携が図れることで、介護予防を含めて課題を共有し相乗効果が得られている。施設職員の関わり方にも変化が生まれ、利用者中心に気づきの共有化を意識して行なえるようになっている。
2	タイトル	多様化する利用者ニーズに応えるべく、対人援助スキルの向上に積極的に取り組んでいる
	内容	利用者は精神疾患や認知症の有無にかかわらず、様々なニーズを抱えていることが多い。そのため支援活動は多岐にわたり、より専門的な知識・技術の習得や接遇における心理的な側面からの支援が不可欠となっている。これらの多様化する利用者ニーズに応えるために、年3回、専門家の外部講師によるソーシャルワーク研修を取り入れ、対人援助スキル、専門家としての姿や対人援助スキルの理解を深める取り組みや事例検討など、利用者の精神症状に応じた対応のスキルアップに取り組んでいる。
3	タイトル	同一法人内の施設サービス事業と連携した組織運営によりサービスの充実に取り組んでいる
	内容	サービスの充実と効率的な運営のため、法人内の養護老人ホームとの連携を図っている。運営面では、安全衛生面改善に関する取り組み(ヒヤリハットの共有や部門間の巡視)や介護記録システムに関する課題を整理しシステム変更に向けた検討、また、サービスの提供については、行事やクラブ活動で部門間で参加の呼びかけを行なうなど、ともに楽しむことができるようにしている。日常のサービス提供については、さらに連携の強化に取り組んでいる。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	アセスメントの充実や多様なニーズに対応できる専門的な能力向上への取り組みの継続に期待したい
	内容	業務手順の改善や計画担当相談員と居室担当者の業務を明確にし、計画担当相談員が中心となり利用者の生活の課題やニーズの把握・アセスメント(評価)を行ない、年間の支援計画書を策定している。ホームの利用者の現状から支援活動は多岐にわたり、より専門的な知識・技術の習得や接遇における心理的な側面からの支援が不可欠となっている。今後も継続して、さらなる専門的な能力向上に取り組むことを継続に期待したい。併せて、在宅サービス事業所及び各施設との連携・協力など、強みである総合力を活用した取り組みの充実に期待したい。
2	タイトル	地域社会の一員として活動できるための情報提供の工夫や役割の提案などの取り組みの充実に期待したい
	内容	「社会生活の持続支援」を掲げ、継続課題として、地域社会資源を個々の利用者が選択して利用できるような情報提供、さらに、共用部の美化など利用者の自発的な取り組みを尊重してさまざまな役割を担ってもらうことなど、身近な生活の中での社会生活の持続に資するような支援に取り組んでいる。利用者同士に協力の思いがあり、共同で生活している場を大切にしようという気持ちから生まれた自主的な活動など、今後も利用者の社会性の維持、地域社会の一員として活動できるための情報提供の工夫や役割の提案などの取り組みの充実に期待したい。
3	タイトル	心身機能の低下による転倒などの事故予防・再発防止に向けた対策の強化の取り組みが期待される
	内容	利用者の安全確保について、年2回の危険予知研修なども実施し、職員の危機管理能力を高める取り組みも行なっているが、利用者の高齢化などに伴う心身機能の低下による転倒などの事故予防の取り組みが課題となっている。利用者への働きかけも、自立心や意向により現実に必要な対策が相対する場面も多く、利用者への繰り返しの説明やヒヤリハット事例の活用なども確認されている。外部サービスとの連携・協力を含め、事故予防・再発防止に向けた対策の強化の取り組みに期待したい。