

福祉サービス第三者評価結果報告書【令和5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	入手 千尋	福祉	H2201039
	②	横山 信子	福祉	H1302002
	③	稗田 吉勝	経営	H0902015
	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	養護老人ホーム東京老人ホーム			
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	原子 正男			
契約日	2023 年 7 月 1 日			
利用者調査票配付日(実施日)	2023 年 7 月 21 日			
利用者調査結果報告日	2023 年 10 月 25 日			
自己評価の調査票配付日	2023 年 7 月 21 日			
自己評価結果報告日	2023 年 10 月 25 日			
訪問調査日	2023 年 11 月 7 日			
評価合議日	2023 年 11 月 25 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、利用者調査と職員調査は郵送によるアンケート方式を採り、評価機関が直接回収して、秘匿性を担保した。アンケートのデータは各設問の回答を数量化し、比較分析、グラフ化してわかりやすいアンケート集計報告に努めた。一方、利用者調査報告は前回との比較、東京都平均との比較、属性集計などで当事業所の特徴を表示した。			

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。

年 月 日

事業者代表者氏名

印

1	<p><b>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</b></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><b>期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）</b></p> <p>（1）職員に求めている人材像や役割</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・福祉に対して情熱を持ち続けることができること。</li> <li>・他者の苦しみや痛みに対して共感できること。</li> <li>・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。</li> </ul> <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"> <li>・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。</li> <li>・組織力向上のための協力意識を持つこと。</li> <li>・様々な変化に対して肯定的に捉えて行動を起こせること。</li> </ul>

調査対象	調査対象の利用者数は46名。利用者の状況は男性12名、女性34名である。平均年齢は81歳（男性77.6歳、女性82.2歳）。平均要介護度は1.5（男性1、女性1.6） 平均利用期間は16年7ヶ月。車椅子利用者は1名。排泄介助を要する人は3名。
調査方法	利用者全員にアンケート用紙を配布し、回答用紙は匿名性を保持するため返信用封筒に入れ直接評価機関が郵送により回収した。回収件数は34件であった。

利用者総数 46

	アンケート	聞き取り	計
共通評価項目による調査対象者数	46		46
共通評価項目による調査の有効回答者数	34		34
利用者総数に対する回答者割合 (%)	73.9	0.0	73.9

**利用者調査全体のコメント**

利用者アンケートの結果は全般的には良い評価が多かった。中でも、問9の「あなたがけがをしたり、体調が悪くなった時の、職員の対応は信頼できますか」が最も評価が高く、問3の「あなたが施設の生活で楽しみにしている行事や活動(クラブやサークル等)がありますか」が最も評価が低かった。また同時に行った施設に対する満足度調査の結果は「大変満足」4名、「満足」16名、「どちらともいえない」6名、「不満」1名、「大変不満」0名、「無回答」7名であった。

**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	16	12	5	1
この設問に対し利用者の意見は特になかった。				
2. 入浴時間は個人の状況に応じた設定になっているか	27	5	1	1
この設問に対し利用者の意見は特になかった。				
3. 施設に、楽しいな行事や活動があるか	16	3	10	5
「カラオケ、折り紙。」という意見があった。				
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	21	9	2	2
この設問に対し利用者の意見は特になかった。				
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	24	7	1	2
この設問に対し利用者の意見は特になかった。				

6. 健康維持・介護予防に向けての相談をしやすいか	26	6	2	0
この設問に対し利用者の意見は特になかった。				
7. 施設内の清掃、整理整頓は行き届いているか	25	7	1	1
この設問に対し利用者の意見は特になかった。				
8. 職員の接遇・態度は適切か	25	5	2	2
この設問に対し利用者の意見は特になかった。				
9. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	27	5	1	1
「私はまだ働ける体です。お手伝いしたいです。」という意見があった。				
10. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	13	10	1	10
「そのようなシチュエーションに多さ垂れたことがないのでわかりません。」という意見があった。				
11. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	22	5	1	6
この設問に対し利用者の意見は特になかった。				
12. 利用者のプライバシーは守られているか	22	5	1	6
「そうであってほしいと思います。」という意見があった。				

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	19	7	1	7
この設問に対し利用者の意見は特になかった。				
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	17	9	1	7
この設問に対し利用者の意見は特になかった。				
15. 利用者の不満や要望は対応されているか	17	8	1	8
「不満を言ったことがないので分かりません。」「決まりを一方的に伝えるのではなく、改善余地がありそうな時は考えてほしい。」などという意見があった。				
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	17	7	1	9
「分かりません。」「今までそのような状況になったことがないので”非該当”にしました。」などという意見があった。				

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 <span style="float:right">評点(〇〇)</span>	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <span style="float:right"><input type="radio"/>非該当</span>
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <span style="float:right"><input type="radio"/>非該当</span>
	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 <span style="float:right">評点(〇〇)</span>	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <span style="float:right"><input type="radio"/>非該当</span>
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <span style="float:right"><input type="radio"/>非該当</span>
	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 <span style="float:right">評点(〇〇〇)</span>	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <span style="float:right"><input type="radio"/>非該当</span>
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <span style="float:right"><input type="radio"/>非該当</span>
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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く <span style="float:right"><input type="radio"/>非該当</span>
	カテゴリ1の講評	
	統合的な理念ミッションステートメントは法人の使命と行動として浸透させている 軽費老人ホームなど多施設を有する法人の一翼として、当事業所は法人全体で統一された理念や行動指針を明示し、職員や利用者によく周知している。施設内の階を分けていても、敷地や建物は同一であり、理念は一体的に運用されている。年次の事業計画書には理念が反映され、年1回の職員全体研修では理念に関する説明とディスカッションが行われている。法人理念の根幹となるミッションステートメントは行動指針とともに施設内に掲示され、様々な機会を通じて職員や利用者に向けて積極的に発信され、理解を深めている。	
	経営層は会議や職員との面談を通じてリーダーシップと具体的な実践を発揮している 経営層は法人の理念・行動指針に基づき、役割と責任を明確に自覚し、強力なリーダーシップを発揮している。組織図や役割分担表を通じて役割と責任を明確にし、法人の理念を具現化するために経営会議や統括長会議、管理者会議などで審議を行っている。施設長は月1回の運営会議で決定した方針を職員に説明し、個人面談や職員会議を通じて理解を深めている。経営層は日常の会話や率先垂範を通じて、理念の浸透に取り組んでいる。事業所では全体研修や階層別研修において理念に関連するテーマを設定し、職員に浸透するように努めている。	
	組織の一体感醸成のため、透明性ある意思決定と情報の周知徹底につとめている 経営層は法人の重要な案件について透明性を重視し、明確な手順で意思決定し、内外の関係者に周知している。月2回の経営会議や総括長会議・管理者会議で検討された案件は、施設長を通じて主任会議・職員会議で説明され、電子会議室を活用して職員へも周知が行われている。同時に、利用者には様々な手段で情報が提供されており、利用者懇談会や行事、日常の会話などを通じて理解を深めている。この透明性ある情報伝達体制により、職員や利用者は事業所の進捗や方針について適切に把握し、組織全体が一体となって行動する基盤が築かれている。	

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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 事業所の経営状況を把握・検討している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
カテゴリ-2の講評		
<p>多角的な情報収集によって事業所の課題解決と事業計画に活かしている</p> <p>事業所は多様な手段で取り巻く環境を把握し、課題を抽出している。第三者評価では利用者の要望を収集し、運営会議・職員会議では職員の意向を取得している。市の社会福祉法人連絡会や審議会への参加により福祉事業全体の情報も入手している。これらの情報は管理者会議・統括長会議・施設の主任会議などで検討され、事業計画のベースとなっており、委員会やプロジェクトの活動にも連携し、事業所の発展に寄与している。また、部署内においても、事業計画ダイジェスト版などを職員に配布し、経営状況について職員と共有し課題対応に役立っている。</p> <p>理念実現のための中・長期計画と単年度計画で統合的な計画を立てている</p> <p>事業所は理念実現に向け、中・長期計画と単年度計画を整合性をもって策定している。中・長期計画は10年の中で具体的な目標を体制・人事・職員待遇・財務・建物・設備・IT化・建替えの8項目にわたり、施設の100周年に向けたビジョンを掲げている。この中・長期計画を基に、職員の意向や要望を取り入れながら単年度事業計画を策定し、予算編成と実施に取り組んでいる。建替えも視野に入れつつ、組織全体で統合的な計画体系を構築し、理念の実現を追求しており、またその計画を予算化することでより具体的なものとしている。</p> <p>年度事業計画の推進と職員目標の連動することにより目標実現への道筋を立てている</p> <p>事業所は年度の事業計画を具現化し、法人全体としてはデスクネットや法人内SNSを活用して目標や進捗を明示している。週間ミーティングや主任会議で職員にも伝達され、個人目標に落とし込まれている。月次報告会や上下期報告会では進捗状況が確認され、必要に応じて柔軟な調整が行われており、特にコロナ感染対策での見直しや中止事項にも柔軟かつ迅速に対応し、法人内の協力と連携が強調された。これらの取り組みは法人の理念実現に向けた組織全体の協力体制と、計画策定から実施までの一貫性を示しており、今後も継続的な活動が期待される。</p>		



3 カテゴリー3		
3 経営における社会的責任		
サブカテゴリー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		サブカテゴリー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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリー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		サブカテゴリー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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリー3(3-3)		
地域の福祉に役立つ取り組みを行っている		サブカテゴリー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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

カテゴリー3の講評

**コンプライアンス教育の充実により職員の法規周知と実践が深まることが期待される**

法人は福祉に携わる職員に対し、法・規範・倫理などの教育を充実させ、コンプライアンスの理解と遵守を徹底している。研修は主に理念や行動指針、運営方針に基づき、新入職員には年に3回の研修を実施。階層別研修や全体研修でも定期的にミッションステートメントを取り上げ、職員に周知している。今年度も職員が研修計画や講師を担当し、研修への積極的な参加と理解の深化に取り組んでいる。内部研修の充実、コンプライアンスへの認識向上と法令順守の一貫性を確立することにつながり、今後も継続的な努力が期待される。

**積極的な苦情解決と虐待防止の実践により利用者満足と安全の保証を実現したい**

事業所は利用者との信頼関係を築くため、契約時に苦情解決制度を明確に説明し、第三者委員制度や意見箱の対応を徹底している。苦情相談窓口や担当者の情報は可視化され、意見箱を通じた双方向のコミュニケーションが奨励されている。利用者の声を集約するため、利用者懇談会やモニタリングを通じて積極的に意見・要望を把握し、サービスの改善につなげている。また、事業所は利用者の権利擁護と虐待防止に焦点を当て、職員は入所時に制度について説明を受け、権利を守る仕組みが整備されている。虐待防止マニュアルも整備され、共有されている。

**地域共生の担い手として 福祉の専門性を生かした交流と情報提供を実践している**

事業所は福祉の専門性を活かし、高齢者福祉視点から近隣小学校の避難所運営協議会や社会福祉法人連絡会に積極的に参加している。また、地域公益活動や人材確保・広報活動に協力し、ホームページや季刊誌での情報公開を通じて運営透明性を高めている。地域の子ども食堂の運営支援やコロナ禍における柔軟な協働など、地域ニーズに柔軟に対応。感染収束後の準備も進め、地域行事や交流イベントでの連携を強化している。昨年より「片付け支援事業」を開始し、地域の高齢者の溜め込み症や孤立に対応すべく地域包括センターと連携して活動している。

4 カテゴリー4		
リスクマネジメント		
サブカテゴリー1(4-1)		
リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる		サブカテゴリー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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリー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		サブカテゴリー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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
カテゴリー4の講評		
<p><b>法人全体でリスクマネジメントに計画的に取り組んだ</b></p> <p>事業所単体ではなく、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。「安全衛生」「防災」「感染症対策」など各委員会でリスクを洗い出し、優先順位を付けて対策を講じている。特に経営を脅かすリスクには最優先で対応し、職員には危険予知の研修を実施して危機管理能力を向上させている。事故や感染症発生時には迅速に対応し、必要に応じてマニュアルを見直した。また、部署内で陽性者発生の初動シミュレーションを行いゾーニングの確認感染対応の手順等活発な意見交換を行った。これらの対策により職員や利用者の安全確保に取り組んだ。</p> <p><b>機密性保持と事業継続計画の確実な実践に取り組んでいる</b></p> <p>事業所では、機密性の高い情報に対する厳格な管理が行われている。文書情報には管理規定が設けられ、施設長がこれを管理し、使用しない際は書庫に施錠保管されている。PC情報にはパスワードによる閲覧制限があり、アクセス手順が確立されている。同時に、災害や深刻な事故に備え、事業継続計画(BCP)が策定され、関係者に徹底的に周知されている。職員は具体的な復興計画を検討し、災害訓練では火災・地震・水害を含む多様なシナリオが想定されている。地震に対する訓練も実施され、職員への周知と訓練と意識啓発が継続されることが期待される。</p> <p><b>個人情報については厳格且つ適正に管理されている</b></p> <p>個人情報の適切な管理が行われている。個人情報の目的外利用については都度利用者の同意を取得し、写真や入院情報など個人情報を厳重に保護・管理している。ホームページでも個人情報保護方針を掲示している。全職員に守秘義務を周知徹底し、採用時に誓約書の提出を義務づけている。実習生やボランティアにも同様に守秘義務を説明している。PC管理システムと書類には厳格な管理対策を実施しており、職員にはPCへのアクセス制限や書類整理や保管など文書管理に関しても、個人情報保護規程と同様に文書管理規定を整備している。</p>		

5 カテゴリー5		
職員と組織の能力向上		
サブカテゴリー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		サブカテゴリー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
サブカテゴリー2(5-2)		
組織力の向上に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 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	
<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

#### カテゴリー5の講評

##### 法人の人材マネジメント部門が将来を見据えた人材育成と採用を担当している

人材については法人の人材マネジメント部門が担当している。面接を中心に資格、経験、人間性、将来性をバランスよく考慮し、優れた新卒者を毎年確保すべく尽力している。新人研修やエルダー制度で理念浸透と専門性向上に注力している。人事評価制度を活用し、将来性のある職員を発掘し、異動や登用を実施し、個別面談では目標面接シートを用い、詳細なプロセスと成果を確認している。人材マネジメント部門では、求める人物像と将来のビジョンに沿った人材を見極め、事業所の発展に貢献する人材を育て上げることに焦点を当てて取り組んでいる。

##### 職員個別面接に基づく明確なキャリアパスと育成体制がある

職員の役割を具体的に定義し、個人面接を通じてキャリアパスを説明し、目標面接シートやチャレンジフィードバックシート等で個人のチャレンジ精神や意向を把握している。さらに、適性を考慮し、未来の方向性を示す人材育成計画を策定、成果を確認し柔軟な見直しを実施している。職員研修においては、主任・リーダーから一般職層まで幅広い層が研修企画・実施に参加し、組織力向上に貢献している。明確な職員像や業務分担表をもとに行う面接は、成果や問題点を客観的に捉え、職員と経営層の信頼関係を深化させるものとなっている。

##### ワークライフバランスを重視した働きやすい職場づくりができています

東京都から「TOKYO働きやすい福祉の職場宣言」認定を受け、ワークライフバランスに配慮した施策を展開している。職員の年3回の人事評価や目標管理シートを通じて個別の評価を実施し育成計画・賞与に反映している。また職員の精神面ケアにはストレスチェックと相談を実施している。さらに、年次有給休暇の取得を促進し、施設内医療体制の整備やサークル活動支援、カフェ&バーの提供など、職員交流の場にも配慮している。法人・事業所は、職員のバランスのとれた働き方を重視し、職員の意欲向上と職場環境の向上に努めている。

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)

【課題を抽出した理由】

新型コロナウイルス感染症において福祉施設は集団感染のリスク、罹患した利用者の重症化リスク、職員が罹患することによる業務の停止、感染が拡大することによる経済的損失等複合的なリスクがある。これらの損失に対して最小限に留め、業務を継続することは事業運営において重要であるため。

【課題目標】

事業継続を念頭に置いた感染症対策の構築

【取り組み】

机上での議論に留めるのではなく、実際に陽性者が発生したことを想定して部署内で初動シミュレーションを行いゾーニングの確認感染対応の手順等活発な意見交換を行った。あわせて、職員が複数感染した場合に備えた業務の取捨選択の検討も行った。

【取り組みの結果】

初動訓練をもとにしてゾーニングマップの作製、初動手順をマニュアル化した。事業継続を念頭においた業務の組み立てを行った。

<p>目標の設定と取り組み</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><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</li> <li><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</li> <li><input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった</li> </ul>
<p>取り組みの検証</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><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</li> <li><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)</li> <li><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</li> </ul>
<p>検証結果の反映</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><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</li> <li><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</li> <li><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</li> </ul>

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

作成した手引書・マニュアル等を使用した訓練を行い内容をアップロードし、より実用性を高める必要がある。そのため今年度においては、作成した手引書・マニュアル等を活用した研修を行っていく。

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)

【課題を抽出した理由】

養護老人ホームではこれまで、統合失調症や躁鬱病、不安神経症を有する利用者への対応については継続的に学んできた。ただ、高齢化による認知症ケアの課題や高次脳機能障害、知的障害、発達障害、軽度認知症等への対応については社会的に求められている事以上に、職員があらゆることに対応できるようスキルの強化を図っていきたい。

【課題目標】

ソーシャルワーク機能の強化

【取り組み】

精神科医師に助言を受けながら、職員が主体となって現場の課題を鑑み認知症やその他精神疾患について研修を企画・実施した。

【取り組みの結果】

認知症のメカニズムや診断方法、実際の事例に対する対応方法の検討等具体的な支援に結び付けられる研修が実施できた。

目標の設定と 取り組み	<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
取り組みの検証	<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
検証結果の反映	<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

今後も現場の課題(将来課題となりうること)を取り上げて研修を企画・実施し、職員のそして事業所の支援力の向上を図っていきたい。今年度も研修計画に位置づけている。

## Ⅱ サービス提供のプロセス項目 (カテゴリー6-1～3、6-5～6)

No.	共通評価項目		
サブカテゴリー1			
1	サービス情報の提供	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	4/4
評価項目1 利用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		
<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	
サブカテゴリー1の講評			
<p>ホームページとパンフレット、機関誌など入所検討者や行政機関に情報を提供している</p> <p>ホームページ及びパンフレットやPR紙が作成されており、入所検討中の人や措置を検討している行政機関がいつでも閲覧したり必要な人に情報を実際に手渡していくことができるような仕組みが作られている。画像を使って施設内の様子や生活状況を紹介している他、入所の対象となる人や収入・生活状況等の要件がわかるようになっている。その他事業所が発行している季刊の「いきいきまーち」で施設の現在の様子や周年行事などを知らせているが、ホームページも併せ時代の変化と共に発信力が弱くなり施設は他の媒体についての検討を始めている。</p> <p>行政機関との連携を取り、多くの自治体へ空室状況等を知らせるなどの努力がある</p> <p>養護老人ホームは新規入所に際して行政機関からの措置という条件があるため、入所を検討する人にそもそも認知されていない面がある。一方で運営に際して市区町村の一般財源化が実施されて以降、行政機関は対象となる人を介護施設へ入所させる対応が増えている関係で、施設側に空室があっても入所につながらない状況がある。時代による変化があっても養護老人ホームの社会的意義を鑑み、施設では委託を受けた自治体以外にも広く情報提供を行い、さまざまな理由で在宅生活が困難になっている人の受け入れについていろいろな角度から努力している。</p> <p>新規利用検討者の要望に対して随時個別の見学に対応している</p> <p>在宅生活が困難になっている人の養護老人ホーム認知度が低いだけでなく、これまで在宅生活で過ごしてきた入所検討者の多くは施設の集団生活への移行はためらいや不安があることがほとんどである。措置する側の行政機関の職員にも同行してもらいながら、施設見学には随時個別に応じている。見学前には戸惑いや否定的な感情があっても、見学に来て施設内の雰囲気を感じたり職員の対応を実際に目にする事で入所を希望することが多い。見学が良い時間になるよう職員はまず利用検討者が安心できるような対応を行っている。</p>			



サブカテゴリ-2		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	7/7
2	サービスの開始・終了時の対応		
評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、理解を得ている		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 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(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
サブカテゴリ-2の講評			
<p>入所面接表等と入所後の実際の生活状況を把握し個別支援計画を立案している</p> <p>入所面接では新規入所者のADL状況や趣味、外出状況、施設の居室に持ち込む家具等の記載があり、それらは記録ソフトにより職員が閲覧できる仕組みがある。ベッド等の他、部屋に入る大きさのものであれば持ち込むことができ、仏壇や神棚などを居室に入れる人もいる。入所後一定期間は職員が新規利用者と関係を密にしなが、その人の実際の生活の様子、性格や認知特性、ライフプランや意向を観察・把握し入所面接の情報をさらに細かく理解できるようにしている。こうして情報のブラッシュアップを経て施設としての個別支援計画を立案する流れがある。</p> <p>入所時の「入所のしおり」配布だけでなく一定期間、職員の居室の訪問でも説明している</p> <p>施設ではあるが措置入所の場合であるため、施設と利用者間には契約関係はないが入居者の共同生活のためルールが必要となってくる。「入所のしおり」には1日のスケジュールや食事時間、入浴等の利用頻度や時間・順番、洗濯機の使用時間や定期的なシーツ交換、喫煙場所等や施設内の行事など細々とした内容からなる。これらを一度に伝えるのではなく機会を捉えて職員から説明を受けたり、初回は機器の使用方法を教わるなど時間をかけて伝えていく仕組みがある。また新規入居者には朝晩に職員が居室を訪問してコミュニケーションを取る配慮がされている。</p> <p>関係機関情報を得るだけでなく本人からも中長期的な希望・意向を聞き取る仕組みがある</p> <p>行政機関からの情報だけでなく、在宅時の支援者等と連携を取り必要な情報を提供してもらっているが、認知機能状況や精神疾患の情報が曖昧、またはない場合があり、入所して職員が目や手が実際の生活に入ることになって初めて症状や兆候が指摘され医療機関や介護認定及び介護サービスにつながるが増えている。そんな中でも利用者自身が今後の生活をどう考えているか職員と話し合いながら「マイノート」で捉える施設独自の仕組みがあり、趣味や好きな言葉や音楽から延命治療に関する意向、死後の事務等の取扱いについて希望を記載することができる。</p>			

サブカテゴリ-3		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	11/11
3	個別状況に応じた計画策定・記録		
<b>評価項目1</b> 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		<b>評点(〇〇〇)</b>	
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
<b>評価項目2</b> 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		<b>評点(〇〇〇〇)</b>	
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
<b>評価項目3</b> 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している		<b>評点(〇〇)</b>	
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
<b>評価項目4</b> 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		<b>評点(〇〇)</b>	
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			
<b>丁寧な観察に基づく生活の記録が記録ソフトに入力され、職員間で情報共有している</b> 令和元年より記録ソフトを使用しており、日々の生活の様子はケース記録に入力されている。記録には利用者の健康状態や行動、気持ちの変化などが記載され、アセスメント表に反映される仕組みがある。記録システムと利用者の実情とが合わず、排泄・服薬等の記録情報の検索が難しかった昨年度の事項は、情報タイトルに特定のタグをつける工夫で一定の解消がされている。利用者が年齢を重ねることに少しずつ身の回りのことができなくなるが、それらに関しても日々の記録やマイノート等の情報を参照し利用者の意向を踏まえ援助の調整が行われている。			
<b>口頭伝達とICTとを上手に併用しながら、職員間の情報伝達・共有を行っている</b> 日直を中心とした朝夕のミーティングでは口頭伝達、その他は記録ソフトを利用した情報集約・管理を利用し利用者の情報を伝達している。情報の伝達に際して、ICTは施設外事業者のサービス等を含めた情報一元管理や、若い職員にとっては記録ソフトやアプリケーションを主なコミュニケーション・発言の場としやすいなどの良さがある一方で、内容の深刻度や記載者の求めていることを明確に伝える必要があること、迅速に職員の意思統一を図る必要がある場合は口頭伝達の方に良さがあり、それらをうまく併用しながら職員は毎日の業務を行っている。			
<b>支援計画更新時期以外でも利用者の状況の変化に柔軟に対応できる仕組みがある</b> 利用者の支援は生活支援・精神状態・相談事項・買い物と外出・金銭管理だけでなく、身体介護や家事援助についてもケアチェック表にて記録しているため、できることとそうでなくなってきたことの推移は常時把握できる。リスク管理として施設にとっては重要でも利用者の自立や生活への意欲に大きく関わる内容(金銭管理等)については利用者が関わる部分を残し段階を踏み慎重に支援している。身体・認知状況等に応じて生活支援や身体介護が必要となった際は介護保険サービスを利用し、ケアマネジャーと連携して利用者に関わる仕組みがある。			

サブカテゴリ-5		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	5/5
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重		
評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している		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、利用者の同意を得ようとしている	<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-5の講評			
<p>入所に至った事情を踏まえ、利用者の個人情報保護には十二分に注意を払っている</p> <p>以前は養護の対象となるのは生活困窮や精神疾患であったが、近年は認知症や知的障害、家族親族からの虐待と、利用者の背景が多様化している。特に虐待では子が後に利用者となる親の年金を頼りに生活した末、加害行為に至ることや、子がアルコールに依存し暴力を振るうなど徐々に増えている。暴力だけでなく経済的搾取をも防ぐため事業所では定期的に行政機関に住民台帳の閲覧制限を求めている。共同生活のため利用者間での個人情報漏洩トラブルも生じやすく職員は法人の「個人情報に関する基本指針」に沿って適宜利用者に粘り強く説明を行っている。</p> <p>ソフト・ハード両面で高いプライバシー意識があり利用者の自立意欲を保てる工夫がある</p> <p>居室は全てポスト、シャワー、トイレを備え、施錠可能であり外出の際には施錠するよう利用者に求めている。また他の利用者の居室への立ち入りも原則禁止である。事業所に届いた郵便物等は直接手渡している。職員が訪室する場合はノックの他、聞こえにくい場合はコール利用等を用いるなどの工夫がある。少し込み入った話が行われる場合は職員が訪室するか、相談室を利用するなど周囲の状況への配慮を必ず行っている。人的にも物的にもプライバシーを守る環境がある一方で、利用者の中には集団生活に対し意識が希薄な人もおり、職員が対応している。</p> <p>高齢でも自立した成人であることを前提に、職員は最大限人権を守るように支援している</p> <p>生活様式や価値観が違っていても共同生活が円滑に行えるよう、また利用者の高齢化に伴って自分ひとりで行えることが少しずつ減っていく状況であっても自立への意欲を失わないように関わる配慮が見られる。例えば金銭管理は特に高齢者の共同生活においてトラブルになりやすく早期からの支援項目になり得るが、事業所では金銭管理は最後まで高齢者が守りたい生活行為のひとつと捉え、職員の銀行への同行・手続きサポートや入居者に依頼票を書いてもらい職員が手続きを代行するなど、利用者が管理を簡単に手放さないでよいように工夫している。</p>			

サブカテゴリ-6		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	5/5
6 事業所業務の標準化			
評価項目1 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
<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変更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><b>業務や感染症、災害時対応についてそれぞれ詳細なマニュアルがあり訓練が行われている</b>  通常業務だけでなく行事等についてもマニュアルや手順書が準備されており、必要時に職員が確認・活用できる環境がある。また通常業務の中に介護保険の利用導入や収入申告方法など、多様化する利用者の生活支援に対応するよう改訂・共有がなされている。新型コロナウイルス感染症以降は感染症に関してマニュアル作成だけでなく訓練を行い検討を重ねるなど具体的な動きを見据えている。これらのマニュアル類は職員会議において適宜変更の提案や検討が行われている。また、近年入職した職員の経験を元に新入職員向けマニュアルが大幅刷新されている。</p> <p><b>年に3回のソーシャルワーク研修が開催され職員が改めて福祉を考えるための環境がある</b>  事業所では職員のための研修が年間を通して多く開催され、中でも外部から講師を招いて開催されるソーシャルワーク研修・スーパーバイズは特筆に値する。利用者の多様化や新型コロナウイルス感染症以降の新しい生活様式の導入に伴い、これまで以上に対応・支援すべき幅が広がり、その際何を考え優先順位をつけるかを判断することが難しい面がある時ソーシャルワーク研修があることで利用者との関係性の見直しや対応方法の学び直しなど大きな意味を持っている。また職員が同じ内容を学ぶことで共通言語や共通の視点ができ業務が円滑に行える一助にもなっている。</p> <p><b>入所検討者を迅速に受け入れるため、受け入れ基準について見直しを行っている</b>  養護老人ホームはセーフティネットとしての役割があり、近年増加しつつある虐待やDVなどにより早急に入所が必要な場合に対して、従来の入所可否決定の仕組みでは可否決定までにかかる時間の面に対応困難な状況にあったが、緊急受け入れ体制を整え電話相談時に暫定的なアセスメントを行うことにより、緊急入所に対応できる仕組みに刷新されている。それにより最速で即日入所が可能になっている。時代によって必要とされる内容やスピードが変わっても、事業所は仕組みを工夫することで養護の役割を果たし続けようとしていると言える。</p>			

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ6-4)

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 / 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>その人らしさに注目し個々の利用者の生活支援を大事にしたケアプランを作成している</p> <p>事業所の基本方針の一つとして、「利用者の立場に立った生活支援を行う」とある。利用者の平均年齢は81歳、平均要介護度は1、5である。約半数近くの利用者が要介護認定を受けており、高齢化と共に認知症や精神疾患を有する利用者も多く、個々の利用者の生活課題が複雑化している現状である。個別サービス計画書(以後ケアプランとする)は計画作成担当者と居室担当職員を中心に作成しており、利用者の心身の変化について日々情報共有に努め、支援検討を行い計画に反映するなど、利用者個々のその人らしさを大事にした支援に力を入れている。</p> <p>利用者への傾聴を心掛け認知症や精神疾患への対応について定期的な研修を開催している</p> <p>利用者がいつでも看護師や支援員に相談出来るよう心掛けており、利用者調査に於いて「職員は日頃から話しかけてくれますか」との設問には86パーセントの評点を得ている。コミュニケーション方法として基本的には低い声でゆっくりハキハキと話すようにし、本人が普段使っている言葉を遣うようにしている。認知症や精神疾患を持つ利用者が多く在籍しており、精神科医の訪問診療時には対応方法について助言を受け、年3回、福祉の専門家によるスーパーバイズを対面で受けており、利用者個々への関わり方について対応力を深めている。</p> <p>介護保険利用者が増加傾向にあり必要時、生活指導員を中心に介護保険申請を行っている</p> <p>利用者の生活の変化について職員間で日々の申し送り、記録ソフトの活用によるケース記録の閲覧、コロナ禍より開始している電子会議などにより情報共有を充実させている。養護老人ホームは基本的に「身の回りの事がおおむねご自身で出来る事」を入所基準としているものの、介護保険利用者が増加傾向にある。評価訪問時資料によると要介護5、要介護3、要介護2、要介護1、要支援など合計17名の利用がある。必要に応じて生活相談員を中心に介護保険申請を行っており、デイサービス利用、ヘルパー派遣による居室清掃、朝夕の更衣支援等がある。</p>		

2 評価項目2		評点(〇〇〇〇)
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

**嚥下や咀嚼に問題がある時には歯科医師の助言を受け管理栄養士が調整している**  
 新型コロナ感染状況は5類対応となっているが、食堂利用時間はコロナ感染拡大時期と同じく二部制としている。利用者は二部制に慣れており特に変更への要望はない。食事摂取は自立の利用者が多く、職員は見守りを中心とした支援を行っている。利用者の必要によりアレルギーや薬の飲み合わせに応じた代替食の提供を行っている。食形態は嚥下や咀嚼力の低下が見られる時には歯科医師の助言を受け、管理栄養士により調整が行われている。現在朝食の食パンはロールパンとなりトースターの利用は廃止し、電子レンジの使用は職員が支援している。

**給食会議や利用者給食懇談会を開催し利用者の要望を反映した献立を工夫している**  
 職員による給食会議、利用者参加の給食懇談会では管理栄養士も参加し、食事についての要望を聞き献立やお楽しみ食に反映している。選択食は事前に各利用者からの要望を聞き対応している。選択食の内容は献立表に記載しており、主に肉類、魚類の献立の選択とし、チキンカツまたは魚の煮つけなどの例がある。肉魚の代替の他に豆腐製品、魚肉練り物製品等も工夫されている。朝食ではパンの他にご飯類の選択も可能となっている。現在、居室での食事提供は見られない。居室に冷蔵庫が設置されているので食事時間に遅れる場合は個別の対応としている。

**食事の楽しみを工夫し外食、行事食、特別食、おやつなどに力を入れ喜ばれている**  
 利用者にとって食事は大きな楽しみであり、管理栄養士を中心に、行事食、特別食、おやつなどの工夫に力を入れている。外出や外食が出来ない期間が長かったため、利用者懇談会での要望に沿い、日帰り旅行として日本料理専門店に出かけ豪華な和食を摂って喜ばれた。季節毎の行事食もあり、春のお食事会では日頃出せないご馳走を用意し食堂の飾りつけも行っている。毎月誕生日食の日には天ぷらやお寿司、特別食では重箱料理など利用者の好物の食事が用意されている。おやつはティールーム企画として、ぜんざい振る舞いや高級ケーキの提供もある。

3 評価項目3		評点(〇〇〇)
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

**浴室やシャワー利用時は「入ります」「出ました」との連絡により安全確認をしている**  
 事業所では養護施設として唯一居室内にトイレ・シャワーが設置されており、入所にあたっての強味となっている。居室内のシャワー利用は基本的に自由であるが、使用時は職員に「入ります」、「出ました」との声掛けを依頼している。さらに大風呂と個浴として介助浴がある。大風呂の見回りは利用者の羞恥心に配慮し同性職員であっても行ってないが、「浴室に行きます」、「帰りました」と支援員に伝える事により居室内のシャワー使用時と同じように安全確認としている。「出ました」との連絡が無い時には浴室に出向き状態変化の有無を確認している。

**大風呂や個浴は利用者の身体状況に応じて配置し季節に応じて回数を決めている**  
 利用時間は入所時に入所のしおりに従って説明し、必要によっては複数回の説明を行っている。居室にシャワーがあるため、夏季の大風呂入浴は週2回としているが、冬は寒いので利用は週3回としている。大風呂の利用時間は曜日により、男女別に分けており、1時間4人ずつとして氏名を記載した時間割表を浴室入り口に掲示している。相性や見守りが必要な方、見守りが出来る方なども勘案し作成している。個浴は2カ所あり一人で入りたい方、見守りが必要な方、ヘルパーの介助が必要な方を利用対象としており、他にデイサービスの入浴利用もある。

**菖蒲湯、柚子湯以外にも季節毎の入浴剤を提供し喜ばれており満足度が上がっている**  
 入浴を楽しむための工夫を提供している。毎月変わり湯を計画しており、季節の菖蒲湯、柚子湯に加え、夏はクール浴剤、桃やラベンダー、オレンジなど香りの良い入浴剤を用意し楽しみの多い入浴時間としている。浴室の早番が大浴室、遅番が介助浴室の清掃を行い脱衣室の棚や脱衣かごの消毒も都度行っている。今回の利用者調査では脱衣場があまりきれいではないとの指摘もあるが、全体的に満足度が昨年より高く78パーセントから89パーセントとなっている。脱衣室の点検・清掃についてさらなる改善策の検討に期待したい。

4	<b>評価項目4</b> 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	<b>評点(〇〇〇〇〇)</b>
---	---	------------------

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**

**多科の嘱託医が定期的に来所し診療や処方を行い利用者の健康が維持されている**  
 医務室は食堂近くに配置されている。看護師1名が在籍し食堂への行き帰りに利用者からの相談にいつでも対応している。嘱託医は内科週一回、精神科月2回、皮膚科、眼科月1回、訪問歯科週1回と多科の嘱託医が来所しており、所内での診察、処方が行われている。事業所周辺は交通手段が乏しく通院には不便であるが、外部受診をする回数が少なくなり、事業所の強みとなっている。外部通院困難者には生活相談員が付き添い、診療に必要な情報を医師に伝えている。特に手術や入院が必要と思われる場合には必ず付き添いを行っている。

**服薬確認を徹底し職員間での誤薬が減少しているが、服薬自立者への対策が望まれる**  
 昨年の改善点に挙げられた誤薬防止について本年度は職員間で意識を高め、服薬確認を徹底し、服用後に必ず空き袋を支援員に渡してもらい残薬がないか確認するなどにより、職員関連の誤薬が減少しているものの、服薬自立の利用者への対応に更なる工夫が必要とされる。認知症や精神疾患など精神的なケアが必要な利用者が多く、精神科医師が月に2度来所し診療にあたり、職員間では研修を多くし対応に努めている。夜間の急変対応について医師の指示に基づき利用者対応表を整備し、夜間に必要な情報は看護師が事前に当直者に伝えている。

**転倒事故発生時の原因究明と対策を検討すると共に介護予防活動への参加を促進している**  
 高齢化や虚弱化が進み転倒事故が多く発生している。事故発生時には対策検討会を開き、原因を究明し今後の事故対策を検討している。介護予防活動では転倒しない身体作りとして事業所周辺の公園などへの散歩やラジオ体操を行い、足漕ぎ機器も購入し利用者が活用している。出席カードが配布され介護予防活動に参加した時にはシールを貼り、介護予防活動への参加を促進している。また、利用者の終末に関する意思確認としてマイノートを個別に作成し今年度はさらに緊急時、急変時対応について詳細な内容とし、家族にも利用者の意図を伝えている。

5	<b>評価項目5</b> 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)	<b>評点(〇〇〇)</b>
---	--	----------------

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**

**事業所内での支援では不十分と思われる時には介護保険申請を行い利用を開始している**  
 どの職員も利用者とは気軽に話し利用者の状態変化を把握するようにしている。利用者の状況は職員間で共有しその人らしい生活ができる事を目標とし、支援の工夫を行っている。居室内の清掃が不十分と思われる時などは入室の許可を得てさりげなく訪室し、掃除機をかけた後整理整頓を促している。加齢や虚弱化、認知症の進行が見られ、事業所内の支援では不十分と思われる時にはサービス担当者会議で介護保険利用の必要性を検討し、利用者の了解を得て開始している。現在17名が介護保険利用対象者となっている。

**介護保険利用、他施設への移行、緊急時など措置元との協働体制が取れるようにしている**  
 養護老人ホームは市区町村、福祉事務所による措置入所となっており、利用者の状態変化については、常時措置担当者と情報を共有し連携を強めて対応している。加齢や虚弱化により日常生活でも外部支援が必要な場合の介護保険利用や、常時介護が必要となり、介護保険施設や長期入院施設への移行についても措置担当との連携により手続きを行っている。特に終末期や急変時の対応については、家族関係の把握や緊急時連絡先などの変更が無いかなどの確認も必要であり、生活相談員を中心として措置元との協働体制が常に取りれるようにしている。

**職員は良好な人間関係に留意し日常的に利用者の気持ちに寄り添い傾聴を心掛けている**  
 事業所はシャワートイレ付個室対応となっており、他養護施設で多くみられる同室者とのいさかいやトイレトラブルなどは少ないが、食事席や入浴時の時間割では、対人関係に留意している。認知症の進行や知的障害、発達障害、統合失調症などの精神疾患を有する利用者も多く、トラブルが起きた時には職員が一人ずつ話を聞き、仲裁に入り、必要時、食事時間や入浴時間を変える事もある。職員は日常的に利用者へ寄り添い傾聴を心掛けている。精神疾患を持つ利用者の症状が悪化し、暴力的になる時は精神科医師の指示により精神科入院の場合もある。

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		
<p>グループ活動は感染状況に留意しながら徐々に再開しているが更なる改善が必要である</p> <p>新型コロナ感染状況は5類となり、楽しみ活動を徐々に再開している。映画鑑賞会は週2回開催され、昔懐かしい映画が多いが、最近ヒットしたアニメは参加者が多く喜ばれた。クラブ活動では折り紙、書道、フラワーアレンジメントも徐々に再開し、その他季節の飾りつけを開始し、ピアノによる音を楽しむ会もスタートさせている。季節行事として新年会や七夕飾り、敬老祝賀会が開催された。更に和食専門店への日帰り旅行、衣類買い物デーも実施され利用者に喜ばれている。感染防止の観点からグループ活動は限定的となり更なる改善が必要となっている。</p> <p>利用者間では家族や旧友と外出外泊を開始し、自由な生活を楽しむ機会が増えている</p> <p>利用者の生活は基本的に自由である。生活のしおりに従い外出時、外泊の届け出が必要であるが、利用者は家族や旧友との外出、外泊を開始している。利用者の声を聞く機会として利用者懇談会を開催している。行事予定内容を伝えると共に、利用者からは食事の献立への希望、衣類販売に直接店に連れて行って欲しいなどの要望や、困りごと等について話し合っている。利用者個別の役割としてシーツ交換時のシーツのまとめや大掃除の時に共用部の洗濯室や配膳台の清掃を依頼しているが、利用者全体にADLの低下が見られ参加者は減少傾向にある。</p> <p>新型コロナの感染状況は終息した状況ではなく必要箇所の消毒は継続している</p> <p>介護予防活動では、活動出席カードとして「あすなろカード」を作成し、ラジオ体操やウォーキング、折り紙などの活動に参加した場合にポイントを付与し、ポイントが埋まったカードが全員で年300枚以上集まった場合は、利用者が楽しめる事を企画しようと計画し、やりがいに繋げている。食堂やトイレ、浴室、廊下など共用スペースの清掃は職員が行うが一部外部業者に委託している。新型コロナの感染状況は減少傾向にあるが、終息した状況ではない為、脱衣かごや手すり、電子レンジなど複数の人が手を触れる場所は消毒を継続している。</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(○○○○●)
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>電話の取次ぎが出来ない宛先について一覧表を作成し利用者の安全確保に配慮している</p> <p>入所時の面接やケアプランの更新時には、家族との接し方、連絡先などについて利用者の意思確認を行っている。養護施設は何らかの理由による措置入所であり、虐待や家庭内暴力などの理由により、家族との関係性が難しい場合が多い。家族との交流が可能な場合には利用者の状況について、生活相談員を通して利用者の情報を共有している。緊急時の連絡先として利用者キーパーソン一覧表を整備している。電話の取次ぎが出来ない家族等の詳細を明記し、事業所のみならず複合施設全体に配布し、利用者の安全について慎重に配慮している。</p> <p>家族との面会や外出、外泊を開始しており友人と旅行に出かける利用者もみられる</p> <p>新型コロナは5類対応となり、家族との面会は個室であるため居室での面会としている。養護の特性として家族の面会は多くは無いが、週数回の面会もあり、受診同行や外出、外泊もある。面会時には利用者の心身の変化についてその都度家族に状況を伝え、家族からの相談にも対応している。施設行事は徐々に再開しているものの、養護の特性として家族参加の行事は積極的に行っていない。携帯電話を持ち家族や友人と連絡を取る利用者もあるが、廊下の一角に小さな電話室があり、会話が漏れない仕様であり利用者が安心して電話出来る環境がある。</p> <p>マイノート作成への取り組みは利用者の意思を尊重する良い取り組みと言える</p> <p>利用者からの聞き取りにより終末期の対応について個別にマイノートを作成している。内容として終末期の延命について、急変時の対応について、死亡時における意思確認書、葬儀のありかたについて、墓地について、連絡して欲しい人、連絡しないで欲しい人などがあるが、今年度は二項目について更に詳細な内容として見直しを行っている。利用者の意思が変わる事や連絡先の変更等もあり、必要時見直しをしている。養護の特性として人間関係の問題を抱えている事も多く、マイノートの取り組みは利用者の意思を尊重する良い取り組みと言える。</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(○○○)
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>近隣に店舗がなく利用者の声でも買い物や通院等外出の不便さが課題となっている</p> <p>地域情報について市報を手に取りやすい場所に置き、ホームページや広報誌にも地域の情報を掲載しており、入所時に近隣の地図を渡している。事業所は文教地域にあり保育園や小中学校、高校、大学などが多いが、気軽に利用できる店舗は少ない。コンビニがあるが高齢者の足では近いとは言えない場所である。事業所前の道路は交通量が多いが道幅は広いとは言えず、歩行者での外出は不可としている。通院や大型店舗に向く時は家族同伴やタクシーを使う事が多く、利用者にとって外出の不便さが課題となっている。</p> <p>コロナ感染状況は5類となり昨年度を上回る地域交流行事が実施されている</p> <p>新型コロナも5類対応となり、地域交流は感染対策を工夫し再開している。今年度は近隣保育園の園児が来所し、マスク着用のうえ中庭の日陰を利用してあやとりやお手玉をしたり、ラジオ体操をしたりして利用者と楽しむ事が出来た。ズームで子ども達の歌の発表会や、近隣の高校生プラスバンドの演奏を楽しむ事が出来ている。地域の花プロジェクトに参画し近隣小学校に球根を届け、校内に花を咲かせ花の一部は事業所に届けられている。地域交流は昨年度より上回る行事が実施され、今後も更なる地域住民との交流が予定されている。</p> <p>利用者の要望に従い日本料理専門店に日帰り旅行を行い利用者の笑顔を引き出している</p> <p>社会福祉法人の責務として地域貢献に積極的に取り組んでいる。近隣小学校に職員が外向き疑似体験キットや車椅子などを使い高齢者体験を行い、小学生から高齢者の生活の不便さ、暮らしにくさを理解する事が出来たとの声があり、折り紙や体操にも参加し高齢者への理解を深めた。看護師は防災教室に向き三角巾の使い方などを指導している。今年度は利用者からの要望に従い日本料理専門店へ日帰り旅行を行い、利用者の笑顔を引き出す事が出来ている。感染状況に合わせ更なる地域資源の活用が期待される。</p>		

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	複合施設の利点を生かして他事業所との連携の下、法人一体となって地域貢献をしている	
内容①	高齢者の溜め込みや孤立に焦点を当て、制度のはざまを埋める取り組みとして、地域包括センターの依頼により、片付け支援事業を行っている。片付け支援委員会を設置し法人参加の各事業所から要員を派遣している。法人行事の「いきいきさんデー」はコロナのため中止や縮小を余儀なくされたが、その中でも、近隣小学校の避難所運営協議会に参加して運営に協力している。社会福祉法人連絡会に参加して「フードドライブ」「子ども食堂」の地域公益活動や人材確保・育成、広報啓発活動に取り組んでいる。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-5-1	利用者のプライバシー保護を徹底している
タイトル②	利用者の状況に応じて段階を踏む配慮があり、入居者・職員双方から高評価を得ている。	
内容②	新規入所時にきちんと利用者の状況を観察、時間を取って関係性を深めていることが奏功しており利用者は職員とのコミュニケーションについて9割近い肯定的評価がある。またプライバシーは職員の普段の丁寧なコミュニケーションに基づくものであるが、職員もプライバシー保護について高評価で、利用者とのコミュニケーションに矜持を持って従事している。高齢化や認知症など、徐々にできなくなる中でも自立に関して最後まで守るべきと考える金銭管理について、管理が危い人と管理が全くできない人に分け単純に管理を代行しないような配慮を行っている。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-4-4	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③	終末期の対応について利用者の思いをまとめマイノートを作成し文書として保管している	
内容③	養護施設の特性として虐待や家庭内暴力などにより家族交流が困難な利用者が多いことから、終末期の対応について利用者の思いをまとめ個別に「マイノート」を作成している。終末期延命に関する意思確認書、急変時に対する事前指示書、死亡時における意思確認書、葬儀についてなどに分け、利用者の意思を確認し文書として保存し、変更がある時には見直しを行っている。特に終末期について連絡して欲しい人、連絡して欲しく無い人などの詳細を聞いている。今年度は2項目について見直しを行い、終末期にもその人らしさを尊重した対応に力を入れている。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	利用者が安全に過ごせるよう医療体制が整っており、入所にあたってスムーズな対応ができる体制を構築している
	内容	当施設は安全な環境での入所を重視し、医療体制の整備に成功している。利用者の多様なニーズに対応すべく、基準見直しで即日入所可能な仕組みを構築。近年の急増する虐待やDV被害に対応すべく、支援員、相談員、看護師、管理者が協力し、電話相談でアセスメントを行い即座に入所判定が可能となった。アセスメントでは介護が必要でないことや養護が難しい精神状態でないことを判定し、健康状態に関しては入所後迅速なチェックが可能になるよう嘱託医と連携を強化。急務の入所ケースに迅速かつ確かな対応が可能状態を整えている。
2	タイトル	養護老人ホームのあり方や利用者の属性・背景が時代によって変化する中で、受け入れ基準を見直し虐待等にも迅速に対応する努力がある。
	内容	措置入所という条件があり、介護保険サービスを利用した入所の対応が増えている中で、事業所は時代に応じたセーフティネットの役割を掘り起こして遂行している。従来は見学から入所可否の検討までに1ヶ月程度時間がかかっていたが、近年散見されるDVや虐待等早急に保護・入所を必要とするケースに対応するため、相談の電話時に暫定的なアセスメントを行い希死念慮や介護の有無を確認、即日入所を可能にしている。以前であれば入所前に行って書類を提出してもらっていた健康診断など、入所後嘱託医に連携している。
3	タイトル	感染状況を見据えながら、ズームの活用、中庭での開催など地域交流企画を工夫し昨年度より上回る行事を実施する事ができている
	内容	今年度、コロナ感染状況は5類となり、更なる地域交流企画を工夫し昨年を上回る企画を実施する事が出来ている。近隣保育園から園児が来所し中庭で、マスク着用し、あやとりやお手玉を利用者と楽しみ、体操もする事が出来た。ズームによるプラスバンド演奏会や子ども達の歌の発表会も利用者から喜ばれている。また、地域貢献の一環として花プロジェクトに参画し、球根を小学校に届け校庭に花を咲かせ、花の一部が事業所に届けられるなどの交流が出来ている。花プロジェクトは地域住民参加なども視野に入れ、更なる地域交流企画が予定されている。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	現在の施設で行っている服薬管理や外部医療機関受診対応と、入所者の抱える疾病や障害の状況が合わなくなっている
	内容	制度上自立した人が入居する前提のため、基本的には健康管理は個人管理であるが、入居者は認知症、精神疾患、知的障害を抱える人が見られ、自分でリスク管理をすることが困難な状況もある。往診を利用していない入居者は看護師がスケジュールを把握し受診後に本人に確認する時間をとって服薬変更等を把握している。入居者が医師に健康状態を伝えられなかったり理解力が十分でない場合は様子を伝える手紙を持たせる・診察内容について医療機関に確認するだけでなく、お薬カレンダーや配薬、服薬介助・見守りと業務が煩雑・複雑になり対応が困難である。
2	タイトル	昨年に続き誤薬の発生があり職員間で対策の工夫を重ねているが、服薬自立利用者の誤薬発生について更なる工夫が必要と思われる
	内容	昨年に続き誤薬の発生があり、職員間では事故後に対策を強化している。薬を手の平にのせて飲むとして落薬するという例もあり、カップに入れて飲むようにし、落薬が減少している。職員間での服薬確認が不十分の事もあり確認作業について改善し、職員間の誤薬が減少している。服薬自立の利用者の間で飲み忘れが増え、お薬カレンダーの利用を増やし、薬は食堂に持参し、食後薬を飲んでいない時には下膳のタイミングで服用を促している。職員間での改善対策は効果をあげているものの、服薬自立の利用者の誤薬について更なる工夫が必要と思われる。
3	タイトル	感染状況を確認しながら従来行われていた行事や催事について地域住民や家族交流を踏まえ更なる開催の実現に向けた企画と対策に期待したい
	内容	感染状況が改善され5類対応となり、行事や催事が徐々に再開している。職員間では更なる工夫が必要との課題意識をもって検討したいとしている。法人内で開催されていたぼぼたんカフェは中止が続いている。「ぼぼたんカフェ 今後を考える委員会」を発足し利用者と家族、地域住民との交流を目的としたカフェの再開について検討していく予定としている。地域の小学校の授業での高齢者理解への企画など高齢者福祉の専門性を活かした連携をさらに図っていきたいとしている。花プロジェクトも地域住民の参加を推進するなど今後の企画の実現に期待したい。