

福祉サービス第三者評価結果報告書【令和6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

〒 203-0054

所在地 東京都東久留米市中央町4-7-1

評価機関名 特定非営利活動法人アクティブハンディネット

認証評価機関番号

機構 05 - 154

電話番号 042-470-7050

代表者氏名 理事長 君島 久康

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	小林 由里子	経営	H0404020
	②	中條 りう	福祉	H1302050
	③	横山 信子	福祉	H1302002
	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	社会福祉法人 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番3号		
	TEL	042-461-2230		
事業所代表者氏名	施設長 原子 正男			
契約日	2024 年 6 月 1 日			
利用者調査票配付日(実施日)	2024 年 8 月 16 日			
利用者調査結果報告日	2024 年 11 月 20 日			
自己評価の調査票配付日	2024 年 7 月 13 日			
自己評価結果報告日	2024 年 11 月 20 日			
訪問調査日	2024 年 11 月 22 日			
評価合議日	2025 年 1 月 16 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)	毎年、第三者評価を受審しており第三者評価の必要性を資料を用いて説明し、分析シートで求めている内容を確認し、職員調査の自由回答では建設的な意見や提案を記載することを伝えた。職員調査は、職員全員を対象としリーダー層と職員(常勤、非常勤)に分けて分析を行なった。利用者調査は全員が対象で、自記入式のアンケート調査と聞き取り調査を併用して行なった。			

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に取り組む力を持っていること。 ・福祉に対して情熱を持ち続けることができること。 ・他者の苦しみや痛みに対して共感できること。 ・自らの仕事に誇りを持ち、能力や専門性を高める向上心を持っていること。 <p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の尊厳を護り、高齢者の支援を通じて法人の理念、老人福祉法の基本的理念を具現化できること。 ・組織力向上のための協力意識を持つこと。 ・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。

調査対象	2024年7月1日現在の施設利用者50名を対象とした。
調査方法	アンケート(自記式)と聞き取り調査を併用。利用者定員50人に職員から調査票と封筒を手渡しで配付し記入した調査票は返信封筒に封入し事業所に設置した回収箱に投函し、評価機関で回収。聞き取り調査対象者10人には評価者3名が訪問して利用者個々に対面調査を実施。

利用者総数 50

	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	31	10	41
共通評価項目による調査の有効回答者数	31	10	41
利用者総数に対する回答者割合(%)	62.0	20.0	82.0

利用者調査全体のコメント

「大変満足」「満足」合わせた総合満足度は73%(30名)である。「はい」の比率が80%以上は、問7「施設内の生活スペースは清潔で整理された空間になっていると思う」(85%)、問8「職員の言葉遣いや態度、服装などが適切だと思う」(83%)、問9「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る」(80%)である。総合的な感想は「感謝でいっぱいです」「職員はいつも笑顔で嫌な顔を見た事ありません。救われています。おかげでゆったりと過ごせています」「お食事、風呂、様々な事、大変行き届き感謝しています」「優しい方達です。楽しい毎日を送っております」等の意見がある。また「コロナ前はイベントがあったけど、なくなってしまって寂しい」「日帰り旅行がしたい」等の要望も出されている。

場面観察方式の調査結果

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

評価機関としての調査結果

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

《選定した場面から評価機関が読み取った利用者の気持ちの変化》

「評価機関としての調査結果」に対する事業者のコメント

--

利用者調査結果

共通評価項目 コメント	実数			
	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
1. 食事の献立や食事介助など食事に満足しているか	22	14	4	1
22人(54%)が「はい」と回答している。「美味しいです」「お粥ですが満足しています」「行事の時にご馳走が出ます」「時々栄養士が来て食事についての意見交換がある。メモを取りながら傾聴し、利用者の希望やお楽しみメニューなど創意工夫し、日々の努力に頭が下がります」等の意見がある。				
2. 入浴時間は個人の状況に応じた設定になっているか	27	8	3	3
27人(66%)が「はい」と回答している。「朝一番に入れるので満足です」「週2回、9～10時で良い」「居室でシャワーを使用しています。好きな時間に入れるのが魅力です」等の意見がある。				
3. 施設に、楽しみな行事や活動があるか	20	10	10	1
20人(49%)が「はい」と回答している。「テレビを観て過ごしている」「廊下で体操が楽しみです」「タブレットで麻雀をしている。仲間とやる」「書道(月1回)、音楽を楽しむ会(月2回)、10月秋祭り」「毎日14時からの体操が楽しみ。デイサービス(週2回)も楽しみ」「生け花、自分の時間は俳句を作ります。書道も月1回参加しています」等の意見がある。				
4. 日常生活に必要な各種情報を、施設からの情報提供により知ることができるか	32	6	3	0
32人(78%)が「はい」と回答している。「掲示板で知らせてくれる」「集まった時に職員が伝えてくれる」「月間予定表が掲示され、当日職員が教えてくれます」等の意見がある。				
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	31	7	3	0
31人(76%)が「はい」と回答している。「気にかけて声を掛けてくれます」「看護師が声を掛けてくれます」「皆優しい。安心していられる」等の意見がある。				

6. 健康維持・介護予防に向けての相談をしやすいか	32	6	1	2
32人(78%)が「はい」と回答している。「職員とは気さくに話ができます」「手が震えたりする時も自由に相談できる」「看護師が検査をしてくれて、結果を聞かせてくれる」「良き聞いてくれます」等の意見がある。				
7. 施設内の清掃、整理整頓は行き届いているか	35	4	0	2
35人(85%)が「はい」と回答している。「綺麗です」という意見が多数である。				
8. 職員の接遇・態度は適切か	34	5	1	1
34人(83%)が「はい」と回答している。「きちんとしています」「大変行き届いた施設です」等の意見がある。				
9. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	33	4	0	4
33人(80%)が「はい」と回答している。「ここに居ることで安心です」「以前、体調をくずした時良く世話をしてくれました」「看護師が居るで安心です」「内科、皮膚科、眼科、歯科が定期的に来ているので具合が悪い時はかかれます」「転倒した時も病院に連れていってくれた」等の意見がある。				
10. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	23	11	2	5
23人(56%)が「はい」と回答している。「いさかいは無いけど、あれば対応してくれると思う」「いさかいはないので分かりません」等の意見がある。				
11. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	32	6	0	3
32人(78%)が「はい」と回答している。「優しいです」「いつも優しく対応してくれます」「荷物を整理してくれたので有難かった」「買い物に行くとき車を出してくれる。車イスも出してきて、荷物も持ってくれる」「何かにつけて良くしてもらっています」等の意見がある。				
12. 利用者のプライバシーは守られているか	32	6	0	3
32人(78%)が「はい」と回答している。「守られています」という意見が多数である。				

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	32	5	1	3
32人(56%)が「はい」と回答している。「1年に1回、面談して話し合っています」という意見がある。「わかりません」という意見は「どちらともいえない」としている。				
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	23	12	1	5
23人(56%)が「はい」と回答している。「生活相談員に支えられ励まされ、再び自立の一步を踏み出す機会に寄り添って下さり、感謝しています」という意見がある。「わかりません」という意見は「どちらともいえない」としている。				
15. 利用者の不満や要望は対応されているか	23	12	2	4
23人(56%)が「はい」と回答している。「言えばきちんと対応してくれる」「伝えたことはないけど、頼めばやってくれると思う」等の意見がある。				
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	19	14	2	6
19人(46%)が「はい」と回答している。「わかりません」という意見は「どちらともいえない」としている。				

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 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1の講評	
	法人理念を事業計画に掲げホーム長が毎月全職員に向けてメッセージを送っている 事業計画の冒頭に法人理念の根幹となるミッションステートメント(理念を実現する行動指針)を掲げ、行動指針と共に事業所内に掲示している。事業計画は常に閲覧出来、法人発行の季刊誌「いきいきマーチ」を通じても浸透を図っている。更にホーム長(常務理事)が毎月全職員に向けてメッセージを発信し理解浸透を深めている。また職員の全体研修や階層研修においては理念に関連するテーマを用いて職員一人ひとりに浸透するように努めている。利用者・家族には事業計画の閲覧、事業所発行の通信誌や季刊誌の配布にて伝えている。 事業所の理念の実現に向けて施設長は会議や面接を通じて役割と責任を伝えている 事業所が目指している理念、基本方針等の実現に向けて、施設長は事業計画、事業報告を全職員に渡し、役割と責任について運営会議、ミーティング、部署内研修の場で個々に説明をしている。事業計画には職員体制を記載して施設長(経営層)の位置づけを明確にしている。施設長との個人面談(3回)においても確認し合っている。少人数の職員体制なのでそれぞれの役割や動きが見えやすいが意識等でのばらつき等もあり、施設長は職員の個性を尊重しつつ、組織としての一体感を得ることが出来るよう、職員の意見に耳を傾けるように心がけている。 重要事項の検討・決定は法人の会議にて行なわれ職員には電子会議室等にて周知される 重要な案件等の検討手順は決まっており、管理者会議、経営会議、統括長会議、在宅部門会議、各種委員会で協議・決定され職員には委員会及び申し送りや事業所内SNSの導入による電子会議室、連絡ノートにて迅速に周知・共有されている。この仕組みにより組織的な意思決定が円滑に行なわれている。利用者・家族には利用者懇談会や食事の時間等利用者が参集する機会を通じて伝えている。また事業所内の掲示板、事業所発行の定期的な通信誌にも記載して周知を図っている。	

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>利用者や職員の意向、地域の関係機関など多角的に事業所を取り巻く情報を得ている</p> <p>利用者意向は利用者懇談会や個別支援計画の説明時、更に月1回施設長が利用者の部屋に伺って把握している。支援員も利用者の真意を掴むために日々の関わりの中で対話形式でニーズを把握している。職員意向は人事考課面接や職員会議、施設長との関わり等から把握しており、電子会議室内でも意見が交換されている。地域の情報は社会福祉法人連絡会への参加、全国老人福祉施設協議会の養護分科会などを通じて把握している。経営状況は管理者会議の場で検討しており、部署内では半期1度に経営状況について職員と共有し課題対応に役立てている。</p> <p>法人の中長期計画を基に事業所の単年度計画を策定し課題を実践に繋げるよう努めている</p> <p>法人は昨年度100周年を迎え中長期計画が策定されており、法人の経営方針を基に、支援員の意向や要望を取り入れながら事業所の単年度計画を作成している。運営方針として利用者の「個人の尊厳」を大切に自立支援を心がけることを掲げ、①個々の生活課題に寄り添った支援、②セーフティネットとしての役割の遂行、③新型コロナウイルスなど感染症への対応、④リスクマネジメントへの対応、を今年度の課題としている。予算編成も行なっている。この課題を具体的な実践に結びつけるためホーム長はメッセージを作成し職員に配信している。</p> <p>事業計画の実行に向けて会議等で職員と検討し半期毎に見直しを行なっている</p> <p>事業計画の着実な実行に向けてPDCAに即して実践している。数値目標としては稼働率を掲げている。進捗状況の把握と確認は法人全体では半期毎に進捗状況を振り返り、見直しを行なう事になっており、事業所内SNS等を活用して配信している。事業所ではミーティング時などで、必要に応じて、課題と進捗状況を確認し、職員と共有している。事業計画の振り返り・評価は、各部署の視点に任せているが、今後は事業評価の視点(基準)を設定し、組織としての統一化と職員の事業計画に対する意識化を更に図ることも課題としている。</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

カテゴリー3の講評

福祉サービス従事者としての規範等を研修等で通じて周知を図っている

福祉サービスに従事する者として守るべき規範・倫理を法人のミッションステートメントとして、事業計画に掲げている。また事業経営の理念・現状と課題を事業計画の冒頭に記載し、ケアワーカー室などにも掲示してホームページにも明示している。職員には部署内での階層別・全体研修、外部研修等を通じて周知と遵守を徹底しており、人事考課の面接においても伝えている。新入職員には研修及びOJTによるエルダー制度などで説明を行なっている。職員調査では全員が「福祉従事者としての法・倫理を遵守している」と回答している。

利用者の権利擁護のために苦情解決制度の説明と虐待防止の研修等を徹底している

利用者の権利擁護のために苦情解決制度や相談窓口を設置し、入所時や利用者懇談会などに利用者・家族に伝え、事業所内に掲示している。受けた苦情や要望には報告書を作成して対応の検討を行なっている。虐待防止については日々の振り返りと教育の一環として研修を行ない、「虐待の芽チェックリスト」で自己評価も行なっている。虐待の疑いがある場合は、対応を行なう職員を決めて関係職員と情報共有を行なっている。虐待等の緊急時の受け入れニーズが高まっており、行政担当者と意見交換を行ない、養護老人ホームに求められる役割を常に考えている。

地域貢献は社会福祉法人の責務と捉え、高齢者支援、地域活性化・交流等を行なっている

組織の透明性を高めるためにホームページや季刊誌を通じて情報開示を行なっている。ボランティア・実習生には窓口担当を定めて受け入れている。地域貢献は社会福祉法人としての責務と捉え、各包括支援センターの依頼を受けて地域の高齢者の孤立防止「片付け支援」を行なっている。社会福祉法人連絡会における「フードドライブ活動」、また地域の相談窓口を加盟法人にて実施している。更に「いきいきさんデー」では地域の活性化に取り組み、地域の教育機関や小中学校との交流、更に大学の講師として職員を派遣し、地域の人材育成としても貢献している。

カテゴリ4		
4	リスクマネジメント	
サブカテゴリ1(4-1)		
リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況
		5/5
評価項目1 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる		
評点(00000)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所が目指していることの実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている	○非該当
●あり ○なし	2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている	○非該当
●あり ○なし	3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している	○非該当
●あり ○なし	4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる	○非該当
サブカテゴリ2(4-2)		
事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況
		4/4
評価項目1 事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		
評点(0000)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 情報の収集、利用、保管、廃棄について規程・ルールを定め、職員(実習生やボランティアを含む)が理解し遵守するための取り組みを行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・管理している	○非該当
●あり ○なし	3. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定するほか、情報漏えい防止のための対策をとっている	○非該当
●あり ○なし	4. 事業所で扱っている個人情報については、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえ、利用目的の明示及び開示請求への対応を含む規程・体制を整備している	○非該当
カテゴリ4の講評		
<p>各部署の職員からなる委員会を設置してリスクマネジメントの検討を行なっている</p> <p>リスクマネジメントに関して、利用者が安心・安全に過ごせるように事故予防・防止活動の推進、苦情・要望への対応を図っている。リスクの洗い出しは、各部署の職員から成る委員会(安全衛生委員会、防災委員会)を設置して行ない優先順位をつけて対策を検討しており、決定事項等については管理者間で早急に共有が図られているため、各部署へスピード感のある周知が可能である。新型コロナウイルス等の感染症については、感染予防と蔓延防止、発生時の事業継続についての対応を行ない、安全・安心に利用者を支えられるように努めている。</p> <p>BCP(災害用、感染症用)を策定し、研修、委員会を通して周知している</p> <p>災害や事故に遭遇した場合に備え、BCP(自然発生時における業務継続計画、新型コロナウイルス等感染症発生時における業務継続計画)を策定している。見直し・検討は委員会を主導として行なっている。災害用BCPは平常時対応、緊急時対応、他施設連携などが記載され別紙には情報チェック表、初動対応チェックリスト等も記載している。地震だけではなく風水害の対応なども職員に周知している。感染症BCPは、平時の備え、初動対応等が記載され、感染発生時情報共有フローも別紙で掲載している。職員には訓練・研修も行ない意識を高めている。</p> <p>「個人情報保護規程」を策定しパソコンにパスワードを設定し情報漏洩防止に努めている</p> <p>情報管理について「個人情報保護規程」「文書管理規程」を策定し、職員には研修、実習生やボランティアには説明をして、「誓約書」も得ている。収集した情報等は施設長・生活相談員が管理している。パソコンにはパスワードを設定するなど情報の重要性や機密性を踏まえ対応しており、施設長フォルダは他職員がアクセス出来ないようにしている。電話での個人情報保護の徹底については今後も職員の教育指導が必要であると考えている。利用者・家族には「個人情報保護規程」を説明し「個人情報及び写真・映像の使用に関わる同意書」を得ている。</p>		

カテゴリ-5		
5 職員と組織の能力向上		
サブカテゴリ-1(5-1)		
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成・定着に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 12/12
評価項目1 事業所が目指していることの実現に必要な人材構成にしている 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所が求める人材の確保ができるよう工夫している	○非該当
●あり ○なし	2. 事業所が求める人材、事業所の状況を踏まえ、育成や将来の人材構成を見据えた異動や配置に取り組んでいる	○非該当
評価項目2 事業所の求める人材像に基づき人材育成計画を策定している 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)が職員に分かりやすく周知されている	○非該当
●あり ○なし	2. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)と連動した事業所の人材育成計画を策定している	○非該当
評価項目3 事業所の求める人材像を踏まえた職員の育成に取り組んでいる 評点(〇〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 勤務形態に関わらず、職員にさまざまな方法で研修等を実施している	○非該当
●あり ○なし	2. 職員一人ひとりの意向や経験等に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している	○非該当
●あり ○なし	3. 職員一人ひとりの育成の成果を確認し、個人別の育成(研修)計画へ反映している	○非該当
●あり ○なし	4. 指導を担当する職員に対して、自らの役割を理解してより良い指導ができるよう組織的に支援を行っている	○非該当
評価項目4 職員の定着に向け、職員の意欲向上に取り組んでいる 評点(〇〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価と処遇(賃金・昇進・昇格等)・称賛などを連動させている	○非該当
●あり ○なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、職場環境・健康・ストレスなど)を把握し、安心して働き続けられる職場づくりに取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	3. 職員の意識を把握し、意欲と働きがいの向上に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	4. 職員間の良好な人間関係構築のための取り組みを行っている	○非該当
サブカテゴリ-2(5-2)		
組織力の向上に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 3/3
評価項目1 組織力の向上に向け、組織としての学びとチームワークの促進に取り組んでいる 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 職員一人ひとりが学んだ研修内容を、レポートや発表等を通じて共有化している	○非該当
●あり ○なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに話し合い、サービスの質の向上や業務改善に活かす仕組みを設けている	○非該当
●あり ○なし	3. 目標達成や課題解決に向けて、チームでの活動が効果的に進むよう取り組んでいる	○非該当

カテゴリ5の講評

法人の人材マネジメント部門が、求める人材の採用と育成を担当している

事業所では「高齢者の支援能力や課題に取り組む力を持ったソーシャルワーク視点」を職員に求める人材として重視しており、人材マネジメント部門が適切な人材を見極め(採用)、事業所の発展に貢献する人材育成を担当している。職員は、人事評価制度を活用して目標面接シートを作成し、上司は職員が掲げた目標に対するプロセスや取り組み方などを面接で確認し、意欲や能力適正を判断している。個人の目標や研修希望も聞き、目標管理や将来を見据えた異動や登用を実施している。新任職員にはエルダー制度で指導(OJT)をしている。

年間研修が計画されており、職員は目標面接シートを踏まえて研修に参加している

職員は目標管理を取り入れた評価制度に基づいて作成した目標面接シートを用いて育成計画を立て、上司との個別面接等で進捗確認、計画の見直しを行なっている。その際にキャリアパスの説明も受けている。人材育成として、法人主催の階層別研修、新卒採用者及び中途採用育成計画があり、また事業所では養護育成計画として生活支援員編、生活相談員編に分けて、1年目・2年目・3年目以降(リーダー各育成に向けて)の育成目標を提示している。管理者主体の研修もある。職員が研修に参加出来るように配慮しており、終了後は報告書を作成している。

施設長との面談や職員間の交流など働きやすい職場環境による意欲向上を目指している

職員の定着・意欲向上に向けて、年次有給休暇の取得の促進、ストレスチェックの実施などを行なっている。施設長は現場での職員との対話に心がけており意欲を高められる実践が出来るように支援している。職員同士の交流の機会としてはサークル活動や交流の場(カフェ&バー)も徐々に再開している。チームワークの促進に向けては、レポート内容を共有し、ミーティングの機会を活用して職員個々の気づき等を話し合っている。職員調査での良い点として「ミーティングで毎日小さな事柄から大きな事まで相談・共有・検討している」が挙げられている。

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)

【課題抽出の理由】高齢者施設での新型コロナウイルスによる集団感染が多数報じられている中、集団感染による利用者のADLの低下、入所の受け入れ停止やその他活動の中止など運営リスクが高く、課題として対応を行なう必要があった。【課題】集団施設における感染症蔓延防止の徹底。【取り組み】発症者をゼロにすることは難しいが、発症者が出た際に迅速に蔓延防止が出来るように組織として行動する事が大切であると捉え、発症者が出たことを想定した初動訓練を実施した。防護服着用は2人1組となり着用の相互チェックを定期的(月1回)に実施した。更に新型コロナウイルスだけではなくノロウイルスについても訓練を実施した。【取り組みの結果】訓練を繰り返すことによって感染症発生時に慌てることなく、初動対応を各職員がスムーズに行なえるようになった。【検証・今後の方向性】感染症が蔓延することにより生活上の制限、罹患者の心身機能の低下等利用者にも与える影響は大きい。感染症予防は防災同様、繰り返し訓練を行なうことで実践に活きるため、今後も継続して訓練を実施していくことが重要であり、今年度以降も実践的な訓練を反復して実施し「感染症に強い施設」を作り上げていく。

<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1で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

昨年度は「集団施設における感染症蔓延防止の徹底」を課題として設定した。その背景には、集団感染による利用者のADLの低下など利用者の健康管理・維持の視点、入所受け入れ停止や活動中止などの運営面でリスク回避の視点から、課題として対応を行なう必要があると考え、適切な課題設定と言える(P)。具体的には、発症者が出たことを想定した初動訓練による行動体験と、防護服着用の複数体制による定期的なチェックといった仕組みの定着、両面から取り組んだ。またノロウイルス発症時について訓練も行ない、「感染症防止対策」として職員の意識を高めており、適切な取り組みである(D)。その結果、訓練の繰り返し効果を検証しており、今後の初動対応のフレーム化、見える化への取り組みにも繋がり、目標達成に向けた成果があったと判断している(C)。この結果を受けて、今年度も継続して繰り返し訓練を実施していく事としている。事業計画においても「感染予防と蔓延防止、利用者の安全・安心を支える」を課題として掲げ、更に、感染症BCPIにも反映させており(A)、PDCAに即した取り組みとして評価した。

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)

【課題抽出の理由】コロナ禍により事業所内のクラブ・レクリエーション活動、外出行事(食事会)等は、感染予防の観点から実施を見送っていたが、ウイズコロナ時代において利用者の生活の豊かさ(楽しみ)を感じられる取り組みが必要となっていた。【課題】利用者の生活の質の向上。【取り組み】利用者のニーズを利用者懇談会などを通じて把握した。①食事会実施。個室で食事が出来る、送迎を行なえる店を選定し、2グループに分けて実施した。②衣類買い物ツアーの実施。これまでは事業所で衣料品店による販売を実施していたが、外出も兼ねて近隣の大型衣料店に事前に相談をして買い物ツアーを数日に分け、利用者を送迎しながら実施した。③お楽しみランチの実施。希望の多かった寿司を近隣の寿司店の協力を得て持ち帰り、皆で食した。④麻雀の再開。麻雀の希望が多く、感染リスクを考え換気・消毒を実施して再開した。【取り組みの結果】「食」に対する楽しみのニーズが高い事を検証出来た。衣類の買い物ツアーでは一人では行けない、食料品も必要との声も把握出来た。【今後の方向性】今年度は外食会等の他、普段外出が出来ない利用者に対して事業所内で食品販売を実施する事とした。

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
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	
<p>昨年度は「利用者の生活の質の向上」課題目標として設定した。その背景には、コロナ禍による利用者の生活(楽しみ)の質の低下に対する危機感を掲げていることから、適切な課題設定と言える(P)。具体的には、利用者のニーズを踏まえて、外出支援を取り上げている。具体的には、会食と買い物といった外に出る活動支援と、ランチ会と麻雀といった中での楽しみ支援、と両面からの支援活動を行っており、適切な取り組みである(D)。その結果、利用者の食に対する高いニーズも把握出来、目標達成に加え、次に繋がる課題も抽出しており、成果があったと判断した(C)。この結果を受けて、今年度も利用者の豊かな生活支援を課題として掲げ、具体的な取り組みも計画している。事業計画においても「個々の生活課題に寄り添った支援」「生活の質に焦点を当てた外出の企画」を課題として掲げ、(A)、PDCAに即した取り組みとして評価した。</p>	

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>事業所情報はホームページやパンフレット、季刊誌等で伝えている</p> <p>法人のホームページでは、居室や行事、イベントなどの様子を多くの写真とともに紹介している。パンフレットには、法人が運営する事業として施設サービス、在宅サービス、受託事業が整理され、各事業の内容が写真とともに掲載されており、分かりやすくなっている。また、季刊誌では、当事業所の機能や介護保険サービスについて紹介しており、多種多様なサービス情報を提供している。これにより、利用希望者は十分な情報を得ることが出来、サービスの選択がしやすくなるよう配慮されている。常に最新情報の発信に努めている。</p> <p>行政には定期的に季刊誌を送付しておりその際に空床情報等を伝えている</p> <p>行政には定期的に季刊誌を送付し、空床情報や施設PR表を同封して事業所の取り組みを提供している。都内の区市から広く利用者を受け入れているため、関係行政と細やかな連絡・連携を図っている。また、利用者の中には介護保険サービスを利用している方もいるため、ケアマネジャーをはじめとする関係事業所と連絡・調整を行ない、事業所情報を提供している。更に、東京都社会福祉協議会の養護分科会、施設長分科会、主事との意見交換会などに参加し、最新情報を収集している。近隣の施設とも電話等で情報交換を行ない事業所の取り組みを検討している。</p> <p>行政等からの問い合わせがあればその都度対応出来る体制を整えている</p> <p>生活相談員を2名配置し、問い合わせや見学にはその都度対応出来る体制を整えている。在宅から入所を希望される方には、集団生活を知らせていただき、安心して入所出来るよう見学を推奨している。見学時には、行政の福祉職員も同席し、入所希望者に居室内を確認してもらった上で、入所生活について各種資料を用いて分かりやすく説明している。また、支援施設等から入所を希望される方、見学をせずに直接入所される方には、生活相談員が出向いて顔を合わせることで安心して入所出来るよう配慮している。</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		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
サブカテゴリー2の講評			
<p>「入所のしおり」「運営規程」等で説明し、安心して入所生活を送れる様に配慮している</p> <p>入所時は「入所のしおり」「運営規程」に沿って丁寧に説明を行なっている。「入所のしおり」は利用者が理解しやすいように工夫をしている。持参する物・支給について・日常生活について・注意事項等が分かりやすく詳細に記載されている。これらの資料を配布すると共に口頭でも説明している。特に、「運営規程28条」の禁止行為については詳しく説明し理解を得ている。更に、生活のルールを理解をもらえるよう「入所のしおり」から抜粋した「施設での生活規則」を作成し、入所生活を進めて行く中でその都度確認出来るように配慮している。</p> <p>利用者の意向等は「個別支援計画書」に反映し措置連絡票と共に職員間で共有している</p> <p>利用者の意向については、その都度記録に残し、日々の支援や「個別支援計画書」に反映している。利用者の状況については、「ケース記録」や「措置連絡票」を基にミーティングで説明し、支援員間で共有している。また、これまでの生活状況を考慮し、利用者が使い慣れた物の持ち込みを許可している。タンスやベッド、仏壇、神棚などを持ち込む利用者もあり、火気以外の物は出来る限り可能としている。寝具類については基本的に利用者が用意することになっているが、利用者の状況に応じて、事業所でストックしている物を提供する等の対応を行なっている。</p> <p>入所後2週間は朝・夜に巡回して利用者から困りごと等を聴き取り対応している</p> <p>入所後は、担当職員が施設での生活について分かりやすく説明を行ない、入所から2週間の間は朝・夜に利用者の居室を訪問し、体調や困りごとを確認して、新しい生活への不安軽減に努めている。また、入所前の居住場所に残した物が気になり落ち着かない場合などには、福祉事務所等と連携し、生活相談員が利用者と共に取りに行くなど、柔軟な対応を行なっている。更に、介護施設への入所や地域での自立生活、家庭への復帰が予定されている場合には、移動先の関係者と連携を図り、利用者が安心して移動出来るよう支援を行なっている。</p>			

サブカテゴリ-3		
3	個別状況に応じた計画策定・記録	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 11/11
評価項目1 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	○非該当
●あり ○なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている	○非該当
評価項目2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別支援計画を作成している 評点(〇〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	○非該当
●あり ○なし	2. 計画を利用者にわかりやすく説明し、同意を得ている	○非該当
●あり ○なし	3. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直ししている	○非該当
●あり ○なし	4. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	○非該当
評価項目3 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしくみがある	○非該当
●あり ○なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	○非該当
評価項目4 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	○非該当
●あり ○なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している	○非該当
サブカテゴリ-3の講評		
計画作成担当者と居室担当職員を中心にアセスメントを実施している 初回のアセスメントは、生活相談員が措置連絡票や利用者への聞き取りを通じて、生活状況や心身の状況、医療情報などを把握し、「アセスメント表」に記載している。家族関係や緊急時の連絡先などの情報は「フェイスシート」に記載している、これらの情報はカンファレンスを通じて支援員間で共有している。また、アセスメントの見直しは利用者の誕生日を基準に更新している。2回目以降のアセスメントについては、計画作成担当者を中心に、ケース記録や日々の様子、会話などから利用者のニーズや意向等を把握し「アセスメント表」に記載している。		
利用者の希望を踏まえた計画書を作成し利用者の理解に合わせた文章や伝え方をしている 初回の「個別支援計画書」は、入所後3ヶ月以内に、計画作成担当者が中心となり、利用者の希望を踏まえた「個別支援計画書」を作成し、利用者一人ひとりの状況に合わせた文章や伝え方を工夫している。計画書は、生活相談員、居室担当職員、施設長、支援員全てが確認し、加筆や修正を行なっている。「個別支援計画書」は利用者に説明して承認を得ている。計画書の見直しは、利用者の誕生日とし、日々の対話の中からニーズや要望等を把握している。状態変化が見られた場合は計画作成担当者を中心に、各職種や関係機関と連携をして見直しを行っている。		
記録ソフトにより、情報の共有がスムーズに行なえるようになっている 利用者に関する情報は、措置連絡票、「アセスメント表」、「個別支援計画書」、ケース記録などに記載し、記録ソフトを活用して職員間で共有している。記録ソフトの導入により、情報の集約がスムーズに行なえるようになった。また、「ケース記録」に【往診】などの見出しを付けることで、必要な情報が取り出しやすくなっている。申し送りは、朝と15時30分の2回、支援員、看護師、宿直者間で実施しており、申し送り後にはミーティングを行ない、その日の出来事や改善点、看護師からの医療面に関する情報が共有され、連絡ノートで周知を図っている。		

サブカテゴリ-5			
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	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		
●あり ○なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている	○非該当	
●あり ○なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、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	○非該当	
●あり ○なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	○非該当	
評価項目2 サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している		評点(00)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)	○非該当	
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	○非該当	
サブカテゴリ-5の講評			
<p>個人情報の保護については「運営規程」の中で説明し利用者から「同意書」を得ている</p> <p>利用者の「個人の尊厳」を大切にしたい自立支援を心がけ、利用者一人ひとりがプライバシーとプライドを保持し、安心かつ自由な生活を送れるよう支援することを運営方針に掲げ、「運営規程」の34条に沿って個人情報の保護について説明し利用者から「同意書」を得ている。支援員については、入職時に個人情報の保護について説明し「個人情報等に関する誓約書」を交わしている。また実習生やボランティアについても、「運営規程」に基づいて、個人情報保護法の内容や守ってもらいたいことを説明し「誓約書」を交わし、個人情報保護の徹底化を図っている。</p> <p>利用者からの相談については、プライバシーや心情に配慮した対応を心がけている</p> <p>利用者宛ての郵便物等については、直接利用者へ手渡しで行っているが、書留や宅急便等については、記録に残してから利用者へ渡している。また、居室を訪問する際には、事前にコールでアポイントを取る等、利用者のプライバシーに配慮した対応を行なっている。利用者からの相談事についても内容に応じて居室以外に、相談室や医務室などプライバシーや心情に配慮して、ゆっくり話を聞ける環境を確保している。更に、支援員の声かけの仕方や職員同士の会話にも留意し、介助場面では同性で対応する等、利用者の羞恥心に配慮した支援を行なっている。</p> <p>利用者へ押し付けにならないよう留意すると共に生活習慣等に配慮した支援に努めている</p> <p>援助の過程において、利用者側に押し付けにならないよう留意した対応を心がけている。特に、精神的に不安定な利用者についてはその日、その時の表情や態度を注意深く観察し、接する距離間を調整するよう努めている。また、利用者の価値観や生活習慣については、入所時の情報や日々の生活の中で把握して「生活記録」に残し支援員間で共有している。地域の教会や趣味の麻雀で行きなれた場所に出かけている利用者や遠くまで出かけられない利用者には地域のサークル情報を提供している。更に、事業所内でも麻雀を整備し利用者同士の交流を支援している。</p>			

サブカテゴリ-6			
6	事業所業務の標準化		サブカテゴリ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	
	●あり ○なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	○非該当
	●あり ○なし	2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうか定期的に点検・見直しをしている	○非該当
	●あり ○なし	3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	○非該当
	評価項目2 サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている		
	評点(〇〇)		
	評価	標準項目	
	●あり ○なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は変更の時期や見直しの基準が定められている	○非該当
	●あり ○なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	○非該当
サブカテゴリ-6の講評			
<p>業務分担表やマニュアルを整備し、ケアワーカー室に設置して業務の標準化を図っている</p> <p>「業務分担表」や各種マニュアル、手順書等を整備して業務の標準化を図っている。「業務分担表」はケアワーカー室に掲示しており、常に確認できるようになっている。また、利用者の状況やフロアの状況等に応じて見直しが必要になった場合は、ミーティングで話し合い「業務分担表」に、加筆・修正を行なっている。各種マニュアルや手順書等は、ファイリングしてケアワーカー室に設置しており、支援員が分からない時や業務の振り返り等で確認している。更に「新人職員用マニュアル」は支援員が入職時に気づいた事や困った事等を参考にして作成している。</p> <p>基本のマニュアルについては年に1度確認をして必要に応じて見直しをしている</p> <p>各種マニュアル(生活支援員業務マニュアル、緊急時対応マニュアル、感染症マニュアル等)や各種手順書(クラブ活動、行事、介護手順、実習生受け入れ等)については年1回、主任やリーダーが確認を行なっている。見直しが必要な箇所については施設長が見直しを行なっている。職員も日々の業務の中で、気づいた点等はマニュアルや手順書に付箋をつけて、見直しの提案を行なっている。また、外部サービスを利用している方の利用状況などを一覧にした表を作成して、デイサービスの準備など効率的に支援を行なっている。</p> <p>利用者及び職員からの意見や提案等はミーティングで検討し見直しに反映している</p> <p>利用者及び支援員からの意見や提案等はミーティングで検討し、業務分担表やマニュアルや手順書などの見直しに反映している。利用者からは日々の会話の中や利用者懇談会、「個別支援計画書」の説明時等で意見や要望等を聞いている。施設長は毎月1回、支給金を配布する際、利用者の居室を訪問し、利用者からの意見や要望等を聞く機会を設けている。利用者からの意見や要望等については、ミーティングで検討し、「個別支援計画書」や各種手順書等の見直しに反映している。また、支援員からは、個別面談時や各会議等を通じて把握・検討している。</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	36 / 36
1	評価項目1 個別支援計画に基づいて自立生活が営めるよう支援している	評点(〇〇〇〇〇)	
	評価	標準項目	
	●あり ○なし	1. 個別支援計画に基づいて支援を行っている	○非該当
	●あり ○なし	2. 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している	○非該当
	●あり ○なし	3. 利用者一人ひとりがその人らしく生活できるよう支援を行っている	○非該当
	●あり ○なし	4. 利用者の支援は関係職員が連携をとって行っている	○非該当
	●あり ○なし	5. 介助が必要になった利用者には、介護保険サービスの利用による支援の体制を整えている	○非該当
評価項目1の講評			
<p>介護保険利用者も増加傾向にありアセスメントを基に「個別支援計画書」を作成している</p> <p>入所案内には「養護老人ホームは、身の回りの事をおおむねご自身で出来、経済的、環境的な理由から入所が必要と判断された、65歳以上の方にご利用いただく福祉施設です」とある。評価時の平均年齢は80.3歳、平均要介護度1.32、平均入所期間は4年8ヶ月である。身の回りの事はおおむね自身で出来る事が入所条件であるとは言え、生活動作支援が必要な利用者が増加傾向にある。入所時に作成された「アセスメント表」を基に計画作成担当者(生活相談員)と居室担当者が連携して「個別支援計画書」を作成している。</p> <p>1日に1回は利用者へ声掛けを行ない本音を引き出し「個別支援計画書」に反映している</p> <p>生活相談員をはじめ支援員は利用者との会話を大事にしたいとの思いがある。1日に1回は利用者とは話すように心がけ、利用者と廊下ですれ違う時にも気軽に声掛けを行ない、本音を聞き出すようにしている。利用者調査でも「看護師が気にかけて声をかけてくれます」「よく声をかけてくれます」等の声がある。居室担当制とし、週1回、グループミーティングを行ない、支援員のスキルにばらつきがある時にはその都度声かけを行ない、違う人の視点について話し合いを行ない、利用者の個性に配慮し理解を深めるようにしている。</p> <p>介護保険サービスが必要な利用者が増加傾向にあり介護保険申請を行なっている</p> <p>日々の申し送りや電子会議、記録等により情報共有が行なわれ、利用者の状況変化について各支援間で理解を深めている。生活相談員が個別支援計画について利用者と面接する時には、記録用の紙を持たず日常生活の話等について利用者が本音で話す事が出来るよう会話方式とし、会話の中から計画を立てたいとしている。利用者全体の平均要介護度は1.32であるが、要介護度1が11名、要介護度2が3名、要介護度3.4が各1名である。利用者の必要に応じて介護保険を申請し、居室清掃や入浴介助、デイサービス利用などが行なわれている。</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>食事摂取状況にばらつきがあり自立摂取者と要介護者の時間を分け2部制としている 食事時間は利用者のADL(日常生活動作)にばらつきがあるため、食事介助や見守りが必要な人、自立している人などに分け2部制としている。嚥下障害があり見守りや介助が必要な人、食べこぼしがある人、配膳・下膳が必要な利用者等が10数人おり1部の利用とし、食べこぼしやむせがあった時にもすぐに対応出来る体制としている。2部は食事が自立している利用者の時間である。食事介助の利用者の食べこぼしなどを気にする自立摂取の利用者もあり、食事時間を分ける事により双方が落ち着いて食事が出来る環境を整えている。</p> <p>栄養士が食事時間に巡回を行ない利用者の要望を聞き取り献立に反映している 栄養士は定期的に食事時間に見回りを行ない、食事の摂取状況を観察し、「すりおろし食は嫌だ」など食事形態の内容について利用者からの要望がある場合には個別に対応している。医師からの食事処方によるアレルギー、薬との飲み合わせなどにも対応している。受診や外出で食事時間に遅れる場合は事前に連絡がある時には配膳可能な時間まで取り置きし、遅れる場合には代替食の用意があるが、利用者が自分で用意する事が多い。</p> <p>利用者の食事への楽しみ企画として外食や寿司の取り寄せなどを企画し喜ばれている 給食懇談会を定期的に行ない利用者や栄養士が食事について意見交換を行ない、利用者からの要望を聞き取り日々の献立作成に反映している。選択食も工夫し、朝食はご飯かパンの選択が可能である。お楽しみランチも計画し、肉料理はチキンカツか豚の角煮、魚料理は魚の照り焼きか金目の煮付け、麺類ではラーメンか焼きそばか等の選択食がある。利用者からの要望が多かった大型レストランでの外食ツアーや寿司のお取り寄せ等も行なっている。デザートはティールームとしてお汁粉、塩昆布、緑茶が用意され利用者は身体も心も温まり楽しむ事が出来ている。</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>入浴前には血圧測定を行い「入ります」、「あがりました」の報告をお願いしている 養護施設としては他に無い居室環境が整い、居室内にトイレとシャワーが設置されている。他に大浴場もあり、男女別に入浴時間が設定されている。入浴前にはヒートショック予防のために必ず血圧測定を行い健康状態を把握している。羞恥心に配慮し入浴中の浴室の見回りは行っていないが、入浴が長い利用者もあり、入浴前には用紙を持って来て「これから入ります」と支援員に伝え、入った時間をメモしている。終わった時も同じく「あがりました」と伝えるようにしている。コロナ感染時期には女性の入浴時間は9時からとし1人1時間と設定していた。</p> <p>大浴場は週2回の利用であるが居室内のシャワー利用により清潔が保たれている 男女別の浴室の利用時間は浴室前に掲示している。入所のしおりには夏季と冬季の利用時間を掲載し夏季は週2回、冬季は週3回の利用となっている。夏季の利用は週2回であるが居室でのシャワー利用は随時可能である。入浴時間は9時から15時と設定されており、就寝前に入りたい人は居室のシャワー利用となっている。シャワー利用時にも「入ります、出ました」の報告をお願いしている。入所時には入浴は清潔保持のために週2回以上は入浴してくださいと伝えている。利用者によってデイサービスで入浴している場合もある。</p> <p>入浴の楽しみとして柚子湯、菖蒲湯、季節毎に香りの良い変わり湯を用意している 大浴場とは別に個室も2カ所ある。1人で入りたい人や介護保険利用によるヘルパーの介助が必要な場合の利用となっている。大浴場の巡回は行わないが、ナースコールの設置もある。浴槽は手すりがついているものの浴槽が深く、座った時に足が浮いてしまうとの利用者の声もある。入浴の楽しみとして毎月各種の入浴剤を使用し、夏にはクール浴剤を使用している。柚子湯や菖蒲湯など季節を感じる変わり湯を用意しており、利用者からは変わり湯に入りたいとの声がある。浴室は支援員が清掃を行ない更衣室の棚や脱衣かごの消毒も励行している。</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>内科を中心に多科の嘱託医との連携により事業所内での健康管理が充実している</p> <p>看護師1名が配置され、利用者全体の健康管理、服薬管理を行っている。今年度より看護師のデスクはケアワーカー室に移り、看護師も支援員と同室となり、利用者の健康状態についての情報共有が行ないやすくなっている。ケアワーカー室は食堂に行く途中にあり、利用者は気軽に看護師に健康相談を行なう事が出来る。事業所周辺はバス、電車等の交通手段が乏しく、通院が難しい環境であるが、協力医療機関との連携により多科の往診体制が充実している。内科、眼科、歯科、皮膚科、精神科の往診があり、定期診察や定期処方を受ける事が出来る。</p> <p>誤薬防止について支援員間で検討を重ねているものの落葉対応が難しい状況である</p> <p>誤薬が多い事が課題となっており、誤薬防止について職員間で検討を重ねている。薬の飲み忘れが多い利用者には、「お薬カレンダー」を用意してもらい、薬剤到着後には薬剤の指定時間に沿って薬をカレンダー内に収納し、食事時間に薬を持参してもらい、服薬確認をしている。誤薬の多くは服薬時の落葉が多く、口を開けてもらい支援員が薬を口腔内に直接入れる等の工夫をしているが、片麻痺がある場合等口から洩れ落ちる事もある。自立度の高い利用者であっても飲み忘れがあり、誤薬防止への対応は難しい状況と思われる。</p> <p>入所時には延命に関する意思確認書を作成し毎年内容の確認を行ない更新している</p> <p>利用者全体の平均要介護度は1.32であるものの、精神疾患や認知症の進行が見られる利用者もあり、介護予防への取り組みに力を入れている。各種レクリエーション参加、外散歩、ラジオ体操参加、居室清掃、大掃除参加など介護予防活動に参加した場合には出席カードを用意し、参加時にはシールを貼るなど転倒予防も含めた活動参加への意欲を高める工夫をしている。入所時には延命の意思確認書としてマイノートを作成し、緊急時や急変時の対応について家族や利用者の要望を聞き、誕生日に内容の変更の有無について確認し必要時更新している。</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)
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>心身状況の変化を把握し支援が必要な場合には介護保険利用への検討を開始している</p> <p>養護老人ホームの事業目的として、「利用者がその有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営む事が出来るように支援する事を目的としている」と明記している。利用者50名に対し生活支援員は5名の配置とし日勤、早番、遅番、宿直、夜勤の体制である。看護師は1名で日勤のみの配置である。平均要介護度は1.32、排泄介助を要する人も1名在籍している。食事時間や食堂の行き帰りなど利用者の身体状況を把握し、認知症の進行や加齢による変化が見られる時には介護保険利用への検討を開始している。</p> <p>高齢化や虚弱傾向がみられ外部の支援が必要な時には介護保険施設への移行が行われる</p> <p>養護老人ホームは「社会的な支援が必要な高齢者を、市区町村が公平な判断により入所の決定をする「措置施設」である。入所にあたっては「身の回りの事がおおむね出来る人が対象」となっている。評価時の事業プロフィールでは平均年齢80.3歳、平均要介護度は1.32である。生活相談員2名が在籍し、区市町村や福祉事務所などの措置元との連携を強くし、利用者の変化に対応している。高齢化や虚弱傾向が見られ日常生活に外部の支援が必要となった場合には、措置元と生活相談員の連携により介護保険施設への移行などの対応を行なっている。</p> <p>心に傷を負っている利用者が多く事例を通したソーシャルワーク研修を開催している</p> <p>利用者は様々な生活課題を抱えて入所されるため、対応についての研修が必要となっている。職員研修ではソーシャルワークの研修に力を入れ、年3回専門家呼び、事例に基づいた研修を行っている。利用者への支援の中から実例を通して得た経験を基に質疑応答を多くした研修内容としている。利用者間でトラブルがある時には、1人ずつ居室で個別に話を聞いている。施設長も毎月の支給金を渡す時期には各居室を回り利用者の思いに耳を傾けている。利用者懇談会では生活の規則についてなど話し合いを行っている。</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

クラブ活動では楽しみながら足腰を動かし筋力アップを図り転倒予防に繋げている

コロナ禍も終わり楽しみ活動を再開している。クラブ活動はアクティビティケアを目的として多彩な活動がある。フラワーアレンジメント、書道、折り紙、体操などがある。特に音を楽しむ会ではトライアングルや鈴を用いて隣の人とリズムを合わせるリズム体操、合奏、足の体操、歌詞の音読などがある。音楽を通して身体を動かし足腰の筋力アップを図り転倒予防に繋げている。鈴演奏も月2回行い行事の時に中庭で披露している。映画鑑賞は利用者の要望により内容を選択している。季節行事として正月飾りを共同で行い、賑やかな雰囲気を演出している。

利用者の生活は基本的に自由であり届け出により外出や外泊も開始している

利用者の生活は基本的に自由である。コロナ感染状況も5類対応となり届け出により家族や友人との外出や外泊も開始しているが、養護施設の特性として家族交流は少ない。利用者によっては趣味の会への参加として地方に出かける事もある。事業所内での役割として大掃除の時には洗濯室や配膳台清掃、日々の役割としては食堂のテーブル拭き、ごみ集め、手洗い場所のペーパータオルを捨ててもらい、シーツ交換時のシーツのまとめなど出来る事に参加してもらっているが、全体に高齢化が進み、参加者は少なくなっている。

廊下やトイレなど共有スペースは支援員や生活相談員が行かない食堂は外部委託としている

近隣にグラウンドが設置され散歩コースとして利用する利用者も多く、秋にはどんぐり拾いに行く事もある。事業所周圍の道路は道が狭く交通量も多いため、利用者が外出する際には道案内、注意するポイントなど、安全に外出出来るように支援をしている。廊下やトイレの清掃は支援員や生活相談員が行かない、週1回は宿直者が夜間に念入りに行っている。食堂は養護老人ホーム・軽費老人ホームで雇用している職員が床掃きやエレベーター前の掃除を行ない清潔が保たれている。

7 評価項目7 施設と家族との交流・連携を図っている		評点(〇〇〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 家族との接し方について本人や家族等の意思を確認している	○非該当
●あり ○なし	2. 家族等との外出・外泊・面会時間は可能な限り希望に応じている	○非該当
●あり ○なし	3. 家族が参加できる施設の行事を実施している	○非該当
●あり ○なし	4. 利用者と家族がゆっくり話せるように配慮している	○非該当
●あり ○なし	5. 緊急時に家族等と連絡が取れる体制を整えている	○非該当
●あり ○なし	6. 家族からの相談に対応する体制を整えている	○非該当
評価項目7の講評		
<p>事業所全体の電話の傍に電話の取次ぎが出来ない家族の詳細について明記している</p> <p>事業所の特性として複雑な事情を抱えている方、親族との関わりが薄い方もいるため、基本的に措置元やキーパーソンとしか連絡は行っていない。事業所の代表電話の傍に利用者のキーパーソン一覧表を置き、電話の取次ぎが出来ない家族等の詳細について明記し、利用者の安全を確保している。入所面接や個別支援計画作成時には家族との接し方や連絡先について利用者の意思を確認し慎重な対応を行っている。利用者によって家族との交流が可能な場合には生活相談員により職員間で情報を共有し対応している。</p> <p>コロナ5類対応となり利用者との居室面会が再開されている</p> <p>利用者によっては家族交流が可能な場合があり、外出や外泊を行う場合がある。外出時には外出届を提出し戻った時には支援員に声掛けするようお願いしている。外泊届は事前に提出する事とし、連絡先を必ず確認している。入所案内にはコロナ5類対応となり事業所内に感染者の発生はないものの、周辺では感染者が散発する事もあり、感染対策についての事業所のルールに従ってくださるとの注意書きを添えている。家族面会は多くは無いが、手消毒、マスク着用にて居室面会を再開している。</p> <p>家族からの相談には生活相談員を窓口として相談室または居室で対応している</p> <p>緊急連絡先については特に注意深く対応しており、家族の関わりについて別途、詳細を用意している。家族との外出は稀であるが、外出先で具合が悪くなった時には同行している家族に受診してもらうようお願いしている。入所時には措置元との話し合いにより緊急連絡先は措置元に連絡する事としている。入所後に延命確認書としてマイノートを作成し、緊急時の連絡先等について利用者本人の意思確認を行ない、毎年変更が無いかを確認している。家族から相談がある時には相談室または居室にて生活相談員を窓口として対応している。</p>		
8 評価項目8 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者が職員以外の人と交流できる機会を確保している	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者が地域のさまざまな資源を利用する機会を設けている	○非該当
評価項目8の講評		
<p>市報や広報誌は手に取りやすい場所に置き広報誌により地域情報を得る事が出来る</p> <p>市報や広報誌はケアワーカー室前に置いており、食堂の行き帰りに手に取る事が出来る。ホームページや広報誌には地域情報を掲載している。事業所周辺には気軽に立ち寄れる店舗がなく、コンビニもやや離れた場所にある。事業所前の道路も道幅が狭い割に交通量も多いため、利用者が最初にコンビニに出かける時には地図を渡して説明はするものの、職員が同行したり見守ったりする場合もある。事業所前の道路は道が狭い上に丸みを帯びており、歩行器やシルバーカーでは転倒の危険があり歩行器での外出時はタクシーを利用している。</p> <p>「いきいきさんデー」や「ぼぼたんカフェ」などの行事に地域住民の参加を募っている</p> <p>事業所の取り組みとして地域貢献に取り組んでいる。地域住民が参加する行事として、地域交流をテーマとしたお祭りイベントである「いきいきさんデー」、利用者と家族、地域交流として「ぼぼたんカフェ」、高齢者のため込み片付け支援事業、花プロジェクト、地域高齢者の活動場所として「ひまわりの会」、小学校に出向いて高齢者疑似体験及び中庭でのダンス披露、社会福祉法人との連携によるフードドライブなど地域住民との交流が多彩である。更に理美容によるネイルアートや訪問販売として業者による月1回移動販売があり利用者に喜ばれている。</p> <p>買い物や通院は地域的に不便であり事業所の車を利用した外出が企画されている</p> <p>事業所周辺は文教地区であり保育園、小学校、中学校、高校、大学等々があり、近隣に店舗や病院などの施設がない。バスや電車も離れた所にあり坂道も多く交通が不便な地域である。トイレトペーパーや紙パンツ、洗面用品等の生活必需品について支給されており、出張理美容もあるが、季節の衣類など買い物が必要な場合は家族同伴やタクシーを利用している。利用者の要望により事業所内の車を利用してレストランでの外出に出かけたり、大型店舗での買い物デーも計画されている。地域の公民館や福祉会館への利用者の参加は自由となっている。</p>		

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	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	地域の高齢者支援と活性化、多世代交流・人材育成など地域貢献活動に取り組んでいる	
内容①	社会福祉法人としての責務である地域貢献に積極的に取り組んでいる。各包括支援センターの依頼を受けて地域の高齢者の孤立防止を目的に「片付け支援」を行っており、制度の狭間への取り組みでもある。今年度は4件の依頼があった。社会福祉法人連絡会における「フードドライブ活動」、地域の相談窓口を加盟法人にて実施している。更に地域交流をテーマにした「いきいきさんデー」ではイベントを行ない地域の活性化に取り組み、地域の教育機関や小中学校との交流、大学の講師としての職員派遣など地域の福祉人材の育成としても貢献している。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-2	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
タイトル②	利用者の状態に応じて食事提供を2部制にして安心・安全な環境を整えている	
内容②	当事業所は、ADL(日常生活動作)が高い利用者と要介護状態の進んだ利用者が共に生活しており、その傾向が更に進んでいる。これまでは一堂に会して食事をとっていたが、お互いの視線が気になることもある。支援員にとっても、見守りや食事介助の場面で安全を確認しにくいこともある。そこで、食事の提供を2部制にし、先に1便で見守りや介助が必要な利用者、その後の2便でADLが高い利用者に提供しており、利用者は他の利用者の様子や視線を気にせず、安心して食事をとる事が出来ている。支援員も安全な環境で食事支援を行なっている。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-4-8	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
タイトル③	1人で外出、外食に行けない利用者の要望に対応し施設内食品販売を開始している	
内容③	コロナ禍によりクラブ活動、レク活動、外食などを実施する事が出来ない状況が長く続いていたが、ウィズコロナの時代となり利用者が少しでも生活の豊かさを感じられる取り組みが必要となり、楽しみ活動を開始している。利用者の要望として①食事会、②衣類買い物ツアー③お楽しみランチ④麻雀の再開を挙げている。外食や買い物は1人で行けないとの利用者声に対応し、利用者の要望が多かったレストランや買い物にグループに分けて行き、1人で外出出来ない利用者のニーズへの対応として今年度は外食会の他に施設内食品販売の実施を開始している。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	近くに病院や診療所など医療機関がないため、家族が居ない人には看護師や生活相談員が事業所の車により通院付き添いを支援している
	内容	事業所は医療機関では無いものの多科の訪問医師の体制を整えている。訪問医療は(内科、皮膚科、眼科、歯科、精神科)と5科の専門医が来所している。事業所は文教地区にあり診療所や病院が近隣に無いため、家族同伴で通院をしてもらう事が多い。家族の居ない場合には自立して外出出来る人も少ないため、事業所の車を利用して看護師等が通院付き添いをする必要がある。看護師は1名の在籍であり、必要によって生活指導員が付き添う事もある。生活指導員は2名在籍し、生活支援を行う事もあり多忙な中であるが、通院同行支援の必要にも対応している。
2	タイトル	利用者の声を大切にしたい支援を実践するために、対話形式などリラックスした状態の中で真の想いを聞き取りニーズを引き出している
	内容	利用者の立場に立った生活支援を行なうことを目指しており、利用者のニーズを把握するため面談形式で行っていた。しかし、利用者が緊張して本音を言い出すことが出来ず、表面的な答にとどまることも多かった。そこで、数日かかっても利用者がリラックスした状態で自然な対話の中で聞き取る方法に変更し、利用者の真の想いを引き出している。また、利用者懇談会も、利用者の意見や要望を聞く貴重な機会であるが、大勢の中では意見が出にくいこともあり、利用者の状況に応じたグループ分けを行ない、より意見を引き出しやすい環境を整えている。
3	タイトル	複数の課題を抱えている利用者もおり、養護施設の職員としてソーシャルワークの視点から支援が出来るよう研修を行なっている
	内容	事業所では、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、他者の苦しみや痛みに対して共感できる、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事を、職員に求めている。複数の課題を抱えている利用者もおり、こうした状況に前向きに取り組んでいる。職員には利用者が自律出来るように心に寄り添い、共に課題を解決出来るスキルの習得を目指し、大学から講師を招いてソーシャルワークの事例に基づいた研修を年に数3回行なっている。職員同士の意見交換も行ない、支援力の向上を図っている。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	ウイズコロナとなり買い物ツアーを実施したが事業所は買い物に不便な地域であると認識され今後の買い物支援への更なる工夫に期待したい
	内容	コロナ感染状況も5類対応となり、長く中止していた外食や外出行事を再開している。事業所の車を利用し買い物ツアーを実施したが、利用者にとって買い物が不便である事が認識された。近隣にコンビニがあるものの、高齢者にとって歩いて行くにはやや距離がある。自転車で出かける利用者は男性2~3名のみである。衣類の出張移動販売は行なわれていたが、利用者に関心が高い食品販売が必要との認識があり、事業所玄関前に業者に依頼し食品等の移動販売を開始している。外出や外食、買い物は利用者の大きな楽しみであり今後の買い物支援に期待したい。
2	タイトル	利用者の状況及び社会的な要請等を踏まえ現在における養護老人ホームの役割を認識し、それに見合った知識・技術の向上を期待したい
	内容	昨年100周年を迎え、第二世紀へと踏み出した。一方、社会情勢や福祉の在り方、利用者の状況・状態も変化してきている。古き養護からの脱却を検討する必要性も高まっている。利用者の受け入れを待っているだけでなく、こちらからアピール・提案していく、アウトリーチの取り組みも求められている。現代における養護老人ホームの役割を認識し、更により良い支援が出来るように、職員の意識を見直し、知識・技術についてブラッシュアップを行なっていくことを期待したい。
3	タイトル	重層的な課題を抱えている利用者も多く、日時によって対応方法を変えるなど、職員の更なる観察力と接遇の向上に期待したい
	内容	当事業所には、さまざまな課題を抱える利用者も多く、中でも心身に不安を抱える利用者もいる。そのため、利用者一人ひとりの状況に応じた接し方が求められる。利用者によっては、日々の状態に応じて接し方を変える必要があり、対応方法が一律ではないこともある。このため、職員には利用者の状態の適切な観察と気づきが重要になっている。そこで、外部講師を招いて、「ソーシャルワーク」研修を実施している。このような研修や事例検討等を積み重ね、日々の業務においても対応方法についてミニ研修を行なう等、更なる接遇の向上に期待したい。