

福祉サービス第三者評価結果報告書【令和6年度】

2025 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	君島 久康	経営	H1202005
	②	中條 りう	福祉	H1302050
	③	津田ほなみ	福祉	H2101072
	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	〒	202-0022		
	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	ホーム長 高橋 睦			
契約日	2024 年 6 月 5 日			
利用者調査票配付日(実施日)	2024 年 7 月 31 日			
利用者調査結果報告日	2024 年 11 月 10 日			
自己評価の調査票配付日	2024 年 7 月 31 日			
自己評価結果報告日	2024 年 10 月 31 日			
訪問調査日	2024 年 11 月 22 日			
評価合議日	2024 年 11 月 22 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)	コロナやインフルエンザ等の感染防止を図るため、引き続き事前検温、手指消毒、マスク着用、連絡先明記等、万全の体制で臨んでいる。利用者調査では、三密回避、換気の上、評価者3名で実施している。評価者は、行政の福祉部門担当経験者、元地域包括支援センター長経験者、社会福祉法人の施設長を選任している。訪問当日は、施設の視察、事前に送付してある利用者調査、職員調査を再度確認し、分析シート及び事業プロフィール、各種資料を基に、会議室でヒアリングを実施している。			

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。

2025 年 月 日

事業者代表者氏名 ホーム長 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(自律)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

2024年9月1日現在の施設利用者を対象とした。

調査方法

利用者100名に対して施設から調査票を配布するアンケート(自記式)調査と評価者による聞き取り調査を併用した。アンケート調査票は、利用者本人が封緘して郵送で評価機関が回収した。アンケート61名、聞き取り8名、計69名の有効回答を得た。

利用者総数

100

共通評価項目による調査対象者数

アンケート	聞き取り	計
92	8	100
61	8	69
61.0	8.0	69.0

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(%)

利用者調査全体のコメント

総合的な満足度としては、「大変満足」が15%、「満足」が62%となっており、満足と答えた人が77%を占めている。設問の中で、「はい」の比率が高かった上位は、次の項目であった。

問7、あなたは、職員の言葉遣いや態度、服装などは適切だと思いますか、の問いは90%が「はい」と答えている。

問8、あなたがけがをしたり、体調が悪くなったときの、職員の対応は信頼できますか、問11、あなたのプライバシー(他の人に見られたくない、聞かれたくない、知られたくないと思うこと)を職員は守ってくれていると思いますか、の問いはいずれも75%が「はい」と答えている。

問5、あなたは、施設の職員が挨拶以外にも日ごろから話しかけてくれるなど、気にかけてくれていると思いますか、の問いは74%が「はい」と答えている。

問10、あなたは、職員があなたの気持ちを大切にしながら対応してくれていると思いますか、の問いは73%が「はい」と答えている。

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. 食事の献立は工夫があるか	36	19	12	2
特別な物でなくても美味しいです。 お寿司とか蕎麦とかが好きです。 量が少ない。歯ごたえがあるものが欲しい。料理の工夫が欲しい。 いつも美味しく頂いています。 安い経費なのに良く頑張って下さり、有り難う、との回答だった				
2. 入浴時間は個人の状況に応じた設定になっているか	35	16	10	8
好きな時に入れます。 部屋のお風呂で入っているので、満足しています。 デイサービスで入っている。 もう少し入浴時間を遅くして欲しい。 19時ごろまで使用できるようにして欲しい、との回答だった				
3. 日常生活に必要な地域の情報を知ることができるか	39	25	1	4
地域の情報はおいてあるのを見ます。 掲示板で見ている。 教えてくれる。 掲示板に貼ってある。 お話やポスター等も沢山貼ってますが、眼が疲れて、書いたり、読んだり大変です、との回答があった。				
4. 健康維持・介護予防に向けての相談をしやすいか	46	15	4	4
相談は、しやすいと思います。 とても親切で話しやすいです。 相談は、しやすい。ちゃんと応えてくれる。 はい、お世話になっています。 よく注意して下さいます、との回答だった				
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	51	14	3	1
良く声をかけてくれます。 よく気にかけて声をかけてくれます。 言葉遣いの優しさにはいつも驚いています。 今は、元気なのでほっといて下さって良い。お気遣いなく。 皆さんとても優しい、親切です、との回答だった				

6. 施設内の清掃、整理整頓は行き届いているか	48	16	3	2
<p>食堂も綺麗になっています。 綺麗です。 綺麗になっている。 掃除も綺麗に行き届いています。 建物がそもそも古いから、仕方ないと思います、との回答だった</p>				
7. 職員の接遇・態度は適切か	62	5	1	1
<p>皆様きちんとされています。 全く気になることはないです。 皆さん丁寧です。 優しく、いつも気配りしてくれる。 いつもカラフルなTシャツで名前が入っているので、分かりやすいです、との回答だった</p>				
8. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	52	10	1	6
<p>ちゃんとやって下さると思います。 職員の方は優しいので、もし何かあればきちんと対応してくれると思う。 ナースコールで呼んでいる。ちゃんと対応してくれる。 安心しています。 皆さん優しい適正な方達だと思います、との回答だった</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	28	22	3	16
<p>特に見たことはなく、信頼できると思います。 経験・体験がないので、何とも言えません。 いさかいやいじめの話は聞いたことがないです。 そういう場面に合ったことがないので、分からない。 まだはっきり分かりません。相談したことがないので分からない、との回答だった</p>				
10. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	50	12	1	6
<p>聞けば何でも答えてくれます。 職員は、しっかり話を聞いてくれます。 とても良くしてくれている。 優しいです。 とても大切にしてくれています、との回答だった</p>				
11. 利用者のプライバシーは守られているか	52	10	1	6
<p>悪い印象はありません。 守ってくれている。ドアを必ずノックしてから入ってきます。 守っている。 よくなりました、との回答だった。</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	33	20	1	15
<p>要望は特にないけど、言えばやってくれると思います。 分かりません。 誠意はあると見受けられます。 相談はしたことはない。 ケアマネジャーを通してですが、との回答だった。</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	29	23	2	15
<p>あまり覚えていませんが、言えば教えてくれます。 分かりません。 ある程度納得しますが、背景に多忙さを感じます。 相談したことがない。 まだ経験していない、との回答だった。</p>				
14. 利用者の不満や要望は対応されているか	37	15	1	16
<p>何でも言えば対応してくれると思います。不満はありません。 良く話を聞いてくれます。 そのような状況を経験していない。不満はないが要望は対応して下さる。 まだ不満・要望を伝えたことはありません。 言うとなんとやってくれる、との回答だった。</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	15	24	10	20
<p>聞いたことはあまりありません。 良く分からないので、との回答だった。</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 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	
	事業所の理念や基本方針への理解が深まるように理念研修等を実施し継続的に学んでいる 事業所が目指す理念、基本方針等について職員の理解が深まるように、様々な対応に努めている。事業計画書では、冒頭、法人のミッションステートメントを謳い、事業経営の理念・現状と課題、経営方針を明示している。事業所では、法人の理念を踏まえ運営方針、課題と対応を挙げている。また、行動指針の明示、法人全体での理念研修等で継続してミッションステートメントを学び、法人の将来計画を立て、地域貢献に繋げている。理念等はケアワーカー室にも掲示されている。利用者や家族に対しては、季刊誌やお便りの送付、ホームページで公表している。 経営層は、自らの役割と責任を管理者会議やフロア会議等を通じて常に周知している 経営層は、基本方針等の実現に向けて、重層的な対応を進めている。朝のミーティング、事業計画策定時の職員会議、理念研修、職員との面談のほか、毎月職員に向けてのメッセージを伝えている。また、事業計画書において課題と対応を明確化し、感染予防、チームワークの形成と向上、地域の一員としての生活支援、利用者の安全への取り組み、人生の終末や救急時の備え等を挙げている。あわせて、法人での統括長会議、事業所での管理者会議、フロア会議、階層別研修、社内ネットワークを通じての発信等、あるゆる場面で取り組むべき方向性を明示している。 重要案件の検討や決定は、法人統括長会議、管理者会議、フロア会議をその場としている 事業所における重要案件の検討や決定の手続きについては、法人の横断的な統括長会議、事業所の管理者会議、フロア会議を決定の場としている。会議の内容は、会議録としてまとめられ、いつでも閲覧が可能になっている。意思決定までの経緯についても、日々のミーティングやフロア会議を有効に活用するほか、社内ネットワークの掲示板でも情報提供に努めている。また、利用者や家族に対しては、事業計画の説明を兼ねた年1回の利用者懇談会や施設内の掲示板によって理解を深めてもらっている。家族会は現在はなく、懇談会の場で意見交換を進めている。	

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>地域の社会福祉法人として連絡会に参加するなど、地域貢献を常に念頭に置いている</p> <p>利用者の意向は、第三者評価での利用者調査の結果、給食懇談会・利用者懇談会の開催、ご意見箱、アセスメント時に把握に努めている。職員の意向は、第三者評価の職員調査結果、日々のミーティングやフロア会議で意見をくみ取っている。福祉の動向は、地域の社会福祉法人として連絡会に参加するほか、地域貢献プロジェクトにおいてその役割を中長期的に捉え、制度に無いニーズに対しての取り組みを常に念頭に置いている。事業所の経営状況は、経営会議、統括長会議、管理者会議を通じて把握、検討し、課題については半期毎の報告会が実施されている。</p> <p>事業所では建物の老朽化や軽費老人ホームの転換を見据えた将来構想の検討を進めている</p> <p>事業所の理念等の実現を目指して、法人では事業計画書で経営方針として①適切な収支バランスの確保、②各事業所の課題整理に対する迅速な対応、③サービスと運営の質を確保するための人材育成と確保、④地域への貢献となる取り組みの検討と実践、⑤職員の働き甲斐に係る職場環境整備を謳っている。こうした方針を踏まえ、事業所においても運営方針と課題対応を明示している。特に、将来構想の検討として、建物の老朽化や軽費老人ホームの転換を見据えた施設の将来構想の策定を進めるとし、利用者の住まい方、環境のイメージ作りの検討を挙げている。</p> <p>「創立百周年の記念日を新しい未来へのスタートにする」と、その方向性は明確である</p> <p>計画の推進方法や目指す目標、達成度合いを測る指標については、事業計画で運営方針と課題対応を挙げ職員に対してその方向性を明示している。また、フロア会議で現状を踏まえての検討、半期毎の報告会によってその進捗状況の把握に努めている。あわせて、管理者会議、統括長会議等の場面でも現状の把握と課題整理が実施されている。特に、事業計画書において法人の経営方針として「創立百周年の記念日を新しい未来へのスタートとし、東京老人ホームブランドを明確に表し、地域の皆様に選ばれる運営を目指します」との考え方を示し明確な決意が窺える。</p>		

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

カテゴリ3の講評		
<p>職員研修で法令遵守をテーマで実施するほか、日々のミーティング等の場を活用している</p> <p>社会人・福祉サービスに従事する職員として求められる法、規範、理念等への理解を深めるために、事業所では、年度の研修計画を策定し、虐待防止、事故防止、BCP研修等に加え、法令遵守の研修を予定している。研修内容は、研修記録として残され、いつでも誰もが閲覧ができるようになっている。また、日々のミーティングや面接時にも法令等についての意識が高まるように努めている。また、職員調査においても、法、規範、倫理を理解しているとの項目では100%が、遵守しているとの設問に対しては89%が「はい」と回答し、意識の高さが窺える。</p> <p>苦情等の窓口は、重要事項説明書での説明や施設内掲示、意見箱等での対応に努めている</p> <p>利用者の苦情等への対応は、法人で第三者委員会を設置するほか、入居時に重要事項説明書等で説明し同意の署名と捺印を得ている。重要事項説明書では、生活相談員の連絡先と受付時間を、さらに第三者委員機構として第三者委員の対応、解決に至らない場合は東社協の運営適正委員会の連絡先が掲載されている。そのほか、施設内掲示、意見箱も設置されている。虐待防止も重視し、泉寮身体拘束適正化指針を定め、身体拘束等適正化検討委員会の開催、職員研修等で意識啓発に努めている。虐待の疑いがある事案は、相談員を中心にした体制を構築している。</p> <p>地域貢献では学校の体験学習、花いっぱいプロジェクト、保育園等との交流を進めている</p> <p>事業所として、地域の一員としての役割を常に考えている。法人の地域貢献プロジェクトでは、地域のニーズを踏まえ新たな実践方法を検討し、具体化に向けた検討を進めている。また、運営の透明性を図る観点から第三者評価結果の開示、季刊誌の発行、ホームページやSNSでの発信に努めている。ボランティア等は、地域の学校の体験学習、保育園との交流等を進めている。さらに、地域の学校への防災教育、「花いっぱいプロジェクト」では利用者の参加もある。そのほか、地域の連絡会や施設長会、東社協の軽費分科会にも職員の派遣等を行なっている。</p>		
カテゴリ4		
4	リスクマネジメント	
サブカテゴリ1(4-1)		
リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 5/5
評価項目1 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる		評点(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

カテゴリー4の講評

経営を阻害するリスクを洗い出し、委員会等を迅速に立ち上げ、最善の対策を講じている

リスクマネジメントの面では、経営を阻害するリスクを洗い出し、委員会等を立ち上げ最善の対策を講じている。また、感染症、災害、防犯等の各種マニュアルも整備し、運用に努めている。発生したリスクは早急に感染症対策委員会、事故防止委員会、防災委員会等を開催し、必要な対応、改善策を協議している。事業継続計画(BCP)については、感染症と自然災害に分けて策定済みで、防災訓練等とあわせて計画に沿った行動ができるように周知している。さらに、感染症のリスク軽減のためのリモート会議の開催、感染予防等の備品類の整備も進めている。

利用者の個人情報、法人の個人情報保護規程を踏まえ、厳格な対応に努めている

利用者情報の収集、利用等については、個人情報保護法に基づき法人の「個人情報保護規程」を踏まえ、契約書、重要事項説明書、事業計画書において厳格な対応方法を明示し、利用者や家族に説明し同意の署名と捺印を得ている。また、収集した情報の利用や整理・管理については、社内ネットワークが整備されていて、各委員会の報告、記録等がいつでも確認できる体制が整えられている。さらに、利用者情報に対するアクセス権限、利用する際のパスワードの設定等を実施している。職員、実習生やボランティアには秘密保持についての誓約を求めている。

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

カテゴリー5の講評

人事評価要綱に基づき、目標面接シートでの評価結果により登用、人事配置に努めている

事業所では、サービス維持・向上策の一つとして「人材の確保と育成」を挙げている。現在の職員数は、23名で、平均勤務歴が長いベテランが多い。採用と育成については事業所に権限が与えられているが、法人として新規採用チームとしての取り組みを進めている。法人の経営方針としても「サービスと運営の質を確保するための人材育成と確保」を謳っている。職員の異動や配置等については、人事評価要綱に基づき、目標面接(チャレンジ・フィードバックシート)により職員個々と面接し、評価結果を踏まえた登用、適材適所の配置に努めている。

職員調査においても、様々な方法で研修を実施していると89%が「はい」と答えている

事業所が職員に求める職責と職務内容に基づいた長期的な展望(キャリアパス)については、業務・役割分担表で職員個々の役割が明示され、人事評価要綱に基づき、目標面接シートによる目標管理面接が実施されている。こうした取り組みによって職員が目指すべき方向性が明快である。人材育成計画は、法人の研修計画、部署内の研修計画が策定されているほか、面接でキャリアアップの方策等を確認している。指導を担当する職員の育成は、階層別研修の場を活用している。職員調査でも「様々な研修が実施されている」と89%が、そう思うと回答している。

人材確保と職場環境の向上を目指して都の「働きやすい福祉の職場宣言」を実践している

職員の定着と意欲向上に向けて、法人として採用計画を策定し、職員に対しては法人や部署の目標を踏まえ個別の目標を立て、業務に意欲的に取り組める体制が構築されている。また、福祉事業所における人材確保と職場環境の向上を図るため、研修計画や育児休暇等の取得などについて再度整理し、東京都が実施する「TOKYO働きやすい福祉の職場宣言」で謳う内容の再点検を実施している。また、NO残業デイ、有給取得目標の設定も進めている。職員の学びは研修レポートの回覧、業務改善への提案等は、日々のミーティングやフロア会議等で共有している。

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・目標・地域の一員としての生活支援。コロナ禍で停滞していた社会活動や社会資源との繋がりを再接続する。利用者が地域の一員として暮らすことは事業所のミッションにも則している。取り組み・①近隣のコミュニティセンターやサロン活動の実態把握。②全国からの入居者で土地勘がないため、地域情報の幅を市内全域に広げた。情報は冊子を集めたり、取り寄せた。③徒歩圏内に公園と周囲に歩道が整備され、自然に囲まれての安全な散歩が実現し、環境の向上に寄与。④保育園の卒園式等に記念品を贈るなど子どもとの交流も復活した。取り組みの結果・利用者の外出し、活動している状況が軽費老人ホームらしさと捉えている。サロンマップを参考に麻雀サロンへの参加、近隣公園に散歩に出かける利用者、利用者同士で連れだって行く姿も増えてきた。なお、2023年度中は、コロナやインフルエンザ等の感染症に警戒しながらの地域社会活動や資源への接続であった。今後の方向性・地域情報の提供は一定の成果を見せている。2024年度は介護保険や総合事業に関わる情報を紹介することとした。具体的には、地域包括支援センターと連携し「地域情報紹介の会」を開くこととした。

<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1で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

地域との連携は、法人のミッションステートメントの中で「利用者、家族、地域の方々と共に、希望、喜び、人間としての誇りを分かち合って生きるコミュニティの実現を目指します」と謳い、併設する各事業所統一ミッションでもある。今回の課題の設定は、そのミッションに則ったものであり、コロナ感染症が5類移行を機に、地域の社会活動、社会資源と再接続するというものであり、目標と時機に叶ったものといえる。特に、事業所の入居は全国を対象とし、土地勘がないことが課題としてあるため、地域情報の提供はその課題を解決するために有効な手段であると考えられる。そのため、情報の把握と収集に走った職員の対応は評価すべきものと思う。また、徒歩圏に公園と歩道整備という環境面の向上策もあいまって、利用者にとっての環境整備が住んでいる。さらに、今後視点を介護保険や総合事業に関わるものに拡大し、地域包括支援センターとの連携で「地域情報紹介の会」の設置は、新たな歩み出しといえる。今後も、法人と事業所のミッションである、地域交流、地域貢献を進め、利用者の住みやすい安全、安心な暮らしの一助としての取り組みを引き続き注視したい。

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・目標・新しいチームワークの形成。処遇の推進、連絡系統、業務の推進をどの職員を中心として進めるのか。主任やリーダーに一極化しがちだった業務を分散し責任感を持って役割を担う仕組みに変えた。取り組み・①処遇上では、介護保険のサービス担当者会議に居室担当(副担当)を中心に参加、状況の把握に努めた。②家族連携も居室担当を中心に相互ラポール(信頼関係)の形成に努めた。③業務に関しては、修繕、ボランティア、地域情報、地域交流、介護予防等を介護職員と分担した。取り組みの結果・①生活相談員に一極化していたサービス担当者会議も居室担当が中心になることで分散した。家族や保証人も相談員以外に誰に相談すればよいか明確になった。②コミュニケーション機会も増え、ラポールの形成に寄与した。③業務については、責任感を持って処理、推進する形を取った。主任や相談員に集約しがちだった業務負担も分散され、残業の片寄りも減りつつある。振り返りと今後の方向性・業務内容は、日々変化するが、窓口が明確になることで、処理がシンプルになった。より責任感を持って主体的に提案し、取り組めるように図った。業務量の平均化は課題として引き続き残っている。

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>事業所では、事業計画書の中で、運営方針と課題対応を挙げ、その一つとして「新しいチームワークの形成と向上」を謳っている。「各職種の専門性、居室担当制、業務管理組織図などを基に、各職員が担う役割を明確にします。各々が主体的にスキームに組み込み、職員の業務量の平均化を目指します」と明示している。特に、利用者の要介護、要支援の割合が増える中、サービス担当者会議等の業務に占める割合が増しつとあり、居室担当を中心に外部サービスの内容が事業所の暮らしと一体化されるようになったという背景がある。そうした状況下での課題設定であり、各職員の担当と役割、責任感の醸成、業務の偏りの解消、利用者との信頼関係の構築等、状況を踏まえた対応でまさにPDCAサイクルで回す取り組みであると評価できる。一定成果も上げ、家族や保証人が誰に相談すれば良いか迷うことなく、相談に繋がられている。今後、業務量の平均化という点では、大きな目標になるものと思う。引き続きの取り組みを注視したい。</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 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇)</p>		
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 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
	○非該当	
	●あり ○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している
	○非該当	
	●あり ○なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している
	○非該当	
	●あり ○なし	4. 利用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
	○非該当	
サブカテゴリー1の講評		
<p>ホームページには事業所が「大切にしていること」が明記され、生活の様子を伝えている</p> <p>利用希望者に対して、ホームページやパンフレット、入所案内等、様々な手段を用い情報を提供している。ホームページを開くと、まず事業所が「大切にしていること」が記述され、「利用者が地域の一員としての役割や社会とのつながりをもって暮らせることが大切」とした事業所の姿勢を示している。その上で明るく温かな写真から、住まいの様子、暮らしの設備、食事内容や活動、楽しみを伝え、生活の様子がわかる内容となっている。さらに「健康で身の回りのことをご自身でできる60歳以上の方」と入所要件を明確にし、料金や申込方法を掲載している。</p> <p>広報誌やホームページなどを媒体とし情報開示を積極的に進め透明性の確保に努めている</p> <p>事業所では、法人発行の広報誌やホームページなどを媒体とし情報開示を積極的に進め、透明性の確保に努めている。広報誌は関係機関などに配布、郵送を行なうとともに、関係機関が行なう活動にも参加している。今年度初めて、市民祭りに法人としてブースを出し地域住民とともに活動に参加した。パンフレットを配布し、軽費老人ホームについて丁寧な説明を行ない、10名以上から相談を受けるなど反響を得ることが出来た。軽費老人ホームに関しては行政の窓口で周知されていない面もあり、地域包括支援センター等を回るなど理解促進に努めている。</p> <p>利用希望者には見学を勧め、直接居室等を見てもらい、生活のイメージを共有している</p> <p>利用希望者には見学を勧め、直接事業所内を確認してもらっている。見学や相談の際にはパンフレット以外に、「ご案内」も作成し活用している。「ご案内」には居室内の写真があり、食事・入浴・健康管理等生活について、利用要件や申込方法、利用料表も記載していて、見学の際には丁寧な説明に努めている。見学者は本人・家族以外にもケアマネジャー、地域包括支援センター職員、病院のケースワーカー等広範囲に及んでいる。相談の電話があった際には軽費老人ホームについて確認しイメージを共有できる様努め、見学希望者と相談員で日程を調整している。</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、同意を得ている		評点(000)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している	○非該当	
●あり ○なし	2. サービス内容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	○非該当	
●あり ○なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している	○非該当	
評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている		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>利用契約書及び重要事項説明書、「利用料規程」を用いて具体的に説明し同意を得ている</p> <p>入所契約時には利用契約書及び重要事項説明書、「利用料規程」を用いて、生活に必要な事項や利用料について説明し同意を得ている。重要事項説明書には運営方針・サービスの概要・詳細な留意事項等々の内容が網羅されている。サービス概要の生活支援の項には、「自己決定・自己選択を原則に自立した日常生活を送っていただく」旨、明記されている。入所時には居室担当を中心に介護職員より「新入所者チェックリスト」に沿って、居室・食事・日常生活等々、具体的な生活のオリエンテーションを行ない、スムーズな生活が始められるよう支援している。</p> <p>入所後は法人の理念に基づき利用者が自分らしく過ごすための支援をスタートさせている</p> <p>入所前面接時に1日の生活・過ごし方や食事の嗜好、入所後の意向などを聴きとり、面接表に反映し職員間で共有している。入所後は法人の理念に基づき、利用者が自分らしく過ごすための支援をスタートさせている。食堂で会った時などには声掛けを行ない、入所時に説明した事項、生活のルールやナースコール等についても、理解できるよう繰り返し説明している。自宅で使用していた物品の持ち込みを可とし、利用者が望む居室になるよう支援している。さらに新規入所者を食堂で、他の利用者に紹介し不安なく馴染めるよう橋渡しを行なっている。</p> <p>本人・家族と話し合う機会を設け、今後の暮らし方を明確にする取り組みを行なっている</p> <p>事業計画には、「人生の終末や救急時等に対する備え」として、利用者がどのような希望や考え方をしているのか確認する機会をつくり、安心して自分らしい人生を送れるように支援する旨、記載している。実際に日常生活において、介護が必要になった際には、事業所で外部サービスを使い暮らし続けるか、在宅復帰、他施設の利用など、本人と家族がともに話し合う機会を設け、今後の暮らし方を明確にする取り組みを行なっている。ケアマネジャーや他施設相談員、保証人などと連携し、希望に合わせた生活が継続されるよう配慮している。</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(000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別支援計画を作成している		評点(0000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画を利用者にわかりやすく説明し、同意を得ている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定めたうえで、必要に応じて見直ししている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	<input type="radio"/> 非該当
評価項目3 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している		評点(00)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしくみがある	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	<input type="radio"/> 非該当
評価項目4 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している		評点(00)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-3の講評		
<p>アセスメントは居室担当職員が行ない、本人の想いが伝わる内容となっている</p> <p>利用者一人ひとりに関する必要な情報は、居室担当職員がアセスメントし指定の様式に記録している。アセスメントの内容は日常・健康・社会の項目に分かれ、生活に対する本人の意向、本人が感じている課題等も記録する様式となっている。居室担当者は聞き取りの場面だけでなく、日常の中での関わりや、会話も大切にしており、アセスメントシートには具体的な行動等がわかるような内容となっている。生活に対する意向欄には希望や、将来の不安等も記録され、本人の想いが伝わる。具体的なアセスメントから利用者像を把握し、施設支援計画書に繋げている。</p> <p>計画書は利用者の想いや希望が反映され、利用者本人に丁寧に伝えている</p> <p>施設支援計画書は利用者の想いに沿った形で相談員が作成している。計画書には、運動・移動、日常生活、社会参加・コミュニケーション、健康管理等の項目があり、現在の状況と合わせて本人・家族の意向が明記されている。利用者の趣味や希望が反映され、生活の楽しみを支援する内容も盛り込まれている。利用者にはわかりやすく説明することを意識し、個別に居室を訪問し、計画を伝えるようにしている。計画書は一年に一度アセスメントから見直しを行ない、必要時には適宜見直しも行なう。職員は、日常から利用者の変化を捉える視点を大切にしている。</p> <p>利用者の適切な状態把握に向け、多職種で連携し、情報を共有する仕組みがある</p> <p>利用者の日々の変化については、記録や、朝のミーティングで関係職員が確認し、情報を共有している。朝のミーティングには介護職員、相談員、看護師、施設長等が集まり報告や申し送り、職員の姿勢も確認する場となっている。重大な要件があった際は関係職員によるカンファレンス、フロアミーティングを実施することもある。新たな記録システム(グループウェア)の導入により、情報の共有と検索が容易となった。職員はこのグループウェアを活用し個別に申し送りを行なっている。多職種が連携し、利用者の状況を把握できる仕組みが構築されている。</p>		

サブカテゴリー5			
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	5/5
評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している		評点(000)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得ようとしている	<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(00)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当	
サブカテゴリー5の講評			
<p>ホームページに法人の「個人情報保護方針」を掲載し法人の姿勢を明示している</p> <p>ホームページに法人の「個人情報保護方針」を掲載し法人の姿勢を明示している。その取り組みについては、法人が保有する利用者等の個人情報に関し適正かつ適切な取扱いに努力するとともに、自主的なルール及び体制を確立し、ガイドラインを遵守、個人情報の保護を図る、としている。その上で利用目的を通知または公表し、その範囲内で利用する旨記載している。重要事項説明書にも、利用者の個人情報の使用範囲を示し、同意を得ている。また重要事項説明書には、利用者等の秘密保持について述べ、開示・漏洩しないことが明記されている。</p> <p>利用者の自主性を尊重し、理念に「プライバシーの尊重」を掲げて実践している</p> <p>事業所は長い歴史を持つ法人が運営を行っており、開所当初から個室を基本として、プライバシーの尊重を大切に考えてきた。プライベート空間である居室には、本人不在の状況で立ち入らないことを原則としている。居室には浴室が併設されており羞恥心への配慮が徹底され、介助が必要な場合には利用者の希望に応じている。また個人宛の郵便物は各居室のポストへ職員が配布している。さらに利用者より相談を受ける場合には相談室で対応し丁寧に耳を傾け、肯定的、共感的理解を示す「傾聴」に努めている。利用者の立場に寄り添う姿勢を明確にしている。</p> <p>高齢者虐待や身体拘束防止の研修は、毎年実施し職員に対する意識づけを行なっている</p> <p>事業所では利用者の自己決定・自己選択を原則とし、支援の際には利用者の意向を確認するよう努めている。入所当初から、居室担当職員がアセスメントし、一人ひとりの意向とともに価値観・生活習慣、生きがいや配慮事項を聞き取り、職員間で共有し支援に役立てている。また利用者の権利を守り、個人の意思を尊重するために、年間を通し研修会を実施している。高齢者虐待や身体拘束防止にかかる研修は、毎年実施し職員一人ひとりに対する意識づけを行なっている。その中で利用者の行動を制限する声かけ、「スピーチロック」についても学びを深めている。</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(000)	
評価	標準項目
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている <input type="radio"/>非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうか定期的に点検・見直しをしている <input type="radio"/>非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している <input type="radio"/>非該当
評価項目2 サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている 評点(00)	
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	
泉寮マニュアル、業務工程表、救急・緊急時マニュアルなど状況に応じて作成している 泉寮マニュアル、業務工程表、救急・緊急時マニュアルなど状況に応じたものを作成している。業務工程表には明け・早番・遅番・宿直・看護師等の業務内容が時系列に記載され、備忘録の一つとなっている。さらに業務ごとの「宿直業務流れ」や「夜勤明け業務の流れ」があり業務内容や手順が詳細に記載されている。さらに「備考欄」が設けられ、その中には「いつも早めに食堂に来ている方が来いない場合、事故の可能性も考えられるためコールを早めにする」と等、注意事項や気づきを促す記述もみられ、新人職員には有効である。	
「服薬マニュアル」を活用し、読み合わせを行なうことで誤薬防止に努めている マニュアルの中には「服薬マニュアル」がある。職員間で「服薬介助チェックシート」で学びロールプレイを行なっている。「服薬介助チェックシート」は「チェック内容」に行なうべき内容と注意事項、確認事項が網羅され、一つの工程表となっている。毎月「服薬マニュアル」を読み合わせを行なう日を決め、誤薬防止を意識づけている。自立度の高い利用者も多く薬の管理についても課題となる場面がある。医療との連携は重視しており、必要に応じて職員が通院同行を行なうこともある。自立した生活を支え健康に配慮したきめ細やかさが窺える。	
業務改善に繋げるため、職員間でのより一層のコミュニケーションが求められている 提供しているサービスについて内容が現状に合っているのか等は、ミーティングにて検討している。ミーティングでは申し送りの時間を短縮し、意識的に業務や処遇を検討する時間を増やし、業務改善に繋げている。大枠の業務ごとに実施責任者を配置し、業務組織図や事業計画をもとに各職員が何を任されているのかを明確にし、業務に取り組めるよう仕組み作りをしている。一方職員調査では、標準化を図る取り組み欄において、課題と捉えている職員が多く、より一層のコミュニケーションと伝わりやすいマニュアルの作成・活用が求められている。	

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

		サブカテゴリー4																
サービスの実施項目		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況																
		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" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">評価</th> <th style="width: 65%;">標準項目</th> <th style="width: 20%;"></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 style="text-align: center;">○ 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 style="text-align: center;">○ 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 style="text-align: center;">○ 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 style="text-align: center;">○ 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>施設支援計画書に基づく支援を実施し、ケース記録等に記載して経過を把握している 施設支援計画書を策定し、居室担当を中心に各職種の意見を交えて処遇方針を決めている。利用者に関する情報は早めに職員へ回覧し、各自で確認している。施設支援計画書に基づいた支援の結果は、ケース記録や業務日誌に記載して経過を把握している。また、コミュニケーションについては、アセスメントシートを活用して、スマホの使用や集団に向けて説明する場面では、個別に書いて説明する等の配慮を行なっている。特に、行動・心理症状のある利用者に対しては、不安を軽減するため、声かけの方法を検討し、職員間で統一した支援に努めている。</p> <p>利用者の生活習慣等を丁寧にアセスメントし自分らしく過ごせるように支援している 利用者の生活習慣や趣味・嗜好等を丁寧にアセスメントし、事業所での生活について、食事、入浴、掃除、洗濯、行事、クラブ活動、外出・外泊、健康管理、通院、介護保険サービスなどを分かりやすく説明している。また、利用者が自立した生活を継続できるよう、法人の理念に基づき、利用者一人ひとりが自分らしく過ごせる環境づくりに取り組んでいる。そのため、利用者の生活状況や希望を的確に把握し、これまでの生活習慣や趣味活動が継続出来るよう必要な情報提供や活動のサポートを行なっている。さらに、状況に応じた柔軟な支援を心がけている。</p> <p>利用者にとっては事業所や職員は社会資源の一つであることを自覚して対応している 利用者支援において、事業所や職員は、自身が支援の資源の一つであることを認識し、責任を持って対応している。職員間では、1日2回のミーティングを実施し、利用者の生活状況や支援内容について情報共有と協議を行なっている。また、連絡窓口を生活相談員と居室担当に明確化し、外部のサービス提供機関や家族等との連携強化に努めている。昨年度、新たなチーム体制を整備し業務分担を明確化した。特に、介護保険のサービス担当者会議には居室担当が中心に参加し、外部サービスの内容を把握し事業所での生活と一体化させる取り組みを行なっている。</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(00000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者が選択できる食事を提供している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 食事を楽しむ工夫をしている	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2の講評		
<p>利用者の状態に合わせた食事形態を直営の厨房により柔軟に変更が可能になっている アセスメントを実施する際、利用者の食事の摂取状況や嗜好を聴き取り、その内容をアセスメント表に記録して職員間で共有している。これの情報を基に、利用者の咀嚼や嚥下機能、体調不良時の状況に応じて、主食はご飯・軟飯・粥の形態で、副菜は常食・粗刻み・極刻み・ペーストの形態で提供している。また、医師の指示に基づき、療養食や検査時の消化食など、利用者の状態に応じた特別食の提供も行なっている。さらに、アレルギーや嗜好に応じた代替食を用意することで個々のニーズに応えている。厨房は自営のため、柔軟に変更対応が可能となっている。</p> <p>栄養士による懇談会や日々のミールラウンドで利用者の意向をメニューに反映している 利用者の意見や要望を把握し、メニューの工夫に役立てている。年1回、管理栄養士と利用者による懇談会を開催し、「どんな物が食べたいか」といった利用者の意向を聞き取っている。カレーライスが人気が高く、麺類の提供も喜ばれている。特に、コロナ禍では食事が居室対応だったため麺類の提供が難しく、食堂で提供が再開されたことで待望のメニューとなっている。また、管理栄養士は、ラウンドを通じて、利用者の食事の摂取状況や意見を把握し、メニューに反映している。さらに、栄養士の実習生による残渣調査の結果も献立作成に活かしている。</p> <p>選択食や行事食、季節の食材等の提供で楽しい食事時間となるよう工夫している 利用者の状態や要望を反映した食事提供を行っており、基本的には食堂での提供を原則としている。ただし、体調不良時は居室での提供にも対応している。食事の提供時間は1時間を確保しているが、衛生管理上2時間までは取り置きが可能となっている。また、外出等で食事を摂らない場合には、事前に申し出るようになっている。食事を楽しむ工夫として、選択食では事前にアンケートを実施し、A又はBか好きなメニューをら選ぶ楽しみを提供している。さらに、誕生食や麺類の日、行事食の提供、季節の食材を使用したメニューの工夫などが行なわれている。</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		
<p>各居室に浴室が設置されており利用者のペースでゆったり入浴できる環境を整えている</p> <p>全室個室で各居室には浴室が設置されている。基本的な入浴時間は8:30~18:00とし、居室内に入浴時間の案内を常備している。食事時間を安否確認の重要な機会とし、夕食前までに入浴を済ませるようになっている。しかし、利用者個々のライフスタイルを尊重し、時間外(21:00まで)の入浴にも対応している。この場合、入浴時の事故を早期に発見できるよう、入浴前後にはコールで申告をお願いしている。これらのルールを守ることで、曜日に縛られず、自分のペースで好みの温度に調整した入浴を、ゆったりと楽しめる環境が整えられている。</p> <p>入浴介助が必要になった場合は介護保険サービスにつながるよう支援している</p> <p>利用者が入浴介助を必要とする場合、生活相談員が利用者や家族等と相談し、介護認定の申請を代行している。また、生活相談員や居室担当を中心に、ケアマネジャーへ必要な情報を提供し、サービス担当者会議に参加してサービス内容を確認している。事業所内では、サービス予定表を作成し、職員間で共有することで連携を強化している。さらに、ヘルパーによる入浴介助や福祉用具の貸与、通所による入浴サービスの活用等、安全な入浴環境に努めている。また、転倒事故に備えてひも付きコールを採用し職員は携帯端末で迅速に対応できる体制を整えている。</p> <p>居室や浴室の清掃は利用者管理で掃除が難しくなった場合は訪問介護に繋げている</p> <p>各浴室の掃除などの環境整備は基本的に利用者自身が管理している。ただし、職員がエアコンの清掃などで居室を訪問した際には、環境整備の状況を注意深く確認している。特に浴室の使用状況については把握しており、掃除が行き届いていない場合には、利用者や家族等と話し合い、必要に応じて訪問介護サービスにつなげている。また、ご家族が近隣に住んでいる場合には、定期的に家族等が掃除支援を行うこともある。介護保険サービスを利用する際には、事業所の生活リズムに配慮しながら、担当ケアマネジャーと連携してサービスの調整を行なっている。</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)
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>嘱託医はじめ他科の往診が受けられる体制を整えて利用者の健康管理が行なわれている</p> <p>看護師、生活相談員、介護職員が、それぞれの専門性を活かして利用者からの相談に対応している。相談内容に応じて地域情報の提供や外部サービスにつなげる他、往診の精神科医や嘱託医(内科)の助言を得ながら介護保険事業所等と連携を図っている。また、通院が難しい利用者には、歯科医(週1回)、精神科医(2週に1回)、眼科医(月1回)による往診を受けられる体制を整えている。さらに、薬剤師が週1回来所し薬のセットや服薬に関する相談に対応している。年2回の健康診断や月1回の血圧・体重測定も実施し利用者の健康状態を把握している。</p> <p>さまざまな介護予防プログラムを用意し利用者の心身機能の維持・向上に努めている</p> <p>介護予防については、さまざまな企画やプログラムを実施している。たとえば、「便秘について」の介護予防講演会や「感染症予防対策」の健康勉強会が行われている。日々の介護予防プログラムとしては、毎日のラジオ体操や行政が制作した歌に合わせた体操を取り入れている。特にラジオ体操はテレビ番組を録画して活用しており、内容が少しずつ変化することで、利用者にとってメリハリのある体操となっている。また、脳トレーニングとして漢字ドリル、計算ドリル等を実施している。さらに、週1回音楽療法の「歌いましょう」の時間は好評を得ている。</p> <p>定期的に緊急時対応の研修を行ない急変時にスムーズな対応が出来る体制を整えている</p> <p>利用者の状態変化時には、看護師を中心に嘱託医や主治医へ状態を報告し、受診時は家族等に依頼する体制を整えている。緊急時は職員やヘルパーが受診同行を行なっている。事業所では定期的に医療研修を実施しており、急変時の対応としてAEDの使用法や搬送手順を訓練し、迅速な処置が行なえる体制を構築している。また、緊急時に必要となる利用者情報や保険証のコピーをまとめて管理し、すぐに持ち出せるよう整備している。さらに、看護師や生活相談員を中心に、利用者の受診状況や服薬情報などの最新情報を日頃から把握し円滑な対応に努めている。</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(0000)
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>身の回りのことが困難になり外部サービス導入までの随時コールの対応を行なっている</p> <p>利用者の状態が変化し、自身で身の回りのことができなくなった場合は、生活相談員や居室担当を中心に利用者や家族等と話し合い、介護保険サービスに関する情報提供や介護認定の代行申請を行なっている。介護保険サービスに繋がるまでは、随時コールへの対応や、臨時的に排泄介助、居室の整理、洗濯などの支援も行なっている。また、サービス利用に消極的な利用者に対しては、意向を尊重しながらケアマネジャーや家族等と相談し、納得を得られるよう様々な提案をⅡ努めている。利用者が同意するまでは、家族等が身の回りの世話を任う場合もある。</p> <p>生活相談員や居室担当を中心にケアマネジャー、家族等と連携して手続きを進めている</p> <p>外部サービスが必要な利用者については、生活相談員と居室担当が中心となり、ケアマネジャーやサービス提供事業所と連携して、迅速に情報を提供・共有し、円滑に外部サービスの利用へつなげている。また、外部サービスとしては、訪問介護、訪問看護、福祉用具の貸与、通所介護、通所リハビリなど、多様なサービスを活用している。居室担当はサービス担当者会議に参加し、利用者ごとのサービス内容を確認したうえで「サービス予定表」を作成し、職員間で共有している。この予定表は、問い合わせや連絡の際にも活用されている。</p> <p>利用者同士の関係性については、双方の意見等を聞いて慎重な対応に努めている</p> <p>軽費老人ホームでは、集団生活上のルールを除き、利用者の生活は基本的に自由となっている。就労している方から介護を必要とする方まで、多様な利用者が共同生活を送っている。職員は利用者の特性に配慮し、食堂の座席配置や居室の移動を検討するとともに、傾聴に基づく対応に努めている。利用者間でのトラブル(人間関係や生活ルールの違いなど)は、利用者の背景に重層的な課題が相まって難しいことが多い。このような場合には、利用者とのコミュニケーションを深めるとともに、必要に応じて関係機関と連携しながら解決に努めている。</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(00000)
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>法人や事業所の行事、更には地域の催し物への参加など楽しみのある生活を提供している</p> <p>事業計画に基づき、年間スケジュールが立てられ、毎月さまざまな催し物が開催されている。お花見会、保育園との交流会、カフェ、映画鑑賞、納涼会、作品展への出展、いきいきさんデー、クリスマスコンサート、ぜんざいを楽しむ会など、多彩なイベントや季節の行事が企画され、利用者が日常生活の中で楽しめる機会を提供している。また、地域のイベント案内も積極的収集し、掲示板にはさまざまな地域情報が掲示されている。これらの情報から、利用者自身が選択して地域のサークルや趣味活動への参加など、楽しみを持ちながら充実した生活を送っている。</p> <p>事業所内においても利用者は自発的に行動をして自ら生きがいを作り出している</p> <p>アセスメントの際、居室担当は利用者の生きがいに着目し、聞き取りを行なっている。事業所内では特に決まった役割を設けていないが、利用者自身の意志で下膳の手伝いや庭の水やり、コーナーに絵を飾る、食堂の手洗い場に花を飾る等、自発的に行動している。また、事業所内に留まらず、地域社会の一員として活動や関わりを持ち続けることが大切であると事業計画に定め、法人の広報誌でも利用者に伝えている。つながりを維持する力が弱まってきた時は、介護保険サービスを活用し外出機会や楽しみな時間を確保できるよう意向を確認しながら調整している。</p> <p>居室は利用者の「家」という認識で共用部分が殺風景にならないよう工夫を施している</p> <p>居室は利用者の「家」という考えのもと、利用者の好みに合わせた環境づくりを行なっている。居室内には畳、エアコン、流し台、押し入れ、収納、ナースコール、浴室、トイレ、ベランダが備わっている。ベッドを希望した時は、レンタルベッドの情報提供も行なっている。また、障子では光が眩しい場合には、障子の前にカーテンを取り付けるなど、利用者が落ち着いて過ごせる環境を整えている。共有スペースは季節の装飾品を展示するなどして、殺風景にならないよう工夫している。また、居室前の飾り棚は利用者が自由に使用できるよう配慮している。</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(00000)
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>家族等には広報誌や季刊誌を定期的に送付して事業所の近況を伝えている 利用契約時には、利用者および家族等が同席し、家族への連絡方法について意向を確認している。また、家族や友人との関係が必ずしも良好でない場合には、生活相談員を中心に丁寧に配慮事項を確認している。居室担当の役割が明確化されたことで、家族等への連携も居室担当が中心に対応し、信頼関係の構築に繋がっている。さらに、年2回の広報誌や年4回の季刊誌を家族等に送付し、事業所での生活の様子を写真付きで分かりやすく伝えている。これらの紙面では、高齢者に関する制度や行事の案内などの情報提供も行なっている。</p> <p>面会や行事への参加の機会を設けて、家族等とのつながりを大切にしている 面会については、手洗い、うがい、検温、マスク着用などの感染症対策を徹底しながら、コロナ禍前の水準に回復しており、頻繁に面会に訪れる家族もいる。また、行事においては家族等へ参加案内を送付し、「いきいきさんデー」では地域の方々と利用者の交流イベントとして実施されている。このイベントには家族等も参加し、利用者とともに楽しい時間を過ごしている。さらに、年2回(5月と10月)カフェを開催し、職員が給仕となり利用者や家族等にお茶等を振る舞っている。このカフェは、利用者、家族等、職員が交流できる貴重な機会となっている。</p> <p>契約時に緊急連絡先を確認し変更がある場合は「変更届」を提出してもらい更新している 利用者の状態変化時の対応については、契約時に重要事項説明書を用いて、体調の急激な変化など緊急に職員対応が必要な場合、昼夜を問わず24時間いつでもナースコールで職員の支援を求められることを説明している。また、緊急時には家族等へ連絡を行ない、必要な措置を講じる旨を伝えると共に、緊急連絡先を確認している。連絡先に変更が生じた場合は、「変更届」を提出してもらい、随時更新を行なっている。さらに、家族からの相談については、居室担当、生活相談員、看護師が内容に応じてそれぞれの専門的な立場から対応している。</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(000)
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>職員は定期的に行政やコミュニティセンターなどを回り地域情報の収集を行なっている 職員は月に一度、行政機関やコミュニティセンターを訪問し、最新の地域情報を収集している。これらの情報は「お出かけ情報」として、市内や都内、鉄道関連の情報などをまとめてファイリングし、利用者が自由に閲覧できるよう、4階エレベーターホールに設置している。また、お出かけマップやサークル活動の一覧、イベント情報なども同様にファイリングしている。さらに、食堂入り口に設置された掲示板にも、多くの地域情報や事業所内情報が掲示されており、利用者が地域社会の一員として活動や関わりを持ち続けられるよう情報提供に努めている。</p> <p>ボランティアや交流会、実習生の受け入れ等を通じて、交流の機会を設けている 事業計画では、地域交流の促進とボランティアが活躍できる環境づくりを目標に掲げている。事業所周辺には保育園、小中学校、高校、大学があり世代間交流を図りやすい環境が整っている。具体的には、保育園との交流会や近隣小学校との「花プロジェクト」に利用者と職員が参加し地域の一員として活動・交流の機会になっている。また、中・高生の職場体験や大学生の実習を受け入れ、若い世代との交流を図っている。さらに、ボランティアについては、ボランティアセンターを通じた登録や掲示板を見ての申し込みなど、活動や交流の場としても活用している。</p> <p>地域の交流活動の情報提供を充実させ、利用者が社会資源を利用出来るよう努めている 利用者が自身で選択し参加できるよう、多くの情報の中から適切な支援を行なっている。例えば、介護予防講演会では、担当地域包括支援センターの職員を招き「地域資源紹介の会2024」を実施した。この会に先立ち地図作成や行政からの冊子を取り寄せ、地域資源の利用方法等についての説明を通じて地域包括支援センター職員と顔の見える関係づくりが出来た。さらに、利用者が地域資源を実際に利用した際の感想を聴き取り、どのような情報が有効であったかを把握し、今後他機関の力も借りて今の資源とどうマッチングするかを検討したいと考えている。</p>		

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	2-2-2	着実な計画の実行に取り組んでいる
タイトル①	事業所は開設以来60年が経過し、その意義と役割は大きく、必要性は依然として高い	
内容①	事業所の開設は、昭和39年6月で60年の歳月が経過している。家庭環境や住宅等の理由で、自宅での生活が困難だが掃除や洗濯等身の回りのことができる方が対象となっている。その役割と意義は大きく必要性は高い。地域貢献の視点でも一定の役割を果たしている。職員の日々の努力を評価したい。一方、基準省令の制定で新設の場合はケアハウスに統一される。つまり建て替えや大規模修繕等は不可能ということの意味している。事業所としても建物老朽化や軽費老人ホームの転換を見据えた将来構想の策定を進めるとしている。今後の進捗状況を注視したい。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-1	個別支援計画に基づいて自立生活が営めるよう支援している
タイトル②	泉寮の職員は利用者にとって社会資源の一つとして取り組む真摯な姿勢を評価したい	
内容②	事業所は、周囲に大学、小・中学校、保育園があり、近くの幹線沿いは遊歩道も整備され文教地区の趣が感じられる。入居の対象者は全国であり、土地勘のない方も多く、入居時の不安も大きい。利用者支援にあたっては、生活に慣れ親しんでもらうことを第一に、泉寮の職員は利用者にとって一資源であることを認識して取り組み、外部サービスの力を十分活用し、関係機関と連携を図っている。サービスの実施では、食事、入浴、健康面等々、日常生活での居室担当の声かけなど、現状に満足することなく常に利用者の視点で考える姿勢を高く評価したい。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-4-5	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)
タイトル③	サービス事業所と連携し利用者の意向や状況を速やかに情報提供と共有に努めている	
内容③	入所者の6割以上が介護認定を受けており、外部サービスが必要な利用者に対しては生活相談員と居室担当職員を中心に、ケアマネジャーやサービス事業所と連携し、迅速な情報提供と共有に努めている。また、介護保険サービスの導入までは、職員が随時コール対応を行ない、排泄支援や居室の整理、洗濯などの支援を提供し、円滑に外部サービスの利用に繋げている。新規介護認定の申請についても、生活相談員がサポートしている。加えて、経済的な課題を抱える利用者に対しては福祉事務所と連携し、利用者が安心して生活できるよう支援を行なっている。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	地域情報を収集し、わかりやすく提供することで、利用者の生活の質を向上させ、彩豊かな営みが、生きがいに繋がっている
	内容	事業所では、「地域の方々と希望、喜び、人間としての誇りを分かち合って生きるコミュニティの実現を目指す」ことをミッションとして掲げており、コロナ禍で停滞していた活動や繋がりが再度継続されるように地域との関りを深めている。職員は地域のコミュニティセンターやサロン活動の現状を調査し、地域情報を様々な形で提供できるように努めている。その結果サロンマップを参考に外出する方、利用者同士声を掛け合い、連れだって出かける方等も増えてきた。活発な地域活動が生活の質を向上させ、彩豊かな営みが、生きがいに繋がっている。
2	タイトル	拡大する介護や生活のニーズに対応すべく新しいチームワークの形成で居室担当を中心とした役割の明確化と外部との連携強化を図っている
	内容	これまでは主任やリーダーに業務が集中しがちだった業務の分散化を図り、それぞれの職員が責任を持って役割を果たせる仕組みに変更した。具体的には、処遇の推進や連絡系統の整備を行ない、業務の進行をどの職員が中心に進めるかを明確化した。特に、要介護・要支援者の割合が増加する中で、サービス担当者会議などの業務の比重が増加していることを踏まえ、居室担当を中心にサービス担当者会議に参加することで、外部サービスと事業所での生活を一体化させる役割を担っている。また、家族との窓口を明確にすることで信頼関係の構築にも繋げている。
3	タイトル	地域のボランティアを積極的に受け入れており、ボランティア活動としての場の提供や利用者のニーズに応えた世代間交流に寄与している
	内容	法人として、ボランティアの受け入れを積極的に推進している。ボランティア活動を通じて人とのつながりを広げるとともに、地域の方々がいきいきと力を発揮できる環境づくりを目指している。その結果、地域住民がボランティア活動の場として法人を活用できる基盤が整いつつある。また、事業所周辺には多くの学校があり、保育園とは卒園式に記念品を贈るなどの交流があり、小学校とは「花プロジェクト」を通じて関係を深めている。さらに、中学生や高校生の職場体験や大学生の実習を受け入れるなど、幅広い世代との交流を実現している。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	地域情報が充実している反面、様々な情報から、より利用者の状態に合った情報を伝えていく工夫が求められている
	内容	職員は利用者の活動を支援するため、様々な地域情報を収集し、提供に努めている。地域情報は掲示板に貼り出され、利用者はいつでも見ることができる。地域の公民館での情報や、イベント情報、サロン活動等情報は多岐に渡る。情報は多く提供される一方で、利用者の状態に合った情報をどう汲み取っていくのか、ここには課題もある。職員調査の改善したい点に「地域情報を充実させた反面、情報が混在し易く、整理する必要がある」という意見が寄せられている。こうした利用者目線の考え方を大切にし、より良い情報提供が行なえるよう工夫してほしい。
2	タイトル	利用者の高齢化等に伴い介護保険の対象者も増え、介護保険に関する知識と技術の習得が求められている、今後の取り組みを注視したい
	内容	事業所の現在の利用者は、定員100名で現員は93名となっている。平均年齢は85歳で、高齢化等もあり要介護を受けている利用者は66名を数え、外部のデイサービスや訪問介護、看護の利用者も在籍し、サービス担当者会議の増加も見られる。昨年度の新規利用者は17名で、他の福祉施設への入所等は11名となっている。こうした状況は、今後とも介護保険に関する知識と技術が求められていることを示している。座学だけでなく、積極的に在宅サービスを学ぶ仕組み作りが求められている。職員の育成と共に新しいチームワークの形成を期待したい。
3	タイトル	新規利用者や土地勘のない利用者が安心して事業所で暮らしを営み、生活を豊かに送れるように、利用者視点での配慮に期待したい
	内容	事業所は全国各地から入居が可能であり、土地勘がないまま入居に至る場合もある。また、新規の利用者は寮での暮らしのイメージが掴みきれない、ルールが分かりにくい等の悩みを抱えることもある。自立生活の継続支援のためにも、事業所での暮らしをわかりやすく伝えていく工夫が重要である。現状は、居室担当者が繰り返し声をかけ、時間をかけて暮らしのルールの理解を促している。暮らしの不安が解消されると、新規利用者の拡大にも繋がり、軽費老人ホームの周知にも繋がる。より一層、事業所の透明性を図り、快適な暮らしとなるよう尽力されたい。