

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

〒 102-0083

所在地 東京都千代田区麴町1丁目5番地4-712

評価機関名 株式会社 ケアシステムズ

認証評価機関番号

機構 06 - 167

電話番号 03-3511-5035

代表者氏名 和田 俊一

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	和田 俊一	経営	H0601057
	②	後藤 勇二郎	福祉	H1901051
	③	高野 勝	福祉	H2101014
	④	三上 裕子	福祉	H1201017
	⑤	波多江 さやか	福祉	H1201030
	⑥	芹澤 順子	福祉	H2201008
福祉サービス種別	養護老人ホーム			
評価対象事業所名称	さくらコート青葉町			
事業所連絡先	〒	189-0002		
	所在地	東京都東村山市青葉町1丁目7番地70		
	TEL	042-390-1170		
事業所代表者氏名	施設長 武田 義博			
契約日	2023 年 7 月 27 日			
利用者調査票配付日(実施日)	2023 年 10 月 9 日			
利用者調査結果報告日	2024 年 1 月 4 日			
自己評価の調査票配付日	2023 年 9 月 18 日			
自己評価結果報告日	2024 年 1 月 4 日			
訪問調査日	2024 年 1 月 10 日			
評価合議日	2024 年 1 月 10 日			
コメント (利用者調査・事業評価の工夫点、補助者・専門家等の活用、第三者性確保のための措置などを記入)	利用者調査については、施設と協議の上、利用者全員を対象としたマンツーマンによる聞き取り調査と、事業所と連名の依頼文を同封し、事業所から配布してもらうアンケート調査を併用して実施した。アンケートは利用者へ直接用紙を渡し、封をして提出してもらった。 事業評価については、職員からも各標準項目にチェックを入れた分析シートを回収し、集計結果報告に反映した。 第三者性確保については、当評価機関と事業者の間には特別な関係は存在せず、中立公正な立場で調査を実施した。			

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

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

年 月 日

事業者代表者氏名 施設長 武田 義博

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)利用者が心身ともに豊かで笑顔のある安心した生活が送れる環境整備と、自立へ向けた生活支援 2)外部サービス利用型特定施設入居者生活介護の円滑な運営を通して、質の高いサービス提供を実施する。 3)東村山老人ホームの後継施設として、伝統を受け継ぎつつ新たな取り組みに挑戦する。 4)利用者の安全を最重要視し、防火、防災に努めるとともに、いかなる緊急時にも迅速に対処する。</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> <p>職種は問わず、温かな人間味のある受け答えや対応のできる人物像。また、チームケアを重視するため、チームとしての調和が保てる人材を求める。また、役割としては利用者支援の価値観から、受容的な対応で利用者の意欲をフォローすることが肝要である。</p> <p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感)</p> <p>人同士の係わりが大切な職場であるため、相手を思いやることを常に考え、将来的により良いことであったり、利用者のためになるであろうことに対して、率先して積極的に取り組める人物であってほしい。</p>

調査対象

事業者と協議の上、利用者全員を対象としたアンケートと聞き取り調査を実施し155名から回答を得た。回答者の年齢は70歳未満15名、70歳代43名、80歳代73名、90歳以上21名、無回答3名であった。

調査方法

マンツーマンによる聞き取り調査と、事業所と連名の依頼文を同封し、事業所から配布してもらったアンケート調査を併用して実施した。アンケートは利用者に直接用紙を渡し、封をして提出してもらった。

利用者総数

200

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
81	119	200
36	119	155
18.0	59.5	77.5

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

施設の総合的な満足度は、対象者の56.8%が「大変満足」または「満足」と回答し、「どちらともいえない」が29.0%、「不満」が9.7%、「大変不満」が3.2%、「無回答」が1.3%であった。
 <サービスの提供>に関する6設問は1設問において、高い満足度であった。特に「入浴の利用時間帯」では、78.7%の高い満足度が得られている。
 <安心・快適性>に関する4設問は2設問において、高い満足度であった。特に「施設の清潔な環境」では、78.1%の高い満足度が得られている。
 <利用者個人の尊重>に関する4設問は1設問において、高い満足度であった。特に「プライバシーの保護」では、76.2%の高い満足度が得られている。ただし、「ケアプラン作成時の傾聴」、「ケアプランの内容説明」については、さらに高い満足度が望まれる結果であった。
 <不満・要望への対応>では、「外部の相談窓口の案内」について、さらに高い満足度が望まれる結果であった。

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	87	47	16	5
「はい」が56. 2%、「どちらともいえない」が30. 3%、「いいえ」が10. 3%、「無回答・非該当」が3. 2%であった。自由意見では、「よくやってくださっていると感謝しています」、「温かい、栄養が考えられている、量が良い」、「美味しい時と美味しくない時もあり、いろいろです」という声が聞かれた。				
2. 入浴時間は個人の状況に応じた設定になっているか	122	15	15	3
「はい」が78. 7%、「どちらともいえない」が9. 7%、「いいえ」が9. 7%、「無回答・非該当」が1. 9%であり、高い満足度であった。自由意見では、「自分の好きなときに入ることができる」、「ゆっくり入れている」、「入浴時間を21時頃までにしてほしい」という声が聞かれた。				
3. 施設に、楽しみな行事や活動があるか	63	35	45	12
「はい」が40. 7%、「どちらともいえない」が22. 6%、「いいえ」が29. 0%、「無回答・非該当」が7. 7%であった。自由意見では、「いきいきワークの仕事、年数回ある文化行事」、「外食に連れて行ってくれたり、誕生日会をしてくれる」、「コロナの影響なのか活動がすっかりなくなって退屈。外出を定期的にしたいたい」という声が聞かれた。				
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	106	20	24	5
「はい」が68. 4%、「どちらともいえない」が12. 9%、「いいえ」が15. 5%、「無回答・非該当」が3. 2%であった。自由意見では、「掲示板を見ている」、「季節ごとにいろいろなことを載せてくれる」、「自分で調べるしかない」という声が聞かれた。				
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	88	40	21	6
「はい」が56. 8%、「どちらともいえない」が25. 8%、「いいえ」が13. 5%、「無回答・非該当」が3. 9%であった。自由意見では、「用がなくてもすれ違う時に声をかけてくれて、少し話をすると気持ちが温かくなります」、「気軽にお互い声をかけ合い、話す」、「声かけがかなり少なくて寂しい」という声が聞かれた。				

6. 健康維持・介護予防に向けての相談をしやすいか	91	34	22	8
「はい」が58.7%、「どちらともいえない」が21.9%、「いいえ」が14.2%、「無回答・非該当」が5.2%であった。自由意見では、「診療所で検診が毎月あるので、その時に話します」、「どの職員にも相談しやすい」、「特に相談することもない」という声が聞かれた。				
7. 施設内の清掃、整理整頓は行き届いているか	121	22	7	5
「はい」が78.1%、「どちらともいえない」が14.2%、「いいえ」が4.5%、「無回答・非該当」が3.2%であり、高い満足度であった。自由意見では、「整理整頓されているようで安心。匂いも気にならない」、「隔週で掃除とシーツ交換をしてくれる」、「部屋は個室でありがたいです。洗濯機やクーラー、ベランダ周りなど、人手が足りないと思う部分もある」という声が聞かれた。				
8. 職員の接遇・態度は適切か	103	38	9	5
「はい」が66.5%、「どちらともいえない」が24.5%、「いいえ」が5.8%、「無回答・非該当」が3.2%であった。自由意見では、「親切、丁寧に接してくれる」、「みんな信頼できる」、「いい人もいるが口調がキツイ職員もいる」という声が聞かれた。				
9. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	116	23	9	7
「はい」が74.9%、「どちらともいえない」が14.8%、「いいえ」が5.8%、「無回答・非該当」が4.5%であり、高い満足度であった。自由意見では、「入居して間もなく、体調を崩したときは大変よく対応してくれました」、「こちらの状況をよく理解して、いつも対応してくれます」、「職員によって差がある」という声が聞かれた。				
10. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	86	42	13	14
「はい」が55.5%、「どちらともいえない」が27.1%、「いいえ」が8.4%、「無回答・非該当」が9.0%であった。自由意見では、「あまりそういう事はないが、何かあれば職員に任せる」、「利用者トラブルは職員が間に入っている」、「そんな事は起こらないからわからない」という声が聞かれた。				
11. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	93	48	10	4
「はい」が59.9%、「どちらともいえない」が31.0%、「いいえ」が6.5%、「無回答・非該当」が2.6%であった。自由意見では、「面倒見のよい職員が多い」、「言わなくても片付けてくれたり、日常のやりとりでそう感じる」、「人による。優しい人もいれば、苦手な人もいる」という声が聞かれた。				
12. 利用者のプライバシーは守られているか	118	27	5	5
「はい」が76.2%、「どちらともいえない」が17.4%、「いいえ」が3.2%、「無回答・非該当」が3.2%であり、高い満足度であった。自由意見では、「気にならない」、「個人情報漏れしていない」、「きちんとマニュアルに沿ってやってほしい」という声が聞かれた。				

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	41	58	26	30
「はい」が26.4%、「どちらともいえない」が37.4%、「いいえ」が16.8%、「無回答・非該当」が19.4%であった。自由意見では、「要望は聞いてくれると思う」、「説明はわかりやすかった」、「以前、要望したが、それがどうなったかという返答は全くない」という声が聞かれた。				
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	50	43	27	35
「はい」が32.3%、「どちらともいえない」が27.7%、「いいえ」が17.4%、「無回答・非該当」が22.6%であった。自由意見では、「説明してくれた」、「入ってからわかったことが幾つかあった」、「知らないからわからない」という声が聞かれた。				
15. 利用者の不満や要望は対応されているか	87	40	17	11
「はい」が56.1%、「どちらともいえない」が25.8%、「いいえ」が11.0%、「無回答・非該当」が7.1%であった。自由意見では、「気持ち良く対応してくれる」、「ナースコールを押したらすぐに来てくれました」、「聞いてくれるが対応してくれない」という声が聞かれた。				
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	49	35	59	12
「はい」が31.6%、「どちらともいえない」が22.6%、「いいえ」が38.1%、「無回答・非該当」が7.7%であった。自由意見では、「年に一度確認してくれる」、「貼り紙で知っている」、「知らない」という声が聞かれた。				

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 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 <input type="radio"/> 非該当
	<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 <input type="radio"/> 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
	<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 <input type="radio"/> 非該当
	<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 <input type="radio"/> 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
	<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 <input type="radio"/> 非該当
	<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 <input type="radio"/> 非該当
	<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 <input type="radio"/> 非該当
	カテゴリ1の講評	
	法人理念や運営方針を明示し、事業の方向性を示唆している 法人理念として「あゆみのこころ」を全職員に配付し、周知している。さらに、事業計画書の巻頭には運営方針を掲げ、法人の理念を観念的に捉えることとはせず、日々の業務の中に具体的に落とし込むことができるようにしている。主任会議やリーダー会議などを通じて理解を深められるようにしたり、事業計画書やパンフレット、ホームページにも明示して周知に努めている。利用者には入所時をはじめ、定例の全体連絡会などにおいても説明し、理解を促している。	
	重要な案件の検討・決定・周知は法人定款などに沿って丁寧な対応に努めている 重要な案件の検討・決定の手順は、法人定款に定められている。実際の運用としては、キャンパス会議やリーダー会議において各部署のリーダークラスに説明し、利用に対しては全体連絡会や掲示によって伝えている。また、必要に応じて施設内に掲示し理解を促している。介護保険法の改訂など利用者負担金額に変更が生じる際には、都度お知らせを郵送して伝えることにしている。現在、利用者の約25%～30%が利用している介護保険の法の改訂については重要な案件であり、居宅介護支援事業所と連携して丁寧な説明に努めている。	

2 カテゴリー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		
サブカテゴリー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		サブカテゴリー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
サブカテゴリー2(2-2)		
実践的な計画策定に取り組んでいる		サブカテゴリー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
カテゴリー2の講評		
<p>経営環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している</p> <p>利用者の意向や要望については全体連絡会や意見箱、相談受け付け箱などを通じてニーズの把握に努めている。職員の意見については各種の会議や委員会、年2回実施している人事考課の面談を通じて聞き取っている。地域の福祉の現状については東村山市の福祉連合会や施設長会に定期的に参加して情報を収集している。福祉事業全体の動向については、東京都社会福祉協議会などが開催する研修に参加し収集している。それらの経営環境に関する各種の情報をもとに、キャンパス会議において各事業所のサービスの状況、稼働状況を把握して改善に取り組んでいる。</p> <p>中長期計画・当年度事業計画が整理され策定されている</p> <p>中・長期事業計画を策定して事業の方向性を示唆している。計画は、「人材の確保・育成」、「サービスの向上」、「財政基盤の確立」などを掲げ、それぞれ具体的な内容を明示して円滑に実施できるようにしている。個々の目標を設定しており、単年度事業計画に落とし込んでいく。さらに、推進にあたっては単年度事業計画に運営方針を掲げて取り組めるようにしている。本年度は、「自立へ向けた生活支援」「質の高い介護サービスの提供」「動きのある施設」「業務継続計画を作成し、必要な措置を講じる」などを掲げて取り組んでいる。</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

利用者に対する説明責任について再考することが望まれる

利用開始時には重要事項を説明する中で苦情解決制度を説明し、日常においては定例の全体連絡会や意見箱、相談受け付け箱などを通じて把握に努めている。また、苦情に至らない意向や要望、意見などは日常の関わりの中で傾聴することになっている。今回行った利用者アンケートの「苦情などは言いやすく、実際に対応してくれるか」の設問に関しては、「はい」が56.3%、「どちらともいえない」が25.8%、「いいえ」が11.9%の結果であった。「できること」「できないこと」を精査し、「できないこと」へ適切に回答することが望まれる。

地域ネットワークの中で協働できる体制作りに取り組んでいる

東村山市の福祉連合会や施設長会に定期的に参加しており、地域ネットワークの中で協働できる体制作りに取り組んでいる。また、感染症対策に取り組みながら、近隣大学や専門学校からの実習生の受け入れを継続して、施設の機能を地域社会に還元させることに力を入れている。また、建物1階の地域交流スペースは、選挙会場や地域の団体に貸し出すことにより、隣接の特別養護老人ホーム同様の取り組みと合わせて共通のパンフレットを作成している。さらに、同敷地内にある保育園との交流をより深め、幼老統合ケアの推進を目指している。

カテゴリー4		
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 4/5
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(○○○○●)
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 type="radio"/> あり <input checked="" 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(○○○○)
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>防災訓練を再開し、関係者への注意喚起を促すことにしている 火災や地震その他災害発生時に利用者の人命の安全確保・被害の軽減を図ることを目的とした防災訓練に力を注いでいる。ただし、コロナ禍によって計画通りに実施できていないことを課題としており、令和6年2月に避難訓練の再開を予定している。また、災害対策の訓練が実施できない場合であっても、関係者による「図上訓練」などを実施して、職員へ意識の高揚を促すことが望まれる。さらに、現在策定中の事業継続計画(BCP)を検証するための図上訓練なども実施することが望まれる。</p> <p>事故、感染症、職員の対応などのリスクに関して職員の意識向上を目指している リスクマネジメント関連の各種の委員会(感染対策・事故防止・衛生・身体拘束的適正化・虐待防止・苦情解決)を開催しており、様々なリスクに関する分析・対策・予防に関する検討に取り組んでいる。キャンパス会議をはじめ主任会議やリーダー会議においても委員会の報告を受けて指導助言に取り組んでいる。さらに、法人運営会議でリスク項目に優先順位をつけ対応している。特に令和5年度は防犯カメラを複数設置し、利用者同士のトラブルの回避や事故防止、虐待防止などの抑止力につなげている。</p> <p>情報の重要度や機密の必要性に応じて、アクセス権限を設定している 情報の重要度や機密の必要性に応じて、アクセス権限を設定している。具体的な取り組みとしては記録を電子化し、さらに職員全員に各自のID・パスワードを付与して情報管理に取り組んでいる。収集した各種の情報はネットワーク上の各端末から、共有しているデータを各々が閲覧することができるようにしており、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。また、個人情報保護に対する基本姿勢は、「個人情報取り扱いに関する同意書」に明示し、内容について同意を得た上で契約を取り交わしている。</p>		

カテゴリ5		
5 職員と組織の能力向上		
サブカテゴリ1(5-1)		
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成・定着に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 11/12
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●)
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 type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)と連動した事業所の人材育成計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
評価項目3 事業所の求める人材像を踏まえた職員の育成に取り組んでいる		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 勤務形態に関わらず、職員にさまざまな方法で研修等を実施している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 職員一人ひとりの意向や経験等に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員一人ひとりの育成の成果を確認し、個人別の育成(研修)計画へ反映している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 指導を担当する職員に対して、自らの役割を理解してより良い指導ができるよう組織的に支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
評価項目4 職員の定着に向け、職員の意欲向上に取り組んでいる		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価と処遇(賃金・昇進・昇格等)・称賛などを連動させている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、職場環境・健康・ストレスなど)を把握し、安心して働き続けられる職場づくりに取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員の意識を把握し、意欲と働きがいの向上に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 職員間の良好な人間関係構築のための取り組みを行っている	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ2(5-2)		
組織力の向上に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 3/3
評価項目1 組織力の向上に向け、組織としての学びとチームワークの促進に取り組んでいる		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
<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

適材適所な人員配置になるように積極的に取り組んでいる

職員の採用条件、専門能力、多様な雇用形態に対応できる人事管理制度を構築しており、新卒は法人(関東エリアとして)、キャリア採用は施設で採用することとしている。特に「養護施設の特性に見合った人材の確保」に取り組んでおり、役割や責任度、職務遂行能力に基づく等級制度を設定している。また、法人の人事制度は役職任用基準、給与制度、人事考課制度、定年後の再雇用について細目にわたり規定している。さらに、制服のデザインを刷新すべく、ユニフォームに関する会議を定期的に法人で開催するなどにも取り組んでいる。

育成のための職員育成の機会を幅広く設定している

役職や段階、勤務年数に応じた法人研修を実施しており、キャリアアップの道筋の共有に努めている。キャンパス会議、リーダー会議、部署ミーティングなどにおいてチーム活動の効果を高めるようにしたり、法人研修、全職員向けの施設内研修、外部研修やベストサービスワードなどによって、職員育成の機会を幅広くしている。現任者に対しては、フロア間異動や法人内異動なども実施して適材適所の人員配置に取り組んでいる。さらに、法人による考課者研修を実施して、上長との面談を経て個々の目標設定につなげている。

職員のやる気と働きがいの向上に向けた取り組みが更に期待される

常勤職員の平均年齢は44.6歳、平均在籍年数は5.5年になっている。ただし、施設は都心部より遠隔地に位置していることから、職員が集まらない環境にあることは否めない。また、衛生委員会があり職員の労働環境や健康維持管理に関して検証する体制も整っている。経営層は職員の就業状況は把握しており、有給休暇などは取得を奨励しているが消化は課題としている。昨年度の退職率については、常勤・非常合わせて12%になっており、離職の防止からも更なる就業状況の改善と、モチベーションアップに向けた取り組みに期待したい。

カテゴリー7

7 事業所の重要課題に対する組織的な活動

サブカテゴリー1(7-1)

事業所の重要課題に対して、目標設定・取り組み・結果の検証・次期の事業活動等への反映を行っている

評価項目1

事業所の理念・基本方針の実現を図る上での重要課題について、前年度具体的な目標を設定して取り組み、結果を検証して、今年度以降の改善につなげている(その1)

前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)

・施設では利用者の安全を最重要視し、感染対策および防火・防災に努めるとともに、いかなる緊急時にも迅速に対応できるよう、組織一体となって取り組んでいる。なお、具体的には、令和3年度介護報酬改定に伴い、業務継続計画(BCP)の策定が各施設ごとに義務付けられている。令和6年度までは準備期間であるが、これを機に、「感染症対策」「自然災害」の2つのカテゴリー毎に、BCP(案)を作成している段階にある。

<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

・オンライン研修や厚労省の雛形などを参考にBCP案に取り組んでいるが、業務の都合上、相談員単独で取り組んでいる状況にある。前年度末においては5割にも満たしていない状況になっている。よって、BCPを策定する意義について、組織に従事する全ての職員が理解しておかなければならないという立場を明確にした。第一にリーダー会議などを中心にBCPについて理解が深められるように、施設長や相談員が内容を熟知して説明に取り組んでいる。一般職員に対しての研修や訓練につなげていけるよう、多職種共同のもとでの完成を目指している。

評価項目2

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

前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)

・養護待機者について年々措置止めの影響が減少し経営を圧迫していることを踏まえ、措置依頼を待つ受け身の体制ではなく営業を行うことを課題としている。よって、具体的な取り組みとしては、第一に実績がある措置機関に待機者確保の営業を行う。さらに、担当者に対して、「空床のお知らせ」を3か月毎に定期的に送付する。また、入所者への定期面談などで担当者が来所した際にも、同様に実施する。

<p>目標の設定と 取り組み</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った <input type="radio"/> 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった <input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった
<p>取り組みの検証</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った <input type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていなかった(目標設定を行っていなかった場合も含む) <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
<p>検証結果の反映</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた <input type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である

評価項目2で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

・年度初めに実績がある措置機関に待機者確保の営業を行った。また、担当者宛に「空床のお知らせ」を3か月毎に定期的に送付したり、入所者への定期面談などで担当者が来所した時も実施している。空所情報を流した後に、入所相談があり実績につながっている。措置機関に営業や働きかけを行ったことにより効果が出ていることを踏まえ、都の養護部会などでにおいても課題を共有し、措置機関への働きかけを継続する。

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 <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇)</p>		
	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見学があった場合には、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>都や市からの情報のほか、法人が作成するHPやパンフレットを用意している</p> <p>利用を希望する利用者や家族が入手できる情報媒体としては、東京都の情報公表制度や第三者評価の受審結果公表、市の事業所ガイドブックなどがあり、施設の情報をそこから入手することができる。また、法人が作成するHPやパンフレットも用意しており、HPには同法人内の系列福祉施設が掲載され、関東エリアをクリックすると当施設が所在する施設全体の表示が出てきて、そこから基本概要を確認することができるようになっている。パンフレットは施設事務所から受け取ることができるようになっている。</p> <p>都内全域の行政へ、3か月に1回、空床情報を郵送している</p> <p>施設の相談員は、定期的に都内23区の行政へパンフレットを配布しに訪問して挨拶回りを行っている。空床情報などは3か月に1回、都内全域の行政の高齢福祉課などにパンフレットの郵送と一緒に送っている。現在、施設では利用者の高齢化に伴い、重度化による特別養護老人ホームへの移行が多いことから利用稼働率が目標より下回っていることもあり、施設の利用促進に力を入れている。そのため、都内全域の行政への情報提供に務めており、連携を図っている。</p> <p>見学は、基本、各行政からの連絡があった際に予約制で行っている</p> <p>施設の見学は各行政から利用者の判定が出た際に連絡があり、日時を決めて予約制で行っている。飛び込みの見学希望があった場合には、相談員のスケジュールが空いて入れば対応可能だが、難しい場合には簡単な説明とパンフレットの配付をし、その場で改めて予約をするようになっている。また、利用者が直接、電話予約をしてこくこともあるが、そういった場合や飛び込み見学の場合は養護老人ホームではない施設と勘違いしていることが多いため説明を行っている。見学があった場合にはPCに待機者候補データとして記録し、その後のフォローにつなげている。</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>利用者の入所時には施設の冊子を活用し、相談員がルールの説明をしている</p> <p>利用者の入所が決定した際には、措置元の行政が利用者へ措置についての説明を行い、施設の相談員に対して利用者の心身状況を含む事前情報などを提供している。利用者の入所時には相談員が「さくらコート青葉町での生活について」の冊子を配付して施設内のルールを説明している。また、施設内で併用して介護保険サービスを利用する利用者に関しては外部サービス利用型特定施設入居者生活介護の入所利用約款の説明を行って、利用者との同意書を交わしている。延命措置意向確認や金銭管理に関しても同意書を交わしている。</p> <p>事前情報やアセスメント内容は、フェイスシートなどに記載し共有化を図っている</p> <p>入所前には、措置元の行政からの利用者情報が記載された措置者連絡票をもとに、事前面談を行い、利用者からの意向確認などを含む聞き取りをし、アセスメントを行っている。利用者の措置連絡票や生活情報が記載されている事前情報、アセスメントでの聞き取り内容などは、フェイスシートやアセスメントシートにまとめて記載しており、PCでの確認が行えるようになっている。それらの内容は支援に携わる支援員や看護師、栄養士などの多職種間での共有化を図っている。</p> <p>利用が終了する際には、新たな受け入れ先に情報提供などを行っている</p> <p>利用が終了する主な理由としては、利用者の心身状況の重度化に伴う特別養護老人ホームなどへの移行や利用者の医療機関への入院となっている。特別養護老人ホームなどへの移行の場合、相談員が利用者の意向を確認しつつ、利用者が納得するような説明を行うように努め、場合によっては同一敷地内の特別養護老人ホームへ見学するなどの対応を行っている。また、新たな受け入れ先には継続した支援が行えるように情報提供や医療機関へのサマリー提供などを行っている。</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			
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		
<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(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画を利用者にわかりやすく説明し、同意を得ている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直ししている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している		<input type="radio"/> 非該当
評価項目3 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している		評点(〇〇)	
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(〇〇)	
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			
アセスメントなどでは、利用者のパーソナリティに関する内容を把握するようにしている 利用者の措置連絡票や生活情報が記載されている事前情報、アセスメントでの聞き取り内容などでは、利用者の既往歴や心身状況をはじめ、意向や生活歴、1日の過ごし方、よく話す内容、大切にしたいこと、嗜好、飲酒・喫煙の有無、入浴頻度など、利用者のパーソナリティに関わる内容を詳細に把握するようにしている。それらの内容はフェイスシートやアセスメントシートに記載し、共有化を図っている。また、利用中に知り得た利用者の新たな情報などは生活記録に記載し、再アセスメント時に追記している。			
アセスメント内容などをもとに施設サービス計画書の作成を行っている 措置元の行政からの事前情報や入所時でのアセスメントの内容などをもとに施設サービス計画書を作成している。施設サービス計画書の見直しや更新は基本的に1年ごとに行っており、その際にはモニタリングや多職種間で検討を行うケースカンファレンス、再アセスメントを実施して更新を行っている。また、利用者の意向の変化や心身状況の変化がみられた場合、入院していた利用者が退院してきた場合などでは、その都度で施設サービス計画書の見直し更新を行っている。			
生活記録の赤字入力により、緊急性の高い内容の申し送り表を作成している 利用者の健康状態や人間関係、いきいき活動の参加などの日々の生活の様子は、日誌や生活記録に記載されている。生活記録は主にPCでの記載を行っており、健康状態に関する内容など緊急性の高いものは赤字で入力し、赤字のみをプリントアウトできる機能を活用して、申し送り表を作成している。また、施設サービス計画書の更新時で実施するモニタリングは生活記録を反映させており、モニタリングの実施と生活記録の記載により、施設サービス計画書に沿った支援の確認が行えるようになっている。			

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>入所時の施設ルール説明の際に、利用者へ個人情報の取り扱いなどの説明も行っている</p> <p>入所時の相談員による施設でのルール説明の際に、利用者へ個人情報の取り扱いや使用目的の説明をしている。個人情報を保護することをはじめ、行政、急病・事故による医療機関との連携、介護保険申請、介護保険サービス事業所との連携などによる外部への情報提供を必要時に行うことを説明して同意を得ている。ただ、特定施設入所の利用者に関しては同意書を交わしているが、養護のみでの入所利用者に関しては同意書を交わしていないため、検討することが望まれる。</p> <p>居室は全室個室となっているため、プライバシーが守られるようになっている</p> <p>施設内の居室は全室個室となっており、希望がある利用者には鍵の貸し出しを行っている。トイレについても居室に完備されており、プライバシーが守られるようになっている。入浴時での見守り巡回では、女性の浴室には男性支援員が巡回しないようにして配慮している。利用者宛での郵便物などは、施設事務所で預かりを行って、利用者一人ひとりに直接配達をしている。また、利用者のプライバシーに関わる相談ごとなどがある場合には、面談室などの個室を用意して相談を行っている。</p> <p>虐待の芽チェックリストを活用して職員の意識を強化するようにしている</p> <p>入所時でのアセスメントでは、利用者の意向を把握するのをはじめ、利用者のパーソナリティに関わる内容などの情報を詳細に聞き取っている。それらの情報を職員間で共有することによって、利用者一人ひとりの尊厳の尊重を支援に反映させられるように努めている。ただ、施設では職員による虐待ケースが発生してしまい、行政と連携して対応を行った。それをきっかけとして、施設では利用者の人権に関する内容や虐待防止に関する内容に更に力を入れるようにしている。虐待の芽チェックリストを活用して職員の意識を強化するようにしている。</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		
●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>相談員や各委員会により、マニュアルの整備をしている</p> <p>施設でのマニュアルは法人の雛形をもとに、同一敷地内の特別養護老人ホームの相談員と当施設の相談員が検討して整備している。独自のマニュアルは、養護老人ホーム内の各委員会が、それぞれのマニュアルの整備をしている。各マニュアルはファイリングされてステーションに常置されており、職員が分からないことがあった場合には、いつでも確認することができるようになっている。リーダー会議や各委員会ごとにマニュアルの確認を行っているが、OJT研修や内部研修などでの活用はされていないため、施設としては課題として挙げている。</p> <p>年度初めに各委員会ごとでマニュアル見直しを行い、必要に応じて改訂している</p> <p>各マニュアルの見直しは、年度初めに各委員会ごとで見直しを行い、必要に応じて変更し改訂を行っている。また、ヒヤリハットや事故発生時、苦情などがあった場合には、各委員会ごとに都度でのマニュアルの見直しを行って必要に応じて改訂をしている。ケースとしては少ないが、リーダー会議や各委員会ごとのマニュアル確認時に内容が古くなっていたり、施設の現状と合っていないなどの職員からの指摘や意見などがあった場合などにもマニュアルの見直しを行う体制を設けている。</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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 個別支援計画に基づいて支援を行っている <input type="radio"/>非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	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 <input type="radio"/>非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/>非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/>非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/>非該当
評価項目1の講評	
<p>モニタリングや生活記録によって、計画書に沿った支援が行われていることが確認できる</p> <p>施設サービス計画書は、円滑に各種の支援が提供できるように分かりやすい内容になっており、モニタリングの実施やケースカンファレンス、再アセスメントなどの内容をもとに見直し更新を行っている。施設サービス計画書の更新時で行うモニタリングは、日々の利用者支援の内容を記載している生活記録や日誌などをもとに実施しており、モニタリングの実施や生活記録などの記載によって施設サービス計画書に沿った支援が行われていることが確認できるようになっている。</p> <p>アセスメントをもとに、利用者一人ひとりに適した介入方法などを支援に反映させている</p> <p>入所時のアセスメントでは、利用者の心身状況をはじめ、利用者の意向、生活歴、1日の過ごし方、よく話す内容、大切にしたいこと、嗜好、飲酒・喫煙の有無、入浴頻度など、利用者のパーソナリティに関わる内容を詳細に把握するようにしている。それらの内容を踏まえて、利用者一人ひとりに適した介入方法やコミュニケーションの取り方などを支援員間で検討して支援に反映させている。また、視覚障がいがある利用者には、行事予定や献立などの連絡事項を支援員による口頭による伝言や放送でアナウンスを行っている。</p> <p>施設サービス計画書の更新時には多職種が参加するケースカンファレンスを実施している</p> <p>施設サービス計画書の更新時で開催するケースカンファレンスには、相談員や支援員、看護師が参加して利用者支援に関する内容を検討している。その際に、家族連絡が可能な利用者に関しては家族への連絡を行い、家族の意向なども確認している。また、特定施設として入所している利用者に関してはケースカンファレンスの際に利用している介護事業所の職員も参加している。介護保険サービスの必要性がみられる利用者には特定施設への切り替えを行っているが、利用者の心身状況の重度化に伴い、増加傾向になっているため、職員への負担が課題となっている。</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(〇〇〇〇〇)	
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

利用者一人ひとりの食事状況を把握している

アセスメントシートでは、食事に関する嗜好、禁止食品、アレルギー、療養食などの詳しい情報を把握しており、適切に食事が提供できるようにしている。主食(米飯、軟飯、粥、ソフト粥)、副菜(常菜、軟菜、極刻み食、ペースト食)、療養食などの各種の食事形態や必要に応じて自動具なども用意して、状態に沿った食事提供に取り組んでいる。残菜チェックなどから喫食状況を把握しており、手作り、季節の物、生の物を取り入れた献立で提供している。また、栄養士によるミールラウンドを行い、利用者の声を多く取り入れることにしている。

嗜好調査の結果などをさらに検証することが望まれる

聞き取りによる嗜好調査や残菜調査をはじめ、全体連絡会や意見箱、相談受け付け箱などを通じてニーズの把握に努めている。全体連絡会には栄養士が出席して、意向や要望を聞き取っている。また、厨房運営は同一敷地内の特別養護老人ホームと一緒にっており、共有食材、共有職員としている。今回行った利用者調査の、「食事の献立や食事介助に満足しているか」の設問に関しては、「満足している」が56.2%、「どちらともいえない」が30.3%であった。さらに調査結果の自由意見を検証して改善の参考にすることが望まれる。

3 評価項目3		入浴の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている		評点(〇〇〇)	
評価		標準項目			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし		3. 浴室や脱衣室は清潔で、快適な状態にしている		<input type="radio"/> 非該当	

評価項目3の講評

幅広い入浴時間を設定している

各階に設置された浴室に各階の利用者が入浴できるようにしており、自立入浴者に関しては午前9時から午後4時まで毎日入浴日を設定しており、特に回数制限なども設定していない。また、心身状況によっては、デイサービスで入浴する機会を設けたり、ホームヘルパーによる介助浴などにも対応している。また、介助浴については午前9時から午後2時までとしており、男性が月・木、女性が火・金の曜日設定を行っている。なお、現在、入所者の約25%~30%が介護保険サービスを受給しており、介助浴も増加傾向にあることがうかがえる。

入浴に関するリスクの対応の充実を課題としている

入浴については曜日や時間帯などに幅を持たせていることから、混雑することもなく入浴出来るようにしている。季節に応じて菖蒲湯・ゆず湯なども提供しており、利用者調査の満足度も高い。また、定期的な清掃や大掃除によって脱衣室を含めた清潔確保に取り組み、快適な入浴環境作りにも努めている。なお、人の目がない状況での入浴は緊急時のリスクが高いことを踏まえ、単独での入浴は避けるよう呼びかけている。ただし、時間帯やタイミングによって独りになる場合が生じることから、事故や急変時の発見遅れに注意する必要があることを認識している。

4	評価項目4 利用者が主体的に健康管理や介護予防に取り組むための支援体制を整えている	評点(〇〇〇〇〇)
---	---	------------------

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 健康管理や介護予防等に関する利用者からの相談に応じる体制を整えている	○非該当
●あり ○なし	2. 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

看護師を中心に健康管理に取り組んでいる

定期健診をはじめ、健康に課題を抱える特定の利用者についてはバイタルサインのチェックや体重測定などを実施して、日常的な健康管理に取り組んでいる。また、併設診療所には内科医や精神科医が配置されており、定期的な通院や配置看護師によって必要時は併設の診療所につなげる体制が出来ている。利用者とのコミュニケーションが適切に測れない場合には、家族や行政の担当ワーカー、後見人などと連携して対処する流れとしている。また、視覚障害者用のフロアも設置されていることから、看護師を中心に健康管理には特に配慮している。

コロナ収束後には各種のアクティビティの開催を計画している

施設では身体機能の活性化につながる各種のアクティビティを定期的開催しており、利用者の意向を尊重して参加を促している。また、全体連絡会などを通じて各種の見直しや新たなアイテムの導入に取り組んでいる。例年であれば、クラブ活動としてアンチエイジングや模擬就労である「いきいきワーク」を実施して心身の活性化を支援している。併設保育園との定期交流会や登園見守り係の配置などにより、メンタルヘルスの保持に配慮している。ただし、コロナ禍によって外部講師の招聘や、職員が余暇活動に充てる時間が確保できない状況になっている。

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

利用者一人ひとりの状況を踏まえ支援の充実を図っている

医療機関への受診や金銭管理など、利用者自身でできることは自身で行ってもらうことを原則としている。ただし、収入申告や非課税申告などの手続きについては、必要に応じて利用者への情報提供や手続きなどの援助を行っている。さらに、後見制度の利用や特定施設への移行などの支援にも取り組んでいる。また、自分の意思での離脱後に方向感覚の喪失などで帰設できなくなる利用者への支援の一環として、本年度より玄関前に防犯カメラを設置して安全確保に取り組んでいる。それらの情報は個別や全体連絡会などを通じて伝えることにしている。

地域包括支援センターと連携して予防給付や要介護認定を促している

施設での支援内容の範囲については、入所時に重要事項説明書によって説明したり、全体連絡会や個別の問い合わせなどを通じて適宜伝えている。介護を必要とする場合には、利用者本人の意向をもとに家族(後見人)と連絡を取り合い、適切に対処できるようにしている。地域包括支援センターと連携して予防給付や要介護認定を促し、ケアマネジャーと相談のうえ必要とするサービスを導入している。さらに、普段の外出(買い物や外食)が困難な利用者への対応について、なるべく応えられるサービス提供を課題としている。

6

評価項目6

利用者の生活が健康で明るくなるよう、施設の生活に工夫をしている

評点(〇〇〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 日常生活の中で楽しめ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. 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用者が落ち着ける雰囲気づくりをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

評価項目6の講評

感染対策を重視しながら、年間を通じて楽しめる機会を設けている

コロナ禍によって、ボランティアなどの地域の人々を招聘したり、利用者が地域の社会資源を活用する機会は、かなり制限を余儀なくされている。ただし、施設では感染対策を重視しながら、日々の催し物としてはクラブ活動(折り紙クラブ、華道クラブ)などを定期的で開催している。また、昨年度は花火大会や秋桜祭り、さくらコート青葉町10周年記念などを開催している。本年度については、併設の特養と合同で祭りを実施することができており、今後も季節の行事に加えその他のイベントを実施することを計画している。

生活の質を向上させる取り組みを重視している

日中活動の一環として「いきいきクラブ」活動を継続して実施しており、利用者一人ひとりに合った施設内での仕事や作業を提供し、給料を支払うことによって活動や参加の喜びを感じてもらえるようにしている。具体的な活動としては、定期的に敷地内清掃や外構植栽の清掃などの機会を設けている。また、労をねぎらう会を開催して日頃の活動の感謝をお互いに伝え、利用者の自主性や主体性の向上にも寄与させている。なお、施設では、医師などに止められている場合を除いて、飲酒、喫煙、外出、外泊を制限していない。

自主性や主体性を尊重して自立支援に取り組んでいる

食事、入浴、就寝起床以外は、時間的な制約を設けておらず、自由に過ごしてもらえるようにしている。入所前に愛用していた備品類などの持ち込みもできる限り対応しており、自宅での生活の延長になるように配慮している。また日々の関わりや定期的なモニタリングを通じて心身状況を把握して、自主性や主体性を導き出しながら自立支援を促すことに力を入れている。クラブ活動をはじめ、年間を通じて数多くの催し物を開催しているが、本人の意向を尊重して参加を無理強いしないことを原則としている。

7 評価項目7

施設と家族との交流・連携を図っている

評点(〇〇〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 家族が参加できる施設の行事を実施している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用者と家族がゆっくり話せるように配慮している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	6. 家族からの相談に対応する体制を整えている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目7の講評

入所時に家族との連絡方法を確認している

家族などの近親者や後見人との連絡方法は、入所時に確認して適切に連絡が取れるようにしている。利用者ごとに生活環境や家族との関係が異なることを施設では理解しており、連絡を取る際には利用者に了解を得ることを原則としている。現在は、利用者全員の家族と連絡が取れるようになっており、施設では家族との連携を図りながら支援していくことを基本としている。ホームページを毎月更新することにより、施設の主だった動向を知らせている。また、申し出のある家族に対しては、各種請求書の送付や受診の付き添いなど、個別に対応している。

引き続き感染対策を重視しながら、家族と連携を深めることを目指している

施設では「桜祭り」に家族や後見人などを招待し、一緒に楽しんでもらえるようにしている。さらに、それらの機会を通じて、利用者、家族、施設のコミュニケーションが図れるような機会になるようにしている。なお、前回の「桜祭り」には、5～6名の家族参加が報告されており、施設ではさらに参加者を増やすことを目指している。また、コロナ禍によって、家族の面会やイベントへの参加は制限していたが、5類への変更によって面会制限を緩和している。引き続き感染対策を重視しながら、家族と連携を深めることを目指している。

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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

評価項目8の講評

各種の福祉サービスを提供している強みを活かして情報収集に取り組んでいる

敷地内には法人が運営する特別養護老人ホームや保育園などが位置している。各事業の管理者で構成されるキャンパス会議において、それぞれが把握している情報を共有して有効に活用している。また、利用者の約25～30%が介護保険の在宅サービスを利用しており、職員が地域包括センター職員や担当のケアマネジャー、各種の在宅サービスの担当者と一緒に活動することにより、地域の福祉ニーズの把握や福祉情報の収集する機会につながっている。さらに、経営層は東村山市の福祉連合会や施設長会に定期的に参加して情報を収集している。

地域の社会資源の利用者還元を充実させることを目指している

全体連絡会や施設内の掲示などによって地域情報を積極的に伝えることにしている。地域と交流できる機会として、例年であれば施設全体で開催されている秋桜祭りには、多くの地域住民も参加しており交流する機会になっている。市報も施設のエンタランスに常置しており、いつでも地域情報が把握できるようになっている。ただし、地域交流スペースの開放、新生大学や隣接保育園との交流なども実施していたが、再開はコロナ収束後としている。さらに、買い物や外食などの社会資源の活用を推奨しており、ガイドヘルパーなどの必要性を施設では認識している。

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	1-1-2	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
タイトル①	経営層は自らの役割や責任のもと、率先垂範した行動を心がけている	
内容①	組織における経営層の役割や責任は、事業計画書をはじめキャンパス会議、リーダー会議で伝えている。経営層は事業運営に関わる各種の会議体をはじめ、各種の専門委員会にも必要に応じて出席し、具体的な事案の中で事業の方向性を示唆することに努めている。具体的には、事故や苦情処理、緊急時の指示、リーダー層や職員への指導、職員の面談などを施設長が中心となって取り組んでいる。さらに、利用者には全体連絡会などを通じて意向や要望を把握し、内部研修を充実させながら、リーダーシップを発揮している。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-2-2	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
タイトル②	利用者のパーソナリティに関わる内容を把握し、支援に反映して不安軽減につなげている	
内容②	利用者の措置連絡票や生活情報が記載されている事前情報、アセスメントでの聞き取り内容などでは、利用者の既往歴や心身状況をはじめ、生活歴などの利用者のパーソナリティに関わる内容を詳細に把握するようにしている。それらの内容を活用して利用者とのコミュニケーション方法などを支援に反映し、利用者の不安軽減につなげている。また、視覚障がいのある利用者には入所した際に施設内の移動時の誘導なども念入りに行い、施設に慣れるまで声かけを多めにするなどの支援を行っている。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-4-5	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	食事を楽しんでもらうことを大切にしている	
内容③	聞き取りによる嗜好調査を実施しており、意見をできるだけ反映できるように努めている。毎月献立表をはじめ、食堂前には日々の献立、アナウンス(視覚障害者への配慮)によって、事前に献立を伝えている。食堂において3食喫食することにしており、親しい利用者などが一緒に卓を囲めるように食席は決められている。また、選択食(月1回)や郷土料理、おやつケーキの選択などの機会を設け、食事を楽しんでもらえるようにしている。さらに別献立として、パンやヨーグルトを提供することに取り組んでいる。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	毎朝の朝礼時での口頭による申し送りやケースカンファレンス、各種会議などでも利用者支援に関する情報の情報共有に努めている
	内容	生活記録はPCでの入力を行っており、支援ソフトによって各部署にタイムリーな情報提供が行えるようになっていた。また、毎朝朝礼を実施しており、夜勤者から口頭による申し送りに行っている。施設サービス計画書更新時で開催するケースカンファレンスには、相談員や支援員、看護師などが参加し、利用者支援の内容を検討している。月1回開催される部署ミーティングやリーダー会議においても利用者支援に関する内容を検討する機会があり、口頭の申し送りでも利用者の情報共有に努めている
2	タイトル	利用者間の人間関係に配慮することを心がけている
	内容	利用者間のコミュニケーションをより円滑に図るために、各種のアクティビティを設け積極的に参加を促している。定期的に開催されている全体連絡会での意向や要望、意見をもとに、利用者同士が関わられるようにしている。利用者間でトラブルなどが発生した場合には、利用者間での解決を原則としている。ただし、必要に応じて利用者への情報提供・手続きなどの援助を行うことにしている。職員が間に入ることや、クラブ活動の実施、投書箱、相談受け付け箱の設置などによって、利用者同士の人間関係を良好に保てるように支援している。
3	タイトル	半期毎に事業計画の達成度を評価し、次期につなげる仕組みが整っている
	内容	事業計画書には運営方針を掲げ、職員がベクトルを合わせて円滑に単年度事業が推進できるようにしている。また、事業報告書では、個別事業に関する進捗や達成状況などを明記しており、計画書と報告書がリンクしていることがうかがえる。さらに、定例の主任会議やリーダー会議において事業補進捗状況や各種のリスクマネジメントに関して検証し、経営層は指導助言に取り組んでいる。半期に一度、計画(目標)の達成度を評価し、必要に応じて修正などに取り組んで次期につなげる流れとしている。計画の達成度を測る指標作成についても明示している。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	施設の情報を提供するパンフレットにはQ&Aを記載し、施設利用が分かりやすく説明されているが、HPの情報は少ないものとなっている
	内容	施設の情報を提供するパンフレットには施設概要をはじめ、施設の外観や居室、食事の写真、いきいきワークの活動の説明などを掲載しており、養護老人ホームのQ&Aも記載して、入所条件や申し込み方法などを、利用希望者にも分かりやすく説明している。ただ、HPに関しては、法人内の全福祉施設共通のものということもあるため、当施設の所在する福祉施設全般の情報がメインとなっており、施設の基本概要のみの掲載となっている。現在、HPリニューアル中とのことで、リニューアル後には、より詳細な情報の提供が期待される。
2	タイトル	「社会的な自立」を支援する仕組みをさらに充実させることを目指されたい
	内容	定例の全体懇談会では、施設内外のサービス情報や地域情報、さらに介護保険に関する情報提供などを行い、利用者が地域で生活しているという実感を持ってもらうことを大切にしている。日中活動の一環として「いきいきクラブ」活動を継続して実施して、活動を通じて参加の喜びや自立に対する意識の高揚を促している。ただし、「いきいきクラブ」の参加者は全体の約15%程度となっている。さらに、「社会的な自立」を支援する取り組みなど、新たな課題に取り組むことも望まれる。利用者の意識調査なども実施することも望まれる。
3	タイトル	半期毎に事業計画の達成度を評価し、次期につなげる仕組みは整っている
	内容	事業計画書には運営方針を掲げ、職員がベクトルを合わせて円滑に単年度事業が推進できるようにしている。事業報告書では、個別事業に関する進捗や達成状況などを明記しており、計画書と報告書がリンクしていることがうかがえる。また、定例の主任会議やリーダー会議において事業補進捗状況や各種のリスクマネジメントに関して検証し、経営層は指導助言に取り組んでいる。さらに、半期に一度、計画(目標)の達成度を評価し、必要に応じて修正などに取り組んで次期につなげる流れとしている。計画の達成度を測る指標作成についても明示している。