

福祉サービス第三者評価結果報告書【令和7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 東京都千代田区麹町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



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	久保 俊明	福祉	H1801028
	②	小島 史生	福祉	H2101046
	③	木林 秀樹	福祉	H2001050
	④	高橋 光葉	経営	H2001016
	⑤	北川 達三	福祉	H1202046
	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	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 折本 宏美			
契約日	2025 年 6 月 27 日			
利用者調査票配付日(実施日)	2025 年 9 月 8 日			
利用者調査結果報告日	2026 年 1 月 13 日			
自己評価の調査票配付日	2025 年 7 月 7 日			
自己評価結果報告日	2026 年 1 月 13 日			
訪問調査日	2026 年 1 月 20 日			
評価合議日	2026 年 1 月 20 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。 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 折本 宏美 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つたり、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つてほしい。</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た。回答者の年齢構成は70歳未満7名、70歳代30名、80歳代37名、90歳以上11名、無回答4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

193

共通評価項目による調査対象者数
 共通評価項目による調査の有効回答者数
 利用者総数に対する回答者割合(%)

アンケート	聞き取り	計
131	62	193
27	62	89
14.0	32.1	46.1

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56.3%が「大変満足」または「満足」と回答し、「どちらともいえない」が33.7%、「不満」が6.7%、「大変不満」が1.1%、「無回答」が2.2%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、大変高い満足度であった。「入浴時間への配慮」では、80.9%の大変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、大変高い満足度であった。特に「生活スペースの清潔な環境」では、84.3%の大変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2設問において、高い満足度であった。特に「プライバシー保護」では、75.3%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要望の傾聴」、「ケアプラン作成時の説明」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、「不満や要望への対応」は、概ねの利用者が満足とする回答を得られているが、「外部の相談窓口の案内」については、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	52	27	10	0
「はい」が58. 5%、「どちらともいえない」が30. 3%、「いいえ」が11. 2%であった。自由意見では、「全部美味しい」、「温かい、食べやすい硬さと大きさ、バランスが良い、楽しいな時間」、「魚のおかずが多い、食べてるけど満足してない」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	72	7	10	0
「はい」が80. 9%、「どちらともいえない」が7. 9%、「いいえ」が11. 2%であり、大変高い満足度であった。自由意見では、「気持ちよく入れている」、「自由に入れます」、「決められた時間のみ」という声が聞かれた。				
3. 施設に、楽しい行事や活動があるか	43	13	32	1
「はい」が48. 3%、「どちらともいえない」が14. 6%、「いいえ」が36. 0%、「無回答・非該当」が1. 1%であった。自由意見では、「カラオケなど楽しく参加している」、「麻雀、お茶、お花、折り紙。友だちとの会話が楽しい」、「参加していない」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	59	16	13	1
「はい」が66. 3%、「どちらともいえない」が18. 0%、「いいえ」が14. 6%、「無回答・非該当」が1. 1%であった。自由意見では、「教えてくれる」、「掲示板」、「情報がどのように発信されているかわからない」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	50	22	16	1
「はい」が56. 2%、「どちらともいえない」が24. 7%、「いいえ」が18. 0%、「無回答・非該当」が1. 1%であった。自由意見では、「よく話す」、「挨拶や体調のことなどをよく話しかけてくれる」、「あまり話さない」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	60	17	8	4
「はい」が67.4%、「どちらともいえない」が19.1%、「いいえ」が9.0%、「無回答・非該当」が4.5%であった。自由意見では、「すぐに相談できる」、「相談しやすい」、「忙しそうで話しかけづらい」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	75	9	4	1
「はい」が84.3%、「どちらともいえない」が10.1%、「いいえ」が4.5%、「無回答・非該当」が1.1%であり、大変高い満足度であった。自由意見では、「きれいに整頓されている」、「いつも整頓されている」、「尿の匂いがする時がある」という声が聞かれた。				
8. 職員の接遇・態度は適切か	60	21	6	2
「はい」が67.4%、「どちらともいえない」が23.7%、「いいえ」が6.7%、「無回答・非該当」が2.2%であった。自由意見では、「みんなやさしい」、「気にならない。礼儀正しい職員が多いと思う」、「努力はしているが、棘のある人がいる」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	72	11	4	2
「はい」が80.9%、「どちらともいえない」が12.4%、「いいえ」が4.5%、「無回答・非該当」が2.2%であり、大変高い満足度であった。自由意見では、「すぐに対応してくれる」、「安心してお願いできる」、「人による」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	30	45	9	5
「はい」が33.7%、「どちらともいえない」が50.6%、「いいえ」が10.1%、「無回答・非該当」が5.6%であった。自由意見では、「すぐ対応してくれる」、「平和なのでそういう経験はないが、何かあれば任せると思う」、「対応できる職員とできない職員がいる」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	63	11	12	3
「はい」が70.7%、「どちらともいえない」が12.4%、「いいえ」が13.5%、「無回答・非該当」が3.4%であり、高い満足度であった。自由意見では、「優しいです」、「対応してくれている」、「中々難しいかな。人によります」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	67	15	5	2
「はい」が75.3%、「どちらともいえない」が16.9%、「いいえ」が5.6%、「無回答・非該当」が2.2%であり、高い満足度であった。自由意見では、「大丈夫」、「個室だし気にならない」、「郵便物が開封されてくる。理解度の低い人もいるから職員が開封するのも理解できるが、人によって見極めてほしい」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	18	22	42	7
「はい」が20.2%、「どちらともいえない」が24.7%、「いいえ」が47.2%、「無回答・非該当」が7.9%であった。自由意見では、「話をよく聞いてくれる。私もはっきり伝えている」、「家族とホームに任せている」、「計画を知らない」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	19	20	39	11
「はい」が21.3%、「どちらともいえない」が22.5%、「いいえ」が43.8%、「無回答・非該当」が12.4%であった。自由意見では、「わかりやすく話してくれます」、「家族とホームに任せてる」、「知らない」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	51	24	9	5
「はい」が57.3%、「どちらともいえない」が27.0%、「いいえ」が10.1%、「無回答・非該当」が5.6%であった。自由意見では、「すぐ対応してくれる」、「職員は要望をしっかりと聞いてくれたうえで、できる限りことを対応してくれる」、「専門職と困ったことで話すことがない」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	26	8	49	6
「はい」が29.2%、「どちらともいえない」が9.0%、「いいえ」が55.1%、「無回答・非該当」が6.7%であった。自由意見では、「伝えてくれました」、「職員から聞いたことがあるので知っている」、「知らない」という声が聞かれた。				

I 組織マネジメント項目(カテゴリー1～5、7)

No.	共通評価項目	
	カテゴリー1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリー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	サブカテゴリー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る ○非該当
	カテゴリー1の講評	
	理念などは、文書、会議など様々な方法で関係者への周知に努めている 法人理念「あゆみのこころ」は全職員に配付され、理事長による説明が行われている。施設においては、年度当初のリーダー会議にて施設長が運営方針を説明し、その中で理念にも触れて周知を図っている。単独の施設理念は策定していないが、事業計画に運営方針および処遇方針を明記し、年度の重要課題として示している。利用者や家族などに対しては広報誌「さくら日和」を発行し、施設の取り組みを定期的に伝達している。理念や方針は、文書配布、会議説明、広報媒体を通じて関係者への周知に努めている。 経営層および職員の役割および責任は、会議や面談を通じて職員に明示されている 経営層の役割および責任は、キャンパス会議、リーダー会議、各種面談を通じて職員に伝達している。施設長は年度当初に事業計画書を配付し、施設目標や運営方針を明示している。職員に対しては「人材育成シート」や「人事考課シート」を活用し、目標管理および役割の明確化を図っている。問題や課題が発生した際は、職責や役割分担に基づき対応方針を示している。また、面談を通じて職員個々の目標設定や役割確認を行っている。経営層の役割と責任範囲は、会議体および文書により職員に明示されている。 会議、委員会、掲示、文書など実情に応じた意思決定と伝達・周知体制を整備している 法人の経営会議で決定された事項は各事業所へ報告され、施設ではキャンパス会議およびリーダー会議において報告・審議・決定している。褥瘡・感染症対策委員会、身体拘束廃止・虐待防止委員会、事故防止委員会、QOC委員会など複数の会議体を設置し、案件内容に応じて検討している。決定事項はリーダー会議や委員会でも共有し、さらにグループウェアにより職員へ通知している。利用者・家族へは全体連絡会や掲示、文書通知などにより伝達している。実情に応じた意思決定と伝達・周知体制を整備している。	

カテゴリー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>各方面から収集した情報を基に課題を抽出して整理し検討している</p> <p>利用者の意向は全体連絡会や相談受付箱を通じて把握し、職員の意向は定期面談により聴取している。地域の福祉ニーズについては市の高齢者福祉施設長会や各種連絡会に参加し、情報収集を行っている。業界動向は東京都社会福祉協議会の分科会参加や行政・関連機関からの情報取得により把握している。経営状況はキャンパス会議において各事業所の稼働状況やサービス提供状況を共有し確認している。これらの情報を基に課題を抽出・整理し、営業活動の強化などに取り組んでいる。</p> <p>単年度計画は法人中期計画に基づき、経営課題に対応する具体的目標と設定している</p> <p>法人として長期および中期事業計画を策定している。単年度計画は法人中期計画に基づき、各部署が原案を作成し、施設長が確認のうえ策定している。計画策定にあたっては利用者の意向聴取、職員の意見・提案などを反映している。計画書には実施目標、数値目標、具体的成果指標を明示し、進捗および達成度の確認が可能な内容としている。予算編成は各部署からの申請をもとに事務担当が取りまとめ、事業計画と連動させている。また、事業計画に基づき、措置機関への営業活動など、経営課題に対応する具体的目標も設定している。</p> <p>定期または随時に事業計画の振り返りと見直しを行い目標達成に努めている</p> <p>計画の執行状況および進捗管理、予算執行状況は月次報告により確認し、半期ごとに計画および予算の達成状況を見直し、必要に応じて補正予算を編成している。各計画書は数値目標や具体的成果を示し、進捗や達成度を確認できる実行可能な内容となっており、施設長をはじめ管理職層は、定期または随時に事業計画に対する実施状況の確認および見直しを行っている。職員は目標設定シートに基づき業務を遂行し、必要に応じて振り返りや見直しを行っている。</p>		

3 経営における社会的責任			カテゴリー3
			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、定期的を確認している。	<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3の講評

就業規則および法人理念をもとに法令・倫理を遵守できるよう取り組んでいる

施設は職員に対し、就業規則および法人理念などをもとに、法人研修および施設内研修で法令遵守や倫理に関する説明を行っている。入職時オリエンテーションで基本的事項を周知した後は、日常業務の中で定期的に研修を実施している。また、各種委員会活動を通じて、虐待防止や不適切ケアに関するセルフチェックを実施し、職員の再認識や理解浸透に努めている。法人理念「歩・実・心」を中心に、職員が法令遵守および倫理・コンプライアンスを遵守できる体制を整えている。

対応策体制を整備して、苦情解決・虐待防止に取り組んでいる

利用者には入所時に苦情解決制度について説明し、施設内に苦情受付窓口を掲示している。相談・苦情対応マニュアルに基づき、生活相談員を窓口として相談受付表を活用し対応している。苦情は苦情解決委員会や全体連絡会で検討し、内容に応じて公開または個別にフィードバックしている。虐待防止については委員会を設置し、人権研修や虐待防止研修、チェックリストによる確認を実施している。事案発生時は主任・係長が事実確認を行い、施設長と協議のうえ対応する体制を整備している。必要に応じて法人や行政機関と連携している。

施設は積極的に地域との継続的な関係構築に取り組んでいる

地域広報誌「アミーゴ青葉」や法人ホームページにより施設活動を公開しており、玄関に開示資料を設置し見学者などが閲覧可能としている。また、市内のコミュニティバスへの広告掲載も行っている。地域交流室や作業室の貸し出し、実習生やボランティアの受け入れ、小中学生の見学・職場体験の実施などを通じ、地域との継続的な関係構築に取り組んでいる。東京都や市の社会福祉協議会活動への参加、さらに市の高齢者福祉施設連絡会や各種協議会に参加して地域ネットワークづくりに務め、関係機関との連携を図っている。

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 5/5
評価項目1 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる		評点(00000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が目指していることの実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリー2(4-2)		
事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 4/4
評価項目1 事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		評点(0000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 情報の収集、利用、保管、廃棄について規程・ルールを定め、職員(実習生やボランティアを含む)が理解し遵守するための取り組みを行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要な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>生命・身体の安全を最優先にリスクマネジメントに取り組んでいる</p> <p>施設では、利用者および職員の生命・身体の安全を最優先事項と位置づけ、各種委員会を設置してリスクマネジメントに取り組んでおり、想定されるリスクの洗い出しと対策の検討を行っている。ヒヤリハット報告書および事故報告書を活用し、発生事例の共有と分析を実施している。報告内容は各所管責任者などが多面的に検討し、再発防止策を整理したうえで現場へ周知している。利用者の高齢化・重度化に伴う転倒リスクに対し、福祉機器を活用するなど具体的な予防策を講じている。発生事象については迅速な対応を行う体制を整えている。</p> <p>各種BCPを策定し、事業継続を見据えた対応基盤の整備を進めている</p> <p>各種BCPを策定し、災害や感染症等の緊急事態に対応する体制を整備している。BCPに基づき職員および利用者への周知を行い、定期的な見直しを計画している。防災対策として、地域消防署の協力のもと防災訓練を実施し、訓練は通常時に加え、夜間想定訓練の強化を検討しており、職員参集体制の整備を進めている。防火・防災を運営方針の重点項目とし、緊急時に迅速に対処できる組織体制の構築を図っている。これらの取り組みにより、事業継続を見据えた対応基盤の整備を進めている。</p> <p>委員会・体制を整備して、情報の適切な管理と業務への活用の両立を図っている</p> <p>個人情報保護推進委員会を設置し、情報管理体制を整備している。職員に対しては入職時オリエンテーションおよび個人情報保護研修などを通じて規程の周知と遵守の徹底を図っている。ボランティアや実習生に対しても初回研修時に説明を行っている。紙媒体の情報は重要度に応じて金庫または施錠可能なキャビネットで保管し、電子媒体については職員個別のIDおよびパスワードを設定して管理している。文書管理規程に基づき、情報の保管・廃棄を行い、情報の適切な管理と業務への活用の両立を図っている。</p>		

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

外部サービス利用型特定施設としての機能を踏まえた人員体制の確保に努めている

募集・採用は法人全体で行い、求める人材像を明示し、それに基づき複数名による面接を実施し採否を決定している。人材確保が困難な状況に対応するため、外国人人材や派遣職員の活用も行っている。人員配置については「人事希望聴取表」による本人希望、人事考課結果、現場のバランスなどを総合的に勘案し、適材適所となるよう配置している。利用者定員200名、職員69名の体制(令和7年10月現在)において、利用者の高齢化・重度化に対応するため、外部サービス利用型特定施設としての機能を踏まえた人員体制の確保に努めている。

キャリアパス制度、OJTにより計画的な人材育成を行っている

法人共通のキャリアパスを策定し、求める人材像に基づく人材育成を行っている。年次別研修および専門別研修を体系的に実施し、職員が段階的に能力向上を図れる仕組みを整えている。目標管理は目標記入シートを用いて行い、年度ごとに研修計画を作成している。人材考課シートにより人事評価を実施し、育成・評価・処遇を連動させている。新人職員についてはチューター制度を導入し、OJTにより育成しており、育成担当者に対しても人事考課研修やマネジメント研修を実施している。計画的な人材育成体制を構築している。

職員の意欲向上および定着に向けた各種の人事制度を整備運用している

職員の意欲向上および定着に向け、目標設定制度、キャリアパス制度、人事評価制度を整備運用している。年3回の職員面談(目標設定面接2回、人事希望面接1回)を実施し、個々の意向把握と課題共有を行っている。人事申告書や各種会議での意見聴取を通じ、就業状況の把握と必要な改善に取り組み、メンタルヘルス相談や個人面談を実施し、心身の健康管理を支援している。チャレンジレポート制度を設け、改善提案を表彰する仕組みを整えている。会議やミーティングを通じてチーム活動の効果向上を図っている。

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)

利用者の高齢化および重度化が進む中で、施設において感染症対策、防火・防犯対策および緊急時対応の重要性が高まっている。組織運営においては、施設長から相談員を経由して各部署へ通知が行われる体制であり、施設長と相談員間の情報共有および意思疎通が円滑であることが、事業所全体の運営業務において迅速な対応に直結する状況にある。このため、利用者の安全を最重要視し、組織一体となって緊急時に迅速に対応できる体制を構築することを目標として設定した。具体的には、日常的に施設長から相談員へ積極的に声かけを行い、状況の発信および共有を行っている。また、外部部会へ参加し、他施設の取り組み(スポットワークの活用、外国人人材雇用の方法、業務整理の手法など)の情報を収集し、施設運営への反映を検討している。ノーリフトケア導入に伴う機器活用についても意見交換を行い、安全確保に向けた具体策を協議して目標達成に取り組んでいる。

<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

取り組みの結果、感染症発生時において、施設長から各部署への対応指示が円滑に伝達され、大きな混乱なく対応を行うことができていた。施設長と相談員間の日常的な情報共有が、緊急時の迅速な判断および指示系統の明確化に寄与したと検証している。また、重度利用者の他施設への移行についても、施設長の指示のもと相談員が移行先の調整を行い、適切な対応につなげている。ノーリフトケアに関する機器導入については、意見交換を通じて安全確保の観点から検討を進めている。一方で、発信内容の共有方法や現場への周知方法については、さらに統一的な仕組みづくりが課題として挙げられる。今後は、施設長および相談員間の共有事項を組織全体へ確実に伝達する仕組みを強化し、情報共有の標準化を図る方針である。事業計画に反映させ、組織的な連携体制の強化を継続していくとしている。

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)

本施設では、養護待機者の減少が継続しており、新規利用者数の低下が経営に影響を及ぼしている状況がある。措置制度に基づく入所であることから、措置機関からの依頼を待つ受動的な体制では入所者確保が困難となっている。このため、待機者および新規入所者確保を目的とした能動的な営業活動を実施することを目標として設定している。目標は、措置依頼を待つ姿勢から転換し、新規利用者獲得のために措置機関へ積極的に働きかけを行う体制を構築することである。実施事項として、過去に入所実績のある措置機関を中心に、施設長と生活相談員が2人1組で東京都23区ほか関係自治体を訪問し、年間を通じて営業活動を行った。また、空床情報を3か月ごとに定期的に送付し、受け入れ状況を継続的に発信した。さらに、入所者の定期面談時に措置元担当者が来所した際には、施設の状況や受け入れ体制について説明を行い、次回以降の相談につながるよう働きかけを実施した。これらの取り組みにより、措置機関との接点を増やし、情報提供の頻度を高める体制を整備した。

目標の設定と 取り組み	<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い
取り組みの検証	<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	<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価の選択に関する講評

営業活動の結果、措置機関などから約10件の問い合わせがあり、空床情報の定期発信を契機とした入所相談も発生し、一部は入所実績につながっている。一方で、当初設定した新規待機者および入所者は目標数値には到達しておらず、安定した経営基盤の確立には至っていない状況である。背景には、措置控えの傾向や養護老人ホームの利用ニーズ構造の変化があり、個別施設の営業努力のみでは解決が困難な要因が存在している。これらを踏まえ、今後は施設単独の取り組みに加え、東京都社会福祉協議会擁護部会等を通じ、市区町村と課題を共有し、団体としての要望活動や措置費に関する働きかけを行う方針としている。営業活動は継続するとともに、制度的課題への対応を含めた多面的な取り組みを進めることとしている。また、外部サービス利用型特定施設としての機能や視覚障がい者対応エリア設置の特色を明確にし、受け入れ可能な利用者像を具体的に示すことで、措置機関への情報提供内容の充実を図る方向である。

Ⅱ サービス提供のプロセス項目(カテゴリ6-1~3、6-5~6)

No.	共通評価項目	
	サブカテゴリ1	
1	サービス情報の提供	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 4/4
	評価項目1 利用者等に対してサービスの情報を提供している	評点(0000)
	評価	標準項目
	●あり ○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 ○非該当
	●あり ○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 ○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 ○非該当
	サブカテゴリ1の講評	
	<p>ホームページやパンフレットにより施設の特徴を分かりやすく発信している</p> <p>都内で数少ない外部サービス委託型特定施設であることや、施設内の特徴については主にホームページやパンフレットを活用し発信している。また、視覚障害者の専用エリアも施設内に設けており、養護老人ホームとしての強みを発信できるよう努めている。パンフレットについては施設内の特徴は写真を多用し利用希望者にとって非常に見やすくイメージしやすいものとなっている。敷地内に隣接する特別養護老人ホームや保育園等の情報も「東村山キャンパス」として併せて発信されている。</p> <p>定期的な行政や関係機関への発信により利用の促進につなげている</p> <p>養護老人ホームとして利用者の確保が課題となってきている。利用者は行政の紹介などが主となっているため、施設では毎年都内の行政機関に挨拶回りを行っている。その際にパンフレットや施設の案内を情報として提供し、利用希望者や行政のニーズに合わせて選択できるよう取り組んでいる。また、社会資源としての機能を無駄にすることがないように定期的に空床案内の郵送を昨年度より行っている。積極的な情報発信を行う中で行政機関との信頼関係の構築に努めている。</p>	

サブカテゴリー2		サブカテゴリー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(000)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要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(0000)	
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>丁寧な見学や面談により利用者が安心して利用を開始できるようにしている</p> <p>利用開始前に必ず施設見学と面談を原則対面で行っている。その際にサービスの内容、施設の特徴や料金等を丁寧に説明を行っている。利用希望者が安心して利用につなげられるよう可能な限り事前に施設の情報を提供し、施設での生活のイメージをもって利用開始ができるよう努めている。特に「さくらコート青葉町での生活について」という生活のしおりを配付し、詳細なルールやサービスの内容が分かりやすくなるよう工夫している。重要事項なども原則利用者本人への事前同意を行っている。</p> <p>さまざまな生活背景に配慮し、利用者に寄り添った支援の検討を行なっている</p> <p>養護老人ホームに入所を希望する利用者の複雑な生活背景にも配慮し、施設での円滑な生活につながるよう努めている。事前に施設での入所の体験などができない事情もあり、可能な限り詳細な情報の収集を図っている。特に金銭面や人間関係のトラブルについては入所後の課題になるケースが多いため、面談時や行政機関からの情報をフェイスシートに記入し、職員間で共有を行っている。それにより、利用者の今までの生活や課題に配慮し、利用者に寄り添った支援となるよう心がけている。</p> <p>利用開始時よりサービスの終了時を視野に要望の確認に努めている</p> <p>利用者の高齢化や重度化にも考慮し、養護老人ホームでのサービスの提供が難しくなるケースにおいては別のサービスへつなぐ役割を担っている。主に特別養護老人ホームや医療機関が退所先となる。退所にあたっては退所前より利用者の状態に合わせて生活拠点の検討を施設や行政担当者で行い、施設での生活における情報提供を行っている。また、逝去による退所も増加傾向にあるため、利用開始時より利用者の希望や要望を事前に確認している。定期的な確認も行うことで安心した退所支援を実現している。</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、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きみを整備している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目3

利用者に関する記録を適切に作成する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. 利用者に変化があった場合の情報について、職員間で申し送り・引継ぎ等を行っている	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ-3の講評

詳細なアセスメントによる課題抽出と計画作成が行われている

養護老人ホームは生活に課題を抱えている利用者から身体介護が必要な利用者まで幅広い利用者が生活を送っている。そのため、施設では利用者へのアセスメントに力を入れて取り組んでいる。利用者の複雑な生活の課題やニーズについては丁寧なアセスメントによって課題抽出が行われ、抽出された課題を検討することにより計画書の作成や更新につなげている。アセスメントを計画作成担当者が見極めて支援の方向性を示していくことで利用者の課題に沿った計画と支援の実施につながるよう取り組んでいる。

計画書は多職種が協働し検討及び見直しが図られている

支援の計画書は養護老人ホームの利用者は誕生日月に処遇計画を、特定施設生活介護の利用者は介護保険の更新や状態の変化に合わせて施設サービス計画書の更新を行っている。更新に際し本人からの要望に加えて行政からの意見も集約して検討を行っている。見直しは相談員、計画作成担当者、支援員と必要に応じて看護師や外部サービスの関係者を交えて利用者の生活課題に対する支援の方向性を検討しており、多職種が協働して見直しが図られるよう努めている。

職員間でリアルタイムに情報を共有する仕組みを構築している

施設では、利用者の特記事項や生活における必要事項を共有することが出来るよう、介護記録システムに情報を集約している。それにより多職種が情報を共有することができる体制となっている。また、施設全体での朝礼や夕礼も実施しており、必要な特記事項が施設全体で共有され、必要な対応を迅速に行うことが出来るよう取り組んでいる。そのため、利用者の課題に対して、早期発見や迅速な対応につなげることが出来るようになっている。多職種が円滑に情報共有を行うことで適切な支援の実施につなげている。

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(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)を外部和りとりする必要が生じた場合には、利用者の同意を得るようにしている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 個人の所有物や個人死文書の取り扱い、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-5の講評			
<p>利用者のプライバシーの保護に意識的に取り組んでいる</p> <p>利用者の情報は介護記録システムにて一元的に管理を行っている。また、入所時に個人情報の使用に係る同意書を必ず利用者に説明を行い、同意を得ている。併せて、法人のホームページにプライバシーポリシーを掲示し、法人全体の考え方を明示している。施設は全室個室でトイレが完備された環境となっており、一人ひとりの利用者のプライバシーに配慮しやすくなっている。さらに、希望者には自分の居室の鍵を貸し出すことも許可しており、可能な限り利用者のプライバシーが保護されるよう取り組んでいる。</p> <p>さまざまな研修により利用者の権利擁護に努めている</p> <p>養護老人ホームの入所は自立している利用者も多く、要望や主張をすることが可能である場合が多い。そのため、利用者の権利擁護については重点的に職員が理解できるよう、法人全体での研修、施設内での研修、会部研修などさまざまな研修機会を設けている。主張が強い利用者も多く、権利擁護と個々の主張のバランスをとることが課題と思われる。そのため、困難事例や過度な主張は委員会にて議題に上げ、施設全体で検討を行っている。また、支援経過に記録することで客観的に権利擁護を推進できるよう努めている。</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

マニュアルにより業務と職員のサービスの標準化を図っている

施設では虐待防止や機密保持、服薬マニュアル、感染症や事故防止など様々なマニュアルが整備されている。各種マニュアルはデータベースで保管すると同時に、すぐに目が届くよう紙での保管も行っている。それぞれのマニュアルは日常業務の際に活用しているほか、研修時にも使用している。業務カテゴリごとの担当者を毎年入替えるなど、施設で行われる各種業務の標準化を図ると共に、職員の業務に対する認識や技術が均一化されるよう意識的な取り組みが行われている。

職員の意見を反映した定期的なマニュアルの見直し機会を設けている

施設での日常のサービスが、マニュアルや基準に沿ったものとなっているかどうかを毎月の部署ミーティングやリーダー層会議において、点検や確認を行っている。同時に、既存の各種マニュアルが現状に即したものとなっているか、変更の必要がないかの確認や、変更する場合の方向性の検討も行っている。マニュアルの変更や再検討については、各職員の意見が反映されるよう、職員が参加するミーティングの中で検討が行われるよう取り組んでいる。それにより職員の意見を反映したマニュアルの策定につなげている。

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	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>利用者の状態に合わせて、計画的な支援の提供に取り組んでいる</p> <p>個別支援計画に基づき、日々の支援を実践している。毎月の部署ミーティングでは、計画に沿った支援が行われているかを確認し、職員による定期的なモニタリングを通して進捗や利用者の変化を把握している。個別支援計画はファイル化され、職員が随時内容を確認できるようにしている。1階は視覚障害のある利用者、2階は比較的自立度の高い利用者、3階は介護の必要度が高い利用者が主に利用しており、階ごとの特性を踏まえた支援を行い、自立した生活の継続を目指している。</p> <p>施設内の放送で予定を伝えるなど、状態に応じたコミュニケーションに努めている</p> <p>利用者の特性や状態に応じたコミュニケーションを心がけている。視覚障害のある利用者には、行事予定や当日の献立、施設内の予定を口頭や放送で伝え、情報を確実に共有できるよう努めている。個別支援計画の作成時には本人に内容を説明し、同意を得た上で支援を進めている。クラブ活動や各種行事への参加を促し、外出や外泊も自由としているほか、希望や状態に応じてデイサービスの利用を勧めるなど、それぞれの生活スタイルを尊重した支援に取り組んでいる。</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	
●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

多種類の食事形態を整えて、状態に応じた提供を行っている

利用者の状態変化が生じた際には、速やかに調理担当者へ報告し、食事形態の見直しを行っている。主食は米飯や粥、ソフト粥など、副菜は常食からペースト食まで幅広く用意し、嚥下や咀嚼の状態に応じて柔軟に提供している。塩分やカロリー調整は、ご飯や汁物の量で対応している。管理栄養士によるミールラウンドを通じて喫食状況を把握し、見守りや声かけを行いながら、安全で無理のない食事支援に取り組んでいる。

定期的に嗜好調査を行い、利用者個々の嗜好の把握と献立への反映に努めている

食事に関する嗜好やアレルギー、禁食の有無は事前に把握し、フェースシートに記載して職員間で共有している。年2回の嗜好調査では、行事食に対する意見なども自由に記入してもらい、献立作成に反映するよう努めている。定期的な選択食の日を設け、自ら食事を選ぶ機会を確保している。残菜調査やミールラウンドで得た情報も活用し、利用者の状態や好みに沿った献立となるよう工夫している。

提供する食事の内容や行事食について、定期的に多職種で検討して改善を図っている

利用者個々の都合や体調に応じて、食事の提供時間をずらしたり、2時間を目的に取り置きを行ったりするなど、柔軟に対応している。取り置きの際は各フロアの冷蔵庫で保管し、提供前に温め直して適温で提供している。献立はフロアに掲示して、食欲の刺激や食事への関心が高まるように工夫している。季節の食材を取り入れることを意識し、給食会議で内容を検討しながら、日々の食事を楽しめるように職員が協力し合って取り組んでいる。

3 評価項目3

入浴の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている

評点(000)

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

個々の状態を勘案しながら、適切な入浴支援を実践している

入浴に際しては、利用者の自立度や心身の状態を踏まえた支援を行っている。自立度の高い利用者には一般浴を用い、入浴中も45分ごとに見守りを行い、事故防止に努めている。認知症などにより指示や確認が必要な場合は職員が対応し、さらに身体介助が必要となれば、特定施設入居者生活介護の契約につなげ、外部サービスの活用による入浴支援を行っている。入浴が困難な場合には清拭や更衣を実施し、清潔保持に取り組んでいる。

利用者の特性に合わせて、フロアごとに異なる入浴対応を行っている

入浴可能な日時はフロア内に掲示し、利用者が確認しやすいよう配慮している。2階フロアは自立度の高い利用者が多く、平日10時から16時まで浴場を常時開放し、利用者の生活リズムに合わせた入浴を可能としている。3階フロアは介護の必要性が高い利用者が多いため、曜日を分けて週2回の入浴を基本として対応している。1階フロアでは視覚障害のある利用者も多く、ヘルパーの支援を受けながら、安全な入浴につなげている。

日頃から清掃を行い、浴室や脱衣室の清潔環境維持を図っている

浴室および脱衣室は日々清掃を行い、清潔で快適な環境の維持を心がけている。各フロアに男女別の浴室を備え、カーテンによる遮蔽を行うことで、羞恥心への配慮も心がけている。入浴中は声かけや会話をし、寛ぎつつ安心して入浴できるよう努めている。認知症の利用者が入浴を拒否する場合には、時間を置いた再度の声かけや職員交代、入浴日の変更など柔軟に対応し、無理のない支援の提供に取り組んでいる。

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、健康相談への対応や体調管理への支援を実践している

健康管理や介護予防に関して、利用者が主体的に取り組めるよう支援体制を整えている。担当看護師が各部署に配置され、日常の様子観察や体調確認を行い、健康状態に関する相談にも適時対応している。体重測定は月1回、定期健診は年2回実施し、健康状態の把握に活かしている。クラブ活動や模擬就労支援を通して、生活の中で身体や意欲を維持できるよう働きかけ、介護予防につながる支援に取り組んでいる。

利用者個々の状態に応じて、適切な服薬管理と配薬支援を行っている

内服管理が必要な利用者には、看護師が内服薬をセットし、夜勤者によるチェック、配薬時の声かけによる再確認を行い、誤薬予防に取り組んでいる。服薬状況は利用者の状態に応じて支援している。併設診療所には精神科があり、精神的なケアが必要な利用者への支援体制を整えている。ケア記録を通して職員間で情報を共有し、こまめな観察を行いながら、安心して生活を継続できるようフォローに努めている。

併設の診療所と日頃から情報共有を図り、利用者の健康維持に取り組んでいる

利用者の体調変化については、職員がケア提供時に様子観察を行い、変化があれば看護師へ報告している。必要に応じてバイタルチェックを実施し、迅速な医療対応につなげている。看護師は夜間オンコール体制を敷き、緊急時にも医療的な判断ができる体制を整えている。併設診療所と日頃から連携を図り、受診時には職員が同行するほか、必要があれば診療情報提供書を準備して他医療機関につなげることも可能としている。

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

介護の必要性に応じて、外部サービスの導入につなげている

利用者の状態に応じて、日常生活上の支援体制を整えている。身の回りのことが難しくなった場合には、特定施設入居者生活介護の契約につなげ、外部サービスの利用による支援を行っている。併設する訪問介護や通所介護は、利用者の状態や意向を踏まえて利用を勧めている。併設訪問介護事業所のヘルパーとは情報共有を図り、互いに連携を取って状態変化を把握しながら、必要な支援が継続できるように取り組んでいる。

施設での生活を続けていく上で、必要な手続きは適時支援を行っている

収入申告や非課税申告などの各種手続きが必要な利用者には、状況に応じて支援を行っている。受診や金銭管理については、利用者自身ができることは継続して行い、必要な部分のみ支援することを心がけている。必要時には成年後見制度や特定施設入居者生活介護の契約につなげ、利用者の意思を尊重した生活が継続できるように配慮している。また、事故防止の観点から玄関前に防犯カメラを設置し、安全な生活環境の確保にも努めている。

利用者同士の関係性に配慮し、協調しながら暮らし続けられるように努めている

クラブ活動を通して、利用者同士が交流できる機会を設け、良好な人間関係の形成に努めている。日常生活では、利用者同士の関係性を踏まえ、座席の配置などにも配慮している。投書箱や相談受付箱を設置し、寄せられた意見や相談はリーダー会議で検討し、相談内容の解決や生活への反映につなげている。利用者同士の関係性に悪化が見られた場合には、双方の話を丁寧に聞き、関係修復に取り組んでいる。

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(00000)

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

クラブ活動や行事を通して、利用者が楽しめるように努めている

日常生活の中で楽しめる機会を多様に設けている。月2回の映画上映会をはじめ、俳句、折り紙、カラオケ、華道などのクラブ活動を実施し、利用者が関心や体調に応じて参加できる環境を整えている。お花見ドライブや敬老会、花火大会、クリスマス会、豆まきなど、季節感を大切にした行事も継続している。加えて、音楽演奏や演目披露など多様なボランティアを受け入れ、生活に潤いや刺激をもたらす工夫を重ね、日々の楽しみにつながる支援に取り組んでいる。

利用者の特性に配慮しながら、快適に過ごせる環境づくりを行っている

利用者が落ち着いて過ごせるよう、生活環境の整備に力を入れている。フロアにはマッサージチェアを備え、公共スペースには大型テレビを設置して、くつろげる空間づくりを進めている。視覚障害のある利用者が多いフロアでは、手摺りに鈴を取り付け、音で位置や状況を把握できるよう配慮している。館内は右側通行とし、食堂やトイレは日常的な清掃を行い、安全性と快適性の維持に努めている。

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(000000)
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>利用者個々の状況を適切に捉えて、家族との関係性に配慮した対応に努めている</p> <p>入所時に、家族との接し方や関係性について利用者本人および措置実施機関に確認し、個別事情を踏まえた関わり方を整理している。被虐待ケースなど、家族との関係に配慮が必要な場合は、連絡方法や頻度について慎重に対応している。ホームページの適時更新や広報誌の設置を通じて、取り組みや生活の様子について情報共有を意識した発信を行い、家族が安心して利用を継続できるよう信頼関係の構築に努めている。</p> <p>面談室を備えて、利用者と家族がゆっくりと面会できるように配慮している</p> <p>外出や外泊は事前届出制とし、生活状況や体調を考慮しながら柔軟に対応している。面会は事前連絡の上で一定時間を確保し、感染症の状況に応じて居室や地域交流スペースを使い分けている。居室以外に面談室を備え、周囲を気にせず家族と落ち着いて話せる環境を整えている。コスモス祭では家族参加を可能とし、食事や太鼓演奏を取り入れ、利用者と家族が共に過ごす時間を大切に交流の機会づくりに努めている。</p> <p>投書箱を設けて、家族の意見や相談を受け付ける体制を整えている</p> <p>緊急時に備え、入所時に複数の家族連絡先を確認し、フェースシートへ記載して関係職員間で共有している。状況に応じて速やかな連絡が取れる体制を整え、希望する家族には内服薬変更などの情報も細かく伝えている。日常的な相談については、投書箱や相談受付箱を設置し、来所時や電話連絡などを通じて随時対応している。家族の不安や思いを受け止め、相談しやすい関係性の維持を心がけている。</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>東村山キャンパス全体で利用者への情報発信や交流を行っている</p> <p>東村山キャンパスとして、施設に併設されている特別養護老人ホームや保育園との交流を積極的に行っている。地域との交流もキャンパス全体で行うこともあり、日常から利用者が職員以外の人と交流ができる環境となっている。地域からの情報もキャンパス会議を通じて利用者に提供される仕組みとなっており、利用者が地域の取り組みに参画しやすくなるよう努めている。毎年行われるキャンパス全体でのお祭りには地域の方にも参加を促し、地域との連携強化を図っている。</p> <p>利用者の地域資源の利活用の促進に努めている</p> <p>養護老人ホームの利用者が地域の一員として生活を送ることを施設として促している。特に外出が自立を促すという考え方の下で、利用者が外出をしやすくなるよう同行援護サービスの利用支援やシルバーバスの取得支援などを行っている。利用者が地域資源を利活用し、自立した生活となるようその情報についてもパンフレットなどで利用者へ発信している。利用者は外出届を提出することで自由にスーパーマーケットでの買い物や駅前への外出することが出来るようになっている。</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	多様化する利用者ニーズに応え、役割変化を踏まえた運営を行っている	
内容①	本施設は、都内でも数少ない外部サービス利用型特定施設の指定を受けた養護老人ホームとして運営している。介護保険サービスとの連携を前提とした運営体制を構築し、利用者の状態変化に応じた支援を実施している。また、「視覚障害者用エリア」を設置し、視覚障害のある利用者に配慮した居住環境を整備している。利用者の高齢化・重度化に対応するため、福祉機器の活用や他施設との連携による適切な住み替え支援を行うなど、養護老人ホームの役割変化を踏まえた運営を行っている。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-3-1	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
タイトル②	施設での生活が円滑に送れるよう利用者の課題抽出に努めている	
内容②	支援における計画書の作成はアセスメントにより利用者の課題を抽出し、その課題を詳細に明示している。利用者の生活面での課題や身体機能面での課題など多岐に渡る課題を的確に抽出するためには、アセスメントが重要となってくることを踏まえ、利用者の生活歴や要望など可能な限り詳細にアセスメントし、施設全体で共有が図られるよう取り組んでいる。また、取得したアセスメント情報は介護記録システムや支援経過として記録され、その情報に基づき多職種が協働して支援の方向性を検討している。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-4-1	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③	介護の必要性に応じて、介護サービスの円滑な利用ができるように連携を図っている	
内容③	支援に関する情報は介護ソフトへの入力や連絡帳を活用し、職員間で漏れなく共有する体制を整えている。必要に応じて外部事業所への情報提供も行い、円滑な連携を図っている。介護の必要度が高まった場合には、特定施設入居者生活介護の契約を勧め、入浴や排泄動作への支援、福祉用具の導入など、状況に応じた介護サービスにつなげている。利用者の状態や希望を踏まえながら、安心して生活を継続できるよう支援体制の充実に努めている。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	施設の特性や強みを利用希望者や行政機関に伝わるよう様々な情報を分かりやすく発信している。
	内容	都内に数少ない外部サービス委託型特定施設であること、同一敷地内に特別養護老人ホームや保育園が併設された環境であること、個室かつ視覚障害者の専用エリアを備えていることなど、明確な事業としての強みがある。施設の強みや特性を可能な限り、情報として、利用希望者や行政機関に発信を行っている。情報はホームページやパンフレットに落とし込まれ、分かりやすい形で発信されるよう努めている。それにより養護老人ホームとして社会資源の利活用の促進につなげている。
2	タイトル	いきいきワークを提供することで、利用者の意欲向上に取り組んでいる
	内容	利用者一人ひとりが役割や生きがいを見出せるよう、いきいきワークとして施設内の仕事や作業を提供している。内容は利用者の特性や体力に応じて調整し、対価を支払うことで意欲や達成感につながるよう工夫している。労をねぎらう会を開催し、利用者同士が交流し、成果を共有できる機会も設けている。飲酒や喫煙、外出、外泊は医師の指示を除き原則自由とし、自己決定を尊重した生活の継続を心がけている。
3	タイトル	地域の多様な福祉ニーズに対応可能な環境整備を行っており、地域コミュニティの一拠点として機能している
	内容	同一敷地内に保育園および特別養護老人ホームがあり、日常的な訪問交流や行事参加を実施して、世代間交流を実施している。ホームページによる情報発信、地域交流室の貸出し、社会福祉協議会活動への参加など、地域との接点を複数持ち、地域コミュニティの一拠点として機能している。また、外部サービス利用型特定施設入居者生活介護の指定を受け、介護保険サービスと連携した運営を行っている。全室個室であり、視覚障がい者対応エリアを設置するなど、地域の多様な福祉ニーズに対応可能な環境整備を行っている。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	利用者の権利擁護と要望に対する支援の実施のバランスについて引き続き検討が望まれる。
	内容	養護老人ホームの特性上、利用者が置かれている生活課題や状況が複雑となっている。その中で利用者に対する権利擁護を推進するため、施設では職員が様々な研修を受講し資質向上に努めている。権利擁護を推進する一方で、利用者の権利主張も複雑化、個別化していることを課題としている。集団生活である施設での生活において、権利擁護と権利主張や要望をバランスを取りながら、継続した支援の検討をしていくことが求められる。施設として引き続き検討が望まれる。
2	タイトル	隣接保育園の子どもたちとの交流について、再開の検討が期待される
	内容	クラブ活動などの多様な活動を取り入れ、利用者が日常の中で楽しみを見出せるように取り組んでいる。生活面では、他者への迷惑や健康への影響が生じない範囲で自由度を確保し、利用者個々のペースや嗜好を尊重した過ごし方を支えている。一方で、コロナ以前に実施していた隣接保育園の子どもたちとの交流は中断したままとなっており、世代間交流による刺激や楽しみの機会が十分に確保できていない状況がうかがえる。今後は、感染状況に配慮しつつ、活動内容のさらなる工夫を重ね、地域や保育園との交流機会を段階的に再開していくことが期待される。
3	タイトル	計画の検証結果を行動に結び付ける体制と中長期戦略の整備が求められる
	内容	計画の実行および検証に関するPDCAサイクルの明確化が課題として挙げられる。各種計画には数値目標が設定されているが、部署単位での進捗管理や検証結果の具体的な改善策への反映については、より体系的な仕組みづくりが求められる。サービス提供内容の改善においても、担当部署と実行管理の責任所在を明確にし、検証結果を具体的な行動計画へ結び付ける体制整備が必要である。また、養護待機者減少に伴う経営課題に対しては、営業活動を継続する一方で、制度的課題への対応を含めた中長期的視点での戦略整理が求められる。

