

福祉サービス第三者評価結果報告書【令和7年度】

2026年 1月 24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



以下のとおり評価を行いましたので報告します。

評価者氏名・担当分野・評価者養成講習修了者番号	評価者氏名		担当分野	修了者番号
	①	小林 由里子	経営	H0404020
	②	小林 俊恵	福祉	H0404002
	③	所 満紀子	福祉	H2201090
	④			
	⑤			
	⑥			
福祉サービス種別	認知症対応型共同生活介護【認知症高齢者グループホーム】(介護予防含む)			
評価対象事業所名称	原町グループホーム		指定番号	1390400180
事業所連絡先	〒	162-0053		
	所在地	東京都新宿区原町3-84		
	Tel	03-5357-7806		
事業所代表者氏名	所長 神田 祐一			
契約日	2025年 7月 17日			
利用者調査票配付日(実施日)	2025年 7月 22日			
利用者調査結果報告日	2025年 10月 2日			
自己評価の調査票配付日	2025年 7月 18日			
自己評価結果報告日	2025年 10月 2日			
訪問調査日	2025年 10月 8日			
評価合議日	2025年 11月 18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)	昨年度は利用者調査とサービス項目中心の評価手法で行なったが、今年度は標準評価を行なった。職員の勤務体制(シフト)が多様なため、職員が全員に対して説明を行なうことが難しかったので、リーダー層(管理者、ユニットリーダー)へ第三者評価の趣旨を説明し、ユニットリーダーから調査票を職員に配付した。職員調査の分析はリーダー層と一般職員に分けて行なった。利用者調査は、家族調査(郵送)と場面観察を行なった。場面観察は、2ユニットを調査員2人で10時から14時まで行なった。			

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

- ① 機構が定める部分を公表することに同意します。
- ② 別添の理由書により、一部について、公表に同意しません。
- ③ 別添の理由書により、公表には同意しません。

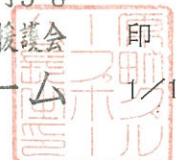
2026年 1月 24日

〒162-0053 東京都新宿区原町3-8

事業者代表者氏名 社会福祉法人恩賜財団東京都同胞援護会

原町グループホーム

施設長 神田 祐一



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)利用者の有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるように支援する。 2)利用者一人ひとりの人権・個性を尊重し、その人らしい生活リズムを大切にする。 3)家族との協力関係を重視し、その関係を大切にしながら支援する。 4)できる限り住み慣れた地域で生活できるように支援する。 5)地域に根差した事業所となり、地域住民と共に街づくりに貢献する。</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>1)認知症ケアのプロフェッショナルとして、現状に満足せずに常に研究心・探求心を持つこと。 2)事業所に関わるすべての人（入居者、家族、関係機関、業者、職員など）を大切にできる人材。 3)自ら考え、行動できる人材。</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>変化することを恐れずに、チャレンジ精神を持ち続けること。</p>

調査対象

利用者9人の2ユニット型グループホームである。2025年7月1日現在の施設利用者家族18人を対象とした。

調査方法

アンケート(自記入式)。利用者の家族全員に事業所から郵送で調査票を送り、記入された調査票を返信用封筒で評価機関に直接返送してもらった。

利用者総数	18
利用者家族総数(世帯)	18
共通評価項目による調査対象者数	18
共通評価項目による調査の有効回答者数	12
利用者家族総数に対する回答者割合(%)	66.7

18

18

18

12

66.7

利用者調査全体のコメント

「大変満足」50%、「満足」50%、合わせて「満足度」は100%である。満足度100%の項目は、問2「生活スペースは清潔で整理された空間になっている」、問3「職員の言葉遣いや態度、服装は適切である」、問9「利用者の計画やサービス内容についての説明はわかりやすい」である。自由意見では「少人数での居所で職員それぞれと連絡が取りやすく、面会も自由にできて良い施設です」「職員はいつも忙しそうにされていて、利用者に気を配りながら仕事をこなされ感謝しております。面会時間や日にち、外出等制限が無く自由な感じが良いです。部屋からの景色が緑豊かな公園が見え、防音・耐震もしっかりして環境が良く、本人も気に入ってます。行事も工夫されていていろいろ考えてくれています」「温かく対応していただいています。丁寧なので本人も安心して暮らせています」「良くしてもらっていると思います」などの意見がある。

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》

朝食の後片付けが終わって、昼食までの間のいわゆる決められた何かを全員で行なう事の無い時間帯にうかがった。通例では10時の水分補給の他には利用者がそれぞれしたい事を制限無しに行なう事が可能でもあり、何もせずにじっと座っていても構わない時間帯でもある。利用者はこれまで別々の人生をその人らしく自主性を持って自立生活を営んできた。この時間帯をなんの制限もなく自由に過ごす利用者に対し職員がどのように見守り、支援するのかを観察した。

《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》

リビングのテレビではワイドショーが流れている。テーブルの上にさりげなく置かれたエプロンに気付き3名の利用者がたたみ始めた。そこに利用者A氏が手押し車でやってきた。職員①が「コーヒーでも飲みますか?」と用意しながら声をかけた。出されたコーヒーを飲んでいるA氏に入浴介助に向かっていた職員②が通りがかりに「コーヒーいい香り。おいしいですか?」と声をかけた。A氏は笑顔で軽く頷いた。エプロンをたたみ終えた利用者達の会話は止まらない。隣テーブルでは対面で2名の利用者がチラシのぞき込んでいる。入浴を終えた利用者が爪を切り始めた。職員③は「気をつけてね」と声をかけながらさりげなく様子を見に来た。横に座って「チャンネルを換えてもいいですか?」と全体に声をかけた。ワイドショーに飽きてうつ伏せになりかけていた利用者はじめ他の利用者もDVDの歌謡番組を注視し、感想を述べたり歌手の噂話をしたり歌ったりと様々な様子が観られた。後方に立って落ち着かなかった利用者は職員①の「あ、今日は魚だ」という声にキッチンへ出向き調理を見学し始めた。職員の個々の利用者への理解と気配りの連携がこの穏やかな場面を作っていると理解できた。

「評価機関としての調査結果」に対する事業者のコメント

グループホームの役割とは、何でもない日常を過ごせる場、入居者同士が共同生活を送ることでの楽しみや一体感の醸成の場など多岐に渡りますが、当事業所が大切にしているのは「ふつうの暮らし」をいかに支えるかです。「暮らす」ということを考えたとき、日々の生活の延長にある抽象的な状態を表しているかもしれませんが、どんな人と関わり、どんな場所へ出かけ、日々の生きるための活動が積み重なった結果の、その人らしい「暮らし」であると考えています。またここでいう「ふつう」は世間一般の概念ではなく、入居者おひとりお一人にとっての「ふつう」、いわゆるその方の価値観に基づいた「ふつうの暮らし」と考えています。

グループホームに入居したから皆で一緒に家事を行うということではなく、その方がこれまで大切にしてきた生活スタイルを入居後も継続していくことができるように支援していくことが私たちの役割であると考えます。そのために、チームとして入居者のことを知るための工夫や、その情報をいかにして支援という形で表現するかが私たちの専門性を問われるところでもありますので、今後も個々のスキルアップとチーム力向上に取り組んでいきたいと考えています。

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. 家族への情報提供はあるか	11	0	1	0
11人(92%)が「はい」と回答している。「毎月手紙(写真付)で様子を報告していただき感謝している」「月に1回居室担当から文章による報告と、行事等に参加した時の写真のコピーも添付され、とても安心しています」などの意見があった。				
2. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	12	0	0	
12人全員が「はい」と回答しており、満足度が高い。「たまにベッド下や居室内デスクの埃が気になることがある」という意見もある。				
3. 職員の接遇・態度は適切か	12	0	0	0
12人全員が「はい」と回答しており、満足度が高い。特に意見は無かった。				
4. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	10	2	0	0
10人(83%)が「はい」と回答している。「そのような場面に遭遇したことはありません」「2度の骨折や体調不良時のスピーディな報告・連絡に安心させられる」という意見がある。				
5. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	6	3	0	3
10人(83%)が「はい」と回答している。「そのような場面に遭遇したことはありません」「経験がないためわからないが、信頼できると思っている」という意見がある。				

6. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	10	2	0	0
10人(83%)が「はい」と回答している。「家族ではぞんざいに思えてしまう様なことも本人の気持ちを察して対応していただき、勉強になる」という意見がある。				
7. 利用者のプライバシーは守られているか	10	1	0	1
10人(83%)が「はい」と回答している。特に意見は無かった。				
8. 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	10	1	0	1
10人(83%)が「はい」と回答している。「入居して浅いので見直しはなく、入居時と変わらない状況です」という意見がある。				
9. 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	12	0	0	0
12人全員が「はい」と回答しており、満足度が高い。特に意見は無かった。				
10. 利用者の不満や要望は対応されているか	10	1	0	1
10人(83%)が「はい」と回答している。特に意見は無かった。				
11. 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	7	2	1	2
10人(83%)が「はい」と回答している。「経験はないが、親身になって紹介・説明して下さると思っている」という意見がある。				

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
	<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る <input type="radio"/> 非該当
	カテゴリー1の講評	
	事業計画に理念、基本方針が記載されており全職員に配布し管理者が説明をしている 事業所の理念、基本方針、重点目標を事業計画に明記して、年度初めに全職員に配布しており、理解を深めるためグループホーム会議(職員会議)やフロア会議において管理者が説明を行なっている。また朝礼においても唱和している。グループホーム会議は月1回開催し、会議内容は議事録にまとめ、欠席者も共有できるようにしているが、確認できていない職員には管理者が直接伝える事もある。職員調査では職員全員が理念を理解していると回答している。利用者・家族には事業計画を配布しており、『共に利用者を支えること』を伝えている。	
	経営層としての役割や信条を職員に伝え、職員の意向も聴き入れ一体化を目指している 事業計画の職務分掌に経営層の役割と職務内容を記載しており、組織図で所長・管理者の位置づけも明確に示している。管理者は職員会議やフロア会議でも説明をして職員の理解を深めるよう務めており、日常的な関わりの中でも対話形式で伝えている。また管理者は職員と個別に話す機会を設け、管理者としての信条や事業運営に対する想いを伝えるとともに、職員の意向を聴きだし『利用者の暮らしを守る』『職員と目指す方向の一体化』を意識してリーダーシップを発揮するように努めている。職員調査では、上司に相談しやすいことが良い点として挙がっている。	
	事業所の重要案件の検討については、運営会議を意思決定機関としている 事業所内で出た意見や検討事項は必要に応じて運営会議で検討している。意思決定も運営会議で行なわれ、内容を職員会議で報告して、議事録を回覧して全職員への周知徹底を図っている。即時性が求められる内容については口頭と介護ソフトを使用して報告している。利用者・家族には、その都度書面を作成して随時送るようにしている。例えば、利用料変更等については説明を行い、承諾の署名を得ている。法人の広報誌やグループホーム通信においても伝えている。	

カテゴリ-2		
2 事業所を取り巻く環境の把握・活用及び計画の策定と実行		
サブカテゴリ-1(2-1)		
事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 6/6
評価項目1 事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している		評点(000000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向について情報を収集し、ニーズを把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所運営に対する職員の意向を把握・検討している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 地域の福祉の現状について情報を収集し、ニーズを把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)について情報を収集し、課題やニーズを把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 事業所の経営状況を把握・検討している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	6. 把握したニーズ等や検討内容を踏まえ、事業所として対応すべき課題を抽出している	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-2(2-2)		
実践的な計画策定に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 5/5
評価項目1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画及び単年度計画を策定している		評点(000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 課題をふまえ、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 中・長期計画をふまえた単年度計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 策定している計画に合わせた予算編成を行っている	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 着実な計画の実行に取り組んでいる		評点(00)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた、計画の推進方法(体制、職員の役割や活動内容など)、目指す目標、達成度合いを測る指標を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
カテゴリ-2の講評		
<p>利用者や職員の意向、地域情報等を把握して課題を抽出し、運営会議などで検討している</p> <p>利用者意向は日々の関わりから、職員意向は朝・夕の申し送りやグループホーム会議にて確認している。管理者は会議で職員が意見を言えるよう、日常的にコミュニケーションを交わしており、2フロア一体となってチームケアを実践できるよう努めている。地域の福祉情報は、運営推進会議にて地域代表(町会)や民生委員、地域包括支援センターの職員より得ている。福祉事業全体の動向は法人や区内社会福祉法人連絡会等への参加、行政のホームページ等から得ている。把握した情報等から運営会議等で課題を抽出し、事業計画の作成に反映している。</p> <p>法人の中長期計画に即して事業所としての単年度計画を策定している</p> <p>法人の中長期計画を基に、また昨年度の事業報告を踏まえ、事業所単位で単年度の事業計画を毎年策定している。管理者が原案を作成し、各ユニットリーダーが職員意向や利用者状況を踏まえて原案を確認したうえで、最終的な事業計画としている。事業計画には重点目標、施設利用目標、今年度の計画(地域における認知症の支援拠点、職員の認知症理解の向上、専門職としてのスキルアップ)と3ヶ年計画(職員個々のスキルアップとチームケアのレベルアップ、業務の効率化)を記載している。これを基に各ユニットで今年度の目標を作成し実践している。</p> <p>事業計画を基に事業運営を行ないグループホーム会議等で進捗状況を確認している</p> <p>事業所の理念・基本方針の実現に向けて、事業計画を基に事業運営を推進している。職員にも事業計画を意識することを促しており、定期的にグループホーム会議を開催して、今年度の重点目標や大切にしていること『利用者の暮らしを守る』を確認している。計画の進捗状況については時期は決めず各ユニットで行ないグループホーム会議等で確認を行なっている。達成度の指標として施設利用率を掲げているが、数値で評価できない項目については利用者の様子や職員の活動内容などで判断している。今後は共通の指標(基準)の設定も必要と考えている。</p>		

カテゴリ-3

3 経営における社会的責任

サブカテゴリ-1 (3-1)

社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる

サブカテゴリ毎の標準項目実施状況

2/2

評価項目1

社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知し、遵守されるよう取り組んでいる

評点(〇〇)

評価	標準項目	
<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-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	
<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-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	
<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

福祉従事者としての規範等について研修を通して周知徹底を図っている

社会人、福祉サービスの従事者として守るべき法、規範、倫理等については、事業所単位また法人主催の研修などを通して理解・周知し、更にグループワークなどで職員自ら考え、どのような行動をとるべきか判断できるように努めている。また研修をeラーニングからリアル型に変更したことで参加率が向上している。職員が講師になることもあり参加型の研修を行なっている。職員調査では、社会人、福祉サービスの従事者として守るべき法、規範、倫理等の習得について、全員が「はい」と回答している。

苦情解決制度について入居前に説明しており、虐待防止については委員会で検討している

利用者の権利擁護のため、利用者の意見や苦情等に対する窓口を設置して担当者が速やかに対応する仕組みを整備しており、重要事項説明書に記載している。利用者・家族には苦情解決制度をについて入居前の契約締結時に説明をしている。また利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動・虐待防止のためにグループホーム会議等で日々の支援についての振り返りを行なっており、研修も行なっている。テーマを決めて30分研修も行なっている。また定期的に身体拘束廃止委員会を開催し現状の確認と虐待についての理解を深める取り組みを行なっている。

複合機能を活かして地域ニーズに応え開かれた施設を目指し地域貢献に取り組んでいる

運営推進会議を年6回開催し透明性の確保に努めている。また実習生、ボランティアの受け入れも行なっている。事業所は特別養護老人ホーム、小規模多機能、居宅介護支援、地域包括支援センターの複合施設であり連携を図って地域ニーズに合わせた対応を行なう事が可能である。行政が主催する食糧支援への協力や地域のイベントに建物の一部を開放している。施設長が区内の社会福祉法人連絡会などに参加しており、地域ネットワークの再構築も検討している。認知症ケアのプロの集団として地域と顔の見える関係を作り地域貢献に取り組んでいる。

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(〇〇〇〇〇)
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(〇〇〇〇)
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>リスクに対して委員会や会議での検討、研修・防災訓練等で意識付を行っている</p> <p>事故・感染症・災害など事業所が目指していることを阻害するリスクに対して、グループホーム会議やフロア会議で検討を行なっている。また防災・BCP委員会を毎月開催し、防止訓練や研修を年2回以上行なっている。感染症対策委員会は3ヶ月に1回以上開催し、予防や対策の検討を行ない訓練や研修を行なっている。毎月実施している施設内研修においても、事故発生・予防、感染症研修及び机上訓練、食中毒・感染症・BCP研修及び机上訓練など、リスクに関するテーマが設定されている。</p> <p>災害編、感染症編のBCPを作成し訓練や研修で意識づけを図っている</p> <p>リスクに遭遇した場合に備えBCPを策定している。自然災害編BCP(2023年作成、2025年改訂)は平常時の対応、緊急時の対応、他施設との連携、地域との連携について記載されている。防災訓練で確認、振り返りも行なっている。新型コロナウイルス等災害編BCP(2023年作成)は総則、平常時の対応、初動対応、感染症拡大防止対策の確立について記載されている。アクシデント、インシデントが起きた際には、事故報告書を作成して再発防止に向けた話し合いを行なっている。ヒヤリハットも報告書を作成して共有している。</p> <p>「個人情報保護規程」に即して情報管理体制を整備している</p> <p>「個人情報保護規程」を制定し職員には入職時に説明を行ない同意書を得ている。各種記録は必要な時に確認できるようにカテゴリー別に管理している。文書保管期間については規程に基づいて対応している。個人情報の帳票類については施錠可能な場所に保管している。利用者情報は介護ソフトを活用して一元的な管理が可能となっており、介護記録については、職員用のID、パスワードを設定している。利用者・家族には、個人情報の取り扱いについて、運営規程に即して、利用目的の明示及び開示請求への対応について説明を行ない同意を得ている。</p>		

カテゴリ-5		
5 職員と組織の能力向上		
サブカテゴリ-1 (5-1)		
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成・定着に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 12/12
評価項目1 事業所が目指していることの実現に必要な人材構成にしている 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
<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

採用ルールに則り人材を採用し、職員の意向や経験を踏まえた人員配置となっている

人材確保にあたっては法人と連携して採用ルールに即して人材採用を行なっている。当事業所は職員の定着率が高いことが特徴であるが、短期間で離職する者もいて2極化しているのが実態である。経験の長い人も多く職員の人間関係も良好であるが、新任職員には慣れるまで時間がかかることもある。人員配置については、人事考課面接等を通じて職員の意向を把握した上で、スキル、経験、適性などを勘案して適材適所の配置となっている。介護職員の人員不足が課題であるが、業務の見直し、ICT導入による効率化により職員の負担軽減の検討も行なっている。

人材育成計画を作成、職員は目標を設定して必要な研修に参加している

人事考課規程に基づき職員の職責と職務内容に応じたキャリアパスが設定されており(就業規則に明示)、キャリアパスと連動した人材育成計画が策定されている。上司は人事考課による目標設定と職員との面談で進捗状況を確認し、必要な助言等を行なっている。法人研修と職場内研修が計画されリアル型での実施で参加率が向上している。学んだ事が実践に活かされるよう職員が講師になることもある。研修参加後は報告書を作成している。ユニットリーダーが現場での指導担当として位置付けられており、新人職員にはOJT研修を行なっている。

職員が意見を言いやすい雰囲気づくりと情報の共有でチームケアの充実を目指している

休暇取得は可能な限り希望に沿うように取り組んでおり、正規職員、契約職員にはリフレッシュ休暇制度により年間5日間の休暇取得が可能である。ストレスチェックも実施している。更に上司は人事考課面接の他、日々の職員の勤怠状況、勤務態度などを注視しており、職員がいつでも相談できる職場風土の醸成に努めている。また日常的にコミュニケーションをとり、職員が会議等で意見を言いやすい雰囲気をつくっている。グループホーム会議では現状の課題を共有し改善策をともに検討できる場を設け、チームケアの向上に活かすよう努めている。

カテゴリー7

7 事業所の重要課題に対する組織的な活動

サブカテゴリー1(7-1)

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

評価項目1

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

前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)

昨年度の目標:利用者一人ひとりの有する能力を活用して『自立した暮らし』を支援する。理由:認知症ケアの充実と『その人らしい暮らし』を支えることが認知症対応型共同生活介護を運営する上で最も大切であるため。取り組み:①認知症に関する研修の実施。②職員会議で認知症に対する現状の支援について振り返る機会の設定。③ユニットで朝礼・夕礼を開きで用者の情報や支援における課題の共有。結果:事業所内での認知症研修の他、外部の訪問看護ステーションの協力により医療従事者からの認知症研修も実施できた。職員会議で現状の支援について確認し適宜修正する場を定期的に設けることができた。毎日の朝礼・夕礼の実施により、所属するユニットの利用者情報だけではなく、ユニット間の情報共有に繋がった。今後の方向性:同様の目標を掲げ、認知症研修や倫理・法令の研修を実施している。一方、職員によって習得や理解の度合いに差がみられるため、内容や頻度などについての検討を行なっている。職員会議の欠席者には資料を回覧しているが確認に時間を要する傾向があるため、必要な情報が共有できるよう上司が個別に話をする等、積極的に促す対応も必要と考えている。

目標の設定と
取り組み

- 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
- 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
- 具体的な目標が設定されていなかった

取り組みの検証

- 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った
- 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)
- 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

- 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた
- 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
- 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価の選択に関する講評

昨年度の目標、利用者一人ひとりの有する能力を上手に活用して、自立した暮らしを送ることができるように支援する、については認知症対応型共同生活介護を運営する上での使命でもあり、また事業所の理念にも掲げており、適切な設定と言える(P)。取り組みについては、認知症研修、振り返りの機会の設置、日常的な情報や支援における課題を共有、と学びと自己評価、組織的な共有といった体系的な取り組みで、かつ現場での確認も可能であり、適切な取り組みと言える(D)。取り組みの結果、期待していた以上の成果(外部の訪問看護ステーションの協力により医療従事者からの認知症研修の実施、定期的な振り返りの設定、ユニット間の情報共有)が得られたことを評価している。一方、職員によって習得や理解の度合いについての課題も検証している(C)。検証結果を踏まえ、今年度も同様の重点目標を掲げ、更に抽出されて課題について対応策を検討している。3ヶ年計画においても、認知症ケアのプロフェッショナルとしてスキルアップに努めることも掲げており(A)、PDCAに即した取り組みとして評価した。

評価項目2

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

前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)

昨年度の目標:住み慣れた地域で暮らし続けるために、ボランティア等のさまざまな社会資源を活用した支援する。背景:地域密着型として、地域資源の活用を通して住み慣れた場所で暮らし続けるための支援を行なっていくことが大切であるため。取り組み:ボランティアの受け入れを社会福祉協議会に相談した。更に大学のサークル活動などに声をかけ学生のボランティアなど若い世代の受け入れも行った。取り組みの結果:家事サポートのボランティアが、役に立てるならばと、定期的(毎週火曜)に来てくれるようになった。学生のボランティアについては都内の大学から8名が交代で一人ずつ、月1回ボランティアに来てくれるようになった。ゲーム、はり絵、室内ボーリング、消しゴムはんこづくりなど、学生が利用者と一緒に様々な活動を行なった。利用者にとっては、孫が面会に来てくれたような気分で、更に自分の若い頃を思い出すきっかけにもなっている。認知症ケアの『回想法』にも繋がっている。学生にとっては高齢者と触れる機会になり、介護の体験や理解にも繋がっている。今後の方向性:ボランティアとして多くの方に活動していただきたいので、今後も積極的な受け入れを進めていく方針である。

<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2で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

昨年度の目標、住み慣れた地域で暮らし続けるために、ボランティア等のさまざまな社会資源を活用した支援する、は地域密着型の認知症対応型共同生活介護として、地域資源の活用を通して住み慣れた場所で暮らし続けるための支援を行なう事は重要であり適切な設定である(P)。取り組みについては、社会福祉協議会に相談しており、当事業所を知ってもらおう意味でも適切な取り組みと考える。また学生ボランティアの受け入れも、大学経由で行なっており、今後の広がりを考えるうえでも適切である(D)。取り組みの結果、利用者が施設の職員以外に人と触れ合うことができ、生活が豊かになっている。特に学生との交流は、回想法にも繋がっている。学生にとっては、高齢者と触れることで、介護や認知症の理解、福祉現場で働く職員の実情なども把握できる良い機会となっている。事業所としても外部の人材と交流の場を多く持つことが、利用者支援に繋がることを評価している(C)。この結果を受けて、今年度も積極的に受け入れる方針で、ボランティアの活動を通して介護への関心、認知症への理解を深めるようコーディネートしており(A)、PDCAに即した取り組みとして評価した。

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 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-1の講評		
<p>事業所独自のパンフレットや、法人のホームページ等で入居希望者に情報発信をしている</p> <p>事業所では法人のホームページやパンフレットにて入居希望者に向けた情報提供を行っている。事業所独自のパンフレットも新たに作成しており、よりわかりやすく情報を伝えている。事業所のパンフレットには、理念として家庭的な雰囲気の中で自立した日常生活を営められるよう必要な援助を提供していることや、基本方針からは、利用者一人ひとりの人権や個性が大切にいく姿勢が伝わってくる。また写真をふんだんに用い1日の流れや行事、居室や食堂、浴室等フロアの様子を紹介することで具体的に事業所での生活がイメージしやすいものとなっている。</p> <p>年6回運営推進会議を開催し、行政や関係機関等に事業所の情報を提供している</p> <p>事業所は建物内にデイサービスセンターや小規模多機能居宅介護センターがある複合施設である。その強みを生かし、小規模多機能型居宅介護センターと合同で年に6回運営推進会議を開催している。会議は利用者家族代表・民生委員・町内会役員・町内会クラブ代表・地域包括支援センター職員が参加し、事業所の近況や情報等を提供する機会であると同時に地域のイベント情報等を収集する貴重な機会となっている。また社会福祉協議会とは日頃から情報共有を行っており、社会福祉協議会からの情報も入口のラックに置かれている。</p> <p>入居希望の問い合わせに対し見学できる日等を優先し、疑問や不安に丁寧に対応している</p> <p>入居希望の問い合わせには利用者や家族が見学できる日を優先し、可能な限り事業所を見学しながらより具体的な案内ができるよう丁寧に対応している。対応は所長が行ない、問い合わせ時に特に質問が多い利用料については介護度別の負担割合も明記された利用料見積もり概算書類を別途作成し個別性に応じた説明を実践している。見学者からは、医療施設と介護施設の役割の違いについて等事業所以外の説明を求められることも時折あり、事業所の説明にとどまらず利用者や家族の疑問により添いながら介護にまつわる質問に対してわかりやすく応えている。</p>		

サブカテゴリ-2		
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリ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 <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇)</p>		
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	<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 <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. 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>重要事項説明書を用いサービス内容や利用料金等を説明し署名捺印を以て同意を得ている</p> <p>事業所ではサービス利用開始時にパンフレットや重要事項説明書を用いて、利用者や家族等に対しサービス内容や利用料金、留意事項等をわかりやすく丁寧に説明を行っている。見学时に説明した事項についても、改めて利用開始時に事業所での日常生活上の入浴、排泄、食事等の支援等サービス内容を具体的に説明し、利用料金についても利用者個々の介護度による負担割合を詳しく丁寧に説明を行っている。併せて、面会についても丁寧に伝え、利用者や家族等が安心して入居できるよう配慮している。契約は利用者や家族等の署名捺印を以て同意を得ている。</p> <p>スムーズに事業所での生活に移行できるよう可能な限り情報を収集しながら支援している</p> <p>入居前の利用者の情報は、出生地・生活歴・職歴の他、趣味・特技、性格等を「おひとがらシート」を用い、家族に記入してもらい把握している。「おひとがらシート」にはその他に好きなこと・苦手なこと、本人の希望、家族の希望等も記入できるようになっており、利用者の個別の事情や要望が把握できる内容となっている。利用開始直後は、ここに居てもよいの？等の不安を話す人もいるが、職員がゆっくり話を聞く時間を設けている。他、居室にベット以外は馴染みの品を持ち込めるため、職員の対応と居室環境の両面から環境変化の不安軽減に努めている。</p> <p>サービス終了時は利用者・家族等の意向に配慮し、本人の状況に沿った支援を行っている</p> <p>利用者が重度化した場合に利用者・家族のニーズに応じて看取り介護も行なえる環境になっている。また複合施設であるため、事業所と同敷地内にある特別養護老人ホーム等への入居ができる体制がとれている。利用者の状況の変化に応じ、医療関係者や特別養護老人ホーム等の生活相談員と対応方針を適時行なっている。事業所で継続した生活を望む利用者・家族も多いため利用者の状況の変化が生じた場合は都度家族に状況を説明するよう心がけ、状態に応じて今後についての助言を丁寧に言なう等、利用者や家族の意思や希望を尊重した対応に取り組んでいる。</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 10/10

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の介護計画を作成している 評点(〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 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	3. 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を適切に作成する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. 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

計画書は作成の手順が決められており、利用者や家族の意向の確認も丁寧に行なっている

事業所の介護計画作成マニュアルでは、『入居者一人ひとりの可能な能力を見極め・検討しながら、また家族・本人の要望を取り入れながら適切な支援が提供できるよう、介護サービス計画書を作成していく』と明記されている。「認知症対応型共同生活介護計画書」(以下、計画書)は入居後1ヶ月は入居前の多面的なアセスメントを元に暫定プランを作成し、原則として6ヶ月に1回の見直しを実施する他、状態の変化に応じ随時見直ししている。更新時には利用者だけでなく家族の意向を「お気持ち確認シート」で確認しサービス担当者会議を経て作成している。

1日2回の申し送りや支援記録の他、会議実施等で利用者の状況を職員間で共有している

事業所では毎日の申し送りや支援記録、会議実施等で利用者の状況を職員間で共有している。申し送りは、1日2回朝と夕に利用者の状況の報告・確認等の情報共有を行なっている。支援記録は食事摂取量や健康状態等を記載しており利用者の様子がわかりやすいものとなっている。フロア会議も毎月1回開催し利用者の状態の変化が生じるなどの緊急の際は都度フロア会議を実施している。併せて、毎月1回、3階と4階の職員が合同でグループホーム会議を開催しており、利用者一人ひとりの支援について職員同士が意見交換を行う貴重な場となっている。

介護ソフトを活用し、日々の支援記録を入力し計画書も確認できる工夫がされている

日々の介護や利用者の様子は介護ソフトを活用して入力し、計画書も介護ソフトで確認できるようになっており職員は業務前に確認することになっている。しかし、計画書に沿った具体的な支援内容や支援による利用者の状態の推移を支援経過記録へ反映することについて事業所は課題として捉えている。職員調査でも、職員のスキルは高い一方、計画書に沿った支援の実際やその記録について課題があるとの意見も挙がっている。課題意識を持ち、利用者の有する能力に応じた支援に取り組む実践を評価しつつ、改善に向けて事業所全体で取り組む事を検討している。

サブカテゴリ-5		
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 5/5
評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している		評点(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>個人情報取り扱いについての意向確認書を用い、利用者・家族から同意を得ている</p> <p>事業所は入居時に重要事項説明書で守秘義務の対応の説明を行なっている他、個人情報取扱いについての意向確認書を作成し、情報提供の目的を①施設の円滑な運営のため②施設と地域における連携及び相互理解を深めるための2つの大きな項目に分け、その目的や範囲を説明して利用者・家族等からの意向を丁寧に確認したうえで、利用者、家族等から署名捺印を以て同意を得ている。内容は各項目ごとに提出先、提出する情報、利用目的が明記されており、それぞれに提供してよいかを利用者や家族等が〇か×で意向を示せるような書式となっている。</p> <p>利用者一人ひとりの意向を尊重しその人らしい生活が送れるような支援に取り組んでいる</p> <p>利用者の個別のニーズを把握し、一人ひとりの意向を尊重してその人らしく生活ができるよう支援に取り組んでいる。具体的には、針仕事を希望する利用者には針の管理を職員が行うことで利用者自身で洋服の修繕ができるよう支援したり、買物に行きたいという意向を持つ利用者には職員が同行し買物の機会を創出したり、事業所の近くにある自宅の様子が気になると訴える利用者に対しては可能な範囲で職員が同行することでその意向が叶えられるよう支援する等、利用者それぞれの意向を尊重し、個々の利用者がその人らしく生活を送れるよう努めている。</p> <p>日々の支援において、利用者の意思を尊重し羞恥心に配慮した支援を実践している</p> <p>利用者一人ひとりの意思と状況を尊重した支援を実践している。利用者の部屋に入室する際はノックと声掛けを励行し、食事の時間は利用者の意思や状況により2時間までは保管しておけるようになっており、本人のタイミングに可能な範囲で対応できるようにしている。入浴に関しては、個浴ではあるものなるべく肌の露出が控えられるよう体を拭くためのバスタオルの他に、体を覆うためのバスタオルを用意する等利用者の羞恥心に十分配慮した支援を行っている。また、本人が入浴したくないという時は日にちを変えてみる等本人に寄り添い支援している。</p>		

サブカテゴリ6

6 事業所業務の標準化 サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 5/5

評価項目1
手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている 評点(〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうか定期的に点検・見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2
サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている 評点(〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は改変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

各種マニュアルは各フロアに保管され、職員がいつでも確認できるようになっている
 各種マニュアルは各フロアのスタッフルームにて保管され、スタッフルームに設置されたパソコン内には業務マニュアル等が入力されており、職員がいつでも確認できるようになっている。また、マニュアルの改定において新型コロナウイルス等に関する感染症業務継続計画(BCP)は、第三者評価を受けたことにより職員自らが改善点に気づき、職員間で共有しながら見直しを図った実績がある。今後も質の高いサービスを提供し続けるために、実状に合わなくなった業務手順や支援方法などのマニュアルを職員が連携し積極的に見直されていくことを期待したい。

各種マニュアルを作成し、必要に応じて職員間で協議し見直しを行なっている
 職員が適切に対応できるよう、経営方針、支援計画、基本的な生活支援、社会生活支援、日常生活支援、相談・助言・健康管理・地域福祉・管理的業務、介護職員業務内容、感染症マニュアル、接遇マニュアル等のマニュアルを作成している。見直しについてはフロア会議やグループホーム会議開催にあたり必要に応じ事前に職員にヒアリングを行なう等、定期的に課題を抽出して改善に取り組んでいる。現在、ベテランの職員が多く十分な内容であるが、今後、新人職員や外国人職員にもわかりやすいマニュアルの策定が必要になるのではないかと事業所は考えている。

基本事項等を各種マニュアルで明確にする他、緊急時のフローチャートを整備している
 事業所では業務の介護手順が各種マニュアルにおいて明記されているが、緊急時に備えフローチャートを作成し、万一の時に備えている。日中と夜間それぞれの緊急時対応マニュアルが作成されている。夜間の緊急時対応マニュアルには入居者の状態を血圧や体温も含めて確認し、職員で判断が難しい場合は訪問看護に連絡する、その他家族への連絡をする等、対応を分かりやすく示している。利用者の急変時は、より速やかな対応が必要であることや、特に夜間は職員体制も限られるため、緊急時のフローチャートの存在意義は大きいと捉えることができる。

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

サービスの実施項目		サブカテゴリー4	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況
			23/23
1 評価項目1 認知症対応型共同生活介護計画に基づいて自立生活が営めるよう支援を行っている			
		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 個別の認知症対応型共同生活介護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	3. 関係職員が連携をとって、支援を行っている		○非該当
評価項目1の講評			
<p>職員は計画書の重要性を認識しながら、支援の目的や方針を確認できる環境を整えている</p> <p>事業所では経験豊富な職員が多く、長年の経験に頼る傾向がみられるため、計画書の必要性について職員間で共通認識を深め、目的と根拠(何のため)を確認する事が重要であると考えている。支援内容については担当した職員による日々の「支援経過記録」への記載や朝会・夕会での申し送りや周知し、毎月フロア会議では全利用者のケースについて検討している。また計画書の更新時には家族の視点で記入していただいた「お気持ちシート」も確認して利用者が、その人らしくいきいきと暮らせるよう支援している。</p> <p>個々の利用者の有する力と意向に応じた自立生活を支援している</p> <p>職員は個々の利用者が有する力を発揮できるよう「おひとがらシート」や「お気持ち確認シート」をはじめ、日々の生活の様々な場面や何気ない会話の中から利用者ニーズなどを把握し、共有している。職員は利用者の望む生活が自らの持てる力で実現できるように、利用者の表情や発する言葉にも注意しながら、無理強いはせずできる限り見守るよう心掛けている。縫い物・テーブル拭き・掃除・料理の盛り付けなど利用者のペースで得意な事ができやることができるよう支援しており、個々の職員の気付きがチームケアとして継続していけるよう検討している。</p> <p>事業所内の職員と医療や外部の関係機関などが連携して利用者の支援に努めている</p> <p>利用者の支援について事業所の職員間では介護ソフトや日々の業務・会議の中で随時情報を共有している。更にそれぞれの主治医や連携先の訪問看護ステーションなどの医療機関や利用者が医療保険で利用しているマッサージなど多職種が連携して支援している。また、自費サービスを利用しての訪問介護事業所などを利用する場合も情報の共有を図る事ができる。更に医療的な処置が必要になったときには同法人内の特別養護老人ホームや小規模多機能型事業所とも協力・連携する事のできる仕組みが整っている。</p>			
2 評価項目2 利用者の状態に応じて、日常生活に必要なさまざまな作業等を利用者が主体的に行うことが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		
●あり ○なし	1. 食事に関する一連の作業等利用者の生活場面では、利用者の主体性と能力を活かして支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりに応じた生活への参加ができるよう工夫をしている		○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の心身の状況に応じて、生活するうえで必要な支援(食事や入浴、排泄等)を行っている		○非該当
●あり ○なし	4. 各種手続きや買い物等日常生活に必要な事柄について、利用者本人による実施が困難な場合に代行している		○非該当
評価項目2の講評			
<p>家事作業などは利用者の状態を把握し主体性や能力を活かして支援を行なっている</p> <p>事業所では利用者の状態を考慮して可能な限り自立した生活が送れるよう支援している。心身の状況は、「おひとがらシート」「アセスメントシート」「計画書」「支援経過記録」などで把握し、テーブル拭き・盛り付け・お茶入れ・食器洗いなどの食事に関する作業の他にも居室の掃除・洗濯物たたみなどの家事作業も分担して皆で関わられるようにしており、食器洗いは当番制としている。針仕事を得意とする利用者には衣類の修繕、掃除が得意な利用者には共有スペースの掃除をお願いするなど、『出番を作る支援』を行なっている。</p> <p>利用者の生活が一人ひとりの意向やニーズに応じたものとなるよう支援している</p> <p>日々の生活は個々の利用者の意向やニーズに沿ったものとなるようアセスメントに基づく計画をたてて営まれている。塗り絵や読書をする、計算ドリル・ボードゲーム・漢字ドリルなどの脳トレをするといった個別の活動と、テレビを観る、ゲームをする、体操をするといった集団での活動がバランス良く取り入れられるように支援している。また、ベランダや屋上での外気浴や近隣への買い物や散歩に出かけることも利用者の意に沿って行なっている。職員はその人らしさや生活習慣・家族の意向も踏まえ利用者と一緒に個々の暮らし方を模索しながら支援している。</p> <p>利用者や家族の状況に応じて必要な手続きなどを代行している</p> <p>事業所では「契約書」の中で、利用者や家族の状況によって、介護認定の更新申請を円滑に行なうために支援することや、利用者の希望があった場合に必要な支援として、要介護認定の申請を代行するとしている。それによって、現在ほとんどの利用者の介護認定の更新申請などを代行している。基本的に利用者が使用する日用品の購入は家族に依頼しているが、靴や車イスなど毎日使用する福祉用具や福祉用品については専門性を活かし、業者の訪問に立会って適切な選定を行ない、家族に結果の報告したうえで支払いの連絡を行なうようにしている。</p>			

3 評価項目3 利用者の健康を維持するための支援を行っている		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の心身の状況に応じた健康管理を行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 日常生活の中で、利用者一人ひとりの状態に応じて身体を動かす取り組みを工夫している	○非該当
●あり ○なし	3. 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などしくみを整えている	○非該当
●あり ○なし	4. 利用者の体調変化時(発作等の急変を含む)に、医療機関等と速やかに連絡できる体制を整えている	○非該当
評価項目3の講評		
<p>利用者の健康は医師や訪問看護などの医療機関と連携して支援している。</p> <p>日頃の健康管理は、全利用者に対して行なう毎日のバイタルチェック・毎週訪れる訪問看護・月1~2回の訪問診療・毎月の体重測定などで行なっている。また、メディカルケアステーションで医療機関と情報を共有している。職員は日々の支援や食事の摂取量、排泄状況・皮膚トラブルのなどを「支援経過記録」に記載し、共有・確認を行なっている。訪問看護師は訪問時に利用者の状態確認をしつつ、職員に対して必要なアドバイスをを行なっている。「眠りスキャン」が導入されていることで全利用者の夜間の状態が確認できることも安心となっている。</p> <p>服薬管理はダブルチェックを厳守し誤薬防止に努めている</p> <p>服薬管理については医師から処方された定時薬などが薬局で一包装されて届けられ、職員は「服薬セット確認表」に沿って確認している。運番の職員は利用者一人ひとりのケースにセットし、セットされた物は再度運番と夜勤者でダブルチェックを行なっている。服薬支援時は個々の利用者の配薬ケースから取り出して、薬袋に記入されている名前と日時を確認したうえで、声に出して名前を読み上げ服薬介助を実施している。誤薬については増えてはいないが無いは言えず、職員の長勤疲れや思い込みが原因である事が判明しているため改善に努めている。</p> <p>訪問看護ステーションとのオンコール体制によって状態変化時の対応が速やかである</p> <p>協力医療機関である訪問看護ステーションとは定期的な訪問看護やオンコール体制が整っており、利用者の状態変化時にも速やかな対応ができるため安心の医療体制となっている。契約時には利用者の状態変化時の対応について説明し「延命治療意思確認書」を得ている。更に重度化した場合の対応に関する明も行ない、同法人の特別養護老人ホームと相談の上連携を図ることが可能である事も伝え、「看取り介護についての同意書(参考)」を渡している。家族などの緊急連絡先を確認している事で状態変化時には速やかな連絡と迅速な対応が可能となっている。</p>		
4 評価項目4 共同生活が楽しく快適になるよう工夫している		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者がお互いに関わり合いながら楽しく生活することができるよう支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 事業所での生活は、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、利用者の意思が尊重されている	○非該当
●あり ○なし	3. 居室や食堂などの共用スペースは、利用者の安全性や快適性に配慮したもとなっている	○非該当
評価項目4の講評		
<p>利用者同士が良好な関係を維持しながら生活できるよう支援している</p> <p>利用者は日々、食事に関する作業や掃除・洗濯といった日常生活に関する作業を互いに協力しあって行なっている。テレビの画面でニュースや歌番組などの動画を観るときは互いに感想を言い合ったり、知ってることを教え合ったりと和気藹々とした雰囲気漂っている。レクリエーション・季節の作品作りや飾り付けなどを通して利用者同士が自然に関わり合っており、職員は気の合う利用者同士が隣席できるようにテーブル席を考えたり、遠慮がちな利用者をフォローしている。個々の生活スタイルを重視しながら利用者間の関係の構築に努めている。</p> <p>利用者の暮らしは個々の生活の継続性を重視し基本的に自由である</p> <p>居室には利用者が慣れ親しんだ家具や寝具、馴染みの物品の持込みができる。安全性を考慮し動線を確保した上で個性に合わせて居室環境を整えている。家族から嗜好品や趣味の雑誌などの差し入れや毎朝のコーヒーや新聞など利用者の意思を反映し、生活の継続性を尊重した支援を実践している。レクリエーションや家事への参加、テレビのチャンネルを変えるときも利用者の意向を確認して許可を得てから行なうなど、生活の各場面で利用者のペースを守り、その都度意思を確認するよう心掛けている。</p> <p>利用者の動線に配慮し安全で快適な環境整備に努めている</p> <p>食堂のテーブル席の配置に工夫がなされ利用者の動線が最小限になるよう配慮している。室内は快適さに留意し、エアコンを常に調整管理している。換気にも配慮し適宜状況を観ながら行なっている。キッチンには利用者も入る事があるためIHヒーターを設置している。フロア・浴室には手すりを設置し、床の汚れて転倒することのないよう注意を払っている。安全と快適の両面で環境を整えており、利用者調査や職員調査でも清潔で明るい部屋、防音・耐震環境、窓から見える緑の多い景色などが高く評価されている。</p>		

5 評価項目5 事業所と家族等との交流・連携を図っている		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 家族や利用者の意向を考慮して、家族等が参加できる事業所の行事を実施している	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の日常の様子を定期的に家族に知らせている	○非該当
●あり ○なし	3. 家族等が事業所等に対し、意見や要望を表せる機会を設け、それらを活かした支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	4. 重度化した場合や終末期に備え、あらかじめ本人や家族等と話し合い、事業所のできることを説明しながら、方針を共有している	○非該当
評価項目5の講評		
<p>家族会が開催され夕涼み会にも家族が参加し利用者と一緒に楽しむ事ができた</p> <p>事業所では新型コロナの5類移行後も慎重に検討を重ねてきたが今年度、面会が自由になった。面会時には建物の前にある公園と一緒に散歩したり、外食をしに行くなど外気に触れる機会を得た利用者にとってはその開放感からストレスの緩和ともなっている。家族会も開催され、事業所の運営状況や事業報告や事業計画、利用者の生活の状況などの情報を得ることができた。また、夕涼み会には10家族ほどが利用者と共に参加し、職員も交えて焼きそばやお寿司などのご馳走やお喋りなどを心ゆくまで堪能しながら楽しい時間を共有する事ができた。</p> <p>家族に利用者の生活の様子を定期的に知らせ意向や要望も聴取している</p> <p>家族には電話やメールで伝えており、更に毎月居室担当職員の手紙を郵送し利用者の体調や日々の生活の様子を伝えている。家族は利用者の新たな環境の中で以前には観ることができなかった一面を知ることにも楽しみを待っているが、家族が求めている事と内容にズレが生じるとの意見もある。手紙はユニットリーダーが、端的にわかりやすく・日常の様子と写真を添付することを原則としており、家族と共に支えるために信頼関係を構築できるよう、家族目線での伝え方を検討している。家族は運営推進会議や面会時にも事業所への要望などを伝えている。</p> <p>利用者の重度化に備えて段階を経て家族に十分な説明をしている</p> <p>事業所では利用者の重度化が進む中で起こる可能性のあることについて入所時より段階を経て早めに伝えていくよう配慮している。利用者の状態変化に合わせて個別に協議・共有をする機会を設けているが、必要に応じて主治医の協力を得て家族に理解していただけるような説明となるよう努めている。その結果今年度の同法人の特別養護老人ホームへの移行はスムーズに行なわれた。事業所での看取りを希望する家族も多く、それまでの信頼関係が良好であったことがうかがえる。</p>		
6 評価項目6 利用者が地域で暮らし続けるため、地域と連携して支援を行っている		評点(〇〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 地域の情報等を収集し、利用者の状況に応じて提供している	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者が地域のさまざまな資源を利用するための支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所が利用者と共に地域の一員として日常的に交流している	○非該当
●あり ○なし	4. 運営推進会議で話し合われた意見を活かして支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	5. 区市町村や地域包括支援センターと日頃から連絡を取り、協力関係を築きながら支援を行っている	○非該当
評価項目6の講評		
<p>様々な形で地域の情報収集に努め事業所の情報を発信する機会としている</p> <p>運営推進会議には利用者家族の代表や、町内会相談役、民生委員、地域クラブ会長、高齢者総合相談センター会長・同管理者、法人内施設の所長・管理者や利用者など高齢者を取り巻く地域の様々な立場の方々が参加しており、幅広い情報の収集や発信の場となっている。また地域包括支援センターからの情報や関係機関のチラシなどを掲示し、必要に応じて職員周知はもとより利用者にも口頭で情報提供を行なっている。職員が参加しているボランティア活動が縁となって大学生がボランティアとして来訪し、若い世代との新しい関係も継続している。</p> <p>イベント参加やボランティア・実習生の受け入れなどで地域との繋がりを広げている</p> <p>コロナ禍で途絶えていたボランティアや実習生の受け入れも積極的に行なわれるようになりその結果、利用者の趣味活動にも活気がでた。利用者は町内会の打ち水活動や、同敷地内にある事業所のお祭りなどに参加したり、夏場の猛暑を避け、近隣の散歩で地域住民と触れ合う機会も作っている。更に長年に亘り、他では類をみないイベントに参加している。地域のプロサッカーチームの若手現役選手が訪問し、ユーモア溢れる巧みなリードでペットボトルによるボーリング大会を盛り上げてくれ、今年も近隣の園児と共に交流を楽しんだ。</p> <p>運営推進会議への定期的な参加などで地域との協力関係を図っている</p> <p>運営推進会議は2ヶ月に1度オンラインで開催されている。事業所の取り組みや利用者の状況を報告し、情報交換を行なっている。特に医療面では、併設の同法人の他事業所との協力体制を整え、サービスの向上に努めている。他にも社会福祉協議会の活動や町内会の打ち水などにも協力する事で地域に事業所を周知していただく機会としている。行政には四半期に一度利用者の入退所数や在席数を報告している。</p>		

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	3-2-2	虐待に対し組織的な防止対策と対応をしている
タイトル①	虐待防止に向けて認知症の知識だけでなく接遇の振り返りを30研修等で学び合っている	
内容①	グループホームは利用者の生活の場でもあり、職員は常に接遇（声かけ、関わり方、態度等）に配慮して支援している。研修体制も充実しており虐待防止や人権尊重に関して、法人の研修や月1回の施設内研修で学んでいる。方法もラーニングからリアル型に変更したことで参加率も向上し、職員が講師になる参加型も実施している。特に虐待防止に向けて接遇に関しては、認知症の知識だけでなく、職員の思いが現場に活かせるよう、日々支援を振り返り30分研修を行なう事もある。更に学んだ事がチーム全体のスキルアップに繋がるよう努めている。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	2-1-1	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
タイトル②	朝礼・夕礼等によりユニットの情報が共有されチームケア推進の課題などを抽出している	
内容②	1ユニット9名で2フロアのグループホームで、各ユニットで職員が利用者の状況や意向に応じた支援を展開しているが、各ユニットの取り組みや情報が共有しにくいという状況があった。今年度より毎日、朝礼・夕礼を実施することにより、所属するユニットの利用者情報だけでなく、ユニット間の情報共有に繋がっている。管理者は職員が意見を言いやすい雰囲気をつくり、認知症ケアに対する考えや利用者の状況に対する気づきを伝え合い、共有し、認め合い、2フロア一体となってチームケアを推進するうえでの課題や方針を抽出している。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-4-2	利用者の状態に応じて、日常生活に必要なさまざまな作業等を利用者が主体的に行うことができるよう支援を行っている
タイトル③	利用者がやりたいことを把握し主体的に行なえるよう特性や能力に合わせて支援している	
内容③	職員は個々の利用者の得意な事や、やりたいという利用者のニーズを共有し、利用者の望む生活が自らの持つ力で実現できるように支援している。できる限り見守るスタンスを心掛け、意向が実現できるよう支援している。危ないと思われる針仕事も職員が針を管理する事で行なっていたり自主性や自立生活の維持に努めている。また、買い物に行きたい、家の様子が気になるので見に行きたいといった意向を持つ利用者には職員が同行しその機会を設け思いが叶えられるよう支援している。職員は利用者がやりたいことを主体的に行なえるよう日々検討している。	

No. 特に良いと思う点	
1	<p>タイトル 一人ひとりの利用者がしたいことを職員に伝えることができる環境であり、職員は利用者意向を大切に受け止め個々の支援に繋げている</p>
	<p>内容 「おひとがらシート」や日々の会話の聴き取りから、性格や趣味、生活歴や大切にしている事等を確認し、できる限り実現するように支援している。例えば、自宅で毎朝、新聞を読む習慣があった利用者には毎朝コーヒーと共に新聞を読む時間を設け、買い物に行きたいという利用者には職員が同行して買い物の機会を創出し、針仕事をしたいという利用者には、針の管理を職員が行ない実現できるようにしている。更に希望が多い個別外出支援(外食、博物館見学)も今年度から実施している。利用者に寄り添って『その人らしい生活』を大切に支援している。</p>
2	<p>タイトル 「眠りスキャン」の導入で、フロア全員の利用者の睡眠状態の確認を可視化することができ、職員の介護負担軽減にも繋がっている</p>
	<p>内容 日中の適度な活動と夜間の適切な休息は身体機能の回復にも関係するため、睡眠は食事や運動と同様に利用者の体調に関する大切なアセスメントの一つである。事業所ではマットレスの下に敷くだけで睡眠状態の評価ができる「眠りスキャン」を先駆的に導入し、フロアの全利用者それぞれの睡眠・覚醒のリズムの把握を行なっている。利用者の中には就寝時の心拍等の把握も必要な人もおり、睡眠時の状態の変化も見逃せないが、睡眠時の心拍数や動きが可視化されるので一元的に職員が把握することができ、介護負担の軽減にも役立てることに繋がっている。</p>
3	<p>タイトル 利用者が地域の一員として自覚しながら双方向での交流に取り組めるよう多くの機会を作っている</p>
	<p>内容 事業所ではコロナ禍で途切れてしまった利用者と地域社会との関わりや地域住民との直接の交流の取り戻しに尽力している。特にボランティアを積極的に受け入れたり感染に留意しながらも家族との面会などに制限を設けることを無くした。地域や事業所の外部の人と関わる機会を作る事で利用者の生活は活気を取り戻した。地域の企画に参加したり、地域に散歩などで出向いたり、サッカー選手の訪問で地域の園児と一緒に参加するなど地域からと利用者からの双方向の交流によって、地域からの利用者への理解も進んでいる。</p>
No. さらなる改善が望まれる点	
1	<p>タイトル 日々の支援が計画書に沿った実践である事がわかる記録の書き方及び計画書作成・更新時から、職員同士の意見共有が深化する事を期待したい</p>
	<p>内容 職員は利用者の身体状況をバイタルを含め詳細に記録している。日々の様子や思いなどを会話で汲み取り、家族には「お気持ち確認シート」を渡し意向等の確認も行ない支援に繋げている。職員間の申し送りも朝、夕に行っており利用者の些細な変化も適切に共有している。このように職員の支援は手厚い一方で、計画書に沿った支援内容とそれに関する確実な記録には課題があるように見受けられ、同様の意見は職員調査にも挙がっている。計画書は生活支援の診断でもある。計画書の意味を確認し計画作成者と職員の意見共有が改善・充実する事を期待したい。</p>
2	<p>タイトル 職員間の知識の習得や理解の度合いに差が見られることもあるので、確認や共有の機会を作りチームケアの充実に繋がる取り組みに期待したい</p>
	<p>内容 認知症や倫理・法令の研修を実施しているが、習得や理解の度合いに差がみられることがある。また認知症に対する認識、グループホームの役割の認識、『利用者の普通の暮らしを支える』ことに対する自覚などにも職員間で意識の差があると感ずることもある。情報に対する格差もみられ、職員会議の欠席者には資料を回覧し議事録を作成しているが、確認に時間がかかることもある。職員間での意識や理解度、情報などの差を減らすため、積極的な声掛けや確認の機会をつくり、チームケアの充実と質の高いサービス提供に繋げていくことを期待したい。</p>
3	<p>タイトル 職員が家族に伝える際には相手の気持ちに立って言葉や態度を選択できるよう、更なる検討と取り組みに期待したい</p>
	<p>内容 事業所では居室担当職員を中心に利用者家族へ利用者の状況を定期的に伝えている。日常の様子と写真の添付という基本的な決まり事は守っていても、それを受け取る家族にはそれぞれの思いがある。家族が本当に知りたい事は何か。どのような言葉で利用者の様子を伝えて欲しいと思っているか配慮する事ができているか。また利用者には何かを伝える時に、その言葉を受けた利用者がどのような気持ちになるか、利用者の立場に立ってから発する事ができているか。再度、言葉の選び方や表情などを再考して、更に良好な関係性が構築できる事を期待したい。</p>

