

2021年度  
福祉サービス第三者評価 結果報告書

社会福祉法人 悠遊  
認知症対応型共同生活介護  
グループホーム ちとせ

評価機関：特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー

## 目 次

	ページ
報告書表紙（公表同意書） .....	1
事業者の理念等（事業プロフィールⅡ） .....	2
利用者調査 .....	3
サービス提供のプロセス項目 .....	6
サービスの実施項目 .....	11
利用者保護に関する項目 .....	14
事業者が特に力を入れている取り組み .....	15
全体の評価講評 .....	16

### 【添付資料】

#### ◆ 職員自己評価・利用者【家族アンケート】調査

#### 集計結果

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

〒 141-0031

所在地 東京都品川区西五反田1-26-2 五反田サンハイツ714号

評価機関名 特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー

認証評価機関番号

機構 02 - 004

電話番号 03-3494-9033

代表者氏名 新津 ふみ子



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		修了者番号	
	①	鳥海 房枝	H0301065	
	②	佐久間尚実	H1801059	
	③			
	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	グループホームちとせ		指定番号	1391200449
事業所連絡先	〒	157-0071		
	所在地	東京都世田谷区千歳台4丁目2番1号		
	TEL	03-5490-7080		
事業所代表者氏名	ホーム長 松村 司			
契約日	2021年 9月 10日			
利用者調査票配付日(実施日)	2021年 10月 10日			
利用者調査結果報告日	2021年 11月 29日			
自己評価の調査票配付日	2021年 10月 10日			
自己評価結果報告日	2021年 11月 29日			
訪問調査日	2021年 12月 1日			
評価合議日	2022年 1月 13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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価担当者には、当サービスの評価実績のある評価者を充てた。</li> <li>・評価担当者は、新型コロナウイルスなどへの感染対策を行いながら、利用者の様子、利用者との関係性を観察した。</li> <li>・合議は、訪問調査直後と報告書作成時に実施した。</li> <li>・利用者(家族)アンケートの様式は、高齢の家族に配慮して、字体を大きくするなどの工夫をした。</li> <li>・評価の全過程において、事業所および利用者の個人情報保護に留意した。</li> </ul>			

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。

事業者代表者氏名

2022年 2月 3日  
東京都西東京市泉町3-15-28

社会福祉法人 悠遊

理事長 鈴木 礼子



<p>1</p>	<p><b>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</b></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)「尊厳・自立支援」その人の思いを大切にします その人のライフスタイルを尊重し、一人ひとりの有する能力に応じて、安心して、自分らしく日々生き活きと暮らせるように支援します</p> <p>2)「地域とともに築く福祉を目指します」 地域をささえ地域の身近な存在であり続けるために市民、行政、関連団体との連携を進めます</p> <p>3)「サービスの質の確保」サービスの質の向上を目指します 私たちのサービスを希望される全ての方の要望に応えられるように、「サービスの質の向上」をすすめていきます。そのために職員の資質の向上はもとより、サービス情報を公開し、広くご意見を求め改善につなげます</p> <p>4)「生活クラブ10の基本ケアに基づいたケアの提供」 生活クラブ安心システムの一員として、「生活クラブ10の基本ケア」に基づいた根拠のあるケアの実践を目指します</p>
<p>2</p>	<p><b>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）</b></p> <p>(1)職員に求めている人材像や役割</p> <p>①いつも笑顔で、積極的に挨拶ができる人 ②社会人としての自覚を持ち、決められたルールを守れる人 ③相手の立場を思いやり、適切な対応ができる人 ④現状に満足することなく、向上心を持ち続ける人 ⑤組織の一員としてチームワークを大切にできる人</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>社会福祉法人悠遊の事業・運営の担い手である私たち職員は、法人の理念を実現するために、以下のミッション(使命)と行動指針を確認し、業務を遂行します。          &lt;ミッション(使命)&gt; 私たちは社会福祉法人悠遊に関わる全ての人が尊厳を持って生活することを支援します。          &lt;行動指針&gt; 私たちは全ての人に敬意と感謝の気持ちを持って業務を遂行します。          悠遊で働く全ての職員が、社会から託された仕事であることの自負を持つと共に、他者の人権や人生に直接関与することへの自覚と高度な職業倫理を持って仕事に取り組みます。</p>

調査対象

◆調査対象: ・場面観察方式:入居者全員 ・家族アンケート:入居者全員の家族
◆利用者概要: ・男性1名・女性17名、平均年齢87.6歳、 ・平均介護度3.61、平均住所期間4年11カ月
◆調査方法:家族アンケート調査は、事業所から調査票を家族に配布してもらい、調査票の回収は評価機関宛に直接郵送とした
◆場面観察方式:評価者2名が昼食の前後の時間に滞在し、利用者と職員との関係性について観察した

調査方法

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	13
利用者家族総数に対する回答者割合(%)	72.2

利用者調査全体のコメント

- ◆利用者(家族)アンケートは、18名中13名から回答を得ています(回収率72.2%)。
- ◆総合的な満足度は「大変満足」7名(53.8%)、「満足」5名(38.5%)、「どちらともいえない」1名(7.3%)で、満足度は高い結果でした。
- ◆事業所に対して日頃から感じている意見・要望として、9名からコメントが寄せられています。主な意見・要望としては、複数名の回答者から「コロナ禍による面会制限はしかたないが、SNSを利用した画像の配信など代替方法を検討してほしい」「事業所を訪れることはできないが、利用者と家族がビデオ通話できるように工夫してくれていることに感謝する」「コロナ禍で大変な状況でも、職員によくしてもらっていることに感謝する」などの内容がありました。
- ◆今回の意見・要望は、今後の事業所運営の改善の参考にしていただきたいと思います。

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》

- ①食後に居室へ戻る入居者が、職員の介助で立ち上がる。歩行器に手を移す前に、立ったまま次の一歩が出なくなった。職員は急かすことなく、じっと待っていると、入居者が職員に「車椅子にする」と言う。職員はその言葉を待って車椅子を用意し、介助して居室へ向かった。
- ②入居者が、職員に両手を持ってもらって、ゆっくり歩いて昼食のテーブルに来る。利用者は自分の力で座位を保つことが難しいため背もたれや肘掛けなどが利用者の身体機能に合わせた高さに作り直されていた。入居者はその椅子に座って自力で食事を摂っていた。

《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》

場面①の入居者も②の入居者も、歩行能力の低下が見られ、一般的には車椅子の適応と思われるが「自分に合った椅子に座る」「足を使って立ち上がる習慣をつける」「自分でベッドから立ち上がり歩ける環境をつくる」「しっかり足の筋力を使って自分で歩く機会を多く持つ」といった法人が掲げる「10の基本ケア」の実践をしっかりと形にした個別ケアを行っていた。さらに「車椅子にする」と言った入居者の意思を尊重し、病状や加齢に伴い重度化する身体状況にも柔軟に対応しながら、足踏み体操といった筋力を維持するための工夫も見られた。入居者は急かされず、強制されることなく、移動の手段も運動の実践も自分のことは自分で決めながら、笑顔で足踏み体操を行っていた。

②の入居者は、座位保持が自分では難しいが、介助があれば歩けるし、座位保持が可能な椅子に座れば食事も自力で食べられる。細やかなアセスメントと立ち上がりや移動に適した環境整備に裏打ちされた個別ケアを受けることで、この入居者には、何もかも介助を受けるのではなく「できることは自分でやっている」という自信が見られ、職員との会話でも、年長、目上の立場を保って話している。

## 「評価機関としての調査結果」に対する事業者のコメント

グループホームちとせでは、法人の目指す『10の基本ケア』に沿った介護の実践を大切にしています。なかでも「自分の脚で歩く」「床に脚をしっかりとつけ、正しい姿勢で過ごす」ことを可能な限り実践するようにしています。脚の裏への刺激には、脳の活性化や自律神経を整えることのほか、全身の血流改善効果もあります。また、しっかりした姿勢で食事をとることで、高齢者に多い誤嚥性肺炎の予防にも大きく効果があります。

そのために、スタッフには『10の基本ケア』の理論をきちんと理解してもらった上で、利用者一人ひとりに合った歩行介助のしかたや、可能な限り車椅子ではなく椅子に座ってもらうための椅子の工夫などを、スタッフで相談しながら随時行っています。

ただし、高齢者が歩くということでは、転倒による骨折や大きな外傷のリスクも高くなります。高齢者施設には「転ばないために座ってもらう」という考え方もありますが、グループホームちとせでは、入居前にリスクも説明した上で「歩くことの大切さ」を理解して入居していただき、日頃からご本人の様子をお伝えするなどコミュニケーションを大切に、入居者が笑顔で過ごせるようにサポートを提供しています。

## 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	13	0	0	0
「はい」の肯定的回答率は100.0%です。回答者のうち5名から「毎月発行する冊子(事業所便り)に利用者本人の写真付きで様子を掲載し、家族に発送して知らせてくれている」という内容のコメントが寄せられています。				
2. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	11	2	0	0
「はい」の肯定的回答率は84.6%で、そのコメントは「いつ訪問しても非常に清潔に保たれている」等です。「どちらともいえない」のコメントは「コロナで利用者の部屋に入ることはできないので、実情はわからないが、清掃や整理整頓はきちんと行われていると思う」「この1年半はコロナ禍で、基本的にグループホーム内に入れないので、わからない」です。				
3. 職員の接遇・態度は適切か	11	2	0	0
「はい」の肯定的回答率は84.6%で、そのコメントは「以前、職員への指導が厳しいと思えたことがあった」「どの職員もやわらかい雰囲気、穏やかな態度で接してくれている。本当に頭が下がる思いである」等です。「どちらともいえない」のコメントは「職員の服装は適切であるが、言葉づかい、態度には個人差がある」です。				
4. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	10	1	1	1
「はい」の肯定的回答率は76.9%で、そのコメントは「体調不良時には利用者のことを親身になって考えてくれて、家族にも必ず連絡をもらっている」「転倒したとき、迅速に対応してくれた」等です。「どちらともいえない」「いいえ」のコメントはありません。「無回答・非該当」のコメントは「けがや体調不良になった経験がないので、わからない」です。				
5. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	9	1	0	3
「はい」の肯定的回答率は69.2%で、そのコメントは「いさかい等があったことや、そのときの対応などについても隠さずに伝えてくれるので信頼できる。その際の家族への伝え方にも配慮を感じる」「利用者同士の口論などには、適切に対応してもらっていると信じている」等です。「どちらともいえない」のコメントはありません。「無回答・非該当」のコメントは「いさかい、いじめ等の場面に遭遇した経験がないのでわからない」等です。				

6. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	12	1	0	0
「はい」の肯定的回答率は92. 3%で、そのコメントは「職員は、利用者本人と楽しそうに会話をしてくれている」等です。「どちらともいえない」のコメントはありません。				
7. 利用者のプライバシーは守られているか	13	0	0	0
「はい」の肯定的回答率は100. 0%です。コメントはありません。				
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	2
「はい」の肯定的回答率は76. 9%で、そのコメントは「本人のプライドに配慮しつつ、職員は必要な支援をしてくれている」です。「どちらともいえない」のコメントはありません。「無回答・非該当」のコメントは「その経験がないのでわからない」です。				
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	1	0	0
「はい」の肯定的回答率は92. 3%で、コメントはありません。「どちらともいえない」のコメントもありません。				
10. 利用者の不満や要望は対応されているか	10	2	0	1
「はい」の肯定的回答率は76. 9%で、コメントはありません。「どちらともいえない」「無回答・非該当」のコメントもありません。				
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	3	1	2
「はい」の肯定的回答率は53. 8%で、そのコメントは「職員以外にも相談できることは、入居時にわかりやすく、詳細に伝えてもらった」です。「どちらともいえない」のコメントは「そのような場面になったことはないので、何とも言えない」です。「いいえ」のコメントはありません。「無回答・非該当」のコメントは「そのような状況になったことがない」です。				

I サービス提供のプロセス項目(サブカテゴリ1～3、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>法人が管理するホームページ、2種類のパンフレットで事業所の情報を提供している</p> <p>法人が管理・運営するホームページには、事業所の特徴、概要、利用料金などが掲載されている。また、法人内のすべての事業所を紹介するパンフレットでは、併設の小規模多機能事業所や居宅介護支援事業所とともに、ホームページの内容に加えてアクセス方法などを紹介している。ホームページに掲載された情報はパンフレットと重複する部分も多く、事業所の特色などを十分に紹介しているとは言えないため、今後はSNSなどを活用し、法人の都内にある3つの拠点が個々に情報発信できるようなしくみを検討中である。</p> <p>「10の基本ケア」の冊子で、法人の基本姿勢や具体的なケアの方法を紹介している</p> <p>法人は2019年に「10の基本ケア」を紹介する冊子を発行し、そこに法人の基本姿勢と法人内の全事業所が目指す10項目の具体的なケアを紹介している。この冊子は、利用者が受けるケアを具体的に示し、職員が法人の基本姿勢を理解して実践すべき重要な職務を認識することに役立っている。また、計画的に実施される法人内の勉強会でも活用されている。冊子は大きな文字とイラストを多用し、短い文章で簡潔にまとめられているため、高齢者でも見やすいものとなっている。</p> <p>「コロナ禍」でも感染予防策を講じて見学希望者を随時受け入れ、情報提供している</p> <p>通常は運営推進会議や行政からの空室状況調査の機会などで事業所の情報を提供することもできたが、現在は「コロナ禍」で、運営推進会議は書類配布のみとなり、通常時に比べて十分な情報提供のできない状態が続いている。そのため、管理者は管轄の地域包括支援センターや居宅介護支援事業所、病院などへ頻回に訪問し、空床の状況や事業所の情報などを提供することに力を入れている。また、入居希望者が見学を希望する場合には、基本的には事前予約の上で随時見学を受け入れ、感染予防策を講じながら事業所内の案内もしている。</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、同意を得ている		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している		○非該当
●あり ○なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている		○非該当
●あり ○なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している		○非該当
評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している		○非該当
●あり ○なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	3. サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	4. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている		○非該当
サブカテゴリー2の講評			
<p>入居前の訪問などで得た情報に基づき暫定ケアプランを作成し、支援を開始している</p> <p>見学时や入居前の面談で収集した利用者の詳細な情報は「入居前面談調査票」に記載される。この調査票には、利用者本人の生活歴、家族構成、嗜好、宗教観、医療情報のほか、日常生活動作、認知症の症状、生活習慣など約30項目以上がまとめられている。これらの情報から「医療」「不安のない生活」「生活のなかの役割」「楽しい生活」の4領域のニーズを抽出し、本プラン作成までの1～1カ月半の期間に使用する暫定ケアプランを作成している。それにより、起床時間や食生活など、入居以前の利用者の生活習慣を維持できる支援を展開している。</p> <p>入居後の不安等から起こる症状には統一したケアの実施を徹底し、その緩和に努めている</p> <p>入居後の不安やストレス等によって起こる症状のある利用者に対しては、その要因や具体的な対応策を検討し、1週間ほどチーム全員で同じ対応方法でケアにあたることにしている。これにより、ばらばらな対応でさらに症状が悪化することを防ぎ、利用者が安心できる支援につなげている。この対応方法は「ユニット会議」でその効果を評価して「個別対応表」にも反映させ、常に統一した対応ができるようにしている。また、入居後2～3日頃から利用者を調理や洗濯物たたみなどに誘って「役割」を見つけ出し、新しい生活環境に慣れるよう支援している。</p> <p>長期入院などによるサービスの終了では、利用者の心身のストレス軽減に努めている</p> <p>昨年度のサービス終了者5名の理由の内訳は、当事業所での看取り3名、他の事業所への入居1名、病院での死亡1名であった。当事業所以外への移動でサービス終了となる利用者には、生活環境が変わることによる心身へのダメージを最小限にできるよう、利用者・家族の了解のもと、詳細な情報を移動先へ提供している。病気、けが等で入院治療が必要になった利用者も、長期入院で心身の機能低下が起こらないように、できるだけ早期の退院を病院に働きかけている。その結果、骨折で手術を受けたが抜糸後は早めに退院し、日常生活に戻れた利用者もいる。</p>			

サブカテゴリー3		
3	個別状況に応じた計画策定・記録	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 10/10
<b>評価項目1</b> 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 <span style="float: right;">評点(000)</span>		
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
<b>評価項目2</b> 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 <span style="float: right;">評点(000)</span>		
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
<b>評価項目3</b> 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している <span style="float: right;">評点(00)</span>		
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
<b>評価項目4</b> 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 <span style="float: right;">評点(00)</span>		
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
サブカテゴリー3の講評		
<p>都が推奨する「書式」で利用者情報を整理し、生活課題を抽出している</p> <p>利用者のアセスメントは、3年前から東京都が推奨している「リ・アセスメント・シート」を活用して実施している。このアセスメントシートは、利用者の「健康状態」「食事」「排泄」などの日常生活動作、「家事」などの日常生活関連動作、そして「コミュニケーション能力」などのおよそ10項目について情報を整理し、そこから課題を抽出することができるものである。当事業所では入居直後から事業所独自の枠組みで暫定ケアプランを作成し、ケアの提供を開始する。このアセスメントに基づく本プランへの移行は、入居後1カ月～1カ月半としている。</p> <p>当事業所独自に作成した「個別対応表」により常にチームで統一したケアを実践している</p> <p>当事業所では利用者一人ひとりの詳細な情報、個別に用意されている日課、ケアの注意点などを明記した「個別対応表」を独自に作成している。チームでは、この対応表に沿って統一したケアを実践している。また、情報やケアの方法などに変更があった場合は、文字の色を変え、変更した事項を追記している。個別の対応については、その根拠も含めて職員全体がよく理解しているものの、ケアプランとの連動についての理解を深めることが課題となっている。管理者は、この個別対応表の書式を、ケアプランと連動するものに変更する予定である。</p> <p>利用者の睡眠状態の把握や音声入力による記録など業務のICT化に取り組んでいる</p> <p>国のICT化補助金を活用し、当事業所では利用者の心拍・呼吸状態と睡眠状況の把握が可能な睡眠時見守りシステムや、インカムを使って音声入力できる記録システムの導入を徐々に開始している。本格的な運用は来年度となる予定だが、夜間の巡回や日常のケアの記録など、これまで職員にとって負担感のある業務の軽減が見込まれる。システム導入から日常的に活用できるようになるまでには、さまざまな課題が考えられるが、職員の負担感の軽減と、ケアのさらなる充実を図るために、効果的な活用を行うよう期待する。</p>		

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>利用者情報の取り扱い方については、利用契約時に説明している</p> <p>利用者の個人情報の取扱いは、利用契約時に重要事項説明書を用いて利用者・家族に説明している。また、入居後に作成する家族向けの画像、あるいは広報媒体に掲載する画像など、本人確認ができるものは、そのつど利用者・家族に画像提供について了解を得ている。居室への出入りや申し送り場面で利用者を特定されない呼称などについて「業務マニュアル」でルールをつくり、プライバシー保護の徹底を図っている。ただし、申し送り時に、利用者を「1号さん」「2号さん」と呼称している現状には違和感があり、管理者は改善したいと考えている。</p> <p>利用者の羞恥心に配慮して支援している</p> <p>排泄・入浴・口腔ケア時は、羞恥心に配慮している。当事業所の居室構造は、全室にトイレがあるため、排泄にまつわるプライバシーは保ちやすい。また、浴室も、個人浴槽のみの設置なので、他者の目を気にせず入浴できる。そのなかで特に配慮していることは「口腔ケア」である。利用者のなかには義歯を外した状態を家族にも見せたことがない人もいる。そのため、口腔ケアは居室の洗面台を使って行う。また、義歯の着脱は必ず居室で行い、決してリビングで行わないようにすることを徹底させている。</p> <p>利用者が「ノー」と言うことへの対応も含め、その意思を尊重したケアを実践している</p> <p>「職員行動基準」によって、当事業所では職員に対して利用者の尊厳を守るための「プライバシー保護」や「羞恥心への配慮」を意識づけている。また、利用者個々の価値観や生活習慣を踏まえた具体的な支援を「個別対応表」として示し、職員が統一したかかわりができるようにしている。かかわりのなかで重視していることは、利用者本人の意思の尊重である。そのため、イベントへの参加をはじめ「食べたくない」「風呂に入りたくない」といった本人からの意思表示についても、ひとまず尊重し、次に「その理由」を検討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			
<b>評価項目1</b> 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		
●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	
<b>評価項目2</b> 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		
●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改変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している	○非該当	
サブカテゴリ6の講評			
<p>全職員に業務マニュアルの必携を義務づけ、それを日常的なケアの点検に活用している</p> <p>当事業所では、法人の理念、求める職員像、基本方針をはじめ、出退勤や職場のルール、直接ケア時や事故発生時の対応など29項目・61頁からなる「グループホームちとせ業務マニュアル」を2017年1月に作成し、業務の標準化に取り組んでいる。なお、この業務マニュアルは、2020年10月に追加の見直しを実施した。業務マニュアルは、A6判のサイズで携行しやすく、全職員に必携を義務づけている。職員は、ユニット会議や日常のケア時にもこのマニュアルに照らしてケアを点検するなど、マニュアルの活用が習慣化し、それが定着してきている。</p> <p>業務マニュアルの内容は、必要に応じて見直している</p> <p>当事業所では業務マニュアルを日常的に活用しているため、職員は修正箇所の必要性にも随時気づくことができる。業務マニュアルを改変する時期は決めていないが、日常的に使い、不都合さに気づいたときは、そのことをユニット会議で検討し、結果として「修正の必要性がある」となったときには、それを根拠にその記述部分を差し替えている。そして、差し替えや修正の年月を目次に明記している。このように、マニュアルを日常的に活用することで、職員による「やり方のばらつき」を修正し、ケアの標準化に役立っている。</p>			

II サービスの実施項目(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
		サブカテゴリ-4 18/23
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>当事業所独自の「個別対応表」により、利用者の個性を尊重したケアを実践している</p> <p>当事業所で独自に作成している「個別対応表」には、基本情報、日課・役割、対応時の細かい注意点が記載され、チームで統一して個別の対応ができるように工夫されている。日課・役割は10項目以上にわたり、利用者の能力に応じた作業が記載され、作業に誘う際の声かけのしかたなども詳細に決められている。職員は「個別対応表」に則ってケアを提供するが、この表の根拠となるケアプランとの連動について、まだ職員が認識できていない面があると管理者は感じている。今後は「個別対応表」をプランと関連づけて意識できるよう書式変更する予定である。</p> <p>1日3回の申し送りと連絡ノートで、時間差で勤務する職員間の情報共有を図っている</p> <p>職員は、早番、日勤、遅番、夜勤の4つの時間帯で勤務している。その日の利用者の体調の変化、排泄状況、薬の変更などの情報は、夜勤者から早番へ、早番から日勤者と遅番へ、日勤者から夜勤者へと申し送られる。業務内容などのその他の連絡事項は、連絡ノートでケアチームの全員が把握できるようにしている。また、介護記録用の書式「介護日誌」にも、食事量、水分量、排泄の状況などについて、より詳細な利用者の情報が記載されている。それによって、職員は一目で利用者の状況が把握できるようになっているため、申し送りがよりスムーズに行える。</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>食事、清掃、洗濯などの必要な作業に、利用者が主体的に参加できるよう工夫している</p> <p>利用者の生活歴や趣味などを把握していくと、職員は実際の日常生活場面で利用者の「やってみたい」「やれそうだ」という気持ちの動きに気づかされる。さらに、気持ちが動いた場面やそれが誰と一緒に過ごすのかなどがわかると、その利用者の役割が見出せる。この役割が見出せるまでに要する期間を当事業所は入居後1カ月間としている。職員は食事、清掃、洗濯、園芸などの工程を分割して多くの役割をつくり出し、それらが利用者につながるよう工夫している。なお、作業への参加では利用者の意思を尊重し、決して強要しないことを基本姿勢にしている。</p> <p>食事・排泄・入浴の支援は、利用者の「持てる力」を引き出して行っている</p> <p>食事・排泄・入浴の支援の方向性は、法人が掲げている「10の基本ケア」でも明確にされている。すなわち「床に足底全体をつけて座り、温かい食事を自力摂取すること、排泄はトイレで行い、普通の風呂にゆったり入る」などである。当事業所では、利用者の機能を引き出し、その持てる力を活用しながら支援するために、テーブル、椅子、トイレ、風呂の構造など設備・環境面を整備している。その上で、利用者一人ひとりの支援方法を事業所として独自に工夫・作成している「個別対応表」に示し、職員間で統一した支援が実施できるようにしている。</p> <p>各種の手続きなどは家族による対応を原則にしているが、必要に応じて職員が代行する</p> <p>買い物や各種の手続きも、まず利用者が実施できるように支援することを方針にしている。つまり、安易に職員が代行するのではなく、利用者が生活者としてそれら进行处理できるように、利用者と一緒にやって行っている。そのことが困難になってきたときには、家族が行うことを原則としている。ただし、現在はコロナ禍により、利用者の買い物や行政窓口での手続きに同行することができなくなっている。そのため、現状では家族に依頼するか、諸般の事情で家族がそれを担えないという場合には、職員が代行している。</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(0000)
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きみを整えている	○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>医師・薬剤師・看護師などの専門職と連携しながら利用者の健康管理を実施している</p> <p>職員は、バイタルサインのチェックや服薬管理を行いながら各専門職員と連携し、利用者の健康管理を実施している。利用者1名を除く当事業所の17名の利用者は、定期往診(月2回)で来所している医師を主治医にしている。なお、残る1名は入居前からの主治医を継続受診している。定期往診している医師の訪問日に合わせて、当事業所の運営法人の理事長である看護師と、薬剤師や管理者等が利用者の状態について意見交換を行う。薬剤師が参加することが特徴で、内服薬は減量傾向にあり、特に向精神薬、睡眠導入剤は終了とすることを原則にしている。</p> <p>日常生活のなかに「身体を動かすこと」を取り込んでいる</p> <p>現在はコロナ禍に見舞われ、これまで自由に行っていた買い物、外出等は中止している。ただし、その条件の範囲で、近隣への散歩は天候を見ながら実施している。移動に車椅子を使用している利用者についても、食事のときなどは体型と障害に見合った椅子への座り替えを意識的に行い、その際に立位になる場面をつくっている。利用者の「やりたい気持ち」で行う役割も、身体を動かすことにつなげている。また、リビングで過ごす利用者呼びかけ、座位でもできる「体操」を毎日行っている。車椅子からの座り替えを除き、参加は利用者の意思によっている。</p> <p>服薬マニュアルを作成して、誤薬防止に努めている</p> <p>マニュアルに基づき、与薬時にはダブルチェックを行い、そのため利用者を間違える「誤薬事故」はない。ただし「落薬」を発見することはない。薬が特定できると誰の薬かわかる。その場合は「その利用者に飲みやすい形状の薬か」等も含めて薬剤師に相談して検討し、その結果を主治医に報告して薬剤の変更や形状を工夫するなどしている。また、24時間対応の訪問医療機関と連携し、利用者の体調変化に備えている。これにより死亡確認、死亡診断書の発行ができ、家族に手渡せる。昨年度は、死亡退去者4名のうち3名を当事業所で看取った。</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(000)
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>利用者の「生活歴」や「こだわり」を考慮し、席の位置や役割などを決めている</p> <p>利用者がリビングで過ごす時間は長いので、そこで座る位置は、利用者同士の相性にまず配慮する。特に意識するタイミングは新規利用者として迎えるときである。その後は利用者自身が自分で落ち着ける席を探し、落ち着く。落ち着くまでの期間は約1カ月で、これはその利用者が「役割」を持てるまでの期間と一致する傾向にあるため、この時期には、職員は傍らに寄り添う時間を多く持つようになっている。利用者間で小さいさかい等が生じる場合もあるが、利用者自ら席を外したり、別の利用者が介入して収めたりするので職員は最小限の介入を心がけている。</p> <p>事業所での暮らしには、健康に影響のない範囲で制限を設けていない</p> <p>事業所での暮らしには、起床・消灯時間なども含めて、利用者の健康に支障のない範囲で「自由」としている。利用者の居室にはトイレもあり、終日を一人で過ごしたければ、誰とも顔を合わせずに暮らすこともできる。職員は、居室を利用者の「プライベート空間」と位置づけているため、消灯時間やテレビの音量などについても、他の利用者に影響がなければ干渉しない。現在は「コロナ禍」で制限しているが、通常時であれば利用者の単独外出についても、家族と相談の上で、GPS端末の利用を条件に可能としている。</p> <p>リビング等の共用スペースは利用者の快適性と安全性に配慮した設えにしている</p> <p>共用スペースは、1日2回(9時・13時)の換気と、温度・湿度管理表による1日2回(9時・13時)のチェックに基づき、過乾燥状態になることを防いでいる。また「どこを意識して清掃するか」についても、チェック箇所を定めて毎日清掃を実施している。利用者の居室から廊下に出るまでの移動の動線や、廊下を経たリビングまでの移動の動線の安全性を確保するために、必要に応じて利用者が椅子やソファ等を手すりのように使えるように配置するなどの工夫をしている。</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(○○○●)
評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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、事業所でできることを説明しながら、方針を共有している	<input type="radio"/> 非該当
評価項目5の講評		
<p>「コロナ禍」の影響を受け、家族参加を呼びかける行事は中止している</p> <p>当事業所は、利用者の入居後の暮らしを豊かにするためには「家族の協力が不可欠である」とし、利用契約時にそのことを家族に伝えていた。その取り組みの一環として、家族参加を呼びかける行事も開催してきた。例えば、定例行事の遠足、秋祭り、忘年会は開催日(開催月と曜日)を固定し、家族には年度当初と開催前月に知らせた。その結果、各行事への家族参加率は7割前後に及んでいた。それが「コロナ禍」の影響ですべて中止せざるを得ない状況にある。事業所では、この感染症に収束のめどがいついたら早急に取り組みを再開したいと考えている。</p> <p>写真にエピソードを添えた利用者の様子を、毎月家族に送付している</p> <p>毎月家族に送付している「ちとせ便り」に「個々の利用者の様子」のコーナーを設け、写真にエピソードを添えている。このコーナーは、現在はユニットのリーダーが作成しているが、事業所としては介護職員も参加し、作成するようにすることを検討している。今回実施した家族アンケートでは「家族への情報提供の有無」の設問には全員が「はい」と回答している。「写真付きの便りで安心」というコメントも寄せられている。コロナ禍で利用者との直接の面会を制限しているため、家族にとっては安心感が得られる材料となっている取り組みであると思われる。</p> <p>終末期対応の説明は、利用者の状態に応じて医師から行っている</p> <p>当事業所では、約7年前から事業所内の看取りに取り組んでいる。そのため見学時に、終末期についての「当事業所の方針」「当事業所のできる範囲」などについて説明している。利用契約時には、その時点における利用者・家族の「終末期についての意向」を尋ねている。入居後、利用者の体調に変化が見られたときには改めて医師からその後の見通しを説明し、状態の変化に応じて、医師、家族、職員が話し合いを行いながら看取りケアを実施している。開設以来、同じ医師が定期的に往診してくれているため、利用者・家族ともに安心感、信頼感を持っている。</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(○●●●●)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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人として日常的に交流している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
評価項目6の講評		
<p>地域の情報は、区の広報誌、地域の掲示板などから得ている</p> <p>利用者が地域の資源を活用するための情報収集の手段としては、区の広報誌、運営推進会議、地域の掲示板などがある。ただし「コロナ禍」に見舞われ、運営推進会議の開催は書面報告にとどまっている。また、広報誌や掲示板から地域の情報が得られても、コロナ禍のため実際の外出先については制限を設けざるを得ない状況にある。そのような理由から、現状では、外出の取り組みについては人との交わりの少ない近隣への散歩のみの実施となっている。</p> <p>地域に向けた活動は「コロナ禍」で中止とし、自粛している</p> <p>当事業所が地域から認知されるように、地域向けの活動、例えば地域住民にも参加を呼びかける「秋祭り」のほか、地域の行事に利用者も参加するなど双方向の交流を意識して取り組んできた。また、会議室を地域のサークル活動に貸し出すなどの取り組みもしてきた。運営推進会議には、家族、行政担当職員、地域包括センター職員、民生委員などが参加するため、その場を活用して地元警察が発信する「特殊詐欺のお知らせ」を紹介するなど幅広く活用してきたが、コロナ禍により、それらの活動のすべてを中止し、自粛せざるを得ない状況にある。</p>		

Ⅲ 利用者保護に関する項目

利用者保護に関する項目		標準項目実施状況	7/9
1 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	
2 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	
3 評価項目3 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●●)	
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 type="radio"/> あり <input checked="" 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	
利用者保護の講評(※利用者保護の内容から3つ(必須)記載してください)			
<p>当事業所の苦情対応は、法人本部との連携のもと、法人の苦情解決制度により行っている</p> <p>当事業所に寄せられた苦情には管理者が窓口となって対応するが、同時に法人本部の苦情対応チームに対しても、苦情の内容について第一報を入れている。当事業所内で苦情解決が終了すれば、その旨を法人本部へも報告し、苦情対応は終了となる。しかし、損害賠償請求や行政指導など、事業所内の解決が困難な場合は、本部および「事故対策・苦情処理第三者委員会」のサポートも得ながら、解決を図ることになっている。また、年2回開催する「第三者委員会」には各事業所の管理者も参加し、事故・苦情の内容分析や対応方法などについて検討している。</p> <p>虐待防止・権利擁護の研修と虐待防止マニュアルの活用で職員の意識の向上を図っている</p> <p>法人が開催する年2回の虐待防止・権利擁護研修への参加と研修後に行われる事業所内伝達研修で、全職員に対する研修内容の周知を図っている。日常のケアでは「10の基本ケア」のマニュアルと虐待防止マニュアルを活用しながら、自分たちのケアを点検することを推奨している。しかし、管理者は「今年度は新規採用職員数が多く、指導が徹底できていない」と感じるので、今後は座学や個別指導により、利用者への声かけや介護技術の点検、認知症ケアの理解を深めつつ、虐待防止の意識の向上も図りたいと考えている。今後の取り組みを期待する。</p> <p>感染予防等のみならず、当事業所が置かれている環境を踏まえたBCPの作成を期待する</p> <p>当事業所では、目下の最大のリスクである新型コロナウイルス感染予防および今後増える可能性のあるインフルエンザやノロウイルス感染予防については対策マニュアルを作成し、具体的対応の研修も実践している。また、大規模災害を想定した災害対策マニュアルもあり、定期的に訓練している。しかし、事業運営に影響を及ぼすリスクを洗い出し、事業継続計画(BCP)を策定するには至っていない。当事業所の建物には、他に小規模多機能型と居宅介護支援事業所が入っているため、それらの事業所との協力体制についても含めたBCPの検討を期待する。</p>			

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-5-2	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
タイトル①	利用者の尊厳に配慮した口腔ケアの実践を徹底している	
内容①	現在、入居している利用者の年代では、歯磨きや義歯の着脱を人前では行わないし、義歯を外した自分の顔(口元)は、家族にさえ見せたことがないという利用者もいる。当事業所では、利用者の生活習慣を守るということは、それらを尊重することに他ならないとして口腔ケアを位置づけている。プライバシーや羞恥心への配慮を必要とする支援として、排泄や入浴がよくあげられるが、当事業所では「口腔ケア」もそれらに匹敵する支援であるとしている。そのため、食後の口腔ケアは居室の洗面台を使い、義歯の装着や取り外しも居室で行うことを徹底している。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-6-1	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
タイトル②	事業所独自の業務マニュアルを日常的に活用し、業務の標準化に取り組んでいる	
内容②	事業所独自に作成した業務マニュアルを全職員に配布し、勤務時の携行を義務づけている。職員は、業務に迷ったとき、その内容を活用している。カンファレンスなど複数の職員で何か検討する際にも、この業務マニュアルと照合するようにしている。照合して実態に合わない事象が生じたときは、マニュアルそのものの見直しも随時実施する。このように、業務マニュアルを日常業務に使えるものとして事業所独自に作成し、職員の合意により随時不都合な箇所を修正している。そのため、この業務マニュアルにより、当事業所では業務の標準化が図られている。	

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	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
タイトル③	当事業所独自の個別対応表により、利用者の個性を尊重したケアを実践している	
内容③	当事業所で独自に作成している「個別対応表」は、基本情報のほか、日課や役割、対応時の細かい注意点なども記載され、チーム内で同じように個別の対応ができるように工夫されている。「日課・役割」は、洗濯物たたみ・干しや、調理は包丁の使用が可能か不可能か、食事の盛りつけや配膳・下膳、縫い物など10項目以上にわたり、利用者の能力に応じて、それぞれに依頼する作業を決めている。また「お願いするときの注意点」なども記載され、利用者が進んで役割を担えるように、声かけや作業のサポート方法などを明記するといった工夫がなされている。	

No. 特に良いと思う点		
1	タイトル	利用者の睡眠状態の把握や音声入力による記録など、業務のICT化に取り組んでいる
	内容	国のICT化補助金の活用により、当事業所では利用者の体調や睡眠状況の把握が可能な睡眠時見守りシステムや、インカムを活用して音声入力による記録が可能なシステム等の導入を徐々に開始している。本格的な運用は、来年度となる予定であるが、これまで負担感の大きかった夜間の巡回、日常ケアの記録などが、そうしたICT化によって随時詳細に行えるようになる。システムの導入から日常的に活用できるようになるまでにはさまざまな課題が考えられるが、職員の負担感の軽減とケアのさらなる充実を図るため、より効果的な活用を行うことを期待する。
2	タイトル	事業所独自に作成した「個別対応表」と「業務マニュアル」により、プランに基づいて統一したケアを実践している
	内容	当事業所では、日常のケアに必要な利用者の主な情報やケアプランの具体策などが一目で把握できる独自の「個別対応表」を作成している。「個別対応表」に変更や追加事項があれば、文字の色を変えて修正されるため、見落としが少ない。また、日常の業務については「業務マニュアル」を職員全員に配布し、職員のカンファレンスにも必ず携行している。カンファレンスでマニュアルの変更が決まれば、その場で各自のマニュアルを訂正し、常に生きたマニュアルとなるよう見直しの手順も決め、個別ケアの実践につなげている。
3	タイトル	
	内容	
No. さらなる改善が望まれる点		
1	タイトル	感染対策や大規模火災などの災害対策のみならず、事業所独自のリスクの洗い出しとそれに応じたBCPの策定を期待する
	内容	当事業所では、目下最大のリスクとして新型コロナウイルス感染予防や今後増える可能性のあるインフルエンザ、ノロウイルス感染予防対策のマニュアルを作成し、具体的対応策の研修も実践している。また、大規模災害を想定した災害対策マニュアルもあり、定期的な訓練も実施しているが、事業運営に影響を及ぼすリスクを洗い出し、事業継続計画(BCP)を策定するには至っていない。当事業所の建物内には、他にも小規模多機能型事業所と居宅介護支援事業所が入っているため、それらの事業所との協力体制なども含めたBCPを検討することを期待する。
2	タイトル	利用者の様子を家族に伝える毎月の「便り」づくりに、居室担当者も参加することを期待する
	内容	利用者の日々の様子は、毎月発行している便りに「個々の利用者の様子」のコーナーを設け、利用者個人の表情がわかる写真にエピソードを書き込んで伝えてきている。この取り組みは、コロナ禍で直接の面会が制限されている家族にとって、より重要な意味を持つことが今回実施した家族アンケートからもうかがえる。便りのこのコーナーを現在はユニットリーダーが作成しているが、管理者は「居室担当者」がこの役割を担えるようになることを検討している。管理者やユニットリーダーだけでなく居室担当者が家族に認識される機会になる。取り組みを期待する。
3	タイトル	
	内容	