２０２０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 えごた

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

全体の評価講評　……　15

【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

利用者調査とサービス項目を中心とした評価手法

福祉サービス第三者評価結果報告書【令和2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

〒　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

印

以下のとおり評価を行いましたので報告します。

評価者氏名・担当分野・評価者養成講習修了者番号	評価者氏名		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	グループホームえごた		指定番号	1391400544
事業所連絡先	〒	165-0022		
	所在地	東京都中野区江古田3丁目3番22号		
	TEL	03-5913-1871		
事業所代表者氏名	管理者　高橋 伸彦			
契約日	2020 年 8 月 31 日			
利用者調査票配付日(実施日)	2020 年 9 月 15 日			
利用者調査結果報告日	2020 年 11 月 1 日			
自己評価の調査票配付日	2020 年 9 月 15 日			
自己評価結果報告日	2020 年 11 月 1 日			
訪問調査日	2020 年 11 月 10 日			
評価合議日	2020 年 12 月 26 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)	・当事業について評価実績のある評価者2名が一貫して評価にあたった。 ・場面観察は、新型コロナウイルス感染症への罹患予防に配慮し、利用者などとの十分な距離を置いての実施に努めた。 ・合議は、訪問調査直後と報告書作成時に行った。 ・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配慮した。			

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。

2021 年 2 月 8 日

事業者代表者氏名　社会福祉法人 悠遊　印
理事長　鈴木礼子

〔事業者の理念・方針、期待する職員像：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】　令和2年度

《事業所名：グループホームえごた》

1	**理念・方針 （関連　カテゴリー1　リーダーシップと意思決定）**
	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）
	1）グループホームを家として捉え、馴染みある方々、環境の中で安心・安全で元気に自分らしく生活して頂けるよう支援していきます 2）一人ひとりを更に深く知り、その時々の気持ちを尊重し、「今」したいことをその時にできるよう自立・個別支援します 3）江古田の住民として、地域との繋がりを大切に地域に根差し開かれたグループホームを目指します 4）施設内研修・外部研修へ参加し、事業所全体でサービスの質を高めていきます 5）「働きやすい」「働きたい」と思える風通しの良い職場環境を作り、職員を定着化させます
2	**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）**
	（1）職員に求めている人材像や役割
	・グループホームを家として捉え、主役は入居者お一人おひとりであり、職員は入居者の生活をサポートする黒子に徹する ・認知症の症状のみではなく、その人自身に焦点をあて、個々の入居者のニーズを引き出し、有する能力に応じた支援について考え、行動に移せる職員 ・また、入居者の「できること」はご自分で行って頂き、職員が「できない」と認識している事柄に「できるかもしれない」ことは埋もれていないかを考え、入居者の「できるかもしれない」ことを「できること」に繋げるため、入居者の有する能力を信じ、「待つ」を念頭に置き、チームとしてのアプローチを工夫して実践していける職員になってほしい
	（2）職員に期待すること（職員に持って欲しい使命感）
	・「自分の価値観、人生観が中心となり、入居者主体ではなく、職員主体の支援になっていないか」「入居者の立場になったつもりになっていないか」を常に個々に、あるいはチームで確認し、振り返りながら支援を行ってほしい ・現状に対する不平・不満や否定・批判のみを言葉にするのではなく、「どうすればよくなるのか」と考えて改善案を付け加えるだけで提案となり、前向きな発言となる。人任せではなく、主体性・当事者意識を持ち、自分発信で行動に移せる前向きかつフットワークの軽い職員を求めている ・現状に対して疑問を持ち、プラスに転じることができるように積極的に意見を交わしながら、チームとして入居者の“今”を大切にし、入居者主体の支援を行い、「できること」を今以上に増やしていける支援を第一に考えて行動してほしい

《事業所名：グループホームえごた》

調査対象	◆調査対象： 第三者評価に伴う場面観察の実施時点で当事業所に入居していた利用者家族の全員を調査対象とした
調査方法	◆調査方法： 評価機関が準備したアンケート調査票は、事業所が利用者の家族に配布した。なお、アンケートの回答結果は、評価機関が郵送により直接回収した

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	14
利用者家族総数に対する回答者割合（%）	77.8

利用者調査全体のコメント

◆総合的満足度は「大変満足」5名（35．7%）、「満足」8名（57．1%）、「無回答」1名（7．1%）という結果でした。利用者の満足度の高さが伺えます。
◆日頃から当事業所に対して感じている意見・要望について、回答者14名中13名からコメントが寄せられていました。その内容を見ると「信頼できる職員」「本人の様子がよいので安心」等のコメントに加え「アクティビティを増やしてほしい」「日常の様子を知らせてほしい」などのコメントもありました。
◆各質問項目に対する回答結果を見ると、問11「外部の苦情相談窓口についての説明」は肯定的回答率が14．3%でしたが、それ以外の項目では、いずれも肯定する回答の割合が5割を超えています。
◆事業所が開設して1年未満であることに加え、調査対象者も少なく、寄せられたコメントも多くはありませんが、今後の運営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搬入された1週間分の食材を職員と一緒にチェックする利用者は、それを終えるとごく自然にみそ汁づくりに移行し、職員の「具は何にしますか」の問いかけに「あるもので何とかする」と作業を続ける。②職員の「おかずを盛り付けてください」の言葉に無反応な利用者に、身振りで示すと「盛り付けね」の言葉とともに動き出す。③食事中に「みそ汁がぬるい。お茶が足りない」と繰り返す利用者Aさんに、職員はそのつど対応する。それに対して、隣に座る利用者Bさんは「うるさい、我がまま」との言葉を発するが、その場の雰囲気はとげとげしくならない。

《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：
この場面の利用者と職員のやり取りは、利用者の「できること」と「やりたい気持ち」に応じるものと見えた。そこには「他の利用者にはできない、自分だけの役割である」と感じているらしいこの利用者の「誇らしい」という感情も伴っているようであった。
◆場面②：
職員は、言葉での理解が難しい利用者に対し、実物を示しながら、目に見える形で依頼している。その結果、利用者はこの作業に取りかかることができている。
◆場面③：
利用者Aさんの特徴的な行動（何度も繰り返す）に、職員は「はい」と応じている。それを見ていたBさんの反応に、職員は取り合わない。確かに、Bさんの言葉に、Aさんは無反応である。やり取りのように見えるが、言葉のやり取りではないことを見極めた職員の適切な対応として感じられた。

「評価機関としての調査結果」に対する事業者のコメント

入居者によって得意、不得意や好きなこと、嫌いなことは異なります。一つ屋根の下で同じ釜の飯を食う仲間として、誰かの短所を別の誰かの長所で補い合いながら、入居者一人ひとりが何かしら主役となる場面をつくっていきたいと考えています。「できるだけ自分のことは自分でやるけどさ。でも苦手なことやできないことは助けてね」と、入居者も職員も互いに気軽に言い合える関係性や、たくさんの「ありがとう」が飛び交う環境を築いていきたいと思います。

「できないこと」を「できること」につなげていけるように、個々の入居者に合わせたアプローチを行っています。ですが、私たち職員は、入居者について知らないことは数多くあります。ご本人だけでなく、ご家族の方々からもお話を伺い、日々の入居者との関わりの中で、その方の人物像の輪郭をよりくっきりするよう努めていきたいと思います。

場面観察の中での「お茶が足りない」のくだりは、当該ユニットの象徴的な場面でしょうか。これからも、よい意味で入居者に翻弄されていきたいものです。

利用者調査結果

共通評価項目	実数			
コメント	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	8	5	1	0
「はい」の肯定的回答率は57．1%で、コメントは「訪問時以外に定期的に報告・説明がある」「聞かないと報告がない。定期的に様子を教えてもらえると有難い」です。「どちらともいえない」では「報告がなく、面会に行けない家族は心配と思う。定期的な報告を望む」「面会時に少し様子を知らされるだけで日常生活等の報告はない。コロナ禍で確認の機会が少ない」「面会は月1回のみだが、そのとき担当者と話して様子がわかる」「聞けば教えてくれる」など、「いいえ」では「月1回でも本人や施設全体の様子の報告がほしい」とのコメントがあります。				
2. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	13	1	0	0
「はい」の肯定的回答率は92．9%で、そのコメントは「概ねきれいだが、個々の居室内には肉眼で見えるほこり、ごみ等あることが多いと思う」「築浅の建物で、いつ訪れても明るく、過ごしやすい空間であると思う」「個室、共有スペースとも整理されている」「常に清潔であると思う」です。「どちらともいえない」のコメントは「これまでは世話してくれていたので家族も安心していたが、コロナ禍以降は個室、洗面所等の汚れが目立つ。せっかくの新しい建物なのに惜しい気がする。コロナが早く落ち着いてくれたらと願っている」です。				
3. 職員の接遇・態度は適切か	13	1	0	0
「はい」の肯定的回答率は92．9%で、そのコメントは「男性職員も女性職員も、面会に行くたび面会者に気をつかってくれている」「職員は親切に接してくれている」です。「どちらともいえない」のコメントはありません。				
4. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	9	3	0	2
「はい」の肯定的回答率は64．3%で、コメントはありません。「どちらともいえない」のコメントは「先日、転倒して大きなあざができた。面会の予約時にそれがわかったが、実際の転倒は数日前と聞いた。小さなことまで連絡する必要はないが、今回のような場合はメールなどで連絡を入れてくれるとよい」「本人がちょっとしたけがをしたとき、報告をくれたのが誰かはわからないが、報告の内容に理解できないことがあった」です。「無回答・非該当」のコメントはありません。				
5. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	7	2	0	5
「はい」の肯定的回答率は50．0%で、コメントはありません。「どちらともいえない」のコメントは「そのような実例を見たことがないので、不明なところがある」です。「無回答・非該当」では「わからない」というコメントがありました。				

6. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	12	2	0	0
「はい」の肯定的回答率は85．7%で、そのコメントは「職員の人たちはいろいろ大変だと思う」「利用者本人の意思や感情を大切にしてくれていると感じる」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	11	1	0	2
「はい」の肯定的回答率は78．6%で、そのコメントは「プライバシーのことは守ってくれていると思う。ただし、いまのところ何かそのような問題の生じる場面には至っていないので、何とも言えないというのが本音である」です。「どちらともいえない」「無回答・非該当」の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	7	1	2	4
「はい」の肯定的回答率は50．0%でした。「どちらともいえない」の回答とともに、コメントはありません。「いいえ」のコメントは「要望などを聞かれたことはない」です。「無回答・非該当」のコメントは「入居したときは、要望をきちんと聞いてもらった。その後は、特に見直しはない」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	10	4	0	0
「はい」の肯定的回答率は71．4%で、そのコメントは「入居時には説明があった。そのときの説明は、わかりやすかった」です。「どちらともいえない」のコメントは「サービスの計画やその内容について、職員から口頭での説明はない。書類で受け取っている」「入居時には、説明を聞いている」です。				
10. 利用者の不満や要望は対応されているか	8	5	1	0
「はい」の肯定的回答率は57．1%で、コメントはありません。「どちらともいえない」のコメントは「いまのところ、特に不満はない」です。「いいえ」のコメントは「このことは特に伝えておきたいが、日常生活に必要な用品（歯ブラシ、衣類、寝具等）の補充に関し、家族側から相談しないと対応なしの状態が続いている。ぜひ改善してほしい。必ず実行してもらいたいと思う」というものです。				
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	2	7	3	2
「はい」の肯定的回答率は14．3%と低い結果でした。コメントはありません。「どちらともいえない」（50．0%）もコメントはなく、「いいえ」（21．4%）のコメントは「この件は、まだ聞いたことがない」「聞いていない」でした。「無回答・非該当」も、コメントはありません。				

Ⅰ サービス提供のプロセス項目（サブカテゴリー1～3、5～6）

No.	共通評価項目		
	サブカテゴリー1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	4／4
	評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している	評点（○○○○）	
	評価	標準項目	
	◉ あり ○ なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している	○ 非該当
	◉ あり ○ なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものにしている	○ 非該当
	◉ あり ○ なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	○ 非該当
	◉ あり ○ なし	4. 利用希望者等の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している	○ 非該当
	サブカテゴリー1の講評		

法人の冊子とホームページ、中野区のホームページにより、事業所の情報を提供している

法人が運営している事業所すべてを紹介しているパンフレットで、当事業所も紹介している。パンフレットには、法人の簡単な紹介、基本理念、目指していることのほか、当事業所の利用料、利用対象者、定員、保険給付サービスの内容などが記載されている。さらに、法人が管理するホームページでも、その「安心ケアセンター・悠遊えごた」のページで、当事業所について紹介している。記載内容には、パンフレットの内容に加え、フロア見取り図も含まれている。中野区の地域・社会資源把握支援システム「けあプロ・navi」でも情報を提供している。

事業所の広報誌の作成と区のグループホーム部会のガイドブックへの掲載を検討している

当事業所として独自の広報誌の作成を予定している。この広報誌では、事業所として目指している利用者ケアの方針や日常生活の様子などを紹介し、入居希望者の見学の際にも活用していくことも考えている。また、法人が管理するホームページ上でも、当事業所独自の広報誌のバックナンバーを閲覧できるようにすることも検討している。さらに、中野区介護サービス事業所連絡会のグループホーム部会がウェブ上で紹介するガイドブックにも掲載し、問い合わせ窓口、待機状況、見学のこと、設備、入居条件など、さらに詳細な情報が提供できるよう計画している。

見学希望者への対応は管理者が行い、入所後の生活をイメージできるように工夫している

見学希望者からの問い合わせや見学当日の対応は管理者が担当し、当事業所内の公共の場所以外にも、入居者の了解を得て、居室内を見学できるようにして、入所後の生活がイメージしやすいようにしている。また、見学希望者の現在の生活状況、グループホーム入所を検討するに至った背景なども、見学の際に聞き取りを行って、入居に至った場合の個別ケアのための情報収集も兼ねるようにしている。このように現在は管理者1名が見学に対応しているが、今後は管理者だけでなく、各ユニットリーダーが対応できるように教育をすることも検討している。

サブカテゴリー2

2 サービスの開始・終了時の対応

サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 7／7

評価項目1
サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている

評点(○○○)

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(○○○○)

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

入居前に家族の協力を得て利用者本人の生活歴を書いてもらい、個別ケアにつなげている

入居が決定すると、実際に入居するまでの期間に家族に協力を得て、利用者本人の生活歴を詳しく記録してもらうようにしている。この記録は、家族の本人への思いや家族が当事業所に望むケアなどを職員が知る機会ともなり、把握した情報は利用者本人の個別ケアの方法の検討へとつなげている。ただし、この取り組みは、現状ではまだ十分に機能していないところもあるので、今後は家族や利用者本人とのコミュニケーションをさらに充実させて、全利用者の生活歴を適切に把握して記録することで、個別ケアにつなげられるようにすることを計画している。

利用者の居室はできるだけ入居前の自室に近い設えとし、入居時の不安等を軽減している

入居前に管理者が利用者の自宅を訪問し、これまでの自宅での生活状況を把握している。この情報は、当事業所で利用者と家族が中心となって行われる入居後の居室の環境整備にあたり、職員による支援実践に活かしている。認知症の場合、転居するとその多くで症状が悪化し、さまざまな悪影響を受ける「リロケーションダメージ」を受けることが知られている。そのようなリロケーションダメージを軽減するために、ベッドの位置や家具などの設えをできるだけ自宅と近い状態に整えるとともに、入所直後に起こり得る転倒事故等のリスクの軽減も図っている。

利用者ができる限り痛みや苦痛のない最期を迎えられるようケアすることを目指している

昨年度は医療機関への入院のため1名が退所している。今年度はまだ退所者はいないが、現在はターミナル期の利用者の支援にあたっている。その利用者の支援を行うなかで、それぞれの職員が学びを深めながら、痛みや苦痛の少ない最期を迎えてもらうためのケアを目指して取り組んでいる。点滴時の苦痛や痛みを軽減する方法や急変時の対応方法などの職員教育を実施するとともに、本人の意思を尊重するケアについて、模索している最中である。今後は、家族が一緒に過ごせる時間をできる限り長くつくれように、家族の宿泊の受け入れも検討している。

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 4／10

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(○●●)

評価	標準項目	
◉ あり ○ 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	○ 非該当
○ あり ◉ 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	○ 非該当
○ あり ◉ 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	○ 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(●●●)

評価	標準項目	
○ あり ◉ 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	○ 非該当
○ あり ◉ なし	2. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定めたうえで、必要に応じて見直している	○ 非該当
○ あり ◉ 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	○ 非該当

評価項目3
利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している

評点(○●)

評価	標準項目	
◉ あり ○ 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	○ 非該当
○ あり ◉ 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	○ 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(○○)

評価	標準項目	
◉ あり ○ 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	○ 非該当
◉ あり ○ 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	○ 非該当

サブカテゴリー3の講評

利用者に関する情報の共有は、業務日誌、支援経過記録、申し送りノートで行っている

「支援経過記録」には利用者個々の支援内容や状態の推移、その時どきのエピソード等を記載し、「業務日誌」には利用者の現在の体調、普段と違う様子があればその内容、認知症の行動・心理症状、ケア方法の変更点等を記載する。そして「申し送りノート」は、事故報告や利用者の医療的情報に変更があった場合などを記録している。職員は、これらの記録を出勤時に必ず確認し、さらに申し送りで直近の利用者の状況について情報共有している。現状では、これらの記録類と申し送りによる情報共有が利用者の変化に的確に対応するしくみとなっている。

利用者の人物像が浮かび上がる介護計画が立案できることを目指し、準備を進めている

昨年春に事業所が開設されて以来、管理者や介護支援専門員の交代などが相次いだ。そのため、初回アセスメント、プラン立案、モニタリング、プランの見直し等の一連の介護課程の流れがまだ整っていない状況である。管理者は、今後は全職員が介護課程を理解し、それぞれの役割に応じてプラン立案に関与し、利用者個々の人物像が浮かび上がるようなケアプランが立案できることを目指している。現在はアセスメント様式の一部である「センター方式」の「私の姿と気持ちシート」を活用し、利用者の希望を知り、ケアに活かすための取り組みを始めている。

適切な介護課程の流れをつくることなど、業務の効率化を図るように期待する

現在、介護課程については、アセスメントの書式の変更や職員への教育に取り組み始めているが、介護課程のそれぞれの業務を誰が担当するのかが明確にされていない。また、入所直後に立案された介護計画の定期的な見直しの時期、手順なども明確に決められていないため、管理者としても「喫緊の課題である」として認識している。今後は、介護課程におけるケアチーム内の職員それぞれの役割分担、介護計画の見直しの基準や手順などのしくみを整えていき、効率的な介護課程の流れをつくるように取り組むことを期待する。

	サブカテゴリー5		
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	5／5

評価項目1
利用者のプライバシー保護を徹底している

評点（○○○）

評価	標準項目	
◉ あり ○ 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生じた場合には、利用者の同意を得るようにしている	○ 非該当
◉ あり ○ 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	○ 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（○○）

評価	標準項目	
◉ あり ○ 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）	○ 非該当
◉ あり ○ 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	○ 非該当

サブカテゴリー5の講評

個人情報の取り扱いについては契約時に説明し、同意を得ている

入居契約の際に、個人情報の取り扱いについては「個人情報を利用する目的」「利用にあたっての条件」「利用者等の同意」「情報の開示、訂正等に関する告知」などの項目について『当事業所のサービス利用における個人情報の取扱方針の通知』の文書を使用し、説明している。その上で「個人情報取扱に関する同意書」および利用者の写真等の使用についても「肖像権使用同意書」により、利用者・家族から同意を得ている。また、実際に個人情報を使用することとなった場合には、そのつど利用本人・家族に再度説明し、口頭で再確認している。

利用者の羞恥心に関わることは全職員が記録を通じて情報共有し、秘密保持に努めている

当事業所に入居する利用者のなかには、家族に対してさえ見せたことがない本人の羞恥心に関わる身体の傷など障害を持つ利用者もいる。職員は、そのような利用者に対する支援にあたっては、各種の記録類を通じたその確認と職員同士の伝言などによって共通の認識を持ち、利用者本人の秘密の保持について徹底するようにしている。特に、入浴時の支援については、利用者の羞恥心に関わる心情を察し、対応する職員は同性介護とすることを基本としている。

不適切なケアを互いに注意し合えるケアチームづくりを目指している

当事業所では、職員は居室訪問時の挨拶や利用者の身体介護の際のプライバシー保護、羞恥心への配慮などは概ね実践できている。しかし、職員のなかには、他の利用者にも聞こえる声で利用者についての情報を申し送る者も見られると管理者は認識している。そのような職員に対しては、上長による注意や指導の実施も課題であるが、日常のケアのなかで職員同士が互いに注意し合える関係づくりが重要と考え、今後はそのような職場環境を育てることを目指している。職員が不適切ケアに対する共通認識をもって利用者に対応することを期待する。

サブカテゴリー6

6 事業所業務の標準化

サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 2／5

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(○●●)

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

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

評点(○●)

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するようにしている	○ 非該当

サブカテゴリー6の講評

業務マニュアルが作成され、必要に応じて職員の「全体会議」で内容が見直されている

当事業所では、時間ごとに職員が行うべき業務内容が明記された「業務マニュアル」が整備されている。職員は、このマニュアルに基づいて利用者へのケアを実施し、マニュアルの内容の見直しが必要な場合は、毎月行われる「全体会議」で検討されている。しかし、管理者は「職員がしばしばマニュアルに記された時間に縛られ、利用者の生活をマニュアルの時間に合わせるようなケアをしてしまうことがある」と感じている。今後は利用者に寄り添えるようなマニュアルを目指すとともに、さらに新入職員教育にも活用できるにもの作成し直すこを検討中である。

現状のものに加え、さらに各種のマニュアルの整備に取り組むことを期待する

現在、当事業所でマニュアルとして整備されているのは、法人が作成している「10の基本ケア」のマニュアルと、当事業所の各業務手順である。それら以外の看取り、緊急時対応、身体拘束廃止、感染症対策などのマニュアルについては、ほとんど整備されていない状況である。管理者としても、各種のマニュアルの整備は喫緊の課題であると認識している。そのため、今後は管理者をはじめ各ユニットのリーダーたちが中心となり、優先順位を決めて、マニュアルの整備を進めることにしている。今後の取り組みに期待する。

Ⅱ サービスの実施項目（サブカテゴリー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　14／23

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（○○●）

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

利用者に複数の選択肢を提示し、自分のことは自分で決める場面を大切にしている

暫定のプランに基づきケアを提供しているが、個々の利用者のケアを行う際には、そのつど本人に説明し、意向を確認してから支援を行っている。利用者が支援を拒否した場合にも無理強いはせず、ケア提供の時間を変えたり、担当者を変えるなど、利用者と相談しながら、利用者が「自分で決めること」ができるように支援している。1カ月前より、リビングから直接出られるベランダを、利用者が自由に行き来することができるようにしたところ、散歩、花の水やり、日光浴など、利用者がそれぞれ主体的に楽しめるようになっている。

現在の支援内容の根拠を明確にし、介護計画に反映させることを期待する

当事業所では「支援経過記録」「業務日誌」「申し送りノート」を効果的に活用し、毎日の申し送りで利用者の変化に応じたケアの方法などを話し合い、実践している。また、管理者もケア現場の業務に入るため、指示・命令もスピーディに行われているが、介護計画の立案や見直しが現場の動きに追いついていない状況である。この状況が長引けば、職員の異動や利用者の入れ替わりなどがあった場合には、現場のケアの質の維持が困難となる可能性も高い。なるべく早い時期に、現在の支援内容の根拠となる介護計画を作成することを期待する。

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（○○○○）

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

朝食と夕食はユニットで献立から考えて、利用者が参加してつくっている

食材を発注し、不足分は購入に出かけ、夕食は利用者に献立から声をかけながらユニットでつくっている。職員から利用者に「この材料でどうしよう」「この材料で何ができるか」などと問いかけ、利用者の気持ちを引き出す。その結果、献立に意見を言う利用者や、準備、後片づけのほか、大量納入された食材と発注書類を突き合せる作業を職員と一緒に行う利用者など、それぞれが自分の能力とやりたい気持ちに合わせて行っている。一連の食事の行程は分割でき、利用者に見合う役割を見つけやすいが、管理者は職員の押しつけにならないよう意識している。

利用者が自らの身体機能と能力に合った生活が営めるように工夫している

職員は、利用者一人ひとりが自らの身体機能と自分にできそうなことを見つけ出せるように支援している。立ち上がりに支援が必要な利用者に対しては座ってできる作業を、移動が困難な利用者には本人が座っている場所でできることを、伝い歩きができる利用者にはその能力を使って場所を移動させて行うことなどを示し、自分の役割にできるようにしている。利用者の役割は、入居約1カ月で見出せているが、見出すには「待つケア」という支援姿勢も重要になる。この重要性を職員が認識し、日頃の支援場面で応用できるようにしたいと管理者は考えている。

職員は、利用者の日常の必需品などに過不足が生じないよう配慮している

原則として、利用者に必要な各種の手続きなどは家族の役割としている。ただし、家族がその役割を担うことが困難になった場合には、事業所が代行している。なお、利用者の日常の必需品などついては、過不足が生じないように職員が確認し、発注することもある。なお、利用者が近隣まで買い物に出かけることで調達できる物品については、職員が買い物に同行し、利用者の購入を手伝っている。ただし、現在は「コロナ禍」のため、利用者は買い物に出かけられない状態が続いている。

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(○○○○)

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

医師が当事業所を定期往診し、利用者の健康状態に関する職員の相談にも応じている

協力病院の医師が当事業所を定期的に往診している。また、利用者の在宅生活時からの主治医が継続している利用者もいる。看護師である理事長が現場の看護面の相談を受けている。その他、歯科医師の往診が週1回あり、治療、クリーニングのほか、口腔ケアについてアドバイスしている。入居した利用者の服薬を24時間観察できるため、入居2～3カ月で減薬となることも少なくない。日々の健康や体調の管理は、毎朝のバイタルサインの確認で行っている。介助時にも利用者に触れる、顔色や皮膚を見る、声を聴くなどにより、利用者の異常に気づいている。

利用者が日常の生活動作を通して身体を動かせるように工夫している

歩行が可能な利用者については積極的に散歩等を行い、歩行困難な利用者には可能な限り事業所内での歩行を行うようにしている。また、歩行が困難になった利用者は車椅子移動になるが、そのような状態でも車椅子から椅子への座り替えを必ず行い、立位保持能力の維持に努めている。誤薬防止のためのマニュアルが整備され、配薬から与薬までの手順は決められているが、配薬した職員、与薬した職員等を明確にしていないため、改善箇所に気づきにくい。そうしたことを見直し、マニュアルを充実させたいと管理者は考えている。今後に期待したい。

利用者の体調変化に備え、提携医療機関と24時間連絡・相談できる体制を整備している

提携医療機関とは24時間連絡・相談できる体制ができている。必要に応じて、臨時の往診も受けられる。この体制を整えたことで、容体急変の可能性のある利用者に対しても、事前に対応方法を相談し、調整することなどを行いやすくなっている。職員側も、利用者の小さな変化に気づくことができ、そうした変化等を職員間で共有する取り組みも根づいてきている。また、変化に気づいた職員が主治医に直接連絡し、確認することができるようにしたことで、主治医との連携がリアルタイムに、かつスムーズになったと管理者は感じている。

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(○○○)

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のとなっている	○ 非該当

評価項目4の講評

利用者同士が適度な距離感を取りながらかかわり合えるように配慮している

当事業所のリビングスペースは広い。しかも、テーブルの形状は台形で、組み合わせ方によって長テーブルや六角形のテーブルになる。これを利用者間の関係性に配慮して使っている。一人で座る利用者、隣り合わせで座る利用者もいる。台形の形状の利用で、利用者同士は顔が見えて肘がぶつからない座り方が可能になる。利用者同士の関係は、就寝前でリビングにいる人数が少なくなると見えやすい。相性のよい利用者が連れ立って散歩する姿もある。時に利用者間のトラブルも発生するが、すべて職員が止めるのではなく、暮らしの場では当然と受け止めている。

椅子やテーブルは、利用者の体型や障害に合わせて選べるものにしている

利用者は、リビング(食堂)に置かれているテーブルや椅子を自分の体型や障害に合わせて選べる。具体的には、テーブルの天板までの高さが異なるものが3種類ある。また椅子は、座面高の異なるものが3種類と「肘かけ付き」と「肘掛けなし」を備えているため、椅子の種類は計6種類になる。トイレの便器前に備えられた跳ね上げ式テーブルは、排泄姿勢で腹圧をかけやすく、利用者の立ち上がりを誘導する位置にある。共用スペースに置かれた用具は、安全に配慮しながら利用者の機能を引き出せるものを備えている。

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	
○ 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、事業所で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

コロナ禍により家族参加を呼び掛けた行事は中止している

「コロナ禍」に見舞われる以前は、外出の機会や誕生会などの行事を企画し、家族にも参加を呼びかけていた。しかし、コロナ禍により、これらの行事をすべて中止せざるを得ない状況が約1年間続いている。家族の面会も制限している。今回の第三者評価で実施した家族アンケートでは、コロナ禍のなかでの事業運営であることに理解を示しながらも「普段の暮らしの様子を知らせてほしい」という要望が複数名から寄せられている。管理者は、そのような取り組みを行う必要性を認識し、近く取りかかる予定である。

「運営推進会議」も、昨年度末から今年度は、コロナ禍のために中止している

通常時には、2カ月ごとに「運営推進会議」を開催してきた。会議の構成メンバーは、地域包括支援センター、地区の民生委員、地区民生委員会長、家族、利用者である。しかし、昨年度末から今年度は、運営推進会議はコロナ禍により開催中止になっている。現在、顔を合わせた会議の開催は見合わせざるを得ない状況のため、運営推進会議で報告する事業所情報を文書にまとめ、2カ月ごとに委員や家族に報告するなどの取り組みも重要になる。その取り組みは、委員が事業所への関心を持ち続けていくことにもつながる。取り組みを期待する。

将来的な利用者の重度化や終末期に備えて、当事業所の方針を伝えている

将来的に利用者の状態が重度化したり、終末期となった場合に備えて、利用者・家族に対しては、当事業所としてできることなどの支援の方針について、文書を用いて利用契約時に伝えている。さらに、重度化の進行状況を見ながら、そのような状態が近づいてきたと判断されたときには、改めて利用者本人（家族）の意向を確認し、支援の方針を共有するようにしている。なお、これまで当事業所内では看取り経験はないが、終末期に至り、その希望が出されたときには対応したいと管理者は考えている。

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	
○ 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

地域と連携するための取り組みは、コロナ禍によって中止している

当事業所では「地域に開かれた事業運営」を重視し、これまで区報、地域の情報誌、区民活動センターの掲示物などから把握した地域の情報を利用者の興味・関心に合わせて提供してきた。その結果、地域の体操教室、コンサート、買い物外出など、利用者が出かける機会を積極的につくってきた。一方で、ひとたび社会が感染症に見舞われると、地域に対して閉じた運営をせざるを得なくなり、現在はその状況に置かれている。職員自己評価でも「地域と連携した支援」の肯定率は非常に低い。コロナ禍の終息後には、取り組みを強化したいと管理者は考えている。

コロナ禍でも、当事業所では工夫しながら「できること」を判断し、実施している

現在、当事業所として取り組んでいることは、利用者の散歩外出程度である。この外出では、どこかに立ち寄るということもしないようにしている。利用者の「外出したい」思いと、職員の「日光に当たらせたい」「室内だけではなく、屋外のでこぼこ道を歩かせたい」という思いが重なって、天気のよい日には、人通りの少ない時間帯を選び、事業所の周辺を利用者が散歩できるようにしている。なお、ボランティアの受け入れも中止しているが、当事業所としては職員で「できること」を検討したいとしている。

区内の他事業所と情報交換したいと管理者は考えている

地域包括支援センターと連絡を取り合い、地域の活動に積極的に参加していきたいという意向を管理者は持っている。しかし、そうした活動も、現在はコロナ禍により休止状態にある。管理者は、地域活動として、手始めに区内の「グループホーム部会」に参加し、事業所間の横のつながりを持てるようにしたいと考えている。現状ではまだ厳しい状況にあるが、コロナ禍の終息後には取り組めるように、まず職員間の意思統一を図ることなど、今後に向けて備えておくように期待する。

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　5／9

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（○○）

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 利用者の意向（意見・要望・苦情）に対し、組織的に速やかに対応する仕組みがある	○ 非該当

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（○○）

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、虐待が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に防止対策を徹底している	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 虐待を受けている疑いのある利用者の情報を得たときや、虐待の事実を把握した際には、組織として関係機関と連携しながら対応する体制を整えている	○ 非該当

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（○●●●●）

評価	標準項目	
○ あり ◉ なし	1. 事業所が目指していることの実現を阻害する恐れのあるリスク（事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など）を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている	○ 非該当
○ あり ◉ なし	2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている	○ 非該当
○ あり ◉ なし	3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画（BCP）を策定している	○ 非該当
○ あり ◉ なし	4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる	○ 非該当
◉ あり ○ なし	5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる	○ 非該当

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）

苦情相談窓口は「重要事項説明書」に明記し、施設の玄関にも掲示して周知している

入居契約時に「重要事項説明書」で苦情相談機関として当該事業所の管理者を示し、さらに外部の苦情申し立て機関として、東京都、中野区、当該法人のそれぞれの対応窓口について明記されている。また、当事業所の「運営規程」においても、苦情処理の対応のことを明記している。「利用契約書」の「利用者及び利用者代理人の権利」の項目でも「利用者及び代理人は、事業所に苦情を伝え、解決されない場合は専門家または第三者機関の支援を受ける」ということが、利用者の権利である旨を明記している。

虐待防止対策の周知および職員の意識向上のための取り組みに期待する

「身体拘束適正化委員会」の開催については、運営推進会議と同日に実施することとなっているが、今年度は新型コロナウイルス感染症の拡大防止の観点から、運営推進会議の開催自体が中止となり、書面での報告を余儀なくされている状況である。管理者は、不適切なケアや虐待につながるような対応について、職員それぞれの認識にばらつきを感じていて、今後は運営推進会議だけでなく、定期的な勉強会などの実施も含めて職員教育を行っていきたいと考えている。今後の職員の意識向上のため、取り組みに期待する。

事故報告への対応は充実してきているがリスクの洗い出し、BCPの策定は不十分である

リスクの洗い出しやBCPの策定は、法人本部の政策会議で検討している。当事業所の取り組みとしては、洪水ハザードマップに準じた水害、および火災等の発生を想定した防災訓練を予定している。なお、これまでの事故報告書は始末書のような書き方がされていたが、管理者はその原因を事故要因と再発予防の検討がなされないまま、発見者に任されて報告書が作成されているためと考え、ユニット内で多角的に検討するように変更し、記述内容が改善している。さらに多角的な検討により、事故から多くの「気づき」が得られるようになることを期待する。

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	当事業所の職員配置は日中の時間帯は常時3名体制とし、利用者が自分らしく生活するための個別ケアに力を入れている
	内容	当事業所では、利用者一人ひとりのペースに合わせて支援し、利用者が自分で決められる場面を多くつくるようにしている。支援の無理強いはせず、利用者と話し合って個別ケアを実践しているが、そのことを可能としているのは「日中の時間帯に職員3名を配置していることによるものである」と管理者も感じている。日中に常時3名体制にすることのメリットは、個別ケアの充実のみならず、利用者家族とのコミュニケーションも充実していることで、利用者やその家族からの意見・要望なども、より細やかに受け止めることができるようになっている。
2	タイトル	毎日の申し送りと記録類を十分に活用することで、利用者のその時どきの変化に即応したケアを実践している
	内容	利用者の状況を記録する「支援経過記録」や「業務日誌」などの書類が充実し、職員は業務に入る前に必ずそれらの記録類に目を通すことになっている。また、その時どきの利用者の状態の変化やそれに応じた対応方法の変更、事故の報告などについても、職員間で「申し送りノート」を活用することで、情報の共有を図っている。当事業所では、管理者もケア現場に入り、現場の問題点や利用者の変化に対応するためのケアの変更点などをスピーディに決断できる環境であるため、常に臨機応変に、利用者に対応することが可能となっている。
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	アセスメントからモニタリング、プランの見直しに至る一連の流れを整理し、それを循環させるしくみづくりを期待する
	内容	事業所開設後1年余で管理者や介護支援専門員の交代があり、利用者の変化に応じた介護計画の見直しが遅れている。また、入所直後の暫定の計画から本計画への移行の手順、計画の見直しの期間や手続き等も明確に決められていないので、現状は利用者のその時どきの状態の変化に、現場が協力して対応している状態である。このような現状は、管理者も職員の多くも改善しなければならない喫緊の課題と認識し、今後は介護過程のサイクルを回して、個々の利用者に応じたケアの実践につなげていくことを目指している。今後の取り組みに期待する。
2	タイトル	事業所の実情に対応した各種マニュアルの整備と運用のしくみづくりに期待する
	内容	業務内容を時間軸に沿って作成した「業務マニュアル」があり、職員はそれによって業務を行っている。このマニュアルの見直しは、毎月実施される全体会議で行っている。管理者は「この業務マニュアルが時として利用者の生活を縛ってしまうのではないか」「もっと利用者の生活のペースを尊重したかかわりができる内容に変更する必要があるのではないか」と感じている。法人が作成した「10の基本ケア」のマニュアルはあるが、これを踏まえた当事業所独自のものは、未整備のままである。必要なマニュアルの整備とその運用のしくみづりに期待する。
3	タイトル	
	内容	

認知症対応型共同生活介護

グループホーム えごた

２０２０年度
職員自己評価・利用者調査 集計結果

		ページ
Ⅰ	職員自己評価 集計結果【サービス提供のプロセス】	1
Ⅱ	職員自己評価【サービス提供のプロセス】自由意見	13
Ⅲ	利用者【家族アンケート】調査 集計結果	15

評価機関：特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー

Ⅰ． 職員自己評価 集計結果 【サービス提供のプロセス】

経営層（合議者）	
a 職　　員	15名
b 属性不明	0名

※回答者が3名未満の職層があり、個人が特定されるおそれがあるため「職員」として集計しています

事業所名	グループホーム えごた

調査実施期間	2020年9月15日	～	2020年9月30日

調査対象者職員数	15
c 回収数 (a+b)	15名
d 有効回答数 (a)	15名
有効回答率 (d÷c)	100.0%
回収率	100.0%

サービス提供のプロセス

サブカテゴリー1 サービス情報の提供

評価項目1－1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している

	職員自己評価項目	経営層	属性	そう思う		そう思わない		わからない		無回答	
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	○	職員	5	33.3%	3	20.0%	7	46.7%	0	0.0%
2	利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものにしている	○	職員	2	13.3%	4	26.7%	9	60.0%	0	0.0%
3	事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	○	職員	6	40.0%	1	6.7%	8	53.3%	0	0.0%
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	○	職員	8	53.3%	1	6.7%	6	40.0%	0	0.0%

↑経営層自己評価でチェックが入った場合は「○」、入らなかった場合は「×」で表示されます

サブカテゴリー2　サービスの開始・終了時の対応

評価項目2－1　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

	職員自己評価項目	経営層合議結果	属性	そう思う		そう思わない		わからない		無回答	
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	○	職員	9	60.0%	1	6.7%	5	33.3%	0	0.0%
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	○	職員	9	60.0%	1	6.7%	5	33.3%	0	0.0%
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	○	職員	4	26.7%	3	20.0%	8	53.3%	0	0.0%

↑経営層自己評価でチェックが入った場合は「○」、入らなかった場合は「×」で表示されます

評価項目2－2　サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている

	職員自己評価項目	経営層合議結果	属性	そう思う		そう思わない		わからない		無回答	
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	○	職員	4	26.7%	4	26.7%	7	46.7%	0	0.0%
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	○	職員	10	66.7%	2	13.3%	3	20.0%	0	0.0%
3	サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている	○	職員	6	40.0%	5	33.3%	4	26.7%	0	0.0%
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	○	職員	5	33.3%	1	6.7%	9	60.0%	0	0.0%

↑経営層自己評価でチェックが入った場合は「○」、入らなかった場合は「×」で表示されます

サブカテゴリー3　個別状況に応じた計画策定・記録

評価項目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

	職員自己評価項目	経営層合議結果	属性	そう思う		そう思わない		わからない		無回答	
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	○	職員	5	33.3%	7	46.7%	3	20.0%	0	0.0%
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	×	職員	2	13.3%	8	53.3%	5	33.3%	0	0.0%
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	×	職員	1	6.7%	11	73.3%	3	20.0%	0	0.0%

↑経営層自己評価でチェックが入った場合は「○」、入らなかった場合は「×」で表示されます

評価項目3－2　利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の施設サービス計画を作成している

	職員自己評価項目	経営層合議結果	属性	そう思う		そう思わない		わからない		無回答	
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	×	職員	2	13.3%	7	46.7%	6	40.0%	0	0.0%
2	計画は、見直しの時期・手順等の基準を定めたうえで、必要に応じて見直している	×	職員	2	13.3%	5	33.3%	8	53.3%	0	0.0%
3	計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	×	職員	0	0.0%	7	46.7%	8	53.3%	0	0.0%

↑経営層自己評価でチェックが入った場合は「○」、入らなかった場合は「×」で表示されます

評価項目3－3　利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している

	職員自己評価項目	経営層合議結果	属性	そう思う		そう思わない		わからない		無回答	
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	○	職員	5	33.3%	5	33.3%	5	33.3%	0	0.0%
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	×	職員	1	6.7%	8	53.3%	6	40.0%	0	0.0%

↑経営層自己評価でチェックが入った場合は「○」、入らなかった場合は「×」で表示されます

評価項目3－4　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

	職員自己評価項目	経営層合議結果	属性	そう思う		そう思わない		わからない		無回答	
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	○	職員	4	26.7%	9	60.0%	2	13.3%	0	0.0%
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	○	職員	12	80.0%	3	20.0%	0	0.0%	0	0.0%

↑経営層自己評価でチェックが入った場合は「○」、入らなかった場合は「×」で表示されます

サブカテゴリー4　サービスの実施

評価項目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

	職員自己評価項目	経営層合議結果	属性	そう思う		そう思わない		わからない		無回答	
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	×	職員	4	26.7%	4	26.7%	7	46.7%	0	0.0%
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	○	職員	9	60.0%	4	26.7%	2	13.3%	0	0.0%
3	関係職員が連携をとって、支援を行っている	×	職員	11	73.3%	2	13.3%	2	13.3%	0	0.0%

↑経営層自己評価でチェックが入った場合は「○」、入らなかった場合は「×」で表示されます

評価項目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

	職員自己評価項目	経営層合議結果	属性	そう思う		そう思わない		わからない		無回答	
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	○	職員	11	73.3%	3	20.0%	1	6.7%	0	0.0%
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	○	職員	7	46.7%	3	20.0%	5	33.3%	0	0.0%
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	○	職員	12	80.0%	3	20.0%	0	0.0%	0	0.0%
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	○	職員	11	73.3%	2	13.3%	2	13.3%	0	0.0%

↑経営層自己評価でチェックが入った場合は「○」、入らなかった場合は「×」で表示されます

評価項目4－3　利用者の健康を維持するための支援を行っている

	職員自己評価項目	経営層合議結果	属性	そう思う		そう思わない		わからない		無回答	
1	利用者の心身の状況に応じた健康管理を行っている	○	職員	9	60.0%	3	20.0%	3	20.0%	0	0.0%
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	○	職員	8	53.3%	5	33.3%	2	13.3%	0	0.0%
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	○	職員	9	60.0%	5	33.3%	1	6.7%	0	0.0%
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	○	職員	7	46.7%	5	33.3%	3	20.0%	0	0.0%

↑経営層自己評価でチェックが入った場合は「○」、入らなかった場合は「×」で表示されます

評価項目4－4　共同生活が楽しく快適になるよう工夫している

	職員自己評価項目	経営層合議結果	属性	そう思う		そう思わない		わからない		無回答	
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	○	職員	12	80.0%	3	20.0%	0	0.0%	0	0.0%
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	○	職員	10	66.7%	3	20.0%	2	13.3%	0	0.0%
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のとなっている	○	職員	10	66.7%	3	20.0%	2	13.3%	0	0.0%

↑経営層自己評価でチェックが入った場合は「○」、入らなかった場合は「×」で表示されます

評価項目4－5　事業所と家族等との交流・連携を図っている

	職員自己評価項目	経営層合議結果	属性	そう思う		そう思わない		わからない		無回答	
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	○	職員	5	33.3%	7	46.7%	3	20.0%	0	0.0%
2	利用者の日常の様子を定期的に家族に知らせている	×	職員	2	13.3%	9	60.0%	4	26.7%	0	0.0%
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	○	職員	1	6.7%	7	46.7%	7	46.7%	0	0.0%
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	○	職員	9	60.0%	1	6.7%	5	33.3%	0	0.0%

↑経営層自己評価でチェックが入った場合は「○」、入らなかった場合は「×」で表示されます

評価項目４－６　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

	職員自己評価項目	経営層合議結果	属性	そう思う		そう思わない		わからない		無回答	
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	×	職員	2	13.3%	9	60.0%	3	20.0%	1	6.7%
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	×	職員	2	13.3%	10	66.7%	2	13.3%	1	6.7%
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	×	職員	1	6.7%	10	66.7%	3	20.0%	1	6.7%
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	×	職員	1	6.7%	6	40.0%	7	46.7%	1	6.7%
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	×	職員	0	0.0%	5	33.3%	9	60.0%	1	6.7%

↑経営層自己評価でチェックが入った場合は「○」、入らなかった場合は「×」で表示されます

サブカテゴリー5 プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重

評価項目5－1 利用者のプライバシー保護を徹底している

	職員自己評価項目	経営層合議結果	属性	そう思う		そう思わない		わからない		無回答	
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生じた場合には、利用者の同意を得るようにしている	○	職員	10	66.7%	0	0.0%	4	26.7%	1	6.7%
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	○	職員	10	66.7%	2	13.3%	2	13.3%	1	6.7%
3	利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	○	職員	12	80.0%	2	13.3%	0	0.0%	1	6.7%

↑経営層自己評価でチェックが入った場合は「○」、入らなかった場合は「×」で表示されます

評価項目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

	職員自己評価項目	経営層合議結果	属性	そう思う		そう思わない		わからない		無回答	
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)	○	職員	10	66.7%	3	20.0%	1	6.7%	1	6.7%
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	○	職員	9	60.0%	2	13.3%	3	20.0%	1	6.7%

↑経営層自己評価でチェックが入った場合は「○」、入らなかった場合は「×」で表示されます

サブカテゴリー6　事業所業務の標準化

評価項目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

	職員自己評価項目	経営層合議結果	属性	そう思う		そう思わない		わからない		無回答	
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	×	職員	7	46.7%	4	26.7%	3	20.0%	1	6.7%
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	○	職員	2	13.3%	7	46.7%	5	33.3%	1	6.7%
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	×	職員	7	46.7%	6	40.0%	1	6.7%	1	6.7%

↑経営層自己評価でチェックが入った場合は「○」、入らなかった場合は「×」で表示されます

評価項目6－2　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

	職員自己評価項目	経営層合議結果	属性	そう思う		そう思わない		わからない		無回答	
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	×	職員	2	13.3%	8	53.3%	4	26.7%	1	6.7%
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	○	職員	3	20.0%	6	40.0%	5	33.3%	1	6.7%

↑経営層自己評価でチェックが入った場合は「○」、入らなかった場合は「×」で表示されます

利用者保護に関する項目

利用者保護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

	職員自己評価項目	経営層合議結果	属性	そう思う		そう思わない		わからない		無回答	
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	○	職員	3	20.0%	1	6.7%	10	66.7%	1	6.7%
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	○	職員	3	20.0%	3	20.0%	8	53.3%	1	6.7%

↑経営層自己評価でチェックが入った場合は「○」、入らなかった場合は「×」で表示されます

利用者保護2　虐待に対し組織的な防止対策と対応をしている

	職員自己評価項目	経営層合議結果	属性	そう思う		そう思わない		わからない		無回答	
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、認識を共有し、組織的に防止対策を徹底している	○	職員	8	53.3%	3	20.0%	3	20.0%	1	6.7%
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	×	職員	5	33.3%	2	13.3%	7	46.7%	1	6.7%

↑経営層自己評価でチェックが入った場合は「○」、入らなかった場合は「×」で表示されます

利用者保護3　事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる

	職員自己評価項目	経営層合議結果	属性	そう思う		そう思わない		わからない		無回答	
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	○	職員	1	6.7%	7	46.7%	6	40.0%	1	6.7%
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	○	職員	1	6.7%	7	46.7%	6	40.0%	1	6.7%
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	○	職員	0	0.0%	7	46.7%	7	46.7%	1	6.7%
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	×	職員	0	0.0%	6	40.0%	8	53.3%	1	6.7%
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	○	職員	3	20.0%	5	33.3%	6	40.0%	1	6.7%

↑経営層自己評価でチェックが入った場合は「○」、入らなかった場合は「×」で表示されます

Ⅱ.　職員自己評価【サービス提供のプロセス】自由意見

認知症対応型共同生活介護
グループホーム えごた

※記入者の特定を避けるため、本題を曲げない範囲で文章を加工しています。内容により特定される場合もあると思われますが、本人の不利益とならないよう取り扱いにご配慮をお願い致します

事業所の特によいと思う点・特に改善したいと思う点【各３つ以内】

カテゴリー６.
「サービス提供のプロセス」に関する意見【事業所全体】

特によいと思う点

1	現場のスタッフが明るく、利用者に何かしようと相談し合い、少しでもめりはりのある生活が送れるように考え、それを行動に移そうとしているところがよい
2	職員一人ひとり個性はあるが、それぞれが仕事に対して忠実・誠実で、互いに意見交換してアイデアを出し合うことが常に行われているよい職場である
3	利用者が毎日散歩に出かけて、軽運動をしているなかで、しっかりと季節を感じられているところがよいと思う
4	歩行訓練と気分転換を兼ねた散歩を、ほぼ毎日行っている（雨の日は事業所内の階段の昇降を実施している）
5	職員一人ひとりが、利用者の立場を考えて寄り添い、よりよい介護を提供できるように努力している
6	各部屋にトイレがあるので、トイレ介助が利用者それぞれに合わせて行える
7	利用者ができていることを維持可能なように「ＩＡＤＬ」を行っている
8	利用者の意向をできるだけ尊重して支援を行うように心がけている
9	利用者と職員のコミュニケーションがよく取れているように思う
10	眠前薬など、利用者の服薬の回数・量を減らそうとしている
11	スタッフ間のコミュニケーションが取りやすい
12	経験豊かな職員、向上心のある職員が多い
13	温かく、アットホームな雰囲気である
14	日中の職員配置が３名体制である
15	職員３名の体制である

特に改善したいと思う点

1	現場のスタッフが業務にとらわれて、時間のことを気にし過ぎるので、利用者の生活のほうをスタッフの業務に当てはめてしまっている。スタッフは、個々の利用者の生活のリズム、習慣、スタイルなどが異なることを念頭に、皆で「そもそも利用者の生活とは何か」ということを考えていく必要がある
2	アセスメントと計画書の作成がなく、利用者一人ひとりへの支援内容が定まっていないので、今後は利用者一人ひとりとコミュニケーションを図り、アセスメントを行って、一人ひとりのニーズをしっかり把握する必要がある。利用者一人ひとりに合った支援を行っていきたいと思う
3	ケアプランがないので事業所としてケアプランに関する「しくみづくり」を進めていくことも必要であるが、各スタッフのケアプランに関する理解を促し、知識を深め、ケアプランに基づくケアの実施を標準化する必要がある
4	個々のスタッフと家族との間の関係性が、築けていない。また「鍵をかけない介護」と言いながら、実際にはほぼ鍵をかけているし、スタッフの側にも「利用者は外に出てはいけない」という意識が強くあるように思う
5	グループホームの本質をしっかり把握して、もう少し外へ出て行けたらとよいと思う。職員本位ではなく、利用者本位のサービスを実施できたらよいなと思う
6	施設サービス計画書が、昨年度のままになっている。定期的に作成し、家族、利用者、居室担当職員間の話し合いの機会をつくったほうがよいと思う
7	情報共有のことは、できそうでいて、なかなかうまくいかない。ノートなどを利用して「皆が知っている」という状況を確実につくっていきたい
8	常勤職員と非常勤職員の間に、ＪＯＢ型の雇用形態をつくってほしい（異動はないが、給料やボーナスは常勤と異なるなど）
9	災害時の対応については、マニュアルがあるだけで実際の訓練などが実施できていないので、心配である
10	新しい職員体制となったため、利用者にとって安心・安全な環境を早く定着させる
11	情報共有や連絡・連携の効率化を進めて、職員の動きを円滑にしていきたい
12	コロナが落ち着いたら、地域交流活動が必要であると思われる
13	コロナが落ち着いたら、外出や行事等を充実させたい
14	職員の意見があまり重視されていない印象がある
15	夜勤時は、職員が一人体制なので、不安である
16	ケアプランがしっかりできていない
17	ゆっくり休憩できる場所がほしい

Ⅲ.　利用者【家族アンケート】調査　集計結果

認知症対応型共同生活介護 **グループホーム えごた**	
調査実施期間	2020年9月15～30日

調査対象者数	18名
回収数	14名
有効回答数	14名
回収率	77.8%
有効回答率	100.0%

※各集計結果の【問いの主旨】は、東京都福祉サービス評価推進機構が、設問ごとに第三者評価の「標準項目」として定めているものです

≪サービスの提供について≫

【問いの主旨】家族への情報提供はあるか

		はい	どちらともいえない	いいえ	非該当無回答	合計
問1	**ご家族に対して、「グループホーム えごた」からご本人の様子や生活についての報告や説明がありますか**	8	5	1	0	14名
		57.1	35.7	7.1	0.0	100.0%

「はい」と回答した人のコメント

1	ただし、こちらから聞かないと、特に報告されることはない。もっと定期的に本人の様子など教えてもらえると有難い
2	訪問したときのほか、数カ月単位で報告・説明をしてもらっている

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

1	・利用者の日々の生活の様子について、事業所からの報告はまったくない ・私たち家族の場合、比較的近いところで生活しているので予約を取って面会できる（生活の様子を自分で確認できる）が、諸事情があってなかなか面会に行けないという家族は、何かと心配ではないかと思う ・そういう意味では事業所から家族への定期的な報告は必要であると思うし、ぜひその実行をお願いしたい
2	・面会時、挨拶程度に様子を知らせてもらうだけで、日常の生活について、ケアの計画、実行した内容、本人の変化、生活ぶりについて報告はもらっていない ・現在、コロナ禍のため面会する時間も少なく、本人の様子を確認できる機会が少ないので、グループホームの様子がわからない
3	現在は面会が月１回しかできないが、そのときには担当者と話をするので、本人の様子などがわかる
4	事業所からの報告は、特別にはない。こちらから聞けば、答えてくれる
5	こちらから聞けば、丁寧に教えてもらえる

「いいえ」と回答した人のコメント

1	・本人の生活の様子についての報告はほしい ・また、グループホーム全体の様子のことなども教えてもらいたい。報告は、月１回でもよいから、グループホームの皆で何をしていたのかなど（イベントは…、困ったことは…など）を伝えてもらいたい

≪安心・快適性について≫

【問いの主旨】事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか

	はい	どちらともいえない	いいえ	非該当無回答	合計
問2 あなたは、「グループホーム えごた」の生活スペースは清潔で整理された空間になっていると思いますか	13	1	0	0	14名
	92.9	7.1	0.0	0.0	100.0%

「はい」と回答した人のコメント

1	概ねきれいになっていると見受けられるが、個々の居室内については、肉眼で見えるほこり、ごみ等のあることが多いと思われる
2	新築（築浅）の建物ということもあるかと思うが、いつ訪れても明るく、過ごしやすい空間であると思っている
3	個室、共有スペースともに、いつも整理されている
4	常に清潔であると思う

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

1	ここに入居した頃は、ヘルパーたちが世話してくれていたので家族も安心できていたが、新型コロナウイルスの問題が発生してからは、個室、洗面所等の汚れが目立っている。せっかくの新しい建物なのに、惜しい気がする。「コロナが早く落ち着いてくれたら」と願っている

【問いの主旨】職員の接遇・態度は適切か

	はい	どちらともいえない	いいえ	非該当無回答	合計
問3 あなたは、職員の言葉遣いや態度、服装などが適切だと思いますか	13	1	0	0	14名
	92.9	7.1	0.0	0.0	100.0%

「はい」と回答した人のコメント

1	男性職員も女性職員もいて面会に行くたびに違うが、面会者に対して気をつかってくれている様子である
2	職員は親切に接してくれている

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

1	コメントなし

【問いの主旨】病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか

問4 利用者がサービスを受けているときに、けがをしたり、体調が悪くなったときの職員の対応は信頼できますか	はい	どちらともいえない	いいえ	非該当無回答	合計
	9	3	0	2	14名
	64.3	21.4	0.0	14.3	100.0%

「はい」と回答した人のコメント

1	コメントなし

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

1	先日、転倒して顔に大きなあざができてしまった。面会を予約したときにそれがわかったが、実際に転倒したのは数日前のことであったと聞いた。小さなことまで連絡する必要はないが、今回のような場合はメールなどで連絡を入れてくれるとよい
2	本人がちょっとしたけがをしたとき、その報告をしてくれたのがヘルパーだったのかどうかはわからないが、報告の内容が理解できないことがあった

「非該当」「無回答」の人のコメント

1	コメントなし

【問いの主旨】利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか

問5 あなたは、利用者同士のいさかいやいじめ等があった場合の、職員の対応は信頼できますか	はい	どちらともいえない	いいえ	非該当無回答	合計
	7	2	0	5	14名
	50.0	14.3	0.0	35.7	100.0%

「はい」と回答した人のコメント

1	コメントなし

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

1	そのような実例を見たことがないので、不明なところがある

「非該当」「無回答」の人のコメント

1	わからない

≪利用者個人の尊重について≫

【問いの主旨】利用者の気持ちを尊重した対応がされているか

	はい	どちらともいえない	いいえ	非該当無回答	合計
問6 あなたは、職員が利用者の気持ちを大切にしながら対応してくれていると思いますか	12	2	0	0	14名
	85.7	14.3	0.0	0.0	100.0%

「はい」と回答した人のコメント

1	職員の人たちはいろいろ大変だと思うが、宜しくお願いしたい
2	利用者本人の意思や感情を大切にしてくれていると感じる

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

1	コメントなし

【問いの主旨】利用者のプライバシーは守られているか

	はい	どちらともいえない	いいえ	非該当無回答	合計
問7 ご本人やご家族のプライバシー（他の人に見られたくない、聞かれたくない、知られたくないと思うこと）を職員は守ってくれていると思いますか	11	1	0	2	14名
	78.6	7.1	0.0	14.3	100.0%

「はい」と回答した人のコメント

1	プライバシーのことは守ってくれていると思う。ただし、いまのところ何かそのような問題の生じる場面には至っていないので、何とも言えないというのが本音である

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

1	コメントなし

「非該当」「無回答」の人のコメント

1	コメントなし

【問いの主旨】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

	はい	どちらともいえない	いいえ	非該当無回答	合計
問8 利用者の支援に関する計画を作成したり見直しをする際に、「グループホーム えごた」はご本人やご家族の状況や要望を聞いてくれますか	7	1	2	4	14名
	50.0	7.1	14.3	28.6	100.0%

「はい」と回答した人のコメント

1	コメントなし

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

1	コメントなし

「いいえ」と回答した人のコメント

1	要望などを聞かれたことはない

「非該当」「無回答」の人のコメント

1	入居したときは、要望をきちんと聞いてもらった。その後は、特に見直しはない

【問いの主旨】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

	はい	どちらともいえない	いいえ	非該当無回答	合計
問9 利用者の計画やサービス内容についての説明は、わかりやすいと思いますか	10	4	0	0	14名
	71.4	28.6	0.0	0.0	100.0%

「はい」と回答した人のコメント

1	入居時には説明があった。そのときの説明は、わかりやすかった

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

1	サービスの計画やその内容について、職員から口頭での説明はない。書類で受け取っている
2	入居時には、説明を聞いている

≪不満・要望への対応について≫

【問いの主旨】利用者の不満や要望は対応されているか

	はい	どちらともいえない	いいえ	非該当無回答	合計
問10 あなたが不満に思ったことや要望を伝えたとき、職員は、きちんと対応してくれていると思いますか	8	5	1	0	14名
	57.1	35.7	7.1	0.0	100.0%

「はい」と回答した人のコメント

1	コメントなし

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

1	いまのところ、特に不満はない

「いいえ」と回答した人のコメント

1	このことは特に伝えておきたい。日常生活に必要な用品（歯ブラシ、衣類、寝具等）の補充に関して、家族側から相談をしないと、まったくと言ってよいほど「対応なし」の状態が続いている。このあたりは、ぜひ改善してほしいことであり、必ず実行してもらいたいと思う

【問いの主旨】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

	はい	どちらともいえない	いいえ	非該当無回答	合計
問11 あなたが困ったときに、職員以外の人（役所や第三者委員など）にも相談できることをわかりやすく伝えてくれましたか	2	7	3	2	14名
	14.3	50.0	21.4	14.3	100.0%

「はい」と回答した人のコメント

1	コメントなし

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

1	コメントなし

「いいえ」と回答した人のコメント

1	この件は、まだ聞いたことがない
2	聞いていない

「非該当」「無回答」の人のコメント

1	コメントなし

≪総合的な感想について≫

〔1〕満足度

	人　数	%
1．大変満足	5	35.7%
2．満　足	8	57.1%
3．どちらともいえない	0	0.0%
4．不　満	0	0.0%
5．大変不満	0	0.0%
無回答	1	7.1%
合　計	14	100.0%

〔2〕日頃から「グループホーム えごた」に対して感じている意見・要望など

1	・本人のことを、とても大切に思って接してくれていると感じている。職員の皆さんのことを信頼している ・敢えて要望をあげるとすると、現在は家族への連絡の手段が電話のみのため、Ｅメールなど連絡手段の活用・充実を図ることのほか、グループホームの側からも家族に対して依頼・提案することをやってもらえたらよいと思う
2	・いつも事業所内がしーんとしているので、音楽（ＢＧＭ）などを流してはどうか ・新聞など（スポーツ紙でも、経済紙でもよい）置いてはどうか ・入居者の皆で、体操をするのもよいと思う。テレビで高齢者向けの体操などの番組があったので、そういうものも参考にできると思う ・週１回のイベントを考えると、皆の生活にリズムができるように思う
3	・新型コロナへの対策で、レクリエーションや散歩などが制限を受けるなか、個別に対応するなど職員の皆さんはいろいろ工夫してくれている様子なので、有難く思っている ・現在の状況では、家族会の開催は難しいと思うが、いずれコロナの問題が落ち着いたとき、グループホームの職員の皆さん、利用者とその家族が再び会える機会が持てるとよいと願う
4	・ホーム長が交代し、新しい着任者との面識はまだないが、職員の皆さん（特に女性職員）は割とてきぱきと、まめに連絡をしてくれるので、助かっている ・新聞やウエス（布）の提供の依頼のことについても、こちらとしては、協力をできることは積極的に手伝わせてもらうつもりでいる
5	本人の様子が、とてもよい。グループホームで安心して生活できているからであろうと思い、満足しているが、日常生活の具体的内容や様子がわかるとさらに安心できるので、そのような報告をしてもらえたらと思う
6	現在、新型コロナウイルスの影響のため面会の機会や時間が少なく、本人の様子がよくわからないが、入居した頃の状態と変わらずに暮らせているようなので、安心している
7	訪問するたびに、いつも気になるのは、個室内の清掃が行き届いていないということである。気づくたびに家族が掃除している。特に、ベッド上には髪の毛が多く見られる
8	現場の職員の皆さんが日々忙しく活動していることは十分理解しているが、できればもう少し「アクティビティ」を増やしてもらえると、なお一層嬉しく思う
9	グループホームでは日常的にいろいろな活動を行っていると思うので、そうした様子がわかるように定期的な連絡があれば、家族は安心できる（メールなどで）
10	グループホームの現場の職員の皆さんには、大変感謝している。よいホームに入れたと、家族一同、安心している

11	家族からの要望がすべて通るものとは思っていないが、少しでもよいから、改善に向けて企業努力をしてほしい
12	食事のとき、副食物としてどのようなものが出されているのか、知りたい
13	コロナの収束を見極めた上で、アニマルセラピーの導入を希望する

〔3〕今回の調査について気づいた点など

1	他の入居者の家族は、現状についてどのように思っているであろうか。このアンケート結果が今後に生かされると嬉しい
2	このような調査が行われることは大変よいことであると思う。今後も定期的に実施することをお願いしたい
3	このような調査の結果が有効に活用されることを切望する
4	今後も調査の定期的な実施をお願いしたい
5	気づいた点は、特にない