

2022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	村上 信		H0405019	
	②	山本いづみ		H0302075	
	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	ホーム長／管理者 高橋伸彦				
契約日	2022 年 10 月 2 日				
利用者調査票配付日(実施日)	2022 年 10 月 23 日				
利用者調査結果報告日	2022 年 11 月 25 日				
自己評価の調査票配付日	2022 年 10 月 17 日				
自己評価結果報告日	2022 年 11 月 25 日				
訪問調査日	2022 年 12 月 2 日				
評価合議日	2022 年 12 月 23 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)	・今回の評価には、当事業の評価実績のある評価調査者2名が一貫して対応した。 ・場面観察方式の調査では、利用者間や利用者と職員との間の実際のやりとりについて、昼食をはさむ時間に把握・確認した。 ・合議は、訪問調査後と報告書作成時に実施した。 ・評価の全過程において、事業所・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。

2023 年 1 月 25 日

事業者代表者氏名

社会福祉法人

悠

遊



1

理事長

鈴木

礼

子

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、馴染みのある方々、環境の中で安心・安全で元気に自分らしく生活していただけるよう支援していきます 2) 一人ひとりをさらに深く知り、その時どきの気持ちを尊重し、「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、地域とのつながりを大切に、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」と思える風通しのよい職場環境をつくり、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、主役は入居者一人ひとりであり、職員は入居者の生活をサポートする黒衣に徹する。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、行動に移せる職員になってほしい ・入居者の「できること」は自身に行ってもらい、また職員が「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」が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」につなげるため、入居者の有する能力を「信じて待つこと」を念頭に置き、チームとしてアプローチを工夫し、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） ・個々の職員あるいはチームとして「自分の価値観が中心となり、入居者主体ではなく職員主体の支援に陥っていないか」「入居者の立場になったつもりになっていないか」について常に確認し、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、そこに「どうすればよくなるのか」と考えたことを付け加えていけば、改善のための提案となり、前向きな発言になる。人任せではなく、主体性と当事者意識を持ち、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、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

調査対象

- ◆場面観察
利用者全員(18名)を観察対象とした
- ◆アンケート調査
上記の利用者18名の家族全員を調査対象とした

調査方法

- ◆場面観察方式
評価者2名が事業所を訪れ、利用者同士や利用者と職員の間の実際のやり取りを、昼食の時間をはさんで観察した
- ◆アンケート調査方式
事業所から家族にアンケート用紙を配布してもらい、家族からの回収は評価機関に直接郵送してもらうようにした

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

- ◆総合的な満足度は「大変満足」7名(50.0%)、「満足」6名(42.9%)で、「無回答」の1名を除き、回答者は全員が「満足」以上としていました。当事業所に対する利用者家族の満足度は高いと言えます。
- ◆事業所に対して日頃から感じている意見・要望を11名が述べています。その内容には「手紙やSNSによる近況報告や事務連絡をこまめにしてもらっている」「利用者・家族に親身に対応してもらい、大変満足している」など、多くが事業所の取り組みや支援内容を評価する内容でした。一方、要望として「物品購入に際し、事前に家族への連絡がほしい」「衣服や備品が足りているかどうか、情報がほしい」などがありました。
- ◆質問項目全11項目のうち、肯定的回答率が7割を超えるものが9項目を占め、うち4項目では全員(100.0%)が「はい」と回答しています。
- ◆一方、肯定的回答率が4割以下であった項目が一つあり、問11「外部の相談窓口の周知」でした(2名/14.3%)。ただし、この項目の「どちらともいえない」「無回答・非該当」の回答率を合計すると8割近いことから、質問内容について回答者側の判断の難しさも推測できる結果でした。

場面観察方式の調査結果

調査の視点：「日常生活で利用者の発するサイン(呼びかけ、声なき呼びかけ、まなざし等)とそれに対する職員のかかわり」及び「そのかかわりによる利用者の気持ちの変化」

評価機関としての調査結果

《調査時に観察したさまざまな場面の中で、調査の視点に基づいて評価機関が選定した場面》

- ◆食材の確認場面：
リビングで過ごす利用者たちのテーブルに1週間分の食材を職員が運び入れる。職員の「お願いしますか」の声かけで利用者1名が立ち上がり、届いた食材を確認し始める。最初は職員が食材名を呼び上げていたが、徐々に利用者から「何々がありますよ」と利用者中心の確認作業に変わっていく。近くに座っていた利用者は「お任せね」と言う人、ここにこっている人、うとうとしている人など、さまざまである。食材の確認が終わり、その空き袋が出ると、近くにいた利用者は空き袋を手に取り、一人、二人とたたみ始める。

《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》

- ◆食材の確認場面：
1週間分の食材の量は多く、職員と利用者が協力し合い、注文個数の確認作業を毎週実施している様子がうかがわれる。職員の声かけで始まった確認作業も、慣れた手つきで確認していた利用者が主体になる確認作業に変わっている。食材の確認は、自分の役割と認識されているようで、生き生きとした表情で達成感を得ている様子が伝わってきた。この行動は、近くにいた他の利用者のやる気を引き起こし、一人また一人と、それぞれが自分の有する能力で「私も」と言わんばかりに自然に空き袋をたたむ作業に参加している。
- 利用者にとって、日常生活の作業は、生活を実感できる機会でもある。職員は、この間、一緒に確認作業を行いながら、口出しせずに静観し、数名の利用者が自主的に動き出せるように支援している。

「評価機関としての調査結果」に対する事業者のコメント

入居者の一場面を切り取り「できない」と判断するのではなく、「できるかもしれない」と捉えてどのようなプロセスを踏めば「できること」につながるのかを考え、アプローチしていくことが大切であると考えています。私たちはまだまだ入居者について知らないことがたくさんあるからこそ、その方を知るために関わります。

ひと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」「困ったときはお互いさま」と入居者も職員も互いに言い合える関係性やたくさんの「ありがとう」が飛び交い、個々の入居者が自分の好きなこと・得意なことを発揮できる環境を築いていきたいと考えています。

管理者は、入居者の能力を信じて待つことが自立支援への第一歩と捉えています。日常生活で個々の入居者が自己決定できる場面を少しでも多く持てるよう工夫し、個々の入居者が自分のペースで自然体で過ごしてもらえたら幸いです。今後も個々の入居者のきらきらした目が見られるように努めて参ります。

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	14	0	0	0
「はい」の肯定的回答率は100.0%で、そのコメントは「毎月、手紙や写真で本人の生活の様子を知らせてくれる」「毎月、たくさんの写真を添えて報告を送ってくれるので、様子がよくわかる」「些細なことでも電話ですぐ連絡してくれるので、家族は安心できる」等です。				
2. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	12	2	0	0
「はい」の肯定的回答率は83.3%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「コロナ禍で生活スペースに入室できず、不明である」です。				
3. 職員の接遇・態度は適切か	12	1	0	1
「はい」の肯定的回答率は83.3%で、そのコメントは「職員の言葉づかい、態度、服装などはよい」です。「どちらともいえない」のコメントは「利用者等への態度が『厳しい』と感じる職員もいるが、『やさしい』と感じる職員もたくさんいて、どちらとも言えることができない」です。「無回答・非該当」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	13	1	0	0
「はい」の肯定的回答率は92.3%で、そのコメントは「本人が体調を崩して救急車を呼んでもらったときの職員の対応は心強かったし、家族への説明も安心できた」「本人がちょっとしたあざをつくったときも連絡があり、助かっている」です。「どちらともいえない」のコメントは「すべての職員が同様にうまく対応できるとは思わないが、概ねできているであろうと思う」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	2	0	3
「はい」の肯定的回答率は64.3%で、そのコメントは「現在までのところ、トラブルになったことはないが、職員を信頼している」「そのような場合は、家族に報告してくれる」などです。「どちらともいえない」のコメントは「いさかい、いじめ等があった話は聞いていないので、どちらとも言えない」「そうしたトラブルを見ていない」などです。「無回答・非該当」のコメントはありません。				

6. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	14	0	0	0
「はい」の肯定的回答率は100. 0%でした。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	2	0	1
「はい」の肯定的回答率は78. 6%で、コメントは「どちらともいえない」「無回答・非該当」とともにありません。				
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	14	0	0	0
「はい」の肯定的回答率は100. 0%で、そのコメントは「支援計画は半年ごとに作成されているが、大きな変化が認められないときは1年ごとの計画作成でよいと思う」「利用者本人の趣味を理解し、要望を聞いてくれている」「職員とゆっくり話をすることができた」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	14	0	0	0
「はい」の肯定的回答率は100. 0%で、コメントはありません。				
10. 利用者の不満や要望は対応されているか	12	2	0	0
「はい」の肯定的回答率は85. 7%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「これまで職員に伝えなければならぬ不満や要望はなかった」などです。				
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	9	1	2
「はい」の肯定的回答率は14. 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「これまでのところ“困りごと”というものはなかった」「現在までのところ困ったことはなく、どちらとも言えない」などです。「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		
☒ 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なっている	☐ 非該当	
☒ あり ☐ なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	☐ 非該当	
☒ あり ☐ なし	4. 利用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1の講評			
ホームページやパンフレットで事業所の情報を提供している 当事業所の情報は、同一建物内で運営する他の事業とともに、法人のホームページとパンフレットで広く紹介している。事業所で入手できるパンフレットには、事業所の外観の写真、サービス内容、利用料に加え、法人の基本理念や目指していることなどを掲載している。ホームページでは、パンフレットと同様の内容に加えて「外に出たいという気持ちを尊重し、日中は玄関の鍵をかけない」方針や「個人の尊厳を尊重し、個室ごとにトイレを設置している」など事業所の特徴のほか、ケアを進めるときの指針である「生活クラブ10の基本ケア」を掲載している。 地域の行政や関係機関に対して、事業所の情報を提供している 行政のウェブサイト「介護サービス情報公表システム」に、事業所の情報を提供している。当事業所のホームページへのリンクも張られ、いつでも詳細な情報に接することができる環境が整備されている。区介護サービス事業所連絡会のグループホーム部会に参加した際に事業所の現況について報告し、地域の情報も得ている。提供した情報はグループホーム部会が中心になって作成する「グループホームガイドブック」に反映される。2カ月ごとに開催する運営推進会議で、地区の民生委員などの関係機関に対して事業所の現況や日常生活の取り組みを報告している。 利用希望者からの問い合わせや見学の申し込みには、柔軟に対応している 利用希望者からの問い合わせや見学の申し込みは、居宅介護支援事業所やウェブサイトから、口コミからのものが大部分を占めている。問い合わせや見学者への対応は、管理者または副主任が担当している。管理者は「できることは自分で、できなくなったところは一緒に行う」「外に出たい気持ちを尊重し、日中は玄関の鍵をかけない」「外出して地域住民と積極的に交流する」という当事業所の支援の特徴を見学者がイメージできるよう説明に努めている。また、見学の希望があれば、利用者の許可を得た上で居室にも案内するなど、柔軟に丁寧に対応している。			

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(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		
入居にあたっての重要事項は契約時に書面で説明し、家族からの同意を得ている 事業所の運営方針、支援内容、入居時の費用等については、見学の際に管理者から家族や利用者に対して説明している。また、利用契約時には、利用契約書、重要事項説明書の内容に沿って説明を行い、同意を得ている。当事業所は「施設を行わない」「積極的に外出する」「職員と一緒に介護」を掲げ、また生活のなかで考えられるリスクについては、入居前および入居後も随時に利用者や家族に説明し、同意を得ながらサービスを提供する方針である。個人情報の使用についても「個人情報に関する同意書」に基づいて説明している。 入居前の利用者および家族の意向などは事前訪問時に確認し、所定の様式に記録している 入居前に管理者とユニットの副主任が利用者の自宅を事前訪問し、身体状況、生活環境、生活習慣など支援に必要な個別の事情や要望を聞き取って「実態調査記録」に記載している。2名体制で実施する事前訪問の目的は、入居前に事業所を訪れるのは家族のみが多いため、実際に利用者本人の生活の様子や、どのような環境で暮らしているのかを知るためである。事前訪問では、可能な限り、本人と言葉を交わすようにしている。本人の意向を入居後の支援に反映させるためである。利用者・家族の意向について確認した内容は、職員間で共有している。 利用者が自分のペースで生活できるように配慮し、入居時の不安を軽減している 環境変化に伴う不安の軽減のため、自宅で慣れ親しんだ家具、調度品、生活雑貨の持参を勧めている。入居前に収集した利用者情報を職員間で共有し、本人の傾向や行動の個性を職員全員が理解して支援できるようにしている。利用者が新たな生活になじむまでの期間は概ね1～2カ月間であり、この期間のケアプランでは、基本的には職員全員が利用者の様子を見守りながら、何かあればすぐに対応できる体制として、ホームの生活に慣れることや他の利用者や職員との関係づくりを目標に掲げ、利用者が自分のペースで生活が送れるように支援している。		

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		
●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(〇〇〇)			
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、必要に応じて見直ししている		○非該当
●あり ○なし	3. 計画を緊急に変更する場合のしきみを整備している		○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(〇〇)			
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(〇〇)			
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-3の講評			
手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を抽出している 入居時に収集した心身状況と現在までの生活状況などの利用者の基本情報は、実態調査記録とアセスメントシートに記録している。副主任と居室担当職員は、これらの記録を活用して、ADL(日常生活動作)、IADL(手段的日常生活動作)、コミュニケーション能力、認知などについての現状や課題を抽出し、アセスメントを行い、利用者の生活上の課題やニーズを導き出している。アセスメントの結果を踏まえ、計画作成担当者が個別の介護計画の原案を作成し、サービス担当者会議のなかで個別の介護計画の原案の内容を検討するしくみとしている。 介護計画は利用者・家族の意向を尊重して作成し、見直しを行うことを重視している 介護計画の作成・見直しを行う「担当者会議」は、利用者・家族の参加を得て開催することを原則にしている。担当者会議の場で「意向」を表明できる利用者は多くはないが、利用者の意向の把握においては、日々のケース記録、業務日誌などから得られる利用者情報も活用している。また、家族の情報や職員が観察したり、かかわりのなかで知り得た情報から「どのような気持ちで暮らしていきたいか」等の利用者の課題を「私の姿と気持ちシート」を活用し、抽出している。介護計画は、半年ごとに再アセスメントの上で見直す。状態変化時も、適宜見直ししている。 介護計画に沿って行う支援内容は「ケース記録」に記録し、全職員が共有している 利用者の毎日の心身の状態や生活の様子は、バイタル表、食事摂取量などを記録している各種チェック表、ケース記録に記載する。医療面の情報も回覧し、全職員が確認している。利用者情報の共有は、業務日誌、申し送りノートを活用して勤務ごとに行っている。ケース記録には、あらかじめ介護計画の課題と援助内容を記載し、それらを意識した実践につなげたいとして取り組んでいる。記録の記述では、客観的な事実、利用者の言動やその時の様子、職員の対応や気づき、介護計画との関連も記載している。ユニット会議の議事録を残し、共有化を図っている。			

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(〇〇〇)		
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ある場合には、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(〇〇)		
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入居契約時に説明し、利用者・家族から同意を得ている 利用者の個人情報の取り扱いについては、法人が定めた「個人情報保護規定」や「重要事項説明書」に基づき、入居契約時に利用者・家族に説明し、同意を得ている。ホームページ、パンフレット、施設内に飾る写真等の利用についても利用者・家族の意向を確認し、書面で同意を得ている。また、利用者個人宛の郵便物については、あらかじめ利用者・家族にその取り扱いについて確認し、対応している。なお、職員が利用者の居室に入室する際にノックや声かけを行い、利用者からの承諾を得ることは「当たり前のこと」として実施されている。 利用者の権利や意思を尊重できるように、職員間で協力して柔軟な対応を心がけている 入浴・排泄の介助では、できるだけ同性介助を行うことを基本としている。当事業所は全居室にトイレが設置され、浴室も個浴になっているので、プライバシーは比較的保ちやすい環境になっている。排泄の支援では、利用者の様子や習慣に注意を払う。「部屋に行きますか」と声かけし、利用者の意思を確認した上で、見守りと誘導を行っている。「利用者の権利を擁護し、意思を尊重する」ことは、法人の基本理念とも重なる。なお、利用者が支援を拒否した場合は、タイミングをずらしたり、対応職員を変えたり、職員間で協力し、柔軟な対応を心がけている。		

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 4/5
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		
業務マニュアルや基本ケアマニュアルが整備され、定期的に見直されている 当事業所には法人内共通の「生活クラブ10の基本ケア」がある。このケア方針は、人が生活する上で大切な要素を10本の柱(換気、座位の推奨、外出、入浴、質の高いケアなど)にまとめたもので、当事業所でも日常ケアの指針にしている。マニュアル類は、感染症、基本ケア、服薬、新人教育、業務についてなどで、これらはファイリングしている。新人職員には業務マニュアルを携帯できるように配布している。点検や見直しは随時または必要性を感じた際に、管理者や副主任のリーダーシップのもと、ユニット会議で職員からの意見も確認して検討している。 定期的を開催する会議を通じて、業務について点検している マニュアルに関しては、現場に即した実践力につながることを意識し、少しずつ継続して整備に取り組んでいる。サービスの基本事項や手順等の見直し基準、改変時期は定めていないが、内容が状況に沿っているか、ユニット会議、全体会議、リーダー会議等で定期的に点検している。当事業所は小規模な職員集団であり、職員相互の支援方法は見えやすい環境であるため、マニュアルや手順書との乖離も把握しやすい。乖離に気がついたときは、ユニット会議に提案し、検討している。管理者はユニット会議で話し合った意見をマニュアルの見直しに反映させている。 事業所のサービスの質の向上を目指し、マニュアルの整備に取り組んでいる 事業所業務の標準化を図るため、事業所内の研修を計画し、研修テーマとしては「身体拘束・虐待について」「認知症ケアの理解と対応」「感染症対策」「記録の書き方・ケアプランについて」「緊急時の対応」「リスクマネジメント」などを掲げ、毎月実施している。また、管理者やリーダー層を中心とした職員によるOJTも実施されている。そのようなOJTの実施効果を向上させる意味からも、当事業所の実態に合った「マニュアル」の整備が必要と考え、少しずつではあるが、マニュアルの整備にも取り組んできている。今後のさらなる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-4)

サブカテゴリ-4		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	20/23
サービスの実施項目			
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			
介護計画の内容を職員間で共有し、利用者の目標に沿った支援の提供に努めている 職員は、申し送り、ケース記録、ユニット会議の情報を共有化し、利用者の個別の介護計画に基づいた支援を提供している。利用者一人ひとりの介護計画に関する情報を集約できるようにケースファイルが作成され、直近の介護計画書やアセスメントシートなどがファイリングされているので、利用者全員の情報を1冊のファイルで過不足なく把握することができる。このファイルは、各フロアに保管され、必要に応じて職員はいつでも閲覧できるようになっている。ケース記録の様式も、介護計画の課題と支援内容を連動させて記録できるようにしている。 利用者ができることを探し出し、支援することを重視している 当事業所では各ユニット間の行き来も自由で、エレベーターホールも施錠していない。一人ひとりが主体性を持ち、自然に生活できることを大切にしている。当事業所では、1日3食を利用者と職員が準備し、献立づくり、食材の購入、調理、片づけなど、さまざまな場面でできることを分担している。スマートフォンを通じて、食事準備を行う利用者の様子を家族にライブ配信すると「母さんの得意料理ね」などと親子で話が弾むこともある。職員の思い込みで「できない」と決めつけず、利用者の有する力を信じて、できることにつなぐかわり方を目指している。 事業所の内部・外部の関係職員が連携し、利用者の暮らしを支えている 利用者の各ユニット間の行き来は自由としている。職員全体会議やユニット会議で、日常的に職員間の情報交換が行われていることが、そのようにできる背景にはある。関係する医師、看護師、薬剤師など外部の専門職とも連携し、必要時には相談している。医師の往診には、必ず副主任が同席し、利用者の日々の様子を伝え、職員が気になっていること、心配なことなどを医師に相談している。このような取り組みで、薬の調整が可能となり、減薬につながった利用者も少なくない。また、今年度は、利用者や家族の要望に基づいて「看取り」の支援を実施している。			
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(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			
生活の基本となる「食」に関する家事は、ユニットで行っている 食事行動は生活を支える基本であり、多くの人にとって生活を潤す楽しみと考えて、2021年からは3食ともユニットで調理している。食材は1週間分を発注し、足りないものは近所の商店で購入している。献立は利用者に見てもらい「何がいいでしょうか」と声かけ、一緒に考えて決めている。1週間分の食材の確認作業、食事づくり、配膳、片づけなど、利用者一人ひとりが、自分の能力ややりたいことに合わせて主体的に参加している。職員は、利用者に強要することなく「やりたいこと」「やれるかもしれないこと」を引き出せるように支援している。 利用者が主体性と能力を生かし、生活に参加できるように工夫している 利用者によっては、自尊心から入浴拒否が強い場合もある。その際は要因について話し合い、その利用者に見合った支援となるように工夫している。ある利用者は、声かけと介助する職員を変えることで落ち着いて入れるようになった。利用者と職員の関係性を理解し、生かすことで、利用者の気持ちに添えるよう役割分担した効果である。また、リビングに畳スペースを設け、ベランダに野菜のプランターをつくったことで、利用者が自発的に洗濯干しやプランターの手入れなどができる環境になった。ユニット間の行き来も自由で、利用者の活動性を広げている 日用品などの準備は、家族や本人の実施が困難な場合に事業所が代行している 原則として、利用者に必要な各種類の手続き、日常生活の必需品などの準備は、家族の役割としている。しかし、家族がさまざまな事情でその役割を担うことが困難になった場合には、家族と話し合った上で、事業所が代行している。利用者の日用品などについては、過不足がないように職員が確認し、買い物や発注を行うこともある。現在はコロナ禍のため、スーパーなど人混みが予測される場所は控えているが、買い物はできる限り、利用者本人に選んでもらえるようにし、近所の商店街で購入できる物品については、職員が買い物に同行して購入を支援している。			

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(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			
副主任が中心となり、医療職と連携して、利用者の健康管理を行っている 日々の利用者の体調については、毎朝の体温・血圧などを測定するとともに、食欲、身体の動き、排便や皮膚の状態など観察し、変化があれば全職員で共有している。また、看護師である理事長が毎週来所し、利用者の状態を把握して、普段と違うことがあれば職員の相談に応じている。協力病院の医師、歯科医師、薬剤師が定期的に当事業所を訪問しているため、副主任が中心となり、普段の様子や気になっていることを相談し、助言を得ている。服薬管理も、マニュアルを整備し、利用者の健康管理を継続していることで、体調の安定につながり、減薬傾向にある。 利用者が状態に応じて身体を動かせるように支援して、身体機能の維持につなげている 法人として取り組んでいる「生活クラブ10の基本ケア」に基づき、各利用者が自分に合った椅子で「床に足を付けて座ること」「足で立ち上がること」を重視している。そのため、歩行可能な利用者は近所への散歩に誘い、歩行困難な利用者でも、事業所内の伝い歩きやシルバーカーなど歩行器を利用した歩行が可能な限りできるように支援している。また、車椅子中心の移動になった利用者も、食事の際には椅子に座り替え、座位や立位保持能力の維持に努めている。体力の維持のため、少しでも身体を動かせるように、座位でできる「体操」も取り入れている。 利用者の体調変化時は、提携医療機関と速やかに連絡できる体制である 提携医療機関とは、24時間の連絡・相談ができる体制を築いている。職員は、利用者の些細な体調変化にも気づき、それは職員間で確認している。変化が見られたら、まず発見者が主治医に連絡し、情報共有することなどで、速やかに対応できている。体調面の必要な情報や注意することについては、主治医や看護師から事前に助言をもらっている。特に体調変化の可能性が予測される利用者では、事前に対応方法を調整するようにしている。また「緊急時対応」に備え、利用者ごとに緊急連絡先を明確にし、個人ファイルの最初に「介護サマリー」を準備している。			
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(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のとなっている		○非該当
評価項目4の講評			
共同生活でも、利用者が「自分らしさ」を出しながら交流できるように配慮している リビングのテーブル席の配置を工夫し、相性がよい利用者同士が近くに座れるように配慮しているが、その日によって利用者が座りたい席に着くことを止めてはいない。職員は、利用者の行動を制止するような声かけは、自尊心を傷つける不適切なケアであることを、研修を通じて学習している。利用者同士のいさかい等もあるが、それも生活の場であれば当然と受け止めている。多くは、利用者が席を離れて気分転換したり、他の利用者の介入で落ち着いたり、互いにかかわるなかで自分らしく生活している。職員は、利用者同士の交流を見守る姿勢で支援している。 共有スペースに置かれた用具類で、利用者の残存機能を引き出せるように工夫している 当事業所のリビングは広く、テーブルの形状も台形で、組み合わせによって長テーブルや六角形にもなる。テーブルは3段階の高さ調節ができ、椅子も座面高の異なるもの、さらに「肘かけの有無」の双方の種類がある。テーブルや椅子は、利用者の体型や障害に合わせて選べ、利用者間の関係性を見ながら場所を移動させて使っている。日常生活の食事やアクティビティ活動で利用者の座位や立位保持姿勢を維持し、歩行など移動動作が安全にできるように配慮している。リビングの畳スペースも、入浴後の休息や洗濯ものをたたむ場として、自然に利用されている。			

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		
コロナ禍の影響が続き、家族等が参加できる行事の再開にまでは、まだ至っていない 入居後も、利用者の暮らしを豊かにするため、家族の協力を得ながら、クリスマス会、誕生会などの事業所の行事を企画し、家族に参加を呼びかけてきた。しかし、コロナ禍の影響で、家族参加を呼びかける行事は中止している。家族の面会制限も続き、SNSのテレビ電話機能を活用したりリモート面会のほか、利用者の日々の様子を写真や動画で送っている。これらの取り組みに対して「利用者の日常を知ることができる」という声が寄せられている。なお、11月からは事業所内の「地域ふれあいスペース」で、一定の条件付きながら家族との面会を再開している。 利用者の日常の様子は、定期的に毎月家族に対して知らせている 家族も利用者を支えるメンバーの一員と認識しつつも、利用者との面会制限から情報交換できない状態が続いていた。2021年1月から、利用者の日々の様子を記載した手紙に写真やエピソードを添え、家族に毎月郵送している。このことは、家族アンケートでも「写真も添えて本人の様子を報告してもらえるので、事業所の生活を知ることができ安心である」との意見が多く、高評価である。職員も、毎月利用者について報告することで、利用者を丁寧に観察する力が向上している。また、報告担当者と家族との関係性も深まり、利用者情報も得やすくなっている。 医療職も家族も、とともに当事業所を「終のすみか」として看取りケアを実践している 利用者が重度化したときの対応については、入居契約時に、当事業所としてできること、看取りに関する指針などを説明している。「最期までここで」と希望する場合は、医師、看護師など医療職や家族との協力体制のもと、意向を確認しながら、状態の変化に応じた看取りケアに取り組んでいる。今年度は、家族や医療職との話し合いを重ね、利用者や家族が望む自宅への外出・外泊も実行し、家族と過ごす時間を職員が支援することで、当事業所を「終のすみか」として、利用者をここで看取っている。職員は、真摯に看取りに向き合いながら経験を積んでいる。		
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		
現在はコロナ禍のため、地域と連携して行う取り組みは中止している 当事業所は、地域とのつながりを大切に「地域に根差し開かれた事業所」を基本方針の一つに掲げている。区報、地域の情報誌、区民活動センターの掲示板で情報を確認し、利用者の興味や関心に合わせた参加を積極的に呼びかけてきた。以前は、地域住民の一員として、地域の体操教室やコンサートなどに参加していたが、コロナ禍の影響で難しくなっている。大型スーパーでの買い物や飲食店での外食は再開できていないが、事業所近くの商店街には散歩を兼ねて出かけている。今後は、協力が得られる社会資源の一つとして、移動販売の利用を検討している。 運営推進会議については、対面による開催を再開し始めている 2022年11月から、事業所内の「地域ふれあいスペース」で、感染対策しながら対面の会議を再開している。会議の構成メンバーは、利用者・家族は感染予防の観点からまだ参加を控えてもらっているが、当事業所の管理者、地域包括支援センター、区の担当職員、地域の民生委員などである。会議では事業所の現状を伝えている。コロナ禍の自粛で止まった地域とのつながりを再構築するため、管理者は会議で話し合われた意見を今後の活動に活かしたいと考えている。区内の「グループホーム部会」への参加で、他事業所との情報交換にも着手する予定である。		

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	9/9
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		
●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(〇〇)	
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(〇〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 事業所が目指していること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)			
入居契約時に、外部の苦情申し立て機関についても伝えている 利用者・家族に対しては、入居契約時に「重要事項説明書」を用いて、苦情相談窓口として当事業所の管理者を伝えている。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、それぞれの苦情対応窓口についても説明している。当事業所の「運営規程」では「苦情はサービスの質の向上を図る上で重要な情報である」という認識を示している。全職員が窓口になって、利用者からの意見・要望・苦情の把握に努め、把握したことは管理者に報告し、必要に応じて会議で検討した上で対応している。また、苦情には解決規定に即して対応している。 虐待防止に向けて組織的に取り組んでいる 「身体拘束廃止委員会・虐待防止委員会」を設置して毎月開催し、身体拘束や虐待だけでなく、不適切なケアについても議題に取り扱うようにしている。毎年、職員は「虐待の芽チェックシート」を用いて、不適切なケアを自己チェックしている。管理者は「日頃の不適切なケアが容易に虐待に発展することを職員に理解してほしい」として、日常業務で職員に不適切と思われる言動があった場合には、職員が相互が注意し合える職場環境にしたいと考えている。虐待の事実を把握したときの対応は、組織として関係機関と連携し、対応する体制を整えている。 事故報告への対応は充実してきている。BCPはその周知を課題としている リスクの洗い出しやBCPの策定は、法人本部の「政策会議」で検討して実施した。ただし、職員をはじめとする関係者への周知は、引き続き課題として残っている。現在、当事業所の最優先事項として取り組んでいるリスクマネジメントは「新型コロナウイルス感染症」を含むさまざまな感染症への対応についてである。また、事故発生時やヒヤリハット事例の把握時には、報告書の作成とその要因の分析、再発予防、および対応した内容の効果の検証までの過程を、管理者としてはPDCAサイクルの視点から機能させたいと考えている。			

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-4-5	事業所と家族等との交流・連携を図っている
タイトル①	コロナ禍だからこそ、利用者の日常の生活状況や様子を家族に毎月知らせている	
内容①	コロナ禍で家族の面会が制限され、なかなか会えない状況が続いているため、スマートフォンを用いて利用者の様子をリアルタイムでライブ配信することもある。当事業所では、2021年1月から月1回、日々の利用者の生活の様子を記載した手紙と写真にエピソードを添え、家族に送っている。家族アンケートでは「利用者の状況や様子がわかって安心である」と全利用者の家族が回答している。「送られる写真を楽しみに待っている」との回答も少なくない。当事業所では「家族は利用者を支えるチームの一員である」として、利用者・家族を支援している。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目		
タイトル②		
内容②		

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目		
タイトル③		
内容③		

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	利用者が自分の能力を生かし、主体的に日常生活行為を実践できるように支援を行っている
	内容	1日3食の食事をユニットで調理することで、利用者の能力や得意とする行為に応じた役割が自然にできている。職員が思い込みで「できない」と決めつけず、丁寧に観察を続けて「できるかもしれない」として、掃除、洗濯、干し、買物など日常生活の何らかに、利用者は自発的に主体性を持ってかかわっている。職員の「見守り」「待つ」という安定した介護力による支援を基盤に、決められた生活スケジュールに縛られずに「それぞれの暮らし」を積み重ねている。そのため、食後リビングでゆったり落ち着いた表情で過ごしている利用者が多い。
2	タイトル	利用者本人・家族が参加してケアプランづくりを行うために、家族カンファレンスをリモート開催している
	内容	当事業所では「本人・家族が参加したケアプランづくり」を目指し、コロナ禍でもリモートによる家族カンファレンスを開催している。そこではケアプラン内容の説明にとどまらず、さまざまなエピソードとともに、利用者の人生や人となりを理解する機会になっている。これを、管理者は「顔が見えるケアプランが作成できるようになった」と表現している。今回実施した家族アンケートでも「家族への情報提供の有無」「個別の計画作成時に要望を聞かれているか」「計画に関する説明のわかりやすさ」の設問に、全員が「はい」と肯定的な回答を寄せている。
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	実施している研修を活用して、マニュアルの整備を進めることを期待する
	内容	業務マニュアルを基本として、事故防止、緊急時対応、感染症対策などの各種マニュアルの整備に取り組み、ファイリングして各フロアに置いている。事業所業務の標準化の取り組みとして、月1回の職員全体会議で、業務に必要な知識・技術を指導する研修を行っている。管理者やリーダー層が中心となり、認知症ケア、ケアプラン、ケース記録の書き方などを研修資料を使って講義し、意見交換している。同時に、経験のある職員が、経験の浅い職員にOJTを行っている。これら実施している講義研修とOJT研修を活用したマニュアル整備の促進を期待する。
2	タイトル	実践の根拠となる記録の書き方に職員間で差異があることを課題とし、記録の記載方法の研修を予定しているので、今後の取り組みに期待する
	内容	ケース記録の書式には、介護計画の課題と支援内容が記載され、介護計画を意識した実践に導く内容になっている。記録内容は、客観的な事実、利用者の言動やそのときの様子、職員の対応や気づきの振り返り、介護計画に基づいた実践を記録する書式になっているが、実際に書かれたケース記録を見ると、ケアプランの実施時の様子の記述欄には空欄が目立つ。管理者やリーダー層は、ケアの実施内容の記載不足の改善と、記録の負担を増やさずにケアに集中する必要性の双方を重視している。記録の書き方の研修を予定しているので、今後の取り組みに期待する。
3	タイトル	
	内容	