

2023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	15
事業所が特に力を入れている取り組み	16
全体の評価講評	17

【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			
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	2023 年 8 月 18 日			
利用者調査票配付日(実施日)	2023 年 9 月 19 日			
利用者調査結果報告日	2023 年 10 月 19 日			
自己評価の調査票配付日	2023 年 9 月 11 日			
自己評価結果報告日	2023 年 10 月 19 日			
訪問調査日	2023 年 10 月 23 日			
評価合議日	2023 年 11 月 10 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)	・評価には、本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。 ・場面観察では、利用者同士や利用者や職員の実際のやりとりを、昼食の時間をはさんで観察した。 ・合議は、訪問調査後と報告書の作成時に実施した。 ・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。

2024 年 1 月 31 日

事業者代表者氏名

社会福祉法人 悠遊
理事長 山田 健介

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、行動に移せる職員になってほしい ・入居者の「できること」はご自身で行って頂き、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

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調査票を配布してもらい、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	11
共通評価項目による調査の有効回答者数	11
利用者家族総数に対する回答者割合(%)	61.1

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(63.6%)、「満足」4名(36.4%)で、回答者の全員が「満足」以上を選択していました。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・要望として、7名から意見がありました。「領収書などと一緒に送られてくる写真や職員からの手紙をととても楽しみにしている」「温かな雰囲気を楽しんでいる」など、いずれも事業所の取り組みや支援内容を評価する内容でした。一方で「事業所の出入口の開閉については、内部から外部へ出ることは自由になっている。利用者が外へ迷い出してしまうような事故が起きるのではないかと心配している」との意見がありました。
- ◆質問項目全11項目のうち、9項目で肯定的回答率が7割を超え、特に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(肯定率36.4%)。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5割以上であることから、質問の内容を回答者側が判断すること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》

- ◆昼食づくりをしているAさんとBさん。「味噌汁の具、何がいいかしら」と話しかけるAさんに、Bさんが「何々はどうかしら」と応じる。Aさんは「私もそう思ったのよ」と答え、2人で味噌汁を完成させた。
- ◆利用者がリビングに集まり、テレビや新聞を見ながら過ごしている。閉眼し、うとうとしているCさんに職員が近づき「部屋まで歩きませんか」と声をかける。Cさんは開眼し、うなずきながら立ち上がり、職員と腕を組み、自室に向かう。自室のトイレを使用し、リビングに戻ったCさんは「有難う」と職員に言い、利用者の輪に戻った。

《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》

- ◆昼食づくりの台所では、職員も他の利用者と一緒に調理していたが、AさんとBさんの会話に介入することはなかった。利用者同士が声をかけ合い、自主的に料理に参加しているその場の関係性を職員がさえぎることがなく、利用者のかかわり合いが大切にされていることがわかる。相談した利用者も、相談された利用者も、どちらも一人ひとりが自分の役割を持ち、生活に参加している。尋ねられて自分の意見を言ったBさんも、「私もそう思ったのよ」と答えたAさんも笑顔で、生活者としての達成感が得られているように見受けられた。
- ◆食事前のリビングでは、職員が声をかけずとも、何人かの利用者は自分から「部屋に行ってきます」と言い、自室のトイレを使っていた。一方で、閉眼してうとうとしているCさんに対しては、職員から声をかけて刺激し、覚醒を促している。利用者一人ひとりの状態に合わせた支援の提供と同時に、自然なかたちで「部屋まで歩きませんか」と利用者へ声をかけを行うなど、プライバシーに配慮したサポートを実践している。利用者や職員との間からは、当事業所が大切にしている「お互いさま」のマインドが感じられ、リビングのフロアには穏やかな時間が流れていた。

「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、どのようなプロセス踏めば「できること」につながるかを考え、アプローチしていくことが大切と考えています。「私たちはまだ入居者を知らない」ことを念頭に、入居者をいわゆる「推し」として興味を持ち、少しでも「知る」ことに努めています。

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、個々の入居者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、「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気軽に言い合える関係性やたくさんの「有難う」が飛び交い、皆様が自分の好きなこと・得意なことを発揮できる環境をさらに整えていくよう努めています。

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して捉えています。日常生活のなか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に工夫し、個々の生活リズム・ペースで自然体に過ごして頂けたら幸いです。個々の入居者のキラキラした目がさらにキラキラ輝けば嬉しいです。

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	10	0	0	1
「はい」の肯定的回答率は90.9%で、そのコメントは「毎月の『たより』や携帯のアプリを使った写真・動画の送信をいつも楽しみにしている」「よいことばかりでなく、その他の細やかなことも報告してもらっている」「最近では携帯のアプリを使って動画も送ってくれるので、日々の実際の様子がよくわかり、大変嬉しく思っている」などです。「無回答・非該当」のコメントはありません。				
2. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	10	0	0	1
「はい」の肯定的回答率は90.9%で、そのコメントは「個室も共有部も、ともによく清潔が保たれていると思う」です。「無回答・非該当」のコメントはありません。				
3. 職員の接遇・態度は適切か	10	0	0	1
「はい」の肯定的回答率は90.9%で、そのコメントは「職員の言葉づかいが丁寧で、職員の皆が穏やかなので、預ける家族も安心していられる」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	10	0	0	1
「はい」の肯定的回答率は90.9%で、そのコメントは「職員は提携する病院に連絡してもらえるなど、いつも適切な対応をしていると思う」「ちょっとした打撲についても家族に細かく報告してくれるので、安心している」などです。「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	1	0	3
「はい」の肯定的回答率は63.6%で、そのコメントはありません。「どちらともいえない」もコメントはありません。「無回答・非該当」のコメントは「トラブル等に遭遇したことは、まだない」です。				

6. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	11	0	0	0
「はい」の肯定的回答率は100. 0%で、そのコメントは「組織として、利用者の気持ちを理解することに取り組んでいると思う」です。				
7. 利用者のプライバシーは守られているか	11	0	0	0
「はい」の肯定的回答率は100. 0%で、そのコメントは「そのように信じている」です。				
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	11	0	0	0
「はい」の肯定的回答率は100. 0%で、そのコメントは「毎回、計画作成する際には利用者の希望を聞き、本人の意思を尊重されている」「本人の趣味を理解し、その趣味に合わせたアクティビティを実施してくれている」「家族が考えていた以上の対応をしてくれていると思う」などです。				
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	11	0	0	0
「はい」の肯定的回答率は100. 0%で、そのコメントは「年2回、担当者とのミーティングがあるので、その際に詳しく説明を受けている」です。				
10. 利用者の不満や要望は対応されているか	10	0	0	1
「はい」の肯定的回答率は90. 9%で、コメントはありません。「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	4	1	1	5
「はい」の肯定的回答率は36. 4%で、コメントは「これまでのところ、困るような事態は起きていないが、何かあれば気軽に相談できる関係性を職員とは築けていると思う」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「まだ困ったことはない」です。				

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(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					
ホームページ、パンフレット、写真等のSNSを活用し、事業所の情報を提供している パンフレット、ホームページ、写真・動画共有のSNSなどの多様な媒体で事業所の情報を発信している。パンフレットには外観写真、サービス内容、利用料、法人の基本理念、目指していることなどを掲載している。ホームページには、パンフレットと同様の内容に加え「外出したい気持ちを尊重して日中は玄関の鍵をかけない」「個人の尊厳を尊重して各個室にトイレを設置している」などの事業所の考え方の特徴のほか、ケアを進める指針「生活クラブ10の基本ケア」を掲載している。さらに、SNSを活用し、事業所の情報を写真や動画で発信している。 地域の行政や関係機関に対して定期的に事業所の情報を提供している 行政には定期的に入退居の状況等を報告し、その情報は行政のウェブサイトにも反映・掲載されている。行政や他事業所と情報交換する場でもある介護サービス事業所連絡会内のグループホーム部会に参加した際にも事業所の現況を報告し、地域からの情報も得ている。提供した情報は、グループホーム連絡会が毎年発行しているグループホームガイドブックに反映される。また、2カ月ごとの「運営推進会議」でも、地域包括支援センター、民生委員、町会や家族の代表等に対して事業所の現況や日常生活の取り組みを報告し、地域からの情報を得ている。 利用希望者からの問い合わせや見学希望に対しては、柔軟に対応することを心がけている 利用希望の問い合わせや見学の申し込みは、居宅介護支援事業所等の関係機関や口コミが大部分を占める。問い合わせは月平均2件程度あるという。問い合わせや見学者には管理者または主任が対応し、見学者の状況に応じて情報提供している。パンフレットや写真・動画共有のSNSを活用し、ホームの理念、入居後の暮らし、入退居の要件、利用料金などについて説明している。当事業所の運営方針である「日中は施設しない」「積極的に外出する」「できなくなったところは職員と一緒に介護」について見学者がイメージできるよう説明に努めている。					

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			
サービス開始前に事業所の運営方針や支援内容を利用者・家族に説明し、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時に管理者から家族や利用者へ説明している。利用契約時には契約書、重要事項説明書に沿って説明し、不明な点のないことを確認した上で同意を得て、契約に至っている。当事業所では「施設しない」「積極的に外出する」「職員と一緒に介護」を方針に掲げ、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利用者や家族に随時説明し、同意を得ながらサービスを提供している。個人情報の使用については「個人情報に関する同意書」に基づいて説明を行い、家族の同意を得ている。 入居前に管理者と主任が利用予定者のもとを訪問し、本人の意向の把握に努めている 管理者と主任が利用予定者の待機場所を訪問し、利用者の身体状況、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名体制で実施するこの事前訪問の目的は、これまでの生活の様子やどのような環境で暮らしているかを知ることに加え、本人と言葉を交わす時間を十分に確保することで、入居後の支援に本人の意向を可能な限り反映するためである。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。管理者は、実態調査記録とアセスメントシートを関連づけた記録の効率化を考えている。 入居当初は利用者のペースを大切に、戸惑いや不安が軽減されるように配慮している 入居当初の支援では、入居前に収集した情報を踏まえて作成した初回のプランに沿って支援を進めている。初回のケアプランでは、利用者にとって無理な目標にならないことに配慮し、グループ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などを目標に掲げ、利用者が自分のペースで生活が送れるように配慮している。職員全員が利用者の情報を共有し、利用者の様子を見守りながら対応している。昨年度の退居者は3名で、うち2名を当事業所で看取り、1名は「最後は自宅で過ごしたい」との家族の希望で自宅に退居し、看取り支援を行った。			

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たうえで、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			
ケアプラン立案の方針は「有する能力を生かした支援の実現」であることを明示している 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。また、サービス開始後に収集した利用者の情報は、ケース記録に記載している。主任と居室担当職員は、これらの記録を活用してアセスメントを行い、課題を導き出し、ケアプランを作成している。管理者は、ケアプラン立案の方針を、利用者の「できるかもしれないこと」をどれだけ見つけ、それをいかにして「できること」につなげていけるかにあるとして、職員の観察力と記録の活用、ユニット会議による情報共有を重視している。 介護計画は利用者・家族の意向を反映させて立案し、定期的に見直しを行っている 介護計画の作成・見直しを行う「担当者会議」は、当事業所では利用者・家族の参加を得て行う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」の把握にあたっては、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。なお、月1回モニタリングを実施し、利用者の目標が達成されているか、計画に沿ったサービスが提供できているか評価している。アセスメントの定期的な見直しは6カ月ごとを原則としているが、利用者の状態に変化があった場合などは随時行うとしている。 介護計画に沿った支援内容は「ケース記録」に記載し、職員全員で共有している 利用者の日々の状態や様子は「ケース記録」に記載している。食事・排泄・入浴・睡眠などの習慣的な内容はチェック項目とし、ケアプランの課題と援助内容をあらかじめ記載して、それらを意識したケアの提供に役立つ記録様式としている。支援経過記録は、焦点を当てる課題や支援の過程が明確となるように、利用者が語った言葉(主訴)と客観的な状況、職員の対応、考察を記録する方式である。利用者に関する情報の共有は、勤務時間による職員の交替に合わせて、口頭による申し送り、申し送りノート、ケース記録、業務日誌、各種チェック表で行っている。			

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			
個人情報取り扱いについては資料を提示した上で利用者・家族に説明し、同意を得ている 当事業所では、利用者の個人情報の取り扱いについては、法人が定めた「個人情報保護規程」や「重要事項説明書」に基づき、利用契約時に利用者や家族に説明して同意を得ている。事業所内に飾ったり、ホームページに掲載する利用者の写真等についても、個人情報の利用として、本人や家族の意向を確認し、事前に同意を得ている。また、職員が利用者の居室に入る際には必ずノックや声かけを行い、利用者から承諾を得ている。利用者個人宛の郵便物については、あらかじめ利用者や家族にその取り扱いについて確認した上で、意向に沿って対応している。 利用者のプライバシーや羞恥心に配慮した支援を行っている 利用者の羞恥心に配慮するため、入浴や排泄の介助はできるだけ同性介助を行うことを基本としている。各居室にはトイレが設置されているので、トイレ使用時のプライバシーに配慮された環境である。職員は、排泄支援時には「お部屋に行きますか」と声かけし、利用者の意思を確認した上でトイレ誘導を行う。また、浴室も個浴タイプで、プライバシーは比較的保ちやすい環境になっている。「利用者の権利を擁護し意見を尊重する」との法人の基本理念に基づき、時間で追われる介護にならないよう、利用者のできることを見極める「待つ介護」を重視している。 個人の意思や価値観を尊重した支援は「お互いさま」という言葉にも表わされている 利用者から介護を拒まれた場合もその意思を尊重して無理強いせず、時間や対応する職員を変えて誘導するなど柔軟に対応している。職員は「不適切ケア」についての研修を受けると同時に、職員間の意見交換を繰り返しながら、個人の意思を尊重することの重要性を確認している。利用者一人ひとりの価値観や生活習慣はすぐに理解できるものではないが、生活をともにするなかで少しずつ体感できることも多い。職員と利用者のかかわりに共通しているのは「お互いさま」というマインドで、サポートを受けると、それぞれが「有難う」と感謝を言葉にしている。			

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 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	
●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(〇〇)		
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		
管理者とユニットの主任が中心となって優先順位を決め、マニュアルの整備を進めている 当事業所でマニュアルとして整備されているのは、法人作成の「生活クラブ10の基本ケア」のマニュアルと、事業所が作成した各種マニュアルである。各種マニュアルは、業務マニュアル、看取り介護、身体拘束、虐待、緊急時対応など多岐にわたっている。内容についても、写真、イラスト、平易な言葉により、基本的な考え方から具体的な実践方法、注意点などが読みやすく、わかりやすい形で示されている。管理者は、各種マニュアルの整備は喫緊の課題であると認識し、優先順位を決めて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。 業務の基本事項や手順等の見直しには、職員や利用者等の意見を反映している サービスの基本事項や手順は、毎年または随時に見直している。管理者や主任はサービスの質の向上を目指して業務を見直し、手順書等の改変を行う場合は職員、利用者、家族の意見を聞き、ユニット会議や全体会議で話し合い、その結果を見直し内容に反映させている。管理者が「マニュアルに記された時間に縛られると利用者の生活を時間に合わせるケアをしてしまう危険性があるのでは」と問題提起し、時間表記を大まかな表記に変更した結果、業務にとらわれず、入居者の生活スタイルに沿って動ける職員が増えている。そのことは見直しの成果の一つである。 業務の一定水準を保つために、マニュアルの作成日や改訂日などの履歴を明示している 職員の入れ替わりが多かったことから「新人職員スキルチェックリスト」を作成し、新人職員へのOJTに活用している。仕事の変化に対応しなければマニュアルの内容はすぐ古くなるので、改訂は必須条件との考えから、作成日、改訂日などの改訂履歴を明記している。管理者や主任は業務の見直しを行い、マニュアルに反映し、必要時には職員へのOJTを実施している。マニュアルは研修資料として研修計画と連動して活用するため、毎年見直している。しかし、職員自己評価の結果ではマニュアル類の活用頻度が高いとは言えず、その活用が課題となっている。		

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-4	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	22/23
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				
個別の介護計画の内容を全職員が把握し、利用者の目標に沿った支援に努めている 当事業所では職員・利用者・家族の合意を得て個別の介護計画を作成している。職員は申し送り、ケース記録、ユニット会議の情報を共有し、利用者の個別の介護計画に基づいた支援を提供できるように努めている。利用者全員分の直近の介護計画書とアセスメントシートはファイル1冊に綴じられて各ユニットに設置され、職員が利用者全員の情報と計画内容をいつでも閲覧できるようにしている。介護計画には、利用者一人ひとりの支援方法や留意点が具体的に記載されているので、介護計画の内容が十分に共有されることで、計画に沿った支援が提供できている。 職員は、利用者の有する能力を十分に生かした支援ができるように努めている 支援にあたっては「できないこと」をサポートし、利用者の「できるかもしれないこと」をどれだけ見つけ、それをいかにして「できること」につなげていけるかを第一に考えるなど、利用者の有する能力を十分に生かした支援ができることを目指している。管理者等はユニット会議や職員とのコミュニケーションを通じて、職員の思い込みで「できない」と決めつけず、利用者の「できるかもしれないこと」を奪わない支援を考えるように促している。各ユニットの会議では、利用者の「できること」をどう引き出すかを職員間で検討する機会も増えてきている。 関係職員が情報共有のもとに連携し、利用者の日々の暮らしを支えている 職員は、全体会議、ユニット会議、日々の申し送りの情報交換を通じ、互いに連携して利用者を支援している。かかりつけ医、看護師、薬剤師、訪問歯科医師など、外部の専門職も定期的に来訪し、利用者の往診や健康状態の観察等を行っている。職員は、それらの外部の専門職と連携を図り、利用者にとって最適なサービスを提供できるように、利用者の日々の様子を伝えたり、利用者のことで職員が気になることや心配なことなどを相談したりするなど、情報を共有している。昨年度は、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				
食事づくりは、各ユニットの利用者の主体性を生かしながら行われている 当事業所では、食事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なると捉え、3食ともユニットで調理している。調理場はリビングと連続するオープン構造で、利用者が調理・配膳・片づけなどから、自分の「やりたい」ことに主体的に参加しやすい環境になっている。他の利用者の動きに刺激されて動く利用者も少なくない。主な材料は1週間分を生協に発注し、足りないものは近所の商店に利用者と買い出しに出かけている。ユニット間の行き来は自由で、時には一緒に買い物したり、料理をつくることもあるなど、日常的に交流している。 利用者一人ひとりの生活能力を信じて「待つ介護」に努めている 食事、入浴、排泄などの利用者の生活に必要な支援を行うにあたり、職員が思い込みで支援しないように、その利用者にとって何が必要な支援か、知り得た情報を職員間で共有している。管理者は、業務にとらわれず、可能な限り利用者の生活習慣に合わせて、残された能力を信じて「待つ介護」ができるように職員を指導している。利用者の一時帰宅中には、自宅でどう過ごしているのかなど、その人らしい生活の理解を深めるために、各ユニットの主任は、現場の職員と同行して訪問することもある。利用者一人ひとりを深く知り、そのことを支援につなげている。 日常生活に必要なことについて、利用者の実施が困難な場合には事業所が代行している 利用者の日常生活に関連する各種の手続きや日用品の準備などは、原則として家族の役割としているが、さまざまな事情で実施が難しい場合は、家族と話し合った上で事業所が代行している。利用者の日用品は、過不足がないように職員が確認し、買い物を行うこともあるが、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近所の商店に職員が同行し、購入を支援している。コロナ禍を経て、今年度から外出制限を大幅に緩和したことで、近所のスーパーや個人商店で買い物ができるようになり、買い物が日常生活の一部として当たり前のことに戻っている。				

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		
主任を中心に、利用者の心身の状況に応じた「健康管理」「服薬管理」を行っている 毎朝、体温、脈拍、血圧などのバイタルサインをチェックし、体調管理を行っている。入浴・排泄等のケアではボディチェックや皮膚の観察を行い、何か変化があればケース記録に記載し、職員間で情報共有している。また、協力病院の主治医、歯科医師、薬剤師等の訪問が定期的にあり、各ユニットの主任が利用者の普段の様子を伝え、気になっていることを相談して助言を得ている。服薬の管理は、チェック体制を整えると同時に、生活習慣病に関する支援として食事・運動などの生活面に注意したことで体調が安定し、減薬になった利用者も少なくない。 利用者が身体を動かすための取り組みを日々工夫している 法人として取り組んでいる「生活クラブ10の基本ケア」に基づいて、支援では「床に足とつけて座ること」「足で立ち上がること」を重視している。歩行が可能な利用者は近所への散歩に誘い、不安定な利用者についてはシルバーカー等を利用した事業所内の歩行をできる限り支援している。歩行ができず、車椅子移動になった利用者も、食事の際には椅子に座り替え、立位・座位保持の維持に努めている。また、利用者が体力を維持して身体を動かすためには水分ケアの重要性を再確認し、医療職の助言を得た上で、個人の体調や嗜好に鑑みながら取り組んでいる。 利用者の体調変化時には医療機関と24時間連絡できる体制を整えている 利用者の体調変化時に対応できるように、提携医療機関との24時間連絡体制を整え、日常的にも、利用者の体調の変化に気づいたら、職員間で確認する姿勢が根づいている。体調の変化が見られたら、発見者が主治医に連絡・相談することで、指示も得られやすく、速やかに対応できている。体調変化が予測される利用者については、事前に対処方法を確認するようにしている。また、職員が必要な情報を伝えることで、適切な対応につなげられるように、今年度は医療職と連携し、緊急時に観察が必要な内容を記載した「緊急時報告シート」を作成している。		
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		
利用者同士がかかわり合えるように、リビングのテーブルの配置を工夫している 利用者同士がかかわり合えるように、リビングのテーブルの配置を工夫し、相性のよい利用者同士が近くに座れるように配慮している。利用者の体調面や精神面の安定を観察し、その日の状態に合わせて声かけをすることはあるが、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「だめです」「違います」「やめましょう」などの否定的な声かけは、利用者の自尊心を傷つける「不適切ケア」であり、慎むべきであることを研修を通じて学習している。毎月のユニット会議でも、自分たちのケアを振り返っている。 共同生活が楽しく快適なものとなるように、利用者の意思の尊重を心がけて支援している 共同生活では、利用者同士のいさかい等もあるが、生活の場であれば普通のことと受け止め、職員はできるだけ見守っている。利用者の体調面や精神面等に注意を払い、利用者が手を出しそうになったり、一方的な攻撃を受けていると判断したときは介入するが、ほとんどの場合、利用者が席を離れたり、他の利用者が仲裁に入ったりして落ち着いている。それぞれの利用者は、互いにかかわりを持って生活を送ったり、自分の役割を持つことで居場所ができ、自分らしく生活している。職員は利用者同士のかかわりを丁寧に見守りながら、日々の支援につなげている。 共用スペースにある用具は、利用者のアクティビティ活動の継続に配慮されている 利用者の体格や障害に合わせて、高さが調整できるテーブルや椅子を準備している。共有スペースのリビングは広く、組み合わせを変えると台形や長方形になるテーブルや、座高面の異なる椅子(肘かけの有無など)を使用することができる。適切な座位を保持し、立位姿勢が取れることで、利用者の食事の姿勢やアクティビティ活動が安楽にできるよう、また姿勢に注意して体幹の安定を保つことで、利用者の移動動作が安全にできるように配慮している。リビングに設置している畳スペースも、入浴後の休憩場所として、洗濯物をたたむ場所として活用されている。		

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(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			
家族が参加できる事業所の行事を計画しているが、開催はまだ少ない 今年度より、大幅に面接制限を解除したことで、家族の面会頻度が増加し、利用者と家族が外出に出たり、一時帰宅することも再開されてきている。入居後も家族は利用者を支える存在であることを職員は認識し、外出の企画や誕生会などに家族が積極的に参加するように呼びかけている。日常的な些細な連絡から体調変化時に至るまで、現場の職員が家族にかかわるようにしたことで、職員と家族の関係性は深まり、利用者情報の交換も行いやすくなっている。開設以来、家族会は開催できていないが、家族からの要望も出ているので、今後は取り組む方針である。 利用者の日常の様子は、家族に対して毎月、丁寧に知らせている コロナ禍の面接制限をきっかけに、2021年からは、利用者の日々の様子についての手紙に写真を添え、家族に毎月送っている。スマートフォンのアプリケーションも活用し、適宜、写真・動画を送っているが、リアルタイムに利用者の様子が伝わりやすく、家族からは「事務所での生活がわかって安心できる」と高評価を得ているため、面接制限を解除した現在も、この取り組みは継続している。家族からは「内容の更新を楽しみにしている」との声が多数寄せられている。職員も、情報発信を毎月行っていることで、利用者を丁寧に観察する力が向上している。 事業所としてできることを模索しつつ「看取りケア」の研修と実践を積み重ねている 利用契約時、利用者・家族に対して、利用者が重度化した場合の対応について、当事業所としてできることを「看取り指針」等を示しながら、あらかじめ説明している。体調が変化し、終末期が近いと判断した場合は、改めて本人・家族の意向を確認している。「最期までここで」という希望も多く、昨年度は利用者2名の「看取りケア」を実践している。他の利用者への配慮も忘れず、利用者や家族の要望に応えられるよう支援に努めている。看取りについては、経験の少ない職員もいるため、事業所内研修を積み重ね、医療職と密接に連携しながら実施している。			

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(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		
地域の情報を確認し、できるだけ地域資源を利用することを検討している 地域の催し物等については、区報、地域情報誌、区民活動センターの掲示板で情報を確認し、利用者の参加が可能か検討している。当事業所は「地域に根ざし開かれた事業所」を基本方針の一つに掲げ、地域とのつながりの重要性を職員に伝えてきている。コロナ禍で難しくなっていた地域活動も少しずつ再開され始め、今年度は祭りに参加できた。また、地域の図書館に一人で定期的に出かける利用者もいる。職員は、地域資源の継続的な利用を支援している。近隣の栄養学を学ぶ大学の学生等のボランティア受け入れも、感染対策に留意しつつ、検討し始めている。 当事業所は、利用者とともに地域の一員として日常的に交流することを目指している 利用者が地域の一員として「普通の暮らし」が送れるように、散歩以外にも、地域のスーパーや個人商店への買い物など、外出の機会はできるだけ増やすようにしている。買い物を通じて、顔見知りの関係ができていく地域の商店もある。散歩の際には近隣住民と挨拶を交わしたり、互いに声をかけ合ったり、立ち話をする機会も増えてきている。管理者は「当事業所の存在を、少しずつではあるが、知ってもらい始めている」と認識している。また、今後は、近隣の飲食店で外食することなど、さらに積極的に利用者が外に出て行く機会等もつくりたいと考えている。 運営推進会議への家族参加が定着し、会議で話し合われた意見は支援に活かしている 運営推進会議については、昨年度の11月から事業所の「地域ふれあいスペース」で対面での会議を再開している。年6回開催する運営推進会議は、当事業所の管理者、地域包括支援センターや区の担当職員、地域の民生委員の参加に加え、今年度からは、利用者や家族の参加も可能になっている。この会議で話し合われていることは、事業所の全体会議に報告し、当事業所としての今後の活動や日々の支援に活かしている。管理者は、区の連絡会内の「グループホーム部会」への参加も開始して他の事業所との情報交換を行うなど、横のつながりの構築に努めている。		

Ⅲ 利用者保護に関する項目

利用者保護に関する項目		標準项目实施状況	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）			
苦情解決制度については、利用契約時に書面で本人・家族に対して説明している 利用契約時には「重要事項説明書」を用いて、苦情相談の窓口として当事業所の管理者の氏名を伝えている。さらに、外部の苦情申立機関として、都、区、当法人のそれぞれの苦情対応窓口について説明している。なお、実際には全職員が窓口となり、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対して迅速に報告し、必要に応じてリーダー会議で検討した上で即時に対応している。苦情に関しては、苦情解決規程に即して対応している。家族との意見交換は日常的に行われているが、第三者の視点として運営推進会議の意見を役立てている。 虐待防止に関する取り組みは、事業所全体で組織的に行われている 身体拘束廃止委員会、虐待防止委員会を毎月開催し、年2回、研修を実施しているほか、職員は「虐待の芽チェックリスト」を活用した自己評価を行っている。「身体拘束」「高齢者虐待」「不適切ケア」「アンガーマネジメント」の各マニュアルに基づいて対応し、組織的な防止対策を講じている。毎月開催する各ユニット会議でも、虐待防止については必ず議題として取り上げ、虐待に当たる不適切な行為については職員同士で確認し合い、意識を高めている。虐待の事実を把握した場合の対応は、組織として、関係機関と連携して対応する体制を整えている。 多様なリスクに備えて、事業所として適切に対応できる体制づくりに取り組んでいる 事故、災害、感染症などの多様なリスクに備えて、適切な対応が実施されるように管理者と主任が主導して取り組んでいる。リスクの洗い出しやBCPの策定は法人本部の政策会議で法人防災担当者と検討を重ねて取り組んだ。「リスクマネジメント」のマニュアルも作成されているが、職員や利用者、関係者への周知は、引き続き課題として残っている。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	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
タイトル①	身体拘束の廃止や虐待の防止に向けた研修を定例化し、不適切ケアの防止に努めている	
内容①	当事業所では、身体拘束廃止委員会、虐待防止委員会を毎月開催し、不適切ケアの発生やその危険性の有無を確認している。毎月実施している全体研修でも、身体拘束や虐待防止をテーマとする研修を実施している。研修内容は動画撮影し、研修を欠席した職員も、その動画の視聴とレポート提出で研修参加とみなしている。毎月開催するユニット会議でも、身体拘束・虐待・不適切ケアを必ず議題に取り上げて、適切な対応ができているかを振り返り、適切な対応が継続できるように努めている。研修を定例化したことで不適切ケア防止に対する意識も高まっている。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目		
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	困ったときは「お互いさま」という意識のもと、当事業所で普通の生活ができるように、利用者や職員は関係性を深めながら支え合っている
	内容	当事業者では、利用者の「できること」「できそうなこと」をやりたい気持ちを尊重し、職員は行動制限や無理強いをせずに「見守り・待つ介護」を実践している。利用者は、生活動作の「できそうなこと」に生き生きと参加し、リビングでは、利用者からも職員からも、ともに「有難う」という言葉が日常的に飛び交っている。根底に、困ったときは「お互いさま」という意識があり、利用者と職員、利用者同士など、かかわる人が気兼ねなく協力し合い、互いに助け合う風土が根づいている。家族からも「温かく落ち着いた雰囲気を感じられる」と評価されている。
2	タイトル	業務マニュアルから時間の制限を極力なくし、利用者の生活スタイルに沿った支援に取り組んでいる
	内容	職員全体会議で「マニュアルに記された時間に縛られ、利用者の生活を時間に合わせるケアにしてしまう危険性」について話し合い、時間の制限枠組みを極力なくし、おおまかな一日の流れを示すように業務マニュアルを改訂した結果、以前に比べ利用者の生活スタイルに沿った支援が職員に定着してきている。職員は日中の時間を使い、利用者の楽しみにつながる支援を考え、実践できるようになってきている。管理者は「時間・業務にとらわれず、利用者の生活スタイルに合わせて、よい意味で利用者に翻弄される職員が増えてきている」と肯定的に認識している。
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	地域と連携する機会を増やし、当事業所が利用者とともに地域の一員となれるように取り組むことを期待する
	内容	コロナ禍で難しくなっていた地域活動が少しずつ制限が緩和され、地域の祭りに参加することもできている。また、日頃から利用者は近隣の商店への買い物や散歩を通じて、馴染みのある場所をつくり、地域に溶け込むように努めている。しかし「江古田の住民として」地域とのつながりを模索して「地域に根差し開かれたグループホーム」になることを目指し、さらなる取り組みを行う必要があることをホーム長や主任は認識している。認知症ケアの経験を活かし、事業所内の「地域交流スペース」を活用した地域住民参加の研修やイベント等の取り組みも期待する。
2	タイトル	研修や実践で積み重ねた知識・技術を活かしてマニュアルの整備に取り組むとともに、日常業務で活用するように注意喚起することを期待する
	内容	事業所業務の一定水準を保つには、マニュアル類の整備と活用が欠かせない。管理者は、講義資料やOJTの資料を活用し、マニュアルの整備に取り組んでいる。最近では職員の入れ替わりが多かったことため、優先順位が高い「新人職員スキルチェックリスト」などから整備を進めている。しかし、職員自己評価の結果では、マニュアルの活用頻度は高いとは言えず、その活用を図ることが課題になっている。管理者は、職員間で支援観を統一して業務が円滑に提供ができるように、実践に生かせるマニュアルの整備と活用を目指している。今後の取り組みを期待する。
3	タイトル	
	内容	

