

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4年度】

令和5年 3月 24日

東京都福祉サービス評価推進機構
公益財団法人 東京都福祉保健財団理事長 殿

〒 191-0062

所在地 東京都日野市多摩平1-2-26 シンデレラビル3F

評価機関名 特定非営利活動法人あす・ねっと

認証評価機関番号

機構 09 - 189

電話番号 042-514-8061

代表者氏名 土方 功尚

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	大中 誠吾	H2201040
	②	小林 郷子	H0902025
	③	稗田 吉勝	H0902015
	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	高齢者グループホームウエルケア国立	指定番号	1373400546
事業所連絡先	〒	186-004	
	所在地	東京都国立市中2丁目13番地57	
	TEL	042-580-2238	
事業所代表者氏名	施設長 葉上 洋紀		
契約日	2022年 11月 1日		
利用者調査票配付日(実施日)	2022年 11月 30日		
利用者調査結果報告日	2023年 1月 23日		
自己評価の調査票配付日	2022年 11月 30日		
自己評価結果報告日	2023年 1月 23日		
訪問調査日	2023年 1月 30日		
評価合議日	2023年 2月 21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)	本評価は利用者調査とサービス項目を中心とした評価手法を採用し、評価員3名が担当した。訪問調査では書類の確認をしたのち、施設長に対するヒアリングを行った。途中、評価者間の合議を行い、最終合議を経て報告書を作成した。家族へのアンケート調査は匿名性を確保するため、回答は評価機関への直接郵送とした。職員へのアンケートも同様に評価機関への直送便にて回収した。その他、集計・分析は評価項目や標準項目レベルで回答を求め、職員の意見を数量化、グラフ化し、昨年度や東京都平均の比較をするなどして当事業所の傾向値を示した。		

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、

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

令和5年 3月 24日

事業者代表者氏名

葉上 洋紀



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)利用者の基本的人権が保護される支援を実施します 2)利用者が安心して家庭的な生活が出来るように支援します 3)利用者が生きがいを持って生活出来るように支援します
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 利用者に対する敬う気持ちを大切に寄り添う介護を実践し、自身の考えを皆と共有して取り組む姿勢を求めています。
	(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感) 個々の担当利用者を中心に日々の変化を見逃さずにケアにあたる勤務の姿勢

調査対象	利用者数は5名。全員が女性である。平均年齢は90歳。平均要介護度は2.4。平均入所期間は2年10ヶ月。	
調査方法	調査方法は、利用者には場面観察方式、家族に対してはアンケート方式を採用。利用者家族にアンケート用紙を配布し、評価機関へ直接郵送する方法で回収した。アンケート調査とは別に場面観察10時から昼食まで評価者3名で利用者と職員の間わりを観察した。	
利用者総数	5	
利用者家族総数(世帯)	5	
共通評価項目による調査対象者数	5	
共通評価項目による調査の有効回答者数	4	
利用者家族総数に対する回答者割合(%)	80.0	

利用者調査全体のコメント

総合満足度に関する利用者家族の回答は「大変満足」2名、「満足」2名、「どちらともいえない」0名、「不満」0名、「大変不満」0名、「非該当」「無回答」は0名であった。設問別では、問1、問3、問6、問10が「はい」回答4名で最も評価が高く、問11の「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」が「はい」2名、どちらともいえない0名、「いいえ」2名と最も評価が低かった。

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》

午前10時、朝食が終わり、利用者がそれぞれダイニングでお茶を飲む為に集まる時間帯での利用者と職員の間わりの場面を選定した。利用者6名中、5名の方を順次、職員が居室から食堂に案内するが、車いすの方が3名含まれており、比較的、自立して歩いて歩く事が出来る方と、職員が車いすを押したり、職員の支援が無いと水分摂取が難しいと思われる重度の方もいて、軽度、重度の方、どちらも一緒に過ごされている、職員にとっては対応が難しい様子であった。その為か、訪問時間内の40分間では利用者同士の会話、コミュニケーションは皆無であった。

《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》

職員が、車いすで居室から食堂に聴力に支障がある、女性利用者を案内するも本人の補聴器のハウリング音が大きく、数メートル離れた評価員にも聞こえる程である。テーブルにつき、職員がお茶をテーブルに置いて「お茶ですよ、飲んで下さいね」と声をかけてテーブルを離れる際に、本人は聞き直す為に首を傾げる等の、「(既に近くにはいない)職員の話は聞こう」との素振りをするが、直ぐには言葉を理解出来ていない、若しくは聞こえていない様に思われ、飲むとはしない。数分後に職員から同様の声かけがあるが、同じく本人からの反応は得られない様子である。最終的には、暫く考えた後にお茶が入っているコップを、「自分が飲むお茶である」と「目視」で認識した可能性はあるも、口をつける事無くコップを眺めていた。本人の想いは把握しかねるが、聞こえづらい状態での意思表示や他利用者、職員とのコミュニケーションの難しさは本人の表情、行動等から読み取れる。

「評価機関としての調査結果」に対する事業者のコメント

職員によっても利用者への関り方はそれぞれかと思いますが基本的な関わり方として、ご指摘の通り、利用者の状態を把握し、同じ目線で関わるといった配慮が欠けていたかと思います。補水や食事等、ある程度決められた時間があり、職員達の中で「こうしなければ、こうあるべきだ」といった共通認識があり、文字や数字として残る記録に意識がいつてしまい、その結果として利用者との関りが少なくなってしまうのが現状なのかと思います。利用者と密に関り、一日の業務を円滑に行う事が難しい状況ではありますが要所要所での関りを手厚くし、利用者に大事にされていると思ってもらえるような施設でなければいけないと感じました。私達管理者も自分ではできているからと慢心せず、職員会議や研修等の時間を活用し、他職員と意見を交え、利用者にとって居心地の良い施設作りをしていきたいと思っています。

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 特に意見はなかった。	4	0	0	0
2. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか 「入ったことがなくわからない。」「広くはないので、多少散らかっている感じはする。」などの意見があった。	2	2	0	0
3. 職員の接遇・態度は適切か 「皆さんとてもいねいで親切です。」という意見があった。	4	0	0	0
4. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか 「施設内でころんで骨折しました。本人が痛がらなかったため、骨折に気づくの1週間余かかりました。」という意見があった。	3	1	0	0
5. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか 「その事実を知らないので何とも言えない。」という意見があった。	2	2	0	0

6. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	4	0	0	0
「本人が穏やかなので」という意見があった。				
7. 利用者のプライバシーは守られているか	3	1	0	0
「職員さんとは必要な時しか話しませんので、わかりません。」という意見があった。				
8. 個別の計画作成時に、利用者や家族の状況や要望を聞かれているか	1	0	0	3
特に意見はなかった。				
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	3	1	0	0
「と思います。」という意見があった。				
10. 利用者の不満や要望は対応されているか	4	0	0	0
「いままでは要望には返事をいただいています。」				
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	0	2	0
「入所時に、説明を受けました。」という意見があった。				

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>早い時期からインターネット環境を整備して情報発信をしており情報提供は充実している</p> <p>介護サービス分野でも比較的早期から、インターネット環境整備に取り組んでいた。そのため、情報発信はしやすい環境である。特に最近ではネットから情報を得るといった層が増えており、タイムリーにわかりやすい情報発信を目指してサービス利用へと繋げていきたい。提供する情報もグループホーム内での生活の様子がわかるように、また表記もわかり易さを第一に考えている。しかし、現状では、ホームページの情報には古い部分が残っていたり更新されていない箇所もあり、今後早急に更新していかなければならないと考えている。</p> <p>利用希望者等の問い合わせや見学には随時対応しなるべく時間をとって説明している</p> <p>問い合わせや見学については、随時対応している。早めに予定を組み、場合によっては数回に分けて面談する時間を取ったり、見学に対応している。併設している小規模多機能型居宅介護事業についても同時に見学するケースも多く、サービス利用についても、どちらの方がいいのかわからないケースもある。またグループホーム入所は、定員数の少ない上、自宅等からの移転で変化も大きく、まずは小規模多機能型居宅介護事業の「宿泊」サービスを利用してみることを勧めることもある。対応内容はすぐにファイルに記入して、情報の共有をしている。</p> <p>事業所情報は行政や関係機関には適宜伝えて待機者の確保に努めている</p> <p>6人という小人数のグループホームであることから、契約終了の利用者がでた場合、なるべく早期に次の入居者を確保できている状況にして、スムーズに入居出来るような体制を作っておきたいと考えている。併設している小規模多機能型居宅介護事業からの移行も積極的に進めている。特に「宿泊」サービスの経験者については、同じ建物内でフロアが異なるだけで、慣れている場所で顔なじみの職員もいることもあり、グループホームの生活に慣れ易くメリットもあるものと思われる。当事業所の空き情報は、速やかに、関係機関に伝えている。</p>			

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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリー2の講評		
<p>利用開始に当たり基本としている理念を理解してもらうように説明することに努めている</p> <p>運営基本方針では生活の主体は利用者であり、自己決定を尊重することや一律のルールやスケジュールで管理した運営はしない「自由な生活空間」であることを謳っている。サービス開始に当たり、重要事項説明書に基づき、これからのここでの生活へ向けて、具体的に説明するように心掛けている。その際可能なこと、家族等に協力してもらいたいことにも触れ、利用者負担金等についても説明し同意を得ている。利用者・家族等共にお互いに納得した上での利用開始を目指している。疑問に思うことは、いつでも何でもまずは言ってもらいたい旨も伝えている。</p> <p>利用者と家族の意向を確認してなるべく希望に沿った生活ができるように心掛けている</p> <p>サービス利用前の生活をふまえた支援をするためにも、サービス利用前の情報把握は重要であると考えている。生活歴や大事にしていること、趣味等まで可能な限り利用者を取り巻く情報の収集に努めて、制約はあるものの家具等や使い慣れたものを持参してもらい、馴染みのあるものに囲まれた生活にしていけるように、今までの生活との変化を最小限に留めるようにしている。特に開始してしばらくは、出来るだけある程度固定した職員を担当にして、申し送り等もしっかり行うようにしている。</p> <p>サービス開始時にはこの場で利用者・職員と馴染みの関係が出来るまでは配慮している</p> <p>併設している小規模多機能型居宅介護事業所からの移動してきた利用者は、「宿泊」サービスを利用していた方が多いこともあり、スムーズに新しい場に移行できるが、新規利用者については、特に馴染みの関係が出来るまで、最大限に配慮した支援を心掛けている。アセスメントでも、利用前の生活状況の把握に力を入れて、可能な限り以前の生活パターンに近づけて支援できるようにしている。サービス終了時には、ケアプランや支援経過等の情報は確実に引き継ぐように心掛けている。今年度は、亡くなって退所という転帰になってしまった。</p>		

サブカテゴリ-3													
3	個別状況に応じた計画策定・記録 サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 10/10												
<p>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)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="radio"/>あり <input type="radio"/>なし</td> <td>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</td> <td><input type="radio"/>非該当</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/>あり <input type="radio"/>なし</td> <td>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</td> <td><input type="radio"/>非該当</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/>あり <input type="radio"/>なし</td> <td>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</td> <td><input type="radio"/>非該当</td> </tr> </tbody> </table>		評価	標準項目		<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している	<input type="radio"/> 非該当	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	<input type="radio"/> 非該当	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている	<input type="radio"/> 非該当
評価	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											
<p>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)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="radio"/>あり <input type="radio"/>なし</td> <td>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</td> <td><input type="radio"/>非該当</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/>あり <input type="radio"/>なし</td> <td>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</td> <td><input type="radio"/>非該当</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/>あり <input type="radio"/>なし</td> <td>3. 計画を緊急に変更する場合のしきみを整備している</td> <td><input type="radio"/>非該当</td> </tr> </tbody> </table>		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きみを整備している	<input type="radio"/> 非該当
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きみを整備している	<input type="radio"/> 非該当											
<p>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)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="radio"/>あり <input type="radio"/>なし</td> <td>1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしきみがある</td> <td><input type="radio"/>非該当</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/>あり <input type="radio"/>なし</td> <td>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</td> <td><input type="radio"/>非該当</td> </tr> </tbody> </table>		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きみがある	<input type="radio"/> 非該当	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	<input type="radio"/> 非該当			
評価	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きみがある	<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											
<p>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)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="radio"/>あり <input type="radio"/>なし</td> <td>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</td> <td><input type="radio"/>非該当</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/>あり <input type="radio"/>なし</td> <td>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</td> <td><input type="radio"/>非該当</td> </tr> </tbody> </table>		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			
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-3の講評													
<p>評価表からケアプラン作成し個別援助計画から実施までシステム上で管理されている 法人として、早期からインターネット環境の導入には力を入れて取り組んでおり、介護ソフトを利用したサービス管理や記録はされている。利用者一人ひとりのニーズ把握、課題分析、ケアプラン作成、評価・記録等利用者支援に必要な情報は、システム上で管理可能となっている。利用者支援については、職員誰でもがアクセスできるようになっている。全職員が、記録を閲覧し情報共有して支援に繋げるとしているが、実際には、システム上の支援経過をチェックしないで、申し送り等で必要な情報を見るだけで済ませて、良しとしてしまっている例もある。</p> <p>利用者に関する記録については介護ソフトを使用することで誰でもが可能となっている 介護ソフトを利用することで、利用者一人ひとりに関する情報は、職員誰でもが閲覧できるようになっている。バイタルサインや食事摂取量、排泄の状況等、何をして過ごしたか等日常生活の様子や支援経過をシステムのシートに記入することで、日々の記録は、誰でもが記録できるようになってきた。ただ、ケアプランから個別支援計画を立案し個別ケアを実施しているとの一連の流れの中で、今実施している支援がどのように、関わってきて、何を目指していくのかということまで理解してほしいと思っている。それが介護の質の向上に繋がるものと捉えている。</p> <p>利用者の状況、支援経過等の情報を職員間で共有するため申し送りノートを活用している 当事業所は、併設している2事業で職員体制を一体化運営して勤務していることもあり、申し送りの内容は、両方の事業に関する利用者の状況や伝達事項が含まれている。どちらの勤務になっても、対応できるように取り組んできた。コロナ禍以後、感染予防対策から、ある部分は固定せざるを得ない状況になっている。しかし、職員全員で、両方の利用者に関わるという意識は持ってほしいと考えている。そこで、申し送りについては、グループウェアを利用して、2事業所の利用者の情報共有に役立てている。</p>													

サブカテゴリ-5		
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 5/5
評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のプライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している		評点(〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-5の講評		
<p>基本的人権が保護される支援の実践を最優先事項として挙げている</p> <p>基本理念において、まず、利用者の基本的人権が保護される支援を実践すると謳っている。基本方針でも生活の主体は利用者であり、自己決定を尊重して、一律のルールやスケジュールで管理した運営は行わず、「自由な生活空間」となるように支援するとしている。個別援助計画に基づいての個別ケアを支援の柱としている。利用者の気持ちに立って対応すること、自己選択できるような声掛けが利用者の権利を守り、意思を尊重することに繋がる支援であると考えている。しかし、利用者が重度化していることもあり、意思決定をくみ取る難しさも感じている。</p> <p>日常生活の中でプライバシーに配慮した支援になっているかとの問いかけを大事にしたい</p> <p>プライバシー保護マニュアルを策定し、その中では日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援の具体例をあげている。基本的な個人情報保護規定において守るべき個人情報を明記し、契約時に同意も得ている。日常生活の支援の中では、気づかないうちに、プライバシーを侵害している状況も考えられる。職員同士で、気づきの感度をあげていくことが望まれる。羞恥心に配慮した支援も同様、利用者も職員も感じ方は様々であり一律に決める難しさもあるが、恥ずかしいと感じることはしないということが原点になると考えている。</p> <p>日常の支援に当たっては利用者個人の意思の尊重を第一優先としたいと考えている</p> <p>毎日の生活の中で利用者本人の気持ちを推測して、同じ立場、同じ目線に立ったうえで、支援することが求められる。実際には、職員側の都合で、物事を進めてしまう場面も見られる。利用者の言葉をそのまま鵜呑みにしてはいけない場合もある。利用者の「ノー」が本心の「ノー」なのかを見極めるは、その利用者との関係性も影響してくることも考えられ、なかなか難しい面もあるが、必要なスキルでもある。介護の質の向上にも繋がる要素の一つでもあり、今後の取り組みに期待したい。</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			
評価項目1 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうか定期的に点検・見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	<input type="radio"/> 非該当	
評価項目2 サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は改変の時期や見直しの基準が定められている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しに当たり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	<input type="radio"/> 非該当	
サブカテゴリ-6の講評			
<p>サービスの基本事項や手順等については「心得」を作成しているが活用する頻度は低い 事業所で提供しているサービスの基本事項や手順書等マニュアルは、「心得」という冊子にまとめて、書かれているが、実際にサービス提供時に活用されることは少ないのが実情である。職員アンケートでも、リーダー層も含めて、「そう思わない」との回答が多く、「わからない」との回答も多く見られた項目である。業務点検の手段としては、ミーティングを利用することが多い。わからないことが起きたときは、「心得」を見るのではなく、職員間で聴いて解決することが多いようである。職員間の関係性はよく、協働し易い職場との意見も見られた。</p> <p>サービスの基本事項や手順等は随時見直し年度末には全面見直しをしている 毎日、ミーティングの時間を確保して、情報の共有を図り、統一した支援を全員が出来るようにと考えている。またその場で、サービス提供時の不明な点も出してもらい、解決出来るようにしている。毎日のミーティングの内容を、出席していなかった職員も含め、グループウェアを利用して、職員全員が携帯等でも見られるようにしているが、必ずしも、情報伝達が徹底されているとは言いきれない面もある。言語だけの伝達は、伝わる過程で、変化してしまうことが避けられず、やはり重要なことは、紙ベースでも残しておく必要があると考えている。</p>			

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		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	23/23
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			
<p>認知症対応型共同生活介護計画に基づいて、それを日常の個別計画に反映している</p> <p>利用者ごとの個別支援計画が備えられており、職員がそれを確認しながら支援を行っている。中身についても、その方の生活歴や、性格、考え方に寄り添った計画になっていて、その方の得意な事を中心に据えた支援が行われている。その上で、それらの支援を行っているか？を確認するチェックシートも準備されており、ケアマネジャーを中心に職員が意識して利用者の個別対応に取り組んでいる。</p> <p>様々な介護度の方が一緒に生活する施設ゆえ、重度者に対する支援に課題を残す</p> <p>場面観察時の訪問の際にも、確認出来たが身体介護が生活全般に必要な方や、歩行等の生活全般に介護が必要が無い方が入り混じった施設運営であり、職員によっては対応に苦慮されている場面があった。併設の小規模多機能型施設の職員と連携して支援を行っていて、その事が併設施設を持つ事業所の強みではあるが、重度化した利用者があるため、それ以外の方に時間がかけづらいとの職員の意見もあり、施設長もその点は課題との認識があるようである。</p> <p>併設する小規模多機能型施設とも連携して支援を行えている</p> <p>職員の行き来があり、利用者の情報を多数の職員が把握できている。また、多数の職員が関わる事でコミュニケーションの齟齬が起きてしまう事も多いが、職員のアンケートによると、「職員同士の意見交換が行われやすい」「職員同士の風通しが良い」との意見も多く、グループウェア等の伝達手段以外でも対面で職員同士が連携をして支援を行っている。</p>			
2 評価項目2 利用者の状態に応じて、日常生活に必要なさまざまな作業等を利用者が主体的に行うことができるよう支援を行っている		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 食事に関する一連の作業等利用者の生活場面では、利用者の主体性と能力を活かして支援を行っている	○非該当	
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりに応じた生活への参加ができるよう工夫をしている	○非該当	
●あり ○なし	3. 利用者の心身の状況に応じて、生活するうえで必要な支援(食事や入浴、排泄等)を行っている	○非該当	
●あり ○なし	4. 各種手続きや買い物等日常生活に必要な事柄について、利用者本人による実施が困難な場合に代行している	○非該当	
評価項目2の講評			
<p>感染症対策を行いながら食事に関する自立支援を行っている</p> <p>数年来続くコロナ禍で、利用者が自分達で盛り付け等の調理の関わる様な支援を控えていたとの事だが、コロナ対策の手法が浸透するに伴い、手指の消毒の徹底を行って頂く等してから盛り付けを行って頂くと言ったコロナ禍前の日常に戻る様な支援を行っている。重度化が進んでおり、利用者が出来る事は減っていくかも知れないが、その方の出来る事を奪わない様な支援、出来る事はやって頂くという方針がある。</p> <p>事業所が設定した過ごし方では無く、一人ひとりの状態に合わせた支援を行っている</p> <p>事業所が設定した一日のスケジュールで過ごすのでは無く、一人ひとりの体調に合わせた過ごし方を心がけている。訪問調査時にも、個別性を重んじる法人の理念に沿うように食事の摂取等に介護が必要な介助量が多い方に関しては、介護度が低い自立した方と生活リズムに変化をつけて対応していた。入浴に関しても同様に、本人の気分が乗らない場合等は時間をずらしての対応を行っている。</p> <p>その方に合った食事形態を選び、職員にも分かりやすく掲示し周知している</p> <p>食事の方法、自己摂取か、介助が必要か？等はグループウェアや申し送りノート等の共有ツールで行い、食事の形態についても誤配食などが生じない様に冷蔵庫の側面等に分かりやすく掲示されている。また、事業所として重度化が進行している利用者の事情もあり、食事の形態選択などについては、本人の希望も考慮しながら安全に食事を摂れる為にどうすれば良いか？を職員が各種会議体などで検討している。</p>			

3 評価項目3 利用者の健康を維持するための支援を行っている			評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者の心身の状況に応じた健康管理を行っている		○非該当
●あり ○なし	2. 日常生活の中で、利用者一人ひとりの状態に応じて身体を動かす取り組みを工夫している		○非該当
●あり ○なし	3. 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などしくみを整えている		○非該当
●あり ○なし	4. 利用者の体調変化時(発作等の急変を含む)に、医療機関等と速やかに連絡できる体制を整えている		○非該当
評価項目3の講評			
<p>認知症状がある事を前提にした、健康管理が行えている</p> <p>認知症がある為、利用者達が自身の健康状態や不安、不快を的確に伝えられない事を前提にしたグループホームであるからこそ、利用者の健康管理に必要な食事量や水分量、排泄等については細かく情報を取り、医師、看護師等の医療者とも共有して対応を行っている。また、歯科医師の指導のもと、歯科衛生士が口腔ケアを行い、口腔機能の維持、改善に努めており、それらの内容を職員に指示、指導もしている。</p> <p>重度化に伴い、身体を動かす取り組みに対する工夫が求められる</p> <p>6名定員であり、その上、約半数が常時車いすを使用している現状では、重度者の方々に積極的に身体全体を動かす様な働きかけは、現状難しい様に思える。場面観察の時間帯と言う限られた時間であっても、基本的に重度の方々から発語や自発的な動きが少なく感じられた。重度化した方であっても「身体を動かす」という事を広義に捉えて、車いすを使用している方でも、残された身体機能を最大限に活かして支援を行う工夫が求められる。</p> <p>一人ひとりの体調変化の兆しを捉え、看護師や医療機関に速やかな連絡出来ている</p> <p>便秘対策用の下剤を服用して頂く事は、自分の排泄頻度を把握する事が難しい認知症の方が入居する施設では、時に必要になる対応である為、「何日以上便通がない場合は下剤を服用して頂く」と言った指示、共有が不可欠である。当事業所においては、「朝食までに排便なき場合は服用」と言った具体的な指示がなされており、服薬管理と健康管理と言う両面でも利用者の不快感や負担をなるべく減らそうと言った意識がある。</p>			
4 評価項目4 共同生活が楽しく快適になるよう工夫している			評点(〇〇〇)
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者がお互いに関わり合いながら楽しく生活することができるよう支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	2. 事業所での生活は、他の利用者への迷惑や健康面に影響を及ぼさない範囲で、利用者の意思が尊重されている		○非該当
●あり ○なし	3. 居室や食堂などの共用スペースは、利用者の安全性や快適性に配慮したもとなっている		○非該当
評価項目4の講評			
<p>定員6名の規模だからこそ、職員と利用者の関係は深めやすい</p> <p>日中の職員配置が2名、利用者が6名定員と言う事で、「居室を出たら誰かがいる」と言う物心両面での、距離の近さがグループホームを利用するメリットであり、職員と利用者の信頼関係はアンケート等でも良好との結果が出ている。しかし、訪問時や利用者のアンケート等では利用者同士の関係性の深化と言う意味では厳しい面もあり、重度化への対応と言う課題も含めて、利用者同士の関わりを増やすような取り組みが待たれる。</p> <p>利用者を第一に考えるという事業所の方針に沿って、個別化も行われている</p> <p>認知症の方が利用する事を前提にされている施設だからこそ、就寝、起床時間は自由にする等本人の意思を尊重する意識が職員にはある。個別支援に関する個別支援計画書には、その方の状態に沿った支援方法が文章化されているが、それを元に職員が支援を行っている様である。施設長としては、個人の趣味、娯楽の実施という意味では課題を感じているようだが、今後はその様な気づきを職員が、それぞれの支援を通じて改善していける様になれば、更に高度な個別化が行われると思われ、その点に期待したい。</p> <p>食堂まで続く、各居室や廊下には安全に対する配慮がなされている</p> <p>6名と小規模での生活スペースでもあり、各自の居室から食堂までの廊下はとても見渡しやすい、その上、手すりが設置されておりフロアも衝撃に備えたクッションフロアである。この様にハード面では安全に対する配慮が感じられるが、事故報告書などには「職員が他の職員に声をかけずに食堂を離れた」「職員が目を見失った間に」と言った原因による事例もあり、職員が間接的に原因を作っている可能性も考えられる事から、安全に対する、更なる意識の向上が求められる。</p>			

5 評価項目5 事業所と家族等との交流・連携を図っている		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 家族や利用者の意向を考慮して、家族等が参加できる事業所の行事を実施している	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の日常の様子を定期的に家族に知らせている	○非該当
●あり ○なし	3. 家族等が事業所等に対し、意見や要望を表せる機会を設け、それらを活かした支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	4. 重度化した場合や終末期に備え、あらかじめ本人や家族等と話し合い、事業所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		
<p>コロナ感染症の影響により、本年度も家族参加の行事開催は見送りが多い 介護業界全体として、この数年間はコロナ禍での運営でもあり、家族も含めた外部者との接触も止むを得ず限定せざるを得ない状況であった。事業所としても、家族との連携については、なるべく変わらぬ形で継続して行きたかった部分であろうが、電話連絡や月に一回の定期報告で済ませてしまっていると思える部分もある、その点について家族、利用者のアンケートでは、面会方法に関する不安や改善を求める意見が複数寄せられているので、この機会に、改めて再考することが求められる。</p> <p>第三者評価の実施を通じて、家族等が意見、要望を表す機会がある 今回の評価もサービス項目が中心となっているが、利用者、家族に対するアンケートが行われており、結果に関しても、回答者である個人が特定されない配慮を行った上で事業所に伝え、事業所も内容を把握している。数年来続く、コロナ禍を過ごしながらの意見であり様々なものがあるが対面では言いづらいと思われる意見も含まれており、これらの意見を真摯に受け止めて事業運営や支援に役立て行く事が期待される。</p> <p>看取りに関しては、「終の棲家」としての機能も発揮している 「居住している事」が前提である施設である事から、必然的に重症化～最期の看取りまでを想定して、契約時に看取りに関する指針に沿って医療体制・緊急時対応・家族との連絡体制の確保等の説明を行い、現実に見取りが必要になった際には医師を含めた医療職と事業所、家族が連携しながら対応している。また、家族、本人の環境や心境に変化があった場合に備えて、重度化に伴った他施設への紹介もしている。</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(〇〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 地域の情報等を収集し、利用者の状況に応じて提供している	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者が地域のさまざまな資源を利用するための支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所が利用者と共に地域の一員として日常的に交流している	○非該当
●あり ○なし	4. 運営推進会議で話し合われた意見を活かして支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	5. 区市町村や地域包括支援センターと日頃から連絡を取り、協力関係を築きながら支援を行っている	○非該当
評価項目6の講評		
<p>地域の情報の提供、資源の活用は限定的に留まる コロナ禍においても、コロナウイルスに関係するワクチン接種や介護に関連する制度情報等は書面で「伝達」という形で提供されているが、それらの情報を「活用」する迄には今年度も難しかった様である。この点に関しては、一事業所としての課題ではなく法人としての取り組みの課題かも知れないが、「安心して家庭的な生活が出来る」事を法人の理念に掲げる以上は、コロナ禍の対応緩和の暁には「利用者も、地域における生活者の一員」である事を利用者が再認識出来る様な取り組みを、事業所にも期待している。</p> <p>運営推進会議等、外部者も含めた意見交換の場は書面にて対応している 前項の講評とも関連するが、国立市の高齢福祉課、利用者や家族の代表、民生委員が参加する様な会議体においても、昨年度に続き書面での通知となっている。この点については、事業所が行いたくても参加者がいなければ行えないと言った側面があり止むを得ないと言う一面もあろうが、現に知恵を出して行っている保険者、事業所も多く、来年度こそはアプローチに工夫を加えていきたい。</p> <p>保険者や、地域包括支援センターとも連携をとっている 保険者である国立市や、地域包括支援センターとも連携を取りながらの事業所運営であるが、併設の小規模多機能型との連携も可能である事の訴求や利用者の紹介については、施設長としてもコロナ禍ならではの課題があるとの認識である。グループホームとしては6名の定員である為、ほぼ提供能力に準ずる利用者が確保されているが、コロナ禍を経て社会が介護施設に求めるものも異なっているため、その点を踏まえての連携を見据えたい。</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	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)			
<p>苦情解決制度の説明はしているが実際には制度を利用するところまでいかないことが多い 契約時に、重要事項説明書で必ず苦情解決制度についての説明と第三書の苦情窓口についての説明はしているが、利用者アンケートでは、聞いていないとの回答が多い項目である。実際には、相当こじれた段階にならないと、そこまではいかないケースがほとんどであり、こじれる前に、利用者・家族等の面談を通して、解決できるようにしていきたいと考えている。日頃から、話しやすい雰囲気をつくることを心掛け、時間を作って、利用者・家族の意向(意見・要望・苦情)を聴くようにしている。</p> <p>何が虐待に当たるのかとの問いかけを職員間で考えて振り返ることを大切にしている 虐待防止を図るための指針を整備し、委員会の開催、職員研修を定期的実施することが、介護施設には求められている。今までのところ、虐待事例はないが、今後どのような事例が虐待に当たると捉えられるか、毎日利用者と接する中で、常に気を配っていく必要がある。日々の利用者に対する対応やその際の様子などについて、毎日の終了時のミーティングでは、その日のヒヤリハットも報告してもらい、職員間で、共通認識を持つように取り組んでいる。虐待事例は今のところはないが、虐待が発生した際の対応については今後確認していく必要を感じている。</p> <p>リスクマネジメントについては取り組むべき最重要課題の一つとして捉えている ここ数年、新型コロナウイルス感染拡大の影響から、まずは感染症への対応を再度見直して、感染予防と対策を全職員に徹底させるようにしている。コロナ対策として職員側は、マスク着用はもちろんのこと基本的な感染対策の実施、週1回のPCR検査、必要時の簡易キットによる抗原検査などを実施した。安全管理としては事故記録、ヒヤリハット事例の検証、申し送りの実施などを周知徹底させ、再発防止に努めている。その他、緊急時・災害時の連絡体制の確認、具体的な対応、BCPの策定など課題は山積していると認識している。</p>			

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	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
タイトル①	コロナ対応については徹底した対策を行い、予防に対する強い意識を持っている	
内容①	残念ながら訪問直前に感染者が出てしまい、訪問の延期も余儀なくされたが、実際に評価員が訪問してみると訪問者の検温、消毒は当然の事ながら、評価員に対する抗原検査も行う等、シビアな対応で安心感を抱く事となった。ここまで感染が広がると、もはや一事業所の対応だけでは防げない事は周知の事実であるが、それに甘んじずシビアな対応が行えており、今後の感染対応が緩和された場合においても、リスクを踏まえての現実的な対応が行われると思われる。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-4	共同生活が楽しく快適になるよう工夫している
タイトル②	6名定員というコミュニケーションの取りやすい規模ならではの、支援が行われている。	
内容②	「共同生活」という特性上、就寝、起床の時間や、食事、入浴の時間も統一されがちな高齢者施設にあって、就寝、起床時間が自由であるなど、個別の対応を重視している事業所である為、認知症の方にとっても過ごしやすいと思われる。また、6名の利用者に対して日中常は職員が原則2名配置されており、各利用者の生活歴や性格を良く知る職員による個別の支援が行われている。現状は、重度化している方が多く、対応に苦慮している面もある様だが、職員のスキルアップによって重度者と軽度者が混在する中でもバランスの取れた支援を期待している。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	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
タイトル③	新型コロナウイルス感染防止のための対策と利用者の安全対策へ向けて取り組んでいる	
内容③	ここ数年、新型コロナウイルス感染拡大の影響から、まずは感染症への対応を再度見直して、感染予防と対策を全職員に徹底させるようにしている。コロナ対策として、職員側は、マスク着用はもちろんのこと、基本的な感染対策の実施、週1回のPCR検査、必要時に簡易キットによる抗原検査の実施等。事業所内は、定期的な換気、湿度調整のための加湿器対応、感染拡大を防ぐための陰圧機の設定準備等。安全対策として、ヒヤリハット、事故記録の検証を行い再発防止に努める。緊急時、災害時の具体的な対応、BCPの策定に向けて取り組んでいる。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	グループウェアを活用し、職員間での情報共有が行われ、それが利用者にとっての良い支援に繋がっている
	内容	事業所の方針である利用者本位の実現の為、情報共有が徹底されている。共有方法としてもグループウェア等のICTの活用だけに留まらず、申し送りノート等も含めた紙媒体での伝達、ミニミーティングの開催も毎日行っている。職員アンケートでは、自施設の良い所として「意見の言いやすさ」「風通しの良さ」を挙げる声が複数挙がっており、連携の良さも窺い知れる。こう言った姿勢で利用者個々の体調管理や、要望を知る為のモニタリングを続けて、利用者の健康で生きがいのある生活に繋がる様な支援を実現して行って欲しい。
2	タイトル	併設の小規模多機能型施設との連携で、利用者の選択肢を増やしている
	内容	コロナ前は併設の小規模多機能型施設の利用者とも交流していた事や、小規模多機能型の職員がグループホームでも勤務する事等から分かる様に、単体で運営されている施設とは違って、当初は小規模多機能型施設の利用者であっても、環境の変化に伴ってグループホームに「住む」事が選択肢に入った提案を行える事が強みであると言える。また、前述の通り、グループホームに入居後でも馴染みの職員が、関わる事が利用者の安心に繋がると思われる。
3	タイトル	仕事に入る前に、その日の予定、利用者の情報等申し送り事項をグループウェアを利用して職員が各自の携帯で確認できるようになっている
	内容	コロナ禍以前は、併設している小規模多機能型居宅介護との一体運営をして、利用者・職員とも交流していたが、今年度は、職員はある程度固定している状況になっている。それでも、2事業所の情報の共有は続けており、特に、夜間は、「宿泊」サービス利用者とグループホーム利用者間の交流はないにしても、職員は協働する場面も考えられ、情報の共有化は、最重要事項と捉えている。申し送りノートは一体化して、その日の情報は、利用者情報も含め、職員の携帯からいつでもアクセスできるようにしてあり、仕事に入る前に目を通せるようにしている。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	支援の質を上げて、重度化者と、軽度者が共に生きがいを持って暮らせる様な事業所を目指したい。
	内容	6名定員と言う少ない利用者、職員が共同生活をする事業所であるからこそ、一部とは言え重度化された方がいると、その方に職員の意識が向いてしまい、軽度者に対して以前のように関わられなくなる事は起こりやすい課題と思えるが、事業所が一丸となって、課題に向き合っていく事を期待している。この点については、数年来続く課題であると施設長は認識している様であるが、この課題に取り組む中で職員のスキルアップも望めると思われる為、施設長を中心とした強いリーダーシップと風通しの良い施設である強みを発揮して取り組んで頂きたい。
2	タイトル	コロナウイルスとの共存を見据えて、事業所と外部の関わりの再開を強く推し進めたい。
	内容	今後、わが国のコロナ感染症に対する姿勢が、どの様に変化するとしても、この数年間、自粛していた事業所と地域の関係者、利用者と外部のそれぞれのコミュニケーションについては「コロナとの共存」を見据えて取り組んで頂きたい。家族も一定の理解はしているが、アンケートでは面会頻度や方法等に少なからず改善を求める声があり、時期をみて法人、事業所としての姿勢を打ち出す事でそれらの不安の払拭を目指したい。そして、利用者と家族が一定のルールの下にコロナ前に近い生活を送れる事を期待している。
3	タイトル	サービスの基本事項や手順等については「心得」という冊子を作成しているが、活用する頻度は低く、ミーティング等での確認で終始している
	内容	事業所で提供しているサービスの基本事項や手順書等マニュアルは、「心得」という冊子にまとめて、書かれているが、実際にサービス提供時に活用されることは少ないのが実情である。職員アンケートでも、リーダー層も含めて、あまり活用していない様子が窺われる。わからないことが起きたときは、「心得」を見るのではなく、職員間で聴いて解決することが多いようである。言語だけの伝達は、伝わる過程で、変化してしまうことが避けられず、やはり重要なことは、紙ベースでも残しておく必要がある。折角作成した「心得」の活用が望まれる。