
グループホーム杉並沓掛 第三者評価結果報告書

令和 2 年度（2020 年度）
特定非営利活動法人 NPO サービス評価機構

福祉サービス第三者評価結果報告書【令和2年度】

2021 年 / 月 28 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

〒 166-0004

所在地 東京都杉並区阿佐谷南3-35-15-1104

評価機関名 東京都杉並区阿佐谷南3-35-15-1104

認証評価機関番号

機構 02 — 030

電話番号 03-5347-0616

代表者氏名 理事長 大森裕美



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 | | 担当分野 | 修了者番号 |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------|-----------------|
| | ① 大森裕美 | | 経営 | H0201035 |
| | ② 原田まゆみ | | 福祉 | H1101004 |
| | ③ 大森春樹 | | 福祉 | H1501022 |
| | 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 | 優っくりグループホーム杉並沓掛 | | | 指定番号 1391500541 |
| 事業所連絡先 | 〒 | 167-0031 | | |
| | 所在地 | 東京都杉並区本天沼3丁目34番29号 | | |
| | TEL | 03-6913-6021 | | |
| 事業所代表者氏名 | 猪村 彩 | | | |
| 契約日 | 2020年 11月 10日 | | | |
| 利用者調査票配付日(実施日) | 2020年 11月 11日 | | | |
| 利用者調査結果報告日 | 2020年 12月 18日 | | | |
| 自己評価の調査票配付日 | 2020年 11月 11日 | | | |
| 自己評価結果報告日 | 2020年 12月 18日 | | | |
| 訪問調査日 | 2020年 12月 26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) | 場面観察では、利用者と職員の関わりを観察させていただいた。評価員は毎朝の自宅およびホーム到着時の検温や手指消毒、さらに場面観察時はマスクとフェイスシールドを着用し、感染対策を十分におこない、利用者が居る場所から離れた場所で観察した。訪問調査でも、感染防止への十分な配慮して実施した。訪問調査終了後、3名の評価員の合議をおこない、3名の評価員で報告書を作成した。 | | | |

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 / 月 28 日

事業者代表者氏名 優っくりグループホーム 杉並沓掛

印

猪村 彩

1/1

目次

| | |
|--------------------------|----|
| 1.理念・方針、期待する職員像..... | 1 |
| 2.利用者調査..... | 2 |
| 3.組織マネジメント項目..... | 5 |
| 4.サービス提供のプロセス項目 | 13 |
| 5.サービスの実施項目..... | 18 |
| 6.事業者が特に力を入れている取り組み..... | 21 |
| 7.全体の評価講評..... | 22 |

| | |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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方(事業者の理念・ビジョン・使命など)のうち、特に重要なものの(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)利用者主体の支援 2)人材育成 3)地域交流 |
| 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 コミュニケーションやチームワークを大事にする職員 入居者の意向を尊重したケアができる職員 専門職として向上心を持ち続け、キャリアアップを目指す人 |
| | (2)職員に期待すること(職員に持つて欲しい使命感) 専門職としての責任感を持って業務にあたること、向上心を持つこと |

(1)入居者18名の家族18世帯へのアンケート方式、(2)場面観察方式：入居者18名。

調査対象

調査方法

| | |
|---------------------|------|
| 利用者総数 | 18 |
| 利用者家族総数(世帯) | 18 |
| 共通評価項目による調査対象者数 | 18 |
| 共通評価項目による調査の有効回答者数 | 9 |
| 利用者家族総数に対する回答者割合(%) | 50.0 |

利用者調査全体のコメント

- ・総合的な感想は、「大変満足」4名(44%)、「満足」4名(44%)、「どちらともいえない」1名(12%)であった。
- ・回答者全員が満足との返答をいただいた設問は、問3「職員の言葉遣いや態度」であった。
- ・自由記述では「新型コロナの影響で状況が大変な中でも、以前と変わらず笑顔で丁寧な対応をしてくれている」「コロナ対策により外部からのサービスを制限しなければならない中で、スタッフの皆さんは自分たちの手ができる限りの工夫をしている」などのコメントが寄せられた。
- ・評価員の場面観察では、利用者同士がお喋りをして楽しんでいたり、他利用者の副食を運んだり、互いに協力し合う場面もみられた。職員全員がマスク着用し、食事前に椅子・テーブル・車いすなどの手が触る場所を念入りに消毒していた。テーブルにはアクリル板を置き、食事作りの際は利用者・職員とも使い捨て手袋をしていた。

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》

昼食の準備をしていた。利用者は両手に使い捨ての手袋を付け、お皿に副食を取り分けていた。それが終わる頃、職員が「ありがとうございます」と利用者に伝えた。また、職員は、椅子に座って退屈そうにしていた利用者をキッチンに呼び、利用者に味見をしてもらっていた。利用者は「美味しい」と職員に伝えていた。他利用者もリビングに集まってきた。職員は「自分のものは自分で取りに来てください」と伝え、利用者個々が自分の食事分を取りに行き、テーブルに食事を揃えたところで、利用者皆で「いただきます」と一斉に言い、昼食が始まった。

《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》

利用者個々が無理のない範囲で、食事作りに参加していた。お皿に取り分けた利用者に対して、職員は「ありがとうございます」とその労を労っていた。利用者は、達成感のある表情をして、自分の席に戻って行った。また、味見をした利用者と職員で、出汁について会話を弾ませていた。昔の主婦時代の食事作りを思い出したようである。配膳も、利用者個々がキッチンまで取りに行き、テーブルに箸も並べ、揃えていた。重度化した利用者に対しては、職員がトレーに昼食を用意し、全介助で食事支援をおこなっていた。職員は、利用者個々のできること・できないことを把握しており、全利用者に目配りしながら、食事を楽しめる雰囲気づくりに配慮し、声かけをこまやかにおこなっていた。

「評価機関としての調査結果」に対する事業者のコメント

沓掛は1階、2階フロア共にご利用者様の「できること」を見極め、またその時々の体調やお気持ちの具合も読み取れる職員が多いので今回の調査結果のようなシーンは日々見受けられます。
 今年度は新型コロナウィルスの猛威にさらされ、感染予防の徹底に努めることが最優先でもありました。その中でご利用者様のADLや認知症状の低下を危惧し、できる限りの最善の支援を行っております。
 グループホームとして、家庭的な雰囲気を重視し、生活の中で見いだせる自立支援として食事の準備や片付け、また主婦として活躍されていた時代を回想すること、それを小規模ながらも仲間と共にしたりすることを大事にしています。
 現在、新卒職員や技能実習生、また未経験の新入職員達も日々勉強し少しでも先輩に近づけるよう頑張っています。
 そんな職員たちにも私たちの志を受け継いで頂き、沓掛のチームの一員として入居されているご利用者様のみなさまの1日1日が楽しく、明るい日々であるよう努めて参ります。

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 | 6 | 1 | 2 | 0 |
| 「はい」と返答した方々は回答者の67%、「どちらともいえない」11%、「いいえ」22%であった。「月1回、手紙をもらっている」「家族自らがSNSなどの活動報告を毎日チェックしている」などのコメントが寄せられていた。 | | | | |
| 2. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか | 8 | 1 | 0 | 0 |
| 回答者の89%が「はい」と返答し、事業所内の清掃、整理整頓に関して高い満足を得ている。 | | | | |
| 3. 職員の接遇・態度は適切か | 9 | 0 | 0 | 0 |
| 回答者の全員が「はい」と返答し、職員の接遇・態度に関して非常に高い満足を得ている。 | | | | |
| 4. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか | 7 | 2 | 0 | 0 |
| 「はい」と返答した方々は回答者の78%で、緊急時の対応に関して概ね満足を得ている。「その都度、電話で連絡してくれる」「実際にけがや発熱をしたときにはすぐに連絡をしてくれた」などのコメントが寄せられていた。 | | | | |
| 5. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか | 4 | 4 | 0 | 1 |
| 「はい」と返答した方々は回答者の44%、「どちらともいえない」44%、「わからない」12%であった。「いさかいなどそのようなことは今まで起きていない。これまで信頼できる対応をしてくれているので、職員の対応に安心している」などのコメントが寄せられていた。 | | | | |

| | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| 6. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか | 7 | 2 | 0 | 0 |
| 「はい」と返答した方々は回答者の78%で、利用者の気持ちの尊重に関して概ね満足を得ている。「職員の皆さんはいつも丁寧に対応してくれている」などのコメントが寄せられていた。 | | | | |
| 7. 利用者のプライバシーは守られているか | 7 | 1 | 0 | 1 |
| 「はい」と返答した方々は回答者の78%で、利用者のプライバシー保護に関して概ね満足を得ている。「そう願っている」などのコメントが寄せられていた。 | | | | |
| 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 | 6 | 3 | 0 | 0 |
| 「はい」と返答した方々は回答者の67%、「どちらともいえない」33%であった。「連絡があり、話し合いができた」などのコメントが寄せられていた。 | | | | |
| 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 | 6 | 3 | 0 | 0 |
| 「はい」と返答した方々は回答者の67%、「どちらともいえない」33%であった。 | | | | |
| 10. 利用者の不満や要望は対応されているか | 8 | 1 | 0 | 0 |
| 「はい」と返答した方々は回答者の89%で、利用者の不満や要望への対応に関して高い満足を得ている。「いつも協力してくれる」などのコメントが寄せられていた。 | | | | |
| 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 | 4 | 0 | 1 |
| 「どちらともいえない」と返答された方々は回答者の44%、「いいえ」44%、「わからない」12%であった。 | | | | |

I 組織マネジメント項目(カテゴリー1~5、7)

| No. | 共通評価項目 | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|---------|---------------------------------------------------------------|---------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------------------------------------------|
| | カテゴリー1 | | | | | | | | |
| 1 | リーダーシップと意思決定 | | | | | | | | |
| | サブカテゴリー1(1-1) 事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている | | | | | | | | |
| | サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 | 7/7 | | | | | | | |
| 評価項目1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を周知している | | 評点(○○) | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th><th>標準項目</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td><td>1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている</td></tr> <tr> <td>●あり ○なし</td><td>2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている</td></tr> </tbody> </table> | | 評価 | 標準項目 | ●あり ○なし | 1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている | ●あり ○なし | 2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている | | |
| 評価 | 標準項目 | | | | | | | | |
| ●あり ○なし | 1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている | | | | | | | | |
| ●あり ○なし | 2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている | | | | | | | | |
| 評価項目2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている | | 評点(○○) | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th><th>標準項目</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td><td>1. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任を職員に伝えている</td></tr> <tr> <td>●あり ○なし</td><td>2. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任に基づいて職員が取り組むべき方向性を提示し、リーダーシップを発揮している</td></tr> </tbody> </table> | | 評価 | 標準項目 | ●あり ○なし | 1. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任を職員に伝えている | ●あり ○なし | 2. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任に基づいて職員が取り組むべき方向性を提示し、リーダーシップを発揮している | | |
| 評価 | 標準項目 | | | | | | | | |
| ●あり ○なし | 1. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任を職員に伝えている | | | | | | | | |
| ●あり ○なし | 2. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任に基づいて職員が取り組むべき方向性を提示し、リーダーシップを発揮している | | | | | | | | |
| 評価項目3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している | | 評点(○○○) | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th><th>標準項目</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td><td>1. 重要な案件の検討や決定の手順があらかじめ決まっている</td></tr> <tr> <td>●あり ○なし</td><td>2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している</td></tr> <tr> <td>●あり ○なし</td><td>3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている</td></tr> </tbody> </table> | | 評価 | 標準項目 | ●あり ○なし | 1. 重要な案件の検討や決定の手順があらかじめ決まっている | ●あり ○なし | 2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している | ●あり ○なし | 3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている |
| 評価 | 標準項目 | | | | | | | | |
| ●あり ○なし | 1. 重要な案件の検討や決定の手順があらかじめ決まっている | | | | | | | | |
| ●あり ○なし | 2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している | | | | | | | | |
| ●あり ○なし | 3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている | | | | | | | | |
| カテゴリー1の講評 | | | | | | | | | |
| 職員全員が参加する全体会議で、ホームの目指すべき方向性について説明している 職員全員が参加する全体会議で、事業計画を使って、ホームの目指すべき方向性について説明している。ホームページなどを通して、幅広く当ホームの活動状況について情報発信している。例年、家族の方々に対して、事業計画の説明会を実施してきた。また、家族や地域の方々を対象に、運営推進会議などを開催し、事業計画やホームの目指すべき方向性などについて説明してきた。しかし、今年度は、新型コロナ禍により、一堂に会しての開催を中止とし、書面開催としている。 | | | | | | | | | |
| 全体会議やユニット会議で、現場の問題課題について協議している 毎月1回、1階フロアと2階フロア合同で、全職員参加の全体会議を開催し、ホーム全体の問題課題について協議し、法人方針・決定事項を伝達している。参加できなかった方には、議事録を配布したり、申し送りにて周知している。各階ごとにユニット会議を毎月開催している。ユニット会議に当日出勤者全員参加としている。そのほか、法人全体でグループホーム事業部会議(月1回)に管理者が参加し、法人からの伝達、前月の稼働率などの報告、共通課題について検討している。 | | | | | | | | | |
| 法人全体でトップの方針を全職員に情報伝達し、目標達成を促す仕組みを整備している 法人における稟議決裁事項の基準、稟議の手続きおよび職務権限を定め、業務の組織的かつ能率的な運営を図ることを目的として、「稟議・職務権限規程」を作成している。また、「方針管理規定」を作成し、事業計画の策定を通して、トップの方針を全職員に展開し、全法人一丸となって目標の達成を目指すことに取り組んでいる。各階層間ににおける個別面談・ミーティング等を通して、計画の策定・実行・予実差異分析、改善のPDCAサイクルをまわし、業績向上の阻害要因となっている問題を早期に発見し、解決できる仕組みを法人内に構築している。 | | | | | | | | | |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| | カテゴリー2 | |
| 2 事業所を取り巻く環境の把握・活用及び計画の策定と実行 | | |
| | サブカテゴリー1(2-1) | |
| 事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している | サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 | 6／6 |
| 評価項目1 事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している | 評点(○○○○○○) | |
| 評価 | 標準項目 | |
| (●あり ○なし) | 1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向について情報を収集し、ニーズを把握している | <input type="radio"/> 非該当 |
| (●あり ○なし) | 2. 事業所運営に対する職員の意向を把握・検討している | <input type="radio"/> 非該当 |
| (●あり ○なし) | 3. 地域の福祉の現状について情報を収集し、ニーズを把握している | <input type="radio"/> 非該当 |
| (●あり ○なし) | 4. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)について情報を収集し、課題やニーズを把握している | <input type="radio"/> 非該当 |
| (●あり ○なし) | 5. 事業所の経営状況を把握・検討している | <input type="radio"/> 非該当 |
| (●あり ○なし) | 6. 把握したニーズ等や検討内容を踏まえ、事業所として対応すべき課題を抽出している | <input type="radio"/> 非該当 |
| | サブカテゴリー2(2-2) | |
| 実践的な計画策定に取り組んでいる | サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 | 5／5 |
| 評価項目1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画及び単年度計画を策定している | 評点(○○○) | |
| 評価 | 標準項目 | |
| (●あり ○なし) | 1. 課題をふまえ、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画を策定している | <input type="radio"/> 非該当 |
| (●あり ○なし) | 2. 中・長期計画をふまえた単年度計画を策定している | <input type="radio"/> 非該当 |
| (●あり ○なし) | 3. 策定している計画に合わせた予算編成を行っている | <input type="radio"/> 非該当 |
| 評価項目2 着実な計画の実行に取り組んでいる | 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(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた、計画の推進方法(体制、職員の役割や活動内容など)、目指す目標、達成度合いを測る指標を明示している | <input type="radio"/> 非該当 |
| (●あり ○なし) | 2. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる | <input type="radio"/> 非該当 |
| | カテゴリー2の講評 | |
| 家族に看取りについてアンケートを実施し、家族の希望を把握している | | |
| 前年度、「終末期の過ごし方についての意向確認アンケート」を実施した。家族からは「まだ決められない」「ここで看取りをしてほしい」などの意見が寄せられ、その結果を受け、看取りケアの研修を実施した。今年度も、看取りケアに関するアンケートを実施した。家族の多くが最期までホームで看取って欲しいとの希望が寄せられており、ホームはその家族の思いに応えていきたいと考えている。また、日常支援の中で、利用者の好きなものや希望を把握し、それを叶える努力をしている。 | | |
| 近隣との関係強化に努め、地域ニーズの収集に努めている | | |
| 近隣との関係性強化をホームの重点目標の一つとしている。今年度は、新型コロナ禍において地域交流等が難しかったが、近隣との関係作りを大事にし、近隣住民とゴミ当番について話し合い、ゴミ当番表をホームで作成し、円滑な関係性を継続できるよう努めた。また、区グループホーム連絡会にできる限り参加していきたいとの意向を持っているが、今年度は新型コロナ禍により書面開催となっている。同一法人特別養護老人ホームが隣接しているため、隨時、情報交換し、地域ニーズを収集している。 | | |
| 事業計画の進捗状況を法人内グループホーム事業部会議にて報告している | | |
| 法人の中長期計画に基づいて、年次事業計画を策定している。同計画は、各々の課題に応じた戦略を策定し、いつまでに何をするかといった行動計画を明示している。個々の戦略では、担当を明確にすることで、責任感を持って主体的に取り組むようにしている。事業計画の進捗管理はできるだけ数値化することとし、達成状況を確認できるようにしている。毎月、実績を確認し、必要に応じて修正するなど、PDCAサイクルを適切にまわし、計画の着実な実行に努めている。稼働率および収支状況について、グループホーム事業部会議の月次資料に記載している。 | | |

| | | | |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------|--|
| | カテゴリー3 | | |
| 3 経営における社会的責任 | | | |
| | サブカテゴリー1(3-1) | | |
| 社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる | サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 | 2/2 | |
| 評価項目1 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知し、遵守されるよう取り組んでいる | 評点(○○) | | |
| 評価 | 標準項目 | | |
| ●あり ○なし | 1. 全職員に対して、社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などを周知し、理解が深まるように取り組んでいる | ○非該当 | |
| ●あり ○なし | 2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などが遵守されるように取り組み、定期的に確認している。 | ○非該当 | |
| | サブカテゴリー2(3-2) | | |
| 利用者の権利擁護のために、組織的な取り組みを行っている | 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 | |
| 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 | |
| | サブカテゴリー3(3-3) | | |
| 地域の福祉に役立つ取り組みを行っている | サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 | 5/5 | |
| 評価項目1 透明性を高め、地域との関係づくりに向けて取り組んでいる | 評点(○○) | | |
| 評価 | 標準項目 | | |
| ●あり ○なし | 1. 透明性を高めるために、事業所の活動内容を開示するなど開かれた組織となるよう取り組んでいる | ○非該当 | |
| ●あり ○なし | 2. ボランティア、実習生及び見学・体験する小・中学生などの受け入れ体制を整備している | ○非該当 | |

| 評価項目2 地域の福祉ニーズにもとづき、地域貢献の取り組みをしている | | 評点(○○○) | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------|---------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------------|---------|------------------------------------------------------------------|---------|----------------------------------------------------------|
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th><th>標準項目</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td><td>1. 地域の福祉ニーズにもとづき、事業所の機能や専門性をいかした地域貢献の取り組みをしている</td></tr> <tr> <td>●あり ○なし</td><td>2. 事業所が地域の一員としての役割を果たすため、地域関係機関のネットワーク(事業者連絡会、施設長会など)に参画している</td></tr> <tr> <td>●あり ○なし</td><td>3. 地域ネットワーク内の共通課題について、協働できる体制を整えて、取り組んでいる</td></tr> </tbody> </table> | | 評価 | 標準項目 | ●あり ○なし | 1. 地域の福祉ニーズにもとづき、事業所の機能や専門性をいかした地域貢献の取り組みをしている | ●あり ○なし | 2. 事業所が地域の一員としての役割を果たすため、地域関係機関のネットワーク(事業者連絡会、施設長会など)に参画している | ●あり ○なし | 3. 地域ネットワーク内の共通課題について、協働できる体制を整えて、取り組んでいる | | | | |
| 評価 | 標準項目 | | | | | | | | | | | | |
| ●あり ○なし | 1. 地域の福祉ニーズにもとづき、事業所の機能や専門性をいかした地域貢献の取り組みをしている | | | | | | | | | | | | |
| ●あり ○なし | 2. 事業所が地域の一員としての役割を果たすため、地域関係機関のネットワーク(事業者連絡会、施設長会など)に参画している | | | | | | | | | | | | |
| ●あり ○なし | 3. 地域ネットワーク内の共通課題について、協働できる体制を整えて、取り組んでいる | | | | | | | | | | | | |
| ○ 非該当 | | ○ 非該当 | | | | | | | | | | | |
| ○ 非該当 | | ○ 非該当 | | | | | | | | | | | |
| ○ 非該当 | | ○ 非該当 | | | | | | | | | | | |
| カテゴリー3の講評 | | | | | | | | | | | | | |
| 法人内研修に職員を派遣し、認知症ケアの理解を深めている | | | | | | | | | | | | | |
| <p>虐待の芽チェックリストを活用し、虐待防止への職員の意識向上を図っている。また不適切ケアが拡大しないよう、不適切につながりかねない状況を見かけたらユニット全体で検討し、チームで検討・解決していくようにしている。今年度、12月「認知症研修」「認知症の理解」をテーマとした法人内研修に職員を派遣し、グループホームの人員配置と特養の違いや認知症ケアなどの理解を深めている。正規職員には、法人全体の採用時研修で就業規則について説明し、接遇マナーについて指導教育している。</p> | | | | | | | | | | | | | |
| 入居時に利用者家族に対して、苦情解決制度について周知している | | | | | | | | | | | | | |
| <p>入居時に利用者家族に対して、重要事項説明書を提示し、苦情解決制度について周知している。利用者家族の意向・相談・苦情などを記録し、口頭でも職員間で情報共有している。また、緊急な対応が必要な場合はカンファレンス、もしくは、関係者が集まり、その解決に向けて協議している。さらにユニット・ミーティング・主任会議などでも利用者家族の要望・相談などについて検討している。利用者・家族からの苦情は「不適合サービス」として挙げ、法人のリスクマネジメント委員会が解決に向けた必要な対応を図ることをマニュアルに定めている。</p> | | | | | | | | | | | | | |
| 地域行事への参加などは、新型コロナ禍により中止としている | | | | | | | | | | | | | |
| <p>新型コロナウィルスの感染拡大予防にあたり、訪問理美容・訪問マッサージなどの外部サービスの導入を中止としている。また、小学生との交流や、地域の防災訓練への参加、認知症カフェの開催などは、今年度、新型コロナ禍により中止としている。その代わり、利用者数名で、散歩に出かけ、気分転換をしている。散歩の途中で出会う地域の方々との挨拶を通して、地域交流の機会としている。</p> | | | | | | | | | | | | | |
| カテゴリー4 | | | | | | | | | | | | | |
| 4 リスクマネジメント | | | | | | | | | | | | | |
| サブカテゴリー1(4-1) | | | | | | | | | | | | | |
| リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる | | サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 5/5 | | | | | | | | | | | |
| 評価項目1 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(○○○○○) | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th><th>標準項目</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td><td>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</td></tr> <tr> <td>●あり ○なし</td><td>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</td></tr> <tr> <td>●あり ○なし</td><td>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</td></tr> <tr> <td>●あり ○なし</td><td>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</td></tr> <tr> <td>●あり ○なし</td><td>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</td></tr> </tbody> </table> | | 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 | ●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 | ●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 | ●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 | ●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 |
| 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 | | | | | | | | | | | | |
| ●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 | | | | | | | | | | | | |
| ●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 | | | | | | | | | | | | |
| ●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 | | | | | | | | | | | | |
| ●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 | | ○ 非該当 | | | | | | | | | | | |
| ○ 非該当 | | ○ 非該当 | | | | | | | | | | | |
| ○ 非該当 | | ○ 非該当 | | | | | | | | | | | |
| ○ 非該当 | | ○ 非該当 | | | | | | | | | | | |
| ○ 非該当 | | ○ 非該当 | | | | | | | | | | | |

| サブカテゴリーアイテム(4-2) | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| 事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている | | サブカテゴリーメインの標準項目実施状況 4/4 |
| 評価項目1 事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている | | 評点(○○○○) |
| 評価 標準項目 | | |
| ●あり ○なし | 1. 情報の収集、利用、保管、廃棄について規程・ルールを定め、職員(実習生やボランティアを含む)が理解し遵守するための取り組みを行っている | <input type="radio"/> 非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・管理している | <input type="radio"/> 非該当 |
| ●あり ○なし | 3. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定するほか、情報漏えい防止のための対策をとっている | <input type="radio"/> 非該当 |
| ●あり ○なし | 4. 事業所で扱っている個人情報については、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえ、利用目的の明示及び開示請求への対応を含む規程・体制を整備している | <input type="radio"/> 非該当 |
| カテゴリー4の講評 | | |
| 4月コロナウイルス感染予防対策委員会をホーム内に設け、対策を講じている | | |
| 今年度、4月コロナウイルス感染予防対策委員会をホーム内に設け、新型コロナ対策について再確認している。毎朝の自宅時および出勤時の検温を継続実施し、さらに休憩場所・更衣室も含めて、職員によるフロアの行き来を止めるなどしている。転倒等の事故が発生した際は速やかに正策をユニットで検討し、再発防止に取り組んでいる。また、記録ソフトに入力し、全職員で閲覧し、情報共有している。その後、法人グループホーム事業部リスクマネジメント委員会で集計分析している。 | | |
| 毎年、年2回の防災訓練を実施し、災害時に備えている | | |
| 訪問調査時点で、すでに防災訓練を1回実施していた。年度末にもう1回おこなう予定としており、消火器の使い方や避難訓練をおこなった。また、利用者も参加した。隣接の同一法人内特養の「心臓マッサージ研修」に参加し、動画も撮り、グループホーム内の他職員も共有している。法人グループホーム事業部で毎月15日を防災の日として災害時への危機意識を高めている。ホーム独自の「防災マニュアル」を作成し、水やアルファ米、副食の缶詰などの備蓄品も3日分を保管し、災害時に備えている。 | | |
| 「個人情報保護規程」「個人情報保護方針」に基づいて、情報を運用管理している | | |
| 法人で定めた「個人情報保護規程」および「個人情報保護方針」に基づいて、情報を運用管理している。個人情報保護方針は、ホームページでも公開している。法人で文書管理規程を策定しており、共通のルールに基づき、ファイルごとに保存期限を設定している。外部記憶媒体は法人登録済みのUSB以外は使用できない設定しており、また、パソコンはID・パスワードを法人で設定し、各職員へ個別に通知している。採用時研修でも個人情報保護について教育指導している。 | | |
| カテゴリー5 | | |
| 5 職員と組織の能力向上 | | |
| サブカテゴリーアイテム(5-1) | | |
| 事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成・定着に取り組んでいる | | サブカテゴリーメインの標準項目実施状況 12/12 |
| 評価項目1 事業所が目指していることの実現に必要な人材構成にしている | | 評点(○○) |
| 評価 標準項目 | | |
| ●あり ○なし | 1. 事業所が求める人材の確保ができるよう工夫している | <input type="radio"/> 非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 事業所が求める人材、事業所の状況を踏まえ、育成や将来の人材構成を見据えた異動や配置に取り組んでいる | <input type="radio"/> 非該当 |
| 評価項目2 事業所の求める人材像に基づき人材育成計画を策定している | | 評点(○○) |
| 評価 標準項目 | | |
| ●あり ○なし | 1. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)が職員に分かりやすく周知されている | <input type="radio"/> 非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)と連動した事業所の人材育成計画を策定している | <input type="radio"/> 非該当 |

評価項目3

事業所の求める人材像を踏まえた職員の育成に取り組んでいる

評点(○○○○)

| 評価 | 標準項目 | |
|---------|-----------------------------------------------------|---------------------------|
| ●あり ○なし | 1. 勤務形態に関わらず、職員にさまざまな方法で研修等を実施している | <input type="radio"/> 非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 職員一人ひとりの意向や経験等に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している | <input type="radio"/> 非該当 |
| ●あり ○なし | 3. 職員一人ひとりの育成の成果を確認し、個人別の育成(研修)計画へ反映している | <input type="radio"/> 非該当 |
| ●あり ○なし | 4. 指導を担当する職員に対して、自らの役割を理解してより良い指導ができるよう組織的に支援を行っている | <input type="radio"/> 非該当 |

評価項目4

職員の定着に向け、職員の意欲向上に取り組んでいる

評点(○○○○)

| 評価 | 標準項目 | |
|---------|----------------------------------------------------------------|---------------------------|
| ●あり ○なし | 1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価と待遇(賃金、昇進・昇格等)・称賛などを連動させている | <input type="radio"/> 非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、職場環境・健康・ストレスなど)を把握し、安心して働き続けられる職場づくりに取り組んでいる | <input type="radio"/> 非該当 |
| ●あり ○なし | 3. 職員の意識を把握し、意欲と働きがいの向上に取り組んでいる | <input type="radio"/> 非該当 |
| ●あり ○なし | 4. 職員間の良好な人間関係構築のための取り組みを行っている | <input type="radio"/> 非該当 |

サブカテゴリー2(5-2)

組織力の向上に取り組んでいる

サブカテゴリー毎の
標準項目実施状況

3/3

評価項目1

組織力の向上に向け、組織としての学びとチームワークの促進に
取り組んでいる

評点(○○○)

| 評価 | 標準項目 | |
|---------|--------------------------------------------------------------|---------------------------|
| ●あり ○なし | 1. 職員一人ひとりが学んだ研修内容を、レポートや発表等を通じて共有化している | <input type="radio"/> 非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに話し合い、サービスの質の向上や業務改善に活かす仕組みを設けている | <input type="radio"/> 非該当 |
| ●あり ○なし | 3. 目標達成や課題解決に向けて、チームでの活動が効果的に進むよう取り組んでいる | <input type="radio"/> 非該当 |

カテゴリー5の講評

法人独自の求人サイトを有しており、ホームページが求める人材の確保につなげている

法人独自の求人サイトを有しており、ホームページや求人専門雑誌などを活用し、人材確保に取り組んでいる。新卒採用は法人本部がおこなうが、非常勤職員の募集・採用は、事業所責任者の裁量に任せられている。求人広告の内容を精査し、ホームページが求める人材の確保につなげている。業績管理表にて職員個々の仕事の取り組みを把握し、正社員はコンピテンシーに基づき評価し、給与に反映されている。法人のキャリアアップ申告で異動希望なども把握し、適材適所の人員配置に取り組んでいる。

職員の知識の取得や技術向上に積極的に取り組んでいる

職員個々の希望や知識・技術の習熟度に合わせて、必要な研修に派遣し、学ぶ機会を設けている。今年度、内部研修では、ケアプランの作成について学んでいる。アセスメント→原案作成→サービス担当者会議→ケア→モニタリング→再アセスメントの一連の流れを再確認している。フォーマル・インフォーマルのサービスを使い、他職種と連携し、日々のケアをおこなうことも確認し合った。8月はリスクマネジメント研修に参加し、事故原因ワースト1の服薬事故の防止について学んでいる。

働きやすい環境づくりに努め、職員一人ひとりへのサポートにも力を入れている

管理者は、職員個々との日々のコミュニケーションを大切にし、随時、面談を実施し、モチベーションアップを図っている。外国语の技能実習生も2名配置されており、ホームに配属後1年が経った頃で必要業務の習得はできているため、生活面でのフォローもおこなっている。ストレスチェックもおこない、高ストレス者には医師の診察を促している。法人全体で、1年間の取り組みをまとめ、報告するという「事例研究発表会」の機会があり、その参加を通してチーム力を高め、やる気向上につなげている。

| カテゴリーアイ | | | | | | | |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7 | 事業所の重要課題に対する組織的な活動 | | | | | | |
| | <p style="text-align: center;">サブカテゴリーアイ(7-1)</p> <p>事業所の重要課題に対して、目標設定・取り組み・結果の検証・次期の事業活動等への反映を行っている</p> | | | | | | |
| | <p>評価項目1</p> <p>事業所の理念・基本方針の実現を図る上での重要課題について、前年度具体的な目標を設定して取り組み、結果を検証して、今年度以降の改善につなげている(その1)</p> <p>前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)</p> <p>ホームページの更新頻度を増やし、積極的にホームの情報公開をおこなうことを重点目標とした。ブログ更新は、1日、多くて3件、1か月で70~80件を目指した。ブログを書くことで、職員の活動への意識付けを図った。法人のホームページの更新頻度のランキングで、上位に入つたことで、職員のモチベーションアップにもつながった。また、ホームページで、日常の利用者の様子を発信することで、家族の安心につながった。特に仕事が多忙でホームに来れない人は、ブログを見て、ホームの活動内容を知ることができる。ブログ掲載を多くしたことで、職員の評価もあがり、賞与にも反映された。今後もこの取り組みを継続していくこととしている。</p> | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td style="vertical-align: top;">目標の設定と取り組み</td><td> <input checked="" type="radio"/> 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った <input type="radio"/> 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった <input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった </td></tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">取り組みの検証</td><td> <input checked="" type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った <input type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていないかった(目標設定を行っていない場合も含む) <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である </td></tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">検証結果の反映</td><td> <input checked="" type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた <input type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である </td></tr> </table> | 目標の設定と取り組み | <input checked="" type="radio"/> 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った <input type="radio"/> 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった <input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった | 取り組みの検証 | <input checked="" type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った <input type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていないかった(目標設定を行っていない場合も含む) <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である | 検証結果の反映 | <input checked="" type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた <input type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である |
| 目標の設定と取り組み | <input checked="" type="radio"/> 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った <input type="radio"/> 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった <input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった | | | | | | |
| 取り組みの検証 | <input checked="" type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った <input type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていないかった(目標設定を行っていない場合も含む) <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である | | | | | | |
| 検証結果の反映 | <input checked="" type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた <input type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である | | | | | | |
| | <p>評価項目1で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評</p> <p>前年度、6月頃よりホームページの内容の充実に取り組んだ。ホームページは、写真を多用し、食事作り・食事外出・レクリエーションなどの日々の活動情報を提供している。写真が豊富であるため、ホームに入居することでどのような生活を送ることができるのか、利用希望者はホームページを通じて知ることができる。写真に対する文章を増やすことで、より利用者の様子が詳しく分かるようになり、多い日には1日4回更新していた。</p> | | | | | | |

評価項目2

事業所の理念・基本方針の実現を図る上で的重要課題について、前年度具体的な目標を設定して取り組み、結果を検証して、今年度以降の改善につなげている(その2)

前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)

職員育成では、法人エリアの規模を活用した「成長機会の提供」を重点目標とした。グループホーム事業部で、主任を対象に交換研修をおこなった。1日他ホームに研修で入ることで、自事業所でのより良い支援について考える切っ掛けとなった。また、視野を広げることができた。食器の消毒の仕方が、当ホームより丁寧で念入りだったため、消毒の仕方について再考する切っ掛けとなった。次年度は、隣接の同一法人特養の協力を得て、職員のスキル向上を図っていきたいと考えている。

| | |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 目標の設定と取り組み | <input checked="" type="radio"/> 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った <input type="radio"/> 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった <input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった |
| 取り組みの検証 | <input checked="" type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った <input type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていないかった(目標設定を行っていない場合も含む) <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である |
| 検証結果の反映 | <input checked="" type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた <input type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である |

評価項目2で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

前年度の取り組みの成果により、今年度は、隣接の同一法人特別養護老人ホームの施設長に相談し、特養配属の理学療法士の協力を得ることにした。特養配属の理学療法士にグループホームに来所してもらい、回復期の脚力向上のプログラムを作成してもらい、そのマニュアルを職員に周知した。今年度はコロナ感染症予防の対策としてリハビリの導入を中止せざるを得ない状況下で、隣接の特養と連携することで、利用者の回復に寄与することができた。今後も、隣接の特養と連携し、職員のスキル向上に取り組んでいくこととしている。

Ⅱ サービス提供のプロセス項目(カテゴリー6-1～3、6-5～6)

| No. | 共通評価項目 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------|----------|------|--|--|---------|----------------------------------|-----------------------|-----|---------|---------------------------------------------|-----------------------|-----|---------|----------------------------|-----------------------|-----|---------|-----------------------------------------------|-----------------------|-----|
| 1 | 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(○○○○) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td><td>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</td><td><input type="radio"/></td><td>非該当</td></tr> <tr> <td>●あり ○なし</td><td>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</td><td><input type="radio"/></td><td>非該当</td></tr> <tr> <td>●あり ○なし</td><td>3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している</td><td><input type="radio"/></td><td>非該当</td></tr> <tr> <td>●あり ○なし</td><td>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</td><td><input type="radio"/></td><td>非該当</td></tr> </tbody> </table> | | | 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 | <input type="radio"/> | 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 | <input type="radio"/> | 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 | <input type="radio"/> | 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 | <input type="radio"/> | 非該当 |
| 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 | <input type="radio"/> | 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 | <input type="radio"/> | 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 | <input type="radio"/> | 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 | <input type="radio"/> | 非該当 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サブカテゴリー1の講評 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ブログを頻繁に更新しており、ホームの日常の様子を情報提供している ホームページ・ブログを通して、当ホームの情報を提供している。食事作りやレクリエーション、役割支援の様子などを写真を多用して情報公開しており、多い日には1日3～4回更新している。その結果、閲覧数も増加し、毎月法人内で実施しているホームページ・更新ランキングでも上位となっている。写真の掲載が多いため、ブログを通じて入居後の暮らしのイメージを持つことができる。ブログの更新は正社員が主におこなっているが、今後は非常勤職員もブログづくりを担ってもらうことを考えている。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 今年度中に新しいパンフレットを作成し、今後関係各所へ配布する予定である 使用していたパンフレットが古いものであったことから、今年度、パンフレットの改定に取り組んでいる。新型コロナウィルスの影響により積極的な営業活動はできないが、新型コロナ収束後、新しいパンフレットを関係各所に持参し、挨拶周りをしたいと考えている。訪問調査時点では居宅支援事業所や地域包括支援センター等からの空き情報の問い合わせに回答しており、待機者は7名であった。また、入退居状況の実績報告を毎月区役所に提出し、要請に応じて必要な情報を提供するようにしている | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一法人の隣接事業所との連携により、入居希望者に最も適した施設をすすめている 同一法人の特別養護老人ホームおよびデイサービスが隣接しており、各事業所の特色に基づいて利用希望者を紹介し合っている。今年度は、デイサービスの利用者が入居につながった。また、特養に申し込みに来られたが、介護度が低く、特養の入居が難しい方を当ホームに紹介してもらった。電話での問い合わせや見学希望には隨時対応している。今年度、感染予防の観点から見学案内は実施していないが、玄関口から少しフロアの様子を見てもらっている。生活保護の方も受け入れている。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 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 | | <input type="radio"/> 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 | | <input type="radio"/> 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 | | <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(○○○○) | | |
| 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 | | <input type="radio"/> 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 | | <input type="radio"/> 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 | | <input type="radio"/> 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 | | <input type="radio"/> 非該当 |
| サブカテゴリー2の講評 | | | |
| 入居可となった場合、自宅を訪問して契約内容や料金等について説明し、同意を得ている 訪問調査時点(2020年12月)で、待機者は7名である。空床発生時、待機者の自宅や本人がいる場所(病院など)を訪れ、本人の状態を確認したうえで入居の可否を検討している。入居可能となった場合に本人または家族の意思確認をおこない、再度自宅を訪問している。契約書や重要事項説明書・料金表などの内容を説明し、同意をいただいたうえで入居日を決定している。また、入居前に管理者と計画作成担当者2名で本人へのアセスメントをおこない、また、それぞれの希望を確認している。 | | | |
| 落ち着かない利用者には、不安感を軽減できるような対応を個別に検討している 認知症の症状により、入居後に精神的に不安定になったり、帰宅要求を繰り返すケースもある。「家に帰らないといけない」と頻繁に訴える方には、家族と対応方法を検討し、「(家族は)出張で家にいません」など、職員間で声かけの方法を統一し、不安感を増長しないようにしている。また、不安な時に家族と連絡が取れるよう、携帯電話を持っている方もいる。本人の訴えを問題として捉えるだけでなく、どのような時に穏やかで、どのような時に不穏になるかを情報収集し、落ち着いた暮らしができるよう支援している。 | | | |
| 病院等とカンファレンスをおこない、本人にとって最善の移行先を協議している 前年度の退居者数は7名であり、福祉施設・保健施設への入所、医療機関への入院、永眠などが退居理由となっている。今年度は、精神面の不調を理由として、精神科病院に入院となった方がいる。その際には、家族と、病院のケースワーカー、ホームの管理者・事業部部長がカンファレンスをおこない、本人にとって何が必要か、最善の方法を選択できるよう協議した。その結果、医療型施設へ入居することになった。病院や他施設への入居が決まった際には、当ホームでの様子や介護の状況を先方に伝え、支援の継続性に配慮している。 | | | |

| 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 | 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(○○○) | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th><th>標準項目</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td><td>1. 利用者的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></tr> <tr> <td>●あり ○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></tr> <tr> <td>●あり ○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></tr> </tbody> </table> | | 評価 | 標準項目 | ●あり ○なし | 1. 利用者的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 | ●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 | ●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 ○ 非該当 ○ 非該当 |
| 評価 | 標準項目 | | | | | | | | | |
| ●あり ○なし | 1. 利用者的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 | | | | | | | | | |
| ●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 | | | | | | | | | |
| ●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 | | | | | | | | | |
| 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(○○○) | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th><th>標準項目</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○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></tr> <tr> <td>●あり ○なし</td><td>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</td></tr> <tr> <td>●あり ○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></tr> </tbody> </table> | | 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 | ●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 | ●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 ○ 非該当 ○ 非該当 |
| 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 | | | | | | | | | |
| ●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 | | | | | | | | | |
| ●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 | | | | | | | | | |
| 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(○○) | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th><th>標準項目</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○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></tr> <tr> <td>●あり ○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></tr> </tbody> </table> | | 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きみがある | ●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 ○ 非該当 | | |
| 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きみがある | | | | | | | | | |
| ●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 | | | | | | | | | |
| 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(○○) | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th><th>標準項目</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○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></tr> <tr> <td>●あり ○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></tr> </tbody> </table> | | 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 | ●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 ○ 非該当 | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| ●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 | | | | | | | | | |
| サブカテゴリー3の講評 | | | | | | | | | | |
| <p>ケアプランでは具体的な短期目標を挙げ、本人に適したサービス内容を設定している</p> <p>一人ひとりのケアプランは、各フロアの計画作成担当者が作成している。ケアプラン立案後は、長期目標2年、短期目標1年を基本とし、計画の内容を見直ししている。利用者の状態に変化があったり、病院から退院した際には、新しいケアプランを立案している。短期目標では、〔下剤を使用せずに排便を出す〕〔安全安心に移乗動作をすることができる〕〔食べこぼしなく完食することができる〕など、本人にとって必要な項目を挙げ、短期目標に応じたサービス内容を設定している。また、週間サービス計画表では、曜日毎の支援内容を記載している。</p> <p>今年度は家族の意向確認やケアプランの説明を、電話連絡にて行っている</p> <p>今年度は、家族の面会制限をしているため、家族の意向を把握することが難しい。そのため、電話で意向を確認し、ケアプランの内容を説明したうえで、ケアプランを郵送している。ケアプランの「利用者及び家族の生活に対する意向欄」には、「変わらないことが何よりです」「大きな病気なく、安心して過ごしてほしい」など、本人や家族の言葉をそのまま記載している。また、意向を確認した日付を記載している。本人や家族の意向を反映したケアプランの作成に努めている。</p> <p>日誌や申し送りノート、ユニット会議などを通じて、職員間で情報共有している</p> <p>早番や遅番、夜勤等のシフトで勤務しているため、「日誌」や「申し送りノート」を活用して、勤務していなかったときの利用者の情報や業務の変更等について情報を収集している。利用者の日々の特変事項は「日誌」、業務上の伝達事項は「申し送りノート」を使っている。また、パソコンソフトの「掲示板」機能を利用した申し送りもある。次年度より記録ソフトを変更予定であり、より記録と情報共有がしやすいシステムになる予定である。そのほか、シフト交代時の口頭による申し送りやユニット会議を通じて、職員間で情報共有している。</p> | | | | | | | | | | |

| サブカテゴリー5 | | サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 5/5 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| 5 | プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重 | |
| 評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している | | 評点(○○○) |
| 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 | <input type="radio"/> 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 | <input type="radio"/> 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 | <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(○○) |
| 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) | <input type="radio"/> 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 | <input type="radio"/> 非該当 |
| サブカテゴリー5の講評 | | |
| 『個人情報同意書』を用い、写真や情報の取扱い方法について意向を確認している 法人全体でホームページ(ブログ)の内容充実に取り組んでおり、利用者の写真を使用する機会が多い。そのため、『個人情報利用同意書』を用いて、利用者家族の意向を確認している。当ホームは1日に何度もブログを更新していることから、掲載可否の一覧表を作り、すぐに確認できるようにしている。『個人情報利用同意書』では、【計画書の作成やサービス担当者会議等における必要な情報提供】[入院・受診・往診・訪問看護等の際の、救急隊や医療機関等への情報提供]等、個人情報を使用する場合を例示している。 | | |
| 本人の言動を否定せず、行動に至る理由も含めて尊重しながら対応している 必ずノックや声をかけ、利用者の了承を得て、入室するようにしている。収集癖がみられる利用者に対して、本人の気持ちを尊重し、否定せずに対応するよう心がけている。ティッシュペーパーを集めてタンスにぎっしり詰めている方もいるが、それが利用者の安心につながる面もあるため、衛生に配慮しつつ、本人の行動を尊重している。毎年、「虐待の芽チェックリスト」を用いて、自分の言動について振り返る機会を設けている。また、不適切な声かけや対応を見かけた際には、管理職がその都度注意している。 | | |
| トイレ誘導や入浴介助時には、自尊心や羞恥心に配慮しながら対応している 18名の利用者のうち、排泄介助を要する方は約67%である。トイレへの誘導時には、他の利用者に聞こえないよう配慮するようしている。トイレは各フロアに3か所ずつである。車いすを使用していても、十分に扉を閉めることができるトイレもあり、プライバシーや羞恥心に配慮することができる。個浴にてマンツーマンで入浴支援をおこなっており、他者に見られることなく安心して入浴できる。羞恥心や自尊心から、排泄介助や入浴を拒否されるときもあるが、声かけを工夫したり、同性の職員が対応したりと、本人に適した方法を模索して対応している。 | | |

| 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(○○○) | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;">評価</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">標準項目</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">●あり ○なし</td> <td style="padding: 5px;">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</td> <td style="padding: 5px;"><input type="radio"/> 非該当</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">●あり ○なし</td> <td style="padding: 5px;">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</td> <td style="padding: 5px;"><input type="radio"/> 非該当</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">●あり ○なし</td> <td style="padding: 5px;">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</td> <td style="padding: 5px;"><input type="radio"/> 非該当</td> </tr> </tbody> </table> | | | | 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 | <input type="radio"/> 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 | <input type="radio"/> 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 | <input type="radio"/> 非該当 |
| 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 | <input type="radio"/> 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 | <input type="radio"/> 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 | <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(○○) | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;">評価</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">標準項目</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">●あり ○なし</td> <td style="padding: 5px;">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</td> <td style="padding: 5px;"><input type="radio"/> 非該当</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">●あり ○なし</td> <td style="padding: 5px;">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</td> <td style="padding: 5px;"><input type="radio"/> 非該当</td> </tr> </tbody> </table> | | | | 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 | <input type="radio"/> 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 | <input type="radio"/> 非該当 | | | |
| 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 | <input type="radio"/> 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 | <input type="radio"/> 非該当 | | | | | | | | | | | | | |
| サブカテゴリー6の講評 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ホーム独自のマニュアルや事業部共通のマニュアルを用いて、業務の統一を図っている ホーム独自に作成しているマニュアルや業務フロー、法人内グループホーム事業部共通のマニュアルを用いて、業務の標準化に取り組んでいる。事業部共通のマニュアルは、順次新しいものを作成しており、今年度は「防災マニュアル」「技能実習生受け入れ育成マニュアル」を作成している。「技能実習生受け入れ育成マニュアル」は、研修プログラムの内容、研修スケジュール(6か月)、評価基準表(入浴介助・食事介助・排泄介助・移乗・移動・体位交換)を記載している。グループホーム事業部で統一し、ノウハウの水平展開を図っている。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 感染予防対策委員会を開催し、コロナウィルス予防への再確認を実施した ユニット毎に「入居者の一覧表」を作成している。同一覧表には、食事・排泄・入浴等の支援方法、コミュニケーションの特徴、利用者ができることなどである。9人分の情報を1枚で見ることができるため、支援方法に迷ったときに、いつでも確認できる。4月には新型コロナウィルス感染予防対策委員会を開催し、感染予防対策の話し合いの場を設けた。職員の休憩場所、ユニット間の職員の移動などについて検討した。また、法人からの伝達事項や新型コロナウィルス発生時フローを確認し合った。出勤前・出勤時・退勤時の健康チェックは継続実施している。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 新卒・中途採用職員が業務を習得できるよう、教育体制づくりに取り組んでいる 今年度の新卒者の新人研修は、コロナウィルスの影響により4～5月に自宅でのWeb研修となり、実際の現場配属は6月からであった。また、介護未経験の職員が多く入職し、教育や定着に注力した。新人職員には、プリセプターとなる職員を配置し、業務や介護内容の教育をおこない、日常的に相談しやすい体制を整えた。また、新卒・中途の教育プログラムを作り、入職1か月目、2か月目、3か月目の教育内容を明らかにしている。自己・他者チェックにより、必要業務を着実に習得できるようにしている。 | | | | | | | | | | | | | | | |

III サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

| サービスの実施項目 | | サブカテゴリー4 標準項目実施状況 23/23 | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------|------|---------|---------------------------------------------------|---------|------------------------------------|---------|------------------------------------------------|---------|-----------------------------------------------------|
| 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(○○○) | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th><th>標準項目</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td><td>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</td></tr> <tr> <td>●あり ○なし</td><td>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</td></tr> <tr> <td>●あり ○なし</td><td>3. 関係職員が連携をとって、支援を行っている</td></tr> </tbody> </table> | | 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 | ●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 | ●あり ○なし | 3. 関係職員が連携をとって、支援を行っている | | |
| 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 | | | | | | | | | | |
| ●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 | | | | | | | | | | |
| ●あり ○なし | 3. 関係職員が連携をとって、支援を行っている | | | | | | | | | | |
| 評価項目1の講評 | | | | | | | | | | | |
| ユニット会議でより良い支援に向け、職員間で意見交換している ユニット会議を毎月開催し、利用者一人ひとりの支援方法について検討している。夜間の睡眠状況、排泄ケアの方法、転倒リスク、声かけの方法、食事の摂取状況、不穏時の対応、薬変更後の経過など、話し合う内容は幅広い。利用者個々に応じた課題や本人のストレングスを職員間で意見交換し、より最適なケアができるよう取り組んでいる。開所して4年が経過し、開設当初に入居した方の身体状況の低下もみられる。本人の状態の変化を見極めながら、体操や趣味活動を取り入れ、できるだけ状態を維持できるよう支援している。 | | | | | | | | | | | |
| 24時間の利用者の気分のパターンやその時の状況を記録し、支援に生かしている 「24時間生活変化シート」を用いて、24時間の気分の変化のパターンを把握している。本人の気分を[非常に良い]から[非常に悪い]までの、どのあたりにあたるのかチェックしている。また、良い(悪い)気分のときはどのような場面の時であるか、影響を与えると考えられること、その時に支援してほしいことなどを記録し、いつどのような支援をすればよいかのヒントとしている。記録していく中で、役割があることで活気がみられることや、どのような声かけに拒否がみられるのか等を把握でき、本人らしく暮らせるよう支援に生かしている。 | | | | | | | | | | | |
| ホーム内外の職員や関係機関と連携し、利用者の暮らしや健康を支えている ホーム内では、これまで交流が少なかったフロア間のコミュニケーション量を増やすことに取り組んだ。フロア間の人間関係が良好になることで、ストレス面の解消にもつながり、仕事へのモチベーションが上がっている様子もみられる。外部との連携では、月に2度の往診、週に1度の訪問看護師、訪問リハビリテーション、薬剤師、訪問理美容等がある。これらの地域の関係機関と連携し、利用者の暮らしや健康を支えている。今年度は感染症予防のため、訪問リハビリテーションと訪問理美容を中止したが、隣接する特養の理学療法士との連携を強めた。 | | | | | | | | | | | |
| 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(○○○○) | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th><th>標準項目</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td><td>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</td></tr> <tr> <td>●あり ○なし</td><td>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</td></tr> <tr> <td>●あり ○なし</td><td>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</td></tr> <tr> <td>●あり ○なし</td><td>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</td></tr> </tbody> </table> | | 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 | ●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 | ●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 | ●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 |
| 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 | | | | | | | | | | |
| ●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 | | | | | | | | | | |
| ●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 | | | | | | | | | | |
| ●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 | | | | | | | | | | |
| 評価項目2の講評 | | | | | | | | | | | |
| 前向きな暮らしに繋がるよう、食事の一連の流れの中でできることを促している これまで、朝食および夕食が湯銭によるクックチル方式、昼食は献立に基づいた食材が送られてくる方式であったが、今年度は感染症予防のため、全食クックチル方式に変更している。食事レクリエーションは継続しており、サンドイッチなど、普段の献立では出ないメニューを利用者と一緒に作り、楽しんでいる。お米を研いだり、汁物を作ったり、お茶を注いだり、食器を片付けたりなど、利用者ができるることは職員がフォローしながら実施している。手伝いをすることで役割を持ち、前向きな暮らしにつながっている。無理強いはしていない。 | | | | | | | | | | | |
| 利用者の状況はさまざまであり、フロア会議で個々の具体的な支援方法を検討している 認知症の症状や、身体能力の状況など、利用者の状態はさまざまであり、一人ひとりに適した介助をしている。ユニット会議では、利用者の状況について共有し、また、支援方法を話し合っている。口腔ケアについて、排泄の失敗状況と介入方法について、水分の提供方法についてなど、精神状況にも配慮しながら、検討内容は人それぞれである。水分摂取量が少ない利用者に対して[ゼリーで対応][ストローの野菜ジュースなら飲む][ぬるめのレモンティーが好き]など、日常生活で本人の嗜好を把握し、具体的な支援方法を職員間で共有している。 | | | | | | | | | | | |
| 家族の状況や希望に応じて、日用品の購入や介護保険の手続きなどを代行している 介護保険の更新申請、変更申請など、家族の状況や要請に応じて当ホームで代行している。今年度、行政の新型コロナウィルス対策の一環として、介護保険証の有効期限が切れた方が1年間延長できることとなり、該当者について当ホームで申請手続きを実施した。また、排泄用品(パッドやおむつ)に関して区が一部助成する制度を活用し、申請や変更手続きなどをおこなっている。本人が使用する歯ブラシなどの消耗品は個人負担となっている。家族の事情で購入して持つて来ることができない場合には、ホームで立替えて購入している。 | | | | | | | | | | | |

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(○○○○)

| 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 | <input type="radio"/> 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 | <input type="radio"/> 非該当 |
| ●あり ○なし | 3. 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などしきみを整えている | <input type="radio"/> 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 | <input type="radio"/> 非該当 |

評価項目3の講評

往診医や訪問看護等との連携により、利用者の健康管理に取り組んでいる

1か月に2度の医師の往診、および、週に1度の訪問看護等と連携し、利用者の健康管理に取り組んでいる。往診時以外であっても、利用者の体調不良時には24時間体制で連絡することができ、必要に応じて指示を仰いでいる。往診内容や訪問看護師の処置や助言内容は、所定の書類に記載してもらうことで、職員と情報共有ができるようにしている。また、利用者の急変時に備え、入居時に『緊急時の意向確認書』を家族と取り交わしている。延命治療を望むか否かを選択し、搬送先の希望病院を記載してもらうことで、緊急時の判断材料としている。

外出活動を自粛したことから活動量が減り、体操の時間を増やすなどの対策を講じた

今年度は新型コロナ禍により、外出活動を自粛している。これまでには、買い物に出かけたり、散歩することで、自然と体を動かすことができていたが、ホーム内の活動が中心となり、運動量が低下している。そのため、体操の時間を増やすなどの対策を講じた。また、新型コロナウイルス感染症予防対策委員会では、まずは職員の健康管理について取り決めしている。ユニット間の行き来を中止したり、車通勤を一時的に可能としたり、出勤前・出勤時・退勤時の検温を徹底するなど、対策を講じている。

薬剤師が積極的に介入しており、内服薬は利用者個々の服薬支援口ボを導入している

当ホームでは、薬剤師が積極的に関わり、往診の際に同席している。その際には、医師に薬に関する意見を伝えており、処方内容に反映されている。また、内服薬の管理には、利用者毎に「服薬支援口ボ」を導入している。服薬時間帯を分けて、個別の服薬支援口ボに薬剤師がセットするため、職員が薬をセットすることはない。服薬時間になると画面と音声で知らせてくれるため、誤薬の軽減につながっている。与薬をする際には、必ず薬包に書かれた名前や薬の時間帯(朝食後・夕食後など)を読み上げ、さらなる誤薬防止対策としている。

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(○○○)

| 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 | <input type="radio"/> 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 | <input type="radio"/> 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 | <input type="radio"/> 非該当 |

評価項目4の講評

一人ひとりのしたいことや生活リズムを大切に、フロア内の活動をサポートしている

ホームでの過ごし方は、基本的に自由であり、本人のやりたいことや生活リズムを大切にしている。脳トレ、折り紙、手工芸、習字など、内容はそれぞれである。手工芸や装飾作りは季節に合わせて作成し、フロア内に飾っている。いつも「刺し子」に取り組んでいる方がおり、作品が完成した際には、利用者が自然と集まり「凄い！」と声をかけられている。他者からの評価もモチベーションにつながっている。また、居室にこもりがちな利用者には、本人の意向を尊重しながらも、少しでも活動量を増やせるように声かけや働きかけしている。

利用者同士が楽しく関わることができるよう、職員が仲介しながら対応している

利用者同士楽しく関わることができるように取り組んでいる。利用者数名で楽しむ機会は多く、特におやつ作りや食事作りの際には、職員が間に入りながら利用者同士の関わりを楽しんでいる。たこ焼きと一緒に焼いた際には、においにつられて他の利用者も参加し始める場面もみられた。そのほか、利用者同士でオセロをしたり、お喋りに花を咲かせたりする場面がみられる。フロアによって、利用者同士のトラブルが発生する場合があるが、職員が未然に介入し、気持ちを紛らわせたり、ストレスが増大する原因にアプローチをしている。

倉庫が少なく物品の管理が厳しい状況の中、試行錯誤しながら整理整頓している

今年度は新型コロナウイルスの関係で例年に増して感染症対策をする必要があり、緊急時に備えた物品(消毒薬や予防着等)を補充した。当ホームには倉庫が少なく、物品を保管できる場所がない状況であるが、職員の動線や利用者の居住空間に支障がない範囲で試行錯誤しながら置き場所を作った。清掃や整理整頓は、「清掃マニュアル」に基づき実施しており、トイレやフロアが清潔に保持できるよう取り組んでいる。また、冬場の感染症の流行期には加湿器をレンタルし、室内の換気にも取り組みながら、適度な湿度を保つことができるよう調整している。

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 | <input type="radio"/> 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 | <input type="radio"/> 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 | <input type="radio"/> 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、事業所できることを説明しながら、方針を共有している | <input type="radio"/> 非該当 |

評価項目5の講評

リモート面会や窓越し面会ができるようにし、少しでも家族と利用者が会えるようにした

家族の面会は基本的に自由である。家族の仕事等の都合により、朝早く来られる方、仕事が終わってから来られる方など、さまざまであり、柔軟に対応できるようにしている。毎日のように面会に来られる方はおらず、多くて1週間に1度か2週間に1度となっている。面会時には、利用者の近況を伝えるようにしている。今年度は新型コロナウィルスの影響により面会は全面的に中止であるが、リモート面会や窓ガラス越しの面会とした。また、電話やメールを用いて近況報告することで、面会ができない辛さをフォローできるように取り組んでいる。

毎月「お便り」を請求書と一緒に郵送し、当ホームの活動や生活の様子を伝えている

当ホームには大勢が集えるスペースがないことから、家族を交えたイベントを開催することは難しいが、隣接のデイサービスのフロアを借り、年2回の家族会を実施している。前年度の家族会では、当ホームの活動報告や意見交換の他、隣接する特別養護老人ホームの説明会を盛り込んだ。今年度はコロナウィルスの影響により中止となっている。また、毎月の請求書を郵送する際には、「お便り」を同封している。訪問理美容や感染症の情報、運営推進会議等の内容を伝えている。12月には、メッセージ付きのクリスマスカードを作成し、同封した。

希望があれば看取りケアを実施しており、本人らしい終末期が過ごせるよう努めている

当ホームでは、本人や家族の要望があれば看取りケアを実施している。そのため、『重度化した場合における対応に係る指針』を作成し、家族に説明している。指針には、当ホームの看取りケアの方針、対応可能なケア、協力医療機関との連携体制等についてまとめている。本人の回復が見込めないという医師の診断があり、当ホームの方針に本人や家族の同意が得られた場合に協力医療機関と連携し、本人らしい最期を迎えることができるよう支援している。今年度の看取りケアのケースはないが、前年度に1名看取りケアを実施した。

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 | <input type="radio"/> 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 | <input type="radio"/> 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 | <input type="radio"/> 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 | <input type="radio"/> 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 | <input type="radio"/> 非該当 |

評価項目6の講評

地域の情報を入手し、少しでも利用者に還元しようとしている

今年度は外食ができない状況の中、地域のピザ屋の企画に応募し、「無料ピザで地域支援」を受けることができた。普段食べることがないピザを食べ、「たまには、こういうのも美味しいね」「好きだから嬉しい」など、利用者からの声があががっている。また、普段は食が細い利用者が6枚も食べるなど、見た目や香りにつられるように食欲増進にもつながった。ユニット内での活動しかできない状況の中、地域の情報を得て、少しでも利用者に楽しんでもらおうとする姿勢がうかがえる。

今年度の外出活動や地域交流は中止であり、事業所内での活動内容の幅を増やしている

今年度は外出活動や地域との交流は全面的に中止となっているが、15分程度の散歩は取り入れている。例年であれば、スーパーへの買い物、カラオケ、外食、地域へのイベントへの参加、商店街への外出など、積極的に外出活動を取り入れることで、季節感を感じたり、地域住民との交流を図っている。外出活動の自粛はやむを得ないことであるが、気分転換の機会が減少していることから、ストレスを感じている利用者もいる中、事業所内で楽しめるように活動内容を工夫している。

運営会議は中止となったが、出席者には報告資料を郵送している

2か月に1度の『運営推進会議』の参加者は、家族・民生委員・地域包括支援センター・職員である。内容は、[入居者状況・要介護度について][活動報告][行事報告][事故報告][看取りケアの実施報告]などであり、参加者からの質疑に回答している。また、地域包括支援センターが主催するイベントやオレンジカフェ等の情報を得ることができており、必要に応じて利用者に還元している。今年度は、コロナウィルスの感染予防のため会議は中止としているが、報告資料はこれまで通り作成し送付することで、事業所の情報を伝えている。

| 事業者が特に力を入れている取り組み① | | |
|--------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 評価項目 | 6-4-3 | 利用者の健康を維持するための支援を行っている |
| タイトル① | | 隣接特養の理学療法士との連携体制ができ、利用者の歩行能力向上につなげた |
| 内容① | | 重度化した利用者への介護スキルの向上に取り組み、隣接する「沓掛ホーム(特養)」の理学療法士の力を借りることができた。身体状況の変化から歩行が難しくなった利用者に対し、「以前の歩行状態まで回復していただきたい」という職員の気持ちがあり実現した連携である。実際にホームで歩行の様子を確認してもらい、介護職がすぐに実践できる脚力向上のプログラムを提案してもらうことができた。今年度、外部からの訪問リハビリテーションを中止した状況下において、特養と連携が実現し、利用者の機能回復に寄与することができた。 |

| 事業者が特に力を入れている取り組み② | | |
|--------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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② | | 面会制限をする中、ブログの更新数を増やすことで家族からも喜ばれている |
| 内容② | | 今年度は新型コロナウィルスの影響により、外出活動や家族の面会等、さまざまな点で制限を受けている。当ホームでは少しでも室内でのプログラムを充実させたり、身体を動かす機会を増やしたりと、工夫を凝らして取り組んだ。その内容をブログに掲載し、更新数を上げている。多い日で1日3~4回更新している。ブログを閲覧している家族は多く、閲覧数も上がっている。面会ができない状況下でも、本人の表情やホームの活動の様子が分かるため、家族は喜んでおり、安心につなげている。 |

| 事業者が特に力を入れている取り組み③ | | |
|--------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 評価項目 | 6-3-4 | 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 |
| タイトル③ | | 個別カンファレンスやフロア会議を開催し、利用者について話し合う機会を増やしている |
| 内容③ | | 今年度より、ユニット会議の定期化（毎月）、随時実施する個別カンファレンス等で、利用者の生活上の課題やストレス、支援方法について話し合う機会を増やしている。ユニット会議では、排泄問題、睡眠状況、居室内の整理整頓の課題、認知症症状に対する対応、リスク対策など、一人ひとりの課題を取り上げ、出席した職員間で検討している。話し合いを重ねることで、利用者に向き合う姿勢への理解を深め、個別ケアのさらなる充実に取り組んでいる。 |

| No. | 特に良いと思う点 | |
|-----|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | タイトル | 環境面の工夫や声かけにより、自分でできることをしてもらい、利用者の自立支援や役割支援につなげている |
| | 内容 | 本人の残存能力やストレンジス(強み)を生かして、できることをしていただけるよう働きかけている。針に糸を通すところだけを手伝ってボタン付けを自分でしていただいたり、新聞を畳んでもらったり、食器洗いをしてもらうなど、内容はさまざまである。今年度、食器を食器棚に戻す際に、腰をかがめて棚を閉めたり開けたりを繰り返す様子を見て、食器棚の中身が一目で分かるようにラベルを貼った。この工夫により、利用者自身の力で片付けがしやすくなり、活気ある暮らしに効果を奏している。 |
| 2 | タイトル | 認知症ケアへの意識を高く持ち、情報を集めて分析し問題点を抽出することで、課題解決に向けて語彙ている |
| | 内容 | 入居間もない利用者や、認知症により不穏行動がみられる利用者などを対象に24時間シートを用いて利用者の情報把握に努めている。利用者の行動や心身状態を24時間の時系列で一定期間記録することで、行動パターンを把握し、いつどのようなアプローチをすればよいかを見極めている。また、毎月開催しているユニット会議では、職員の介助に対する利用者の反応や、関わりが難しい場面を取り上げ、どのように対応していくか職員間で協議している。情報分析と話し合いを重ねることで、本人が穏やかに暮らせるよう支援している。 |
| 3 | タイトル | 利用者の権利擁護や尊厳保持の視点から、利用者が安心して暮らせるよう支援方法について探求している |
| | 内容 | 個別カンファレンスでは、安全を確保するため、利用者の問題行動について検討することが多くなってしまいがちであるが、管理者は、問題となる行動に対して否定するような声かけをせず、なぜそうするのか本人の気持ちに寄り添うことの大切さを伝え、利用者が穏やかに安心して暮らせるための支援方法について協議している。また、「認知症の理解」をテーマとした研修に職員を派遣し、認知症の利用者が落ち着いて暮らすための環境づくりについての学びも深めている。 |
| No. | さらなる改善が望まれる点 | |
| 1 | タイトル | 業務フローや研修内容の浸透を図り、ホーム全体のスキル底上げへのさらなる取り組みを期待したい |
| | 内容 | 今年度、業務フローを改定した。しかし、活用にまで至っておらず、一人ひとりの手順や手法が異なることが多いのが現状である。また、今年度は集合研修の実施ができないため、法人内グループホーム事業部全体で、オンライン研修を実施した。内容は、認知症や排泄、看取り等である。今後、業務フローの徹底や受講した研修の他職員へのフィードバックの仕組みをつくり、ホーム全体のスキル底上げへのさらなる取り組みを期待したい。 |
| 2 | タイトル | 利用者への考察力を深め、職員間の業務内容や支援方法のさらなる統一化を期待する |
| | 内容 | 職員の入退職が多かったことから、職員間の技術や知識・考え方の統一化を図るために、今年度は毎月のユニット会議の開催を徹底した。ユニット会議で、利用者支援に関する話し合いの時間を増やし、利用者一人ひとりの課題の検討や個別対応ができるよう浸透を図り、一定の成果が表れている。今年度の取り組みを継続し、より利用者への考察力を深め、職員間の業務内容や支援方法のさらなる統一化を期待する。 |
| 3 | タイトル | レクリエーションや近隣の散歩を通じて、身体機能の維持や向上のさらなる充実を期待する。 |
| | 内容 | 今年度は新型コロナウィルスの影響により、外出活動を縮小せざるを得ない状況である。そのため、ホーム内での生活が中心となり、活動量の低下がみられる利用者もいる。当ホームでは、清掃や洗濯たたみなど、生活リハビリの機会は多いと思われる。また、運動プログラムを増やすなどの努力をしている。今後も、グループ体操や体を動かすことができるレクリエーションを増やすと共に、気候の良い折には気分転換を兼ねた散歩の機会を増やせることを期待する。 |

