

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

〒 194-0204

所在地 東京都町田市小山田桜台2丁目5番地20-106

評価機関名 特定非営利活動法人 医療・介護情報ネットワーク

認証評価機関番号

機構 02 - 052

電話番号 042-797-5403

代表者氏名 理事長 片倉日出男



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	稲垣光江	H0502012	
	②	工藤陽子	H1801052	
	③			
	④			
	⑤			
	⑥			
福祉サービス種別	認知症対応型共同生活介護【認知症高齢者グループホーム】(介護予防含む)			
評価対象事業所名称	木曾東グループホーム園		指定番号	1393200421
事業所連絡先	〒	194-0036		
	所在地	東京都町田市木曾東1-37-36		
	Tel	042-785-5685		
事業所代表者氏名	管理者 神林洋史			
契約日	2020年 10月 8日			
利用者調査票配付日(実施日)	2020年 10月 9日			
利用者調査結果報告日	2020年 11月 10日			
自己評価の調査票配付日	2020年 10月 8日			
自己評価結果報告日	2020年 11月 10日			
訪問調査日	2020年 11月 30日			
評価合議日	2020年 12月 13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)	①利用者調査は、場面観察調査と併せて家族アンケート調査も実施した。②場面観察調査は、時間を短縮し、評価者2名で利用者の生活の様子と職員の関り方を観察し、アンケート調査は、事業所から家族に調査票を配布してもらい、回答は郵送により評価機関宛てに回収した。③事業評価では、経営層合議、職員自己評価、利用者調査等の結果データを評価項目ごとに2ページに集約し、「聴取したい事項」と「確認したい事項」をリストアップするなど、評価の作業時間の効率化に努めた。			

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。

2020年 12月 22日

事業者代表者氏名 社会福祉法人 創和会 理事長 西嶋公子



<p>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）</p>
<p>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）</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 私たちは利用者の気持ち・尊厳と自立を大切にします。</li> <li>2) 私たちは利用者の可能性を信じて、自己実現へ向けてサポートします。</li> <li>3) 私たちは身体拘束のない介護を目指します。</li> <li>4) 私たちは利用者と共に社会性豊かな暖かく安心できる生活環境を築いていきます。</li> <li>5) 私たちは地域社会と共生し、地域社会への貢献に努めます。</li> </ol>
<p>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）</p>
<p>(1)職員に求めている人材像や役割</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入居者本位で考えて行動できる人</li> <li>・入居者はもとより、職員間のコミュニケーションを大切にしていよい人間関係が築ける人</li> <li>・多少の困難があっても前向きに考えて自分のできることを実行できる人</li> <li>・お互いの良い点に着目して行動ができる人</li> </ul>
<p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入居者それぞれにあった生活の援助ができる人</li> <li>・法令を遵守し、かつ柔軟に対応できる応用力を備えていること</li> <li>・職員自身が自立した人間として成長できるよう学ぶ至誠を持ち続けること</li> </ul>

## 調査対象

在籍者18人全員を調査対象とし実施した。属性は、男性4人、女性14人、平均年齢87歳、平均要介護度2.94、平均入所期間2年9ヶ月、車椅子を常時使用する人2人、排泄介助を要する人14人であるが、全員が食堂で食事することが可能となっている。

## 調査方法

家族アンケート方式と場面観察方式を併用して調査した。家族アンケートは、事業所より利用者家族に配付してもらい、回答票は評価機関へ直接郵送する方式で実施した。場面観察は、コロナ禍でもあり、時間を短縮して評価者2名が11時から1時間観察した。

利用者総数	18
利用者家族総数(世帯)	18
共通評価項目による調査対象者数	18
共通評価項目による調査の有効回答者数	12
利用者家族総数に対する回答者割合(%)	66.7

## 利用者調査全体のコメント

総合的な感想では、「大変満足」が36%、「満足」55%、「どちらともいえない」9%で、「不満」、「大変不満」はなく、「満足」以上の回答が91%という高い満足度が得られた。この数値は昨年度と変わっていない。設問の肯定回答「はい」が高いのは、設問1「家族への情報提供はあるか」と設問3「職員の接遇・態度は適切か」の「はい」の回答は100%である。設問2「事業所の清掃、整理整頓は行き届いているか」と設問4「病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか」の「はい」の回答が92%、設問6「利用者の気持ちを尊重した対応がされているか」と設問10「利用者の不満や要望は対応されているか」の「はい」の回答が83%である。一方、「はい」の回答が低いのは、設問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」の「はい」の回答は42%に留まっている。

## 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》

Aさんが、リビングの椅子から一人で立ち、横に置いてある杖も持たずに不安定な状態で歩き始めた。職員は、すぐに手の出せる位置で付き添い「トイレですか」と声をかけるが、返事をせずトイレを通過する。突き当りのベランダの出入り口まで来るとカーテンを開けて外を見る。「どうされましたか」と職員が声をかけると「これでわかりました」とAさんが答える。職員は同じように見守り、二人でゆっくりと席に戻っていった。

《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》

歩行が不安定で杖を使用しているAさんだが、杖を忘れて歩き始めたところを職員が気づき、忘れたことを咎めるのではなく、安全に歩行できるように、いつでも手の出せる位置で見守っていた。職員は、Aさんの思いのまま動けるように配慮したことで、Aさんは自分が行きたい突き当りのベランダの出口までいくことができた。カーテンを開けたのは、カーテンの向こうはどうなっているのか気になったと思われる。カーテンを開けて外を見たことでAさんは納得し、思いが実現したように見受けられた。戻るときも同じように職員は口を出さずに見守りをしてくれたことで、Aさんは安心して自分の席に戻り、満足しているように感じた。

「評価機関としての調査結果」に対する事業者のコメント

入居者さんの日常の状態を把握していることで、すぐに介助した方がよいのか、何かあったときに介助できるように見守りでよいのかなどを判断ができた事例と考えられる。歩きはじめることも何かしら目的があることが多いので止めるのではなく、ご本人が納得できるように見守りができ、よい対応だったと思われる。時間やスタッフが違っていてもできるだけ、こうした対応ができるようにしていきたい。

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	12	0	0	0
回答者の全員が「はい」と答えている。「訪問した時・用事があり電話をした時でも、様子を伝えて下さいます」「月に1回、請求書にメモ書きでの連絡は入っているが、情報量は少ない」のコメントが寄せられている。				
2. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	11	1	0	0
回答者の92%が「はい」と答えている。「どちらともいえない」8%で、「いいえ」の回答者はいない。「いつも整理されて清潔です」のコメントが寄せられている。				
3. 職員の接遇・態度は適切か	11	1	0	0
回答者の92%が「はい」と答えている。「どちらともいえない」8%で、「いいえ」の回答者はいない。「基準がわからないので、『どちらともいえない』にした。加えてスタッフの定着が悪く、短期間で代わってしまうので『どちらともいえない』と返答せざるを得ない」のコメントが寄せられている。				
4. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	11	1	0	0
回答者の92%が「はい」と答えている。「どちらとも言えない」8%で、「いいえ」の回答者はいない。「体調が悪くなった時に、素早い対応をして下さり、ご連絡も頂き助かりました」「『悪い』とは言えないが、『信頼できる』とも言えないので、『どちらとも言えない』にした」のコメントが寄せられている。				
5. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	5	5	1	1
回答者の42%が「はい」と答えている。「どちらとも言えない」42%「いいえ」8%「無回答・非該当」8%である。「そのような話は聞いたことがないので、わかりません」「グループホームは認知症の人が入るところであるにもかかわらずスタッフにその意識が弱いように思う。加えてスタッフの知識不足・勉強不足を感じる」のコメントが寄せられている。				

6. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	10	1	1	0
回答者の83%が「はい」と答えている。「どちらともいえない」8%「いいえ」8%である。「無回答・非該当」の回答者はいない。「認知症はアルツハイマー型であれ、レビー小体型であれ、その人によって症状は個人によって異なる。その意識がスタッフに欠けていると感じる。勉強不足で、知識が不足しているのかもしれない」のコメントが寄せられている。				
7. 利用者のプライバシーは守られているか	9	2	0	1
回答者の75%が「はい」と答えている。「どちらともいえない」17%「無回答・非該当」8%「いいえ」の回答者はいない。コメントはない。				
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	9	3	0	0
回答者の75%が「はい」と答えている。「どちらともいえない」25%「いいえ」及び「無回答・非該当」の回答者はいない。「必ずご連絡があります」「聞いてくれますか」という問いは、話を聞いてくれるだけでよいなら「はい」だが、話を聞いて実行・実施してくれているかと言われれば「いいえ」である。問の内容が不明瞭なので「どちらともいえない」とした」のコメントが寄せられている。				
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	9	2	1	0
回答者の75%が「はい」と答えている。「どちらともいえない」17%「いいえ」8%である。				
10. 利用者の不満や要望は対応されているか	10	1	1	0
回答者の83%が「はい」と答えている。「どちらともいえない」8%「いいえ」8%である。「こちらからお願いした事にすぐ対応して頂いてます」「人的、能力的にできないのでしょうか」のコメントが寄せられている。				
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	5	5	1	1
回答者の42%が「はい」と答えている。「どちらとも言えない」42%「いいえ」8%「無回答・非該当」8%である。「そのようなことがないのでわかりません」「そのような話は聞いた記憶がない」のコメントが寄せられている。				

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(0000)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している	○非該当
●あり ○なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている	○非該当
●あり ○なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	○非該当
●あり ○なし	4. 利用希望者等の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している	○非該当
サブカテゴリ1の講評		
<p>利用希望者などには、ネット媒体と紙媒体で情報を得られるようにしている</p> <p>利用希望者などに対しては、ネット媒体として法人ホームページやSNSで発信している。紙媒体としては法人機関紙、事業所パンフレットで情報提供している。法人ホームページの「認知症対応共同生活介護グループホーム」欄を開くと事業所の目指している内容や案内図、スタッフの顔写真を見ることができる。今後はホームページやSNSを定期的に更新し、タイムリーに発信することに期待したい。法人機関紙「けあなる」は年4回発行し、当該事業所のページには、利用者の行事参加の様子を掲載している。</p> <p>パンフレットは画像を多く取り入れ、利用までの流れなどを大きな活字で説明している</p> <p>パンフレットの表紙は、法人理念の「共に支え合い、共に生きる」とグループホーム園が目指している「常に笑い声が聞こえるホーム」「いつまでも居心地の良いホーム」「地域のより処になりたいホーム」の記載がある。表紙を開くと建物、玄関、居室、リフト付き浴槽、車いす対応トイレ、献立、行事、掃除風景などの多数の画像と間取り図、利用までの流れ、年間行事を大きな活字で案内している。裏表紙には事業所案内地図や近隣情報として、大型スーパー、近くのスーパー、公園、神社などの写真も掲載して生活環境のイメージをしやすい工夫をしている。</p> <p>見学の要望には日程を合わせ、管理者、相談職員(ケアマネジャー)が案内している</p> <p>利用希望者などの問い合わせや見学は月1～2件程度あり、問い合わせの際には、空き情報の案内やパンフレットを送付している。見学希望者には、今年は、日時など希望者に合わせ、感染症対策(検温、マスク着用など)をして、管理者か相談職員のケアマネジャー、フロアリーダーが昼食時間をさけた10時～16時にフロア見学時間を短くして事業所内を案内している。事業所内に掲示してある行事など日常生活の利用者写真(約60枚)の説明もしている。その際に、パンフレット、料金表、「グループホームの生活」の説明用紙を渡している。</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	
●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

利用開始時には、サービス内容や利用料金等を時間をかけて丁寧に説明している

利用開始時には、管理者が重要事項説明書、契約書、「入居時に準備していただく書類や物品について」を用いて、主に家族に基本ルール、サービス内容、利用料金、持ち物など約2時間かけて丁寧に説明して同意を得ている。その際に、利用者の個人情報の利用目的や情報の提供先などの説明も行い、「個人情報提供同意書」や利用者の病状が急変した場合の「緊急時連絡先記入書」を得ている。入居後に状態変化があった場合は「重度化対応(看取り)意向確認書兼内容同意書」の説明をし、変更できる旨を伝え、意向の確認をしている。

事前訪問で利用者の生活歴など情報収集し、入居直後の不安軽減を図っている

サービス開始にあたり、管理者とケアマネジャー(介護支援専門員)かユニットリーダーが、事前に利用者宅や入所先を訪問し、家族や担当ケアマネジャー、入所施設担当者から利用者の生活歴などの情報収集している。その情報をユニットの職員に申し送りをして支援に活かしている。また、使い慣れた茶碗、箸、湯飲み、家具や愛着のある装飾品、ぬいぐるみなどを持ってきてもらうなど今までの生活状況の配慮している。加えて日中、夜間の見守りや声掛けを多くして安心感につなげ、家族には入居直後の利用者の様子を随時連絡している。

サービス終了時は、移行先に事業所の様子を伝えるなど支援の継続性に配慮している

昨年度のサービス利用の終了者は、要介護度が重度となり有料ホームに移行1名と医療機関への入院1名の2名となっている。他施設に移る場合や医療機関に入院する際は、ご家族に了承を得てから移行先の担当者に、アセスメントシートやケアプランなどを渡し、今までの事業所での生活の様子など、情報提供を行いスムーズに移行ができるように支援の継続性に配慮している。昨年度は、看取りケアの対象者がいなかったが、今後対象の利用者が出てくることも考えて事業所は看取りケアの研修や体制づくりを深めていきたいとしている。

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(000)

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(000)

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たうえで、必要に応じて見直している	<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くみを整備している	<input type="radio"/> 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(00)

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くみがある	<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(00)

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

#### 事前面談の情報をもとに詳細なアセスメントシートや「課題分析概要」を作成している

利用者の心身状況や生活状況などの情報は、事前面談で聞き取った内容をもとにして、ケアマネジャーが詳細なアセスメントシートを作成している。その際に、健康状態・ADL・IADL・認知・コミュニケーション能力など13課題の「課題分析概要」を作成している。また利用者本人の思いや行動を深く理解できるように、「認知症ケア・センター方式」の基本情報、暮らしの情報、心身の情報シートも作成している。アセスメントシートの見直しは、既往歴等が増えた場合に追記したり、介護認定更新時、半年に1回の計画書更新時に行う仕組みを整えている。

#### 介護計画に沿った支援を実施、支援記録を管理して更新時などにプランを見直している

アセスメントシートを基に利用者・家族の意向を入れた介護計画(ケアプラン)をケアマネジャーが作成している。ケアプランは、総合的な援助方針の長期・短期目標を掲げ具体的援助内容を明記し、日課計画表を作成して実施、支援記録は介護支援システムで管理している。プランの見直しは、6ヶ月、介護認定更新時にサービス担当者会議(利用者・家族、ケアマネジャー、居室担当、ユニットリーダー参加)を開催、ケアマネジャーが評価(モニタリング)を行い、次のケアプランにつなげている。退院、区分変更、看取りケアの際は緊急に変更している。

#### 多様な方法で利用者状況に関する情報を職員間で共有し支援している

利用者に関する情報、アセスメントシート、介護支援計画、介護記録、健康記録などはすべて介護支援システムに入力、管理している。職員は各ユニットのパソコンで閲覧可能になっている。精神科医往診の4人の利用者記録は手書きで記録、状態を分かるようにしている。申し送り事項や変化があった場合は、申し送りノートや職員交替時(朝9:00、午前中10:30、夕方16:30)に口頭での引継ぎで共有している。申し送りノートは出勤時に閲覧、サインをしている。他にスタッフ会議(月1回)、ユニット会議、リーダー会議でも共有している。

### サブカテゴリー3の講評

#### 事前面談の情報をもとに詳細なアセスメントシートや「課題分析概要」を作成している

利用者の心身状況や生活状況などの情報は、事前面談で聞き取った内容をもとにして、ケアマネジャーが詳細なアセスメントシートを作成している。その際に、健康状態・ADL・IADL・認知・コミュニケーション能力など13課題の「課題分析概要」を作成している。また利用者本人の思いや行動を深く理解できるように、「認知症ケア・センター方式」の基本情報、暮らしの情報、心身の情報シートも作成している。アセスメントシートの見直しは、既往歴等が増えた場合に追記したり、介護認定更新時、半年に1回の計画書更新時に行う仕組みを整えている。

#### 介護計画に沿った支援を実施、支援記録を管理して更新時などにプランを見直している

アセスメントシートを基に利用者・家族の意向を入れた介護計画(ケアプラン)をケアマネジャーが作成している。ケアプランは、総合的な援助方針の長期・短期目標を掲げ具体的援助内容を明記し、日課計画表を作成して実施、支援記録は介護支援システムで管理している。プランの見直しは、6ヶ月、介護認定更新時にサービス担当者会議(利用者・家族、ケアマネジャー、居室担当、ユニットリーダー参加)を開催、ケアマネジャーが評価(モニタリング)を行い、次のケアプランにつなげている。退院、区分変更、看取りケアの際は緊急に変更している。

#### 多様な方法で利用者状況に関する情報を職員間で共有し支援している

利用者に関する情報、アセスメントシート、介護支援計画、介護記録、健康記録などはすべて介護支援システムに入力、管理している。職員は各ユニットのパソコンで閲覧可能になっている。精神科医往診の4人の利用者記録は手書きで記録、状態を分かるようにしている。申し送り事項や変化があった場合は、申し送りノートや職員交替時(朝9:00、午前中10:30、夕方16:30)に口頭での引継ぎで共有している。申し送りノートは出勤時に閲覧、サインをしている。他にスタッフ会議(月1回)、ユニット会議、リーダー会議でも共有している。

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、利用者の同意を得ようとしている	○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

利用者情報の外部とのやり取りに備え、「個人情報提供同意書」を整えて同意を得ている

利用者の個人情報については、法人で「特定個人情報等の取り扱いに関する基本方針」を定め、「特定個人情報取り扱い規程」を策定している。事業所は利用者に関する情報を外部とのやり取りに備え、「個人情報の利用目的」や「個人情報提供同意書」を整備し、契約時に利用者、利用者代理人に説明して同意を得ている。また、職員は入職時に法人で実施している新人職員研修で、遵守すべき事項として「個人情報の守秘義務」を学んでいる。職員やボランティアからは「個人情報に関する誓約書」を得ている。

利用者のプライバシーや羞恥心に関して、細やかな配慮を払って支援している

パンフレットや法人広報誌の利用者の写真掲載に関しては、契約時に口頭で了解を得ている。掲載の際にも、その都度利用者・家族から了承を得ている。居室に入るときは、原則としてノックをし、利用者に許可を得ている。外部の見学者などに居室を見てもらう際にも利用者に同意を得るなど、利用者のプライバシー保護に注意を払っている。利用者の羞恥心に関しては、トイレの声掛けは、必要以上に大きな声を出さないように心がけている。同性介助の入浴を希望する利用者には、日にちや曜日を変更して対応している。

法人の「職員としての心構え」を掲示し、利用者第一を考えたサービス提供に努めている

各ユニット事務室には、法人の「創和会職員としての心構え」を掲示している。その一つに「利用者第一を考えたサービス提供を忘れない」があり、職員は利用者の立場に立った利用者本位の支援に努めている。例えば、リクレーション活動の参加や入浴拒否の場合には、本人の意思を尊重して無理に促したりはしないようにしている。食事時間は決まっているが、朝起きるのが遅い利用者には時間をずらして提供する配慮をしている。毎朝、新聞を読む習慣の利用者には購読できる支援をしている。意思表示が困難な人には表情や行動をくみ取って支援している。

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変更の時期や見直しの基準が定められている	○非該当
●あり ○なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	○非該当

サブカテゴリー6の講評

業務マニュアルを各ユニットに置き、いつでも見られるようにして追加・修正もしている

業務の標準化に向けて、業務や支援に必要とする基本的な業務マニュアルを職員が作成し、各ユニット事務室に置いていつでも見られるようにしている。また、スタッフ会議などで見直しや追加などの意見が出た際には、その都度新たに作成している。今年度は、緊急時対応マニュアルとして「救急隊要請編」、看護師が変更になり、「看護、相談体制、ケアセンター、園、緊急連絡先」や虐待防止研修時に「声かけの仕方、口調に注意」などを作成している。昨年見直した「服薬マニュアル」を今年度も修正しているが、定期的な更新は課題となっている。

さらなる業務の支援水準を確保できるよう、業務マニュアルの見直し、精査が求められる

基本的業務マニュアルは作成しているが、まとめ方や介助手順の明示などに課題がある。職員からも実務の標準化やケアの統一について改善したい意見がでている。既存マニュアルは、申し送り、新聞受け、玄関ドアの開閉、入浴、内科医院・歯科医院往診、夜間の流れなど必要な支援全般について無作為に綴じている。例えば「日常業務関係」として日勤・夜勤業務、食事・排泄・入浴介助、与薬など、「業務管理関係」として衛生・健康管理、急変時・事故対応、感染症予防などに分類、介助手順はフロー図を使うなど明確にすることで、統一した支援につながる。

年度末に「今後の支援の取り組みについて」作成、職員に周知して業務改善に努めている

昨年の年度末に管理者は「入居者が安心して居心地よく、笑顔が増えて、スタッフもやりがいや喜びを感じられるホームに」を作成している。今後の取り組み目標を4つに集約し、具体的支援方法を明示している。全職員のスタッフ会議で配布し、内容の説明を行っている。また、事業所の理念などを綴じているファイルに綴じ、各ユニット事務室にも掲示して業務改善に努めている。取り組んだ成果として「グループホームの生活の充実」に、役割や刺激、楽しみが持てるようにと利用者のできる役割を見つけたり、楽しみとして「まどか農園」を作っている。

II サービスの実施項目(サブカテゴリー4)

		サブカテゴリー4	
サービスの実施項目		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	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(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>ケアプランに基づき支援をし、更新したプランは職員全員に回覧している</p> <p>ケアプランに基づいてサービスが実施されているかの記録は毎日介護支援システムに職員が記入して確認している。利用者の状態に変化があったことについては利用者の担当職員がアセスメントシートに記載し、ケアプランに反映させている。事例としては、ケアプランの目標「仕事を見つけ職員や仲間と一緒に行動する」に対しては、達成状況として「お盆拭き、食器拭きを頼むと行ってくれる」、課題と今後の方針として「他の仕事も見つけて行動する」と評価をし、利用者に沿ったプランとしている。ケアプランが更新された時は職員に回覧し、周知している。</p> <p>利用者の意向に沿った生活が営めるように、個別カンファレンスを開催している</p> <p>入居前には管理者、ケアマネジャー、ユニットリーダーで自宅を訪問し、利用者の自宅の環境、生活状況、生活歴、趣味、特技等を聞き取り、円滑に新しい生活に移行できるように配慮している。今年度は利用者との関わり方を見直すために5名の個別カンファレンスを主治医も加えて開催し、職員の気づきや意見を出し合い、利用者の気持ちを汲み、職員が統一した対応ができるように個別対応の方法を話し合った。加えてユニットミーティングでも職員全員で検討した。今後は全ての利用者で個別カンファレンスを開催することを検討している。</p> <p>共通の意識を持って、職員が連携して支援できるように「ユニット目標」を設定している</p> <p>時間帯による職員交代時(夜勤、早番、日勤、遅番)には申し送りを実施し、利用者の様子、排泄状況、水分・食事の摂取状況などを申し送り、連携を図りながら支援している。申し送りノート、月1回のスタッフ会議、ユニット会議、リーダー会議でも利用者の情報を共有している。介護支援システム(利用者の日々の記録等)もいつでもすべての職員が閲覧できるようになっている。今年度からユニット目標を職員で話し合って定め、共通の意識を持って支援できるようになっている。</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

日常の様子から利用者の可能性を読み取り、「役割」の発見に繋げている

利用者の能力に応じて、立ってできること、座ってできることなど、なるべく多くの利用者が日常の生活作業に参加できるようにしている。副菜やみそ汁を調理する時は職員の声掛けで食材の皮むき、盛り付けを行い、テーブル拭きや食器拭き、モップで掃除をしたり、新型コロナ感染予防のために毎日手すりを拭き消毒もしている。取り込んだ洗濯物や洗った食器が目に入ると自発的にたたんだり、拭いたりする利用者もいる。テレビの字幕を読むことができることに着目し、毎日の食事メニューを書いてもらうことがその人の役割として定着した事例もある。

食事、入浴、排泄の支援は、一人ひとりの心身の状態に配慮している

筋力が低下し、瀬戸物の茶碗では重くて持てなくなった利用者には軽い茶碗を使って貰うようにしたり、自分からは食事に手を付けない利用者には職員が箸を持たせたりと、何とか食事を自分で食べられるように工夫している。周りの人が気になり食事が進まない利用者の場合は職員が付き添い、自分の居室で食事をすることもある。拒否があり、なかなか入浴が難しい利用者には、時間を変更して声掛けしたり、担当職員を変えて声掛けしたりして入浴を促している。排泄については定時で声掛けしたり、羞恥心に配慮して小声で声掛けするなどしている。

介護保険更新等の手続きや買い物の代行も利用者に代わり行っている

介護保険の更新の手続きなどは家族の了解を得て代行している。急に受診が必要になった時などは家族に代わり医療費の立て替えをすることもある。買い物については基本的に家族対応でお願いしているが、難しい場合には利用者、家族の了解の元、必要なものを聞き取って、歯磨き粉などの日常的に使用する衛生用品、備品などは職員が代行している。以前は利用者と一緒に近所のドラッグストアに買い物に行っていたが、新型コロナウィルス感染予防のために控えている現状である。通院が必要な場合、家族が付き添えない時は職員が同行することもある(有料)。

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

医師の定期的な来診があり、市の健康診断も利用者全員が受けている

体調の確認と合わせて毎朝体温、血圧等を測定している。朝、入浴前のバイタルチェックのデータは一覧表で医師に情報提供できるようになっており、異常や変化があった時には看護師、協力医療機関(内科、歯科、眼科、精神科の医師が定期的に来診している)と連携して指示を仰いでいる。内科医は当該社会福祉法人の理事長であるため特に連携が取りやすくなっている。本年度も市の健康診断を全員受けている。入居前には病歴、身体状況などを聞き取り、入居後も継続して健康状態を維持できるように努めている。

毎日の生活の中で自然に身体を動かす機会を設けている

新型コロナウイルス感染予防のため外出が難しいこともあり、散歩等は思うようにできなかったが、訪問マッサージ、訪問看護(精神科)と連携し、リハビリ目的での近隣散歩を定期的なプログラムに取り入れられた利用者も多かった。日常生活の中でモップで掃除をしたり、洗濯物を干したり、取り込んで畳んだり、自然に身体を動かすことで健康的な生活が送れるように取り組んでいる。口腔機能訓練として、1日1回程度「バタカラ口腔体操」を行い、嚥下状態の維持に努めている。今後は一層口腔機能が維持できるようにしていきたいという意向がある。

服薬のチェック体制をより強化し、医療機関に速やかに情報提供できる体制も整えた

今年度も配薬マニュアルの見直しを行い、日付、名前、確実に本人に手渡したかを職員二人でチェックし、本人の目の前で薬袋に書いてある名前を読み上げ確認することに加え、服薬後に空の薬袋をケースに戻す時にも確認することを追加して、誤薬がないように努めている。体調が急変した時の対応については、今年度より、医療情報、生活の様子等を記載した「看護サマリー」を各利用者ごとに作成し、救急搬送時に速やかに情報提供できるようになっている。また、来診の医師、看護師には24時間連絡がつく体制で、いつでも指示が仰げるようになっている。

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となっている	○ 非該当

評価項目4の講評

農園で自然に親しみながら、利用者同士もお互いに楽しく関わられるように努めている

今年度は「まどか農園」でナスなどの実のなる野菜の苗の植え付けから、水やり、収穫まで利用者同士が協力して行い、収穫した作物は調理しておいしく頂くことができた。11月には来春の楽しみとしてプランターにユリの球根の植え付けも行った。手分けして色を塗ったり、色紙をちぎって貼ったりと利用者同士で力を合わせて、節分、ひな祭り、七夕など四季折々の作品も完成させ、共有スペースに展示されている。また9月には避難訓練を実施し、利用者全員の協力の元、速やかに10分で全員が外に避難することができている。

嗜好品や好物など、できる限り利用者の希望に沿えるように配慮している

利用者の意向を尊重し、「他の利用者に迷惑を及ぼす行為」でない限りは、利用者、家族、事業所の話し合いで取り決め、できる限り利用者のしたいことや思いを尊重するようにしている。家族が差し入れた利用者の好物を預かり、本人の食べたいときに提供したり、敬老会では利用者の好きな飲み物を飲んで貰ったりしている。煙草の好きな利用者は決められた場所で喫煙もできる。また今年度は外食できない代わりに、写真入りの寿司ネタの注文票で自分の好きなお寿司を選び、出前を取って食べてもらい、好評を得ている。

共有のリビングは高齢者の体に優しい、足元が暖かい床暖房になっている

リビングの床は冬季には温かい床暖房となり、足元が冷えやすい高齢者に配慮した環境になっている。移動時に躓かないように動線には物を置かないように配慮し、車いす、歩行器、杖を使用している利用者の安全を確保している。今年度は安全にベランダに出られるように、段差部分に手すりを設置した。漂白剤、洗剤など、口にすると危険な物は利用者の手の届かないところに保管し、包丁は扉が開かないような収納庫にしまうなど配慮している。キッチンカウンター式になっていてリビングの利用者の様子を見守りながら調理できるようになっている。



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		○非該当

イベント参加や外出ができないため、デリバリーなど趣を変えた行事食を提供している  
 今年度は新型コロナウイルス感染予防のため予定していた「家族会」は開催できなかった。季節の行事には昨年度は家族の参加もあったが、今年度予定していた「桜の花見、端午の節句、七夕祭り、流しそうめん・スイカ割、敬老会、バーベキュー、紅葉狩り、外食、遠足」も家族会と同じく実施できなかったため、お寿司、カレーなどのデリバリーで外食気分を味わって貰ったり、いつもの食事とは趣を変えてほうとうなどを食べたりと、外食や行事の雰囲気味わって貰えるように工夫をし、利用者に喜んで貰っている。

毎月写真入りのお便りを家族に送付し、日常の様子を定期的に知らせている  
 家族には毎月利用者の日常の様子や健康状態、体重などを記載したお便りを送っている。行事や日常生活の写真も同封している。家族アンケートでもすべての家族が「情報提供がある」と回答している。「正月に餅を提供してほしい」、「パン食を取り入れて欲しい」という要望があり、実現に向けて動いているが、新型コロナウイルス感染予防のために今年度は家族会、季節の行事が開催できず、家族の意見や要望を十分に表明する機会が持てなかったため、他の方法で意見、要望を気軽に寄せてもらえるような仕組みが必要であり、今後検討していく予定である。

入居時には重度化した場合の意向を確認し、看取りケアにも取り組んでいる  
 入居後に重度化した場合や終末期に備えて「重度化対応(看取りケア)に関する指針」に基づいて、入居契約時に「重度化対応(看取りケア)意向確認書 兼 指針内容同意書、実施同意書」「急変時における救急医療・延命等に関する意思確認書」について職員が説明し、利用者、家族の意向を確認した上で記入して貰っている。一昨年は「看取り計画書」に基づいて1名の看取りを行った。実際に看取りの体制が必要になった時は再度意向の確認をするが、入居時とは意向が変わる場合もあるので、定期的な見直しや、更新を検討している。

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	
◎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

地域の行事等が中止となったが、コロナ禍の終息後は実施したいとしている

市の広報や、あんしん相談室からの情報、隔月に開催していた運営推進会議への地域の参加者からのイベント等の情報などから、利用者が参加できそうな催しを探して参加していたが、今年度は新型コロナウイルス感染予防のために運営推進会議は開催できず、催しも中止、延期になってしまったため実現できなかった。利用者との繋がりが、食の楽しみの一環として、地域のパン屋に販売に来て貰い、利用者の好きなパンを買って食べる企画を実行に移す予定だったが、残念ながら叶わないでいるが、終息後は実施したいとしている。

ボランティア受け入れ、保育園交流の予定ができてないが、書面の地域発信を考えている

例年実施していた大正琴、フラワーアレンジメント、オセロの相手、おやつ作りなど、地元のボランティアの皆さんとの交流や、あんしん相談室の歌のサークルへの参加は新型コロナウイルス感染予防のためできなかった。今年度初めて近隣の保育園との交流を行う予定だったがそれも叶わなかった。今後は感染症の予防をしながらいかに地域との交流を工夫していくかが大きな課題であり、まずはグループホームの活動を書面にして地域の皆さんに発信し、知って貰うことから始めてはどうかと検討中である。

運営推進会議は開催できなかったため、書面で議事録を送付している

玄関に高齢者支援センターからのチラシ(高齢者支援センターだより、各種相談先の案内、福祉法律相談、成年後見制度等)を置き、手に取れるようになっている。また高齢者支援センターからの依頼で、道路から見える位置に「トイレ・散歩の途中でトイレに困ったらお寄りください」との表示もしてある。隔月で「運営推進会議(自治会長、民生委員、包括支援センター、家族代表、グループホーム職員が参加)」を開催し、地域における事業所の役割を知って貰えるように情報発信していたが、今年度は新型コロナウイルス感染予防のため開催できていない。

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	6/9
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			
評価		標準項目	評点(〇〇)
●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			
評価		標準項目	評点(〇〇)
●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			
評価		標準項目	評点(〇〇●●●)
○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>契約時に苦情解決制度などの説明をし、家族の意向にはできるだけ速やかに対応している</p> <p>契約時には、利用者・家族に重要事項説明書に明記してある苦情解決制度や苦情相談窓口などの説明をしている。家族からの意向や要望などは、ケアマネジャーが日頃から家族との連絡を密に取って把握に努めている。家族からの要望、苦情、問い合わせなどについては記録化し、職員間で共有の上、できるだけ速やかに対応している。今年度の利用者調査の「利用者の不満や要望は対応されているか」の項目の「はい」の回答は、83%で前回(82%)と同様に高い数値が得られている。</p> <p>「身体拘束に関する適正化検討委員会」開催など組織的に不適切なケアの防止をしている</p> <p>重要事項説明書の運営方針に「利用者の行動を制限する行為は極力行いません」と明記し、基本方針として身体拘束ゼロの介護を目指し、「身体拘束に関する適正化検討委員会」を定期的に開催して、不適切なケアの防止に取り組んでいる。また、年2回「虐待の芽チェックリスト」を実施し、集計結果を職員に公表して振り返りをしたり、不適切なケアにつながりかねない介護が見受けられた場合は、ミーティングや管理者による聞き取り、面談をしている。さらに、非常勤職員も含めたストレスチェックを実施し、早期に職員のストレスを把握して対応している。</p> <p>事故、感染症、侵入等対策をしているが、災害対応マニュアル、BCP策定が課題である</p> <p>事故に関しては、ヒヤリハット・事故報告書を活用し再発防止に取り組んでいる。新型コロナウイルスなど感染症対策は職員や来訪者に検温、消毒用アルコール手洗い、うがい、マスク着用の励行、各ユニットに除菌の加湿器設置、テーブルや手すり消毒など感染防止に取り組んでいる。侵入対策は敷地内に防犯カメラを設置している。洪水ハザードマップによる浸水対策は、近隣職員や住民に避難時の協力を呼びかけているが、災害対応マニュアルは未整備であり、大規模災害に備え、倉庫に食料備蓄をしているが、BCP(事業継続計画)策定も課題になっている。</p>			

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	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	医療関係機関との連携により、利用者の健康を維持できているようにしている	
内容①	法人理事長の内科医による月1回の訪問診療(往診)、週1回の訪問歯科、必要に応じて眼科や精神科の訪問診療を行っている。利用者全員が町田市の健康診断を受診している。また、訪問マッサージを利用している人は、リハビリ目的で近隣散歩を定期的なプログラムに取り入れているなど、医療関係機関と連携を図り、利用者の健康を維持できるように努めている。今年度からは法人本部から看護師が週1回来て、職員と連携しながら利用者の健康維持に取り組んでいる。	

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	床暖房、加湿器を設置したリビングやリフト浴の設置など快適な環境を整えている	
内容②	各ユニットのリビングは、床暖房対応のフローリングで足元が冷えるのを防いでいる。除菌水を入れた加湿器もリビングに置き、適切な空調に努め感染対策をしている。また、各ユニットの浴室は、歩行が難しい利用者も入浴できるようにリフト浴を設置してある。ベランダで日光浴する際に出やすいよう建物とベランダの段差解消に、手作りの足台を設置するなど、快適で安全な環境を整えて、ゆったりと過ごすことができるよう取り組んでいる。	

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(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③	「身体拘束廃止に関する検討会・研修会」を実施し、防止対策を検討している	
内容③	事業所独自の「身体拘束廃止に関する指針」を策定し、組織的に虐待防止に取り組んでいる。今年度は、各ユニットで身体拘束廃止に関しての話し合いを行い、その意見を聞いたうえで、ユニットリーダー、ケアマネージャー、管理者が検討会を開催している。開催後には、身体拘束にあたる可能性や不適切なケア、グレーゾーンなどの事例について対応策を職員に周知し、注意喚起している。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	コロナ禍でも楽しく生活ができるように、「まどか農園」の野菜栽培、デリバリー食事、ホーム内行事などで利用者の笑顔を引き出している
	内容	今年度は新型コロナウイルス感染症防止のため、利用者が楽しみにしていた外出や家族との行事などが実施できていないが、事業所はコロナ禍でも楽しく生活できるように様々な工夫をしている。事業所の花壇を活用して「まどか農園」を作り、ナスなどの野菜栽培を行い水やり、収穫をしている。外出ができない代わりに、お寿司、カレーライスのデリバリーを頼み外食の味を味わえるようにし、また家族参加がなくても、七夕まつりやハロウィーンなど開催、ハロウィーンには、カボチャの仮装やカボチャを入れた放蕩を提供して利用者の笑顔を引き出している。
2	タイトル	今年度は重点的にケースカンファレンスを開催し、協力医療機関の医師・法人理事長の参加や関係機関の専門職の意見も参考に支援している
	内容	事業所は、今年度、重点的に利用者のケースカンファレンス(事例検討会)を開催して、サービス実施内容の検証などを行い、今後の支援方針を記録し、ユニット間で回覧、職員が統一した関わりを持てるようにしている。10月には協力医療機関の在宅療養支援診療所・医師である法人理事長も訪問診療(往診)後に、カンファレンスに参加して意見交換をしている。往診後などに少しずつ各ケースのカンファレンスを開催する予定である。また、カンファレンス後に食事・栄養改善として、2つの関係機関の管理栄養士から意見を聞き支援に活かしている。
3	タイトル	事業計画に前年度第三者評価の改善点を課題に掲げ、職員には事業所の今後の取り組みを明文化して示すなど、サービス向上に取り組んでいる
	内容	事業所の今年度事業計画の「地域との連携・交流」目標に、前年度の第三者評価結果報告書の改善点「さらなる地域との交流に期待したい」を踏まえて、具体的に「保育園との世代間交流」、「障害施設からのパン販売」などを掲げている。コロナ禍の影響で実現できなかったが、意欲的にサービスの向上に取り組む姿勢が見られている。また、管理者は年度末に、職員に向けて、「今後の取り組み」を4つに集約して、具体的な取り組みを明文化し、職員会議で話をするなど、一丸となってサービスの向上に取り組んでいる。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	業務内容の目的や手順をさらに明確にし、適切な業務を統一してできるように、活用しやすいマニュアル改訂に期待したい
	内容	基本的な業務マニュアルを作成し、不足分が出た際にも作成しているが、既存の業務マニュアルはまとめ方や介助手順の明示方法に改善の余地が見られている。職員からも実務の標準化やケアの統一について改善したい意見があがっている。現場で統一した支援や更なる業務改善が行えるように、用途別の分類を精査して業務基準を明確にし、フロー図を活用するなど使いやすいマニュアルの改訂に期待したい。また、日々業務を遂行する中で、基本的事項や手順の改善点に気づいた際はチェックしておき、定期的に更新する仕組みも望まれる。
2	タイトル	新型コロナウイルス収束の際には、ボランティアや自治会、老人会、民生委員のつながりの復活や新たな地域交流活動、工夫に期待したい
	内容	事業所が目指している「地域のより処になりたい」として、昨年度はオセロ、大正琴、手芸等ボランティアが多数来所、利用者と交流していたが、今年度は感染症予防対策として中止になっている。運営推進会議に参加していた自治会長、老人会長、民生児童委員も会議中止で関わりがない。今年度計画していた障害施設のパンの訪問販売や保育園との世代間交流もできていない。新型コロナウイルスの終息の際は、今までの継続的な活動や新たな地域交流活動、工夫によって、一層地域に認知症についての理解を深め、利用者の暮らしが豊かになることに期待したい。
3	タイトル	現実の災害時などに最善の判断、行動ができるよう、災害対応マニュアルや事業継続計画(BCP)の早期の策定が待たれる
	内容	大規模災害時に備えて、倉庫に食料の備蓄をして毎年避難訓練を行っている。洪水リスクに備えて近隣の職員や住民に避難時の協力願いや緊急職員メールの活用もしているが、災害対応マニュアルが未整備である。また、災害や深刻な事故発生時に、その時の限られた人員と資源で利用者を安全に確保し、できるだけ事業の業務を切れ目なく継続していくことができるかの事業継続計画(BCP)の策定が昨年からの課題となっている。法人とも話し合いを持ち、早期に計画を策定し、職員、関係機関などに周知し、計画に基づいた訓練の実施が待たれる。