

令和7年度 第5回運営推進会議

令和8年1月16日(金)
社会福祉法人エンゼル福祉会
グループホームあじさい

1. 運営推進会議の趣旨

I. 運営推進会議の目的

1. 事業所運営の透明性の確保
2. サービスの質の確保
3. 事業所による「囲い込み」の防止
4. 地域との連携の確保

II. 地域密着型サービスの役割

- ① 本人本位の支援
- ② 継続的な支援
- ③ 地域で暮らし続けることの支援
- ④ 地域との支えあい等を理念とする地域密着型サービスは、入居者のより良い暮らしを着眼点に本人と地域との関係を断ち切らない支援

上記の役割を担うため、事業所と地域との良好な関係を築き、事業所が提供するサービスが住民ニーズに即した価値のある地域資源として機能していく必要がある。入居者がどのような暮らしを望み、これからサービスを利用するかもしれない住民が何を期待しているのかを知らなければならない。

運営推進会議は、事業所と地域との関係をつなぐ一つの手段であり、地域密着型サービスを“事業所と地域住民とが一緒に育てていく”ことを目的に行っていく。

2. 認知症対応型共同生活介護（グループホームあじさい）【運営状況報告】

● 入居・退居状況（令和7年11月22日～令和8年1月16日現在）

フロア	入居者	退居者	在籍数
1階	0名	0名	8名(満室)
2階	名	2名	7名(空2)

● 入院等の状況（令和7年11月22日～令和8年1月16日現在）

フロア	入院	入院理由	入院日数合計
1階	0名		0日
2階	0名		0日

● 平均年齢と平均介護度（令和8年1月16日時点）

フロア	平均年齢	平均介護度
1階	87.5歳	1.5
2階	85.4歳	2
全体	86.5歳	1.8

● 看・介護職員人員体制（人員配置基準 3:1）（令和8年1月16日現在）

フロア	入職者	退職・派遣終了	常勤換算
1階（亀）	0名	0名	6.2人
2階（鶴）	0名	0名	5.4人
全体	0名	0名	11.6人

● 事故・苦情の発生状況（令和7年11月22日～令和8年1月16日現在）

	転倒・しりもち	転落	誤薬・落薬	行方不明	その他
4月	2	0	0	0	1
5月	3	0	0	0	2
6月	3	0	0	0	1
7月	14	0	0	0	0
8月	5	0	0	0	0
9月	3	0	0	0	1
10月	3	0	0	1	1
11月	5	0	0	0	2
12月	6	0	1	0	1
1月					
2月					
3月					
年間合計	44	0	0	1	9
前年度計	18	1	3	0	8
前年対比					

令和 7年 11月 22日～ 令和 8年 1月 16日現在)

フロア	事故種別	件数	内容
1F	転倒	7件	<p>11/22(土) ドスンと音がして訪室 床に尻もちをついている本人を発見 ※バイタルの測定 歩行の確認 痛み・外傷の確認 (左太ももに痛み+) 本人転んだ事による不安な感情見られる 少しすると再度掃き掃除を始める</p> <p>11/27(木) ドスンと音がし訪室、ポータブル使用後ズボンを下ろ したまま左側臥位で横たわっていた ※バイタルの測定 痛み・外傷の確認 左目に内出血 (+) アイシング その後特変なし</p> <p>12/6(土) 他者がトイレを開けたところ、本人が尻餅ついていた ※介助にてトイレへ座っていただく 痛みと外傷の確認 (外傷なし) その後特変なし</p> <p>12/7(日) 他入居者からお兄ちゃんと発言があり訪室すると床 に転がっている姿を発見 ※バイタルサイン測定と疼痛部位の確認 (外傷なし) その後特変なし</p> <p>12/8(月) 下膳しようとして立ち上がった際にバランスを崩して後ろ に倒れ尻もちをつかれる ※バイタル測定・外傷の確認 (外傷なし) その後特変なし</p> <p>12/14(日) トイレから出た後バンと音がし廊下を見ると仰向けで転 倒している姿を発見 ※バイタル測定・外傷の確認 めまい (+) 左膝内側に内出血 (+) 経過観察</p>

			12/15(月) ドスンと音がして訪室 床に転倒されているのを発見 ※痛み、外傷の確認 1時間後に後頭部に皮下血腫(たんこぶ)を発見 経過観察
	1F 合計	7件	
2F	転倒	1件	12/1(月) 食器下膳後自席に戻る際、椅子に手をかけバランスを崩し、右を下に転倒する。 バイタルチェック測定/外傷の有無・痛みの確認を行う ※痛み、外傷なし
	転落(滑落)	1件	12/31(水) リビングに見えないため職員が訪室すると ベッドから滑落されていた バイタルチェック測定/外傷の有無・痛みの確認を行う ※痛み、外傷なし
	その他	1件	12/15(月) 本人に眠前薬(ゾルピデム酒石酸塩 5mg)を渡した後 当該薬剤が所在不明となり服用できない事象が発生 居室および生活導線上の捜索を行うが発見できず ユニットリーダーより主治医・管理者に連絡 ※本日の服用はスキップと指示
	2F 合計	3件	

●各階の様子、活動内容

フロア	内容
1階（亀）	あじさいの大掃除の際は、天気も良かった事もありココアを飲みながら長椅子に座り職員が高圧洗浄をかけてるのを眺めておりました。
2階（鶴）	卓上(カセットコンロ、ホットプレート)での料理をすることが多いです。車椅子の方もいることから台所で行うとどうしてもできない方がいます。卓上にすることで全員料理に参加できるように工夫し行ってます。

●会議・委員会・カンファレンス・研修等（令和7年11月22日～令和8年1月16日現在）

フロア	開催件名	実施日	構成メンバー・内容
共通	あじさい全体会議	12月1日 1月未開催	管理者・ユニットリーダー・ 介護職員 ・各委員会より活動報告 ・近況報告・運営状況 ・事務連絡
共通	・虐待防止委員会 ・身体拘束廃止委員会	毎月	管理者・介護職員 ・自施設内の身体拘束及び不適切な対応の有無についての確認 ・1回目の研修の振り返り
共通	感染症対策委員会	毎月	管理者・介護職員 ・季節の変化に伴う感染症について ・2回目の研修について
共通	事故防止委員会	随時	ユニットリーダー・介護職員 ・事故内容の分析 ・是正対応の効果の確認
共通	災害対策委員会	毎月	ユニットリーダー・介護職員 ■施設内備蓄品および備蓄量 ・備品の賞味（費）期限の確認 ・今年度の自衛消防訓練月の確認
1階	フロア会議 ケアカンファレンス	※毎月開催※	管理者・介護職員 ・プラン更新に伴う見直し
2階	フロア会議 ケアカンファレンス	※毎月開催※	管理者・ユニットリーダー・介護職員 ・プラン更新に伴う見直し ・新規入居者について
共通	法人全体会議	12月22日	管理者

		1月23日(予定)	
共通	第三者評価	11月29日 フィードバック	管理者

【その他】（令和7年11月22日～令和8年1月16日）

フロア	活動状況	内容
共通	訪問理美容	1月7日実施
共通	誕生日会	2階1名実施(1月1名)
共通	クリスマス会	12月24日開催
共通		
フロア	予定	内容
共通	東京福祉専門学生	1/29～
共通		

令和 7 年度 第 5 回 運営推進会議 会議録

事業所名

グループホームあじさい

作成者

S

開催日時	令和 7 年 11 月 21 日(金) 10時～				開催場所	あじさい事業所内 zoom		
参加者	司会 S	UL A	町会長 E様	地域包括 熊谷様	さくらの杜 U様	2階ご入居者様		
	H様ご家族							合計 9 名

内 容	1運営状況	4
	2第三者評価について	5
	3その他	6

番 号	内 容
	あいさつ、現在あじさい1階で風邪をひいてる方が多い為今回は参加しません。
1	別紙参照
	質疑応答なし
2	別紙参照
	質疑応答
	インフルエンザ等流行っておりますがさくらの杜さんではどうですか？
	さくらの杜→ご入居者様は特に感染等ありませんが、ショートを利用されているご家族とかが感染したと聞いております。
	町会長音声トラブルの為お話を聞く事ができない
	包括本日参加予定の方が急遽参加できなくなり遅れて参加される。
3	次回開催は3月19日です。

福祉サービス第三者評価結果報告書【令和7年度】

年 月 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

〒 180-0006

所在地 武蔵野市中町1-34-3-409

評価機関名 株式会社クリップ

認証評価機関番号

機構 02 - 043

電話番号 0422-59-0351

代表者氏名 代表取締役 松田 美幸



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	██████████	福祉	H1701062	
	②	██████████	経営	H0302059	
	③				
	④				
	⑤				
	⑥				
福祉サービス種別	認知症対応型共同生活介護【認知症高齢者グループホーム】(介護予防含む)				
評価対象事業所名称	グループホームあじさい			指定番号	1392301261
事業所連絡先	〒	134-0093			
	所在地	東京都江戸川区二之江町1361番22号			
	TEL	03-3804-2585			
事業所代表者氏名	管理者 関野 翼				
契約日	2025 年 9 月 23 日				
利用者調査票配付日(実施日)	2025 年 9 月 23 日				
利用者調査結果報告日	2025 年 10 月 28 日				
自己評価の調査票配付日	2025 年 9 月 23 日				
自己評価結果報告日	2025 年 10 月 28 日				
訪問調査日	2025 年 11 月 3 日				
評価合議日	2025 年 11 月 3 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)	利用者家族へアンケート方式による利用者調査を実施しました。合わせて評価者がフロアーに入り場面監査方式による滞在調査も実施しました。滞在調査終了後、双方の意見に相違がないよう事業所との合議の時間を設定しました。訪問調査では、オリジナルの資料を用い、利用者調査・職員調査の分析結果を説明、意見交換をしました。				

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。

年 月 日

事業者代表者氏名

印

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>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">1) 奉仕の精神2) 信用と信頼3) 報恩感謝4) 礼節5) 協調
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>(1) 職員に求めている人材像や役割</p> <p>チームケア</p>
	<p>(2) 職員に期待すること（職員に持って欲しい使命感）</p> <p>専門職として、高齢者への好意をもった関り 専門性の追求</p>

調査対象

アンケートは、全利用者家族17名に配付、11名から回答を得ました。回答者の利用者属性は、女性9名（無回答2名）、平均年齢85歳、平均要介護度1.8、平均利用年数2年8ヶ月でした。

調査方法

アンケートは、郵送方式とWeb方式併用のハイブリッド方式で実施しました。郵送方式では、アンケート・返信用封筒をセットにして配布、家族からは直接当機関に返送してもらいました。Web方式では、QRコードを配布し、スマホから回答してもらいました。

利用者総数	17
利用者家族総数（世帯）	17
共通評価項目による調査対象者数	17
共通評価項目による調査の有効回答者数	11
利用者家族総数に対する回答者割合（%）	64.7

利用者調査全体のコメント

アンケートは、17名中11名から回答を得ました（有効回収率65%（前回65%））。回答した利用者の状況は前回と比べて、平均年齢は85歳（前回：86歳）、平均要介護度は1.8（前回：2.3）、平均利用期間は30ヶ月（前回：38ヶ月）でした。利用者調査全体の満足度は“はい”77%、“どちらともいえない、いいえ”10%、“非該当・無回答”13%（前回“はい”86%、“どちらともいえない、いいえ”7%、“非該当・無回答”7%）でした。意見や要望では「いまだに施設内への家族、友人の立ち入りが不可で、面会が玄関先までのみとなっているのがさみしい」が上がりました。

場面観察方式の調査結果

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

評価機関としての調査結果

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

ティータイム後、ご入居者のAさんは自身のカップを洗うために席を立ち、周囲の方々にも「飲んだ？まだある？」と声をかけながらシンクへ向かいました。軽く水でカップをすすぎ始めると、職員が「洗ってくれるの？ありがとうね。洗剤、忘れずにつけてね。」と声をかけます。Aさんは「洗剤？あ、そっか…」と言いながら、洗剤をスポンジに取り、改めてカップを丁寧に洗っていただきました。続いてBさんが「私もやらないと…」と席を立つと、職員が「Bさん、焦らないで。ゆっくりでいいからね。」と、歩行に気をつけるよう優しく声をかけていました。

《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》

ご入居者が自ら行動する姿には、生活の中での役割意識や他者との関わりを持つと力があることが表れています。職員はその様子を丁寧に観察し必要なタイミングでさりげなく声をかけることで、ご入居者が安全に安心して力を発揮できるよう支援しています。生活の中での小さな行動が尊重され、役割や関わりが生まれることで、日々の暮らしにリズムと意味が生まれています。こうした日常の積み重ねが、自然な生活の流れと自立支援につながっており、「できることを奪わない」「やろうとする気持ちを大切に」本人主体のケアが根づいていることが感じられます。

「評価機関としての調査結果」に対する事業者のコメント

お忙しい中視察に来て下さりありがとうございました。
 ご覧になってお分りの通り、やはり年々入居者様の老化は待った無しではありますが、いつまでも「誰かの役に立ちたい」と言う入居者様の希望を叶えるべく、去年より衰えてしまっても、“今できる何か”を見つけ日々の支援とするスタイルは継続させて頂いております。入居者様同士のコミュニケーションも大切にしている為、自然と困っている方や体調が優れない方等に手助けをして入居者様同士で支えあって暮らしている姿は鼻奥目で見ても理想のGHなのでは無いかなと思っております。
 90代の入居者様が多数なのもあってどんどんできる事の幅は狭まって行くかと思いますが、最後の最後までそのらしさを大切に助け合って行けたら良いなと思っております。先日国宝のセリフが好きだった入居者様をご逝去致しました。その時も最期のお別れの際に皆様、大粒の涙を流してお別れの言葉や労いの言葉をかけてくれていました。その姿を見た時に、ただの同居者では無く家族の様な絆を垣間見た様な気がしました。
 そんな温もり溢れるGH作りの為、これからも日々スタッフ一同、入居者様の支援に奮闘して参ります。

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	11	0	0	0
11名(100%(前回“はい”100%))が“はい”と回答しています。3件の意見を頂きました。参考となる意見として「毎月の報告はもちろん、電話やLINEでの応対に満足しています」との意見ががありました。				
2. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	3	4	0	4
3名(27%(前回“はい”55%、“どちらともいえない”27%(“非該当・無回答”18%)))“はい”、4名(36%)“どちらともいえない”と回答しています。4件の意見を頂きました。参考となる意見として「玄関先までしか入る事ができないので、様子がわからない」との意見ががありました。				
3. 職員の接遇・態度は適切か	11	0	0	0
11名(100%(前回“はい”100%))が“はい”と回答しています。1件の意見を頂きました。参考となる意見として「利用者に対しては、丁寧かつフレンドリーに話している姿を見、距離感をうまくつかんでいいと思う」との意見ががありました。				
4. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	10	0	0	1
10名(91%(前回“はい”91%(“非該当・無回答”9%)))“はい”と回答しています。2件の意見を頂きました。参考となる意見として「体調不良や怪我など、報告は適切に行っていたら、問題は無い」との意見ががありました。				
5. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	7	1	0	3
7名(64%(前回“はい”73%、“どちらともいえない”9%(“非該当・無回答”18%)))“はい”、1名(9%)“どちらともいえない”と回答しています。2件の意見を頂きました。参考となる意見として「トラブルがあるかどうかはわからない」との意見ががありました。				

6. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	10	1	0	0
10名(91%(前回“はい”100%))が“はい”、1名(9%)が“どちらともいえない”と回答しています。意見はありませんでした。				
7. 利用者のプライバシーは守られているか	8	1	0	2
8名(73%(前回“はい”91%、“非該当・無回答”9%))が“はい”、1名(9%)が“どちらともいえない”と回答しています。意見はありませんでした。				
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	8	0	1	2
8名(73%(前回“はい”82%、“どちらともいえない”9%(“非該当・無回答”9%)))“はい”、1名(9%)が“いいえ”と回答しています。意見はありませんでした。				
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	9	0	1	1
9名(82%(前回“はい”91%、“どちらともいえない”9%))が“はい”、1名(9%)が“いいえ”と回答しています。1件の意見を頂きました。参考となる意見として「説明は特にないです」との意見があがりました。				
10. 利用者の不満や要望は対応されているか	9	1	0	1
9名(82%(前回“はい”82%、“どちらともいえない”9%(“非該当・無回答”9%)))“はい”、1名(9%)が“どちらともいえない”と回答しています。意見はありませんでした。				
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	7	0	2	2
7名(64%(前回“はい”91%、“いいえ”9%))が“はい”、2名(18%)が“いいえ”と回答しています。意見はありませんでした。				

I 組織マネジメント項目 (カテゴリ1～5、7)

No.	共通評価項目	
	カテゴリ1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリ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(〇〇)	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/>非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/>非該当
	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(〇〇)	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/>非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/>非該当
	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(〇〇〇)	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/>非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/>非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/>非該当
	カテゴリ1の講評	
	<p>【現状】前回の目標“管理者が2階の雰囲気を楽しむ”は改善との意向です。</p> <p>前回“管理者は2階の雰囲気を楽しみたいとの意向です”との表題のもと、「職員アンケートで1階と2階の方針の違いが課題として挙がり、評価者は「1階は個別、2階は協調的」と認識。管理者は階を跨いだシフト調整を考えたことがなかったが、訪問調査を通じて2階の雰囲気を体験したいと意向を示しました」との目標を設定しました。今回それに対し管理者は「2階のフロア会議に参加する事で2階の支援の方法も把握ができています」を背景に“改善が進んでいる”との認識です。また「2階への口出しはしないようにしています」とも話しています。</p> <p>【現状】“【1-1-2①】組織体制を理解”の職員の認知度はアップです。</p> <p>職員アンケートの“【1-1-2①】事業所の組織体制を理解していますか?”の認知度は90%(前回:72%)と18ポイントアップしました。また、管理者も「会議や研修等を通じて、私たちの仕事の役割(目的)については共有している。(介護保険法目的より、「尊厳を保持すること」「有する能力に応じ、自立した日常生活が営めるようにすること」)」を背景に“課題なし”としています。左記結果について管理者は「法人が変わったことによる意識改革は、それほど進んでないのではないか」との認識です。</p> <p>【目標】1階のユニットリーダーを新たに立てるのが目標となります。</p> <p>管理者は「グループホームあじさいがエンゼル福祉会への所属に関する意識改革はまずはリーダーがしっかり認識することが求められ、リーダーはしっかり自分の言葉で職員に伝えるべきである」との認識です。現在、2階はリーダーを配置できていますが、1階は管理者が兼務しています。1階の新たなリーダーを立てることにに対し管理者は、「リーダーの役割を明確にすることが必要である」との認識です。評価者は「エンゼル福祉会に属している限り、法人の職制を踏まえた展開となるであろう」との意見です。</p>	

2 カテゴリー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(000000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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(000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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(00)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		
<p>【現状】前回の現状“年度計画の認知度”の今回の結果は以下の通りです。 前回“年度計画に関する質問2項目の認知度は以下の通りです”との表題のもと、「職員アンケートで年度計画の理解度は73%へ向上するも、達成状況の認識は9%に低下。計画の進捗把握が課題となり、訪問調査では職員が何をもって計画を捉えているかが議論の焦点となりました」と記載しました。今回それに対し管理者は、「今年度から法人が変わった事により、全職員までに情報をおとしていない」を背景に“未着手”との見解です。</p> <p>【課題】“【2-1-1②】自分の意見を上司に伝達”はギャップあります。 今回の職員アンケートの“【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”の認知度は38%(前回48%)と10ポイントダウンしました。その中で“【2-1-1②】自分の意見を上司に伝えていますか?”の認知度は90%(前回:職員82%)と高位継続です。一方、管理者は「一部で職員から「言っても聞いてくれない」といった意見が上がっており、事業所全体で考えていかなければならないと思う」を背景に“課題あり”とし、両者にギャップがみられます。</p> <p>【課題】利用率の推移に関心を持ってもらう工夫が管理者の課題です。 職員アンケートの“【2-2-2①】年度計画に明示された目標や指標を理解していますか?”の認知度は30%(前回:職員64%)とダウンしています。管理者も「年間を通して目標を設定しているが、振り返りをする場面が少ない」を背景に“課題あり”としています。一方で、評価者は一般的な視点から「新規利用者の確保は管理者の役目であり、退所から入所に至る期間を出来る限り短縮する工夫や、支援の難しい方への受け入れに協力することが利用率アップにつながるという意識を職員に持たせることが重要である」との認識です。</p>		

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(〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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、理解が深まるよう取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 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(〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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(〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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(〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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(〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 地域ネットワーク内で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	<input type="radio"/> 非該当

カテゴリー3の講評

【課題】前回の課題“地域の連絡会の低認知度”は低位継続です。

前回“【3-3-2②】地域の連絡会の活動を理解”の認知度は低位です”との表題のもと、「職員アンケートで地域連絡会の認知度は27%と低位継続。管理者は地域包括との連携を評価し課題なしと認識。訪問調査では、催し物には関心が高いが連絡会への興味が薄いのは当然との意見がありました」との課題を設定しました。今回の職員アンケートの“【3-3-2②】地域の連絡会など(事業者連絡会、施設長会など)の活動内容を理解していますか?”の認知度は40%(前回27%)と、依然として低位継続です。

【課題】“【3】経営における社会的責任”の職員の認知度はダウンです。

今回の職員アンケートの“【3】経営における社会的責任”の認知度は51%(前回:71%)と20ポイントの大幅ダウンです。項目別にみると、“【3-1-1①】コンプライアンスを学ぶ機会が確保されていると思いますか?”の認知度は60%(前回:82%)と20ポイントのダウン、“【3-3-1①】管理者が事業所の活動を外部に開示するよう心がけていると思いますか?”の認知度は60%(前回:73%)と13ポイントのダウンです。

4 カテゴリー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(00000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリー2(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	サブカテゴリー毎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(0000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		
<p>【現状】前回の課題“設備に関わる修繕費用の増加”の現状は以下の通りです。 前回“代表は設備に関わる修繕費用が増加することを懸念しています”との表題のもと、「職員アンケートでリスク対応策の認知度は100%へ向上。評価者は職員のリスク認識の具体性を不明とするが、代表は築30年以上の建物の修繕計画を進め、家電製品の更新に備えて修繕費を確保したいとの考えを示しました」との課題を設定しました。今回、管理者は「建物の修繕に関しては、今年度から理事長と話し合い、少しずつ改善に取り組んでいる」を背景に“改善が進んでいる”との認識です。</p> <p>【課題】タブレットの有効活用は課題となります。 今回の職員アンケートの“【4-2-1①】情報の収集、利用ルールを理解していますか？”の認知度は40%(前回:73%)と33ポイントのダウンでした。管理者も「紙からデータに切り替わり保管場所をどこにするか、何を保管するか等いまだ決まっていない」を背景に“課題あり”としています。評価者は「介護計画などは紙に落としてから回覧している現状から、タブレットの有効活用には至っていない」との見解です。</p> <p>【目標】様々な場面でのタブレットの有効活用への工夫が目標です。 業界内でのタブレットを活用した介護計画や記録の電子データ化は必須となりつつあります。キーワード検索などのアプリが持つ本来の機能を活用した事務の効率化に加え、利用者の日常の様子を写真や動画で記録し、家族来訪時にお見せするといった活動が喜ばれています。さらに、こうした記録をSNSに発信することで、広報活動や地域とのつながりの強化にもつながる可能性があります。今後は、さまざまな場面でのタブレットの有効活用を工夫し、業務の質とコミュニケーションの向上を図ることが目標です。</p>		

カテゴリ-5

5 職員と組織の能力向上

サブカテゴリ-1(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

サブカテゴリ毎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(〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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(〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価と処遇(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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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-2(5-2)

組織力の向上に取り組んでいる

サブカテゴリ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(〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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5の講評

【現状】前回の目標“フロア会議での発言”の現状は以下の通りです。

前回“定期開催しているフロア会議で自ら発言するのが目標です”との表題のもと、「今年度から定期開催されるフロア会議に管理者も積極的に参加。職員の発言が少なく情報が一方通行な現状に対し、意見を言いやすい雰囲気作りが目標。評価者は、改善が進めば支援のズレが減ると予測しています」との目標を設定しました。今回それに対し、職員アンケートの“【5-2-1②】日頃の気付きを周りの職員と共有していますか？”の認知度は100%(前回:100%)と高位継続、「情報共有ができ職員同士が仲良し」との意見です。

【現状】管理者は日本文化の変化に対応できるグループホーム運営を掲げています。

評価者は「海外では性別に関係なく誰でも使えるトイレ(ジェンダーレストイレ)を導入し始めている事例があり、日本では女性総理の誕生を機にジェンダー論が活発になっている」と紹介しました。それに対し管理者は「1階は男性利用者、2階は女性利用者、3階はLGBTQの利用者のグループホームを運営してみたい」と話します。評価者は「このようは日本文化の変化の対応できる介護保険施設としてはグループホームが唯一無二ではないか」との認識です。

【課題】新たに雇用した職員の早期退職防止が課題です。

職員アンケートの“【5-1-1①】職員の採用状況を理解していますか？”の認知度は40%(前回:64%)と24ポイントのダウン、“【5-1-4①】人事考課制度を理解していますか？”の認知度は10%(前回:45%)と35ポイントの大幅ダウンでした。管理者も「ネット等活用するも中々職員が採用出来ない。採用してもすぐ辞めてしまうケースが多発している」と話します。評価者は「採用した新人職員の退職を食い止めるため、あらゆる法人が苦労しているが、職員不足を背景に多国籍化への流れは主流になりつつある」との認識です。

カテゴリ7

7 事業所の重要課題に対する組織的な活動

サブカテゴリ1(7-1)

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

評価項目1

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)

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)

【課題・目標】一部の職員が再アセスメント情報の更新作業に着手しており、今年度3月までの期間で計画的に取り組みが進められています。

【課題を抽出した理由・背景】介護計画書作成に関する課題として、本質的な課題の抽出と支援策の改善が求められるとの認識に至りました。職員の理解向上を踏まえ、再アセスメントの継続的な実施を通して入居者の状態を的確に把握し、計画作成担当者と連携して具体的な支援策を検討・反映できる体制を整備しました。

【取り組み】前年度より、職員一人ひとりがアセスメントを実施する取り組みを進めてきました。個々の職員が主体的に取り組むことで、入居者の状態をより深く理解できるようになり、前回からの変化の把握にもつながっています。

<p>目標の設定と 取り組み</p>	<p><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</p> <p><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</p> <p><input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった</p>
<p>取り組みの検証</p>	<p><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</p> <p><input type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていなかった(目標設定を行っていなかった場合も含む)</p> <p><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>
<p>検証結果の反映</p>	<p><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</p> <p><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</p> <p><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

【取り組みの結果】一部の職員は実際に作成まで取り組むことができませんでしたが、全員が完了するまでには至りませんでした。

【今後の方向性】実施にあたり、アセスメントシートの作成時間を十分に確保できない状況が見られました。夜勤者は夜間帯に作成が可能でしたが、日勤帯では業務の多忙さから時間を確保することが難しい場面がありました。また、作成に際して前回と今回の情報を十分に照合できていないケースも見受けられました。今後は、フロア会議の中で職員が協働して作成を進める体制を検討することも有効であると考えています。

評価項目2

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)

【課題・目標】昨年度に引き続き、地域の盆踊り設営への参加を継続しており、今年度3月までの期間で計画的に取り組みを進めています。
 【課題を抽出した理由・背景】地域との関わりが希薄化する中、入居者が孤立することなく地域社会の一員として暮らし続けられるよう取り組んでいます。コロナ禍においても交流を促進するため、入居者・職員・地域住民が参加する三つの交流機会を計画し、共生・共存を実感できる場の整備を進めています。
 【取り組み】例年通り、全入居者が地域の盆踊りに参加できました。

<p>目標の設定と取り組み</p>	<p><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</p> <p><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</p> <p><input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった</p>
<p>取り組みの検証</p>	<p><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</p> <p><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(目標設定を行っていない場合も含む)</p> <p><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>
<p>検証結果の反映</p>	<p><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</p> <p><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</p> <p><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2で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

【取り組みの結果】職員も、運営推進会議への参加や町会活動の支援などを通じて地域住民との関わりを深めており、「あじさいの職員」として地域に認知されるようになっていきます。
 【今後の方向性】建物の構造上の制約に加え、感染症対策の観点から、施設内部を見学していただく機会が限られています。本来であれば、施設内でのイベント等を通じて、地域の方々に「あじさい」の活動や雰囲気を知っていただきたいと考えています。

II サービス提供のプロセス項目 (カテゴリ6-1~3, 6-5~6)

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>【現状】ホームページが新しくなりました。 運営法人の変更に伴い、エンゼル福祉会のホームページ内に「グループホームあじさい」の紹介ページが新たに加わりました。法人系列の特別養護老人ホームや小規模多機能型ホームと並び、外観写真とともに所在地や連絡先が掲載されています。以前のようなご入居者の生活風景は見られませんが、SNS投稿を通じて日々の様子をご覧いただけます。現在、法人全体でホームページの見直しが進められており、今後はグループホームでの暮らしがより伝わる内容になることが期待されています。</p> <p>【現状】空室情報を含め、関係機関へ継続的に情報提供しています。 空室情報は居宅介護支援事業所などの関係機関へ定期的に提供しており、空室期間が長引かないよう入居者の確保に努めています。運営法人は変更となりましたが、グループホームあじさいとしての支援方針や対応は変わらず、現在も継続的に問い合わせをいただいています。また、厚生労働省の「介護サービス情報公表システム」や東京都の「とうきょう福祉ナビゲーション」でも、事業所の運営状況やサービス内容が公開されており、より詳細な情報を確認することができます。</p> <p>【目標】見学の再開が目標です。 事業所の見学は、希望者の状況に応じて柔軟に対応しています。現在は感染症予防対策のため、見学箇所を限定して案内しており、パンフレット等を活用しながら、トイレ・浴室・居室などの設備をご確認いただいています。あわせて、ご入居者の一日の過ごし方や活動の様子も一部ご覧いただけるよう配慮しています。管理者は「状況が落ち着き次第、すべての見学を再開したい」と考えており、ゆっくりと事業所を案内しながら希望者との交流を深めることが、スムーズな入居やその後の支援につながることを期待されます。</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		
<p>【現状】入居前から丁寧な説明と安心の対応を心がけています。 契約時には、契約書や重要事項説明書に基づき、入居条件や利用料、提供可能なサービスの範囲などを丁寧に説明し、同意を得ています。入居までの間も、不安に感じる事があればその都度対応し、納得いただけるよう説明を重ねています。また、ご本人やご家族の希望・要望を確認し、初回の介護計画に反映しています。施設の利用が初めての方にとって、疑問や不明点への丁寧な対応は、安心感や信頼感につながる大切な支援のひとつです。</p> <p>【現状】事前情報の共有で、安心して迎え入れられるよう体制を整えています。 職員アンケート「【6-2-1③】新規契約時の利用者家族からの要望を理解していますか？」の認知度は70%(前回64%)、「【6-2-2①】サービス開始時の利用者の様子や要望を理解していますか？」は100%(前回73%)と、それぞれ上昇しています。事業所では入居前にカンファレンスを実施し、新入居者の人物像や必要な支援・対応策について職員間で確認・検討しています。管理者は「今年度は入退居が多いが、その都度情報共有を図っていることで、職員の不安もなく対応できている」と実感しています。</p> <p>【現状】新規入居者が安心して過ごせるよう、環境と生活リズムに配慮しています。 職員アンケート「【6-2-2②】新規利用者の不安やストレスを軽減するよう心がけていますか？」の認知度は前回同様100%と高く、新規入居者への配慮がうかがえます。認知症の方は入居したことが理解できなかったり、居室やトイレの場所が覚えられず不安になりやすいため、使用していた布団や家具を持ち込んでいただくことで「自分の居所」としての認識を促し、安心して過ごせるよう支援しています。また、生活リズムも急に変化させないよう配慮し、少しずつ慣れていただけるよう努めています。</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
---	-----------------	------------------	-------

評価項目1
定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している 評点(〇〇〇)

評価	標準項目	
<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(〇〇〇)

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きみを整備している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目3
利用者に関する記録を適切に作成する体制を確立している 評点(〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 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

評価項目4
利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している 評点(〇〇)

評価	標準項目	
<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. 利用者に変化があった場合の情報について、職員間で申し送り・引継ぎ等を行っている	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ-3の講評

【現状】アセスメント項目の理解が深まり、支援への意識が向上しています。
昨年度、アセスメント表の作成に全職員が携わったことで、アセスメント内容への理解が深まり、よりその方を知ろうとする意識が高まりました。職員アンケート「【6-3-1①】アセスメントの内容を理解していますか？」の認知度も100%（前回91%）へと上昇しています。現在は業務負担軽減のため職員による作成は行っていないが、アセスメント項目を知ることで観察の視点や介護計画との関連性が明確になり、自立支援や個別性への意識が高まっています。

【課題】介護計画作成の仕組みに関する理解促進が今後の課題です。
職員アンケートでは、「【6-3-1③】アセスメントの見直し時期と手順を理解していますか？」の認知度が50%（前回45%）、「【6-3-2②】介護計画の見直し時期と手順を理解していますか？」が60%（前回55%）、「【6-3-2③】介護計画を緊急に変更する場合の基準を理解していますか？」も60%（前回55%）と、いずれも大きな変化は見られませんでした。介護計画作成に関する体系的な理解は依然として課題であり、今後の取り組みが求められます。

【目標】計画作成担当者を中心とした介護計画作成が目標です。
前回目標「アセスメントの理解を深めよう」については、職員の理解が進んだものの、アセスメント表の作成が継続できていないことから、管理者は「改善していない」との見解を示しています。今年度より計画作成担当者の変更となり、法人内で実施されている介護計画作成に関する研修への参加を通じて育成を進めています。今後は、計画作成担当者が職員へ指示・説明できる体制を整え、ご本人やご家族の理解を得ながら、その方に合った支援を考え、職員の理解を深める役割を担うことが期待されています。

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

【現状】ご本人の意向に寄り添った支援に努めています。

職員アンケート「【6-5-2①】利用者の権利を常に意識していますか？(「ノー」と言える機会を設けている)」の認知度は、前回同様100%と高水準を維持しています。入居前の本人情報に加え、日々の生活の中で細かな好みや考え、癖や傾向、現在の希望などを観察し、職員間で情報を共有しながら支援に活かしています。意思確認の際には、その方のコミュニケーション能力に応じて質問や対応方法を工夫し、できる限りご本人の意向に沿った支援を行うよう努めています。

【課題】羞恥心への配慮が課題です。

前回目標「羞恥心やプライバシーに配慮した支援の見直し」について、管理者は「改善していない」との見解を示しています。職員間で「この程度なら聞かえないだろう」と思い込み、他のご入居者の近くで話す場面が見られるほか、トイレ誘導の対象者がいなくなったことで「トイレと言わなければよい」といった雰囲気生まれています。また、リハビリパンツや尿取りパッド類の確認がご入居者の前で行われる場面もあり、羞恥心への配慮が十分とは言えない状況です。今後も支援のあり方を見直し、職員の意識向上が求められます。

【目標】羞恥心に配慮した支援は継続目標です。

職員アンケート「【6-5-1③】羞恥心に配慮した支援を心がけていますか？」の認知度は前回同様100%と高水準を維持していますが、管理者は「白髪や無精ひげを気にされる方、下着を他人に触られたくない方など、羞恥心の感じ方は人それぞれであり、細かな配慮が必要」と話し、日頃の対応とアンケート結果にギャップを感じています。特にリハビリパンツや尿取りパッド類については、下着としての感覚や「使用＝尿漏れ」といった認識に配慮した対応が求められ、今後も継続的な意識向上と支援の工夫が必要です。

サブカテゴリ-6

6 事業所業務の標準化

サブカテゴリ毎の
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	
<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あたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映している	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ-6の講評

【現状】職員の意見を取り入れながら、支援や業務を見直しています。

前回目標「職員が意見や提案などを言いやすいホームづくり」について、管理者は「全体会議では言いづらくても、フロア会議では発言できる場面が多く見られる」と話しており、フロア会議で出た意見をリーダーがまとめ、全体会議で共有する体制が整いつつあります。職員アンケート「【6-6-2①】サービス手順の見直し内容を理解していますか？」の認知度は70%(前回36%)と大きく上昇しており、業務改善に関する情報共有も進んできています。職員全員の理解に向け、あと一歩の取り組みが期待されます。

【課題】手順書などからの共通認識の再確認が求められています。

職員アンケート「【6-6-1②】マニュアルと現場のサービスに違いがないか確認していますか？」の認知度は60%(前回64%)、「【6-6-1③】日常的にマニュアルを活用していますか？」は40%(前回64%)と、いずれも低下傾向にあります。運営法人の変更に伴いマニュアル整備は進められていますが、現場での活用には至っていない状況です。特に、1日の流れを示す手順書は、経験年数の長い職員には不要と感じられることもありますが、職員間の共通認識を確認するためにも、定期的な見直しと活用の促進が求められます。

【目標】手順書とOJTシートの見直しで、新人教育の質向上を目指します。

現在、法人内でOJTシートの見直し・作成が進められており、管理者は「完成後は新人教育に活かしたい」と期待を寄せています。現状では新入職者の定着がうまくいかず、既存の手順書も職員によって使用のばらつきが見られ、手順や方法に違いが生じていることが懸念されています。新入職者にとって、伝えられる内容が職員によって異なることは混乱を招き、自信を失う要因にもなり得ます。臨機応変が求められる職種だからこそ、共通の基準を持つことの重要性を再認識し、教育体制の整備を進めていきましょう。

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	
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>【現状】職員の連携と対話が支援の質を保っています。 職員アンケート【6-4-1③】職員同士が連携して支援するよう心がけていますか?の認知度は100%(前回91%)へ上昇し、「職員同士仲良く、冗談が言える明るい職場だと思います」との声も寄せられました。日々の申し送りや毎月のフロア会議などを通じて、職員同士が意見を出し合いながら協力している様子がうかがえます。管理者も「今年度は新入居が続いたこともあり、『昨日はこんな様子だった』といった入居者に関する話題や話し合いが増え、入居者への職員の思いや意識が強まっている」と感じています。</p> <p>【現状】得意を活かし、その人らしさを支える支援を心がけています。 職員アンケート【6-4-1②】その人らしさを尊重するよう心がけていますか?の認知度は、前回同様100%と高水準を維持しています。事業所の特徴として「苦手なことややりたくないことはできる方にお願ひし、好きなこと・得意なことを積極的にしてもらおう」との意見も挙がっていました。訪問時には、昼食作りが始まると自らシンクに向かい洗い物やお米とぎを始める方、職員の促しで野菜切りや炒め物を行う方など、それぞれが得意なことを活かしている様子が見られ、皆さんの活き活きとした姿がとても印象的でした。</p> <p>【目標】介護計画の共有と理解を深めましょう。 現在、作成した介護計画書は職員の目につく場所に一時的に掲示し、周知された頃に個別ファイルへ保管しています。前回目標「介護計画の内容を全職員が知る」について、管理者は「以前は職員がアセスメントシートを作成していたが、業務負担や新規入居の増加により、現在は計画作成担当者がアセスメントから計画立案までを担っている。今後は全職員が内容を理解できるよう進めていきたい」と述べ、「改善していない」との認識から継続目標としています。</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>【現状】買い物を通じて日常の楽しみと交流が広がっています。 職員アンケート【6-4-2④】利用者の買い物に同行していますか?の認知度は、100%(前回73%)へと上昇しました。現在はほぼ毎日、食材の買い出しに出かけており、ご入居者も同行して必要な食材や食べたいおやつを選ぶことで、外出による運動や気分転換とともに楽しみにもつながっています。訪問時には、お二人のご入居者が買い物バッグの持ち手を片方ずつ持って「ただいま〜」と笑顔で戻り、冷蔵庫や保管庫に食材や調味料をしまう姿が見られ、買い物がさまざまな活動へと自然につながっている様子が印象的でした。</p> <p>【現状】お看取りを通じて支援の在り方を見つめ直しました。 職員アンケート【6-4-2③】利用者の状況に応じて必要な支援をするよう心がけていますか?の認知度は、前回同様100%と高水準を維持しています。今年度はターミナル期からお看取りまで支援するケースが数例あり、ご本人が少しでも心地よく過ごせるよう、清潔保持や体位交換など、その時々状態に応じた対応を考え、実践してきました。お看取りを終えた後も「もっとうごきたのでは…」「自分たちはやり尽くせたのか…」といった思いを抱きながら、カンファレンスでしっかりと振り返り、次に活かす取り組みを続けています。</p> <p>【現状】和やかな食事作りが笑顔と食欲を誘います。 今年度も、職員とご入居者が一緒に昼食を作る場面が見られました。職員の「そろそろお屋かな」という声かけに、ご入居者も反応され、机の上を片付ける方や、お米をとぎにシンクへ向かう方など、それぞれが日々の中で自分の役割を理解されている様子がうかがえました。調理中には、職員の「これはこうして…」という促しに「これでいいの?」と応じながら、「いい匂いね。お腹すいてきちゃった」「ここのご飯は母親の味に似てて、よく口に合うの」など自然と会話も生まれ、和やかな雰囲気の中で食事作りが進められていました。</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きみを整えている	○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>【現状】日常の動作が自然な運動につながっています。</p> <p>職員アンケート「【6-4-3②】体を動かす取り組みを心がけていますか?」の認知度は、前回同様100%と高水準を維持しています。ホーム内では体操の時間を設けるほか、階段の昇り降りやフロアの掃除機がけ、洗濯物干し、玄関の掃き掃除など、日常生活の中で自然に身体を動かすよう促しています。コロナ禍も明け、買い物や散歩の機会も増え、ファストフード店での外食や買い物帰りにタワーホール船堀まで足を延ばすなど、行動範囲が広がることで身体を動かす機会も増えています。</p> <p>【現状】職員の意識向上により服薬事故の減少につながりました。</p> <p>職員アンケート「【6-4-3③】服薬管理の仕組みを理解していますか?」の認知度は、前回同様100%と高水準を維持しています。服薬時には、ご入居者名や日付・時間帯を2人の職員で確認し、服薬後も見守り・確認と空袋のチェックを行うなど、事故防止に努めています。管理者は「服薬前のチェックは継続し、落薬時に探しやすい環境整備にも取り組んでいるが、ゼロ件には至っていないのが現状。ただし、職員一人ひとりの意識付けは進んでおり、減少傾向にあると感じている」と話しています。</p> <p>【課題】自立支援と安全確保の両立に向け、職員の共通認識が求められます。</p> <p>職員アンケート【事業所の課題や目標】では、「自立支援と安全確保のバランスや、職員間での支援の一貫性に課題がある」との意見が挙がりました。管理者は「歩行を考えたとき、転倒は誰にでも起こり得ることであり、悪いことではない。転ばないように環境を整えたり、筋力アップを図る配慮が大切」と話しています。高齢者は筋力や骨密度の低下により骨折リスクがある一方、過度なリスク回避は行動制限につながるため、職員間での共通認識を持つことが重要です。</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のとなっている	○非該当
評価項目4の講評		
<p>【現状】さりげない支援で、ご入居者自らの行動を尊重しています。</p> <p>職員アンケート「【6-4-4②】利用者の意思を尊重していますか?」の認知度は、100%(前回91%)へと上昇しました。訪問時には、調理や食事前にご入居者が自ら手を洗いに行く姿や、飲み終えたカップを下げる姿、手洗いや洗い物が終わるまで待つ姿などが見られ、生活リズムが自然と身につく、自発的な行動につながっている様子がうかがえました。職員も「〇〇さんが終わってから行きましょうか」「石鹸つけて洗いましたか?」など、さりげない声かけでフォローし、ご入居者の自尊心ややる気を支えていました。</p> <p>【現状】助け合いと笑顔があふれるホームです。</p> <p>職員アンケート「【6-4-4①】利用者同士が関わられるよう心がけていますか?」の認知度は、前回同様100%と高水準を維持しており、事業所が目指す支援のひとつである「できることはご自身で。できないことは入居者同士で助け合って」が職員に浸透していることがうかがえます。訪問時には、ご入居者同士が声をかけ合い笑いあう姿が多く見られました。1階のご入居者が2階へ職員と訪れ「今日で帰るから挨拶に来たの」と話すと、「あら急ね。元気だね」「いつもそう話してるけど、まあお話できてよかった」と、和やかな場面が広がっていました。</p> <p>【目標】柔軟な発想を支援につなげていきましょう。</p> <p>前回目標「新たなチャレンジを試みながらより良い支援につなげる」について、職員アンケートでは「改善が進んでいる」が60%で、「入居者と一緒に献立を考えつつ、栄養バランスにも配慮している」「入居者が自主的に行っていることが継続されるようにしていきたい」「できない理由を考えるより、どうすれば実現できるかを意識していきたい」といった前向きな意見が寄せられました。管理者も「思いついた支援を実行できるのがグループホームの良さ。安定志向ではその良さが活かせないため、積極的に提案し、実施してほしい」と話しています。</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

【現状】こまめな報告と対話でご家族の安心につながっています。

事業所では、ご本人の様子を記した手紙や日常生活の写真を掲載した『あじさい新聞』を毎月郵送し、日常的な報告や相談は主に管理者やリーダーが電話や携帯アプリを通じてこまめに行っています。家族アンケート「【問1】ご本人の様子についての報告は満足していますか？」の満足度は、前回同様100%と高水準を維持しており、「日常が細かく報告され、今後のケア方針も示されていて満足しています」「毎月の報告はもちろん、電話やLINEでの対応にも満足しています」といった声が寄せられました。

【課題】面会再開への期待と家族との時間を願う声が寄せられています。

家族アンケートでは、「いまだに面会が玄関先までとなっているのがさみしい。せめて個人の部屋での面会ができるようになってほしい。他の入居者さんとも話せると普段の雰囲気もわかり、お互いにとってプラスになると思う」といった、事業所内での面会再開を希望する声が寄せられました。また、入居者と家族と一緒に食事をする機会を望む声もあり、家族で過ごす時間への期待が高まっています。管理者は「運営法人が変わったため、法人内の事業所の対応に合わせ、春頃から再開できれば」と考えています。

【目標】相談しやすい関係性づくりと家族との対話機会を充実させましょう。

家族アンケート「【問10】職員は不満や要望にきちんと対応してくれますか？」の満足度は、前回同様82%と高水準を維持しています。管理者は「長く居る方とはお互いに関係性ができていると感じている。新入居者も増えたため、ご家族が相談しやすい関係性を築くために、こまめな連絡を心がけたい」と話しています。今年度は家族懇談会の開催が叶いませんでしたが、時期をずらしての開催も検討中です。直接ご家族と話す機会が増えることで、支援への参加意識や安心感の向上が期待されます。

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

【現状】大衆演劇をきっかけに交流の輪が広がりました。

職員アンケート「【6-4-6①】地域の情報を利用者に提供していますか？」の認知度は100%(前回82%)へ上昇しました。地域のイベント情報をご入居者と共有し、希望があれば企画を立てて参加しています。夏頃に大衆演劇を観覧した際には、役者さんのファンになるご入居者も現れるほど好評で、秋の公演にも出かける企画を立てています。前は車での移動でしたが、今回は歩ける方は公共交通機関の利用も検討中です。また、劇団が配布するポケットティッシュに役者さんの写真を入れるお手伝いをするなど、新たな交流も生まれています。

【現状】地域の一員として外出支援を継続しています。

日頃の買い物は、近隣の大型スーパーやドラッグストアなどを利用し、ご入居者と一緒に出かけるよう心がけています。また、公園への散歩や飲食店の利用なども実施されており、地域との自然な関わりが生まれています。職員アンケートでは「外出支援は、ご入居者が興味を持たれてから行っている」「外出支援やご家族との連携を図っている」といった意見が挙がりました。こうした前向きな姿勢は、グループホームあじさいが地域の一員として認識され続けることにもつながります。気温や感染症に配慮しながら、今後も継続的な取り組みが期待されます。

【目標】地域とのつながりを広げる一歩を大切にしていきましょう。

前回目標「新たな地域イベントへの参加」について、管理者は、家族が事業所内で面会できていない状況や、今年度のRUN伴が経路変更により参加できなかったことを背景に、「改善していない」との見解を示しています。盆踊り準備の手伝いも、夏の気温の高さから難しい状況でしたが、来年は管理者が(できればご入居者も一緒に)RUN伴に参加し、地域交流を図りたいと考えています。設営や出店が難しくても、様子を見に行き「お疲れ様です」と声をかけ合うような小さな交流が、グループホームあじさいの存在感を地域に示すきっかけとなるでしょう。

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	【現状】管理者は日本文化の変化に対応できるグループホーム運営を掲げています。
	内容	評価者は「海外では性別に関係なく誰でも使えるトイレ(ジェンダーレストイレ)を導入し始めている事例があり、日本では女性総理の誕生を機にジェンダー論が活発になっている」と紹介しました。それに対し管理者は「1階は男性利用者、2階は女性利用者、3階はLGBTQの利用者のグループホームを運営してみたい」と話します。評価者は「このようは日本文化の変化の対応できる介護保険施設としてはグループホームが唯一無二ではないか」との認識です。
2	タイトル	【現状】さりげない支援で、ご入居者自らの行動を尊重しています。
	内容	職員アンケート「【6-4-4②】利用者の意思を尊重していますか？」の認知度は、100%(前回91%)へと上昇しました。訪問時には、調理や食事前にご入居者が自ら手を洗いに行く姿や、飲み終えたカップを下げる姿、手洗いや洗い物が終わるまで待つ姿などが見られ、生活リズムが自然と身につく、自発的な行動につながっている様子がうかがえました。職員も「○○さんが終わってから行きましょうか」「石鹸つけて洗いましたか？」など、さりげない声かけでフォローし、ご入居者の自尊心ややる気を支えています。
3	タイトル	【現状】アセスメント項目の理解が深まり、支援への意識が向上しています。
	内容	昨年度、アセスメント表の作成に全職員が携わったことで、アセスメント内容への理解が深まり、よりその方を知ろうとする意識が高まりました。職員アンケート「【6-3-1①】アセスメントの内容を理解していますか？」の認知度も100%(前回91%)へと上昇しています。現在は業務負担軽減のため職員による作成は行っていませんが、アセスメント項目を知ることで観察の視点や介護計画との関連性が明確になり、自立支援や個性への意識が高まっています。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	【目標】1階のユニットリーダーを新たに立てるのが目標となります。
	内容	管理者は「グループホームあじさいがエンゼル福祉会への所属に関する意識改革はまずはリーダーがしっかり認識することが求められ、リーダーはしっかり自分の言葉で職員に伝えるべきである」との認識です。現在、2階はリーダーを配置できていますが、1階は管理者が兼務しています。1階の新たなリーダーを立てることにに対し管理者は、「リーダーの役割を明確にすることが必要である」との認識です。評価者は「エンゼル福祉会に属している限り、法人の職制を踏まえた展開となるであろう」との意見です。
2	タイトル	【課題】新たに雇用した職員の早期退職防止が課題です。
	内容	職員アンケートの「【5-1-1①】職員の採用状況を理解していますか？」の認知度は40%(前回:64%)と24ポイントのダウン、「【5-1-4①】人事考課制度を理解していますか？」の認知度は10%(前回:45%)と35ポイントの大幅ダウンでした。管理者も「ネット等活用するも中々職員が採用出来ない。採用してもすぐ辞めてしまうケースが多発している」と話します。評価者は「採用した新人職員の退職を食い止めるため、あらゆる法人が苦労しているが、職員不足を背景に多国籍化への流れは主流になりつつある」との認識です。
3	タイトル	【課題】面会再開への期待と家族との時間を願う声が寄せられています。
	内容	家族アンケートでは、「いまだに面会が玄関先までとなっているのがさみしい。せめて個人の部屋での面会ができるようになってほしい。他の入居者さんとも話せると普段の雰囲気もわかり、お互いにとってプラスになると思う」といった、事業所内での面会再開を希望する声が寄せられました。また、入居者と家族と一緒に食事をする機会を望む声もあり、家族で過ごす時間への期待が高まっています。管理者は「運営法人が変わったため、法人内の事業所の対応に合わせ、春頃から再開できれば」と考えています。

