

東京都福祉サービス第三者評価
評価結果報告書
グループホーム
花物語せたがや西

平成31年3月

評価実施機関

特定非営利活動法人

よこはま地域福祉研究センター

◆ 第三者評価実施概要 ◆

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)
----------	---

事業所名	株式会社 日本アメニティライフ協会 グループホーム 花物語せたがや西
------	---------------------------------------

事業所住所	〒157-0072 東京都世田谷区祖師谷6-5-31
-------	-------------------------------

評価実施期間	平成30年10月11日～平成31年3月28日
--------	------------------------

評価機関	特定非営利活動法人 よこはま地域福祉研究センター
------	--------------------------

評価者	修了者No. H0302053・H1401065・H0701033
-----	--------------------------------------

評価手法

【利用者調査／場面観察】（利用者家族アンケート含む）

- ・場面観察日を設け、利用者と職員の関わり等、日常生活の様子を観察した。
- ・利用者の家族に対して、調査票を事業所から郵送するなどし、記入後の回答用紙を評価機関に直接返送してもらった。

【事業評価】

- ・経営層合議による自己評価の実施
- ・職員個別回答による自己評価の実施（職員個々で記入後、評価機関に直接返送してもらった）
- ・訪問調査／利用者調査および自己評価の集計・分析に関する説明
経営層へのヒアリングおよび書類調査の実施

1	理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）
	事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述 （関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定） 1) 安心 2) 安全 3) 清潔 4) 笑顔のたえないホームを作り上げていきます 5) 家族的な安らぎ、温かさの提供をします
2	期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）
	（1）職員に求めている人材像や役割 『その人らしい生活を送って頂くために、どのようなお手伝いができるか』という視点を持ってサービスを行える人。またその実現のために職員同士、積極的にコミュニケーションをとり、尊敬・協調性を持って働くことができる人。
	（2）職員に期待すること（職員に持って欲しい使命感） 安全・安心・清潔を最優先することを基本として、『その人らしい生活を送って頂くために、どのようなお手伝いができるか』という視点を持ち、ご利用者様、そのご家族様、職員と積極的にコミュニケーションを取り、それを実現するためにどうしたらよいかと常に考えることができること。

調査対象	グループホーム花物語せたがや西の全利用者（総数18人）と、利用者の家族全世帯（18世帯）を対象に調査を実施しました。	
調査方法	利用者には場面観察方式による調査を実施し、評価者が滞在し、職員との関わりの様子を観察しました。家族にはアンケート方式による調査を実施しました。調査票と返信用封筒を評価機関が準備して事業所から送付し、回答は家族から直接評価機関宛に郵送する方式をとりました。	
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		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

家族のアンケート調査では、「大変満足」が33.3%、「満足」が66.7%と回答した方全員が、総合的に満足しているという高い評価を得られています。設問別では、「事業所の整理整頓」、「職員の接遇・マナー」、「利用者の気持ちを大切にした対応」、「プライバシー保護」で「はい」と肯定的な回答割合が100%でした。「計画やサービス内容」、「家族の要望」では、「どちらともいえない」、「いいえ」と回答した方が33.3%で外部の「相談窓口」については、44.4%の方が「どちらともいえない」、「いいえ」と回答しています。自由記述では、「ホームは清潔できれいで、職員の方々も親切で満足しています」、「言葉遣いも大変丁寧で、いつもあたたかく接してくれます」と好意的な意見が寄せられているほか、「できる限り、運動や手伝いをさせてほしい」という意見もありました。

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》

Aさんがいつも座る席にBさんが座り、テレビを見ています。Aさんはしばし、周辺を行きつ戻りつするうちに言葉で訴えます。「私はいつもここですよ」「朝からおちつかないのよ」と、職員とBさんに対しての発言です。Bさんの本来の席はテレビのすぐ前で、Bさんはテレビの見やすいAさんの席が気に入っている様子です。職員はAさんに「ごめんね」と謝り、二人に対し「さっき、食器を拭いてもらった時に、この席にかわってもらったの」と話し、さらにBさんにはテレビの見やすそうな他の席を「ここが空いているわ」と、示していました。

《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》

Aさんは「ここは自分の席」という主張が正しかったと、職員に認めてもらったことで怒りが収まります。事後に発した「わかったでしょ」の言葉は、誰に向けての言葉とも取れず、自身でも不安のある自分の言動の確認のようにも思われます。Bさんにはまず、お手伝いをしてもらった事実を話し、職員が頼んだことをしてくれたことを話すことで、Bさんの自尊心を守ります。そして、Bさんの席についての不満も聞いた上で、違う席の提示をしています。その後2人は、それぞれが本来の自分の席に座り、何事もなかったようにテレビを見て過ごしています。一人一人に対して誠実に寄り添い、双方のプライドを受け止める職員の姿勢が、小さなトラブルでざわついた二人の気持ちを静めていったと思われます。

「評価機関としての調査結果」に対する事業者のコメント

9名という限られた人数で日々生活しておりますが、全員が気持ち良く快適な生活を送るために何が必要か考えながら支援を行っています。ときには、ご入居者様同士行き違いなどで口論になることもあります。そうした場合、その後気持ち良く生活を送っていただくには、両者共にフォローが必要になると日々考えています。今回も、両者共にフォローに対応できたことは良かったと感じています。ご入居者様同士の関係性にも配慮しながら今後も取り組んでいきたいと思ひます。

利用者調査結果

共通評価項目	実数			
コメント	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
1. 家族への情報提供はあるか	8	1	0	0
回答割合は「はい」が88.9%、「どちらともいえない」が11.1%となっています。自由記述には、「こちらが訪問して、お尋ねすれば気持ちよく説明してくれます」、「対面での説明はあるが、行事や生活のスケジュール表、献立表などがあると、ありがたい」というコメントが寄せられています。				
2. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	9	0	0	0
回答割合は「はい」が100%となっています。自由記述には、「とてもきれいです」というコメントが寄せられています。				
3. 職員の接遇・態度は適切か	9	0	0	0
回答割合は「はい」が100%となっています。自由記述にはコメントは寄せられていませんでした。				
4. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	7	2	0	0
回答割合は「はい」が77.8%、「どちらともいえない」が22.2%となっています。自由記述には、「職員の方々は、みなさん親切で丁寧な対応をしてくれます」というコメントが寄せられています。				
5. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	8	0	0	1
回答割合は「はい」が88.9%、「非該当」と回答した方が11.1%となっています。自由記述にはコメントは寄せられていませんでした。				

6. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	9	0	0	0
回答割合は「はい」が100%となっています。自由記述にはコメントは寄せられていませんでした。				
7. 利用者のプライバシーは守られているか	9	0	0	0
回答割合は「はい」が100%となっています。自由記述にはコメントは寄せられていませんでした。				
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	6	2	1	0
回答割合は「はい」が66.7%、「どちらともいえない」が22.2%、「いいえ」が11.1%となっています。自由記述にはコメントは寄せられていませんでした。				
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	6	2	1	0
回答割合は「はい」が66.7%、「どちらともいえない」が22.2%、「いいえ」が11.1%となっています。自由記述にはコメントは寄せられていませんでした。				
10. 利用者の不満や要望は対応されているか	8	1	0	0
回答割合は「はい」が88.9%、「どちらともいえない」が11.1%となっています。自由記述にはコメントは寄せられていませんでした。				
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	3	3	1	2
回答割合は「はい」が33.3%、「どちらともいえない」が33.3%、「いいえ」が11.1%、「非該当」と回答した方が22.2%となっています。自由記述にはコメントは寄せられていませんでした。				

I サービス提供のプロセス項目（サブカテゴリー1～3、5～6）

No.	共通評価項目		
	サブカテゴリー1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	4/4
評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している	○非該当	
●あり ○なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものにしている	○非該当	
●あり ○なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	○非該当	
●あり ○なし	4. 利用希望者等の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している	○非該当	
サブカテゴリー1の講評			
リーフレットやホームページによって情報がわかりやすく提供されています 事業所では、利用者や家族に向けた情報提供としてリーフレットが用意され、法人によってホームページが整備されています。パンフレットは事業所の特色や概要、料金表、行事、フロアの案内などが記載されているほか、ホームページにおいても、ホームの建物外観や居室、住設備、事業所の外観や四季のイベントの写真を掲載し、また、利用料金や入居手続きの方法、よくある質問などが掲載されるなど分かりやすいものとなっています。一方で、ホームページには定期的な更新が少ないといった課題があり、今後の検討が望まれます。 地域の関係機関や法人施設との連携を通じて情報共有が行われています ホームのパンフレットを地域包括支援センターや医療機関などに配布しているほか、空き情報は区に定期的に報告しています。また、地域の自治会に加入し、商店街のイベントに参加するなど、活動を通じて情報提供を行なっています。去年初めて開催した夏祭りには多くの地域の人が訪れており、ホームでは施設の周知の重要性をあらためて確認しています。さらに、区内の法人系列のグループホーム3か所と連携して、各ホームの空室情報などを共有すると同時に、相談や受け入れの調整を行い、急な入居希望などにも対応しています。 ホームの見学では希望者の都合を配慮した臨機応変な対応が行なわれています 利用者・家族からの見学希望に対しては、利用希望者の希望に応じて土日にも対応するなど、臨機応変に対応しています。入居相談は施設長やケアマネージャーなどが行なっていますが、利用料については、施設長が対応を行なっています。利用者・家族への説明は入居までの流れやホームでの生活などで、施設案内のパンフレットで説明すると同時に、ホーム内に掲示してある日常生活の写真を活用しています。現在、施設長不在時の問い合わせなどに対応できる職員の育成や日常生活の様子が分かる説明資料の検討を行なっています。			
	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		
契約時に利用者・家族に対して丁寧な説明を行い、同意を得ています 契約時の説明は、施設長が、重要事項説明書および利用契約書を使用して行なっています。説明の内容はサービス内容や費用とともに、持ち物や面会時間、外出・外泊、喫煙や飲酒などの日常生活のルールなどで、利用料は料金表で説明しながら具体的な計算式を提示するなど、資料を準備して丁寧な説明を行なっています。利用者・家族の関心の高い医療的な対応については、看取りが可能であることを伝えた上で、利用者の急変時や重度化した場合などの対応について書面で説明し、同意書を得ています。 利用者の情報は事前の利用者・家族からの聞き取りなどによって把握されています 新たな入居に際しては利用者に関する情報収集が行なわれ、「相談受付票」や「アセスメントシート」などに記載されています。利用者および家族のほか、担当ケアマネージャーなどから、当施設利用に至る経緯や生活環境などの個別の事情や要望を聞き取り、職員間で共有し支援に努めています。ホームは区内の法人系列のグループホーム3か所と連携しているため、ほとんどの利用希望者は法人内の他施設を経由した申し込みが多く、そのため、すでに病院訪問などを行なっている場合にはその情報を引き継いでいます。 利用開始直後の不安軽減のために、家具の持ち込みなどを勧めています 新規入居者の情報は、申し送り時に伝達するとともに、ユニット会議において説明を行なっていますが、十分な時間が取れないために連絡ノートを確認し、支援に必要なポイントを「プロフィール」としてキッチンに貼り出すなどの工夫を行なって情報共有に努めています。新規の利用者がホームでの生活に慣れるまでには、概ね1～2か月かかることから、その間は、担当職員を決めて積極的に声掛けをするなどして利用者の不安に対応しています。さらに、帰宅願望などの場合の対応方法などを分かりやすく表にするなどして職員間で共有しています。		
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(〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している	○ 非該当
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	○ 非該当
●あり ○なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている	○ 非該当
評価項目2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の介護計画を作成している 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	○ 非該当
●あり ○なし	2. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直しをしている	○ 非該当
●あり ○なし	3. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	○ 非該当

評価項目3 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしくみがある	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	☐ 非該当
評価項目4 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している	☐ 非該当
サブカテゴリー3の講評		
定められた手順でアセスメントとケアプランの作成・見直しが行われています ホームでは、入居後一週間ほどの経過観察を経てアセスメントを行ない、施設サービス計画につなげています。施設サービス計画は、施設長、ケアマネージャーが作成し、担当職員を交えてサービス担当者会議を開催して確定しています。サービス担当者会議には家族に対しても出席を求めています。参加はほとんどないことから、来訪時での説明や郵送などの方法によって意見や要望を把握しています。施設サービス計画は3か月ごとにモニタリングを行なった上で、6か月毎に定期的に見直ししており、また必要な場合に随時の見直しを行っています。 利用者一人ひとりの記録がきめ細かく記載されています ホームでは、記録は一人ひとりの利用者に対して1時間に1回は記載するようにしており、利用者の24時間の状況が、時系列で記録されています。また、記録内に「ケアプラン実施状況」のチェック欄を設け、ケアプランの内容が具体的に示されることによって、日々の支援がケアプランの目標に沿って実施されているかどうか一目で確認できるようになっています。記録については、必要なことを簡潔に記載するようにしており、書き方についての研修を行なうとともに、施設長やケアマネージャー、看護師が都度の指導や助言を行なっています。 フロア会議や申し送りなどによって情報共有が行われています 利用者の状況に関する情報の共有は、朝夕の申し送りやケアカンファレンス、フロア会議などによって行われています。「申し送りノート」には排泄や食事、水分摂取、入浴、就寝及び起床時間などと同時に、医療機関の受診などの留意事項が記載されており、利用者に異変があった場合の対応をスムーズに行うことができます。ホームでの全体会議は1か月に1回ですが、何かあれば随時ミーティングを行うことによって、きめ細かな情報共有が行われるとともに職員間の連帯感の醸成につながっています。		
サブカテゴリー5		
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重 サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況 5/5	
評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のプライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	☐ 非該当

評価項目2 サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	☐ 非該当
サブカテゴリー5の講評		
利用者の羞恥心やプライバシーの保護に努めています 利用者・家族に対しては入所時に、利用者の個人情報、プライバシーを尊重することや同性介助について説明しています。職員に対しては、業務マニュアルにプライバシーへの配慮について記載しているほか、法人による研修やホームでの内部研修を実施するなどの取り組みを行っています。ホームでは、利用者の居室への入室時には声かけやノックを行なう、排泄時の声かけは利用者と目線を合わせて他者には聞かれないようするほか、入浴時の着替えや洗濯物の受け渡しなどについても、羞恥心やプライバシーへの配慮しています。 個人情報の保護は、常に同意を得ながら丁寧に行われています 法人では、「個人情報取扱規定」を策定し、個人情報の定義や取り扱い方法、安全管理等について明確化しています。利用者・家族に対しても、利用契約の締結時に「個人情報取り扱いに関する同意書」を提示して、個人情報の使用目的や使用範囲、使用期間などの説明を行ない、署名・捺印を得ています。さらに、ホームページや広報誌などへの写真の掲載について意向を確認しています。 利用者の意向を常に理解しながら適切な支援につなげています ホームでは、「何もしないで座っているだけの状態をつくらない」ことに取り組んでおり、利用者一人ひとりの意向の把握に努めています。利用者との日常の会話の中から出てくる要望や意見については、施設長が本人に再度確認しながら支援の検討を行なっています。そこでは、職員が自分の価値判断で利用者の話を受け止めるのではなく、利用者の意向を絶えず確認しながら意向の把握に努め、利用者の考えをより理解できるように努力しています。評価できる取り組みと思われます。		
サブカテゴリー6		
6	事業所業務の標準化	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況 5/5
評価項目1 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうか定期的に点検・見直しをしている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	☐ 非該当
評価項目2 サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は改変の時期や見直しの基準が定められている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	☐ 非該当

サブカテゴリ6の講評

業務マニュアルやホーム独自のマニュアルが整備され活用されています

ホームでは、緊急時対応や衛生管理、苦情対応など様々なマニュアルが整備されています。また、個々の利用者の個別対応手順が整備されています。マニュアルは職員が利用しやすいように休憩室に配置し、さらに、ユニット会議で読み合わせて確認を行っています。ホームでは、利用者の平均介護度が高くなってきていることから、統一的なケアを実施するために手順・マニュアル類の整備を行ない、対応に迷った時の業務の再確認などに力を入れていきたいと考えています。

業務内容や手順は利用者の状態に合わせて随時の見直が行われています

ホームでの業務内容などについては極力マニュアル化して、ケアの統一や個別ケアの実施を図ることとしており、年度末の全体会議で次年度のケアマニュアルの更新を行なっています。利用者の個別対応手順については、利用者の状態に合わせて随時の見直を行なっており、利用者一人ひとりの具体的な支援内容と留意点をアセスメントの特記事項に記載しています。改善した内容については、一定期間毎日申し送りを行なって手順の統一を図っています。手順の変更は薬関係が多くなっています。

ワークショップの手法などを取り入れてスキルの共有に努めています

研修は、新規職員を対象にした法人による研修のほか、2か月に1回の会議開催時に2時間程度、ホーム独自の研修を計画的に行っています。研修の内容は、記録の書き方やコミュニケーション、サービスマナーなどとなっていますが、座学だけでなくワークショップを重視しており、中でも、認知症への対応の成功例と失敗例を出し合って確認しながらスキルの共有を行うなど優れた取り組みを行なっています。一方で、研修が職員ミーティングと同時開催ということもあり十分な時間の確保ができないことが課題となっています。

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			
各利用者にとって必要な支援を適切に提供する仕組みに工夫があります ケアプランに定められた各人の短期目標及びサービスの内容を、現場での支援に即したわかりやすいシートにしたものをフロアーに備えています。シートは大きな字で見やすい体裁で整えられており、介護職員が一目で確認できるような工夫があります。さらに個人別の支援記録には、この目標に沿った支援がおこなわれたかどうかを職員が確認するチェック欄を設けています。多忙を極める支援の現場で職員が利用者に必要な支援を適切におこなう仕組み作りに工夫が見られます。 ホームでの生活が、その人らしい暮らしとなるように心がけています 利用者にとり、「その人らしい生活を送って頂くために、どのようなお手伝いができるか」という視点で支援のできる職員を育てています。利用者が居心地の良い生活をするために、入所時の面談では現役時の職業や家族構成、今までの家庭での過ごし方等を丁寧に聞き取り、職員間で周知共有しています。それぞれの得意な事や好きな事、苦手な事や嫌いな事等を十分に把握し、不安な様子が見られた時にはさりげなく気分転換を図り、穏やかな気持ちで過ごす時間が増えるように細やかな配慮が見られます。 日々職員間の情報共有を丁寧におこない、利用者への支援に反映しています サービス担当者会議や全体会議により、各利用者への支援目標を職員間で周知しています。さらに毎朝のミーティングでは、申し送りノートに基づいて利用者の前日及び前夜の様子を報告し、より具体的な支援に関する職員間の情報共有を丁寧におこなっています。また、利用者が往診を受けた後にもミーティングをもち、往診記録の確認や医師からの伝達をおこない、利用者の変化に応じた支援のあり方をその都度検討しています。			
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																	
利用者が可能な範囲で自分の役割を持てるように提案しています 利用者がホームの生活の中で、出来る範囲の自分の役割を持ち、自らの楽しみにつながるように考慮しています。その日の利用者の体調を把握したうえで、それぞれが参加できる役割を提案しています。タオルをたたむ人、キッチンで料理の盛り付けをする人、テーブルを拭く人、または体操のリーダー役をする人等々です。淡々とした毎日の暮らしの中で、自分の意志で動き、他の人の役に立っている実感をもつことが、利用者の心の活性化につながっています。 利用者それぞれの状況に応じた生活支援をきめ細かくおこなっています 生活の支援は一人ひとりの体調や状況に応じておこなっています。食事については各人のトレイに注意事項のカードをつけています。おかゆやとろみの有無、一口大に、などの食形態に関することだけにとどまらず、エプロン、スプーン等の必要の有無、義歯装着の確認等までを、きめ細かく記しています。排泄の介助が必要な人には、それぞれの排泄間隔に応じて声掛けした上でトイレに付き添っています。トイレや浴室への介助は、往復の歩行の安全を十分に確保し、利用者の気持ちが行動に向かえるように職員は穏やかに語りかけています。 必要に応じ、身の回り品等の少額の買い物については代行しています 家族もしくは利用者本人からの要望がある場合には、生活するために必要な各種の手続きや小さな買い物等を代行しています。歯ブラシ程度の身の回りの少額の買い物については、施設で立て替払いをして月末に精算する仕組みで、「個人現金出納」に記録しています。千円以上の買い物は家族に相談することとしており、衣類についてはできる限り家族に準備してもらうようにしています。																	
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)																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>1. 利用者の心身の状況に応じた健康管理を行っている</td> <td>○ 非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○ 非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○ 非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○ 非該当</td> </tr> </tbody> </table>	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	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																	
利用者の健康管理は、看護師が主となり細やかな配慮をしています 利用者の起床時に血圧・体温を測定して毎日記録しています。変化が認められた場合にはその後も時間を決めて測定し様子を注視しています。生活場面においても、普段との違いが見られた時には小さなことでも施設長又は看護師に連絡することとしており、尿や便の状態についても、気になる時には看護師を呼び、判断を仰いでいます。また 提携する内科医が月2回の往診をしています。内科以外の専門医への受診についても適切に対応しています。リビングで寛ぐ時間帯には小まめに水分補給を促し、利用者が摂取しやすい飲み物を聞いて提供しています。 健康保持のために、可能な範囲で身体を動かすように提案しています 利用者の健康状態を保つために、各人の出来る範囲で身体を動かすように促しています。リビングルームのテレビにはテレビ体操の録画がしてあり、みんなで一緒に体操をしています。食事前には口腔ケアの一環として口腔体操や早口言葉などをリクレーションのように楽しんでいます。散歩については、高齢者施設のため、感染症や熱中症の不安のない、良い気候の時期に実施しています。日頃は周回になっている施設のペランダを歩いたり、庭で日光浴をするなどの工夫をしています。 服薬はマニュアルに基づいた管理と手順でおこなっています 服薬管理についてはマニュアルを作成し、管理及び手順を徹底しています。それぞれの内服薬は事務室内で管理し、その日の分だけを各フロアのキッチン内で扉のある棚に収納しています。キッチンに職員不在時には、入り口に施錠しています。服薬手順は「〇さんにお薬を飲んでいただきます」と、確認者に声に出して伝え、職員間の確認後、本人にも薬袋を提示して声で確認しています。飲み込みの確認が出来次第記録し、誤薬事故の起きない仕組み作りをしています。																	

4	評価項目4 共同生活が楽しく快適になるよう工夫している			評点(〇〇〇)
	評価	標準項目		
	☒ あり ☐ なし	1. 利用者がお互いに関わり合いながら楽しく生活することができるよう支援を行っている		☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	2. 事業所での生活は、他の利用者への迷惑や健康面に影響を及ぼさない範囲で、利用者の意思が尊重されている		☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	3. 居室や食堂などの共用スペースは、利用者の安全性や快適性に配慮したものとなっている		☐ 非該当
評価項目4の講評				
利用者は職員のサポートを得て、共同生活を楽しんでいます ほとんどの利用者が日中は共有スペースのリビングで過ごしています。テレビを見ながら会話を楽しんだり、向かい合って編み物をしたりして和やかに共同生活を送っています。ホームでは季節の行事を楽しむことにも力を入れています。各居室の入り口には節分で作った折り紙の鬼が飾っており、リビングの壁面には利用者が描いた鬼の絵が並んでいます。1月には施設内で初詣気分を味わえるように、人が通ることの出来るほどの大きな鳥居を職員が手作りしています。赤い鳥居をくぐる利用者が笑顔で写真に納まっています。 一人ひとりの尊厳を大切にした支援がおこなわれています 共同生活の場ではあっても、一人ひとりの住まいやすさや居心地の良さが得られるように、職員が知恵を出し合っています。他人とのコミュニケーションが苦手であったり、自分の居場所にこだわりのある利用者には、その人にとって落ち着いて過ごせる場所作りを工夫しています。共有スペースの中に一人用のテーブルを置く事や、座る席を変えることなどで気持ちに変化が見られます。時には小さな揉め事も起こりますが、職員は双方の尊厳を守り、各人の記憶に残っている思い出を大切にした対応をして、利用者は平安を取り戻しています。 施設内は安全を考慮した環境が整えられています 利用者の居室や、トイレ、浴室、リビング等の共有スペースは、整理が行き届いています。歩行力の低下により、車椅子や歩行器を使用する利用者も増える傾向です。スムーズで安全な動線を確認するために、足元に無駄なものを置かず、テーブル周辺にも歩きやすい空間があります。リビングや階段、玄関の壁面には、優しい色合いで調和のとれた飾りを職員が手作りで施しています。利用者や職員、来訪者にも心が和む工夫があります。				
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																				
利用者家族とのより活発な交流の方法を模索しています 施設行事の「花まつり」(夏祭り)に利用者の家族にも参加してもらっています。開設3年目を迎え、利用者家族とのより活発な交流に向けた取り組みを模索しています。家族会の仕組みはなく運営推進会議への参加者も少ないことから、なるべく多くの家族にホームとの関わりを持ってもらいたいとの思いがあります。家族にも職員にも気持ちの負担をかけることなく、みんなで一緒に過ごすことを楽しむ形を目指しています。 利用者の日常の様子は、写真の掲示・アルバム・郵送などで家族に知らせています 毎月、それぞれの利用者の様子を写真に撮り、介護職員が撮影時のコメントを加えて、家族に郵送しています。また運営推進会議への出席を呼びかける案内についても毎回おこない、なるべく多くの家族に参加してもらおう努力を続けています。玄関には、毎月のイベントの様子を職員が手作りのアルバムにして置いてあり、ホームを訪れた家族にいつでも手に取ってもらえるように工夫しています。アルバムに並ぶ多くの笑顔は利用者家族に大きな安心感をもたらすと思われます。 終末期の対応は、家族や担当医師と話し合いながら支援をしています ターミナルケアについては、「利用者の急変時や重度化した場合等における対応に係る指針」を定め、入所時に説明し同意を得ています。本人や家族からの要望があり、状態が重度化した場合には担当医師が家族に状況を説明しています。家族・医師・関係する職員で話し合い、ホームとしてできる限りの支援をして家族を支えています。																				
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)																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○ 非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○ 非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○ 非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○ 非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○ 非該当</td> </tr> </tbody> </table>	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	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																				
自治会との良好な関係を通して、地域の催しへの参加を楽しんでいます 地域の自治会に入会しています。自治会長は施設の運営推進会議の委員でもあり、2ヶ月ごとの会議の席上での情報交換や、毎月地域の広報紙を届けてくれる等の交流があります。こうした情報取得の機会から、いくつかの地域交流に発展しています。自治会の許可を得て竹林に七夕の笹をもらいに行ったり、公園の桜祭りに利用者と共に参加したり、地域の防災訓練に参加したりするなど、地域の一員としての交流が始まっています。 グループホームを地域の人々に知ってもらう機会を大切に捉えています 今年度、「花まつり」(夏祭り)の案内を道路に面したフェンスに掲示したところ、地域の人々の多数参加がありました。祭りは職員が工夫を凝らし、駐車場を会場にして、模擬店やゲームコーナー等を設置した本格的な夏祭りの様相です。当日は利用者、利用者家族、職員、職員家族、多くの地域住民が集う会となり、今後の地域とのあり方についても自信が持てる一日となり、行政機関が取り組む夏場の水分補給対策事業への参加や、地域の子供たちとの交流等、検討に向けた足掛かりをつかむ機会ともなりました。 運営推進会議では、様々な情報や意見の交換を活発におこなっています 運営推進会議は、利用者、利用者家族、「祖師谷あんしんすこやかセンター」(地域包括支援センター)の担当職員、地域の自治会長、施設職員で構成されています。会議は施設からの報告、地域情報、家族からの感謝や要望等が活発に話し合われ、内容を議事録に残しています。自治会から提案された地域のイベントへの参加などが実現しています。家族からの要望は、人員の確保が必要なことについてはすぐに応じられないこともありますが、時期を捉えて対応するようにしています。																				

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	8/9
1	評価項目1 利用者の意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応する体制を整えている 評点(〇〇)		
	評価	標準項目	
	●あり ○なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている	○非該当
	●あり ○なし	2. 利用者の意向(意見・要望・苦情)に対し、組織的に速やかに対応する仕組みがある	○非該当
2	評価項目2 虐待に対し組織的な防止対策と対応をしている 評点(〇〇)		
	評価	標準項目	
	●あり ○なし	1. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、虐待が行われることのないよう、認識を共有し、組織的に防止対策を徹底している	○非該当
	●あり ○なし	2. 虐待を受けている疑いのある利用者の情報を得たときや、虐待の事実を把握した際には、組織として関係機関と連携しながら対応する体制を整えている	○非該当
3	評価項目3 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる 評点(〇〇〇〇●)		
	評価	標準項目	
	●あり ○なし	1. 事業所が目指していることの実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている	○非該当
	●あり ○なし	2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている	○非該当
	○あり ●なし	3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している	○非該当
	●あり ○なし	4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる	○非該当
	●あり ○なし	5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる	○非該当
利用者保護の講評(※利用者保護の内容から3つ(必須)記載してください)			
苦情解決制度が整備され、利用者・家族への周知が行われています 利用者・家族が苦情を直接申し立てられるように苦情解決制度が整備されています。苦情対応マニュアルを整備するとともに、契約の際には相談窓口として、ホーム内や法人に加え、東京都や担当支所などの外部の相談窓口を紹介しており、今後、施設内に掲示するようにして更なる周知を行なう予定となっています。職員に対しては利用者と接する機会を通じて随時、希望・要望を受け付けるように指導しています。過去に多かった苦情が今年度は寄せられていないなどの成果が確認されます。 虐待防止に関するマニュアルがあり、研修などを通じて周知に努めています 虐待防止に関するマニュアルがあり、研修などを通じて周知に努めています。研修は、施設長が具体的な事例をあげて説明し、職員同士が相互にチェックリストを用いて振り返りを行なっています。施設長は、日頃の支援の中で言葉遣いなど気になる事例があった時には、その場で個別に指導するとともに、ユニット会議でも取り上げています。一方で、家族から身体拘束の疑いのある事柄の依頼もあり、その都度、丁寧に説明を行なって他の対応策の検討を行なっています。今後、家族の身体拘束の理解を深める取り組みが必要と考えています。 事故防止に向けて、ヒヤリハット書式の簡素化などの検討も行なっています 災害時などの緊急対応マニュアルを策定し、キッチンスペースに緊急対応マニュアルや医療機関の連絡網などを掲示しています。服薬ミスや転倒による骨折など、事故やヒヤリハット事例も発生していることから、事故の発生時にはカンファレンスを開いて再発防止策の検討を行ない、施設内の掲示板を使って周知を行なっているほか、転倒が頻繁な利用者には検討の上でセンサー使用も行なっています。また、事故防止に向けて、ヒヤリハットの書式を簡素化して提出しやすくするなどの検討も行なっています。			

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	利用者保護(3)	事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる
タイトル①	様々なリスクに日常的に留意して利用者の安全の確保に努めています	
内容①	ホームでは、利用者の安全の確保のために、ホーム内での危険を最小限にするための様々な取り組みを行なっています。危険物や薬については、利用者の手に届かないようにキッチンの高い場所に整理して収納し、キッチンのドアは職員が不在の場合はロックをかけ簡単には入れないようにしています。また、フロアについても車いす移動や歩行の妨げにあるものは置かないように留意しています。さらに、感染症についてマニュアルを整備し、うがいや手洗いを励行するなどの取り組みを行なっており、今年は感染症の発生もないなど成果が見られます。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-6-2	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
タイトル②	ワークショップ型の研修や随時のミーティングなどによって職員の育成が行われています	
内容②	ホームでは2か月に1回、ホーム独自の研修を行なっています。研修の内容は、記録の書き方やコミュニケーション、サービスマナーなどとなっており、座学だけでなくワークショップを重視しており、中でも、認知症への対応の成功例と失敗例を出し合って確認しながらスキルの共有を行うなど優れた取り組みとなっています。また、何かあれば随時ミーティングを行うことによって、共通の支援の方法や基準を共有し、職員間の連帯感も醸成につながっています。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目		
タイトル③		
内容③		

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	小規模な施設であり、施設長以下外国籍の職員も含め和やかな雰囲気の中で助け合いながら支援にあたっています
	内容	ホームは、2ユニットのグループホームという小さな事業所であり、また、職員数も少なくお互いに顔の見える関係を作っています。職員はほとんどが非常勤職員ですが、何かあったらいつでもミーティングを行なうなど、施設長を中心に話し合いながらケアに取り組んでいます。また、外国籍の職員も周囲に溶け込みながら力を発揮しており、ホーム独自の和やかな雰囲気を作っています。ホームでは、「介護は気持ちかな」という施設長の言葉にみられるように、前向きで利用者と共感をもって支援にあたれるような組織となっています。
2	タイトル	季節感のあるイベントを数多く企画しています
	内容	歩行力の衰えもあり、外出の機会が少なくなりがちな利用者の生活に活力を与える目的もあり、ホームでは毎月季節感のある楽しいイベントを実施しています。職員手作りの大きな鳥居をくぐってホームの中で初詣気分、バレンタインデーの午後は、チョコレートフォンデュでおやつ、七夕にはホーム内に大掛かりな仕掛けを作って流しそめん、クリスマスには利用者が可愛いらしい髪飾りや帽子でテーブルを囲むパーティーなどです。それぞれのイベントの様子には職員の温かな気持ちを感じ取れ、利用者の笑顔にあふれています。
3	タイトル	その人らしい暮らし方を尊重する環境を整えています
	内容	グループホームという共同生活の場においても、利用者ができる限り今までの生活の仕方やその人らしい暮らしのあり方を継続できるような支援を心がけています。入所時の面談では現役時の職業や家族構成、今までの家庭での過ごし方等を聞き取り、この情報を職員間で共有しています。一人ひとりの人生を受容することにより、不安や不満の原因が判明することにつながります。居室の整理方法やリビングの席決め、食事の勧め方等々の生活の一つ一つに細やかな配慮をしています。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	ヒヤリハットの書式の変更などを通じた事故の防止への取り組みに期待されます
	内容	利用者の平均介護度が徐々に高くなってきており、今年度も転倒による骨折などが複数発生していることから、転倒などの事故防止に向けて力を入れた取り組みを行なっています。重大な事故の発生時にはカンファレンスを開催し、対策検討と周知が行われています。カンファレンスには施設長や利用者、家族、担当者やケアマネジャー、看護師、主治医などが参加して原因究明と再発防止の検討を行なっています。ホームでは、ヒヤリハットの書式を簡素化して気づいたことをこまめに上げていくような取り組みを進めており、今後の成果が期待されます。
2	タイトル	利用者の外出の機会を増やす工夫が期待されます
	内容	ホームでは利用者の散歩や買い物等の外出に付き添っています。利用者の健康や安全を考慮して気候の良い時を選び、近隣の公園にお花見に出かけたり、こいのぼりを見に行くなどしてして外出を楽しんでもらっています。しかし、利用者や家族からの要望に応える形の一対一対応での外出は難しい状況です。利用者によっては車椅子や自動車を用いることも必要となり、付き添いを担当する支援者の人員確保が問題となります。外出の機会を増やすための方策に期待します。
3	タイトル	利用者家族との関わりをさらに深めることを課題と捉えています
	内容	運営推進会議には利用者家族の出席がありますが、出席者の人数が増えない現状です。開設3年目を迎え、家族とのより活発な交流を課題と捉えています。今年度の花まつりには、多くの家族の参加があり、この課題に対する手ごたえを感じる機会となりました。今後の方針として、意見を述べ合うという性質の集まりよりも、利用者を中心にして家族と職員のみinnで楽しく過ごす食事会のような形式の交流を検討しています。企画力のある職員集団の力を結集して、実現に向けた取り組みに期待します。

福祉サービス第三者評価 評価機関

特定非営利活動法人 よこはま地域福祉研究センター

〒231-0013 横浜市中区住吉町二丁目 17 番地 金井ビル 201 号室

TEL : 045-228-9117 FAX : 045-228-9118

URL : www.yresearch-center.jp/ Email : top@yresearch-center.jp



かながわ福祉サービス第三者評価認証機関 第 26 号

横浜市福祉サービス第三者評価指定機関 第 17 号

川崎市福祉サービス第三者評価認証機関 第 14 号

横浜市指定管理者第三者評価機関 認定番号 25-01

東京都福祉サービス第三者評価認証評価機関 認証番号 機構15-232

全国社会福祉協議会社会的養護関係施設第三者評価機関 2510-002-02