

福祉サービス第三者評価結果報告書【令和6年度】

2025年2月12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 武藏野市中町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 林暢介



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林暢介 | | 経営 | H0302059 | | |
| | ②松波希代子 | | 福祉 | H1601065 | | |
| | 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carna国立 | | | 指定番号 1393400112 | | |
| 事業所連絡先 | 〒 | 1860005 | | | | |
| | 所在地 | 国立市西1丁目10番地の6 | | | | |
| | TEL | 042-501-3051 | | | | |
| 事業所代表者氏名 | | | | | | |
| 契約日 | 2024年11月1日 | | | | | |
| 利用者調査票配付日(実施日) | 2024年11月1日 | | | | | |
| 利用者調査結果報告日 | 2025年1月4日 | | | | | |
| 自己評価の調査票配付日 | 2024年11月1日 | | | | | |
| 自己評価結果報告日 | 2025年1月4日 | | | | | |
| 訪問調査日 | 2025年1月10日 | | | | | |
| 評価合議日 | 2025年1月10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。合わせて評価者がプロアに入り場面観察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。

2025年2月13日

事業者代表者氏名 代表取締役 関口浅次



【事業者の理念・方針、期待する職員像：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】 令和6年度
《事業所名：グループホームgarni国立》

| | |
|---|---|
| 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)</p> <p>1) 利用者と家族に満足いただけるサービスの提供 2) 安全安心な介護サービスの提供 3) レベルアップのため研修の充実 4) 一つにとらわれず柔軟な対応 5) 互いに協力し尊重しあえる姿勢</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>(1)職員に求めている人材像や役割 誰にでもひとりの人として、隔たりなく接することができる人材</p> |
| | <p>(2)職員に期待すること(職員に持つて欲しい使命感) 日々の業務に甘んじることなく、入居者第一に考え方行動できる。 自分の意見を発信し他の意見も認め互いに尊重できる。</p> |

《事業所名：グループホームcarna国立》

調査対象

アンケートは、全利用者18名に配付、9名から回答を得ました。回答者の利用者属性は、男性1名・女性7名、平均年齢84歳、平均要介護度3.0、平均利用年数2年でした。

調査方法

アンケートは、郵送方式とWeb方式の併用で実施しました。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コードとURLを配布し、スマホやパソコンから回答してもらいました。

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

アンケートは、18名中9名から回答を得ました(有効回収率50%(前回61%))。回答した利用者の状況は前回と比べて、平均年齢は84歳(前回:89歳)、平均要介護度は3.0(前回:3.4)、平均利用期間は24ヶ月(前回:29ヶ月)でした。利用者調査全体の満足度は「はい」87%、「どちらともいえない、いいえ」9%、「非該当・無回答」4%(前回「はい」94%、「どちらともいえない、いいえ」4%、「非該当・無回答」2%)でした。管理者へ一言(オプション設定)では「、母にも優しく接する事ができるのは、職員の皆様の献身的な介護のお陰だと思います。」が意見として上がり、意見や要望では「にボランティアなどによるレクリエーションなどが取り入れられたらなど思います。」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》

穏やかで物静かなcarna国立の良き伝統が続いていました。職員の方の利用者対応は丁寧で声かけ説明をしてケアに当たられて、ご利用者を尊重している様子が確認できました。拝見した1階の様子は午前中テレビでは体操や音楽のYouTubeが流れていてご利用者は耳で聞き流されている様子でした。入浴介助や居室掃除などで人手が足りないこともあるのでしょうか、職員の方からの働きかけは洗濯たたみや昼食盛り付けでした。利用者はトイレ誘導や入浴のお誘い以外の動きは少なく、S様が席を立たれてS様に話しかけられている姿がありました。

《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》

伺った日はお天気の良い日でした。以前は庭に出て過ごされるご利用者の姿もありました。時には買い物に出かける事もあったと記憶しています。人手不足もあると思いますが、お話を伺うとなかなか散歩など外に出る機会がないことがあります。感染症を含め色々な状況によっては外出が儘ならないこともあると思います。そんな時は室内での活動が重要となるでしょう。職員の細やかな支援でご利用者の自己決定や自発的な行動につながり穏やかで明るいcarna国立のご利用者の姿に期待します。

「評価機関としての調査結果」に対する事業者のコメント

自身や家族がoama国立に入所したらどのような声掛けや対応されたら安心できるのか、置き換えて支援すること、また「ありがとう」と言われる支援ではなく「ありがとう」と言う支援を心がけるよう委員会、研修を通して周知しているところです。YouTubeにおいては事前にリクエストを聞き音楽、映画、スポーツなど選んでいただいております(O様は童謡がお好き。H様は動物や子供の動画がお好きなど)が、すべての方に行き届いていないこともあります。またご興味を示されない方への声掛けや対応が必要であると思います。Y様は社交的でご自分からどなたにも話かけられます。入居間もないことからみなさんの交流を見守っている状況です。時には職員も一緒に輪に入りお喋りしたり、得意なパレエを披露していただいている。家事活動においては進んでくださる方への偏りがあり、すべての方に選択していただき自己決定できるよう支援することが必要と感じます。午後にレク時間を持っています。お散歩、買い物は毎日いけませんが、午後の気候の良い時に行っています。室内活動としてカルタ、オセロ、パズル、体操など提案し選んでいただき楽しんでいただけるよう行っています。

利用者調査結果

| 共通評価項目 コメント | 実数 | | | |
|----------------------------|---|-----------|-----|------------|
| | はい | どちらともいえない | いいえ | 無回答 非該当 |
| 1. 家族への情報提供はあるか | 9 | 0 | 0 | 0 |
| | 9名(100%(前回“はい”100%))が“はい”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「ホームでの様子の写真つきお便りを毎月楽しみにしています。」との意見があがりました。 | | | |
| 2. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか | 8 | 1 | 0 | 0 |
| | 8名(89%(前回“はい”100%))が“はい”、1名(11%)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。 | | | |
| 3. 職員の接遇・態度は適切か | 8 | 1 | 0 | 0 |
| | 8名(89%(前回“はい”100%))が“はい”、1名(11%)が“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「こちらは、人によりますが、全体的に丁寧な対応をして下さっております。」との意見があがりました。 | | | |
| 4. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか | 8 | 1 | 0 | 0 |
| | 8名(89%(前回“はい”100%))が“はい”、1名(11%)が“どちらともいえない”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「連携している訪問看護師さんや訪問診療の先生に連絡を迅速にしていただいており感謝しております。」との意見があがりました。 | | | |
| 5. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか | 4 | 1 | 0 | 4 |
| | 4名(44%(前回“はい”73%、“どちらともいえない”9% (“非該当・無回答” 18%)))が“はい”、1名(11%)が“どちらともいえない”と回答しています。5件の意見を頂きました。参考となる意見として「我々の見えない部分であり、正確には判断できず恐縮です。」との意見があがりました。 | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 6. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか | 8 | 1 | 0 | 0 |
| 8名(89%(前回"はい"91%、"どちらともいえない"9%))が"はい"、1名(11%)が"どちらともいえない"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「意思表示ができるにくい状態になってきていますが、ちゃんと尊重して接して下さっています。」との意見があがりました。 | | | | |
| 7. 利用者のプライバシーは守られているか | 9 | 0 | 0 | 0 |
| 9名(100%(前回"はい"100%))が"はい"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 | 9 | 0 | 0 | 0 |
| 9名(100%(前回"はい"100%))が"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「担当のケアマネさんに以前より大変お世話になっております。」との意見があがりました。 | | | | |
| 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 | 0 | 0 |
| 9名(100%(前回"はい"100%))が"はい"と回答しています。意見はありませんでした。 | | | | |
| 10. 利用者の不満や要望は対応されているか | 8 | 1 | 0 | 0 |
| 8名(89%(前回"はい"100%))が"はい"、1名(11%)が"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「介護度の変化により、それに合った福祉資源の情報提供や相談にのって下さり、対応して下さり有難く思っております。」との意見があがりました。 | | | | |
| 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 | 6 | 1 | 2 | 0 |
| 6名(67%(前回"はい"73%、"いいえ"18%("非該当・無回答"9%)))が"はい"、3名(33%)が"どちらともいえない、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（カテゴリー1～5、7）

| No. | 共通評価項目 | |
|--|---|---------------------------|
| | カテゴリー1 | サブカテゴリー1(1-1) |
| 1 リーダーシップと意思決定 | 事業所が自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 事業所が自指していること（理念・ビジョン、基本方針など）を周知している | | 評点(○○) |
| 評価 | 標準項目 | |
| ●あり ○なし | 1. 事業所が自指していること（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 |
| ●あり ○なし | 2. 事業所が自指していること（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(○○) |
| 評価 | 標準項目 | |
| ●あり ○なし | 1. 経営層は、事業所が自指していること（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 |
| ●あり ○なし | 2. 経営層は、事業所が自指していること（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(○○○) |
| 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 | <input type="radio"/> 非該当 |
| ●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 | <input type="radio"/> 非該当 |
| ●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 | <input type="radio"/> 非該当 |
| | カテゴリー1の講評 | |
| | 【現状】組織分野の認知度の全体平均は57%でした。 | |
| | 職員アンケートの組織分野の認知度の全体平均は57%（前回：サービス中心のため未実施）でした。全5カテゴリーでポイントとなる2カテゴリーの内、「[1]リーダーシップと意思決定」の認知度は67%と平均を上回りました。一方、「[5]職員と組織の能力向上」の認知度は50%と平均を下回り、その背景については後述しています。 | |
| | 【現状】「[1-1-2②]管理者のリーダーシップ」の認知度は93%と高位です。 | |
| | 上記したように、「[1]リーダーシップと意思決定」の認知度は67%と平均を上回りました。項目別にみると、「[1-1-1①]理念・ビジョンを理解していますか？」及び「[1-1-2②]管理者がリーダーシップを発揮していると思いますか？」の認知度はいずれも93%と高位でした。一方、「[1-1-2①]法人の組織体制を理解していますか？」の認知度は57%と低位でした。 | |
| | 【課題】前回の目標“2階のリーダーを立てる”は達成ですが、新たな課題が… | |
| | 前回“2階のリーダーを立てるのが管理者の新たな目標です”との表題のもと、「リーダー層の育成について管理者も「現在の職員体制をみると、1階はリーダーが計画作成担当者を兼務、2階はリーダー不在、計画作成担当者を管理者が担っています。評価者は「2階のリーダーを立てるのが管理者の新たな目標です。」と背中を押します。」との課題を設定しました。今回それに対し管理者は「一時的に1、2階ともにリーダーを立てることができましたが、先月1階のリーダーの退職に伴い、リーダー不在の状況が続いています。」との見解です。 | |

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 | <input type="radio"/> 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。 | <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(○○)

| 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、利用者に伝えていく | <input type="radio"/> 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 | <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(○○)

| 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 | <input type="radio"/> 非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 虐待を受けている弱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(○○)

| 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 | <input type="radio"/> 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 | <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(○○○)

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

| 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(○○○○○) | | | | | | |
| 評価 | 標準項目 | | | | | | | |
| ●あり ○なし | 1. 事業所が自ら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 | | | | | | | |
| 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(○○○○) | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |
| ●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 | | | | | | | |
| ●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 | | | | | | | |
| ●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 | | | | | | | |
| カテゴリー4の講評 | | | | | | | | |
| 【現状】職員アンケートの「[4]リスクマネジメント」の認知度は79%でした。 | | | | | | | | |
| 職員アンケートの「[4]リスクマネジメント」の認知度は79%でした。内訳は「[4-1-1]リスクマネジメント」及び「[4-2-1]情報管理」の認知度はいずれも79%と比較的高位でした。 | | | | | | | | |
| 【課題】管理者は「リスクマネジメント研修は繰り返しの学習が必要」との認識です。 | | | | | | | | |
| 管理者は「[4-1-1①]法人が抱えているリスクを職員に周知していますか?」について、「課題なし」としていますが「リスクマネジメントについて研修・委員会を実施しているがすべてにおいての把握は難しいため繰り返しの学習が必要となる。」との意見です。一方、職員アンケートの「[4-1-1①]法人が抱えているリスクを理解していますか?」の認知度88%と高位でした。 | | | | | | | | |

カテゴリー5の講評

【現状】職員アンケートの2分野の認知度の全体平均はややダウンです。

職員アンケートのサービス提供のプロセス分野及びサービスの実施分野の認知度を前回と比較してみましょう。サービス提供のプロセス分野の認知度の全体平均は71%（前回：79%）、サービスの実施分野の認知度の全体平均は69%（前回：71%）といずれもややダウンです。ちなみに前回未実施の組織分野の認知度の全体平均はカテゴリー1のコメントを参照願います。

【課題】“【5-1-1①】職員の採用状況を職員に周知”は課題ありとの認識です。

管理者は“【5-1-1①】職員の採用状況を職員に周知していますか？”について、「採用活動など不明瞭なため不信感を与えてしまっている」と思われる。事業所の求めている人材を職員へ伝え人材確保に努めていきたい。」を背景に“課題あり”との認識です。また、職員アンケートの“【5-1-1①】職員採用の状況を理解していますか？”の認知度は36%と低位、「職員の人数が増えれば、業務に追われず、利用者を誘って途中途中お話ししながら楽しい支援ができると思います。」との意見です。

【目標】常勤職員を増やし、派遣職員を減らすのが目標です。

管理者は「一時、1、2階ともにリーダーを置くことができたが、先月1階のリーダーが退職のため、現在もリーダー不在の状況が続いています（2階のリーダーは安心感あり）。計画作成担当者は介護支援専門員の資格取得に伴い、前リーダーが務めています。」と現状を話します。職員アンケートの“【5-1-1②】職員配置や異動状況を理解していますか？”の認知度は43%、「正社員が定着し、体制が整った状態でチームケアを行いたい。」との意見です。評価者は「常勤職員を増やし、派遣職員を減らすのが目標です。」との認識です。

| | |
|------------------------------|--|
| 目標の設定と取り組み | <input 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 checked="" 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 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 checked="" 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かった場合も含む） <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 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 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 | |
| 上記に集約したため、記載なし。 | |

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 | |
|--|---|---------------------------|
| | 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(○○○○) | | |
| 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している | <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 |
| サブカテゴリー1の講評 | | |
| <p>【現状】職員アンケート【6-1】サービス情報提供の認知度はダウンです。</p> <p>職員アンケートの【6-1】サービス情報提供の認知度は32%（前回:48%）とダウンです。内訳は【6-1-1①】法人のホームページに関心はありますか？の認知度は36%（前回:46%）、【6-1-1②】ホームページの表記・内容はわかりやすいと思いますか？の認知度は43%（前回:69%）、【6-1-1③】自治体に提供している情報を理解していますか？の認知度は21%（前回:46%）、【6-1-1④】利用希望者の問い合わせ内容を理解していますか？の認知度は29%（前回:31%）でした。</p> <p>【課題】前回の目標“穏やかな雰囲気を伝えて欲しい”は改善なしとの認識です。</p> <p>前回“評価者は「carina国立の穏やかな雰囲気を伝えて欲しい」との思いです”との表題のもと、「管理者は「ホームページは法人本部が管理している。事業所自体のアピールとしてブログの活用があるが、現在有効に活用できていない。」との認識、評価者は「carina国立の穏やかな雰囲気を伝えて欲しい。」との思いです。」との目標を設定しました。今回それに対し管理者は「事業所ごとのブログ更新は進んでおらず、本社のホームページのみとなっている。」を背景に“改善していない”との認識です。</p> <p>【目標】評価者は地域との関わりを通じてcarina国立を知って欲しいと思います。</p> <p>管理者は「carina国立の穏やかな雰囲気を多くの方々に知っていただくために広報係を主として管理者とともに営業活動の充実を図りたい。」と話します。評価者は「地域密着型事業として、carina国立の穏やかな雰囲気を地域に伝えて欲しい。」との認識です。毎月のお便りについて家族からは「ホームでの様子の写真つきお便りを毎月楽しみにしています。」「月ごとの写真も見れて楽しみです。」と好評です。</p> | | |

| 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. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している</td></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順を定め、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 | ●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順を定め、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 | 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 | | | | | | | | |
| ●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順を定め、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りえで、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りえで、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 | 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りえで、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 | | |
| 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・引き継ぎ等により、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・引き継ぎ等により、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 | | |
| 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・引き継ぎ等により、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 | | | | | | | | | |
| 【現状】電子システムにより計画作成がスムーズになっています。 前回「電子システム導入から1年経過しどうにか活用できるようになってきている。」と管理者の話がありました。今回はそこから活用が進み「アセスメント、介護計画の作成がスムーズになってきている。」と手応えを感じています。今後も職員全員が電子システムをスムーズに扱え、データ活用ができるようにしていくないと管理者は考えています。 | | | | | | | | | |
| 【課題】情報共有からアセスメント、計画作成への流れの意識が必要です。 申し送りや情報共有について、職員アンケートでは前回、今回共に100%の認知度で、職員の高い意識が見られています。一方、アセスメントや介護計画の見直しの時期・手順、緊急に変更する基準となると、職員の認知度が50～70%台に留まります。普段の記録や情報共有がアセスメント、計画作成への流れの土台となっている意識を再確認する必要があります。 | | | | | | | | | |
| 【目標】日頃の気づきや記録・情報共有と介護計画への紐づけを再確認しましょう。 アセスメントの内容の理解やニーズの記録、情報共有への職員の意識は高く維持できています。高い意識を維持している日頃の気づきや記録が基になりアセスメント、介護計画へと繋がって行きます。日頃の気づきや記録と介護計画との紐づけを意識できると、より気づきや記録が計画に基づいた内容となり、次の介護計画の見直しでは、より利用者の状況に沿った計画へと進んでいくと評価者は考えます。 | | | | | | | | | |

| 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(○○○) | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="radio"/>あり <input type="radio"/>なし</td> <td>1. 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><input type="radio"/>非該当</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/>あり <input type="radio"/>なし</td> <td>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・見直ししている</td> <td><input type="radio"/>非該当</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/>あり <input type="radio"/>なし</td> <td>3. 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><input type="radio"/>非該当</td> </tr> </tbody> </table> | | | 評価 | 標準項目 | | <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 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 | 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(○○) | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="radio"/>あり <input type="radio"/>なし</td> <td>1. 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><input type="radio"/>非該当</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/>あり <input type="radio"/>なし</td> <td>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><input type="radio"/>非該当</td> </tr> </tbody> </table> | | | 評価 | 標準項目 | | <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 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するようにしている | <input type="radio"/> 非該当 | | | |
| 評価 | 標準項目 | | | | | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 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 | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>【現状】業務フローチャートは日常的に見直しています。</p> <p>職員アンケートの【6-0-2②】サービスの手順の見直しに向けて意見がありますか?の認知度は43%(前回:62%)とダウンです。一方、管理者は【6-6-2②】サービスの手順の見直しにあたり、職員の意向を聞き取っていますか?について「業務フローチャートは日常的に見直しをかけている。」を背景に「課題なし」としており、両者にギャップが存在します。評価者は「業務フローチャートの見直しが職員に伝えるのが次の課題である。」と推測します。</p> <p>【課題】前回の目標“業務の流れの効率化”は改善していないとの認識です。</p> <p>前回“業務の流れを効率化し、利用者との時間を増やすのが目標です”との表題のもと、「常勤換算2.5名を浸透させるため、現在、管理者会議で業務の流れマニュアルを作成中です。職員から「レクの時間が取れない」との意見もあり、業務の流れマニュアルの視点は、「基本事項や手順の見直し、利用者と触れ合う時間を増やす。」との認識です。」との目標を設定しました。今回それに対し管理者は「4月に業務フローチャート改訂し、バラつきがあった業務も少しづつではあるが統一できている。」と話します。</p> <p>【目標】業務フローチャートを活用した入職時プログラムの充実が目標です。</p> <p>管理者は前回からの課題である業務フローチャートの作成と充実に力を入れています。業務フローチャートは常勤職員、非常勤職員、派遣職員のサービス手順の均一化が主目的ですが、今後新たに入職する職員に対する入職時プログラムにも活用されるでしょう。さらに評価者は「新人職員向けのOJT評価シート作成に向け、業務フローチャートから評価項目をピックアップすることでさらなる活用に繋がるのでないか。」と提案します。</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(○○○○)

| 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. 薬物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 | <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

【現状】前回の“【目標】ご利用者が身体を動かす支援の具体化”は改善と回答です。

前回“ご利用者が身体を動かす支援とはどんなことが考えられるか考えましょう”との目標を挙げました。管理者は「日々の体操やお散歩、買い物、外気浴を行っている。車椅子の方がトイレにいかれる際職員と手引き歩行するなど筋力低下防止に努め、身体だけでなく声を出していただけるよう声掛けをしている。」とし、「改善が進んでいる」との回答です。職員アンケートの健康管理に関する認知度は96%(前回88%)で高位です。家族アンケートも「体調が悪くなったとき、職員の対応は安心か?」の問い合わせに89%の高い満足度でした。

【現状】ご家族から「日々の体調を知らせて頂ければ」との意見がありました。

ご家族からは「迅速に対応してすぐに連絡してください。転倒時にすぐに連絡をもらいました。」との事業所の迅速な連絡対応に満足されている意見や、「訪問看護や訪問診療の医療への迅速な連絡が安心に繋がる。」という意見がありました。一方、「日々の体調について知らせて頂ければと思います。生活環境に慣れてきているのか心配です。」という意見がありました。

【目標】日々のご家族へのお便りの内容を検討してみましょう。

事業所は日々写真つきお便りをご家族に送付しています。ご家族も「ご本人の様子についての報告」に100%の満足度です。「お便りの書式は会社本部で統一された書式となっている。」と管理者の話がありました。入居したばかりのご利用者や体調を崩された方のご家族は、電話での連絡とともに書面による具体的な報告を頂くとより安心に繋がるのではないか。その状況に応じてお便りの内容を追記記入するなど、よりご家族が安心できるようなお便りの内容を検討しましょう。

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常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

【現状】穏やかで落ち着いた居心地良い雰囲気が継続しています。

今回の滞在調査でも、職員の方が大きな声で話される場面はありませんでした。職員のご利用者への声掛けは落ち着いたトーンで静かに話されています。トイレや入浴のお説教もご本人だけに聞こえる声で話されています。その職員の穏やかな声のトーンの良い影響でしょうか、ご利用者も大声を上げられる場面はありませんでした。「お行儀が良いな、素を出して暮らされているのかな?」と感じるほどでした。

【課題】管理者は「利用者同士が関わるよう支援」は課題ありとしています。

管理者は“【課題】利用者同士が関わる場面づくり”に関し「改善していない」とし、“【6-4-4①】利用者同士が関わるよう支援”を「課題あり」としています。「職員は揉め事が他の方々に不快な思いをさせてしまうことを心配しているが、利用者同士の関わりを薄めてしまうことも職員は理解している。」との管理者の話です。場面観察時にはお一人のご利用者が数名のご利用者の席に行き何か話しかけていらっしゃる場面がありました。一方的に話されるのみで職員が利用者同士が関わるよう支援する場面は見られませんでした。

【目標】利用者にお任せしてみてはいかがでしょうか?

例えば洗濯たたみの場面、洗濯かごに入った洗濯物をテーブルに置き「洗濯物が乾きました。」とお伝えだけしてみては如何でしょう。おそらく数名の方が洗濯たたみを始められ、上手くできなかつたり、手伝う・手伝わないなどいざこざが起きるかもしれません。でもご利用者同士の会話や関わりが増え最終的にはご利用者同士がお互い様で助け合うということに辿り着くよう職員が横渡し見守り支援されることを期待します。

| No. | 特に良いと思う点 |
|-----|--|
| 1 | <p>タイトル 【現状】穏やかで落ち着いた居心地良い雰囲気が継続しています。</p> <p>内容 今回の滞在調査でも、職員の方が大きな声で話される場面はありませんでした。職員のご利用者への声掛けは落ち着いたトーンで静かに話されています。トイレや入浴のお誘いもご本人だけに聞こえる声で話されています。その職員の穏やかな声のトーンの良い影響でしょうか、ご利用者も大声を上げられる場面はありませんでした。「お行儀が良いな、素を出して暮らされているのかな?」と感じるほどでした。</p> |
| 2 | <p>タイトル 【現状】業務フローチャートを作成し、隨時見直しています。</p> <p>内容 前回、管理者会議で業務フローチャートを作成しているとの現状を確認しました。今回、管理者は「4月業務フローチャート改訂レバラつきがあつた業務も少しずつではあるが統一できてきている。また改訂したフローチャートも改善個所もあり無駄を省き利用者と触れ合う時間を増やしている最中であるため今後も改善していくことが必要である。」との認識です。さらに評価者は「今後新たに入職する職員に対する入職時プログラムにも活用してほしい。」と提案します。</p> |
| 3 | <p>タイトル 【現状】“【2-1-1②】自分の意見を上司や先輩へ伝達”的認知度は高位です。</p> <p>内容 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”的認知度の全体平均は39%と低位でした。その中で“【2-1-1①】管理者が家族・代理人の意向把握を心がけていますか?”の認知度は100%、“【2-1-1②】自分の意見を上司や先輩へ伝えていますか?”の認知度は93%と高位、管理者は「職員の困りごとや相談ごとを話しやすいよう傾聴しアドバイスできるよう心がけている。」と話します。</p> |
| No. | さらなる改善が望まれる点 |
| 1 | <p>タイトル 【目標】利用者にお任せしてみてはいかがでしょうか？</p> <p>内容 例えば洗濯たたみの場面、洗濯かごに入った洗濯物をテーブルに置き「洗濯物が乾きました。」とお伝えだけしてみては如何でしょう。おそらく数名の方が洗濯たたみを始められ、上手くできなかつたり、手伝う・手伝わないなどいざこざが起きるかもしれません。でもご利用者同士の会話や関わりが増え最終的にはご利用者同士がお互い様で助け合うということに辿り着くよう職員が橋渡しし見守り支援されることを期待します。</p> |
| 2 | <p>タイトル 【目標】利用者の意思に沿った支援を優先し職員連携を図りましょう。</p> <p>内容 ルーティーンの業務に重きを置きすぎると、ご利用者の言動への対応が遅れがちになることが往々にして起こります。管理者は「普段の業務において優先順位を考慮して支援していきたい。」との意向です。利用者の介護計画に沿った支援、ルーティーンの業務ができるようになった今は、次のステップ「利用者の意思に沿った支援」を業務の優先順位の高位に置き、ルーティーンの業務を横に置いてでも突然の利用者の希望や行動に職員が合わせて動けるように職員間の連携を目指しましょう。</p> |
| 3 | <p>タイトル 【目標】利用者が地域との繋がりを感じられる支援を意識しましょう。</p> <p>内容 コロナ禍の影響で、職員の眼はここ数年事業所内での支援に向かざるを得ない状況でした。しかし昨年あたりから徐々に支援は外にも向かい始めています。carna国立を地域の方により知って頂き、ご利用者が事業所内だけでなく地域の中でも暮らしている実感を感じて頂ける様な職員の支援が求められます。お向かいの児童館に出かけ、お子さんとの交流などできる事から始めると良いのではと評価者は考えます。</p> |