

1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2894001086	
法人名	きたはりま福祉会	
事業所名	グループホームほたるの里	
所在地	兵庫県姫路市安富町柝原620	
自己評価作成日	令和3年1月20日	評価結果市町村受理日



【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

自然豊かな環境で、すぐ近くには施設の名前の通り、ほたる飛び交う清流が流れている。平屋建てでフロアの大きな窓からは満開の桜が見られたり、紅葉を楽しむことができ四季折々の変化を感じて頂く事が出来る。地域との交流は新型コロナウイルス感染予防の為、中止している事が多いが、地域ふれあい喫茶のデリバリーなど可能な範囲での地域との交流は続けている。ご家族との面会も中止しているが窓越し面会やビデオ通話、電話などを使用し利用者様とご家族の繋がりを大切にしている。外出があまり出来ないのでも運動不足にならないようほぼ毎日、健康体操に取り組んでいる。医療機関との連携も十分とれており、主治医が定期往診している。ご家族の希望があれば終末期まで過ごして頂ける体制は整えている。

【第三者評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

山々に囲まれ、近くの清流には虫が飛び交う自然豊かな環境にグループホームほたるの里はある。新型コロナウイルス感染症の影響から家族との関係がとりにくくなか、オンラインによる面会や子どもの日に因んで「子どもに手紙を書こう!」と称した企画が実施に向けて進められている。また、地域との交流においては、ふれあい喫茶に軽食を取りに行くなど、自治会との関係を断ち切らない取り組みが行われている。コロナ禍においてYoutubeを活用した、体操を取り入れるなど、レクリエーションや創作活動などを通して、利用者の暮らしを豊かにする取り組みが行われている。今後、重度化や終末期ケアの更なる質の向上に向けて事業所の体制整備を図るとともに、管理者をはじめ全職員が理念の実現に向けて具体的な目標設定を行い、取り組みを推進していく予定となっている。

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先 https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=2894000427-00&ServiceCd=320&Type=search

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 はりま総合福祉評価センター	
所在地	姫路市安田三丁目1番地 姫路市総合福祉会館内	
訪問調査日	令和3年3月26日	

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印
56 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を 掴んでいる (参考項目:23,24,25)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんど掴んでいない	63 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求め ていることをよく聴いており、信頼関係ができてい る (参考項目:9,10,19)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらい 3. 家族の1/3くらい 4. ほとんどできていない
57 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面が ある (参考項目:18,38)	<input type="radio"/> 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域 の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	<input type="radio"/> 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係 者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理 解者や応援者が増えている (参考項目:4)	<input type="radio"/> 1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない
59 利用者は、職員が支援することで生き生きした表 情や姿がみられている (参考項目:36,37)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66 職員は、活き活きと働けている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足 していると思う	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく 過ごせている (参考項目:30,31)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおお むね満足していると思う	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62 利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な 支援により、安心して暮らしている (参考項目:28)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない		

自己評価および第三者評価結果

【セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。】

自己 第 三	項目	自己評価	外部評価	
		実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営				
1	(1) ○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	法人理念は朝礼、夕礼にて全職員暗唱し、理念を意識して介護を行っている。法人理念に基づいたグループホーム独自の具体的な目標を設定し、取り組んでいる。	法人の理念である「利用者の人権を大切にしよう」を基に、3か月ごとの強化目標をたてている。また、毎日、朝礼と夕礼にて唱和し、達成出来るように意識付けを毎日おこなっている。令和2年度の振り返りと反省を踏まえて、令和3年度については3か月ごとの進捗状況を確認していくことや、具体的に評価しやすい項目に変更する予定となっている。	
2	(2) ○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	毎年恒例行事となっている自治会主催の行事はコロナウイルス感染予防対策の為全て参加中止としている。ふれあい喫茶のみデリバリー対応にて交流を続けている。併設している小規模多機能型施設との合同行事も現在は中止している。	新型コロナウイルス感染症拡大の影響から毎年恒例となっている、秋祭りやふれあい喫茶などの地域交流行事は中止になっており、開催は出来ていない。緊急事態宣言の解除とともに、ふれあい喫茶で提供される軽食セットを職員が取りに伺い、事業所へ持ち帰る取り組みや近隣への散歩を行い、地域の繋がりが持てるように工夫をしている。	
3	○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	自治会より認知症に関する講習会の開催の打診があったがコロナウイルス感染予防対策の為延期している。		
4	(3) ○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実践、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	施設の運営状況や行事報告、事故報告、その後の対応方法などを報告している。また地域の方や家族様からの質問や提案を生かして施設の運営に活用している。今年度は施設での開催が難しく書面会議を行い、地域からの要望や家族様からの要望は電話連絡で対応している。また、施設の運営状況が分かるように写真付きのお便りも配布している。	運営推進会議には、自治会長、民生委員、家族代表(2家族)、地域包括支援センター職員が参加している。現在、会議は文書による報告形式となっているが、何かあればいつでも連絡いただけるよう依頼している。また、電話した時に、要望を聞くことができ、対応出来ることにはその場で対応している。	
5	(4) ○市町村との連携 市町村担当者とは日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	運営推進会議メンバーの地域包括支援センターを窓口とし、連携をとれるようにしている。グループホーム連絡会主催の総会や研修に毎年参加し情報交換を行っているが今年度は新型コロナウイルス感染予防対策の為中止になったり参加を見送っている。	運営推進会議は、今年度文書による報告となっており、参集する形での開催は出来ていない。法人内に地域包括支援センターがあることを強みとして、行政機関との関係作りや協力体制を構築するため、必要に応じて密に連絡をとれるように努めている。	
6	(5) ○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	法人姫路事業所全体で身体拘束指針を統一化しており、マニュアルを基にグループホームでの身体拘束に関して委員を中心に毎月話し合う時間を設けている。また事例検討を行い日々の業務の中でも拘束を行っていないか意識しながらケアを行っている。	法人内に、身体拘束、虐待廃止委員会があり、事業所から委員として出席している。また、委員を中心に研修が開催され、欠席者には後日資料を配布し、レポート提出してもらうことで、全職員に周知徹底を図っている。途中入社した職員には、定められたカリキュラムを通して、身体拘束について学ぶ機会を設けている。	

自己 評価	項目	自己評価	外部評価	
		実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
7	(6) ○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見逃ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	法人姫路事業所全体で高齢者虐待防止についての全職員対象の研修を行っている。不適切ケアについても話し合い、職員の声掛けや態度が威圧的になっていないか毎日朝礼で確認を行っている。また、ユニット会議にてケアについて話し合う機会を作っており虐待につながる行為がないか確認し全職員虐待について意識してケアを行っている。	身体拘束、虐待防止委員会が中心となって、2月に研修を開催している。また、ワークバランス(仕事とそれ以外の時間とのバランス)として、誕生日の休暇を有給休暇として付与する取り組みやストレスチェック表を用いて、産業医からのアドバイスが受けられる体制を設けている。	
8	(7) ○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	地域包括支援センターのメンバーに情報をもらい、市より送られてくる日常生活自立支援事業や成年後見制度の資料を配布している。内部研修会や外部研修にも参加予定であったが現在は参加を見送っている。	現在、成年後見制度を活用する該当者はいない。地域包括支援センターから成年後見制度や日常生活自立支援事業など権利擁護に関する資料を入手し、職員へ配布することで、大まかな制度についての理解は出来ている。今後は、緊ぐという役割が事業所に求められる為、誰もが手に取り、見れるようパンフレットの設置を検討してはどうか。	
9	(8) ○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約の前に必ず見学に来て頂き、施設案内を丁寧に行っている。管理者より利用契約書・重要事項説明書を理解して頂けるまで時間をかけて説明している。契約に関して不安要素があれば利用者様、家族様に納得して頂けるまで説明を行っている。	契約手順として、申し込み、入所が可能になれば、再度意思確認を行い、施設についての説明を行い、重要事項について説明をさらに行っている。料金や、持ち込みについての質問が多くあり、必要物品のリストを作成している。また、その都度丁寧に説明し、コロナ禍の為、遠くからではあるが部屋の様子も見てもらっている。	
10	(9) ○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	職員は日々のかかわりの中で利用者様とのコミュニケーションの中から要望や不安などの気づきを申し送りノートに記入し情報を共有し、担当職員を中心に対応している。家族様とはコロナウイルス感染予防のため面会を自粛させて頂いているが、密越し面会やビデオ通話、電話などのツールを活用し、得た情報を基にケアの方針を再検討し実践している。	利用者からの要望などは、日々の関わりの中で聞き取り、気付いたところは申し送りノートに記入し、全職員が周知出来るようにしている。遠方の為、グループホームの様子を伝えにくい家族に対しては、事業所独自で作成するお便りを送る際にコメントを書き添え、何かあれば連絡をいただけるよう付け加え、意見を吸い上げる取り組みを行っている。	
11	(10) ○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	毎日の朝礼、夕礼時に検討事項があれば話し合っている。毎月開催のユニット会議やスタッフ会議では職員が運営やケアの方針に関して質問提案をしあえる場を作っている。決定した事項を実践し、次の会議にて実践した結果を評価、振り返る時間も設けている。	毎月開催するユニット会議では、職員に出来るだけ参加できるように声かけを行うとともに、会議の前には提案事項を申し送りノートに書いてもらうようにしている。過去には、利用者の食事形態や、オムツのサイズの見直し、職員の有給休暇の取り方や職員の昼食を弁当持参にするよう変更した事例があり、要望を聞きながら話し合い、必要に応じて改善に繋げている。	
12	○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	職員と身近に接し、一人一人の要望や意見を傾聴するように努め、必要であれば業務内容の変更など柔軟に対応している。コミュニケーションを密にとり、やりがいや目標を持って勤務できる労働環境を整えている。ただ、現在の法人の給与規定の内容では職員個々の能力によって評価することが難しいと考えており、見直しを図っている。		
13	○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	新人に対して介護経験の有無に限らず全ての新人に対して直接の指導を一定期間行い、レポート内容等から力量を見極めている。希望者がいれば外部研修や実践者研修、初任者研修に参加しやすいよう、シフト調整も行っている。		

自己 番号	項目	自己評価	外部評価	
		実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
14	○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	グループホーム連絡会を通して他事業所と交流し、活動内容などの情報交換を行いサービスの質の向上に努めているが今年度は中止の為参加できていない。 外部研修の際にも他事業所と積極的に交流し知識を深めサービスの質の向上に努めている。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援				
15	○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	導入するサービスの説明を丁寧に行っている。安心して頂けるまで思いに寄り添い、穏やかに過ごして頂ける環境を提供できるように対応している。また、不安感や要望は職員間で申し送りを確実に行き共通した認識の中で統一したケアを行うように努めている。		
16	○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	初回面会時に、グループホームを利用することに関しての不安や思いを傾聴し、家族様の思いを尊重したうえで、助言を行い関係づくりに努めている。		
17	○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	初回面会時にグループホームの特徴を説明するとともに他施設との違いも説明し、家族様と本人様の希望を伺い、本人様の必要とするサービスが提供できるように支援している。対応困難な場合は系列事業所等の他のサービス利用の提案をするようにしている。		
18	○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	日常生活の中で本人様の生活ペースを第一に考え、一人一人の情報を職員間で共有している。本人様のペースでして頂けることは職員は見守りを優先し、必要があれば一緒に行っている。		
19	○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	月に一度、生活状況を記入したお便りを送付したり、ブログを作成し、情報を共有している。面会時や電話などで要望や情報収集を行い、家族様もチームケアの一員として関わって頂けるような関係づくりに努めている。		
20	(11) ○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	地域のふれあい喫茶や行事には積極的に参加し交流する機会を作っている。地域をドライブしながらなじみの店や場所へ出かける機会を作っているが、今年度は外出機会を設けることが出来なかった。	新型コロナウイルス感染症拡大の影響から馴染みの店やスーパーへの買い物に行けなくなっている。地域における新型コロナウイルス感染症の蔓延状況を見極めながら、少しずつ散歩ができるよう進めている。また、オンラインによる面会ができる環境を整備するとともに、桜の時期にはYouTubeを活用し、疑似体験での花見をしてもらったり、子どもの日にちなんだ「子ども達に手紙を書こう」という計画をおこない、事業所の入口にある職員の手作りのポストに投函してもらうことにより、家族との関係を断ち切らない取り組みが行われている。	

自己 番号	項目	自己評価	外部評価	
		実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
21	○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず利用者が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	ほぼ毎日体操やレクリエーションを通して利用者様同士が関わって頂く時間を作っている。普段過ごされる席なども柔軟に対応し、普段と違う場所に座られてもトラブルが起きない限りは職員は介入せず、利用者様同士の関わりを大切にしている。		
22	○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	利用者様が今後利用されるサービスの情報提供を行い、利用者様、家族様に安心して過ごして頂けるように利用終了後も様子を見に行かせて頂いたり、相談に乗るなどし、次のサービスに利用者様がなじまれるようサポートをしている。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント				
23 (12)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	日頃からのコミュニケーションの中で思いや希望・意向を汲み取るように努めている。嗜好調査なども行っている。家族様が面会に来られた際には必ず利用者様の体調や精神面の変化など近況報告を細かく行っている。家族様からも情報を提供して頂き、利用者様の意向に沿ったケアを行えるように努めている。	意思疎通が難しい利用者に対しては、家族から聞き取った情報を記録に残している。嗜好調査を行い、食事の好き嫌いを把握するように努めている。介護計画は3か月に1回見直し(モニタリング)をおこなっている。アセスメントの更新や利用者様の状況の変化については、介護計画の変更を通して更新している。	介護計画の変更、更新の際に、利用者の状態を映し出す、基本情報の変更や更新できるような仕組みづくりには至っていない。今後は、コミュニケーションが難しい人でも本人の意向や意思の確認が出来るように工夫することで、基本情報を基にアセスメントシートの変更や更新が行われ、介護計画の立案に結びつけていくことを期待したい。
24	○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	家族様より利用者様の生活歴や趣味、趣向を聞き取りケアに繋げている。日々の何気ない会話からも情報を収集し、記録に残し、ユニット会議などで共有しケアに活かしている。		
25	○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	毎日の朝礼、夕礼にて、小さな変化でも申し送るようにしており、必ずケース記録や申し送りノートに記入し情報共有をしている。必要があれば担当職員を中心に個別ケアを見直し柔軟に対応している。		
26 (13)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	モニタリング、カンファレンスを聞いている職員全員で話し合い、検討し、家族様と密に連絡を取りながら介護計画を作成している。また、担当者会議には看護師も参加し、主治医の意見も取り入れ、他職種の見解を参考にしたプランの見直しを行っている。	利用者個々を担当する職員(担当制)によって、3か月に1回のモニタリングが行われ、細やかな支援内容に対する成果や進捗状況の確認が行われている。また、小規模多機能型居宅介護事業所と兼務する看護師も毎日朝礼に参加し、医療的な助言や主治医の意見を取り入れるよう情報提供や情報交換が行われている。日々の記録は介護計画に基づいて記入するように心掛けており、サービス担当者会議では、家族から聞き取った意見や利用者にも参加してもらうなど、利用者本位の介護計画の作成に努められている。	
27	○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	日々の利用者様の様子や気づきもケース記録や申し送りノートに残し、職員間で情報を共有し、ケアに活かしている。記録は介護計画の見直しにも活用している。		

自己 番号	項目	自己評価	外部評価	
		実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
28	○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	日頃より家族様と密な連絡を行い利用者様・家族様の希望や状態の変化があればその都度希望や変化に合わせた対応を検討し支援できるよう努めている。		
29	○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	地域で行われているふれあい喫茶を中心に外出機会を増やしたり、運営推進会議を活用しながら地域との関わりを深め地域資源の発見に努める予定であったが、新型コロナウイルス感染予防対策の為地域との関わりを見送っている状況である。		
30	(14) ○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	ほぼ全ての利用者様が同じ主治医であり、定期的な往診を受けている。必要時には医療と連携を取り、状況報告や必要時の受診を行っている。24時間体制で連携が取れている。	入居以前から事業所の協力医が主治医である場合が多いが、かかりつけ医による医療についても継続して受けることができることを入居契約時に説明を行っている。協力医による往診が月に2回程度ある。かかりつけ医を選択された場合の受診は家族送迎が基本となっているが、緊急時や調整がつかない場合は、事業所で送迎することもある。24時間看護師と連絡のとれる体制となっている事や看護師が医師との連絡調整や日々の健康管理、健康相談業務を行っている。	
31	○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	毎日のバイタル測定をはじめ、介護職員が日々体調チェックを行い必要時には看護師や主治医・診療所看護師と連絡を取り、健康管理に当たっている。看護師は毎日朝礼に参加し、利用者の体調に変化があれば報告後迅速に対応できる環境を整えている。		
32	(15) ○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	利用者の入院時には、介護・医療情報を提供している。入院中も病院関係者との連絡やお見舞いに伺い利用者の状況把握に努めている。退院時にはカンファレンスに参加し、病院から得た情報を職員間で共有し、退院後に問題なく施設で生活して頂ける体制を整えている。	入院先の医療機関にある地域連携室との連絡調整を行い、入院された場合は、早期に看護・医療情報の提供を行っている。今年度は、新型コロナウイルス感染症拡大の影響から、退院前カンファレンスの開催はなかったが、短時間での利用者や地域連携室担当者との面談は行うことができた。その後、事業所に戻り、申し送りノートに利用者の状態を記入し、退院後の支援について情報共有を行った。	
33	(16) ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所ですべてのことを十分に説明しながら方針を共有し、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	契約時に重度化した場合における対応に係る指針を説明し、利用者様と家族様の同意を得ている。重度化時の対応は事前に本人様やご家族様と相談し、本人様・ご家族様の意向に沿った対応が出来るようカンファレンスを行いチームで対応に努めている。	今年度看取り介護を行った利用者はいない。過去には終末期に差し掛かった方がおられたが、状態の回復により事業所での看取りには至っていない。事業所では、看取りに対する指針が整備され、契約時に説明を行っている。また、利用者の状態の変化(緊急時の場合、看取りの場合、重症化した場合等)に対し、契約時以外でも随時説明出来る仕組みや、段階に応じた承諾、ケアの見直しまでには至っていない。	看取りに対し、家族の思いが変わることがあることを前提に、契約時以降にも、定期的な家族の意向の確認を行う仕組みづくりを通して、利用者や家族が安心して看取りが受けられるような工夫に期待したい。
34	○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	緊急時のマニュアルを作成し、緊急時に迅速に対応できるようにしている。また、看護師により事例検討も含めた内部研修を行い職員の知識向上に努めている。		

自己 番号	項目	自己評価	外部評価	
		実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
35	(17) ○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	消防計画を作成し、定期的な避難訓練を行っている。地域との協力体制として、運営推進会議時に自治会長に地震や水害時の避難について話し合う機会を設けており、避難訓練時に消防団との連携をお願いしている。	火災を想定した消防計画が作成され、年間を通して定期的な避難訓練が実施されている。事業所の裏には土砂災害警戒区域に位置づけられている為、今後、火災を想定した避難訓練の実施以外に、豪雨に伴う土砂災害について、小規模多機能型居宅介護事業所と共に検討されてみてはどうか。3日分の非常食や水の備蓄は整備されている。地域からは避難場所にさせてもらうかもしれないと依頼をうけたこともある。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援				
36	(18) ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	朝礼にて利用者様一人一人を尊重したケアを行う事を目標にし確認をしている。毎月の会議にてプライバシーの確保について話し合い、日頃からのケアの中で意識して取り組めているか振り返る時間を設けている。	法人理念である「人権を尊重する」ために、日々のケアやユニット会議の中で、不適切な声かけやプライバシーを配慮した言葉かけができるよう職員個々で注意喚起を行っている。今年度や令和3年度に向けて、理念の実現に向けて習熟度や達成度を評価する取り組みも計画している。	
37	○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	普段からコミュニケーションを密に取ることや時にはご家族様からの情報を基に利用者が安心して何でも話せる雰囲気や関係作りに努め自己決定ができるよう支援している。嗜好調査も実施しており、好みに合わせた食事提供も行えるように対応している。		
38	○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	基本的なタイムスケジュールはあるが、利用者様の体調や希望に合わせて柔軟に対応している。一人一人の生活ペースに合わせたケアが行えるように日頃から職員同士の情報共有を密にしている。		
39	○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	身だしなみは希望に沿うようなるべくしている。入浴時は着衣の選択をして頂いている。化粧品や購入支援や希望があれば好みの美容院や訪問理容サービスで好みの髪型に出来るよう支援している。レクリエーションにてマニキュアを塗りおしゃれを楽しんで頂く時間も作っている。		
40	(19) ○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者の出来る事を見極め準備や片付けを共に行っている。又定期的におやつ作りや外食行事を取り入れたり、畑の野菜を使用しての調理も行い楽しみに繋げている。新型コロナウイルス感染予防の為調理作業は最低限にしている。	食事の準備は、主食のご飯は事業所の厨房で用意されているが、副食は外部の業者より調理されたものを調達して、温めたり盛り付けている。例年であれば年2~3回外食支援やおやつ作りが定期的で開催されていたが、今年度は新型コロナウイルス感染症拡大の影響から止むを得ず、中止している。事業所の畑で育てたジャガイモの収穫や原木で栽培するシイタケの収穫をおこない、調理されたものが食卓に並ぶこともある。現在は、誕生日会や季節に応じた食事提供を通して、食事が楽しい時間となるよう努めている。	

自己 番号	項目	自己評価	外部評価	
		実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
41	○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	食事摂取量や食事動作・嚥下状態など把握し、その日の状態に合わせて柔軟に対応している。毎月のユニット会議にて本人様に応じた食事量、食事形態を検討している。水分量の少ない方のチェックも行い、好みの水分に変更する等、水分確保を促している。		
42	○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後、必ず口腔ケアを行っている。一人一人に合わせた口腔ケア物品を準備し、口腔トラブルが起きない様に配慮している。異常があれば歯科往診にて迅速に対応している。		
43 (20)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	排泄記録を付ける事で、排泄パターンを把握し、声掛け、支援が必要である方は一部介助を行っている。適宜、パットやオムツの見直しを行い、なるべく自立継続が出来るよう支援に努める。また、自尊心を傷つけないよう声掛け(声量)や周囲に配慮した支援を行っている。	排泄記録に基づいて、排泄パターンを把握し、随時のトイレ誘導を行っている。布パンツのみの方や日中常時おむつを着用される方など利用者の状況に応じて対応するとともに、排泄が自立されている方についても、看護師による腹部の聴診や張りの確認などを通して、便秘の予防に努めている。トイレが3か所あり、利用者のADL(日常生活動作)や歩行状態を見ながら、トイレへ近い居室を利用いただくなど、トイレでの排泄が行えるよう支援している。	
44	○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	利用者様ごとに排泄パターンを把握し、食事形態や水分量を調整し毎日の運動を促している。数日排便が無ければ看護師に相談し、下剤の調整を行っている。また補備の体操に便秘予防体操を取り入れている。		
45 (21)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	行事や職員の割合の関係である程度は入浴計画を立てているが、希望があれば入浴日を変更したり、入浴時間を変更している。同性介助を希望される方には同性介助の対応を行っている。	入浴支援の基本は週2～3回、午前中としているが、利用者の希望や体調で柔軟に対応している。入浴を拒否される利用者もおられるが、人を代え、時間を置いたり、声かけのタイミングを工夫するなど個別の支援が行われている。各ユニットの浴室はリフト付の一般浴槽となっていることやユニットの間には特殊浴槽も備え付けられている。現在使用されている利用者はいないが、重度化された場合には対応できる設備が設けられている。	
46	○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	基本的にご家庭で過ごされていた時と同じ様に生活が行えるよう支援している。入居時にお聞きした趣味や活動、生活の中で迷った時は本人様とお話したりご家族様と連絡を取り合っ支援できるよう努めている。日中出来るだけ活動的に過ごして頂き夜間の安眠に繋げられるよう職員一人一人が意識して関わっている。		
47	○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	職員全体で薬について理解できるよう日頃から職員同士、毎日服用前の二重チェックや話し合いの場を持っている。その際は必ず申し送りを行う。薬情報を個人ケースファイルで管理し、いつでも確認できるようにしている。不明な事は薬剤師・医療機関と連携がとれる体制をとっている。服薬時には全職員統一した服薬時のルールに従い、誤薬などがないように努めている。		

自己	番号	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	生活歴、趣味については初回面談時にも伺い把握するようにしている。生活されている中で発見したことは、ご家族にも協力を得ながら継続できるよう個別対応し支援している。日頃からの関わりの中で職員の気づきも大切に、職員のアイデアも積極的取り入れ実践している。		
49	(22)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	利用者様の希望を聞きながら外出などの検討をしている。地域行事参加時は地域の協力が得られている。また、生活用品や趣味に必要な物なども利用者の希望を聞きながら一緒に外出して購入する事を検討している。現在は新型コロナウイルス感染予防対策の為、外出は出来ないが、外出可能になった際には自宅への一時外出などの計画を家族様と相談させて頂いている。	新型コロナウイルス感染症拡大の影響から、これまで行っていた日常的な散歩や畑の手入れ、地域行事への参画など、ことごとく制限を強いられている。少しずつではあるが、玄関先の駐車場周辺を散歩したり、お花見のドライブも計画している。	
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	自己管理の出来る方はご家族の協力を得ながらお金を所持して頂き希望があれば買い物支援をしている。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	希望があれば対応している。ビデオ通話なども積極的に取り入れている。レクリエーションにて家族様に手紙を書いて頂く機会も作っている。		
52	(23)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	留守等季節を感じて頂ける掲示ものや飾りつけの作成を利用者様と行っている。フロアの窓からは四季折々の移ろいを感じる事ができる。新型コロナウイルス感染予防対策をとっているが、利用者様には負担がかからない様に配慮して行っている。	広々とした玄関中央から左右に分かれるユニットそれぞれに畳みが施されたスペースが設けられ、広々とした開放的な窓からは四季折々の自然豊かな光景が見える造りとなっている。新型コロナウイルス感染症拡大の影響から、最新の空気清浄機が導入されていることや大きなテレビからYoutubeが見れる仕様となっており、機能低下を防止するためのリハビリ体操を流しながら、利用者が元氣よく手足を動かしている様子がうかがえた。またユニットに応じて作られた、絵画や創作品などが飾られ、居心地の良い共用空間となっている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	居室以外で一人の空間はないが、フロアのソファや畳コーナー、自席の配置等、自由に行き来して頂けるよう配慮している。		

自己	第3	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
54	(24)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室への持ち込み制限はない。ただし、居室に納まるもので、歩行などを妨げるようなものは利用者様・ご家族様と話し合い、居室の整理整頓を心掛けている。タンスの上には一人一人、お気に入りの写真や小物などを飾って頂き過ごしやすい空間になるよう工夫している。	標準的な設備は、ベッド、タンス、洗面台、エアコンとなっている。持ち込み品の制限はなく、火器類や刃物類以外の持ち込みは基本的に自由となっている。利用者個々の居室には、家族の写真や創作品が飾られ、利用者思いの居室となるよう、家族や担当職員がレイアウトを利用者と相談しながら作っている。また、ベランダにはガーデニングを楽しむ方もおられる。認知症に伴う、場所の認識が分かりづらい方に対して、事業所から自宅までの地図を分かりやすく書いたものを掲示されるなど、利用者が安心して生活できる工夫が行われている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	全職員が共通した情報の中で、利用者様の状態を把握している事により必要な支援を理解し、利用者様のペースで自立した生活が送れるよう配慮している。ケアに必要な福祉用具があれば準備し取り入れている。		

目標達成計画

作成日: 2021年 4月 30日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【目標達成計画】					
優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	23	利用者様の思いや意向についての情報を得ているが、記録として更新が出来ておらず、介護計画への反映が出来ていない。	介護計画の更新時など、利用者様、家族様の思いや意向を記録として残し、介護計画の立案に生かしていく。	基本情報、アセスメントシートについては、担当者を中心として状態に変化が有るたびに更新を行えるよう周知を行う。担当者会議の際にはその情報を基に利用者様の今の希望に沿えるよう立案を行っていく。	6ヶ月
2	33	重度化された時の対応について意向を確認していたが、利用者様や家族様の意向が変わることを前提とした定期的な意向確認が不十分である。	看取りに対する定期的な意向確認の機会を作る。	利用者様の状態の変化や介護計画の更新の際などに家族様の意向を確認する機会とする。家族様にとって看取りに関する話題はデリケートな内容を含む事を念頭に聞き取りの中でも、それとなく聞き取れるよう配慮を行う。	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。