

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	2873400853		
法人名	有限会社ほおずき		
事業所名	グループホームCHIAKIほおずき姫路香寺		
所在地	姫路市香寺町中仁野268-1		
自己評価作成日	令和4年9月1日	評価結果市町村受理日	

※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	http://www.kaigokensaku.jp/28/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 ライフ・デザイン研究所
所在地	兵庫県神戸市長田区萩乃町2-2-14
訪問調査日	令和4年9月27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)】

事業所が特に力を入れていることは、利用者様お一人お一人の状況に合わせて対応している点です。そのためにミーティング等で職員間で情報共有を強化して、支援方法を決めさせていただいたり、また、利用者様の心身の状態・想いを反映が出来るように、本人様にも伺いし、家族様にも相談・連絡して対応しています。また、近況報告のお手紙・広報誌などもお写真付きでお送りしています。

①入居者本位の暮らし支援・法人理念を基軸に「笑顔・思いやり・感謝の心でみんなで助け合えるチーム作り」を掲げ、事業所一丸となって推進し、「チームケア」の精度を上げながら入居者への支援に取り組んでいる。②日々を楽しく・コロナ禍の中、入居者の笑顔が増えるよう、多様なプログラムを提供し、ご本人の自己決定による係わりを支援している。③地域との係わり・ふれあい喫茶(毎月参加)や行事見学(秋祭り・神輿・夢明祭り)、近隣からいただく収穫物等、日常生活における地域の方々の交流、並びに、認知症高齢者支援のプロとしての知識還元(中学校:トライやるウィーク、専門学校生の実習受け入れ等)による地域貢献も実践している(R4年度は大幅に縮小しての実施・中止もあり)。

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)	○	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)	○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○	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)	○	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)	○	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広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○	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. 全くいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○	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、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	○	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)	○	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	○	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)	○	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	○	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)	○	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

自己	者 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	会社理念は、朝礼の際に唱和し、意識を高めている。また職員一人一人が理念を理解し行動に移せるように、管理者は指導している。毎年職員と一緒に考え、事業所テーマを掲げ目標にしている。利用者様・家族様だけでなく職員も笑顔になるような職場環境を意識している。	法人理念である「笑みがこぼれる家庭・・・それがわたしの誇りです」の実現のため、事業所目標「笑顔・思いやり・感謝の心」「みんなで助け合えるチーム作り」を掲げ、毎朝唱和し、本人の望む暮らしの実現のため、支援に繋げている。	
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	近隣のお店から配達も依頼している。コロナ禍で外出の制限で交流の機会は減少している。以前は、近くのお店に買い物や地域のふれあい喫茶に出かけていた。	コロナ禍により、地域行事も自粛のため激減している。そんな中でも、地域サロンへは参加している。また、地域のケアマネジャーとは事例提供を通じて、双方向の知識向上に努めている。	コロナ禍が落ち着きました折には、地域の方々の協力をいただきながら、地域の社会資源の一つとして、事業所発信の積極的な活動を再開していられることに大いに期待をします。
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	事業所の取り組み等を運営推進会議などで発信したり、事業所パンフレットを作成しケアマネジャーに紹介している。自治会の回覧板に広報物を回して頂くこともある。		
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際、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、そこの意見をサービス向上に活かしている	運営推進会議で頂戴した意見は、必ず前向きに捉え、実践できることはしている。職員とも共有し取り組み内容として取り入れている。また近隣のユニット型特養さんの運営推進会議にも参加し情報共有させていただいている。	コロナ禍のため、運営推進会議の開催が難しい場合は、会議委員に事業所状況の提供記録を送付して、意見や地域情報等をいただけるように工夫している。いただいた意見等は事業所運営に反映させるように心がけている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	グループホーム連絡会や市役所等とは空き状況などの連絡を毎月取っている。また、連絡会や地域包括支援センター・外部研修会にも参加している。地域のケアマネさん主催の介護者のつどい等でも情報共有している。(コロナ禍で延期や中止など有)	コロナ禍で中止や延期はあるが、GH連絡会(市の職員出席)に参加し、情報の共有・課題の相談・検討等を行い、事業所が閉鎖的にならないように努めている。地域包括支援センターとは困難事例相談を含め、「ふれあい喫茶」「防災・在宅高齢者支援」の面でも連携している。	
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「介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	身体拘束の施設内勉強会も毎年2回は実施し、会議の場などでも注意喚起している。身体拘束委員会も設置している。玄関の施錠やスピーチロックなど不適切ケアがないように日々話し合いを行っている。また介助が大変な方に関しては、2名介助を行っている。	本部基礎研修・事業所内勉強会を通じ、職員は「身体的拘束等の弊害」について十分理解しており、入居者本位の日常となるよう支援している。また、身体拘束廃止委員会の報告を受けて、日々のケアの振り返りもおこなっている。	
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過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	不適切ケアから虐待に繋がる事も踏まえて、不適切ケアとは何か、現場でそのような場面がないかなど振り返る場を設けている。2名介助が必要な方にはフロアミーティング等で話し合っている。各リーダーは職員の相談等の話を聴いている。	本部基礎研修・事業所内勉強会及び月例会議の場での日々のケアの振り返りを通じ、虐待へと繋がる恐れのある「不適切なケア」のレベルからの払拭に取組んでいる。また、職員間コミュニケーションを大切に、職員が「孤立化、バーンアウト」しないように努めている。	

自己	者第三	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
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	現在のグループホームではいっしょにやらないが、今後も想定して、成年後見制度の仕組みや課題等は、座学やインターネット情報などで勉強している。	職員は勉強会等を通じて制度活用が認知症高齢者にとって有効な施策の一つであることを十分理解しており、状況に応じて家族等に情報を発信している。	
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	契約時の際は、しっかりと説明をし、理解を得ながら進めている。同意書も何種類か用意し説明している。(個人情報・リスク等)改定の際も都度案内文を出し説明している。また契約や解約時に多くいただく質問に関しては、あらかじめきちんと説明するようにしている。	入居後に不具合が生じないよう、事業所見学、体験、アセスメント、質疑応答等を行い、疑問点・不安感が無い状態にして契約を締結している。契約時には関連書類を丁寧に説明し理解いただいている(重度化・終末期への対応方針含む)。	
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	面会時・月末のお手紙送付時に、ご意見やお困りごと等をお訊きするようにしている。運営推進会議では、家族様全員に参加できるかどうか伺い、意見も頂戴できる形にしている。介護計画書の更新前にご要望等をお訊きしている。また、ライン・メール等も活用し、意見・情報共有している。	入居者とは日々の会話から、家族とは行事参加時等の来訪時、電話等、様々な機会を通じて意見・要望を聴き取っている。コロナ禍では、家族の事業所来訪が減少するので、積極的(メール・電話等)に意見をいただくように心がけている。	
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	各フロアミーティングを行い、管理者も同席し、またその後、施設全体のミーティングを行い、課題があれば、まず取り組んでみるという形をとっている。また職員一人一人の個人面談を行って意見を聞き反映している。	業務面については、月例会議(パートナー会議)を開催し職員間の意見交流の場としている。上席者への意見具申の場としては、法人内でのキャリア管理(マイチャレンジ制度)があり、個別面談で直接話し合える機会がある。	タイムリーに業務(ケア)の質を検証し、その質を向上させていく取組を、今後も継続願います。
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	個人目標と個々の能力等の把握に努めるよう話す機会を設けている。個人面談や各々の役割も決め実施している。普段から職員とはコミュニケーションを図るようにしている。人事考課や表彰制度も実施している。		
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	能力に合わせた研修を本部主催でも行っており、また委員会を設置し、出席は担当制にしている。その研修の伝達を自施設で行っている。年数に応じて職員の役割なども変えている。資格所得などの支援や研修も提供している。		
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やケアマネジメント向上会議等の研修会の参加、実践者研修の参加も行き、認知症ケアの理解を深めている。また市の主催の感染症防止対策会議にも参加しネットワーク作りをしている。他事業所の運営推進会議にも参加させていただいている。		

自己 者 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
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	在宅生活で困っていたことや家族様が一番心配している事のお話を聴き、安心していただけるように対応をしている。入所されてからは、面会時やお電話で聴かせていただいている。医療面に関しては、主治医の先生との連携を取り家族様と共有するようにしている。		
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	契約時はもちろんの事、入所後の利用者様の状態(日中・夜間)も報告し、ケア内容が変更する場合があることも理解していただきながら、利用者様にとって、今一番のケア方針を家族様と共有するように努めている。		
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	グループホーム入所以前に、他のサービス利用で日常生活が可能な方等には必要に応じて地域のサービスや、その人の生活スタイルに合う支援方法も選択肢として提供している。(見学時等)ほおずきのデイサービスやショートステイなどの説明も行っている。		
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	利用者様同士が連携できる・協力できるように工夫し、共同生活している事を意識してもらうよう働きかけている。(洗い物・掃除機かけ・花の水やり・調理・洗濯たみ・干し等)時間がきたら、自ら食器洗いのお声掛けをしてくださる利用者様も増えてきた。		
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	コロナ禍で面会制限はあるものの感染症予防しながら対策をしている。また家族様に協力していただき病院受診・同行している。その際ご本人様のご様子をしっかりとお伝えしている。		
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	コロナ禍で面会制限はあるものの感染症予防しながら、短時間の面会やこちらからお手紙を書いて送ったり、電話連絡し関係が途切れないように支援している。	面会は、感染予防対策のため、「家族のみ2~3名程度」で「10分~15分程度」「玄関」で行っている。コロナ課の中でも、電話やはがき棟を活用し、できる限り「馴染みの関係」の継続を心掛けている。	コロナ禍の中、やむなき制限もありますが、ご家族の理解・協力をいただきながら工夫を継続され、今後も入居者個々人のご家族等との大切な時間の確保の継続支援を願います。
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に利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	生活していく中で、関係性を職員が把握・話し合いを行い、孤立しないように座席に配慮したり、輪に上手く入っていただけるような声掛けを職員が率先して行っている。利用者様同士も気の合う方でお話されている。		

自己 者 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
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	医療的な処置が必要になってきた場合等は、関係者(事業所・医療専門職・本人様・家族様)で話し合い、今後の支援を検討している。退去された方の家族様にもほおずき全体で作成している「ニュースレター」をお送りし、希望者には定期配信している。		
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	入居時やケアプラン更新時には本人の要望や希望を確認している。また困難な場合は生活スタイルから本人様にとって最善の状態を汲み取り、家族と相談しながら支援を行っている。	入居者の日常ケア(会話、言動確認、仕草・表情等)を通じて、その思い・意向を汲み取っている。(特に意向については「ハイ・イエ」で応えられる選択方式を工夫をしている)。把握した情報は申送り・連絡ノート等で全職員で共有している。	
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	基本情報は、入居前に家族様等に介護サービスの経緯もお聞きしている。また生活歴を大事にし習慣を大事に支援している。また馴染みのものを持ってきていただき生活環境を整えている。在宅サービスでされていた手芸や塗り絵等も継続して実施している。		
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	一人一人のペースに合わせ過ぎていただいている。重度の方もおられその方は、お部屋で休まれる時間も作っている。また心身状態・残存能力に着手し役割作りなどを決めている。日々変化する中で、職員同士の情報共有は欠かせない。		
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	月に1度ミーティングを行い、プランの実施状況の確認や新たな課題の把握を行っている。また家族様に意見を伺いながら話し合いの中でその人らしい生活を忘れないように過度な計画になっていないか、GH担当者会議を実施しそこから介護計画書を作成している。	入居者の思い・意向、家族の要望に担当パートナー(介護職員)・医療従事者の意見も踏まえ、ご本人の「今」にマッチした介護計画を作成している。検討材料としては、毎月のケアカンファレンス及びモニタリングを充実させ、プランの見直し等に繋げている。	今後も「本人本位」の視点を介護計画の基軸とし、「思い・ニーズ」の把握に努められ、本人を含めチームでの「本人ニーズの達成」を目指すことに期待をします。
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	業務日誌の特記事項やサービス経過記録等に記録を残し重要事項は申し送り簿に記載し確認している。またヒヤリハットも活かし、事故予防に繋がるよう情報共有している。受診一人一人についても受診記録をとっている。(内科往診・歯科往診)		
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	本人様の状況や家族様状況も変化していく中で、報告の仕方であったり、受診対応であったりと柔軟に対応できるように努めている。最近では、電話相談を多く取り入れている。		

自己	者	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
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	近隣の公園までの散歩・個人で新聞や雑誌を取られ読まれている方、利用者様状況に合わせ、楽しんでいただけるように支援している。		
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し、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	主治医・かかりつけ病院は、家族様のご希望を優先している。毎週、協力医の訪問診療があり、いつでも連絡・相談が出来る関係作りをしている。往診にも来ていただいている。また訪問歯科も導入し口腔面からも健康管理をしている。毎月口腔について研修を行っている。	協力医(内科)による、週1回の訪問診療及び急変時への対応(24Hオンコール体制)により健康管理を行っている。希望者は訪問歯科診療(口腔ケア含む)の訪問も受けている。		
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	日々のケアで、利用者様の健康管理・表情・変化・褥瘡が出来ていないか等に気付き、変化等があれば、職員同士の話し合いを含めて、看護師に相談し、主治医との連携を図ってもらっている。往診時に関わらず気になること等が発生した場合も主治医に相談している。(熱発・血尿等)		
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。	入院時には、病院との情報交換や相談をし関係作りにも努めている。現在は面会禁止になっているため本氏の状況・様子を看護師・地域連携室の方等に電話確認し、その情報を職員同士も共有を行っている。退院された際の居室環境・対応含め準備も行っている。	コロナ禍で、入院中のお見舞い等が難しくなり、以前のような家族との情報共有が難しくなった。今まで以上に病院の相談員等との連絡を密にするように心がけている。退院時にはホームでの暮らしに不具合が生じない様情報を入手し支援に活かしている。		
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、事業所ですることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化した場合、家族様とは今後についての話し合いをするようにしている。主治医の先生からも現況をお伝えしてもらえよう体制をとっている。医療面での心配なども訪問看護等、選択肢の提供を行っている。食事・水分量の確認は職員情報共有の徹底を図っている。	入居時に、重度化・終末期の状況が生じた場合の方針は説明している。看取りの状況となった場合は、ご本人にとって望ましい支援となるよう、改めて関係者(本人・家族、医療専門職、事業所等)で相談・検討しながら取り組んでいる。		
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	施設内勉強会・会社研修等で急変や事故発生時に備え準備している。応急対応の勉強会やマニュアル等も各フロアに設置しすぐに見れるようにしている。また、感染症の嘔吐などがあった場合の処理キットも各フロアに常備している。感染症に対する意識を高めるため予防策も実施している。		
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	避難訓練を年2回実施し、(1回は夜間想定)設備点検も毎月行っている。また、災害・防災計画(BCP計画)も作成している。ハザードマップも確認しマニュアルの見直しも行っている。運営推進会議でも、地域との協力体制の依頼は出来ている。非常食・水等を備蓄している。	定期(年2回)での通報・消火・避難訓練(地震対応も想定)を実施している。訓練状況や防災機器点検については運営推進会議で報告し、有事における地域の協力体制も整っている。また、非常食・飲料水等は備蓄している。		

自己	者	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
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	一人ひとりの経験や生活歴を大事にまた、生活スタイル、人格・性格を大切にしたいうえで、言葉の掛け方、態度などその方に合わせて配慮している。また、信頼関係を構築するように丁寧に接することを意識している。新人にも伝えている。	入居者個々人の現況及び自尊心・羞恥心に十分配慮しながら、ご本人が今まで培ってこられた事柄(技能・趣味・習慣等)のうち、できる事柄をご本人のタイミングで体現できるよう支援している。	
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	可能な限り1つ1つの動作や場面において本人が選択できる取り組みを行うようにしている。現状希望を言われる方が少ないが家族からの情報などでより本人らしい選択が出来るように努めている。(嗜好品や読みたい本・新聞購読など)		
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、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	可能な限り利用者のペースに合わせて職員の1日の動きを組み替えるようにしており、利用者様が望む生活に少しでも近い状態になるよう支援している。生活の場ということを職員が共通認識している。		
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	現在は、外出もあまりしていないが、受診の際や面会の際に身だしなみを整え、おしゃれをしている。また職員自身の身だしなみをチェックし、そこから利用者様への意識づけにも繋げている。		
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	全利用者様ではないが、出来ること(テーブル拭き・配膳等)と一緒にやっている。片付けでは、食器洗い・食器拭き・お盆拭き等もやっている。	下着えや盛り付け、洗い物等、「できる事でやりたい部分」を職員と一緒に会話を楽しみながら行っている。行事食や出前、手作りおやつも喜んでおられる。	
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	利用者個々人の食事量や形態(刻み食・トロミ)等を考えて提供している。季節や体調によって食事量低下・体重低下などあった場合主治医に相談している。食べやすい物、好きな物を状態に合わせて提供をしている。食事量・水分量はケース記録に記録に残している。		
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	食事後に口腔ケア(うがい等)を実施し、就寝前は、義歯の洗浄や歯磨きを実施している。食事前は、口腔体操を日々行っている。また訪問歯科を導入し定期的に口腔内の確認・状況把握・口腔ケアに努めている。		

自己	者	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
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	個々人の状態に応じて、声掛け等の誘導を行いトイレでの排泄ができるように支援している(2日介助あり)。夜間に関しては、ADL状況も考慮し、お部屋にポータブルトイレを設置し自自行けるように工夫している。	入居者一人ひとりの排泄パターンとそのサインを把握して、本人にとって最適な排泄がトイレで行えるよう支援している(2人介助・パット交換等)。夜はオムツの方も昼はリハビリパンツを使用する等、入居者が自分のできる能力を伸ばすケアを心掛けている。		
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	午前中の水分補給の際には、乳製品の飲み物を提供している。また、水分に関しては多く取ってもらえるようにこまめに提供している。日中に体操なども取り入れている。			
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	安心して入浴していただくように、声掛けのタイミング、その前のコミュニケーション等に配慮している。足浴を行っている方もいる。以前までは、午後からのみの入浴でしたが、午前中から入られたい方にも対応している。入浴剤や季節等で入浴を楽しめる取組もしている。	週2~3回の入浴を基本に、ゆったりゆっくりとした入浴時間となるよう支援している(曜日・時間は固定せず、2人介助、職員との会話を楽しむ等)。併設事業所の大浴場の利用や季節湯(菖蒲湯、ゆず湯等)も喜んでおられる。		
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	一人ひとりの睡眠時間や、休息時の状態を確認しながら日中の適度な運動や、コミュニケーションをとり良質な睡眠が得られるように支援している。お部屋に戻り、新聞読まれたり、塗り絵・テレビ鑑賞されている方もおられる。			
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	2重チェックできる確認表を使用し、日々支援している。服薬前には名前・日付も確認している。また、服薬の用量や用法・副作用などもしっかりと処方箋を確認して薬担当者を作っている。症状の変化等があれば、医師や看護師に必ず相談し指示を仰いでいる。			
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	本を定期的に購入したり、編み物や塗り絵等の手芸等に関してもマンネリ化にならないように新しいものを取り入れている。家族様からの提案もある。家事等も分担制で取り組んでおられ、嗜好品としてノンアルコールビールを飲まれる方もいる。			
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	日頃は、希望に合わせて数人での外出対応(家族様の支援もあり)を行っているが、現在はコロナ禍で思うように外出はできていません。代わりに庭に出て日光浴・近くの公園まで散歩・2Fベランダにて青空喫茶は実施している。	コロナ禍中であるため、人混みへの外出は控えている。天気の良い日は、感染予防対策を徹底して、近隣の散歩(運動と外気浴・近隣の方々との挨拶を交わす)や中庭でのお茶は積極的に行っている。		

自己	者	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
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	少額ではあるが、お財布をもたれている方もいる。訪問販売(パン屋さん)等でお支払いを職員と一緒にしている。		
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	電話のご希望があればまずこちらから家族様に最近の様子をお伝えし、その後ご本人様に繋ぐように支援している。またお手紙をいただいた際には、お返事のお手紙を書いていただいたり、年賀状にて一言メッセージも書いて頂いている。郵送などはこちらでしている。		
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	清潔さやスッキリするように施設内外や居室等整理整頓を行っている。水回りの箇所も感染症などを起こさないように日頃から清掃をこまめに行っている。利用者様の活動の写真を利用者様視点で飾っている。(高さや大きさに配慮しつつ)	共有ペースではテレビの好き嫌い等で座席の配置を決めている。スペースの南側に植木を配置し、水遣りをしている。また、笑顔一杯の行事写真や季節飾りが貼付された壁面、季節が感じられる庭の木立ち等、心豊かにゆっくりと過ごせる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	ソファや食卓席、和室等を自由に使用して頂き、気の合う方と談話や余暇活動等、寛ぎ空間として利用していただいている。各所に椅子を置いている。またお一人になりたい際は居室で過ごしていただいている。		
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	ベッドやタンス、その他使用していた家具や小物類、家族写真等は家族に依頼して使い慣れた物を持ってきて頂いている。誕生日会の様子も掲示している。居室で塗り絵をされる方は、専用のデスクも置かれている方もいる。	入居者には、自宅で使用していた馴染みの物(家具やテレビ、家族写真等)をできる限り持ち込んでいただき、家庭的な設えを工夫して「自分の部屋」として認識してもらえるように努めている。ADLの低下に関しては都度に対応している。	
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	安全面と自立的な活動を確保する為に、必要な環境(手すり・歩行スペース・各場所の案内・部屋の表札)を作り、日中は、本人の生活習慣に合わせた見守り体制が出来るように連携を図っている。		

目標達成計画

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	2	職員が地域サロン参加、地域会議に事例提供を通じて関わりを持っているが、コロナ禍により、利用者や施設としての地域行事も自粛のため激減している。	利用者様と地域へ出ていけるように外出の機会を設けていく。	<ul style="list-style-type: none"> ・毎月の行事に外出行事として場所の検討や人と触れる機会を模索していく。 ・日常的な支援の中に散歩や買い物の機会を作っていく。 ・相談窓口になれるように掲示物の定期的な張替え等を行う。 	12カ月
2	11	日々の業務(ケア)の質の見直しを一過性で終わらず定期的に実施していく必要がある。	フロアミーティングでの改善提案、事例を出して定期的に取り組む機会を作る	<ul style="list-style-type: none"> ・毎月のフロアミーティングにおいて事前に議題を集め、それらについて話し合う時間を作るよう努める。 ・業務(ケア)の見直し、改善を行った際はその後どうなったかを評価し、共有を行うことで次の見直しや改善に繋げる。 	12カ月
3	20	コロナ禍で面会制限が多いものの、昨年よりも家族様とお会いする機会は増えた。	面会の条件を家族様と共有し、お互いに理解する形でお会いできるように努める	<ul style="list-style-type: none"> ・家族様にも感染予防対策に協力頂きながら、面会で直接での対話の継続、今後外食の機会が作ることができるように努める。 ・担当者、管理者から定期的に連絡をする機会を持つように努める。 	12カ月
4	26	利用者様の状況・思い、また「本人本位」の視点を持ち、また家族様のご意向に沿えるような介護計画書を作成していく。	利用者様の心身面の課題のみ焦点を当てるのではなく、本人本位の為の介護計画書を作成できるようにする。	<ul style="list-style-type: none"> ・介護計画書の作成の際は、現状を細かくお伝えし、意見をしっかりともらい反映する。(面会時・電話連絡) ・チームで作成できるように、職員間の情報共有だけでなく、その方にかかわる方の意見等も参考に計画書に組み込んでいく。 	12カ月
5					

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。