

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	2894000641		
法人名	社会福祉法人 播陽灘		
事業所名	グループホーム いやさか		
所在地	姫路市木場1429番地127		
自己評価作成日	令和5年1月24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)】

グループホームいやさかが力を入れている点として、1つ目は介護リフトを使用したケアである。介護リフトを使用して、安心安全安楽な方法で要介護度が高齢の方でもトイレを使用するなど、介護技術や人手などの環境に囚われないケアの実施ができています。2つ目は必要な支援・業務がスケジュール表になっている、業務分担表の活用である。事前に毎日個別の業務分担表を作成しているため、その日に応じた効率・計画的な1日を過ごせるようになっており、職員の休憩確保や残業が発生しない勤務環境になっている。勤務者は分担表を見ながら業務をするため、ケアの統一にも繋がっている。活用を続けることで職員が業務の調整をつける力が培われて、その場での柔軟な対応に繋がっている。

※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.kaisokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action=kouhyou_detail_021_kihon=true&JigyosyoCd=2894000666-00&ServiceCd=730

【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5年2月14日		

【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)】

社会福祉法人播陽灘 いやさかグループの一つとして、小規模多機能ホーム、多目的ホールと併設された事業所である。海の潮の香り漂う住宅街の一角に位置し、コロナ禍前までは、地域の人々の交流スペースとして、様々な部門で多目的ホールが使われていた。今もいきいき百歳体操の会場となっている。介護リフトを使った安全安心介護をすることで、充実した看取り介護に取り組み、介護計画に沿った「介護分担表」を作成し、介護の統一とサービスの向上が図られている。職員の定着率もよく、働きやすい職場環境の改善に力を入れている。また、新型コロナウイルス感染症の状況を見ながら、外出支援や地域貢献に取り組みたいとの管理者や職員の意欲ある構想をうかがい、益々期待できる事業所である。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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ます (参考項目:9,10,19)
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)
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)
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、活き活きと働いている (参考項目:11,12)
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
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
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		

【セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。】

自己評価	項目	外部評価		
		自己評価 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	社会福祉法人播磨の理念を共通理念としている。共有としては、玄関2ヶ所に理念を掲示して、出退勤時に見えるようにしている。また、全体研修前には理念の唱和、理念の説明、実際の行動や研修の内容が理念とどう結びつくかの説明を受けている。介護日誌の裏面に理念や運営方針・クレド(行動指針)を記載しており、いつでも見られる環境と、退勤時は理念に沿った行動が出来たか結果を記入する仕様となっている。	法人である地域密着型特別養護老人ホームの理念を掲げ、地域密着型サービスとしての基本方針と実現するための行動指針(CREDO)を設定している。常に意識できるように、玄関に掲示し、介護日誌にも記載している。日常のサービス実践が理念に基づいたものであったが、各個人が毎日チェックする仕組みもあり、年2回の個人面談でも、意識付けされている。地域密着型サービスの意義をふまえた実践項目としては確認できなかった。	日常のサービス実践の際にも「地域密着型サービス」としての意義が確認できるよう、項目に掲げるなどの仕組みの工夫に期待したい。
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	毎週月曜日にいきいき百歳体操を開催。地域住民の方々が参加している。(緊急事態宣言下や面会全面中止の場合は開催していない)就労継続支援事業によるNPO法人姫路こころの事業団の「喫茶こころ」が地域交流スペースにて、毎月1回好きな飲み物とケーキのセットを提供している。グループホームからは毎月15名～18名の方が参加している。(感染対策として事前に注文を聞き取り、2階のユニットで飲食している。)	コロナ禍で中止していた「いきいき百歳体操」は、地域密着型サービスとしての使命を踏まえ、比較的早期に再開されている。自治会にも加入し、今後はゴミステーションの掃除を利用者としてできないか検討されている。地域交流スペースで、地域の障害福祉サービス事業所から喫茶の提供を受けたり、折り紙クラブも再開されるなど地域とのつながりを大切にされている。今後は、地域の方とふれあう味噌作りにも参加予定である。	
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	事業所内の地域交流スペースを一般開放し灘地域包括支援センターと協力し、いきいき百歳体操へ提供中。希望があれば施設内の見学やグループホームの役割を説明している。 また、神戸新聞より「コロナ禍における認知症ケア」について取材を受けて、認知症の人のコロナ禍における変化や課題・家族支援・感染対策についての情報発信を行ない、令和4年2月8日に掲載された。		
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、そこでの意見をサービス向上に活かしている	前年度、地域運営推進会議での意見として、「事故・拘束・虐待防止委員会の取り組みは、事故統計表等があればわかりやすい」と意見があった。その後、委員会内で協議して令和4年4月より毎月の事故報告書・ヒヤリ報告書をユニットごとに集計して、振り返り・目標・結果を記入する「事故報告書・ヒヤリ報告書統計表」を稼働させる。他には、毎月家族へ送付する写真付きおたよりについての提案があったので、利用者本人がメッセージを書く欄や裏表仕様に変更して、情報の充実度を向上させた。	2か月に1回開催している。現在は感染症対策を万全にし、対面での実施に至っている。活発に意見交換され、事故統計表の作成、家族へのおたよりの仕様の変更、避難確保計画やBCPの作成のための提案等があり、実際のサービス向上につながっている事例を多数確認できた。	出席者である家族が特定の方になっている。他の家族への働きかけや、意見の聴取のきっかけとなるよう、議事録の送付などの取り組みに期待する。
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	姫路市からのお知らせや制度・提出必要がある書類など、分からないことなどは各所(市役所・保健所・消防署)に問い合わせして正しい情報を得ている。今年度は主にBCP計画を作成するにあたり、施設の近隣の環境や設備等を姫路市役所危機管理室と共有した。	市の担当者とは、制度の変更や書類提出時には、問い合わせを行い、必要に応じて、保健所や消防署にも連絡している。特にBCP計画の作成において、各所と連絡・情報収集・情報の共有を行った。また、コロナ禍で開催回数は少ないものの、姫路市グループホーム連絡会に参加し、市の担当職員から、様々な運用の変更点などの話を聞く機会を得ている。	

自己 評価	第三 者	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
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	法人での全体研修にて年2回は研修をしている。また、毎月のユニット会議、事故拘束防止委員会にて身体拘束がない状況を話し合うだけでなく、行動抑制になるような声掛けがないか、発生しそうな状況はないか話し合いを行なっている。転倒防止のためにセンサーマットを使用する利用者に対しても、転倒リスクの観点からと行動抑制に繋がらないように意識するため、毎月ユニット会議・事故拘束防止委員会にて協議している。施設内の施錠については、日中はベランダ・ユニット間の扉は開放しているため、自由に行動ができる。2階から1階に下りる時には、希望ごとに付き添いをしてご案内している。入居時には施設の環境を家族にご理解頂くよう説明し入居時リスク同意書にもご署名頂いている。	「身体拘束適正化指針」及びマニュアルを備え、法人全体で身体拘束防止研修が年2回行われ、新人研修でも行っている。事故・拘束・虐待防止委員会は、月1回開催し、身体拘束行為の検討だけでなく、不適切ケアやセンサーマットの使用方法についても、評価と検討を行っている。毎月行うユニット会議でも、必ず検討している。エレベーターはキーロックが掛かっているが、日常的な散歩やベランダへの誘導、声掛けなどを工夫し、閉塞感の少ない日常を送ることができるよう心掛けている。日頃から、目配りと指導を徹底し、身体拘束がないケアに努めている。	
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	法人での全体研修にて年2回は研修をしている。今年度は6月に「虐待の芽チェックリスト」で、自分のケアとユニットのケアを評価した。今後はチェックリストの結果を加味した研修の実施を事故拘束虐待防止委員会で計画している。日頃の会議でも、対応が困難なケアが発生した場合にはスキルも大切であるが、チームワークで対応することや手段を検討するようにして、個々の負担軽減を図るとともに、管理者と職員が日常から相談をする時間を確保している。休憩は自由に外出を許可し、残業の削減や介護リフトの活用で身体的・精神的負担を減らすよう取り組んでいる。	上記項目と同様に、法人全体で行う年2回の研修に参加し、月1回の委員会でも、検討している。年2回行ってきた高齢者虐待に関するアンケートについても委員会で検討され、変更した内容を踏まえて、今後行う研修の内容も変更予定である。チェックリストの内容はグラフ化し、虐待に繋がるような行為や言動を確認し、事業所全体で注意するように工夫されている。また、職員のストレスが虐待に繋がらないよう、業務内容を整理し、柔軟な勤務や積極的な休暇取得に対応している。 研修の記録について工夫している。適正委員会の内容はユニット会議で伝えている。(後ろ)研修は、年回・拘束も、毎月1回検討。年1回のチェックリスト⇒委員会で検討・管理者会議で検討。チェックリストの内容を変更した。それを元に、独自研修をしようとしている。グラフ化している。個人の弱いところ⇒全体像に落としこむ。職員のストレスチェックをしている。個人面談も年2回。夜勤・日勤問わず、声掛けを行っている。夜勤は希望回数を聞いている。22^08(8時間で少ない)、希望を聞いている。	
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	現在まで、入居される利用者様で成年後見制度や日常生活自立支援事業を活用していた利用者様はいないが、今後必要があれば法人内でも連携を取り対応をしていく。	日常生活支援事業や成年後見制度について、直接学ぶ研修は行っていないが、各種研修にて、権利擁護について言及している。また、ユニットごとに資料は設置しており、対象者や希望される方がおられる場合、直ちに紹介できる仕組みはある。法人内に、地域包括支援センターがあり、いつでも協働できる体制になっている。	
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	契約時には書類と共に、契約内容について説明をしている。その他、質問がよくある重度化対応や医療対応については、しっかりと説明するように取り組んでいる。質疑応答の時間も確保し、質問がない場合でもやり取りしながら、施設でできること・できないことを説明して、納得を得ている。契約の改定がある場合は、必ず事前にお知らせの手紙を家族宛てに配布している。また、契約解除時にも意向をよく聞いた上で、決定するようにしている。	感染症対策を万全にし、入居希望者への見学も対応している。契約時には、「利用時リスク説明書」を用いて、入居時におけるリスクとその対応について同意を得ている。重度化に関する質問も多いため、各種指針を用いて、丁寧に説明している。緊急時に備えて、「緊急時対応の確認及び同意書」「事前意思確認書」等も記入してもらい、本人や家族の不安や疑問点が軽減されるよう、丁寧な説明と納得に努めている。	

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
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	玄関に意見箱の設置を行なっている。運営推進会議には、現在1名の家族様に参加していただき、現在の運営状況を説明した後に、家族様からのご意見を聞くようになっている。地域運営推進会議の議事録は、玄関に設置してだれでも閲覧ができるようにもしている。年に1回、事業計画を送付しご意見を頂く機会も設けている。	利用者の意見や要望は、日々の支援の中で聞き取りし、日常的に反映している。家族へは、事業計画を毎年送り、運営に関する状況を知らせている他、面会時や日頃の電話連絡の際に、意見を頂いている。運営推進会議も家族の意見や提案を聞く機会となっている。毎月お知らせするスケジュールを紙から電子媒体へ変更した事例も確認した。また、意見箱も設置している。コロナ禍で現在は中止しているが、家族会も年1回開催していた。	
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	月に1回ユニット会議を行い、各種委員会内容を報告し、身体拘束適正化・利用者個別・業務分担表等について情報共有や検討を行い、職員の意見・提案を業務・利用者のケアに反映できるよう取り組んでいる。法人の業務改善会議、施設のリーダー会議・事故拘束虐待防止委員会・企画委員会も、月1回実施している。年2回法人の統括顧問と管理者による面談を行う他、随時にも管理者が個別面談を行い、職員が個別に意見・提案を伝える機会を設けている。把握した意見・提案は、法人としても検討し適宜反映している。	各委員会やユニット会議で、様々な提案がなされ、実際に業務改善や利用者の楽しみにつながる企画などが実現している。年2回行われる個人面談でも、個人的な課題や目標にとどまらず、事業所としての改善点等が提案されていることから、運営に関して職員の意見が活発に交換され、反映される雰囲気醸成されていることが伺える。	
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	昨年度見直しをしたキャリアパスフレームを各ユニットに置き、ステップアップの指標を見える化して、やりがいに繋がるようにしている。給与に関しては早出・遅出・土日祝の介護職員の出勤に対して処遇改善手当を別途支給。休憩時間・労働時間の管理については、業務分担表にてスケジュール立てすることで、休憩時間の確保ができており、日常業務が終わらないことによる残業の発生もしていない。毎月の見直しもユニット会議で意見交換して行なわれている。		
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	年間研修計画に基づき月に1~3回、法人が開催している全体研修に参加している。また、今年度から実践者研修を月1回開催。管理者・または経験が豊富な職員にて、事業所や法人の課題を元に研修資料の作成・講師をしている。また、キャリア段位制度を活用したレベル認定を行なうことで、日常業務の中での育成に取り組んでいる。年に1回、法人にてノーリフティングケア研修も開催して、各ユニットから1名参加している。		
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	姫路市のグループホーム連絡協議会に入会しているため、他グループホームの管理者とは個別にやり取りをして、情報交換をしている。グループホーム連絡協議会としては、感染対策として集会の機会は設けられていなが、オンライン研修の前後でアンケートが配布されて、質問等があればアンケートにて意見を出すことができるしくみがある。		

自己 評価	第三者 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
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	家族から入居のご相談があり入居に至ることが基本となっているが、入居前に必ず本人面談を実施して要望を聞いている。本人が意向を伝えることが困難な場合や、安心安全の確保とのバランスを考慮して、家族・ケアマネ・利用していた介護サービスの職員へはこれまでの生活の様子を伺い、本人との信頼関係構築やケアプランに反映している。		
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	入居前に施設に訪問頂き、ご家族の困りごと・ご要望を申込み書に記入して頂き、詳細は面談にて伺っている。今年度に入居された方の奥様が、小規模多機能ホームいやさかを利用しての曜日に面会を希望されたので、奥様の通所日は時間を設定して週1回面会を実施している。		
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	基本的にはサービスの見極めとして、事前面談で困りごと・悩みごとなどから課題抽出を行なっている。その中で早期に支援が必要な状態にある場合は、姫路市連絡協議会での情報にて空室を問い合わせることもある。本年度は1件、他グループホームを紹介して入居に至る。		
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	利用者には、生活のメリハリややりがいにつながるように、家事の役割を作り、職員の業務分担表に入れ込み、できることを支える視点で生活を共にする関係づくりを行っている。		
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	コロナ禍により、面会の制限がある中で家族との繋がりが弱り、クリスマスに利用者へプレゼントの準備をして頂き、楽しみづくりの協力を依頼した。 プレゼントの選定については、電話にて近況からどのような物に興味を持たれているか、家族様とやりとりして決める場合もある。		
20	(11)	○馴染みの人や場所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	感染対策をした上で、地域の方々によるボランティアの協力を推奨している。折り紙クラブは継続して行っており、希望の方は参加している。また、知人の面会は利用者と家族の許可があれば実施している。	馴染みの人や場所については、入居時のアセスメントで聞き取り、日頃の支援の中でも把握するよう努めている。コロナ禍であっても、家族の許可があれば友人も面会可能である。携帯電話を所持されていない方へは、連絡が途切れないよう電話したり、手紙や年賀状を書く支援を行っている。家族と一緒に本人へのクリスマスプレゼントを考えることで、本人が大切にしている物や思いを考える機会となり、馴染みの人や場所との継続にも繋がっている。	

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
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同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者一人ひとりの生活や過ごし方を観察して、午前と午後の様子について記録している。その中で、関係性が良好な方向士で関わり合いができるよう、座席の配慮や企画行事やクラブ活動と一緒にできるようにしている。関係性はユニットに囚われることなく、持つことが出来るようユニット間の往来も自由であり、合同で食事をする機会も設けている。		
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	退居された利用者の家族様が、施設へ退去後の生活状況を伝える連絡をくださるなど、長く生活される方が増えて、職員と家族の関係性が出来ている。また、長期入院で退居となった方には、家族だけでなく病院の地域連携室にも、退院後に協力させて頂くことを伝えている。		
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	日常の会話だけでなく、企画行事ごとであったり誕生日には、意向や要望を聞く機会作るなど、色々な形で把握するようにしている。それらは、私の姿シートというアセスメントシートにて意向を共有するようにもしている。	入居時のアセスメント聴取時は言うまでもなく、日々、何度も会話を重ねることで、一人ひとりの思いや希望をくみ取っている。意向の表出が難しい方でも、表情や言動から推察し、好きなものの、苦手なことなどを聞き取った場合は、記録に残し、「業務分担表」を更新することで、共有している。また、ユニット会議でも検討し、介護計画に反映している。	
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	入居前に家族や本人から生活歴や馴染みの暮らし方を聞き取っている。また、居室には馴染みのものを持ってきて頂くよう声かけをさせていただいている。また、担当のケアマネージャー等とも事前にお会いして、これまでのサービス利用や生活等にまつわる情報を聞き取っている。		
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	私の姿シートを更新しているので、日々の変化に気づききっかけになっている。毎月のユニット会議でも、できる力・わかる力を意識して、できることは業務分担表に入れることで、できることの支援が統一できるようにしている。		
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	ユニット会議だけでなく、担当者会議や面会時に本人様や家族様を交えて日頃の支援について話しをし、意向の聞き取りを行ったり、主治医・訪問・薬局などから情報があれば、本人様・家族様に伝えてプランに反映させている。リハビリを希望される利用者に対し、ケアプランと業務分担表を連動させたり、リハビリメニューの掲示をするなど環境を作ったりしている。	大きな変化がなければ、半年ごとに介護計画の見直しを行っている。作成された計画をもとに、必要な支援を「業務分担表」にまとめることで、職員間で共有し、具体的な支援内容の見落としがないよう工夫されている。さらに、月1回のユニット会議で、目標達成状況や改善点を確認している。計画変更に伴うサービス担当者会議には、ご本人・家族も出席し、必要に応じて看護師や薬剤師も参加するなどチームで意見を出し合う介護計画づくりに取り組まれている。	

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
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	日々の様子や気づきは介護システムにて申し送ってもらい、職員間で共有している。ケアの変更が必要な場合は、業務分担表に手書きで書き込み、職員間で情報共有の漏れがないよう努めて、ケアの実践が継続して必要な場合は、ケアプランの見直しをしている。また、午前・午後・入浴の様子は毎回記録しており、それらをもとに介護計画を作成している。		
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	入浴や食事等、入居時に希望を聞き取り回数や好みを反映するようにしているが、当日に変更の希望があった場合は、日程や時間変更をして対応している。夏季のみ毎日入浴をされる方や、米飯が好きではない方はうどんやふりかけ、缶詰、お茶づけを提供したり、深夜に夜食を食べられる方もおられる。主治医には事前に報告をして、健康面と希望のバランスを取りながら対応している。		
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	マスクの着用をした上で、地域ボランティアの折り紙クラブや地域のサロンでの活動を活用して、彩りある生活になるよう支援している。		
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、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	当施設ではかかりつけ医の指定はないため、すべての利用者様がどこで医療を受けるか選択ができる環境である。現在、7つの病院の先生が訪問診療に来られ、近隣の病院に2名の方が通院されているので、電話・メール・手紙にて連携を図って健康管理を行なっている。かかりつけ医がない場合もあるので、その際は施設が情報提供をして本人様・家族様とかかりつけ医を決定していく。	家族からの希望があれば、協力医療機関の情報を提供することもあるが、入居前からのかかりつけ医に往診してもらう場合がほとんどである。利用者ごとにかかりつけ医が異なるため、情報の共有に配慮している。また、かかりつけの薬局が、各々決まっており、服薬指導を受けている。訪問看護とも連携し、希望に沿った適切な医療を受けることができるよう支援している。	
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	週3回の訪問看護来訪時に、日誌や排泄表での記録をもとに、日常の様子を申し送りしている。その他、訪問看護の申し送り用紙があるので、そちらへ気になることを書き込めるようにもしている。		
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。	入院された医療機関へは私の姿勢を活用し情報提供をしている。それだけでなく、基本的には入院時に付き添いで病院へ生活の様子を伝えている。入院後は原因や病名の説明を聞き取りして、施設でできる医療的ケアについて説明し訪看と共に連携していくことを伝えている。入院中も病院・家族と連絡を取り合い、退院前には病院に訪問・もしくは電話で生活状況の把握に努めている。	入院された場合は、医療機関に情報提供書を提出している。コロナ禍で、面会することはできないが、入院中の状況は地域医療連携室や病棟看護師を通して、把握している。退院時には、退院時カンファレンスに参加し、容態の変化や配慮すべき点について共有し、事業所に申し送りしている。訪問看護とも情報共有し、事業所に戻られてからの不安の軽減に努めている。	

自己	項目	外部評価	
		自己評価 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
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、事業所ででき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	入居の説明の時に重度化に関する指針や看取りの指針をお渡しして、いやさかで取り組みを説明している。また、インフォームドコンセントの前に、親族と意見をまとめて施設に共有してもらえるように、事前意思確認書を記入いただくようにしている。重度化した場合はカンファレンスを行なって、話し合う時間を持つことにしている。かかりつけ医とも相談を重ね、利用者様と家族様に安心して頂ける体制を作っている。	契約時から、重度化や終末期に向けた事業所の方針を説明し、本人・家族の要望を確認し、緊急時の対応について同意を得ている。介護計画の更新の際にも、意向に変化がないか確認している。今年度、事業所で行われた2名の看取り事例をうかがえた。自宅で終末期を過ごしたいと希望される方へは、在宅サービスの整備も行った。看取りの職員研修も実施し、かかりつけ医や訪問看護、法人内の在宅サービス部門とも協力しながら、チームとして質の高い支援ができるよう取り組んでいる。
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	年に1回、消防署によるAED講習会にユニットから1名ずつ参加。また、事故発生後の対応を事故報告書にて記載することになっているので、回覧にて内容を周知するようにしている。	
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	年2回総合消防訓練を行なっている。非常備品についても、1か所にまとめて置かず各ユニットのキッチンに置いている。昨年度、避難確保計画を作成して、来年度のために現在内容見直し中。また、法人内の各事業所から参加した職員でBCP策定委員会を発足。現在、9割程度は完成している。	年2回、夜間も想定した火災訓練を実施している。法人内で行う非常災害時対応訓練にも参加し、AEDを使っている訓練も行っている。特に、高潮と洪水のリスクに備え、避難訓練を実施し、避難場所までの時間測定も行った。地震対策として、家具固定器具の選定を現在行っている。備蓄は基本的に3日分準備している。法人内のBCP策定委員会でも、改善点を話し合い、地域との連携についても、現在検討している。
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	排泄時には、座位確保が出来たら1度退室したり、入浴時にはバスタオルを活用して最小限の露出になるよう配慮している。ユニット会議でも、上記対応は共有して実施している。	5月に、法人内のプライバシー保護研修に参加されている。排泄や入浴に関するマニュアル内に、プライバシーの尊重について言及されている。ユニット会議でも、プライバシーを尊重した言葉かけや対応について話し合っている。職員から発案で、来年度は接遇について研修を実施し、プライバシーについても学ぶ予定である。プライバシーの保護のため、扉を閉める勇気を持つよう指導し、目が届き難くなることを踏まえた事故対策も行っている。
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	誕生日月には、食べたい物のリクエストを聞き取り一緒に調理する機会を設けたり、家族に依頼をしている。それ以外にも、企画行事には利用者の意見を取り入れたり、入浴や食事など日常にまつわるケアも意向を聞いているので、好きな食材を自由に持ち込みしてもよいとしている。	
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、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	業務分担表を作り上げていくことで、ムラのないケアを心掛けているが、利用者の希望を優先して過ごすようにしている。入浴日の変更、食事の時間、起床就寝の時間、リハビリややりたいことなど、出来る限り実現するように支援している。	

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
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	理美容でカラーやパーマが施術可能である。衣服に関しても、ご自身で入浴の前日に服を選び、準備している。		
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	様々な要介護度・認知症生活自立度の中で、できる限り楽しい時間を共有できる方法として、企画行事は食にまつわることを多く取り入れている。準備・片付けも利用者が主体となるよう計画して実行している。日々の食事作りも盛り付け・洗い物は利用者に行なってもらっている。今年度は、花見・そうめん流し・納涼祭・秋の味覚祭・忘年会など季節感ある食事をして、彩りある生活を目指している。	おいしいと評判の委託業者から3度の食事を温め直し、炊飯はユニットごとで行っている。栄養管理がなされ、利用者の咀嚼能力に応じた食事形態が可能である。できることは利用者にも手伝っていただき、月に1回は食べたい物を買物から調理まで、一緒に昼食づくりが行われている。季節に合った梅シロップ漬けや漬物、甘酒、みそ造りなども行われている。誕生日には食べたいものを提供し誕生ケーキを作ってみなでお祝いをされている。またテイクアウトで回転焼き、ドーナツ、餃子など、利用者の希望に沿って、食事を楽しまれ、変化のある食生活支援に工夫されている。	
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	訪問看護・かかりつけ医・訪問歯科に助言を受け、食形態の設定をしたり、水分摂取量は個々の体重から算出した目標量を個別に設定して、毎日の摂取量と照らして状態把握している。		
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	起床時・毎食後に口腔ケアの時間を設定。 出来るところはご自身でケアして頂き難しい部分は介助している。歯ブラシだけでなく、スポンジや舌ブラシ・保湿ジェルなど、協力医療機関の訪問歯科に治療や助言を頂き、支援反映させている。		
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	個々の排泄状況を把握している。18名中17名がトイレを利用されている。ご自身でトイレに行かれない方には、排泄チェック表を基に声掛けを行ないトイレに案内している。夜間帯もトイレの利用を基本としているが、必要であればポータブルを使用するなど、本人の状態や意向にも合わせた環境を作っている。 介護リフトを活用することで、立位不安定であってもトイレでの排泄が行なえている。	おむつ使用は2名、夜間帯のみおむつの方は2名、布パンツを使用されている方は4名で、後の方はハビリパンツを使用されている。排泄チェック表を活用され、必要に応じた声掛けや誘導が行われている。スタンディングリフトを活用し、ノーリフティングケアを取り入れることで、昼夜ともにトイレでの排泄支援に努められている。また一人ひとりに合った排泄用品の検討をユニット会議で行い、自立に向けた排泄支援に取り組まれている。	
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	介護日誌に1人ずつの水分摂取量を明記し、排泄表にて毎日排便の有無を記録して、申し送りしている。便秘気味の方には腹部を温めたり、声かけをしてベランダの歩行をして頂いたり、牛乳やヨーグルトを家族から持ってきてもらって朝食時にお渡ししている。便秘の要因についても、医療とも相談している。		

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
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、職員が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	ドライシャンプーやシャワーキャップの使用や、時間変更・日程変更の受け入れなど、個々の希望に合わせた方法で入浴をして頂いている。1週間に入られる回数を、入居時にも相談しながら決定している。	それぞれのユニットに、個人浴槽があり、両ユニットで利用できる特殊浴槽が設置されている。介護度が高くなっても座位保持が難しくなっても寝た状態で安心してゆったりと湯船につかることができるように、支援されている。週に2回以上は入浴できることを基本に取り組まれている。入浴剤を使用したり、入浴ができない場合にはドライシャンプーや清拭で対応するなど、個々に沿ったきめ細やかな入浴支援に努められている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々々の状況に応じて、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	就寝時間は自由にしており、日中でも横になりたい方には休んでいただき、ひとりひとりの希望を優先している。フロアにはソファを置いて、休息できる環境にもしており、利用者は居室かフロアか自由に選択ができる。排泄については夜間用パットの導入をして、就寝時から起床後までは体位交換のみ対応し、安眠を維持できるようにしている。		
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	薬一覧表を作成して、ユニットに貼付している。月1回更新をするが、各薬局が訪問時に、薬の変更があれば薬一覧表に書き込みをしていただくようにしている。飲み方や薬の作用も入れ込んで把握している。配薬の最終確認を業務に入れ込み対応することで、誤薬防止をしている。気になることや、わからないことは訪問看護師に問い合わせをしたり、個別に薬剤管理が必要な方には、家族と相談して薬剤師による薬剤管理の契約をして頂いている。現在、17名すべての方が薬剤師による管理となっており、なにかあれば相談ができる環境となっている。		
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	年間行事計画を作成し、毎月企画行事を実施している。すべての行事で利用者の役割を設定するようにしている。また、毎日のクラブ活動の実施を行っており、自由参加としているが、習字や工作、歌、体操など多種の内容を生活の中に取り込んでいる。ユニットのパソコンを利用して、調べものや欲しい物を見られる方や、携帯で自身のリハビリ風景の撮影を希望する方もおられる。		
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支援している	現在、コロナ禍により外出は控えているが、希望があれば周辺の散歩に行ったり、ベランダを開放しているので自由に散歩へ出られる空間を作っている。また、秋にドライブから再開し、春には梅の花鑑賞を行う予定である。	新型コロナウイルス感染症の影響で今年度は、外出を自粛されている。感染の状況を見ながら、紅葉を見にドライブに出かけ、密にならないように、公園でお弁当やおやつを食べるなど、行事として行っている。ベランダをぐるりと散歩したり、少人数で近隣の散歩などは行っている。また法人施設で行われる、地域交流を兼ねた「みそづくり」には、希望する利用者とともに参加されている。梅見に出かける予定もうかがえた。	今後の新型コロナウイルス感染症の感染状況を確認し、また感染対策に気を配りながら、戸外に出かける支援に努められるよう、更なる取り組みに期待したい。
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	基本は金銭の管理は家族に依頼しているが、希望があり個人でお金を持っている方もおられる。1階のグリコでの買い物は自由としており、買い物の支援をしている。また、家族管理の方も施設にて立替えて買い物をして頂いている。		

自己	者	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
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	手紙の投函を承ることや、手紙を書く支援を実施している。携帯の持ち込みも可能であり、充電の確認など必要な支援は実施している。また、暑中見舞いと年賀状の作成を行ない、家族宛てに送る企画を実施した。		
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	玄関は季節に応じた、七夕の笹・クリスマスツリー・正月人形・雛飾りなどを飾っている。また、室温・湿度に関しては1日3回のチェックをして管理している。施設内の採光はオレンジの光にして家庭的な雰囲気を出すよう配慮しており、	廊下、居間、トイレ、浴室など、それぞれが広く、車いすでも快適に移動ができるスペースの確保がなされている。3人掛けソファでテレビを見たり、本棚の本を読まれる利用者もおられる。おしゃれな大きな観葉植物が数か所に置かれ、季節に合った色紙がかべにかけられ、レンジフードの棚の上には季節の花の小鉢が飾られるなど、季節が感じられる生活空間の提供がなされている。空気清浄機や加湿器、常時換気するなど感染症対策と共に衛生的な環境に努められている。	
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	ユニット間の往来は自由となっており、食事も希望があればどこで食べてもよい環境である。また、ユニットのソファや1回の地域交流室・図書室も希望があれば利用することができる。		
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	入居時には使い慣れた物、馴染みのある物の持参を本人・家族に依頼している。また、生活する中で必要な物は施設から家族に依頼して、落ち着ける空間を作るよう努めている。	ユニット名に合わせた、カーテンや壁紙の色で統一され、家庭的な落ち着いた居室作りがなされている。換気扇、木調ベット、洗面台、エアコンが設置され、洋服掛けやテーブル、カセットデッキ、テレビなど使い慣れたものが持ち込まれている。家族の写真や手作り品などが飾られ、一人ひとりの個性に合った環境づくりに努められている。	
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	2階のベランダは溝埋め工事や段差にスロープを設置している。トイレについては分かりやすくイラストを貼って表示している。自分の居室がわかりやすいよう、ネームプレートに自作の作品を掲示したり、過去には歩行器の収納場所を床にテープで囲い、わかりやすい環境に整えることで、危険や混乱なく生活ができるよう配慮している。		

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	1	日常のサービス実施の際にも「地域密着型サービス」としての意義が確認できるよう、項目に掲げるなどの仕組みの工夫に期待したい。	事業所全体で地域との積極的な交流や、地域福祉の推進について毎月検討ができる。	毎月行うユニット会議を、法人にて取り組む重点課題の項目にそって行うことで、「地域社会との交流と連携」について毎月検討ができるようにしていく。	1ヶ月
2	4	出席者である家族が特定の方になっている。他の家族への働きかけや、意見の聴取のきっかけとなるよう、議事録の送付などの取り組みに期待する。	特定の家族様以外の地域運営推進会議への出席がある。	家族様には地域運営推進会議の出席ご依頼の案内を配布する。内容としては、今後各家族が交代で出席していくこととし、左記目標の達成を目指す。	12ヶ月
3	49	今後の新型コロナウイルス感染症の感染状況を確認し、また感染対策に気を配りながら、戸外に出掛ける支援に努められるよう、更なる取り組みに期待したい。	五感で四季が感じられる外出支援の実施をする。	年間行事計画にて外出支援を取り入れているので、各計画を2ヶ月前から検討して実施していく。また、新型コロナウイルス感染症についての情勢を把握するためにも、国や市からのお知らせについては事業所全体で回覧していく。	12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。