

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	2894000773		
法人名	社会福祉法人		
事業所名	グループホーム群れ咲き		
所在地	兵庫県姫路市四郷町東阿保1201番地1		
自己評価作成日	令和8年4月15日	評価結果市町村受理日	令和8年4月30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.wam.go.jp
----------	---

【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CSウオッチ		
所在地	兵庫県加古川市加古川町稲屋177-10		
訪問調査日	令和8年4月22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)】

<p>基本理念</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 利用者の尊厳を守る 2 利用者と共に生きる 3 地域との連携 4 施設運営の健全化・安定化 <p>この基本理念に沿って日々、ご入居者さんとの生活を楽しんでいる。特に毎月の行事は必ず取り組んでおり、スタッフ一人一人が活躍できる場を設けている。また、ユニットとして同じ方向を向いてケアが実施できるように毎月のユニット会議や朝礼の場で入居者さん一人一人のケアについて話し合いをする。</p>

【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)】

<p>【優れている点】 茶色を基調とした格子がモダンな建物で生活動線が分かりやすく、安全に配慮した住環境が整っている。また収納スペースが多く確保されていた。入居者の尊厳を重視した個別ケアが安定して実践され、生活リズムや好みに沿った支援が継続されている点が評価される。家族との連携や医療機関との協力体制も整い、健康管理・緊急時対応が確実である。職員の定着率が高く、経験を活かした質の高いケアが提供されている。</p> <p>【工夫点】生活リハビリを日常に組み込み、役割づくりや季節行事を通じて意欲を引き出す工夫が継続されている。ユニットごとの情報共有や会議体を整備し、課題を早期に改善する仕組みがある。地域交流や家族参加の機会を増やし、孤立を防ぐ取り組みも強化されている。</p>

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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)	○	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)	○	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、安心して暮らせている (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

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	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
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、施設理念を基本にし、日々、ケアの実践に取り組んでいる。	法人および施設理念が施設内フロアに掲示されている。また、「グループホーム群れ咲き」として独自に策定した理念・基本方針・支援方針を事務所に掲示し、法人理念との整合性を保ちながら、事業所としての支援の方向性を明確にしている。職員が日常の支援を行う際の拠り所として立ち戻る原点となっている。理念の実践につながる基盤が整備されている。	施設内で、職員と共に、支援内容を実践に起こし、来期は施設理念を検討したいと考えていると伺った。施設の現状や変化にあった理念に作り変えていきたいと思います。
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	地域との連携を持つ為に運営推進会議では自治会長、民生委員の方々が必ず参加されている。地域行事では、秋祭りの神輿を見学させて頂く。また、消防訓練や災害訓練で地域の消防団との関りを作る為に近隣の消防団に挨拶し、参加を促している。	運営推進会議で地域の情報を得て、行事計画に組み込んでいる。10月11、12日秋祭りでは、玄関前に入居者も一緒にお御輿を見学し楽しみました。近隣住民に消防団に所属する方もおり、協力やアドバイスを得て防災に関する助言を受ける機会を設けている。	施設2階にある研修室の活用について学習会、交流会、講座など検討することで、地域とのつながりがさらに強化する機会になるでしょう。
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	2階の研修室において、交流会を開催した実績があるが、現状は実施できていない。		
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	運営推進会議の開催は、2ヶ月に1回定期開催は実施できている。参加者は、自治会長、民生委員、地域包括支援センター、アドバイザー、本部とメンバーは多く、様々な意見交換が実施できている。	会議では、地域包括・第三者評価委員経験者・自治会長・民生委員や職員が参加している。施設から運営状況や行事の実施について報告を行う、ヒヤリハットや事故報告の参考資料を提示しながら情報共有を行っている。参加者からチェックリストを用いた助言が寄せられ、その意見を踏まえ実際の支援に反映した取り組みが確認できた。会議では活発な意見が出され、地域と連携し取り組んでいる。	これまでヒヤリハット報告が十分に行われていなかった点を踏まえ、職員全体でヒヤリハットの推進およびリスクの早期発見を習慣化する取り組みを期待しています。
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	姫路市監査指導課や介護保険課、福祉課と連携をとり、日々、相談内容は場合によっては訪問し、直接、ご指導や相談事を聞いて頂いている。内容によっては、記録に残している。	姫路市担当課へ直接訪問して相談を行っている。サービス運営や加算に関する最新情報を正確に把握し、その内容は相談記録シートに記録し、行政とのやり取りを適切に管理している。市町村との連携を通じて不明点を確認し、入居者に対して利益になる情報を提している。	

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	3ヶ月に1回、身体拘束廃止委員会を実施している。その中で、自施設における身体拘束や虐待につながる内容確認や昨今、世の中で起こっている事例を共有し、日々のケアを見つめ直す機会を設けている。	令和7年6月18日作成の「身体拘束・虐待防止に関する指針」を確認した。令和7年5月・6月・9月・12月・令和8年3月身体拘束廃止委員会を開催し会議録を作成している。管理者、看護師、職員4名が参加し日ごろの振り返りや指針の確認および事例について学ぶ機会としている。	
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	3ヶ月に1回、身体拘束廃止委員会を実施している。その中で、自施設における身体拘束や虐待につながる内容確認や昨今、世の中で起こっている事例を共有し、日々のケアを見つめ直す機会を設けている。	令和7年8月19日虐待防止研修を開催している。研修資料より「その支援合理的な説明ができますか。」の内容を回覧し共有している。「身体拘束・虐待防止・権利擁護」委員会として同時開催し、議事録(令和7年5・6・9・12・令和8年3月)の記載を確認した。	委員会の議事録表題に虐待防止委員会を入れておかれることをお勧めします。
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	本部で行っている身体拘束・高齢者虐待・権利擁護委員会では、話をする機会はある。ただ、参加メンバーは、管理者のみになっており、スタッフが学ぶ機会が確保できていない。その為、玄関に権利擁護についてのパンフレットを置いて一読できる環境を整えている。	入居者の権利擁護に関する情報提供をするため、姫路市成年後見センターパンフレットを玄関に設置し、来訪者や家族へ周知を図っている。令和7年8月に実施された虐待防止研修では、権利擁護を含む内容を管理者が受講し、その後、職員へ回覧することで知識の共有と意識向上を図った。	各職員が資料内容を読み込み回覧形式で実施されたと聞き取りました。受講者の理解度、成長度、課題を把握するため研修報告書は重要な情報源となります。研修計画の改善や次年度の教育方針に役立ててください。また、受講後は研修報告書をまとめ内容を振り返り、スキルアップに繋げましょう。
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	契約時は、契約書、重要事項説明書、運営規定を書面にして説明し、理解を頂いている。また制度の改正時は変更事項を家族へ書面にて報告して同意を得ている。場合によっては、口頭説明も実施している。	契約では、契約書等書面を提示し、内容を確認しながら理解を得るための説明を行っている。感染症対応や緊急時の取り扱いなど、利用者が不安を抱きやすい事項については、丁寧な説明を行うよう努めている。入院期間や料金体系の質問が多い。入居後も、事故が起こらないと言い切れないことを、契約時に説明している。	
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	毎月のユニット会議や朝礼で参加スタッフに口頭で共有している。また、記録にも残しており、内容によってはスタッフの共有ノートに記載している。家族様の意見を反映した結果を家族様に伝え、記録に残すように取り組んでいる。	外出・面会の制限を設けず、入居者や家族からの意見や要望希望を伝えやすいようにしている。毎日の朝礼を通し、職員間で共有している。その内容はPCソフトに記録をしている。家族アンケートでは、「本人の思いをよく理解している。」と多くの回答を得た。骨折で入院され、病院や家族の要望で施設に早期に戻り「生活リハビリ」により機能回復に取り組んだケースを聞き取った。	

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	毎月のユニット会議やスタッフ会議で意見や提案を聞く機会を設けている。参加出来なかったスタッフには、回覧し、共有している。	毎月1回ユニット会議では、職員の意見や要望を聞く機会としている。会議録を作成し欠席者に協議内容が確認できるようにしている。トイレでの排泄を実現するため1日1回トイレ誘導を開始し、職員間でケアの方向性など意見を交換しながらトイレでの排泄が定着できるよう取り組んでいる。	
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	年2回、自己評価の時期を設けている。その中でスタッフからの意見があれば、本部役員に伝え、改善できる内容であれば見直しを行う機会を設けている。		
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	本部で行われている苑内研修に参加し、学ぶ機会を設けている。参加できない場合は、研修内容を回覧している。また、委員会で話し合った内容は、スタッフ会議で共有している。		
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	近隣の同サービスであったり、多職種との交流機会の場を設けている。その知り得た知識な内容をスタッフにも必要に応じて口頭共有している。		
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	入居前のアセスメント面談でご本人から入居に向けての気持ちや希望を聞く機会を設けている。また、話を聴くだけでなく、顔を覚えてもらえる関係づくりに努めている。		
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	入居相談時に施設見学、申込を通じて、今、困っている事や家族さんの希望を聴く場面を設けている。また、そのサービスが適切であるかの助言やアドバイスも行っている。また、施設における重要な内容は、この時点でお話しをする様に心掛けている。		
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	入居相談時に施設見学、申込を通じて、今、困っている事や家族さんの希望を聴く場面を設けている。また、そのサービスが適切であるかの助言やアドバイスも行っている。また、施設における重要な内容は、この時点でお話しをする様に心がけている。		

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	日々の生活の中で笑ってしゃべってという関係づくりに努めている。入居者さんの暮らしの中での悩みはスタッフで共有すると共に管理者やケアマネ、看護師にも共有し、聴く様に努めている。		
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	日々の面会やお電話でご本人さんのご様子をお話するようにしている。すぐにお伝えする内容は、管理者、ケアマネ、看護師より随時、お伝えするように心がけている。また、毎月のお便りでお過ごしされている様子をお伝えしている。		
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	日々、面会の場を設けている。面会時間の制限は、30分以内と設けているが、外出は制限していない。ただし、感染状況に応じて制限する可能性は十分にご説明している。ご自宅に帰れる方は、外出で可能としている。	以前の友人が静岡から訪れるなど馴染みの関係をとても大切にされた支援を継続し、面会に制限は設けていない。「気軽に訪ねていきやすい雰囲気。」との意見も多い。「自宅に帰りたい。」との希望で、自宅や娘様の家に外出する方もいる。以前から通われていた馴染みの理髪店に家族と共に通い続けている方もいる。継続的な交流ができるよう働きかけている。	
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	日々の食事やレクリエーションで共に過ごす環境が整っている。		
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	ご本人さんが他施設に生活の場所を変えた場合は、面会に行かせて頂き、お声をかける事がある。また、家族さんからの相談があれば、必要に応じてお聴きする事がある。		
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	入居前のアセスメント面談で思いや暮らしの意向を聴く機会を設けている。また入居後は、日々の生活の中でお話を聞きながら、意向の把握に努めている。暮らしに不安を抱かないよう、可能であれば入居前にご本人に施設内を見せよう。	入居に際し、自宅での面談を心掛けていた。入居が決まると見学をしていただき、生活史の聞き取りも重視している。入居後に環境変化を経て、再度聞き取りを行う。橘ユニットのケアプラン7名(1ユニットにおける)を確認した。本人・家族の意向及び課題分析結果が記載されたアンケートから入居者・家族を主体として意向確認がなされていた。	

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	入居前のアセスメント面談では、その方のご自宅に行かせて頂き、自宅内の導線や生活環境の確認、こういった雰囲気の中で生活をされていたのかを把握するよう努めている。また、ご本人がこういったサービスを希望しているかを聴く様に努めている。		
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	入居前のアセスメント面談で自宅や施設で1日どのように過ごしていたのか、心身状態、出来る事出来ない事をご本人にもお聴きする。その上で把握した内容をアセスメントに取り入れている。		
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	介護計画書は6ヶ月に1回見直しを行うようにしている。担当者会議は原則来苑頂き、2階の会議室で開催している。都合により来苑できない家族には郵送している。その際は必ず事前に計画書の説明を行っている。内容の作成は日々のユニット会議で話し合った内容やご本人の話しを聞いた内容に沿って作成している。また、ご本人さんも話し合いに参加出来る方はしている。	職員間で確認がしやすいホルダーにケアプラン第1表～3表までが入り、ユニット会議を経て担当者会議を行っている記録を確認した。各会議録より、個々の状態確認を行い課題抽出し、検討していることがわかった。事例として、動けない状態から、移動が可能になった入居者がおられた。担当者会議録より本人・家族が会議に参加し、医療機関情報も取られていた。	
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	日々の過ごされている様子や内容は、記録に残している。共有しないといけない内容は、申し送りノートを活用し、共有している。内容の振り返りは、朝礼やユニット会議で行っている。		
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	サービスの多機能化においては、家族や本人が他のサービスを希望されれば、その状況に応じて対応するようにしている。医療面においては、往診医と協力し、場面に合わせて連携をとり、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	運営推進会議内で自治会長より案内のあった行事や催しに参加できるよう取り組んでいる。また、本部で行われるむれさき祭りに参加している。ご本人より買い物やお出かけの希望があれば、近隣の喫茶店やスーパーを利用している。		

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	かかりつけ医は、入居時に御家族様、ご本人様に確認し、必要に応じて往診医に依頼している。これまでお世話になっている病院への外部受診を希望された場合は、無理に変更しないようにしている。また、外部受診においても、緊急時やご家族様が難しい場合は、施設側で対応する事もある。	入居時に、かかりつけ医を確認し、選択ができるように説明をしている。現在外部医療機関を利用されている入居者もおられ、これまでの継続医療も確保されている。また、通院は家族が行うことを基本としているができない場合は施設職員が通院同行を支援している。薬局等も同様である。	
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	看護師を週2.5日配置している。利用者の状態に特変がみられた場合は随時看護師に連絡して指示を仰いでいる。また、24時間のオンコール体制をとっている。		
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。	個人情報に留意しながらケース記録やサマリなどを共有しながら情報交換に努めている。個人情報については入居契約時に個人情報についての必要なかを説明して同意を得ている。退院前カンファレンスには家族、管理者、看護師、計画作成が同席して意向を確認して退院に繋げている。	入院時情報はかかりつけ医への連携で医療情報が上がり、入院までの生活状況・経過等も治療が速やかに開始されるように家族同意を確認後、提供されている。入院後、1週間に1回は病院に出向いて状態を確認し、病院連携を図り、速やかに帰ることが出来る支援を行う。入居者・家族の意見を十分聞き取り退院支援を行っている。	
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	重度化や終末期の対応については事業所の指針を示しながら、入居前に説明を行っている。延命治療については書面にて家族に署名を頂く様、努めている。	重要事項説明書・運営規程等に連動する、重度化の指針を確認した。医療連携・看取り・入院時対応について、本人、家族との合意をもとに説明が行われ、可能な限りホームで生活を続けられるように事業所内規定を設けている。管理者・介護支援専門員、看護師はチームとして、医療機関と協働し、支援の取り組みを行っている。	運営規程・重度化の指針等を用い、丁寧な説明を心掛けておられます。今後は、記載内容や説明の意図が伝わりやすいように表現をされることを期待します。
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	連絡網と合わせて事故緊急時のマニュアルを掲示している。緊急時はスタッフがどのように動かせば随時看護師より説明している。		

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	火災訓練を年2回、水害訓練を年2回同時に実施している。地域との訓練を望み、近隣の消防団の方に建物見学や訓練の動向を依頼している。協力頂ける体制は構築している。	2024・2025年に更新されたBCP及び年2回実施の消防用設備点検等を届け出計画・報告書より確認した。水害想定をされており、備蓄は2階にて目視した。避難経路はエントランスから各ユニット入り口に表示されている。研修及びシミュレーション訓練は(R7年3月7月 避難訓練R7.1月・河川氾濫想定 7月水害想定)を実施していた。運営推進会議にて、非常災害等の協議も活発に行われている。	非常災害及び事業継続計画に係る課題を捉え、今後の避難経路の確定、備蓄の準備体制、研修を再構築されるとお話をありました。まず直ぐに行動を起こせる職員等のBCPの読み込みを始めてみましょう。
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	各居室は利用者の住まいであり、部屋番号ではなくお名前の表札を玄関前に付けている。申し送り時も利用者に配慮して名前を伏せて申し送りを行っている。また、スタッフが入室する際は利用者に声をかけてから入室している。	個人情報及びプライバシーの保護の観点から研修等も行われている。接遇委員会主催研修等で、「トイレのドアをしめましょう。」「トイレ介助は、外で待つこと。」等を徹底している。ノックを行ってからワンテンポを置く事というように相手の尊厳を保持する取り組みを行っている。	
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	スタッフが声掛けした場合、ご本人が嫌がるそぶりがあれば、無理に行わずに利用者の意向を大事にし、ケアを行っている。また、お誕生日の日には、ご本人が食べたい物や希望された要望を取り入れる取り組みを行っている。		
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	スタッフが利用者の状況を日々確認、共有して利用者の生活リズムを大切にしている。また、日常生活の会話の中で聞いた希望や意向は可能な限り実施できるよう努めている。		
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	起床時、入浴後に整髪している。2ヶ月に1回訪問美容に来てもらいカットを実施している。毛染めを希望されれば、実施できるように努めている。他の行きつけの美容院がある場合は家族と一緒に連れて行く。利用者より化粧品やその他、身だしなみに必要な物品は希望があれば家族さんにお持ち頂くか、スタッフが一緒に買いに出かけるようにしている。		

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	入居前のアセスメントでご本人の嗜好を確認している。毎月の行事では、皆さんが食べたい物を聴き、ご希望に沿って手作り昼食にしている。	年間行事企画計画書より食を通した、お誕生会・手作りケーキ・ひな祭り・節分などで工夫をしている。ユニットに掲示している写真等で確認を行った。見学時お誕生会だったが入居者の皆様も笑顔でイベントに参加していた。写真とコメント等をお便りで家族にも共有している。日常の食後の片付けは、入居者と職員が協働で行っている。	
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	毎月の食事、水分摂取量は記録して確認している。月1回は体重測定を実施している。入浴時、排泄介助時に状態も確認して栄養状態に配慮している。カロリー制限の必要な方は分量を調整したり、男性の方はパンを大きめに工夫してお出ししている。		
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	毎食後には口腔ケアを行っている。利用者からの希望や家族から希望あれば歯科往診を依頼している。医師の指示のもとハミングッド、歯間ブラシを使用して口腔ケアを行っている。		
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	トイレでの排泄を基本としている。排泄表を記録して排泄表の排泄頻度に合わせて声かけ、誘導介助を行っている。利用者のオムツの使用については随時必要があればスタッフ間でカンファレンスを行い、家族に連絡し同意を得てから使用するようにしている。	個々の入居者の状態に合わせ、自尊心の保持及び自立支援を目的に、オムツ着用の入居者等が、トイレに行けるように支援をしている。朝礼の際に、排泄誘導に関しては、内容の詳細を確認している。排泄の失敗等の意見交換、腹部マッサージ10分施行、行動の変容が起こるようにケアを行う。ユニット会議等でも支援内容を周知し、全員で共有し支援を行っている。	
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	毎朝、朝食時にヨーグルトの提供、入浴後はR-1を提供している。R-1を飲んで頂き、免疫改善、便秘解消に役立っている。日々の腸を活性化させるために運動も実施している。		
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ず、個々にそった支援をしている	1人の利用者に対して週2回の入浴を実施している。湯船に浸かる際は、ターンテーブル、浴槽内チェアー、シャワーチェアーを使用して安心、安全に入浴できるよう努めている。	入浴は週2回を基本とし、回数や時間等の希望がある場合は、できるだけ要望を聞き取るようにしている。各ユニットの浴槽は、通常浴槽とジャグジーになっているため、交代をして入浴をするなど工夫をされている。1年に1回ゆず湯を行い、入浴剤については状態を確認して使用している。	

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	入居者さんの入眠ペースに合わせた入眠時間を心掛けている。共有スペースで傾眠がある方は随時、声かけして居室へ誘導し休んで頂く。日中は利用者の状態にあわせてお昼寝が出来る様に努めている。		
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	往診医、かかりつけ医からの指示のもと、看護師が内服薬の管理をしている。服薬内容に変更があれば、スタッフに引継ぎして情報を共有している。また内服薬はスタッフ間でダブルチェック(内服時)を行い誤薬の無いように努めている。		
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	入居者さんがご自宅にいる際的生活歴を大事にしている。編み物される方、掃除を下さる方、食器洗いを下さる方と各々の役割を大切にしている。また、テラスを時間帯によって解放し、気分転換をして頂く。		
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	家族さんとの外出は、事前に連絡を頂き、自由に行っている。スタッフと買い物や喫茶店に行く事もある。	施設前の幹線道路は交通量が多く散歩に出にくい状態があるとされていた。環境を考慮し、希望に合わせて買い物や郵便局等の外出をおこなっている。入居前に住んでいた地域の散歩をしている方もいる。令和7年4月桜の花見に入居者全員で行かれた。近くの学校の園庭で、家族も一緒に戸外でお花見やお弁当を撮る行事が行われたことを記録で確認した。	
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	ご自分でお金の管理をしたい方は、家族さんにご理解を得て、持って頂いている。買っても人行った際は、ご自分でお支払いをして頂く。		
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	希望があれば家族さんへ連絡し、お話し頂く時間を設けている。また、コミュニケーションが難しい入居者さんについては家族さんより定期的に連絡頂き、本人さんとお話し頂けるようにしている。お手紙の希望があれば、一緒に郵便局に行って切手を貼ってお出する。		

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	各ユニットは季節をに合わせて壁面に飾り付けを行い、利用者の皆さんに季節感を感じて頂けるように努めている。	木製柄の大きな扉から、エントランスに入ると、正面にEVがあり、左右に桜・橘と2ユニットがある。5角形の設計で、廊下、居室、浴室、トイレ各2つ、洗面所、浴室、台所がそれぞれにある。照明は暖色で中央にテーブルがあり、憩いの場となっている。施設外の庭やウッドデッキがある。各ユニットが合流できるスペースとなり、交流も行いやすい環境である。	お誕生会をしている時間に見学をさせていた頂きました。入居者の皆様の笑顔が印象的です。整理されて壁の飾り物などの雰囲気もとても良いのでカーテンの使用方法を工夫し外光の取り入れをされると、環境としてより良くなると思います。
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	共有スペースのテーブル席は、各利用者の方が仲が良い、お話しが合う利用者同士に配慮して席を決めている。また利用者の状況に合わせて随時席の変更を行っている。各居室には、その方々が必要とするもの、生活をする上で必要な物を置いて頂く。		
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、クローゼットは備え付けの物がある。使い慣れた物や希望があるものについては持参頂いている。(タンス、冷蔵庫、写真等。)	居室は明るく、高窓が付いており換気や光を取り込みやすくなっている。引き戸になり安全性が確保されている。クローゼット・ベッド・防災カーテン・照明等が常設されている。入居者のこれまでの生活に活用されていた大切な嗜好品などもできるだけ持ち込みができるようにされている。冷蔵庫は自身で、飲み物などを選択し飲用できることからお伝えし、持参いただいている。	
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	ユニット間は利用者が行き来できるので隣のフロアに行かれる方もおられる。その際は各ユニットのスタッフ間で声かけを行い利用者の所在確認に努めている。また歩行時に利用者が安全に歩行できる様に館内に手摺りが設置してある。		

目標達成計画

作成日: 令和8年4月28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	35(17)	災害BCPを作成しているが、スタッフへの周知が不十分である。また、備蓄品の整備も現在、進行中で完了させる必要性あり。	災害BCP、備蓄品関係をスタッフと共に理解する。	①災害BCPの再見直しを行い、スタッフに周知する。 ②5月消防訓練、災害訓練・研修を実施する。 ③備蓄品を整理する。	3ヶ月
2	33(16)	運営規定、重度化の指針の理解が不十分であった。	運営規定、重度化の指針の見直しと内容を理解する。	①運営規定の見直し。 ②重度化の指針の見直し。	12ヶ月
3	1(1)	法人理念や施設理念は掲げているが、話し合う機会がない。	グループホームでお仕事をされるスタッフの皆さんが理解できるようにする。	①3ヶ月に1回、法人理念、施設理念について話し合う場を設ける。(スタッフ会議orユニット会議) ②苑内研修で行われる『法人理念研修』に参加する。	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。