

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7年9月19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7年11月26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、本人様にもお伺いし、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。

【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)】

1. **理念に基づいた運営**・法人理念の「笑顔がこぼれる家庭」を目指し、ご利用者も職員も毎日を笑顔で過ごせるように努めている。職員は、毎年、事業所テーマを掲げて支援の目標としている。日々、入居者の意志を尊重した「自分らしく楽しく安全な暮らし」が送れるように支援している。2. 地域との双方向交流・毎年恒例の村祭りでは、地域の神社の神輿の休憩所として事業所の駐車場を提供し貢献している。地域の「介護者の集い」では、認知症ケアについての講演をして、地域の方々への知識提供に取り組んでいる。また、避難訓練の参加や地域の全体清掃への協力等、地域行事にも積極的に参加する様に努めている。3. **「本人本位」のケアの実践**・ご利用者の意向に沿ったケアの実践のため、本人が意向を示しやすいように工夫を行っている(本人主体の介護計画の作成)。

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)	○ 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	第三者	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	会社理念は、申し送りの際に唱和し、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。	法人理念を軸に、毎年、事業所テーマ「人を思いやる心を持ち、人の心の痛みや相手の立場がわかる人をめざす」を掲げ、支援の目標としている。職員は、チームワークを常に意識しながら、入居者の意志を尊重した「自分らしく楽しく安全な暮らし」が送れるように支援している。	
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人として日常的に交流している	近隣のお店から食品や日用品の配達を依頼している。散歩の機会を増やして顔を合わせる方には挨拶を行うようにしている。地域ボランティアの呼び込みも徐々に再開を検討しており、踊りのボランティアも来られています。	日々、地域に暮らす住民の一人として、地域に溶け込んだ生活を目指し、積極的に活動をするように努めている(地域の一斉清掃にも参加等)。また、村祭りの際には、神輿の休憩所としてホームの駐車場を提供する等の協力をしている。管理者は、地域で主催している「介護者の集い」でのプログラムの中の「認知症講座」を担当し、地域の方々へ知識を提供している。	今後も、地域の協力をいただきながら、地域における社会資源の一つとして、事業所発信の積極的な活動を増やしていけることに期待をします。
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、そこで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。	運営推進会議では、事業所からの報告(運営状況・利用者状況等)の他、地域からの情報を提供していただき、地域に住む住民どうしの双方向交流の機会の糸口を提供していただいている。また、当該ホームの課題や地域の課題を話し合いご家族にも現状の理解の機会となっている。	
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取り組んでいる	市役所へ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。	市とは日常的に報告、連絡、相談などを行っており、空き情報の報告などを毎月行っている。また、地域包括からは事例紹介の依頼や研修や介護者のつどいへの協力などを行っている。	
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、法人として年4回委員会を開催している。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。	年2回の身体拘束の勉強会や身体拘束委員会では身体拘束に該当していないかの確認を行っている。また、フロア会議や定例の全体会議において日々のケアを振り返り、身体拘束に該当していないことを確認している。	

自己	者三	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	
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されることがないように注意を払い、防止に努めている	施設内勉強会も実施している。また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。無理に介助は行わず、2名介助が必要な方にはフロアーミーティング等で話し合っている。また、各リーダーも職員との相談など話を聞いている。	日々のケアが不適切ケアになっていないか振り返り、フロアー会議や全体会議等でも職員どうして確認を行っている。また、ご利用者とご家族との関係が希薄になっていないかなど状況を意識して観察するように努めている。	
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	家族はいるが成年後見制度を活用されている方がいるので、関りを持つ機会ができています。それ以外にも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。	現在成年後見制度を利用しているご利用者がいるため、後見人の役割など実際に見ており理解をしている。また、ご利用者に後見制度が必要な場合申し立てのための支援をする準備も整えている。	
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や契約の際には、質疑応答を行いながら、関連書類を丁寧に説明し理解をいただいたうえで、疑問点・不安感がないことを確認し契約を締結している。また、見学対応において実際の生活の様子を見てもらい安心して契約ができるようにしている。	契約時には、地域密着型サービスに求められている内容(趣旨)を家族さまとも共有するように努め(説明書類等の利用)、家族さまも支援チームの一員として、「利用者さまの望む暮らしの実現」を目標に、力強いサポーターとして参加していただけるように期待をします。
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・月末のお手紙に利用者様の近況をお伝えする中で、現在のお困りごとなども聞くようにしている。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。また介護計画書の更新の前にご要望等お聞きしている。懇親会後に家族様に集まって頂き実施も検討している。	運営推進会議の報告、来訪時、電話・メール、意見箱等、様々な機会を設けて意見・要望を聴き取っている。いただいた意見等は直ちに検討・フィードバックし、運営に活かしている。また、昨年は食事会のイベントを開催しご本人、ご家族とともに過ごす機会を設け、意見なども聴取している。	
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	各フロアーミーティングを行い、出てきた意見をリーダーから管理者に共有される。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年1~3回行って意見を聞き反映している。	フロアーミーティングの機会などに職員からの意見を聴取し、ホーム内だけで改善される問題であれば、実行に移せるように話し合いを行っている。大きく運営にかかる部分は、法人全体(全グループホーム)の共通課題として改善策の検討を行っている。	今後もタイムリーにケアの質を検証し、向上のための取組を継続されることをお願いいたします。
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。資格取得などの支援や研修も提供している。		

自己	者三	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
14		<p>○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</p>	<p>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い、認知症ケアの理解を深めている。また市の主催の研修会等にも参加しており、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。</p>	
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援				
15		<p>○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</p>	<p>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、ここでの生活に慣れていただけるようにお話を聞き、まず事前調査・訪問してお話を伺っている。また安心していただけるようにご要望等面会時やお電話で聞かせていただいている。精神面に不安をお持ちの方に関しては、主治医の先生と相談し、家族様とも共有するようにしている。</p>	
16		<p>○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</p>	<p>契約時に聞くことは、もちろんの事、時間と共に利用者様の変化をどのように伝え、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、今一番のケア方針を家族様と共有する。入所され初めのころは、お電話にて日中・夜勤帯の様子をお伝えしている。</p>	
17		<p>○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</p>	<p>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。</p>	
18		<p>○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</p>	<p>家事活動等がメインとなるが、利用者様同士が連携できる・協力できるように持っていき、共同生活している事を意識してもらおう働きかけている。(掃除機かけ・花の水やり・調理・洗濯たたみ・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。</p>	
19		<p>○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</p>	<p>感染状況に応じて制限をかけることはあるものの、お部屋での面会や外出・外泊も再開している。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もしっかりとお伝えしている。</p>	
20	(11)	<p>○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</p>	<p>感染状況に応じて制限をかけることはあるものの、お部屋での面会や外出・外泊も再開している。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。</p>	<p>ご家族や友人などの訪問も多い。馴染みの人たちの訪問が途切れないように電話やお便りを出している。家族や友人、馴染みの店等との関係を継続できるようにも支援している。日々の散歩で出会う顔なじみの近隣の方々との挨拶や会話が常態化してきている。また、ご本人の望む馴染みの店や行きたい場所へ行けるよう、会話の中から、ご本人の言葉(お気持ち)を聴き取り、ご家族にお伝えしてご協力をいただいている。</p>

自己	者三	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
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。		
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	必要に応じて、医療的な処置が必要になってきた場合等には、本人様・家族様とお話しし療養型・ユニット型特養等の施設の管理者とのネットワークで提案・紹介等の相談にも応じている。		
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。	入居者とのかわりの中で、発言や反応をしっかり受け止め、思いや意向を把握して利用者の意思を尊重した支援によって、自分らしい暮らしが送れるよう努めている。また、生活歴等の情報はご家族にもご協力いただいている。また、会話が難しい利用者に対しては、選択肢を設け意向を確認している。介護記録にもご本人が話されたことを記録するように努め、個々人の意向の把握に努めている。	
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て過ごしていただいている。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・意向を基軸とし、家族の要望・医療専門職・介護職員の意見も踏まえ、入居者の「今」に適合した有用性の高い介護計画の作成に努めている。毎月のモニタリング、定期及び随時のカンファレンスを実施しプランの見直しへ繋げている。	
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	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送り簿に記載確認している。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、受診対応と柔軟に対応できるように努めている。電話相談が多い形で行っている。本人の食事形態に合わせた配食サービスの導入も相談しながら行っている。		

自己	者三	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
29		<p>○地域資源との協働</p> <p>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</p>	<p>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。本人の食事形態に合わせた配食サービスの導入も業者にて協力頂いている。</p>	
30	(14)	<p>○かかりつけ医の受診支援</p> <p>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</p>	<p>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。昔から受診されているところは家族様をお願いしている。毎週、協力医の往診があり、いつでも連絡・相談が出来る関係作りをしている。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。居宅療養管理指導の調剤薬局とも連携を図っている。</p>	<p>定期的にホームのかかりつけ医の訪問診療を受けているが、入居以前からのかかりつけ医(専門医)への受診も継続しており、入居者や家族の意向を尊重した受診体制が実施されている。入居者それぞれ主治医を持っているが、訪問診療を望む入居者に関しては、ホームの協力利用機関の利用となっている。</p>
31		<p>○看護職との協働</p> <p>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</p>	<p>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)看取り時には訪問看護の導入も家族、主治医と相談している。</p>	
32	(15)	<p>○入退院時の医療機関との協働</p> <p>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。</p>	<p>病院受診対応は、家族様対応の時もあるが、職員も対応している。その際、病院との情報交換や相談をし、関係作りにも努めている。入院した際は、面会できる場合は行い、できない場合は本氏の状況・様子を看護師・地域連携室の方等に電話確認し、その情報を職員にも共有を行っている。戻ってきた際の居室環境・対応含め準備もしている。</p>	<p>入院時には、医療機関との連絡を密にし、入居者の生活情報等の交換をし、早期退院を目標に入院中も経過の把握に努めている。退院後ホームの生活にスムーズに戻れるように支援している。</p>
33	(16)	<p>○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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</p>	<p>重度化した場合、家族様とは今後についての話し合いや不安などを聞くようにしている。主治医の先生からも現況をお伝えしてもらえようような体制をとっている。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。看取り期に入ったときは家族様への細かな連絡と気軽に足を運べるように声をかけている。</p>	<p>ご本人、ご家族、医師と終末期について話し合い、かかりつけ医、看護師とともに穏やかに終焉できるように支援している。また、希望があればご家族の宿泊も可能である。</p>

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
34		<p>○急変や事故発生時の備え</p> <p>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</p>	<p>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。家族には救急搬送時の延命の意向確認書を年1回把握するようにしている。応急対応の勉強会やマニュアル等も各フロアーに設置し、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ーに常備している。感染症に対しての意識を高めるため予防策も実施している。</p>	/	/
35	(17)	<p>○災害対策</p> <p>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</p>	<p>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、実施状況の説明や協力体制の依頼をしている。自施設でも出来ることとして、非常食・水等を備蓄している。委員会でも参集ガイドラインを作成し研修を行っている。</p>	<p>年2回の避難訓練に加え地域での避難訓練にも参加している。災害時には自治会館が避難場所となっているが、当ホームの立地条件が良かったため、ホーム内避難を想定している。また、法人として参集ガイドを策定し、職員の確保の装丁も行っている。</p>	

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
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	一人一人の経験や生活歴、生活スタイル、人格・性格を大切にしながら、言葉の掛け方、態度などその方に合わせて配慮している。留意点についても職員間で共有を行い、信頼関係を構築するためにも丁寧に接することを意識している。新入社員に関しては、利用者様との関係性のもとに介護ケアがあることをお伝えする。	ご利用者お一人ひとりに対して丁寧に接することを心がけており、日々のケアの中で気になる場面は、管理者、介護支援専門員が注意し、ご利用者の人格を損なわないように支援を行っている。	
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	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、花や野菜などの園芸活動も本人の昔の習慣を確認している。		
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	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。生活リズムが崩れない様配慮しつつ、お昼寝・入浴・脳トレ・新聞・花の手入れ、園芸等も日課としている方もおられる。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	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。散歩の際にはお気に入りの帽子を被られて気分よく戻ってこられる方もいる。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)と一緒にしている。片付けでは、食器洗い・食器拭き・お盆拭き等もやっている。普段が湯煎調理のため調理機会が減っているため、頻度は少ないがおやつ作りなど共に行う機会も設けている。	食事時には、テーブル拭き、盛り付けや洗い物等の個々人の「できること、やりたいこと」をお声がけて本人の意思を尊重しながらスタッフと一緒にやっている。また、入居者からのリクエストメニューを取り入れる食事レクレーションも実施している。利用者と職員が、調理や配膳、後片付け等を協働している。季節行事に合わせた献立も提供されており、利用者は食事を楽しみにしている。	「食」に関する活動(支援)は利用者にとって大きな楽しみです。おやつ作りやテイクアウトの導入、家族さまとの外食の機会等、また、利用者の参加意欲を活かす企画(計画・実施)にも、今後も期待をしています。
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	GHの食事が業者配送になり、管理栄養士のもと献立も考えられている。利用者様の個々に食事量や形態(刻み食・トロミ)等を考えて配食サービスも合わせて提供している。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している。水分量はケース記録に日々どれくらい飲用したか記録に残している。		
42		○口腔内の清潔保持			

自己	者三	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
		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	個々の状態に応じて、時間で声を掛けたり、二名介助を行ったり、本人様の様子から声をかけたりし、トイレでの排泄ができるように支援している。できる限り清潔な状態が保てるように支援している。夜間に関しては、お部屋にポータブルトイレを設置し自ら行けるようにしている。それぞれさされたり、表情などでトイレの声掛けもできるよう配慮している。トイレのチェック表からの時間帯が多いかなど把握するように努めている。	個々の排泄パターンとサインを丁寧に把握し、ご本人に応じた方法(声かけのタイミング・方法等)でトイレでの排泄が気持ちよく行えるよう支援している。ご本人の状態に応じた支援が実践できている。移動が可能な状態であれば日中はトイレで排泄ができるように2人介助で行っている。	
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	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。利用者様によってはペダル漕ぎなどの下半身の運動を行い、蠕動運動の活性化を促すことも行っている。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。日中に体操やフロア内歩行練習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ず、個々にそった支援をしている	曜日など関係なく、いつでも入浴可能にしている。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。足浴をしながら行っている方もいる。入居者同士仲が良い方に関しては2名一緒に楽しみながら入浴されることもある。入浴剤やゆずなどで匂いを楽しめる取組もしている。	個々人の体調を考慮したうえで、希望に合わせた入浴を支援している。入浴が楽しみなものとなるよう、職員との個別コミュニケーションの機会としても意識している。ADLが重度の入居者に関しても2人体制で支援をしている。また、ゆず湯などの季節湯も楽しませている。午前中の入浴を基本として週2回以上の入浴を実施しているが、できるだけご本人の希望に沿って入浴に対応している。また、希望により利用者同士2人で入浴することもある。	
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	一人一人の睡眠時間や、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。昼寝をされる方も必要に応じて休んで頂いている。重度化により横になる時間もあてて設けさせていただいている。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。居宅療養管理指導で調剤薬局と連携を行っているため相談箇所が増えて安心につながっている。		
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	本を読まれる方は定期的に購入したり、編み物や塗り絵等の手芸等につい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おり、家族様からの提案もある。生け花教室や絵画教室も参加されている。家事なども分担制で午前中取り組んでいる。嗜好品としてまたお風呂上りにノンアルコールビールを飲まれる方もいる。		

自己	者三	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
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	希望に合わせて、数人での外出対応を行っている。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。直接希望がない場合にも本人様の趣味や楽しみごとを踏まえ、喫茶店や地域のお祭り等の外出の機会を提供している。家族様に外出の支援もしていたい。	隣接したドラッグストアへ買い物に行ったり、移動販売のバン屋での買い物など日常的に行っている。また、ご家族との外出が少ないご利用者と一緒に外食するなど外出する機会を意識して設けている。外気浴を兼ねた近隣の散歩も設計している。	
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	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ご様子をお伝えし、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。携帯電話をお持ちの方もおり、個人で家族と掛け合ったりしている。		
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している。フロアによっては利用者様の活動の写真を利用者様視点で飾っている。	共用部分にはソファやテーブル席等を設置しており、自由に思い思いの場所で過ごすことができる。また壁には、季節の作品やご利用者の写真等を掲示し、居心地の良い空間づくりに努めている。湿度や室温等の空調管理も行き届いている。明るいリビングで、利用者と職員の明るい会話が、和やかなアットホームな雰囲気を感じる。	
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。また部屋には家族の写真等を持ってきてもらったり、誕生日の色紙等も飾らせていただいている。またテレビも置かれている方もおられる。居室で塗り絵をされるデスクも置かれている方もいる。本人の状態に合わせた配置変更は相談しながら行っている。	居室はご自身が心地よく過ごせるように、ご本人が大切にしていた品物や写真等を持ち込んでいただき、家族と一緒にレイアウトしてもらっている。また、床に物を置かないなど安全に移動できるようにお手伝いしながら、整理整頓している。ADLの変化には、家具配置等も検討して、安全な居室づくりを支援している。	ご利用者の状態(ADLの変化)に応じた安全面での配慮を職員間で引き続き検討し、入所以来、馴染みの関係となった他入居者と楽しく一緒に過ごす共用場所(フロア等)と、各個人がゆっくと過ごせる自分の部屋(自分らしい個性のあるもの持ち込み等)の環境づくりの設計を意識した支援に今後も期待をします。
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり			

自己	者三	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
		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関係を図っている。夜間はお部屋にポータルトイレを置いて自ら出来るようにしている。		

目標達成計画

作成日: 令和8年 3月 5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	2	地域との交流の機会を増やし、地域からの認知度を上げる	地域との交流や知ってもらう機会をつくる	<ul style="list-style-type: none"> 地域の行事・認知症サロンへの参加を行っていく。 地域密着型施設の近くの事業所との連携を図っていく。運営推進会議の参加を行っていき交流を図る。 チラシや広報物など近隣に掲示できるか確認をしていく。 	12カ月
2	9	家族様が本人の支援に携わる機会を持てるようにする。	家族様へ面会外出の声掛け、家族参加型行事の機会をつくる	<ul style="list-style-type: none"> 家族様へ面会外出のお誘いの声かけていく。 外出以外でも施設内で家族様に協力を頂けそうなものを確認する。 家族様参加型行事の計画を立てる。 	12カ月
3	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つくる	<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。 フロアミーティングだけでなく、その日に気になる点があれば共有を図り、改善に繋げていく。 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
4					
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。