

### 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1429-127		
自己評価作成日	令和7年1月15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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/28/">http://www.kaigokensaku.jp/28/</a>
----------	---

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 H.R.コーポレーション		
所在地	兵庫県西宮市甲陽園本庄町6-25-224		
訪問調査日	令和8年1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)】

いやさかの強みは、ムーブエイドケア(ノーリフティングケア)を取り入れ、福祉用具や介護リフトを活用した自立支援型の認知症ケアを実践している点にあります。利用者一人ひとりの身体状況や認知症の特性に応じて、無理のない移動・移乗・入浴を行い、「できること」を守りながら生活の幅を広げています。また、「利用者が主体である」という考えを大切に、やりたいこと・行きたい場所・食べたいものなどの思いを丁寧に聞き取り、行事や日常生活に反映しています。行事は人とのつながりや大人らしい空間を意識し、認知症ケアの一環として位置づけています。さらに、皮膚の保湿や水分摂取量の個別目標を設定し、健康管理を日常ケアに取り入れることで、利用者の心身の安定を図っています。こうした多方面からの支援が、利用者の安心した暮らしと職員にとっても働きやすい環境づくりにつながっています。

#### 【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)】

福祉用具や介護リフトを活用したノーリフティングケアを実践し、利用者の身体状況に応じた移動・移乗を行い、利用者・職員双方の身体的・精神的負担の軽減、自立支援につなげている。「私の基本情報」「私の姿シート」「CADLシート」「業務改善会議」等を活用し、PDCAサイクルに基づいたケアマネジメントにより、利用者の意向や現状に即した個別支援に取り組んでいる。ダイバーショナルセラピーの手法を取り入れ、日常生活の中で利用者個々の個性を尊重した楽しみや役割を共有し、利用者が主体的にその人らしい暮らしが続けられるよう支援している。また、認知症チームケア推進に向けた国の制度を活用し、利用者主体を大切に認知症ケアに向け、チームケアで取り組んでいる。

### 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、生き生きと働いている (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

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	
<b>I. 理念に基づく運営</b>						
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	法人全体で地域密着型サービスを展開しており、法人理念を全事業所の共通理念として位置づけています。全事業所が参加する法人全体研修では、理念の唱和や理念の説明に加え、日々の実践や研修内容が理念とどのように結びついているかについて共有しています。事業所ごとに拠点は異なりますが、共通の理念を持つことで、職員一人ひとりの根本的な考え方の統一が図られています。また、法人理念を基盤として、グループホーム独自の目標を毎年設定し、事業所内で周知・共有することで、理念に沿った運営を行っています。	法人の理念・基本方針を事業所の理念・基本方針とし、地域密着型サービスの意義を明示している。全事業所が参加し、全職員が参加できるよう複数回開催する、年度初めの法人全体研修で、理念の唱和と説明を行い周知・共有を図っている。介護日誌裏面に記載があり、毎月の全体研修で研修内容と理念の連動について説明がある。理念を基に、事業所年間目標「楽しみと役割を活かし、認知症チームケアを推進する」を策定し、事業計画にも取り入れ実践につなげている。また、毎月の「業務改善会議」は基本方針5項目に沿って構成し、実施状況を確認し実践につなげている。		
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	地元のとんどや秋祭りに、今年度も参加。秋祭りでは、毎年ご近所の方のご厚意により、お庭で鑑賞させていただいており、以前利用されていた方のご家族と再会する機会にもなっています。毎年、近隣の方々の支えにより、近い距離で安全に屋台を楽しむことができます。また、年末年始には、近隣の方へ餅やカレンダーを配って挨拶を行うなど、日頃から地域との交流を大切にしています。	とんど祭り・秋祭り等地域行事に参加し、秋祭りでは近隣住民の自宅庭で、近くから屋台を見物する機会を設けている。また、ドライブ・買い物・散歩・初詣等、利用者が地域に出かける機会を設けている。折り紙・リプス(オイルマッサージ)等地域ボランティアを受け入れ、利用者も楽しみながら交流している。年末年始には近隣に餅とカレンダーを配り、事業所としても地域交流を継続している。「いきいき100歳体操」に地域交流スペースを解放する等、地域貢献に取り組んでいる。また、今年度も、管理者が、介護技術講習会の認知症ケアについての講師として参加予定である。		
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	入居の相談があった場合に、介護の困りごとを聞き、どのように理解をするか、どのようにケアするかを伝えている。また、地域運営推進会議では包括支援センターの職員も参加いただいているので、グループホームでできることの発信や、事例を元に意見交換している。今年度は、介護技術講習会での認知症ケアについても講師として参加予定で、地域の方々に認知症の人の理解を発信する。			
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	直近では、管理者がダイバーショナルセラピー研修に参加し、その内容や学びについて共有しました。生活していくにおいて、「楽しみ」を持つことは必要であり、重要性が高いことであることは参加者も共感していた。今後はDTWとして、研修内容を活かしながら、サービス向上に向けた取り組みを計画していきます。	利用者・家族代表・地域代表(民生委員)・地域包括支援センター職員・知見者(3名)・事業所職員等を構成委員とし、併設の小規模多機能型居宅介護事業所と合同で2ヶ月に1回開催している。会議では、報告資料を基に、活動状況報告や、管理者が参加したダイバーショナルセラピー研修内容について報告し共有している。その後、参加者と意見・情報交換を行い、地域動向の把握や、他事業所の取り組みを参考にしながら運営に反映している。議事録は、玄関に設置し公開している。	利用者も運営推進会議の構成委員であることから、状況を勘案しながら、短時間参加も含め参加を検討してはどうか。議事録ファイルに報告資料も綴じ、報告内容についても情報提供することが望ましい。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と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取り組んでいる	日頃から市役所に問い合わせ等をして確認しながら、配置変更などを進めていった。日頃も市役所だけでなく、保健所や消防署等へも、必要な場合は問い合わせをすることとしている。	地域包括支援センター職員の運営推進会議への参加を通じて連携がある。制度等について、相談・質問等があれば、随時、メール・電話等で市の担当窓口にお問い合わせ・確認を行い、適正な運営に繋げている。また、感染対策等で保健所と、訓練報告等で消防署と連携を図っている。		

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
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	法人全体研修として、年2回の研修を実施しています。業務改善会議および事故・身体拘束・虐待防止委員会では、センサーマットを使用している利用者についても、行動抑制につながらないよう配慮することを目的に、毎月協議を行っています。また、ユニット間の扉は常時開放しており、利用者が自由に行動できる環境を整えています。2階から1階へ移動する際には、利用者の希望に応じて職員が付き添い、安全に配慮しながら案内しています。	「身体拘束適正化の指針」を整備し、身体拘束をしないケアを実践している。毎月、全員参加を基本とする各ユニットの業務改善会議で、ヒヤリハット・事故事例報告、センサーマットの適正使用、不適切ケア防止に向けた検討等を行っている。また、毎月、事業所内で「事故・拘束・虐待防止委員会」を開催している。管理者・各ユニットの委員が参加し、業務改善会議での報告事項・検討事項を持ち寄り、行動制限につながらない対応を検討している。会議録・委員会議事録は、パソコン内で閲覧し周知を図っている。年2回(5・9月)、法人の拘束排除・虐待防止の全体研修に、各ユニットから代表者1名が参加し、各ユニットで資料回覧を行い、全職員が「研修受講報告書」を提出している。2階から1階に移動する際は職員が付き添い、ユニット間の往来は自由にでき、利用者が閉塞感を感じないよう支援している。	
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	法人全体研修として、年2回の研修を実施しています。6月には「虐待の芽チェックリスト」を用い、各職員が自身のケアおよびユニットのケアを評価・振り返りを行いました。その結果をもとに、管理者および委員会で意見を集約し、必要に応じて業務の仕組みを見直すとともに、ケアに対する捉え方のすり合わせを行い、業務改善会議で周知しました。毎月の業務改善会議では、不適切ケアの予防を目的に、声かけや対応に困った事例について意見交換を行っています。課題が生じた際には、個人のスキルだけに頼らず、チームで対応方法や手段を検討することで、職員一人ひとりの負担軽減を図っています。また、管理者と職員が日常的に相談できる時間を確保しています。さらに、職員の休憩時間は自由に外出可能とし、残業削減や介護リフトの活用を通じて、精神的・身体的負担の軽減にも取り組んでいます。	「高齢者虐待防止指針」を整備している。委員会では、上記と同様に実施している。今年度も、職員が「虐待の芽チェックリスト」による自己評価を行い、集計・分析結果をもとに、管理者・委員会で業務やケアについて検討し、各ユニットの業務改善会議でフィードバックし、周知・共有を図っている。「高齢者虐待防止」研修についても、上記と同様の方法で実施している。相談しやすい職場環境整備、休憩時間の確保、残業の削減、介護リフトの活用等、働きやすい環境づくりに努め、職員のストレス等が利用者へのケアに影響しないよう取り組んでいる。	
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	姫路市成年後見支援センターで開催される研修には毎年参加している。	権利擁護に関する制度について、毎年、職員が姫路市成年後見支援センターで開催される研修に参加している。全職員が、研修資料の回覧により学ぶ機会を持ち、「研修報告書」を提出している。近年、成年後見制度の利用事例はないが、相談事例はある。制度利用の必要性や家族からの相談があれば、管理者が相談対応し、関係機関につないで支援している。	
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	契約の締結時には、書類と共に契約内容について丁寧に説明を行っています。特に、よく質問される重度化対応や医療対応については、十分に時間をかけて説明し、利用者や家族の理解を得るよう努めています。また、質疑応答の時間を確保し、質問がない場合でも対話を通じて施設でできること・できないことを明確に伝え、納得を得ることを重視しています。契約内容に改定がある場合は、必ず事前に家族宛てにお知らせの手紙を配布し、十分な説明を行っています。さらに、契約解除時には利用者や家族の意向をしっかりと確認し、慎重に対応するよう心がけています。	入居希望・相談があれば見学対応し、パンフレット・料金表を基にサービス内容・利用料等を説明している。契約時には、契約書・重要事項説明書・同意書・指針等を基に、質疑応答を行いながら説明し文書で同意を得ている。特に重度化対応・医療対応については、共通理解が得られるよう指針に沿って詳細に説明している。契約内容改定時は、事前にお知らせの手紙を家族に郵送し、その後、変更部分を明記した文書で同意を得ている。	
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	玄関に意見箱を設置し、利用者やご家族からの意見をいつでも受け取れる体制を整えています。運営推進会議には、現在1名のご家族に参加していただき、運営状況の報告を行ったうえで、ご家族からのご意見を伺っています。また、地域運営推進会議の議事録は玄関に設置し、来訪された方が誰でも閲覧できるようにしています。	玄関に意見箱を設置し、家族面会・電話連絡時等に近況を報告し、家族の意見・要望を把握するよう努めている。毎月、利用者担当職員が個別のお便りに普段の様子や食事・入浴の様子等を記載し、写真を添えて郵送し、Instagramでも生活・行事・活動等について伝え、家族が意見・要望を表しやすいように取り組んでいる。把握した要望等は、システム内「ケース記録」に入力し個別に対応している。運営推進会議に家族の参加があり、事業所や外部者に意見・要望等を表す機会を設けている。	

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	
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1回の業務改善会議において職員から意見を伺うとともに、統括責任者および管理者が立ち会う半年に1回の個別面談では、運営に関する項目を設け、意見や要望を聞き取っています。	月1回、ユニット毎に全員参加による「業務改善会議」を開催している。会議では、基本方針5項目に沿って、利用者個々の検討・「事故・拘束・虐待防止委員会」への意見集約等を行い、議事録を作成し、パソコン内での議事録の閲覧により共有している。日々の検討事項があれば随時検討し、決定事項は、内容に応じて、利用者に関することはシステム内の「ケース記録」で、業務等に関することは各ユニットの「申し送りノート」で共有している。統括施設長・管理者が、定期的には年2回、随時にも個別面談を行い、個別に意見等を聴く機会も設けている。		
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	キャリアパスフレームを各ユニットに設置し、職員がステップアップの指標を視覚的に確認できるようにしています。昇給金額についても、キャリアパスフレームに基づく業務の達成状況を評価し決定することを周知しています。また、半年に1回の面談では各職員に目標を設定してもらい、統括責任者が一人ひとりの向上心や課題を把握しながら、目標達成に向けた支援に努めています。			
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	月1回、法人主催の全体研修に各ユニットから1名が参加し、他の職員へは伝達研修を行っています。また、年1回は法人にてノーリフティングケア研修を開催し、各ユニットから1名が参加して専門的な知識・技術の習得と育成を行っています。管理者はキャリアパスフレームを用いて職員一人ひとりの業務を評価し、その結果を統括責任者へ提出しています。能力や適性を把握したうえで、外部研修や認知症実践者研修、介護福祉士実習指導者講習会などの受講を積極的に勧め、職員のスキル向上を図っています。			
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。不明点があれば、個別にやり取りをして情報交換をすることもある。			
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>							
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	入居前には必ずご本人と面談を行い、要望や困りごと、不安に感じていることを丁寧に伺っています。面談場所についても、不安が生じないように、ご本人の希望を確認したうえで対応しています。ご本人から意向を伝えることが難しい場合には、安心・安全の確保とのバランスを考慮しながら、ご家族やケアマネジャー、これまで利用していた介護サービスの職員から生活歴や様子を伺い、信頼関係の構築やケアプランに反映しています。			
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	入居前には施設へ訪問していただき、ご家族の困りごとやご要望を申込書に記入していただいています。さらに、詳細については面談の中で丁寧に伺っています。利用者のご家族との関係性だけでなく、ご家族の生活状況や他のご家族との関係にも配慮しながら聞き取りを行い、全体的な家族状況を把握するよう努めています。			
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	事前の面談において、困りごとや悩みごとを丁寧に伺いながら課題の抽出を行っています。グループホームへの入居を希望して申込みをされた場合でも、現在の生活状況や支援内容を確認したうえで、小規模多機能型居宅介護やショートステイなど、より適したサービスの利用を提案することがあります。利用者やご家族が無理なく必要な支援を受けられるよう、状況に応じたサービス選択ができるようにしています。			

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
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	生活に必要な家事をアクティビティとして位置づけ、利用者一人ひとりが「できること」を行えるよう支援しています。職員の業務分担表には利用者の名前も記載し、日々何らかの役割を持って生活できるよう工夫しています。		
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	面会に制限がある中でも家族とのつながりを大切にするため、クリスマスには利用者へのプレゼント準備をお願いし、楽しみの協力を依頼しました。プレゼントの選定については、電話で近況をお伝えしながら、どのような物に興味を持たれているかをご家族と相談して決める場合もあります。また、暑中見舞いや年賀状は、キーパーソンのご家族だけでなく、お孫様などにも送付し、継続した交流につながるよう工夫しています。		
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	面会のご家族に限らず、知人の方でも可能としており、希望があれば来所していただいています。また、外出支援については、行きやすさだけで行き先を決めるのではなく、まずご本人に「何をしたいか」「どこへ行きたいか」を丁寧に聞き取り、その意向をもとに行き先を決定しています。	家族、(キーパーソンの了解を得て)友人・知人との地域交流スペースでの面会に対応し、馴染みの人との関係継続を支援している。また、秋祭り・とんど等地域行事や、希望に応じて、初詣・神社・姫路城等へのドライブ外出等、馴染みの場所へ出かけられるように支援している。また、家族との外出・外泊・外食等も支援している。	
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	利用者一人ひとりの生活の様子や過ごし方を日々観察し、関係性が良好な方向同士が自然に関わり合えるよう、座席への配慮や企画行事、クラブ活動を一緒に行える工夫をしています。人との関係づくりはユニット内にとどまらず、ユニット間の往来も自由とし、合同で食事をする機会を設けるなど、交流の幅が広がるよう支援しています。		
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ご家族から、退居後の生活状況についてご連絡をいただくことがあり、長く生活を共にする中で、職員とご家族との信頼関係が築かれていると感じています。また、長期入院により退居となった場合には、ご家族だけでなく病院の地域連携室にも、退院後の生活に向けて協力できることをお伝えしています。		
<b>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</b>						
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	半年に1回の担当者会議ごとに、CADLシートを活用しながら、ご本人の意向や思い、楽しみについて把握しています。言語によるコミュニケーションが困難な場合には、表情や日常の様子を観察に加え、ご家族からの聞き取りを通して気持ちや希望を汲み取るよう努めています。	入居時に、利用者担当職員が「私の意欲・動機付けシート(CADLシート)」を作成し、「暮らし、役割」「趣味・楽しみ」「つながり」等を記録し、6ヶ月ごとに更新している。入居後、日々のコミュニケーションの中で把握した新しい情報があれば、随時CADLシートに追記し、支援や計画に反映できるよう取り組んでいる。把握が困難な場合は、表情・日常の様子等から把握し、意向に沿った支援ができるよう取り組んでいる。	
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	入居前および入居後の担当者会議の際には、ご本人やご家族から生活歴やこれまでの暮らし方、馴染みの習慣について丁寧に聞き取っています。また、居室には馴染みのある物を持参していただくよう声かけを行い、安心して過ごせる環境づくりに努めています。さらに、担当のケアマネジャーなど関係職種とも事前に面会し、これまでのサービス利用状況や生活に関する情報を共有しています。		
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(アセスメントシート)」および「24時間シート」を活用し、利用者一人ひとりの心身機能や日々の暮らしぶりを把握しています。担当者会議の際には、ご本人やご家族にも内容を共有し、ご意見をいただきながら定期的に更新しています。		

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
26	(13)		<p>○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</p>	<p>利用者が楽しみややりがいを持って生活できるよう、利用者本人やご家族をはじめ、訪問看護師、主治医、薬剤師からの意見をもとに介護計画を作成しています。</p>	<p>「私の基本情報」「私の姿シート(アセスメントシート)」「CADLシート」をもとに、担当者会議を開催し初回の施設サービス計画を作成している。実施状況は、利用者個々の計画内容をもとに作成する「業務分担表」、システム内のケース記録・申し送り記録に記録している。「業務分担表」により計画に基づいた実施状況を確認している。毎月の「業務改善会議」で、全利用者について方法共有や検討を行い、毎月のモニタリングの結果を「評価表」に記録している。必要時は随時、定期的には6ヵ月毎に施設サービス計画の見直しを行っている。見直しの際は、「評価表」によるモニタリング、「私の基本情報」「私の姿シート(アセスメントシート)」「CADLシート」による再アセスメントを行い、担当者会議を開催している。担当者会議は、利用者・家族・管理者・介護支援専門員・介護職員の参加を基本とし、議事録を作成している。ニーズに応じて主治医・訪問看護師・薬局職員等関係者の参加(照会を含め)もある。全体研修で、「ケアプラン」研修を実施している。</p>	<p>担当者会議の議事録に、主治医・訪問看護師・薬局職員等関係者からの意見の聴取も記録に残すことが望ましい。</p>
27			<p>○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</p>	<p>日々の様子や気づきについては、介護記録システムを活用して申し送りを行い、職員間で情報共有しています。ケア内容の変更が必要な場合は、業務分担表に手書きで記載し、情報共有の漏れがないよう努めています。また、午前・午後・入浴時の様子は毎回記録しており、申し送りやケース記録をもとに、業務改善会議で検討を行っています。</p>		
28			<p>○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</p>	<p>入居時には、入浴や食事についての希望を聞き取り、回数や好みを日常の生活に反映しています。パンが好きな方には毎朝パンを提供し、米飯が苦手な方には、うどんやふりかけ、缶詰、お茶漬けなどを用意しています。また、夜食を楽しまれる方もおられます。これらの対応については主治医へ事前に報告し、健康面への配慮と本人の希望とのバランスを取りながら支援しています。</p>		
29			<p>○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</p>	<p>マスク着用などの感染対策を行ったうえで、地域ボランティアによる折り紙クラブや地域サロン「りぶるす」を活用し、利用者の生活に彩りが生まれるよう支援しています。</p>		
30	(14)		<p>○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</p>	<p>当施設では、かかりつけ医の指定を設けておらず、利用者一人ひとりが医療機関を自由に選択できる環境を整えています。現在は5つの医療機関の医師による訪問診療を受けており、連携を図りながら健康管理を行っています。入居時にかかりつけ医がいない場合には、施設から情報提供を行い、ご本人・ご家族と相談のうえで、かかりつけ医を決定しています。</p>	<p>契約時に、入居前のかかりつけ医を継続することも可能であることを説明している。5医療機関(内科)による訪問診療体制があり、かかりつけ医を利用者が希望により選択できる体制を整備している。また、必要に応じて、訪問歯科を利用できる体制がある。入居前のかかりつけ医や他科受診は家族対応を基本とし、状況に応じて職員が対応している。治療経過や受診結果等の記録は、システム内の「ケース記録」に記録し、申し送り機能で共有している。</p>	
31			<p>○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</p>	<p>週2~3回の訪問看護来訪時には、日誌や排泄表、申し送り記録の確認および口頭でのやり取りを通じて情報共有を行っています。受診が必要な場合には、看護師から専門的な意見をいただき、併せて手紙などでかかりつけ医へ状況を報告しています。また、MCSを活用し、かかりつけ医・訪問看護師・介護職・薬剤師間でメッセージによる情報共有を行うなど、多職種連携を図っています。</p>		

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
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。	協力医療機関として姫路中央病院および姫路愛和病院と連携しています。姫路愛和病院は月2回の訪問診療を行っており、姫路中央病院とは毎月オンライン会議を実施しているため、日頃から円滑な情報交換ができています。入院時には「私の姿シート」を活用して医療機関へ情報提供を行うとともに、原則として職員が付き添い、日常生活状況を直接伝えていきます。入院後は、原因や病名について説明を受け、施設で対応可能な医療的ケアについて病院側へ説明し、訪問看護と連携して支援していくことを共有しています。入院中も病院やご家族と連絡を取り合い、退院前には病院への訪問または電話により、退院後の生活状況の把握に努めています。	日常的に、協力医療機関2病院と連携を図っている。入院時には、職員が同行し「私の基本情報・私の姿シート」・口頭説明等で情報提供している。入院中は、家族・医療連携室と情報交換を行い、早期退院に向け支援している。退院前カンファレンスが開催されれば参加し、退院前状況の把握等を行っている。入院中の経過や退院前カンファレンスの情報等は、システム内「申し送り」への入力で共有している。退院時には「看護サマリー」の提供を受け、退院後の状況観察を基に、退院後の支援方法や計画変更等について検討している。	
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、事業所の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、半年に1回は事前意思確認書を更新し、終末期の方針については本人・家族と話し合いをしている。インフォームドコンセントにも立ち合い、施設の役割を説明しながら、利用者様と家族様に安心して頂ける体制を作っている。	契約時に、「重度化対応に係わる指針」・「看取り介護の指針」を基に重度化や終末期に向けた事業所の方針を説明し、緊急時・看取り時の意向を「事前意思確認書」で確認している。その後は、半年に1回「事前意思確認書」を更新している。重度化を迎えた段階で、家族・かかりつけ医・管理者で話し合いの場を設け、必要に応じて、かかりつけ医から状況説明を行っている。看取り介護の希望があれば、「看取り介護実施同意書」で同意を得て、看取りに向けた施設サービス計画書を作成し、かかりつけ医・訪問看護師・介護職・薬剤師・家族等が連携し、家族の意向に沿った看取りを支援している。法人全体研修で、「看取り介護」研修を実施している。	
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、緊急時対応研修を実施し、管理者および各ユニットから4名が参加しています。研修では、意識確認から通報、救急車到着までの対応、AEDの使用法、心臓マッサージの手順について、消防署から借用した訓練用AEDや人体模型を使用して実践的に訓練しています。		
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・避難確保計画訓練・BCP研修訓練を、日中および夜間それぞれの状況を想定して実施しています。今年度は、非常用備蓄品を実際に持ち出し、利用者とともに水平避難を想定した訓練を行い、1階へ移動するまでの一連の動作を確認しました。	年2回(8・12月)、小規模多機能型居宅介護事業所と合同で総合消防訓練(日中と夜間想定)・避難確保計画に基づく訓練を実施し、事業所単独でBCP(事業継続計画)訓練を同一日に実施している。避難確保計画・BCPに基づく訓練では、利用者とともに非常用備蓄品を持ち出し、水平避難を想定して1階へ移動する訓練を実施した。消防訓練については、決められた書式で消防署へ実施記録を提出し、避難確保計画訓練・BCP訓練については、訓練報告書を作成している。避難確保計画・BCP研修は、施設合同の「エマージェンシー研修」として、事業所各ユニットから2名が参加して実施し、欠席者も資料回覧により「研修受講報告書」を提出している。BCPリストに沿って各事業所ごとに備蓄し、グループホームでは2階倉庫に備蓄し、管理者が管理している。	
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>				
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	法人全体研修では、認知症ケアや虐待防止、プライバシー保護に関する研修を実施しており、参加および伝達研修を通じて理解を深めています。また、毎月の業務改善会議では、言葉かけに関する困りごとがないかを確認し、不適切ケアの予防につなげています。	「接遇」「プライバシー保護」「認知症ケア」「拘束虐待防止」等の法人全体研修に各ユニットから代表者が参加し、事業所では資料回覧により全職員が研修受講報告書を提出し、人格尊重・誇りやプライバシーへの配慮について職員の意識向上を図っている。毎月の「事故・拘束・虐待防止委員会」で課題の共有と改善策の検討を行い、「虐待の芽チェックリスト」の集計・分析結果を活用する等、不適切ケアの防止に取り組んでいる。写真・映像の使用について、契約時に「個人情報利用同意書」で同意を得ている。また、「入居時調査リスト」により、ホームページ・インスタグラム等に区分して使用承諾の有無を確認している。	

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
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	どのようなテレビ番組に興味を示しているか、どんな本を手取るか、家事をしながら他の利用者とのような会話をしているかなど、日常のさまざまな場面を通して意向を把握しています。場面によって考えが変わることもあるため、何度か確認を行いながら丁寧に意向を汲み取っています。また、アクティビティについても参加の可否をその都度確認しており、ご自身から参加希望を職員に伝えてこられる方もいます。		
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	24時間シートを作成し、利用者が主体となる生活を考えている。また、法人の行動指針である「私たちに意識する」「要望に応える」「主体的な行動者である」に沿った関わりを心がけています。できない理由を考えるのではなく、どうすればできるのか、どのような形なら可能かを考え、自ら実践することが、利用者と共に過ごす姿勢であると考えています。		
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	理美容サービスでは、カラーやパーマの施術が可能です。また、衣服については、ご本人が入浴前日に着用する服を選び、準備するなど、自己選択を大切に支援を行っています。		
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	食事準備を通して、利用者一人ひとりが「できること」や「得意なこと」を発揮できるよう、できる限り全員が関われる企画行事として、年に複数回、食事作りを行っています。メニューは利用者の意向をもとに決定し、前日の準備から後片付けまでを一緒に行っています。	各ユニット内のキッチンで、炊飯と委託業者から届けられた食事の温め・盛り付けを行い提供している。ソフト食・ミキサー食・ゼリー食は発注できる体制がある。委託業者の献立に、行事食・季節感等の工夫があり、事業所でほぼ毎月、忘年会のすき焼き・イワシのちらし寿司や、梅シロップ・おはぎ等の食事レクリエーション・おやつレクリエーションを実施し、また、委託業者の出張調理等の機会を設け、食事をより楽しむ機会づくりに取り組んでいる。プランターで収穫した野菜も食材として活用している。可能な利用者は、日常的に、ご飯の計量・食洗機の使用・盛り付け・洗い物等に参加できるよう支援している。	
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	訪問看護師、かかりつけ医、訪問歯科からの助言を受けながら、食事形態を設定しています。また、水分摂取量については、利用者一人ひとりの体重から算出した目標量を個別に設定し、毎日の摂取量と照らし合わせながら状態の把握を行っています。		
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	起床時および毎食後に口腔ケアの時間を設けています。できる部分はご本人に行っていただき、難しい部分については介助を行っています。歯ブラシだけでなく、スポンジブラシや舌ブラシ、保湿ジェルなどを使用し、訪問歯科からの治療や助言をケアに反映させています。		
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	利用者一人ひとりの排泄状況を記録し、排泄パターンを把握したうえでトイレへの案内を行っています。希望がある場合にはポータブルトイレを使用するなど、本人の状態や意向に合わせた環境を整えています。また、介護リフトを活用することで、立位が不安定な方や介護度が高くなった場合でも、可能な限りトイレでの排泄介助を継続しています。骨盤底筋体操をするなど、支援することだけでなく根本改善にも取り組んでいます。	「排泄チェック表」で利用者個々の排泄状況や排泄パターンを把握し、ベッド上での介助の利用者もいるが、日中は、介護リフトを活用し、可能な限りトイレでの排泄継続に向け支援している。夜間は、個々の状況に応じて個別に対応している。介助方法・排泄用品の使用等について検討事項があれば、「業務改善会議」で検討し、システム内に実施状況を入力し共有している。朝夕2回骨盤底筋体操を行い、尿失禁防止等に取り組んでいる。業者による研修が年2回あり、また、管理者がおむつシッター研修を受講し、新しい情報や助言を得る機会となっている。	
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	介護日誌には利用者一人ひとりの水分摂取量を明記し、排泄表で毎日の排便状況を記録したうえで、職員間で申し送りを行っています。便秘傾向のある方には、腹部を温める、歩行を促すなどのケアに加え、ご家族に牛乳やヨーグルトを持参していただき、朝食時に提供するなどの工夫をしています。また、便秘の要因については、かかりつけ医や訪問看護師とも相談しながら対応しています。		

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
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	冬至にはゆず湯を取り入れるなど、楽しみを感じられる工夫を行いながら、入浴の時間や回数については本人の希望を聞き取ったうえで決定しています。概ねの予定は立てていますが、当日の体調や気分に応じて変更することも可能です。入居当初は入浴が苦手だった方でも、浴室を見て湯気を感じていただいたり、足浴から始めるなど、本人に寄り添った関わりを重ねることで、入浴に対する印象が変わった方もおられます。	希望を聞き取り、入浴日・時間等概ねの計画を「業務分担表」に入れ、週2回を基本とした入浴を支援している。各ユニットに一般浴の個浴槽1か所と、両ユニットが共用できる機械浴設備が1か所設置され、利用者の状況に応じて、安全に快適に入浴できるよう支援している。利用者のADLや病態等により個浴槽で入浴が困難な利用者には、介護リフトを活用して対応している。入浴拒否があれば声かけ等を工夫し、同性介助の希望があれば対応している。実施状況をシステム内実施記録で把握し、週2回の入浴機会の確保に努めている。毎回湯を入れ替え、時期に応じてゆず湯を採り入れる等、入浴がより楽しめるよう工夫している。	
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	就寝時間は一律に定めず、利用者一人ひとりの生活リズムや希望を優先しています。日中でも横になりたい方には休んでいただけるよう配慮し、フロアにはソファを設置するなど、休息しやすい環境を整えています。利用者は居室とフロアを自由に選択して過ごすことができます。また、排泄については夜間用パッドを導入し、就寝時から起床後までは体位交換を中心とした対応とすることで、安眠を妨げない支援を行っています。		
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、月1回の定期更新を行っています。各薬局の薬剤師が訪問した際に、処方内容の変更があれば薬一覧表へ記入してもらい、服用方法や薬の作用についても記載し、職員が把握できるようにしています。現在、利用者18名全員が薬剤師による在宅訪問指導を受けており、服薬や体調に関して、いつでも相談できる体制を整えています。		
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	CADLシートを活用し、アセスメント・プランニング・モニタリングを一連で行える環境づくりに努めています。また、これまで習慣になかったことや経験のない活動についても声かけを行い、参加することで新たな楽しみにつながる可能性があると考え、無理のない形で参加を促しています。令和6年4月からは、クラブ活動も開始しています。		
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	朝食のパンを買いに行くなど、利用者本人の希望やご家族の思い、職員が対応可能な範囲を踏まえて外出支援を行っています。定期的にお墓参りに出かけている方もおられます。また、企画行事としての外出については、ドライブや公園など、不特定多数との接触を避けられる環境を選びながら実施しています。	天候や希望に応じて、日常的に近隣への散歩・朝食用食材等の買い物等に出かけるよう支援している。企画行事として、月に1~2回、少人数での紅葉・梅等季節の花を鑑賞する花見ドライブや、初もうで・地域行事への参加等、外出支援に取り組んでおり、家族との外出・外食・外泊も支援している。また、ベランダでの園芸・ベンチでの喫茶・ベランダ歩行等戸外で気分転換ができるよう工夫している。	
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	金銭管理については、基本的にご家族へ依頼していますが、希望があり個人でお金を管理されている利用者もおられます。1階のグリコでの買い物や、訪問喫茶「こころ」でのパンや焼き菓子の購入は自由としています。また、ご家族管理の場合でも、施設で立て替えて買い物ができるよう対応しています。		
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	手紙が届いた際には、返事を書く時間を設けており、依頼があればはがきの購入にも対応しています。暑中見舞いや年賀状については、希望枚数を購入し、投函まで行っています。また、携帯電話の持ち込みが可能で、施設の電話を利用することもできます。		

グループホームいやさか

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
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	1日の内に何回か室温確認・調整をしている。ユニットそれぞれの壁に額を飾って、ユニットらしさを出したり、観葉植物や花を飾り、家庭的で季節感のある空間になるようにしている。施設内の採光はオレンジの光にしており、温かみがあるように配慮している。	1フロアに2ユニットがあり、各ユニットを自由に往来でき、広い生活空間が確保され、室温管理やオレンジ色の採光により温かみを感じられるよう配慮している。各ユニットの共用空間は木調の落ち着いた雰囲気、テーブル席・ソファを設置し、思い思いの場所でくつろいで過ごせる環境である。椿等の花瓶や観葉植物を飾り、家庭的な雰囲気がある。各ユニットにキッチンスペースが設置され、可能な利用者は、米の計量・食洗機の使用・盛り付け・洗濯物たたみ・洗濯物干し等の家事に参加し、生活感を取り入れている。日中は、日課として、ラジオ体操・口腔体操や、書道・手芸等個別レクリエーション活動を行い、楽しみながら機能の維持・向上ができるよう取り組んでいる。図書室・地域交流スペースも共用空間として利用者・家族支援に活用している。	次のステップに向けて期待したい内容 日常生活の中で季節感が感じられる環境面での工夫が望まれる。
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回の地域交流スペース・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、使い慣れた物や馴染みのある物を持参していただくよう、ご本人・ご家族へお願いしています。また、生活を続ける中で必要となる物についても、施設からご家族へ持参を依頼し、安心して落ち着いて過ごせる空間づくりに努めています。	居室に、洗面台・ベッドが設置されている。テレビ・筆筒・引き出し・椅子・テーブル・本・写真・時計等、使い慣れた家具や、馴染みのある物が持ち込まれ、居心地良く過ごせるよう支援している。折り紙クラブで作成した自身の作品を飾っている居室もある。車いす等福祉用具や家具配置は、各利用者の状況に応じたレイアウトで動線を確保し、安全面に配慮している。利用者担当職員が家族と連携を取りながら、環境整備・衣替え等を支援している。	
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	2階のベランダでは、溝埋め工事を行い、段差にはスロープを設置しています。トイレについては、分かりやすいイラストを掲示し、場所が認識しやすいよう工夫しています。また、過去には歩行器の収納場所を床にテープで囲って明示するなど、危険や混乱を防ぎ、安心して生活できる環境づくりに配慮しています。		

## 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	26	担当国会議の議事録に、主治医・訪問看護師・薬局職員等関係者からの意見の聴取も記録に残すことが望ましい。	担当国会議の議事録において、主治医・訪問看護師・薬局職員など医療関係者からの意見聴取内容を記録する体制を整備し、利用者の状態把握と多職種連携の質の向上を図る。	①担当国会議開催前に、主治医・訪問看護師・薬局職員等へ利用者の状態を共有し、必要に応じて意見照会を行う。 ②聴取した医療職の意見(体調管理、服薬状況、生活上の留意点等)を議事録へ記録する。 ③議事録様式に「医療関係者の意見」欄を設け、記録漏れを防止する。	1ヶ月
2	52	日常生活の中で季節感が感じられる環境面での工夫が望まれる。	室内に居ても、入居者が季節を日常的に感じられる空間づくりを行うことで、暮らしの充足感を向上させる。	①毎月1回、季節感のある制作時間を設け、レクリエーションとして実施して、出来上がった作品をリビングに飾る。 ②企画委員会でリビングインテリアについて検討する機会を設ける。(議事録様式に、リビングインテリアについてと欄を設け、議論忘れ防止する)	3ヶ月
3	4	利用者も運営推進会議の構成委員であることから、状況を勘案しながら、短時間参加も含め参加を検討してはどうか。議事録ファイルに報告資料も綴じ、報告内容についても情報提供することが望ましい。	運営推進会議へ利用者も参加する。また、議事録ファイルには、報告書と会議録を合わせて綴じて、報告内容が明確になる環境をつくる。	①利用者の体調や理解度を考慮しながら、運営推進会議への短時間参加など参加方法を検討する。 ②議事録ファイルに報告資料を合わせて綴じる。	6ヶ月
4					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、行を挿入して下さい。