



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	2894000757		
法人名	さくらケアサービス		
事業所名	グループホームさくら伊伝居		
所在地	姫路市伊伝居450番地7		
自己評価作成日	2024年2月27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	https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=2894000757-00&ServiceCd=320
----------	---

【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	2024年3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)】

多くの人々が楽しみと感じられる食事に力を入れています。ほぼ毎日一から手作りで調理をし、家庭で食べられる様な食事を提供しています。大きな行事の際には特に力を入れて、入居者様の楽しまれている様子がうかがえます。また入居者様が安心して過ごせるよう、職員がやりがいを持って働けるよう、施設内研修を行っており、職員で意見が言いやすく、相談しやすいよう全体会議、常勤会議フロア会議を行い、活発に意見交換することができています。また運営推進会議にも家族様や地域の方が積極的に参加して下さり、少しずつだが地域の一員になっているのではと感じます。

【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)】

事業所は、設立満7年を迎え、家庭的な環境で一人ひとりに寄り添った支援に取り組まれています。毎日の昼・夜の食事作りでは、食材の買い付けから調理や後片付けに至るまでの一連の過程を職員と利用者が一緒になって手作りの食事作りを楽しんでおられます。地域密着型サービス事業所として地域と連携し、地域に密着した運営を進めていくために運営推進会議には3～5の家族、地域役員である自治会・老人会・複数の民生委員の各代表や地域包括支援センターの代表の参加のもと、地域に開かれたサービスとして質の確保・向上を目指した取り組みに努めておられます。毎月の職員会議では、忌憚のない意見や提案が出されて改善に繋げておられ、職場環境の良さがうかがわれます。

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)	☐ 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、活き活きと働いている (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

【セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。】

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
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	各階玄関にさくら伊伝居の独自の理念を掲げ、法人理念・サービス十か条と一緒に、毎週月曜日の朝の申し送り時に唱和し、その人らしさを忘れず、自立支援と認知症介護の専門性が重要であることを意識しています。	「支え愛 助け愛 思い愛」を事業所独自の理念として各ユニットの玄関に掲げ、法人理念とともに週に1回、朝の申し送り時に唱和されています。家庭的な環境で一人ひとりに寄り添った支援に取り組まれています。地域密着型サービスの意義を家族や地域の人々、そして職員に発信し、地域密着型サービスの役割を実践につなげる取り組みが望まれます。
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	秋祭りの際は駐車場を休憩所として提供し、神輿を担いでもらったり子供連れの交流ができました。家族様のご協力の下、馴染みの美容室へ行かれたり、かかりつけ医を変更せず家族様と受診されたり、近所の店(本屋や喫茶店、スーパー)の利用や、ボランティアを受け入れたりと、地域との繋がりを閉ざさない支援に繋がっています。	地域の秋祭りに、事業所の駐車場で休憩される時に、子供たちが神輿を担いで見せてくれたり、利用者も触れ合うことができています。地域の音楽会にも見学参加されていました。地域ボランティアの受け入れもされており、地域の商店の利用や散歩などで交流する機会を持たれています。
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	まず、ご入居されている方の家族様に対して、「認知症とは」という会話を通して理解を得たり、生活の支援に繋がらせていただいています。また、運営推進会議を通して支援の方法を話し合ったり、見学时に家族様の疑問や相談にお答えさせていただきます。	
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	今年度からは集合型での運営推進会議を開催することができた。毎回報告書を作成し、すべての家族と地域役員の方に配布できている。地域包括支援センターからは情報提供していただき、サービスの向上につなげている。「そろそろボランティアの受け入れはどうか？」と提案があり、コロナが第5類になって以来初めて、1月に和太鼓のボランティアさんに来ていただきました。	今年度は、運営推進会議が定期的に集合開催されています。地域役員の参加、地域包括支援センター職員、家族の参加があり、テーマを決めて話し合われています。参加できなかった家族や地域役員の方々には議事録や報告書が配布されています。いろいろな情報や意見などをいただき、和太鼓ボランティアを受け入れた事例がうかがえました。
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に取り組んでいる	主治医が入院治療が必要と判断したが、当該入居者の家族様が「入院も治療も希望しない」と断固拒否されたため、医療的治療をすれば回復が見込める状況において、それを拒否するのは虐待に当たらないか慎重に検討し、高齢者支援課、地域包括支援センターにも相談し現状を報告した。その他サービス内容の疑問にも都度対応してもらっている。また、GH連絡会の会長として研修開催や医療介護連携会議に参加し現状をお伝えしました。地域包括主催の研修に出席し、情報交換を行っています。	市の担当者には、困難な事例について相談したり、グループホーム連絡会の役員として、市の担当者と会議や研修などに参加したおりに、現状を伝えるなど情報交換が行われています。地域包括支援センター職員とは、運営推進会議に参加していただくほか、成年後見制度や困難事例などの相談など、日ごろから良好な関係が築けています。
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	2か月に1度の身体拘束委員会をはじめ、身体拘束や不適切なケアを行っていないか職員同士で確認し合えるようにし、職員の意識づけを行っている。また正面玄関では実践できていないが、施錠を常態化せず2階のベランダで施錠を開放する時間を日中に設けています。また、来客があった際は、正面玄関を開放し対応するようにしています。	身体拘束をしない指針を明文化され、2回の身体拘束をしないケアの職員研修と2か月ごとに身体拘束委員会で事例確認が行われています。玄関施錠はシステム上行われており、2階のベランダは時間を見て解放されています。現在、身体拘束をされている利用者はいませんが、職員の意識向上のためにも、玄関の施錠について話し合う機会を持たれることが望まれます。

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
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	施設内や職員全体会議で研修を行い、施設で働く介護職員（介護福祉士など）は通報義務があること、施設全体で虐待を隠してはいけないことを踏まえ、学んでいます。年1回、虐待の目チェックリストを用いて、不適切ケアについても考え、虐待になる前に気付けるようにしている。また、立場関係なく、職員の「疲れた」「大変」という思いを吐き出し、その会話の中で問題定義をしたり業務の簡素化（見直し）を図ることで、職員自身のストレスが溜まらないようお互いに気遣い合っています。	高齢者虐待防止法について、年に2回職員研修が行われており、年に1回は「虐待の目チェックリスト」を用いて、不適切ケアに気付けるように工夫されています。職員のストレスが支援に影響しないように、職員の気持ちをよく聞いて業務改善に取り組んだり、ストレスチェックなども活用され、虐待につながらないように努められています。	
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	入居者様に成年後見制度を利用されている方がおり、日頃から成年後見人の方と関わりを持っているので、成年後見制度についての理解はできていると感じます。必要と感じた際にはフロア会議などで話し合ったり、管理者等に相談でき、制度の紹介や説明を行っています。玄関にも成年後見制度のパンフレットを置き、いつでも家族様が持ち帰れるようにしている。運営推進会議で地域包括支援センターの方に成年後見人制度の研修を行っていただきました。	成年後見制度を利用されている利用者がおられ、玄関にパンフレットも設置されており、いつでも読んでいただけるよう配慮されています。また、運営推進会議の中で、地域包括支援センター職員から、研修として説明していただいております。職員には、必要であると管理者が判断された時期に、フロア会議などで話し合われています。	
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	契約時は契約書と重要事項説明書をわかりやすく説明し、かかりつけ医の選択や看取りの指針などのご説明もひとつひとつ行い、事業所でできることできないことをお伝えしています。質問などにも丁寧に答え御理解いただいています。長期の入院治療などの必要性は主治医、家族様との情報共有・話し合いを重ね、家族様の希望に沿う形や本人様の負担の有無などで審議させていただいています。介護保険改定時は、身元引受人様に説明し、疑問等を解消してから同意いただいております。	契約時には、契約書と重要事項説明書を用いて詳しく説明されています。利用者や家族が不安に思われていることについては、具体的な事例を用いながら丁寧に答え、納得されるまで話し合われています。入院になった場合などの質問については、十分に話し合われています。「重度化した場合における対応（看取り）の指針」を示して説明したり、緊急時の医療行為についても理解していただき、同意書を書いてもらっています。	
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	利用者様からは、日々の職員との会話内容から汲み取ることが多いですが、家族様の面会時に聞かれた意見や思いなども大切に受け取らせていただいています。家族様からは、ケアプランの意向や評価の確認時、面会時の会話などからお伺いしております。また運営推進会議に家族様も参加していただき、施設職員だけでなく、外部の方にも意見や思いを伝える機会があります。それら意見を管理者はじめ職員全体で共有し、サービス・支援に繋げています。	意見箱を設置していましたが、あまり意見の提出がないため、ノートを置いて意見を書いていただけるように変更されています。まだ家族会の開催には至っていませんが、行事に家族の参加を促すなど意見を聞く機会を作りたいとの意向がうかがえました。今後、満足度調査などの活用なども検討されることが望まれます。	
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	日頃から事務所を開放し、いつでも管理者へ意見や思いを言える環境になっています。また、常勤会議やフロア会議で職員の意見を汲み取り、業務の見直しやサービスの改善に繋がっています。また個別的に話し合いが必要な方についても都度、現場の職員、リーダー、看護師、ケアマネ、管理者などで話し合い、支援につなげています。	日常的に、職員から業務についての提案や購入品の要望などの意見が多く上がっており、できる限り運営に反映されています。職員の面談は、昨年まで年に1回されており、今年度もしていきたいとの意向がうかがえました。	
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	毎月代表者と他事業所の管理者で運営会議を行い、運営状況や事情を報告・共有しており、環境の整備につなげています。また事業所職員が全体会議に参加しており、代表者の指導や言葉をいただき、日々業務に取り組んでいます。		
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態と力量を把握し、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	代表者がその管理者にあった外部研修を提案して、今の自分に見合った研修に参加できる機会があります。そのほか職員にも施設内外の研修にも積極的に参加できるようサポートがあります。また資格取得に向けたバックアップや技術向上の機会もあります。		

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
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	運営会議では管理者同士が話し合える場があり、福祉関係の講演会への参加もあります。その他職員は外部研修や地域包括の開催する研修にケアマネが参加したりできている。特定技能生については、日本語授業を実施しレベルアップを図っている。 またグループホーム連絡会にも参加し、他法人のグループホーム職員と交流する機会があり、意見交換や情報共有ができています。		
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	入居して初期は特に不安を感じる本人や家族の思いをできる限り受け止める姿勢を示し、不安や生活上の不便さを確認したら、その都度、職員間で共有し、家族様に今までの生活歴を再確認したり、改めて本人様の思いを聞かせていただいたり、距離の縮め方に配慮しながら関係づくりを行っている。入居当初の(仮)介護支援計画書を2か月以内に見直すことで、支援内容と本人様の思いに大きくズレがないか早期に確認することができています。		
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	申込み時からじっくりと家族様の意向や思いに寄り添い、出来る限り支援に取り入れられる努力をしております。具体的には、持参のスマホによる連絡の頻度(多すぎる、電話に出ない等)や充電確認、習慣づいた散歩や活動量の確保、必要物品の購入や受診の対応、服薬の管理など。まずは、家族様にとっても「本人が馴染めるかどうか」という不安が大きいので、密に連絡を取りながら様子をお伝えし、家族様の不安解消にも努めています。		
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	特にリハビリを希望されるかどうか、が大きな焦点になっています。こちらで行える内容は、主に日常生活動作の継続、支援にあたるため、専門的なアドバイスやケアを求めている場合は、他施設の紹介や相談にお答えしております。また、退院後の居宅介護支援事業所の紹介を行ったこともあります。		
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	理念の「支え愛 助け愛 思い愛」をモットーに、プライバシーや互いの役割を大切にしながら信頼関係を築けるよう努めています。自立支援として出来る限り役割を残し、また嫌悪感を抱かれない距離感を保ちつつ、発言や表情から都度の思いを汲み取り、職員で支援の統一を図れるよう情報共有しています。		
19	○本人と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	契約時には、家族様がどのような思いで大切な方を「入居」という選択で来られたのかを理解し、事業所で出来ることを提案し、支援内容を一緒に決めていきます。また、家族様自身が継続していきたい支援(受診は家族で行う、など)もあるので、対応を一本化せず、個別に支援できるよう努めています。また感染症流行時以外は面会も行える環境にしており、いつでも本人とお会いし、交流できるようにしています。また本人様に必要な購入品などもお手伝いいたしています。生活の様子についても3ヶ月に1回お便りを作成し、家族様にお伝えしています。		
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	以前からの地元のかかりつけ医に継続して受診されている方や、行かれていた美容室で散髪されている方がいらっしゃいます。また自宅にいたところのご友人方が面会に来られお話されることもありました。	これまでの馴染みの美容室に出かけられる利用者や、お孫さんが成人式に着物で来られ、一緒に写真を撮ったり、赤ちゃんが生まれた報告に来られるなど、関係の継続が行われています。お正月に帰省される方や、墓参りに行かれる方もおられ、関係が途切れないよう支援に努められています。	

自己 第3	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	なるべくトラブルがない配置で食堂の座席決めを行っており、馴染みの関係性を作っています。居室での時間を好まれる方もおられますが、洗濯や食器洗いなどをお願いしてみたり、食事は皆さんとされたり1日に何度もお声かけを行い、何回かは他者交流が図れるように配慮、工夫をしています。また、レクリエーションや他階への散歩を行うことで交流を図ることができています。また大きな行事の際は共同で行い、施設全体での関わりを持つことができています。		
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	サービス利用終了後も、ご相談があればいつでもご連絡いただけるようにお伝えしています。また転居や入院等、過ごし居場所が変わる際には、これまでの施設でのケアの情報をお伝えし、本人様が安心して過ごせるよう心がけています。		
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	C-1-2シートを月ごとに対象者を決めて活用し、個別の思いや意向を把握し、支援につなげられるようにしています。また、日々の会話から受け取った思いは、リーダーやケアマネ等に報告し、ケアプランに反映したり、サービス支援に繋げている。	「センター方式C-1-2シート」を活用し、毎月一人の利用者を対象に、職員全員で聞いたり気づいたことを記入し、思いや希望の把握に取り組まれています。担当職員や介護計画作成者が全体の情報をまとめ上げ、ケアプランへの反映に努められています。意向把握が難しい方に対しては、うなずきや表情など日々の対応から把握に努められています。	
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	ご入居時に生活歴などの情報をいただいたり(基本的には、ご家族様から見た入居者様の人生)、以前利用していた施設様に情報提供を依頼し、「その人らしさ」を切り離さないように努めている。		
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	入居前では、一人暮らし、家族と同居、デイ・小規模多機能などの施設利用・など、どのような環境でどのように過ごされていたかを重点的に聞き取り、把握に努めています。入居後は日々の関わりの中で軽作業やレクリエーションを通し、その方の得意なことを見つけて、本人様が負担なく役割として取り組めるように意識しています。またそれぞれのチェック表を用いてトータル的に現状を把握するようにしています。		
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	毎月各階のフロア会議で課題を把握し、介護計画更新時に担当者会議を行い、現状に即した計画書を作成できるよう心がけています。本人や家族様に参加いただくこともありました。また毎月各居室担当がモニタリングを行い、計画書の内容に沿ったケアを行えるようにしています。その中でも支援として強化したい課題は、「重要視ケア項目」として毎月考え、職員にとっても、なんとなく終わらないように意識づけをおこなっています。また、家族様をはじめ、看護師、主治医、福祉用具専門相談員の方に意見を求めたりと、連携を図っています。	意向把握のために行われている、「センター方式C-1-2シート」を活用され、それをまとめたあがった利用者一人一人の「人系図」をアセスメントとし、半年ごとに介護計画を作成されています。利用者、家族、主治医、看護師からの意見を聞きながら担当者会議が行われています。毎月モニタリングが行われ、支援強化したい項目を決め、「重要視ケア項目」として毎月職員全体で取り組まれています。現状に即した介護計画策定と計画に沿った支援の統一に努められています。	
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	C-1-2シートの記入をはじめ、ケース記録、日誌、申し送りノート、事故報告書、ヒヤリ・ハット報告書をもとに話し合いを行い、情報共有をしながら支援内容の更新に努めています。		

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
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	ご本人の意思により入浴ができない方には、毎日夕食後以降の清拭または更衣のお声かけを行って、警戒心を少しずつ解きながら入浴ができるように工夫している。また、家族様が銭湯に連れていってくださったり、美容室に行ってくださいたり、施設内外で「苦痛なくできること」を家族様と相談させていただきながら手探りしている例もあります。今のケアで十分か何かできることはないか、職員間でも毎月のフロア会議でも検討しています。		
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	買い物、喫茶、美容室、ボランティアの利用があります。また地域包括支援センターに地域の地域資源の情報提供をいただいています。		
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	施設では提携病院に月2回の往診に来ていただいています。定期的な往診が必要であるか本人様・家族様と相談し選んでいただき、以前から通院されていたところを継続利用されている方や必要時のみの受診にされている方もおられ、希望に合わせて柔軟に対応しています。また、転倒や身体の変化については、必要に応じて家族様と話し合い、整形外科や皮膚科などを受診したり、紹介状をいただいて専門医を受診、治療開始される方もいらっしゃいます。	以前からのかかりつけ医を受診されている利用者が3名おられ、家族が受診に付き添われています。他の利用者は月に2回の協力医の往診に変更されています。歯科往診を利用されている人もおられ、看護師が週4回来られ、健康チェックや健康相談が行われています。他科への受診についても家族対応をお願いしていますが、事情によっては事業所でも対応する場合もあります。皮膚科の訪問医療も利用されており、適切な医療が受けられています。	
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	介護職が普段と違うと感じたことは看護師に相談しています。不在時は看護師ノートに記載し情報共有しています。それをもとにかかりつけ医に相談し、必要時には受診対応や指示をもらい、適切な受診受けられるようにしています。フロア会議にも積極的に参加してもらい、一緒に考える環境ができています。		
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。	入院が必要と判断された場合は、家族様の意向のもと治療に専念していただきます。入院時には情報提供書をお渡しし、退院時には看護情報をもらい、入退院があっても本人様が安心できるように、切れ間ない支援ができています。退院の目的については、こまめに病院へコンタクトをとり、状況把握と調整に努め、その際、退院後に施設でできることを病院と家族と話し合いながら、すれ違いが起きないように配慮しています。	利用者が入院になる場合には、協力医やかかりつけ医の紹介により、家族の意向も話し合われ決定されています。事業所では入院時には情報提供書を提出され、退院時には看護情報を受け取っています。入院中は、まだ面会ができないため、地域医療連携室を通して状態確認を細やかに行い、退院時には電話で情報を共有し、退院の準備をされています。	
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	食量量の低下や体重減少など、ご本人の状態を看護師とともに把握し、家族様と主治医に相談できる形をとっています。希望に応じて主治医が直接家族様に説明していただき、治療の検討や、終末期に向けた話し合いを何度も重ね、施設ではどのように過ごされたいか、どのようなことができるかを話し合いチームとして取り組んでいます。また延命治療の希望について気持ちに変わりがないか、事前要望書を年に1度確認をとっています。	入居時に、「重度化した場合における対応（看取り）の指針」を提示され、事業所ですることやできないことなどを説明されています。重度化した場合には、担当医が家族と話し合わせ、看取り（重度化した場合）の同意書がとられています。看取りをされた事例もあり、看取り後の職員カンファレンスを行い、振り返ることに努められています。看取り計画や看取りに関する職員研修もされており、終末期支援に誠意をもって取り組まれています。	
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	職員は、年に2回緊急時の対応について施設内研修を受けています。AEDの使用法や緊急時（日中・夜間）の連絡方法、急変時の初期対応などマニュアルも含め、職員が知識として得られるよう研修を行っています。緊急時にどこに連絡すればよいか一目でわかるように連絡先も掲示しています。また、会議でも事故報告書やヒヤリ・ハットをもとに、状況を想定した対応策などの話し合いを行っています。		

自己 評価	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
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	避難訓練は年2回、夜間想定も含め行っています。緊急連絡網には自治会長、老人会長の連絡先も入れさせていただいています。またさくら伊伝居は水害(洪水・内水)の対象地区のため、避難確保計画を策定し、誰でもみられるようにしています。BCP計画については作成中です。	避難訓練は年2回、昼夜間想定を含めて行われています。緊急連絡網には自治会長、老人会長の連絡先も入れられています。火災・自然災害に関するマニュアルや備蓄品(3日～5日分)も準備されています。ハザードマップによる水害(洪水・内水)の対象地区のため、避難確保計画を策定されています。業務継続計画(BCP)については作成中ですが、避難訓練計画は予定されており、今後の訓練実施が望まれます。	運営推進会議には地域役員の方々が多数出席されており、協力的な地域であることから、事業所も住民の一員として、地域の役割などを積極的に取り組み、災害時の協力体制の基盤づくりに努められることが期待されます。
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	毎週月曜日に理念の唱和や、プライバシーの研修などを通して、尊厳やプライバシーへの配慮については日々心がけています。またプライバシーについて気になることがあると会議内で議題として取り上げ、検討し、全体で周知しています。	プライバシーの確保については、職員研修を年間研修計画に盛り込み、一人ひとりのお部屋に入るときに、声掛けをしてから行動するなどの配慮がうかがえました。排泄に関しては利用者のお部屋にトイレがあるため、周りに気にせず介助が可能であり、失敗があったときに、配慮ある声かけができるように指導されています。	
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	認知症の方の対応方法や、基本的な関わり姿勢というものを大切にし、なるべく自己決定を尊重している。日常的にはおやつに食べたいもの、飲み物をお聞きし決めていただいたり、一緒に買い物に行き、食べたいものや必要なものを自分の目で見て決めて購入されることもあります。		
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	集団生活における時間設定はあるが、食事をズラして対応したり、業務の中での順番(シーツ交換や入浴日など)は臨機応変に変更しています。また食堂や居室等本人様が過ごしたい場所で過ごしていただいたり、その日の気分に寄り添い対応させていただいています。		
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	好みの衣類や髪型はご本人の意見を大切にしており、スカートをはいていただいたり、ネックレスをつけたり、帽子をかぶったり、その人らしい身だしなみで過ごされています。訪問美容でもカットだけでなく、本人の希望に合わせ、カラーやパーマをされています。訪問以外でも家族様と外出し美容院にいかれる方もいます。		
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	毎食作っている際の匂いや献立を共有したり、好き嫌いの把握に努めています。また、調理や洗い物、買い物などは、できる方・やりたい方と一緒にしています。正月にはお節を、節分では一緒に巻きずしを作りをし、季節の行事と一緒に楽しみ、また旬の食材を使うようにすることで、季節感を感じてもらえるようにしています。テイクアウトなども企画に取り入れることで外食の気分も味わうことができています。	献立は管理者が考え、朝食は職員が、昼食・夕食は職員と利用者が調理しています。食材の買い付けから調理・盛り付け・後片付け・食器洗いに至る一連の過程を職員と利用者が一緒になって手作りの食事作りが行われています。近隣の有機野菜栽培者から旬の野菜を購入しています。正月にはお節、節分には巻き寿司、雛祭りにちらし寿司など季節感を感じる料理を作り、敬老会や運動会やクリスマス会などのイベントでも食事を楽しむ取り組みが行われています。時には、テイクアウトも取り入れていきます。	
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	毎日の記録を目安にし、その日の体調に合わせて食事量や水分量を確保できるよう努めています。お茶・水が苦手な方には、ご本人が望むジュースを提供したり、コップで飲みにくい方にはストローをつけるなど工夫し水分量の確保をしています。また病気や血液検査の数値から家族と相談しながら、看護師より共同生活でできる範囲での食事管理も行います。		

自己 評価	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
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	行っています。歯ブラシ、歯間ブラシ、口腔ケアシート、口腔スポンジ、うがい薬などを状態に応じて使い分けています。また、口腔内の状態が悪くなったり希望があった場合は、歯科往診を依頼し、必要な治療や定期的の検診を受け、指導いただいています。今年度は口腔ケアについての施設内研修を行っています。		
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	排泄ボードや排便チェック表を使用することで、排泄状況を職員間で共有し、誘導しています。トイレの使用頻度や自立度もみながら支援を行っています。下着を使用されている方も数名いらっしゃいます。夜間も、排泄パターンを把握し、トイレへ行っていただくこともあります。またプライバシーに配慮し失敗した時の声掛けも気を付けています。	排泄ボードや排泄チェック表を使用しながら、利用者一人ひとりの排泄パターンを職員間で把握・共有し、利用者個別の自立に向けた排泄支援に努められています。トイレは居室に設置されておりプライバシーが確保されていますが、職員はタイミングを見計らって声掛けし、ノックをして入室されています。ほとんどの利用者は布パンツまたはリハビリパンツを着用されており、おむつの方は2名だけです。	
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	服薬に頼らず、運動する機会を設け、水分を多めに摂っていただけるよう努めています。また、冷えを予防するためのレッグウォーマーや下着の着用もあります。食事も食物繊維の多いものを考え、献立にしています。		
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	曜日や時間帯は決められていますが、その範囲内で個々の思いに沿った入浴時間を楽しんでいただいております。入浴が嫌いな方は無理にお誘いせず、入浴できないときは本人が大丈夫なタイミングで陰部洗浄や清拭、更衣を行い、恐怖感が芽生えないようにしています。家族様に銭湯に連れて行っていただいたり、訪問美容時にドライシャンプーしていただくこともありました。	利用者は、週に2～3回、午後入浴を楽しまれています。入浴を拒否される方には、タイミングを見計らって勤めたり、清拭に変えたり、家族に銭湯に連れて行ってもらうなどの支援が行われています。柚子湯などの季節湯も行われていますが、入浴剤は使用されていません。同性介助を基本とされており、難しい場合にはご利用者の承諾をいただいています。	
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	好きなときに休憩していただいたり、就寝していただいています。できるだけ夜間は休んでいただけるようお声かけさせていただきますが、入眠時間や起床時間はバラバラです。また、夜間の水分補給や温度管理にも気をつけています。また活動量が少なく眠れない方にはできるだけ日中に活動していただけるよう声掛けさせていただきます。		
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	既往歴と服薬の有無については、入居時に把握しています。処方箋も全員が閲覧できるように各フロアにあり、また、処方薬の変更の際は、注意事項の共有と経過観察を慎重に行い、目的や副作用について理解できるようにしています。状態の変化に合わせた報告が介護職から看護職に、施設職員から主治医や家族様にできるよう努めています。服薬もミスがないようダブルチェックを行っています。		
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	新聞購読や家事分担など引き続き行っていただけることは途切れないように努め、気分転換に繋がれるような行事・イベントを行えるよう取り組んでいます。		

自己 評価	項目	外部評価	
		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	ごみ捨てや洗濯干し、買い物、花の水やりなど、ちょっとしたことで利用者様にお声掛けし、外出できる機会を作っています。また日々のリハビリとして近所への散歩やベランダの散歩など、本人の希望以外でもお声がけして行っています。また地域でのイベント時には一緒にいくこともありました。初詣には体調不良の方以外は行くことができました。	事業所は、利用者に気分転換や外気浴を図っていただくために、あらゆる機会をとらえて外出支援に努めておられます。例えば、近隣の散歩やベランダを散歩したり、日々のごみ捨て、洗濯もの干し、買物、花の水やりを利用者と一緒に行ったり、桜や季節の花が咲く頃には、近くの桑原神社まで弁当持参で散歩し、野外で弁当を食べて自然を楽しまれています。また、芋掘りや苺取りにも行っています。以前は行っていたドライブによる外出は少なくなっています。
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	お金を使う機会は少ないですが、希望に合わせて、今まで通り財布やお金を持っておられる方もいます。お金の感覚が維持できるようレクリエーションで金の計算などを行いました。	
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	スマホの利用で、好きな時間に家族様とやりとりされている方もいらっしゃいます。また、希望があれば家族様へ職員を通して連絡させていただく場合もあります。また正月には年賀状が届いたり、詩吟の弟子から頼りが届くこともあります。	
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	食堂は窓が大きく、太陽の光が差し込みやすいく気持ちの良い空間です。暑さやまぶしさなどはロールカーテンで調整しています。身長に合わせたテーブルを取り入れて、負担なく過ごせるようにしています。温度・湿度管理も気を付けており、また各居室に今まで使用していたものや、家族の写真等、本人の好みに合わせた物など持ち込まれ、安心できる空間づくりを心がけています。	玄関・廊下・食堂・台所(オープンキッチン)・浴室などの共用空間は、清潔で、明るさ、温湿度、匂い、音などが快適に保たれています。加湿器も設置されて住む人にとって居心地のよい環境作りが行われています。食堂の南側の窓は大きく掃き出し窓になっているため、太陽の光がふんだんに入ってきており、開放感が感じられます。ご利用者のレクリエーションの写真や人形、季節の花が飾られて生活感も感じられ、壁には風景絵画がかけられて落ち着いた雰囲気がある居間が醸し出されています。
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	共用空間でも一人や気の合う方と過ごせるようにテーブルを離せるようにしています。また玄関にあるベンチなどで過ごしたり、各居室で自由に過ごしていただけるようにしています。座席も基本は固定ですが、その時の入居者様の気持ちに寄り添い、移動させていただいたり、座席の検討をしています。	
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	備え付けのもの以外は、今まで過ごされていた馴染みのものなどを持参していただき、本人が安心して過ごせる空間を心がけています。持ち物が少ない方でも、施設で過ごしていく中で本人様の好きなものを把握し、好みに合ったものを飾ったり、思い出として写真やメッセージカードを掲示したりしています。居室内だけでなく入り口にも飾り棚があるので、好みのものを飾り、見慣れていく中で自分の居場所と感じ安心できる居場所作りを心がけています。	居室には、ベッド、エアコン、タンス、トイレ、洗面台が備え付けられています。窓のスペースは大きく、掃き出し窓になっており、障子入りになっています。居室は掃除がいきどいており、本人の馴染みの使い慣れたテレビや加湿器などが持ち込まれ、家族の写真が飾られて本人にとって居心地のよい環境作りが行われています。
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	基本的にはバリアフリーで、安全に移動ができます。ベッドも安全性、利便性を考慮し3モーターの物を採用しています。また各居室扉の窓の形を変えたり、表紙を置くことで、不安や混乱が少ない環境にしています。本人の状態に合わせた福祉用具の利用なども取り入れています。掃除が好きな方は自宅からほうきを、本が好きな方はたくさん本を持ってこられたりし、できることを継続できています。	

(様式2(1))

事業所名 グループホームさくら伊伝居

作成日: 2024年 7月 1日

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	35	災害時の協力体制についての協議が地域の方とあまりできていない。	地域の一員として災害時の協力体制の基盤作りができる。	・運営推進会議等、地域の方が参加する場で災害についての話し合いが行える。 ・BCP計画に反映させる。	12ヶ月
2	49	日常的な外出支援が減っている。	入居者様と日常的に外出が行える。	・ちょっとしたドライブを企画する。 ・家族にもお願いし外出機会を設ける。 ・日頃から近所へ散歩に行くことができる。	8ヶ月
3					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。