

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	2894001383		
法人名	株式会社 あっぷる		
事業所名	あっぷるグループホームあぼし		
所在地	兵庫県姫路市網干区垣内南町2038番地		
自己評価作成日	2025年2月24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_kihon=true&JigyosyoCd=2894001383-00&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	2025年3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)】

入居者様に毎日笑って生活して頂きたく、日々のレクリエーション活動に力を入れております。制作にも力を入れており、玄関には毎月季節の壁面を両ユニットで力を合わせて完成させています。入居者様の残存機能を把握し、できる限り自分でできる事はして頂いています。入居者様にとって施設が我が家に様に、職員とも家族の様に過ごせる施設を目指しています。

【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)】

事業所は、2023年4月1日設立からまもなく満2年を迎えられます。「温もりを感じて頂ける介護サービスの提供」、「笑顔・感謝・情熱を持って対応」、「地域社会との繋がりを大切にする」などの5項目の事業所理念に基づいて利用者の尊厳と自立を大切にされて運営が進められています。医療連携体制を構築されて、24時間オンコール体制のもとに看取り介護が実践されています。母体法人は、ワーク・ライフ・バランス推進運動の表彰受領企業として知られており、その影響もあって、職場は明るく、職員と利用者間、職員同士の関係性は、ゆったりとされているように見受けられます。

Ⅴ. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目№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、活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 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
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	認知症に関する勉強を職員に順番に研修を受けてもらう様にしています。地域密着型サービスとして、地域との繋がりをもった動きが出来ていないのが反省点であります。	事務所内に、法人理念、社訓などが掲示されており、事業所理念は相談室に掲示されています。管理者は、毎日各ユニットでの申し送りの時間に現場に行き、立ち合い、その日の課題やその対応策についてその都度対応されています。法人主催の研修は、年1回夏に実施されていますが、事業所理念についての共有や実践に繋がる話し合いには至っていません。今後は、事業所理念について理解を深める時間や理念を共有する具体的な取り組みが望まれます。	毎月、定期研修などで事業所理念を共有する機会があるとうかがいましたが、その内容についての記録が確認できませんでした。理念について理解を深める機会を作り、利用者家族とも理念を共有するとともに、理念の揭示、PDCAでの実践などを通して、日々のケアに繋げる取り組みが期待されます。
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	地域の行事に参加を考えておりましたが、なかなか実践ができていないのが反省点であります。	地域の行事には、できるだけ参加するようにされていますが、今年度は日程の都合がつかず参加できていません。地域との付き合いについて、企画相談中だとうかがいました。実習生として龍野北高校からの生徒の受け入れをされています。また、地域の一斉清掃では、利用者と一緒に参加されました。	
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	今年度、夏祭りを実施し、地域の方々にグループホームや認知症の事をしって頂く機会を計画しておりましたが、台風の接近により中止となり、その後新たな計画をたてる事ができていません。来期6月位に地域の方々との行事を開催したいと考えております。		
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	今年度は、書面での報告月もあり、施設が開催日をわすれた事や、日程が合わなかったりと、失態がありました。開催時には、自治会からも行事に日程や参加時は席の確保などのお話もして頂いています。	構成メンバーは、地域包括支援センターの職員と、自治会長と事業所職員となっており、ほぼ固定化されています。重要な利用者家族の参加が確認できませんでした。また、全ての利用者家族への運営推進会議への案内とその議事録の送付も確認できませんでした。今後の取り組みに期待します。	構成メンバーが固定されており、利用者家族の参加が望まれます。さらに地域の知見者などの参加が望まれます。また、地域の民生委員やボランティアの代表者、地元の消防団など利用者がこの地域で暮らす中で共に意見を出し合えるような会議になるように、議題の広がりも期待されます。
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	地域包括センター様とも、運営推進会議の時のみお話をさせて頂く事になってしまっており、地域密着のサービスを実施している当施設が改善を考えて行かなくてはいけないと感じております。	地域包括支援センターへ、地域との関わり方などについて相談をされているとうかがいました。事業所連絡会には参加されて、情報の共有、勉強会などが実施されています。	
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	介護施設では、身体拘束は全体的にしてはならぬものと、職員に周知徹底しています。法人としても年2回身体拘束定例研修を行っています。	「身体拘束等の適正化のための指針」を確認しました。8月と1月に身体拘束に関する研修を実施され、8月には「その介護あつてますか？」とのテーマで、1月には「身体拘束の排除のための取り組みについて」の研修を実施されています。玄関は施錠されていますが、職員は身体拘束にあたると認識されており、その重大性を自覚し、やむを得ず実施していることを確認されています。今後は身体拘束適正化についての委員会の議事録にも記録し、常態化しないための取り組みや共有を図られることが期待されます。	

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
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	虐待についても、絶対にあってはならぬものと、職員にも周知徹底し、定例研修も実施しています。毎月職員にも虐待防止のためにセルフチェックシートを記入してもらっています。	「虐待防止に関する指針」を確認しました。7月と3月に研修実施され、7月には「虐待の種類や法令について」、3月には、「虐待の芽チェックリスト」を実施されています。また、「自己点検シート」で、日常的なケアの場面での行動についてチェックをされています。加えて年に数回、職業性ストレス簡易評価ページを使用してアンケート調査も実施されています。今後は、そのチェックの結果を踏まえたディスカッションを実施し、現場に結びつけることが期待されます。	
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	制度の理解はなかなか難しく、なんとなくは理解できているが、完全には把握できていない状態。現在は制度を利用している入居者様はいらっしゃいませんが、のちの為に勉強会等を開催し、職員全員がきちんと理解できるようにしていきたいです。	11月に人権尊重・成年後見制度について、マニュアルに沿って研修されています。現在は、制度を利用されている方はおられません。パンフレットは玄関や相談室にも設置されて、誰でも手に取ることができます。	
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	入所契約時は、ご本人様・ご家族様と時間をかけ、契約内容の説明を行い、署名捺印を頂くようにいたしております。	見学後に申し込みされることが多く、順番がきたら連絡をされ、利用者本人の面談と入居判定委員会を開催して契約決定とされています。契約では、重要事項説明書や契約書はもちろん、「重度化・看取りの対応に関する指針」の説明、「重度化・看取りについての要望書」の中で、緊急時の対応に関する内容も含まれ説明されています。かかりつけ医については、契約時に希望を聞き、選択していただけるようになっています。	
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	年に1回は、ご家族様にはご意見が記入しやすい様に、無記名でのアンケートを実施しています。ご意見頂いた事に関しては、研修会等で話し職員全員に周知徹底し、改善策についても話し合いを行い、全員で改善をしていくようにしています。	利用者アンケートは、2023年度に実施され、利用者家族の意見を無記名で伺う機会となりましたが、近年は実施されていません。アンケート結果については、その内容を全職員へ見てもらい、対応をするようにされています。最近家族から、職員の言葉遣いについて、より丁寧な言葉遣いをしてほしいとの要望がありました。	
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	研修会も兼ね、ミーティングを行っています。その際に運営や業務についてみんなで、意見交換を行ったり、個々の意見等を聞く機会を持つようにしています。	職員はいつでも管理者等に対して相談しやすい関係が築かれており、職員の意見を聞く機会も設けられています。毎月1回の定例研修の際に、ユニット会議も開催され、日々のケアの中で起こる課題や利用者対応について、その都度、話し合い、対応策が決められて実施されているとうかがいました。毎月のミーティングは、定期研修の当日に行われていますが、ミーティング記録が不定期となっています。今後は、重要な情報や課題について、確実な記録と職員間での共有が期待されます。	
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	個別に面談を実施しています。業務や人間関係について職員から話を聞くようにしています。		
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	認知症やアンガーマネジメント等の研修を法人が定期的に開催している。毎月管理者には、代表参加の管理者会議に出席をしている。業務内容の研修や運営に関する研修を受けて受けている。		

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
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	法人の管理者同士の研修もあり、交流を持ちサービスの質の向上を目指している。グループホーム連絡会にも出席を行い、出席できない場合も、法人内の出席をしている管理者より申し送りを聞くようにし、現在の新しい情報を知るようにしています。		
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	ご本人様やご家族様から、昔のお話を聞くようにしています。現在のお困り事もお聞きし、入居者様に安心していただく為にどのような支援が必要かを見極める様にしています。		
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	入所時は、ご家族様もご不安があるので、施設での生活がどのような流れやどのような支援が行われているかの説明を行い、安心して頂いてけるように報告を行っています。		
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	グループホームでの生活が本当に必要かどうかご家族様やご本人のお話はおききする様にしています。ご本人様やご家族様のニーズをお聞きし、その状態にあった、他のサービスのお話もさせて頂き、選択しを多く持って頂ける様にしています。		
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	職員は、入居者様と家族となれる様に、自宅で過ごして頂くのと、同じ気持ちでいて頂ける様に関係の構築を行っている。		
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	毎月各個人向けの施設からの通信を送付しています。その際には、ひと月あったことや、現在の状態を記載しご家族様にも現状をしって頂き、一緒に入居者様の支援を行える様にしています。		
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	面会や外出や外泊にも柔軟に対応しています。時間も連絡をいただければ柔軟に対応するようにしています。	面会は、事前の連絡をいただくようにされ、基本的に相談室で実施されています。外出も自由で、知人、友人、親戚などの訪問もあり、お墓参り、法事などにも参加されています。事業所では、時々、地域の喫茶店や飲食店に行く企画をして楽しまれています。地域の秋祭りはだんじりが、事業所前の道を通るので、庭から見えるとのことで、毎年楽しみにされています。	

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
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	みんなのできるレクリエーション活動を実施しています。その場の状況に応じて、席の移動やユニット間移動も自由に行って頂いています。		
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	現在、施設でのサービス終了が多く、事例がありません。		
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	出来る限り、ご本人様のペースで生活して頂ける様に心がけています。入居前の生活のペースを維持できるように、支援を心がけています。	部屋担当が決まっていますが、利用者担当は決めておられず、全職員でケアをされて、意見や状態の報告なども行っています。意思の表出が困難な利用者については、職員から、日常生活の中での表情や声に耳を傾けるよう心掛けておられます。入浴時などに聞いた言葉や気持ち、また、日常生活の中での様子は職員全員からの聞き取りや情報共有により、最終的に本人にとって良いであろうと思われることを検討されています。	
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	実際に入居になった時に、ご家族様にお聞きしたお話を情報として職員に落としこむようにしています。		
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	支援経過を細かに記入を行い、全員で入居者様の現状の把握ができる様にしています。		
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	ご家族様面会時や電話や通信で現状を報告させて頂き、ご本人のお話もお聞きし、両方のご希望が出来る限り叶えられる様に、介護計画を作成しています。	6か月に1回の介護計画の作成ですが、利用者の急な体調変化が合った時には、その期間を待たずに再度アセスメントを行い、介護計画の作成を行う場合もあります。通常は、介護計画にもとづいたサービス計画を実施し、モニタリングを行い、評価をされています。介護計画の作成にあたっては、近況を家族に伝え、希望要望や意見などを事前に聞くとともに、職員全員からも利用者の現状に即した介護計画の作成ができるようチームで作成されています。今後は、実際にチームの一員であるかかりつけ医や看護師、歯科医師など、利用者に関わる全ての関係者の意見やアドバイスなども含めて、介護計画の作成と見直しが行われることが期待されます。	
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	入居者様の言動や行動を支援経過に記入する様にしています。職員は仕事前に支援経過に目をとおり、入居者様の状況把握を行う様にしています。		

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、その時々にも生じ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	現在、協力医療機関以外への通院は原則ご家族様対応とさせていただきます（緊急時対応除く）が、ご家族様や入居者様の状況に合わせて、柔軟に対応させていただきます。		
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	今年度は、地域資源との関わりを持つことがなかなか出来ませんでした。職員とも話し合いを行い、地域の行事や、地域の方々とどのように共生していくかを考えて参ります。		
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	入居者様やご家族様の意向をお聞きし、柔軟に対応しています。	かかりつけ医は、契約時に選択できるようになっていますが、現在は全て事業所の協力医が担当されています。訪問看護師は週2回の訪問があり、24時間のオンコール体制で安心な環境となっています。訪問歯科は3か月に1回の訪問、口腔ケアを行う歯科衛生士は月2回の訪問があります。他科の受診は家族の支援で受診されています。	
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	訪問看護ステーションと契約を行い、週2回入居者様の健康チェックを行っています。その時はもちろんですが、それ以外にも相談事がある時は、電話連絡を行い随時相談を行っています。オンコール対応有、24時間体制で対応して頂いております。		
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。	入院時には、情報の提供や退院時の受け入れ等の説明をさせて頂いております。退院時カンファレンスにも参加し、地域連携室と協議をさせて頂いております。	入院となった場合には、サマリーなど利用者の情報が提出できるよう準備されています。また、退院時には書面での情報提供があり、退院後の生活も安心して過ごされるように、家族や地域医療連携室との連絡を密にとり準備されているとうかがいました。退院時カンファレンスも連絡あれば参加されています。	
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	契約時に、重度化・終末期に関しての説明をさせて頂き、ご希望をおきしています。方針や考えが状況によって変化がありますので、1年から1年6か月を目安にご希望の再確認をするようにしています。	事業所では看取りもされています。契約時に、「重度化・看取りに関する意向」と「重度化・看取りについての要望書」について説明されて意向確認をされています。また、家族の意向に変わりがなければ定期的にも確認をされています。看取りに入る時には、「看取り介護についての同意書」をもらったうえで、1か月ごとに介護計画を作成されています。看取りに関する勉強会は2月に実施されたとうかがいました。	
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	定期研修では、緊急時対応の研修は行っています。消防署による緊急時の対応の講習ができないか検討中です。		

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
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4回の避難訓練を実施しています。その後良かった点や問題点を申し合っています。緊急時のフロチャートを元に、施設内でも研修を行っています。	消防避難訓練は年4回実施されていますが、いずれも日中の訓練で、夜間想定での訓練が実施されていません。また、自然災害を想定での訓練は実施されておらず、地域の避難訓練にも参加ができていません。BCP(業務継続計画)は作成されており、研修は、感染症に関するBCP(業務継続計画)研修を2月と8月に実施され、予防衣の着脱に関する研修も実施されています。6月には非常災害時の対応(BCP)の研修も実施されています。今後は、災害に備えた訓練、シュミレーションの実施が望まれます。	消防避難訓練では、夜間想定での訓練の実施が望まれます。備蓄品は、職員分を含めた数量を事業所内に保管するとともに、自然災害を想定した訓練もシュミレーションを行い、避難場所への移動手段などの想定が必要で、今後の取り組みに期待します。
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	研修で、利用者様の尊厳とプライバシーに関して研修を行っています。	プライバシーの保護について、8月に研修を実施されています。一人ひとりの尊厳を守ること、トイレ誘導時、室内への入り方、排泄確認時の声かけの仕方など、細かい具体的な注意事項を説明し、全職員と共有され、日々のケアにも活かせるよう取り組んでおられます。	
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	個々の状態に合わせ、レクリエーション活動や制作の作業をして頂いています。制作活動には力を入れており、入居者様にできる事はして頂き、入居者様の意もお聞きし進めています。		
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し、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	合同で体操や脳トレーニングもして頂きますが、強制することなく、入居者様のペースに合わせご希望をお聞きし、ご自身のペースで支援を行っています。		
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	理美容はご本人の意見も取り入れながら実施しています。整容もご自身でできる方はご自身で頂き、身だしなみも強制するのではなく、助言をさせて頂くようにし、入居者様のご希望を取り入れる様にしています。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	施設で提供するお食事以外に、毎週金曜日はお楽しみ食事とし、ご希望をおききいろんなお食事を提供させて頂いています。和食の職人さんに「お寿司を目の前で握って頂いた握り寿司の日は大好評でした。	毎食の副食、デザートは、クックチルで事業所まで配達されています。年に数回は、利用者と職員と一緒に調理されており、利用者から食べたいものの意見があるのでホットケーキ、パフェ、和菓子とお抹茶などを作られたとうかがいました。誕生日には、利用者の誕生日当日にケーキ作りが行われています。また、毎週金曜日には、お弁当やテイクアウトで楽しまれ、夏まつりでは、焼きそば、かき氷などを楽しまれました。沢庵、梅干しは毎年漬けておられます。	
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	月に2回体重測定実施しています。入居者様の状態に合わせてお食事量の提供も行っています。既往歴のある方は、医師や看護師と相談しながら、お食事量や水分摂取量も調整を行っています。		

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
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	口腔ケアは毎食後行っています。お食事前には口腔体操も実施しています。月2回の訪問歯科による口腔ケアも実施し、異常がある場合は歯科医治療や入れ歯の調整も行っています。		
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	個々に細かに排泄状況の記入を行い、個々排泄状況の確認を行い、この状態に合わせて、お声掛けをさせて頂いています。できる限りトイレでの排泄を支援させて頂き、職員と状態の話し合いも行っています。	日常生活での食事や水分、バイタル(脈拍、血圧、呼吸、体温)の記録と一緒に排泄の記録も、個々の利用者ごとに記録されています。便秘ぎみの利用者には、排便コントロールで毎朝、牛乳を飲んでいただいているとうかがいました。基本、排泄はトイレへの誘導をされています。布パンツ利用が3名。ポータブルトイレの利用者は1名ですが、在宅酸素の利用のため、やむなく利用されています。利用者の状態によっては、パットやおむつを必要時のみ利用されている方もいらっしゃいます。	
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	個々の状態にあわせ、医師とも相談しお薬の調整を行ったり、便秘の方には毎朝牛乳を飲んで頂いたり、水分を多く摂取して頂いたりしています。		
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	入浴日に拒否がある時は、日にちや時間を変更したりし、入居者様の状態やペースに合わせる様にしています。車いすの方も入浴を楽しんで頂ける様にリフト浴も両方のユニットに設置しております。入浴は職員と1対1で行い、お話を傾聴しながら、ゆっくりした時間をすごして頂くようにしています。	入浴は、日曜日以外は、毎日、入浴を予定されています。毎日、3人ずつの予定で、拒否がある場合には、時間を問わず対応されています。基本週2、3回入浴できるよう対応され、夏は、合間に清拭をいれる場合もあります。両ユニットにはリフト浴の設備が設置され、車椅子の方も入浴を楽しまれています。同性介助を基本とされていますが、同意を得た上で異性介助も行われています。柚子湯などの工夫も行われています。	
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	入居者様の体調や身体状態を考慮し、個々の休息の時間の配慮を行っていく。夜間の安眠を促せる様に、日中の活動を活発化させている。個々に応じ室内の電気の配慮や、温度管理を行っています。		
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	全員入居者様は、調剤薬局による居宅療養管理指導を受けて頂いている。職員に薬の内容を理解してもらう為に、服薬情報をユニットに置いている。状態の変化があった場合は、各機関に相談を行い、素早い対応ができる様に心掛けている。		
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	張り合いをもって頂くために、日常生活に役割を持って頂いています。食器洗いや、食器拭き・お掃除や、洗濯干し・畳み等入居者様が出来る事を個々の状態に合わせて頂くようにしています。		

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
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	ご家族によるお散歩支援や外出も規制なくして頂いています。施設でも気候の良い時は、全員でお食事ツアーや季節の花を鑑賞ツアーも開催しています。	事業所に広い中庭があり、気候の良い日には、テラスでお茶や外気浴も楽しめます。年4回ほど外食ツアーも実施され、そうめんの里や、大きなスペースのある飲食店を利用されることがありました。食事の後は、お花見やヤマサ蒲鉾などへも行かれています。	
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	金銭の管理は困難な方がほとんどですので、施設側がお小遣いを毎月定額頂き管理させて頂いております。ご希望がある方に関してはご家族とご相談し少額をお持ち頂いたケースもありました。		
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	ご希望時には、電話・手紙は自由にして頂いています。施設内でご家族様に状態をお知らせする通信を作成し毎月送付しています。		
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	デイルームには、季節を感じて頂く様に、入居者様みんなで作成した作品を掲示しています。入居者様にはご自身で移動がして頂ける様に、手すりや車いす・歩行者を提供し、その方にあった方法で、自立した生活を送って頂ける様に支援を行っています。	海ユニットと山ユニットの入口付近の壁には、利用者の力作の見事な内裏雛の貼り絵や花をあしらった雛飾りの折り紙を飾られ、季節感が感じられます。共用空間である食堂兼居間は、掃き出し窓のため明るく、テーブルや椅子、ソファ、テレビが置かれて、家庭的な雰囲気になるよう配慮されています。壁には思い出の写真や利用者の習字の作品なども飾られて、生活感が感じられます。	
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	共用のリビングはお席もその時の状態に合わせ配置の変更もおこなっています。全員で集まって作業したり、お茶の時間を作ったりし、皆さんで楽しむ時間を作り支援を行っています。		
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	入居時にご本人が使用されているものを持ってきて頂く様にお願いしています。配偶者写真や家族の写真を飾られておられる方もいらっしゃいます。	居室は、掃き出し窓で明るく、掃除が行き届いて清潔にされており、ベッド、エアコン、洗面台、布団（シーツを除く）、カーテンが備えつけられています。利用者は使い慣れた馴染みのタンス、衣装ケースなどを持ち込まれ、壁には家族や親戚友人などの写真や作品が飾られ、本人本位の居心地のよい居室環境作りをされています。	
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	建物は全てバリアフリーになっています。出来る限りご自身の力で生活を送って頂きたく、手すりの位置等も各職種と話し合いを行い決定するようにしています。		

目標達成計画

作成日: 2025 年 5 月 30 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	1	職員や家族様に対し、事業所の理念が掲示してのみで、共有する機会がない。理念は施設の方針でもあるので、家族様職員に共有の機会を設けていない。	職員に対しては、事業所としての理念の認識を持って介護にあたれる様にする。家族様にも、事業所としての理念を通し介護をさせて頂いていることを、来訪時や介護計画の更新時等に説明していく様にする。	毎月の定期研修時に理念の読み上げを行い、理念を通しての介護を行って頂くように認識を持ってもらう。毎月のお手紙等に理念をお知らせし、ご家族様にも知って頂く様にする。	1ヶ月
2	4	運営推進会議のメンバーが固定されており、入居者様家族様の参加がない。	運営推進会議を通して、地域の方々や家族様に事業所の動きを知って頂ける様に運営推進会議をもっと発展させる	会議のメンバーの訪問看護ステーションにも参加して頂くように打診を行う。入居者様家族様にももう一度打診を行う。地域の方々ももっと入っていたる様に事業所として考えていく	6ヶ月
3	35	消防避難訓練の夜間の想定がない。備蓄品が入居者様の分しか事業所には備蓄していない。	備蓄品に関しては、職員分も事業所に保管できる様にする。避難訓練は夜間想定も訓練の中に入れる様にする。	避難訓練は、水平避難や垂直避難の日中夜間や、いろんなケースの避難訓練を取り入れる様にしていく。	2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、行を挿入してください。