



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7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/>

【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7年1月11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)を取り入れた認知症ケアを実践している点にあります。利用者の自立度に応じて適切な福祉用具や介護リフトを活用し、利用者の自立支援を積極的に行っています。また、移動や移乗だけでなく、「利用者が主体である」という考えを大切にしています。利用者がやりたいこと、行きたい場所、食べたいものなどの希望を叶えるため、企画委員会では行事開催前に必ず意向の聞き取りを行っています。行事の開催においては、利用者の生活や人とのつながりを意識し、大人らしい空間と楽しみを提供すること、そして認知症ケアの一環としての役割を考慮しています。さらに、皮膚の保湿や水分摂取量の個別目標を設定し、日常のケアに健康管理の要素を取り入れています。このように、多方面から利用者を支えるケアを目指しています。その結果、利用者の安定が職員にとっても働きやすい環境につながるよう、力を注いでいます。

【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)】

木調で統一された館内は広く明るく、清潔感・家庭的な雰囲気を感じられ、ゆったりとしたスペースで、その人らしい生活が継続できるよう支援している。業務分担表・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を行い、記録類も整備されて職員間の共有連携が図られ、個別支援・自立支援につなげている。日々のレクリエーション・家事参加・食事やおやつづくり・各種クラブ活動等、CADL(文化的日常生活行為)の視点を取り入れ、日常生活の中で利用者個々に応じた楽しみや役割を持ち活動できるよう取り組んでいる。6医療機関による訪問診療体制が整備され、利用者個々の希望に応じたかかりつけ医での受診を支援している。また、訪問看護と医療連携体制を整備し、希望に応じて看取り介護にも対応している。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目№.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 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	
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	法人全体が地域密着型サービスを展開しているため、法人理念を全事業所の共通理念としている。全事業所が参加する全体研修では、理念の唱和・理念の説明・実際の行動や研修の内容が理念とどう結びつくかの説明を受けている。事業所の拠点は違うが、理念を共通していることで、根本的な考え方の統一が図れている。法人理念を通して、グループホーム独自の目標は毎年設定しているので、それを事業所内で周知している。	法人の理念・基本方針を全施設・事業所共通の理念・基本方針としている。理念・基本方針共に、地域密着型サービスの意義を明示している。毎月実施する法人の全体研修の中で、理念を唱和して周知し、研修と理念の連動について説明し理解を深めている。また、毎月の「業務改善会議」は基本方針5項目に沿って、実施状況を確認し実践につなげている。理念を基に、事業計画と年間目標を策定している。年度初めの事業所内研修で説明して共有し、中間・期末評価時に実践状況を振り返り理念の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	木庭山神社で行われるとんどや秋祭りなど地域の行事に参加した。秋祭りでは、近隣の方の庭で鑑賞させていただくなど、近隣の方にも支えられて地域行事に参加できている。また、年末年始には近隣に餅とカレンダーを配り挨拶をするなど、交流を図っている。	折り紙・喫茶・りぷるす・手芸・書道・園芸等各種のボランティアの来訪があり、利用者もクラブ活動に参加しながら地域と交流している。とんど・秋祭り・ポーランドフェスタ等地域行事への参加やドライブ外出等、利用者と地域の交流機会づくりに取り組んでいる。年末年始には近隣に餅とカレンダーを配り挨拶をするなど、事業所としても地域交流を継続している。利用者も参加する「いきいき100歳体操」に地域交流スペースを開放し、地域の介護相談に対応する等地域貢献に取り組んでいる。また、今年度は、介護技術講習会に講師として参加する予定である。	
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、家族介護の困りごとを聞き、どのように理解をするか、どのように対応するか返答している。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。		

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
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	他施設の外出状況などの情報を共有いただいたので、事業所でも感染者が比較的落ち着いている時期には、イベント等に参加するなど、企画行事の規模について意見を参考にしている。	利用者・家族代表・地域代表・地域包括支援センター職員・知見者・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、活動報告資料を基に、利用者状況・行事・ユニット状況・事故ヒヤリハット事例・委員会等について報告し、参加者と意見・情報交換を行っている。議事録は、玄関に設置し公開している。	利用者也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。
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	補助金の申請の際に、市役所に問い合わせ等をして確認しながら進めていった。日頃市役所だけでなく、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。	運営推進会議に 地域包括支援センターから参加があり、連携している。姫路市グループホーム連絡協議会の会議に参加し、連絡協議会を通じて市との連携がある。相談・報告等があれば、随時、メール・電話・訪問等で市の担当窓口にお問い合わせを行い、適正な運営に取り組んでいる。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。	
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	法人での全体研修にて年2回は研修をしている。業務改善会議と事故拘束虐待防止委員会ではセンサーマットを使用する利用者に対しても、行動抑制に繋がらないように意識するため毎月協議している。ベランダ・ユニット間の扉は開放しているため自由に行動ができ、2階から1階に下りる時には、希望ごとに付き添いをしてご案内している。	「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。毎月各ユニットの「業務改善会議」の中で、「事故・拘束・虐待防止委員会」を開催している。委員会では、センサーマットの適正使用に向けた検討、ヒヤリハット・事故事例やユニット内での気になるケアがないか等の共有・検討を行っている。全員参加を基本とするとともに、欠席者にも議事録を配布し周知を図っている。また、事業所としても「事故・拘束・虐待防止委員会」を開催し、各ユニットの「事故・拘束・虐待防止委員会」の検討内容を報告し共有している。年2回、法人の全体研修で「身体拘束排除」研修を行い、ユニット代表者が受講して伝達研修の機会を設けている。欠席者も含め全職員が資料回覧により「研修受講報告書」を作成している。エレベーターは操作が必要であるが、ユニット間の行き来は自由にでき、希望に応じて1階や戸外に付き添う等、利用者が閉塞感を感じないよう支援している。	

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	法人での全体研修にて年2回は研修をしている。6月には「虐待の芽チェックリスト」で、自分のケアとユニットのケアを評価して、振り返りとして管理者と委員会で上がった意見への対策として、業務のしくみを変更したり捉え方をすり合わせて、業務改善会議で周知した。今年度からは毎月の業務改善会議でも、不適切ケアの予防として、声かけに困ることや対応に困ることなど、意見交換をしている。困ることが発生した場合にはスキルも大切であるが、それ以上にチームを意識して対応することや手段を検討するようにして、個々の負担軽減を図るとともに、管理者と職員が日常から相談をする時間を確保している。また、職員の休憩時間は自由に外出ができ、残業の削減や介護リフトの活用で精神的・身体的負担を減らすようにも取り組んでいる。	「高齢者虐待防止指針」を整備している。上記「事故・拘束・虐待防止委員会」を開催し、6月に「虐待の芽チェックリスト」を実施し、集計結果について委員会で分析・検討を行い、不適切ケアの防止に取り組んでいる。「高齢者虐待防止」についても、上記と同様の方法で研修(年2回)を実施している。相談しやすい職場環境、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を与え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。今年度は令和7年1月15日に開催される親族後見人等に求められる役割という講義内容である。	現在までに、成年後見制度の利用事例はない。毎年、姫路市成年後見支援センターで開催される外部研修に、管理者・各ユニットの計画作成担当者が参加している。伝達研修を実施し、資料回覧・「研修報告書」の提出を通じて理解を深めている。今後、制度利用の必要性や家族からの相談があれば、管理者が対応し、関係機関と連携して支援することとしている。	
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・入居相談があれば、見学に対応し、聴き取りを行いながら、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、質問を確認しながら丁寧に説明し同意を得ている。特に医療・重度化・終末期対応については、共通理解が得られるよう十分時間をかけて説明している。契約内容の改定時は、変更部分の文書を郵送し通知している。	

グループホームいやさか

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
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	玄関に意見箱の設置を行なっている。運営推進会議には、現在1名の家族様に参加していただき、現在の運営状況を説明した後に、家族様からのご意見を聞くようにしている。地域運営推進会議の議事録は、玄関に設置してだれでも閲覧ができるようにもしている。	家族の面会を再開し、面会・電話連絡時等に近況を報告し、家族の意見・要望を聴取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写真を添えて郵送し、近況・行事・生活の様子等を伝え、また、玄関に意見箱を設置する等、家族が意見・要望を表しやすいように取り組んでいる。把握した相談等は、システム内の「ケース記録」で共有し個別に対応している。利用者の意見・要望は日々のコミュニケーションの中で把握し、サービスに反映できるよう取り組んでいる。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。	
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回の業務改善会議で意見を伺うとともに、統括責任者と管理者立ち合いで半年に1回の面談にて、運営について問う項目を作っているため、そこで意見を聞いている。	月1回、各ユニットで「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、各利用者の介護計画・認知機能等についての検討、「事故・拘束・虐待防止委員会」「行事企画委員会」等の実施、人材確保・育成に向けての検討等を行い、職員の意見・提案をサービスや運営に反映できるように取り組んでいる。会議は全員参加を基本とするとともに、欠席者にも議事録を配布し周知を図っている。日々の検討事項があれば、管理者に報告し決定事項は各ユニットの「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置き、ステップアップの指標を見える化している。昇給金額に関してもキャリアパスフレームの業務をもとにいくつ達成したかを評価し決定されることを周知している。また、半年に1回の面談にて目標を設定してもらうため、統括責任者は職員それぞれの向上心を理解し、達成できるよう努めている。		

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
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	月に1回、法人が開催している全体研修に各ユ ニットから1名参加(他は伝達研修)。年に1回、法 人にてノーリフティングケア研修も開催して、各ユ ニットから1名参加して育成。管理者がキャリアパ スフレームでの評価にて、職員一人ひとりの業務 を評価して統括責任者に提出し、能力の把握を した上で、統括責任者と管理者で相談し、認知症 実践者研修や介護福祉士実習指導者講習会の 受講を進めている。		
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	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。R6.4に総会が開催され たので、参加して意見交換をした。		
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	入居前に必ず本人と面談をして困りごとや不安 なことを聞いている。面談場所も不安がないよう ご希望を聞いてお伺いしている。本人が意向を 伝えることが困難な場合は、安心安全の確保と のバランスを考慮して、家族・ケアマネ・利用して いた介護サービスの職員へ今までの生活の様子 を伺い、本人との信頼関係構築やケアプランに 反映している。		
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	入居前に施設に訪問頂き、家族の困りごと・ご要 望を申込み書に記入して頂き、詳細は面談にて 伺っている。利用者と家族の関係性だけでなく、 家族の生活状況や他の家族との関係も配慮しな がら伺うことで、家族の状況を把握するようにし ている。		

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
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	事前の面談で困りごと・悩みごとなどから課題抽出を行なっている。グループホームに入居を希望して申し込みをされたが、現状を聞いて小規模多機能のサービスやショートステイを導入するケースもあるため、適したサービス利用ができるよう話しを聞いている。		
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	生活に必要な家事をアクティビティとし、できることをやっていただけるよう、職員の業務分担表に利用者の名前も入れて、毎日役割がある生活にしている。		
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	面会の制限がある中で家族との繋がりとして、クリスマスに利用者へプレゼントの準備をして頂き、楽しみづくりの協力を依頼した。プレゼントの選定については、電話にて近況からどのような物に興味を持たれているか、家族様とやりとりして決める場合もある。暑中見舞いや年賀状も、キーパーソンの家族だけでなく、お孫様等にも送った。		
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	面会は家族だけでなく、知人の方でも可能としているため、希望があれば来ていただいている。外出支援では、行きやすいだけで設定せず、まずはどんなことがしたいか・行きたいかを聞き取り、行き先を決定している。	家族・友人・知人との地域交流スペースでの面会を再開し、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、初詣・自宅周辺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。家族との墓参り等外出を再開し、馴染みの人や場所との関係継続の機会になるよう支援している。	

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
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や過ごし方を観察して、その中で関係性が良好な方同士で関わり合いができるよう、座席の配慮や企画行事やクラブ活動が一緒にできるようにしている。関係性はユニットに囚われることなく、持つことが出来るようユニット間の往来も自由であり、合同で食事をする機会も設けている。		
22	○関係を断ち切らない取り組み 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家族様が、施設へ退去後の生活状況を伝える連絡をくださるなど、長く生活される方が増えて、職員と家族の関係性が出来ている。また、長期入院で退居となった方には、家族だけでなく病院の地域連携室にも、退院後に協力させて頂くことを伝えている。		
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	半年に1回の担当者会議ごとに、本人の意向や思い、楽しみの把握をしている(CADLシート活用)。言語でのコミュニケーションは困難な場合は、表情や日常の様子・家族から聞き取っている。	利用者個々の思いや暮らし方の希望について、入居時の「私の意欲・動機付けシート(CADLシート)」を活用し、「暮らし、役割」「趣味・楽しみ」「つながり」等を把握している。入居後は、利用者担当職員を設置し、把握しやすい関係づくりに努めている。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シートに追記して共有し、支援や介護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・言動等からくみ取り、家族からの情報も参考に把握に努めている。	
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	入居前や入居後は担当者会議ごとに、本人や家族から生活歴や馴染みの暮らし方を聞き取っている。また、居室には馴染みのものを持ってきて頂くよう声かけをさせていただいている。また、担当のケアマネージャー等とも事前にお会いして、これまでのサービス利用や生活等にまつわる情報を聞き取っている。		

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
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)・24時間シートを活用して、機能や暮らしぶりの把握をしている。担当者会議の際には本人・家族にもお渡しして、ご意見をいただいて更新をしている。		
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	楽しみややりがいを目指して生活ができるよう、利用者・家族・訪問看護・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る。	「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」「24時間シート」をもとに、担当者会議を開催し初回の介護計画を作成している。利用者個々の介護計画の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・申し送り記録に実施状況を記録している。毎月の「業務改善会議」で、全利用者について個々にアセスメント・モニタリングを実施している。必要時は随時、定期的には6ヵ月毎に介護計画の見直しを行っている。介護計画見直しの際は、「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」「24時間シート」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、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。	介護計画の見直しの際は評価(継続・変更・終了)を明示し、見直し後の介護計画とのつながりを明確にすることが望まれる。
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	日々の様子や気づきは介護システムにて申し送ってもらい、職員間で共有している。ケアの変更が必要な場合は、業務分担表に手書きで書き込み、職員間で情報共有の漏れがないよう努めて、また、午前・午後・入浴の様子は毎回記録をしており、申し送りやケース記録をもとに業務改善会議で検討している。		
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	入浴や食事等、入居時に希望を聞き取り回数や好みを反映するようにしている。パンが好きな方には毎朝パンを提供したり、米飯が好きではない方はうどんやふりかけ、缶詰、お茶づけを提供したり、夜食を食べられる方もおられる。主治医には事前に報告をして、健康面と希望のバランスを取りながら対応している。		

グループホームいやさか

自己 評価	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
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	マスクの着用をした上で、地域ボランティアの折り紙クラブや地域サロンのりぶるすを活用して、彩りある生活になるよう支援している。		
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	当施設ではかかりつけ医の指定はないため、すべての利用者様がどこで医療を受けるか選択ができる環境である。現在、6つの病院の先生が訪問診療に来られ、近隣の病院に2名の方が通院されているので、電話・メール・手紙にて連携を図って健康管理を行なっている。入居時にかかりつけがない場合もあるので、その際は施設が情報提供をして本人様・家族様と相談してかかりつけ医を決定している。	6医療機関による訪問診療体制があり、かかりつけ医を利用者が選択できる環境である。また、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外部受診は家族対応を基本とし、電話・メール等で情報提供し連携している。訪問診療・外部受診等の記録は、システム内のケース記録で共有している。週3回訪問看護体制があり、処置等対応を「訪問看護申し送りノート」に記録し、医療連携に活用している。	
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	週2～3回の訪問看護来訪時に、日誌・排泄表・申し送り記録・口頭にて情報共有している。受診がある場合には、看護師としての意見もいただき、合わせて手紙等でかかりつけ医に報告している。MCSも活用しているので、メッセージでかかりつけ医・訪看・介護職・薬剤師と連携を図ることもある。		
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。	協力医療機関として姫路中央病院と姫路愛和病院にて締結しており、特に姫路愛和病院は月2回訪問診療で来訪されること、姫路中央病院は特養へ月3回来訪されているので、情報交換はしやすい。また、入院された医療機関へは私の姿シートを活用し情報提供をしている。それだけでなく、基本的には入院時に付き添いして病院へ生活の様子を伝えている。入院後は原因や病名の説明を聞き取りして、施設でできる医療的ケアについて説明し訪看と共に連携していくことを伝えている。入院中も病院・家族と連絡を取り合い、退院前には病院に訪問・もしくは電話で生活状況の把握に努めている。	協力医療機関2病院と日常的に連携を図っている。入院時には、基本的に職員が同行し「私の基本情報・私の姿シート」・口頭説明等で情報を提供している。入院中は訪問し、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、また、リハビリの状況の把握等を行っている。退院時には「看護サマリー」で情報提供を受けて退院時の状況を共有し、退院後の支援方法を検討している。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」で共有している。	

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
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	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、重度化や終末期に向けた事業所の方針を「重度化対応に係わる指針」・「看取り介護の指針」等を基に説明している。重度化対応の契約時の意向を「事前意思確認書」で確認し、その後はサービス担当者会議毎に意向確認を行っている。重度化を迎えた段階で、退院時の主治医の意見も確認しながら、家族・かかりつけ医・事業所で話し合いの場を設け、かかりつけ医・事業所から状況説明を行い、家族の意向確認を行っている。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、看取りに向けた介護計画を作成し、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回緊急時の研修に管理者・ユニットから4名参加。意識確認から、通報・救急車の対応、AEDの活用、心臓マッサージの方法を練習用のAEDと人体型模型を消防署から借りて実施している。		
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	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・夜間それぞれの想定で行っている。今年度は、非常備蓄を持ち出し利用者とともに、水平避難を想定して、1階へ移動するまでを訓練した。	令和6年度は、小規模多機能型居宅介護事業所と合同で、5月に昼間想定、11月に夜間想定で可能な利用者が参加し、総合消防訓練・BCP研修訓練・避難確保計画訓練を実施している。訓練では、利用者とともに非常備蓄品を持ち出し、水平避難を想定して1階へ移動する訓練を実施し、消防署と市へはそれぞれの様式で実施報告を行っている。避難確保計画訓練・BCP研修訓練・防災訓練は、エマージェンシー研修資料回覧により実施し、欠席者を含め「研修受講報告書」を提出している。運営推進会議で訓練内容を報告し、防災について共有している。また、福祉避難所として協定を結んでいる。BCPの備蓄リストに沿って各事業所に備蓄し、グループホームでは倉庫に備蓄し管理者が管理している。	

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
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	全体研修でも認知症ケアや虐待防止、プライバシー保護についての研修があるので、参加や伝達研修で理解するようにしている。毎月の業務改善会議で、言葉かけに対して困りごとがないかの聞き取りもしている。	上記の方法で「接遇」「プライバシー保護」「認知症ケア」「虐待防止」等の法人の全体研修を実施し、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」を通じて、また、「虐待の芽チェックリスト」を活用し、不適切ケアの未然防止に取り組んでいる。写真・映像使用について、契約時に「個人情報利用同意書」で同意を得るとともに、「入居時調査リスト」により、ホームページ・Instagram等に区分して使用承諾の有無を確認している。	
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	どんなテレビ番組を見て興味を示していたか、どんな本を手取るのか、家事をしながら他の利用者とどんな話をしているのか、場面により意見も変わるが何度か確認して意向を把握している。アクティビティについても、参加の可否から都度尋ねるので、ご自身から参加について職員へ伝えに来られる方もいる。		
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	法人の行動指針である「私たちを意識する」「要望に応える」「主体的な行動者である」に沿うことを心がけている。できない理由ではなく、どうすればいいのか、どんなことならできるのか考えて自ら実践することが、利用者と共に過ごすことだと考えている。		
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	理美容でカラーやパーマが施術可能である。衣服に関しても、ご自身で入浴の前日に服を選び、準備している。		

グループホームいやさか

自己 評価	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
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、できることや得意なことが発 揮できるよう、できるかぎり全員が携われるよう な企画行事での食事作りは年に複数回行ってい る。メニューも利用者の意向から決定し、前日の 準備・片付も一緒におこなっている。	炊飯は各ユニットで行い、委託業者からの食事を温 め、盛り付けて提供している。ソフト食・ミキサー食・ゼ リー食等の食事形態は委託業者に発注し対応してい る。月1回程度、企画行事として、忘年会のお鍋・秋の 味覚ランチ・いわしご飯等、季節感や行事食を採り入 れた献立を企画している。誕生日には、リクエスト食で 対応している。梅シロップ・梅干し・ゆず大根・干し柿・ 佃煮・おはぎ等を作る機会も設けている。園芸クラブ 活動を通じて収穫した野菜も、食材として活用してい る。また、委託業者の天ぷら・串カツランチ・手打ちうどん 等の出張調理や、年2回程度お寿司等のテイクアウト を活用し、食事がより楽しめる機会づくりを行ってい る。可能な利用者には、日常的に盛り付け、食器洗い 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・かかりつけ医・訪問歯科に助言を受 け、食形態の設定をしたり、水分摂取量は個々 の体重から算出した目標量を個別に設定して、 毎日の摂取量と照らして状態把握している。		
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	起床時・毎食後に口腔ケアの時間を設定。 出来るところはご自身でケアして頂き難しい部分 は介助している。歯ブラシだけでなく、スポンジや 舌ブラシ・保湿ジェルなど、訪問歯科に治療や助 言を頂き、ケアに反映させている。		
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	個々の排泄状況を記録し、パターンを把握して、 トイレへご案内している。希望があればポータブ ルを使用するなど、本人の状態や意向に合わせ た環境を作っている。介護リフトを活用すること で、立位不安定や介護度が高くなってもトイレで の排泄介助ができています。	ほぼ自立からベッド上での介助まで、排泄の自立度 の個人差が大きい状況である。システム内と「排泄 チェック表」で利用者個々の排泄状況や排泄パター ンを把握している。介護リフト等も活用しながら、日中は 可能な限りトイレでの排泄継続に向けて支援してい る。夜間は、安眠・安全にも配慮し、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、管理者を通じて日々検 討し、「申し送りノート」で共有しながら最終的に「業務 改善会議」で共有している。	

グループホームいやさか

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
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1人ずつの水分摂取量を明記し、排泄表にて毎日排便の有無を記録して、申し送りしている。便秘気味の方には腹部を温めたり、歩行をしたり、牛乳やヨーグルトを家族から持ってきてもらって朝食時にお渡ししている。便秘の要因についても、かかりつけ医や訪看とも相談している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入居時に入浴の意向を聞き取りし、反映している。お風呂が苦手な方への工夫も業務改善会議で検討し、実施後の結果も含めて話し合いを重ねている。入浴の曜日や時間は決まっているが、希望があれば変更可能である。	「業務分担表」を基に、週2回の入浴を基本とした入浴を支援している。浴室は各ユニットに1か所と、両ユニットが使用できる機械浴槽が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。利用者の意向・体調・気分等に応じて「業務分担表」を変更して柔軟に対応し、実施状況をシステム内の入浴記録で把握している。同性介助の希望があれば対応し、拒否がある場合は業務改善会議で検討し、状況や意向に沿った支援に努めている。毎回湯を入れ替え、ゆず湯等で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	就寝時間は自由にしており、日中でも横になりたい方には休んでいただき、ひとりひとりの希望を優先している。フロアにはソファをおいて、休息できる環境にもしており、利用者は居室かフロアを自由に選択ができる。 排泄については夜間用パットの導入をして、就寝時から起床後までは体位交換のみ対応し、安眠を維持できるようにしている。		
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	薬一覧表を作成している。月1回更新をするが、各薬局が訪問時に、薬の変更があれば薬一覧表に書き込みをしていただくようにしており、飲み方や薬の作用も入れ込んで把握している。現在、16名全員が薬剤師による在宅訪問指導を受けており、何かあればいつでも相談できる環境が整っている。		

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
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シートを活用して、アセスメント・プランニング・モニタリングができる環境づくりに努めている。また、今まで習慣になかったことや、やってみたいことがないことも、お誘いして参加してもらうことで、新たな楽しみになることもあると考えて、参加を呼びかけることもある。R6.4からはクラブ活動を実施している。		
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	本人の希望、家族の思い、職員ができることを検討しながら、定期のお墓参りに行かれている方もいらっしゃる。また、企画行事での外出ではドライブや公園など、不特定多数が避けられる環境下なら、実施している。	天候や希望に応じて、近隣への散歩等日常的に戸外に出かける機会づくりに努めている。初詣・梅鑑賞・桜の花見・公園へのおでかけ・秋のドライブ等、季節の外出行事も行っている。感染対策を行いながら、面会時の散歩・自宅・墓参り等家族との外出も再開している。	
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	基本は金銭の管理は家族に依頼しているが、希望があり個人でお金を持っている方もおられる。1階のグリコでの買い物や、移動パン屋さんでの購入は自由としている。また、家族管理の方も施設にて立替えて買い物をして頂いている。		
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	手紙が来た場合に、返事を書く時間を設けたり、依頼がありハガキを購入することもある。暑中見舞い・年賀状は希望枚数を購入して、お出ししている。携帯電話を持ち込み可能であり、施設電話を利用することもできる。		
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	非常用ライトの反射に不安になる方がおられるので、カーテンで反射をしないようにしたり、定期的に室温調整をしている。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。	共用空間は木調で、オレンジ色の照明により暖かな雰囲気がある。2ユニットがワンフロアにあり、各ユニットを自由に行き来でき、広い生活空間が確保されている。温湿度管理が行われ、カーテンで光量を調節し、快適性に配慮している。適所にソファを設置し、配席にも配慮し、思い思いの場所で落ち着いて過ごせる環境である。季節の花や季節に応じた色紙を飾り、季節感を取り入れている。各ユニットにキッチンスペースの設置があり、可能な利用者は配膳・食器洗い・洗濯物たたみ、洗濯物干し等の家事に参加し、生活感が感じられるよう支援している。日課としてラジオ体操・口腔体操を、個別にテレビ鑑賞・計算ドリル・読書等を行い、また、各種クラブ活動に参加し、楽しみながら機能の維持・向上に取り組んでいる。1階の図書室・地域交流スペースも共用空間として活用している。	

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
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、食事也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、馴染みのある物の持参を本人・家族に依頼している。また、生活する中で必要な物は施設から家族に持参を依頼して、落ち着ける空間を作るよう努めている。	各居室に、洗面台・ベッドが設置され、ベッドは介護用低床ベッドと一般ベッドが準備されている。テレビ・洋服箆箭・引き出し・椅子・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。また、クラブ活動での自身の作品も飾っている。各利用者の身体状況に応じたベッド・家具配置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、家族と連絡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階のベランダは溝埋め工事や段差にスロープを設置している。トイレについては分かりやすくイラストを貼って表示している。 過去には歩行器の収納場所を床にテープで囲い、わかりやすい環境に整えることで、危険や混乱なく生活ができるよう配慮している。		

(様式2(1))

事業所名 グループホームいやさか

目標達成計画

作成日: 令和 7 年 2 月 18 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	26	介護計画の見直しの際は評価(継続・変更・終了)を明示し、見直し後の介護計画とのつながりを明確にすることが望まれる。	利用者の状態やニーズの変化を適切に把握し、評価(継続・変更・終了)を明示した上で、見直し後の介護計画との連携を確実にすることで、より質の高いケアを提供する。	・介護システムの機能を使い、介護計画の見直しには評価が確実に明示できるようにする。	1ヶ月
2	4	利用者也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。	利用者が運営推進会議に適切に参加できる環境を整え、意見を反映させることで、サービスの質向上と利用者主体の運営を推進する。	・利用者の体調や負担を考慮し、短時間参加など柔軟な方法を検討する。 ・直接参加が難しい場合でも、事前の意見収集や代理発言の仕組みを導入する。	12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。