



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	2894000484
法人名	ブレゼンス株式会社
事業所名	みのりグループホーム城陽
所在地	兵庫県姫路市北条梅原町50番地
自己評価作成日	2024年10月23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&JigvosyoCd=2894000484-00&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11月28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)】

入居者様やご家族の皆様が望まれる生活のお手伝いをするを旨とし、介護度や認知症の状態に応じて柔軟な対応を心がけています。又、医療・介護の連携強化も図っています。体力・筋力維持・ADLの質向上を目的として、毎日ラジオ体操・リハビリ体操・口腔体操を取り入れています。入居者様の様子を毎月状態報告書で報告し写真も添えています。ご家族様との関係も大切に、入居者本位のケアに努めています。新型コロナウイルス感染症法の位置づけが5類へ移行されたことにより面会制限も緩和し、直に面会の時間をもっといただくことができる様に努めています。看取りケアもっており、入居者様が『終の棲家』として暮らしていただけるホームを目指しています。

【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)】

職員一人ひとりが「目標ノート」を作成し、毎月各自が目標を掲げて実行し振り返りの機会を持っています。管理者がコメントすることでコミュニケーションが図られ、実務に繋がっています。職員自身にとっても、考えの整理と文章能力の向上に役立ち、日々のケアサービスに反映されていることがうかがわれます。医療面でも事業所職員、医師、看護師、家族等との連携が図られ、医療連携体制が構築されていることと併せて利用者家族等にとって安心のいく支援がされていることがうかがわれます。決して広いとは言えない居間兼食堂ですが、職員と利用者の絶え間ない談笑の広がりに加えて職員同士の強い信頼関係がうかがわれ、今後の介護サービス提供に大きな期待が持てます。

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	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. 利用者の2/3くらいの				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいの				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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 過ごしている (参考項目:30,31)	○	1. ほぼ全ての利用者が	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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	当事業所は『地域で生活できる馴染みの空間を大切に 安心と安全と安らぎのある暮らしのお手伝いを致します』を基本理念としています。毎朝礼時に唱和し、理念を共有しています。又、スローガンを考えそれを念頭に職員一人一人が職務に役立たせる事ができるように努めています。	職員と意見を出し合って決めた理念を事務所に掲示し、朝礼で唱和しています。スローガンも決めて、気づき、他者の真意をくみ取る、意図を考えて業務へ繋げておられます。今年5月から職員各自の「目標ノート」を作り、毎月の目標を掲げて、毎日実行することを自分で決めて、管理者がコメントすることで、コミュニケーションも回り、理念を基本にして、日々の業務の中でそれを実践していくように取り組まれています。	
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	コロナ禍以前は近隣の保育園と交流出来ていたが、現在は行えていない。面会については時間に制限を設けているが、居室での面会を再開し外出・外食もできるように緩和している。町内清掃や草刈りには参加し、地域の一員として認識していただけるように今後も努めていきたいと思っています。	散歩の際や地域の掃除のときには近隣の方との挨拶を心掛けておられます。トライやるウィークへの参加も呼び掛けて試みたいと希望されており、今年8月医療系の学生のボランティアが来られました。12月1日の一斉清掃にも参加予定です。今後は、事業所での食事を一緒に取っていただくことも実施できたらと考えておられます。今後も更に地域とのつきあいを継続されることが期待されます。	
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	入居希望等の施設見学や電話での問い合わせの際には、認知症について知識の教授やご相談にも応じています。介護職員も認知症についての知識を深め、ご家族様の手助けとなるように努めています。		
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	運営推進会議では地域包括センターの職員様に参加していただいています。ご家族様にもご案内を送付し、少人数ではありますが日程の都合がつく方には参加していただいています。グループホームでの取り組みやサービス状況を報告し、当該施設が抱えている課題について意見交換を行い、日々の業務やサービスに活かしています。欠席のご家族様には、議事録を送付し会議の内容を把握していただいています。	毎年2か月に1回、奇数月に運営推進会議を開催されています。現在は、家族と職員の他は、地域包括支援センターの職員が参加されていますが、自治会、老人会、民生委員等からの参加がありません。今後地域住民の方への声かけや参加に結びつく取り組みが期待されます。	地域密着型の事業所として、地域の方に事業所の取り組みを知ってもらい理解をいただけて運営に協力していただける取り組みの一つとして運営推進会議は重要です。今後も地域住民の方への声かけや参加に結びつく積極的な取り組みが期待されます。
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	必要に応じて、市の担当課に相談しご意見やご指導をいただいています。行政との関りをもつことで、実践現場での認知症ケアの実際を理解していただける努力と問題解決にむけて様々な機会を持つことにより、行政との関係を強化していきたいと考えています。	地域包括支援センターの職員とは運営推進会議で話をする機会をもっています。市の関係機関として、地元の消防署、警察などとの連携や相談をすることもあります。また、市のグループホーム事業所連絡会では年に3、4回の開催で、情報交換や勉強会など、困りごとの相談もされています。	
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	日々のケア時での具体的な禁止行為についてマニュアルに基づき、又、職員間での話し合いにより身体拘束をしないケアに取り組んでいます。身体拘束をしないケアを実践するために検討会議も実施しています。身体拘束委員会と研修は年4回実施しています。	身体拘束に関する指針が整備され、委員会は年4回、職員研修も年2回計画的に実施されています。また、身体拘束廃止委員会の議事録は全職員へ回覧しています。玄関の出入口は日中は、テンキーでの施錠をされていますが、朝夕は換気のために解除する時間帯を設けています。出かけたい利用者がおられる場合には、職員と一緒に出掛けようにされています。今後も施錠が常態化しないように状況をみて開錠する時間帯を設定されることも期待されます。	

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
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	高齢者虐待防止のパンフレットを参考とし、虐待の定義や範囲を理解できるように努めています。職員の言動や行動が虐待に繋がらない様にお互いがチェックできる環境を構築できるように努めています。入浴時や更衣時には、ボディチェックをし異変を察知できるように努めています。虐待防止委員会と研修は年2回実施しています。	高齢者虐待防止に関する指針は定めておられ、身体拘束廃止に関する委員会と一緒に委員会を実施されています。職員研修は、年2回実施されています。事業所職員はお互いに注意し合える関係や信頼関係を構築されており、管理者は、現場での解決が難しい相談などにも解決に向けて対応をされています。今後は、更に、「不適切ケアチェックリスト」などを利用されることも期待されます。	
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	姫路市成年後見支援センターよりいただいた公開講座の案内を、職員の目の届くところに置き成年後見制度の内容や仕組みについて学ぶ機会の案内をしています。	権利擁護、成年後見制度についてのパンフレットを玄関の目につくところに置かれて、来訪者にもわかりやすく手に取りやすくしています。パンフレットをもとにした研修などは以前にされていますが、今年度、勉強会の機会をつくれる予定かどうかがありました。	
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	ご家族様や入居者ご本人様と契約に先駆けて面談し、パンフレットをもとに入退居の条件や料金および施設において対応可能なこと不可能なことを明確にお伝えしています。疑問や不安に思っておられることに対して、十分に説明し困りごとにも相談に応じています。契約時には、重要事項説明を行い納得していただいた上で契約を締結しています。	見学もできるように準備されて、タイミングが合えば体操やおやつと一緒に過ごしていただくこともあります。契約の説明では、パンフレットと手づくりの料金表、持ち物一覧表、協力医療機関などについても説明し、同意をもらっています。また、重度化、終末期についての説明と同意書、緊急時の対応についての説明や、延命処置に関する指示同意書などについても丁寧な説明をされています。	
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	来所時や病院受診時等に、ご家族様と対話ができる時間を持ちご意見を伺う等コミュニケーション作りを大切にしています。又、ご意見やご要望を伝えやすい環境作りを心がけています。状態変化の場合も、ご家族様と話し合い納得していただける方法を一緒に考え支援していけるように努めています。良いことも悪いことも、ご家族様の意見は朝礼の場で報告しています。	毎月、利用者の日ごろの生活の様子などのスナップ写真とコメントが入った「状態報告書」をカラーで作成されて家族へ送付されています。家族とはLINEで繋がっている方もあり、日々の様子を知られています。また、面会の方も多く、その際には利用者の様子について職員から伝えるようにされています。家族からも希望や相談もありますが、大事なことは全職員へも伝達するようにされています。	
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	各ユニットリーダーや職員が日頃からコミュニケーションを図り、意見を述べやすい環境作りを目標とし感謝の気持ちをお互いが大切にできるように努めています。毎日の朝礼では、職場の教養を輪読しており職務にあてはめ役立てています。	個人面談は不定期ですが、2、3ヶ月に1回実施されています。日ごろから職員とのコミュニケーションは取るようにされていて、難しい相談事については管理者と経営者が一緒に話を聞くようにされています。普段から話しやすい関係が管理者と職員との間でできていますので、人員はギリギリですが、協力して乗り切ろうと取り組まれています。今後は定期的な面談の実施が期待されます。	
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	職員が向上心を持って仕事に取り組める職場作りに努めています。労働時間や給与水準については、やりがいや勤労意欲の向上に繋がるように改善しています。外国人労働者には、帰国の支援もしシフト調整しながら本人の希望に添えるように努めています。		
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	職員との面談を定期的実施し、能力にあった外部研修に参加させています。研修会参加の希望があれば、シフト変更も優先的に行っています。		

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
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	グループホーム連絡会や講習会へ職員を参加させ、同業者との交流の機会が持てるように配慮しています。		
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	当施設は、基本理念に入居者様が安心して暮らしていただけることを掲げており、入居者様の人となりを知り特性や日々の会話から主訴・希望等を聞き出し対応できるように努めています。又、一日の始まりは職員からご挨拶・お声かけをしてお話をさせていただきやすい雰囲気作りに努めています。		
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	入居前の生活状況や環境、ご家族様が不安に思っておられることや要望をお聞きし、個人を尊重しながら早く施設の生活に馴染んでいただけるように努めています。入居後の生活の様子を、ご家族様にお伝えすることにより希望や要望を聞き出せるように心がけています。		
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	ご本人とご家族様の話をしっかりと聞き出した上で、必要なサービスや支援方法を見極めることにより信頼関係を築けるように努めています。訪問看護師や医療機関と連携を図ることで、要望・支援にも対応できるようにしています。		
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	一人一人の能力に応じた支援を心がけています。日常生活行動で、出来ることを見極め、洗濯物たたみや食材の下準備を手伝っていただいたり職員と入居者様が支えあう関係性を構築出来るように努めています。		
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	病院受診にご協力いただいたり、面会や外出・外泊など事業所とともに入居者様を支えていけるような関係性を築けるように努めています。		
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	旧友の方やご近所の方等の面会や電話の取次ぎなど、関係が途切れない様に支援しています。又、手紙やはがきが届くこともありお部屋にお持ちし、わかりやすいところに置きいつでもご覧になれるように支援しています。コロナの感染症防止の位置づけが5類へ移行してからは、柔軟な対応を心がけ面会にも応じています。	利用者の昔のお友だちが訪ねて来られています。居室への案内で、30分程度のお話をされ喜ばれています。家族との外食や外出も希望があれば、外出されており、病院受診の際に一緒に外出されることもあります。以前から利用されている美容院を今も利用されている利用者もおられます。	

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
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	介護度や身体面を考慮し、レクリエーションや季節に応じた創作活動などにおいて、職員が間に入り複数の入居者様と会話しながら間を取り持っています。職員が間に入ることによって、会話も弾むことが多いと思います。冗談を言い合ったり、笑顔をたくさん見せていただく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	他施設に移られた場合は、ご本人様の状況や特性・生活環境について当該施設に情報提供しています。転所先で、少しでも平穏な生活をおくっていただけるように努めています。		
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	日々の会話やご家族様との会話をとおして、一人一人の思いや意向を把握するように努め、日々発せられる言葉や仕草から様子観察をし記録・情報共有しています。	何気ない言葉や様子をユニットリーダーを中心に記録され、重要なことは直ぐに共有するようにされています。毎日の生活の中で、普段と違う様子などが見られたら、ユニットリーダーや管理者へ連絡しています。利用者の希望に沿えるよう言葉が出ていく利用者でも注意するようにしています。	
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	アセスメントシートを作成し、その人の現在までの生活歴や病歴等特性を把握・理解したうえでケアを行っています。入居者様の生い立ちからの生活歴を、ご家族様に専用紙に記入していただき把握に努めています。入居者様との会話の中で、ご家族様からの情報収集の内容を取り入れることで話が弾むことがあります。		
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	毎日の朝礼の場で、昨日の入居者様の状況を報告し各ユニットで申し送りすることで確実に情報の共有ができるように努めています。申し送りノートには気づいたことや、現状を記入しています。		
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	本人・家族・担当職員・医療関係者より意見を聴き、現状に即した介護計画を作成するように心がけています。モニタリングは月に1回実施し、日頃のケアの実施状況を把握・評価し適切なケアができるように努めています。また、定期的にカンファレンスを行い本人の思いやレベルにあった介助方法を職員が共有することによりよいケアができるように作成しています。	利用者個々の介護計画の作成にあたっては、担当の職員と計画作成担当者、管理者が中心となって、原案を作成されています。担当者と医師からの助言、看護師のアドバイスなども聞き取りされ、介護計画やケアに繋がっています。モニタリングは1か月ごとに実施されて評価されていますが、利用者の希望や家族の言葉がいつどのように聞き取りされたのか、他の介護職員の声なども作成につながるようにされて、チームで作る介護計画として、作成までの仕組みづくりが期待されます。	利用者の生の声を聴いたり、家族からのコメントや希望の声を記録し、介護計画に繋げる取り組みが期待されます。また、職員は担当者だけでなく多くの声を集めてチームで作る介護計画の作成に期待します。
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	個人記録表やホーム日誌および申し送りノートに、日々の気づきを個人別に書き込むとともに、口頭でも申し送り入居者様の思いや言葉等を共有し、ケアプランに活かせるようにし、記録の重要性はコミュニケーションの裏返しであることを常に心に止めて行動するように努めています。		

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	ご本人及びご家族様の状況や要望を把握し、可能な限り対応できるように色々な意見を出し合い方法を考え最適な方法で支援できるように努めています。		
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	地域とのかかわりは途切れない様に、清掃に参加したり散歩に出かけた時には近隣保育園児と出会うことがあり交流を持っています。運営推進会議には必ず地域包括支援センターの職員が参加してくださり、情報交換をしています。		
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	医療機関はご本人及びご家族様の希望機関への受診を基本とし、嘱託医の往診は月1回、新規入所者は月2回、訪問看護師は週3回、歯科往診は月2回と適切な医療が受けられるように支援しています。	協力医もおられますが、主治医は契約時に本人と家族の希望を聞いて、決めてもらっています。専門科の受診がある場合、家族の都合がつかない場合には職員が付き添って受診しています。受診の際には、利用者の近況や体調についても伝えられるように情報を準備しています。24時間、オンコールでの対応もできるようにされており、安心の支援を実施されています。	
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	訪問看護事業所と提携し、週3回の訪問看護を実施し健康管理をしています。看護師・職員双方の情報は健康管理表に記入し共有し、適切な受診や看護が受けられるように支援しています。訪問看護師は24時間連絡が取れ対応できる体制をとっています。		
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。	入院時には情報交換を行い担当看護師やソーシャルワーカーとの連絡を密にとっています。面会制限がある中、地域連携室とも連絡を取り状況の把握に努めています。退院前には、ご家族様とともにカンファレンスに参加し退院後のケア等の話し合いを行っています。特に入院期間が長引く場合には当方より地域連携室に状態のお伺いをしています。	入院となった場合には、利用者のことについて、家族と医療機関と連携して情報を共有されています。また、退院に向けた支援では、地域医療連携室などと情報を共有して相談されています。退院後も安心して帰って来られるように、退院時カンファレンスにも出席され、利用者家族が安心してスムーズに退院できるよう支援されています。	
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	重度化や終末期の在り方について、まず入居時にご家族様に説明と事前確認書の記入を依頼し、現時点での意向を確認しています。状態の変化に伴い、再度ご本人・ご家族・主治医・看護師・職員で話し合いできることとできないことの説明をし、同意を得たうえで情報を共有しながら看取りまでの支援を決定しています。看取り計画書を完成させることが必要と思っています。	重度化・終末期の対応については、指針や同意書などの書類をもとに十分に説明をされてから署名をもらっています。指針やその内容については職員と共有されており、職員研修をされています。利用者家族が希望された場合には看取りも実施されており、現在はより安心して対応できるように看取り計画書やマニュアルを作成中で、職員に共有して実施に向けて準備されています。	
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	各ユニットに緊急時対応マニュアル・緊急時連絡フローチャートの作成・心肺蘇生法を周知しています。施設内研修では、緊急時のケースを想定し手順・連絡方法を学び全職員が対応できるように努めています。		

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	火災や自然災害発生時において職員が具体的に取るべき行動や対応を定め、この計画策定の趣旨を研修周知しています。消防訓練や避難訓練も実施しており、緊急連絡網をつかつての連絡訓練も予定しています。地域に消防団がなく協力体制を得ることは困難ですが、自治会との馴染みの関係を築き体制の強化を図っていきたいと思っています。	近くに川があり、自然災害について危惧されています。BCP（業務継続計画）は作成されていますが、実際の災害時の避難などについては課題もあり、防災プラザへの訪問相談はできていない状況です。火災の避難訓練は実施されていますが、近隣住民の協力体制の構築については、運営推進会議とともに課題となっています。現在、地域の一斉清掃に参加した際に挨拶したり、防災プラザでの研修資料を民生委員からもらい研修をされて、備蓄品の準備もされています。今後も協力体制への取り組みが期待されます。	自然災害（洪水、内水、地震）の発生時には地域の方々と協力体制が不可欠です。運営推進会議等を通じて近隣住民との協力体制の構築が望まれます。また、防災プラザへの訪問相談とともに今後の取り組みの充実が望まれます。
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	入居者様一人一人の生活歴や性格を理解し把握することで、個々に配慮したケアに努めています。入居者様について気付いたことは職員間で申し送り共有し、より良い対応ができるように取り組んでいます。ケアの中で人格やプライバシーを損ねない対応ができるように、権利擁護やプライバシーの研修も実施しています。	接遇マナー研修を実施されています。お互いに注意したりされたりで、排泄介助や入浴介助を中心にプライバシーの確保に關係する場面では注意をしています。今後、「不適切ケアのチェックリスト」の実施を予定されています。	
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	入居者様の中には、思うように意思表示をすることが難しい方もおられますのでご本人様の思いや希望を引き出せるように、親しみを持った日常会話を心がけています。又、意思決定の際に選択が必要な場合は『はい・いいえ』で答えていただける様に心がけています。		
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	介護者のペースでケアをしてしまわない様に、意思決定ができる方にはご本人の意思を尊重しながらご自身のペースで過ごしていただけるように努めています。		
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	起床時の整髪や入浴後のスキンケア、季節に合った洋服選びやコーディネートのお手伝いをしています。訪問美容は、2ヶ月毎にありカットやヘアカラーをされおしゃれを楽しんでおられます。		
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	入居様の高齢化やコロナ禍の影響で、一緒に作る回数は減っていますが休日の手作りの日には下準備として野菜の皮を剥いていただいたりしています。メニューのリクエストに応じたり見た目楽しんでいただく工夫もしています。毎月の誕生会には、程よい大きさのケーキやプリンを用意し特別感を出しています。飲み込みが悪くなられた方には、形状を工夫してお出ししています。又、塩分制限の特別食やムース食も用意しています。	副菜は、外部から取り寄せていますが、ご飯と汁物はユニットで調理されています。日曜日は、3食とも職員が手作りでされています。買ひ物は職員が行って、調理は、できるだけ利用者にも手伝ってもらい一緒にされています。年末年始はおせち料理、お雑煮は白玉粉で作られました。誕生日にはカップケーキなどでお祝いしています。季節の行事では、花見や端午の節句、敬老の日にはちらし寿司と、月見だんごで楽しめました。	
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	入居者様の心身の状態や、嚥下・咀嚼機能の状態により食べ物の形態を個々に合わせています。食事量の少ない方には、栄養補助食品のムース状のものやゼリー飲料ご家族様と相談しながらご用意しています。水分摂取量も毎回個人別に記録し、1日に必要な水分量を摂取していただけるように支援しています。		
42		○口腔内の清潔保持			

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
		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	毎食後の口腔ケアの実施と、希望者には歯科往診にて月2回の口腔内の掃除をしていただき清潔保持に努めています。誤嚥に繋がらないように、口腔ケアは大事であることを入居者様にもお伝えしながら歯磨きも行っています。		
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	排泄の有無を確認し、時間と回数をチェック表に記入しています。記録することで排泄パターンを把握でき、トイレで排泄できるようい支援しています。又、排便管理表を記入し数日にわたり排便されていないことが無いようにしています。立位困難な場合は、おむつ対応で過ごしていただいています。パット交換時には、陰部洗浄を行い清潔保持に努めています。	排泄は、排泄チェック表で管理され、個々のタイミングで声かけをされてトイレ誘導しています。紙おむつは一人使用されておられ、夜間帯のポータブルトイレも数人利用されていますが、できるだけトイレでの排泄を勧めています。数日の排便がない利用者には医師や看護師の指示により対応されることもあります。	
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	訪問看護師による腹部マッサージや、水分や果物を摂取していただく工夫はしていますが、頑固な便秘の方には嘱託医による薬物治療に対応しています。その際には、排便管理表を活用しています。		
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	ご本人様の希望を最優先に、午前と午後に分けて2～3日毎に入浴やシャワー浴をしています。各ユニットで入浴管理表を記入し、間があくことがないように確認しています。拒否が見られたときには、日程や時間を変更するなど無理強いをしない様に努めています。	利用者は週2～3回入浴を楽しんでおられます。午前中の中の入浴支援が多いですが、寒い日には気温が上がる午後から入浴するようにされています。夏はシャワー浴が多いですが、数人の利用者には、湯船にも浸かってもらえるようにしています。また、入浴剤の香りを楽しむ日もあります。	
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	夜間はもちろん、日中においてもご本人様の意思でいつでも休んでいただいています。ご自身で判断が困難な方には、随時お声をかけをし高齢入居者様には身体への負担を考え、昼食後には休息の時間を取り入れています。		
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	服薬情報をファイルに挟み、変更時には必ず最新情報に差し替え全職員が確認できるようにしています。服薬時間や服薬確認ができるように毎回記録し管理しています。又、頓服薬や排便コントロールによる服薬管理は、飲み忘れや重複がないように個別に管理表を作成しています。		
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	ご本人の能力に応じて家事等のお手伝いをいただいています。室内で楽しめるような季節ごとの行事を行い、楽しんでいただいています。又、手作りのおやつとしておはぎやフレンチトースト・ぜんざい等食べる楽しみも味わっていただいています。今年は外部よりバイオリン演奏、職員の三味線演奏も楽しんでいただきました。特に、バイオリンは間近で聞くのが初めてで感動され涙を流される入居者様もおられました。		

自己	第3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
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	入居者様の意向を確認しながら、お天気の良い日にはホーム周りを職員と一緒に出かけしています。季節の移り変わりを感じていただける様に、又、桜の季節には何度も出かけて写真撮影をしています。公園では園児の散歩に出会うことがあり、入居者様はとても喜ばれます。ご近所様と世間話を楽しまれることもあります。	事業所周りや近くの公園への散歩が多いですが、桜の時期には、近くの公園へ利用者と一緒に、写真撮影もされています。日の当たる側の居室でない利用者には、外のお地藏さんを見に行く時もあります。また、外出する利用者が偏らないように記録されて、まんべんなく外出の機会がもてるように配慮されています。	
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	金銭管理のできる入居者様はおられず、事務所で小遣いとして管理しており希望があれば使っていただける様にしています。買い物支援もしており、スーパーへの同行支援もしています。		
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	電話の取次ぎのお手伝いはしています。ご家族様宛の電話は、事情を考え控えていただくことが多いです。ただ、ご家族様の声を聞かれると大変喜ばれますので、職員からお願ひして入居者様宛にお電話していただくこともあります。ご家族からの発信ということが喜びに繋がると感じています。		
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	壁面飾りは季節ごとに変えており、必ず入居者様の出来るところをお手伝いしていただき完成品をご覧いただき、その前で記念撮影しベストショットをご家族様にお送りしています。	玄関入り口には、葉牡丹のミニチュアの飾りが人目を惹きます。居間兼食堂には、天井からのチェーン飾りと利用者と職員が共同で制作した力作の壁面の飾り付けを配置され季節感を感ぜさせます。広いとは言えない居間兼食堂には多くの利用者と職員が、それぞれの場所で会話に興じて朗らかな雰囲気満ちています。	
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	認知度や会話等の理解力や状態に配慮し、気の合うもの同士が隣席になれるように席の配置を考えています。定期的にローテーションし、居心地の良い環境作りを心がけています。ユニットにこだわらず、居心地の良い場所で過ごされています。お部屋で過ごされたい方は、お部屋で過ごされています。		
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	ベッドや整理タンスは備え付けですが、馴染みのものが良い方は持ち込んでいただいています。室内の配置は、各個人が使いやすく落ち着かれる配置にしています。	エアコン、ベッド、タンスは備え付けになっていますが、布団は利用者が持ち込まれています。利用者は、それぞれの使い慣れたものを持ち込まれ、衣装ケース、お位牌、仏壇を置いてある部屋もあり、好みに応じた部屋のしつらえをされています。	
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	各お部屋の入口にはネームプレートを掲げ、わかりやすくしており安心して移動できるように動線に気をつけています。又、自室や共用部分の掃除・洗濯物たたみができる入居者様にはお手伝いをお願いして自立できる生活の支援に努めています。		

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	4	地域密着型の事業所として、運営推進会議に自治会・老人会・民生委員の参加がない	地域住民の方々に、事業所の取り組みを知っていただき運営に協力していただけるように参加に結びつくように積極的に行動する	地域包括センターの職員のお口添えにより、令和7年1月の運営推進会議に民生委員の方の参加が実現しました。引き続き、参加のお願いをし、他役員の方々とも顔つなぎをお願いをしました。	12ヶ月
2	26	介護計画の作成にあたり、利用者の希望やご家族の言葉がいつ、どのように聞き取りされたのかの記録が曖昧である。	介護計画の変更にあたっては、時系列に本人様やご家族様の希望を聞き取りをしたのか記録を作成する	利用者様の要望を聞いたり、ご家族様の思いや希望を記録し、職員は担当者だけでなく多くの職員の意見を集めてチームで作る介護計画の作成に努めたい。	12ヶ月
3	35	近くに川があり、自然災害について心配していますが、実際の避難についても課題が多い	地域の一斉清掃等に参加し、地域の高齢者施設の存在を知っていただき、災害時の協力体制の構築に努めていきたい	自然災害時には、地域の方々の協力が不可欠であるが、まず自施設で出来ること等、防災プラザへの訪問相談を充実させていきたい	12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。