

1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

sonokann

事業所番号	2894800073		
法人名	社会福祉法人かるべの郷福祉会		
事業所名	かるべの郷認知症対応型共同生活介護事業所		
所在地	兵庫県養父市十二所906番1		
自己評価作成日	令和04年12月23日	評価結果市町村受理日	令和5年2月8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

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ 兵庫福祉調査センター		
所在地	尼崎市南武庫之荘2丁目27-19		
訪問調査日	令和5年1月27日		

①【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)】

・入居者の自立した毎日の生活を大切にする:職員は、“介護”ではなく、“(入居者の)生活をアシストする”という視点でサービスを提供する。という考え方は開設当初から変わっていません。当法人の社是(目標)は、高齢者の生きがいを持った生活を支援することです。入居者の皆様、“誰かの世話になる”よりも“できることは何でもしたい”とおっしゃられ、毎日の食事の準備や片付け、掃除等、生活全てにおいて、各入居者のADLに合わせ、できることは最大限にご自分で行っていただくようにしています。

・入居者のやりたいを叶える:入居者やご家族から「〇〇がしたい」という希望があれば可能な限り実現できるように考えます。例えば、車椅子の入居者に、「長い間帰れていないため、一度自宅を見せてあげたい」というご家族の希望に答え、感染症が収まったわずかな期間に家族と相談し合っって急いで計画し、車に乗っていただくのを職員が手伝い、家族みずいらずで帰省していただいた。

【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)】

名称を「KARUBE GARDENLIVING」、案内パンフレットに「リビングの向こうには公園や散歩道が続く開放感あふれる景色が広がります。日常生活の中で季節の移ろいや地域の人々の生活を身近に感じていただくことができます。」と謳うように、自然豊かな環境下にある施設です。令和4年4月1日に開設5年目に入り、それまでに導入したIPADインカム介護や、長引くコロナ渦対策で「家族とのオンライン面会」の実施と「癒やしのためのAIロボット」導入などで対応した。職員には陽性者や濃厚接触者が出たが、利用者(18名・女性)からは5回目のワクチン接種も終えて、全員元気で今日を迎えることができた。今後は一日も早くコロナが終息し、本来のKARUBE GARDENLIVINGに戻るのを祈りたい。

② 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者の <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらい <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらい <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族と <input type="radio"/> 2. 家族の2/3くらいと <input type="radio"/> 3. 家族の1/3くらいと <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. 毎日ある <input type="radio"/> 2. 数日に1回程度ある <input type="radio"/> 3. たまにある <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ毎日のように <input type="radio"/> 2. 数日に1回程度 <input type="radio"/> 3. たまに <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. 大いに増えている <input type="radio"/> 2. 少しずつ増えている <input type="radio"/> 3. あまり増えていない <input type="radio"/> 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した表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 4. ほとんどいない	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての職員が <input type="radio"/> 2. 職員の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 職員の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族等が <input type="radio"/> 2. 家族等の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 家族等の1/3くらいが <input type="radio"/> 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々々の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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	法人全体の理念を全事業所で地域に密着した運営を目指したものがあ。毎月の職員会議で、理念について各職員の考えや具体的な実践方法をまとめ、それについて職員同士共有している。	法人が掲げる、生きがいと地域支援の実践として職員は、地元の情報に目配りし、高齢になっても、地域参加の場と機会が得られるよう、取り組まれており、10月には、地域と連携した花火大会に協力している。	
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	感染症が落ち着いている時は、日常の買い物や散髪、ティータイムなど、地域のお店に出かけたり、地元や地域の祭り等の行事に参加し、地域とのつながりが継続できるようにする。	コロナ禍の状況を見ながら、10月には喫茶店、11月には、近隣の神社へ紅葉狩り等数回に分けて、ほぼ全員が、馴染みの場所への外出を楽しむことができた。	
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	認知症や障がいのある高齢者への関わり方等について、地域の中学校を対象に5月に出前授業を行った。		
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	感染症拡大予防のため、外部の方の出席はお断りした。入居者から事前に意見を聞いたことを報告し、管理者、介護職員等、事業所内の職員のみで開催した。会議録は市役所、民生委員等に提出し会議の報告を行った。	会議は、感染予防の観点から、事業所内職員のみで開催し、報告事項として、入居者から意見により、浴槽ボードを設置した事他、会議録を作成し、市役所や外部の委員等に報告している。	
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	最低月1回は養父市役所社会福祉課に訪問し、入居者の状況、感染症予防対応、運営推進会議の内容等を伝えたり、その他情報交換を行っている。市役所の職員とは顔見知りの関係であり、常に相談しやすい関係作りができています。	感染症の状況により、対面での面会の中止や、陽性者が出た場合の対応などについて、市役所へ報告し、コロナ禍対応については、保健所から情報を得ている。	
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	1階玄関の鍵は常時施錠を行っており、職員全員が身体拘束であることを理解している。現在は身体拘束対象の利用者はいないが、身体拘束は虐待であることを理解できるよう施設内で研修会を年3回実施している。	身体拘束については、年間を通じて定期的に学ぶ機会を計画し、6月10月12月に実施した。講師はシニア事業部長で、法人全体の取り組みとして実施されている。	

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	高齢者虐待に関する研修会を定期的に行っている。虐待かも知れないと思った場合は、すぐに上司に報告するように指示を出している。	職員のストレス軽減については、どう対応してよいかわからないケアや、業務上の困りごと等は、職員会議で対応策を確実に決めて、職員間で共有することにより、お互いに見守り合う関係が生まれ、良い効果が出ている。	
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	制度の基本が理解できるよう、パンフレット等を活用し勉強会を行っている。ただ、現在の入居者は、全員家族が判断される方ばかりであり、活用を勧める支援は行っていない。もしもの時は、顧問弁護士に相談することができる。	10月に「高齢者の虐待防止・成年後見制度とは」を、テーマに法人全体での研修を実施した。法人本部には、顧問弁護士がいるが、今までに、専門家に相談が必要になった事例はない。	
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、サービスに関する説明とともにご本人、家族に質問などが無いかどうか必ず確認を行っている。	どうなったら退去しなければならないか？という質問が多いが、医療依存度が高くなければ、そのまま利用もできる。また、法人内に、特養があるので、希望の場合は入所の相談もできている。	
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	入居者には、担当の職員が月1回、「何がやりたいことはないか」「困っていることはないか」と希望を確認し、実行できるように計画を立てている。 家族には、来訪時や電話等の時に、「気になることや希望がないか」と声を掛けている。面会中止中、「いつから面会ができるか」という問い合わせが多かった。	家族から、お正月の準備について、分からないことがあるので、少しの間家に連れて帰りたいと、要望があり、コロナ感染予防対策に家族も協力され、自宅で過ごす機会が出来た。	
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	毎月の職員会議前に、全職員から意見を用紙に書いてもらい、管理者も確認できるようにしている。運営に関する意見はほとんどなく、サービスの見直し、業務改善に関する意見・提案が多い。	職員の提案から、コロナ禍の閉塞的な空気を換えるため、アニマルセラピーのような癒しを目的に、ラボットというAIロボットを導入し、利用者の9割が、抱っこされたりして可愛がられ、良い効果が生まれている。	
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	キャリアパス制度を設け、自己評価→上司評価→上司面談を年2回実施。仕事へのアドバイスとともに困っている事等をきく機会としている。評価・面談を行うのは緊張せずに話がしやすい主任であるが、その結果を管理者に報告している。		
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	面談時等、職員一人ひとりの希望や目標を確認し、興味を持ってそう、あるいは参加し成長に繋がると考えられる研修会を案内。2022年度は外部の介護技術講習会2名、認知症ケア実践者研修2名参加。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	他の認知症対応型共同生活介護事業所との交流は実施できていない。養父市内の施設の代表者同士、県老協での他施設との代表者との交流は実施している。		
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	入居までに事前に自宅に訪問し、今後の生活の希望や不安なことなど本人に直接尋ね、確認している。希望があれば本人に施設に見学に来ていただき、不安を軽減できるように努めている。		
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	入居までに、自宅への訪問時や電話で、入居後の生活への不安や要望などを必ず伺い、家族の不安も軽減できるよう対応している。		
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	入居前、本人・家族の状況を聞き取って再度把握し、必要に応じて担当CMIに相談し、グループホームの入居の見極めを行っている。		
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	職員は入居者の生活をアシストするという考え方であり、食事の準備や片付け、掃除、洗濯など日常生活のできることは主体的に行っていただいている。入居者同士も役割分担しながら一緒に作業されている。		
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	全家族、入居者のことを気にかけていただいている。精神的なサポート割を担っていただいている。ご本人の要望でグループホーム内で対応できない場合、家族に協力していただくこともある。		
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	今は感染症予防のため実施できていないが、ご家族やご友人などの自由な訪問や、地域行事などがある時や、帰省や買い物等、家族と気軽に外出できるようにしていきたい。	病院の受診の際、家族が、負担なく、安心して通院同行ができるよう、体調や、施設での様子についての情報を書き留めたものを準備し、病院の医師に説明しやすいようにされている。	
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	例えば、食後の片付けでは、一人が皿を洗い、一人が流しながら食洗器に入れ、一人がテーブルを拭くなど役割を分担し協力し合いながら作業を行っている。一人を好まれる方にも、小人数での体操や作業などに無理強いないように誘っている。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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
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	退所後の特養などから、情報提供の依頼があった時など、その都度対応している。退所先が近隣の施設の場合、職員が面会に伺い、新しい生活の場でも馴染みの顔を見て安心していただけるよう配慮を行っている。		
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	入居者全員、自分のことを伝えることが可能である。入居者一人ひとりに担当職員を決め、毎月「何かやりたいことはないか」「何か困りごとはないか」と確認を行い、希望に添えるようにしている。	外出の機会が少なくなり、下肢筋力の低下など、家族も心配されることもあり、希望に添えないことについては、系列施設のPT・OTにより、体操指導の機会を設け、ラボットとの散歩をする等、身体を動かす機会を増やしている。	
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	本人・家族から聞き取り、在宅時の担当CMから情報をいただくなど、グループホーム入居までの生活について 情報収集を行っている。		
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	毎日の生活の中で、可能な限り入居者自身で行っていただくよう努めている。毎日個別での体操メニューを提供し、余暇時間には脳活性メニュー等に取り組んでいただき、入居者の好みや認知機能等の把握を行っている。		
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	まず、本人・家族から希望などを確認する。ケアプラン検討会では、入居者の担当の介護職員、看護職員、計画作成担当者が集まり、入居者の希望の共有、入居者の状況確認、ケアの見直しを行い介護計画を作成している。	見直し期間は、最低半年に1回。状態変化や、入院などがある場合は、その都度、担当職員、看護職、計画策定担当らが、チームで見直しを行っている。	
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	本人の希望、ケア内容の変更、体調、不安な時の様子や言われた言葉、ヒヤリハット、事故、その他気づいたことや上手くいった事など、毎日、各職員がケース記録し、情報共有している。		
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	ニーズへの対応、ケアで困った時(例、夜間なかなか眠れず、転倒の危険があるが歩こうとされる)、ヒヤリハットへの対応方法等、すぐに解決できない場合、職員会議で検討している。職員会議に、特養やショート職員の職員も参加し、幅広く考え、対応できるようにしている。		

自己	三者	項目	自己評価		第三者評価	
			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	地域の区長、警察、消防と普段から顔を合わせコミュニケーションを図り、困った時はすぐに協力を得られる関係性を普段から築くようにしている。			
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、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	基本的には入居以前の主治医を継続していたが、週1回、特養の嘱託医がGHIにも往診してくれ(場合によっては夜間も往診もあり)、遠方のご家族の場合などは、主治医を変更される方もある。本人、家族の意向に添う。	入居者18名の内12名が、施設入所に際し、掛かりつけ医を往診可能な特養の食卓医に変更されている。従来からのかかりつけ医にされている家族については、通院の際には、利用者の様子の記録等、情報の提供をしている。		
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	GH専属の看護職員を配置。看護職員が主となり普通の体調の確認を行っている。緊急時は、看護職員が病院やDr.へ情報を提供。介護職員がケア中に異変に気づいた時は、看護職員にインカムですぐに応援を呼んだり、相談ができる。			
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。	まず、入院時、入院先の相談員に情報提供を行う。 入院中は、定期的に相談員と電話で連絡をとり、入院中の入居者の状態や退院の目安など確認している。	最近の事例では、令和4年12月26日～令和5年1月6日入院。入院中の状態確認や退院後の生活についてなど病院の相談員と相談を行った。令和4年12月2日～入院されている入居者については、退院先も踏まえ現在相談中である。		
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	入居契約時、終末期の対応についてご家族の希望(可能であれば本人の希望も)を確認するとともに、事業所でできる対応を説明。その後も月に1回程度、ご家族の希望を確認。 ターミナルの状態になられた場合、再度、どのように過ごしたいかを確認している。	これまでに、看取り事例はない。重度化傾向が見られるようになった場合は、主任介護職員、看護師、で、説明を行い、特養への申し込みも含め、今後の対応について、相談している。特養嘱託医がかかりつけ医である場合は、医師の説明も聞くことができる。		
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	緊急時の連絡先を確認し(家族、看護職員、主治医)、初期対応をマニュアルに沿ってシミュレーションを行っている。また、AEDの使い方は全職員が練習し習得している。			
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	元消防隊員による指導の下、5月・11月に、日中、夜間想定火災による避難訓練を実施。 11月は、非常災害対策計画を確認し、土砂災害を想定した避難訓練(建物南側への水平・垂直避難)も行った。	南但馬消防署のOBが、法人所属の安全管理者として就任されており、避難訓練を指導されている。訓練の際は、マスク・フェイスシールドなどを使用して、利用者も参加して避難誘導の訓練を実施した。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	普段の関わり時、タメ口や命令口調にならないように、また否定しないよう十分注意している。 また、名前を呼ぶ時は必ず苗字で呼び、お客様という意識を崩さないようにしている。	研修の習熟度については、年2回(10月・3月)自己評価を行い、上司評価(主任)が、面接をして、各職員に評価のフィードバック、注意点を伝え、自己研鑽の取り組みを進めている。	
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	自分からご希望を言われることはあまりなく、何がしたいかを職員から尋ねている(最低月1回)。日常生活の全てにおいて、まず「～されますか」「～していただけますか」と確認を行い、返事を待ってからの対応を行っている。		
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	毎日の生活の中で都度、本人に確認を行いながら入居者個々のペースに合わせた生活に配慮している。インカムを活用し、入居者の今の状況を職員全員がすぐに共有できるように、また待たせずにすぐに対応できるようにしている。		
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	おしゃれが好きな方、服の選択が難しい方、その都度、職員と一緒に服を選ぶ手伝いを行っている。		
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	食事の準備、片付けは入居者が中心になって行っていただけるよう、職員はサポートをしている。毎月、昼食やティータイムのお菓子を手作りし、最低月2回は入居者全員で調理を行っている。	1月1日せんざい作り、中旬に食事作りを手洗い・手指消毒、マスク着用、室内換気、感染症予防対応の基本を徹底して、いつも通りに、月2回の調理の時間を実施した。役割をもって参加する食事の準備を楽しまれている。	
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	栄養面については、毎日の食事を管理栄養士が管理している。水分は日々こまめにお茶などを提供する取り組みはもちろん、脱水傾向になりやすい方には水分補給用ゼリーを活用するなどし確実に水分の摂取ができるようにしている。		
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	入居者一人ひとりの状態に応じて口腔ケアの介助を行っている。確実に口腔ケアができるよう義歯洗浄剤など必要物品もこまめに交換購入している。ご自分で義歯の装着ができるよう、写真付の手順を洗面台に貼っている方もある。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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
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	入居者一人ひとりのADLを定期的を確認し(1回/6ヶ月)、必要に応じて排泄介助方法の確認、見直しを行っている。	体調管理が必要な入居者については、ポータブルトイレを使用して、排便の状況を把握することにより、不必要な下剤調整をなくすことが出来た。	
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	毎日、入居者一人ひとりに排便確認を行い、必要な方には薬の調整を行っている。腸の働きを良くするため、ヤクルトを飲んでいただいている。また、こまめな水分接種や毎日の運動も実施している		
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	週2回の入浴。安全に入浴していただけるようADLに応じて、個浴・座位浴・特浴の浴室を使い分けている。「何曜日の午前中」と基本の入浴日を設定している。入浴のタイミングは本人に確認しながら調整している。	基本の入浴日を決めている。変更が必要な場合でも、入居者は快く変更に応じてくれているが、再調整については、職員全員が、インカムを使用しているため、すぐに情報伝達、相談ができており、スムーズな調整ができています。	
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	日中は休息の時間や活動的な時間は入居者それぞれ大体決まっている。夜なかなか眠れない方には温かい飲み物を提供したり、職員と一緒に洗濯たみをするなど安心して過ごせるように関わっている。		
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	入居者の薬については、全職員が一通り把握している。特に安定剤については、服薬状況に努め必要に応じて主治医に報告相談している。		
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	オンライン面会対応時間は制限をなくし、いつでも対応できるようにしている。デイサービス休館日にデイサービスに体操やカラオケ等に行ったり、施設内で行えるクッキング等の行事を希望を聞きながら計画実施している。		
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	感染症予防のため、人込みは避けて対応。気候の良い時期は、近所を散歩したり、人の少ない時間や場所を見計らってカフェなどには出かけている。秋の紅葉狩りは皆さんに好評であった。	地元の職員が多いため、9～11月の感染者も減少傾向の時期に、どこが空いている。もみじがきれいかな等を、職員や、系列施設とも情報を確認し、外出を機会を持つことが出来た。	

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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
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	少額の現金を常に持たれている方が数名あり、外出、受診、通販等、自分で支払いをされている。		
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	携帯電話を持たれている方が数名あり、自分で電話をされている。最近は、オンライン電話で家族の顔を見ながら電話されている。セッティングだけ職員が行い、リビングもしくは居室で会話されている。		
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	リビングなどの共用部分は、気持ちよく過ごしていただけるよう、また、安全に移動していただけるよう、毎日掃除を行い、いつも整理整頓している。	入居者で、動ける人は、リビングや廊下床のモップ掛けは毎朝、職員と一緒にしている。立って作業ができない人は、食堂のテーブル拭きや消毒を座ったままで行う等、それぞれに、役割をもったの取り組みができています。	
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	いつの時間帯も入居者それぞれが居室やリビングで自由に過ごされている。入居者同士が居室を行き来もされ、本人の過ごしたい場所で過ごしていただくことを第一としている。		
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	居室への持込制限は行わず、安心した気持ちで過ごせる空間づくりを家族に協力し準備していただいている。立ち座りやすい椅子を準備されたり、好みのアンティークの家具を持参されたりしている。	居室整理(掃除、シーツ交換、整理整頓等)については、週1回、主に職員が行うが、その際自室の入居者は、洗面台周り等、それぞれにできる範囲で作業されている。	
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	入居者お一人おひとりが、毎日、自立した生活が送れるようにすることを目標としている。安全に自分で行えるよう、例えば浴室がまたぎにくい場合、手すりを取り付け、個浴での入浴が継続できている。場合によってはOTからアドバイスをもらっている。		

基本情報

事業所番号	2894800073		
法人名	社会福祉法人かるべの郷福祉会		
事業所名	かるべの郷認知症対応型共同生活介護事業所		
所在地	養父市十二所906番1 電話 079-664-2300		

【情報提供票より】令和 5年 1月 日事業所記入

(1) 組織概要

開設年月日	平成30年4月1日		
ユニット数	2 ユニット	利用定員数計	18 名
職員数	20 名	常勤 10名	非常勤 10名 常勤換算 14.2名

(2) 建物概要

建物構造	単独型		
	木造造り 2階建ての2階部分		

(3) 利用料金等(介護保険自己負担分を除く)

家賃(平均月額)	東側 111,000 円	水道光熱費(月額)	500円
	西側 106,500 円	寝具リース(月額)	50円
敷金	無し		
保証金の有無 (入居一時金含む)	無し	有りの場合 償却の有無	
食材料費	朝食	円	昼食 円
	夕食	円	おやつ 円
	または1日当たり 1,050円		

(4) 利用者の概要(12月9日現在)

利用者人数	18 名	男性 0 名	女性 18 名
要介護1	3 名	要介護2	4 名
要介護3	6 名	要介護4	4 名
要介護5	1 名	要支援2	名
年齢	平均 91 歳	最低 80 歳	最高 101 歳

(5) 協力医療機関

協力医療機関名	公立八鹿病院
---------	--------

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	1	(家族アンケートでいただいたご意見より) コロナ禍で直接面会がほとんどできず、土日の面会をお断りしているため、ご家族のご都合と合わず面会していただきにくい状況である。	コロナ前のように家族の面会や外出が安全に配慮(感染症の予防)しながら気軽にできる。 (いつでも気軽にご家族の訪問ができるようにしていくことを目指す。)	<ul style="list-style-type: none"> ・感染状況を見つつではあるが、基本的には対面面会を実施する。 ・月に1～2回でも土日の予約を受け付けることができるようにする。 ・面会対応時間を2～3時間に延長する。 ・面会時の感染症予防対策について、厚労省のリーフレットなどを参照し、基本的な対策を確実に行う。 ・入居者の希望に合わせ月1回の外出を計画する。 ・人込みの時間や場所を避け、外出する。 	6ヶ月
2	2	(家族アンケートでいただいたご意見より) 家族からの電話対応について、ご家族に面倒をお掛けしている。	確実な電話対応を行い、ご家族との信頼関係をより強く築くことができる。	<ul style="list-style-type: none"> ・電話対応マニュアルを作成し、誰もが統一した対応ができるようにする。 ・職員を指名された場合は、インカムを活用しすぐに代わる。 代われない場合についての対応をマニュアル化する。 	3ヶ月

(別紙4(3))

サービス評価の実施と活用状況(振り返り)

サービス評価の振り返りでは、今回の事業所の取り組み状況について振り返ります。「目標達成計画」を作成した時点で記入します。

【サービス評価の実施と活かし方についての振り返り】	
実施段階	取 り 組 ん だ 内 容 (↓ 該当するものすべてに○印)
1 サービス評価の事前準備	<input type="radio"/> ①運営者、管理者、職員でサービス評価の意義について話し合った
	<input type="radio"/> ②利用者へサービス評価について説明した
	<input type="radio"/> ③利用者家族へサービス評価や家族アンケートのねらいを説明し、協力をお願いした
	<input type="radio"/> ④運営推進会議でサービス評価の説明とともに、どのように評価機関を選択したか、について報告した
	<input type="radio"/> ⑤その他()
2 自己評価の実施	<input type="radio"/> ①自己評価を職員全員が実施した
	<input type="radio"/> ②前回のサービス評価で掲げた目標の達成状況について、職員全員で話し合った
	<input type="radio"/> ③自己評価結果をもとに職員全員で事業所の現状と次のステップに向けた具体的な目標について話し合った
	<input type="radio"/> ④評価項目を通じて自分たちのめざす良質なケアサービスについて話し合い、意識統一を図った
	<input type="radio"/> ⑤その他()
3 外部評価(訪問調査当日)	<input type="radio"/> ①普段の現場の具体を見てもらったり、ヒアリングで日頃の実践内容を聞いてもらった
	<input type="radio"/> ②評価項目のねらいをふまえて、評価調査員と率直に意見交換ができた
	<input type="radio"/> ③対話から、事業所の努力・工夫しているところを確認したり、次のステップに向けた努力目標等の気づきを得た
	<input type="radio"/> ④その他()
4 評価結果(自己評価、外部評価)の公開	<input type="radio"/> ①運営者、職員全員で外部評価の結果について話し合った
	<input type="radio"/> ②利用者家族に評価結果を報告し、その内容について話し合った
	<input type="radio"/> ③市区町村へ評価結果を提出し、現場の状況を話し合った
	<input type="radio"/> ④運営推進会議で評価結果を報告し、その内容について話し合った
	<input type="radio"/> ⑤その他(評価結果を運営推進会議の資料に添付し、市役所、家族に配布。感染症拡大予防のため話し合うことはせず。)
5 サービス評価の活用	<input type="radio"/> ①職員全員で次のステップに向けた目標を話し合い、「目標達成計画」を作成した
	<input type="radio"/> ②「目標達成計画」を利用者、利用者家族や運営推進会議で説明し、協力やモニター依頼した(する)
	<input type="radio"/> ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)
	<input type="radio"/> ④「目標達成計画」に則り、目標をめざして取り組んだ(取り組む)
	<input type="radio"/> ⑤その他()