

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	2872000779		
法人名	社会福祉法人 明石恵泉福祉会		
事業所名	恵泉グループホーム		
所在地	兵庫県明石市大久保町大窪2813番地		
自己評価作成日	令和 7年 9月 1日	評価結果市町村受理日	令和7年10月9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	<a href="https://www.kai gokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php">https://www.kai gokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php</a>
----------	---

【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 福祉市民ネット・川西
所在地	兵庫県川西市小花1-12-10-201
訪問調査日	令和7年 9月 16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)】

恵泉グループホームでは、認知症ケアを中心とした専門的な支援に力を入れており、ご入居者の生活の中での小さな変化に気づきを得ながら、その時々々のステージの背景理解に寄り添った暮らしのサポートを行うことを大切にしております。このような専門的な認知症ケアを実現するため、チーム全体でのアプローチに力を入れ、多くの視点から得られる情報を収集し、誰もが意見を語りやすい環境づくりを推進しております。職員間では、アンケートフォームも活用し、職員一丸となってご入居者お一人おひとりの「いきいきとした暮らしぶり」を支えています。また、ご入居者お一人おひとりの「楽しい」と思える気持ちを最優先にした趣味活動のサポートにも取り組んでおります。施設内の家庭菜園では、畑の準備、水やり、収穫、お料理など、興味を示される工程がご入居者によって様々であり、その方らしい関わり方を大切にしながら、IT機器やLINEを通じてご家族にもより効果的に身近に感じていただけるよう、チーム全体で暮らしをサポートしております。

【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)】

広い敷地内の総合福祉施設の一角にある、明るくおしゃれな建物が事業所となっている。管理者は、「温かみがあふれる第二の家」を目指し、ひとり一人が「自分らしく」過ごせるよう、利用者の強みを見出し、自信と楽しさに繋げられるよう、職員間の連携を大切にしている。事業所と家族がアプリで繋がることで、利用者の日常の暮らしぶりをタイムリーに家族に伝えることができ、家族との交流もより密になっている。地域住民のアドバイスを活かした家庭菜園や市の花壇コンクールに参加するなど、社会とも繋がり、地域に開かれた事業所として認知されている。利用者の安心と笑顔のために職員が目標を定め、真摯に課題に取り組む姿勢も伺えた。これからも職員の気づきと支援で、利用者が持てる力を発揮し笑顔溢れる日々が送れるよう期待しています。

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)	○	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	者三	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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	介護理念を詰所に掲示し、朝礼で職員全員で唱和し、理念に基づいたケアが実施できるように意識づけを行っている。個々のケアの展開の中で理念に立ち返ることができるように職員同士で呼びかけを行っている。	法人理念は玄関ホールに掲示されている。理念が言葉だけでなく、業務の中で実践できるように、カンファレンスの都度、利用者の自己決定と安心が保持できているか基本に立ち返り検討している。新人研修では、日々業務の中で理念を意識できるよう協力しあえる職員の関係作りを目指している。	
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	昨年度は、高齢者施設、保育園、ご家族など地域の方々での秋祭りが開催され、グループホームも催しを行い、参加しています。ケアハウス毎週定期開催されている移動スーパーへの参加や敷地内の美容院へ通う方もおられます。	市主催の花壇コンクールに出展し、披露されることで社会の一員としての喜びを感じることができた。敷地内の美容室や移動スーパーに買い物に行き、近隣住民と交流したり、秋祭りに参加し楽しむなど、日常的に地域と交流を図っている。	
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	地域から介護相談(入居相談)を日々受けており、法人内の相談部門会議で地域の状況共有や他施設からのケース紹介など連携し、クライアントのニーズにマッチする相談ができるように対応を行っている。	/	/
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	委員の方からいただいた意見を会議録にも反映させている。また、委員の方の近くにお住まいのご高齢者の困りごと(認知症高齢者)のお話をお伺いしている。諸事情で参加できなかった委員の方にも会議録を郵送するようになっている。	会議には、利用者と家族、地域住民、地域包括が出席している。現場職員は、お茶出しをしながら情報を報告することもある。地域住民から花壇や畑に関して適切なアドバイスもあり、活発な会議となっている。議事録には、事業所のイベントや利用者の身体状況も詳しく説明されており、家族にも送付している。	参加している職員の氏名を出席者として記録してはいかがか。書式としてのナンバーリングとヒヤリハットや事故の件数も簡単な表として記録してはどうか。
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取り組んでいる	運営推進会議にて、地域包括支援センター(大久保総合支援センター)の職員と意見交換をおこなっている。また、事故報告書は市の介護保険課に提出している。	サービス事業者連絡会(グループホーム協議会)が3か月に1回開催され参加している。事業所それぞれの課題や情報交換の場になっている。介護保険の申請や事故報告書の提出など、市との連携も構築されている。	

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
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	拘束虐待廃止委員が主となり、法人の企画する勉強会に参加し、当施設内で伝達講習を行っている。床センサーを設置し対応している方には、身体拘束の意識を持ち、毎月評価し、必要性の見直しを行うカンファレンスを開催している。	法人全体で身体拘束廃止委員会を3か月毎に開催し、グループホームからは委員として担当者が研修に参加している。委員は各事業所で講習を行い、利用者のカンファレンス時も常に見直しや検討を重ね、ケアの質の向上に努めている。	
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	拘束虐待廃止委員にて、法人内の研修(年2回)に参加し、伝達講習を行っている。事業所内に「虐待通報箱」を設置し、全職員対象の虐待の芽チェックリストによる点検を実施している。ストレスチェックアンケートを職員に実施し、必要に応じて法人内恵泉クリニックに受診する流れとしている。	拘束虐待廃止委員会が、指針を元に法人内の研修を行い、現場への伝達講習を行っている。管理者は、虐待の芽の把握のため、「虐待通報箱」からネットアンケートに移行し、職員の思いを共通課題として取り組んでいる。ストレスチェックもを行い、職員同志が協力し合える環境を整えることで、虐待予防の手立ての一つにしている。	
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	成年後見制度や任意後見制度を利用するご入居者が2名おり、カンファレンスや日々のケアを通じて、管理者から担当職員に成年後見制度の基礎知識を説明を行い、昨年は施設内職員で勉強会を行い、知識の強化を行った。玄関には、制度を閲覧できる資料を設置している。	パンフレットは閲覧用として玄関に設置している。職員が権利擁護の制度を理解するというステップアップへの目標を立て、厚労省が配信している動画を活用し、任意後見制度や法定後見制度を学ぶ機会を設けた。現在、後見人が利用者の外出に付き添うなどの関係性を間近かに見ることで、職員は制度を再確認することができている。	
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	契約前の施設内見学から、対象者の事前面談、契約時には重要事項説明書に沿って丁寧に説明を行い、個別のケースに合わせた施設利用にあたってのリスク説明を行うように取り組んでいる。	管理者は、契約に関して利用者や家族が重要事項説明書などを理解しやすいように、読みやすくまとめて簡素化した書類を作成している。事業所でできないこと、必要な経費等も丁寧に説明し、複合施設の中の一つとしての役割と利点も事前に説明し家族の安心に繋げている。	
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	ご入居者には、日常的に声に耳を傾け、趣味活動などの小さなコミュニティ作りを行っている。ご家族とは、タブレットを活用し、LINEアプリで、グループホームでのご入居者の日常を報告するやり取りを行っている。家族への定期的なお手紙も紙の手紙からチャットアプリでのやりとり(画像付きのメッセージ)を活用している。	満足度アンケートの実施で家族の要望や意向が把握でき、職員間で課題を検討する機会が持てた。事業所と家族が携帯アプリでつながったことで、家族は、利用者の日々の様子もタイムリーに確認でき、職員も家族への報告や意見交換が以前よりしやすくなっている。	

自己	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
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	日々の申し送り以外に職員会議を行い、現場で出た意見を聞き反映させるようにしている。施設運営会議では、職員主体で課題抽出し取り組みの提案をしやすくするためにアンケートフォームを活用し、議案段階で意見収集するようにしている。	管理者は、職員が自由に発言できる職場環境を整備し、意見を反映しやすい仕組み作りを試みている。業務内容を検討し変更することで改善に繋がった。職員も利用者がより充実した日常生活が過ごせるようなサービス向上への取り組みに関して自発的に考案し、法人のプレゼンにも現場職員からの提案された課題に事業所の全職員が協力し取り組んだ。	
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	人事考課を年2回行い、職員一人ひとり目標を立て、どのような方法で達成に向けて取り組むか考えてもらうようにしている。		
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	法人内の研修に参加し、学びを得た職員から施設内で学びを発信(勉強会や朝礼での発信など)することで発信者とその他の職員の双方の成長になるようにしている。ケアのモニタリングの共有や研修報告書では、管理者が確認し、対話の機会を持ち、気づきを共有している。		
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	明石市介護サービス事業所連絡会や認知症対応型共同生活介護部会の定例会や研修会に参加し、事業所間交流を行っている。		
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	事前面談にて、本人自身がどのような暮らしを行ってこられたか、どのような価値観を大切にしているか(していたか)を対話するようし、介護担当にもケース紹介を行い、新たな環境で心穏やかに過ごしていただくよう関係づくりに努めている。		
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	入居の経緯についてや認知症の進行によるご生活の変化や影響についてのエピソードをご家族から伺うようし、傾聴、共感をもって関係づくりに努めている。ご本人の暮らしのニーズや家族の関わり続けたいポイント(距離感)を伺っている。		

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	ケースによって、認知症対応型共同生活介護の資源がその方にとってベターな状況にあるか、また、急を要する状況か少し先の将来の入居相談を見極めることを意識している。法人内の他施設の選択肢も含めた相談、連携も行うようにしている。		
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	共同生活において、ご入居者一人ひとりの残存能力を見極め、日々の家事では個別の能力を日々観察し、コミュニティの参加や人の役立つなどの役割を持っていただくサポートを行っている。		
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	家族面会では、心地よく面会いただくようスペースを工夫し案内している。ご入居者が親(ご入居者)として子を心配する顔を見せられることがある。職員からの現況報告を密にし、面会前に施設内のエピソードをご家族と共有したうえでお会いいただくことで日々の出来事の会話が弾むようにサポートしている。		
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	ケースによっては、職場仲間や地域に住むご友人と外出や外食の機会を持つ方もおられる。施設的环境への馴染みやケアの相談を通して、精神的な安定が図れることで、家族も面会に来ていただきやすくなったケースもある。	利用者が働いていた職場の後輩が訪問して一緒に外出したり、ケアハウス時代に知り合った地域の友人と喫茶店に行くなど、個々の馴染みの関係を大事にしている。定期的に訪問してくれる家族との外出や面会も利用者の精神的な安らぎに繋がっている。	
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	ご入居者同士が、お互いの存在を尊重できるように職員が仲介しながら穏やかに共同生活を送っていただくことに努め、会話や趣味が合う方同士のコミュニティの橋渡しや見守りを行っている。		
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	施設生活の中で病気や衰えの進行により退居せざるを得ないケースも想定される。他資源への紹介では、その方が困らないように法人内の資源を最大限に活用し、新たなコミュニティで安心して生活いただくように支援している。		

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
<b>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</b>						
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	その人らしい暮らしの実現の為、日々の生活の中でのご本人の話されるお言葉(対話)だけでなく、表出される行動の背景も意思の一つとして捉え、日常記録を行うようにしている。定期的なケアカンファレンスではご本人の理解度に合わせて想いを確認するようにする。意向確認が困難な時は、ご本人に最も近い家族にアドボケートしていただくこともある。	管理者は利用者の「その人らしさ」を思うとき、特に過去の情報を重視している。会話をする中でも、拾い上げた言葉や利用者間でのやり取りなどを手掛かりとして、今現在の利用者の心に寄り添うよう努めている。何気ない日常の中にヒントがあると心得、カンファレンスや申し送りを位置付けている。		
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	事前面談では、入居に至るまでの経緯の確認のみならず、ご自宅での暮らしぶりや家での役割、ご本人のお部屋の雰囲気などの把握に努め、これらが施設生活にもなるべく近くできることがあれば、意識して職員間で共有するようにしている。			
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	生活の様子を日々の日常記録シートや担当職員ごとに作成するアセスメント情報シートや心身情報シートを更新し、状態把握や変化に気づけるようにしている。モニタリングシートを令和6年度から書式を見直し、細やかな変化に着目している。			
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	担当介護職員の毎月のモニタリングや3か月ごとの中間評価(リハビリと共同)、6か月ごとに開催するサービス担当者会議では、多職種で意見を出し合っている。今の暮らしぶりを多角的視点で捉え、ご入居の今できることに目を向け、残存能力を引き出す計画作成を意識している。	介護計画は6か月ごと・モニタリングは1か月ごとに見直しされ丁寧に実施されている。3か月ごとの中間評価には作業療法士が参加している。担当者会議録も主治医意見はじめ、多職種の意見がしっかり反映されていることを確認できた。	介護計画の「ニーズ」と「短期目標」について、全員が意見を出し合い整理したうえで、「モニタリング」の意味も原点に立ち返り検討されることが望まれます。	
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	毎日の日常生活記録を参考に1か月の介護記録経過を作成し、本人の把握や情報共有に努めている。また、日々の申し送りでは、ケアの実践における気づきを深める為、申し送りする側が一方的にならないように疑問や他の職員の気づき、小さな提案など対話を行うように意識し、ケアの見直しを考えている。			
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	家族のマンパワーが強い家庭には、面会や生活用品などの購入など積極的に介入していただくようにしているが、マンパワーが少ない家庭には、福祉用具会社などを紹介し、定期的に生活用品を購入しやすくするサポートを実施している。			

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
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	同法人の施設に移動スーパーが毎週きており、グループホームのご入居者もショッピングを楽しんでいただいたとき、商品のお支払いのやりとりを通して社会参加の機会をサポートしている。菜園では、運営推進員と野菜作りの工夫の情報交換を行い、栽培の楽しみや成功体験につながっている。		
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	入居時に法人内のクリニック(訪問診療の対応ができる)を説明し、ほぼ全員のご入居が希望されている。毎週1回程度、医師と看護師が往診にきて対応している。かかりつけ薬局が薬を届け、配薬ボックスにセットしてくれる仕組みとしている。法人のクリニックの他に脳神経内科など専門医にご家族の支援のもと通院されているご入居もおられる。	入居前からのかかりつけ医を継続している利用者はいるが、ほとんどの家族は契約時の説明で、協力医による訪問診療を選んでいる。かかりつけ薬局による配薬管理は行われているが、落薬や誤薬はゼロではないため服薬マニュアルを作成した。	
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	往診時や必要に応じて電話やチャットツールにて体調相談を行っている。日常生活記録から体調の変化(血圧や排泄コントロール、皮膚の状態報告)ケースによっては認知症の進行や周辺症状についてなど報告を密に行っている。		
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。	入院に関しては、かかりつけ医(法人内クリニック)に早期の相談を行い、判断を仰ぎ、紹介の協力を得て打診するようにしている。入院時は、病院関係者に生活様相を伝達し、介護サマリーを作成し、情報提供している。また、今年度より、協力医療機関と月に1度オンラインで定期連絡会議を行い、連携強化に努めている。	入院時は介護サマリーにより情報提供を行っている。また入院該当の有無にかかわらず、協力医療機関と月に1度オンラインで、定期連絡会議を行う事で連携強化に努めている。退院時には本人の身体状況に応じて、法人内施設利用の検討ができる仕組みがある。	
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	見学対応や入居前の契約時の説明にて、当施設としては施設で生活ができること、できないことの線引きを行い、説明を行っている。(ご本人が施設のハード面からも安楽に過ごせる状態、衰えの進行や入院を契機になるなど)施設生活の継続が困難になるケースを具体的に説明するようにしている。早期に法人内の資源(特養や老健などの転居相談)の紹介をし、見学に繋げる案内を行っている。	「重要事項説明書 要約版」「緊急受診依頼書」「心肺停止と思われる状態での延命処置について」が作成されており家族への事前説明がなされている。その意思確認については、いつでも変更ができることも伝えている。事業所内のできることも、できないことを明確に伝えるよう心掛けている。	
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	事故防止研修を施設内で実施し、緊急時に対応できるように急変対応のマニュアルの見直しを行った。フローチャートマニュアルを確認できるようにしている。また、救急搬送バッグを設置し、マニュアルをいつでも確認できるよう常備している。		

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2回の避難訓練と防災訓練を行っている。火災時の通報システム(火元の自動通報システム)について、機器の管理会社にて職員へ説明の機会をつくっている。R6年度は、市の消防隊職員の査察で共同訓練を実施した。連絡網は、電話以外に緊急連絡の為にチャットアプリ(LINE)の登録を全職員行っている。	法人によるBCPが策定されている。事業所単体での避難訓練とともに法人合同での防災訓練も実施している。市の消防隊員参加の訓練も実施した。災害備蓄品管理も適正にされている。連絡網として電話以外で緊急連絡の為にアプリへの登録が全職員行われている。	
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	接遇委員が中心となり、接遇マナー5原則チェックシートを職員一人ひとり2カ月毎に目標設定、振り返り(「表情」「挨拶」「態度」「身だしなみ」「言葉遣い」の項目)を行うようにした。入浴介助については、同性介助とし、尊厳を重視し、対応している。	入浴介助は原則、同性介助とし、尊厳重視の観点で対応している。接遇マナーについては目標設定がされ振り返りを行っている。気になる場合は管理者が直接話す事もある。居室トイレは毎日の掃除で清潔を維持し、臭いにも留意している。見通しの良い位置で一人で景色を眺めている利用者にさりげなく椅子をすすめる事もある。	
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	ご入居者の日常生活では、できることだけでなく、やりたいことの想いを大切に對話するように常に心がけている。気が向かないことは強要せず、提案を変えて関わっている。自己決定にあたって、意思形成や意思表出を丁寧にサポートするようにしている。		
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、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	決められた時間でご入居者の生活を送るのではなく、自分のペースで生活していただくようにしている。例えば、食事提供場面では、ある程度は食事準備の時間は決まっているものの個別の状況によってご本人がより落ち着ける時間帯や場所でご提供するように支援している。		
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	訪問美容では、ご希望のヘアスタイルの雰囲気や長さなど当日までに伺うようにし、当日もご本人と一緒に相談しながら美容師に伝えている。お化粧をされる方もおり、モーニングケアやイブニングケアでは、お一人お一人の整容のサポートを行っている。		
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	法人として食事の豊かさに力を注いでいる。ご入居者も食事の盛り付けや食器類やお茶の準備、食後の片付け(食器洗いや食器拭き)を行い、ご入居者同士の協力や役割の中での交流の機会にもなっている施設の庭の菜園でご入居者と職員と一緒に育てた野菜を収穫し、献立に加えることもある。	菜園で採れた野菜で浅漬けを作り、副菜として提供することもある。米飯は各ユニットで炊飯している。利用者は何らかの形で作業に参加できている。利用者同士の交流の場ともなっている。2か月毎の運営推進会議の際には職員と共にお茶出しをする利用者もいる。	簡単な手作りおやつを、利用者主体で作る機会を設けてはいかがでしょうか。

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
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	食事摂取量や水分量、時間外に摂取した嗜好品なども記録に残し、摂取内容を確認している。食の好みを伺い、ご飯のお供や間食の持参を家族協力してもらっている。現病歴や既往歴などから主治医や栄養士と連携し、摂取内容や摂取カロリーの相談を行っている。		
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	ご入居者に応じて食後や臥床前の口腔ケアの促しを行い、認知機能に応じて歯磨きやうがいなどのお声かけや介助を行うようにしている。訪問歯科衛生士が定期的にケアを実施している。必要に応じて訪問歯科医師も治療に来ていただいている。		
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	自立支援にむけて排泄動作や手順に分けて、一人ひとりどのようなサポートが必要かアセスメントし、工夫するようにしている。また、リハビリパンツが必要な方にはサイズや吸水量など個々の状態に合わせて選定している。下肢筋力の負担が高まってしまうケースは、時間帯に応じて安楽な方法(おむつ介助を含む)の提案を行い、相談している。	各居室にはトイレが配置されており、プライバシー確保がなされている。利用者個々のアセスメントがしっかり実施され、様々な工夫や気づきも職員間での情報共有ができています。便秘傾向の顕著であった利用者が、入居後の観察とアセスメントを繰り返す事で排泄リズムが整った例もある。	
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	排便コントロールにおいて、主治医や看護師に往診や日々の電話相談にて、密に連携し、個々に応じた解消法の指示を受けながら対応している。便秘解消に繋がる食品(ヨーグルトなど)の預かり提供や運動、看護師からの助言を受け腹部マッサージなど工夫している。		
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ず、個々にそった支援をしている	毎週2回以上の入浴を基本としており、ある程度入浴日は決めてはいるが、入居者の状態(お気持ちも含めて)に応じて対応している。ご入居者の好みのシャンプーやソープなども伺いながら使用している。	浴室はユニットバスではない。広々とした浴室は銭湯の風情がある。入浴を好まない利用者へのアプローチは、時間をずらしたり言葉かけを工夫することで対応できている。個人の好みのシャンプーなどが準備されており、リラックスと共に満足感が感じられるようにしている。同性介助を優先している。季節ごとの変わり湯も実施している。	
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	一人ひとりの生活リズムに応じて、体調や体力(年齢や疾患)に合わせて休息をとっていただくようにしている。夜遅くまで起きて作品に向き合うご入居者には対話しながら健康も気遣い、適度な時間でお休みいただくようにしている。		

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
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	薬の変更時には、往診や診察のタイミングで経過記録に記載するようにし、変更後の状態観察に意識が向けられるように職員全員が記録閲覧できるようにし、申し送りでも共有を行っている。薬剤師の訪問時にも状況共有するようにしている。		
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	個々の生きがいややりたいことのサポートを行っている。例えば、菜園活動の日課の付き添い、作品づくりのファイリングやお仲間やご家族への紹介、家事活動では、食器洗いや食器拭き等すすんで行っていただける役割など、いきいきとした時間を思い起こしてもらおう為、さりげなく写真に収めている。		
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	季節に合わせたイベントでは、花見やドライブや秋探しのお散歩では、全員のご入居者に楽しんでいただけるイベントとした。個々の健康面から、移動時間の負担がある方にはコースをコンパクトにしてそれぞれ楽しんでいただけた。ご家族と共に自宅に帰って過ごされる方や外食の機会、思いの場所へのドライブなどかけがえのない時間を過ごしていただいている。	事業所周りの散歩や、季節毎の中庭の樹々の鑑賞などは少人数で日々行っている。時には花を愛でながらのティータイムを楽しむこともある。車を利用しての短時間ドライブや、桜の森公園での花見などは計画的に実施している。	
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	法人内活用の移動スーパーでは、自身でお金の勘定をしていただくように支援している。所持にご不安のある方は一部職員サイドで個別にお預かりしているケースもある。		
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	個別に携帯電話を持っている方は、使い方や充電方法サポートしながらご家族と電話をしていただくようにしている。ご入居者自身で近況について手紙に書き、家族に送ることや年末は年賀づくりを楽しめました。		

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
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	共有スペースの食堂では、ご入居者の関係性が良好になるようにレイアウトを必要に合わせて見直し、状況に合わせて心地よく過ごしていただくようにしている。デイルームでは、誰でもゆったりと座れるソファで好みの音楽等聴いたり、図書コーナーで本を選びながら思い思いの場所で過ごしていただけるようにしている。玄関には皆で作った季節飾り付けを行っている。	共有空間は十分な広さがあるためリビング、廊下にはソファや椅子が配置され、一人になりたい空間や居心地の良い居場所が選べるようになっている。玄関ホールや廊下には利用者・職員による季節を意識した飾り付けを重視し、幼稚な印象の飾り付けを避けているため、落ち着いた雰囲気を感じられる。	
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	共有スペースは自由に使用していただけるようにしており、ご入居者同士が部屋の行き来もお互いの話の中で自由に行き来していただいている。また、1階2階と自由に行き来していただけるようにしている。		
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	ご入居者は、使い慣れた家具を使用される方もいれば実用性を重視し、ベッドやタンスなど途中で模様替えされる方もおられ、家具の配置などは馴染みを重視して相談し、コーディネートしている。思い出のアルバムや家族写真、思い出のあるぬいぐるみ、観葉植物など居心地よいプライベート空間をつくるように心がけている。	居室空間は十分な広さが確保されてる。自宅で使っていた、愛用の机や家具なども持ち込まれている。TV前にはソファが配置されプライベートなつろぎ空間となっている居室もある。家族写真や観葉植物もあり、思い思いの飾り付けで個性が感じられる。	
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	自室の鍵を管理できる方は、個人管理をしていただき、部屋の戸締りも行ってもらっている。外階段は個々の歩行状況に応じて、職員と一緒に安全に昇降いただくように約束させていただいている方もいる。エレベータは自由に使用いただいている。自室のトイレ使用では夜は電気をつけることで場所の認識がしやすくなり、戸惑いが少なくなったケースもある。		

### 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	40	現在、入居者主体の調理の機会が年に2回程度しか作れておらず、施設菜園を活用した野菜栽培と調理の取り組みは行っているものの、入居者の要望や希望を聞く機会が不足している。入居者主体の活動と生活の質向上の機会が十分に確保できていない。	入居者の声や意見を反映させた菜園活動、調理、おやつ作りを定期的に行い、食事やおやつ作りの楽しさを提供することで生活の質の向上を図る。	<ul style="list-style-type: none"> <li>アンケート方式で入居者から意見・希望を聞き取る。</li> <li>入居者のニーズに合った野菜の選定と栽培・調理を行う。</li> <li>収穫した野菜を使った調理を入居者と共に行う。</li> <li>入居者と共に取り組めるおやつ作りを実施する。</li> <li>入居者の興味や身体状況に応じた役割分担を行い、準備から片付けまで参加いただく。</li> <li>活動の様子をご家族にも共有する。</li> </ul>	12か月
2	4	運営推進会議において、重大な事故やヒヤリハットの詳細説明は行っているが、全体の件数集計の報告が不足しており、施設運営の透明性に課題がある。	事故・ヒヤリハットの全体件数を会議で共有し、運営の透明性向上と安定した施設運営につなげる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>運営推進会議の議案書に事故・ヒヤリハットの件数を明記する。</li> <li>議事録にも件数データと傾向分析を記載する。</li> <li>必要に応じて対策や改善取り組みについても報告する</li> </ul>	6か月
3	26	ケアプランの目標設定が包括的過ぎて焦点が定まらなく、モニタリング記録も丁寧語での記載で冗長になりがちである。また、継続してできているサービス内容も目標に含まれたままで、プラン全体が煩雑化し、職員チームの負担も大きくなっている。	ケアプランとモニタリングの記録方法を見直し、入居者の現状に即した焦点の絞れたプラン作成と、誰でも実施しやすい効率的なモニタリング体制を構築する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>モニタリング記録を「である調」で記載し、簡潔で分かりやすい記録にする。</li> <li>長期目標・短期目標を細分化し、一つの目標項目に対してサービス内容を3つまでに絞る。モニタリング項目も集約し、誰でもモニタリングしやすくする。</li> <li>継続してできているサービス内容は目標から外し、達成できた目標には新しい目標を設定する。</li> <li>介護記録の質向上のため、参考書から重要ポイントを抜粋して職員間で共有する。</li> </ul>	6か月
4					月
5					月

(様式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】		取 り 組 ん だ 内 容	
実施段階		( ↓ 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( )
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( )