

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	2873300368		
法人名	社会福祉法人 明照会		
事業所名	グループホーム 菩提樹の家		
所在地	伊丹市中野西1丁目7番3号		
自己評価作成日	令和7年2月27日	評価結果市町村受理日	令和8年4月30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/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利法人 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8年3月24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)】

尊厳の保持を第一に、ひとりひとりの生活歴や価値観を大切にその人らしい生活ができるよう、利用者様の気持ちに寄り添い、見守りながら、さりげない支援を心掛け、安心と自信に満ちた日々が過ごせる様支援しています。木々に囲まれた平屋建て日本家屋のホームは、各居室に畳が敷かれ住み慣れた自宅に近い住環境となっており、調理や掃除等の家事的な外、中庭の畑では季節の野菜を植えたり、花壇には花を植えたり、大きな柿の収穫など生活の中で楽しみを大切にしています。ご家族様に安心していただけるよう日々笑顔と「ありがとう」が自然に行きかうあたたかなホームです。毎月ご家族様へは生活の様子やエピソード、写真の送付をしています。

【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)】

四季折々の自然を味わえる穏やかな川沿いに位置する平屋建ての事業所は、利用者にとって家庭的な温もりで満ちた安心の住まいとなっている。管理者は法人理念を日々のケアにおいて具現化するため、継続的な研修と丁寧なフィードバックを重視した教育体制を構築し、利用者一人ひとりに寄り添う個別ケアに取り組んでいる。職員はそれぞれの専門性を活かしたスペシャリストとして役割を發揮しており、質の高いコミュニケーションとレクリエーションの充実、福祉用具を活用した環境整備などを通じ、利用者および家族の深い安心感へと繋げている。また、月1回の河川清掃など地域貢献活動にも意欲的であり、今後も地域に開かれた福祉拠点としての更なる発展を期待している。

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 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 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 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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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、安心して暮らしている (参考項目:28)	<input type="radio"/>	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
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	法人理念は基本に利用者の尊厳、地域貢献、職員育成に重きを置き、自部署の課題抽出からの取り組みを行っている。法人理念は各職員の名札ケースに入れており、毎日申し送り時に理念の唱和と行動指針について月ごとに唱和している。	法人理念は、パンフレットに記載され、事業所玄関にも置かれている。法人の理念を元に、事業所独自の行動指針が日々の業務の中で活かされるよう、管理者は研修を重ねてフィードバックすることで、現場に携わる職員全員が自己研鑽の機会を持てるように配慮している。	
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	隣接する保育園の園児との交流を季節行事に合わせて実践している。地域清掃は職員のみとなっているが、地域の公園や入居者の自宅周辺の散歩に出かけ、地域とのつながりを持ち続けられるよう努めている。	地域と共に歩む施設づくりを目指す事業所として、毎月、職員が継続している清掃活動は、地域の高齢者見守り活動としての役割を担っている。隣接する保育園との交流や学生ボランティア、「あそかカフェ」での地域住民との交流など、地域に開かれた事業所として認知されている。	
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	認知症カフェ「あそカフェ」を定例で開催し、認知症の方とご家族のピアサポートの場として介護の不安や悩みだけでなく、喜びや楽しみも気軽に話し合える地域の集いの場として毎月開催している。		
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	参加者にはご家族、入居者が集まったの会議開催が行えている。開催時には運営についての報告や事故の報告、課題の取り組みについても伝えサービスの向上へ活かせるよう共有している。	利用者、家族、自治会役員、民生委員、地域包括、市の法人監査課職員 併設施設管理者の参加がある。事業所側からは、利用者の様子や取り組み、行事報告があり、地域の課題を共に話し合うなど活発に意見交換がなされている。	
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	運営推進会議には包括支援センター職員も参加しており、市への報告も行っている。伊丹市高齢者地域見守り登録事業所として連絡会などで異業種交流で、情報交換を行い、連携を図っている。	運営推進会議にも市の職員の参加がある。市が施策として取り組んでいる「高齢者地域見守り登録事業所」としての活動も継続しており、連絡会では、商店などの異業種との交流、市、地域との協力関係が構築されている。	
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	法人全体で身体拘束ゼロを掲げ、身体拘束に関する研修の開催、身体拘束委員会では事例検討や研修を通じてすべての職員が理解を深め、身体拘束をしないケアの継続的な実践に努めています。	「身体的拘束等の適正化のための指針」が作成され、法人による「身体拘束の排除のための取り組みの研修」を定期的に開催している。職員は常に自己の振り返りを行い、研修報告を作成している。	

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
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	職員は虐待防止に関する研修と高齢者虐待対応力向上研修を受講している。虐待防止委員会では虐待につながる不適切ケアの改善・予防策を図り入居者の尊厳を守ることを目標に自部署のケアについての振り返りや不適切ケアについての検討会を行っている。	「高齢者虐待防止のための指針」をもとに、身体拘束適正化委員会と共に3か月毎に研修を行っている。職員が目につく場所に「認知症の方への声かけ言い換え表」を貼り、意識付けを行っている。虐待防止の研修には特に力を入れ、様々な視点から職員同士の精神的安定を図る取り組みも行っている。	
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	施設全体で研修を実施し、職員が正しい知識を学び、玄関に成年後見制度に関するパンフレットを置く等して、必要があれば活用できるように支援できる体制がある。	権利擁護について単独での研修ではなく、利用者の尊厳、権利を守る基本として、高齢者虐待防止と共に学んでいる。成年後見制度のパンフレットは常備している。後見制度を利用している利用者がいないため、現場職員にとって制度の必要性を知る機会が少ない。	認知症ケアのスペシャリストとして、後見制度の大まかな区分と必要性を学ぶ機会を設けてはいかがか。
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	新規利用時は重要事項説明書を丁寧に説明している。質問にもわかりやすく丁寧にやっている。制度改正等による変更等は書面で案内し運営推進会議や家族面会時等に説明し承諾を頂いている。	入居待機者に対しても細かくアセスメントし、家族の心配事や意向を定期的に確認し対応している。契約時は、事業所での日常生活、緊急時や入院時の取り決めなどを丁寧に説明している。家族の疑問や要望には真摯に向き合い、納得を得たうえで契約を行っている。	
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	年1回の利用者アンケートを実施し結果や意見を運営推進会議で報告、家族に配布している。職員には部署会議の中で報告、共有を行っている。	法人による「利用者満足度調査」を行っている。家族から、面会時に利用者について詳しく職員と話したいが、利用者本人が同席だと話しにくいとの意見があり、面会時、家族とマンツーマンで話し合える時間を設けた。管理者は、家族の本音を理解し、家族はより利用者の状況を知ることができ安心に繋がった。	
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	月1回の部署会議には職員・管理者が参加し職員が積極的に意見を言える場となり、日々の申し送りでもささいな気づきを議論する事ができる。また、所属長と職員の個人面談を実施し意見や要望を聴取し事業運営への反映させている。	管理者は、職員との個人面談だけでなく、日頃から職員とのコミュニケーションを重ね、一人ひとりの意見、提案に耳を傾けている。職員一人ひとりの強みを活かし、皆が認め合い、協力し合える環境を整えている。会議で居る担当職員からの様々な意見を皆で検討し、利用者が安全で楽しい日常生活が送れるよう支援している。	
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	資格取得や自己研鑽のための研修受講がキャリアパス手当として反映されるシステムがあり、職員のやりがいや向上心に繋がっている。職員個々が目標管理シートを作成し、それを基に面談を行い意見を聴取している。		

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
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	法人全体での全職種が業務改善の取り組みや寄り添った個別ケア、理想の職場環境などのテーマで研究し「あそか学会」で発表の場が設けられている。毎年職種、雇用形態に関係なくチームや個人での多く参加しています。また福祉用具、オムツ、看取りケア、認知症のスペシャリストの専門職が活躍している。		
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	介護保険事業所協会では医療と介護連携を語る会などで情報や意見交換が行えるまた、地域の見守り協力事業所との間で交流会や同業者との研修など参加し、法人内では交換研修を実施している		
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	入居時には家族やケアマネ、在宅サービス等の関係機関からの聞き取りと本人のニーズ・要望を伺い、できる限り本人の気持ちに添って安心して頂けるよう努めている。またセンター方式のシートを活用した生活歴等の把握に努め安心して暮らしていただくための事前の情報収集を行っている。		
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	入居時、家族の思いや不安など、家族の立場に立って傾聴し、本人のみならず、家族の気持ちを受け止め支援していくよう努めている。入居直後は特に報告を密に行い不安軽減と都度生じる要望に応えられるようにしている。		
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	ホームの生活に合わせるのではなく、在宅での生活の継続のための支援に視点をおき、本人・家族に生活歴、趣味、特技を情報を収集しそれらを生かせるサービスを提供している。		
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	利用者が暮らし難いと感じる部分は、さりげなくお手伝いさせていただくが、共に生活する人生の大先輩との意識で接し、暮らしの知恵を拝借するなど、相互に支え合う関係の構築に努めている。		
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	ご家族の訪問時や月1回のお便りにて、近況を報告し利用者の状況の共有を行い、支援方法についても家族からの意見をいただき、共に考え支える関係作りに努めている。		

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
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う、支援に努めている	ご入居の際にセンター方式シートを使用した生活歴の聞き取りを行い、ご本人の馴染みの場所や人の理解に努め、話題提供を行なうことで関係継続が保てるよう努力している。携帯電話を持つ入居者には、充電や着信記録を入居者と共に確認し、家族、友人との関係の継続ができるよう支援を行っている。	家族や親戚の来訪は制限が緩和され、頻繁に面会する家族もいる。入居前に住んでいたご近所さんの面会に会話が弾む利用者もいる。孫の来訪に喜ぶ利用者のため、孫宛てのハガキを依頼し、孫にハガキを書く楽しみは、関係性を途切れさせない支援となっている。	
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利用者が同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	調理や掃除、手芸等の活動の場面場面で得意とする利用者が他の利用者に教えたり、手伝ったりと協力し合えるよう、座席を考え、言葉かけを行うなどして利用者同士の仲間意識を高める支援に努めている。また、集団でのレクリエーションや誕生日会など、共に楽しんだり祝う機会をつくることで仲間意識を高めている。		
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	入院退所後も面会や家族への様子伺いの連絡等で関係継続し、退院後の介護サービス導入の相談・支援を行った。また、隣接の特養へ入所される場合は、度々訪問し細かなケア方法等を伝え連携を図っている。		
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	本人の気持ちを大切に、日頃の会話からその時の心境を汲み取れるように努めている。本人の気持ちを家族へ伝え方向性を一緒に考え一人一人のニーズに合った暮らし方が実現できるよう努めている。	利用者の思いや意向を把握するため、事業所では利用者一人ひとりと深く関わる「居宅担当制」を導入している。また、職員は認知症の人の立場や視点に立ってケアを行う「パーソン・センタードケア」のスキルを身に付けている。「24時間シート」を活用することで、全員が利用者の今できる事、自分でしたい事を把握できるようになり、思いに寄り添っている。法人が設けた独自の専門資格「認知症ケアスペシャリスト」を取得した職員もいる。	
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	入居時に家族からいただくセンター方式による暮らしの情報シートを基に生活歴を把握し、在宅ケアマネからの情報も交え把握に努めている。居室には馴染みのある家具や写真を置くことで親しみやすい環境に努めている。		
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	利用者本人の思いや希望、家族の思いや希望、生活歴、これまでの生活習慣を大切に、役割を見出し個別ケアに反映しています。生活の中での些細な変化でも職員間で情報共有している。		

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
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	計画作成やモニタリングについては、ケアマネが計画の原案を作り、本人、ご家族の意向を確認、他の職員の意見を求め、カンファレンスを行い作成している。往診医、訪問看護師・歯科医・歯科衛生士の意見等も参考にしている。	介護計画と連動し、「24時間シート」を活用することで、職員全員が計画に沿った利用者の個別サービスをより確実に実践できるようになった。職員は家族や医療関係者の意見等も参考にし、月1回開催するケア会議で一人ひとりの状態を話し合っている。また、介護計画は作成担当者が3か月に1度モニタリングし、半年毎または必要に応じて見直している。作成担当者は利用者の思いや今できる事、今したい事、役割を大切に計画作成に当たっている。	
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	ケアチェック表と介護計画書を基に毎日のミーティングを実施し内容を個別記録に記入しており、職員全員で情報を共有しプランの見直し等支援に活かしている。またケア内容の変更は介護記録の検索機能を活用して職員で周知している。		
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	家族の状況により必要物品の調達が難しい場合は事業所で立替購入を行い入居者の生活に支障が生じないよう支援を行っている。		
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	地域の商店に働きかけ月2回ホームにパンの移動販売してもらっている。自分で選び購入でき入居者の楽しみにもなっている。また学生ボランティアや得意な手芸や工作を活かして入居者と一緒で作品を作りシルバー文化展など出品している。		
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	本人・家族の希望を聞きながら地域の専門医、同法人内の診療所等の医療機関を受診できるよう連携を図っている。月2回の訪問診療と緊急時に医師との連携を取ることができる体制を取っている。また、精神科の医師の訪問診療を受けることも可能で認知症関連症状への対応と心理的支援を受けることができている。	内科医と精神科医の訪問診療がそれぞれ月2回あり、連携を図っている。かかりつけ医は利用者や家族が任意で選べるが、全員が内科医をかかりつけ医としている。協力歯科から月1回の訪問診療と、歯科衛生士による口腔ケアを実施している。他科の受診は原則家族が同行する。また、法人内の診療所の看護師が週1回訪問して体調管理を行い、かかりつけ医と連携して24時間オンコール体制を整えている。	

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
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	診療所看護師は週に1回訪問し気づきや体調の変化の情報共有し早期対応(受診)に努めている。体調の変化があれば診療所看護師⇒主治医の24時間連絡体制が確立されている。		
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。	各病院内の地域医療室と連絡を図り、相互の関係作りを行っている。また協力医療機関との会議を毎月開催し、入居者の身体状況の相談ができています。	管理者が医療機関の地域連携室と連絡を取り、迅速・円滑な入院につないでいる。また、入院中に認知症や筋力低下が進まないよう、早期の退院に向けて医療関係者と意見交換を行っている。入院が長引く場合は、早めに利用者や家族の意向を確認し退院先の住まいや生活について相談に乗っている。	
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	入居時にホームの体制、対応については重度化した場合における対応の指針により説明し同意を得ている。終末期の対応については、家族・主治医・診療所看護師と都度話し合いを行い、出来る限り個々の要望に添えるよう早目の対応に努めている。	重度化の状態を主治医の判断として、重度化した場合における対応の指針をつくり、契約時に利用者や家族等に説明し、心肺蘇生と併せて意向を確認し、重度化や終末期の支援の意向を文書で確認している。意向はいつでも何度でも変更ができる。終末期の看取りを希望する場合は、法人の特養を含め、対応できる病院や施設、看取りのできる転居先を紹介している。	
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	緊急時対応研修を職員、パートを含め行っている。緊急時の対応の理解と実践力の向上を図っている。急変時対応マニュアル、事故発生時のマニュアルを啓示し緊急時の対応の理解と実践力の向上を図っている。		
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	大規模災害を想定した訓練と昼夜の異なる時間帯での避難訓練を年2日の日中、夜間を想定した火災時の避難訓練に加え、洪水時等の避難訓練を実施している。	BCP(事業継続計画)に基づき特養やデイサービスと法人合同で、昼夜間をそれぞれ想定した防災避難訓練を年2回、開催している。このほか今年度は夜間帯の大雨豪雨を想定した避難訓練を、職員が車椅子の利用者役を務めて実施した。備蓄については食料品3日分を法人の厨房で一括保管し、年に1度昼食時に利用者と試食している。水と発電機等の防災用品や感染対策用品は事業所内に備蓄している。また、日中の防災訓練の際は敷地内の保育所に事前通知を行ない、管理者は保育所の消防訓練に参加している。	運営推進会議で防災の地域連携について議題に上がるが、具体時な課題の抽出や共有には至っていない。今後の連携体制に期待したい。

自己	者 第	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	物忘れからくる思い違いや思い込み等がみられた場合でも、入居者の方々にさり気ない言葉かけで気づきを誘うよう心掛け、排泄等のプライバシーに関する事は、声の大きさにも配慮しています。	尊厳やプライバシーは、法人や事業所の理念でもあり職員は研修や勉強会で繰り返し話し合っている。とくに排泄ケアでは、小声で誘導し、紙パンツやパッドの使用をためらう利用者に「私も使ってみて」等利用者の誇りを傷つけない言葉を選んでいる。呼称について、本人の意向を尊重し、下の名前に「さん」を付けて呼ぶこともある。	
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	週1回の移動パン屋での買い物、レクの内容などで利用者の意向を引き出せるように出来るだけわかりやすい表現で説明し日常生活の中で自己決定が出来るよう支援している。		
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	健康を維持するための大まかな日課はあるが、基本は本人主体であり、意向や体調に添って食事時間や提供場所、入浴等、日々、個々に合わせたペースに沿って支援を行っている。		
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	好みの色や好んで着用していた衣服のデザインをご家族から聴き取り、好みの把握に努め支援を行っている。希望者には訪問理美容を調整し好みのヘアカットを行っている。		
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	食事のセッティングや後片付け等、職員が見守りながら共に行っている。週1回の調理の日には希望を考慮しながらのメニュー作りを心がけ、調理を見守り共に行い、昼食は選択メニューで食の楽しみが継続できるよう配慮している。時には出前食で気分転換を図る事もある。	特養の厨房で調理した主菜と副菜をユニットに運んで食器に盛り付けて提供している。ご飯と汁物はユニットのキッチンで調理し、汁物は毎回削り鰹で出汁を取っている。週1回、独自に職員が献立を考え、利用者と一緒に作る「調理の日」を実施している。この他、事業所にやって来る移動パン店でパンを買ったり、時には天ぷらやハンバーガー等をテイクアウトしたり、利用者が自分でつくる握り飯を持って近くの公園で食べたり、バラエティに富んだ食生活を楽しんでいる。今年度は昼食時にマグロの解体ショーも開催された。	

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
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	母体施設の食事サービスより管理栄養士により栄養管理された食事メニューが提供されている。月1回体重測定を行い体調管理を行っている。水分摂取量が少ない方は好みの温度や好みの飲み物を把握し提供することで必要量を確保している。		
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に、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、歯磨きの言葉かけを行い、支援を要する方には、職員が歯間ブラシ等で介助を行う。希望者は歯科往診、口腔ケア指導を受けている。義歯は義歯用ブラシを使用し職員が細部の汚れを落とすようにしている。		
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	個々の状態に合わせてトイレ誘導・言葉かけ・見守りを行う。本人が示す排泄サインや排泄リズムに合わせたトイレの言葉かけを行い誘導している。パットやオムツも個々の尿量、時間帯に合わせた支援を行い使用量の削減に努めている。	トイレは各居室とリビングに近い浴室の前にあり、状況で使い分けている。タブレット端末等を使った排泄チェックと「24時間シート」の活用で個々の排泄パターンやタイミングに合わせた排泄ケアを行っている。日中布パンツや、布パンツとパッドで過ごす利用者が数名いる。居室の洗面台に排尿する利用者に対して職員はその理由を究明、分析と対策、評価を繰り返した結果、混乱せずトイレでの自立排泄につながった事例がある。	
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	水分や食事摂取量と排便の関係をケアチェック表から把握し、水分摂取の促しを行ったり、運動を行ったり排泄動作では腹圧がかかる体制など個々に応じた自然排便に向けた支援を行っている。		
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	体調を勘案し本人の要望も併せ入浴を勧めている。基本週3回の入浴を行い(希望に応じて毎日)無理強いせず、好みの湯温での入浴を実施している。また、同性介助の要望にも対応している。	家庭用の個浴槽で利用者は原則週3回、日中に1対1または2対1介助で入浴している。加えて夜間の入浴を希望する利用者には足浴を行っている。浴槽がやや深いため、浴槽台を浴槽の中に沈めて安全に入浴し、浴槽を跨げない利用者にはシャワーチェア入浴を行っている。脱衣室の足ふきマットがすべらないように配慮している。シャンプーなどの入浴用品は事業所で用意しているが、好みのものを使用できる。	

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
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	個々の入居者の体力、生活習慣、その日の体調に合わせ、居室で休憩したり、人の声ができる場所の方が安心される方は、リビングのソファで休息する等して過ごしていただいている。		
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	訪問診療時には職員が医師に付き添い説明を受け、お薬情報書でも確認し新たな薬の追加や変更は薬剤師の説明を受け内容の把握を行っている。症状の変化や副作用が疑われる場合は医師、薬剤師に速やかに報告を行っている。		
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	入居者それぞれが、モップ掛け、食器拭き、タオルたたみ、手すり拭き、調理など何らかの役割を持ち日課となっている。また、居室やベランダで植物を育てる楽しみを持ち生活されている。気分転換にホーム周辺を散歩に出かけている。		
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	近くの公園や家族参加なしでの遠足に出かけている。花見やコスモドライブや初詣など季節を感じられるような外出も行っている。ご散歩やおやつの買い出しなど一緒にでかけることもある。要望があれば、できる限り対応できるよう職員で時間調整を行っている。	中庭や敷地内にはサクラやユスラウメなどの樹木や四季折々の花のほか菜園やメダカの池があり、事業所の前には遊歩道が続く。利用者は真夏や真冬、雨天の日を除いて日常的に散歩や外気浴、畑仕事を楽しんでいる。また、散歩は利用者一人ひとりの体力やペース、希望に合わせたコースを考え、介護計画に落とし込んで実施している。春や秋には皆でドライブしたり、正月には初詣に出かけている。家族同伴の散歩や外食も積極的に支援している。	
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	財布を自己管理されている入居者もあり、お買い物の要望があれば、対応できるようにしている。時には職員から買い物にお誘いすることもある。お金を自己管理していることで、いつでも買い物に行けるという安心感からか買い物への要望は少ない。		
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	携帯電話の充電や着信を確認して、家族や友人との会話がいつでもできるよう支援している。また、家族からの電話を楽しみにして定期的に会話をされたり、本人の要望を受け親しい方へ年賀状や手紙を送るための支援を行っている。		

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
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	居室や居間等の各所に温湿度計を設置し、過ごしやすい空間となるよう管理している。また感染症の予防もありCO2センサーを設置し、定期的な換気を行っている。また、季節や時間帯に合わせ日よけシェードやカーテン等で自然光の調節を行い、食事時には耳障りの良い音楽やラジオを流し、心地よい空間作りを行っている。	格子戸の玄関からリビングに続く廊下の壁に、利用者がつくった四季のクラフトや書道作品をセンスよく飾っている。和モダンなインテリアでまとめたリビングは日当たりがよく、加湿空気清浄機やシェードやカーテンで快適な空調や陽射しに配慮している。食卓のほか配置場所を工夫した複数のソファは、利用者個々のパーソナルスペースになっている。敷地内には保育所があり、窓越しに見える園児の姿に顔をほころばせる利用者が多い。	
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	リビングのソファやイスの配置を数箇所に分け、複数の入居者で語らう空間と少人数または独りで過ごす空間、また障子で区切られた空間と、その場の個々の思いに応じ安心して過ごせる場所作りを行っている。		
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	永年使い慣れた家具を自宅より持ち込まれ、好きな本を読むためのデスクや本棚もあり、家族との写真や自身の作品を好きな場所に飾り、居心地の良い自分なりの空間を作られている。	居室にはトイレと洗面台、天袋付きの押し入れ、エアコンを備えフローリングの一部に3畳敷の畳間がある。いずれの居室も障子付きの掃き出し窓を開けると中庭が広がり、季節の空気を感じることができる。利用者は家族の協力で使い慣れたチェストや机、椅子、本棚、テレビ等を置いたり、家族写真を飾ったりしている。配偶者の位牌を祀る利用者もある。	
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	中庭での草花の世話を楽しみにされる方には、居室から中庭に安全に出る事ができるよう、広いスペースにブロックを設置したり、トイレの場所を分かりやすく表示するなどして、自分でできる事、自分でしたい事の支援を行っている。		

目標達成計画

作成日: 令和8年3月31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	8	権利擁護に関する制度の理解と活用について該当者はいない状況であるが、研修や勉強会を開催し知識を一定水準まで得る必要がある。	認知症の進行に伴う判断能力低下に対応するため、成年後見制度の区分(後見・保佐・補助)とその必要性を理解し、利用者の権利擁護の観点から適切に制度活用を判断・説明・連携できるようになる。	<ul style="list-style-type: none"> ・ケース会議で制度活用の必要性を検討する。 ・年1回以上、後見制度に関する研修に参加または実施する 	6カ月
2	35	運営推進会議で防災の地域連携について議題に上がるが、具体的な課題の抽出や共有に至っていない。	災害対策について地域連携についての課題を共有し災害時の安全の確保ができるような顔の見える関係を構築する。	<ul style="list-style-type: none"> ・運営推進会議での課題共有実施 ・災害訓練の情報提供と実施に向けた計画作成 	6カ月
3					

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。