

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	2874001817		
法人名	さくらケアサービス株式会社		
事業所名	グループホームさくら野里		
所在地	姫路市野里434番地の1		
自己評価作成日	令和4年11月15日	評価結果市町村受理日	令和4年12月26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_kani=true&JigyosyoCd=2874001817-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【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	令和4年12月7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)】

コロナ禍になり地域との交流やご家族の面会、外出や外食の機会が大幅に減ってきています。そんな中でも利用者様のQOLを高めていけるように室内で出来る機能訓練やコロナ感染に気を付けながらの散歩や季節感を感じられるような外出を少しずつではありますが、実施しています。健康面でのサポートとして常勤の看護師がおり訪問診療での健康管理ができるよう、内科・心療内科・歯科・眼科と連携しサポート体制を整えています。生活機能訓練加算の算定をしていることもあり、月に1度、身体機能維持のためのアセスメントを受けながらの転倒やケガの防止・ADL維持のための運動や体の動かし方を理学療法士に指導を受け日々の機能訓練に活かしています。

【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)】

開設21年目を迎えた事業所は、姫路城の東に位置し、静かで閑静な住宅地に囲まれた環境にある。管理者はじめ、開設時からの職員や入職間もない技能実習生まで、チームワークよく明るく笑顔で利用者の生活リズムを大切にした支援に取り組まれている。長引くコロナ禍の影響で、地域交流の機会、外出支援の機会、家族交流(面会など)など、やむを得ず自粛している状況である。毎日の食事作りを利用者と一緒にオープンキッチンで取り組み、アットホームな雰囲気を感じられる。また、身体機能維持のため理学療法士の指導で日々の機能訓練にも努められている。健康管理から看取り支援まで、医療連携体制でも安心・信頼の事業所である。高齢化・重度化を踏まえ、サービスの質の向上に期待したい。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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)	○ 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、安心して暮らさせている (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	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
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	理念はすぐに目に付くところに掲示しており、管理者や職員は理念を共有している。その理念をもとに介護計画や支援を検討し実践している。	法人の理念を基に、職員が話し合って作り上げた独自の理念が策定されている。各ユニットの入り口に掲示しており、利用者・家族・地域の方にも周知を図っている。各ユニットで理念を念頭に、毎日の目標を決めて実践に向けた取り組みをしている。月1回の会議の場などで、理念の振り返りを行っている。	
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	未だコロナ禍にあり地域の行事は開催されていない。地域の一員として日常的に交流する…ということは出来ていない。	以前は自治会主催のパターゴルフ会や芋煮会に招待されていたが、コロナ禍で地域との交流の場は持てていない。開設から21年経ち、地域とは馴染みの関係を築いている。日々の散歩時や神社にお参りに行ったときなどに、近隣の方と挨拶を交わしている。オレンジカフェ(認知症カフェ)の再開が待たれる。	
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	地域の方が気軽に相談できるような場所の提供をしていきたいとは考えているが、面会中止などの時期では訪問してもらうのは難しい状況にある。電話での相談は時折あり出来る限り役立てるようにしている。		
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	書面でのやり取りを検討しているが、まだ出来ていない。	前回の外部評価後、目標達成計画に挙げた項目である。コロナ禍で、対面での開催は3年間行われていなかった。書面での開催を目指して取り組んだが、書類の送付のみで会議の記録には至っていない。メンバーは2地区の自治会長・老人会長・民生委員2名・地域包括支援センター職員となっている。通常開催時は、家族にも参加してもらっていた。来年度は屋外で対面での開催を計画している。開催再開の足がかりになるよう期待したい。	書面での開催でも、日時・参加者(送付先)・資料を揃えて記録することが求められる。事業報告をして意見を求め、返信も含めて残すことが望まれる。
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	校区内の地域包括支援センターの方との連絡を密にしており、相談や報告を行っている。	地域包括支援センターと連絡を密にしている。地域包括支援センター主催の研修会の情報を得たり、個別ケア会議に参加したりしている。現在は休止している、オレンジカフェ(認知症カフェ)の再開に向けての話し合いを行っている。	
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「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	身体拘束の定義について常に振り返り研修を行っている。玄関からフロアが近いこともあり不審者の侵入防止の観点から玄関を開錠してはいない。外出希望のある方には常に対応している。行動を制限しないように配慮したケアの実践に心がけている。	身体拘束廃止に向けて、指針を整備している。委員会は3か月に1回開催している。現在身体拘束にあたる事例はない。研修は3月・9月に実施している。それぞれの階にある、ユニット玄関は施錠しているが、安全センサーの着いたエレベーターには乗ることができ、各階への行き来は自由である。居室の掃き出し窓からはベランダに出ることも可能で、閉塞感はない。研修の記録の整備が望まれる。	

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
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	虐待防止関連法についての知識を持ち、職員同士が虐待を見逃ごさないよう注意を払いケアにあたっている。職員がストレスを抱えていないかを管理者や各階のフロアリーダーは確認して、業務の見直しや配置などの検討を行うようにしている。	虐待防止に関して、今年度はスピーチロックについての研修を行った。管理者は、日々の会話などから職員のストレスに配慮し、声かけや面談を行っている。リフレッシュ休暇を設け、休みたい時に休める体制をつくっている。	
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	権利擁護についても研修を行い、成年後見制度などについては支援につなげている。	現在、成年後見制度を利用している利用者はいない。管理者は今年度、香寺町の権利擁護に関する研修に参加予定で、伝達研修を行う計画がある。	
9	(8)	○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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・解約、改定の際は丁寧に説明し、利用者や家族などに理解と納得をいただいてから進めている。	契約時は契約書・重要事項説明書を丁寧に説明し、納得してもらっている。見学は、コロナ禍で以前のように説明しながら案内することは難しいが、玄関に入って横に利用者との接触が避けられる場所(談話コーナー)を設け、そこから居室を見てもらっている。契約時に重度化した時や看取りについての話をし、同意書をとっている。	
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	意見や要望は常に受け付けており、反映できるように意見要望書を作成し職員全体で共有している。	家族の意見・要望は「意見要望書」で聞き取り、会議などで共有している。その他、メールでも要望を聴取している。運営推進会議には複数の家族が参加していたが、現在はコロナ禍で参加していない。家族から面会再開の要望を受け、敬老の日に面会できるよう対応した事例がある。	
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	フロアでの会議や個別面談を実施し意見や提案を聞く機会を設けている。管理者はその意見や提案を代表者に伝えている。	月1回、ユニットごとの会議を行っている。申し送りは日に3回行い、意見や提案を伝えている。管理者と職員の風通しはよく、日々意見・提案や改善策を聞き、随時対応を考え対処している。職員の提案から機械浴の導入や、電動ベッドの交換につなげた事例がある。	
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	各自で目標を持ち仕事をしてもらっている。スキルアップにつながるよう、内部や外部の研修に参加してもらったり、勤務時間や日数調整・福利厚生にも力を入れており人間ドックの費用補助や介護福祉士・介護支援専門員の資格取得のための補助も行っている。		
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	法人内の研修や資格取得に向けての支援を個々に合わせて行っている。介護技術については業務内で先輩職員が丁寧に指導し新人職員の技術向上に努めている。		

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
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	地域で開かれている研修会に参加して同業者との交流を図っている。色々な機会を大切にして同業者との信頼関係が築けるようにしている。同業者からいただくアドバイスなどを大切にしてサービスの質の向上に努めている。		
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	本人様との会話を大切にしその中からアセスメントし、生活歴や習慣、ニーズなどを把握できるように努めている。じっくりと本人の話を聞いていくことで信頼関係を築けるよう努力している。		
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	本人様と同様に丁寧に聞き取りを行い、家族様の思いも大切にできるように関係づくりに努めている。		
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	初期相談や入居時には、グループホームへの入居という支援だけを考えるのではなく本当に必要とされている支援が出来るように対応している。		
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	本人が得意とすることを探し、家事や園芸などに参加していただいている。例えば、掃除や食器洗い・野菜づくりなどをさせていただくことで職員の負担も軽減され感謝の気持ちを伝えることで本人もやりがいを感じられる。自分の役割を持っていただくことで支えあう関係が出来ている。		
19		○本人と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	リハビリや受診をしてもらったり、介護職員では出来ない医療行為などを家族にさせていただいている。家族と共に本人の生活を支えられるように日々検討し、対応している。		
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	コロナ禍ではあるが出来る限り本人の大切にしてこられた人や場所などの関係が途切れないように支援してる。	コロナ禍で馴染みの人との面会も難しい状況である。家族との面会は、第8波の影響で10月から再中止となっている。現在は、玄関で窓越し面会のみ可能である。お正月に向け、屋外での面会許可を上層部に掛け合うなど尽力している。近隣に自宅がある利用者と散歩がてら、自宅に寄ってみるなど、今できる事を支援している。6か月に1回、家族におたよりを送付して様子を伝えている。	

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
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	利用者の方が食事介助や声掛けをされるような時もあり、またリハビリ体操などで一緒に汗を流し励ましあいながら運動を続けられるような環境作りをしている。		
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	サービスの利用に関係なく困られたときは相談を受けられるような体制づくりをしている。		
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	意向は本人に直接尋ねても認知症の進行に伴い希望や意向がなかなか出てこない方も多し。そのような場合は本人の生活などを見てニーズの把握をして意向や希望は思いをくみ取れるよう努力している。	個人ファイルのアセスメントに「バックグラウンド」の様式があり、生活歴から趣味まで細かく記録されている。入居時に、家族に記載をお願いしている。またセンター方式(情報収集ツール)のシートの一部を利用し、行きたいところ、やりたいことなどを記録している。シートは職員の気づきを書き足すことができ、職員間で共有することができる。	
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	入居前に利用のあった居宅のケアマネージャーなどからの情報提供や本人・家族の話などから生活歴や大切にされていた習慣などを聞き取り、職員間で共有して馴染みの暮らしに近づけるようにしている。		
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	一日の過ごし方も聞き取りや情報収集に努めている。環境の変化も認知症の進行に大きくかかわってくるため出来るだけ環境が家などに近づけるように家族とも協力し一日の過ごし方を考えている。		
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	本人・家族はもちろんのこと、筋力維持や美味しく食事をしていただく工夫などセラピストなどの意見も取り入れながら介護計画の作成をしている。減塩食や糖尿病食についても職員間で話し合い出来る限り、それに近いものを提供できるようにしている。	介護計画は3か月に1回見直しをしている。月1回、利用者を担当する職員がモニタリングを行っている。月1回サービス担当者会議を行い、医師や看護師、薬剤師、理学療法士の意見も踏まえて新たな計画を作成している。アセスメントで得られた、やりたいことを目標に挙げて計画を作成した事例もある。	
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	毎日のケース記録や日誌、特変事項などを記録し、ケアについても、自立支援につながるようなケアにつながるよう職員も意見を出し合い・情報共有・モニタリングしながら計画の見直しにつなげている。		

自己 番号	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	末期がの方の終末期や糖尿病の悪化などの様々なニーズがその時々利用者により違ってきているが、その時々状況に応じて柔軟に対応できるよう多職種との連携を図っている。		
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	感染予防をしつつ近隣のコスモス畑や公園などに出かけている。室内で日々生活されている利用者は外出すると表情も良くなり楽しんでくださっている。		
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支援している	訪問診療を受けられている方が大半ではあるが、入居前からの主治医の診察を受けたいと希望される方は家族の協力のもとかかりつけ医のもとへ受診に行かれている。内科だけではなく、皮膚科や整形外科、耳鼻科などその時々で必要と思われる適切な医療を受けられるよう支援している。	利用者・家族の希望するかかりつけ医に受診することができる。通院は家族が介助している。コロナ禍で通院が困難になったため、現在は利用者全員、協力医の訪問診療を受けている。訪問診療は月2回、薬剤師も同行している。歯科の訪問診療は週1回、2つの歯科から選べる。希望者が口腔ケア・唾液腺マッサージなどを受けている。	
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支援している	情報共有の大切さを介護職員は理解しており、細かな変化も逃さないように医療職の方々に伝えている。また、伝わりにくいような入居者の変化にはiPadやデジカメなどで撮影したものを見ていただきより分かりやすく伝わるようにしている。		
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。	特変がある方は早急を受診し必要な治療を受けていただいている。入院が必要な場合は入院して治療後、出来るだけ早い退院を目指し病院との連携に努めている。退院前カンファレンスにも参加して病院での食事内容や形態・姿勢保持など詳しい情報収集に努め本人の負担にならない退院後の体力回復に努めている。	昨年3名の入院があった。コロナ禍で面会ができないため、病院とは電話で連絡を取り合っている。退院時のカンファレンスがあれば参加して、退院後の生活について検討している。契約で入院後1か月で退去となるが、法人のショートステイを利用して、事業所での生活が再開できた事例がある。	
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	入居時の契約時に重度化した場合や終末期の取り組みについて本人・家族に説明し、出来る限り住み慣れた場所での生活を大切にしている。事業所と多職種で連携を取りながら本人の意向に沿った終末期を迎えられるよう環境を整え支援している。	昨年3例の看取りを行った。終末期の対応については契約時にも説明し、同意をもらっている。看取りに関する研修は行っていないが、本人・家族にとって良い看取りになったか、振り返りの話し合いが大切だと思っている。今後どこで最期を迎えたいか、延命処置をどこまで望むのか、できるだけ早い段階での把握・確認のため、意思確認書の作成が求められる。	
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	利用者の急変時や事故発生時の対応ができるようにマニュアルを作成したり研修会を行ったりしている。急変時には看護師や管理者に連絡をし相談したり、指示をもらえるような環境を作っている。急な対応も落ち着いて出来るよう職員も日頃から応急手当や初期対応について学んでいる。		

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	避難訓練や災害対策についての訓練を定期的実施しており、避難方法を職員は理解している。地域の方々にも連絡網を共有し災害時に備えている。地域の方に参加していただき避難訓練を開催したい。	消防訓練などは年2回実施されている。事業所はハザードマップ上では洪水が想定されており、避難確保計画の策定及び避難訓練が義務化されているが、届出や訓練の実施に至っていない。地域との協力体制ではコロナ禍の影響で合同訓練などはできていないが、連絡体制(連絡網)には協力が得られている。備蓄品は3日程度確保されている。令和6年度から義務化される、BCP(業務継続計画)の策定は現在準備中である。	避難確保計画に基づいた訓練(原則1年に1回以上)を行った際には、「避難確保計画に基づく訓練実施結果報告」を兵庫県電子申請共同運営システム(e-ひょうご)で行うことになっている。洪水からの垂直避難訓練(上層階への避難)の実施に取り組んでほしい。	
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	本人の思いを理解できるように努め、声掛けにも配慮をしている。トイレ誘導の際も羞恥心に配慮した声掛けを実践している。	職員の対応や言葉づかいは穏やかで尊厳を損ねていない。声掛けはさりげなく、配慮が感じられる。プライバシーに関する研修は会議の中で行っている。利用者の希望があれば、できる範囲で同性介助に努めている。		
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	得意分野を生かし役割を持っていただき生活していただいている。生活歴や入居されてからの生活・性格などをもとに思いや希望を表出することが困難になられた方でも出来る限り自己決定できる環境作りをしている。			
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	本人のペースで過ごしていただくようにしている。ゆっくりとお部屋で過ごしたい方や毎日の日課をこなしたい方もおられるがご本人の希望に沿った支援が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	整容や衣類選びなどをご自身で出来る方には選べる環境を作り、ご自身で出来ない方は職員が手伝うことで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。			
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	最期まで食べる楽しみを大切に、ご自身で食事を食べられるような形態や方法を考えている。食事の介助が必要な方々でも食事が楽しめるような声かけを行いながら介助をしている。食事の準備や後片付けの際も利用者の方と一緒に安全を確保しながら行っている。	3食とも事業所で調理している。当番の職員が献立から考え、材料を発注している。旬の食材を使い、事業所の菜園で収穫された大根なども利用している。終末期で食欲が落ちた利用者にミキサー食からソフト食に替えて、食べる意欲を引き出した事例がある。おやつは、月1回みんなで手作りしたパフェを食べたり、誕生日にはケーキでお祝いしたりしている。ひな祭りやおせちなど、行事食を取り入れている。コロナ禍で外食ができないなか、月1回テイクアウトの日を設けてファストフードなどを楽しんでいる。		

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
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	栄養のバランスを考えた食事作りを行いメニューを考えている。糖尿病の方には出来るだけ低糖質の食事を提供できるように考えて献立を作って対応している。水分摂取が困難になってきておられる方には、栄養補給にも繋がるようなお茶ゼリーや飲みやすい物を提供し一日1300～1500ccを目標にとりていただいている。		
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	口腔ケアの大切さを職員もよく理解しており個々に合わせた形での口腔ケアの支援を行っている。ご自身で行うことが難しい方でも口を本人に開けてもらい口腔ケアをしている。また、専門的なケアが受けられるよう歯科とも協力して週1回の口腔ケアを行い清潔保持や歯周病などの進行予防に努めている。		
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	トイレでの排泄パターンをつかみ本人の意思・希望に沿ってトイレ誘導を行っている。お一人でトイレに行けない方でも職員の介助によりトイレに座っていただくことでトイレでの排泄につながる方も多い。	トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援として、排泄のパターン化はしていないが、起床時や食後、就寝前にトイレ誘導を行っている。また、本人の様子や気配から声かけをしている。トイレの設備は各居室内に整備されているので、安心感やプライバシー配慮がされている。パンツの形態では、布パンツやおむつの方が数名おられるが、多くはリハビリパンツでパット併用されている。	
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	便秘から体調を崩される方も少なくないため、排便状況を確認しここに応じてお腹を温めたり、オリーブオイルを飲んでいただいたり工夫して便秘の予防・解消に努めている。		
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	入浴は出来る限り本人の希望に沿うようにしているが、職員の配置状況もあり事故等も危惧されることから時間帯は決めている。季節に合わせてゆず湯などで楽しんでいただくようにしている。	入浴の支援は、基本的には週2回で午後からとなっているが、本人の状態や希望で柔軟に対応されている。重度化への対応として、リクライニング式のシャワーキャリーや機械浴の導入も行われている。入浴を楽しめるように季節湯(柚子湯など)や入浴剤の活用も行われている。入浴拒否される方には、家族とも相談して対応されている。プライバシー配慮では、同性介助を基本としているが、同意を得て異性介助の時もある。	
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	昼夜逆転傾向に陥らないように配慮しつつ、日中の休息の時間も本人の状態に合わせて対応している。夜間の室温や室内環境にも配慮している。		
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	内服薬の変更や薬の種類については必ず、お薬名や効能などを申し送りし副作用や状態の変化にいち早く気が付けるように努めている。処方箋もすぐに確認できる所においている。		

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
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	役割を持って生活が出来るように生活歴などを細かく聞き取りし、家事が得意な方は家事のお手伝いを、畑の作業が得意な方は野菜作りをしていただき役割を持って楽しみながら生活していただけるよう支援している。		
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	日により希望に添えない日もあるが家に帰りたい希望をお持ちの方には自宅に帰ったり、花が好きな方は花畑に行ったりしている。家族や地域の方と協力しながらは現状では難しい。	月別行事予定表で、四季折々の外出支援を計画していたが、コロナ禍の影響でバスハイク(お花見など)は数回しかできていない。市内にある霊園公園にはドライブで出かけて、テイクアウトで和菓子などおやつを食べて帰る。お正月には近隣の神社に初詣に出かけている。日常的な外出支援では、気候や天気の良い日には、近隣の団地内にある散歩コースに出かけて、季節のお花が植えられている花壇を楽しんでもらう。外気浴ではリビング外のテラスに出て、プランターのお花を見ながら喫茶を楽しんでもらう。家族支援での外出は自粛してもらっている。	
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	お金を持っていることで不安な思いを解消できる方もおられたりするのでそのような方には現金をお持ちいただいている。好きなものを自分で買いたいと希望される方については持っていて買いたい物の支援を行っている。		
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・年賀状や電話などは本人の希望に沿った支援を行うようにしている。本人・家族・友人などが顔を見て話ができるようにビデオ通話を活用している。		
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	家に近い環境が提供できるように配慮している。不快や混乱をまねくような刺激は出来るだけ排除して落ち着ける空間づくりができるよう配慮している。	共用空間のリビングダイニングは開放感がある。掃き出し窓から日差しが差して明るい。外には広いテラスがあり、プランターで季節の花が育てられている。テーブルやイスを出して外気浴を兼ね、喫茶をしながら花が観賞できる。玄関わきには談話コーナーがあり、居室前にはベンチが配置されて、独りになれたり、気の合った利用者同士で過ごせる工夫がされている。廊下や談話コーナーの壁面には創作品や記念写真が展示されている。	
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	駐車場には畑があり、ベランダには花壇を設けている。園芸がお好きな方は野菜を植えて育てたり、花が好きな方は水やりをしたりして楽しみを持ち生活していただいている。また、居室前のベンチやコーナーにある喫茶スペースにて自由に過ごしていただいている。		

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
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	以前に比べると使い慣れた家具を持ち込まれる方は少なくなってきているが、本人の居心地よく過ごせる空間を作れるように工夫している。	居室の設えは、冷暖房機、3モーターベッド・寝具・洗面台・洋式トイレ・クローゼット・ナースコールなどが用意されている。各ユニット洋室2室・和室7室の個室が配置されている。掃き出し窓は障子が張られて和風な造りで落ちつける。使い慣れた家具やテレビ、ラジカセなどが持ち込まれて、家族の写真や手作り作品、お気に入りの小物など飾って、自宅のような環境の中で本人が居心地よく過ごせるような工夫がされている。	
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	毎月の理学療法士によるアセスメントから安全に自立した生活が送れるような家具の配置方法や移動時の注意点・筋力アップの方法などを教えてもらい支援に活かしている。その為、移動や排泄動作なども自分で出来ることが増え自立した生活支援へと繋がっている。		