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	2891600039		
法人名	特定非営利活動法人 淡路島シャロームの会		
事業所名	グループホームくるま花木		
所在地	兵庫県淡路市久留麻236		
自己評価作成日	令和 6年 3月 31日	評価結果市町村受理日	令和6年6月3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_pref_topiigvosyo_index=
----------	---

【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6年4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)】

- 日々の暮らしの中や行事ごと等、利用者個々の思いを活かした“その人らしさ”を支援するように心がけている。
- ホームの中庭には季節の花が、背後の田畑には米や野菜が植えられ、四季を通じての楽しみとなっている。
- 食事は、隣接する田畑ととれた新鮮な食材を使って職員も一緒に食事をとるオープンで家庭的な雰囲気づくりを心がけている。
- 毎月の研修があることによって福祉人としてのケアの向上、認知症ケアについて知識と、意識を高く保つことが出来ている。それらを日々のサービスへ還元し利用者様との暮らしや癒しや生きがいになるよう努力している。
- 終の棲家としての役割、必ず訪れる最後の時(看取り介護)を、“その人らしく”を家族様、当ホーム職員、かかりつけ医・訪問看護等、医療機関と連携し、穏やかな環境づくりをしている。
- 引き継時全ユニット全員集まり情報共有を計っている「今日も一日お元気で」を読み一言発言をしてもらっている。
- 積極的にICT化に取り組んでいる、現在LIFE(科学的介護推進体制によるフィードバックや、タブレット活用による介護記録、移乗ロボット導入による腰痛防止など 超高齢化が進んでく“これからの介護”へ)への取り組みをしている。

【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)】

北淡路で初のグループホームとして、老親の認知症介護をきっかけに「高齢になっても地域の中で暮らせる社会に」と願う代表が率いるNPO法人の事業所である。平成27年にはサービス付き高齢者向け住宅と併設事業所へと広がっている。「利用者中心・安心と尊厳・地域社会・福祉人として感性と人間性」等4つのキーワードを入れた法人の理念は全職員に浸透し、ぶれないケアを実践している。また、職員は会議で活発な意見を交わし、毎月開催する職員研修ではレポートを提出する等、主体的に運営やケアに関わっている。利用者の重度化が課題となる中も、職員は利用者話し、笑い、同じ食卓を囲んで食事している。敷地には花壇や菜園があり、収穫した米と地産の野菜や魚を使って職員が調理する食事は、おいしいと利用者から好評だ。令和5年度には介護ロボットの導入や記録のIT化、SNSを活用した情報発信等、次世代を見据えた介護サービスに取り組むなど、チャレンジし続ける活気にあふれた事業所である。

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)	○	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 (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 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
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	理念についての説明をして介護・福祉の理解を高め、同じ考えを持つようにしている。何か問題があれば会議を行い理念に沿っているかを話し合い理念に立ち返るようにしている。	「利用者中心・安心と尊厳・地域社会・福祉人として感性と人間性」等の文言を入れた法人の理念を事業所内やパンフレット、ホームページに掲示掲載している。職員は理念研修のほか、毎日ミーティングの最後に理念を唱和し、日々のケアに活かしている。年1回実施する「勤務評定」でも理念の理解と達成状況をチェックしている。「対応に迷った時は理念に立ち返ると答えが見える」と話す職員がいる。	
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	近くのお寺や神社へ初詣に行ったり、お花見に出かけたりしている。最近では感染症の影響もまだあるがほぼ以前の様に出かけはじめている。	「地域社会の一員」も理念の柱になっている。コロナ禍以降、行事やイベント参加や地域住民によるボランティア訪問や実習生の受け入れは中断しているが、運営推進会議を通じて住民代表との情報交換や、農作物や花の「お裾分け」等を通じた近所付きあいは継続している。今年度、図書館で開かれた「認知症デイ」に利用者が見つけたクラフト作品を出品した。	
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	認知症に対する理解を深める為に認知症実践者研修をできる限り受講するようにしている。研修生や実習生の受け入れ体制も整っており認知症の知識を広めている。その他ご家族の相談に乗るように心がけている。		
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	運営推進会議にて自立支援の取り組みを毎回1組(利用者様1名、その家族様他出席者)の発表を行い出席者からの要望や意見を頂き、外部の考えにも柔軟に取り込む姿勢を持っている。	運営推進会議は隔月、地域代表として民生委員、市の長寿介護課や地域福祉課、地域包括のほか社会福祉協議会の職員をメンバーに迎えて意見交換を行っている。利用者や家族も持ち回りで毎回参加し、本人や家族の同意を得た上で参加の利用者の事例紹介をしている。他のメンバーからは「認知症がよく分かり身近になる」と好評だ。	同業事業所の管理者や成年後見人を「知見者」として迎えてみてはいかがだろうか。新たな視点が運営のヒントになるだけでなく、事業所の強みや課題を客観的に知るきっかけにもなる。
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に取り組んでいる	事業所での取り組みを伝えると共に市の担当者の方にもいつでも相談できるようにしている。市とのやりとりを積極的に行い質のいいサービスを常々目指している。	運営推進会議の参加を通じて市の長寿介護課や地域福祉課、地域包括と密に連絡を取っている。欠席の場合も議事録を送付している。社会福祉協議会が入る建物の前に事業所があり、社協との連携もある。	

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
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	新人職員が入る度に、身体拘束をしない教育を行っている。職員も3ヶ月に1回の身体拘束についての会議を行ないその意義を十分理解して、束縛の無いケアを実践している。玄関のドアは日中開錠している。帰宅願望時玄関が開いてる事で庭に出、不穏が解消される。スタッフが寄り添い声掛けをしホームへ戻る。	「安心と尊厳」の理念から身体拘束排除の取り組みに注力している。指針に則り身体拘束防止委員会を設置し、全職員を対象に年2回研修を実施している。参加できない場合は、電子媒体で自主学習を行い、全員がレポートを提出している。現在、身体拘束の実例はない。平屋建物の玄関もコロナ禍で感染者が出た場合を除いて日中は開錠している。	
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	この度、「虐待防止のための指針」を新たに設けて虐待の防止に向けた体制を整備することにより利用者の権利を擁護するとともに利用者の尊厳を支えていく。	身体拘束防止の取り組みと同様、「安心と尊厳」の理念から虐待防止に関する指針をつくり、委員会を設置して年2回、身体拘束防止と合わせて研修を行っている。虐待防止に向けた職員の注意事項として「尊厳ある暮らし・心構え7カ条」を策定している。メンタルヘルスケアとして年1回、職員からの相談シートを付けてハラスメント研修を実施している。	
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	市のパンフレットなどを利用し後見制度についての事業所内研修も行ってから権利擁護や成年後見制度についての理解を深めている。年間の研修計画に入れ、市のパンフレットを利用者様や家族様地域の方々にも説明できるように研修を行っている。	成年後見制度を利用した事例があり、令和5年度から年2回権利擁護の研修を行っている。研修教材として市で配布している成年後見制度のパンフレットを利用し、利用者や家族から問合せがあれば全職員が概要を説明できるようにしている。研修後のレポートでは、クイズ形式で解答するなどハードルを下げ理解を深める工夫をしている。	権利擁護の研修の項目に「日常生活自立支援事業」も加えてみてはどうか。
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	契約時には、契約書・重要事項について説明し、同意を得るようにしている。とくに、入院や看取りなど事業所の対応可能な範囲について説明し、納得してもらったうえで契約を結ぶようにしている。	契約前に見学を勧め、契約が決まれば入居前に管理者が利用者の住まいを訪れ、生活スタイルを把握している。契約時は管理者が重要事項説明書と契約書を読み上げ、とくに重要と思われる項目については丁寧に本人や家族に説明している。同時に重度化した際や終末期の方針も伝えている。また、看取りや延命に対する意向を確認し、いつでも何度でも変更できることも説明した上で同意を取っている。	
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	利用者とは生活を共にする中で思いや要望等を把握するように心がけている。家族とは来訪時や電話、スタッフに伝え話し合う機会をもち、出された意見や要望を運営に反映させるよう努めている。	利用者や家族等の意見や要望に関し利用者には直接、家族等には面会時や運営推進会議の時に聴取するほか、計画書の見直し時等に電話で担当職員がこまめに尋ねている。感染症が収束しない中、家族の要望も外出や面会に関することが多いが、状況に合わせて説明し、対応している。	

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	ミーティングや各委員会活動を通じて、職員が事業所の運営や重要な決定に直接関わる機会を設けている。 毎月ある研修で研修報告にて職員の意見をまとめている BCP感染マニュアルもクラスターの経験をふまえ職員が参加し改定を行っている。	職員が運営に関する意見や要望を言う場として、毎日昼食後に開くミーティングや各委員会がある。職員の年齢や経験はさまざまだが、意見や提案があれば臆せず発言している。管理者は職員の意見に耳を傾け迅速に対応している。ケアの方法や書類の書式、情報共有の方法等、職員の提案を採用した事例が多数ある。	
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	代表者も利用者と同じ食事をし、利用者との食事に参加し、職員の日頃の努力や勤務状況等を把握するとともに、各自がやりがいと向上心を持って働けるような環境整備に努めている。自主残業等も手当てをつけるようにしている。個別で話しやすい雰囲気を作っている。有給休暇も取りやすくしている。		
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	職員の力量に応じ、外部の研修に積極的に参加するように推進している。とくに、教育研修活動の一環として、「キャリアアップ助成制度」を創設し、初任者研修等、資格取得を勧め、多様なサービスに対応できる職員の育成と定着を図っている。ネット等(e-ラーニング)で見られるようにし、職員全員で新しいケアの方法を共有しながら、実践に活かせるようにしている。職員間で指導しやすい雰囲気を作るようにしている。R6年の介護報酬改定による委員会の開催、防災や感染症などの実地訓練訓練などが多くなる予定、今の研修のレベルを保ちながら今後の研修を継続出来るよう次年度の研修の形を模索中。		
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	他施設での実習や反対に実習生の受け入れ体制があり、報告と共に学んだことを職員にフィードバックしている		
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	事前面談ではご本人の希望や不安を理解するようしている。 職員が本人の話をゆっくり聴く時間をとり安心して関係築くように努めている。 入所判定を行ない職員一同、新しい利用者的人物像を把握している。		

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
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、関係づくりを努めている	家族等との関係を大切にし、事業所としてどのような支援が出来るかを説明し、できる限り家族等の要望に応えられるように電話や面会で話し合いを十分に行っている。		
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	本人に意思決定して頂き、判断が難しい事は職員が支援する。その日の体調や様子を見ながら、本人のペースに合った生活が出来るよう支援している。気分が乗らない時がある利用者には無理強いないように一旦時間を空けてかかわる様になっている。		
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	利用者を理解すると共に、気遣いのない自然な生活が送れるような関係を大切にしている。食事おやつも同席している。職員と利用者様が介護する立場とされる立場等一方的な関係になるのではなく人生の先輩として困っている事を手伝っていただいたりして助けて頂いている。		
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	本人と家族の関係を大切に、必要時には連絡をとり、共に支え合う姿勢をとっている。ほとんどの家族はそれに応じてくれている。変化があった時には家族様に報告や相談をするようにしている。いつでも面会に来て頂けるようにしている。		
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	本人のもっている思いや、こだわりの場所等、話や写真で話題にして、穏やかに過ごしていただく支援をしている。 今まで過ごしてきた馴染みの仕事で台所を手伝っていただいたり生い立ちを話してくれたりする事に対して耳を貸したりし寄り添っている。入居される前からのかかりつけ医に入居後も往診いただく等これまでの関係を途切れないように努めている。	利用者は家族の協力で墓参りや法事に参加している。馴染みのある場所に出かけることは無理でも、アルバムやタブレットで祭りの配信動画などを見ながら職員が利用者に話しかけ、昔話に花を咲かせている。地元出身の利用者が多く、誕生会には淡路島の郷土料理の「こけらずし」を提供している。	
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	ユニット配置の際、地域密着型なので同じ地域の方や趣味が合う方などの配慮をしている。難聴の方や男性の利用者等は職員が中に入り、孤立しないよう人と人の関わりを大切にしている。全体で楽しめるようなレクリエーションを考えながら雰囲気を作っている。		

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
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	サービス終了後もご家族と連絡をとる機会をもち、その後の様子を伺うようにしている。 お花を届けてくださる家族様もいる。		
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	日々の関わりの中で出来ること、得意なこと等本人本位で把握するよう努めている。(食レク、生活レク、行事の挨拶等) 表情などからも気持ちを読み取るようにしている。	入居時に、生活歴やその人の暮らしぶりなどの情報を本人や家族から聴き取り参考にしている。日常的に利用者と共に過ごす中で、昔の話や思い出を聴かせてもらい思いや意向を汲み取っている。利用者の得意なことや好きなことから反映している。	
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	本人の過去の生活環境を知る事により、その人の理解につながってくる。この取り組みは大変重要なことと考え利用者様本人も家族様や地域の人の力を借りながら継続的に行っている。		
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	毎日の観察、バイタルサインの測定にて状態を観察し、引継ぎ等で全員で把握し変化があれば訪看、主治医に繋いでいる。 利用者1人ひとりについて介護計画書を作成し、情報を共有しながら実践に活かしている。		
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	6ヵ月度に一度、変化があった場合はその都度、更新認定後又は、区分変更申請後には必ずモニタリングを行いケア会議を実施し意見をまとめて、介護計画書を作成している。 利用者様それぞれに担当職員がおり、家族連絡、アセスメントの提案、LIFEの記入をしており、利用者様を中心とし家族様や医師、看護師、ケアマネ、職員が自然とかかわっていく仕組みづくりをしている。	毎月のケア会議で、利用者の日々の様子から状態把握を行い、ケア内容を検討している。各担当職員、ケアマネ、管理者、必要に応じて夜勤職員が、日々の利用者の心身状態からモニタリングを行い、家族の意向を参考に半年毎に介護計画を作成している。	
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	日々のバイタルサインや食事量や水分量、排便・排便の時間帯の記録やその日の様子をタブレットに入力し、職員間で情報を共有して職員全員が把握できるようにしている。変化があれば情報を共有しながら介護計画の見直しを行なう。タブレットで月間一覧表が出るので変化を把握しやすい。 LIFE(3ヶ月に1度)の報告による統計(フィードバック)も行っている。		

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
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	ご家族の協力を得ながら、通院、帰宅等本人のニーズを優先したり、入居希望の方で空きがない場合、入居までの間、デイサービスの利用を勧めるなど、その時々に応じて柔軟な対応をしている。		
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	近くのお寺の境内へのお花見や散歩、コンサート等への参加を通じて、地域の方々と触れ合う機会を持つようにしている。また、地域のボランティアの訪問等によりや園芸・音楽を楽しむことができる支援をしている。徐々にコロナ前の様に戻していく。		
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	本人や家族が希望するかかりつけ医の受診ができるよう、通院や往診をしてもらっている。体調の変化や医療情報は、全職員が共有できるようにしている。通院支援については、事業所と家族の役割分担を決めている。異常が認められる場合はすぐに訪問看護、主治医に連絡を取り指示を仰ぎ重症化しない様に柔軟な対応をしている。	利用者、家族の意向を尊重し、これまでのかかりつけ医及び2カ所の連携協力医療機関から選択してもらっている。家族の意向や必要に応じて歯科の利用もできる。3か月毎の眼科の訪問、定期的な訪問看護と主治医の連携により日常的な健康管理、早期対応が可能となっている。	
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	訪問看護ステーションとの連携により、日ごとの健康管理や状態変化に応じ24時間支援を行い、適切な医療につなげている。体調変化があれば、些細な事でも連絡表に書き込み、看護師の訪問時に確認できるようにし、対処している。24時間連絡が取れるようにしている。		
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。	入院時には、本人に関する必要な情報を医療機関に提供するとともに、家族や医療機関と密接に連携を取りながら、本人の速やかな退院に向けた支援をしている。入院時もスタッフが面会し、ホームの話などをして、関わりを途切れないようにしている。	入院時は、主治医より連携の医療機関に速やかにつなぐとともに、家族とは利用者の状態や今後の対応について情報交換に努め、早期退院に向け共有を図っている。	
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	重度化及び看取り指針を整備し、入居時に本人や家族に説明している。ターミナルケアについては、本人や家族の意向をくみとりながら、家族や医療機関、かかりつけ医と密接な連携を図りつつ、チームで支援する取り組みを行っている。	契約時に事業所の方針を説明し、利用者家族の意向を確認しているが、家族の気持ちや不安を受け留め柔軟に支援している。理念である「安心と尊厳」を大事に、最期まで利用者、家族に寄り添い不安を感じないよう見守っている。利用者の好きな歌を流したり、家族がいつでも来れるようサポートしている。	

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
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	急変等は訪問看護、かかりつけ医と連携し対応している。 また、離苑等の緊急時に備えて、緊急連絡網を整備している。各緊急時マニュアルを作成し掲示してある。		
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	消防署の協力を得て、避難訓練、消火器の使い方、消火設備の点検などを定期的実施している。 消防署及び近隣住民への自動火災通報体制を整備し、地域との協力体制を整備している。 避難所として、隣接のケアビレッジへ避難場所としている。 BCP災害作成済	年2回、定期的な避難訓練を利用者とともにしている。そのうち1回は消防署立ち合いのもとで助言をもらい、参考にしている。備蓄としては、水等の飲料、アルファ米、レトルト類、缶詰などを常備している。	今後は、地域との協力体制を深めるためにも、運営推進会議で定期的に議題として取り上げていただきたい。
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	利用者との会話は敬語を基本としているが、一人ひとりの生活歴や状況に応じて地元の言葉を使うなど、声かけに配慮している。トイレ誘導は、「あちらへ一緒に行っていただけますか(丁寧語)」等の声かけをしている。	年間研修計画に盛り込み、職員に周知している。利用者への声かけや会話の中で、抑制や止めるような言葉かけにならないようプラス言葉に言い換えてみるなど、利用者を尊重した声かけを心がけている。	
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	日々の生活の様々な場面において、利用者が意思表示し、自分で決定出来るような声かけを行ったり、意思表示が難しい場合でも表情や反応を見ながら出来るだけ自分で決め、一人ひとりが納得しながら暮らせ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、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	本人に意思決定して頂き、判断が難しい事は職員が支援する。その日の体調や様子を見ながら、本人のペースに合った生活が出来るよう支援している。無理強いしない様一旦時間を空けてかかわる様になっている。		
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	着替えは、自分で選んだ好みの服を着てもらえるように、見守りや支援を行っている。出張理美容院では、本人の希望に合わせてカットしてもらっている。訪問:理容室1件 美容室1件		

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
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	献立は、隣の田畑や中庭でとれた季節の野菜を食材としたメニューを取り入れている。利用者と職員と一緒に調理から食事、後片付けまで関わられる家庭的な雰囲気づくりを心がけている。要介護度が高くなり普通食からソフト食になられた方には食レクではなく、日々の“食べる楽しみ”が続けられるよ、献立を1か月かぶらない様にし、日々の楽しみにして頂いている。ソフト食から普通食に戻す支援もしている。	開設以来地産地消による手作りを続けており、職員も共に食している。1週間分のメニューを職員が作成し、主な食材は一括購入で、それ以外は都度、買物に行っている。利用者の好みを基に食べ慣れた季節感のあるメニュー、食べやすい調理法、味付けを大事にしている。ソフト食やきざみなどその人に応じて柔軟に対応している。	
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、習慣に応じた支援をしている	食事量や水分量はタブレットに記入し、介護記録と合わせて変化を一覧で確認できるようにしている。習慣や嗜好品なども取り入れカロリーを補えるよう支援している。体調不良時などで、食欲・水分量の低下があるときは、かかりつけ医に連絡相談し高エネルギータイプの経口栄養剤等処方してもらい、必要なエネルギーと水分を摂取できるよう支援している。水分補給は状態に応じ夜中の排尿後も行っている。		
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	毎食後に利用者個に合わせた声掛けや介助にて歯磨きを行ない口腔内の清潔保持や嚥下障害による肺炎予防に努めている。寝る前には義歯の人は外しポリドントに浸けておくようにしている。		
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	利用者個々の排泄パターンを把握し、声かけや誘導によりトイレで排泄できるよう支援している。尿もれ予防体操や散歩等で筋力を維持し、自尊心や不安に配慮し、まわりの人に気付かれないよう、そっとトイレにお連れしている。夜間帯は安眠確保の為パットの工夫をしてなるべく起こすことはしないで尿意のある方は誘導している。	自分でトイレに行っている人もいるが、必要な人にはその人の習慣や様子から声をかけたり、さりげなくトイレに誘導している。利用者の特性や無理強いにならないようタイミングや声かけの仕方を工夫している。夜間は、利用者の意向に併せ睡眠を優先することが多く、排泄用品の選択には注意している。	
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	自然排便を促すために食物繊維と水分補給を心がけている。毎日のラジオ体操や散歩でも、水分補給を徹底し便秘の予防に取り組んでいる。また排便の回数・量を毎日記録し、把握するようにしている。		

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
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	入浴は週に2回程度を基本としているが利用者様本人の体調・意思を優先し入浴支援を行っている。本人の好きな話や羞恥心に配慮しながらゆっくりと入浴を楽しんでもらえるようにしている。	大まかな予定はあるが、その人の意向を優先して気持ちよく入ってもらうよう声かけしている。職員との会話を楽しみにしている人もおり、ゆっくり話ができる貴重な時間でもある。併設施設の機械浴の使用も可能で、柔軟な対応ができる。	
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	居室以外にリビングや座敷、ソファ等で心地よく休んで頂ける様に配慮している。個々のリズムに合わせて昼寝をしたり、日光浴や運動で体を動かし心地よい眠りにつけるように支援している。		
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	個々に処方されている薬に関しては、写真付きの説明書を綴じていき、いつでも職員が確認できるようにしている。また服薬の変更の場合は職員引継ぎノートに記入し申し送り時に確認し共有している。誤薬防止の為、服薬の際は表示(氏名・日付・服薬時)を必ず利用者と一緒に確認し服用も最後まで見届けるようにしている。		
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	生花や塗り絵・歌・読書、嗜好品など、趣味やたのしみを続けられる様に支援している。庭の草引きや食事前後のテーブル拭きや食器の片付け洗濯物干しやたんで頂く等、利用者様の能力に合わせてお願いしている。社会的な役割を果たして頂いている。		
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	天気の良い日は、中庭に出て歌レクをしたりしている。スタッフや家族との買い物をしていましたがコロナ禍で中止していましたが徐々に再開する予定です。歩行ができる利用者様には隣のケアビレッジに設置された自動販売機にスタッフとジュースを買いに行くちょっとしたお出かけを行っている。	具体的に買物や外出は、まだ行えていないが、家族による通院や外出は徐々に再開している。今後、地域の情勢をみながら再開していきたいと考えている。敷地内の散歩や花の手入れなどは気分転換を兼ね行っている。	
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	事務所で自由に使えるお金を家族様から預かっており、そのことを常時、利用者に伝えている。自己管理は可能な限り利用者様にして頂き、必要な場合はスタッフが間に入り支援している。		

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
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	家族様と本人が電話で自由に話ができて、また手紙のやり取りの手配を支援し配慮している。 毎月利用者様担当スタッフによるお便りを請求書送付時に出している。 利用者様の体調や行事の事などをお伝えしています。		
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	畳の空間を設け、リビングでは自分の椅子と共にソファやリクライニングチェアで好みに過ごすことができる。冬場は床暖房で温かい。 通風や採光にも恵まれ、食卓等に飾られたいりとりどりの生花で季節を感じてもらえるよう配慮している。座敷で寝転んで新聞を読んだり寝られる方もある。 四季の移り変わりを花や、隣接の農園の稲が育つを見て感じ取れるように支援しています。	2ユニットが平屋でつながっており、開放感がある。各キッチン是对面式で、利用者も一緒に作業できるスペースが設けられている。利用者の状況に応じた食卓テーブルの配置が可能で、ソファで新聞を読む人やテーブルでテレビを見る人など、思い思いに過ごしている。リビングに置かれているピアノの音色が心地よく癒しとなっている。	
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	利用者の思いを優先して、穏やかに過ごせる場所を時々に応じて用意するようにしている。リビングのソファや庭のベンチ等も用意している。 床の間には花を生けたり、なるべく家に近いように、畳の上にあがり、フローリング床、台所も住宅用、風呂もユニットバスで個浴としている。		
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	なじみの品や家具等を持参(持ち込んでもらい)配置し、居室でも自宅に居るように落ち着ける工夫をしている。	できるだけ、利用者の馴染みの家具や日用品の持ち込みをお願いしている。ベッドとクローゼットが備え付けられ、使い慣れた整理ダンスや収納庫、椅子などが置かれている。昼食後、横になってくつろぐ人もいる。	
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	居室やトイレの位置を分かりやすくして、安全に移動できるよう手すりを設けている。 台所とリビングは隣接し職員と一緒に調理できるようになっている。 洗濯物等を干せる人はハンガーやピンチを使って干し外へ出せるようにしている。 居室が分かりにくい方には入口に表札をつけて目印としている。		

(様式2)

事業所名: 特定非営利活動法人 淡路島シャロームの会

目標達成計画

作成日: 令和6年5月28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	35 (17)	災害対策 今後は、地域との連携体制を深めるためにも運営推進会議で定期的に課題として取り上げて頂きたい。	自然災害時の訓練を地域住民とともに 行い、運営推進会議で報告、課題の見直しを 行う。	・年2回、自然災害時の訓練を地域住民とともに 行う ・火災時の通報先に連絡先(地域住民)を登録 ・災害によっては車がかえれないことも想定し、 近隣者で構成(2名～) ・運営推進会議へのフィードバックは訓練後に 開催時報告、次回の課題を話し合う。	10か月
2					月
3					月
4					月
5					月