

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 6年 6月 8日	評価結果市町村受理日	令和6年10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	ps://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action=kouhyou_pref_topjigyosyo_index-t
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO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 6月 21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、家庭的な環境の中で個々のご入居者の興味やニーズに合わせた暮らしや活動に寄り添うことを大切にし、ご入居者の“いきいきとした暮らしぶり”をご家族により効果的に身近に感じていただくように伝えるため、IT機器(タブレット端末)を全ての職員が積極的に活用していただくことを意識し、取り組んでおります。チャットアプリ(LINE)を活用し、グループホームでの生活の魅力を報告するやり取りをご家族と行っていき、職員皆で意識づけて参りました。日々の家事の場面やお仲間と一緒に楽しい時間、社会資源を活用したお買い物やイベントの参加などの暮らしぶりをお届けを“フレッシュなうちに” その場の情景がより鮮明に伝わるようにを大切にしていきたいことであり、日々ご家族とご本人の心の繋がりがりも大切に取り組んでおります。

【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)】

今年度法人内異動により施設長とケアマネジャーが新しく着任したが、両人とも法人内での経験が長く、施設長は新たな想いを持った管理職として職員に期待されている。地域の複合福祉施設の中に位置づけられた事業所では、認知症でありながら利用者は日常生活介護を受け、趣味や家事を積極的に担っている。管理者は、家族と共に利用者が事業所内で長く生活できる環境を整え、次の施設へ移行するまでの期間を生き活きと過ごしてもらえ事業所作りを目指している。利用者は、日常的に掃除や洗い物、洗濯などの家事や、園芸や手芸など趣味の仲間を作り、自発的な生活を送っている。長いコロナ期間を過ぎ、家族との交流や外出、法人内事業が徐々に再開され、利用者にとっては非日常となるイベントも楽しみに繋がっている。今後も、利用者の想いに寄り添い、地域に根差した事業所としての運営を期待します。

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)	<input type="radio"/>	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)	<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、生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)	<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、安心して暮らせている (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	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	介護理念を詰所に掲示し、毎朝の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。	法人理念と事業所の介護理念を玄関ホールや詰所に掲示しホームページにも掲載している。朝礼で職員が唱和し、日々のケアの意識付けとしている。介護理念を重要事項説明書にも記載し、利用者や家族へ示している。地域資源の活用を介護理念に盛り込み、利用者が地域の一員として暮らしていけることを目標としている。個別支援の際には職員同士で介護理念に基づいているかどうかを互いに確認する仕組みがある。	
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	昨年度より、長らくコロナ禍で行っていなかった法人全体(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にも参加してもらった。	利用者は毎週の移動スーパーでの買い物や法人施設内でのカフェを楽しんでいる。法人の秋祭りでは、利用者は屋台の売り子役を担ったり、客として参加したり、コロナ以降、久しぶりに楽しんだ。秋祭りには地域住民や家族の参加もあり、交流の場となった。利用者は事前に法人のオリジナル音頭を練習し、祭りの場では職員と共に楽しんだ。祭りに参加できなかった利用者には、個別に屋台の食事を提供し、同じように楽しんでもらえるよう工夫した。	
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	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	新型コロナウイルスの流行時期は、書面開催としていたが、今年の5月に会議の開催を行い、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。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。	コロナ以降初めての対面で運営推進会議を開催した。地域の知見者や地域包括に加え、利用者も数人参加した。まだ家族の参加には至っていないが、今後時期を見ながら案内する予定である。会議当日の参加者からの質問に対する回答を議事録に反映し、全家族に送付している。年度初めの運営推進会議では、利用者の意見、職員委員会、年度目標に加え、法人内での事業所の研究発表について報告している。	
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に取り組んでいる	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。	地域の福祉会議に施設長が参加し、フレイル予防体操や引きこもり予防のためのサロン作りなど高齢者が暮らしやすいまちづくり活動に協働している。市の花壇コンクールに応募し、利用者が植栽や水やりを行い、華やかな街づくりの一環を担っている。	

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
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。また、現在ご入居者1名、骨折後下肢筋力の低下により入室での転倒リスクの高いご入居者に対してご家族の希望もあり、ベッド横の床センサーを設置し対応している。身体拘束の意識を持ち、2週間おきに評価し、必要性の見直しを行うカンファレンスを開催している。	法人の身体拘束廃止委員会に施設長と担当委員の職員が参加した後、朝の申し送りで職員に伝達している。研修に参加した職員は、報告書を作成し、資料と共に職員に共有する仕組みがある。職員は資料の閲覧後、レポートを提出し、施設長が理解度を確認している。	
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	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を受診する流れとしている。	委員会と研修においては上欄と同様である。施設運営会議では、課題が生じている利用者に関する情報を職員で共有し、解決策を見つけ、職員の負担軽減に努めている。施設長は職員とは頻りに面談の機会を持ち、各種チェックリストを通じて職員のメンタルヘルスに留意する仕組みがある。	
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	成年後見制度を利用するご入居者が1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っている。担当職員としては、家族と後見人の距離感(後見人の役割や関われる範囲)に関してや職員理解を深めている。	現在は職員研修は定期的ではないが、後見人が面会に来る機会等に職員に制度の周知を行っている。契約時に対象となることを想定できる家族には制度について説明することもある。	情報提供パンフレットを常備したり、職員研修の機会を定期的に設定し、職員の知識向上を図ってははどうでしょう。
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。令和6年度の介護報酬の改定についても全利用者に対して説明文の郵送と同意を得るようにしている。	事前見学や自宅での面談を行い、利用者の生活歴を確認し入居に繋げている。契約時に、事業所では医療的ケアができないことを丁寧に説明し、緊急時対応の意思確認を事前に行っている。救急要請した際には市医師会発行の緊急受診依頼書を救急隊に渡す仕組みがある。事業所内での生活が困難になった場合は法人内施設へ円滑に移行できる仕組みがあることを利用者や家族に説明している。	
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)を活用することが増えた。	利用者には編み物やデッサン、菜園の手入れ他小さなグループがあり、互いに教えあったりして仲間が増え繋がりは深まっている。「みなさまのお声」箱を玄関に設置し、意見をもらえるよう工夫している。家族とはアプリを活用したチャットや写真の送信を行い、意見をもらう等双方向でやり取りできる仕組みがある。	家族へ満足度調査を行うことを検討してはどうでしょう。
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。令和6年度より施設運営会議として、職員主体で課題抽出、日々ポジティブになる取り組みの提案をしやすくする為に意見収集するようにしている。	人事考課の際に職員の意見を聞く機会があるが、日常的に、介護や医療面の不安を聴くことができ、その場で解決したり、施設運営会議で共有している。今年度着任した管理職は、職員からの提案を積極的に受入れる姿勢を職員に示している。職員間に階層による職権はなく、全員が対等な関係で意見を言い合う関係性にある。網戸や鍵の補修等、上司が変わってから提案がしやすくなったと職員は考えている。	

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
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。ケアのプランや報告書では、管理者が確認し、直接指導している。		
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。		
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	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、自己決定にどのような価値観があらわれるか(あられたか)を対話するようにし、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に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にし、傾聴、共感をもって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	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か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。		

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
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	家族の来訪者数に応じて、心地よく面会いただくようにスペースを工夫し案内している。落ち着いた場所でお話をさせていただく中でご入居者が親(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、入居以前の生活場所から認知症の進行によりご家族への依存や負担が大きくなられた経過もあり。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、当初少し足が遠のいていたご家族も面会に来ていただけのことにもなった。	職員は法人内で異動があるので、利用者にとっては他施設で見かける職員がなじみの関係となっている。ケアハウスに友人がいる利用者がいたり、事業所内での趣味仲間等、入居してから馴染みの関係が作られた利用者も多い。	
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	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。		
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	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している。意向確認が困難な時には、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。	日常生活の中で職員と交わす会話だけでなく、場所や場面等を変え家族や利用者同士の会話や、ふと漏らすつぶやきなどからも思いや意向を把握している。事業所独自の24時間シート(個人記録)に当日出勤者が記録し、カンファレンスでは1か月分を整理して介護計画作成に役立てている。管理者は「利用者さんの様子をスポッ的に記録するのではなく、24時間軸で捉えることで行動や心の動きが見えてくる」と捉えている。記録は全てデータ化して一元管理しているが、変化に富んだ状況が報告されている。	
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、ご自宅であれば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。		

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
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。		
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には、管理者や介護支援専門員、計画作成担当者、介護担当、作業療法士、栄養士、主治医(照会)の多職種で意見を出し合っている。今の暮らしぶりの言語化に努め、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。	チームでつくる、利用者個々の介護計画になっている。介護計画は月々のモニタリングと3か月毎の中間評価を経て、半年毎に見直している。月々のモニタリングは現場の介護担当職員が行い、中間評価では作業療法士も評価に加わっている。見直しの際に行うサービス担当者会議は家族等が参加できる日に合わせて開催し、管理者や法人栄養士に加え、事前に聞いたかかりつけ医の意見も踏まえ多職種で検討している。計画作成担当者は「感覚的ではなく具体的な項目を設定した計画にしたい」と話す。記録の様式についても現場の声に即して改善を行っている。	介護計画に上げたサービス提供や目標の達成度をより明確にするため、介護計画に上げた項目と同じ項目でモニタリングしてはいかだろうか。モニタリングシートや記録方法のさらなる工夫に期待したい。
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。		
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きたき、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。		
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、ほぼ全員の入居者が希望されている。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。	協力医療機関の法人内クリニックから内科医と看護師が週1回訪問している。利用者は自由にかかりつけ医を選択することができるが、ほぼ全員がクリニックの内科医を選んでいる。眼科や歯科の往診のほか、定期的な歯科衛生士による口腔ケアがある。その他の専門科目の受診は家族同伴となっている。夜間は施設長や管理者につながるオンコール体制を整え、救急車に対応する。協力薬局から薬が一包化して届く。	

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	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。	内科・外科・整形外科等に対応できる有床の協力医療機関が2機関あり連携している。法人の各事業所の相談員(ケアマネジャー)は、利用者の入院の有無に関わらず同病院の地域連携室と月1回定期的に開くオンライン会議に参加し、情報共有を行っている。退院後の入居先について法人内施設で検討できる場がある。摂食不良で退院した利用者がグループホームで高栄養食から始め、生活リハビリを通して元通りの暮らしができるようになった事例がある。	
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。	事業所では法人全体を一つの施設と捉え、グループホームを中間施設として位置付けている。そのため契約時に、重度化すれば特養など法人の他施設への移行を視野に入れることを利用者や家族等に説明している。運営推進会議でも取り上げ、比較的早い時期から準備を進めるよう利用者や家族等に助言している。従って事業所では看取りは行わないが、職員に対しては介護のプロとしての知識やスキルを高めるため看取り研修を実施している。	
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	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。		
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。職員の連絡網は、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。	昨年度は年2回、事業所独自に消防避難訓練と、法人合同で防災、炊き出し訓練を実施した。2月の消防訓練では夜間想定で利用者も参加し、消火器メーカーの協力で消火器の使い方を実習した。利用者はベランダに避難し、避難後は居室の表札に完了のシールを貼る仕組みがある。表札の上部には利用者の状況(歩行か車椅子か)を記載している。隣接するケアハウスに3日分の食料や水等を備蓄している。BCP(災害対策)策定も完了し、SNSを活用した緊急時職員連絡網を整備した。	

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
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	<p>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。</p>	<p>職員は法人合同の接遇委員会がつくる接遇チェックシートで毎月自己評価を行い、接遇委員会が3か月毎に評価している。また、利用者の尊厳から、入浴を同性介助基準とし、排泄の話題は詰所内ですることや、排泄誘導の際には「部屋に行きましょう」という等、配慮している。訪問診療の際は1階詰所で、訪問の口腔ケアは1階リビングで行っている。</p>	
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	<p>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対話するように常に心がけている。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。</p>		
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	<p>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なっている。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。</p>		
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	<p>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。日々、整容の介助を行い、身だしなみを整えている。</p>		
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	<p>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。栄養士と介護職員にておやつ作りの企画や実施協力をし、ご入居者に楽しんでいただいている。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。</p>	<p>炊飯のみユニットのキッチンで、おかずはケアハウスの厨房から運び温め直している。ユニットのキッチンでは盛り付けや配膳を手伝い、慣れた手つきで喜々として食器を洗う利用者もいる。可能な限り下膳は各自で行う。法人の管理栄養士が年2回嗜好調査をするほか、頻繁に事業所に訪れ利用者の声を聴き取っている。グループホーム横の菜園で採れた野菜を使った料理が食卓に上ることもある。秋には畑で収穫したサツマイモで焼き芋とバーベキューを楽しんだ。月1回のおやつレクでつくる季節のケーキやゼリーは見た目も楽しく大好評だ。</p>	

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と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。		
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。ケースの状況に応じて、介護度が高くなり、下肢筋力の負担が高まってしまう場合は、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、相談するようにしている。	日中は布パンツまたはリハビリパンツを使用し、居室のトイレを利用している。布パンツで失敗して落ち込んでいた利用者がリハビリパンツで自信を取り戻した事例もある。排泄チェック票でパターンを把握しているが、定時誘導ではなく様子を観察してさり気なく声かけや誘導をしている。夜間帯だけオムツ使用の利用者が数名いる。排泄用品は量や体型、価格等を考慮し、家族等と相談している。	
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	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、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。入浴を楽しんでいただけるように変わり湯“ゆず風呂”などを企画し実施している。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。	入浴は週2回、日中に1対1の同性介助で実施している。入浴を好まない利用者には無理強いせず、日や時間、担当者を変えている。階段付きの大きな浴槽や洗面シャワーが3か所ある広い浴室は、銭湯の風情がある。状態に応じて足浴しながらシャワー浴も行う。入浴剤は基本不使用だが、入浴を楽しむ工夫として季節湯や、夏場には青色の入浴剤にスイカのビーチボール浮かべ、入浴後に冷やしあめを提供するなど「変わり湯」を実施している。	
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けるようにしている。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、野菜の水やりの日課の付き添い、作品づくりのファイリングや皆への紹介、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、花見やドライブは全員のご入居者に参加していただけた。お身体の状況では、車の乗車時間の負担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思い出の場所へのドライブ、敷地内の散歩などがかけがえのない時間を過ごしていただいている。	4月にはユニット合同で3組に分かれて、さくらの森公園へ花見ドライブに出かけた。法人の敷地は緑や花に囲まれ、利用者は日常的に職員と散歩している。特にグループホームの横には庭や野菜畑があり、利用者は自由に外に出て花の水やりや手入れを楽しんでいる。ケアハウスに毎月やって来る移動販売での買い物待ちわびる利用者も多い。敷地内の特養におやつを取りに行くことを習慣にしている人もいる。事業所内の広くて長い廊下をモップやスティック掃除機で清掃するのも利用者の日課になっている。モップ掛けは毎回取り合いになるほどの人気だ。	
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、家族に送ることも支援している。		
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	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、変更するようにし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。	エントランスホールをはじめ食堂や廊下には利用者や職員がつくった四季折々の花やクラフト作品を飾り、季節感を感じることができる。広い共用空間には静かなBGMが流れ、廊下やリビングに趣の異なるソファを複数配置して心地いい居場所をつくっている。1階リビングの本棚には本やぬり絵や色鉛筆、折り紙などが用意され、利用者は好きな時に自由に取り出して趣味を楽しんでいる。管理者は利用者の目線や行動を観察し、ソファや食堂のテーブル席の配置を適宜見直している。	

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
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中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、思い出入れのあるぬいぐるみ、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。	居室にはトイレと洗面台、エアコン、防災カーテンを備えている。ベッドと寝具、収納具は利用者側が用意する。利用者は家族等の協力で写真やぬいぐるみ、花、趣味のグッズ等を持ち込み自分らしい空間で過ごしている。居室内での面会がまだできないため、家族が持ち込んだ備品や雑貨は職員が配置し、その様子を写真で撮って家族に見せている。新しい利用者には職員が部屋づくりをするのではなく、時間をかけて利用者の好みや意向を把握した上で支援している。円背で表札が見えない利用者のため、扉の下の位置に名札を貼っている。	
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	自室の鍵を管理できる方は、個人管理をしていただき、お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。		

(様式2)

事業所名: 恵泉グループホーム

目標達成計画

作成日: 令和6年8月24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や知識向上にあたって成年後見制度について職員全体に対して一層の学びの機会を持ってもらうため、より充実した情報提供が必要となっている。	・職員一人ひとりが成年後見制度における法廷後見制度と任意後見制度のそれぞれの制度の概要、手続きの大きな流れ、成年後見人の職務や内容が理解できるようにする。 ・職員やクライアントが制度へアクセスしやすくするために情報の掲示方法を工夫する。	厚生労働省からの情報パンフレット(制度内容を分かりやすく説明したもの)を常備して活用する。職員用と来客用を設置し、玄関で手に取って頂きやすいようにする。職員研修の計画を定期的に設定し、厚労省から配信されている制度説明動画(任意後見制度や法廷後見制度)を活用した学びの機会を持つ。また、外部講師の研修への参加を検討する。	6か月
2	10	ご入居者やご家族が意見、要望を一層反映させられるように皆さんから気軽に様々な意見収集ができる機会づくりが出来るようにする必要がある。	・年に1回以上施設のサービスに対してのご家族宛の満足度調査を行うようにする。アンケートの質問内容を施設内で意見集約し、調査を行えるようにする。 ・アンケート結果をもとに満足度を上げるための具体的な方策を検討する。	年に1回以上(第三者評価での満足度調査やご意見箱以外に)家族へ施設サービスに対しての満足度調査を行うようにする。ご家族にできるだけ回答していただけるようにウェブアンケートの活用を検討する。	6か月
3	26	介護計画にあげたサービス提供が目標達成度をより明確にしていくため、介護計画にあげた項目に対して同様に項目に沿ったモニタリング内容になっているか確認できる様に各担当者が的確に情報整理ができるようにする必要がある。	・各担当者(全職員)が介護計画の項目に沿ったモニタリングを行うことができるようになる。 ・項目に沿った現状整理をすることで根拠あるモニタリング内容にすることができ、目標達成度を明確化できるようになり、新たな目標設定の検討につなげていくことができる。	サービスの目標に対しての具体的なケア内容をモニタリングするための根拠となる記録を繋がりあるものとして整理できるようにモニタリングシートの記録方法の例を作成し、各担当者がこの例を基に作成できるようにする。	3か月
4					ヶ月
5					ヶ月

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、行を挿入して下さい。

(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
			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
			⑤その他()
2	自己評価の実施		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
			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
			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
			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
			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
			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
			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)
			⑤その他()