

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5年1月27日	評価結果市町村受理日	令和6年4月10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.kai.gokensaku.nhl.w.go.jp/28/index.php
----------	---

【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	川西市小花1-12-10-201		
訪問調査日	令和6年2月20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、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います。調理や掃除等の家事の外、中庭の畑仕事や玄関前の掃除落ち葉掃除など、屋外活動を行っています。面会制限の緩和により直接面会が可能となり、ご家族様と過ごす面会は何より大切な時間であるため、面会予約をいつでも受け、ご家族様に安心して頂けるように、生活の様子やエピソード、写真の送付をしています。また、大規模災害における訓練を実施し、緊急災害時の体制強化を行っています。

【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)】

今年度初めに管理者が交代となったが、事業所は法人の理念や指針に基づき運営が継続されている。利用者の3分の1がここ数年で入れ替わり、介護度の低い利用者が多くなったこともあり、利用者同士で語り合い、誘い合い、支え合い、にこやかな声が事業所内に響いている。利用者間に小さな行き違いはあるが、職員の傾聴等でトラブルには繋がらず解決している。お茶を入れて一緒に飲んだり、ソファに座って語らう利用者を見ると、認知症の共同生活の場には見えない事業所である。職員の利用者に対する声掛けは尊厳を基本としているので、利用者は自信をもって生活している。認知症でありながら、自身の内に引きこまることなく、外に対して自由に活動できるのは、職員による尊厳や寄り添いという福祉の観点に基づくものである。利用者のサークル活動(書道)が日常的に行われ、おやつづくりを楽しむこともある。利用者の楽しみをつくり出す介護を目指し、事業所内での役割をケアプランに盛り込み、日常生活の充実を目指している。今後も利用者が日常を楽しむことを基本に、尊厳をもって寄り添い、会話や運動に溢れる事業所運営を期待します。

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) ○ 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) ○ 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広がったり深まり、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、生き活きと働けている (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) ○ 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	令和2年度に職員の意見を基に作られた法人理念を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。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。	3年前に職員で検討し、理念を変更した。ホームページに掲載し、館内に掲示している。毎日、職員は理念に加え、行動指針と求める人物像の中から一項目を月替わりで唱和している。理念と求める人物像の携帯版を職員の名前ホルダーに入れ、日々の意識付けに繋げている。	
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	地域清掃の参加は職員のみとなっているが、天神川沿いの枯れ葉拾いなど実施している。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。	地域の作品展に利用者の作品を展示し、利用者は地域住民の作品を観覧した後、利用者の作品は地域の保育園に寄贈した。保育園のハロウィン行事のためにお菓子を用意し子どもたちの来訪を楽しむ等、地域とのつきあいが徐々に再開し、利用者の励みとなっている。	
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	認知症カフェ「あそカフェ」を令和5年2月から定例で開催し、認知症の方とそのご家族のピアサポートを目指している。回を重ねるごとに参加者も増え、家族が準備から参加してくださっている。		
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	今年度より、参加者が集まっての会議開催が行えている。開催時には報告内容や議題からの意見を募り、サービスの向上へ活かせるよう共有している。	運営推進会議には、自治会長、民生委員、市、包括、併設事業所に加え、家族には順番に声掛けし参加してもらっている。推進会議の場で、地域の在宅高齢者の困りごとが課題に上がり、これに対応するため、見守り登録事業所として登録し、地域から相談を受けた場合はしかるべき機関に繋げる仕組みを作っている。法人からサポートを受け、事業所が認知症カフェを主催し、利用者が事前準備や当日の会話に参画し、活躍の場となり、地域貢献の場となっている。	
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	新型コロナ感染症発生以降、市内事業所と伊丹市担当者、包括支援センターとの事業所連絡会の開催が中断されているが、事業所間で電話にて情報交換を行い、連携を図っている。	年度途中で市法人監査課の担当者が変更になった後、運営推進会議に参加され、情報がつかめるようになった。市とはメールやFAXではなく、直接やりとりできる関係性ができている。	

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	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、また毎月、身体拘束委員会を開催し、自部署のケアについての振り返りや不適切ケアの改善に向け検討を行っている。	法人として指針を整備し、拘束虐待防止委員会として、事業所内で毎月委員会を開催し記録を保管している。管理者が外部研修を受けたあと、資料を整理して職員に対する研修を行っている。職員は研修後はレポートを提出する仕組みがある。	
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	全職員が虐待防止法に関する研修を受講し、毎月、虐待防止委員会を開催し自部署のケアについての振り返りや不適切ケアの改善に向けての検討を行っている。	拘束虐待委員会として毎月開催し、記録の整備、研修機会を確保している。委員会の決定事項は日々の申し送りで職員に周知している。不適切な言動について職員は一定の知識を持っていると管理者は考えているが、万一见受けられる際は、職員はリーダーに、リーダーは管理者に報告し、対応する仕組みがある。職員全員で事例について検討し、意識付けに繋げている。法人内に職員教育部門があり、職員が相談できる仕組みが整備されている。	
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。	家族には制度に関する資料を玄関先に配架して案内している。職員研修については、資料提供や動画視聴等定期的に行っており、制度利用が予見される場合は事業所として対応できる体制である。	
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	新規利用時は重要事項説明書により理解・納得をいただいている。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。	管理者が重要事項説明書の内容を丁寧に説明し、家族の理解に繋がるよう努めている。医療的ケアができないことや入居後に発生するリスクについて説明し家族の理解を得ているが、書式について不備があり修正を求めるものである。重度化や緊急時対応においても、家族へ丁寧に説明はしているが、書式の内容について改良の余地が見られる状況である。	重説に記載されているリスクに関する記述、重度化および終末期に関する対応、緊急時の意思確認の書式について、様式を整え、誤解のないような表現に整えていただきたい。
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。	家族への満足度調査や運営推進会議に参加している家族から意見や提案をもらうことがある。運営推進会議の議事録は参加した家族に送付している。満足度調査結果を集約し、全家族に送付している。コロナ前は家族会を年2回開催していたが、現在は停止している。	運営推進会議の議事録を全家族に送付し、事業所の運営状況報告の機会をもつていただきたい。

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
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。	業務改善に関して、各会議や申し送りの場で職員から意見や提案をもらうことが多い。職員からの意見は、管理者および主任が相談した後、全職員で合議し、取り組む仕組みがある。利用者の日中活動は日勤が企画し、月ごとのレクは行事担当職員が企画するほか、職員が担当分野で責任をもって従事している。会議録は共有データフォルダに保管され、職員が閲覧する仕組みがある。	会議録の職員閲覧に遺漏がないかを確認する仕組みを検討いただきたい。
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。		
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	職員個々が一定の介護技術を持ちケアにあたるよう、ケア項目ごとの力量チェックを実施し、また年に1回法人全体で介護技術コンテストが開催され、部署代表職員と共にケア方法を考えスキルアップに繋がっている。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育成への取り組みも開始された。		
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	市の地域密着型サービス連絡会では各施設見学を兼ねて会議開催し、情報や意見交換、事例検討会等を実施していたがコロナ禍での中止を余儀なくされている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ます。		

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
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、利用者のニーズの把握に努め、柔軟な対応を行えるよう、サービス開始直後は「気づきの支援経過」に記録し情報共有を図ると共に随時のサービス内容の変更を行っている。		
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。		
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	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。	認知症カフェの事前準備や当日の役割を担う利用者にとっては、事業所での馴染みの場となっている。居室のテレビでは昔馴染みの番組を好んで視聴する利用者や新聞を読む利用者もいる。家族との居室内での面会はつい最近再開し、今後利用者の楽しみに繋がることを管理者は期待している。	
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	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。		

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
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、在宅での看取りに向けて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	要望があれば居室の鍵や金銭等を自己管理していただくことを本人や家族との話し合いから決めていき、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。	入居時に家族が本人の生活歴や趣味、嗜好等さまざまな情報を記入した「認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式」シートに、職員が新たに入手した情報を書き足している。また、職員は利用者の立場で考える「パーソン・センタード・ケア」を学び、利用者の小さな声や反応、態度から思いや希望、意向を把握しよう努めている。気付きや情報は申し送りや支援経過等に記録し共有している。	
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	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。		
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	入居者一人ひとりに24時間シートの聞きとりシートを使い、ホームでの暮らし方に対する要望を伺い、日課の作成を行っている。聞き取りを行う中で、入居者自ら「部屋の掃除機掛は毎日自分で行うようにする」等の発言もきかれ、生活意欲の向上にも繋がっている。		
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	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。	介護計画は3か月毎にモニタリングし、半年毎に見直している。計画書を含め計画作成の根拠となる日々の支援経過や医療情報は全て介護支援ソフトで管理し、職員間で共有している。見直しに際し、作成担当者は事前に原案を本人や家族に説明し意見を聞いたうえで作成している。身体的ケアや家族の意向だけに偏らず、本人の思いや意向を尊重した個別の介護計画になっている。	
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。		

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
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	感染防止対策のため現在は自粛しているが、長年の友人による散髪ボランティアとの関係継続を支援している。感染防止解除の折には、傾聴ボランティアの訪問も再開も検討している。		
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往診医や地域の専門医、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。ホームに入居前から通う専門医に継続して通う入居者もある。	本人や家族等は希望する医療機関を選べるが、現在、全員がかかりつけ医として近隣クリニックの内科医の往診を受けている。その他の受診には原則家族が同行する。また、特養に併設された訪問看護ステーションの看護師が週1回訪問し健康観察を行うほか、救急時や夜間対応も行っている。歯科の訪問診療と歯科衛生士が毎週1回訪問し、口腔ケアを行っている。	
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	体調管理報告書に1週間の気づきや体調の変化を記入し訪問看護師と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訪問看護⇒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。 入院中は、こまめな面会を心がけ、退院カンファレンスへの出席、早期退院に向けて支援している。	各医療機関の関係者と連絡を取りスムーズな入院につないでいる。入院中は家族や医療機関の関係者と情報交換し、早期退院に向けて支援している。骨折の手術後、早めに退院して医療関係者と連携し、事業所の生活リハビリで回復した事例がある。	
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	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・訪問看護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。	「重度化した場合における対応の指針」をつくり、契約時に重度化や終末期に対する事業所の対応を本人・家族等に説明している。重度化した場合、医療的処置が可能な特養や医療機関への転院や紹介を行っているが、利用者・家族等の強い希望があれば事業所での看取りも実施している。 指針の中で「重度化した場合」の内容がわかりにくく、内容に不備がある。	指針の中で事業所としての重度化や終末期の目安について整理するとともに、心肺蘇生や救急搬送の意向確認の書面についても一部、見直していただきたい。

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	自部署の課題に沿った緊急時対応研修を職員、パートを含め行っている。また職員事務所内にマニュアルを掲示し、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	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。増設された中庭の渡り廊下は、新たな避難経路となっており、避難誘導方法を部署職員のみならず、隣接する特養職員にも周知を図り協力体制を作っている。	ハザードマップや防災マニュアルを備えている。消防署の立ち合いの元、今年度は年2回、事業所で日中と夜間を想定した火災避難訓練と、法人と合同で夜間を想定した水害の避難訓練を実施した。消防署に計画書と報告書を提出し、BCP(事業継続計画)も完了している。一昨年の改修工事で避難用の渡り廊下を2か所増設した。薬を含め非常持ち出し袋を準備している。備蓄品では発電機や日用品を事務所に、食品は隣接する特養で消費期限をチェックして保管している。	防災対策に地域の連携は不可欠なので、運営推進会議で地域の協力を議題に話し合っはいかだろうか。
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。	一人ひとりの人格を尊重し、誇りを損ねない言葉かけや対応をするよう、接遇や身体拘束・虐待研修等で不適切ケアについて学んでいる。不適切ケアを見かけた場合、指摘し合える職場の関係性がある。排泄支援では自立に近い利用者が多いため、過度な声かけや誘導を避けている。歯科診療や口腔ケアは居室で行っている。医師の往診では医師が利用者のいる場所に移動するが、診察方法等、配慮が必要な場合は居室で行っている。	
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	昼食の選択メニューの決定や週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、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
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やヘアカラーをしている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	みそ汁作りや盛り付け、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、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。	昼・夕食は特養の厨房で調理した料理を運び、朝食とご飯、汁物のみユニットのキッチンでつくっている。主菜は2種類のメニューから選べる。また、週1度ユニットで昼食をつくる「調理の日」や、移動パン店が来て利用者が好きなパンを選ぶ「パンの日」のほか、月1度「カレーの日」や「パスタの日」等もある。変化に富んだ食事は利用者の大きな楽しみになっている。おやつレクリエーションもあり、誕生日には利用者と一緒に作るデコレーションケーキで祝っている。中庭の菜園で育てた野菜や柿も皆で収穫して食卓に上る。	
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よく摂取される時間帯を把握したりお茶ゼリーの摂取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、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。パットやおムツも個々の尿量、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。	居室にトイレがある。排泄記録から排泄のパターンを把握している。利用者はほぼ自立の状態だが、見守りと排泄後の確認を必ず行っている。パンツ使用の利用者もいるが、大半はリハビリパンツやパッドを使用し、失敗しても自信を失わせない対応が排泄の自立につながっている。夜間もほぼ全員が誘導と声かけによりトイレで排泄している。トイレの扉にセンサー設備があり、本人や家族の同意の元、必要な利用者には使用している。	

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
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、利用者によっては、排便を誘発する飲食物を把握し、適宜摂取していただきく等して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。	利用者は週3回、家庭用の浴槽で1対1介助で入浴している。同性介助にも対応している。入浴中に職員との会話や歌を楽しむ利用者もいる。入浴をためらう利用者には声かけを工夫している。入浴後には欠かさず保湿し、ユズ湯やショウブ湯など季節の湯も行っている。	
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	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、人の声がかか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	往診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、長年の習慣になっていたアイスキャンディーを家族が持参され、夜の楽しみとして継続されている方や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。		
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支援している	年2回行っていた家族と共に出かけると遠足はコロナ禍で中止しているが、近くの公園や家族参加なしでの遠足に出かけている。散歩や買い物の要望があれば、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。また、感染対策の解除時には、外出の要望に応えられるよう、ケアプランに位置づけている。	コロナ前のような外出はできていないが、利用者は交代で職員と一緒に事業所の前の川沿いの桜並木を体力に合わせて散歩している。昨春は利用者が自分で握ったおにぎりを持参して花見に出かけた。事業所の敷地や中庭にはさまざまな花木や野菜が栽培され、利用者は外気浴や水やりを楽しんでいる。職員はドライブ外出や家族同伴の遠足の再開に期待している。	

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
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。		
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。	フローリングに格子戸や障子のある和モダンな明るい空間になっている。玄関ホールの壁やリビングには利用者の書道作品や手芸作品を飾っている。オープンキッチンのあるリビングでは、定期的に食卓の席替えをしてテレビの見える位置などを調整している。中庭には柿の木や菜園もあり、居ながらにして四季の風景が楽しめる。食後のリビングではマッサージ機で足をほぐす人や、2人仲良くソファに座って話に花を咲かせる姿が見られた。	
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。		

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	永年使い慣れた家具を自宅より持ち込まれ、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。	トイレと洗面台、電動ベッド、リースの寝具を備えている。網戸と障子を設えた掃き出し窓から自由に中庭に出ることもできる。利用者は整理タンスやテレビ、仏壇、位牌、本、裁縫道具などを持ち込んでいる。フローリングの部屋の中央に3畳の畳間があり、座って針仕事や洗濯物をたたみに勤しむ利用者もいる。可能な限り居室の掃除は職員と利用者が一緒に行っている。	
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	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

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	9 33	事業所の重度化の指針では「住み慣れた場所で親しい人々と共に自然な終末期を迎える」と謳っているが、看取りケアを過去に1回しか行っていない等、事業所の実際の内容に則しておらず、家族に過度な期待や希望を持たせる可能性がある。 また、入所時に救急搬送の是非、心肺蘇生の実施に対する意向の確認がされていない。	・事業所の現実に即した重度化の指針の説明を行い、利用者や家族が理解、納得できるものとする。 ・容態急変時に利用者、家族の意向に沿った対応ができる。	・重度化の指針の見直しを行い、事業所の現実に則した内容に修正する。 ・入所時に様態急変時の救急搬送や心肺蘇生の要否に対する家族や本人の意向の確認を行う。	6カ月
2	35	地域との共同での災害時の訓練実施にむけての取り組みを実践できていない。	地域住人との避難訓練の実施	・運営推進会議で自治会への訓練実施への意見を募る。 ・地域の要援護者の状況についても把握する。	8カ月
3	9 10	運営に関する利用者、家族等意見を反映に対して運営推進会議で出席者のみでなく会議録を家族全員に送る仕組み 運営に関する職員の意見反映について職員が閲覧できる仕組みはあるが、漏洩がないか確認する仕組みがない。	・運営推進会議録を全家族に送付し運営状況報告の機会を持つ。 ・職員の会議録閲覧に遺漏がないかを確認する仕組みを作る。	・運営推進会議録の送付と意見を徴集していく。 ・共有フォルダー保管するだけでなく、閲覧確認ができる。	6か月

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、行を挿入してください。