

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	3597100084		
法人名	有限会社 しらき		
事業所名	グループホーム しらき		
所在地	山口県大島郡周防大島町大字西方14番地		
自己評価作成日	令和6年5月19日	評価結果市町受理日	令和6年7月16日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度ホームページで閲覧してください。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人広島県シルバーサービス振興会		
所在地	広島市南区皆実町一丁目6-29		
訪問調査日	令和6年6月12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)】

我がグループホームは、山口県東部に位置する金魚の形をした島に所在している。一年中、穏やかな気候の中、また、自然豊かな環境の中「好きに暮らして、明るく、安心」とグループホームしらきの理念のもと、しらきという家族を構成している。利用者様の個性を大切にし、ご本人のペースでゆっくり、ゆったり、のんびり過ごしてもらっている。コロナも5類になり、面会、外出、地域の行事にも少しずつ参加できるように支援している。

【外部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)】

事業所は地域との絆を重視し、訪問し易い事業所作りに取り組んでいる。自治会に加入し地域活動に協力しており、利用者は弘法市等の地域行事や季節の外出行事等で外出したり、家族の面会・地域住民の運営推進会議参加やボランティアの受け入れ等、双方向の地域交流や亥の子祭りの来訪等、子どもとの世代間交流もある。又、外部評価に関し職員は自己評価を通して日頃の実践を振り返り、現場目線で率直に課題を把握し、理念に沿えない面や十分なケアが実施できていない現状を再確認して事業所として達成すべく具体的な改善策に全職員で取り組んでいる。運営推進会議を活かした取り組みとして、参加の協力医から服薬業務に関し、職員配置を考慮した改善案の提示を受けた経緯がある。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～56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	
57	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:24. 25. 26)	○	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	64	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:10. 11. 20)	○	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
58	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:19. 39)	○	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	65	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. 21)	○	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
59	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:39)	○	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	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:5)	○	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
60	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:38. 39)	○	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	職員は、生き活きと働けている (参考項目:12. 13)	○	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
61	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:50)	○	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
62	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:31. 32)	○	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	69	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
63	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:29)	○	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				

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]【文字サイズは10ポイントのまま変更しないでください】

自己	外部	項目(大地)	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	地域密着型サービスの意義をふまえた事業所の理念を各ユニットの見えやすいところに掲示し、毎朝引継ぎ時に職員全員で唱和している。「好きに暮らして、明るく、安心」と理念にあるように、利用者本位で、ゆったりと安心して過ごしていただけるよう、支援をしている。	開設時に作成した理念をケア実践上の道標として掲示・唱和し周知に努めている。毎月のユニット会議で利用者の状態・行動変容を振り返る中で理念の達成度を検証し管理者は気づきを促している。職員も理念に沿った目標を設定し、年度末の管理者との個人面談でその達成度を検証している。	
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	運営推進会議などを通して日頃から連絡を取り合い、地域の行事には可能な限り参加させてもらっている。現在は、コロナも5類になり地域との交流も緩和されたが感染状況を見ながら当施設近辺での地域交流をしている。	事業所は自治会に加入し河川清掃に協力したり、利用者は外入祭り等の地域行事や季節の外出行事、家族と受診等で外出している。又家族の面会・地域住民の運営推進会議参加やフラダンスボランティアの受け入れ等、双方向の交流や亥の子祭り・神輿の受け入れ等、世代間交流もある。	
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	地域の方々が気軽に相談していただけるように、自治会長や民生委員、他の事業所、ケアマネジャー、病院のドクターや地域連携室との連携を大切にしている。運営推進会議では、地域での認知症の方の相談が出ることもあり、どのようにすればよりよい地域になるか、皆で考えている。	/	/
4	(3)	○評価の意義の理解と活用 運営者、管理者、職員は、自己評価及び外部評価を実施する意義を理解し、評価を活かして具体的な改善に取り組んでいる。	職員は外部評価の意義を内部研修を実施し、しっかり理解できるように努めている。全職員に評価してもらうため、書類を配布し、記入してもらい、管理者が整理しまとめている。昨年度に比べて、よい点だけでなく、悪くなっている点や改善点など、率直な意見を書いてもらい、サービスの向上に取り組んでいる。	自己評価は管理者が職員に評価の意義を説明、全職員が自己評価欄に記入したものを管理者が集約している。職員は評価を通して日頃の実践を振り返り、現場目線で率直に課題を把握し、外部評価結果に基づいた目標を事業所として達成すべく具体的な改善策に全職員で取り組んでいる。	
5	(4)	○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	運営推進会議を通して委員、有識者、家族また、以前利用されていたご家族にも参加してもらい、利用者の様子や取り組み、状況の報告等を行い、意見や良い点、改善できる点を皆で話し合い、より良いサービスができるよう努めている。年2回は、併設のデイサービスと一緒に運営推進会議をしており、意見を頂いている。	会議は隔月開催で家族代表・自治会長・民生委員・協力医・介護保険課又は地域包括支援センター職員等の参加もあるが、家族の参加機会が減少している。家族との事業所運営に関する情報共有が不十分であり、今後は参加できない家族との情報共有・意見交換の仕組み作りを通して更なる会議の活性化を期待したい。	

自己	外部	項目 (大地)	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)	○市町との連携 市町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	開催数は少ないが、町主催の研修などに参加し、顔の見える関係づくりを行っている。また、運営推進会議では、地域包括支援センターや介護保険課の職員に参加してもらい、利用者状況の相談、助言を受けている。	運営推進会議には地域包括支援センター又は担当課職員が参加し情報共有をしている。町担当者とは日頃から相談・報告を行い、顔の見える関係を築いており、行政主催の研修へ参加し職員へ伝達研修をしたり、集団指導の研修会にオンラインで参加する等、協力関係の構築を図っている。	
7	(6)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「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	身体拘束のマニュアルを通して内部研修を行い、内容の把握・理解を促し、抑制、虐待のないケアに努めている。特にスピーチロックについては、何気ない日常会話の中で使われていることも多く、職員間で意識し、言い換え等適切な言葉を使い、職員会議、ミーティングで話し合い改善を図っている。玄関のみ施錠する(夜間のみ)。	毎月の管理者会議で提示された法人身体拘束廃止委員会の検討事項を職員は事業所会議で共有し、年3回の研修会等で拘束をしない必要性を認識して具体的なケアの中で実践を重ねている。毎月の接遇自己点検表で自己覚知を図り、人感センサーを設置し拘束廃止に向けた工夫もしている。	
8		○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	虐待については、定期的に施設内研修をして理解を深めている。以前、日頃の何気ない言動(本人も気付いていない)により、利用者の家族からの苦情があったため、厳重な注意を行い、業務の制限を行っている。また、常に言動、態度など職員間で注意し合って報告するよう義務付けている。		
9		○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	以前、成年後見制度を利用される利用者もいたため、日常生活自立支援事業や成年後見制度について、年間の研修計画を立て、実施し、理解を深めている。また、ただ単に制度について学ぶだけでなく、なぜ権利擁護が必要なのかなどについても、研修を通して理解を深めるようにしている。		
10		○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	入居前には必ず見学をしてもらい、入居契約時に、契約書や重要事項説明書の内容を利用者、家族に説明したあと、質問や不明な点がないか聞いている。内容に変更があるときには、必ず内容を書面、もしくは電話で説明し、理解を得ている。		

自己	外部	項目 (大地)	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	(7)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等からの相談、苦情の受付体制や処理手続きを定め周知するとともに、意見や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	契約時に苦情の受付体制、処理手続きを家族に説明している。毎月、利用者ごとのお便りで状況や行事予定を知らせている。電話や手紙、面会時、会議出席時等で要望や意見を聞いて、その都度対応している。家族が意見や要望を言いやすい環境に努めている。	家族とは面会時・介護計画更新時・電話連絡時・運営推進会議・意見箱等で職員は意見を把握し、申し送りノート等で情報共有をしている。家族提案で、居室内ベッド正面の壁に当月の行事予定や今日を赤枠で囲んで意識できる様にした月間カレンダーを掲示するようになった例がある。	
12	(8)	○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	毎月の職員会議やミーティング、日々の業務の中で、職員から意見を言う場面は多くある。意見交換しながら、業務に反映させている。職員は年度初めに目標を立て、年度末に評価を行い、次年度につなげている。	事業所は申し送り・全体会議・ユニット会議・年1回又は随時の管理者との個別面談等で意見を聞く機会を設け、介護方法・業務上の提案に対する支援体制を採っている。職員提案により、利用者の手指の屈曲拘縮防止のため、その方の特性に合わせた指先のない手袋を導入した例がある。	
13		○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	日頃から、職員との情報交換を大切にしながら、職員が働きやすく、利用者が暮らしやすく、介護に対して向上心が保てるように配慮しながら、働きやすい環境づくり、職場づくりに努めている。		
14	(9)	○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	外部研修は、移動等の事情で参加回数が少ないが、個人的に研修に参加する職員、自宅で資格講座を学ぶ職員がいる。また、研修に参加した職員は職員会議で内容を報告している。毎月の職員会議では、年間計画に沿って、内部研修を実施している。新人研修は慣れるまでマンツーマンで対応し、働きながら学べるようにしている。	事業所は年間計画に基づいた毎月の内部研修を実施したり、外部研修案内の中から各自の力量に応じた段階的な研修を提案している。外部研修後の報告書を回覧し、その参加者が伝達講習を行い、職員との情報共有に努めている。新入職員にはOJT(職場内訓練)による支援をしている。	
15		○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	施設としての同業者との交流はできなかったが、研修などに参加した際には、グループホームに限らず、同業者と意見交換や近況などをお互いに聞き合い、交流は行っている。今後は、施設としても、近隣の同業者と交流を行っていきたい。		

自己	外部	項目 (大地)	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
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
16		○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	入居前に本人や家族、関係者(医療機関、ケアマネ、民生委員)より、生活歴、既往歴、思いや要望などの情報を共有するとともに、本人の思いを受け止め、思いや不安を受け止めるよう務めている。		
17		○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	入居前に家族の話を聴き、思いや要望、不安等をしっかり受け止め、安心して家族と一緒に本人を支援していけるよう支援の構築に努めている。また、利用当初は、家族にも不安があるため、電話等で状況を伝え、本人の不安時にも、面会、電話等で支援してもらっている。		
18		○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	相談時の本人や家族の置かれている状況を把握し、思いをしっかり受け止め、地域包括支援センターやケアマネと連携しながら、本人に合ったサービスを提供している。		
19		○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	洗濯たたみ、洗濯干し、居室やホール、廊下の掃除、食事の盛り付けなど、利用者と職員が一緒に行っている。また、近隣の店に職員と買い物に出かけたり、移動販売車で買い物したりしている。、利用者の重度化により、できることが少なくなっているが、少しでもできることを見つけ出し、役割を持ってもらえるように心がけている。		
20		○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	毎月、しらかだよりにて、利用者一人ひとりのホームでの様子、健康状態、活動などを写真を添えて、郵送している。面会時は、日々の様子などの近況報告、家族の要望や意見を聴いている。コロナが5類になり、家族との面会、外出も多くなり、毎週ご主人が面会に来る利用者もいる。		

自己	外部	項目 (大地)	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	(10)	○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	法人内のデイサービスや高齢者住宅利用者と交流がある。コロナ禍で、なじみの美容室との関わりはなくなったが、なじみの衣料品店は利用している。コロナが5類になり、感染状況を見ながら、地域で開催されている行事にはできるだけ参加するようにしている。また、家族の協力を得て、法事の出席や外出外泊の支援がある。	地域との絆を重視し、外又は玄関内で面会可能であり、過半数の家族との再会が実現している。利用者との手紙・電話のやり取りや家族協力で外出・外泊や地域の季節祭り・サロンや馴染みの衣料品店からの訪問販売等、馴染みの場所で馴染みの顔や声と何気ない日常を楽しめる様に支援している。	
22		○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	利用者の生活歴や個性を尊重し、理解を深め、常にホールでの席の見直しを行っている。また、散歩やドライブの際には、気の合う利用者同士で参加できるように心がけ、気分転換を図ってもらっている。新規の方に対しては、利用者間で良い関係を築けるよう務めている。		
23		○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	サービス終了後も相談を受けたり、家族が遠方の場合など、入院中の支援をしている。また、運営推進会議の委員を継続してもらい意見や助言をしてもらっている。		
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					
24	(11)	○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	入居前に事業所独自のアセスメントシートを活用している。日々の関りの中で利用者の言葉、行動、表情などを介護記録に記入し、カンファレンス時には思いや意向の把握に努めている。職員は申し送りノートで情報共有している。自分の意思を伝えられない方には二者択一から選んでもらう、また家族、関係者から聞いたりしている。	利用者毎に担当を決め、利用者やゆっくり話す中で思いを汲み取りモニタリングや担当者会議に反映する等、思いの共有に努めている。「趣味はない」と言う利用者には花の水やりを提案するも一蹴され、本人は花が好きと言う家族情報を参考に介入し、受け入れ可能か、その言動で検証している。	
25		○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	担当ケアマネからの情報提供、本人や家族から聞き取りを行い、また、本人や家族からの何気ない会話の中から気づきを得ることもある。関りを多く持ち、今後の生活に繋がるように努力している。		

自己	外部	項目 (大地)	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		○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	心身の状態変化や残存機能の変化等を介護記録や、申し送りノートに記入している。また、日々の業務の引継ぎ時に口頭でも申し送りを行っている。勤務前には、必ず申し送りノートの内容を確認し、状態を把握するように、声かけをしている。		
27	(12)	○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	管理者、ケアマネ、計画作成担当者、職員が毎月ミーティング時にカンファレンスを行っている。利用者、家族の意向、主治医や看護師、福祉用具専門相談員の意見も参考にして介護計画を作成している。3か月ごとにモニタリングを実施するほか、利用者の状態変化に応じて、見直しを行い、介護計画を作成している。	利用者・家族、関係職種の意見を反映した原案を担当者会議で検討し本案としている。介護支援専門員を中心に3か月にモニタリング、計画の見直しをしている。普段は寡黙な利用者が、散歩の時は会話が進むという情報から生活の活性化に繋げた立案例がある。	
28		○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	介護計画に沿って実施している。利用者ごとに申し送りノートや医療ノートを活用し個別記録、日々の状態(健康記録や排泄チェック表)や気づき、工夫を申し送り、全職員で情報共有し、必要に応じて見直しを行っている。		
29		○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	本人にとってより良い支援の方法をグループホームの職員だけでなく、併設事業所の専門職に相談し、柔軟な支援やサービスの提供に努めている。		
30		○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	2か月に一度の運営推進会議に自治会長や民生委員、地域の方、ご家族の参加をお願いし、意見交換している。地域のなじみの店での買い物の継続、運営推進会議等で地域の情報を得て、催し物への参加、四季の花畑などを見物している。		

自己	外部	項目 (大地)	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	(13)	○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	事業所の協力医療機関のほかに、入居前のかかりつけ医とも連携している。医療機関から定期的に訪問診療があり、事業所が支援している。また協力医療機関とSNSなどで、状態や写真で指示を受けている。夜間や緊急時は、管理者に報告し、指示のもと主治医と連携して対応し、適切な医療が受けられるよう支援している。	協力医を主治医とすることも可能だが、多くは利用前の主治医の受診継続である。協力内科医は月1回の訪問診療、歯科医からは適宜往診又は受診対応である。専門医の受診は主に事業所で行っている。看護師資格を有する介護職員2名の配置もあり、健康管理や緊急時対応をしている。	
32		○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	医療ノートを活用し、職場の看護師や職員が情報や気づきを記入し、共有している。また、訪問診療時や必要時に電話連絡し状態を報告している。指示の内容は医療ノートへ記入、口頭でも申し送りをしている。		
33		○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。	医師、管理者、ケアマネ、職員が家族と話し合い、本人が安心して過ごせるように支援している。その後の経過は、地域連携室や担当医、ケアマネや職員、家族との連携を持っている。退院前に医療機関から本人の情報を受け、カンファレンスを行い、退院後の支援体制を取っている。		
34	(14)	○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	契約時に事業所の医療体制を説明し、利用者が重度化した場合における対応の指針を基に、事業所でできる対応について家族に説明し、同意書をもらっている。また看取りについての事前確認書をもらっている。終末期には、家族に意向を聞いて、再度確認し、主治医にも伝え支援している。	要望があれば看取りを行う方針で、契約時に重度化対応指針で説明・書面にて事前確認をしている。重度化の際には指針に従い適切な支援を行い、昨年度は1例の経験をした。できるだけ訪室して声掛けをする等、穏やかな最期に寄り添う体制作りに努め、終末期ケア研修も実施している。	
35	(15)	○事故防止の取り組みや事故発生時の備え 転倒、誤薬、行方不明等を防ぐため、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組むとともに、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、実践力を身につけている。	職員会議で、定期的に応急対応や初期対応、緊急時の対応の研修を行っている。ヒヤリハット・事故報告は必ず全職員が目を通し、職員会議で改善点や反省点をしっかり話し合っており取り組んでいる。運営推進会議では、医師や有識者、地域の方から指導をいただいている。併設事業所と合同消防訓練も行っている。	事故防止の実践力を高めるため事故報告書等の作成・回覧・全体会議での検証を通して情報共有に努め、内容も運営推進会議で公表している。参加の協力医から誤薬改善案の助言を得たり、看護師資格を有する介護職員から職員意見を反映した初期対応等の研修会で実践力の習得に努めている。	急変や事故発生時に備えて看護師の指導や事故報告書の活用等を通し事業所に対応している。ただ各職員の初期対応力等について一定の実践力を保つ平準化に課題がある。計画・実行・評価・改善を踏まえた、必要最小限の実践力の育成に向けた具体的・段階的な取り組みを期待したい。

自己	外部	項目 (大地)	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
36	(16)	○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、地域との協体制を築いている	マニュアルに目を通していても、実際できないことが多い。出来ない月もあったが利用者も参加して、火災や防災訓練を実施し、日頃から練習、知識、方法を身に付けるようにしている。各ユニットまたは合同で、訓練することはあるが地域連携はできていない(感染防止のため他者の出入りを禁止している)	各階毎若しくは合同で、又は消防署立ち合いのもと系列事業所と合同で火災訓練を日中想定・利用者参加を含め実施している。更に地震や離設等も含め、毎月何らかの訓練を実施し体制構築に努めている。BCP(業務継続計画)を策定し、法人にて地区消防団と近隣防災協定を締結している。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
37	(17)	○一人ひとりの人格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	年間研修計画の中で、権利擁護や虐待、接遇について研修を重ねている。利用者自尊心を傷つけず、プライバシーに配慮した声かけや対応をしている。職員の言葉遣いなど不適切な対応時は、その都度、職員間で声をかけ合っている。	研修で職員の幅広い知識の習得と資質向上を図る体制もある。利用者に対する声かけも利用者・職員間の距離感に配慮した柔軟な関係作りに努めている。不適切なケアには毎月の接遇自己点検表等で気づきを促すよう努め、職員間で情報交換の際は匿名化する等、個人情報にも配慮している。	
38		○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	日頃からコミュニケーションをしっかりと取り、信頼関係を築きながら、利用者の思いや希望の把握に努めている。言葉で表現できない方には、表情や動作、または選択肢を提示し、しっかりと受け止められるよう、関係作りを大切にしている。		
39		○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	利用者一人ひとりが望んでいる、その人らしい生活ができ、遠慮なく発言、行動ができるようにしっかりとコミュニケーションを取り、また、業務優先にならないよう、本人のペースで安心して日々の生活ができるよう努めている。		
40		○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	自己選択ができる方は、自分で衣類を選んでもらっている。困難な方は、職員と一緒に選び、季節に応じた身だしなみを支援している。合わなかったもの、足りない物は、ご家族と相談しながら支援している。		

自己	外部	項目 (大地)	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	(18)	○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	(有)しらか食堂が三食の副食を調理し、社内メニューに沿って作っている。利用者は盛り付け、食器洗い、テーブル、トレー拭きなどを職員と一緒にやっている。メニューや味付け、固さなどの気づきを食堂に伝えている。利用者の状況に合わせ、食事形態を工夫している。食事は職員と一緒に食卓を囲み、食事時間を楽しんでいる。	食事は系列事業所で調理された料理と事業所のご飯を提供し、利用者も食卓拭き等、できる役割を担っている。又、食が楽しめる様、家族との外食、地域の季節祭りのふるまい料理や柏餅等、おやつ作りやベランダでの喫茶、菜園野菜で芋煮会、コンビニの菓子パン訪問販売等も利用している。	
42		○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	量や嗜好、固さ、体調や栄養状態、食器の工夫など、一人ひとりに合わせた介助方法をしっかり把握し、毎食の主食、副食の摂取量、水分摂取量を確認しながら支援している。		
43		○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	毎食後の口腔ケアや朝の舌ケアの声かけを実施し、習慣づけの働きかけを行っている。利用者のそれぞれの力量に応じて、声かけ・見守りや口腔スポンジを活用し支援している。義歯はポリドント等で手入れを週2回行っている。食事前には口腔体操や耳下腺マッサージを取り入れている。		
44	(19)	○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向けた支援を行っている	排泄チェック表を活用し、利用者の個々の排泄リズムを把握し、早めの声かけや誘導を行い、表情や素振り、サインを見逃さず、トイレでの排泄や排泄の自立に向けて支援を行っている。また、おむつ使用の方にはウエス(汚れを拭き取る時に使う布のこと)を使用し、お尻拭きなどの使用を減らす努力をしている。	排泄記録表でパターンを把握しトイレ誘導を基本としている。入院中の紙おむつから紙パンツへの移行や夜間排泄時の転倒防止の為、居室にポータブルトイレや人感センサー設置、トイレに可動式手すりや力が入りやすく、滑りにくい波型手すりの設置等、状態に合わせた自立支援を行っている。	
45		○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	排泄チェック表を活用し、排便状態を確認している。毎日の食事摂取量、水分摂取量を確認している。また、体操にも声かけをして、参加してもらっている。また、主治医提案のもと、ヤクルト400を提供したりと、便秘にならないよう努めているが、主治医と連携、連絡、相談、薬(下剤)処方など、その都度相談している。		

自己	外部	項目 (大地)	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	(20)	○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、個々に応じた入浴の支援をしている	その日の体調を考慮して、本人の希望を優先しながら、週2回は利用してもらえるよう支援している。体調に応じて、シャワー浴、清拭、足浴を行っている。拒否がある場合、日にちや時間帯を変更することもあるが、必要な支援を行いながら、ゆっくり楽しんで入浴できるよう支援している。	週2回の入浴が基本だが、利用者の体調や入浴習慣に合わせ柔軟に対応している。入浴は据え置き式浴槽を利用した個人浴だが、利用者の重度化に伴い、心身の負担を考慮しシャワー浴や足浴で対応することもある。又、季節を感じられる様、柚子湯・みかん湯を提供することもある。	
47		○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	食後は居室に戻り、ゆっくり過ごす方、リビングでテレビを観て過ごすなど、自分のペースで就寝まで過ごしている。季節に応じて居室の温度調整、衣類、寝具の調整をしている。寝付けない方には、話を聞いたり、飲み物を提供したり等の支援をしている。		
48		○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	利用者ごとに医療ファイルがあり、服薬している薬について、処方内容や副作用、服薬変更等の情報を入れて、職員が必ず目を通し、情報共有している。用量は主治医のアドバイスで服薬時に確認できる所へ掲示、服薬時は必ず職員がそばにつき、名前や日付などを本人や別の職員と確認し、確実に服薬するまでそばで見守っている。		
49	(21)	○活躍できる場面づくり、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	日常の家事など、利用者個々の力量や残存機能にてできることを自主的に、また、自分の役割と思ってやりがいを感じてやってもらえるように支援している。職員は必ず、感謝の気持ちを伝えている。また、個人が得意なことができるように環境を作り、気分転換や楽しい時間が過ごせる様に努めている。	利用者の生活歴から馴染みのある事が不安なく継続できる様支援し、今出来る事に着目し出来て自信になる事を大切にしている。洗濯干し等の家事、畑の種まき・苗植え・野菜の収穫、仕切り役等の役割、嗜好品、楽しみ事、気分転換等、張り合いや喜びのある生活作りを支援している。	
50	(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	運営推進会議などで情報を得て、地域の行事に参加できるように努めている。現在、感染予防したうえで、初詣、花見やアジサイ、アサギマダラ見物、紅葉見物などに出かけている。また、コンビニの訪問販売車で買い物支援を行っている。ふるさと訪問はあまりできていないが、家族の面会も増えている。	地域情報により外入祭り・敬老会の作品展等、地域行事への参加や家族協力も得ながら受診と外食、外泊で会食や職員所有のみかん畑での収穫等、普段は行けないような所で「非日常」を楽しむこともある。隣接の系列高齢者住宅の元利用者がそこのフラダンス会で旧交を温めることもある。	

自己	外部	項目 (大地)	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		○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	一人ひとりの希望や力量に配慮し、適した方法で管理している。所持金の把握し、本人が財布を持ち、コンビニ訪問販売車や外出時に財布から支払いができるよう支援している。領収書は施設で管理し、残金など収支に付け家族に収支を報告している。		
52		○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	利用者の希望や、職員の方から声かけして、事務所の電話で家族と話をしてもらっている。また、家族からの連絡時にも時間がある場合、会話してもらうよう声をかけている。社会福祉協議会より毎月ふれあい郵便が届く方もおり、本人希望により、毎回お礼の電話をかけている。		
53	(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	ウイルス除去機能付きの空気清浄機を数台配置し、清潔で安心できる快適空間を保てるように配慮している。定期的に空気の入れ替えも行っている。リビングの天井や壁には、利用者で作った季節感あふれる飾りがあり、テーブルやいす、ソファ、大型テレビを配置している。	行事の飾り付けや利用者とする壁掛け作品、畑の花や野菜等で季節の移ろいを感じられる様配慮している。2階から入る風・光を防ぐため階段にカーテン設置やその一部に遮光の紙を貼る等の工夫やレクリエーションで職員がピアノを弾いたり、食事の際、懐メロのCDを流す等の配慮もしている。	
54		○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	利用者がソファに座り、ゆったり過ごしてもらったり、テラスに出てティータイムで海を眺めたり、利用者で季節ごとの野菜の種まき、花壇やプランターの草取り、花植えをすることで利用者同士会話が進むよう配慮している。		
55	(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	テレビやラジオ、タンス、収納ボックス、テーブル、椅子など、使い慣れた物や好みの物を持ち込んでもらっている。また、家族の写真や自分で作った作品などを飾って、心地よく過ごせるよう配慮している。また、本人の動線を配慮し、安全に過ごせるようにベッドや家具等の配置を配慮している。	居室にはベッド・収納棚等を設置して、家具等、使い慣れた物や若かりし頃の夫婦写真等、好みの物を持ち込み居心地よく過ごせる様にしている。廊下の照明が気になる利用者には居室のすりガラスに遮光を施している。	

自己	外部	項目（ 大地 ）	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
56		○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」や「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	利用者一人ひとりの身体や精神状況を把握し、自分ができることは可能な限りしていた だけのように職員、ケアマネ、福祉用具相談員も交え、工夫を重ねながら、自立した生活 が送れるように支援している。		

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]【文字サイズは10ポイントのまま変更しないでください】

自己	外部	項目 (大空)	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	地域密着型サービスの意義をふまえた事業所の理念を各ユニットの見えやすいところに掲示し、毎朝引継ぎ時に職員全員で唱和している。「好きに暮らして、明るく 安心」と理念にあるように、利用者本位で、ゆったりと安心して過ごしていただけるよう、支援をしているが、ADLの低下もあり、理念に沿えない場面もある。		
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	運営推進会議などを通して日頃から連絡を取り合い、地域の行事には可能な限り参加させてもらっている。現在も、コロナ禍であり、地域との交流が難しい状況であるが、感染状況を見て、感染予防策も取りながら、何度か地域の行事に参加することができた。また、地域から出向いてくれる行事もあった。		
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	地域の方々が気軽に相談していただけるように、自治会長や民生委員、他の事業所、ケアマネージャー、病院のドクターや地域連携室との連携を大切にしている。運営推進会議では、地域での認知症の方の相談などあり、皆で考え、情報交換の場としている。		
4	(3)	○評価の意義の理解と活用 運営者、管理者、職員は、自己評価及び外部評価を実施する意義を理解し、評価を活かして具体的な改善に取り組んでいる。	職員は外部評価の意義を内部研修を実施し、しっかり理解できるように努めている。全職員に評価してもらうため、書類を配布し、記入してもらい、管理者が整理しまとめている。昨年度に比べて、よい点だけでなく、悪くなっている点や改善点など、率直な意見を書いてもらい、サービスの向上に取り組んでいる。		
5	(4)	○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	運営推進会議を通して委員、有識者、家族また、以前利用されていたご家族にも参加してもらい、利用者の様子や取り組み、状況の報告等を行い、意見や良い点、改善できる点を皆で話し合い、より良いサービスができるよう努めている。		

自己	外部	項目（大空）	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)	○市町との連携 市町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	市町担当者から情報を伝えてもらったり、直接出向いて聞いたり、運推会議で利用者状況の相談、助言を受けている。		
7	(6)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「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	身体拘束のマニュアルを通して内部研修を行い、内容の把握・理解を促し、抑制、虐待のないケアに努めている。特にスピーチロックについては、何気ない日常会話の中で使われていることも多いため、職員間で意識し、言い換え等適切な言葉を使い、職員会議、ミーティングで話し合い改善を図っている。玄関は施錠していない。		
8		○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	虐待については、定期的に施設内研修を行っている。日頃の何気ない言動（本人は気付いていない）から始まることもあるため、管理職や介護リーダーが虐待につながるような声かけや行動がないか注意し声をかけている。		
9		○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	日常生活自立支援事業や成年後見制度について、年間の研修計画を立て、実施し、理解を深めている。また、制度について学ぶだけでなく、なぜ権利擁護が必要なのかなどについても、研修を通して理解を深めるようにしている。		
10		○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	入居前には必ず見学をしてもらい、入居契約時に、契約書や重要事項説明書の内容を利用者、家族に説明したあと、質問や不明な点がないか聞いている。内容に変更があるときには、必ず内容を書面、もしくは電話で説明し、理解を得ている。		

自己	外部	項目（大空）	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	(7)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等からの相談、苦情の受付体制や処理手続きを定め周知するとともに、意見や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	契約時に苦情の受付体制、処理手続きを家族に説明している。毎月、利用者ごとのお便りで状況や行事予定を知らせている。電話や手紙、面会時、会議出席時等で要望や意見を聞いてその都度対応している。家族が意見や要望を言いやすい環境に努めている。		
12	(8)	○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	毎月の職員会議やミーティング、日々の業務の中で、職員から意見を言う場面は多くある。意見交換しながら、業務に反映させている。職員は年度初めに目標を立て、年度末に評価を行い、次年度につなげている。		
13		○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	日頃から、職員との情報交換を大切にしながら、職員が働きやすく、利用者が暮らしやすく、介護に対して向上心が保てるように配慮しながら、働きやすい環境づくり、職場づくりに努めている。		
14	(9)	○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	外部研修は、移動等の事情で参加回数が少ないが、個人的に研修に参加する職員がいる。また、研修参加した職員は職員会議で内容を報告している。毎月の職員会議では、年間計画に沿って、内部研修を実施している。新人研修は、慣れるまでマンツーマンで対応し、働きながら学べるようにしている。		
15		○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	コロナは落ち着いたが、自粛している状況であるため、同業者とは交流の機会がなかったが、機会があれば交流したいと思っている。		

自己	外部	項目 (大空)	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
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
16		○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	入居前に本人や家族、関係者(医療機関、ケアマネ、民生委員)より、生活歴、既往歴、思いや要望などの情報を共有するとともに、本人の思いを受け止め、遠慮なく不安や悩みなどを言える環境を築き、サービス向上に努めている。		
17		○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	入居前に家族の話を聴き、思いや要望、不安等をしっかり受け止め、安心して家族と一緒に本人を支援していけるよう支援の構築に努めている。また、利用当初は、家族にも不安があるため、電話等で状況を積極的に伝えている。		
18		○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	相談時の本人や家族の置かれている状況を把握し、思いをしっかり受け止め、地域包括センターやケアマネと連携しながら、本人に合ったサービスを提供を、自施設や他のサービス機関と検討している。		
19		○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	洗濯たたみ、洗濯干しなど、利用者と職員が一緒に行っている。利用者の重度化により、できることが段々少なくなっている状況だが、ちょっとしたことでもできることを見つけ出し、役割を持ってもらえるように心がけている。		
20		○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	毎月、しらきだよりにて、利用者一人一人のホームでの様子、健康状態、活動などを写真を添えて、郵送している。面会時は、日々の様子などの近況報告、家族の要望や意見を聴いている。コロナが5類になり、家族との面会や外出は以前より増えた。		

自己	外部	項目（大空）	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	(10)	○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	法人内のデイサービスや高齢者住宅利用者と交流がある。コロナが5類になり、地域の行事も少しずつ開催される様になっている。感染状況を見て、また、感染対策を施し、開催されている行事には参加するようにしてる。また、家族の協力を得て、法事の出席や外出外泊の支援がある。		
22		○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	利用者の生活歴や個性を尊重し、理解を深め、架け橋となり、利用者間で良い関係が築けるように努めている。また、利用者同士の良い関係が築けるよう席を見直している。		
23		○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	サービス終了後も相談を受けたり、家族が遠方の場合など、入院中の支援をしている。また、運営推進会議の委員を継続してもらい意見や助言してもらっている。		
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					
24	(11)	○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	入居前に事業所独自のアセスメントシートを活用している。日々の関りの中で利用者の言葉、行動、表情などを介護記録に記入し、カンファレンス時には思いや意向の把握に努めている。職員は申し送りノートで情報共有している。把握が困難な場合は、仕草や筆談、選択肢から選んでもらう、家族から聞いたりしている。		
25		○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	担当ケアマネからの情報提供、本人や家族から聞き取りを行い、また、本人や家族からの何気ない会話の中から気づきを得ることもある。関りを多く持ち、今後の生活に繋がるように努力している。		

自己	外部	項目（大空）	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		○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	心身の状態変化や残存機能の変化等を申し送りノートへ記入、また、日々の業務の引継ぎ時に口頭でも申し送りを行っている。勤務前には、必ずノートの内容を確認し、状態を把握するように、声かけをしているが、日々の内容を確認していない職員も存在する。		
27	(12)	○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	管理者、ケアマネ、計画作成担当者、職員が毎月ミーティング時にカンファレンスを行っている。利用者、家族の意向、主治医や看護師、福祉用具専門相談員の意見も参考にして介護計画を作成している。3か月ごとにモニタリングを実施する他に、利用者の状態変化に応じて、見直しを行い、介護計画を作成している。		
28		○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	介護計画に沿って実施している。利用者ごとに申し送りノートや医療ノートを活用し個別記録、日々の状態（健康記録や排泄チェック表）や気づき、工夫を申し送り、全職員で情報共有し、必要に応じて見直しを行っている。		
29		○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	本人にとってより良い支援の方法をグループホームの職員だけでなく、併設事業所の専門職と連携し、柔軟な支援やサービスの提供に努めている。		
30		○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	2か月に一度の運営推進会議に自治会長や民生委員、地域の方、ご家族の参加をお願いし、意見交換をしている。本人の行きつけの美容院や地域のなじみの店での買い物の継続、コロナの感染状況を見ながら、地域の情報を得て、催し物への参加、四季の花畑などを見物している。		

自己	外部	項目（ 大空 ）	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	(13)	○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	事業所の協力医療機関のほかに、入居前のかかりつけ医とも連携している。医療機関から定期的に訪問診療があり、事業所が支援している。また協力医療機関とSNSなどで、状態や写真で指示を受けている。夜間や緊急時は、管理者に報告し、指示のもと主治医と連携して対応し、適切な医療が受けられるよう支援している。		
32		○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	医療ノートを活用し、職場の看護師や職員が情報や気づきを記入し、共有している。また、訪問診療時や必要時に主治医に状態報告している。医師、歯科医師からの指示等の内容は、医療ノートに記入し、また口頭でも伝え、情報共有している。		
33		○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。	医師、管理者、ケアマネ、職員が家族と話し合い、本人が安心して過ごせるように支援している。その後の経過は、地域連携室や担当医、ケアマネや職員、家族との連携を持っている。退院前に医療機関から本人の情報を受け、カンファレンスを行い、退院後の支援体制を取っている。		
34	(14)	○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	契約時に事業所の医療体制を説明し、利用者が重度化した場合における対応の指針を基に、事業所でできる対応について家族に説明し、同意書をもらっている。また看取りについての事前確認書をもらっている。終末期には、家族に意向を聞いて、再度確認し、主治医にも伝え支援している。		
35	(15)	○事故防止の取り組みや事故発生時の備え 転倒、誤薬、行方不明等を防ぐため、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組むとともに、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、実践力を身につけている。	利用者1人1人の既往歴、現状態、服薬を把握し全職員で共有している。職員会議で、ヒヤリハット・事故報告をし、改善点や反省点を話し合いを行っている。運営推進会議では、ヒヤリハット・事故報告をし、医師や有識者、地域の方から指導を頂いている。併設事業と合同消防訓練も行っている。		

自己	外部	項目 (大空)	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
36	(16)	○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	マニュアルに目を通していても、実際できないことが多いため、BCPを作成し、年2回の訓練を実施する予定。災害や感染時の出勤人数に応じた具体的な支援を、各階のミーティングで話し合い、スムーズに緊急時対応が出来るよう努めたい。		
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
37	(17)	○一人ひとりの人格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	年間研修計画の中で、権利擁護や虐待、接遇について研修を重ねている。ため口や命令口調的な言葉遣いに対して、職員間で声をかけ合う事としたが、言えない時も少なく、一か月間同行し、意識して声かけする事を実践したが「利用者に接しづらくなった」との意見が多数あり。		
38		○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	日頃からコミュニケーションをしっかり取り、信頼関係を築きながら、利用者の思いや希望の把握に努めている。言葉で表現できない方には、表情や動作、または選択肢を提示し、しっかり受け止められるよう、関係作りを大切にしている。		
39		○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	利用者1人1人が望んでいる、その人らしい生活ができ、遠慮なく発言、行動ができるようにしっかりコミュニケーションを取り、業務優先にならないよう、本人のペースで安心して日々の生活ができるよう努めている。		
40		○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	自己選択ができる方は、自分で衣類を選んでもらっている。困難な方は、職員と一緒に選び、季節に応じた身だしなみを支援している。合わなかったもの、足りない物は、ご家族と相談しながら支援している。		

自己	外部	項目 (大空)	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	(18)	○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	(有)しらか食堂が三食の副食を調理し、社内メニューに沿って作っている。社内メニューは高齢者向きでは無い事もある為、メニューや味付け、固さ、量などの気づきがあれば、しらか食堂に伝え、改善を図っている。利用者の状況に合わせ、食事形態を工夫し、食事は職員と一緒に食卓を囲み、食事時間を楽しんでいる。		
42		○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	量や嗜好、固さ、体調や栄養状態、食器の工夫など、一人一人に合わせた介助方法をしっかり把握し、毎食の主食、副食の摂取量、水分摂取量を確認しながら支援している。食物アレルギーのある利用者は、調理職員に情報共有し、連携して安全な食事提供に努めている。		
43		○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	毎食後の口腔ケアの習慣づけの働きかけを行っている。利用者のそれぞれの力量に応じて、声かけ・見守りや口腔スポンジを活用し支援している。義歯はポリデント等で手入れを行っている。食事前には口腔体操や耳下腺マッサージを取り入れている。		
44	(19)	○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向けた支援を行っている	排泄チェック表を活用し、利用者の個々の排泄リズムを把握し、早めの声かけや誘導を行い、表情や素振り、サインを見逃さず、トイレでの排泄や排泄の自立に向けて支援を行っている。		
45		○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	排泄チェック表を活用し、排便状態を確認している。毎日の食事摂取量、水分摂取量を確認している。また、体操にも声かけをして、参加してもらっている。また、繊維質の多い食材を提供したりと、便秘にならないよう努めているが、主治医と連携、連絡、相談、薬(下剤)処方など、その都度相談している。		

自己	外部	項目（大空）	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	(20)	○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、個々に応じた入浴の支援をしている	その日の体調を考慮して、本人の希望を優先しながら、週2回は利用してもらえるよう支援している。体調に応じて、シャワー浴、清拭、足浴を行っている。拒否がある場合は、日時を変更することもあるが、必要な支援を行いながら、ゆっくり楽しんで入浴できるよう支援している。		
47		○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	食後は居室に戻り、ゆっくり過ごしている。季節に応じて居室の温度調整、衣類、寝具の調整をしている。寝付けない方には、話を聞いたり、飲み物を提供したり等の支援をしている。また、午前中は体操等活動に参加してもらっているため高齢でもあり、昼食後は居室でゆっくり過ごして頂くよう声をかけている。		
48		○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	利用者ごとに医療ファイルがあり、服薬内容が変われば、その都度主治医に状態報告している。服薬時は必ず職員がそばにつき、名前や日付などを本人や別の職員と確認し、確実に服薬するまでそばで見守っている。		
49	(21)	○活躍できる場面づくり、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	日常の家事など、利用者個々の力量や残存機能にてできることを自主的に、また、自分の役割と思ってやりがいを感じてもらえるように支援している。職員は必ず、感謝の気持ちを伝えている。また、個人が得意なことができるように環境を作り、気分転換や楽しい時間が過ごせる様に努めている。		
50	(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	運営推進会議などで情報を得て、地域の行事に参加出来るよう努めている。感染予防をし、花見、アジサイ、紅葉見物などにも出かけている。また、コンビニの訪問販売車で買い物支援を行っている。5類になり家族の面会も増えている。		

自己	外部	項目（ 大空 ）	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		○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	1人1人の希望や力量に配慮し、適した方法で管理している。コンビニ訪問販売車や外出時に、本人が希望する物を本人の財布から支払うことができるよう支援している。定期的に家族に収支を報告している。		
52		○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	利用者の希望や、職員の方から声かけして、事務所の電話で家族と話をしてもらっている。また、家族には気軽に電話してもらうように伝えている。手紙や年賀状、暑中見舞いなど、本人や家族が書いた郵便物のやり取りがある。		
53	(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	ウイルス除去機能付きの空気清浄機を設置し、清潔で安心できる快適空間を保てるように配慮している。定期的に空気の入替えも行っている。テーブル、椅子、ソファ、ピアノ、大型テレビを配置している。リビングでテレビを観たり、音楽を聴いたり利用者同士や職員と雑談をしたりと思いいいに過ごせる空間づくりをしている。		
54		○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いいに過ごせるような居場所の工夫をしている	廊下に椅子を置き、利用者が外の景色を眺め、ほっとできる場所を設けているが、利用者ADL低下により難しい。		
55	(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	テレビやラジオ。タンス、収納ボックス、テーブル、いすなど使い慣れた物や好みの物を持ち込んでもらっている。また、家族の写真や自分で作った作品などを飾って、心地よく過ごせるよう配慮している。また、本人の動線を配慮し、安全に過ごせるようにベッドや家具等の配置に配慮している。		

自己	外部	項目（ 大空 ）	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
56		○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」や「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を送れるように工夫している	利用者1人1人の身体や精神状況を把握し、自分ができることは可能な限りしていただけるように職員、ケアマネ、福祉用具相談員も交え、工夫を重ねながら、自立した生活を送れるように支援している。		

(様式2)

2 目標達成計画

事業所名 グループホームしらき

作成日 令和6年7月16日

【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	転倒などの、アクシデント時の初期対応力に職員間での差があり平準化出来ない。	初期対応力の均等。	転倒時の状態別に応じた初期対応を部位別に細かくシュミレーションを行い、理解度を深める。	6ヶ月
2	5	運営推進会議には家族代表が参加されるが、参加されない家族には、会議内容が伝達されておらず、情報共有、意見交換が不十分。	利用者家族との情報共有、意見交換を行い、家族間で情報格差の是正。	運営推進会議に対しての案内文を送り、玄関ホールに運営推進会議資料を置き、面会時などに、説明し常時閲覧可能な体制をとる。	6ヶ月
3					
4					
5					

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。