

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	2874900265		
法人名	社会福祉法人 神戸聖隷福祉事業団		
事業所名	認知症対応型共同生活介護 高齢者グループホーム わらしべ		
所在地	兵庫県朝来市和田山町竹田1957番地1		
自己評価作成日	令和7年10月7日	評価結果市町村受理日	令和8年3月31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=1](https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action=kouhyou_pref_topjigyosyo_index=1)

【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7年10月28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)】

・ベランダからは竹田城址が望め、山々に囲まれた環境で季節の移り変わりを感じることができる。
 ・自己決定できる機会を増やし、利用者主体の支援に心掛けたサービスの提供に努めている。
 ・住替えの支援。利用者の状況に応じた、平生園、さくらの苑など法人内特養への住み替えの支援
 ・利用者の作品作りをサポート。市内文化祭、地域の喫茶店等で展示するなど利用者と地域との繋がりを持つ。
 ・ユニット会議、ケアカンファレンスを定期的に行い、ニーズの掘り起こし、統一した支援の実施、ケアプランの確実な実現等、個別支援の充実に力を入れている。
 ・利用者の意向を重要視しケアプラン作成、職員と共有し支援するチームケアを大切にしている

【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)】

事業所は、特別養護老人ホームをはじめ、各種事業所が併設された地域に欠かせない福祉ゾーンの敷地内にある。目の前に竹田城址が望める静かな環境のなか、キリスト教の教えを基本に、愛と奉仕の精神を実践し尊厳ある支援に努めている。入居者1人ひとりのペースに合わせ、その人らしく楽しく生活でき、自分で選択できるよう見守っている。今年度、施設長や管理者が替わり、事業所内の体制が替わり家族の心配もあるが、半年が経過し新体制が整いつつある。職員は、家庭的で利用者と職員が寄り添う環境を大切に、責任ある支援を心掛けており、ここに家族を入所させたい施設と称している。管理者を中心にこれからもその精神を意識し、自分が住みたい事業所であるよう、利用者支援の継続に努めて頂きたい。

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 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 3. 家族の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 職員の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 家族等の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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
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	・毎朝の朝礼でのわらしべ基本理念の唱和。 キリスト教主義 法人の特色を活かし日々の聖句を読み上げ、利用者支援にあたっている ・毎月の職員会議では法人基本理念及びわらしべ基本方針の唱和、地の塩伝道所牧師からのメッセージや年間聖句での法人理念の共有を図り、実践に繋がれるように努めている。また理念研修に職員を派遣している	法人の基本理念と、今年度の事業所目標を玄関に掲げ、毎朝職員全員で理念と基本方針を唱和している。法人で毎年開催される、法人理念についての研修に職員は交替で参加している。職員は、利用者のプライバシーを尊重し、その人らしく生活できる支援に努めている。	
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	・利用者作成の作品を地域に一緒に出向き、展示している(法人但馬総合事務所・歴史資料館資料館内、朝来市委託事業あったかプラザ、文化祭出展)	利用者は、手作りの作品をボランティアの協力を得ながら作成し、地域の病院や施設に展示している。地域の祭りの神輿が事業所に来所したり、実習の専門学校生との交流を楽しんでいる。	
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	・地域住民対象の認知症サポーター養成講座に職員を派遣 ・朝来市のふくし相談支援課の「認知症キャラバンメイト連絡会」に職員出席		
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	定期的に運営推進会議を開催。ご利用者へのサービス状況を報告する。委員からの意見、アドバイスを聞き、検討改善している。	会議開催時は多くの委員の出席があり、各委員の立場から質問や意見が出されている。事故報告やヒヤリハット報告に関し防止方法や対策案の提案がもらえる。運営推進会議の案内を書面で届けているが、ラインで行ってはと言う業務省略化の提案があり検討中である。家族に議事録送付はしていない。	事業所の現状を家族に伝える機会になるので、議事録の送信をされてはいいか？
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、グループホーム合同連絡会の機会を通じ、市との情報共有、相談等協力関係を築くように努めている。 ・市へ、毎月実績報告で情報提供実施	市には利用者情報をメールで送っている。運営推進会議でのアドバイスや、グループホーム連絡会での研修会に参加し、他施設の情報を得ることもある。	

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	法人内施設での研修参加と施設内伝達研修を研修会を実施。新規採用、異動職員に対して、オリエンテーションで身体拘束について説明している。身体拘束実施者0名。スピーチロック防止にも力を入れており、置き換え言葉、クッション言葉等を冷蔵庫に貼り、常日頃利用者が不快と感じられないような声掛けを意識して支援に当たっている。門扉は7:00～16:00まで開放継続。外に出られた場合は、しばらく周辺と一緒に散歩するなど、ご本人の気持ちに寄り添うように努めている。他の時間は防犯上の観点から施錠している。	身体拘束適正化委員会は苦情解決委員会と兼ねており、事故防止・虐待防止・苦情解決・感染症防止も含め、3か月に1回会議を開催している。法人の基本理念に則り、利用者が安心して日常生活が送れるように、利用者を尊重し尊厳ある支援を心掛けている。スピーチロックの注意喚起のための文書を掲示し、言葉の置き換えや依頼語、丁寧語の使用に留意している。	
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	虐待チェックリストを法人の取組みで、年2回実施。法人作成の不適切ケア判定基準表を活用した事例検討会を年1回、毎月のユニット会議で、支援を虐待防止・不適切ケアの視点で振り返り行う。毎日の朝礼時に、職員で考えた虐待防止の標語を唱和し、意識付けをしている。	虐待防止委員会も、身体拘束適正化同様苦情解決委員会と兼ね、3か月毎に会議を開催している。毎日の朝礼で職員が考え作成した、虐待防止の標語を唱和して自己意識を高めている。不適切ケア事例検討会や虐待チェックリストを含めた研修を年2回実施している。	
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	わらしべでは現在、成年後見制度を利用されている方はいない。法人の成年後見制度活用推進委員会に課長が参加して研修にて権利擁護、制度についての勉強会実施	法人内で成年後見制度活用推進委員会があり、委員である管理者が神戸での研修会に参加している。事業所に、リーフレットの常備がなく、契約時に家族への説明をしていない。全職員への研修も不十分である。	リーフレットを準備し、契約時に家族に伝えて頂きたい。職員研修の実施もお願いします。
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	契約内容は理解、納得いただけるように説明を行っている。制度改正や介護保険改定等の際には資料添付を行う、不明な点は担当者が質問等への対応を行う。	契約は、丁寧な説明を行ない納得のうえで契約している。見学や面談後契約する場合や、ショートステイを経て利用につながるケースもある。利用者が重度化し、事業所での生活が困難な状態等による場合、法人内の別事業所を紹介することも伝えている。	

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
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	ご家族からの要望は、面会時やサービス計画書の見直し等の機会に施設側から伺う。また、運営推進会議での意見を支援に反映するように努めている。苦情解決/虐待防止委員会を年2回開催し第三者委員の意見、アドバイスを求める。	例年、利用者に満足度調査を行っていたが、今年度は家族に依頼し現在集計中である。運営推進会議の案内文を郵送や手渡ししているが、メールやライン等に変更してはとの家族からの提案があり検討している。	
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	個別面談を年1回代表者と実施、運営に関する意見を聞く機会がある。朝礼、職員会議、ユニット会議、各委員会でも意見や提案を開ける機会を設けている。2023年度から「業務・文化委員会」を立ち上げ、業務改善に取り組んでいる	各委員会が設置され、委員会ごとの取り決めを決定し実践している。業務・文化委員会では、業務に関する改善検討会を行っているが、現行からの変更は困難な内容が多い。	
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	人事評価を実施、上司と目標設定行い、育成に取り組んでいる。資格取得に向けての助成制度あり、人材育成、給与手当に反映、より良い労働環境に、随時取り組んでいる。委員会は職員の得意分野を活かした配置に考慮している		
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	職員育成のエルダー制度を活用し、新人職員、エルダー職員相互に成長、育成に努めている。法人で開催する経験年数や役職に合った研修参加、グループホーム連絡会主催研修、外部専門研修(但馬長寿の郷)に職員を派遣している。 年度初めに、職員が学びたい研修について聞き取りを実施し、希望の研修を受講出来るよう配慮するなど学ぶ意欲を大切にしている。		
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	グループホーム連絡会を2ヶ月に1回開催。朝来市、養父市グループホームとの情報の共有、意見交換を実施している。またグループホームの抱える現状を意識した研修会の企画と実施を計画している。		

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	
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	入居前アセスメントを家庭やサービス利用事業所等に訪問、本人から話を伺う機会を設けている。家族、サービス利用事業所へのアセスメントシートを活用しての情報収集に努め、客観的にも本人を知る事で、より良い関係作りに努めている。本人が不安を感じる際には、家族と電話や居室面会を実施 安心に繋がるよう家族へも協力をお願いしている。			
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	施設見学をお勧めしている。グループホームの特色を説明、家庭的な雰囲気を大切に支援している事をお伝えする入居に際しての不安に思う事や、介護で家族の抱える思いをお聞きする。 入居後も、毎月の近況報告(写真付き)、適宜の連絡相談を行い、家族の安心に繋がるよう努めている。			
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	本人、家族の現状、困り事、介助状況を伺い、それに対する各種サービス事業所の役割、特性を説明し、どんな介助が必要なのか、どんなサービスを望まれているか、一緒に考える。選択肢の情報提供を行う。			
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	職員は様々な生活の場面(調理、食事の用意、掃除、洗濯全般)で利用者が役割を感じていただけるよう支援する。介護受ける側、介護提供する側の関係性を意識し、互いが協力し合う関係を築くように努めている。			

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
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	自宅外出、買い物などの外出機会を地域生活の延長と家族の理解を得て、協力頂けている。受診付添も家族の負担感も意識しながらも、家族支援として説明、家族との関係性継続の為に実施していただけている。毎月近況報告(写真入り情報提供)等で生活の様子をお伝えし、家族が見えない時間の支援について情報提供を行っている。衣替えなど家人と本人との交流を支援している		
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	アセスメントから本人のニーズに対し個別支援として馴染みの場所を訪問している。家族も受診時に自宅外出し昼食と一緒に食べるなど本人との関係性や地域との繋がりに協力がある。本人の意向確認し馴染みの地域散策など支援	入所前からの馴染みの美容室に家族と通う利用者や、近隣のカフェに行く利用者がある。手作り作品展示に行った場所で、知人と再会した利用者がある。定期的に来所している理美容師や手芸ボランティアとの馴染みも出来ている。	
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	関係性を重視した食席、余暇活動時の配置に配慮している。一人一人の性格や生活ペースを考慮、行事やレクリエーション、日々の役割等の機会を通して、利用者同士が自発的に関わり合える場を提供している。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	特養への移行、看取り等による永眠で契約終了のため、終了後の相談は現状ない。		
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	毎月のユニット会議で検討。アセスメント、本人への聞き取り、過去の生活歴等から希望をプランに反映させている、またプランの内容を実現できるように努めている。本人に内容の説明同意得て実施、家族にも協力を求めている。本人意向であるプランを尊重した支援を職員と共有し実践する	利用者が過ごしてきた生活歴、生活環境をアセスメントとして丁寧に聞き取り、ユニット会議で検討し、職員間で共有している。利用者一人ひとりの意向に取り組む個別支援は介護計画の目標になっている。意思表示が困難になった場合は、表情や丁寧なアセスメントから、利用者の気持ちを汲み取り、寄り添えるケアに努めている。	

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
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	暮らしの情報、ライフヒストリーカルテ(アセスメント)シート使用し生活歴、生活環境の把握に努める。ご家族等に記入して頂き、趣味や嗜好品の購入、新聞購読継続、地域美容室への外出など可能な支援をしている。日常会話からも把握するように努めている。		
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	毎日の生活、身体状況等はケース記録に記入し、全職員が統一した支援にあたるように心掛けている。基本的な日課はあるが、本人の体調や気持ちに合わせた食事時間や入浴日変更など、状況に合わせた対応を実施している。		
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	介護計画を項目(食事、排泄、入浴、医療、余暇)ごとに本人意向確認し作成。家族にも支援内容について相談や協力を依頼。医療等身体状況は主治医にも確認を取り介護計画に取入れる。プランは利用者の意向であることを職員と共有し利用者の支援をチームで行う。モニタリング内容については、毎月のユニット会議で振返る。利用者担当も課題把握、新たな支援方法など検討する	担当者は、利用者の意向を把握し、介護計画が日常のケアに即しているか毎月のユニット会議で振り返っている。3か月毎にモニタリングを行い、本人、家族とも話し合い、家族の同意、協力を得て作成するように努めている。半年毎に介護計画の見直しをしているが、入退院や状態の変化があれば、つど介護計画の変更など、利用者の状態に即した計画を作成し、本人、家族と共有している。	
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	記録の他に、ユニットで情報伝達、共有ノート活用、気づきを出し合い支援に反映する。ケア統一のために記録は全職員が目を通し、日々の状態を把握している。良かった対応、上手いかなかった対応両方をケース記録している。		
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	支援内容に変化が生じた場合は、朝礼、カンファレンスやユニット会議などタイムリーに話し合う。天気や体調等捉え、散歩、外出等、個々のニーズに応じたサービスの提供ができるように努めている。		

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
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	ボランティアグループの活動再開を開始している 認知症カフェなどの地域生活の継続支援		
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	利用者・家族が望む医療機関の利用、継続的な医療ケアを提供。重度化等により受診困難な利用者に関し往診や24時間医療体制の確保など利用者と家族が安心できる在宅医療を相談対応している。	入居時に、事業所と契約している医師をかかりつけ医とする利用者と、入居前からかかっている医師を入居後も継続する利用者もいる。本人、家族が望む医師との繋がりを尊重している。重度化により、受診が困難になった場合は、近隣医療機関の訪問診療に変更することを相談する等、24時間体制で見守る仕組みが構築されている。	
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	法人内看護師にて健康管理の支援を得ている。かかりつけ病院、協力医療機関の看護師との連携もある。状況により24時間訪問診療・看護のサービス契約し、適宜相談している。		
32	(15)	m 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、家族と共に病院での面談に同席、利用者入院中の経過報告や退院時スムーズに対応に努めている。入院時には適宜相談員に連絡を入れ、状態の確認と把握を実施。 毎月医療連携カンファレンスを協力病院と行い利用者情報共有、依頼相談、入院者の情報提供を受けている。	入院時、医師からの病状説明は、管理者だけでなく、できる限り家族に同席を依頼し、共に利用者の症状や経過を理解して貰うよう努めている。入院中も医療連携室と連絡を密にとり、早期退院に向けて取り組んでいる。協力病院と連携カンファレンスを毎月行っている為、利用者の情報も共有がしやすく、利用者本人、家族の安心に繋がっている。	
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	家族に本人の状態が安定している段階で急変時の意向確認、特養や訪問診療の医療サービス内容について説明し、家族意向で特養申込ある。終末期には医療機関と連携し、家族の協力や、訪問診療での適切な医療体制作りを努めている。 看取り委員会を定期的開催。マニュアルや研修など看取り支援体制の構築に努めている。	契約時に、急変時や重度化した際、事業所で行えること、できないことを丁寧に説明し、本人、家族の同意を得ている。訪問医師より終末期との報告を受けると、訪問看護と連携を密に行い看取り体制での支援を開始する。穏やかな看取りと、馴染みの職員と利用者からお見送りを受けた家族が、感謝の気持ちで退所した事例がある。終末期の利用者、家族の安心に繋がる研修を重ね、スキルアップに努めている。	

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
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	AEDを設置。 緊急連絡網整備、緊急時フローチャート作成、急変や事故発生時のマニュアル作成。 常勤看護師がいないため、応急処置については法人施設での救急隊指導の救命講習研修会への職員派遣。		
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	避難訓練実施 (施設内訓練に加え年1回の消防署届出の訓練を実施) 災害対策として、防災食の体験実施。BCP(災害版)作成	消防署立ち合いの元、福祉村合同防災訓練として、近隣の7つの福祉施設が共同で行い、避難経路などを確認する機会を設けた。事業所独自の訓練も行い、居間の壁には、模造紙に、利用者が見やすいよう地震発生時の動作が絵入りで大きく書かれ、利用者居室のドアの上部には、避難時の移動手段(車椅子・歩行等)が記載した用紙が貼られ、災害時に備えられている。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
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	羞恥心、プライバシー尊厳に関し更衣やトイレの介助時居室ドアやカーテンを閉める。 利用者に関する申送りは、利用者の居ない所で行う。排泄誘導の声掛けも耳元で、回りの利用者に聞こえないように配慮している。言い切り言葉、指示語にならないよう言い換え、クッション言葉の使用、朝礼時の利用者視点の理念唱和など実施している	利用者の尊厳を損ねてしまう不適切ケアや言葉使いを、目につく場所に貼り常に意識できるよう、注意喚起している。法人理念や事業所独自の方針を唱和することで、利用者の気持ちに寄り添い、安心して過ごせる対応を心がけている。特に羞恥心に配慮がないような対応、環境には注意を払っている。	
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	一方的な声掛けを控え、ご利用者のペースに合わせることを心掛けている。ご利用者に選択の機会、自己決定できるよう努め、ご利用者の思いや希望が表出できるように努めている。法人総合研究発表のテーマである「利用者主体の支援」の実施について職員皆で考え、実践に取り組んでいる。		
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	施設の日課はあるものの、一人一人のペースに合わせ、希望に沿った支援に努めている。ユニットスタッフで個々に合わせた対応方法を話し合うよう努めている。		

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
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	衣類について、ご本人の好みを確認しながらその日に着る服や入浴準備を行っている。女性の方には化粧の支援も行い、ご家族にも基礎化粧品やメイク用品の持参をお願いしている。散髪は訪問美容を希望の方は2か月に1回希望のスタイルでカットして頂き、毛染めにも対応してもらっている。		
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	旬の食材を使ったメニューの提供ができています。ご本人の苦手な食材に関しては、代替食を提供、咀嚼、嚥下機能が低下されている方には、刻みやミキサーにするなど工夫した食事の提供に努めている。ご利用者の誕生日には希望献立を提供。毎日ではないが、行事としておやつ作りや夕食作りを計画し利用者と共に楽しみの機会としている。 ふりかけ、佃煮やごはんのお供や、ドレッシング、他調味料を選んでいただきご本人の好みの味を楽しんでいただいている。	法人の管理栄養士が献立を立て、材料が事業所に届き、それを職員が料理する仕組みになっている。嚥下が困難な利用者に合わせて、都度職員が、ミキサー食、刻み、一口大などを準備している。利用者に、配膳や後片付けなどしてもらうことで、利用者の達成感や残存機能の保持に努め、イベント時は、利用者の希望するメニューを皆で楽しむ機会も設けている。	
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力、習慣に応じた支援をしている	法人内施設管理栄養士が献立作成、栄養バランスに優れた食事の提供実施。施設内で素材から調理味付けし、状態に合わせた食事形態で提供している。必要時食事介助実施、各自嗜好品提供も行う。午前午後もおやつ提供し水分摂取を積極的に勧め、食事量、水分量は記録、医師の指示で栄養補助食品も提供。往診時食事水分量などの報告も実施。		

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
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	起床時、毎食後の口腔ケアを実施。義歯使用者は毎晩洗浄剤を使用。ご利用者個々の状態により職員が介助・見守り等の支援を実施。スポンジブラシなどの用品活用。必要に応じ歯科医による往診治療、歯科衛生士のケア。職員への口腔ケア指導を受けている		
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	排泄パターン把握に努め、その方にあった排泄用品の選定実施。トイレでの排泄を尊重し、ポータブルトイレでの排泄介助も支援している。把握が必要な方には排泄表を活用し、改善に努めている。	現在、夜間にオムツ交換する利用者もいるが、ほとんどの利用者は、リハビリパンツのパット交換をしている。日中は、トイレ誘導で過ごしている。入居時、リハビリパンツ利用の利用者が、適切なケアで改善し、布パンツになり、家族も喜んだとの事例がある。	
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	水分、野菜、果物の摂取で便秘への対応実施。歩行や体操等、余暇に軽い運動も取り入れ対応。医師指導の下、下剤服用も支援している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	羞恥心に配慮し1対1対応。ゆったりと入浴時間を持てるよう支援している。入浴剤使用し温泉気分も楽しんで頂く。2日1回の入浴支援を実施。年齢重度化の個別の回数配慮も心掛けている。体調、希望に応じ、入浴日変更対応や清拭等、その方に合わせた支援	車椅子でも自由に移動できる広い脱衣所があり、浴室内も広々としている。歩行が不安な利用者はシャワーチェアに乗り換えている。浴槽を跨いで湯に浸かることができる利用者は、ゆず湯で季節を味わったり、マンツーマンでゆっくり職員と関わっている。入浴拒否があれば、無理強いせず、時間をずらしたり、曜日を変更することも可能である。	
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	入居前の生活習慣の継続、夜間眠れない時は夜勤者と一緒に過ごす等、安心して入眠できるように支援する。ペースに合わせ支援を実施、就寝時間は定めていない。不眠が続く場合は医師への相談、助言を受ける。体力や高齢重度化に合わせた臥床時間確保も対応。		

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	職員は、処方された薬について処方箋を確認しながら、効能や副作用について理解するよう努め、ご利用者が正しく服薬できるように支援している。服薬後の状況の確認も行なう。受診・往診時には情報提供、状態報告、残薬依頼等も行なう。		
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	生活歴や性格、保持能力を活かせるように余暇時間に体操、散歩、塗り絵、習字、歌、楽器演奏、動画視聴、ゲーム、おやつ作り、野菜作り等の選択出来るようメニューを多くしている。選択、役割りを持って生き生きと暮らしていただけるように工夫している。役割づくりとして日常生活で手伝い(生活行為)を提供する。入居前の趣味が継続出来るようアセスメントを活かした支援に努めている。嗜好品も個別に合わせ時間や内容を本人希望で実施している		
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	個別支援での自宅外出、本人希望の思い出の場所、買い物など外出の機会確保している。 家族と共に自宅で食事を一緒にされるなど柔軟に実施している	初詣やお花見、買い物、自宅への帰宅、手作り作品を出展している地域の文化祭への外出など、利用者が希望する外出を支援している。個別に利用者が特別にしたいこと、行きたい場所を聞き取り、それを叶える企画を家族の同意、協力を得て実行に移す個別支援は、利用者の自己決定を尊重する重要な支援となっている。	
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	現在、個人で金銭管理されている方は無い。希望者には紛失リスクの含め確認し、管理頂く体制は整備している。 利用者ごとの小遣い(小口現金)を金庫内保管。外出時など持参し自由に使える。		
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	電話を希望される方については支援を行っている。ご家族からの取次ぎも随時行う。携帯電話を所持されている利用者もおられるが、必要に応じて受電、架電の支援も実施している。		

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
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	リビングダイニングにお花を飾る、飾りなど季節感を取り入れている、テレビを見る憩いの場所を提供している。また、食堂は調理場と対面式になっており、カウンターをはさみ見守りの中で会話を楽しめるような工夫もある。食材を切る音、出汁の香など家庭的な雰囲気を楽しむ事も出来る。	高い天窓から採光を取り入れた明るい共有空間は、居間兼食堂となっており、中央にある職員スペースから利用者を見渡せる設計になっている。利用者手作りのカラフルな手芸作品や習字などが飾られ、温かさを感じることができる。利用者は会話を楽しんだり、テレビを見たり、手芸の手を動かすなど、その人らしくゆったり居心地良く過ごせる空間となっている。	
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	個別で本人の思い思いの場所で過ごすことを支援する。本人に行きたい場所を伺い、一緒にテレビを観て過ごされたり、居室で過ごすなど、本や新聞を読まれたりと、それぞれの時間を過ごしていただいている。		
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	入所時には、自宅で使用していた馴染の家具や生活用品の持ち込みを勧め、配置についてはご本人と相談し、使いやすく安全な配置を工夫し、居心地の良い場所となるよう配慮している。	居室入り口に家族が手作りした暖簾が掛けられ、居室内の調度品や壁飾りにその人らしい落ち着いた居心地の良さを感じることができる。全居室にエアコン、トイレ、洗面台、ベッドが設置されている。夜間のみ、利用者がスムーズにトイレを利用できるよう、ベッドや据え置き手すりを移動させ、安全な動線を確保する工夫も見られた。居室は、明るい日差しが差し込み、思い出のアルバムを眺めたり、面会の家族とお茶も楽しめる暖かい場になっている。	
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	環境設定は居室内でベッド・家具の配置の工夫や転倒予防へつながる環境づくりを行い、一人ひとりの力を活かした生活ができるように努めている。介助器具として、立ちあがりやすくなる介助バー、移動可能な手すりの活用、電動昇降ベッド、ポータブルトイレ等で生活をサポート。また名札、トイレ等の表示をする事で、理解しやすくしている。		

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、して取り優先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	・わらしべの入居時や家族に対して成年後見制度のリーフレットの常備や契約時の説明ができていない	・本人・家族に権利擁護制度の情報提供を行う	・新規入居者から契約時に成年後見制度に関する情報提供を実施する	2026年4月から計画的に実施
2	34	・ヒヤリハット件数が減少していた。事故予防としてヒヤリハットの活用の認識が希薄化していた	・事故につながらないための気づきとしてのヒヤリハットの活用	・リスク委員会での話し合い、職員会議でのヒヤリハット報告時に必要性を再度伝える	2024年 4月職員会議より実施
3					
4					月

5					月
---	--	--	--	--	---

(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】		
実施段階		取 り 組 ん だ 内 容 (↓ 該当するものすべてに○印)
1	サービス評価の事前準備	☐ 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
		☐ ②利用者へサービス評価について説明した
		☐ 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
		☐ 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
		☐ 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)	☐ 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
		☐ 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
		☐ 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	☐ 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
		☐ 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	☐ 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
		☐ 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)
		☐ ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)
		☐ 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()