

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	2892600103		
法人名	有限会社ケアサポート加西		
事業所名	第二グループホーム銀の鈴		
所在地	兵庫県加西市畑町千軒寺46-1		
自己評価作成日	令和7年12月15日	評価結果市町村受理日	令和8年1月26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.kaijokensaku.mhlw.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	兵庫県川西市小花1-12-10-201
訪問調査日	令和7年12月23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)】

家庭的な雰囲気のもと精神的に安定し、ゆったりのんびりとした生活をされています。なじみの仲間やスタッフとの関わり合いの中で穏やかにご入居様が楽に人生を受け止め安心して安らぐ日々を過ごせるよう支援しています。日中は皆の輪の中で過ごし仲間やスタッフと会話の機会を持ちながら過ごしていただき、安心なバリアフリーの設計の住居各室は個室でプライバシーが尊重されています。

【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)】

開設8年を経ているが清潔感のある事業所である。幹線道路に面しており郵便局が目印となっている。玄関を入ると調理のにおいが鼻腔を刺激し食欲増進のきっかけとなる。理念に掲げた家庭的な環境のもとでゆったりとした時間の流れが感じられる。管理者は経験豊富であり、言葉の持つ力を知り、職員への注意喚起を促す際にも伝え方に工夫をしている。併設事業所との交流などと相まって活気ある日常が垣間見える。重度化により車いすの利用者が半数を占めるが、食事形態・介助には一人ひとりに丁寧に向き合い個別対応している。敷地内は手入れされた花がふんだんに配置され利用者の目を楽しませている。草花の手入れを役割とする利用者もある。事業所内には季節を意識した手作りの大作や利用者の作品などが程よく掲示されている。現況の課題と捉えている外出について、職員全体で取り組み、工夫を重ねることで、今以上に利用者の日常生活が安心と尊厳に満ちることを望みます。

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、活き活きと働いている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/>	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)	<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keawo行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

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
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	運営理念の共有を目的として、朝のミーティング事に確認し合い意識づけを行っている。家庭的で馴染みのある環境の中で1人ひとりの状況に合わせた適切な介護の提供と安全と尊厳のある生活を守る事に使命と誇りをもち支援している。	運営理念及び運営方針は明記されており、個別ケアの基本となっている。重度化の進む利用者も多いが、職員は毎朝の申し送りや各研修実施の際に繰り返し確認・意識付けを心がけている。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	地区の区長さんや民生委員さんより情報の提供を受け秋祭りや奉仕作業など地域の一員として交流を計っている。 併設の多機能ホーム利用者さんとは行事やレクリエーションなどの参加による交流を計っている。	自治会への加入で地域情報が共有できている。祭の神輿が事業所前でパフォーマンスの時間を取ってくれたり、奉仕活動として草刈りに参加している。併設の小規模多機能型居宅介護事業所のイベントにも参加し、多様な交流を深める機会となっている。	
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	認知症により介護支援を必要とする地域の方の受け入れを積極的に行い、認知症についての理解や支援の方法など、ご家族に伝え生かしてもらうことで地域貢献の一つとして考えてる。		
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	2ヶ月に1回「運営推進会議」が小規模多機能ホームと合同で対面開催されています。構成メンバーは利用者家族代表、地域代表(畑町区長、畑町民生委員)地域包括支援センター職員、市役所職員、各管理者、職員などが参加されています。議題は、現状報告や活動・取り組み報告、事故、ヒヤリーハット報告、意見交換が行われています。地域の情報提供もいただき、交流の機会となっております。	運営推進会議は併設事業所と合同開催している。多職種・家族の参加が多くあり、意見交換や情報共有が活発に交わされている。地域の情報や取り組みに関する報告、意見が聞ける機会もなっている。最新の福祉用具についてのデモンストレーションを行うなど、変化のある会議が開催されている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	2ヶ月に1回の運営推進会議に、市役所職員や地域包括支援センター職員が参加されています。事業所の実績や取り組みを伝えるとともに、その都度アドバイスを得られています。日頃から「報告・相談・連絡」などに努め、協力関係を築くように取り組んでいます。市の「小規模多機能ホーム、グループホーム連絡会」に参加し、研修(発表会)や情報交換など交流を行っています。	運営推進会議には加西市の長寿介護課、地域包括の職員が欠かさずことなく出席している。直接相談する機会もあり良好な協力関係が構築できている。「小規模多機能ホーム・グループホーム連絡会」に参加することで情報交換を行うなどの関係性を深めている。	
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	「身体拘束廃止に関する指針」に基づき、委員会を3ヶ月に1回研修を行い、身体拘束によって利用者にも与える身体的・精神的苦痛を理解し拘束のないケアを実践している。	現在、該当者はいない。以前、硬膜下血腫で入院した利用者が退院後、夜間のベット柵を使用した3週間で解除できた事例がある。家族への説明・同意書も完備されている。	

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
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	高齢者虐待防止の推進では「虐待防止の為の指針を整備して「高齢者虐待防止委員会」が3ヶ月に1回開催され、職員に周知しています。」	身体拘束と共に虐待研修は、法定研修として計画に組み込まれ実施されていることが確認できた。管理者は、委員会での検討会や毎朝の申し送りの際にも振り返りや啓発指導を心がけている。	
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	成年後見人の存在が、本人の権利を守ることになり制度の活用が必要と認められる。利用者や家族に対して情報提供を行い活用できるよう支援している。	過去も含め該当者はいない。職員全体が一定以上の知識を有するかは管理者から見ても疑問が残る。特に学ぶ機会や家族に情報提供する機会もなかった。玄関付近でのパンフレット等の準備も確認できなかった。	パンフレットを利用し家族や職員への情報提供を望みます。職員はパンフレットに記載されていることには説明が出来るレベルまでの研修が望まれます。
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	新規入居者が1名おられます。事前に見学されて、契約時には入居時に必要な準備用品や書類などを「パンフレット」などを参考に説明し「重要事項説明書」などを丁寧に説明して同意を得ています併せて「重度化対応・終末期ケア対応指針」の説明・同意も得ています。「治療行為に関する事前要望書」で緊急時や重度化した場合について意向を確認し、1年ごとに再度確認・見直しをしています。	管理者が契約には時間をかけ、丁寧な説明を行い家族の不安や疑問を残さないよう心がけて締結に繋げている。「重度化対応・終末期ケア対応指針」「健康管理書」「治療行為に関する事前確認要望書」での説明を経て、家族が納得のうえで署名捺印している。内容は1年ごとに見直しがなされている。事業所説明や費用に関する小冊子の準備もある。現在、待機利用者は複数ある。	
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	2ヶ月に1回の「運営推進会議」に利用者家族の代表が参加され、意見、要望、などを聞く機会を設けています。また、日頃の利用者の声や面会時など家族の意見。要望などは「ご意見・ご要望カード」に記入して頂き、その内容を、職員間で共有しながら運営に反映できるよう努めています。	運営推進会議には加西市の長寿介護課、地域包括の職員が出席し、家族の参加も多数あるため、直接意見交換ができる機会となっている。「ご意見・ご要望カード」を活用し、内容については全員が把握・共有し改善点等を話しあい、迅速な対応を心がけている。	
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	毎日の申し送り時やミーティングでその時々で職員の意見や提案を聞く機会があります。管理者が介護現場で職員と話し、業務改善やサービス向上に努めています。また、職場環境の整備や待遇について、代表者とも面談の機会があります。	毎朝の申し送りでは管理者出席のもと、細かい情報まで共有できる仕組みになっている。日常的に管理者が、介護現場に入り職員との会話時間を多くとっている。あえて面談時間は設けずとも意見は集約され、業務改善にも素早く対応できる体制を整えている。	
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	処遇改善手当の見直しにより、職員がやりがいを持って働けるようにしているまた労働時間や休日の希望を聞き働きやすい環境を作っている		

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
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	職員育成の取り組み質の向上、各自の立場、経験や習熟度の段階に応じた学びの機会を確保している。事業所内研修やOJTの支援も行っている。		
14	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	他法人との連絡会による交流に参加し、日頃の仕事の悩みの解消や地域の情報やサービスに繋がる情報等の健康観を行っている。		
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	本人に向き合いながら、気持ちを受け止めるように努め、初期段階での面談やアセスメントにより少しでも不安が軽減出来るよう努めている。		
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	相談時の本人・家族等の実像や要望をもとに、安心納得しながら利用できる段階的な支援を行うよう工夫している。		
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	相談時の本人・家族等の実像や要望をもとに、安心納得しながら利用できる段階的な支援を行うよう工夫している。		
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	共に過ごし学び合う関係性作りを重視し、喜怒哀楽をともにし、孤独にならないよう共に過ごす関係を作っていく。		
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	職員は本人と家族の支援する立場であり、家族と疎遠にならないよう面会の機会を作り、関係性を保つように支援している。		

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
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	馴染みの人との関係継続では、予約制で月2回30分 1～3名、居室で感染対策を施し、家族などの面会が行っている。馴染みの場への外出などは、家族支援が中心で行われ、お墓参りや法事、誕生日などで外出、外食をされる方もおられます。また、電話の取り次ぎなどのサポートも行っていきます。	面会は予約制で月2回30分 1～3名、居室で感染対策を施すなどの制約を設けている。家族との外出は多くあり、馴染みの場所への外出も行われている。家族への電話を希望する利用者には都度対応している。	面会に対する制約を緩めてほしいとの声があることについて、改めて、事業所側の決まり事を全家族等へ周知することが望まれます。
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	個別レクでの利用者同士のや声掛け等されていて、良い関係性が出来ている。		
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	長期の入院で退去される方にも入院中の相談やその後のご様子を伺うなどの対応を行っている		
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	声掛けや介護を行うときに本人の表情やしぐさを観察したり、家族の意向も伺いながら思いや意向の把握に努めています。また、職員は利用者担当制で、日常的にケアの中で、ひとり1人の思いや暮らし方の希望、意向について気づきがあれば日々の申し送りや朝ミーティングの場でも話あっています。	認知症ケアのプロとして、利用者が発する言葉の真意を探り、職員間で共有できるよう取り組んでいる。特に怒りで表現する利用者に対しても、その原因を理解し対応することで、本人の満足に繋がっている。利用者のしぐさや表情の変化から、利用者一人ひとりの思いや希望の把握に努めている。	
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	本人が過ごしてこられた中での思いを大切に支援するよう情報を職員間共有し意識しながらアセスメントを行っています。		
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	本人が過ごしてこられた中での思いを大切に支援するよう情報を職員間共有し意識しながらアセスメントを行っています。		

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
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	担当職員が一人ひとりの思いや暮らし方の希望意向の把握に努め、カンファレンスやミーティングで話あっている。モニタリングでの総括は3ヶ月に一回行われ、担当者会議は6ヶ月に1回介護計画の見直しを行っています。 家族は参加されていませんが、介護計画作成者が家族の意向などを確認しています。	モニタリングは3か月毎に行い、担当者会議は半年毎に介護計画の見直し時に行っている。家族等の意向は、電話や面会時に集約している。介護計画は、ケアマネジャーが日常生活の細部に渡って細かに記録している。利用者によっては、医師の助言を聞くこともあるが、担当者会議での記載はされていない。	医師への聞き取りや助言があった場合、担当者会議の中に(聞き取り)として医師の名前を記載すれば参加となります。介護計画は、現状行われていることは省き、シンプルにすることで、現場職員が利用者の思い(目標)をより身近に理解し、モニタリングもしやすいのではないのでしょうか。
27	○個別の記録と実践への反映 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	本人を身近に支える職員が知り得たケアや気付を毎日のミーティングで情報共有を行い介護計画の見直しを行っている。		
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。	一人ひとりを支えるために、多様なニーズに対して、柔軟な支援が必要な時、併設の小規模多機能の協力を得ながらニーズに合わせた支援ができるようにしている		
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	訪問診療や訪問看護、訪問美容を利用している。民生委員や区長さんより情報をいただき、地域行事に参加している。		
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	契約時に、かかりつけ医について利用者家族の希望で選択できること説明しています。現在は協力医療期間での主治医を選んでおられます訪問診療も月2回あります。訪問看護がステーションの看護師が週1回訪問されて、利用者の健康チェックや主治医との連携が行われ、24時間医療連携体制が構築されています。	契約時に、かかりつけ医の選択は自由であることを伝えているが、現在、利用者全員がかかりつけ医として、訪問医師と契約している。訪問歯科医より口腔ケアに関するアドバイスを得ている。家族の付き添いで、定期的にCTの検査を受けるため、入居前の病院に受診する利用者もいる。	
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	週一回、訪問看護師の定期訪問による健康チェックを受けている。その際、状況報告や生活の中での気になることへの相談も行っている。また緊急時には、オンコールでの相談を行い医療的な助言をもらっている		

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
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。	入院時は医療機関に情報提供が行われ(入院時連携シート)による情報提供が行われ、入院中は介護計画作成者が家族や地域医療連携室と連携を密にして、早期退院に努めています。退院時は、カンファレンスがある時は参加し、看護サマリーなどをもとに受け入れ体制につて、職員と話しあっています。	今年度、数名の利用者が入院したが、全員退院し事業所で穏やかに過ごしている。訪問医師、訪問看護師、事業所職員との連携が密に行われており、入院時は情報提供書を医療機関に提供している。ケアマネは利用者や現場職員が退院に際し安心できるよう入院中の利用者の情報を得て、職員と共有し、早期退院に努めている。	
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	入居契約時に「重度化対応・終末期ケア対応指針」の説明同意を得ています。重度化した場合や終末期のあり方については、早い段階から本人、家族、主治医など話し合いを行い、事業所で出来る事を十分に説明しながら、看取り方針や計画を共有し、医療関係者と共にチームで支援に取り組んでいます。看取りの研修やデスクカンファレンス(振り返り)も実施しています。	契約時に、「重度化対応・終末期ケア対応指針」を説明し同意を得ている。特に重度化した場合、事業所でできること、できないことを十分に伝えていいる。入居後も定期的に意思確認を行っている。今年は、看取り事例はない。	利用者の高齢化が進み、家族等の意向で看取りが行われることを想定し、終末期の状況や職員としての役割を確認し備えることは本人、家族等の安心に繋がります。看取り研修を組み込んではいない。
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	事故発生時に備えた初期対応マニュアルに沿って適切に行えるよう訓練を行っている。事故発生時に対応できる取り組みが出来ている。		
35		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	消防訓練が年2回実施しています。地域の災害リスクとして、ハザードマップ上は、洪水の想定がされています。BCP(業務継続計画)は策定されて、安否確認(緊急時連絡体制など)整備や備蓄リスト(食料品)の確保もしています。今後は地域との協力体制の構築や定期的なBCP(業務継続計画)の見直しなど検討していきます。	消防訓練は年2回実施し、リビングに矢印で避難経路を表示した紙が貼られている。避難訓練には入居者も参加している。食料の備蓄は1週間分あり、小規模多機能と一緒に保管している。ハザードマップ上、事業所は洪水の危険地域に指定されているため、同じリスクを抱える地域住民と、今後協力体制を構築する予定である。	
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	運営理念に沿った取り組みとして「安心と尊厳のある生活を守る事」使命とされ「入居者に対する接し方の基本」を心掛けています。接遇やプライバシーに関する研修を年2回行っています。プライバシー配慮では、トイレ誘導時の声かけに注意しています。	入浴や排泄時に、利用者のプライバシーを尊重することを基本として、声掛けには特に注意を払っている。忙しい時に、スピーチロックなどで利用者の誇りを損なわないよう心がけている。接遇研修では不適切ケアを学んでいる。職員間での接遇にも注意を払うよう心がけている。	
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	運営理念に沿って、依頼形と穏やかな口調で伝えることで、自己決定できるよう支援している		

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
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	自由に過ごしてのような雰囲気を作り、活動参加も強制するのではなく、参加の有無もその都度お聞きしながら思い思いに過ごしていただけるように支援している		
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	自分の好きな服を選んでいただいたり、入浴の前に一緒に服を選んでいただいたりしている。また認知症でうまく身支度できない時は一つ一つ声掛けしながら一緒に行っている		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	毎日の食事は、開設当初より職員の手作りで提供しています。調理される時間から台所と食道にはいい匂いもしていて、家庭とかわらない環境作りを続けています。食事のテーブル拭きや、食材の下準備を手伝っている利用者もおられます。季節にちなんだ食事も楽しめるようにおせち料理、雛祭り、七夕などそれぞれに季節の食材を使って食事作りにも力をいれており、食事を楽しんで頂ける工夫をしています。	食事は、職員が食材を注文し、毎回調理している。現在、数名のミキサー食も職員が手作りしている。現在、重度化に伴い食事介助が必要な利用者が増えているため、介助の必要な利用者は食事の開始時間を早めている。節分には利用者も巻寿司を作り、柿を剥いたり、お好み焼きやたこ焼きの材料を切ったり、経験を活かした取り組みで食事を楽しんでいる。	
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	食事摂取量、水分摂取量はきちんと把握し、体重の増減、食事形態、介助の方法など、一人ひとりの様子を把握しながら支援を行っている。		
42		○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	個々の状況をそれぞれ把握し、毎食後の口腔ケアには自立の方にも必ず見守りと声掛けを行い、適切な形での支援を行っている。口の中の変化や訴えを聞き、状況により指定協力歯科医に往診依頼を行い診察して頂いている。また週一回のチェック項目の記入や、歯科Drの助言を参考にし口腔ケアを行っている。		
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	出来るだけ日中はトイレでの排泄が行えるよう支援を行っている。またさりげなく声掛けや汚染の確認を行いながら不快に過ごされる時間を少なくするように努めている	夜間オムツ対応の利用者も日中は、リハビリパンツとパッド使用でトイレ誘導し、ADLの維持を図っている。入院でオムツ対応だった利用者も、退院後、適切な排泄ケアでリハビリパンツに戻っている。オムツやパッドの使用頻度の高い利用者は、種類や枚数を制限なく利用できる業者との契約を行い、頻度の少ない利用者は、家族購入や事業所で注文することで、無駄を省く支援をしている。	

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	食物繊維の多い食事や水分摂取量を配慮し、また運動促し、自然に排便が出来るよう工夫をしている。		
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	入浴は週2回として、利用者の体調やその日の意向も聞きながら、無理のないように工夫しています。午前中に入って頂く事が多く、特に入浴に誘う声掛けや誘導に工夫し、利用者が気持ちよく入浴できるよう支援されています。	利用者の気持ちに沿った入浴を週2回行っている。熱い湯を好む利用者は、1番目に利用し、長湯の好きな利用者は、健康に配慮しながらゆっくり浸かって貰っている。入浴を好まない場合は、声かけを工夫してスムーズに誘導し、入浴後の満足に繋げている。	
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	好きな時間にお部屋に戻っていただけるようにしており、各人の意思に沿った時間に就寝・昼寝ができるよう支援している		
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	かかりつけ薬局の薬剤師から薬の説明、副作用や注意すべき点について指導してもらい理解するよう努めている。服薬の支援については、マニュアルでの取り決め通りに介助を行うよう統一し誤薬事故を防ぐ取り組みを行っている。処方薬に変更があった際には、特に注意を払い服用後の状況を把握し、医療と連携するようにしている。また、長期間服用している場合において日常生活に変化がないかの観察も行っている		
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	一人ひとりの得意なこと等の把握を行い、役割につなげていけるよう支援を行っている。季節感を味わっていただくため、毎月のカレンダー、壁面の飾り制作は定着し入居者の皆さんにも喜んでいただいている		
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	外出や外泊、外食などご家族の協力を得ながら機会の確保に努めている。花見など出かけることで少しでも季節感を味わい気分転換をし過ごしていただけるよう支援を行っている	家族との外出や外泊に関しては制限はなく、家族の協力で利用者の楽しみに繋がっている。お正月は、近くの神社に初詣にでかけている。事業所の周りは自然が溢れ、敷地内のプランターには草花が植えられ、散歩するだけで外気浴ができる環境である。	利用者一人ひとりの身体状況に合わせて、個別の外出を計画に組み入れては如何でしょうか。遠距離、長時間の外出が困難な利用者は短時間の外気浴も気分転換になり、良いプラン項目の一つになります。

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
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	トラブルを回避するため、現金の持参を控えて頂いていが、必要な物は本人の希望を聞いて購入している。		
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	自ら電話や手紙のやり取りをすることが難しくなってきた方もおられるが、希望があれば職員付添のもとで電話して頂いたり、送られてきた手紙と一緒に読むなど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	家庭的な住環境を重視し、四季の鉢植えやプランター野菜をリビングから見てもらい季節を感じてもらったり、音楽をかけ居心地良く過ごせるよう工夫している。毎月カレンダー作りや壁面の飾り制作で季節感を味わっていただくよう工夫している	明るい玄関からリビングに行くまでの広い廊下に、利用者の作品や植木が配置され、来館者の目を楽しませてくれる。皆が集う居間は、天窗や広い掃き出し窓から温かい日差しが差し込み、明るい空間になっている。キッチンからフロア全体が見渡せる安全に配慮した設計になっている。テレビ体操を楽しむグループと介助や見守りが必要な利用者のグループがそれぞれのテーブルを囲み、職員と楽しく会話をしたり、その人らしくゆったり過ごせるフロアになっている。	
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	リビングで日中過ごされることが多いが、個々に気の合う入居者同士での談話やレクリエーションへの参加をされたりしている。少し休みたい時にはいつでもお部屋に戻れる環境を整えている		

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
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	使い慣れた家具、本人が大切にされていたものや写真・小物などを持ち込んで頂くことで居心地よく過ごしていただけるようにしている	居室の木製ドアを開けると、壁面の一部が淡い色合いの花柄クロスになっており、温かい家庭的な雰囲気になっている。エアコン、広いクローゼットが備え付けられ、ベッドは利用者の身体状況に合わせてレンタルしている。馴染みのタンスやコンパクトなテーブルと椅子、タンス、テレビなどを持ち込み、その人らしい居心地の良い空間になっている。	
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	認知症があっても、生活しやすいトイレや居室に目印をつけたり、動作しやすい環境を整えることで安全に自立した生活ができるように支援している		

(様式2)

事業所名: 第二グループホーム銀の鈴

目標達成計画

作成日: 令和8年1月23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	7	権利擁護に関する制度の活用 職員全体が一定以上の知識を有するか疑問であり、機会においての情報提供や必要性についての活用や支援が必要。	日常生活自立支援事業や成年後見制度について学習し、パンフレットに記載されている内容について誰もが説明出来る。	権利擁護成年後見人制度についての研修実施。	2か月
2	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人や場所との関係が途切れないよう支援に努める必要がある	面会に対する制約の見直しを行う。 事業所の決まり事を全家族に周知する。	ご家族に対し面会、外出等支援に関するアンケートを実施する。 多くの家族が望まれている内容とする規定を定め全ご家族に周知して頂く。	1か月
3	22	日常的な外出支援 一人一人が希望にそって戸外に出かけられるよう、家族や地域の人と協力しながら支援する必要がある。	利用者一人ひとりの身体状況に合わせ個別の外出計画を立てる。 ご家族との外出の機会を多く持ち気分転換や関係性の継続を保つ。	中庭やホーム周辺の散策をお一人ずつからでも行えるよう計画的に実施する。 ご家族様との外出の際の車いすの貸し出しや時間等の制限を無くし支援する。	2か月
4	26	介護計画の作成に当たり課題や短期目標・長期目標が個別の支援の内容になっているか確認が必要。	職員と介護計画作成に当たりアセスメントを行い問題点を導き出す。 身体状況については主治医の意見をしっかりと聞き取る。	3か月に1回モニタリングを行いサービス内容の確認を行う。 ケアプランの中に散歩等外出の予定を取り入れる。 担当者会議録に医師からの助言内容を聞き取り医師名も記載する。	6か月
5					

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。