

令和6年度

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	1470901271	事業の開始年月日	平成17年4月1日
		指定年月日	平成17年4月1日
法人名	社会福祉法人若竹大寿会		
事業所名	グループホームわかたけ小机		
所在地	(222-0035) 横浜市港北区鳥山町1031		
サービス種別 定員等	☐ 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
		通い定員	名
	☒ 認知症対応型共同生活介護	宿泊定員	名
		定員計	18名
自己評価作成日		評価結果 市町村受理日	令和7年4月21日
			ユニット数 2 ユニット

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

基本情報リンク先	
----------	--

【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)】

「自分らしく輝いて暮らせるホームをめざす」という理念のもと、「マズローの5段階欲求」に照らし合わせながら、ご入居者一人一人の欲求を満たすことができるように支援している。ご入居者が、持っている力を充分に発揮し、意思を尊重され、輝いて暮らすことができる為にも、ご家族様との情報共有は必須であり、ご面会時やイベント配信時で積極的にコミュニケーションを取っている。 理念に沿ってケアを継続する事で、行動・心理症状(BPSD)が軽減していき、穏やかに生活できるようになっていくプロセスを経験することで、職員もやりがいや喜びを感じ、前向きに取り組む姿勢が生まれている。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益社団法人かながわ福祉サービス振興会		
所在地	横浜市中区山下町23 日土地山下町ビル9F		
訪問調査日	令和6年12月23日	評価機関 評価決定日	令和7年1月30日

【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)】

【概要】 事業所は、JR横浜線小机駅から徒歩7分程の畑や工場などが混在する場所に立地している、軽量鉄骨平屋造り1階建て2ユニットの事業所で、介護福祉事業を中心に、障害児・者向けの福祉事業も展開している社会福祉法人が運営している。 【利用者・家族の要望を反映した介護計画に基づくケアの実践】 介護計画は、カンファレンスを行い、利用者・家族の要望と医療関係者の意見を反映して作成している。利用者・家族の要望を基に、食器を洗う、洗濯物を畳む、散歩をするなどの内容を、計画に盛り込んでいる。モニタリングは、計画作成担当者が、居室担当者を中心に職員の意見を踏まえて行っている。計画は6ヶ月ごとに見直しているが、状態により随時見直している。見直した計画は、変更内容を申し送りで説明して、職員に周知している。介護計画を添付した「週間サービス実績表」に介護計画のサービス内容の番号を記載して、毎日、実施した項目に○を付すようにして、計画とケアの連動を図るとともに、モニタリングに活かしている。 【看取り介護への取り組み】 看取りは、看取り介護計画に基づき家族や医療関係者と連携して支援している。カンファレンスには、医療関係者も出席している。今年度は4名の看取りを行った。看取り後は、全職員が作成した「看取りケア確認シート」を基にデスクカンファレンスを行い、「ここまで出来た」などの前向きな話し合いをして、職員の心のケアを行っている。家族には、利用者の日常生活や行事の時の写真を提供している。
--

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ～ 14	1 ～ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ～ 22	8
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 ～ 35	9 ～ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ～ 55	14 ～ 20
V アウトカム項目	56 ～ 68	

事業所名	わかたけ小机
ユニット名	太陽

V アウトカム項目			
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くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
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
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
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
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
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
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、安心して暮らせている。 (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

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ます。 (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
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：9, 10, 19)		1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
		○	3. たまに
			4. ほとんどない
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の拡がりや深まりがあり、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
66	職員は、活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
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
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. ほとんどいない

事業所名	わかたけ小机
ユニット名	月

V アウトカム項目			
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くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
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
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
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
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
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
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、安心して暮らせている。 (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

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ます。 (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
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：9, 10, 19)		1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
		○	3. たまに
			4. ほとんどない
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の拡がりや深まりがあり、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
66	職員は、活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
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
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. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	事業所理念とは別に職員個々が意識した行動に繋がるよう、上半期・下半期で職員共通としてホーム目標を提示し実践に繋げている。	事業所の理念「自分らしく輝いて暮らすホームを目指す」は、開設時に知見者の考えを参考に、職員が話し合って策定したものである。理念は、事務所への掲示や、会議や研修で確認して職員に周知している。事業所では、理念に基づき、利用者が「やりたいこと」と、利用者に「やって欲しいこと」を調和させた生活リハビリを重視し、介護計画に利用者や家族の要望を数多く取り入れ、ケアに活かしていくようにしている。	
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	地域交流としては希薄な状態は変わらないが、近隣スーパーへの買い物に行った際に挨拶を行ったり、外気浴などで交流が図れるよう意識している。	事業所は、町内会に加入して、回覧板や町内会長との交流などから地域の情報を得ている。散歩や買い物の際に、地域住民と挨拶して交流している。今年度は、小机城址祭りに利用者と職員が参加している。町内会主催の地域行事への参加や、ボランティアの受け入れ、保育園児などの児童との交流などは実施できていない。地域包括支援センターが、出張認知症カフェを始めたという情報を聞き、事業所で開催してもらうことを検討している。	地域との交流が、散歩時に交流程度に止まっています。事業所の周辺は畑や工場などが混在しており民家は少なく、地域との交流が難しい環境ではありますが、地域密着型の事業所として、町内会や地域ケアプラザなどと連携して、地域との交流の活性化を図ることが期待されます。
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	地域に向けた認知症ケアの発信等は行えていない。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	今年度は利用者参加の運営推進会議を行うことで、入居者からの意見や地域情報など共有する事ができている。	運営推進会議は、2ヶ月ごとに利用者・家族の代表、町内会長、民生委員、地域包括支援センターの職員をメンバーとして開催している。出席者から災害対策に関する質問があり、事業所の対策について説明している。それに対し「町内会との協力体制の整備が必要ではないか」という意見があり、検討を進めている。地域包括支援センターからは、地域行事などの情報提供を受けている。また、会議では、外部評価の結果の説明も行っている。	
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	入居受け入れの相談を通じ、地域ケアプラザや居宅介護支援事業所のケアマネとは、事業所情報をはじめ積極的連絡を行った。	区の高齢・障害支援課には、運営推進会議の報告書を送付して、事業所の実情や取り組みを伝えているほか、介護保険の手続きなどについて電話連絡で、助言や指導を受けている。生活支援課とは、電話連絡で、生活保護費を受給している利用者の状況に関する情報共有や相談をしている。職員が、行政主催の防災や感染症予防の研修に参加している。また、グループホーム連絡会に参加して、行政から介護保険の改定に関する情報などを得ている。	
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が、身体的拘束等の対象となる具体的な行為を正しく理解するとともに、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、定期的な委員会の開催及び従業者への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等をしないケアに取り組んでいる	身体拘束や虐待は、法人の理念、ホームの理念に反する事であることを理解し、取り組んでいる。委員会の立ち上げ、動画による研修なども行っている。	身体拘束等の適正化のための指針を定め、マニュアルを整備し、身体拘束適正化検討委員会を3ヶ月に1回、身体拘束適正化のための研修を年2回開催している。委員会では、利用者体験として、事業所が作成した、職員が不適切な行動などを行うシミュレーション動画を見て、身体拘束や虐待について話し合っている。事業所では、人権尊重の観点で、ユニット間や玄関の施錠をしていない。万一に備え、行方不明になった場合の対応マニュアルを整備している。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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、高齢者虐待防止法等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	高齢者虐待防止法についての理解度を深める研修の実施。さらに不適切なケアの見本として、自主動画を撮り研修材料として使用し理解を深めている	高齢者虐待防止のための指針を定め、マニュアルを整備して、虐待防止委員会を3ヶ月に1回、虐待防止のための研修を年2回開催している。職員は、委員会や研修で心理的虐待や介護放棄なども含めた高齢者虐待防止法等について学んでいる。不適切なケアについては、申し送りやカンファレンスで話し合っている。また、法人と県の「不適切なケアに関するチェックリスト」で振り返りを行い、虐待の防止に努めている。	
8		○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	制度の知識を深める努力をしている。また事務所に地域権利擁護事業や成年後見人制度の知識動画（ネット活用）を職員がいつでも見られるように発信している。		
9		○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	入居の事前説明を必ず行い契約書、重要事項説明書を渡している。ホームの理念等を理解して頂いてからの契約としている。		
10	7	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並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	面会時やお電話やオンライン、メールなどで直接ご意見を伺い改善に繋げている。	家族の意見・要望は、来所時や電話連絡・メールのやり取りなどで把握して、運営に活かしている。年1回の家族会の参加者を増やすため、行事と併せて開催することを検討している。家族から、利用者について「入浴しない日も含めて、毎日下着は交換して欲しい」「入浴が好きでないので、入浴を無理強いしないで欲しい」といった要望や、「事業所の公開しているSNSに、もっと利用者の写真を載せて欲しい」という要望があり、対応している。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	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	職員への聞き取りを常に行い、運営に関する意見や提案は可能な範囲実施している。	職員の意見・提案は、管理者が、日々の会話や、申し送り、カンファレンスのほか、個人面談などで把握し、運営に反映している。個人面談は、年2回人事考課を兼ねて実施している。理事長が来所した際にも、職員の意見などを聴く機会を設けている。職員からは、利用者が参加する生け花のクラブ活動や、スイーツ作りなどのレクリエーションを行いたいという提案があり、採用した。	
12	9	○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	定期的な面接の他、半年に1回職員の成果を評価し管理者と面談を行う取り組みがある。また職員の事情に極力配慮した勤務を組むようにしている	法人は、キャリアパス制度と人事評価制度を採用して、公平な評価をしている。介護福祉士や介護支援専門員の資格取得者には、合格時の祝い金や資格手当を支給している。また、認知症介護実践者研修などの研修受講は、勤務扱いとし、受講料・交通費を負担するなど、資格取得を支援している。年6日のリフレッシュ休暇や、年1日の記念日休暇という法人独自の休暇制度がある。また、年2回ストレスチェックを行い、心身の状況の把握に努めている。	
13	10	○職員を育てる取組み 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	人材育成には法人全体で力を入れている。管理者・リーダー・中堅・新人等段階別での研修を実施している。スキルアップを目指した外部研修への参加も積極的に行っている	法人は、役職や資格などに応じた研修を実施している。事業所では、虐待防止などの法定研修のほか、接遇、感染症・食中毒、ハラスメントなどの研修を実施している。また、外部研修では、資格取得関連などの研修の受講を奨励している。外部研修を受講した職員は、研修報告の作成や、資料回覧のほか、会議でポイントを報告している。新入職員には、法人が研修を行っている。事業所では、リーダーを中心に職員の経験やスキルに応じたOJTを行っている。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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つくり、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組みをしている	法人内外の研修の場や、他のホームとの交換研修、専門学校実習生を受け入れを行い、サービス向上に取り組んでいる		
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 サービスの利用を開始する段階で、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	入居前には必ず本人との面談を設定しており、本人の希望や不安、何を必要とされているか伺っている。本人や家族の意見、意思はケアプランに反映している。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	電話相談、見学や入居相談時から家族の意見をしっかり聴くことに努めている。家族に合わせて、個別に対応している。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	その方の現在の状態や環境、経済面も含め、どのような支援をすればよいかを考えながら応じている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	ホームの理念に沿って、ご入居者主体の支援を行っている。特に様々な心理行動症状を認知症が原因と決めつけず、どのような要因があるのか理解するよう努めている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	接遇に注意し、専門的な立場や求められているスキルを発揮しながら、家族と喜びを共に共有できる関係作りを行っている。		
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	面会時間の緩和（時間調整）を配慮するなど、気軽に面会が出来る様支援を行っている	友人や知人の来所時には、居室に案内している。電話や手紙の取り次ぎ支援や、年賀状の作成・投函支援、携帯電話の操作・充電支援なども行っている。利用者が愛読している新聞の購読や、家族が持参する馴染みのジュース、インスタント麺、駄菓子、シャンプー・リンスなどの取り次ぎを支援している。毎日食パン、ヨーグルト、ジャムを食べる利用者があり、その購入支援もしている。趣味の読書や購読した新聞の切り抜きをしている利用者もいる。	
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	個人の過ごしやすい環境を整えると共に、食事の席や日々の生活空間にストレスがかからないよう努めている。		
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	退居後でも近隣にお住まいの方などは、日常的に挨拶や世間話などを行いながら、状況に応じご相談にのっている		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価		
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
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。	理念に沿って、家族様等からの事前確認に加え、日常の関わりの中から思いや意向を把握できるよう努めている。困難な場合は理念に立ち返り、本人様の立場となりケアを実施している。	職員は、入居前に自宅や病院などを訪問して住環境や生活歴を確認している。また、利用者の当時のケアマネジャーにも利用者に関する情報を確認している。入居後は、日頃の会話のほか、夜間のくつろいでいる時間などを大切にして、思いや意向の把握に努めている。利用者からコーヒーが飲みたいという要望があり、コーヒーミルで豆を挽いて淹れたものを提供した。把握した情報は、申し送りノートなどで共有してケアに活かしている。		
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	ご本人やご家族から、安心して生活出来るよう生活歴やサービス利用の経緯等の情報収集を行っている。			
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	食事・排泄・睡眠・入浴状況等を個別に記録し、そこから得た情報をアセスメントすることで現状の把握をしている。			
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	理念のもと、日々職員で入居者主体の生活について話し合いをしている。家族とも相談しながらケアプランを作成している。	介護計画は、アセスメントとモニタリングを基にカンファレンスを行い、利用者・家族の要望と医療関係者の意見を反映して作成している。モニタリングは、計画作成担当者が、居室担当者を中心に職員の意見を踏まえて行っている。カンファレンスに出られない職員には、事前に意見を聴いている。計画は6ヶ月ごとに見直しているが、状態により随時見直している。見直した計画は、変更内容を申し送りで説明して、職員に周知している。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	日々の記録は個別に記載している。職員は記録と申し送りやカンファレンスで情報を共有し、実践につなげている。		
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	法人内との連携を持ち、入居者の生活が困らないように対応している。		
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	外部来訪が難しいので、DVDや動画サイトなどを活用し余暇活動を行っている。また、毎月イベントを企画し、一緒に準備をしたりして参加する楽しみを工夫している		
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	ご本人のかかりつけ医に継続して利用できる支援以外に、利用したい医療や往診利用の支援を行っている。	利用者全員が、24時間オンコール体制の2ヶ所の協力医療機関のいずれかにかかりつけ医とし、月2回の訪問診療を受診している。かかりつけ医とは、病歴などの情報共有や急変時の対応の確認をしている。1ヶ所のかかりつけ医とは、オンラインで定期的な会議を実施している。眼科や整形外科などの専門医の通院は、原則、家族が付き添っている。訪問診療や通院の受診情報は「医療連携記録」に記載して、職員間で情報共有している。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	看護師と連携をはかり、医療連携体制加算を算定している。		
32		○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、また、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。又は、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。	入院時には、情報提供書を使用して情報提供を行っている。また、家族と連絡を取ることや、感染症対策があるが、可能な限り病院へ面会を行い状態の把握に努めている。		
33	15	○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	入居時に重度化・終末期対応指針をご家族に説明している。また本人の変化に合わせて家族、かかりつけ医と話し合いの場を持っている	入居時に「重度化・終末期対応指針」を説明して、同意を得ている。看取りを行う場合は、看取り介護計画を作成して、家族や医療関係者と連携して支援している。看取りのカンファレンスには、医療関係者も出席している。今年度は4名の看取りを行った。看取り開始前に、看取りに関する研修を行っている。看取り後は、全職員が作成した「看取りケア確認シート」を基にデスカンファレンスを行い、「ここまで出来た」などの前向きな話し合いをしている。	
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	管理者、看護師に連絡をし、対応指示を仰いでいる。感染症については初動対応等はBCPを用いて定期的な訓練を実施している。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
35	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	災害マニュアルに沿って対策に取り組んでいる。地域の防災訓練にも参加をしている。今後、地域住民協力による避難訓練実施のため自治会担当者の方と相談を進めている。	事業所は、3月に消防署立ち合いのもと、日中の火災を想定した避難訓練を実施している。1月か2月にも消防署立ち合いで、夜間の火災を想定した避難訓練を実施する予定である。また、鶴見川の洪水浸水想定区域に立地しているため、避難確保計画を策定して、BCP（事業継続計画）の研修時に、水災想定での避難訓練を実施している。災害時には、車で15分程度の同一法人の介護老人保健施設と地域ケアプラザの職員が応援に駆け付ける体制ができている。	
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	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	申し送りの時には利用者の名前を居室番号やイニシャルで伏せたり、介助時に扉を閉めておく等のプライバシーに配慮している。又、最初から利用者の発言や行動を否定せず、まずは「受け入れる」ところからケアを始めている。	事業所では、接遇や個人情報保護に関する研修を実施している。利用者の呼称は、名前に「さん」付けとしている。職員間の会話では、利用者の名前はイニシャルや部屋番号で呼んでいる。記録の際は、利用者がいない所で記載するなど、周辺に十分配慮して行っている。管理者は、職員の会話や行動で気になったことは、会議で取り上げて注意喚起している。パソコンは、パスワードを設定して管理している。	
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	利用者が安心して自身の想いを伝えられる様に、職員が日頃から「聴く」姿勢を持って待つ事や問いかける事等を心掛けている。		
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	利用者が拘っている日課は大きな制限は設けず、ケアプランにも反映し「自立支援」の観点でも取り入れている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	利用者自身が拘っている衣類は積極的に取り入れている。又、季節観や体格に合う様、必要に応じてご家族様にご購入や持参依頼をする等の支援も行っている。		
40	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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	季節毎の旬の食材を使ったり、職員手作りによるスイーツの提供もしている。又、広い意味で回想法も取り入れた内容として、喫茶店を模したイベントやお寿司等で5感を使って楽しめるイベントも開催している。	主菜と副菜は、食材業者の配食サービスを利用し、ご飯と汁物は職員が調理している。ユニットごとに、週1回、麺やパンを提供するなどの工夫をしている。クリスマス料理や年越しそば、おせち料理は、事業所で調理して提供している。利用者は、下膳や食器洗い・拭きなどを手伝っている。出前の寿司やオムライス、ハンバーグなどの洋食を提供したことがある。食事レクリエーションで、焼肉、焼きそば、ホットケーキなどを作り楽しんでいる。	
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	嚥下や直近の状態に合わせて、臨機応変に食形態を変更しながら提供している。又、医療機関や専門職とも連携し、必要に応じてアドバイスを頂きながらチームケアとして取り組んでいる。		
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	毎食後の口腔ケアの実施に加えて、連携している歯科医の歯科衛生による口腔ケアも週1回実施している。又、必要に応じて歯科医師による治療も実施されている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
43	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	基本はトイレで用を足して頂く事を前提とし、自力で行けなくなってしまった利用者にも職員介助の仕方を変更したり福祉機器を活用する事で工夫して実施している。	排泄は、週間サービス実績表で把握した排泄パターンに基づく定時誘導や、利用者の様子や仕草に基づく随時誘導を行い、トイレでの排泄を支援している。誘導の際は小声で話しかけるなど羞恥心に配慮している。夜間は、睡眠優先や定時誘導など個人の特性に合わせて支援している。ポータブルトイレを利用している利用者もいる。自宅から入居した当時はおむつだった利用者が、支援の結果、リハビリパンツに改善した事例がある。	
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	足腰が丈夫な方には日課として身体を動かす機会を設けている。又、活動量が低下して便秘傾向の方には、乳製品の摂取や下剤を適宜調整しながら促している。		
45	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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴剤の使用や洗身時に足浴をする等、身体が温まり安心して入浴できる環境を提供している。	週2回、午前と午後の入浴を基本としている。入浴する利用者は、当日前回の入浴から間隔が空いている人を優先して決めている。お湯はひとりずつ交換して気持ちよく入浴してもらっている。入浴を好まない利用者には、声かけや、時間・曜日を変更して対応している。体調の悪い利用者は、日時の変更や清拭で対応している。利用者は、職員との会話や菖蒲湯、柚子湯、入浴剤の湯を楽しんでいる。お気に入りのシャンプーを使用する利用者もいる。	
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	日課がある方は一区切り着いてから、就寝出来る様に促している。不安感が強い方には時には職員が眠くなるまで一緒にリビングで過ごす等の安心して眠りにつけるケアを実施している。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	薬局から提供されている薬情に記載されている副作用には目を通している。又、事前に医療機関や薬局からのアドバイスがあった場合には記録に収め、職員間でも周知出来る様な仕組みがある。		
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	調理を必要とする食事イベントを企画し、昔を思い出してもらいながら家事支援を行う。また男性には衣類や新聞などを畳んで頂き生活にメリハリを意識的にもってもらったようにした		
49	21	○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。また、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	その日の状態を考慮しながら、施設内外気浴を楽しめるように支援している。ご入居者からは外出の希望があまりないが、意欲を引き出す言葉かけなど工夫をしている	天気の良い日には、事業所の周りの散歩や買い物に出かけている。車椅子の利用者は、玄関から出て、門の側の花を眺めるなどでくつろいでいる。ベランダで外気浴や、お茶を楽しむことがある。今年は、近隣の川沿いの花見に出かけた。家族の支援でお墓参りや法事、外食、自宅などに出かける利用者がいる。利用者の外出歴は、外出届に記載して把握し、外出状況の管理に活用している。	
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	お金を利用する機会はほとんどないが、長年の習慣、経験から金銭を大切にしたい想いを大切に汲み取るケアを行っている		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	家族や友人、からの手紙は自由。これまでの関係性を継続出来る支援をしている。居室には電話が設置可能。必要があれば、事務室の電話もとっておりついでいる。		
52	22	○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	テレビや音楽の音、職員の声が不快にならないように意識を持っている。掃除の実施やリビングの明るさ温度、湿度にも気を配っている	リビングは、大きな窓があり、採光もよく明るい。縦長の構造で、職員がユニット全体を見渡せるようになっている。台所は対面キッチンで利用者の様子を見守りながら調理ができるようになっている。トイレや浴室の大きな表示などで見当識に配慮している。温湿度管理は、エアコンと加湿器で行っている。換気は、朝夕に窓を開けて行っている。リビングの壁には、利用者と職員が作った季節毎の貼り絵や折り紙などを飾っている。	
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	リビング内でも、テレビ前、テラス、キッチン前と、個々に好きな場所で好きな事をしながら過ごせるよう行っている。		
54	23	○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	入居以前に使用されていた馴染みの家具や大切にされてきた物を持参して頂いている。	居室には、エアコン、照明器具、クローゼット、洗面台を備え付けている。利用者は、ダンス、椅子、時計、テレビ、カレンダー、ぬいぐるみ、職員と作成した作品、ペットの位牌などの馴染みの品や思い出の品を持ち込んでいる。安全対策として、ベッドセンサーや人感センサーを使用している利用者もいる。居室担当者が、介護計画に関する意見具申や、家族への情報提供、誕生日会の企画、衣類の整理、備品の管理などを行っている。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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」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	必要に応じ張り紙を活用し、自身で生活行動が出来る事が増やせる様にしている。また、ベッド柵や手すりなど、ご家族と話し合いその方にあった環境を整えている。		

目 標 達 成 計 画

事業所名 わかたけ小机

作成日 2025年 4月18日

【目標達成計画】 2ユニット共通

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	16	【問題点】 自然災害の事前知識の習得と訓練 【課題】 ・訓練の仕組みづくり ・地域（消防団）との関係づくり	【通常訓練】 年2回（変更なし） 【水害訓練】 年1回（変更なし） 【地震訓練】 年2回（卓上訓練） ※非常食を用いた食事提供を含む	① 年間スケジュールにて訓練日を事前に決定 ② 防災・災害委員会主要メンバーの他、全職員が関わるよう担当役割を決める ③ BCP勉強会を年2回実施する	12ヶ月 （6ヶ月毎に実施）
2	2	【問題点】 地域交流の減少 【課題】 活性化に向けた取り組み	(①入居者) 外出の頻度を確保し、地域CPや町内会行事への外出強化 (②職員) 都築区のGHと互いの運営推進会議へ知見参加を行い、情報共有や交流の機会を設ける	① 外出スケジュールを立て最低でも3ヶ月に1回は催しへ参加できるよう調整 ② 4月から各月で運営推進会議へ参加	12ヶ月 （2～3ヶ月毎に実施）
3	18 ・ 19	【問題点】 ADL重度化が進み、介助量のばらつきがある 【課題】 ・支援内容の実施まで時間がかかっている	① カンファレンスの定期開催（継続） ② ケア支援実践までのスケジュールの明確化 ③ ケアプランと連動する	① ユニットカンファレンスでケア内容の検討 ② ケアプランと連動し実践 ③ ケア内容が該当する委員会で振り返りを行う	12ヶ月 随時
4					

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。