

### 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	2870200694		
法人名	株式会社 ライフサポートジャパン		
事業所名	ゆうとび庵神戸・石屋川		
所在地	神戸市灘区記田町1-3-7		
自己評価作成日	令和6年1月30日	評価結果市町村受理日	令和6年3月12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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/28/">http://www.kaigokensaku.jp/28/</a>
----------	---

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 H.R.コーポレーション		
所在地	兵庫県西宮市甲陽園本庄町6-25-224		
訪問調査日	令和6年2月7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)】

近隣に公園があり、入居様が気軽に散歩に出掛けることができる、又駅も近い為訪問しやすい立地条件です。徒歩圏内や、車で10分以内に医療機関があり、通院にも便利です。通院については、必要に応じて御家族にご同行頂きますが、基本的には職員が付き添い、受診を済ませてホームに戻るまで対応させて頂いています。開設から20年が経ち、地域住民の方々にも理解を得ることができています。現在、新型コロナウイルス感染対策の為、御家族の皆様には館内への立ち入りを原則控えて頂いていますが、面会室を用意し、対面での面会ができるように対応しています。入居様にとって安心、安全な生活の場であるように、又御家族の皆様が気軽に立ち寄ることができるグループホームを目指しています。

#### 【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)】

グループホームの特性を生かし、アットホームな雰囲気づくりと個別ケアの実践に向けた柔軟な対応に努めている。写真を掲載した「ゆうとび庵神戸・石屋川通信」と個別の「お便り」を毎月郵送し、面会室での面会・家族との外出を再開し、電話やメールでの連絡・報告を細やかにを行い、利用者と家族のつながりを大切にしている。訪問診療・往診・訪問看護の体制を整備するとともに、外部受診には主に管理者が受診同行し家族の安心につなげている。年間研修計画をもとに毎月研修を実施し、「接遇自己チェックシート」による振り返りを行う等、職員の資質向上に取り組んでいる。

#### V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55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)	○	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				

## 自己評価および第三者評価結果

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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	「より良い介護、感動ある介護」を基本理念として、更に地域密着型サービスの意義を踏まえた6つの具体的な項目を運営理念として掲げています。各フロアに運営理念を掲示して、管理者と職員は、常にその内容を意識しながらその実践につながるよう努めています。	法人共通の基本理念「より良い介護」「感動ある介護」をもとに、事業所の運営理念を作成している。運営理念は職員の行動指針となる具体的な内容となっており、その中に地域密着型サービスとして目指す方向性を明示している。玄関ホールと各フロアのスタッフルームに掲示し、理念の共有と実践に取り組んでいる。	理念が実践できているかを振り返る機会を設ける等、理念の共有と実践に向けた具体的な取り組みが望まれる。
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	グループホームの開設から20年目となり、ホームの存在は地域住民の皆さんにも理解を得ることができている。日常的に挨拶を交わし、顔なじみの関係維持に努めています。	開設20年目を迎え、職員は近隣の住民と日常的に挨拶や言葉を交わしている。コロナ禍の影響で以前の地域交流の再開が困難な状況であるが、「子ども110番」「まちかど救急ステーション(AED設置)」の登録、介護相談の対応等を継続して実施している。	状況を勘案しながら、利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、日常的な地域交流を再開することを期待する。
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	近隣の方が見学に訪れることもあり、認知症の症状の対応に困られている御家族が直接訪ねてこられることもありますので、いきなり「入居」のお話をするのではなく、まずは現状の不安や負担を軽減できる方法がないかを考えて、お一人お一人に丁寧に対応することを心掛けています。		

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
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	これまで、新型コロナウイルス感染対策の一環として運営推進会議の開催は中止しておりましたが、本年度より開催を再開しております。御家族代表、地域住民代表の方々を中心に会議に参加して頂き、ホームの運営状況を報告させて頂きながら、参加メンバーの皆さんのご意見を伺うようにしています。	利用者・家族代表(2名)・あんしんすこやかセンター職員・知見者(他グループホーム管理者)・地域代表(民生委員)・事業所の職員を構成委員としている。令和5年度のコロナ5類化以降は、2か月に1回集合開催している。会議では利用者状況・運営状況等を報告し、その中で参加者からの質問に回答し、意見・情報交換等を行っている。議事録は、玄関に設置し公開している。	
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に取り組んでいる	市が実施する運営指導、集団指導の内容を実践、継続することを徹底し、又必要に応じて事業所の実情を確実に報告しながら、適切なケアサービスの実践に努めています。	運営推進会議にあんしんすこやかセンターから参加があり、市にも報告書を提出し利用者状況・運営状況を伝え連携を図っている。市の運営指導・集団指導をもとに、また、適宜報告・相談等を行い、適正な運営・利用者支援に取り組んでいる。灘区保健所センターからの情報提供や保健師の訪問指導を、事業所の感染対策に活かしている。	
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	身体的拘束等適正化対策検討委員会の実施(3ヶ月毎) 身体的拘束等適正化に関する研修の実施(年2回)	「身体拘束等適正化のための指針」を整備し、身体拘束をしないケアを実践している。身体拘束適正化委員会を3ヶ月に1回実施し、身体拘束事例0件の確認と適正化に向けた検討を行っている。委員会の内容は、議事録の回覧により職員に周知を図っている。年間研修計画に沿って、「身体拘束廃止」の研修を年2回実施し、受講者は受講レポートを提出している。全員が受講できるように、複数回に分けて実施している。玄関・フロア・エレベーターの開錠には操作が必要であるが、利用者に外出の意向があれば戸外で気分転換できるよう支援している。	

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
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	高齢者虐待防止委員会の実施(年2回) 高齢者虐待防止に関する研修(年2回)	「高齢者虐待防止」についても、上記「身体拘束防止」と同様に年間研修計画に沿って研修を行っている。「事例検討シート」・「接遇自己チェックシート」を使って、不適切な言葉かけや対応への意識付けを行っている。管理者が話しやすい関係づくりに努め、勤務パターンの調整など、職員のストレス等がケアに影響を与えないよう取り組んでいる。虐待防止委員会の来年度からの開始に向け準備している。	
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	「成年後見制度」の基礎的な知識の取得を、内部研修の項目に盛り込み、職員が成年後見制度について学ぶ機会を持つようになっています。又、これまでの入居者様の中に実際に制度を利用されていた方もいらっしゃいましたので、管理者も含め、それらを活用できるように日頃から支援しています。	権利擁護に関する制度についても、年間研修計画に沿って研修を実施している。成年後見制度を利用している利用者があり、後見人への定期的な報告や金銭管理書類の提供・面会対応等、制度利用を支援している。制度利用の必要性や家族等からの相談があった場合は、管理者が情報提供したり関係機関につなぐ等の支援を行っている。	
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	契約の締結、解約又は改定等の際は、疑問点が残らないよう十分な説明を行い、ご理解、ご納得頂けるように努めています。	入居相談・入居希望があれば見学対応し、パンフレットに沿って説明している。契約時には、契約書・重要事項説明書・指針・同意書等をもとに説明し、文書で同意を得ている。体調不良時の対応・緊急時対応・重度化対応等については特に具体的に説明し、家族の意向の把握にも努めている。契約内容改定時は、変更内容を文書で説明し文書で同意を得ている。	

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
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	入居者様、御家族からのご意見、ご要望につきましては、日頃からのコミュニケーションの中で聞き取るように努め、スピード感を持って実現できるように柔軟に対応させて頂いています。	面会室での面会を再開し、家族の来訪時に近況を報告し家族の意見・要望の把握に努めている。適宜電話・メールで連絡し、写真を掲載した「ゆうとび庵神戸・石屋川通信」と個別の「お便り」を毎月郵送し、利用者の様子を伝えることで、意見・要望が出やすいように取り組んでいる。職員間で共有することがあれば、各フロアの連絡ノートで共有し個別に対応している。利用者からの意見・要望は日頃の会話から把握し、家族の了承を得ながら個別に対応している。運営推進会議開催時は家族代表の参加があり、外部者に意見等を表す機会を設けている。	
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	各種会議、又フロアーミーティングの中で職員の意見を聞き取るようにしています。	各フロアで適宜フロア会議を実施し、利用者対応・業務等について情報共有や検討を行い、職員の意見・提案を反映できるよう取り組んでいる。事故防止委員会(月1回)・身体拘束適正化委員会(3カ月に1回)も実施している。介護計画の見直し時には、ケアカンファレンスを行っている。日々の業務の中で検討事項があれば、管理者が職員の意見を集約し申し送りノートで共有している。管理者が相談しやすい関係づくりに努め、随時職員の意見を個別に聞く機会を設けている。	
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	職員一人一人の年齢や体力面を考慮した働き方、家庭事情に配慮した働き方、他病気や怪我で一旦は退職してもまた職場復帰できるような配慮、あらゆる面を考慮し、働きやすい環境・条件を整備することに日々努力しています。		

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
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	外部研修受講支援(認知症介護実践者研 修等) 資格取得支援(介護福祉士、介護支援専門 員等)		
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	施設見学や交流会等、そのような機会があ るときは職員に呼び掛けています。		
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	御入居前の見学、面談等で、御本人、御家 族からご意見、ご要望を聞き取るように努め ています。		
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	御入居への準備をすすめる中で、改めてご 意見、ご要望を聞き取るように努めていま す。御家族との話し合いの時間を多く設け、 これまでの在宅生活の中で困っていたこと の聞き取りをはじめ、グループホームでの入 居生活をはじめるにあたってのご不安に思 うことをじっくり聞き取るように努めており、そ の支援方法について丁寧に説明するよう にしています。		
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	御入居に際して、グループホームでのケア サービスの他に必要、又は有効なサービス について検討し、柔軟に対応できるように努 めています。		
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	入居者様お一人お一人の立場を尊重し、職 員が共同生活の一員であることを意識付け できるように努めています。		

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
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	職員が、入居者様の御家族を評価するような立場を取らず、これまでの家族間の関係性を維持できるように支援することを心掛けています。		
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	入居者様がこれまで関わってこられた友人、知人の方にも気軽に訪問して頂けるような環境を心掛けています。入居者様にとって馴染みの場所があるようでしたら、そこを訪れることができるように外出支援させていただきます。	面会室での面会を再開し、家族・友人・知人の面会があり馴染みの人との関係継続を支援している。電話や携帯電話での関係継続も支援している。自宅など馴染みの場所への外出は、希望に応じて家族との外出を支援している。	
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	入居者様同士にも「相性」があると考え、フロア内でそれぞれが心地よく過ごすことができるようにテーブルの座席やソファの場所等を配慮しています。		
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	御退居の後には、御本人が医療機関で療養されるケースが多いですが、その場合も病院との連携を続けたり、その中で御家族からのご相談に応じて、支援できるように努めています。		
<b>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</b>						
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	入居者様お一人お一人のご希望、ご意向に応じ、特に嗜好品の購入や、個別のレクリエーションの実施に努めています。意思表示の困難な入居者様の場合は、これまでの生活歴の中で、御本人が望むであろう内容を抽出してその実現に努めています。	入居時に把握した利用者個々の思いや暮らし方の希望・意向は、「入居時調査票」に記録している。入居後の会話等から把握した内容は「アセスメントシート」に記録欄があり、6カ月ごとに更新している。把握した思いや意向は、内容に応じて家族の協力も得ながら個別に対応している。把握が困難な場合は、過去の「アセスメントシート」や家族の意見・情報を参考に、利用者の意向に沿った支援ができるよう取り組んでいる。	

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	事前の聞き取りを着実に行って、御入居前のお暮らしの把握に努めています。		
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	日々、介護経過記録を記し、一日一日のご様子が把握できるように努めています。		
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	御本人、御家族、他必要な関係者の意見に基づいてケアカンファレンスを実施し、現状の課題を踏まえたうえでより良いケアが実践できるように話し合い、その結果をもとに介護計画を作成しています。	「入居者調査票」をもとに初回の「介護計画書」を作成している。初回は2～3ヶ月後に、それ以降は、必要時は随時、定期的には6ヶ月ごとに「介護計画」の見直しを行っている。見直しの際には、「アセスメントシート」で再アセスメントを、「モニタリングシート」で評価しケアカンファレンスを開催して検討している。利用者・家族の希望、医療関係者の意見は、アセスメントシートに記録できる書式があり、必要に応じて、「ケアカンファレンス」の議事録にも記載している。サービスの実施状況は「介護経過記録」に記録している。	「介護経過記録」について、介護計画書に沿った実施の記録と記録の標準化を図る書式の工夫が望まれる。
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	毎日、入居者様お一人ずつ、介護経過記録を作成しています。		
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	日々のケアの中で生じたニーズについては、職員間での共有をもとに、管理者も把握して、御家族にご報告、ご相談のうえ、迅速に柔軟に対応させて頂いています。		
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	地域資源について、入居者様のご状態に応じて活用できるように努めています。		



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
30	(14)	<p>○かかりつけ医の受診支援</p> <p>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</p>	<p>受診については、御本人、御家族のご希望を何より優先させて頂き、これまでの関係性を断ち切ることなく、納得のある医療を受けて頂けるように支援しています。</p>	<p>入居時に事業所の医療連携体制を説明し、利用者・家族の意向に沿った受診を支援している。定期的な神経内科の訪問診療、希望者への歯科往診、褥瘡対応など必要時の皮膚科往診、週1回の訪問看護が受けられる体制がある。他科については外部受診となるが、徒歩圏内や車で10分以内に医療機関があり、主に管理者が受診同行している。訪問診療は「受診記録」に、訪問看護は「医療連携体制における看護師の記録」に記録している。</p>	
31		<p>○看護職との協働</p> <p>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</p>	<p>訪問看護ステーションから、週1回の看護師の訪問があります。</p>	/	/
32	(15)	<p>○入退院時の医療機関との協働</p> <p>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。</p>	<p>入居者様が入院された際は、まずは回復を目指して医療機関での治療に専念して頂きます。途中、病院関係者との情報交換を踏まえ、その時の入居者様の状態に合わせて受け入れ態勢を整えて、退院しグループホームに復帰できるように努めています。</p>	<p>入院時は管理者が同行して口頭で情報提供し、「介護サマリー」も提供している。入院中は主に電話で地域医療連携室と情報交換し、状況に応じて面会や必要品の持参で病院を訪問し、早期退院に向け医療機関と連携している。退院後にグループホームへの復帰が可能であれば、退院前カンファレンスに参加している。「看護サマリー」の提供を受け、事業所内でケアカンファレンスを開催し受け入れ態勢を整備している。経過については、管理者が入退院資料にまとめて保存している。</p>	

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
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	御入居の前から重度化した場合の対応については、御家族と話し合い、又入居生活の中で、御本人の状態が変化するにつれて、その都度で改めてお話しする機会を設けています。グループホームでの生活が困難となってきた際の次の受け入れ先を説明、案内するようにもして、不安感が軽減できるように努めています。	契約前の早い段階で、重度化・終末期対応について事業で出来ること・出来ないことを説明している。契約時に「重度化対応指針」に沿って再度説明し、同意を得ている。状態の変化があれば、都度、家族に報告している。重度化を迎える段階で管理者が医師の所見を家族に伝え、家族の意向を尊重しながら、利用者が適切な医療や介護が受けられるよう次の受け入れ先について情報提供し支援している。	
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	入居者様の急変時に適切に対応できるよう、全ての職員にその対応方法を周知徹底するようにしています。		
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	夜間想定を含む避難訓練の実施(年2回)	令和5年度は、8月に昼間想定 of 通報・消火・避難の火災対応訓練と河川氾濫対応訓練を実施し、2月に夜間想定 of 火災対応訓練を予定している。訓練実施後は実施記録を作成し、訓練に参加できなかった職員は回覧し周知を図っている。3日分の備蓄を3階に保管し、持ち出し用避難袋を各階に設置している。	運営推進会議を活用する等により、地域との協力体制の構築への取り組みが望まれる。
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	入居者様への言葉掛けについて、研修の実施を通じて、又日頃の各種会議、ミーティングの中で意識づけるようにしています。	「高齢者虐待防止」研修の中で「事例検討シート」「接遇自己チェックシート」による検討や振り返りを行い、不適切な言葉かけや対応への意識付けを行っている。気になる言葉かけや対応があれば、管理者が都度注意喚起するとともに、フロア会議等でも周知を図っている。	

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
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	入居者様とのコミュニケーションの中で、又職員からの声掛けや、尋ねることによって、御本人が自己決定できるように努めています。		
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	入居者様お一人お一人のペースに合わせたケアを行えるように常に意識しています。		
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	入居者様の服装については、お一人お一人の趣味趣向に合わせて、御本人が希望されているものを身に付けて頂けるように支援しています。		
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	食事の準備等を入居者様にお手伝いして頂いたり、その様子を見て頂くことによって、食事を楽しむ雰囲気ができるように努めています。	炊飯と汁物の調理は各フロアで行い、委託業者から届く食事を湯煎して盛り付け提供している。委託業者の献立に、季節感や行事食の工夫がある。ムース食・ペースト食は委託業者に発注し、それ以外の食事形態には各フロアで対応している。可能な利用者は、テーブル拭きやトレイ拭き等の作業に参加できるよう支援している。食事報告書に献立ごとの摂食状況を記録し把握している。	食事レクリエーションやおやつレクリエーションの機会を設ける等、食事がより楽しみなものになる工夫を期待する。
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、水分摂取量について、毎日記録して健康管理に活かすように取り組んでいます。		
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	入居者様の状態に合わせて、声掛け、介助を行い、口腔ケアを実践しています。		

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
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	排泄チェック表を活用して、入居者様の排泄パターンを把握するようにしています。又、その情報を基に、入居者様への声掛けを行うことでトイレでの排泄を支援することができます。	利用者個々の排泄状況や排泄パターンを「排泄チェック表」で把握し、声掛け・誘導により日中は可能な限りトイレでの排泄を支援している。夜間は安眠にも配慮し、個々の状況に応じて介助している。介助方法や排泄用品について検討事項があれば、フロア会議やケアカンファレンスで検討し、現状に適した支援につなげている。	
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	水分摂取や、乳製品の摂取で便秘を予防できるように努めています。		
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	毎日入浴の準備を行い、入居者様の入浴のペースに合わせて入浴の声掛け、介助を行っています。	各フロアで入浴準備を毎日行い、「入浴表」で入浴状況を確認しながら、週2回入浴できるよう声掛けを行っている。当日の体調や気分・意向に応じて柔軟に対応し、本人のペースでゆっくり入浴を楽しめるよう支援している。一般浴槽の個浴であるが、身体状況や拒否がある場合等は2人介助やシャワー浴で対応している。	
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	日中も入居者様の生活習慣に合わせて居室内で休んで頂いたり、室内の環境を整えて、夜間安心して眠れるように工夫しています。		
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	個別のファイルを用意し、入居者様お一人お一人のお薬の情報を保管しています。		

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
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	パズルや塗り絵等、個別のレクリエーションを用意したり、数人での歌のレクリエーションを実施しています。		
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	入居者様のご希望に応じて、外出できるように柔軟に対応しています、	散歩など、家族との外出を支援している。今後、花見等を徐々に再開していく予定である。	天候や利用者の体調を考慮しながら、日常的な外出や外出行事等で利用者が戸外に出かける機会づくりが望まれる。
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、お金の所持したり使えるように支援している	ホーム内では原則金銭の管理は行っていませんが、必要に応じて、御家族とのご相談を行っております。		
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	入居者様のご希望に応じて、電話や手紙のやり取りができるように支援しています。		
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	建物内はシンプルな造りになっており、混乱が少ない配慮がなされています。そのうえで、入居者様が快適に過ごすことができるように各フロアで工夫させて頂いています。	各フロアの共用空間は広く、見通しの良い造りである。テーブル席・ソファ等を十分な間隔で配置できるスペースがあり、各フロアの利用者の状況や動線に配慮し、安全に居心地よく過ごせるよう配置を工夫している。キッチンがあり、利用者がテーブル拭き・洗濯物たたみ・おしぼり巻き・新聞折り等を行うことで生活感を取り入れている。個別・グループでのレクリエーションを行い、行事は各フロアで徐々に再開し、共用空間での活動を支援している。	日常生活に季節感を取り入れる環境づくりの工夫が望まれる。

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
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	フロア内で複数のテーブルを用意して、入居者様の相性や、また一人で過ごすこともできるように工夫してテーブル席やソファを配置しています。		
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	各居室は、御本人、御家族のご希望に応じてレイアウト変更するようにしており、又お好みの飾りや趣味の物を持ち込んで頂いており、その人らしいお暮しが継続できるように努めています。	各居室にベッド・筆筒2台・机と椅子のセット・エアコン等が設置されている。備え付けの家具が充足しているため家具の持ち込みは少なく、テレビ・家族の写真・飾り・趣味のもの等の持ち込みがある。利用者・家族の意向と動線の確保等を考慮して家具の配置を変更し、安全に居心地よく過ごせる居室の環境づくりに努めている。居室前に表札を上げ、必要に応じて目線に合わせた位置に目印を掲示する等、混乱や部屋間違いがないよう工夫している。	
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	トイレやお風呂、各居室にはその場所が分かりやすいように案内を掲示しています。		