

### 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	2894000641		
法人名	社会福祉法人播陽灘		
事業所名	グループホームいやさか		
所在地	姫路市木場1429-127		
自己評価作成日	令和6年3月2日	評価結果市町村受理日	令和6年5月2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3月19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)】

GHいやさかの強みはムーブエイドケア(ノーリフティングケア)を取り入れた認知症ケアができる事業所である。利用者の自立度と適合する福祉用具や介護リフトの活用をすることで、利用者の自立支援をしている。また、利用者が主体であるという考えで移動移乗だけでなく、日常のしたいこと・行きたいところ・食べたい物などの要望が叶えられるよう取り組みしているため、尊厳の保持に繋がっている。皮膚の保湿や水分摂取量の個別目標を設定することも行っており、健康管理の一つとして日常のケアに取り入れているため、多方面から利用者を支えるケアとなっている。結果として職員のもの優しいケア方法に繋がっている。

法人内の施設・事業所と連携しながら、研修・会議・委員会等の体制を整備し、ノーリフティングケアのための設備を充足し、利用者のサービス向上、職員の資質向上や働きやすい環境づくりに取り組んでいる。PDCAサイクルに基づいたケアマネジメントを行い、業務分担表・業務改善会議を活用し、個別支援・自立支援につなげている。季節行事・外出行事・地域交流・クラブ活動・食事イベント・食事作り企画・家事参加・趣味活動等、CADL(文化的日常生活行為)の視点を取り入れ利用者の生活の活性化を図っている。利用者個々の希望に応じたかかりつけ医での受診を継続し、訪問看護と医療連携体制を整備し、希望に応じて看取り介護にも対応している。

#### 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)	<input type="radio"/> 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	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)	<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、生き活きと働けている (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: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

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	法人全体が地域密着型サービスを展開しているため、法人理念を全事業所の共通理念としている。全事業所が参加する全体研修では、理念の唱和・理念の説明・実際の行動や研修の内容が理念とどう結びつくかの説明を受けている。事業所の拠点は違うが、理念を共通としているので、根本的な考え方の統一が図れている。法人理念を通して、グループホーム独自の目標は毎年設定しているので、それを事業所内で周知している。	法人の理念・基本方針を全事業所の理念・基本方針とし、その中に地域密着型サービスの意義を明示している。法人全体研修の各研修の中で、理念の唱和と説明の機会を設け共有を図っている。「介護業務日誌」見開きに、理念を掲載し記録時に理念を振り返る機会を設けている。「業務改善会議」では、基本方針5項目に沿って会議を進行し、基本方針の理解を図っている。理念を基に事業所の年間目標を策定し、事業計画の中間・期末評価時に実践状況を振り返り次年度目標に反映し、理念の実践につなげている。	
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	木庭山神社で行われる福引やとんど、秋祭りなど地域の行事に参加した。秋祭りでは、ご厚意で近隣の方の庭で鑑賞させていただき、近い距離で屋台が鑑賞できるなど、近隣の方にも支えられて地域行事に参加できている。	折り紙クラブ等のボランティアの来訪があり、利用者も参加しながら地域と交流する機会づくりを継続している。近隣神社での福引やとんど参加、秋祭りには近隣住民の協力を得ながら近距離での屋台鑑賞等、利用者と地域の交流機会を再開している。また、地域の介護相談対応等、地域貢献活動を継続している。	
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	入居の相談があった場合に、家族介護の困りごとを聞き、どのように理解するか、どのように対応するか返答している。また、地域運営推進会議では包括支援センターの職員も参加いただいているので、グループホームでできることの発信や、事例を元に意見交換している。		

グループホームいやさか

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	ドライブやテイクアウトで外食を楽しむ提案をいただいたので、実際に企画行事の予定を組み、実施した。	家族代表・地域代表・地域包括支援センター職員・知見者等を構成委員とし、併設の小規模多機能型居宅介護事業所と合同で2ヶ月に1回開催している。会議では、委員の紹介後、活動報告資料(利用者状況・行事予定・医療対応等)を基に報告し、構成委員と意見・情報交換し、他事業所の取り組み等を参考にしながら事業所運営に反映している。議事録は、玄関に設置し公開している。	現在は利用者参加が困難な状況にあるが、今後利用者状況に応じて、可能な範囲(短時間参加など)で参加を検討してはどうか。
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取り組んでいる	BCPの作成や補助金の申請の際に、市役所に問い合わせ等をして確認しながら進めていった。保健所や消防署等へも、必要な場合は問い合わせをすることとしている。	地域包括支援センター職員の運営推進会議への参加を通じて、また、姫路市グループホーム連絡協議会の会議や研修に参加しており、連絡協議会を通じて市との連携がある。相談や判断に迷う時があれば、随時、メール・電話・訪問等で市の担当窓口にお問い合わせを行い、適正な運営につなげている。また、感染対策等で保健所と、防火管理者選任等で消防署と連携を図っている。	
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	法人での全体研修にて年2回は研修をしている。業務改善会議と事故拘束虐待防止委員会ではセンサーマットを使用する利用者に対しても、行動抑制に繋がらないように意識するため毎月協議している。ベランダ・ユニット間の扉は開放しているため自由に行動ができ、2階から1階に下りる時には、希望ごとに付き添いをしてご案内している。	「身体拘束適正化の指針」を整備し、身体拘束をしないケアを実践している。事業所独自で「事故・拘束・虐待防止委員会」を毎月開催し、センサーマットの適正使用に向けた検討等を行っている。委員会の内容を「業務改善会議」で報告し、議事録ファイルを回覧し周知を図っている。令和5年度は、年2回、法人の全体研修で「身体拘束排除研修」を行い、「研修受講報告書」を作成している。欠席者も資料回覧と「研修受講報告書」を提出している。エレベーターは操作が必要であるが、ユニット間の行き来は自由にでき、希望があれば事業所周辺への外出に対応する等、利用者が閉塞感を感じないよう支援している。	議事録の回覧印など、委員会の内容の周知を明確にする工夫が望まれる。

グループホームいやさか

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	法人での全体研修にて年2回は研修をしている。6月には「虐待の芽チェックリスト」で、自分のケアとユニットのケアを評価して、振り返りとして管理者から職員へ一人ずつ内容を聞き取り、業務のしくみを変更したり捉え方をすり合わせた。業務改善会議でも、対応が困難なケアが発生した場合にはスキルも大切であるが、チームを意識して対応することや手段を検討するようにして、個々の負担軽減を図るとともに、管理者と職員が日常から相談をする時間を確保している。職員の休憩時間は自由に外出ができ、残業の削減や介護リフトの活用で身体的・精神的負担を減らすようにも取り組んでいる。	「高齢者虐待防止」についても、上記と同様の方法で研修(年2回)を実施している。研修の中で「虐待の芽チェックリスト」を活用し、一人一人が振り返る機会を設け、集計結果を基に必要なに応じて個別面談を行う等意識向上に努めている。業務改善委員会で対応困難事例の検討を行い、不適切ケアの防止に向け取り組んでいる。相談しやすい職場環境、休憩時間の確保、残業の削減、介護リフトの活用等、働きやすい環境づくりに努め、職員のストレス等が利用者への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」で各ユニットの職員の言葉かけや対応について確認し、不適切ケアの未然防止に向けた検討を行うことが望まれる。
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	管理者と各ユニットの計画作成担当で、日常生活自立支援事業と成年後見制度に関する資料を読み合わせて、今度どんな場合に必要となる可能性があるのか話し合った。また、姫路市成年後見支援センターで開催された研修にも参加して、理解を深めた。	権利擁護に関する制度について、「倫理法令遵守研修」の中で「成年後見制度」について学ぶとともに、外部研修参加者(管理者・計画作成担当者参加)の伝達研修を通じて理解を深めている。現在までに、成年後見制度の利用の事例はないが、今後、制度利用の必要性や家族からの相談があれば、管理者が対応し、関係機関と連携して支援することとしている。	
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	契約時には書類と共に、契約内容について説明をしている。その他、質問がよくある重度化対応や医療対応については、しっかりと説明するように取り組んでいる。質疑応答の時間も確保し、質問がない場合でもやり取りしながら、施設でできること・できないことを説明して、納得を得ている。契約の改定がある場合は、必ず事前にお知らせの手紙を家族宛てに配布している。また、契約解除時にも意向をよく聞いた上で、決定するようにしている。	入居希望・相談があれば見学対応し、パンフレットを基にサービス内容等を説明している。契約時には、契約書・重要事項説明書・同意書・指針等を基に、質疑応答を行いながら説明し同意を得ている。特に重度化対応・医療対応については、指針を基に出来る事・出来ない事を詳細に説明している。契約内容改定時は、事前にお知らせの手紙を家族に配布し通知している。	

グループホームいやさか

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	玄関に意見箱の設置を行なっている。運営推進会議には、現在1名の家族様に参加していただき、現在の運営状況を説明した後に、家族様からのご意見を聞くようにしている。地域運営推進会議の議事録は、玄関に設置してだれでも回覧ができるようにもしている。年に1回、事業計画を送付しご意見を頂く機会も設けている。	利用者の意見・要望等は日常の会話の中や、介護計画更新前の聴き取り時に把握に努め、内容に応じて利用者支援・介護計画に反映している。家族の面会時に近況を報告し、意見・要望の把握に努めている。毎月、利用者担当職員が個別のお便りに写真を添えて郵送し、近況・行事・生活の様子・健康状態を伝え意見・要望が出やすいよう工夫している。把握した家族の意見や要望はシステム内「介護記録」の「申し送り」で共有し、個別に対応している。運営推進会議に家族の参加があり、事業所や外部者に意見・要望等を表す機会を設けている。また、家族会は休止しているが、年1回、事業計画の送付時に「意見書」を同封し、意見を把握する機会もある。	
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	月1回の業務改善会議で意見を伺うとともに、半年に1回の面談にて、運営について問う項目を作っているので、そこで意見を聞いている。ユニット間の応援勤務がある場合も、固定の職員にしている。	月1回、ユニット毎に「業務改善会議」を実施している。会議は基本方針5項目に沿って進行し、各委員会からの報告、各利用者のケアカンファレンス、行事・業務についての検討等を行い、職員の意見・提案を利用者支援・業務改善・運営等に反映できるように取り組んでいる。欠席者も議事録の回覧により、内容の周知を図っている。事業所内の委員会(行事企画・事故拘束虐待防止・感染症対策)でも、職員の意見・提案を反映している。統括施設長・管理者が年2回定期面談を実施し、運営について個別に意見等を聴取する機会を設けている。	
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	キャリアパスフレームを各ユニットに置き、ステップアップの指標を見える化している。昇給金額に関してもキャリアパスフレームの業務をもとにいくつ達成したかを評価し決定されることを周知している。また、半年に1回の面談にて目標を設定してもらうため、管理者は職員それぞれの向上心を理解し、達成できるよう努めている。		

グループホームいやさか

自己 者 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	年間研修計画に基づき月に1~3回、法人が開催している全体研修に参加している。。また、キャリア段位制度を活用したレベル認定を行なうことで、日常業務の中での育成に取り組んでいる。 年に1回、法人にてノーリフティングケア研修も開催して、各ユニットから1名参加している。認知症ケアに関しては特にOJTを意識し、利用者と職員の関わりを振り返り、管理者から職員へ言葉かけの方法を伝えることもある。		
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	姫路市のグループホーム連絡協議会に入会している。不明点があれば、個別にやり取りをして情報交換をすることもある。R6.2に集合研修が実施されて、看取りについて研修・意見交換をした。また、現在は別の組織に加入検討している。		
<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	入居前に必ず本人面談を実施して要望を聞いている。面談場所も、不安感がないようご希望を聞いている。本人が意向を伝えることが困難な場合や、安心安全の確保とのバランスを考慮して、家族・ケアマネ・利用していた介護サービスの職員へは今までの生活の様子を伺い、本人との信頼関係構築や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	入居前に施設に訪問頂き、ご家族の困りごと・ご要望を申込み書に記入して頂き、詳細は面談にて伺っている。家族と施設職員だけで面談を重ねて、思いや不安をお聞きすることもある。		

グループホームいやさか

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
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	事前の面談で困りごと・悩みごとなどから課題抽出を行なっている。グループホームに入居を希望して申し込みをされたが、現状を聞いて小規模多機能のサービスを導入するケースもあるため、入居となるか判断する意味でも話しを聞いている。		
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	生活に必要な家事をアクティビティとし、できることをやっていただけるよう、職員の業務分担表に利用者の名前も入れて、毎日役割がある生活にしている。		
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	、面会の制限がある中で家族との繋がりとして、クリスマスに利用者へプレゼントの準備をして頂き、楽しみづくりの協力を依頼した。プレゼントの選定については、電話にて近況からどのような物に興味を持たれているか、家族様とやりとりして決める場合もある。		
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	面会は家族だけでなく、知人の方でも可能としているため、希望があれば来ていただいている。外出支援では、行きやすいだけで設定せず、まずはどんなことがしたいか・行きたいかを聞き取り、行き先を決定している。	入居時の「私の基本情報・私の姿シート」等から馴染みの人や場所について把握に努めている。感染対策を講じながら、家族・友人・知人との地域交流スペースでの面会を再開し、馴染みの人との関係継続を支援している。状況に応じて家族との外出も再開している。外出行事として地域行事(秋祭り等)への参加や希望の場所へのドライブ等により、馴染みの場所に出かけられるよう支援している。電話の取次ぎや、暑中見舞い・絵葉書・手紙の返信・投函等による馴染みの関係継続も支援している。	

グループホームいやさか

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
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	利用者一人ひとりの生活や過ごし方を観察して、午前と午後の様子について記録している。その中で、関係性が良好な方同士で関わり合いができるよう、座席の配慮や企画行事やクラブ活動が一緒にできるようにしている。関係性はユニットに囚われることなく、持つことが出来るようユニット間の往来も自由であり、合同で食事をする機会も設けている。		
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	退居された利用者の家族様が、施設へ退去後の生活状況を伝える連絡をくださるなど、長く生活される方が増えて、職員と家族の関係性が出来ている。また、長期入院で退居となった方には、家族だけでなく病院の地域連携室にも、退院後に協力させて頂くことを伝えている。		
<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	半年に1回の担当者会議ごとに、本人の意向や思い、楽しみの把握をしている(CADLシート活用)。言語でのコミュニケーションは困難な場合は、表情や日常の様子・家族から聞き取っている。	入居時の「私の基本情報・私の姿シート」を活用し、生活歴・生活習慣・趣味・楽しみ等、利用者個々の思いや暮らし方の希望を把握している。入居後は、日々のコミュニケーションの中で把握した新しい情報を、システム内の介護記録の申し送りでも共有し、毎月「私の基本情報・私の姿シート」に追記している。把握した情報は、支援や介護計画に反映できるよう取り組んでいる。把握が困難な場合は、表情・言動等からくみ取り、家族からの情報も参考にしながら、利用者・家族の意向に沿った支援に努めている。	

グループホームいやさか

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	入居前や入居後は担当者会議ごとに、家族や本人から生活歴や馴染みの暮らし方を聞き取っている。また、居室には馴染みのものを持ってきて頂くよう声かけをさせていただいている。また、担当のケアマネージャー等とも事前にお会いして、これまでのサービス利用や生活等にまつわる情報を聞き取っている。		
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	24時間シートを活用して、暮らしぶりの把握や共有をしている。担当者会議の際には本人・家族にもお渡しして、ご意見をいただいで更新をしている。		
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アを反映し、現状に即した介護計画を作成している	楽しみややりがいを目指して生活ができるよう、本人と介護職員で話をする場を設けている。それらの情報を元に、業務改善会議内で、ケアの方針を検討した内容が、ケアプランに反映されている。事前に家族様にもご意見を伺うこともある。	入居前情報や「私の基本情報・私の姿シート」等をもとに、初回の介護計画を作成している。利用者個々の介護計画の内容を記載した「業務分担表」で、統一したケアと介護計画に基づいた実施状況の把握を行っている。日々の利用者の状況や生活の様子等は、システム内の介護記録に入力している。毎月、「評価表」によるモニタリング、「私の基本情報・私の姿シート」による再アセスメントを行っている。毎月の業務改善会で介護計画に沿って情報共有や検討を行い、利用者・家族の意見や主治医・看護師からの意見があれば共有している。必要時には随時、定期的には6ヶ月毎に、介護計画の見直しを行っている。見直しの際は、「評価表」でのモニタリング結果と「私の基本情報・私の姿シート」での再アセスメントをもとに業務改善会議で検討し、「サービス担当者会議の要点」に記録している。	

グループホームいやさか

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
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	日々の様子や気づきは介護システムにて申し送ってもらい、職員間で共有している。ケアの変更が必要な場合は、業務分担表に手書きで書き込み、職員間で情報共有の漏れがないよう努めて、また、午前・午後・入浴の様子は毎回記録をしており、それらの気づきをもとに業務改善会議で検討している。		
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	入浴や食事等、入居時に希望を聞き取り回数や好みを反映するようにしている。夏季のみ毎日入浴をされる方や、米飯が好きではない方はうどんやふりかけ、缶詰、お茶づけを提供したり、深夜に夜食を食べられる方もおられる。主治医には事前に報告をして、健康面と希望のバランスを取りながら対応している。		
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	マスクの着用をした上で、地域ボランティアの折り紙クラブや地域のサロンのりぷるすを活用して、彩りある生活になるよう支援している。		
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	当施設ではかかりつけ医の指定はないため、すべての利用者様がどこで医療を受けるか選択ができる環境である。現在、7つの病院の先生が訪問診療に来られ、近隣の病院に3名の方が通院されているので、電話・メール・手紙にて連携を図って健康管理を行なっている。かかりつけ医がない場合もあるので、その際は施設が情報提供をして本人様・家族様とかかりつけ医を決定していく。	入居前からのかかりつけ医での受診を基本とし、かかりつけ医がない場合は、内科の訪問診療体制がある。7箇所の医療機関と情報提供を行い、本人及び家族等の希望を大切に受診支援を行っている。希望に応じて歯科医による訪問診療体制がある。入居前のかかりつけ医・他科等外部受診は家族対応を基本とし、電話・メール・手紙等で情報提供している。訪問診療・往診・外部受診等の記録は、種別にシステム内の介護記録で共有している。週3回訪問看護体制があり、利用者の状態等を「訪問看護申し送りノート」に記録し、訪問診療への対応・医療連携に活用している。	

グループホームいやさか

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
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3回の訪問看護来訪時に、日誌や排泄表での記録をもとに、日常の様子を申し送りしている。その他、訪問看護の申し送り用紙があるので、そちらへ気になることを書き込めるようにもしている。受診前には、看護師としての意見もいただき、合わせて手紙等がかかりつけ医に報告している。	/	
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。	入院された医療機関へは私の姿シートを活用し情報提供をしている。それだけでなく、基本的には入院時に付き添いで病院へ生活の様子を伝えている。入院後は原因や病名の説明を聞き取りして、施設でできる医療的ケアについて説明し訪看と共に連携していくことを伝えている。入院中も病院・家族と連絡を取り合い、退院前には病院に訪問・もしくは電話で生活状況の把握に努めている。	入院時には、基本的に管理者が同行し「私の基本情報・私の姿シート」・口頭説明等で情報を提供している。入院中は、主に電話で医療連携室・家族と入院中の状況等の情報交換を行い、早期退院に向け支援している。退院前カンファレンスがあれば参加して状況把握し、退院時には「看護サマリー」で情報提供を受け、退院後の介護計画見直しに反映している。入院中の経過や退院時の情報等について、システム内で共有している。	
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、事業所の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	入居の説明の時に重度化に関する指針や看取りの指針をお渡しして、いやさかで取り組みを説明している。また、インフォームドコンセントの前に、親族と意見をまとめて施設に共有してもらえるように、事前意思確認書を記入いただくようにしている。重度化した場合はカンファレンスを行なって、話し合う時間を持つことにしている。かかりつけ医とも相談を重ね、利用者様と家族様に安心して頂ける体制を作っている。	契約時に、重度化や終末期に向けた事業所の方針を「重度化対応に係わる指針」「看取り介護の指針」等各種指針を基に説明している。契約時の意向を「事前意思確認書」で確認し、計画更新毎に意向の再確認を行っている。重度化を迎えた段階で、直近の意向確認を基に、かかりつけ医の意見も確認しながら、事業所・家族でカンファレンスを実施している。事業所で「看取り介護実施同意書」を作成後、サービス担当者会議を開催し、かかりつけ医・訪問看護師等の意見を採り入れ看取りに向けた介護計画を作成している。かかりつけ医・訪問看護師・事業所・家族等で連携し、家族の意向に沿った支援に取り組んでいる。法人全体研修で、「看取り介護」研修を実施している。	

グループホームいやさか

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
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	年に1回AEDの研修をしているので、ユニットから2名ずつ参加。また、事故発生後の対応を事故報告書にて記載することになっているので、回覧にて内容を周知するようにしている。	/	
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	年2回総合消防訓練・避難確保計画訓練・BCP研修訓練を日中・夜間それぞれの想定で行っている。非常備蓄についても、1か所にまとめて置かず各ユニットのキッチンと、ユニット間の倉庫に確保し、共有している。	令和5年度は、日中想定と夜間想定火災時総合訓練を、小規模多機能型居宅介護事業所と合同で、可能な利用者が参加し実施している。夜間想定時には「洪水・高潮」のシミュレーション訓練を実施し、避難経路・場所等を確認している。「タイムテーブル」「実施記録(写真添付)」を作成し、参加できなかった職員も、業務改善会議で参加者の説明により訓練状況・課題等を共有している。令和6年度からは、事業所単独での訓練を計画している。合同訓練以外に、法人の非常災害時対応訓練にも参加している。消防団との連携等地域との協力体制について検討中である。備蓄について、各ユニットのキッチンと、ユニット間の倉庫に分散備蓄し、リストにより管理者が管理している。	
<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	全体研修でもプライバシー保護についての研修があるので、参加や伝達研修で理解できるようにしている。管理者や計画作成担当者は、職員の言葉かけから尊厳や尊重ができていないかを確認し、言葉かけの検討をする場合もある。	法人全体研修で「接遇」「プライバシー保護」「認知症ケア」等の研修を実施し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応について周知を図っている。毎月の業務改善会議を通じて、不適切ケアの未然防止について意識向上を図っている。写真・映像使用について、契約時に文書で同意を得るとともに、行事ごとに行事委員会がSNS掲載について意向を確認している。	

グループホームいやさか

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	どんなテレビ番組を見て興味を示していたか、どんな本を手取るのか、家事をしながら他の利用者とはどんな話をしているのか、何気ない様子から利用者の理解に努めている。アクティビティについても、参加の可否から都度尋ねるので、ご自身から参加について職員へ伝えに来られる方もいる。		
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	法人の行動指針である「私たちを意識する」「要望に応える」「主体的な行動者である」に沿うことを心がけている。できない理由ではなく、どうすればできるのか、どんなことならできののか考えて自ら実践することが、利用者と共に過ごすことだと考えている。		
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	理美容でカラーやパーマが施術可能である。衣服に関しても、ご自身で入浴の前日に服を選び、準備している。		
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	食事を通して、できることや得意なことが発揮できるよう、できるかぎり全員が携われるような企画行事での食事作りは年に複数回行っている。メニューも利用者の意向から決定し、前日の準備・片付も一緒におこなっている。	炊飯は各ユニットで行い、委託業者から届く食事を温め、盛り付けて提供している。委託業者の献立に、季節感や行事食の工夫がある。普通食・ソフト食・ミキサー食・ゼリー食等すべての食事形態に委託業者が対応している。月1回程度、企画行事として、炊き込みご飯・海鮮鍋等の食事づくりや、かき氷・干し柿等のおやつ作りの機会を設けている。また、年3回程度委託業者が天ぷら・串カツ等の出張調理を実施し、食事に変化をもたせ、より楽しめる機会づくりを行っている。可能な利用者には、日常的に盛り付け、食器選び・企画行事・おやつ作り等に参加できるよう支援している。	

グループホームいやさか

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
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	訪問看護・かかりつけ医・訪問歯科に助言を受け、食形態の設定をしたり、水分摂取量は個々の体重から算出した目標量を個別に設定して、毎日の摂取量と照らして状態把握している。		
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	起床時・毎食後に口腔ケアの時間を設定。出来るところはご自身でケアして頂き難しい部分は介助している。歯ブラシだけでなく、スポンジや舌ブラシ・保湿ジェルなど、協力医療機関の訪問歯科に治療や助言を頂き、ケアに反映させている。		
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	個々の排泄状況を記録し、パターンを把握して、トイレへご案内している。希望があればポータブルを使用するなど、本人の状態や意向に合わせた環境を作っている。介護リフトを活用することで、立位不安定であってもトイレでの排泄が行なえている。	「私の基本情報・私の姿シート」で排泄の自立度を把握している。ほぼ自立からベッド上での介助まで、排泄の自立度の個人差が大きい状況である。システム内と「排泄チェック表」で利用者個々の排泄状況や排泄パターンを把握し、業務分担表に沿って支援している。立位が不安定な利用者は介護リフトを活用し、昼間は可能な限りトイレでの排泄に向け支援している。利用者の排泄支援方法・排泄用品の使用等の検討事項があれば、毎月の業務改善会議で検討し、議事録で共有している。日々の検討結果は、システム内の申し送り共有しながら支援に努めている。誘導時の声掛け等、羞恥心・プライバシーに配慮している。	
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	介護日誌に1人ずつの水分摂取量を明記し、排泄表にて毎日排便の有無を記録して、申し送りしている。便秘気味の方には腹部を温めたり、ベランダの歩行をして頂いたり、牛乳やヨーグルトを家族から持ってきてもらって朝食時にお渡ししている。便秘の要因についても、医療とも相談している。		

グループホームいやさか

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
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	入居時に入浴の意向を聞き取りし、反映している。お風呂が苦手な方への工夫も業務改善会議で検討し、実施後の結果も含めて話し合いを重ねている。入浴の曜日や時間は決まっているが、希望があれば変更可能である。	各ユニットにリフト浴槽と、両ユニットが使用できる特殊浴槽が1か所設置され、浴槽での入浴を支援している。入居時の「私の基本情報・私の姿シート」を活用し、入浴に関する意向・希望等を把握している。入浴予定は決めているが、利用者の意向・体調・気分等に応じて柔軟に対応し、入浴状況をシステム内で把握し、週2回の入浴機会の確保に努めている。同性介助の希望があれば対応し、拒否がある場合は理由等を業務改善会議で検討し、状況や意向に沿った支援に努めている。利用者毎に湯を入れ替え、ゆず湯等で入浴を楽しむ工夫も行っている。	
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	就寝時間は自由にしており、日中でも横になりたい方には休んでいただき、ひとりひとりの希望を優先している。フロアにはソファをおいて、休息できる環境にもしており、利用者は居室かフロアか自由に選択ができる。排泄については夜間用パットの導入をして、就寝時から起床後までは体位交換のみ対応し、安眠を維持できるようにしている。		
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	薬一覧表を作成している。月1回更新をするが、各薬局が訪問時に、薬の変更があれば薬一覧表に書き込みをしていただくようしており、飲み方や薬の作用も入れ込んで把握している。配薬の最終確認を業務に入れ込み対応することで、誤薬防止をしている。気になることや、わからないことは訪問看護師に問い合わせをしたり、個別に薬剤管理が必要な方には、家族と相談して薬剤師による薬剤管理の契約をして頂いている。現在、17名すべての方が薬剤師による管理となっており、なにかあれば相談ができる環境となっている。		

グループホームいやさか

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
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	CADLシートを活用して、アセスメント・プランニング・モニタリングができる環境づくりに努めている。また、今まで習慣になかったことややってみたことがないことも、お誘いして参加してもらうことで、新たな楽しみになることもあると考えて、参加を呼びかけることもある。R6.4からはクラブ活動の活性化に向けて活動する予定。		
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	本人の希望、家族の思い、職員ができることを検討しながら、定期のお墓参りに向けて計画している。また、企画行事での外出ではドライブや公園など、不特定多数が避けられる環境下なら再開している。	天候や希望に応じて、事業所周辺への散歩等の日常的な外出、企画行事のドライブ外出、近隣神社での福引やとんど参加、秋祭りの屋台鑑賞等、外出支援を再開している。状況に応じて家族との外出も再開している。また、ベランダでの外気浴・プランターや花壇での園芸活動等、戸外で気分転換したり、楽しむ機会づくりにも努めている。	
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	基本は金銭の管理は家族に依頼しているが、希望があり個人でお金を持っている方もおられる。1階のグリコでの買い物や、移動パン屋さんでの購入は自由としている。また、家族管理の方も施設にて立替えて買い物をして頂いている。		
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	手紙が来た場合に、返事を書く時間を設けたり、依頼がありハガキを購入することもある。暑中見舞い・年賀状は希望枚数を購入して、お出ししている。携帯電話を持ち込みしている方や、施設電話を利用することもできるようにしている。		

グループホームいやさか

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
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	非常用ライトの反射に不安になる方がおられるので、カーテンで反射をしないようにしたり、定期的に室温調整をしている。ユニットそれぞれで壁に額を飾って、ユニットらしさを出している。観葉植物や花を飾り、家庭的で季節感のある空間になるようにしている。施設内の採光はオレンジの光にしており、温かみがあるように配慮している。	共用空間は木調の落ち着いた環境で、オレンジ色の光により、家庭的な雰囲気がある。ユニット間の移動が自由で、広い生活空間である。空気清浄機・加湿器の設置・定期的な消毒等で、衛生的な環境を整備している。適所にソファを設置し、六角形のテーブルを組み合わせたテーブルは、活動や生活に応じて適宜配置換えを行い、利用者が居心地良く過ごせるよう配慮している。生花や季節に応じた色紙を飾る等、季節感が感じられる。日課としてのラジオ体操・口腔体操、月1回のクラブ活動、個別レクリエーション・家事参加・園芸活動等を通じて、役割づくりと生活リハビリにつなげている。1階の図書館・地域交流スペースも、共用空間として利用者・家族支援に活用している。	
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	ユニット間の往来は自由となっており、食事也希望があればどこで食べてもよい環境である。また、ユニットのソファや1回の地域交流スペース・図書室も希望があれば利用することができる。		
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	入居時には使い慣れた物、馴染みのある物の持参を本人・家族に依頼している。また、生活する中で必要な物は施設から家族に依頼して、落ち着ける空間を作るよう努めている。	居室には、洗面台・ベッド・カーテン・エアコン等が設置されている。テレビ・洋服筆筒・引き出し・テーブル・本・クラブ活動の作品等、使い慣れた家具や、馴染みのある物が持ち込まれ、その人らしい居室づくりを支援している。利用者担当職員が中心となり、家族と連携を図りながら衣替えや環境整備を行っている。福祉用具や家具の配置調整により動線確保に努め、安全に自立した生活が過ごせるよう支援している。	

グループホームいやさか

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
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	2階のベランダは溝埋め工事や段差にスロープを設置している。トイレについては分かりやすくイラストを貼って表示している。過去には歩行器の収納場所を床にテープで囲い、わかりやすい環境に整えることで、危険や混乱なく生活ができるよう配慮している。		