

### 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	2874001403		
法人名	社会福祉法人 やながせ福祉会		
事業所名	姫路・勝原ホーム 認知症対応型共同生活介護		
所在地	兵庫県姫路市勝原区下太田573		
自己評価作成日	令和5年9月29日	評価結果市町村受理日	令和5年11月7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5年10月11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)】

<ul style="list-style-type: none"> <li>施設周囲には山や川があるなど、自然環境豊かな場所にあり、施設内にも天窓が設置されており、明るくゆったりと自身のペースで暮らして頂ける施設となっています。</li> <li>特養やデイサービスなどの他の介護サービスも併設されており、季節の行事を一緒に行ったり、利用者様のニーズに応じてサポートできる体制を構築し、住み慣れた場所で最後まで暮らして頂けるよう支援しています。</li> <li>保育園が同じ拠点内に併設されており、コロナ禍以降は間接的にですが、プレゼント交換会を行ったり世代間交流を行うなど、利用者様にいきいきとした生活を送って頂けるよう支援しています。</li> <li>コロナ禍以降、ご家族様との繋がりを途絶えさせないよう、LINEなど使用しオンラインで面会を行ったり、ホーム便り等で行事風景や利用者様の様子を発信しています。</li> </ul>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### 【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)】

<p>特別養護老人ホーム・各種介護サービス事業所・認定こども園が併設された複合施設内の利点を活かし、会議・委員会・研修・訓練等の体制が整備され、施設内交流・地域交流もできる環境である。園庭から園児の元気な声が聞こえ、プレゼント交換・行事参加による世代間交流も行っている。事業所での手作り調理の日を週3日設け、行事やイベントに応じた献立やおやつ作りを企画し、利用者も参加できるよう支援している。家事参加や個別・集団レクリエーション等の日々の活動内容を「活動・リハビリ記録」に記録し、楽しみや役割を感じながら生活リハビリにつながるよう取り組んでいる。事業所前の散策公園・施設の敷地・屋上・ベランダ等日常的に戸外で散歩・外気浴・気分転換する機会を設け、時期等を考慮しながらドライブ外出も再開している。職員の定着がよく運営が安定し、PDCAサイクルにもとづいたケアマネジメントにより、現状に即した個別支援が丁寧に行われている。</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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)		

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)	<p>○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</p>	<p>月1回の会議、朝のミーティング時に理念に基づいたケアが実践できるよう話し合い、職員が意識統一できるよう努めている。理念は朝のミーティング時に唱和し、ホールや職員室に提示している。</p>	<p>法人理念に基づいてグループホーム理念を策定し、グループホーム理念に、地域密着型サービスの意義を明示している。年度初めの理念研修で、毎年基本理念ハンドブックを配布し、理事長が理念について説明を行い理解を深めるとともに、朝のミーティング時の唱和、ホール・職員室掲示等で共有を図っている。朝のミーティング時に理念に基づいたケアが実践できるよう話し合うとともに、事業所として理念の実践に向け事業目標を作成し、毎月のグループホーム職員会議で進捗状況を確認している。また、職員も個人目標を設定し、年度末に振り返る機会を設け、次年度個人目標に反映している。</p>	
2	(2)	<p>○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</p>	<p>コロナ禍以降で地域行事が少なくなり、地域の方と直接触れ合う機会が減ってしまったが、これからは、秋祭りや地域の文化祭に参加する予定。またボランティアの方から頂いた季節の飾り物等を提示している。</p>	<p>地域の秋まつりが再開され、利用者が制作したシデ棒を持参して参加したり、併設保育園との合同ハロウィン行事に仮装をして参加する等、感染予防に留意しながら可能な方法で利用者が地域とつながりを持てる機会づくりに努めている。毎月地域の理容店の来訪を継続し、ボランティアから季節の飾り物等の提供を受け、ホールに飾り付けている。今後、地域・法人の文化祭への作品出展等、地域で計画されている行事への参加を予定している。また、施設として、高齢者見守りSOSネットワーク事業に参加し地域貢献につなげるよう取り組んでいる。</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
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	コロナ禍以降行っていないが、以前までは専門学生や大学生、認知症サポーター、トライやるウィーク等の実習生を受け入れ、支援の方法や認知症に対する理解の普及に努めていた。	/	
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か月に1度開催し、利用者の状況や活動内容等を報告している。また地域での行事や情報を共有し、意見や助言等を頂いた場合はサービスに活かしている。	家族代表・利用者代表・地域代表・地域包括支援センター職員・知見を有する者・事業所職員(管理者)等を構成委員とし、2ヶ月に1回開催している。令和4年・5年度では書面会議1回、他は集合開催している。会議では、資料(活動内容・式次第)を基に、2ヶ月間の活動内容・利用者状況・今後の予定等について報告し、参加者から意見や情報を収集し地域行事等の情報を利用者支援に活かしている。議事録は3階の事業所入り口に設置して公開している。	
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取り組んでいる	地域包括支援センターと連携を取り、協力関係を築くよう取り組んでおり、運営推進会議にも参加して頂いている。姫路市のグループホーム連絡会にも参加し、情報交換会や研修に参加している。	運営推進会議への地域包括支援センター職員参加を通じて市との連携がある。市の職員も参加する姫路市グループホーム連絡会が再開され、管理者が参加して情報交換等で連携している。相談や質問等があれば、随時、市の介護保険課等担当窓口にお問い合わせを行い、回答や助言を受け適正な運営につなげている。	

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
6	(5)	<p>○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</p>	<p>法人内で身体拘束委員会を設置し、月1回の会議を持ち、具体的な行為について検討し、その弊害を認識し身体拘束をしないケアに取り組んでいる。エレベーターや日中の玄関や窓の施錠は行っていない。</p>	<p>「身体拘束虐待防止に関する指針」を整備し、身体拘束をしないケアを実践している。法人内で「身体拘束虐待防止委員会」を毎月開催し、事業所からも委員が参加し、委員会スローガンの作成・スピーチロック等行動制限や不適切ケアがないか検討・確認している。参加委員が毎月のグループホーム職員会議で検討内容を報告するとともに、議事録ファイルを事務室に設置して職員に周知している。施設合同研修の年間研修計画に盛り込み、「拘束・虐待防止研修」を年2回、研修資料配布と研修アンケート・テスト形式チェックリストの提出により実施している。施設合同研修以外に、オンライン活用による虐待拘束防止・成年後見制度等の全職員参加研修も実施し、アンケート提出により全職員の受講を確認している。エレベーターや日中は玄関の施錠は行わず、利用者が閉塞感を感じないように支援している。</p>	
7	(6)	<p>○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</p>	<p>法人内で委員会を設置し、毎月虐待が行われないよう話し合いをしている。また、年に一度研修も開催している。職員がストレスや疲れを溜めないよう勤務日程に配慮すると共に、職員会議等で話し合いを行っている。</p>	<p>「虐待防止」についても、上記と同様の方法で研修を実施し、委員会・研修を通じて虐待防止について意識向上を図っている。気になる言葉かけや対応があれば、管理者等が注意喚起し、不適切ケアの未然防止に取り組んでいる。管理者はグループホーム職員会議での話し合い等相談しやすい環境づくりや、勤務日程調整等に努め、法人としてもストレスチェックの実施等、職員のストレスや不安がケアに影響しないように取り組んでいる。</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
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	社会福祉士1名(計画作成担当者)が在籍しており、相談に応じえ、必要機関に繋がられる体制がある。また成年後見制度についての研修にも積極的に参加している。	介護支援専門員による外部研修の伝達研修や、オンラインを活用しての全員研修等、権利擁護に関する制度について学ぶ機会を設けている。現在は、成年後見制度利用の事例はないが、過去に利用事例があり、後見人への状況報告や金銭管理書類の提供等、制度活用の支援を行っていた。今後、制度利用の必要性や家族等からの相談があれば、管理者・介護支援専門員が窓口になり、地域包括支援センター等関係機関と連携して対応できる体制がある。	
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	契約前に一度契約書の内容を確認して頂くために持ち帰って頂き、契約当日には、契約書を本人、家族に疑問点はないか確認しながら順番に説明している。改定の際には新旧表を発行し、変更点が分かりやすいようにしている。	入居希望があれば見学対応し、パンフレット・料金表を基に説明している。見学が困難な時は、タブレット内の写真で生活環境を紹介している。契約書・重要事項説明書を事前に提供し、契約当日には管理者が、重要事項説明書・契約書・指針・同意書等に沿って疑問点はないか確認しながら説明し同意を得ている。特に退居条件等については詳細に説明している。契約内容改定時は、運営推進会議で説明するとともに、変更内容を明確にした「新旧表」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	面会の際など施設に家族様が立ち寄られた際には、希望や意見を聞くようにしている。また、運営推進会議ではご家族にも参加して頂き、意見を出して頂いている。	利用者の意見・要望等は日常生活の中で把握に努め、「連絡帳」「グループホーム職員会議」で共有し、内容に応じて計画に採り入れ活動等を個別支援している。家族の意見・要望は、面会・来訪時や電話連絡時に把握に努めている。個別記事も記載した「ホームだより」(毎月)や随時のライン等で、利用者個々の近況や行事・生活の様子を伝え、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「業務日誌」で共有し、個別に対応している。時期に応じてサービス担当者会議への家族参加があり、利用者支援・介護計画に反映している。また、運営推進会議への家族参加を通じて、施設側職員や外部者に意見・要望等を表せる機会を設けている。	
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	管理者もミーティングや月1回の職員会議に参加しており、情報共有や連携が出来る。意見や提案を聞き、必要に応じて事業計画に反映するようにしている。	毎月「グループホーム職員会議」を実施し、委員会報告や利用者状況・事業目標・運営・業務についての情報共有や検討を行い、欠席者も会議録の回覧により共有を図っている。日々の検討事項は朝のミーティングで検討し、決定事項があれば、「連絡帳」で共有し、支援・業務・運営等に反映できるよう取り組んでいる。管理者は、随時・必要時に個人面談を行うとともに、年度末の個人目標振り返り時に、個別に意見・提案を聞く機会を設け必要に応じて事業目標に反映している。また、理事長が随時事業所を訪問し、職員と意見交換を行っている。	

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
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	代表者(理事長)は施設への訪問を積極的に行い、個々の職員と個人面談、コミュニケーションを図りながら、勤務状況の把握に努めている。また、給料水準を保ち、希望休日等も配慮しながら気持ち良く働ける環境作りに努めている。		
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	採用時の新人研修、月一回の施設内研修を行っている。また、グループホーム連絡会や地域包括主催の研修にも参加し、技術や知識に関する情報交換も行っている。		
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や地域包括主催の研修にも参加し交流を深めたり、他施設間の見学訪問など行ったりとネットワークづくりに努めている。		
<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	入居前に自宅または利用中のサービス事業所へ出向き、事前面談を行い、ゆったりとした時間を設け、現在の状況、不安なこと等の思いを受け止め、感情表出が出来るよう心掛け、本人も安心出来る関係作りに努めている。		
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	相談時より、困っていること、不安なこと、求めていること等を聴く機会を設け、電話やオンライン等でも相談を受け付けている。感染状況を鑑みながら、施設見学も受け入れ、実際の雰囲気を知ってもらえるよう努めている。		
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	入居申し込みをして頂いている待機者の家族の方や、担当ケアマネージャーとも連絡を取り、現状確認を行っている。		

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
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	利用者一人一人の有する能力に応じて、洗濯たたみ、掃除、調理、裁縫、縫物等の手伝いをして頂き、生活者としての役割を持ってもらえるよう支援している。		
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	コロナウィルスの感染状況を考慮しながら徐々に面会制限を緩和し、現在は居室での面会を実施し、実際の生活の様子を観てもらったり、家族様との時間も大切に過ごしてもらうように努めている。		
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	家族以外の友人・知人等の面会も交流室で行えるようになり、本人が大切にしてきた関係が途切れないように支援している。電話の取次ぎも、家族様に確認のもとで行っている。	コロナ感染状況に応じて、家族・友人・知人等と地域交流室や居室での面会を再開し、馴染みの人との関係が継続できるよう支援している。家族との電話の通話支援や、家族に確認の上で友人等との取次ぎも行っている。地域からの入居が多く、新しい入居者には歓迎会を開催して馴染みの関係が再開できるよう取り組んでいる。感染状況を考慮しながら、受診・一時帰宅等家族との外出を支援し、事業所としても近隣の公園への散歩やドライブ外出再開により、馴染みの場所との関係継続を支援している。	
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	新しい入居者の方には歓迎会を開いたり、誕生日会を開いて、みんなでお祝いする等、なじみのある関係作りに努めている。		



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
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	契約が終了した後でも、ご家族様からの相談があれば、出来る限りお答えするようにしている。		
<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	日常の関わりの中で表情や顔色等で思いをくみ取れるよう努め、会話の中で希望を聞き、出来るだけ意向に添えるようにしている。また、ケアプラン更新時には家族も交えた担当者会議を行い、意向を伺い、プランに反映できるよう努めている。	入居時の「入所事前面接記録」「フェイスシート」情報を活用し、利用者個々の思いや暮らし方の希望等を把握している。入居後は、日々の関りの中で把握した情報を「ケース記録」で共有し支援に反映している。また、介護計画更新時には可能であれば家族・利用者も交えた担当者会議を開催し、計画等に反映できるよう努めている。把握が困難な場合は、表情や反応から汲み取り、「グループホーム職員会議」「ケアプラン導入シート」等で共有し、利用者・家族の意向に沿った支援に努めている。	
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	プライバシーに充分配慮しながら、本人や家族、在宅時の担当ケアマネ等に聞き取りを行い、利用者一人一人の生活歴やライフスタイルの具体的な情報を把握するよう努めている。		
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	毎月の職員会議や担当者会議で利用者一人一人の過ごし方や心身状況を把握するよう努め、24時間シートを使い可視化している。変化があれば、都度、報告し合い、連絡ノートを使って情報共有を行っている。		

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
26	(13)	<p>○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</p>	<p>初回の介護計画は「フェイスシート」「事前面談記録」等をもとに課題を抽出して作成し、以降は基本的に6カ月毎に見直しを行っている。担当者会議録は簡素化したものを作成し、迅速な情報共有を図るとともに、ケアプランも回覧し、計画内容の周知を図っている。プランに沿ったサービス実施状況をケアチェック表で毎日確認し、3カ月毎にモニタリングを行い評価している。見直し時には「24時間シート」「アセスメントシート」を使い、再アセスメントを行い、担当者会議を行い、現状に沿ったプランを作成できるよう努めている。</p>	<p>「事前面談記録」「アセスメントシート」「フェイスシート」等を基にサービス担当者会議を開催し、初回の介護計画を作成している。介護計画書・「担当者会議録のポイント」・短期目標に沿った「ケアチェック表」をファイリングし、計画内容の周知を図っている。サービスの実施内容は、「ケアチェック表」「ケース記録」に計画に沿った実施を記録している。毎月の職員会議で利用者個々の状況についての情報共有や検討を行い、大きな変化がなければ、6ヶ月毎に介護計画の見直しを行っている。見直し時には、「モニタリング表」によるモニタリング評価と、「ケアプラン導入シート」「アセスメントシート」による再アセスメントを基にサービス担当者会議を開催している。利用者・家族の意見を可能な限り会議参加時に、かかりつけ医等の意見も往診時等に聴取して会議録に記録し、介護計画に反映している。</p>	
27		<p>○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</p>	<p>日々の様子やケアの実践等を個別記録に記入したり、ケアチェック表で確認したりしている。ミーティングや職員会議で情報を共有し、介護計画の見直しに活かしている。</p>		
28		<p>○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</p>	<p>本人や家族の状況に応じて、通院等の必要な支援は柔軟に対応している。歯科往診や囁託医、看護師との医療連携体制を図っている。PT・OTによる訪問リハビリを定期的(各2回/月)行っている。</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	
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	感染対策を行いながら、地域行事の参加や併設の保育園と交流を行っている。保育園の卒園、入園祝いに壁画を作成してプレゼントしたり、一緒にハロウィンの仮装を行ったりしている。地域行事では秋祭り、文化祭等に参加予定である。	/		
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	入居時に利用者家族に確認をし、希望に沿った受診を支援している。協力機関から内科医が週1回、心療内科が月1回往診体制がある。入居後も主治医の変更は特に勧めたりせず、希望の病院を受診している。通院については家族の都合等によって、臨機応変に対応している。	入居時に、嘱託医による内科(週1回)と心療内科(月1回)の訪問診療体制があることを説明し利用者・家族の希望に沿った受診を支援している。専門医等他科受診の際は、嘱託医から適宜情報提供を行っている。外部受診は家族同行を基本としているが、家族の事情等によっては臨機応変に対応している。訪問診療前の情報提供や診療時の対応を看護師が行い、医療連携を図っている。医師への情報提供や受診結果等医療に関する詳細は個別の「看護日誌」に、処置・変化等は「業務日誌」に記録し、情報共有している。外部受診についても同様に記録している。希望やニーズに応じて歯科医往診や、定期的な訪問リハビリが受けられる体制がある。	/	
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	体調や些細な表情の変化が見られた場合や、入浴時の身体の変化を、速やかに看護師に報告し、適切な医療との連携に繋げている。	/		

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
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。	地域の病院と後方支援病院として連携体制を築いている。また入院時には病院に必要な情報を提供している。入院中は、家族との連携を取り、病院との情報交換をしながら退院に向けた支援を行っている。退院前にはカンファレンスに参加し、退院後のケアにも対応できるように努めている	地域病院を後方支援病院として連携体制を築いている。入院時には看護師が同行し、「看護情報提供書」で情報提供している。入院中は、家族や地域医療連携室と経過や退院に向けての支援について随時電話で情報交換し、早期退院に向け支援している。入院中の情報は「ケース記録」で共有している。退院前にはカンファレンスに参加し、退院時には「看護情報提供書」の提供を受け、サービス担当者会議を開催し介護計画や支援に反映させている。	
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	契約時重度化に対する事業所の方針を説明し家族の意向を確認し同意を得ている。重度化を迎えた段階で家族の意向を確認しながら支援方針を繰り返し話し合い方針の統一を図っている。終末期を迎えた段階で看取りに関する指針の説明と同意を得てサービス担当者会議を開催して計画の見直しを行い家族の意向に添った支援を行う体制がある。	契約時に「重度化した場合における指針」と「終末期ケアに関する同意書」を説明し、指針に対する同意を得て、現時点の家族の意向確認を行っている。重度化を迎えた段階で、主治医が家族同席のもとで状況説明を行い、看取りに向けた意向確認を行っている。看取り介護の希望があれば、事業所が「看取りについての同意書」を説明し同意を得ている。サービス担当者会議を開催して看取り介護に向けた介護計画を作成し、主治医・看護師・理学療法士・栄養士・家族・職員等チーム連携で支援に取り組んでいる。家族対応や支援についての経過は、ケース記録で共有している。看取り後には偲びのカンファレンスを開催している。10月に看取り介護に向けた研修を予定している。	

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
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	緊急対応マニュアルがあり、年に一度法人内でAEDの対応等の研修を行っている。また、家族の緊急連絡先の一覧表を作成し、緊急時にすぐに連絡が取れるような体制にしている。		
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	月1回の避難訓練、年1回に消防署立ち合いのもとで避難訓練を実地している。地震、水害等の対応はマニュアル等で研修をしている。	月1回、施設合同で夜間・昼間想定 of 総合訓練を実施し、事業所からも職員・利用者が参加している。年1回、訓練に消防署が立ち会い助言を得ている。毎回、訓練実施前に「訓練実施計画書」を作成し、実施後に振り返りを行い反省・感想等を記載した「実施報告書」を作成している。参加できなかった職員には口頭で実施内容を報告している。災害・水害・地震対応等リスク別のマニュアルを作成し、職員室への設置により共有・周知を図っている。管理者が、地域の消防団に加入しており、地域の訓練に参加して地域へ協力を呼びかけている。管理者・栄養士が責任者となり事業所と施設厨房で食料品等を備蓄・管理している。	訓練実施内容について「実施報告書」の回覧・グループホーム職員会議での報告等、訓練に参加できなかった職員の共有・周知を図ってはどうか。
<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	ミーティングや職員会議等で、常に利用者の誇りを尊重し、言葉掛けや対応に留意するよう話し合っている。入浴や排泄介助は、マンツーマン対応を行っている。又、個人情報の取り扱いについても、書面で同意を得ている。	年度初めの理事長による施設合同研修で、接遇ハンドブックを基にプライバシー保護・接遇について研修を実施している。グループホーム職員会議・朝のミーティングでも、利用者を尊重し、言葉かけや対応に留意するよう意識付けを行っている。プライバシーを尊重した対応・言葉かけ等は、入浴・排泄等日々の介護場面で特に配慮するよう周知を図っている。写真や映像使用については、契約時に説明用冊子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
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	ケアプラン作成時や日常生活(食事、入浴、レク、散歩、家事)のさりげない関わりの中で、利用者の意見を聞いている。又、利用者の意見や希望を表出できる環境作りに努めている。		
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	起床や就寝、食事等は、本人の体調や一人一人のペースに合わせている。レクリエーションや行事等の時期によって決まった催し物はあるが、その都度その人の体調や意向を尊重し参加して頂いている。		
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	毎月一度、地域の散髪屋さんに来て頂き、訪問利用を行っている。日常生活の中で毎日の衣類を自分で決め、おしゃれを楽しめるようにしている。また、起床時や入浴前、外出前に着る服を職員と共に選んでいる。		
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	職員が食事作りをする日には、利用者の希望や好みを取り入れ献立を考えている。個々の力を活かし、利用者も一緒に調理を行っている。また、流動食や刻み食など個々の体調に応じた食事形態にも対応している。	施設厨房から季節感・行事食を取り入れた食事が提供されている。火・土・日・祝日の昼食・夕食は、利用者の希望も取り入れて事業所で献立を立て、食材購入・調理を行い、手づくりの食事を提供している。プランターでの園芸活動で収穫した野菜も食材として活用している。屋上で花見弁当の昼食会を開いたり、事業所前の散策公園でバーベキューを楽しんだり、職員の楽器演奏や手作りのおやつを楽しむハワイアンカフェを年に数回行ったり、納涼大会では屋台でお祭りメニューを楽しむ等、季節イベントや「食」を楽しめる機会づくりを行っている。利用者個々の誕生会では、利用者のリクエストメニューとケーキで祝っている。可能な利用者は、皮むき等の下準備やおやつ作り等に参加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
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	毎日の水分摂取量や食事量を記録し、体調の変化があればその都度対応している。水分摂取が苦手な利用者についても、味を変えたり、声掛けを行うなどできる限り摂取して頂けるよう心掛けている。また食事についても平日は特養の管理栄養士が考えたメニューを提供している。		
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	毎食後、一人ひとり口腔状態や本人の力に応じ口腔ケアを行っている。利用者の状況に応じて提携している歯科に往診をお願いする場合がある。		
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	排泄チェック表を活用し、排泄パターンを把握しながら随時トイレ誘導を行っているが、夜間は利用者の状態によってはオムツ使用を行う場合もある。パッドは一人ひとりにあったものを随時検討し使用している。	排泄状況や排泄パターンを「排泄チェック表」に記録し、日中は個々の排泄パターンに応じてトイレでの排泄、排泄の自立を支援している。夜間は、利用者個々の状況に応じた支援方法で対応している。介助方法や排泄用品の使用について検討事項があれば、朝のミーティング・グループホーム職員会議で検討や共有を行い、現状に即した支援につなげている。変更の経過等は、連絡帳・職員会議録で周知共有している。	
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	便秘がちな利用者には、水分や運動等を働きかけ、食後のトイレ誘導を行っている。便座に座った際、前屈姿勢をとりやすいようにし、踏ん張れるようにしている。又、下剤は最小限の使用で対応している。		

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
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ず、個々にそった支援をしている	週2～3回、入浴時間を設け、個々の希望や体調に合わせて入浴できるよう支援している。重度になられた場合でも、二人介助を行ったりシャワー浴を行ったりと、工夫しながら対応し、慣れ親しんだ個浴で入浴できるよう支援している。	前回の入浴日や入浴状況を「入浴表」で確認し、週2～3回利用者の体調・希望に合わせて入浴出来るよう柔軟に対応している。一般浴槽での個浴で、利用者個々のペースでゆっくり入浴できるよう支援している。利用者の身体状況や意向に応じて、二人介助やシャワー浴でも対応している。歌を歌ったり会話をむ等、入浴がより楽しめるよう支援している。	
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	ホール、ソファーや談話室、居室等で自由に休息したり、眠ったりして頂いている。又、個々や時々状況に応じて、昼寝や休息を勧め対応している。		
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	看護師が管理を行い、一人ひとりの服用する薬の目的や副作用、用法や用量を話し合い、職員が、いつでも確認出来るようにしている。服薬時には、誤薬防止のため、ダブルチェックを行っている。		
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	一人ひとりの生活歴や力を活かし、洗濯たみ、作品作り、習字等得意分野で力を引き出せるよう支援している。無理強いせず、手伝いをして頂いた際は、感謝の言葉を伝え、自身ややりがいに繋げられ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
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	施設に併設するの散策公園への散歩や屋上や三階のベランダでの外気浴をする機会を設けている。ドライブ外出では利用者の意見を取り入れながら季節を感じられるような桜や梅等の見学を行っている。	事業所前の散策公園・敷地内のベンチやブランター・屋上・ベランダ等、日常的に戸外で散歩・外気浴・気分転換する機会を設けている。時期等を考慮しながら、野菜の苗等の買い物・姫路城での花見・蓮の花苑での蓮鑑賞等、ドライブ外出を再開している。10月には、コスモス公園へのドライブ外出を予定している。	
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	一人ひとりの希望や意向に添いながら買い物等、家族に相談しながら支援している。日常のお金は事務所で管理している。		
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	一人ひとりの有する能力に応じて電話やオンライン面会等を行っている。暑中見舞いや年賀状等その時々で絵手紙を書き、家族に送っている。		
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	共有の空間やホールには、習字、生け花、作品、写真を飾り、観葉植物や鉢植えを置いている。生活感や季節感を取り入れ、居心地の良い場所を整えている。また天窓がある為一年中明るい環境で過ごして頂いている	天窓からの採光で明るく、広さと清潔感があり、広い共用空間を歩行訓練にも活用している。リビング・食席・ソファ・畳スペースがあり、思い思いの場所で過ごせる環境である。壁面には共同制作したトンボ・コスモス等を飾り、テーブルには生花を生ける等四季折々の飾りつけを行っている。ボランティアから贈られた季節の飾り物等を飾り付けている。可能な利用者は、洗濯たたみ・掃除・調理・裁縫等家事に参加できるよう支援し、生活感を取り入れている。家事・カラオケ・パズル・計算等、日々の活動内容を「活動・リハビリ記録」に記録し、楽しみや役割を感じながら生活リハビリにもつながるよう取り組んでいる。	

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
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	テレビやソファやテーブルなどを各所に置き利用者同士でお喋りや自由に過ごせる工夫をしている。又、新聞や雑誌を置いている。		
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	備え付けの家具やベッドは、施設のものであるが、それ以外の家具については、使い慣れた物を使用して頂いている。模様替えを希望される際には、本人の意向を聞き過ぎしやすい環境に近づけるようにしている。	居室にベッド・クローゼット・洗面台が設置されている。テレビ・ぬいぐるみ・仏壇・写真・たんす等利用者が使い慣れた家具や道具が持ち込まれ、居心地よく過ごせるよう配慮されている。園児からのプレゼントや職員制作のカードも飾られている。居室担当職員を設け、動線が確保できるよう掃除・整理整頓を行い、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。居室前に大きなネームプレートを表示し、場所間違いの防止に努めている。	
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	居室、リネン庫、洗面所等に大きく分かりやすいよう表示版を設置し、間違わないよう配慮している。利用者様の中には『トイレ』の表記では分かりにくい方がおり、『便所』に表記したり、掲示位置を低くするなど工夫をしている。		