

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	2891100063		
法人名	医療法人社団創生会		
事業所名	グループホーム アンジェリカ		
所在地	兵庫県宝塚市月見山2-2-39		
自己評価作成日	令和7年3月11日	評価結果市町村受理日	令和7年5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	http://www.kaigokensaku.jp/28/
----------	---

【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7年3月30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)】

当事業所では、ご入居様が今までできていた事、できる事を継続できるように支援しております。ご入居者様がご自身で歩行できるよう、毎日の散歩や足漕ぎバイクなど利用し機能低下を予防する取り組みを行っております。また、同法人の介護老人保健施設ロココリハとも連携し、国家資格を有したりハビリ職員の介入を必要に応じて行っております。

日常生活においては、集団での体操や歌唱等を通じて活気のある生活を提供し、活動的で健康状態を良好に保つということに努めています。

自然環境に恵まれた立地で、リビングやベランダから見える景色は山や川を眺めることができ最高です。

【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)】

リビングの大きな窓から山や河川・市街が眺望できる高台に立地し、自然に恵まれた環境である。広いエントランスホールと両ユニット、中庭・ウッドデッキが1フロアにあり、広い生活空間を活用している。定期的な運営改善会議・各種委員会、年間研修計画に基づいた研修が実施され、実施記録も整備され、職員の資質向上・情報共有・意見の反映・サービスの質の向上に取り組んでいる。PDCAサイクルに基づいたケアマネジメントにより、利用者の意向・現状に即した個別支援につなげている。経営母体が医療機関である強みを活かし、協力医療機関の主治医・看護師との医療連携、法人内施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による評価や助言が受けられる体制を整備している。

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)	○ 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)	○ 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
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	法人の経営理念や基本方針を、職員全体で取り組んでいるか都度話し合いを通じて確認している。	法人の経営方針・理念を共有し、経営方針に地域密着型サービスの意義を明示している。経営方針・理念を事務所に掲示し共有を図るとともに、「理念及び法令遵守」研修時には「研修参加報告書」に経営方針・理念の記載欄を設け、経営方針・理念の意識付けを行っている。また、人事考課の評価シートの項目に、理念に沿った目標設定を取り入れ、目標管理を通じて理念の実践に向け取り組んでいる。	
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	地区災害支援として一時避難所となっている。災害用品を施設内に保管している。	定期的に、コーラス・認知症マフ(作品作り)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している。地域の認知症カフェへの参加・市民フォーラムへの作品の出展等を通じて利用者と地域の交流機会づくりに取り組んでいる。災害時の一時避難所として自治会と協定を結び、自治会が準備した災害用備蓄品を事業所に保管する等、事業所として地域とのつながりを継続し地域貢献に取り組んでいる。	
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	地域に開かれた施設を目指し、日々勉強会への参加や必要に応じて地域の方々との交流を図る。		
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	運営推進会議を通じて外部の皆様へ施設での暮らし・運営体制について知って頂き、ご意見を頂きながら改善に努めている。	利用者・家族・地域代表(民生委員)・市職員・知見者(他事業所管理者)・地域包括支援センター職員等を構成委員とし、2ヶ月に1回集合開催している。会議では、「アンジェリカだより」と資料(入居者状況・生活状況・職員状況・事故、ヒヤリハット・身体拘束の状況等)を配布して報告し、参加者と意見・感想等の把握や情報交換を行い議事録を作成している。議事録ファイルをエントランスホールに設置して公開している。	利用者も運営推進会議の構成委員であるため、短時間参加も含め参加を検討してはどうか。

グループホーム アンジェリカ

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
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	宝塚介護保険事業所協会会議や運営推進会議の場で施設の活動を報告、入居者様との日常生活の中での有事の際は報告・相談させて頂き、指示を仰いだりしている。	運営推進会議を通して市・地域包括支援センターと連携がある。市職員も参加する宝塚介護保険事業者協会・介護相談員の訪問等を通して市と連携がある。不明な点や疑問・相談・報告等があれば、電話・訪問等で市の担当窓口にお問い合わせを行い、適正な運営に取り組んでいる。	
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	毎月、運営改善会議にて評価。 身体拘束の取扱いについて確認。施設備品の中で身体拘束になりうる物を点検している。	「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・虐待防止委員会」を毎月開催し、拘束事例なしの確認・センサー使用の適正化検討・行動制限に繋がる可能性の事例検討等を行っている。委員会内容は、議事録回覧シートへの閲覧印により周知を確認している。年間研修計画に沿って「身体拘束排除」に関する研修を年2回、レポート形式(穴埋め方式)で実施し、「研修参加報告書」を提出している。職員の報告書提出状況を確認シートで明確にしている。エレベーターは操作が必要であるが、フロア間の移動は自由であり、希望があれば中庭・テラス・駐車場での外気浴、近隣の散歩に職員が同行し、閉塞感を感じないよう支援している	
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	高齢者虐待防止及び身体拘束適正化の研修を実施するとともに、不適切ケアの防止に努めている。適切なケアを行うためにも職員が一人で悩まずにチームで支える雰囲気作りに取り組む。	「高齢者虐待防止指針」を整備し、上記委員会で不適切ケアに繋がる事例がないか検討し、不適切ケアの未然防止に取り組んでいる。「高齢者虐待防止」に関する研修も、上記と同方式で年2回実施している。管理者による個別面談、随時の声がけ、「運営改善会議」での課題の共有・解決等、職員のストレスや不安等がケアに影響しないよう取り組んでいる。	

グループホーム アンジェリカ

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
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	成年後見人制度の理解に努めている。また、日常生活権利擁護事業にも取り組む。職員に対する研修も実施する。	現在、司法書士・社会福祉士等を後見人とする制度利用の事例があり、面会対応・金銭管理に関する書類の送付・状況報告等、制度利用を支援している。今後も、制度利用の必要性や家族からの相談があれば、社会福祉士でもある管理者が情報提供を行い、関係機関と連携して支援することとしている。	成年後見制度等について、職員が学ぶ機会を定期的に設けることが望まれる。
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	利用者様やご家族と入居契約の場を設け、入居契約書・重要事項説明書の内容を直接説明を行なっている。疑問や質問に対しては、随時対応している。	入居希望・入居相談があれば見学対応し、パンフレット・資料・料金表等を用いてサービス内容や料金等を具体的に説明している。契約時には、契約書・重要事項説明書・指針・同意書等を基に、質問を確認しながら丁寧に説明し文書で同意を得ている。契約内容改定時は、「覚書」を作成して説明し文書で同意を得ている。	
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	来所時には直接お話しさせて頂き、関係性を築きつつ、気になる点がないかどうかを尋ねている。	家族の面会を再開し、面会・来所時や電話連絡時、lineでも近況を伝え、家族の意見・要望の把握に努めている。毎月、居室担当職員が利用者個々に作成する手書きの手紙に写真を添え、「アンジェリカだより」とともに郵送し、利用者の日常生活の様子や行事の様子等を家族に伝えている。家族からの意見・要望等があれば、「運営改善会議」で共有・検討し改善に向け取り組む仕組みがある。家族の運営推進会議への参加・介護相談員の受け入れを通じて、家族や利用者が事業所や外部者に意見・要望等を表す機会を設けている。	

グループホーム アンジェリカ

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
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	月に1回の全体会議の際に、職員から事前に業務課題を抽出し、書面提出を基に業務改善及び向上を図っている。	月1回「運営改善会議」を開催している。会議前に課題や検討事項を職員が提出し、意見・提案を集約して効率的に検討できるよう工夫している。会議では、法人会議・各種委員会・プリセプターの指導進捗等の報告や、管理者・介護支援専門員・主任等からの運営状況や連絡事項伝達、利用者のケース検討、業務検討・共有等を行っている。会議議事録は回覧シートにより共有・周知を確認している。各種委員会(拘束・虐待、リスクマネジメント、褥瘡・感染、レク・食生活向上等)に委員が参加し、職員意見が反映され共有されている。管理者は定期的、随時にも個人面談を行い、職員の意見を個別に聴く機会を設けている。また、内部監査制度を通じて、他部署職員の意見・助言を運営に反映している。	
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	契約更新時や賞与考査時に評価シートを記入して定期評価を実施し給与水準や労働条件の見直しを行なっている。有給消化の促進や残業の見直しを法人全体で実施している。目標管理シートの記載や面談を実施している。		
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	法人内で、役職や職歴に合わせた研修を実施し、考え方やモチベーションの向上に努めている。外部研修や管理者会議への参加を通じてリーダーを育成する事で、各事業所の管理者が現場の指揮を行なえる様に図っている。		
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	他施設への見学や意見交換の機会を作っている。また、同グループ内での内部監査に他施設の管理者が参加する事で、施設内の体制や特色等を学び意見交換する場がある。		

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
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	事前にご家族様や担当CMと打ち合わせを行ない、生活背景を知ったうえで、面接を実施。面接後、対応の留意点を面接シートや計画書に落とし込み、対応を行なっている。		
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	施設見学時にご家族様のご要望に合わせて見学をご案内。現在の生活でお困りの点をヒアリング、当施設のケアの方針を根拠に、入所された際の暮らしのイメージをお伝えしている。		
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	現在の生活でお困りの点やご要望に応じて、当施設での暮らしのイメージをお伝えすると共に、他のサービスを利用した際のイメージを合わせてお伝えし、そのメリット・デメリットについて説明を行っている。		
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	ご本人のプライバシーや自尊心に配慮しながら自立支援を目指している。掃除や洗濯・調理・外出等で出来る事は共に行いながら、施設での生活に役割を持てる様に支援している。		
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	必要時には、カンファレンス等ご家族様に参加を呼びかけている。また、ご本人のみならずご家族の支援にも尽力している。		
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	ご家族やご友人の面会機会を設け、久しぶりにお会いするご家族やご友人に対して、キーパーソンにご了承を頂いた上で近況を報告しつつ可能な範囲で再来所を依頼する様努めている。	家族や、キーパーソンの了承を得て友人・知人との希望の場所(居室・ロビー等)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。家族と自宅等への外出も再開しており、現状は主として家族が中心となり、馴染みの場所との関係継続を支援している。今後、事業所として、ドライブ外出等馴染みの場所への外出を企画し、支援する予定である。	

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
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	ご入居様同士で実施するレクや体操、食事の場面などで、自然と関係性が築ける環境を作っている。また、食席や外出メンバー等も利用者の方々の関係性を考慮し臨機応変な対応を行っている。		
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	退所後の相談、連携を必要時に実施。その方の必要なケアに応じ、老健や特養等への支援を行う。同法人での退去の場合は、職員より近況を伺ったりしている。		
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	入居者様ごとに担当者を決め、担当者中心に、ご本人・ご家族様とコミュニケーションを図り、希望に沿える様に支援している。一人ひとりの思いをしっかりと尊重している。	利用者個々の思いや暮らし方の希望について、主として家族記入の「情報提供シート」を基に、生活歴・趣味・余暇等を把握している。また、入居面談時に作成した「私の歴史と暮らし方シート」・「面接シート」も活用しながら 家族・本人の意向等を把握し介護計画や支援に反映できるよう取り組んでいる。入居後、日々のコミュニケーションの中で把握した新しい情報があれば、「申し送り」に追記し、必要に応じて「介護記録」に入力して共有している。把握が困難な場合は、入居前の情報や、家族からの情報も参考にして把握に努めている。	
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	入居前、ご家族様に対し「面接シート」を用い、これまでの生活環境・日常生活の様子・在宅時のサービス内容等の把握に努めている。可能な限り、在宅時の介護支援専門員からも情報提供して頂いている。		
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	入居者様一人ひとりの過去の生活歴を基に、自分が得意としている部分(例:料理、洗濯、掃除、裁縫等)を職員と共に行う事により、主体性を持って過ごして頂いている。		

グループホーム アンジェリカ

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	関係各機関のご担当者意見を集約している。計画については、3カ月毎に担当者がモニタリングを実施、カンファレンスにて、担当者を中心にご本人の思い、施設の方針や健康状態を踏まえてケアプランに反映させている。	入居前サービスからの情報・「面接シート」・家族記入の「情報提供シート(ADLアセスメント含む)」・「私の歴史と暮らし方シート」等をもとに、暫定の「施設サービス計画(以下、計画)」を作成している。日々のサービスの実施状況を、「介護記録」「ケアチェック表」に記録している。「介護記録」は、計画に基づいた実施が記録できるよう工夫されている。検討事項があれば、毎月の「運営改善会議」で職員が議案を出し検討している。概ね1か月後に初回の「計画」を作成し、それ以降は定期的には4ヶ月毎に「計画」の見直しを行っている。見直しの際は、利用者担当職員が作成した「モニタリング」と、「アセスメントシート」での再アセスメント・介護記録等をもとに、介護支援専門員が「ケアカンファレンス」を開催している。「ケアカンファレンス」前に、家族の意向や主治医・歯科医等関係者の意見を把握し、議事録に記録し共有している。「ケアカンファレンス」での検討をもとに、介護支援専門員が評価を行い「モニタリング」に記載し、次回の「計画」につなげている。「計画」を家族に説明し同意を得た後で、「ご意向書」で家族の意向を把握し、「申し送り」で職員に共有し支援に反映している。	
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	計画書に基づいた日々のケアの記録を介護記録、ケアチェック表へ記入し、カンファレンスやショートミーティング時に見直しを行なっている。日々の変化や気づきについても同様にケアの見直しの材料としている。		
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	通院や買物、外出等に対して集団生活の中でも個別に対応が必要な場合も臨機応変に行っている。また、誕生日を祝う催しを行っている。		
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	ご家族やご友人、ボランティア、実習の方々の訪問を積極的に受け入れる。交流祭や地域のイベントへの参加を通して、地域の方々へのご理解とご協力を得ながら、開かれた施設となる様に努めている。		

グループホーム アンジェリカ

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
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	契約時に協力医療機関での往診の内容や費用についてを説明した上で、往診を希望されるか、入居前のかかりつけ医を継続されるかをお聞きして選択して頂いている。	契約時に協力医療機関について説明し、利用者・家族の意向に沿った受診を支援している。協力医療機関から月2回内科、希望に応じて歯科の訪問診療体制がある。入居前のかかりつけ医による訪問診療体制もある。協力医療機関については、「巡回報告書」の「コメント」欄で職員から診療前の利用者状況について情報提供し、医師の指示・協力医療機関の看護師の処置等は「身体状況」欄で共有している。入居前のかかりつけ医については、「診療情報提供書」を受領している。週1回協力医療機関の看護師や法人グループ内の看護師の訪問もあり、医療連携体制を構築している。通院受診については、家族同行を基本としているが、状況に応じて事業所職員が対応している。外部受診の結果は、家族経由で情報を把握し、「申し送り」「介護記録」で共有している。	
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	ご利用者様の体調について介護記録やケアチェック表を基に日々の体調の管理を行うと共に、体調の変動のある方については、電話等で直接連携を取り判断を仰ぐ事ができる。	/	
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。	近隣の病院の相談員の方々と連携をとり、状態が安定された方については、早期に受け入れを行う事を伝えつつ、利用者の方の状態に合わせた適切な環境に向けて、連携を図っている。	入院時には、かかりつけ医の「診療情報提供書」で、要請があれば電話や「介護サマリー」で情報提供している。入院中は、家族とも連携しながら医療ソーシャルワーカーと情報交換を行い、早期退院に向け支援している。退院時には、電話や「看護サマリー」で情報提供を受けて退院時の状況を共有し、退院後の状況に応じて計画を見直している。入院中の経過等は、「申し送り」で共有している。	

グループホーム アンジェリカ

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	見学や契約の際に重度化になった際の当施設の方針をお話し、納得した上でご入居頂く様に進めている。更に徐々に変化する心身状態に合わせて適切な環境の提案を行っている。	契約時に、重度化や終末期に向けた事業所の方針を「重度化した場合の対応にかかる指針」「看取りに関する指針」に沿って説明し、文書で同意を得ている。重度化を迎えた段階で、家族・主治医・事業所職員等でカンファレンスを実施し、主治医から状況説明があり、家族の意向確認を行っている。看取り介護の希望があれば、「看取りに関する同意書」で同意を得て、看取りに向けた介護計画を作成し、主治医・協力医療機関の看護師・介護職・家族等が連携し、家族の意向に沿った看取りを支援している。家族対応や支援についての経過は、「支援経過記録」「介護記録」で共有している。年間研修計画に沿って「ターミナルケア」研修をレポート形式で実施している。	
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	入職時に救急対応の方法についての研修を実施すると共に、アクシデントや救急対応が発生すれば教訓として、職員への振り返りを行う。リスクマネジメント委員会にて取り上げている。		
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回の避難訓練・消防訓練を行うと共に、消防署の方々より、ご意見を頂いている。災害時の地域の一時避難場所としての役割をになっている。	令和6年6月に、消防立ち合いで「避難訓練計画書」を基に、可能な利用者も参加して日中想定の実施訓練を実施し、「避難訓練結果報告書」を作成している。計画書・報告書の回覧により評価結果等を共有している。12月に夜間想定の上総合訓練訓練を実施し、「研修参加報告書」を作成している。BCP(事業継続計画)を策定しているが、BCP訓練・研修は、自然災害訓練とともに令和7年4月実施を予定している。災害時の地域の一時避難場所として自治会と協定を結んで地域と連携しており、自治会用として、別途に備蓄を行っている。事業所としての備蓄は2階に保管し管理者が管理しているが、現在整備中である。	

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
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	ご入居者様と接する際は、人生の先輩であるという尊敬の眼差しを常に持ちながら、日々出来た事に対する称賛や感謝を示す様に心がけている。	人格尊重や、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、「身体拘束・虐待防止委員会」での不適切な対応がないかの検討・「接遇マナー」「プライバシー保護」「倫理及び人権」「虐待、拘束」の研修等で、意識向上に取り組んでいる。管理者は、気になる声掛けや対応等について周知を図っている。利用者の写真・映像は、アンジェリカだより・Instagram・ブログ等に使用しているが、契約時に書面で同意を得ている。	
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	イベントへの参加等「やってみたいこと」のご希望を伺うように努めている。		
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	それぞれのご利用者のご要望を把握する。状態に併せて起床介助を行い、併せて朝食の提供を図っている。体調不良等によりお部屋での食事を希望される場合も臨機応変に対応している。		
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	衣類の選択を行って頂いたり、訪問での理美容を実施出来る環境を整備している。男性の方は髭剃りの状態を確認し、女性の方は、鏡や洗面台を綺麗にする等、お化粧品道具の使用環境を整備している。		

グループホーム アンジェリカ

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
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	材料の盛り付けやお米研ぎ、洗い物を習慣的に可能な限り一緒に取り組んでいる。今までの習慣を活かし役割をもった生活をして頂いている。	炊飯は各ユニットで行い、委託業者から届いた食事を湯煎・盛り付けて提供している。きざみ食等利用者の状態に応じた食事形態には、法人内の作業療法士・理学療法士・言語聴覚士と連携を図りながら委託業者が対応している。委託業者の献立に行楽弁当等季節感や行事食が採り入れられており、事業所でも寿司等の外食、ピザ・弁当等のデリバリー、流しそうめん等のイベント食の機会を設け、食事の変化が楽しめるよう取り組んでいる。また、誕生日にはケーキで祝っている。利用者が主体的に参加するちらし寿司等食事レクリエーションや、月見団子・ぜんざい等のおやつレクリエーションを企画し、日常的にも可能な利用者が、盛り付け・食器洗い等に参加できるよう支援している。「食生活レクリハ向上委員会」・業者との「給食会議」で把握・共有した利用者の希望等を献立に反映している。	
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	基本は食事量1600kcal(要相談)、水分量1000cc以上を目標とし、個別に器の大きさや、好み、タイミング、温度等に留意した提供を行っている。		
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	訪問歯科による定期健診を実施し必要な方は治療を行い口腔ケア時の留意点について指導を受けている。口腔ケアは毎食後実施しており、利用者の方の状態に合わせた対応を行っている。		
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	ケアチェック表を活用し、個別排泄のパターンを把握し、運動や水分の状況を考えて、必要な方は適宜トイレ案内や服薬調整を行っている。可能な限りトイレでの排泄を行えるよう支援している。	利用者の排泄の自立度の幅が大きい現状があるが、「ケアチェック表」で個々の排泄状況・排泄パターンを把握し、日中・夜間ともに個々に応じた支援を行っている。支援方法・排泄用品等日々の検討は、居室担当職員が中心となり職員の意見を収集して「申し送り」で共有し、現状に即した支援に繋げている。	

グループホーム アンジェリカ

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	摂食量の把握と個別に沿った食事内容を検討。散歩などで運動の機会を設けて腸の動きを助長させる取り組みを行っている。必要時は看護師による蠕動運動の確認。		
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	ご本人の体調に合わせて入浴して頂ける様に促しを行ない、拒否のある方は無理強ひせず、時間をずらす等して対応している。自身のペースでゆっくりと入浴して頂ける様にお声掛けしている。	週2回を基本にした入浴支援に対応し、体調や気分等に沿って、柔軟に対応している。可能な限り一般浴の個浴槽で入浴できるよう支援しているが、浴槽での入浴が困難な場合は、シャワー浴で対応し、清潔保持に努めている。希望があれば同性介助で対応している。実施状況を「ケアチェック表」で確認し、週2回の入浴機会の確保に努めている。希望に応じて入浴剤を使用する等、入浴が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	お一人お一人の生活習慣に沿って支援している。眠れないときは傍に寄りそったり、温かい飲み物を提供したりしている。室温や湿度にも留意し、シーツは定期交換を実施し、日々衛生的な環境を整備している。		
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	服薬管理表を用いて、ご利用者の方の服薬情報をファイリングすると共に、変更点について管理日誌に記録し用法や留意点の周知を図っている。		
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	掃除や洗濯・調理・外出等で出来る事は共に行いながら、施設での生活に役割を持てる様に支援している。また、外出、歌や体操・園芸、書道、季節行事も積極的に実施している。		
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	季節にもよるが、外出に出た際は、その目的に応じてスタッフを配置し、楽しんで外出して頂ける様、留意している。外出の必要性をご家族様にもお伝えしご協力頂いている。	散歩など、家族との外出を支援している。事業所では、少人数での「花のみち」散策や、日常的に駐車場での外気浴・気分転換の機会を設けている。		

グループホーム アンジェリカ

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	ご利用者様の状態に応じて施設管理かご本人管理かトラブルの無きよう協議。外出時に気に入ったものを購入出来る様に支援している。施設管理分に関しては、毎月ご家族に残金の報告を行っている。		
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	ご家族様からの電話を引き継いでお話頂いたり、状態に応じて携帯電話の持ち込みを了承している。年賀状や暑中見舞いの送付をお手伝いしている。		
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	リビングから川や山のその日の様子が望める事から季節感を自然と感ずる事が出来る。また、時間帯によって照明の明るさを調整しており、時間帯の把握が出来やすい様な環境を整備している。気温や湿度の管理、居室の清潔等の配慮も行っている。	リビングは窓からの採光があり明るく、空気清浄器、加湿器の設置・時間帯に応じた照明の調整等、感染予防や快適な環境整備を行っている。大きな窓から、市街が眺望でき、山・川の自然や季節の移り変わりが感じられる。テーブル・ソファ席等を配置し、思い思いにくつろげる環境である。各ユニットに季節に応じた造花・ぬり絵等の作品を飾り、季節感が感じられる。キッチンスペースが併設され、可能な利用者は、洗米・盛り付け・食器洗い・洗濯物たたみ等の家事参加により、生活感が感じられるよう支援している。日課として午前にはDVDを見ながら体操や歌、午後にはぬり絵等制作レクリエーションや季節に合わせた作品制作を行い、楽しみながら機能の維持・向上に取り組んでいる。広いエントランス・中庭・ウッドデッキ等を共用空間として活用している。	
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	廊下やリビング、エントランスにソファやベンチを置き、一息落ち着ける空間を作っている。		

グループホーム アンジェリカ

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
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	居室は備え付けの家具などは無く、シンプルな作りである。ご利用者様のご意向を確認しながら、出来るだけこれまでの在宅生活で使用していた家具や、大事にしているものを持ちこんで頂く様、ご相談している。	居室に、洗面台・クローゼット・ベッドが設置されている。寝具・筆筒・椅子・テーブル・テレビ・家族の写真・時計等使い慣れた家具、大切にしているもの等が持ち込まれ、また、壁にはぬり絵等自身の作品を飾り居心地よく安心して暮らせるよう支援している。動線に配慮して家具設置を行い、安全に自立に向けた生活ができるよう環境を整備している。利用者担当職員を配置し、家族と連携を図りながら衣替えや、居室の環境整備を行っている。	
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	廊下やトイレ、浴室に手すりが設置されており、移動や立ち上がりが不安定であっても、自身の力を活用して行動できる環境が整備されている。		