

### 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	2875201259		
法人名	有限会社 黎明		
事業所名	グループホームありあけ		
所在地	神戸市西区水谷1丁目11番21号		
自己評価作成日	令和3年9月27日	評価結果市町村受理日	令和4年1月4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3年10月23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)】

1. 入居者の自己意志・希望・人権を重視しそして安全の確保を忘れない
2. 家の次に居心地の良い所、家族の次に安心できる人として、家族とのパートナーシップを大切にしている。
3. 家族と共に地域と共に住み続けられる事を支援する。
以上のケアの姿勢 と入居者が、ゆっくり 楽しく 自分らしく 普通の当たり前の暮らしを支援しています。

#### 【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)】

住宅地の静かな環境にあり、季節感・家庭的な雰囲気・地域や家族とのつながりを大切に自立した生活が継続できるよう支援に取り組んでいる。調理・掃除・洗濯への個々に応じた参加を日課とし、介助時の残存能力の活用、心身機能の維持向上を図る日中活動等、日常生活中で生活リハビリにつなげている。ユニット毎の手作りの昼食を継続し、干し柿づくり・お弁当・好みのおやつ企画等、「食」が楽しめるよう工夫している。ケア会議で全利用者のアセスメントとモニタリングを毎月行い、利用者個々の行動をその人らしさと捉え、受容的な個別支援に取り組んでいる。毎月の「短信」で家族に体調や生活の様子を定期的に報告し、家族との信頼関係づくりに努めている。
---

#### 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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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)	<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	入所者の思いを第一に考え、これまでの生活と同じように暮らせるように、地域の住民の一人として存在できるように生活を支援する。	事業所の理念・基本方針を、玄関・各ユニットの事務所に掲示し共有を図っている。利用者尊重・家族との連携・地域交流・地域貢献の姿勢を表し、地域密着型サービスとしての意義・役割を明示している。職員の定着により理念の浸透が見られ、ユニット会議等で検討する際は理念に立ち戻り、日々の支援の中で理念の実践につなげるように取り組んでいる。	
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	コロナで中止になることが多いが、地域の行事や防災訓練に職員や入居者とともに参加していた。同じ地域で暮らしていることを互いに意識するようにしている。散歩のときには挨拶をしている。	通常は、散歩を日課とし、オープンガーデン・買い物・喫茶等に利用者と地域に出かける機会を設けている。地域行事への参加、秋祭りの神輿の立ち寄り、ボランティアや近隣の子供たちの来訪等、地域との交流がある。トライやるウィークの受け入れ・地域ケア会議への参加等、地域貢献にも取り組んでいる。コロナ禍のため外出や交流を控えているが、毎日の散歩は継続し、収穫した野菜等のおすそ分けがあり、自治会長や民生委員の協力もあり、可能な形で地域との関係が継続できるよう努めている。	
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	コロナの為、運営推進会議を書面で行っております。入所者の現在の状況を報告し、地域の方々にも理解していただき情報の共有を行う。参加された方の問い合わせにもこたえられるようにしている。		

グループホームありあけ

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	書面ではありますが、運営推進会議で行事やレクリエーションを行った内容を報告し、情報の共有を行う。自治会長やあんすこにもご意見を頂けるようにしている。地域に密着したサービスの向上について話し合いも行う。	利用者・家族・地域包括支援センター職員・地域代表（自治会長・民生委員）・知見者（他事業所職員）を構成メンバーとし、通常は2ヶ月に1回開催している。コロナ禍のため開催を休止し、議事録を郵送し、入居者状況・事業所状況・行事等について報告している。入居者状況については、災害時等の地域との協力体制を想定し、介護度や車いす利用者数等詳細に伝えている。議事録に返信用紙を同封し、構成メンバーから意見・情報・質問等の返信があれば、次回の議事録でフィードバックするようにしている。議事録は、玄関の掲示板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取り組んでいる	運営推進会議を書面で行うことにより、あんすこの連携を取りやすくしている。空き情報を伝え紹介してもらったり、困難事例の対応等を意見交換している。	運営推進会議を通して地域包括支援センターとの連携がある。「西区グループホーム連絡会」開催時には参加し、区の職員の参加もあり、意見・情報交換等を行っている。福祉の支援を要する利用者への支援を、区の保護課と協働して行っている。コロナ対策・ワクチン接種・物品支給等について市から情報提供があり、事業所からも報告等を行い連携している。区の保健所の巡回があり、コロナ対策について相談し助言を得ている。	
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	施設内研修を定期的に行う。3か月に1回身体拘束委員会を開催し拘束がないかの見直しをしたり、拘束につながらないようなケアの見直しをしている。	「身体拘束適正化に関する指針」を作成し、身体拘束を行わないケアを実践している。3ヶ月に1回、ユニット毎に「身体拘束委員会」を実施している。委員会では、身体拘束事例0件の確認を行い、ユニット内の全利用者について、危機予測と拘束をしない事故予防策を検討し共有している。「身体拘束廃止」について、年2回テスト形式の研修を実施している。ユニット内に、「言葉による拘束」を掲示して意識づけを行っている。ユニットのドア・玄関の開錠は操作が必要であるが、散歩を日課とし、外に出たい希望があればその都度対応し、閉塞感を感じないように努めている。	委員会の内容の職員周知を明確にする工夫が望まれます。

グループホームありあけ

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	定期的に虐待の研修を行い、知識の共有を行う。職員間でもストレスをため込まないように意見を言いやすい環境を整えるように努め、発生・防止に努めている。	「虐待防止」についても、上記と同様テスト方式の研修を年に1回実施している。虐待防止ポスターを掲示し、意識付けを行っている。各ユニットで意見が言いやすく相談しやすい、お互いに協力しあえる環境づくりに努め、毎月のユニット会議で利用者一人ひとりについて詳細な報告と検討を行い、職員のストレスや不安等がケアに影響しないように取り組んでいる。	
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	施設内研修・ご利用者の後見人から直接話を聞き学んでいる。学んで得た知識をご利用者家族に反映できるように努めている。	「権利擁護に関する制度」についても、上記と同様テスト方式の研修を年に1回実施している。成年後見制度を利用している利用者が複数名あり、事業所として、金銭管理関連の書類の送付や生活状況の報告等、制度利用のための支援を行っている。実務を通して管理者が学んだことを、職員と共有したり利用者支援に活かしている。今後も制度利用の必要性や家族からの相談があれば、管理者が窓口となり関係機関と連携して支援する仕組みが。	
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	契約書・重要事項説明書は説明時に不安や疑問点の解消に努力している。ご家族にわかりやすい言葉に言い換えを行い、ご家族のペースに合わせて都度確認しながら納得していただけるように努めている。	入居申し込みの前に見学を勧め、環境や設備面の説明を行い、パンフレットに沿ってサービス内容や費用等を説明している。契約時には、契約書・重要事項説明書・各種同意書に沿って、項目ごとに質問を受けながら、理解しやすい言葉で説明している。特に、費用や重度化・終末期対応については詳細に説明している。契約内容の改定時は、改定内容を説明した書面を郵送し、内容に応じて文書で同意を得ている。契約の終了時には、契約書の条項に沿って、円滑な移行のための支援を行っている。	

グループホームありあけ

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	意見・苦情についてはスタッフ・管理者へも直接話せるように日頃から務めている。一カ月の様子を報告する際にも働きかけている。面会時にはケアプランの説明とともにご意見を取り入れるようにしている。	コロナ禍のため家族の面会が困難な状況であるが、電話連絡の際に近況を伝え、毎月の「短信欄」で利用者個々の体調面・生活面を報告し、意見や要望の把握に努めている。写真を添えて郵送することもある。時期に応じて、窓越しの面会やタブレットでのリモート面会ができるよう工夫している。家族からの意見・要望は「生活記録」に記録して共有している。運営推進会議に利用者・家族の参加があり、外部者へ意見等を表す機会も設けている。	
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	ケア会議時に職員の意見を話し合い、管理者に報告し判断をゆだねている。個別に話す機会もあり、個々の意見を反映できる環境も作っている。	月1回各ユニットでケア会議を開催し、利用者一人ひとりについて、1カ月の様子を担当者が報告しモニタリングを行っている。業務についても会議内で検討している。議事録に会議の内容が詳細に整理され、参加できなかった職員は、議事録の供覧により周知を図っている。日々の申し送り時に検討・共有し、「申し送りノート」でユニット内の共有を図っている。代表者・管理者・ユニットリーダーが、随時、個別に職員の意見・提案を聴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	全ユニットとかかわりを持ち、リーダーから職員の意見を聞いている。勤務状況や環境の整備の必要性などを把握した上で検討している。職員の希望日数・希望休暇にはできるだけ沿うようにしている。		
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	経験・能力を把握し段階を踏みながら研修への参加の機会を確保している。内部研修・外部研修を受け報告することや、ケア会議などで知識の共有を図っている。		

グループホームありあけ

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
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での情報交換を行っている。急ぎの問い合わせ等あれば空いている施設を紹介している。地域の研修や勉強会等参加を呼び掛けている。		
<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	利用開始前の面談でご本人の現在の生活状況・困りごとなど細かなアセスメントをしている。ご本人が利用に対する不安を解消できるようご本人の言葉も引き出すようにしている。		
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	サービス導入前にはご本人ニーズとご家族のニーズも詳しくうかがうようにしている。要望に対してできる方向性と取り組みを考えるようにしている。		
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	本人・ご家族の意向をふまえたサービスを考え、十分なアセスメントと生活歴を把握したうえで計画書を作成し、提供している。必ず評価を行いご家族の意見を仰いでいる。		
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	理念の通り「助け合い」を常に意識しそれぞれできることは協力していただいて感謝の気持ちを伝えるようにしている。ご利用者は人生の先輩として敬うべき存在として接するようになっている。		
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	ご家族と利用者がお互いにいたわり合えるように両者の立場から話している、ご家族の協力をお願いすることもあり、職員とともにご利用者を支えている。		

グループホームありあけ

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
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	友人・知人の電話を引き継いだり、年賀状で元気であることを伝えることなどの支援をしている。必要であれば介入もしている。	コロナ禍のため面会や外出が困難な状況であるが、状況を勘案しながらの窓越しの面会やタブレットでのリモート面会等、面会ができるよう工夫している。また、毎月の「短信欄」・電話・手紙・はがき等で、馴染みの関係が継続できるよう支援している。	
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	常にご利用者同士の関係を把握しており、その時に応じて楽しめるような配置を考慮している。また孤立しないように職員も介入してかわりを増やしお互いを支える関係づくりを務めている。		
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	利用が終了しても、運営推進会議に参加していただいている。外出先で出会うこともあり、挨拶をしている。ご親族の方や知り合いの方を紹介していただき、見学・入居申し込み等ある。		
<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	日々のご利用者との会話から、意見を聞いたり思いをくみ取りスタッフ間で共有し、話し合い、日々の援助に反映させている、意思疎通の困難な方についてはご家族の意見や生活歴を参考にしたり、表情や反応からくみ取り、スタッフで話し合い、本人本位の生活になるよう取り組んでいる	入居時に把握した思いや暮らし方の希望は「入所時の記録」に記録し、入居後のコミュニケーションで把握した内容は「生活記録」やケア会議で共有している。把握した思いや意向を、支援や介護計画に反映できるよう取り組んでいる。把握が困難な利用者については、日々の生活の様子、表情や反応等から汲み取ったり、生活歴、家族からの意見・情報を参考に、その人らしい生活が継続できるよう支援に努めている。	

グループホームありあけ

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	入居時に生活歴や人生史より情報収集を行い、ご本人やご家族からこれまでの生活スタイルを教えていただき、これまでの暮らしの把握に努めている。面接時には自宅に訪問できるときは行き、環境を把握するようにしている。		
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	一日の流れに沿って個々の一日の記録に詳しい様子を記入し、把握できるように努めている。スタッフ間で話し合いその時ごとの現状把握ができるように努めている。		
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	毎月ご本人・ご家族様から思いや意見を聞き、話し合い介護計画を立てている。毎月モニタリング評価を行い、会議で変更の必要性を検討し、見直している。状況や様態の変化等があれば、状態に合わせ速やかに変更している。	入所前の情報・「入所時の記録」・「生活歴」等をもとに、初回の介護計画を作成している。日々のサービスの実施状況は「生活記録」に記録し、日中・夜間の状態や様子を詳細に記録している。介護計画のサービス内容の実施状況を確認できる書式の工夫があり、計画内容の周知にもつながっている。毎月、「ケアの経過」による再アセスメント、評価表によるモニタリング、ケア会議内での担当者会議を行っている。毎月の再アセスメント・モニタリング・担当者会議の結果と、6ヶ月毎の「予測されるリスク・予防策」の検討をもとに、定期的には6ヶ月毎に介護計画の見直しを行っている。関係者等の意見があれば、担当者会議の議事録に記録している。「生活機能(ICF)アセスメント」にも取り組んでいる。	家族の同意を明確に記録する工夫が望まれます。
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	各個人の記録に、日中・夜間の様子を細かく記入し、心身の変化や希望等の気づきを分かりやすいようにしている。各担当者は詳しく把握し気づきや変化を報告する。スタッフ間で話し合い、情報の共有を行いケアの実践や介護計画の見直しに活かしている。		
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	ご家族の状況によりご本人が希望されRていることは電話で確認の上対応させて頂いている。病院受診や入退院時に同行させて頂く事もある。必要な入院支援等できることを行っている。		



グループホームありあけ

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
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	地域での取り組みや行事などは運営推進会議で自治会長・民生委員・あんすこの方から情報を得ている。散歩時には挨拶をかわし地域の一員として生活している。顔見知りになった畑作業をしている方に野菜を分けさせていただいたこともある。	/	
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	2週に1回往診していただいている。電話やFAXで様子を伝え助言などいただいております。必要時には随時往診していただいております。緊急時にはすぐに対応できるよう願っています。症状に応じて適切な医療機関への紹介状を作成して頂いている。	契約時に利用者・家族の受診についての意向を確認し支援している。2週に1回内科の往診、必要時に歯科・整形外科・泌尿器科の往診を受けられる体制がある。事業所の看護師が利用者個々の「生活記録」に1週間の様子を記録し、往診時に医師に報告している。医師からの所見や指示があれば、「生活記録」に記録している。通院については家族対応を基本としているが、状況に応じて事業所が同行支援している。通院の受診内容は「医療連携表」に記録している。		
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	ご利用者の状態や症状を看護師に報告、相談し情報共有を行う。いないときには電話で相談し、指示を仰いでいる。	/	
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。	入院時には地域連携室と連絡を取り合い早期の退院に向けて情報交換や相談をしている。お見舞いに行きご利用者の不安を軽減できるように支援している。退院前には看護サマリーを早めにもらい情報の共有と支援方法の検討をスタッフ間で行っている。退院時カンファレンスにも参加の声掛けがあれば参加している。	入院時には「介護サマリー」等で病院に情報提供している。入院中、通常は面会に行き、利用者の不安軽減と状況把握を行うが、現在は、主に電話で医療連携室と情報交換し早期退院に向けて支援している。入院中の情報は「生活記録」に記録し、職員間で共有している。退院前は早めに「看護サマリー」の提供を受け、開催があれば退院前カンファレンスに参加している。把握した情報をもとに、ユニット内で退院後の支援について検討している。		

グループホームありあけ

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	契約時には必ず終末期のことを説明している。状態に変化があればその都度ご家族と主治医と話し合い、方針を決めている。本人とご家族の意向に沿いながら主治医と密に連携し支援している。ケアはご本人が苦痛を感じることをないように安心できるケアを心がけている。	契約時に「重度化対応指針」に沿って重度化・終末期に向けた事業所の方針を説明し、「意向確認書」で家族の意向を確認している。重度化・終末期を迎えた段階で、主治医が家族に状態を説明し、家族の意向を再確認している。看取り介護の希望があれば、看取りに向けた介護計画を作成し、主治医と連携を密にし、家族の意向に沿った支援に取り組んでいる。家族との話し合いの経過を「生活記録」の「家人の連絡・相談」欄や別紙記録に記録している。「終末期ケア・看取り介護研修」を実施している。	
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	緊急時の対応について学習・研修を受けている。緊急時のマニュアルや対応について職員全体に回覧・実施している。		
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	年に2回避難訓練を実施している。日中・夜間を想定した避難訓練を定期的に行っている。毎回実施後には反省会をし、記録している。	1年に2回災害訓練を行い、1回は火災時対応の総合訓練を主に夜間想定で実施し、他1回は昼間の地震想定の実施している。事前に「訓練の手順」を作成し、訓練後に反省会を行いユニットごとに課題等を記録している。参加できなかった職員は、訓練の手順書・感想を供覧し周知を図っている。通常は、地域の災害訓練に参加し、運営推進会議で災害対応について情報交換を行い、地域との協力体制を築いている。水・米・カセットコンロ・懐中電灯などの備蓄を行っている。	

グループホームありあけ

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>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	日々の生活の中で親しく会話しているが、年長者である事を意識し、気持ちやプライバシーを尊重した言葉かけやかかわりとなるよう心掛けている。トイレ誘導時は本人だけに聞こえるように留意している。プライバシー保護についての研修も行い理解を深める機会を持つてる。	「個人情報保護・プライバシーの理解」「接遇マニュアルについての研修」「認知症研修」を実施し、利用者尊重やプライバシー保護について学ぶ機会を毎年設けている。その中で、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理解を深め実践につなげている。個人情報に関わるファイルは、事務所や各フロアの鍵のかかるキャビネットに保管している。掲示・研修等に使用する写真について、書面で区分同意を得ている。	
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	日々どう過ごしたいか、希望等聞いている。意思表示が難しい方にも、表情や言動からも気持ちをくみ取ったり、閉じた質問をしたりして、できるだけご本人に決めてもらえるように働きかけている。		
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し、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	日課や一日の流れはある程度決まっている。「好きなテレビ(野球・相撲・時代劇等)があるから部屋で見たい」と言われるご利用者には掃除・散歩・ラジオ体操などの参加を無理強いせずテレビを見て過ごしていただく。一人一人のペースを大切にし、希望に沿いながら支援をしている。		
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	2か月に1回訪問美容に来てもらい、季節に合った内装に整えてカットしてもらっている。毛染めの希望があれば同時に行っている。衣類はご本人に基本的に選んでいただき、選べない場合も選択できるようにしてご本人の意向を反映するようにしている。		

グループホームありあけ

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)		<p>○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</p>	<p>献立は季節の物やご利用者の好みを取り入れている。ご利用者とともに買い物に行っている。皮むき・台拭き・お茶入れ・配膳・下膳・食器洗い等食事に関する一連の流れをそれぞれできる利用者とともにやっている。</p>	<p>朝食・夕食は委託業者からの搬入があり、温めて提供している。昼食はユニットごとに献立を考え、手作りの食事を提供している。ユニット内で利用者の希望を聴き、季節感や行事食を取り入れた献立作りを行っている。利用者個々の食事形態にも対応している。通常は利用者と一緒に食材の買い物に行っているが、コロナ禍のため休止している。利用者の得意や希望に応じて、食材の下準備・テーブル拭き・配膳・下膳・食器洗い等に参加できるよう支援している。公平に分担できるように「当番表」を作成しているユニットもある。外食は休止しているが、地域の人気店のお弁当を注文したり、おやつ作り・干し柿作り等、食事の変化が楽しめる工夫を行っている。</p>	
41			<p>○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</p>	<p>日々の食事量や水分量を把握している。水分量が少ない時には好みの飲み物を提供し、必要量を確保できるように努めている。食事量が少ない時が続く時は好みの物を提供し食事量や栄養を確保できるように努めている。日々の状態に応じて食べやすい大きさ・形態で提供し、栄養摂取や水分確保の支援をしている。</p>		
42			<p>○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</p>	<p>個人に応じて声掛け・介助にて口腔ケアを毎食後行っている。毎週歯科往診があり、必要に応じて義歯の調整やブラッシング等とこなっている。その方に適した口腔ケアの相談も行っている。</p>		

グループホームありあけ

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	失禁が目立つようになると排泄パターンを把握してトイレ誘導を行うことで排泄の自信と、トイレに行くことの認識を持っていただけるようにしている。なるべくADLを低下させないように脚力の維持の運動や下着の上げ下げ等自力でできるように声掛けしている。	ほぼ自立からベッド上でのオムツ交換まで、排泄の自立度に個人差が大きい状況である。「1日の記録」に記録し、利用者個々の排泄状況・排泄パターンを把握し、可能な限りトイレでの排泄を支援している。脚力維持の運動や、介助時の自立支援に向けた声かけ等、ADLの低下予防・自立支援に努めている。毎月のケア会議で利用者個々の状況を共有し、介助方法や排泄用品の検討を行っている。排泄支援時のプライバシーへの配慮について、職員間で理解を深め実践につなげている。	
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	体操・ストレッチを行い水分量の把握・食物繊維の多い食べ物・ヨーグルト等、運動面と食事面で気をつけている。必要時に服薬調整を行っている。おむつ着用のご利用者にも適宜便座に座り排便を促している。		
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	マンツーマンで入浴している。入浴の声掛けに拒否があったときは時間を置き、再度声掛けすることでスムーズに入浴してもらっている。拒否のあるご利用者には本人のタイミングがつかみやすいように時間的に余裕を持って声掛けしている。	週2回の入浴を基本とし、個浴でゆっくり入浴できるよう支援している。体調や気分に応じて、時間や日を変えて柔軟に対応し、「生活記録」で入浴状況を把握し、入浴機会が確保できるように配慮している。毎月のケア会議で利用者個々の状況を把握し、状況に応じて2人介助やシャワー浴を取り入れ、安全に入浴できるように支援している。同性介助の希望があれば同性で対応している。入浴を嫌がる利用者には声かけやタイミングを工夫し、日を変更できるよう余裕を持って対応している。ゆず湯・菖蒲湯など季節を楽しむ機会も設けている。	

グループホームありあけ

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
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	一人一人の生活習慣を知り、居室にて休んでいただいたりソファや畳を敷いて休憩していただいている。入眠前に不安発言のある時は傾聴し、おにぎりや軽食・暖かい牛乳などを提供している。		
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	すべての職員が今服用されている薬が分かるように、効用・副作用・朝・昼・夕・眠前の表を作っている。薬の変更があったときには薬局から変更内容を分かりやすく説明書に表紙をつけてそこに記入してくれている。		
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	生活歴やご家族・ご本人から伺った話を参考に塗り絵・切り絵・散歩・メニュー書き・カレンダー交換・食事のあいさつ等、残存機能を生かした楽しみ方・役割を持っている。他者へのお声掛けも行っていたり、コミュニケーションとなっている。		
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支援している	コロナウイルスの影響により外出は極力控えている。散歩は毎日行っている。緊急事態宣言が出ていない時は買い物と一緒に、初詣やお花見等、希望されたので飲食を避けて行った。	通常は、散歩や食材の買い物等の日常的な外出、地域行事への参加、初詣・花見等季節の外出、遠足行事等の外出支援に取り組んでいる。車いすや介護タクシー等を利用し、希望する利用者が機会均等に出かけられるよう支援している。コロナ禍のため外出が困難な状況であるが、日課としての散歩は継続し、近隣の花見、ドライブ等、感染予防策を徹底しながら外出できるよう工夫している。また、玄関前のスペースでのラジオ体操、ベンチでの外気浴、プランターでの花や野菜の世話や収穫など、戸外に出て気分転換できるよう支援している。	

グループホームありあけ

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
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	ご自分での管理ができる場合、ご家族の同意を得たうえで苑内にある自動販売機での購入や、買い物同時にご本人がジュースやコーヒー等購入できる支援をしている。		
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	ご利用者が携帯電話をお持ちの方はご自由に使っていただき、ご家族との会話を楽しまれている。苑の電話を使ってお話しされることもできる。年賀状も出しておりご友人から来た年賀状には返事を書くように促している		
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	リビングには季節の花を飾ったり壁画等レクリエーションで作ったものを飾っている。生活音としてのテレビの音・調理の音・においも心地よいように配慮している。温度計・湿度計を置きチェックを都度行っている。掃除時には窓を開け換気を必ず行っている。	各ユニットの共用空間はゆったり広く、温湿度管理・換気・掃除・消毒を強化し、快適で清潔な環境づくりに努めている。利用者と一緒に制作した壁画や作品、季節の花等を飾り、季節感が感じられる。キッチンから調理の音や匂いが感じられ、調理(準備・後片付け)・掃除(モップ・ほうき・雑巾)・洗濯(干し・たたみ)など家事への参加を通して生活感を取り入れ、生活リハビリにもなっている。テーブル席・テレビ前にソファのコーナーがあり、各々の席で落ち着いて寛げるよう配慮している。また、ラジオ体操・脳トレ(クイズ・計算・漢字等)・塗り絵等、個々の趣味や得意に合わせて、リビングで日中活動できるように支援している。	
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	リビングにはご本人の席があり、ゆったり過ごしている。テレビ前にはソファを置きそれぞれが思い思いに過ごせるように工夫している。		

グループホームありあけ

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	入居時にできるだけご自宅にあったものを持ってきていただくようにしている。各居室にボード等設置し、ご家族の写真や飼っていた犬の写真を飾ったりしておちついて暮らせる空間づくりをしている。	各居室にベッド・クローゼット等が設置されている。使い慣れた家具(筆筒・椅子・テレビ等)や好みの物(ぬいぐるみ・鉢植え等)を置き、自宅に近い環境づくりができるように支援している。安全な動線の確保を考慮して、レイアウトを検討している。各居室にボードを設置し、家族やペットの写真・制作した作品・家族や職員から贈られたカード等を飾っている。居室担当職員を設け、表札を手作りしたり、家族と連携しながら衣替えや物品整理を行っている。	
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	アセスメントや日常生活動作を通してできること・できるかもしれないことを見守り、一緒に行うことで不安のない安心した生活環境を整えている。		