

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2190100244		
法人名	株式会社のみ		
事業所名	グループホーム翔あかなべ 1F		
所在地	岐阜県岐阜市茜部中島1丁目38番地2		
自己評価作成日	令和4年12月29日	評価結果市町村受理日	令和5年3月22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	https://www.kajokensaku.mhlw.go.jp/21/index.php?action=kouhou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=2190100244-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
所在地	岐阜県関市市平賀大知洞566-1		
訪問調査日	令和5年2月17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グループ本社の企業理念である「良いものを安く提供する」を福祉事業の中で実践することを目指しています。特にコロナ禍で経済状況も厳しい中、生活保護の方の受入も積極的に行っています。
 ②毎月のスタッフ会議では、利用者様のADLばかりでなく、QOLをどのように高めていくか職員全員で話し合っています。また、ご家族・関係者様の希望に関しても期待にそえるように随時の検討を重ねています。
 ③コロナウィルス感染を防止するために、職員にはエントランスでの体温チェックとマスク着用、手指消毒の励行、外部の来訪者には体調・連絡先の記入の義務付けや、ドアノブ等手の触れるところの消毒等を継続して行っています。

【外部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)】

利用者・家族と職員の関係性はよく、ホーム全体で利用者一人ひとりを支援する体制が取られている。利用者の現状を職員間で共有し、利用者ができること・したいことが叶えられるようにチームで支援している。利用者が、その人らしい生活を維持・継続できるように取り組んでいる。
 生活保護受給者でも利用できる料金体系を維持し、企業理念である「良いものを安く提供する」を実践している。数名の生活保護受給者が入居しており、行政とも連携した支援に取り組んでいる。
 災害対策に於いては、避難・通報訓練などで消防署から通報内容などの指摘を受け、て改善対応を行った。過去の水害での冠水被害から、ブロック塀のかさ上げや避難時の混乱防止対応など、経験を活かした対策が取られている。

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)	○	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と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				

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	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	事業所理念を施設内に掲示するだけでなく、運営の指針にも通底させることを心掛けている。	「翔あかなべはひとつの家族」の経営理念の下、月1回のミーティングで利用者への支援方法を話し合い、活動目標を作成している。その理念に沿い、利用者が自分らしく生活できるよう取り組んでいる。	
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	開設から10年以上が経過しており、地域においても存在が知られるところとなっている。	町内会に参加し、回覧板や町内会長との交流等から地域情報も得られ地域認知度は高い。近隣の美容院とは懇意な関係を築き、訪問美容として訪れるほか、入居者の紹介等も得られている。	
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	情勢もあり、外部との直接的な接触交流はほとんど行っていないものの、電話等による相談受付、対応は行っている。		
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	運営推進会議に代わり、運営状況の報告を書面にて行っている。	運営推進会議は、隔月に書面開催されている。会議メンバーには、ホームの運営状況などを中心に、書面で報告している。来年度からは、対面での通常開催が検討されている。	
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	必要に応じて市の担当とコンタクトをとっている他、通達要請等は現場レベルまで回覧し対応している。	生活保護受給者の入居があり、行政とは電話やFAX等で報告・連絡をとっている。ホーム運営に関しては、助成金や補助金も活用している。地域包括支援センターと連携し、空き状況等を伝えている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	身体拘束禁止の趣旨について、リーダーが中心となって職員に原則禁止であることとその重要性を説明周知するようにしている。	3ヶ月ごとに身体拘束廃止委員会を開催し、身体拘束の有無や必要性など、現状の支援状況を基に話し合っている。毎月のフロアミーティングで、不適切ケアに関する知識等を周知し、全職員への理解浸透を図っている。	
7		○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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待行為を未然に防ぐべく、虐待の芽となりそうな状況を察知した段階でスタッフに注意を促している。		

自己	外部	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		○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	対応が必要と思われる利用者がある場合は、職員に周知しながら利用への支援へ結びつける。		
9		○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、及び解約時、内容の変更時は個別の会話と説明文により理解を得ている。		
10	(6)	○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	施設内では運営推進会議、苦情受付フォーマットの整備を行っている。同時に、ご家族には外部第三者機関への連絡先を入居時に案内している。	毎月のお便りの他、隔月にはより詳細な状況をお便りに加えている。家族は意見や要望を言い出しやすく、面会や電話連絡時に聞き取っている。最近ではメール活用の要望もあり、検討が始まっている。	
11	(7)	○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	毎月の定例会議や、検討会等で意見交流の場を持ち、トップダウンではない運営を実施している。	職員から、業務負荷の偏り改善やレクリエーションの増加等、日常業務の中でも意見・提案が出されている。試行実施に続いて評価を行い、改善やホーム運営への反映を図っている。	
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	各スタッフとの会話(相談、要望等が話せる場を設ける。)をユニットリーダー・施設長が定期的に行ったり、フロアの状況を把握する等の努力をしている。		
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	定例の会議内で参考文献の読み合わせを行うなどの勉強会を開催している。 新人スタッフには事業所内で介助方法についてレクチャーをする場を設けることもある。		
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	グループホーム協議会と連携し情報共有を行っている。		

自己	外部	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	本人の思いや不安をきき、安心してもらえるように努めている。 又、本人の人となりをつかみケアに繋げるようにしている。		
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	ご家族側のペースで自由に思いを語れる雰囲気を作りながら相談に応じ、そうした会話の中からの気づきとしてニーズを抽出している。		
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	最初期はケアの短期目標そのものを「必要な支援の見極め」とし、アセスメントを通して効率よく課題を整理することに努めている。		
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	折に触れて利用者ご自身の特技長所やバックボーンについてスタッフ間で話し、ひとりの人間としてリスペクトする対象として捉えることを意識している。		
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	計画作成時にご家族の意向を反映できるようなヒアリングを意識している。また、支援者の一員としてこちらから“頼る”というアプローチも時として行っている。		
20	(8)	○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	平生であれば、ご家族だけでなくご友人知人等の面会もほぼ制限なく受入れている。	家族の他、親族や友人知人の面会も受け入れ、電話や手紙等の通信支援も行うことで、人的な交流の継続を図っている。新聞の購読など、趣味や生活習慣の維持・継続に取り組んでいる。	
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	利用者同士の会話やりとりを見守り、コミュニケーションのフォローに入っている。 直接コミュニケーションがとれるよう、共同で生活リハビリを行ってもらえるよう支援している。		

自己	外部	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	退居時に円滑に次の生活の場への移行ができるよう支援することを入居契約にさだめ、必要に応じてそのように支援している。		
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	(9)	○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	本人の発言や行動から思いを読み取り、本人にとって望ましい生活の在り方を考えている。	日常の関りの中で、発語や表情・仕草等の観察から、利用者の思いや意向の把握に努めている。介護記録や申し送りを利用し、職員間で共有している。実施可能な支援を検討し、可能な限り叶えている。	
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	本人、あるいはご家族に以前のご本人の様子などをうかがい、どういった生活をしてきたのか、どのような習慣があるのか(ありそうなのか)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	いちスタッフの経験則だけで「できる」「できない」を決めつけず、その人がその人なりにできる範囲を把握するよう努めている。		
26	(10)	○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	介護計画は課題と期間を可能な限り具体的に定めるようにつとめ、支援現場できちんと“使える物差し”として機能させるべく作成している。	介護支援専門員も介護を担当し、日常の利用者の状況を理解している。介護計画更新時にモニタリングを行い、職員意見も聞き取って評価した上で、利用者の意向を尊重した介護計画を作成している。	
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	その利用者の状態に応じて必要な情報をピックアップし、そのポイントについての記述に重点を置くよう計画作成担当者から随時指示を出している。		
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	ニーズ＝目的をみたくす為のアイデアを自由に出し合い、「まずはやってみる」を心掛けている。		

自己	外部	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	自治会長、消防署、警察署、近隣住民などの協力を得て、利用者の安全な暮らしを支援している。		
30	(11)	○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、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	かかりつけ医は原則ご家族ご本人の意向に沿って決めている。 決めかねている場合は妥当と思われる病院を紹介している。	かかりつけ医は、利用者・家族の意向に沿って決められている。協力医の月2回の訪問診療があり、薬剤師も同席している。通院受診は家族対応が基本であるが、ホームで柔軟に対応することもある。	
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	日々、利用者の健康状態を把握し、些細な変化など、見逃さないよう、早期発見に努めている。		
32		○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。	入院時には本人の支援方法に関する情報を医療機関に提供し、家族、医療機関、施設職員等、カンファレンスなどを行い、情報交換し、退院支援に結び付けている。		
33	(12)	○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	医師、看護師、家族、施設職員など、カンファレンスを行い、施設が対応できる内容を検討し、チームで支援に取り組んでいる。	入居時に「重度化指針」を説明し、利用者・家族の意向を確認している。重度化に伴い、医師や家族を含めて支援方法を話し合っている。医療的ケアがない等の条件が揃えば、家族や医師、看護師の協力を得てホームでの看取りを行っている。	
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	救急車が到着するまでの応急処置や準備をすることなど、会議で話し合ったり、AEDの使用方法などを研修し、緊急の場合に備えている。		
35	(13)	○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	災害時に昼夜を問わず、利用者が避難できるように消防署の協力を得て、防災訓練を定期的実施している。(現在は延期となっている。)	年2回、夜間想定での避難・初期消火・通報訓練を行い、AEDも含め設備・機器の操作確認を行っている。過去には水害被害もあり、ブロック塀をかさ上げして、ホームの冠水防止に努めている。	

自己	外部	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	(14)	○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	一人一人に合った声掛けをし、利用者の人格を尊重しつつ、プライバシーを損ねない様に対応している。	利用者の権利擁護や、プライバシー確保等は、毎月のミーティングで話し合っている。日常支援の中のOJTでも、職員周知を図っている。無理強いせず、声掛けや接遇等は、利用者に配慮して対応している。	
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	本人の要望を聞き、本人の思いに添えるようにしている。		
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	一人一人のできる事が異なっているので、それぞれのペースに合わせてながら日々をおくっている。		
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	季節に合った服装や衣類の汚れやほつれなどに気を付け、清潔であるように心がけている。髪の毛のカットは近隣の美容院の協力を得たり、施設職員が行ったりしている。		
40	(15)	○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	介護度により、一人一人の食事形態が異なるが、その人なりに食事を楽しむことが出来るように、準備、調理、片付け等、利用者と共に出来るように努めている。	調理はホームで行い、嗜好や嚥下状態も考慮して提供方法を工夫している。季節に合わせた行事食も取り入れ、食が進むよう努めている。調理や下拵え、後片付け等には、利用者の協力がある。	
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	一人一人の状態に合わせて提供方法を考え、十分な栄養摂取ができる様に支援している。		
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、一人一人に応じた介助方法で口腔ケアを行っている。 歯科医に相談し、介助方法を教えてもらう事もある。		

自己	外部	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	(16)	○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	排泄チェック表を使用し、尿意のない利用者にも時間を見計らって誘導することにより、トイレで排泄ができる様に支援している。布パンツの使用を試みることも行っている。	「排泄チェック表」を利用し、声掛け・誘導によりトイレでの排泄を基本としている。家族とも相談し、利用者の状態により職員間で支援方法を話し合い、失禁パンツから布パンツへ改善した事例もある。	
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	毎日のラジオ体操と水分補給の徹底を行い、便秘対策に取り組んでいる。身体を動かすことの大切さを常に意識するようにしている。		
45	(17)	○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	入浴を拒む人に対しての言葉かけや対応の工夫、チームプレイ等によって、一人一人に合わせた入浴を試みている。	週2～3回の入浴機会がある。拘りの石鹸やシャンプーを使う利用者もいる。拒否があっても無理強いせず、時間や日にちを変え、声掛けや会話を楽しみながら、寛いで入浴できるよう努めている。	
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	なるべく日中の活動を促し、生活リズムを整えるように努めている。		
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	服薬による副作用(食欲低下、便秘や下痢、表情や活動の抑制等)がないかの確認を日常の中で行っている。変化が現れた時は担当薬剤師に相談をしている。		
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	習慣、希望、有する力を踏まえ、何がその人の役割や楽しみごとになり得るかを把握し、支援している。		
49	(18)	○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	受診以外の外出は自粛せざるを得ない状況である。	通院受診を除き、家族との外食や買い物、散歩等の外出は自粛している。昨夏は、敷地内でのバーベキューを検討していたが、未実施となっている。季節ごとのドライブでの花見などが、数少ない外出機会となっている。	「外出支援」は家族要望も多く、検討が望まれる。外出だけでなく、利用者が外気に触れて気分転換することで、楽しい日々を過ごすことができる。

自己	外部	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	原則として金銭を居室に持ち込むことはご遠慮いただいているが、ご本人が希望される場合はご家族にも紛失のリスクをご理解いただいたうえで少額をお持ちいただいている。		
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	利用者の要望をうけ、電話の取次ぎ支援を行っている。		
52	(19)	○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	居心地の良さや心身の活力を引き出すために、生活感や季節感のあるものを上手く活用しながら暮らしの場を整えている。	日中はリビングで過ごす利用者が多く、2階のリビングは大型の窓から陽も入り、ソファや椅子で寛ぐことができる。季節感を感じられる利用者作成の作品などを展示・掲示し、思い出や話の端緒としている。	
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	共有空間のなかで他の人の気配を感じながらも、少し離れたところで一人になれる場所を確保している。		
54	(20)	○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	寝具やタンス、写真や思い出の品々が持ち込まれ、それぞれの利用者の居心地の良さに配慮している。	生活環境が変わらないよう、入居前に使用していた物の持ち込みを依頼している。衣服の他、家族写真やテレビなど、最小限度の持ち込みにとどめている利用者が多い。	
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	本人にとって“何が分かりにくいのか”“どうしたら本人のちからで行えるか”を追求し、状況に合わせて環境整備に努めている。		

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2190100244		
法人名	株式会社のみ		
事業所名	グループホーム翔あかなべ 2F		
所在地	岐阜県岐阜市茜部中島1丁目38番地2		
自己評価作成日	令和4年12月29日	評価結果市町村受理日	令和5年3月22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	https://www.kajikokensaku.mhlw.go.jp/21/index.php?action=kouhou_detail_022_kani=true&JizyosyoCd=2190100244-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
所在地	岐阜県関市市平賀大知洞566-1		
訪問調査日	令和5年2月17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グループ本社の企業理念である「良いものを安く提供する」を福祉事業の中で実践することを目指しています。特にコロナ禍で経済状況も厳しい中、生活保護の方の受入も積極的に行っています。
 ②毎月のスタッフ会議では、利用者様のADLばかりでなく、QOLをどのように高めていくか職員全員で話し合っています。また、ご家族・関係者様の希望に関しても期待にそえるように随時の検討を重ねています。
 ③コロナウィルス感染を防止するために、職員にはエントランスでの体温チェックとマスク着用、手指消毒の励行、外部の来訪者には体調・連絡先の記入の義務付けや、ドアノブ等手の触れるところの消毒等を継続して行っています。

【外部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)】

--	--

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る (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) ○		

自己評価および外部評価結果

〔セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。〕

自己	外部	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	事業所理念を施設内に掲示するだけでなく、運営の指針にも通底させることを心掛けている。		
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	開設から10年以上が経過しており、地域においても存在が知られるところとなっている。		
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	情勢もあり、外部との直接的な接触交流はほとんど行えていないものの、電話等による相談受付、対応は行っている。		
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	運営推進会議に代わり、運営状況の報告を書面にて行っている。		
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	必要に応じて市の担当とコンタクトをとっている他、通達要請等は現場レベルまで回覧し対応している。		
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	身体拘束禁止の趣旨について、リーダーが中心となって職員に原則禁止であることとその重要性を説明周知するようにしている。		
7		○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	虐待行為を未然に防ぐべく、虐待の芽となりそうな状況を察知した段階でスタッフに注意を促している。		

自己	外部	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		○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	現場では尿取りパッドの適切な選択、といった卑近な事象を切り口にして、見落としがちな経済的な権利擁護にも目を向けるようにしている。		
9		○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	契約時には管理者が契約者と関連文書を読み合わせる。特に入退去に関わる内容は具体的な対応例なども話し、説明に多くの時間をさいている。		
10	(6)	○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	施設内では運営推進会議、苦情受付フォーマットの整備を行っている。同時に、ご家族には外部第三者機関への連絡先を入居時に案内している。		
11	(7)	○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	半年に一回、施設長とユニットリーダー、本社人事を交えた面談を行っている。		
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	賃金の基準や一時金の基準は、単純な勤務年数だけでなく働き方、所持資格等を含め多角的な要素を加味して判断している。		
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	定例の会議内で参考文献の読み合わせを行うなどの勉強会を開催している。 新人スタッフには事業所内で介助方法についてレクチャーをする場を設けることもある。		
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	グループホーム協議会と連携し情報共有を行っている。		

自己	外部	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	最初のアセスメント段階では、利用者本人のありのままを先入観を持たずにつかむことを心掛けている。		
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	ご家族側のペースで自由に思いを語れる雰囲気を作りながら相談に応じ、そうした会話の中からの気づきとしてニーズを抽出している。		
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	最初期はケアの短期目標そのものを「必要な支援の見極め」とし、アセスメントを通して効率よく課題を整理することに努めている。		
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	折に触れて利用者ご自身の特技長所やバックボーンについてスタッフ間で話し、ひとりの人間としてリスペクトする対象として捉えることを意識している。		
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	計画作成時にご家族の意向を反映できるようなヒアリングを意識している。また、支援者の一員としてこちらから“頼る”というアプローチも時として行っている。		
20	(8)	○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	平生であれば、ご家族だけでなくご友人知人等の面会もほぼ制限なく受入れている。		
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	利用者同士の会話やりとりを見守り、コミュニケーションのフォローに入っている。		

自己	外部	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	退居時に円滑に次の生活の場への移行ができるよう支援することを入居契約にさだめ、必要に応じてそのように支援している。		
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	(9)	○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	本人の発言や行動から思いを読み取り、本人にとって望ましい生活の在り方を考えている。		
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	本人、あるいはご家族に以前のご本人の様子などをうかがい、どういった生活をしてきたのか、どのような習慣があるのか(ありそうなのか)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	いちスタッフの経験則だけで「できる」「できない」を決めつけず、その人がその人なりにできる範囲を把握するよう努めている。		
26	(10)	○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	介護計画は課題と期間を可能な限り具体的に定めるようにつとめ、支援現場できちんと“使える物差し”として機能させるべく作成している。		
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	その利用者の状態に応じて必要な情報をピックアップし、そのポイントについての記述に重点を置くよう計画作成担当者から随時指示を出している。		
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、その時々にも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	ニーズ＝目的をみだす為のアイデアを自由に出し合い、「まずはやってみる」を心掛けている。		

自己	外部	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	介護サービスの枠にとらわれず必要なサービスの選択をしている。		
30	(11)	○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	かかりつけ医は原則ご家族ご本人の意向に沿って決めている。 決めかねている場合は妥当と思われる病院を紹介している。		
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	利用者の状態について特に気にかかることがあれば事前にメモを用意し、医師や看護師の訪問時に明確に伝えられるようにしている。		
32		○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。	入院先に連絡を入れ、現状の把握や退院前の段取りなどを相談している。		
33	(12)	○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	重度化、終末期における対応については入居時にアナウンスした上で、以降もご家族と施設間で利用者の状態変化をギャップなく共有するよう報告を随時行っている。		
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	急変時の基本的な対応について定期的に指導をしている。		
35	(13)	○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	定期的に施設一体で消火、通報、避難の防災訓練を実施している。その際は最寄りの消防署に通知、来訪しての指導もしてもらっている。		

自己	外部	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	(14)	○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	声かけは定期的にスタッフ各々が自分の声かけの仕方を振り返るようにしている。		
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	できるだけ本人の思うように行動できるよう見守っている。		
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	本人の行動をまずは観察し、どうしたいのかを確認した上で対応することを心掛けている。		
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	衣類をわかりやすく整理したり、整容用具を把握し揃えるなどの環境整備を行っている。		
40	(15)	○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	利用者の能力に合わせ、主に片づけなどに参加できるよう支援している。		
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	食事量と水分量を毎日記録し、体重の増減や医師からの指示等によって食事の提供量などをコントロールしている。		
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	毎食後口腔ケアを行っている。 支援方法はそれぞれのレベルに合わせ、声掛け～介助まで個別に対応している。		

自己	外部	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	(16)	○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	トイレでの排泄もリハビリの一環と意識し、随時の誘導を行っている。 また、適切な排泄用品を選択するため排泄間隔の把握も行っている。		
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	排便状況を記録・確認し、医療とも連携しながら便秘改善に取り組んでいる。		
45	(17)	○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	物理的な制約から入浴介助を行える日時は施設側で決めているが、入浴した際は利用者が満足できるよう介助している。		
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	夕食後もゆっくり過ごせるよう、共用スペースの雰囲気づくりをしている。		
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	薬局の居宅療養管理指導を受けながら、現場では確実な服薬管理を行えるようマニュアルをととのえている。 変化があった場合は状態をありのまま医師に報告している。		
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	日中の空き時間に体操など何らかの活動を行うようにしている。		
49	(18)	○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	受診以外の外出は自粛せざるを得ない状況である。		

自己	外部	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	原則として金銭を居室に持ち込むことはご遠慮いただいているが、ご本人が希望される場合はご家族にも紛失のリスクをご理解いただいたうえで少額をお持ちいただいている。		
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	機会はまれだが、本人とご家族とで通話してもらったり、届いた手紙を渡すなどしている。		
52	(19)	○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	共用スペースの照明などは時間帯によって適切に操作している。 また、七夕やクリスマスなどの催事に合わせて飾りを置くなどしている。		
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	席順をそれとなく誘導するなどして、気の合う利用者同士が隣り合えるようにしている。		
54	(20)	○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	居室には自宅で使用していたなじみのあるものを持ち込むことをお勧めしている。 また、危険がない限りは持ち込むものについても制限をしていない。		
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	建物は建築時点でグループホームとしての使用を想定している。 生活を送りながら、利用者がわかりやすいようトイレの札を大きくするなどしている。		