

### 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	2871200503		
法人名	社会福祉法人 三翠会		
事業所名	グループホーム 薬師のさと		
所在地	兵庫県三田市下相野薬師尾1460-1		
自己評価作成日	令和8年1月20日	評価結果市町村受理日	令和8年3月27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8年2月4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)】

施設の周囲が自然に恵まれており、周辺の敷地で四季を楽しみながら散歩や外気浴をしています。同法人のあいの保育園との交流・行事交流を1年通じて行っており、お互いに良い刺激となっています。家庭的な雰囲気をも心がけ、家庭菜園への取り組みなど役割や生きがいを持って生活できるよう努めています。職員の大きな入れ替わりが無いのでご利用者とのなじみの関係を築く事が出来ています。同敷地内に特養、デイサービス、ケアハウスなど他部署があり、各行事を合同で行ったりしているので行事の数は多めに実践できています。また、年齢と共に介護度が上がり常に介護が必要になった場合でも環境を大きく変えずに設備の整った特別養護老人ホームへの住み替えを行う事が出来ます。例年は感染予防対策を講じながら入居者の皆様、ご家族様のご希望・ご要望に可能な限り応え支援させて頂いています。

#### 【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)】

高齢者総合福祉施設内にある家庭的なグループホームである。施設合同の研修・会議・委員会・重度化対応の体制を整備し、担当クリニックとの24時間連絡体制による医療連携がある。施設の統合会議の各種委員会とフロア会議の委員会の連動により、職員の意見の集約と施設内での共有と連携が図れる体制を整備し機能している。事業所内の会議・委員会・ケアマネジメント等に関する記録も整備され、アプリにより業務の効率化と職員間の共有を図っている。地域の秋祭りでの獅子舞いの来訪、法人内の保育園との交流、施設の秋祭りへの地域からの参加・協力、ドライブ外出等、利用者が地域交流できる機会作りを再開している。家族との連絡アプリの導入により、家族との意見・情報交換を円滑にし、家族との連携をより密にしている。

### 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ます (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 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	地域密着型サービスとしての事業所理念を作成し、利用者がその人らしく暮らし続ける事を理念に盛り込み掲げ作成している。また、理念に基づいた事業計画を職員で確認し、面談、年間個人目標を掲げて勤務、実践している。	「三翠会訓」・「薬師のさと運営理念」・「法人の行動指針」の週間の重点項目を各フロアに掲示し、「薬師のさと運営理念」に地域密着型サービスの考え方を明示している。「三翠会訓」・「法人の行動指針」の週間の重点項目を、各フロアの毎朝の申し送り時に唱和している。理念の実践に向けた事業計画を作成し、施設の事業計画説明会で職員に配布・説明している。事業計画をもとに個人目標を設定し、目標管理を通して理念の実践に取り組んでいる。	
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	地元のイベント参加で交流の機会を持ち、法人内であいの保育園との交流をしている。地元の清掃会社を利用し、消防団との合同訓練を行うなど繋がりを継続している。また、地元のラジオ放送にも参加し施設の情報を発信している。	地域の秋祭りでの獅子舞いの来訪、法人内の保育園との交流(豆まき・焼き芋交流会・生活発表会等)、施設の秋祭りへの地域からの参加・協力(民生委員・ボランティアの協力、三田太鼓演奏等)、ドライブ外出等、利用者が地域交流できる機会作りを行っている。地域の清掃会社等の地域資源の利用、消防団との合同訓練も継続している。地域に向けた施設見学会や座談会の開催、介護福祉士実務者研修の実施等、施設として地域貢献を行っている。広報誌の配布や地元のラジオ放送への参加等により、地域に情報発信している。	
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	例年さんすい園と共に地域に介護技術講習会を開き認知症についての学びの場として開放したり、ご家族を招いての施設見学会や座談会の機会を持ち地域貢献に努め、介護福祉士実務者研修を民間企業と協力し実施している。		

グループホーム 薬師のさと

自己	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
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	市の介護保険課職員、民生委員、利用者代表者、ご家族代表者、地域の知見者が参加し2カ月に1回実施している。今年度は入居者様の全ご家族に参加して頂けるように参加を呼びかけ8月に開催。2月にも開催予定。毎回の会議議事録を玄関近くに置いており訪問者に自由に見ていただけるようにしている。	利用者代表、家族代表、地域代表(民生委員)、市の介護保険課職員、知見者(他施設の施設長)、施設・事業所職員を構成委員として、2ヶ月に1回開催している。今年度は、年2回、全利用者の家族に、連絡アプリでも参加を呼びかけている。会議では、資料をもとに利用者状況・事業所の活動(行事・レクリエーション)等について報告し、参加者と質疑応答、意見・情報交換を行い、議事録に記録している。個人情報に配慮した公開用の議事録ファイルを、事業所の玄関に設置し公開している。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	運営推進会議へ市職員の参加があり、法人の機関紙「さんすいだより」を配布し活動内容を伝えている。1ヶ月に1度市が派遣する介護相談員も受け入れ活動内容の意見交換や入居者さんとの面談を行っている。市の人権推進課にも年1回法人の人権学習で現在の課題を話し合い研修を共に考えて実施している。	運営推進会議に市の介護保険課から参加があり、連携している。月に1回市が派遣する介護相談員の受け入れも行っている。法人広報誌「さんすいだより」(年4回発行)を市に配布し、活動状況を伝えている。毎年実施する施設の「人権学習」研修の際には、市の人権推進課に研修内容の相談を行い協力を得ている。	
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	月1回のサービス向上委員会で、そこで身体拘束をしないように話し合い、参加委員が発信している。身体拘束廃止の研修を年に2回実施している。現在は入居者の安全面、不審者の対応も考慮もあり基本的には施錠している。入居者の方のご希望時は可能な限り対応している。離園時は法人全体で対応します。	「身体拘束廃止に関する指針」を整備し、身体拘束をしないケアを実践している。各フロアのフロア会議(毎月)で、「身体拘束廃止委員会」を実施し、センサーの適正使用や転倒リスクの対応などについて、情報共有・検討している。施設の「サービス向上委員会」(毎月開催)の「身体拘束廃止委員会」に事業所からも参加し、各部署から身体拘束についての状況報告と、適正化・解除に向けた検討を行っている。委員会の内容は事業所のフロア会議で報告し、議事録の回覧で共有し、回覧シートで周知を確認している。年間研修計画を基に、「身体拘束・虐待防止」研修を年2回、集合開催で実施し、参加できなかった職員は研修の動画を視聴している。研修参加・視聴後は、アンケートを提出し受講を確認している。フロアは基本的には施錠はしているが、敷地内の散歩・玄関前やベランダでの外気浴・ドライブ外出により、閉塞感を感じないように支援している。	

グループホーム 薬師のさと

自己	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
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	入居者の虐待が無い様に日頃から、人権学習やサービス向上委員会、職員研修の中から学び、防止に努めている。園全体でも言葉の拘束廃止運動を行っている。	「高齢者虐待防止指針」を整備している。上記身体拘束適性化と同様に、フロア会議での「高齢者虐待防止委員会」と施設の「サービス向上委員会」での「高齢者虐待防止委員会」を通して、不適切ケアの防止に取り組んでいる。研修についても、上記と同様の方法で行っている。福利厚生の実践・相談しやすく働きやすい環境づくり等により、職員のストレスや不安がケアに影響しないよう取り組み、健康経営優良法人認定・ユースエール認定等各種認定を受けている。	
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	サービス向上委員会にて法人全体で拘束の事と共に学ぶ機会を持ち、周知している。また、利用者の中に後見制度を活用されている方がおられた事もあり、グループホーム内でも成年後見制度に関して学ぶ機会を設けている。	現在、成年後見制度の利用事例はない。制度利用があった際は、後見人に利用者の状況報告や金銭管理についての書類提出・面会対応等を行い、制度利用を支援していた。今年度、資料「成年後見制度の利用」をもとに、各フロアで勉強会を実施した。制度利用について家族等からの相談があれば、管理者が説明や情報提供を行い、状況に応じて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	契約の締結等は、利用者、家族に説明して理解を得よう努めている。改定時は文書で同意をお願いし、疑問点は都度対応している。	入居相談・入居希望時があれば、法人パンフレット・事業所パンフレット・料金表を郵送している。見学を勧め、事業所内を案内しながら、生活環境やサービス内容等を説明している。契約時は、契約書・重要事項説明書・指針・同意書に沿って説明し、文書で同意を得ている。重度化対応・退居要件については、指針をもとに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文書を郵送し、同意書で同意を得ている。	

グループホーム 薬師のさと

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	玄関前に意見箱を置いていて、利用者や家族の意見があった場合に吸い上げるようにしている。訪問時にはなるべくコミュニケーションを取るようにしている。例年ではサービス担当者会議にもできる限り参加して頂くよう調整しご意見、ご要望を話してもらう場を作っているが、近頃では大きな出来事があった時のみ開催している。	全利用者の家族が連絡アプリに登録している。来訪・面会・電話連絡・SNS発信と共に、随時、連絡アプリで近況を報告し、毎月写真も郵送し、家族の意見・要望が出やすいよう情報提供している。玄関に、意見箱と用紙を設置している。介護計画更新時に、「家族の意見・要望シート」を同封する等の取り組みもある。把握した意見・要望は、主に個別に対応している。運営推進会議への参加・介護相談員の受け入れを通して、利用者・家族が、職員・外部者に意見等を表す機会を設けている。	
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	人事考課制度を導入しており、個人の目標設定時、振り返り時に職員一人一人の意見を面接で個別に聞く機会を設けている。職員会議やフロア一会議などにも意見を言える機会を持つよう努めている。運営理念や退所時の目安など、職員の意見を伺って作成している。	フロア会議を各フロアで月1回開催し、利用者状況の共有・検討、ライフ(科学的介護情報システム)のフィードバック、委員会(拘束・虐待・事故・感染症・行事)からの報告と検討を行っている。会議録を回覧し、回覧シートで周知を確認している。フロア合同の職員会議は、年度末に実施している。施設内の各種委員会(食事・サービス向上・研修・リスクマネジメント・行事・広報・感染症対策)を設置し、事業所からも参加し職員の意見を運営に反映している。「one on one面談」、人事考課・目標管理面談で、個別に意見を聞く機会を設けている。「何でもポスト」・外部(社労士)の相談窓口の設置で、法人に直接意見を伝える仕組みもある。	
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	勤務実践の評価等は、人事考課制度を活用しており、細かな項目を評価している。資格手当やキャリアパス制度などでやりがいある職場環境づくりに努めている。		

グループホーム 薬師のさと

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
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	法人外の研修は、努めて受けるように勧めており、令和7年度には認知症介護実践者研修に1名受講してもらっている。法人内では毎月職員研修を実施しており、今年度は映像を使用したり、出れない場合もすぐ見れるようにしたり工夫している。		
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	例年では三田地域密着型連絡会(6施設参加)や介護支援専門員協会に参加し、合同の勉強会も実践しているが、今年度の開催は無し。例年では法人内では職員研修や各委員会、行事などで他部署の方との交流が出来ている。		
<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	入居前より面接の機会を持ち、ご本人、ご家族より生活歴などの情報、ご要望を予め聞いている。入居時も、本人の意向を聞き、不安を取り除き、本人の要望や好きな事など把握し、今後の生活に活かすように努めている。		
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	入居前より2か月に1度状況確認を行い、事前面接の機会を持ち、ご本人、ご家族より情報、ご要望を予め聞いている。家族からの相談や要望等には、極力聞きとめて職員間で情報共有しご希望に添えるかどうか検討し解決へと努めている。		
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	初期は、その段階で知り得た情報でケアプランを作成し説明しています。初期は特にコミュニケーションをとるよう意識し、信頼関係の構築に努め、センター方式のシートをご家族に依頼し、情報を基に様々な角度から必要とする支援をフロア会議やカンファレンスで考えるよう努めている。		

グループホーム 薬師のさと

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
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	家庭的な環境、関係作りを心がけ、生活の中で入居者の方に合った作業やレクを意図的に作り、手伝って頂いたり、よりよい方法を教えて頂いたり、感謝の気持ちを伝え役割作り、関係作りに努めている。		
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	ご家族の協力のもと、殆どの方がいつでも連絡出来るように連絡先を開放しており、職員からも本人の伝えられない日々の状態や思いを家族に伝えるパイプ役を担い、連絡が取りやすいよう新たにアプリの活用をしている。。また、月に一度請求書送付時に担当者が活動内容を記入し写真と共に送付している。		
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	手紙や電話のやりとりの機会があるので、ご希望があればこちらからの電話対応をしている。もともと住まれていた場所付近へドライブに出かけ思い出話をするなど、馴染みの場所に対する思いが途切れないようにしている。	馴染みの人や場所について情報があれば、家族記入のセンター方式の「基本情報シート」・職員間の「情報共有シート」で把握している。家族・(家族の了承のもとで)友人・知人の面会に対応し、居室でゆっくり面会できるように配慮し、馴染みの人との関係継続を支援している。手紙・電話のやり取りも支援している。デイサービスとの交流による、馴染みの関係継続もある。ドライブ外出や家族との外出で、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	一人一人の性格、相性を考慮し、共同作業する場場を設けたり、誕生日会など通じて一体感を得て頂くようにしている。リビングでの席も気を配っており、希望や必要に応じて席替えも実施している。		

グループホーム 薬師のさと

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
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	契約終了しても特養へ行った方へは、訪問へ行ったり、行事でお会いする機会がある。電話相談も受けている。状態悪化で入院からの退所になった方にも特別養護老人ホームへの入所案内を行い関係を切らないよう努めている。		
<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	日常生活の中でご本人や訪問時にご家族から希望や趣味趣向等聞いて対応に努めている。サービス担当者会議でもその方らしさを一番の観点に置き、フロア会議で職員の意見なども参考にし本人本位のケアプラン作成に努めている。	入居時に家族記載のセンター方式の「情報シート」「フェイスシート」をもとに、利用者個々の趣味・嗜好・得意なこと・性格・思いや暮らし方の希望等の把握に努めている。入居後のコミュニケーションで新たに把握した情報・気づいたこと等は、随時「情報共有シート」に追記し、フロア会議で共有している。把握・共有した内容は施設サービス計画に取り入れ、レクリエーションや生活リハビリ等に反映している。意思の疎通が困難な場合は、反応や様子から汲み取ったり、面会時や連絡アプリの家族からの情報を参考に把握に努めている。	
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	入居する前、可能な範囲でご本人の生活の場に訪問し拝見させて頂き、一人一人の生活歴を聞き、豊かな生活が出来る様に努めている。入居時にはご家族にもセンター方式のシートを数枚記入して頂き、情報収集に努めている。		
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	一人一人の現状把握に努め、記録を行い、状態の変化時にはカンファレンスやフロア会議を開き、情報共有、現状把握し日々の生活の中に活かせるよう努力している。		

グループホーム 薬師のさと

自己	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)	<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>フロア会議などで月一回職員で話し合っており、状況に変化が見られた時はご本人のやご家族の思い、日常生活で働いている職員の気づきを収集し本人本位のケアプラン作成に努めている。日々の記録をパソコン入力する際に種別欄を活用する事により、プランとサービスの連動性を確認することができ、モニタリングに役立っている。</p>	<p>入居前面談の記録・入居前のサービス事業所からの情報もとに、初回の介護計画を作成している。家族記入のセンター方式「基本情報シート」・職員記入の「情報共有シート」等をもとに検討し、概ね1ヶ月後に初回の介護計画を見直している。毎月のフロア会議で、情報共有や検討を行い、利用者担当職員は1ヶ月間の利用者状況や気づいた事等をケース記録に記録している。定期的には、3ヶ月毎に「モニタリング記録表」でモニタリングを行い、変更がなければ6ヶ月毎に介護計画を更新している。更新時には「モニタリング記録表」でのモニタリングと「フェイスシート」での再アセスメントをもとに、主にフロア会議で検討し介護計画を作成している。事例に応じて、サービス担当者会議で検討している。各フロアに、介護計画のファイルを設置して計画内容の周知を図っている。サービスの実施状況は、介護システムの各種実施記録やケース記録に入力している。</p>	<p>更新時、フロア会議で担当者会議を行った場合は、利用者・家族の意向、主治医等関係者の意見等を事前に聴き取り、フロア会議の議事録に記録することが望まれる。ケース記録の「種別」欄の選択方法を統一し、より活用できる工夫を期待する。長期目標の期間は、利用者の状況に合わせた設定が望ましい。</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>毎日、個別に介護記録をとって、情報の共有やケアプランの見直しに活かしている。申し送りノートも活用している。</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>その時々々のニーズに対し、ご希望を叶えようとする姿勢は職員全体にあります。安全面や他入居者の方の配慮面、ハード面の問題などフロア会議などで協議してなんらかの解決にあたっている。</p>		
29		<p>○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</p>	<p>入所時にご家族にセンター方式のシートを記入してもらい、活用しながら支援している。例年では介護相談員を月1回招き、話ができる環境もついている。</p>		

グループホーム 薬師のさと

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、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	契約時に意向を確認し利用者、家族の希望する受診支援をしている。担当クリニックと常に連絡できる体制を取り、何かあれば写真やビデオ通話で情報を送っている。月2回の往診や相談に応じての受診を行っている。サービス担当者会議にも必要に応じてかかりつけ医が参加されご家族に話をする機会を作るよう努めている。緊急時にも24時間体制で電話対応して頂いている。	契約時にかかりつけ医を確認し、利用者・家族の意向に沿った受診ができるよう支援している。協力医療機関の担当クリニックから月2回消化器内科の往診や月3回歯科衛生士による口腔ケア、希望に応じて定期的な精神科・歯科・外科の往診を受けられる体制がある。皮膚科・眼科・整形外科等他科については、基本的には家族同行による外部受診としている。往診・外部受診結果は、介護支援システムの「ケース記録」に記録し、種別で分類できるよう工夫し、「申し送り」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	適切な医療を受けられるように随時気をつけて支援している。担当クリニックと常に連絡を取り、電話やラインで情報を送っている。月2回の往診や相談に応じての受診を行っている。サービス担当者会議にも必要に応じて参加されご家族に話をする機会を作るよう努めている。	/	
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。	入院先の担当医、看護師、地域医療連携室との情報交換や相談に努めている。入院時、退院時にはお互いサマリーで情報交換している。	入院時には「看護サマリー」「退所時情報提供シート」「フェイスシート」で情報提供を行っている。入院中は入院先の担当医・看護師・地域医療連携室と情報交換して連携を図り、早期退院に向け支援している。退院前カンファレンスができれば参加し、管理者が病室訪問し利用者の様子や状況を把握・確認している。入院中に把握した情報は、介護支援システムの「ケース記録」に入力し、共有している。退院時には「看護サマリー」「入院看護要約」で情報提供を受け共有し、退院後の支援に反映している。	

グループホーム 薬師のさと

自己	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
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	重度化した、あるいは可能性がある場合は早めにご家族と医師との話し合いを行い、方向性を協議している。ターミナルケアは、条件が揃い、当グループホームでの看取りが可能であれば、ご本人の状態に応じたターミナルケアをしていくよう努めるが、適材適所の施設紹介も選択肢の一つとして合わせてご提案している。	契約時に、「重度化した場合における対応及び看取りに関する指針」に沿って事業所の方針を説明し、文書で同意を得ている。重度化を迎える可能性がある早い段階で、主治医から家族に状態を説明している。家族・主治医・事業所で話し合いを行い、方向性を協議し、経過を介護支援システムの「ケース記録」に記録し、職員間で共有している。併施設設や医療機関への移行について説明し、選択肢として情報提供し提案している。事業所での看取りが可能な場合は、サービス担当者会議を開催し、看取り計画に変更し支援を行う体制がある。年間研修計画に基づき、1月に「ターミナルケア」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	毎年職員研修で事故防止、緊急時の対応を学んでいる。AEDの使用法の資料も配布し1階にAEDの常時設置を行う。		
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	定期的に消防訓練を実施している。地域との協力体制は、地域の消防団と協力体制を築き、合同での消防訓練を実施している。水、お茶、軽食の備蓄をし、特養の方でも備蓄、応援体制がある。BCPマニュアルを作成し災害や感染時の業務継続に備えている。	施設消防計画の中の「年間予定表」に沿って、様々な想定で消防訓練を実施している。グループホームとしては、「三田市消防団合同訓練計画書」を基に、7月に昼間想定での避難・誘導・消火の総合訓練を、地域の消防団と合同訓練で実施している。利用者も参加し、実際に玄関・ベランダへ誘導・避難し、参加者は玄関先での消防団の放水訓練も見学している。BCP(事業継続計画)を作成し、災害・感染症発生時の事業継続のための体制を整備し、4月と7月に、施設でBCP訓練を実施している。BCPの備蓄リストに沿って備蓄を整備し、施設合同の備蓄は管理栄養士が、事業所の備蓄は管理者が管理している。備蓄の食料は期限内に食事で提供し、ローリングストックしている	夜間想定訓練を実施することが望まれる。訓練実施報告書に訓練内容や評価・課題等を記載し、フロア会議や報告書の回覧等で、訓練に参加できなかった職員にも共有することが望まれる。

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
<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	法人理念の人間尊重の精神を基本に、言葉かけに気をつけ、一人一人を尊重するよう努めている。サービス向上委員会を通じて会議などで定期的に自己チェックも行っている。ご家族にアンケートも実施しHPや広報誌に写真の掲載の了解を確認している。	法人理念に「人間尊重の精神を基本に」と文書化して共有し、人格尊重や誇り・プライバシーを損ねない言葉かけや対応の実践に取り組んでいる。月1回、サービス向上委員会の中で、虐待防止・不適切ケア・にやりほっと事例等について検討し、フロア会議でも共有し、職員の意識向上を図っている。「理念・行動指針」に基づく自己チェックを実施し、振り返る機会を設けている。また「人権」「倫理」「認知症」「虐待」「身体拘束廃止」等の研修の中でも、学ぶ機会を設けている。広報誌・ホームページ・SNS等、利用者の写真・映像使用については、入居時の家族アンケートで意向を確認している。	
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	主食のご飯、パンやコーヒー、紅茶などの飲み物も選んでもらっている。行事、イベント事の参加も意思を確認しており無理強いはない。		
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	個々のペースを大切に、起床時間や就寝時間も出来るだけ個人に合わせています。		
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	服を自分で選べる人には、選んでもらい、決められない人には、こちらが組み合わせをしている。お化粧をされている方もおられ必要時は見守り、化粧品も補充させてもらっています。訪問衣料販売も利用している。		

グループホーム 薬師のさと

自己	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	朝・昼・夕・おやつを配食サービスの利用をしている。ご利用者の身体能力や希望などで下ごしらえ、配膳・後片付けなどを実施してもらえるように支援している。誕生日にはケーキ等を提供しています。	7年度9月より、朝・昼・夕食・おやつは配食サービスを利用し、炊飯・汁物は各フロアで調理し提供している。ペースト食は発注し、大きさの調整はフロアで対応している。配食サービスの献立には行事食が取り入れられ、誕生日にはケーキでお祝いし、プランターで収穫した野菜を食材に活用する等、利用者が食事を楽しめる機会を設けている。月1回、施設の食事委員会に事業所職員が参加し、配食サービスの摂食状況や利用者の意見・要望を報告し反映している。利用者の状態や好みに応じて、配膳・下ごしらえ・後片付け等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	入居されている方一人一人の一日の食事摂取総量・水分量を把握するように表を作成し記録し、必要な方はクリニックに上申している。疾患等を考慮したうえで好みの物を飲んでもらっています。		
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	月に3回歯科衛生士による口腔ケアを殆どの方が受けており、口腔内を把握されている。口腔ケアの声掛けをし、介助が必要な人には、起床時、毎夕食後、義歯洗浄、口腔ケアを行っている。		
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	ご本人の出来ない所を介助し排泄チェック表を活用して排泄状況、排泄パターンを把握し、時間を見てなるべくトイレで排泄できるよう誘導を行っている。現状に応じた介助、排泄用品もフロア会議などでその都度検討している。	排泄の自立度が高く、利用者全員が昼夜ともに、トイレで排泄できるよう支援している。「生活記録」の排泄チェック表や介護支援システムの排泄記録で排泄状況・排泄パターンを把握し、個々の状況に応じて定時や随時の声かけや誘導、介助を行っている。介助方法や排泄用品に課題があれば、フロア会議で個別に検討して情報を共有し、現状に即した支援につなげている。各居室にトイレが設置されており、プライバシーに配慮した環境を整備している。	

グループホーム 薬師のさと

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	便秘になりやすい方には、便通を促す食物を摂取してもらったり、乳酸菌の飲み物等水分を多く取ってもらうようにしている。ご家族にご協力頂きゼリー飲料などを持参してもらっている方もおられる。		
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	基本的には週2、3回の入浴を実施するようにしている。その日入浴希望の方には、出来る限り希望に添えるように体調をみながら実施している。ご希望ある方には同性介助を行っている。拒否ある方も無理強いせず、時間帯やタイミングや声掛けなど工夫しています。	「生活記録」の入浴チェックと「リネン・入浴時チェック表」で入浴回数を把握し、週2～3回入浴ができるよう支援している。一般浴槽での個浴の入浴を基本としているが、利用者の体調・気分・意向に応じてシャワー浴・清拭でも対応している。希望に応じて同性介助で対応し、入浴拒否のある利用者には無理強いせず、臨機応変に時間帯や介助者を変更したり、声かけ方法やタイミングを工夫している。入浴の際は音楽をかけたり、ゆったり会話できるよう配慮し、菖蒲湯やゆず湯も取り入れる等、入浴をより楽しむことができ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	臥床時間は個々のペースに合わせて対応し、照明や室温の配慮をしています。		
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	処方箋を確認し効能、副作用の把握に努めている。状況の変化があれば担当医師と相談している。		
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	個々の役割や楽しみごと・気晴らしが何がいいか考え生活リハビリやレクリエーションを支援している。ケアプランに盛り込み利用者の個々の楽しみごとが支援出来る様にしている。		

グループホーム 薬師のさと

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
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	ドライブなど可能な限り行っている。散歩や外気浴も可能な限りご希望に添って対応しています。	気候の良い時期には、敷地内の散歩や玄関先・ベランダでの外気浴、プランターでの野菜や果物の栽培、洗濯物干しなど、戸外に出て過ごす機会を設けている。桜や芝桜・紅葉を楽しむドライブ、地域の祭り、保育園との交流会、選挙等に出かけられるよう支援している。また、家族との外出も支援している。	
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	ご本人、ご家族と相談し、金銭に関する能力のある方、トラブルや消失のリスクが低い方は、所持してもらっている。		
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	ご希望により電話の取次ぎなどの支援を行っています。		
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	施設全体が落ち着いた和風の作りになっており、玄関・共有空間には観葉植物・花を飾り、過度な飾り付けがなく親しみのある落ち着いた雰囲気である。リビングは、広いガラス窓から自然光が差し込み、ゆったりと過ごせる空間になっている。対面式のキッチンでは利用者の様子が身近に感じられ料理のにおいが嗅げる。	共用空間の大きな窓から自然を眺めることができ、採光で明るく開放感があり、テーブル席やソファ席でゆったり過ごせる環境である。対面式キッチンから調理の匂いが感じられ、食事の配膳・後片付け、洗濯物干し、洗濯たたみ、掃除等の家事参加できるよう支援し、生活感を取り入れている。利用者と一緒に制作した季節に因んだ作品や塗り絵を飾り、季節感が感じられる。1日2回の体操を日課とし、テレビやYouTubeの視聴、個人や集団レクリエーション、誕生日会、季節行事、職員によるフラワーアレンジメント・ネイルケア等、共用空間で日常生活を楽しく過ごせるよう工夫している。	

グループホーム 薬師のさと

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
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	相性やコミュニケーション能力を考え、トラブルの回避を考慮し気の合った人同士で席を考えている。問題が続く場合や希望があった時は別の配置を検討し、たまに変えています。ソファは自由に座って頂いています。		
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	居室内に今までの馴染の家具等を持ち込み、落ち着いて過ごせるよう支援している。入居されている方の個性を大切に、居こちのよい居室作りに努めています。	各居室には、洗面台・トイレ・ベッド・大きな押し入れ収納が備え付けられている。テレビ・引き出し筆筒・時計・写真・ぬいぐるみ等、使い慣れたものや馴染みのものが持ち込まれ、職員から贈られたメッセージカードや色紙等が飾られている。利用者の身体状況に応じてベッドの高さを調整し、センサーの使用、クッション材の活用、家具の配置を工夫する等、安全に生活できるよう配慮している。個室のドアや出入り口に、紙面や立体的な表札で名前を表示し、部屋間違いがないよう工夫している。		
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	バリアフリー、手摺を設置している。場所の認識しにくいところは、文字をはり理解出来る様にしている。(居室、トイレなど)安全対策に課題はありますが、転倒リスクの高い方は角にクッション材を貼ったり家具の配置を考慮したりしています。		