

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	2871000523		
法人名	医療法人社団 慶仁会		
事業所名	グループホーム マイホーム芦屋		
所在地	兵庫県芦屋市陽光町8番30号		
自己評価作成日	令和7年3月13日	評価結果市町村受理日	令和7年5月30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31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)】

私たちは、介護理念にもあります笑顔で丁寧な介護をモットーに日々 入居者様と共に楽しく笑顔で過ごせることを心がけています。ホームでの出会いと一瞬の喜びを大切にしながら一人ひとりの関わりの時間を持てるように職員と協力し連携が取れるように取り組んでいます。老健が併設していることもあり平日はトレーナー付き添いのもとリハビリを取り組む時間も作成しております。コロナ渦ではありますが時には散歩やお買い物など今後地域の方との交流がイベントベースではなく日課になるように職員と話し合いを続けております。一人ひとりの身体機能の維持に努め、できなかった事ができるようにするよう入居者様の日常生活を職員で支え、ケアをさせていただいているホームです。

【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)】

介護老人保健施設の5階にあり、1フロアにある2つのユニットは広く行き来が自由であり、大きな窓からの採光で明るく眺望が良く、開放感のある快適な生活環境を提供している。大きな花壇がある広いテラスで散歩や外気浴を行い、併設施設の機能訓練室でリハビリを行うことができる等、環境が整備されている。事業所内で研修・会議・委員会を定期的実施し、事業所の理念・行動指針の共有と実践に具体的に取り組む、職員の資質向上・利用者を尊重する丁寧な介護に取り組んでいる。地域の子ども食堂・わいわい食堂・演奏ボランティアの協力を得て、利用者が地域交流できる機会作りを行っている。事業所内に看護師の配置があり、併設施設の看護師とも連携し、医療連携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、活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 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
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	事業所独自の理念を掲げそれをもとに新入職者の指導やケア方法の統一を図っています。職員の定着が見えてきている。理念の共有はマンネリ化しないように朝礼で本日は一番大事に意識する事を復唱している。	グループホーム独自の理念と理念の実践に向けた5項目の具体的な行動指針を作成している。行動指針の中に地域密着型サービスの意義を明示している。入職時に説明し、1階玄関・各ユニットの玄関・詰所に掲示し共有を図っている。毎日の朝のミーティングで、行動指針5項目の中の1項目を今日の重点ポイントとし意識づけを行い、理念の実践に向け継続的に取り組んでいる。	
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	令和5年度は夏祭りに地域の子ども食堂のメンバーを招き食事を提供してもらった。地域住民の方に三味線の演奏会を実施してもらうなど以前より交流が定着してきている	地域のボランティアによる三味線の演奏会を定期的に開催している。事業所の夏祭りに地域の子ども食堂・わいわい食堂(支え合い食堂)が参加して食事を提供し、三味線のボランティアの演奏もある。トライやるウィークの受け入れを行い、その時も子ども食堂・わいわい食堂の協力がある。介護相談員の毎月の訪問時に認知症についての勉強会を実施し、地域からの相談に対応する等、地域貢献にも努めている。	
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	相談員派遣事業に参加し訪問される相談員に向けて月1回の訪問の際に認知症についての勉強会の時間を10分～15分程度設けている		

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
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	会議における構成メンバーが出席できてい る。ホームの出来事などを2か月に1回報告 していること。ホーム会議で実施した勉強会 をもとに実施内容を報告している。	利用者・家族・市職員・地域包括支援センター職 員・地域代表(民生委員)・知見者(他事業所管理 者)を構成委員とし、2か月に1回開催し、令和6年 度は毎回集合開催している。会議では、利用者状 況・運営状況・ヒヤリハット事故事例・行事・研修等 について報告し、意見・情報交換を行い議事録を作 成している。また、ホーム会議で実施した研修をも とに実施内容を報告している。議事録は、構成委員 にメール・郵送で配布し、1階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に取 り組んでいる	入居者様で発生した事故の報告や困難事 例が発生した時に連携 報告 相談を行っ ている。	運営推進会議に市職員・地域包括支援センター職 員の参加があり連携している。月1回の介護相談員 派遣事業を通して、市との連携がある。報告・質問 等が何かあれば、市の窓口へ訪問し報告や問い合 わせを行っている。困難事例等について相談があ れば、市の高齢介護課や監査指導課に相談してい 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	研修計画に基づき年2回身体拘束勉強会を 行っている。またそもそも行動の制止に繋が らないような言葉のかけ方についてもケアカ ンファレンスで話しあっています。現在身体 拘束の事例はありません。	「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。施設合同の「身 体拘束廃止委員会」(毎月)に事業所から参加し、 各部署からの報告とセンサー使用の適正化等につ いて評価や検討を行っている。委員会の議事録を 職員に回覧し、押印で周知を確認している。ホーム 会議で「身体拘束廃止・虐待防止委員会」を行い、 拘束・虐待・不適切ケアにつながる事例がないかを 振り返る機会を設けている。年間研修計画をもと に、「身体拘束廃止」については、事業所内研修を 1回・施設内研修を1回実施している。事業所内研 修はホーム会議で行い、参加者は「成果確認シー ト」提出している。参加できなかった職員は、資料の 回覧と「成果確認シート」の提出している。施設内研 修は「身体拘束廃止委員会」で実施し、事業所から 参加した職員がホーム会議で伝達研修を行ってい る。事業所の玄関は夜間以外は施錠せず、広いテ ラスに出て外気浴や散歩ができる環境で閉塞感を 感じないよう支援している。	

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
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注意を払い、防止に努めている	研修計画に基づき年1回の虐待防止についての勉強会を実施している。普段の業務中の場面でも不適切なケアが隠れていないか月1回のホーム会議で話あっています。	「高齢者虐待防止のための指針」を整備している。施設合同の「虐待防止委員会」(毎月)に事業所から参加し、各部署からの報告を行っている。委員会の議事録を職員に回覧し、押印で周知を確認している。上記と同様にホーム会議の「身体拘束廃止・虐待防止委員会」で振り返ると共に、「接遇委員会」でも不適切な言動について注意喚起する機会を設けている。「虐待防止」研修も、上記と同様の方法で年2回実施している。相談しやすい職場環境づくりにより、課題や不安を共有し、解決・軽減できるよう話し合い、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	
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	本年度に成年後見制度利用の希望があり管理者及び介護支援専門員にて資料作成を実施した。職員への共有が行えなかったため今後の課題である。	現在、成年後見制度の利用事例があり、後見人への報告書類等の提供・状況報告・面会対応等、制度利用のための支援を行っている。今年度、成年後見制度利用の希望があり管理者と介護支援専門員が資料を作成し説明した事例がある。今後も制度利用について相談等があれば、情報提供や説明を行う予定である。	研修内容に取り入れる等、職員が権利擁護に関する制度について学ぶ機会を持つことが望まれる。
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	入居の際には個々に説明を行い同意を得るようにしています。	入居相談・入居希望があれば見学対応し、パンフレット・料金表等をもとにサービス内容・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・指針・同意書等を説明し、文書で同意を得ている。重度化・終末期対応については、家族からの質問も多く、特に詳細に説明している。契約内容の改定時は、改定内容について文書を作成し、面会・電話の際に口頭で報告した後に郵送し、同意書で同意を得ている。	

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
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	カンファレンスなどの面談時に運営に関する質問や意見があれば直ちに上司へ報告をしています。運営推進会議やカンファレンスにも意見や要望を聞くようにしています。	面会・電話連絡等の際に利用者の近況を報告し、家族の意見・要望の把握に努めている。毎月、写真を掲載し行事等の様子を伝える「マイホーム通信」と利用者個別の「生活状況」を郵送し、意見や要望を表しやすいようにしている。家族からの意見・要望は、管理者・介護支援専門員・看護師が窓口となり、三者で共有して対応を検討し、職員には、朝のミーティングや申し送り帳で共有している。ケアプラン更新時(3カ月毎)には、介護支援専門員が家族の意見を聴き、ケアプランに反映できるよう取り組んでいる。運営推進会議に家族の参加があり、介護相談員の受け入れを行い、利用者・家族が外部者に意見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	月1回のホーム会議や主任会議の場で提案できる機会を設けています。また職員の様子を見ながら随時面談や話せる機会をつくり相談がしやすい環境作りを心がけています。	毎月ホーム会議・ホーム内の委員会(接遇、レクリエーション・事故対策・身体拘束・虐待・排泄・給食・感染症)、また、施設内の委員会(同様)を行い、職員の意見・提案を利用者支援・業務・運営に反映できるよう取り組んでいる。日々の検討事項は朝のミーティングで検討・共有し、「申し送り帳」でも共有している。必要時には、管理者が随時時間を設け、職員の意見等を個別に聴く機会を作っている。主任会議(各事業所の管理者・主任参加)で、各事業所の職員の意見等を共有している。	
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	希望があれば個々の経験なども考慮し認知症実践者研修などへの研修参加や資格取得の際の費用負担など向上心が持てるように支援しています。希望時に有給の使用が行えるように勤務体制の強化を図っている。		
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	年間研修計画書を作成し定期的な事業所内での研修機会を設けています。		

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
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も令和5年度より再開し意見を出し合うなど交流を図っている。Oneチームで行われる研修会への参加も行っている。		
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	出来る限りご本人様の言葉を記録し、入居前のアセスメントシート作成を心がけています。また入居前にご本人様の生きてきた背景や歴史がわかるようにご家族様にもご要望シートに記入していただいている。		
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	面会も通常面会としており以前よりご家族様と話し合える時間が増加している。		
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	初回カンファレンス以降は3か月に一回ご本人 ご家族様と話し合いができるようにしています。ご要望があれば歯科往診や皮膚科眼科往診などのサービスを取り入れています。		
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	調理は現在職員だけで行っています。普段の生活環境の中で居室の掃除や洗濯物などは入居者様と行っています。		
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	面会を再開している。外出や外泊などを通しご家族様が難しかったケアについて確認を行い次回に向けてのケアの工夫点をお伝えするなどしている		

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
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	馴染みの場所などの外出はできませんが面会を通し友人や仕事仲間の方などの訪問を通し交流できるようにしている	面会を再開し、家族や(キーパーソンの了解のもと)友人・知人の来所の際は、居室でゆっくり面会できるよう配慮し、馴染みの人との関係継続を支援している。家族との外出・外食・外泊も再開し、自宅や馴染みの場所へは家族との外出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	レクリエーションの場面では職員が交流の橋渡しや関りが持てるようにしている。洗濯物たたみなどは職員が間に入り役割がもて共同生活がおこなえるよう配慮している。		
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	同法人内で老健からグループホームへ。またその反対で入居先が変わった後も職員が様子を見に行くなどし互いに関係性を断ち切らないように気にかけている。		
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	入居時の面談でご本人様や家族からの身体状況や趣味 食べ物の嗜好などを聞き介護支援専門員がアセスメントシートに繁栄しやすいようにしている。	入居時は、入居前サービスからの情報や家族記入の「生活歴」をもとに、利用者個々の思いや暮らし方の希望、意向の把握に努め、「ケアプラン総合計画」や支援に反映できるよう取り組んでいる。把握が困難な場合は、表情や反応から推察し意向に添った支援ができるよう努めている。居室担当職員を設け、利用者とのコミュニケーションをより深めるよう取り組んでいる。	入居時に利用者個々の基本情報や生活歴・暮らし方の希望・趣味嗜好等を記録し、入居後の会話等から把握した新しい情報を追記し、人物像の把握や個別支援に活かせる書式の工夫が望まれる。

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
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	生活の把握にはご家族の面会での会話やモニタリング時に聞き取りを行うようにしている。教師をされていた経緯がある入居者は1階へピアノをひく時間を設けるなど工夫をしている		
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	日々の心身機能の変化を些細な事でも朝のミーティング時に意見交換を行い必要時はかかりつけ医に報告 相談をしている。		
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	介護支援専門員が中心にモニタリング実施時に職員の声を聴くために朝のミーティング時に話し合うなど工夫をしています。また認知症チーム推進ケアの導入により統一したケアを実践している。	入居前サービスからの情報や家族記入の「生活歴」をもとに、「アセスメント兼初期計画」を作成している。概ね1ヶ月後に、初回の「ケアプラン総合計画書（以下、計画）」を作成している。モニタリング・評価を毎月行い、必要時は随時、定期的には3ヶ月毎に「計画」の見直しを行っている。見直しの際は、「アセスメントシート」で再アセスメントを行い、「アセスメント及び実施計画内容の要点」に介護・看護・リハビリ職・主治医・家族からの意見を集約し、サービス担当者会議で検討して「評価」し、次期の計画を作成している。介護支援専門員が「カルテ記入について」を作成し、「計画」のサービス内容の要点に番号を付け、「経過記録（介護記録）」の項目欄に番号を記入し、介護計画と記録のつながりが記録できるよう工夫している。	PDCAサイクルに基づいたケアマネジメントが行われているが、課題に対する長期目標・短期目標、モニタリングが明確になる書式工夫が望まれる。
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	記録はケアプランに沿ったケア内容を実践したものを残すように心がけています。		
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	遠方にお住まいのご家族様へは退院時のお迎えや必要時は受診の付き添いも行っています。		

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	地域資源の活用は現状 実践できておりません。		
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	かかりつけ医の訪問診療を行っている。他科受診の必要性があれば受診を行う。必要時は付き添いを行っています。現在は歯科皮膚科眼科 心療内科の往診を実施しています。	契約時に利用者・家族の意向を確認し、意向に沿った受診を支援している。2週間に1回内科(利用者家族の希望により選択)の訪問診療を、必要時に歯科・皮膚科・眼科・心療内科の往診が受けられる体制がある。他科については外部受診となり、外部受診は家族同行を基本としているが、状況に応じて事業所から同行している。訪問診療時は看護師が対応し、医師と連携している。訪問診療・往診については利用者別の「診療履歴」に記録し、外部受診については管理日誌の「申し送り簿」・介護支援専門員の「支援経過記録」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	訪問診療時には看護師が対応し入居者の状態把握に努めている。夜間の異常発見時は老健の夜勤看護師と連携をとっています。		
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。	現在 南芦屋浜病院 回生病院 セントマリア病院と協力医療機関として連携を図り年に1回 緊急時の対応について話し合いを行っている。入院時は地域連携室と協働し早期の退院に努めている。	協力医療機関と定期的に医療連携会議を実施し連携体制を築いている。入院時には、「看護・介護サマリー」で情報提供している。入院中は、管理者が地域連携室と電話で情報交換し、早期退院に向けて連携を図っている。事業所に看護師の配置があり、施設内でのリハビリも可能であり、早期退院できる体制が整備されている。退院時には「看護サマリー」「リハビリ情報提供書」の提供を受け、退院後の支援に反映している。	入院中・退院前の状況等は、「介護支援経過」等に記録し共有することが望まれる。

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
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	終末期のあり方については入居時の意向の確認以外にも定期的にカンファレンスなどで確認を行っている。研修会が行われていなかったためホーム内で研修を実施している。	重度化や終末期に向けた事業所の方針を契約時に口頭で説明し、緊急時対応については「緊急時対応についての意向確認書」で意向を確認している。重度化時を迎える段階で主治医が状態を説明し、管理者が事業所で出来ること出来ない事を説明し、家族の意向を確認している。看取り介護の希望があれば、看取りの同意書で同意を確認している。看取りに向けた「ケアプラン総合計画」を作成し、主治医・家族・職員が連携しチームで支援に取り組んでいる。経過は介護支援専門員が「支援経過記録」に記録している。2月に「看取り研修」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	AEDの設置をしている。初期対応についての手順書はあるが日々の訓練や勉強会などの実践は行っていない。		
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	同事業所の老健と共同し消防職員立会いの下、火災に応じた消防訓練は行っている。地域との災害時の関係性は築けておりません	施設合同で、消防署員立ち会いの下11月に夜間想定通報訓練(高潮図上訓練・避難経路確認)を実施し、ホーム会議の中で伝達している。ホーム内で、高潮対応の訓練を実施している。防災訓練実施報告書を作成し、職員に回覧し共有している。事業所内研修で、7月にBCP(業務継続計画)の研修を実施している。備蓄は、施設合同と事業所独自で3日分の水・食料を備蓄している。	火災や地震等の災害時に、昼夜共に利用者が避難できる方法を全職員が習得できる定期的な訓練・研修の実施が望まれる。運営推進会議を活用する等、地域との協力体制について検討することを期待する。
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	月一回のホームミーティング時に接遇面において言葉使いの振り返りを行っている。掲げている理念をもとに不適切な行動があった際は指導を行っている。	人格尊重・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、事業所の行動指針に「尊厳を守る」「丁寧な言葉・丁寧な対応」「丁寧なケア」等を明示し、毎朝のミーティングで意識づけを行っている。事業所内研修で、プライバシー保護・ユマニチュード・認知症ケア・拘束虐待防止について学ぶ機会を設けている。ホーム会議の接遇委員会でも、言葉使いや対応について振り返りを行っている。管理者は、認知症の理解が不適切な言葉かけや対応を防止すると考え、適宜、指導や助言を行っている。	

グループホーム マイホーム 芦屋

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
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	入浴や排泄など意思確認を行いご本人の判断のもと実施できるように声のかけ方に注意を行っている。喫茶レクなど本人が選べる環境作りを心掛けている		
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、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	起床時間や就寝時間など決まった時間に職員の判断で動かず起床も10時頃になったり就寝も23時頃になったりと個々の状態に合うように配慮している。		
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	受診などの外出時の衣類の選択やできる限り季節に応じた衣類が着用できるようにご家族様に協力してもらっている。また希望に応じ入浴後の衣類の選定をご本人にしていた		
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	一人ひとりの嗜好の確認のもと行事を展開できていないがお寿司バイキングやお鍋レクなど食事に関する行事を開催している。食事の場面では盛り付けなどは一緒にいっ片付けを行う方も出てきました。	各ユニットで炊飯・汁物調理を行い、施設の厨房で調理された食事をユニットで盛り付けて提供している。利用者個々に応じた食事形態については、きざみは各ユニットで、軟採食やミキサー食は厨房で対応している。厨房の献立に季節感や行事食が取り入れられている。事業所でも、寿司バイキングやお鍋料理等のイベント食、おやつレクリエーションを各ユニットでレク委員が企画し、食事が楽しめる機会作りを行っている。可能な利用者は、盛り付け・片付け・おやつレクリエーションに参加できるよう支援している。家族との外食も再開している。	
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	食事水分量は毎日記録に残しています。摂取量の低下があれば栄養補助飲料の提供や捕食の提供を行っている。糖尿での制限がある方は個別に鳥の皮や魚の皮を剥いたりし管理を行っています。		
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	ご自身で出来るできないに関わらず食後は口腔清掃の声かけを行っている。出来ない方は介助を行い義歯などの不具合があれば歯科往診を行っている。		

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
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	自身でトイレには行くが尿こぼれや失敗がある方へは自尊心を傷つけないよう配慮しながら声かけ介助を行っている。昼夜トイレでの排泄を目指しているが現在2名のみ夜間ポータブルトイレを使用していただいている。	「排泄チェック表」で利用者個々の排泄状況・排泄パターンを把握し、日中はトイレでの排泄支援を行っている。夜間は安眠・安全にも配慮し、トイレ誘導・ポータブルトイレ使用や排泄用品の交換等、個々に応じた排泄支援を行っている。排泄介助の方法について検討事項があれば、ユニット内で検討し「経過記録(介護記録)」で共有し、利用者に応じては「ワークシート」に反映し支援につなげている。排泄用品の使用について検討事項はホーム会議の排泄委員会で検討している。	
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	便秘の予防に繋がる目的ではないが毎日朝夕と2回ホーム内で体操をし規則正しい生活が送れるように工夫している。おやつの場合では週1回はヨーグルトなど乳製品が摂れるように配慮している。		
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	入浴日は毎日とし週2回は一人ひとり入浴できるようにしている。ご本人が望まないときは代替え日を設け調整しています。また入浴剤を使うなどし落ち着いて入浴できるよう配慮している。	毎日入浴対応できるよう準備し、「入浴チェック表」で入浴状況を確認し、週2回以上(希望の頻度で)入浴できるよう支援している。当日の体調や気分に応じて柔軟に対応し、同性介助の希望には同性で対応している。入浴拒否がある場合は、職員間で対応策を検討しながら、個々に応じた支援方法を工夫している。入浴剤を使用し、入浴がより楽しめるよう支援している。必要に応じて、併設施設の機械浴での対応も可能である。	
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	その日の個々の心身機能の状態から昼間に臥床時間を設けたりしている。夜間も消灯時間を設けているがご自身のペースで居室に戻ってもらうよう配慮している。		

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
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	皮膚の疾患や便秘 その他体調の変化があれば往診時に医師へ報告している。また最寄りの薬剤師とも連携し薬剤の効能や副作用の確認を随時行っています。		
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	嗜好品はご家族の協力を経てホームでお預かりをしています。		
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	受診の付き添い時に帰りに馴染みのパン屋でパンを購入するなど普段とは違う生活の刺激が持てるよう工夫している。	家族との外出・外食・外泊を再開し、現在、外出については主に家族が対応している。事業所としては、定期受診同行の帰りに馴染みの店舗での買い物の支援を行っている。花壇のある広いテラスがあり、外気浴・散歩・歩行練習に活用している。近隣への花見にも出かけている。	状況を勘案しながら、外出の機会作りに取り組まれることを期待する。
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	お小遣いの管理を職員が行っているがご自身で支払いを行うなどの支援は行っていない。		
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	家族に電話を掛けたい時には意向に沿っている。またご家族からホームへ連絡があった時には意向に沿って入居者と電話を変わるようにしている。スマホを管理される方も増えてきている。		

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
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	季節に応じた掲示物をレクリエーション委員会が中心となり作成掲示できるよう心がけている。	各ユニットが広く、ユニット間の行き来が自由にでき、広いテラスもあり、開放的で広い生活空間が提供されている。大きな窓からの採光で明るく、5階からの眺望が良く、清潔感のある快適な環境である。レクリエーション委員会が中心となり、季節の作品の制作と掲示等で季節感を取り入れている。テーブル席を設置し、ソファ・椅子を随所に配置し、思い思いの場所でくつろげるよう配慮している。キッチンスペースがあり、おやつレクリエーションや家事活動への参加を支援し、生活感を取り入れている。ユニット内のエアロバイク・平行棒の活用、併設施設の機能訓練室のリハビリ、日課としての体操やレクリエーション等により、心身機能の維持向上に取り組んでいる。	
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	一通り座席の位置は食事時は固定しているがソファ席は誰でも好きな時に座れるようにしている。		
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	新しく家具などを購入してもらわずにもともと使用していた家具や寝具などをそのまま使用できるように入居時にご家族様へ説明を行っている。	各居室は大きな窓からの採光で明るく、眺望が良く、ベッド・クローゼット・洗面台等が設置されている。箆箭・テーブル・椅子・鏡台・テレビ・寝具・ぬいぐるみ等、使い慣れた物・好みの物を活かして、居心地よく過ごせる環境づくりを支援している。家族の写真・職員からの誕生日カードや色紙等も飾られている。入居時は自宅の配置や動線等を考慮して、家具の配置・向きなどを家族と相談して設置し、身体状況の変化等に応じて適宜変更し、安全な環境作りに取り組んでいる。居室入り口に表札を付け、部屋間違いないように配慮している。居室担当者を設け、衣替えやが環境整備を支援している。	
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	ホーム内に平行棒や負荷調整バイクなどを設置し自立した生活が長く送れるように工夫している。		