

### 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	2873400614		
法人名	有限会社 アキタケメディカル		
事業所名	アキタケメディカル「さくら」グループホーム		
所在地	兵庫県神崎郡神河町吉富1597-1		
自己評価作成日	令和6月2月16日	評価結果市町村受理日	令和6年4月18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6年3月8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)】

大きな窓から自然光が入り、外の景色も楽しめるゆったりと過ごせる生活空間で季節感や家庭的な環境を大切にしている。今年も新型コロナウイルスの感染拡大になり御家族との外出は自粛しているが、書道や生け花などは施設内で実施、書初めは地域の作品展に出展し参加を行っている。お弁当の日、おやつ作りの日を設け利用者の方の日々の生活の中での楽しみや役割を持てるようにしている。野菜を育て利用者さんと一緒に調理をして季節感を取り入れた暮らしが出来るように取り組んでいる。看護師2名を配置、介護士と共に利用者担当を設け連携し、サービスの向上に努めている。毎月の研修、会議を継続しサービスの質の向上に努めている。

#### 【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)】

共用空間は天井が高く、天窓と大きな掃き出し窓からの採光で明るく、キッチン・テーブル席・ソファ・こたつ等が設置され、生花や利用者で共同制作した季節の作品を飾り、家庭的でくつろげる環境である。花壇と畑で菜園活動をしたり、洗濯物を干したり、ベンチで外気浴ができる日当たりの良い庭もある。感染症対策を継続しながら、積極的に家事参加を支援し、書道・生け花・制作・レクリエーション・近隣への散歩・ドライブ外出等を行い、また、毎月「お弁当の日」「お誕生日会」「おやつ作り」を実施する等、日常生活の中で楽しみを持てるよう取り組んでいる。毎月のミーティング・研修、PDCAサイクルに基づいたケアマネジメント、看護職員と介護職員の連携により、利用者支援の向上につなげている。

#### 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、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、安心して暮らしている (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
<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	事業所の理念をホールに掲示、パンフレットに記載し、職員、家族との共有に努めている年間研修計画に入れ毎年「基本理念について」の研修を実施し、理念の実践に向け取り組んでいる。	事業所理念の中に地域密着型サービスの意義を明示している。ホールへの掲示・パンフレットへの掲載等で、職員・家族の共有を図っている。年間研修計画に沿って、毎年グループホームミーティング時に「基本理念について」の研修を実施し、理解を深めている。理念につながる年間目標として、今年度は「利用者が外出できるよう援助する・一人一人のペースに合わせた支援・地域との交流を深める」を設定して、スタッフルームに掲示し、日常的に目標の実践状況の振り返りを通じて理念の実践につなげている。	
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	コロナ禍以前はスーパーへの買い物、認知症カフェ、ミニデイサービス、小学校の行事への参加、ボランティアの受け入れ等、地域との繋がりを持った暮らしに努めていたが、現在は地域交流は困難。近隣の散歩、ドライブで地域に出かける機会を設けている。自肅により、月に1回利用者の方の馴染みの飲食店からお弁当を取り寄せたり、町の作品展に習字や作品を出展し、交流を継続している。	気候や希望に応じて、近隣への散歩や、月に1回程度、ドライブを兼ねて地域の飲食店に弁当の取り寄せに出かける等、地域と交流する機会を設けている。看護師が付き添った受診同行や、桜・コスモス・ひまわり等季節の花を観賞するドライブ外出、また、年2回(1月・11月)町の作品展への出展を継続し、11月は利用者も鑑賞に出かける等、可能な方法で地域交流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	4ヶ月毎の運営推進会議やサービス担当者会議等で知り得たことを情報提供している。面会時にコミュニケーションをはかり、情報提供する時間を設けている。		

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
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	年3回(今年度は、令和5年8・12月は開催し、令和6年は3月開催予定)会議では写真を用いた資料を配布し、利用者の方、職員の状況、事業所の取り組みを報告し、意見・情報交換を行っている。書面開催時は構成委員に資料と質問意見用紙を郵送し事前に収集した意見・回答等も会議内で報告している。議事録は事業所玄関に設置し、公開している。	利用者・家族・区長(地域代表)・民生委員(知見者)・町健康福祉課職員・事業所職員を構成委員として、令和5年度は8・12月に開催し、令和6年3月に3回目の会議開催予定である。質問意見欄を設けて全家族に開催案内文を郵送し、出席できなくても質問や意見を出せるよう工夫している。会議では資料(利用者状況・職員状況・活動内容等)もとに現状報告し、質疑応答・情報交換を行い、参加者から地域情報等の提供を受け運営の参考にしている。収集した意見・質問・回答等も記載した議事録を作成し、全家族に郵送するとともに事業所玄関に設置し公開している。	知見者の選任について、要件等を検討してみてもどうか。
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	運営推進会議を通して、町役場の健康福祉課との連携がある。判断に迷う事例があれば適宜相談し、助言を受けている。令和5年も事業所管理者が町の運営推進会議に参加、連携を図っている。	町職員の運営推進会議参加・管理者の地域包括運営協議会(町主催)参加・主任の認知症対策等ワーキング会議(町主催)参加等を通じて町との連携がある。また、看護師が町を通じて「神崎郡介護連絡会」に参加している。法令や制度等で判断に迷うことがあれば、適宜町役場に相談し適正な運営に反映している。	
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	「身体拘束適正化に向けた方針」を策定し事業所内に掲示、身体拘束をしないケアを実践している。グループホームミーティングの中で「身体拘束適正化委員会」を毎月実施し、拘束事例なしの確認と適正化に向けた検討を行っている。「高齢者身体拘束防止・予防」の研修を行い、研修後レポートを提供している。玄関は昼間は施錠せず、庭に出られる環境もあり閉塞感を感じないように配慮している。	「身体拘束適正化に向けた方針」を整備し、身体拘束をしないケアを実践している。毎月のグループホームミーティングで「身体拘束適正化委員会」を実施し、拘束事例なしの確認と、リスクの危険がある利用者があれば、フィールドセンサーの活用や見守りでの対応等について適正化に向けた検討を行い、議事録の回覧により周知を図っている。年間研修計画に沿って、グループホームミーティングで「身体拘束・虐待防止」研修を年1回実施するとともに、「権利擁護・成年後見制度」研修で、身体拘束についても触れている。研修は資料を用いて実施し、担当者が「研修報告書」を作成し、受講者は「研修レポート」を提出している。欠席者には、資料配布とレポート提出により周知を図っている。玄関は昼間は施錠せず、閉塞感を感じないよう取り組んでいる。	

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
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	グループホームミーティングの中で「高齢者虐待防止」について研修を実施し、接遇「禁止事項5項目」の掲示も行っている。不適切な言葉がけや対応の未然防止に取り組んでいる。希望休・シフトの調整等、職員のストレス等がケアに影響しないように取り組んでいる。	高齢者虐待防止についても、上記と同様の方法で研修を実施し、研修・委員会内容の周知等を通して意識づけを図っている。接遇「禁止事項5項目」を職員用トイレ内に掲示し、グループホームミーティング時や都度に管理者層が注意喚起を行う等、不適切な言葉がけや対応の未然防止に取り組んでいる。また、随時の管理者層による相談対応・希望休・シフト調整等、職員のストレス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	権利擁護、成年後見人制度について研修を行っている。現在までに事業所内での成年後見人制度活用の事例はない。今後、制度を利用する際は、町役場と連携して支援する仕組みがある。	「成年後見制度」について、上記と同様の方法で、資料研修を実施している。現在までに、成年後見制度活用事例はない。今後、制度利用の必要性や家族等から相談があれば、管理者が窓口となり、町役場と連携して支援する仕組みがある。	
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	入居希望があれば、見学を進め(コロナ禍のため中止中)、資料を用いてサービス内容や利用料の説明をしている。契約時には、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。契約終了時には、移転先への情報提供を行い、不安なく円滑に移転できるように支援している。	入居相談・希望があれば、見学は休止しているが、資料「介護センターご案内」をもとにサービス内容・費用等を説明し、入居前に管理者と主任が訪問調査を実施している。契約時には、管理者が、契約書・重要事項説明書・指針・同意書等を基に説明し、同意を得ている。特に、「リスク説明書」を用いて入居後に起こりうるリスクを説明し、退居要件については「重度化した場合の指針について」に基づいて理解が得られるよう詳細に説明している。契約内容改定時は、変更内容を文書で郵送し同意を得ている。契約終了時には、移行先への情報提供を行い、不安なく円滑に移行できるように支援している。	

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
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	家族会を年2回開催していたが、コロナ禍のため中止。家族との関係性を継続するため、面会時利用者の方の近況を伝え毎月写真を添えた手紙を送り、意見や要望が出やすいよう工夫している。運営推進会議に利用者家族の参加をお願いし、外部者に意見等を表す機会を設けている。把握した内容を共有し、生活支援や介護計画に反映できるよう取り組んでいる。	利用者の意見・要望等は日常の会話の中で把握に努め、個別の「ケース記録」で共有を図り、内容に応じて家族に連絡し、個別に対応している。家族等の意見は、面会（玄関で距離をおいての面会・窓越しの面会）や、毎月の出納帳確認のための来訪時・介護計画更新時等に把握に努めている。コロナ禍以前は、家族会を年2回開催していたが、現在は休止している。毎月写真を添えた個別の「近況報告書」を郵送し、利用者個々の近況や行事・生活の様子を伝え、意見・要望が出やすいよう努めている。把握した家族の意見・要望は「ケース記録」で共有し、利用者支援や介護計画に反映できるよう個別に対応している。家族の運営推進会議参加や、欠席時の意見・意向を把握する書面の同封筒等を通じて、事業所や外部者に意見・要望等を表せる機会を設けている。	
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	月に1回グループホームミーティングを開催し、職員が意見、提案を出して話し合う。日々の共有事項や検討事項は朝礼や業務の中で話し合い、申し送りシートで共有し実践につなげている。管理者、主任も随時個別に意見・提案を聞く機会を設けている。	月1回、グループホームミーティングを実施し、全利用者についてのケアカンファレンス・事故報告と予防策の検討・身体拘束適正化委員会・業務についての共有や検討等を行い、職員の意見・提案を利用者支援・業務改善・運営等に反映できるように取り組んでいる。欠席者も議事録の回覧により、内容の周知を図っている。日々の共有事項や検討事項は引継ぎ時や業務の中で話し合い、申し送りシートで共有し迅速に実践につなげている。管理者は、定期面談・随時面談を実施し、個別に意見等を聴取し主任とも共有している。	
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	管理者会議は無くなったが、管理者が直接施設長や代表者に、職員の意見や要望を伝え、反映できるように努めている。		

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
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	外部研修を受講できるように調整し、知り得た情報・研修内容は月1回のミーティングで伝達し、共有している。		
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	外部研修に参加、同業者との交流を深めサービスの質の向上に努めている。地域主催の認知症カフェが月1度あるが、コロナ禍のため参加できていない。		
<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	ご本人と面会を重ね、ご本人の言葉に耳を傾け、安心して暮らしていけるよう環境作りに努めている。		
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	入居される前、入居後もご家族との面談を重ね、不安や疑問、要望に耳を傾け、思いを表に出していただけるような関係作りに努めている。		
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	サービスを導入する段階で、何に困っておられるかを把握し、必要に応じたサービスが速やかに提供できるよう努めている。モニタリングを行い、適切な支援が実施できているかを確認しながら対応している。		
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	介護にとどまることなく、共に暮らす一員としての関係が築けるよう、相手を敬い、より良い関係が保てるように努めている。		
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	ご本人と家族の関係性を大切にしながら、ご本人が輪の中心となるように配慮し、共に支えていく関係が築けるよう努めている。		

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
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	入居時に把握した馴染みの人や場所についての情報を「アセスメントシート」に記録し、その後の情報はアセスメントシートに追記し共有している。コロナ禍以前は、家族や友人の訪問を歓迎し、認知症カフェや買い物、季節の外出等、馴染みの場所や人との関係継続を支援していたが現在は玄関で距離をあけての面会や手紙、電話でのやり取りや馴染みの場所へのドライブなどを継続している。	入居前面談で把握した情報「アセスメントシート(基本情報)」、入居後の「ケース記録」等から、馴染みの人や場所についての関係を把握している。家族限定で、窓越しでの面会や、玄関で距離を置いての面会を工夫し、馴染みの人との関係継続を支援している。電話・手紙の取次ぎ支援も継続している。近隣への散歩・季節の花を観賞するドライブ外出・町の作品展等、馴染みの場所に出かけられ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	利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立することなく、お互いに助け合えるような関わりが持てるよう支援している。		
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	サービスが終了する場合、より家族との関係性を大切に、契約終了後の環境等に不安を抱くことのないように支援している。		
<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	入居時に生活歴・生活習慣・趣味等を聞き、思いや暮らしの希望・意向について「アセスメントシート」に記録している。日々のコミュニケーションで把握した要望はケース記録やカンファレンスで共有している。意思疎通が難しい利用者については、表情やしぐさ等で観察し以前の情報や家族の意見を参考にし把握に努めている。	入居前面談で把握した「アセスメントシート(基本情報)」の希望・要望・生活歴・趣味・好み欄等を活用して、利用者個々の思いや暮らし方の希望等を把握している。入居後の日々の会話の中で把握した情報は、ケース記録・カンファレンス等で共有し、入居後の生活支援に反映している。計画更新時にも思いや意向の把握に努め、「アセスメントシート(更新時)」に追記し、利用者支援や介護計画に反映できるよう取り組んでいる。把握が困難な場合は、表情や反応等、また、以前の情報・家族の情報を参考に把握に努め、利用者・家族の意向に沿った支援に努めている。	

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
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	生活歴や趣味等において、入居時に丁寧に聞き取りを行い「アセスメントシート」に記録し、共有している。ご本人・家族・担当ケアマネジャー・利用されていた事業所にも協力を得ている。		
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	毎朝の血圧・脈拍・体温測定に加え、月に一度、体重測定と酸素飽和度測定を実施。食事はケース記録と申し送り表に記録。コロナ禍のため午後も体温測定を実施している。		
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	介護計画書、ケース記録、薬の明細書や受診の記録を個別にファイリングし、計画に添った記録が出来るよう努めている。毎月のグループホームミーティングにて利用者さん個々の状況の共有と検討を行い、モニタリングも毎月行っている。6ヶ月毎に、必要時には随時、介護計画書の見直しを行っている。家族の面会時にサービス担当者会議を開催し、家族の希望もサービス担当者会議で聞いている。	入居前の面談をもとに「アセスメントシート(基本情報)」「課題分析シート」を作成し、サービス担当者会議を実施し、初回の介護計画書を作成している。介護計画の2表を個人ファイルに見やすく貼付し、ケース記録記入時に介護計画を確認できるよう工夫している。毎月のグループホームミーティングで利用者個々の状況の共有と検討を行い、毎月のモニタリングで介護計画の評価を行っている。必要時には随時、定期的には6ヶ月毎に介護計画の見直しを行っている。見直しの際は、「モニタリング表」でのモニタリング評価と「アセスメントシート(更新)」「課題分析シート」による再アセスメントを行い、看護職員・介護職員の意見を聴き取り、家族の来訪時にサービス担当者会議を実施している。	長期目標・短期目標・サービス内容の設定の工夫が望まれる。グループホームミーティングの利用者個々のカンファレンスの中で、介護計画の見直しに該当する利用者については、議事録に介護計画の見直しについての検討を記録することが望まれる。
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	日々の暮らしの中で、実施したことやご本人のエピソードや家族との様子を記録し、その方の現在の様子が記録から映し出されるよう努めている。暮らしの中での気づきを記録に残し、情報を共有し、介護計画の見直しに活かすよう努めている。		

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
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	日々の暮らしの中での変化する状況や、ご本人の思い等については、毎日のケース記録に残し、情報を共有し、毎月のグループホームミーティングで見直しをしている。		
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	近隣のスーパーへの買い物や、認知症カフェ、出身地域のミニデイサービスは定期的に参加していたが、今年度もコロナ禍のため外出は縮小している。		
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	入居時にかかりつけ医を確認し、利用者・家族の希望に沿った受診を支援している。月1回嘱託医による神経内科・内科の訪問診療を実施している。現在はコロナ禍のため看護師が受診同行をしているが、通常は看護師が利用者の状態、相談内容を記載した書面を家族に渡し家族による通院としていた。受診結果は「ケース記録」・「受診記録表」に記録し「申し送りシート」で情報共有している。	月1回、神経内科・内科の嘱託医や入居前からのかかりつけ医による訪問診療を受けられる体制がある。入居時に事業所の医療連携体制も説明し、利用者・家族の希望に沿った受診を支援している。専門医等他科受診は、通常は家族同行を基本としているが、現在は看護師が同行し情報提供を行っている。通院・訪問診療について、「申し送りシート」で情報共有を図り、変薬等詳細は「受診記録表」に記録し共有している。	
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	事業所に2名の看護師を配置している。日勤帯(9:30~16:30)にはなるべく1名の看護師を配置し、いつでも相談体制をとれる状態にしている。夜間も連絡体制をとり、速やかに対応できるようにしている。看護師を受け持ち制とし担当を明確にし、相談体制を分かりやすくしている。		

自己 者 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
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。	入院時は、看護師が「情報提供書」を作成し、主に看護師が同行し、医療機関に情報提供している。入院中は家族と連携をとり面会に行き、情報交換しながら早期退院に向け支援している。退院時には「看護サマリー」の提供を受け朝礼やカンファレンスで情報共有している。退院後の状態に応じて、介護計画の見直しを行っている。	入院時には、看護師が同行し、「情報提供書」で情報提供している。入院中は、家族とも連携を図りながら看護師が面会訪問し、地域医療連携室の相談員等と情報交換して現状を把握し、早期退院に向け支援している。入院中・退院前の情報は「ケース記録」で共有している。退院時には「看護サマリー」の提供を受け、朝礼やグループホームミーティングでのカンファレンスで情報共有している。必要に応じて、介護計画の見直しを行っている。	
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・終末期に向けた事業所の方針を「同意書」の「重度化した場合の指針について」に明示している。グループホームでは看取り介護は行わない方針であり、歩行・入浴困難・経口摂取が難しくなった場合、医療処置が必要となった場合は、家族を交えてサービス担当者会議を行い、利用者が現状に即した適切な支援を受けられる環境へ転居できるよう支援している。年間研修計画に沿って、「ターミナルケア」研修を実施している。	契約時に「同意書」の「重度化した場合の指針について」に基づいて、重度化・終末期に向けた事業所の方針を説明している。事業所では看取り介護は行わず、歩行・入浴・経口摂取が困難な重度化段階になれば、現状に適した病院・施設等への移行を支援する方針であることを説明し同意を得ている。重度化を迎える早い段階で、家族を交えてサービス担当者会議を実施して今後の対応を検討し、家族の意向に沿って適切なサービスに円滑に移行できるよう支援している。年間研修計画に沿って「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	定期的に応急処置やリスクマネジメントについて職員間で研修を行っている。現在の利用者に考えられる事故や急変を想定し、イメージトレーニングを行いながら知識と技術の向上に努めている。		

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
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、昼間・夜間を想定して施設合同で訓練を行っている。運営推進会議で、区長・民生委員の参加があり、備品は事務所で備蓄し、食品はレトルト食品と水を備蓄し調理師が管理している。発電機も装備している。年間研修計画に沿って、「災害時の対応」研修を実施している。	年2回、施設合同で、昼間・夜間想定 of 総合訓練を、事業所からも職員が参加して実施している。令和5年度も、9月に夜間想定 of 通報・避難訓練を実施し「防災訓練実施記録」を作成している。参加職員が、グループホームミーティングで訓練内容を口頭で報告し、情報共有している。年度内に、昼間想定 of 総合訓練実施を計画している。区長・民生委員の運営推進会議参加を通じて、地域との協力体制を築いている。レトルト食品・米・使い捨て食器等3日分程度と、発電機等災害時用備品を厨房倉庫で合同備蓄し調理師が管理している。年間研修計画に沿って、「災害時の対応」研修を継続的に実施している。	
<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	年間研修計画に沿って「プライバシー保護」「認知症ケア」「高齢者身体拘束防止・予防ケア」等について研修を実施し、「尊厳ある生活」を含む理念と、接遇での「禁止事項5項目」を提示し、意識づけを行っている。毎月のグループホームミーティングの中で、言葉かけについて注意喚起している。個人記録類は、詰所の鍵のかかる書庫に保管。事業所内掲示・運営推進会議資料・個人写真の使用について文書で同意を得ている。職員に守秘義務についての説明と、契約書を交わしている。	「プライバシー保護」「認知症ケア」「身体拘束虐待防止」「権利擁護」「不適切ケア」等の研修を実施し、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学ぶ機会を設けている。接遇の「禁止事項5項目」の掲示・毎月のグループホームミーティング等を通じて、不適切ケアの未然防止について意識向上を図っている。気になる言葉かけや対応があれば、管理者層が都度注意喚起している。事業所内掲示・運営推進会議資料・広報誌等への写真映像の使用については、契約時に文書で同意を得ている。	
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	本人が自分の思いを表現できるよう、自己決定ができるよう、関係づくりに努めている。		

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
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	一人ひとりの暮らしを大切に、その方に合わせて無理のないように穏やかに過ごしていただけるよう努めている。		
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	入所時のアセスメントを参考に、本人、家族と相談しながら在宅のころと同じような身だしなみができるよう支援している。		
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	食事は施設の厨房で調理され、グループホームのキッチンで盛り付け、食器洗い等は、利用者のADLに合わせて職員と一緒に準備している。利用者個人に応じた食事形態は厨房が対応している。その日の摂取状況や感想を毎日検食簿に記入し、厨房に伝え、献立や調理法に反映している。外出行事として外食を行っていたが、現在は中止し月1回「お弁当の日」と「誕生日会」「おやつ作りの日」をつくり、利用者と一緒に調理したり、誕生日はケーキで祝い、利用者が楽しめるよう取り組んでいる。庭の畑で利用者と一緒に菜園活動を行い、収穫した野菜を食卓に加え、季節感や収穫が楽しめるよう支援している。	施設の厨房から届けられる食事を盛り付けて提供している。利用者個々の状況に応じた食事形態には、すべて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。毎日、利用者の摂取状況や感想を検食簿に記載して厨房に伝え、献立や調理法に活かしている。毎月「お弁当の日」「誕生日会」「おやつ作りの日」を企画し、おやつ作りではクリスマスケーキ・ふかし芋・フルーチェづくり等を、誕生日会ではケーキで祝っている。可能な利用者が、日常的に盛り付け・食器洗い・配膳・下膳等に参加し、おやつ作りも参加型で行っている。庭に花壇・菜園があり、収穫した野菜や果物を食事の一品やおやつに加え、季節感や菜園活動が楽しめ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	月に1回、体重測定を行う。水分、食事摂取量は毎回確認し、ケース記録に記入している。栄養状態が充分でないと思われる方には、補助食品などを提供。状態により、医師に相談し、対応をしている。		
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、口腔ケアを行い、不十分な方は、介助に入り口腔内の清潔に努めている。夕食後は、義歯装着者はポリドントを使用し、誤嚥性肺炎予防に努めている。		

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
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	利用者個々の排泄状況・排泄パターンを「排泄チェック表」で把握している。日中はトイレでの排泄を支援している。朝の申し送りやグループホームミーティングで利用者の状況の変化を共有し、状態に適した介護方法、排泄用品の使用につなげている。情報伝達は「排泄チェック表」で行い、介助時に扉を閉めるなどプライバシーへの配慮をしている。	利用者個々の排泄状況・排泄パターンを「排泄チェック表」で把握している。排泄の自立度が比較的高い利用用者が多く、日中はトイレでの排泄、排泄の自立が継続できるよう支援している。夜間は、排泄用品の使用・ポータブルトイレの活用・トイレ誘導等利用者の状況に応じた支援を行っている。排泄支援についての検討や情報共有は、「申し送りシート」やグループホームミーティングで行っている。介助時に扉を閉める、情報伝達は口頭ではなく「排泄チェック表」で行う等、プライバシーへの配慮を周知している。	
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	排泄の状況をケース記録と排泄チェック表に記録する。排便困難な方は、水分補給、牛乳提供、医師に相談し下剤の調整にて苦痛の除去に努めている。		
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	週3回、午前中に入浴を基本とし、体調に応じて臨機応変に対応している。一般浴の個浴を使用。入浴状況は「申し送り表」・「業務日誌」・「ケース記録」・ホワイトボードで把握し、情報共有している。同性介助を基本とし、安全を考慮しながら自立支援を行い、暖簾を設置しプライバシーに配慮している。入浴中の職員とのコミュニケーション、季節に応じたゆず湯で入浴が楽しめるように努めている。	週3回、午前中に入浴を基本とし、「申し送りシート」・ホワイトボード・「ケース記録」等で入浴状況を確認している。概ねの入浴予定を定めているが、体調・気分・当日のスケジュール等に応じて柔軟に対応している。一般浴の個浴で、全利用者が自分のペースでゆっくり入浴が楽しめるよう支援している。同性介助を基本とし、安全を考慮しながら自立支援を行い、入浴時はのれんを設置する等、プライバシーに配慮している。ゆず湯等、入浴がより楽しめるよう工夫している。	
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	午前中は活動を主に、午後からは休憩の時間を設けている。その日の体調に合わせて個々に休息も支援している。夜間は照明、室温、雑音などに配慮し、気持ちよく眠れるよう支援している。		

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
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	個別のケースに薬の内容や効能をファイルし職員全員が把握できるようにしている。薬のチェック表を作成、別にファイルしケース記録に毎回記載している。看護師が薬をセットし、朝に確認し、服薬前に再度確認し、誤薬がないように努めている。		
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	入所時の面談で知り得た情報を活用し、一人ひとりが役割や楽しみをもって暮らせるように支援している。手芸が好きな方は作品作りを、家事手伝いが得意な方は食器洗いや洗濯たたみを提供し、できることを継続していただけるよう努めている。		
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	「入居様が外出できるように援助する」「地域との交流を深める」を年間目標とし、可能な範囲で外に出る機会を作っている。地元へのドライブや花見ドライブに出かけて季節感を感じていただけるように努めている。年2回の町主催の作品展に出展し、利用者の方も鑑賞に出かけ地域行事に参加した。日常では、近隣の散歩、畑での菜園活動、庭での洗濯干し、庭のベンチでの外気浴をしながら気分転換や身体機能の低下予防に努めている。	今年度は「利用者が外出できるよう援助する・一人一人のペースに合わせた支援・地域との交流を深める」を年間目標に設定し、可能な範囲で外出機会作りに取り組んでいる。天候等に応じて、近隣の散歩や、外出行事として桜・コスモス・ひまわり等季節の花を観賞するドライブ外出、また、町の作品展に利用者が鑑賞に出かける等、可能な方法で外出行事を再開している。また、菜園活動、庭での洗濯物干し、ベンチ・テーブルでお花見弁当を楽しむ等、外気に触れる機会づくりや戸外での気分転換にも努めている。	
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	買い物に行く時は、自分で財布を管理していただき、支払いが出来るよう見守り支援しているが、コロナ禍のため自粛している。		
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	ご家族からの電話は、本人に取り次ぎ会話ができるようにしている。携帯電話を所持されている方は、家族に電話されたり、手紙を書くことが出来るよう支援している。		

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
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	共有空間は2か所の天窓と大きな掃き出し窓をとり天井が高く明るく開放的な環境である。リビングから外の風景を楽しめ、庭に出ることができ季節を感じる事ができる。段差を解消し、整理整頓し、転倒事故予防に努めている。ビージャ水やアルコールで消毒を行い、感染予防に努めている。利用者が掃除・洗濯・食事の後片付け等に参加できるよう支援し生け花や季節毎の作品を壁面に飾り、生活感を感じられるよう支援している。	天井が高く、2か所の天窓と南向きの大きな掃き出し窓から庭が見えて開放感がある。加湿器・オゾン発生装置の設置、ビージャ水・アルコールでの消毒等、感染予防や衛生的な環境整備に努めている。テーブル席・大型テレビ・ソファ・こたつ等が設置され、それぞれの場所で居心地よくくつろげる環境である。生花や利用者と共に制作した季節の作品を飾り、季節感が感じられるよう取り組んでいる。可能な利用者は、掃除・洗濯干し、たたみ・食事の盛り付け、配膳、片付け等の家事参加、菜園活動等生活感を感じられるよう支援している。日課としてのラジオ体操、レク活動として歌・制作等に参加し生活リハビリにつなげている。	
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	テーブル・ソファ・大型テレビ・こたつを配置し、利用者がソファで過ごされたりと、思い思いに過ごせるよう配慮している。		
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	全居室が共有空間と隣接し、見守りしやすい環境である。ベッド・クローゼットを配置、表札と個別の暖簾をかけ、部屋間違いの防止とプライバシーに配慮している。使い慣れた家具やアルバム、テレビ、時計を持ち込まれ、居心地良く過ごせる環境を作っている。	全居室が採光が良く明るい生活環境で、ベッドとクローゼットが設置されている。筆筒・衣装ケース・テレビ・時計・自作のカレンダーや書道作品・職員からの誕生日カード等、使い慣れた家具や馴染みの物が持ち込まれ、その人らしい居室づくりを支援している。利用者個々の状況や動線等を考慮して家具の位置や頭の向きを決め、安全に自立した生活が継続できるように支援している。個別の暖簾をかけ、プライバシーに配慮している。	

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
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	トイレや洗濯場、お風呂場など共同場所には表示をかけ、居室の前に表札をかけている。加湿空気清浄機やこたつの掛け布団、テレビの配線などの生活用品が利用者の障害物とならないよう配置し、自立した暮らしができるよう努めている。		