

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	2872300450		
法人名	有限会社 黎明		
事業所名	グループホーム あげぼの		
所在地	兵庫県三木市芝町4番20号		
自己評価作成日	令和6年9月10日	評価結果市町村受理日	令和6年10月31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6年9月25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)】

当施設は、「のんびり楽しく自分らしく」生活して頂く事を目指しています。居室には、入居者が使い慣れた家具や写真、生活雑貨を持ち込まれたり手作りの壁画や生花を飾る事で季節感と家庭的な雰囲気を感じられる生活感を提供しています。また、食事の準備や片付け、洗濯物畳み等の簡単な家事をして頂き、楽しみや役割が持てるように支援しています。食事面では、自由メニューの日があり入居者と一緒に献立を決め、好みの食べ物を召し上がって頂いています。また、季節ごとにイベントを行い参加し、楽しんで頂いている。医療面においては、主治医や、訪問看護ステーションのナースとの連携をとりながら注意をはらっております。今後も理念に沿って利用者一人ひとりのプライバシーを守り、誇りや尊厳を大切にケアを心掛け、その人らしい暮らしを続けるための日々の支援を行っています。

【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)】

静かな住宅地にある1ユニットのグループホームであり、地域からの協力が得られている。食堂・キッチンとレクリエーション室が長い廊下で結ばれ、各居室も広く、ゆったりとした生活環境である。敷地内に畑、玄関前にプランターがあり、利用者と一緒に制作した季節の壁画・生け花、行事の写真等を飾り、季節感・家庭的な雰囲気を大切にしている。散歩・室内歩行・体操・レクリエーション・家事参加を日課とし、心身機能の維持向上に努めている。「自由メニュー」の手作り調理・手作りおやつ・季節のイベントを継続し、外出行事・個別外出・家族との面会や外出を再開し、日々の生活の中で楽しみが感じられるよう取り組んでいる。毎月のケア会議で「ケアの経過」「危険予測」をもとに丁寧に検討し、現状に即した個別支援に取り組んでいる。

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)	○	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、その時々々の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	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
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	施設の理念を玄関に掲示し、月・木の申し送り後には出勤者全員で基本理念・運営理念の唱和をしています。また、日頃のケアやプラン作成時に迷ったときには、理念を道しるべとして理念の共有と実践につなげている。	事業所の「理念」「基本方針」に地域密着型サービスとしての意義を明示している。「運営理念」を玄関に、「理念」「基本方針」を事務所・廊下・レクリエーション室に掲示し、朝の申し送りで定期的に(各週1回)唱和し、周知と共有を図っている。「理念」「基本方針」は具体的で実践しやすい内容となっており、利用者支援や介護計画等について検討する際に立ち戻り、実践に向け取り組んでいる。	
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	今年、地域の秋祭りのお誘いを受けて参加させて頂き、記念写真を撮って頂きました。敬老会は、コロナ渦のため中止となりましたが、記念品を町内会より頂きました。また、散歩の時には声をかけて頂いたり、挨拶をしています。	町内会・老人会に加入し、運営推進会に地域代表の参加が多数あり協力を得ている。散歩の時等に挨拶や会話を交わしたり、生け花・植木の手入れ・生活用品の提供等、地域の人々との交流や協力もある。地域の秋祭りへの参加と記念写真撮影、敬老会の記念品提供、散歩・買い物・ドライブ等の地域への外出を通して、利用者が地域とつながりながら暮らせるよう取り組んでいる。来訪や電話、運営推進会議等で、地域からの介護相談に対応し地域貢献に努めている。	
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	運営推進会議で入所者の現在の状況を報告し、地域の方々にも理解して頂き情報の共有を行っている。また、参加された方の認知症に対する相談を受け付けしている。		

グループホーム あげぼの

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	昨年より従来の会議形式で実施している。利用者状況、事業の取組、行事などについて報告し、また地域の情報提供を受けたり、各委員の方々より意見を頂きサービスの向上につとめている。	利用者・家族(輪番制)・地域代表(区長・老人会長・民生委員・地域住民代表)、地域包括支援センター職員・知見者(他事業所管理者)を構成委員とし、2ヶ月に1回開催している。会議では、資料を配布して利用者状況・行事・ヒヤリハット事件事例等について報告し、参加者一人ひとりに意見・情報等を発言してもらっている。地域包括支援センターや地域代表者からの情報や他事業者の取り組み等をサービスや運営に反映できるよう取り組んでいる。議事録は、廊下のボックスに設置し公開している。	議事録ファイルを玄関カウンターに設置する等、公開方法を工夫してはどうか。
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	市の担当者とは、常に連携をとれるようにしており、わからないことは検討・対応に、ご指導を得ています。市内のGH事業者連絡会に参加し、連携を図っている。	運営推進会議に地域包括支援センターから参加があり、連携している。質問等があれば、都度、市の窓口で電話や訪問で問い合わせ、指導・助言を受け適正な運営につなげている。「三木市認知症対応型共同生活介護事業者連絡会」に参加し、市内のグループホームと連携している。	
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	施設内研修会を定期的に行う。3ヶ月に1回身体拘束委員会を開催し、身体拘束の防止に努めています。又、毎月ミーティングの際にケアの経過、危険予測等も話し合っています。	「身体拘束廃止に関する指針」を作成し、身体拘束をしないケアを実践している。「身体拘束適正化委員会」を3ヶ月に1回実施している。委員会では、拘束に該当する事例0件の確認を行い、利用者個々の「危険予測」をもとに拘束をしない事故防止策を検討している。委員会の前に、各職員が言葉遣いについてのチェックリストによる自己点検を年3回行い、結果を委員会で共有し研修として位置付けている。委員会の議事録を回覧し、サインにより周知を確認している。「高齢者虐待防止・身体拘束排除」についての資料研修を実施し、「緊急やむを得ない場合」についての理解を図り、グレーゾーンについての事例検討を行い、委員会の中で各職員の事例検討を共有している。玄関は安全上、電子施錠しているが、利用者の希望に応じて散歩・玄関前のベンチでの外気浴・プランターや畑での園芸活動等に職員が対応し、閉塞感を感じないように支援している。	

グループホーム あけぼの

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溜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。	「高齢者虐待防止に関する指針」を作成し、「高齢者虐待防止委員会」を3ヶ月に1回実施している。委員会では、「危険予測」をもとに不適切ケア防止を検討し、委員会の前に、各職員が言葉遣いについてのチェックリストによる自己点検を年3回行い、結果を委員会でも共有し研修として位置付けている。年1回、「高齢者虐待防止に向けた施設従事者のための自己チェックリスト」を用いた自己点検も行っている。委員会の議事録を回覧し、サインにより周知を確認している。「高齢者虐待防止・身体拘束排除」についての資料研修を実施し、「高齢者虐待の種類」についての理解を図り、グレーゾーンについての事例検討を行い、委員会の中で各職員の事例検討を共有している。毎月のケア会議で利用者のケアや業務について情報共有や検討を行い、相談しやすい風通しの良い職場環境づくりに努め、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。	「高齢者虐待防止委員会」の議事録の記載を、わかりやく工夫することが望まれる。
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	以前成年後見制度を利用されている利用者がおられたが現在はなく、今後も成年後見制度について学び、受け入れられるように努めていきたいです。	近年、成年後見制度の利用事例はない。今後制度利用の必要や相談があれば、地域包括支援センター等関係機関と連携し支援することとしている。	職員が理解を持ち活用できるよう、成年後見制度について定期的に学ぶ機会を設けることが望まれる。
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	契約の締結、解約や改定等の場合は、理解して頂けるよう時間をかけて説明している。家族の不安や疑問にも、説明し納得して頂けるように説明する。	入居相談や入居希望があれば見学対応し、パンフレットに沿ってサービス内容や料金等を説明している。契約時には、契約書・重要事項説明書・指針・同意書等に沿って説明し、文書で同意を得ている。説明の際は、料金・面会・外出・外泊等に関する家族からの質問に答え、理解と納得が得られるよう丁寧な説明に努めている。契約の内容に改定が生じた時は、変更内容の文書を作成し、面会時や電話で説明し文書で同意を得ている。	

グループホーム あけぼの

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	請求書送付時、短信欄に1カ月の生活の様子を記入している。また、意見や要望等は、随時の電話や面会等の際にできるだけ聞き取るよう努めている。輪番制で運営推進会議への参加もされている。	家族の面会を再開し、家族の面会時や電話連絡時に近況を報告し、意見や要望の把握に努めている。毎月、利用者担当職員が「短信」を郵送し、行事等の際は写真も同封し、意見・要望が表しやすいように利用者の様子を伝えている。家族からの連絡事項等は、「連絡ノート」や「ケアプラン記録」の「家人の連絡・面会」欄に記入し職員間で共有している。利用者の意見・要望は日々の会話の中で把握し、「自由メニュー」の献立に取り入れたり、家族の了解を得て個別対応している。運営推進会議に、毎回、輪番制で利用者・家族の参加があり、職員や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	毎月ミーティングを開催し、職員からの意見や提案を聞く機会を設け反映させている。	毎月ケア会議を開催し、職員の意見や提案を利用者のケア・業務等に反映している。会議の前に、利用者担当職員が「ケアの経過」「危険予測」を作成し、それらをもとに利用者個々の現状やケアについて情報共有や検討を行い、議事録に詳細に記録している。必要に応じて業務についても検討し、議事録に記録している。日々の検討は主に朝のミーティングで行い、連絡ノートに記録して共有し、ケア会議につなげている。管理者が、定期的には年1回、必要時は随時に個別面談を行い、職員の意見等を個別に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	代表者は、職員の話に耳を傾け職員の環境を整えている。また、職員の生活背景を理解し、勤務時間の調整など就労環境の整備に努めている。		
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。研修を受けたら必ず報告をし、皆が勉強出来るように知識の共有を図っている		

グループホーム あけぼの

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	三木市認知症対応型共同生活介護事業者連絡会に参加し、他事業所との交流と意見交換を行いサービスの向上に役立っている。		
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	家族の意向での入所が殆どだが、ご本人の困っていること・不安・要望・好きな事を聞き、その援助方法を職員間で、話し合いコミュニケーションの時間を持ちながら、安心感・信頼感を得るよう努めています。		
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	入所時に家族の不安・要望などの思いを気兼ねなく語る機会を設け、職員間で援助方法を考えている。また、家人には電話連絡したり、来所時にご様子を伝え会話により安心していただき、良好な関係作りを心掛けている。		
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	本人や家族の希望や困っている事を把握するようにし、十分なアセスメントとした上で計画書を作成し、提供している。		
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	出来ることをしていただきながら日常生活の中でさまざまな場面や出来事をお互いに共感や支えあう関係にな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	入居者の日常生活の様子は、来所時に直接話をしたり、請求書の短信欄にてお伝えしている。また、ケアプランを立てる時に家族に協力をお願いする。		

グループホーム あげぼの

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	本人がこれまで大切にされてきた馴染みの関係にある人や、場所の把握に努め今までの関係を保てるように支援している。現在は、少人数、短時間での面会になっている。	家族・親戚の来訪時はレクリエーション室等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。家族への年賀状の送付、家族からの年賀状や手紙の取り次ぎでも馴染みの人との関係継続を支援している。散歩・買い物・ドライブ・外出行事に出かける際に、馴染みの場所との関係が継続できるよう支援している。家族との外出も支援している。		
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観察し、気の合う同士が交流を楽しめるよう、また、トラブルにならないように席の工夫をしたり全員で和が持てる活動をする事で共同生活が円滑にな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	契約終了後も家族等からの相談に応じることを伝えており、必要時の相談や支援に努めている。			
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	日々の生活において、利用者の意向を汲み取りケアをおこなっていく。何か問題が起きるとすぐにスタッフで、話し合い利用者の希望や考え方を考慮する。意思疎通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、表情や反応から読み取るようにしています。	暮らし方の希望・思い・意向については、「入所時介護記録」の「私が楽しみにしていること」欄や「心身の情報シート」「生活歴」「生活記録」で把握に努めている。日常生活の中でコミュニケーションの時間を大切に、利用者の意向を汲み取り、把握した内容は申し送りノートやケア会議で共有し、介護計画や個別の活動・食事献立など日々の支援に反映できるよう取り組んでいる。意思の疎通が困難な場合は、表情や反応から汲み取り、家族の意見や「生活歴」等の情報を参考に等、把握に努めている。	入居後に把握した思いや意向は、新入職者とも共有しやすく、個別支援に活用しやすいよう、個人の記録に残すことが望まれる。	

グループホーム あげぼの

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	入所時の面談での家族、ご本人より情報を聞き取る。又、日々のコミュニケーションの中から生活歴・生活環境などを把握して、スタッフ一同が理解して日々の生活に生かしていくようにする。		
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	毎朝血圧、脈拍、体温、SPO2を測定している。健康状態に気を付けている。何かあれば主治医と連携をとり対応している。また、日頃の様子を観察し、記録に残し現状の把握に努めている。出来る限り自分で出来る事はして頂く。		
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	毎月のミーティングで利用者・家族からの情報や意向を取り入れ、心身の状態、生活の様子などを話し合いアセスメントし、検討したうえで計画を作成して、職員間で共有している。状態や様態の変化等があれば、状態に合わせて速やかに変更している。	「生活歴」(家族記入)・「入所時介護記録」・「心身の情報シート」(センター方式)・「ADLアセスメントシート」をもとに、初回の介護計画を作成している。介護計画書を個人ファイルに綴じ、周知を図っている。介護計画に基づいた実施状況は「ケアプラン記録」に、日々の記録を「生活記録」に記録している。利用者担当職員が毎月「ケアの経過」を作成し、ケア会議の中で個別にアセスメント・モニタリングを行っている。必要時には随時、定期的には3ヶ月に1回「モニタリング・評価・記録表」で評価している。変更がなければ6ヶ月に1回介護計画の見直しを行い、見直しの際は「モニタリング・評価・記録表」で評価を、「ADLアセスメントシート」で再アセスメントを行い、ケア会議で検討し「担当者会議の要点」に記録している。主治医の意見は、往診時に聴き取りを行っている。	「モニタリング・評価・記録表」の評価と見直し後の「介護計画」の連動を明確にすることが望まれる。主治医など関係者からの意見等も、「担当者会議の要点」に記載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	日々の様子を生活記録に記載し、ケアプラン記録には、ケアの施行状況を明記している。又、申し送りノートを利用して職員間で情報共有している。		

グループホーム あげぼの

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	本人の希望や家族の意向をその都度確認し、その時々ニーズに応えることが出来るよう努めている。		
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	地域の自治会役員や民生委員との連携は、運営推進会議で情報交換している。また、地域の秋祭りにも参加している。		
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、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	内科医は2週間毎に往診・歯科医は月1回の往診がある。主治医とは、緊急時や夜間にも連絡がとれる体制をとっている。	契約時に医療連携について説明し、利用者・家族の希望を確認し、希望に沿った医療が受けられるよう支援している。月2回の内科往診、月1回の歯科往診を受けられる体制がある。訪問看護は週1回の訪問と24時間連携がとれる体制を整備している。外部受診は家族の同行を基本としているが、状況に応じて、また精神科受診には管理者が同行し情報提供している。往診結果は「往診ノート」「管理日誌」に、外部受診の情報や医師の指示は「医療連携表」に、訪問看護の内容は「訪問看護記録」に記録し、連携を図っている。職員間での共有事項は「管理日誌」「職員連絡ノート」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	週1回訪問看護師の来訪がある。時間外で、必要時には、いつでも連絡を取り助言や指示を得ている。24時間オンコールでの対応を行い、緊急時の体制も整えています。		

グループホーム あげぼの

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
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、地域医療連携室と連携をとっている。退院前には、病院関係者からも状況や経過を聞き取り情報を共有しながらスムーズな退院、退院後も適切なケアに努めている。	入院時は、「介護サマリー」で医療機関に情報を提供している。入院中は地域医療連携室と電話連絡等で連携を図り、退院前カンファレンスがあれば参加し、早期退院に向け支援している。月1回協力医療機関との連携会議で、入居者情報を伝え対応を確認している。退院時には、「看護サマリー」の提供を受け、退院後の事業所での支援を検討している。入院中・退院時に関する情報は、「医療連携表」「ケアプラン記録(家人の連絡欄)」に記録し職員間で共有している。退院後の身体状況や生活の様子を一定期間「生活記録」に詳細に記録し、担当者会議で介護計画を検討し支援に反映している。	
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	重度化した場合や終末期についてご家族に「重度化した場合の指針」を説明し同意を得ている。状態に変化があれば本人とご家族の意向に沿いながらその都度主治医と話し合い方針を決めている。	契約時に、事業所の重度化・終末期に向けた方針と、事業所でできること・できないことを「重度化対応に関する指針」「看取りに関する指針」に沿って説明し、「重度化及び看取り介護についての同意書」で同意を得ている。近年、重度化対応や看取りに関する事例はない。事例があれば、重度化を迎えた段階で、事業所から家族に利用者の状態を説明し、事業所の方針を再度説明する機会を設けることとしている。家族の意向を確認し、家族・主治医・事業所で話し合いを重ね、意向に沿った支援につなげている。	
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研修会を行っている。緊急時対応マニュアルを作成している。		

グループホーム あけぼの

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	BCPを作成している。避難訓練は、年2回（日中・夜間想定）行っている。また、消火器、スプリンクラー等定期的にメンテナンスを行っている。	毎年2回、昼間・夜間想定で利用者也参加して避難訓練を実施している。令和6年5月にBCP訓練、6月に夜間想定火災避難訓練、9月に災害(洪水)ハザードマップ机上訓練を行い、11月に昼間想定消防立ち合いの通報訓練を予定している。ケア会議時に訓練を実施し、多くの職員が参加できるよう工夫している。訓練後は手順・反省点・課題を話し合い、「ケア会議議事録」と「訓練実施報告書」を作成している。訓練前には近隣住民に参加案内の手紙を配布している。運営推進会議に地域住民の参加があり、災害について情報交換している。定期的に業者による消火器・スプリンクラーの点検を行い、災害時に備えている。備蓄は管理者が備蓄品リストを作成し、倉庫・厨房に保管管理している。	
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	ご利用者の性格や生活歴をスタッフそれぞれが考慮し、人としての尊厳を尊重した対応や声掛けを行うように心掛けている。又、プライバシー保護についても研修を行っている。	理念に利用者尊重の考え方を明示し、理念の掲示・唱和・ケア会議等で周知共有し、実践に取り組んでいる。「倫理及び法令遵守とプライバシーの保護」「認知症及び認知症ケア」の研修を毎年実施し、6年度は「プライバシー保護に関する指針」の資料研修を行い、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を学ぶ機会を設けている。また、全職員対象に、3ヶ月に1回「言葉かけのチェックシート」で、年1回「不適切ケアにつながるチェックシート」で不適切ケア・言葉の拘束・虐待についての自己点検を行い、意識づけを行っている。契約時に、利用者・家族に写真・映像使用について説明し、「個人情報使用同意書」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	利用者の意思表示を待つケアに努めている。利用者によっては、選択しやすいように2択にして自己決定が出来るように支援している。又、マンツーマンでの散歩などを通じ思いを聞き出しやすい環境を作る。		

グループホーム あけぼの

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
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	日課は決めています。起床時間・食事・自室で過ごす時間帯などは、本人の希望・身体状態に応じた支援をしている。レクリエーションも無理強いのないように提供している。		
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ヶ月に1度訪問理容を利用している。また、中々外出が出来なくおしゃれの機会が少なくなりましたが、日々の声かけで素敵な所に触れるようにしたり、日常でもこだわりの洋服を職員と一緒に選んで頂く。		
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	週2回自由メニューの日があり、入居者が食べたい物の希望を聞いている。また、片付けなど出来ることをして頂いている(台拭き、トレイ拭き、食器拭きなど)	炊飯と汁物の調理を行い、委託業者から届けられた普通食の調理品を温めて盛り付け、提供している。利用者の状況や嚥下状態に応じて、事業所で刻み食・とろみ・一口大等、個別に対応している。委託業者の献立には季節感が採り入れられ、手作りおやつや旬の果物を提供する等、季節を感じられるよう工夫している。毎週末(土・日曜日)の昼食に「自由メニューの日」を設け、利用者の希望を採り入れた献立で手作りの食事を提供し、季節の行事食・イベント食・利用者の好みに応じた誕生日ケーキ等、食事をより楽しめる多様な機会づくりを行っている。また、5月には外食を再開し、好みの食事を楽しむ機会を設けている。敷地内の畑で利用者と一緒に収穫した野菜も、食材として活用している。利用者がトレイ拭きや食器拭き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	食事摂取量は記録に残し、必要な栄養・水分の確保が出来るよう支援している。嚥下状態の悪い方にはとろみをつけて提供している。米飯の摂取が悪い方には、パン、おにぎりにしてみる等の工夫をしている。		
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に、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	食事前の口腔体操や、個人に応じて声掛け、介助にて毎食後口腔ケアを行い口腔内の清潔に努めている。また、月1回歯科往診があり、必要に応じて義歯の調整やブラッシング等を行っている。		

グループホーム あけぼの

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
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	一人ひとりの排泄パターンと身体状態を把握し、その情報を職員間で共有し、その方に応じた声掛けにて、トイレでの排泄支援を行っている。プライバシー保護には十分注意している。	現在は、排泄の自立度の高い利用者が多く、必要に応じて定期的・随時に、個別の声かけ・誘導・介助を行い、日中はトイレでの排泄・排泄の自立が継続できるよう取り組んでいる。夜間は状況に応じてポータブルトイレも使用している。排便状況・水分摂取等は、「生活記録」に記録し把握している。月1回「ケアの経過」で利用者個々の排泄状況・排泄用品の使用状況等を確認し、状況の変化や課題があればケア会議で検討し、利用者の現状に即した支援につなげている。トイレのドアの開閉、トイレ使用中の札の利用等、プライバシーや羞恥心にも配慮している。	
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	食事・水分量は毎回チェックし記録している。朝食には、牛乳飲用。水分不足にならないように努めている。生活リハビリ、ラジオ体操・ストレッチなどで、体を動かすようにしている。また、主治医に随時相談し必要に応じ服薬調整している。		
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	体調を把握した上で個々の希望に合わせた入浴を支援している。脱衣所の室温、利用者に合わせて水温、利用者の不安や羞恥心に配慮し、一人ひとりにあった入浴支援を行っている。	一般浴槽での個浴で、一人ひとりのペースでゆっくり入浴できるよう支援している。曜日を定め、週2回の入浴を基本とし、利用者の希望に応じて時間帯・順番・湯温度等を配慮して支援している。入浴前にバイタルチェック・体重測定を行い、体調管理に留意している。浴室・脱衣所に1名ずつ職員を配置し、身体状況や体調に応じて2人介助・シャワー浴でも対応している。入浴拒否があれば言葉かけ等を工夫して対応し、入浴困難な場合は「管理日誌」の特記事項で情報共有し、次回入浴ができるよう工夫している。冬至にはゆず湯を用意する等、入浴がより楽しめる機会を設けている。	

グループホーム あげぼの

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
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	日中は適度な運動や活動を取り入れ、気候が良ければ散歩や外気浴をして日光を浴びる時間を設けている。メリハリのある生活リズムを作ることを心掛け、夜間の安眠につなげている。また、一人ひとりの体調に合わせて体に負担のないように日中でも静養時間を設けている。		
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	入居者個人のカルテに、服薬の説明書を綴っている。管理日誌にも服薬内容を綴っており変更があれば都度変更している。誰でも知識として確認できるようにしている。誤薬のないように職員間で声をかけあい確認(服薬前・服薬後)を徹底している。内服薬の変更があれば職員間で日誌や連絡ノートに都度記載し、周知徹底する。		
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	出来ることをしていただきながら(居室掃除・食器拭き・台拭き・洗濯物たたみ・洗濯干しなど)スタッフと一緒に生活を楽しんだり、自分の仕事とし、して頂いている。		
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	暖かい日には、全員で戸外で日光浴・散歩をしている。また季節に合わせて、花見、紫陽花、紅葉狩りに行っています。今年の5月には、全員で近くのショッピングセンターへ行き、外食と買い物を楽しみました。	気候のいい時期には、近隣の散歩を日課とし、利用者の状況に応じて車椅子やシルバーカーも使用し、希望に応じて外出できるよう支援している。玄関前ベンチでの外気浴・プランターや畑での花や野菜の栽培活動等により、戸外で過ごす機会を設けている。個別の公園散歩・ドライブ兼買い出し・買い物や、行事として花見・遠足・紫陽花散策・紅葉狩り・地域の秋祭りへの参加等、外出する機会づくりに努めている。また、今年度は5月に利用者全員参加でショッピングセンターでの外食や買い物を楽しむことができた。家族との外出や外食もできるよう支援している。	

グループホーム あげぼの

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
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	金銭を所持している方は居ないが、買い物に同行して頂いたり、コロナ禍前には、月1回パンの販売時に自らパンを選び購入して頂いたりしていました。		
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	家族の方に、年賀ハガキを書いて郵送している。家人からのハガキは嬉しそうに眺められている。		
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	四季に応じて壁画を掲示し壁画の制作に協力して頂いている。また、玄関先には季節を感じてもらえるように生け花を飾っている。温度計・湿度計も利用して年中快適に過ごしていただけるように配慮している。	食堂とレクリエーション室が長い廊下で結ばれ、随所に椅子やソファを、レクリエーション室には畳を設置し、思い思いの場所でゆったりと過ごせるよう配慮している。窓や中庭からの自然光で明るく、温湿度管理・換気・消毒・清掃等により、快適な環境を整備している。ベンチや栽培プランターを設置した玄関前スペースや畑も共用空間として活用している。玄関に季節の生花を生け、食堂や廊下に利用者と職員が共同制作した季節の壁画や行事写真を飾る等、随所で季節感を感じられるよう取り組んでいる。日課として玄関先からレクリエーション室までの長い廊下を活用し、1日2～3往復の歩行練習を実施している。午前・午後に個別や集団レクリエーションの時間を設け、昔ながらのゲームや脳トレを取り入れ、共用空間で心身機能の維持向上に努めている。居室掃除・ハンガーかけ・洗濯物たたみ・食器拭き等、家事参加を支援し、役割づくりを行い生活感を取り入れている。	
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	廊下や玄関などに椅子やソファを置き、一人になられたり、気の合う方とおしゃべりを楽しんでいただいている。		

グループホーム あけぼの

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
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	入居時にご本人の馴染みのものを居室に配置していただくなどの支援をし、環境の変化したことへの本人の混乱を最小限に抑えられる様働きかけている。しかし、危険防止を優先させた配置にしている場合もある。	各居室にベッド・クローゼット・3段ボックスが設置されており、収納棚・椅子・テレビ等の使い慣れた家具や、写真・仏壇・装飾品等の馴染みの物が持ち込まれている。全居室がたいへん広く、利用者個々の身体状況や生活動線に応じた位置や向きに家具や道具を設置できる環境である。居室前に大きな表札を飾り、名前をわかりやすく掲示し、部屋間違いや混乱のないよう工夫している。利用者担当職員を設置し、毎月の「短信」等で家族と連携して衣替えや物品購入等を行い、快適に過ごせるよう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	自室の分かりにくい人には廊下の壁に張り紙で誘導したり、名前を大きく表示している。廊下、トイレ等には手すりを設置している。また、出来ること出来るかもしれない事は見守り・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。		