

### 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	2874900315		
法人名	社会福祉法人 きらくえん		
事業所名	グループホーム竹原野		
所在地	兵庫県朝来市生野町竹原野222		
自己評価作成日	令和3年11月18日	評価結果市町村受理日	令和4年1月11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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ兵庫福祉調査センター		
所在地	尼崎市南武庫之荘2丁目27-19		
訪問調査日	令和3年12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)】

<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎月入居者自治会を開催し、入居者のニーズに合わせた暮らしの実践をしている。</li> <li>・積極的に地域行事に参加したり、馴染みの散髪屋や商店に行く等して、地域との社会が途切れないよう配慮している。</li> <li>・毎月学習会を開催し、職員の知識向上や業務の効率化を図っている。</li> <li>・入居者個々の生活歴に沿った生活のサポートを行っている。</li> <li>・尊厳を守った認知症ケアの実践に取り組んでいる。</li> <li>・地域の方に気軽に来苑して頂けるよう、運営推進会議等で情報発信をしている。</li> </ul>
---

【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)】

<p>&lt;きた&gt;でk記入内容と同じ</p>
----------------------------

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"/> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ほぼ全ての利用者の</li> <li>2. 利用者の2/3くらいの</li> <li>3. 利用者の1/3くらいの</li> <li>4. ほとんど掴んでいない</li> </ol>	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)	<input type="radio"/> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ほぼ全ての家族と</li> <li>2. 家族の2/3くらいと</li> <li>3. 家族の1/3くらいと</li> <li>4. ほとんどできていない</li> </ol>
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"/> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 毎日ある</li> <li>2. 数日に1回程度ある</li> <li>3. たまにある</li> <li>4. ほとんどない</li> </ol>	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"/> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ほぼ毎日のように</li> <li>2. 数日に1回程度</li> <li>3. たまに</li> <li>4. ほとんどない</li> </ol>
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"/> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ほぼ全ての利用者が</li> <li>2. 利用者の2/3くらいが</li> <li>3. 利用者の1/3くらいが</li> <li>4. ほとんどいない</li> </ol>	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"/> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 大いに増えている</li> <li>2. 少しずつ増えている</li> <li>3. あまり増えていない</li> <li>4. 全くいない</li> </ol>
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"/> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ほぼ全ての利用者が</li> <li>2. 利用者の2/3くらいが</li> <li>3. 利用者の1/3くらいが</li> <li>4. ほとんどいない</li> </ol>	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ほぼ全ての職員が</li> <li>2. 職員の2/3くらいが</li> <li>3. 職員の1/3くらいが</li> <li>4. ほとんどいない</li> </ol>
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"/> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ほぼ全ての利用者が</li> <li>2. 利用者の2/3くらいが</li> <li>3. 利用者の1/3くらいが</li> <li>4. ほとんどいない</li> </ol>	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"/> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ほぼ全ての利用者が</li> <li>2. 利用者の2/3くらいが</li> <li>3. 利用者の1/3くらいが</li> <li>4. ほとんどいない</li> </ol>
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"/> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ほぼ全ての利用者が</li> <li>2. 利用者の2/3くらいが</li> <li>3. 利用者の1/3くらいが</li> <li>4. ほとんどいない</li> </ol>	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"/> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ほぼ全ての家族等が</li> <li>2. 家族等の2/3くらいが</li> <li>3. 家族等の1/3くらいが</li> <li>4. ほとんどできていない</li> </ol>
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"/> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ほぼ全ての利用者が</li> <li>2. 利用者の2/3くらいが</li> <li>3. 利用者の1/3くらいが</li> <li>4. ほとんどいない</li> </ol>			

### 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	2874900315		
法人名	社会福祉法人 きらくえん		
事業所名	グループホーム竹原野		
所在地	兵庫県朝来市生野町竹原野222		
自己評価作成日	令和3年11月18日	評価結果市町村受理日	令和4年1月11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

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ兵庫福祉調査センター		
所在地	尼崎市南武庫之荘2丁目27-19		
訪問調査日	令和3年12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)】

<ul style="list-style-type: none"> <li>毎月入居者自治会を開催し、入居者のニーズに合わせた暮らしの実践をしている。</li> <li>積極的に地域行事に参加したり、馴染みの散髪屋や商店に行く等して、地域との社会が途切れないよう配慮している。</li> <li>毎月学習会を開催し、職員の知識向上や業務の効率化を図っている。</li> <li>入居者個々の生活歴に沿った生活のサポートを行っている。</li> <li>尊厳を守った認知症ケアの実践に取り組んでいる。</li> <li>地域の方に気軽に来苑して頂けるよう、運営推進会議等で情報発信をしている。</li> </ul>
---

【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)】

<p>当施設は周りが緑に囲まれた田園の中にあり、落ち着いて過ごせる、大変環境の良い場所に恵まれている。コロナ禍で本年は地域との交流が出来ていないが、普段は地域との交流が大変盛んな施設で、周りからも地域に竹原野有りと、介護の中心的な施設である。現在コロナの中に於いて感染は無く、喜楽園・市の指示に従い、守り利用者の支援に当たっている。訪問等少しはあるが、職員はフェースガードをし、訪問者はコロナ対応をし安全にされている。対応が解除されれば地域との交流も、又活発になれるものと推測される。</p>
--

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 3. 利用者の1/3くらい 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	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、活き活きと働いている (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

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	法人の理念であるノーマライゼーションを定例会議の中で確認し、それを具現化できるように努めている。地域の生活者としての暮らしを築くために、地域行事へ参加を推奨してきたが、昨年よりコロナ禍で行事が中止となり参加できていない。毎月のセクション会議内で理念を口頭で確認し、理念に沿わないケアを行っていないか振り返りをしている。	理念は(ノーマライゼーション)で玄関に掲示され、月1回のセクション会議で全員口頭にて確認し、日常の支援に努めている。	
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	コロナ禍の影響により地域行事が軒並み中止となったので出かける機会が減っている。馴染みの理髪店や商店の利用、地域の生花店の訪問販売、米の購入を継続出来ている。	コロナ禍でほとんどの交流が中止になっているが、理髪店・商店・生花店・等とコロナ対策をし来店や訪問がされている。職員はフェースガードをし、来店者はマスク・消毒をしの対応となっている。	
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	近隣地区へは、コロナ禍で集まることが敬遠されているため実施できていない。町内にある生野高等学校の福祉講座に関わり、高齢者への対応の体験、認知症の方への対応等についての講義を行っている。		
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	2ヶ月に一度運営推進会議を開催し、運営状況等の報告を行っている。会議の中で出た意見は職員間で共有している。	運営推進会議は1回のみ書面对応でその他は2ヶ月毎に竹原野副区長・緑が丘区長・市の職員・家族会長・朝来地域包括支援センター・生野地域包括支援センター・都職員で開催され情報交換し、運営に反映させている。	
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	2ヶ月の1回の運営推進会議のメンバーとして市職員、地域包括支援センターの職員に参加していただき、情報交換を行っている。	市とは運営推進会議の出席者(健康福祉部福祉相談支援課)と連絡を密にし、分からない事があればメール・電話で相談し解決している。	
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	夜間は防犯上玄関・窓を施錠しているが、その他の時間帯に拘束につながる施錠は行っていない。リーダー以上は毎月身体拘束廃止委員会に参加し、正しい理解に努め、職員に周知している。それにより、拘束しないケアを実践している。	身体拘束廃止委員会はリーダー以上の13名のメンバーからなり検討し、職員とは年2回研修し拘束が無き様にしており、現在はゼロである。玄関も昼間は開放している。	

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	施設内で「虐待」に関する研修を年2回実施している。また、施設内の虐待防止対策委員会へ参加を行い、不適切ケアにつながるケアのあり方を確認し、事業所内で周知、確認を行っている。	虐待防止委員会もリーダー以上の13名のチームで検討し、全体で年2回の研修を実施しており、スピーチロックを含めて職員同士お互いに注意しえるように対応している。接遇の研修が行われてなく、対応するようにお願いした。	
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	現在、成年後見制度の必要な入居者はいないため、活用には至っていない。今後、学習の機会を設けていきたい。	対応・研修が出来ていない。今後地域包括センターの方を講師として研修し、利用者から相談があれば対応出来る様な体制を構築したい。	今は利用者が居ないが、今後利用者より相談があればホーム内で対応出来るような、体制を御願います。
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	事前面接時、見学時、入居時に繰り返し、口頭・書面で説明をし、理解をしていただいている。	見学時や入居時に契約書・重要事項説明書・個人情報使用同意書ターミナルケア確認書等をよく説明し、同意を頂いている。又契約に関して変更があれば同様に説明しサインを得ている。職員にも説明もしている。	
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	利用者は毎月の自治会で意見を聞いている。家族へは、家族会での意見徴取の他は、個別の連絡、面会時の聞き取りで意見を聞き、反映に努めている。	家族には、来店・総会時・家族会総会時・イベント時等に時間をとり要望の確認と書面にて頂いている。コロナ時には面会手段の方法等の要望がある。	
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	毎月の定例会議、ユニット会議内で意見を収集し、日々の業務に反映している。	月1回のセクション会議やフロアー会議にて意見を出し、業務改善等を中心に話し合い対応している。又個人面談も年2回有り業務目標や人事に関して部長と時間をとっている。	
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	人事考課制度により年に2回職員個々に面談を行い、評価している。		
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	職員によって知識、技術、気づきの力に差があるが、できる範囲で内部、外部研修に参加してもらい、学習の機会をもうけるように努めている。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	2ヶ月に一度、南但馬のグループホーム連絡会を開催しており、他施設の情報を得ると共に、研修会等の計画を立てている。		
<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	入居前アセスメントを行い、情報の収集を行っている。また、その情報を職員間での共有し、統一した支援を実施することで、良好な関係作りにつなげている。居室担当が中心となって意見などの聞き取りを行い、カンファレンス等で共有している。		
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	入居前アセスメント、入居時の確認、聞き取りにより、入居者、家族の要望を聞き、丁寧に答えるように心がけている。		
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	出来ている。		
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	お話しをしながら一緒に調理、洗い物等をしたり、一緒に洗濯物の片付けを行ったりし、生活感を維持している。できる限り、軽作業を手伝って頂き、お礼が言えるようにしている。生活の中でその入居者にあつた役割を持って頂き、職員とともに作業を行っている。		
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	毎月「GHだより」を発行し、近況報告をしている。居室担当職員が一言添えることにより、家族との信頼構築につなげている。また、病院受診の対応をして頂く家族もあり、継続した繋がりを保っている。面会時にコミュニケーションをとれている。LINEなどのツールの活用をしている。		
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	なじみの美容室を利用できるようにしている。同じ地区で顔なじみの方と会話できる時間を作っている。また、家族や知り合いの人との面会は制限をしながら実施している。	コロナ禍で支援は難しいが馴染みの美容院へはコロナ対応をしてかけている。又家族や友人との面会も制限をしながら実地しており、喜ばれている。	
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	毎月の自治会やレクリエーションの時に、入居者同士の交流を深められるように援助しているが、男性入居者は少ないので孤立しがちである。日々の様子から人間関係を把握し、一緒に過ごすことで安心できるように食堂の座席を工夫している。行事などで、他ユニットの入居者とも一緒に行動してもらい、関わりを持ってもらうようにしている。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	必要に応じて対応している。		
<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	どのように生活したいかを各入居者に聞き取りを行い、ケアプラン立案前や状態変化があった際にはカンファレンスを開催し、入居者の思いを伺う事で統一した支援が出来るよう努めている。認知症により意向の把握がしにくいもある。ユニット会議やセクション会議内で話し合う事もある。出来る限り本人の意向に沿った対応が出来るよう努めている。	利用者が入居する毎に、スタッフの中から担当が決まる。月1回、入居者自治会を開き、希望事項の聞き取りをしている。コロナ禍で家族の面会はなし、電話はある。	
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	アセスメントシートの生活歴を参考にしている。聞き取りを行った職員は、他職員と情報共有できるよう口頭での伝達やケース記録に残すようにしている。情報を元になるべくこれまでの暮らしが継続できるように努めている。これまでの生活歴などをまとめたあゆみの作成を行っている。情報共有をしっかりとできている。		
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	毎日バイタル測定を行い、身体の状態を把握している。また、ユニット会議や日々のミーティングで情報を共有している。定期的に体力測定を実施している。日々の申し送りなどで全職員が共有できるようにしている。変化があれば記録に残している。		
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	定例会議やユニット会議内で話し合っている。ケアプラン更新時には家族から意見を伺い、カンファレンスを開催している。	利用者毎に介護スタッフの担当を決めケアプラン更新時には、担当職員の提案に基づき、計画担当等が家族の意見を踏まえカンファレンスで検討している。幹部職員は、職員教育・全体的なレベルアップの必要を感じ推進を意図している。	家族会開催など、家族との情報交流の機会づくりの計画が一層進む事を期待。また関心のある部門について担当を決め職員間の研究・研修が進み利用者の処遇改善につながることを期待したい。
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	内容により記録を分類し、情報を見やすくしている。情報を共有し、必要に応じてケアに反映させている。記録を読み情報共有を行い、わからない所は職員同志でコミュニケーションをとりながら検討をしている。		
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	ニーズの発生時は都度、職員間で話し合い、出来る限り実現できるようにしている。また、施設や法人内の専門職に協力を求めて検討を行うこともある。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	コロナ禍において、ボランティア、近隣住民の受け入れが困難な状況にある。その中で、住み慣れた地域とかけ離れることのないように意識している。なじみの散髪屋に行くことを継続している。		
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	在宅時のかかりつけ医を出来る限り継続しているが、やむを得ず変更する場合は家族と十分に話し合いを行っている。体調に変化がある時は、まずかかりつけ医に相談をし、早期受診を心がけている。	現在、3名の利用者が家族同行で受診している。家族が行けない場合は事業所スタッフが付き添う。協力医療機関の来診は、2ヶ月毎。	
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	小さな変化や気づいたことは記録に残すとともに、対応方法等については都度看護師に相談している。日々の暮らしの中で情報共有する事で、早期受診・治療開始につなげている。気づいた事を看護師に報告し、適切な処置を行っている。看護師不在の時は特養看護師の協力を得ている。		
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。	地域連携室の担当者と連絡を取りあい、面会に行つて情報収集をする事により、安全に早期退院が出来るよう努めている。	入院先で亡くなる場合を除き、ホームへ帰られ元の生活を継続される。特養ホーム等へ移行の場合、1週間等短期間の滞在となる事もある。	
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	入居時に必ず確認するようにしている。糖尿病で血糖値が安定しない入居者の食事管理の対応などを、定期的に家族に確認している。入居者はほとんど90歳以上であり、終末期をどのようにとらえるかは難しい。	ガンの末期で入院先で亡くなった方が2名おられたが、看護師が職員として配置されており状態観察と必要な処理がされている。	
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、転倒事故発生時などのマニュアルを作成しており、対応は統一されている。看護師、上司への連絡を密に行うことにより、早期受診につながっている。定期的に学習会を開催している。		
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	2か月に1回、避難訓練を実施しているが、地域住民と共に行う訓練はできていない。	5・7・9・11・1・3月で毎年6回火災と水害を想定した訓練をしている。真横を流れる川は溢水はないものの増水がみられる。平屋建てであるが、木造グループホームの火災予防を心がけている。消防署とも連絡を取る。備蓄は3日分を隣接の特養にしている。	

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	法人理念の実現を念頭に置き、支援している。依頼形の声掛け、尊敬語、謙譲語の言葉遣いや対応を徹底している。本人が望んでいないことを行わないように注意している。	介護スタッフも地域に住む人たちであり、その人に適した声かけ、依頼する形で役割遂行ができています。	
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・食事・排泄介助の際、身体に危険がない限り、本人の意思を尊重している。自己決定を促すような声掛けを意識している。できるだけ自分で選択して頂けるような声かけを行うようにしている。		
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し、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	体調に合わせて食事の時間をずらしたり、日中に休む時間を作る等、できるだけその人にあったペースで生活できるようにしている。入居者より希望があった場合、出来る限り業務の調整等を行い、実現できるよう努めている。行事があった場合は、職員のペースに合わせて頂く事がある。		
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	季節にあった服を準備し、出来る方はご自分でお好きな服を選んで頂いている。美容院や理容店に出かけたり、毛染めの対応など行っている。今は化粧をされる方がいないので支援していない。リラクゼーションの一貫で、ハンドマッサージ、ネイル等をする機会を持った。		
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	嗜好調査を実施したり、アレルギーの有無を把握している。おやつ作り等、入居者から希望を聞き取り、一緒に作る機会を設けている。日々の調理は職員が中心で行うことが多いが、洗い物や片付けを入居者と一緒に行うようにしている。	ご飯やみそ汁はGHで作るが、特養ホームの厨房で調理したものを提供している。利用者の方にも洗い物、食材の加工調理、片付け等を一緒にしている。	
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、水分量は一定の目安を設けている。食事の量は基本的に同じであるが、体調等により看護師・栄養士と相談して、量や形態を変更することがある。水分は本人の好みや飲みやすいものにして摂取量が確保できるように調整しているが、摂取しにくい方に一定量飲んで頂くことが難しい。		
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	昼食後、夕食後に行っている。朝食後はできていない。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	失敗を減らすように工夫しているが、オムツの使用が減ってはいない。ユニット会議で話し合い、個別の誘導時間・使用物品を調査し、自立に向けた支援が出来るよう努めている。	各居室にトイレが設置されている。介護スタッフは、排泄の傾向を排泄チェック表を使い把握・対応している。ほとんどの方が紙オムツを使用しており、排泄介助に季節や昼夜間の差はない。	
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	運動が排便を促す事にも繋がる事を意識し、歩行、ラジオ体操の機会を提供するように努めている。飲みやすい物やお好きな物を提供するようにしている。主治医と連携して便秘予防に努めている。		
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ず、個々にそった支援をしている	拒否の無い限り、職員が入浴する日時を決めていることが多い。入浴日の間隔が開いてしまわないよう注意している。ゆっくりと入浴して頂けるよう配慮している。入浴を嫌がられる場合は、入浴日や時間を変更したり、更衣、足浴をしたりしている。	ヒノキの風呂で、週に平均2回の入浴としている。個浴であり、満足されている。	
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	昼間の活動量を増やす事で、夜間に良質な睡眠がとれるよう支援している。明るさ、安全に配慮してゆっくりと休んで頂けるようにしている。また、屋敷の時間も個々の体調を考慮して設けることで、疲労の回復に努めている。		
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	服薬ファイルを作成しており、いつでも確認出来るようになっている。また、抗凝固剤を使用されている方はファイルに印を入れ、頭部打撲時に早期に対応できるようにしている。変化等は記録に残すようにしている。看護師以外は副作用まで把握できていない。必要に応じて、主治医に相談し、薬の量を減らす、中止する等の対応をする場合もある。		
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	気分転換で散歩にでかけている。本人の嗜好に合わせて縫物、作品作りなどして頂いている。本人の希望を把握し、実現できるよう配慮しているが、コロナ禍でもあり、なかなか思うように支援できていない。		
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	本人の希望を把握し、実現できるよう配慮しているが、コロナ禍でもあり、なかなか思うように支援できていない。	希望によりごく近所の散策を始めた。コロナの厳しい時は、少人数でのドライブをした。外に出るだけで皆様気分が良い。	

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	現在、お金の自己管理をしている方は1名あるが、買い物外出はできていない。欲しいものがあれば職員が買い物代行をしている。		
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	電話・手紙等、希望があればその都度対応している。携帯電話を持っておられる方がいるが、利用されていない。電話の希望があれば対応している。		
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	掃除、室温調整は出来ているが、もっと季節感が欲しい。毎週木曜日に花の販売に来て頂いているので、両家の玄関には季節の生花を飾りにしている。室内が雑多にならないよう気を付けている。トイレペーパーを持っていかれる方があるので、基本的には物品を必要な量だけおいている。サンシェードの使用等で不快に感じないように配慮している。	殆どの利用者が長時間過ごすのが共用室・食堂である。コロナもあって家族は来ない。共用のユニット空間ではレコードや音楽の鑑賞・カラオケの企画実績もある。居心地よく過ごせるよう換気など環境調整に気配りがある。	
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	小上がりのスペースでは、横になって休んだり洗濯たたみの際に活用している。小スペースは面会時のみ使用している。ユニット会議、セクション会議で話し合っ、個々の特性や相性に配慮した居場所作りを行っている。		
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	出来る限り自宅で使っておられたタンスや机等を持ち込んで頂いたり、写真を飾り、自宅に近い環境作り、安全に配慮した配置にしている。また、本人と一緒に環境整備を行う事もある。	部屋替えは、殆どない。利用者間のトラブルの結果、家族の方も交え相談調整したのが1件のみ。居室にはトイレ・パネルヒーター・肘掛け・手すり等を設置。あとは居住者ご本人がタンス等を持ち込まれている。	
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	浴室・トイレには手すりを設置し、安全に利用できるようにしている。出来る限り出来る事はご自分で頂くよう支援している。歩行状態の悪化がある際には、歩行器の使用を進め、出来る限りご自分で歩いて頂くようにしている。		

自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	法人の理念であるノーマライゼーションを定例会議の中で確認し、それを具現化できるように努めている。地域の生活者としての暮らしを築くために、地域行事へ参加を推奨してきたが、昨年よりコロナ禍で行事が中止となり参加できていない。毎月のセクション会議内で理念を口頭で確認し、理念に沿わないケアを行っていないか振り返りを行っている。		
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	コロナ禍の影響により地域行事が軒並み中止となったので出かける機会が減っている。馴染みの理髪店や商店の利用、地域の生花店の訪問販売、米の購入を継続出来ている。		
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	近隣地区へは、コロナ禍で集まることが敬遠されているため実施できていない。町内にある生野高等学校の福祉講座に関わり、高齢者への対応の体験、認知症の方への対応等についての講義を行っている。		
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	2ヶ月に一度運営推進会議を開催し、運営状況等の報告を行っている。会議の中で出た意見は職員間で共有している。		
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	2ヶ月の1回の運営推進会議のメンバーとして市職員、地域包括支援センターの職員に参加していただき、情報交換を行っている。		
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	夜間は防犯上玄関・窓を施錠しているが、その他の時間帯に拘束につながる施錠は行っていない。リーダー以上は毎月身体拘束廃止委員会に参加し、正しい理解に努め、職員に周知している。それにより、拘束しないケアを実践している。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	施設内で「虐待」に関する研修を年2回実施している。それにより、職員個々のケアの振り返りにつながっている。また、施設内の虐待防止対策委員会へ参加を行い、不適切ケアにつながらないケアのあり方を確認し、実施している。		
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	現在、成年後見制度の必要な入居者はいないため、活用には至っていない。今後、学習の機会を設けていきたい。		
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	事前面接時、見学時、入居時に繰り返し、口頭・書面で説明をし、理解をいただいている。		
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	利用者は毎月の自治会で意見を聞いている。。家族へは、家族会での意見徴取の他は、個別の連絡、面会時の聞き取りで意見を聞き、反映に努めている。		
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	毎月の定例会議、ユニット会議内で意見を収集し、日々の業務に反映している。		
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	人事考課制度により年に2回職員個々に面談を行い、評価している。		
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	職員によって知識、技術、気づきの力に差があるが、できる範囲で内部、外部研修に参加してもらい、学習の機会をもうけるように努めている。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	2ヶ月に一度、南但馬地区のグループホーム連絡会が開催されており、他施設の情報を得ると共に、研修会等の計画を立てている。		
<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	入居前アセスメントを行い、情報の収集を行っている。また、その情報を職員間での共有し、統一した支援を実施することで、良好な関係作りにつなげている。居室担当が中心となって意見などの聞き取りを行い、カンファレンス等で共有している。		
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	入居前アセスメント、入居時の確認、聞き取りにより、入居者、家族の要望を聞き、丁寧に答えるように心がけている。		
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・家族からの聞き取り、担当ケアマネジャーからの聞き取りにより支援の見極めをしている。		
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	お話しをしながら一緒に調理、洗い物等をしたり、一緒に洗濯物の片付けを行ったりし、生活感を維持している。役割を持って頂くことにより共に支え合う関係を築いている。		
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	毎月「GHだより」を発行し、近況報告をしている。居室担当職員が一言添えることにより、家族との信頼構築につなげている。また、病院受診の対応をして頂く家族もあり、継続した繋がりを保っている。面会時にコミュニケーションをとれている。LINEなどのツールの活用をしている。		
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	なじみの美容室を利用できるようにしている。同じ地区で顔なじみの方と会話できる時間を作っている。また、家族や知り合いの人との面会は制限をしながら実施している。		
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	入居者の関係性を見ながら座席の配置の工夫をしている。毎月の自治会やレクリエーションの時に、入居者同士の交流を深められるように援助している。男性入居者が少ない為、孤立しがちなと感じる。認知症の症状により他者との交流が上手い場合もある。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	必要に応じて対応している。		
<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	どのように生活したいかを各入居者に聞き取りを行い、ケアプラン立案前や状態変化があった際にはカンファレンスを開催し、入居者の思いに、出来るだけ沿えるように努めている。認知症により意向の把握がしにくい方もある。ユニット会議やセクション会議内で話し合う事もある。出来る限り本人の意向に沿った対応が出来るよう努めている。	利用者が入居する毎、スタッフの中から担当が決まる。月一回、入居者自治会を開き、希望事項の聞き取りをしている。コロナ下で家族の面会はなし、電話はある。	
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	アセスメントシートの生活歴を参考にしている。聞き取りを行った職員は、他職員と情報共有できるよう口頭での伝達やケース記録に残すようにしている。情報を元になるべくこれまでの暮らしが継続できるように努めている。これまでの生活歴などをまとめたあゆみの作成を行っている。情報共有をしっかりとできている。		
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	毎日バイタル測定を行い、身体の状態を把握している。小さな変化を見逃さないように、日常生活状況をしっかりと観察している。また、ユニット会議や日々のミーティングで情報を共有し、記録に残している。定期的に体力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	定例会議やユニット会議内で話し合っている。ケアプラン更新時には家族から意見を聞き、カンファレンスを開催している。	利用者毎に介護スタッフの担当を決め、ケアプラン更新時には、担当職員の提案に基づき、計画担当などが家族の意見を踏まえカンファレンスで検討している。幹部職員は、職員教育・全体的なレベルアップの必要を感じ推進を意図している。	家族会開催など家族との情報交流の機会づくりの計画が一層進むことを期待。また関心のある部門について担当を決め職員間の研究・研修が進み利用者の処遇改善につながることを期待したい。
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	内容により記録を分類し、情報を見やすくしている。情報を共有し、必要に応じてケアに反映させている。		
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	ニーズの発生時は都度、職員間で話し合い、出来る限り実現できるようにしている。また、施設や法人内の専門職に協力を求めて検討を行うこともある。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	コロナ禍において、ボランティア、近隣住民の受け入れが困難な状況にある。その中で、住み慣れた地域とかけ離れることのないように意識している。なじみの散髪屋に行くことを継続している。		
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	在宅時のかかりつけ医を出来る限り継続しているが、やむを得ず変更する場合は家族と十分に話し合いを行っている。体調に変化がある時は、まずかかりつけ医に相談をし、早期受診を心がけている。	現在、3名の利用者が家族同行で受診している。家族が行けない場合は、事業所スタッフがつきそう。協力医療機関の来診は、2か月毎。	
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	小さな変化や気づいたことは記録に残すとともに、対応方法等については都度看護師に相談している。日々の暮らしの中で情報共有する事で、早期受診・治療開始につなげている。気づいた事を看護師に報告し、適切な処置を行っている。看護師不在の時は特養看護師の協力を得ている。		
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。	地域連携室の担当者と連絡を取りあい、面会に行つて情報収集をする事により、安全に早期退院が出来るよう努めている。	入院先で亡くなる場合を除き、ホームへ帰られ元の生活を継続される。特養ホーム等へ移行の場合、1週間など短期間の滞在となることもある。	
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	入居時に必ず確認するようにしている。看護師に状態確認をしてもらいながら、終末期が近づく際に、本人や家族の意向や現在行っている対応でよいかどうかを定期的に確認した。	ガンの末期で入院先で亡くなった方が2名おられたが、看護師が職員として配置されており状態観察と必要な処置がされている。	
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、転倒事故などのマニュアルを作成しており、対応は統一されている。看護師、上司への連絡を密に行うことにより、早めの受診につながっている。定期的に学習会をしている。		
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	2か月に1回、避難訓練を実施しているが、地域住民と共に行う訓練はできていない。	5月、7月、9月、11月、1月、3月と毎年6回火災と水害を想定した訓練をしている。真横を流れる川は溢水はないものの増水がみられる。平屋建てであるが、木造グループホームの火災予防を心がけている。消防署とも連絡を取る。備蓄は3日分を隣接の特養でしている。	

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	理念の実現を念頭に置き、支援している。依頼形の声掛け、尊敬語、謙譲語の活用をしようにしている。毎月の会議で振り返りをしている。入居者が「自分より長く生きておられる方である」という意識を常に持っている。	介護スタッフも地域に住む人たちであり、その人に適した声かけ、依頼する形での役割遂行ができています。	
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・食事・排泄介助の際、身体に危険がない限り、依頼形で声かけを行い、本人の意思を尊重している。自己決定を促すような声掛けを意識している。		
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	入居者より希望があった場合、出来る限り業務の調整等を行い、実現できるよう努めている。入居者のペースに合わせて業務を行うようにしているが、行事があった場合は、職員のペースに合わせて頂く事がある。		
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	季節にあった服を準備し、出来る方はご自分でお好きな服を選んで頂いている。美容院や理容店に出かけたり、毛染めの対応など行っている。今は化粧をされる方がいないので支援していない。リラクゼーションの一貫で、ハンドマッサージ、ネイル等をやる機会を持った。		
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	嗜好調査を実施したり、アレルギーや好き嫌いの有無を把握している。おやつ作り等、入居者から希望を聞き取り、一緒に作る機会を設けている。調理は職員が中心で行うことが多いが、食材の皮むき、ネギ切りといった仕込み、洗い物や片付けを入居者と一緒に行うようにしている。	ご飯やみそ汁はGHで作るが、特養ホームの厨房で調理したものを提供している。利用者の方にも洗い物、食材の加工調理、片付け等を一緒にしている。	
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	食量、水分量は一定の目安を設けている。こまめに声をかける等摂取を促したり、居室でゆっくりと会話しながら促したりしている。食事の量は基本的に同じであるが、体調等により看護師・栄養士と相談して、量や形態を変更することがある。水分は本人の好みや飲みやすいものにして摂取量が確保できるように調整しているが、摂取しにくい方に一定量飲んで頂くことが難しい。		
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	昼食後、夕食後に行っている。朝食後はできていない。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	排泄パターンを把握し、トイレ誘導を行い、トイレで排泄できるように働きかけている。ユニット会議で話し合い、個別の誘導時間・使用物品を調査し、自立に向けた支援が出来るよう努めている。	各居室にトイレが設置されている。介護スタッフは、排泄の傾向を排泄チェック表を使い把握・対応している。ほとんどの方が紙おむつを使用しており、排泄介助に季節や昼夜間の差はない。	
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	運動が排便を促す事にも繋がる事を意識し、歩行、ラジオ体操の機会を提供するように努めている。飲みやすい物やお好きな物を提供するようにしている。主治医と連携して便秘予防に努めている。		
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ず、個々にそった支援をしている	拒否の無い限り、職員が入浴する日時を決めていることが多い。入浴日の間隔が開いてしまわないよう注意している。ゆっくりと入浴して頂けるよう配慮している。入浴を嫌がられる場合は、入浴日や時間を変更したり、更衣、足浴をしたりしている。	ヒノキの風呂で、週に平均2回の入浴としている。個浴であり、満足されている。	
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	昼間の活動量を増やす事で、夜間に良質な睡眠がとれるよう支援している。紫外線に当たる機会を意識し外出している。また、昼寝の時間も個々の体調を考慮して設けることで、疲労の回復に努めている。ベッドより畳で寝る方が落ち着く方には畳で横になって頂いている。		
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	服薬ファイルを作成しており、いつでも確認出来るようになっている。また、抗凝固剤を使用されている方はファイルに印を入れ、頭部打撲時に早期に対応できるようにしている。変化等は記録に残すようにしている。看護師以外は副作用まで把握できていない。必要に応じて、主治医に相談し、薬の量を減らす、中止する等の対応をする場合もある。		
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	気分転換で散歩にでかけている。本人の嗜好に合わせて縫物、作品作りなどして頂いている。本人の希望を把握し、実現できるよう配慮しているが、コロナ禍でもあり、なかなか思うように支援できていない。		
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	本人の希望を把握し、実現できるよう配慮しているが、十分でない。事故に繋がる可能性がある為、必ずしも本人の希望に沿えないこともある。コロナ流行前は家族と外出される方もあった。散髪外出はしているが、買い物には行っていない。	希望によりごく近所の散策を始めた。コロナの厳しい時は、少人数でのドライブをした。外に出るだけで皆さん気分が良い。	

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	現在、お金の自己管理をしている方は1名おられるが、買い物外出はできていない。お金の訪問販売がある際に、購入される事がある。		
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	電話・手紙等、希望があればその都度対応している。以前は友人との手紙のやり取りをされていたが、最近はなくなってしまった。携帯電話を持っておられる方がいるが、利用はされていない。		
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	室温調整は出来ているが、もっと季節感が欲しい。毎週木曜日に花の販売に来て頂いているので、両家の玄関には生花を飾るようにしている。季節感のある作品作りを行っている。室内が雑多にならないよう気を付けている。	殆どの利用者が長時間過すのが共用室・食堂である。コロナもあって家族は来ない。共用のユニット空間ではレコードや音楽の鑑賞・カラオケの企画実演もある。居心地よく過ごせるよう換気など環境調整に気配りがある。	
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	小スペースで過ごされる方もいるが、活用は限定的である。囲炉裏スペースの活用して、月に1回喫茶行事を行うようにしており、入居者同志の交流の機会となっている。		
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	出来る限り本人のタンスや机等を持ち込んで頂いたり、写真を飾ったりするようにしているが、出来ている人と出来ていない人がいる。本人と一緒に環境整備を行う事もある。	部屋替えは、殆どない。利用者間のトラブルの結果、家族の方も交え相談調整したのが1件のみ。居室には、トイレ・パネルヒーター・ひじ掛け手すり等を設置。あとは居住者ご本人がタンスなどを持ち込まれている。	
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	浴室・トイレには手すりを設置し、安全に利用できるようにしている。出来る限り出来る事はご自分で頂くよう支援している。歩行器を使用されている方もあり、出来る限り見守りや一部介助でもご自分で歩いて頂けるよう支援している。		

## 基本情報

事業所番号	2874900315
法人名	社会福祉法人きらくえん
事業所名	グループホーム竹原野
所在地	朝来市竹原野222 電話 079-679-3936

### 【情報提供票より】

#### (1) 組織概要

開設年月日	令和3 年11 月 16 日		
ユニット数	2ユニット	利用定員数計	18名
職員数	17 名	常勤 8名 非常勤 9名 常勤換算名	13.0名

#### (2) 建物概要

建物構造	木造造り1階建ての1階部分
------	---------------

#### (3) 利用料金等(介護保険自己負担分を除く)

家賃(平均月額)	30,000 円		
敷 金	無	共益費 5,000円水道光熱費 35,000円 月	
保証金の有無 (入居一時金含む)		有りの場合 償却の有無	
食材料費	朝食	210 円	昼食 370 円
	夕食	370 円	おやつ 100 円
	または1日当たり 円		

#### (4) 利用者の概要(令和年月日現在)

	18 名	男性 3 名	女性 15 名
要介護1	7 名	要介護2	7 名
要介護3	2 名	要介護4	2 名
要介護5	名	要支援2	名
年齢	平均 91 歳	最低 79 歳	最高 96 歳

#### (5) 協力医療機関

協力医療機関名	朝来医療センター神崎総合病院 上田歯科
---------	---------------------

目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び第三者評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【目標達成計画】					
優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	8	権利擁護に関する制度の理解と活用に関しては、今は利用者がいないは、今後利用者より相談があればホーム内で対応できるような体制作りが必要	一般職が制度について一定の理解ができ、相談職が相談者に対して説明できるようになる。	年間の学習計画に権利擁護に関する項目を追加。 講師は包括支援センター職員に依頼する。	3ヶ月
2	26	チームで作る介護計画とモニタリングについては、家族会開催などにより、家族との情報交流の機会作りの計画を進める必要がある。また、職員間の研究、研修が進み利用者の処遇改善につながるようにする必要がある。	基本的な介護技術と認知症ケアについての学習を行う事で、利用者へより良いケアが提供できるようになる。	・ケアプラン更新時に、本人様・ご家族様の意向確認を行う。(確認事項を細かくし、意見を聞き取りやすく・反映しやすいようにする) ・家族会行事は例年通り計画をする。 ・職員向けの学習会(介護技術・認知症ケア等)を計画する。	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注)項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。

(様式2(2))

## サービス評価の実施と活用状況(振り返り)

サービス評価の振り返りでは、今回の事業所の取り組み状況について振り返ります。「目標達成計画」を作成した時点で記入します。

【サービス評価の実施と活かし方についての振り返り】	
実施段階	取 り 組 ん だ 内 容 ( ↓ 該当するものすべてに○印)
1 サービス評価の事前準備	<input type="radio"/> ①運営者、管理者、職員でサービス評価の意義について話し合った
	<input type="radio"/> ②利用者へサービス評価について説明した
	<input type="radio"/> ③利用者家族へサービス評価や家族アンケートのねらいを説明し、協力をお願いした
	<input type="radio"/> ④運営推進会議でサービス評価の説明とともに、どのように評価機関を選択したか、について報告した
	<input type="radio"/> ⑤その他( )
2 自己評価の実施	<input type="radio"/> ①自己評価を職員全員が実施した
	<input type="radio"/> ②前回のサービス評価で掲げた目標の達成状況について、職員全員で話し合った
	<input type="radio"/> ③自己評価結果をもとに職員全員で事業所の現状と次のステップに向けた具体的な目標について話し合った
	<input type="radio"/> ④評価項目を通じて自分たちのめざす良質なケアサービスについて話し合い、意識統一を図った
	<input type="radio"/> ⑤その他( )
3 外部評価(訪問調査当日)	<input type="radio"/> ①普段の現場の具体を見てもらったり、ヒアリングで日頃の実践内容を聞いてもらった
	<input type="radio"/> ②評価項目のねらいをふまえて、評価調査員と率直に意見交換ができた
	<input type="radio"/> ③対話から、事業所の努力・工夫しているところを確認したり、次のステップに向けた努力目標等の気づきを得た
	<input type="radio"/> ④その他( )
4 評価結果(自己評価、外部評価)の公開	<input type="radio"/> ①運営者、職員全員で外部評価の結果について話し合った
	<input type="radio"/> ②利用者家族に評価結果を報告し、その内容について話し合った
	<input type="radio"/> ③市区町村へ評価結果を提出し、現場の状況を話し合った
	<input type="radio"/> ④運営推進会議で評価結果を報告し、その内容について話し合った
	<input type="radio"/> ⑤その他( )
5 サービス評価の活用	<input type="radio"/> ①職員全員で次のステップに向けた目標を話し合い、「目標達成計画」を作成した
	<input type="radio"/> ②「目標達成計画」を利用者、利用者家族や運営推進会議で説明し、協力やモニター依頼した(する)
	<input type="radio"/> ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)
	<input type="radio"/> ④「目標達成計画」に則り、目標をめざして取り組んだ(取り組む)
	<input type="radio"/> ⑤その他( )