



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	2894000823
法人名	社会福祉法人 博愛福祉会
事業所名	グループホーム サンホーム青山
所在地	兵庫県姫路市青山西2丁目17-11
自己評価作成日	令和5年3月15日
評価結果市町村受理日	

【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)】

・その人の以前の暮らしに着目し、多職種が共同して「その人らしい生活」が送れるようおひとりおひとりに沿った目標・役割づくりを行い個性を大切に生活リハビリテーションを提供させていただいております。・在宅診療・訪問看護ステーションとの連携体制が整っており、最期までその人らしくお過ごしいただくことができるようご支援させていただいております。・彩りのある生活を送っていただけるよう、季節の行事・外出・体操・レクリエーションを実施しています。・より専門的なアプローチが行えるよう研修・勉強会・検討会を定期的に行い職員のスキルアップに努めております。

※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5年3月30日

【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)】

共用空間は明るく家庭的な環境であり、季節の壁画の制作と掲示・園芸活動・季節のイベント・ドライブでの花鑑賞など、季節感を大切にしている。手作り調理、行事食、食事・おやつレクリエーション等に利用者も過程から参加し、食事が楽しめる支援に注力している。日課としての各種体操、家事参加、個別・集団レクリエーション、玄関前スペースでの戸外活動等、日常生活の中で心身の機能低下予防に取り組んでいる。PDCAサイクルにもとづいたケアマネジメントにより、利用者個々の意向と現状に即した個別支援を行っている。研修・勉強会・各種会議の充実により、職員の資質向上とサービスの質向上を図り、職員の定着もよい。在宅診療・訪問看護ステーションの看護師・セラピストとの連携体制を整備し、健康管理・生活リハビリ・体調悪化時の早期対応等日常生活でのサポートがあり、希望に応じて看取り介護にも対応している。

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る (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 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 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)	<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、安心して暮らしている (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
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	法人理念は全職員が意識付け出来るようタイムカード横に掲示している。また職員全員、理念カードを携帯している。中途採用者には、入職時に理念の説明を行い、理念研修を取り入れている	法人「理念」に地域密着型サービスの意義についても明示し、「基本方針」とともにタイムカードの横に掲示し、携帯する理念カードに記載し周知を図っている。入職時には、法人本部が配信する理念についての動画研修を行っている。「理念」「基本方針」にもとづいた年間の「職場のビジョン」「行動指針」を職員が参画して作成し、また、各職員の目標管理の中に理念に関する個人目標を設定し、理念の実践に向け具体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	買い物や近隣への散歩、イベントの参加などコロナ感染拡大状況の情勢を見ながら可能な限り参加している	コロナ禍のため、通常の積極的な地域交流は行えていないが、自治会に加入し広報誌や回覧資料から地域の情報を収集し、民生委員との連携、地域からの相談対応等、地域とのつながりを継続している。感染状況を勘案しながら、日常的な散歩・買い物、季節のドライブ外出、戸外での地域イベントへの参加等、利用者の地域交流も再開している。オレンジカフェでの施設紹介に職員が参加して地域に情報発信し、今後は、利用者の参加も再開する予定である。	
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	オレンジカフェで地域の方へ施設の紹介を実施し、グループホームや認知症の人の理解や支援方法などを伝え、地域の社会資源のひとつであることを広めている。		

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
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	定期的開催し、運営状況の報告や事故、ヒヤリハット、イベントの報告など行っている。LIFEのフィードバックを共有しPDCAサイクルの実施に向け意見や助言をいただきサービス向上に活かしている。	利用者・家族・地域代表(民生委員)・地域包括支援センター職員・知見者(他事業所職員)・事業所からの参加者を構成委員とし、2か月に1回開催している。会議では詳細な資料を配布し、利用者状況・運営状況・活動内容・ヒヤリハット事故事例・研修・地域からの相談件数・LIFEによる評価等について報告を行い、参加者と意見交換を行っている。令和4年度は、感染状況等により2回を書面会議として実施している。書面会議の際は、構成委員に資料と「質問・ご意見・ご要望」用紙を郵送し、返信内容を議事録に記載している。運営推進会議の議事録ファイルを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	運営推進会議を通じて、地域包括支援センターや民生委員と連携を図っている。市や包括支援センターから最新の情報や研修などの情報提供を受け、事業の運営や業務に活かしている。	運営推進会議を通して、地域包括支援センター・民生委員との連携がある。社会福祉協議会主催の「オレンジカフェ」に参加している。市から主にメールで、事業所の運営や感染症対策に関する情報提供を受け、事業所からも報告やアンケートへの回答を行い連携している。感染予防・蔓延防止対策に関して市から巡回指導があり、事業所での感染対策に活かしている。	
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	身体拘束適正化委員会を3カ月に1回実施。入居者様の生活の実態をチェックリストで職員で、確認し、話し合いをしている。身体拘束についての研修も実施している。	「身体拘束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。「身体拘束等適正化委員会」を3ヶ月に1回開催している。委員会開催前に毎回、各ユニットで「利用者の生活実態確認シート」に沿ってケアの振り返りを行い、提出された結果をもとに委員会で適正化に向け検討している。委員会の議事録を回覧して職員に周知を図り、回覧印で確認している。年間研修計画をもとに、年に2回「身体拘束」研修(eラーニング動画研修・資料配布)を実施し、研修レポート提出により全職員に周知を図っている。施設内の行き来は自由にでき、外出の希望があれば職員が散歩や外気浴に対応し、閉塞感を感じない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
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	高齢者虐待防止関連法について研修を実施している。虐待については身体拘束適正化委員会時にチェックリストに沿って話し合い、不適切なケアや接遇についても振り返り、職員への意識付けを行っている。	「高齢者虐待防止」についても、「身体拘束」研修と同様の方法で年2回研修を実施している。「身体拘束適性化委員会」での「利用者の生活実態確認シート」によるケアの振り返りは、不適切ケアの未然防止にも活かされる内容となっている。気になる言葉かけや対応等があった場合は、全体ミーティングで管理者が注意喚起している。法人としてストレスチェック、相談窓口の設置、「自己申告シート」によるアンケートを実施し、また、メンタルヘルス研修、管理者による個人面談等、職員のストレスや不安等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	権利擁護に関する制度、日常自立支援事業について研修している。後見人との繋がりもあり、今後、支援の必要性のある方や相談者が発生した際に速やかに連携することが出来る。	事業所独自の「青山勉強会」の「認知症の方の権利擁護」研修の中で、権利擁護に関する制度について学ぶ機会を設けている。現在も成年後見制度を活用している利用者があり、金銭管理や生活状況の報告など制度利用を支援している。今後も制度利用の必要性や家族等からの相談があれば、管理者が窓口となり、民生委員や関係機関と連携して支援できる体制がある。	
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	事業所を見学いただき契約前より十分に説明を行い、契約時には関連書類を丁寧に説明し、理解いただいてから契約を結んでいる。改定時は文書にて説明し、ご不明な点などあれば、説明し同意書をいただいている。	入居希望・入居相談時には、見学対応し、パンフレット・料金表に沿って、サービス内容・料金シュミレーション等、詳細な説明を行っている。契約時には、契約書、重要事項説明書、各種指針・同意書、リスク説明書等に沿って説明し、文書で同意を得ている。説明の際は、特に、重度化・終末期対応等について具体的に説明し、利用者・家族の意向も確認している。契約内容の改定時には、改定部分を文書で説明し、文書で同意を得ている。	

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	意見箱の設置。毎月お便りを通じて日々の活動や様子の報告と、面会自粛期間中は日頃の様子を電話にて小まめに報告し意見等を乞う機会を設けて、可能な限り反映している。	コロナ禍のため、通常の家族面会や行事への参加を休止し、玄関でのガラス越しの面会を実施している。面会頻度が減っているため、月に2回以上は電話連絡を行って近況を報告し、家族の意見・要望の把握、相談対応に努めている。毎月、写真を多く掲載した「青山元気だより」と個別の「今月のひとコマ」を郵送し、行事や日常の様子を家族に伝え、意見・要望を出しやすいよう取り組んでいる。把握した家族からの意見・要望は、申し送りノート等で共有し、個別対応に反映できるように取り組んでいる。	
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	法人で年に1回自己申告シートの実施や、職員相談窓口が設けられている。事業所においては毎月のミーティング時に運営に関する情報共有、意見交換の場を設けている。	毎月、合同ミーティングと各ユニットミーティングを実施している。合同ミーティングでは、事業所全体の運営・業務改善・事故防止・感染症予防策等について情報共有と検討を行っている。各ユニットミーティングでは、利用者のケースカンファレンス・業務についての検討等を行っている。日々の検討事項については、ユニットリーダーが職員の意見を集約し、管理者に報告・相談の上、対応策等を申し送りノートで共有し実践している。管理者が、毎月職員面談を行い、順次職員の意見を個別に聴く機会を設けている。日々のメール連絡を通して、管理者が職員の意見を上位者に伝えている。年に1回の「自己申告シート」や法人の相談窓口により、職員が法人に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	正職員は目標シート、人事考課表を用いて年2回人事考課を実施、有期職員はスキルアップシートを用いて目標を立て、面談にて達成度の確認、助言を行っている。評価後はフィードバックしている。評価が給与に反映され向上心を持って働けるような環境・条件に努めている。		

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
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	法人で処遇改善加算研修の実施、各資格 取得に向けての研修が整備されており、職 員のスキルアップに役立っている。		
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	エリア内、法人内で各部会、会議、訪問を 行っている。また、他事業者の運営推進会 議の参加などを通じて情報共有や意見交換 の機会があり、サービスの質の向上に繋 がっている。		
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	入居前面談時にご本人の話を傾聴し、困り ごとや要望の確認を行っている。意思疎通 が困難な方においては、ご家族からの情報 やその方の表情やしぐさで読み取るように 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	入居前のインテーク時に困りごとや要望の 確認を行うとともに、その方のお元気な頃の 暮らしの様子を「私の暮らしシート」をご記入 いただき「その人」をより知ることによって個性を 大切に、より安心していただけるよう努め 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	インテーク段階で生活機能や医療的なケ ア、コスト面も含め、グループホームが最適 なサービスであるかを判断し、法人内外問 わず他サービス利用紹介、調整行ってい 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	その人らしい生活の観点から、可能な限り ご本人の生活歴や残存機能、経験を活かし たその方の役割として出来る事を日課とし て協力して家事など一緒に行っている。		
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	日頃の様子の報告を小まめに行い、ご本人 も元気だった頃の様子を情報にいただい り、ご本人とご家族と電話や面会を通じて、 よりその方に寄り添った支援が行えるようご 家族と職員で共に支えていく関係性の構築 を図っている。		

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	その方の生活史や本人の聴き取りから馴染みのある場所について情報収集に努め、電話やビデオ通話、ドア越し面会、馴染みの場所近隣のドライブなど可能な限り関係が途切れないよう努めている。	「入居前面談記録」・家族記入の「生活史シート」等から、馴染みの人や場所について情報の把握に努めている。コロナ禍のため、通常の面会・交流・外出が困難な状況にあるが、玄関スペースでのガラス越しの面会・ビデオ通話・電話・手紙・メッセージカード等、家族の協力を得ながら可能な方法で馴染みの人との関係が継続できるよう取り組んでいる。ドライブの際には、自宅近隣や馴染みの場所にも立ち寄り、馴染みの場所との関係継続にも努めている。	
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	コミュニケーションが図られやすいような席の配置、コミュニケーションが困難な方は職員が介入し孤立しないよう努めている。行事、体操、外出、など各ユニット同士の行き来も自由にあり、利用者同士関わり合いがも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	契約が終了しても家族様にはその後のご様子を伺ったり、いつでも相談いただけるような関係作りをしている。		
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	インテーク時にご本人・ご家族のご意向や望む暮らしのご希望を伺い、「私の気持ちシート」を作成・活用し日頃よりしその人本位の支援に反映できるよう努めている。意思疎通が困難な方は、本人のしぐさ・表情・発言・様子から汲み取るように努め検討会議に活用している。	利用者個々の思いや暮らし方の希望について、入居時は「入居前面談記録」や家族記入の「生活史シート」等から把握に努めている。入居後に日々の会話等から把握した内容は、「介護記録」「申し送りノート」で、内容に応じてユニットミーティングでも共有している。利用者担当職員が集約した思いや意向を、「心身の情報(私の姿と気持ちシート)」に記入し、6か月ごとに更新している。把握が困難な場合は、利用者個々に応じた声かけを工夫したり、利用者の表情や反応等から汲み取ったり、家族の意見や情報を参考に把握に努めている。	

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
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	インタビュー時の聴き取りや「生活史」や「わたしの気持ちシート」、入居前の情報提供依頼し、把握に努めている。		
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	看護、介護、介護支援専門員が協同で生活の様々な場面に携わり、日々の健康観察、生活動作、趣味活動に密着したアプローチを行い、情報を共有している。		
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	ご本人・ご家族のご意向やご意見、要望、多職種の情報からセンター方式の活用と独自の課題シートを作成しどのように取り組むかを検討し計画を作成している。定期的・必要時に検討会議やユニットミーティング行い、見直し行っている。	インタビュー時の「入居前面談記録」、家族に依頼するセンター方式の「本人の生活史」、入居前の介護支援専門員情報を「基本情報」に集約して担当者会議を実施し、初回の「施設サービス計画書」を作成している。サービスの実施状況は計画との整合性が明確になるようサービス内容ごとに「モニタリング結果表(ケアカルテ)」に記録し、詳細は「個人ファイル」に日中・夜間と色分けして生活記録を残している。3ヶ月毎に「モニタリング総括表」でモニタリングを行い、基本的には6ヶ月毎に「施設サービス計画書」の見直しを実施している。見直しの際は「基本情報」「心身の情報(私の姿と気持ちシート)」で再アセスメントを行い、検討会議で「施設サービス計画書」の原案を作成している。原案をもとに、担当者会議で本人・家族の意向・要望を確認し、主治医や訪問看護師の意見も反映し「施設サービス計画書」を作成している。	
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	個人ファイル、支援経過記録、業務送りノート、ユニットミーティング、検討会議、課題シートで情報共有、意見交換行い、ケア方法の見直しを行っている。		
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	ニーズに対し、ご本人・ご家族のご意向を確認しながら、可能な限りご希望に添えるよう柔軟な対応をしている。		

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
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	地域の同業者や民生委員・地域包括支援センター・自治会の広報誌や回覧から情報を収集し、コロナの感染拡大状況の情勢を見ながら地域に参加できる機会を可能な限り設けている。		
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	契約時に協力医（訪問診療・訪問薬局・訪問歯科）があることをお伝えし、説明した上でご本人・ご家族が納得した医療が受けられるよう選択肢のひとつとして情報提供している。通院においても受診時に日頃の心身の状態を書面・バイタル表などを提供し報告することで情報共有・助言いただき、適切な医療を受けられるよう図っている。	契約時に利用者・家族の意向を確認し、希望に沿った受診を支援している。事業所の協力医療機関による内科（月2回）、歯科（必要時）の往診があり、24時間対応の連携体制がある。往診前に「往診前連絡表」で利用者個々の状況をFAXで情報提供している。週2回訪問看護師が健康管理を行い、「受診・健康管理記録」で職員・医師と連携を図りながら異変の早期発見と適切な受診に繋げている。通院時は基本的には家族が同行し、事業所から「身体状況」「バイタル表」「お薬情報」等で受診のための情報提供をしている。受診結果は「支援経過記録」に記録し、共有事項は「申し送りノート」で職員に周知している。	
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2回の定期訪問と、24時間365日連携の体制が整っている。定期訪問時には健康管理表記録や気になる点、最近の状態の報告を行い、看護師が状態確認、助言、必要に応じて主治医に報告している。		
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。	入院の際には、その方の生活状況や心身状況などの情報、主治医からの紹介状などで情報提供を行い、ご家族・ソーシャルワーカーと情報共有を図っている。病院への立ち入りが禁じられている際も電話にて回復状況の把握に努めている。開催される退院前カンファレンスに参加し、退院後も安心してグループホームでの生活が送れるよう、プランの見直しを行っている。	入院時には医療機関に「基本情報」「お薬情報」、主治医からの紹介状で情報提供し、管理者が口頭で日頃の様子を伝えている。面会制限下、現在は主に電話で家族・医療ソーシャルワーカーと連絡を密に情報交換を行い、連携を図りながら早期の退院に向け支援している。把握した情報は「支援経過記録」「申し送りノート」に記録し共有している。退院前カンファレンスに参加し、退院時には「看護サマリー」「リハビリ計画」の情報提供を受けて「施設サービス計画書」の見直しを行い、退院後の適切な支援に繋げている。	

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
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の在り方については入居時に指針を用いて説明し意向の確認を実施。ご本人の身体状況の適切なタイミングで話し合いの場を設け、主治医からの身体状況の説明を家族に行いご意向を確認しプランの見直しを行っている。主治医・看護との連携を蜜に図り看取りを望まれる方への体制を整えている。	契約時に「重度化した場合の対応に係る指針」に沿って事業所の方針を本人・家族に説明し、同意書で同意を得て、契約時点の意向を確認している。状況変化に応じて話し合いを重ね、重度化を迎えた段階で主治医から家族に現状を説明している。「重度化及び看取り介護に関する同意書」で最終的な意向確認を行い、今後の方針について共有している。希望があれば家族の意向を反映し、看取りに向けた「施設サービス計画書」の見直しを実施している。主治医・訪問看護師・薬剤師等の医療関係者と連携を図り、チームでの支援に取り組んでいる。年間研修計画をもとに、「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	緊急対応の研修・、シミュレーションの実施、マニュアルを整備している。対応手順をラミネート化し職員がすぐ目につきやすい場所に設置している。AEDの設置場所、搬送時のトランクルーム開放手段も全職員に周知している。		
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	定例の通報、災害や火災想定での避難訓練、消防点検を実施している。BCPを整備し災害時の備品設置場所や避難方法なども職員に周知している。入居者様に要援護台帳に登録されている方もおり地域で把握が出来る。	毎年2回、昼間・夜間想定で利用者参加の実践的な訓練を実施している。令和4年度は9月に夜間・厨房火災想定、3月に昼間・地震火災想定で総合訓練を実施した事を「訓練・教育実施結果記録表」で確認した。記録には訓練内容と訓練後の所感を明記し、回覧で職員に周知している。訓練には設備業者が立ち合い、設備点検も同時に行っている。消防署の立ち合いはスケジュールの関係で実現できていないが、消防設備の設置状況確認と指導を受けている。年間研修計画をもとに、「非常・災害時の対応」研修を実施している。地域の放水訓練に参加し、民生委員を通して災害時の協力体制を築いている。災害に備えた非常用食料・水・備品類は、事業所内に備蓄し、担当職員が備蓄リストで管理している。	

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
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	法人内での接遇研修やプライバシー保護研修を実施し、全職員が入居者様の尊厳を第一に考え、自尊心・羞恥心に十分配慮しながら声掛けや対応を行っている。	年間研修計画をもとに「接遇」「プライバシー確保・個人情報保護」「認知症ケア」等の研修を実施し、人格尊重や適切な対応について学ぶ機会を設けている。身体拘束廃止適正化委員会、「自己チェック表」での自己評価、合同ミーティングでの検討等を通して、尊厳やプライバシーを損ねない言葉かけや対応について振り返り、意識向上に取り組んでいる。気になる言葉かけや対応があれば、管理者が個別に注意喚起や助言を行っている。利用者の写真の使用については入居時に同意を得て、家族宛ての「青山元気便り」と館内の写真掲示で使用している。	
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	入居者様個々の出来る事、出来ないこと、出来るけどしたくないこと。出来ないけどしてみたいことなど日々の会話や何気ない一言、仕草、表情などから思いを汲み取り、自己決定しやすいような声掛けを心掛けている。		
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	業務優先ではなく入居者様優先を常に念頭に置き、その人の個性や生活リズム、希望を確認しながらその人ペースに合わせ支援を行っている。		
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	起床時モーニングケアを実施している。更衣時はご本人に選んでいただきその人らしいおしゃれができるように努めている。訪問美容の案内をし、ご希望があれば利用していただいている。		

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
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	食事の好みの確認や、日頃の食事の様子、会話や家族の情報から嗜好を知り、希望に沿うよう努めている。また献立を立てる際に意見を取り入れたり、馴染みのある献立の取入れや、買い出しや調理に可能な限り一緒に参加していただき、調理の楽しさ、満足感、達成感を感じていただくことで食事を楽しんでいただけるよう支援している。	過去の食事写真を参考に、偏りがなく季節感や利用者の希望を採り入れて1週間単位で献立を立て、地域のスーパーで食材を購入し、毎食手作りで温かい食事を提供している。可能な時期には、利用者も買い物に同行している。利用者の好みや力を活かして、テーブル拭き・配膳や下膳・調理の下準備・食器洗い等に参加できるよう支援している。毎月の行事企画に合わせて特別食を用意し、食事・おやつレクリエーション、誕生日には手作りケーキでお祝いする等、食事が楽しめるよう多様な機会を設けている。利用者個々の状態・病態により一口大・ミキサー食、代替食に対応している。職員は毎食交代で検食結果を記録に残し、献立や調理内容に反映している。	
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	食事水分摂取量は毎食必ず確認・記録している。献立は家庭的な料理を中心とし、塩分・糖分の摂りすぎ、栄養の偏りに注意して立てている。食欲や疾患に応じて食事量や食事形態を調整し、食欲のないときはその日の献立にとらわれず、好きな物、食べれる物を提供している。必要に応じて栄養補助食品の提供や工夫を行っている。		
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、口腔ケアの声掛け、セッティング、見守りし、ご自身で困難な方は職員で仕上げ磨き実施している。口腔環境の確認を行い、不具合あればご家族へ相談し歯科受診、もしくは歯科往診を依頼し口腔内の清潔の保持、改善を行っている。		

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	尿意や便意が上手く伝えられない方や曖昧な方などは排泄表等でその方の排尿パターンの把握に努め、その方の仕草や行動などサインを見逃さないように職員は意識し適切なタイミングで誘導出来るよう心掛けている。失敗時も職員は羞恥心に十分配慮し声掛けを行っている。失敗回数を少しでも軽減できることでその方の羞恥心や焦燥感の軽減に努めている。	「排泄管理表」で利用者個々の排泄状況・排泄パターンを把握している。日中はトイレでの排泄を基本に、必要時は2人介助でも対応し、自立に向けた支援に取り組んでいる。夜間は身体状況や睡眠に配慮し、利用者によって支援方法や排泄用品を変える等して個別に対応している。ユニットミーティングで支援の状態・課題の把握、共有、検討を行い意見を集約し、排泄用品等を変更する場合には管理者が家族の了承を得て現状に適した支援に取り組んでいる。利用者の羞恥心や不安に配慮し、誘導時の声掛け、ドアの開閉、可能な限り同性介助を心掛けている。	
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	体操や歩行など運動の機会を提供し、食物繊維の多い食事の提供や乳製品の提供、毎食時以外にも10時15時、入浴時などに水分が摂取出来るようにしている。排泄表にて排便状況の確認を行い、週2回の定期訪問時と必要時に訪問看護師、主治医に報告を行っている。		
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	曜日や時間は決めず、ご本人のご意向やタイミングに合わせて声掛けし入浴いただいている。どうしても入浴困難な時は清拭対応している。入浴前に着替える衣服を一緒に準備したり、会話をしながらコミュニケーションを図り楽しい雰囲気を入浴頂いている。冬はゆず湯なども楽しんでいただいている。	浴室は広く、リフト浴の設備がある。個浴槽で、一人ずつ湯を入れ替え、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。「入浴確認表」で入浴状況を確認しながら週2回以上を基本に、曜日や時間帯を決めず各利用者の体調・意向・タイミングに合わせて対応し、シャワー浴の希望にも対応している。ゆず湯等で季節感を採り入れ、個浴でのコミュニケーションを図り、入居前は入浴拒否があった利用者も現在は拒否なく入浴を楽しんでいる。	

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
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	夜間は消灯時間は決めず、その方の生活習慣に合わせて休んでいただいている。昼夜逆転傾向にある方は日中の活動量を増やしたり、日光浴をして頂いている。夜間不眠で不穏時は傾聴し温かい飲み物を提供するなど安心感を得られるよう支援している。不眠の原因の究明にも努め、下剤内服時間の調整や排泄のパターンの把握にも努め、夜間ゆっくり休めることが出来るよう努めている。		
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	薬剤情報を管理し、薬の効能、副作用の把握に努めている。用法、用量は主治医に指示通り服薬管理している。薬に変更が当た場合は、体調に変化がないかなど、より観察に努め異変があった場合はすぐに主治医に報告し、調整していただいている。		
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	センター方式でアセスメントを実施。その方の生活歴や興味のある事の把握に努め、日課や役割の提供、その方にとって意味のあるアクティビティを提供し張り合いや楽しみのある生活を送っていただけるよう支援している。		
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	季節の花を観に行くなどコロナ感染拡大状況をみながら密にならない場所への外出は可能な限り行っている。本人の希望を伺い、近隣のスーパーへ買い物に個別に出かけたり、近所への散歩に出かけている。地域の屋外イベントへの参加時は事前に開催事業者に連絡し協力を得ている。	感染状況を鑑みながら時間帯や場所に配慮して戸外に出かけられるよう支援している。近隣への散歩や、桜・芝桜・紫陽花・蓮・秋桜・紅葉等、季節を感じるドライブに出かけている。休止していたスーパーやホームセンターへ買い物や、地域のイベントへの参加等、地域との交流も徐々に再開している。玄関前の広いスペースを活用し、ベンチで寛いだり、プランターで季節の花や野菜を育てたり、長テーブルを設置してオープンカフェやおやつバイキングを行うなど、重度の利用者も外気浴や戸外の活動を楽しめる機会を設けている。	

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
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	ほとんどの方は預かり金として金庫でお預かりしている買い出しの希望時は。職員と一緒に近所に買い物に出かけ、自身で商品を選び、清算できるよう支援している。		
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	携帯電話を持ち込みされている方は自由に電話されている。手紙のやり取り職員が協力して行っている。家族様からのメッセージカードを受け取れるよう支援している。		
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	共有空間と一緒に作成した制作物や壁画、行事や外出、日頃の様子などの写真を貼り、目でも楽しんでいただける工夫をしている。	各ユニットの共用空間は掃き出し窓からの自然光で明るく、開放感がある。キッチンと畳の部屋が併設され家庭的な生活空間があり、テーブル席・ソファ席は動線を広く確保して配置し、各利用者が思い思いの場所で居心地よく過ごせる環境作りを行っている。壁には行事・イベントや食事・おやつを楽しむ写真、職員と一緒に毎月時間をかけて制作する季節感ある大きな作品が飾られ、楽しさや温かみを感じられる。多くの利用者は朝のラジオ体操、青山元気体操から一日が始まり、日中は職員が趣向を凝らしたレクリエーションや家事等に参加して共用空間で過ごしている。玄関前のスペースも、共用空間として活用している。	
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	共有空間のソファや地域交流スペース、食事席、居室などご本人の希望の場所で過ごしいただいている。また利用者同士の関係性も把握し孤立しないよう努めている。		

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
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	居室には馴染みの置物や家族の写真を飾ったり、愛着のある物を持参いただいている。居室の表札には居室番号ではなく〇丁目〇番地で記すなどご自宅のようにご本人が安心して過ごせる空間作りに努めている。	居室は大きい掃き出し窓で日当たりが良く、ベッド・箆笥と壁掛け鏡が備え付けられている。家族の協力を得て、防災カーテンや寝具、家具類・テレビ・冷蔵庫・人形・小物類・写真等、馴染みの物や使い慣れた物が持ち込まれている。利用者の身体状況や入居前の生活環境に配慮したレイアウトで環境整備を行い、各居室の表札には「〇丁目〇番地・氏名」を表記して自宅同様に落ち着いて居心地よく過ごせるよう工夫している。	
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	共有場所・居室やトイレが分かりやすいように表示し手すりを設置している。トイレには座位が不安定な方でも安全に座って排泄が出来るよう跳ね上げ式レストテーブルを設置している。居室内もその方の身体状況に合わせた配置、介助バーの設置を行い安全に残存能力を活かせ出来るだけ自立した生活が送れるよう工夫している。		

(様式2(1))

事業所名 グループホーム サンホーム青山

目標達成計画

作成日: 令和 5 年 5 月 6 日

目標達成計画は、自己評価及び外部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	20 (11)	コロナ禍で、ご家族や馴染みの人や場所と関わる機会が少なくなっていた。	家族様との交流の機会や馴染みの人・場所への関係を深める。	・家族様に施設行事への参加の機会を設ける ・馴染みの場所への外出の機会を設ける 12ヶ月
2	2	コロナ禍で、積極的に地域の方との交流が図れていなかった。	地域交流の機会を増やし、地域に開放し地域資源のひとつとしての役割を担う。	・利用者様のオレンジカフェへの参加の機会を設ける ・地域の方へ施設行事や体操への参加を募る 12ヶ月
3	35 (17)	定例の総合訓練の実施はできているが、地域の消防署の立ち合いが出来ず、避難方法の助言・指導を受けれる機会がない。	消防員立ち合いにて避難訓練を実施し、助言・指導いただき正しい避難方法を身につける。	避難訓練スケジュールを消防署と調整し、消防員の立ち合いの機会を作る。 12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。