

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	2894001060		
法人名	社会福祉法人きたはりま福祉会		
事業所名	グループホームあじさい		
所在地	671-2426 兵庫県姫路市安富町植木野379-1		
自己評価作成日	令和8年3月10日	評価結果市町村受理日	

※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	兵庫県西宮市新甲陽町5-40-603		
訪問調査日	令和8年3月29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)】

医療機関が母体の事業所の為、医療面において利用者様やご家族様に安心して頂けるホームである。
 自然に恵まれた立地の為、施設周辺や外出行事などで四季を感じて頂き日々の生活を楽しく過ごされている。
 ふれあい喫茶など地域の催しにも参加させて頂き地域の方々との交流を図っている。

【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)】

各フロアの共用空間は広々とし、大きな窓からの採光で明るく、自然豊かな風景も臨め、機械浴・各居室のトイレ設置など設備も充実している。理念に基づいた目標を設定し、各職員が課題達成計画を立て、毎月自己評価を行いながら、実践に向け具体的に取り組んでいる。公民館の「喫茶」「サロン」、地域の盆踊り、買い物行事、ドライブ等の地域への外出、各種ボランティアの来訪、移動スーパーの来所等、地域交流に注力している。体操・レクリエーション・家事参加を日課とし、園芸活動もを行い、利用者の心身機能の維持向上に取り組んでいる。医療機関を母体とし、主治医の毎朝の往診による体調確認、看護師の配置等、医療面で家族の安心につなげている。毎月の「お便り」・Instagramで生活や活動を伝え、家族会を開催する等、家族とのつながりを大切にしている。

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
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	きたはりま福祉会の基本理念を基に、事業所の課題を掲げそれに対する5項目の課題達成計画を決めて取り組んでいる。毎月職員各々が課題達成計画に対する自己評価を行い、達成度の確認を行っている。	姫路事業所共通の4項目の理念を、寮母室に掲示し、朝礼・夕礼で唱和し共有を図っている。理念の中に、地域密着型サービスとしての意義を明示している。理念に基づいた課題を設定し、各職員が課題達成計画を立て、毎月自己評価シートで自己評価を行いながら実践に向け取り組んでいる。管理者は、各職員の自己評価を集約して、事業所としての評価と達成度の分析を行い、姫路事業所のリーダー会議で発表し、次の課題設定に反映している。	
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	地域のミニ喫茶への参加やボランティアを招いての行事、運営推進会議などで地域とのつながりを図っている。	公民館の毎月開催の「天神茶屋」「ふれあい喫茶」、年4回開催の「ふれあいミニサロン」に参加し、地域の盆踊り、買い物行事、ドライブ等で、利用者が地域に出かけ交流できるよう取り組んでいる。演奏・歌謡・コーラス等のボランティアの来訪や移動スーパーの来所があり、地域交流する機会になっている。事業所として、運営推進会議を通して自治会や地域包括支援センターと、防災訓練を通して消防団の協力を受けている。	
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	事業所からの発信は不十分だが、運営推進会議等で自治会や地域包括支援センターと連携し具体策を検討していく。		

グループホームあじさい

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	2か月に1回運営推進会議を行い、サービス等の報告や話し合いを行っている。	家族代表・地域代表(自治会長兼民生委員)・地域包括支援センター職員・施設職員・事業所職員を構成委員として、2ヶ月に1回集合開催している。会議では、資料(行事の写真添付)を配布し、利用者状況・ヒアリハット事故事例・行事等について報告し、参加者と質疑応答し議事録を作成している。会議の内容を、サービスや運営に反映できるよう取り組んでいる。	知見者の参加が得られるよう取り組むことが望まれる。利用者についても、可能であれば、短時間参加も含め参加が望ましい。議事録ファイルの設置等により、議事録を公開することが望まれる。	
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取り組んでいる	地域包括支援センター便りを玄関に掲示している。	姫路事業所のリーダー会議と事業所の運営推進会議に、地域包括支援センターから参加があり連携している。姫路市グループホーム連絡会に所属し、総会や研修に参加し市と連携している。		
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	姫路事業所では身体拘束廃止委員会が設置されており、全職員を対象に身体拘束における研修を行っている。毎月のGHチーム会において身体拘束の実施状況や見直しについて話し合い廃止に向けて取り組んでいる。	「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。「身体拘束・虐待廃止委員会」を、姫路事業所合同で、3ヶ月に1回、各部署から委員が参加し開催している。委員会では、主に、研修についての検討を行っている。議事録を職員に回覧し、チーム会議で報告し周知を図っている。夕礼時にインカムで日々の振り返りを行う際に、行動制限の有無についても確認している。「身体拘束」に関する研修を年2回(5月・3月)、身体拘束・虐待廃止委員会が担当して実施している。チーム会議の中で、資料を基に講義形式で行い、参加者は研修報告書を提出している。不参加者には研修資料を基に委員が伝達し、同様に研修報告書を提出している。玄関は安全上施錠しているが、ユニット間の行き来は自由にでき、外出の希望があれば職員が同行し戸外に出るように対応している。	閲覧印の徹底など、委員会議事録の周知を明確にする工夫が望まれる。委員会では、研修についての検討以外にも、各部署の状況確認や、身体拘束・行動制限廃止に向けた検討を行うことが望まれる。委員会の議事録・研修記録のファイルをわかりやすく整備することが望まれる。	

グループホームあじさい

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	姫路事業所では虐待防止委員会が設置されており、虐待に関する研修を実施し全職員が参加できるようにしている。運営理念の中でも言葉遣いや態度について注意する項目を挙げており不適切なケアにならないよう周知している。年1回希望者にはストレスチェックを行い、業務とかで困った事があれば相談するよう呼び掛けている。	「虐待防止に関する指針」を整備している。委員会は上記「身体拘束」と同時に実施し、研修も上記と同様に年2回(9月・12月)、夕礼での不適切ケアに関する振り返りも行っている。理念に「人権尊重」や「言葉づかい・対応」に関する項目があり、自己評価を通して不適切ケアの防止につなげている。希望者には年1回ストレスチェックを行い、定期的に個人面談を行い、随時にも相談対応し、職員のストレスや不安がケアに影響しないよう取り組んでいる。	委員会では、研修についての検討以外にも、各部署の状況確認や、虐待・不適切ケア防止に向けた検討を行うことが望まれる。議事録・研修記録のファイルをわかりやすく整備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	現在は成年後見人制度を利用している利用者はおらず、成年後見人等を学ぶ機会を持っていない。玄関にパンフレットや研修のチラシを設置している。	現在、成年後見制度の利用事例はない。研修は実施していないが、玄関にパンフレット等を設置し、外部研修の案内があれば、参加できるように支援している。家族等から制度について相談があれば、管理者と介護支援専門員が説明し対応することとしている。	権利擁護に関する制度について、学ぶ機会を定期的に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	契約時には不安や疑問点などがあれば納得が得られるよう丁寧に説明している。後日の相談や質問にも真摯に答えている。見学者も多く見学された方が知人に声をかけられ、その方も見学・申し込みに来られた。	入居希望があれば見学を勧め、施設内を案内し、また、施設パンフレットや料金表を用いて、環境や設備、サービス内容等を説明している。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。質問や理解を確認しながら、不安の解消や納得が得られるよう努め、後日の質問にも対応している。契約内容の改訂時には、改定内容を説明した文書を郵送し、同意を得ている。	

グループホームあじさい

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	利用者の意見を行事に反映させている。今年度は買い物行事などを行った。家族の来訪時や電話連絡の際には積極的にコミュニケーションをとり、家族からの意見や要望を聞き取りやすいようにしている。	面会や電話連絡の際に利用者の近況を伝え、家族の意見・要望等を聞き取るようにしている。月に1回生活状況を記入した「心の輪(お便り)」を郵送したり、インスタグラムを活用して情報提供し、意見・要望を表しやすいよう取り組んでいる。また、家族会を10月に開催し、活動等の報告を行った。把握した意見・要望は、「申し送りノート」や、介護ソフトの「ケース記録」と「申し送り」機能で共有し、サービスや支援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、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	日々のミーティングや業務日誌で情報交換、共有を行っている。また毎月のチーム会で職員の意見や提案を聞き業務に反映できるようにしている。	毎月チーム会議を開催し、姫路事業所合同のリーダー会議からの報告、委員会からの報告、業務や利用者についての共有や検討等を行っている。参加できなかった職員には、議事録を回覧ボードで回覧し、回覧印で周知を確認している。各種委員会を定期的で開催し、職員の意見等を運営に反映している。日々の検討事項は、夕礼で検討し、「業務日誌」と介護ソフトの「ケース記録」で共有している。法人が年1回個人面談を行い、管理者が随時相談対応し、職員の意見を個別に聞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	労務時間に配慮し、常態化している残業がないよう話し合いの機会を設け残業廃止に取り組んでいる。		
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	法人内の委員会より施設内研修の開催を全職員に向けて行っている。今年度は主任・副主任研修を行い、職員の育成やチームのあり方について知識を得ている。		

グループホームあじさい

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	姫路市グループホーム連絡会に所属しており、総会や研修会に参加するようにしている。また、同法人のグループホームで交流を行っている。		
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	本人の現在の状態を常日頃から把握し、不安な気持ちや要望などを受け止め、出来る限り意向に沿った支援が出来るよう配慮している。日々の関りを大切に信頼関係を築いている。		
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	入居時には家族に心配事や要望を聞き安心して任せて頂けるよう関係づくりに努めている。入居後もこまめに様子を伝え、要望などがあればその都度真摯に対応するよう伝えている。		
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	相談の段階で本人・家族がどのような支援を求められているか見極めるよう、要望をしっかりと聞けるよう時間を設けている。グループホームとしての関りを説明し理解を得ていくと共に、施設として出来る事とできないことを明確に説明し具体的なサービスの利用が出来るよう努めている。		
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	利用者が有する能力に応じて、洗濯干しや洗濯たたみ、テーブル拭き等を手伝って頂いている。利用者と職員が支え合う関係作りに取り組んでいる。		
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	家族との面会や外食をされている。また毎月の新聞やInstagram等を活用し日々の様子など近況報告を行っている。日用品の購入やその他の支援など家族と相談しながら協力して頂いている。		

グループホームあじさい

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	家族はもちろんであるが、友人・知人の訪問もあり、変わらない関係性が継続出来ている。	家族や友人・知人の訪問があり、居室や共有スペース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いる。公民館の「天神茶屋」「ふれあい喫茶」「ふれあいミニサロン」、地域の盆踊り、買い物行事、ドライブ等で、馴染みの場所に出かけ馴染みの人と交流できる機会も設けている。家族と自宅や馴染みの場所に外出できるようにも支援している。	
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	利用者同士の関係の把握に努め、フロア分けや席の配置にも配慮している。職員が間に入り孤立せずに利用者同士が関わり合え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	隣接の特養に入所された利用者には、その後の様子を伺ったりフォローを行っている。契約が終了した後でも家族から相談があれば出来る限りお答えするようにしている。		
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	日々のコミュニケーションから利用者の思いや希望を汲みとれるよう努め、出来る限り意向に沿えりようにしている。意思疎通が困難な方は家族からも意向を伺い本人本位のケアにつながるよう努めている。	利用者の思いや暮らし方の希望、意向について、入居前サービスからの情報提供書に、入居前面談で把握した内容を追記し把握している。入居後に把握した情報は、「ケース記録」に記録し、「申し送り」で情報共有している。把握が困難な場合は、家族からの情報を参考に、利用者の意向に沿った支援ができるよう取り組んでいる。	利用者の生活歴・生活習慣・趣味・嗜好・思いや意向等を記録できる事業所の書式を整備し、新しい情報を追記し、利用者の人物像の把握や個別支援に活用することが望まれる。

グループホームあじさい

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	本人や家族から聞き取りを行い、利用者一人ひとりの生活歴やこれまでの生活環境について情報把握に努めている。		
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	利用者一人ひとりの過ごし方や心身状況を記録に残し、状態把握に努めている。変化があればミーティングで報告し、事業日誌などで情報共有出来るようにしている。		
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	基本的に6カ月に1回、その他に心身の変化等の状態に応じて見直しを行っている。また担当職員が毎月ケアの実施状況を確認しモニタリングを行っている。介護計画の見直し時期にはケアマネが本院と家族から意向の聞き取りを行い関係職員でカンファレンスを実施しプランに活かしている。	入居前サービスからの情報、ケアチェック表(アセスメント)を基にサービス担当者会議を行い、初回の「認知症対応型生活介護計画(以下「計画」)」を作成している。初回は2ヶ月後に、それ以降は、必要時は随時、定期的には6ヶ月毎(長期目標期間)に「計画」の見直しを行っている。毎月、各利用者担当職員が「モニタリング表」でモニタリングを行い、「ケース記録」に「1ヶ月のまとめ」を記録している。「計画」の見直しの際は、モニタリング、ケアチェック表による再アセスメントを行い、サービス担当者会議を開催している。サービスの実施状況は、「ケース記録」に記録している。	「認知症対応型生活介護計画」は短期目標期間に合わせて見直すこと、担当者会議の議事録に利用者・家族の意向、関係者の意見(事前聴き取り・照会含む)を記録すること、介護支援専門員によるモニタリングが望まれる。また、職員への「計画」内容の周知と、「計画」に基づいた実施状況が明確になる記録の工夫が望まれる。
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	日々の気づきや変化はケース記録に残すようにしている。また、ミーティングでも報告し申し送りノート・事業日誌等でも情報共有出来るようにしている。また、チーム会でも相談したい利用者について話し合いを行っている。		
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	本人や家族の状況に応じて生じるニーズに柔軟に対応出来るように努めている。通院や歯科往診が必要になった際の対応や、リハビリを希望される方に常駐のPTに繋ぐなどしている。		

グループホームあじさい

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	地域資源を活用した取り組みは不十分である。運営推進会議を通じて地域包括支援センターとの連会を図り取り組みを考えていきたい。		
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	入居時に利用者及び家族の同意の上ほとんどの方が安富診療所の医師を主治医とされている。毎朝往診があり体調の変化を伝えることができ、必要に応じて直ぐに診察を受けることができる。歯科医も随時対応できる。	入居時に事業所の医療連携体制について説明し、利用者・家族の意向に沿った受診を支援している。協力医療機関の主治医が毎朝往診して体調確認し、必要に応じて診察を受けることができ、定期的(月1回)な訪問診療(内科・整形外科)、随時の歯科往診も受けられる体制がある。他科については外部受診とし、家族同行で対応している。訪問診療・往診・外部受診については、「ケース記録」に記録している。事業所に看護師の配置があり、介護職員と連携している。	
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	介護職員は看護師と連携を取り、利用者の状態に関して情報共有を行っている。体調面など気になる事があれば直ぐに報告し、アドバイス等を受ける事が出来る。看護師も診療所と連携を取り、利用者が適切な受診や看護を受けられるよう支援している		
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。	入院時には必要な情報を医療機関に提供している。入院時は家族や病院と連絡をとり状態確認を行う。地域連携室と相談しながら退院に向けた支援を行っている。退院時にはサマリーの提供を受け退院後の施設での支援に活かしている。	入院時は、「介護サマリー」で情報提供している。入院中は、家族とは電話で、地域連携室とは電話やファックスで連絡して状態の確認を行いながら、早期退院に向け連携している。退院時には「看護サマリー」の提供を受け、退院後の支援に活かしている。入院中、退院時の経過は「ケース記録」に記録し、職員間で情報共有している。	

グループホームあじさい

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
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	契約時に重度化した場合における対応に係る指針を説明し、利用者・家族の同意を得ている。重度化した場合、看護師と連携をとり本人・家族等と話し合い施設で出来る事を説明しケアの方針を決定している。終末期の在り方について、ターミナルケアや看取りケアの研修を行っている。	契約時に「重度化した場合における対応に係る指針」を説明し、利用者・家族の同意を得ている。重度化を迎える段階で、主治医や看護師が状態を家族に説明し、事業所からもグループホームで可能な対応の範囲を伝え、家族の意向を確認している。家族の意向に応じて、現状に適した対応が可能な施設等について情報提供し、円滑な移行を支援している。家族の意向があり、対応可能な状況であれば、事業所での看取り介護を行う方針である。	看取り介護に対応する方針である場合は、看取りに関する研修を実施することが望まれる。
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	急変時のマニュアルを作成している。今年度は食事中の事故の対応についての研修が行われた。	/	
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	年に2回の火災訓練・自然災害訓練を行っている。以前は地域の方との協同避難訓練があったが現在は行っていない為、運営推進会議で実施に向けて話し合いを行っている。	防火防災委員会を設置し、委員会・訓練・研修を行っている。9月に夜間想定通報・消火訓練を、3月に夜間想定通報・避難訓練を実施している。12月にBCP(事業継続計画)机上訓練を、1月にBCP研修を実施し、研修については受講後に研修報告書を提出している。備蓄は、施設合同で行い、施設本部が管理している。地域との協力体制については、運営推進会議で話し合いを行う予定である。	各種訓練について、参加できなかった職員を含め、実施記録を閲覧・確認し、周知を明確にすることが望まれる。
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	当法人の基本理念の一つでもある「利用者の人権を大切にしよう」を基にプライバシーに配慮した介護を行うようにしている。また、年に1回プライバシーについての研修を行っている。	年間研修計画を基に、「プライバシー保護」「認知症ケア」「身体拘束適正化」「虐待防止」等の研修を行い、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継続的に設けている。理念に「利用者の人権を大切にしよう」「利用者に対し常に優しさ・温かさをもって接しよう」を明示し、自己評価を通して実践につなげている。	

グループホームあじさい

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	本人の思いや希望を尊重し自己決定が出来るよう心掛けている。普段の会話や関わりの中でどのような時にどんな反応があるか等にも留意し興味や関心事を引き出せるようにしている。		
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、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	本人の意思を尊重するように努め、本人のペースで過ごして頂いている。レクリエーションも気分や体調・本人の意向を尊重して行っている。		
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	入浴前の着替えを用意する時には一緒に服選びをしている。ご自身で選ぶことが難しい方は職員が選ばせて頂いている。同じ服が続かないよう注意している。		
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	食事は厨房で用意されておりグループホームではご飯と汁物を準備している。出来る方には下膳や食器洗いを手伝って頂いている。月に1~2回は食事やお菓子作りを行っている。	炊飯と汁物調理は各ユニットで行い、厨房で調理した食事を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も、厨房で対応している。献立には、季節食や行事食、「駅弁の日」(月1回)等の工夫があり、事業所でも月に1~2回食事レクリエーションやおやつレクリエーションを行い、食事が楽しめるよう取り組んでいる。利用者も参加して畑で野菜を植栽し、収穫して食材として活用し、利用者の楽しみにつなげている。可能な利用者が、下膳や食器洗い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・水分摂取量の記録を行っている。咀嚼・嚥下状態に合った食事形態、水分不足の利用者には本人が好まれる物を提供、嫌いなメニューには代替食での提供を行っている。		

グループホームあじさい

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
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	起床と就寝時には口腔ケアの声掛け・介助を行っている。一人ひとりの口腔状態や本人の能力に応じた口腔ケアを行っている。週に2回義歯消毒を行い清潔に努めている。口腔内異常があった際は歯科受診を行っている。		
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	ほとんどの利用者がリハビリパンツとパッドを使用されている。排泄パターンの把握と表情やしぐさからも読み取り適宜声掛け・誘導を行っている。	「排泄チェック表」で排泄状況や排泄パターンを把握し、適宜、声かけ・誘導を行い、日中・夜間共にトイレでの排泄を支援している。介助方法や排泄用品等について検討事項があれば、夕礼やチーム会議で検討し、検討結果を「ケース記録」で共有し、家族にも説明し、現状に適した支援につなげている。居室にトイレがあり、カーテン・ドアにより、プライバシーが守られる環境である。	
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	全体的に水分摂取が十分でなく、特に便秘がちの方にはこまめに水分を勧めている。また、施設内を散歩し運動を行うことで自然排便を目指している。便秘時は看護師と相談し内服薬の調整を行っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	週2回日中に入浴を行っている。曜日が決まっているが、本人の体調や拒否がある場合はタイミングや日程の調整を行っている。午前の入浴を拒否された場合は午後を声をかけさせて頂くなど対応している。	「入浴予定表」を作成し、当日の体調や気分に応じて柔軟に対応し、週2回入浴できるように調整している。1階は機械浴、2階は一般浴の設備があり、ADLなどに応じて選択している。同性介助の希望があれば同性で対応し、入浴拒否があれば日時の変更などを行い、入浴機会の確保に努めている。湯は午前・午後で入れ替え、会話を楽しみながら自身のペースでゆっくり入浴が楽しめるよう支援している。ゆず湯・みかん風呂・入浴剤など、入浴を更に楽しめるよう工夫している。	

グループホームあじさい

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	夜間眠れない利用者には寄り添いゆっくりと話を伺っている。また、一人ひとりの体調や習慣に合わせて睡眠や休息が確保出来るよう支援している。		
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	誤薬の防止の為、出勤時に一人ひとりの内服薬の確認を行っており把握できるようになっている。薬情はいつでも閲覧できるようにしており、更新があれば情報共有出来るようにしている。症状の変化がみられた時には医師や看護師に報告し、適切なケアが提供できるように努めている。		
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	洗濯干しや洗濯たたみ、調理など得意だった事や好きだった事を役割として行って頂いている。暖かくなってくる為、野菜作りを楽しみにされている利用者も多い。		
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支援している	その日の希望でその日に出かける事は出来ていないが、その希望をもとに日程を調整し行きつけだった喫茶店等に出かけている。地域の方と協力しながらの外出は出来ていない。	気候のいい時期には、敷地内の散歩・畑の園芸等で戸外に出かけている。公民館の毎月開催の「天神茶屋」「ふれあい喫茶」、年4回開催の「ふれあいミニサロン」、外出行事としてのカフェ巡り・地域の盆踊り・干支見学・買い物行事・花見ドライブ紅葉ドライブ等、利用者が地域への外出・季節の外出を楽しめるよう支援している。家族との外出も支援している。	
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	お金を所持されている利用者もおられる。頻回ではないが、行事の一つとして買い物に出かけられ、服を選ばれたりおやつやお寿司を購入された。		

グループホームあじさい

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
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	携帯電話を持たれている利用者もおられる。利用者から電話がしたいと希望があれば職員が対応している。ご家族や知人からの手紙は受け取られるが、返事は出せていない。		
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	共有スペースは広く車イスでの移動もスムーズにできている。窓からの眺めも良く日の光も入る明るい空間である。居室のドアや壁には季節ごとに利用者と職員と一緒に作った作品を飾り季節を感じる事が出来ている。	各フロアの共用空間は広々とし、大きな窓からの採光で明るく、風景も臨め、加湿・空気清浄機を設置し、開放的で清潔感のある快適な環境である。複数のテーブル席、ソファが各所に設置され、思い思いの場所でくつろげるよう配慮している。毎月利用者と一緒に制作した作品を飾り、季節感を大切にしている。キッチンも広く、設備が充実し、利用者も参加しやすい造りになっている。下膳・食器洗い・洗濯物干し・洗濯物たたみ等の家事参加を支援し、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	共有空間では気の合う利用者が一緒にテーブルで談笑されている。また、ソファに座り体操をされたり、ゆっくり居室でお経を唱える利用者もおられ、それぞれの時間を過ごされている。		
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	居室には備え付けの家具があるが、使い慣れた家具や小物があれば持ち込んで頂き、本人が心地良く過ごせるよう配慮している。	居室に、トイレ・洗面台・ベッド・箆笥(2台)、必要に応じて椅子が設置され、自宅からテレビ・家族の写真・ぬいぐるみ等が持参されている。利用者の意向や動線を考慮して、家具の向きや位置を調整し、安全に居心地よく過ごせるよう配慮している。利用者担当職員を設置し、家族と連絡を取りながら、衣替えや環境整備を支援している。表札や目印をつけ、部屋間違いや混乱がないよう配慮している。	

グループホームあじさい

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	各居室には表札を設置し、自分の部屋が分かるようにしている。それでも迷う場合には本人のなじみのある物等をドアにかけ目印にすることで分かりやすくしている。台所も改修され利用者と一緒に食事やおやつ作りの準備をすることが増えてきた。		

目標達成計画

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	6	委員会の議事録の周知が明確に出来ていない。また、委員会で研修についての検討は出来ているが、各部署の状況確認や身体拘束の廃止に向けた検討が行えていない。	全職員が委員会の内容の把握が出来、各部署の身体拘束・行動制限廃止の状況が理解できるようになる。	閲覧用の各会議録を作成し閲覧印にて会議内容の周知を行う。月1回のチーム会で身体拘束・行動制限の事例や議論を行い、その内容を身体拘束廃止委員会で発表することで状況の理解に努める。	6ヶ月
2	23	利用者様の意志・生活歴・生活習慣・趣味・嗜好を職員が把握しにくい状態である。パソコン内に保存されており、確認したい時にすぐに確認できないことがある。	職員が利用者様の生活歴などを把握し個別支援が出来るようにする。	フェイスシートの作成を行いファイルにまとめておき、職員がすぐに閲覧できるようにする。定期的に更新し利用者様の今の状況が把握出来るように努める。	6ヶ月
3	33	重度化や終末期に向けたチームでの支援について以前は対象者が少なかったため、本人・家族の意向などの共有方法が不明確である。	看取りケアになった際は速やかに情報共有を行い、本人や家族様の意向に沿った支援が出来るようになる。	年1回のターミナル研修を行い基礎的な知識の習得を行う。看取りケアになった際はミーティングやチーム会で情報共有を行い本人・家族様の意向に沿った支援が行えているかの確認を行う。	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、行を挿入して下さい。