

### 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8年2月16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	<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8年3月18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)】

・楽しみ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。  
 ・「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・役割づくりを行い生活リハビリ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。  
 ・より専門的なアプローチが行えるよう研修・検討会を定期的の実施し職員のスキルアップに努めております。

【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)】

毎月季節の作品を共同制作して掲示し、散歩やドライブで季節の花を鑑賞し、季節に応じた行事を行い、行事食を提供する等、四季を感じられる取り組みに注力している。手作り調理・イベント食・おやつレクリエーション等の食の楽しみ、体操や家事参加、個別・集団レクリエーション、外出支援等、楽しみながら心身機能の維持向上ができるよう支援している。各種シート・カンファレンス・ケアマネジメントにより、「その人らしい生活」が継続できるよう、利用者個々の意向や現状に即した個別支援・自立支援に取り組んでいる。研修・会議・委員会の体制を整備し、職員の資質向上につなげている。ノーリフティングケアの推進や新たな介護機器の導入、新規デイサービスの開始など、サービスの向上と職員の働きやすい環境づくりに積極的に取り組んでいる。

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、生き生きと働けている (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
<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	法人理念は全職員が意識付け出来るようタイムカード上に掲示している。入職時に理念の説明を行っている。	地域密着型サービスの役割を法人理念に明示し、基本方針と共に事務所内に掲示し、職員が常に目に見える環境を整えている。新入職の職員には、オリエンテーションの中で説明し、理念の理解を深めている。定期的なミーティングで、理念に立ち返りながら検討し、意識づけが継続的に行われている。職員のキャリアパスにおいて、理念・基本方針を基に目標設定を行う仕組みが導入されており、各職員が目標管理の中で理念に関する個別目標を設定し、実践に取り組んでいる。	
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、イベントの招待や参加などを行い交流を図っている。	自治会に加入し、広報誌を通じて地域の情報を把握している。近隣への散歩や買い物、季節のドライブ外出、地域イベントへの参加等、利用者が地域に出かける機会を設けている。事業所の行事の際に、腹話術・演奏・フラダンス・マジックなど、地域ボランティアの来訪がある。事業所として、地域の福祉祭りやオレンジカフェに参加し、また、地域からの相談に対応する等、地域貢献に取り組んでいる。	
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	地域の福祉祭りやオレンジカフェへ参加し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る活動をしている。		
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	定期的に開催し、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を行っている。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。	運営推進会議に、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(他事業所管理者)・事業所職員を構成委員とし、2か月に1度、対面開催している。会議では資料を用いながら、利用者状況・運営状況・活動内容・行事・ヒヤリハット事故事例・研修・地域からの相談件数・新たな取り組み(ノーリフティングケアや福祉機器の導入)など、多岐にわたる項目について報告・説明を行い、参加者との意見交換が行われている。玄関に議事録ファイルを設置し公開している。	

グループホーム サンホーム青山

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
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。	運営推進会議を通じて、地域包括支援センターとの連携が継続的に図られている。市や地域包括支援センターから、メールを通じて最新の情報や研修案内が随時提供され、事業所も必要に応じて報告やアンケート回答を行い情報交換が行われている。相談が必要な事案が発生した際には、電話連絡や訪問により関係機関と協働して対応している。また、社会福祉協議会が実施する「オレンジカフェ」に職員が参加し、今後は利用者の参加再開を検討している。	
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	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。	「身体拘束の適正化のための指針」を整備し身体拘束を行わないケアを実践している。「身体拘束・虐待防止委員会」を、3か月に1回開催している。委員会の前に、各ユニットで「利用者の生活実態確認シート」を用いて利用者の生活状況やケア内容を振り返り、委員会に提出している。委員会では提出資料を基に、「今後取り組むべきこと・意識すべきこと」「改善点」を検討し、行動制限・不適切ケアの未然防止に取り組んでいる。委員会の議事録を、職員に回覧し、回覧印により周知を確認している。年間計画に基づき年2回、身体拘束に関する動画研修を実施し、研修レポートの提出により受講を確認している。施設内は利用者が自由に移動でき、外出を希望する場合は職員が散歩や外気浴に対応するなど、利用者が閉塞感を感じないように配慮している。	
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。	「虐待防止のための指針」を整備している。上記、「身体拘束・虐待防止委員会」を実施している。研修についても、上記と同様に、年1回高齢者虐待防止に関する動画研修を実施している。ストレスチェックの実施、相談窓口の設置、アンケートの実施、定期的・随時の管理者による個人面談など、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。	

グループホーム サンホーム青山

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
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。	現在、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、制度利用に必要な支援を行っている。今後も制度利用の必要性や家族等から相談があった際には、管理者や介護支援専門員が窓口となり、関係機関と連携して支援することとしている。今年度は、3月の「認知症の人の権利擁護研修」の中で、権利擁護に関する制度についての研修を行う予定である。	
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。	入居希望や相談があれば、パンフレットや料金表を用いてサービス内容や費用について丁寧に説明し、あわせて施設見学を実施している。契約時には、契約書・重要事項説明書・各種指針・同意書・リスク説明書などを説明し、書面による同意を得ている。説明の際には、特に重度化や終末期の対応について、事業所として提供可能な支援と対応が困難な事項を明確に伝え、利用者・家族の意向も確認している。契約内容に変更が生じた場合には、改定箇所を文書で説明し、同意を得る手続きを行っている。	
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	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、体調に変化があった時には電話にて報告行い意見を乞う機会を設けて、可能な限り反映している。	面会や電話連絡の際に利用者の近況を報告し、家族の意見・要望の把握と相談対応に努めている。毎月、写真を多数掲載した「青山元気だより」を郵送し、家族に行事や日常の様子を伝えている。把握した家族からの意見・要望は、「申し送りノート」や「介護記録」で共有し、内容に応じて、日々の支援や施設サービス計画に反映できるよう取り組んでいる。運営推進会議」に利用者・家族の参加があり、職員や外部者に意見を表す機会を設けている。	

グループホーム サンホーム青山

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
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のミーティングを実施している。合同ミーティングでは、事業所全体の運営状況・業務改善・事故防止・委員会活動の報告・ケアの方針など、多岐にわたるテーマについて情報共有と検討が行われている。ユニットミーティングでは、各利用者のケースカンファレンスや日々の業務に関する検討を行っている。ミーティング内容は議事録として記録し、職員に回覧し周知を図っている。また、日々の検討事項については職員の意見を集約し、管理者へ報告・相談したうえで対応策を決定し、申し送りノートを通じて共有し実践している。管理者は定期的に職員との個別面談を行い、個別に意見を聴く機会を設けている。法人としても年、1回の「自己申告シート」や相談窓口の設置など、職員が意見等を伝えられる仕組みを整備している。	一部、議事録ファイルの整備と、回覧印などによる周知状況の明確化が望まれる。
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、有期職員は面談にて今後の目標の確認、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。		
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。		
<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。		

グループホーム サンホーム青山

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
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、調整を行っている。		
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定期的に行い、ご本人も元気だった頃の様子の情報をいただき、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。		
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。	入居前の面談記録や家族が記入する「生活史シート」を活用し、馴染みの人や場所に関する情報の把握に取り組んでいる。面会については、家族以外の友人等からの希望にも、家族の了承を得た上で柔軟に対応し、居室や交流スペースでゆっくり面会できるよう配慮し、馴染みの人との関係継続を支援している。また、行事の際には家族が参加できる機会を設けている。花見などのドライブ外出では、自宅周辺や思い出のある場所に立ち寄るなど、利用者が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	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を行い、利用者同士関わり合いがもてるよう支援している		

グループホーム サンホーム青山

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	
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も、いつでも相談いただけるようお伝えしている。	/		
<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	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、入居前の面談記録や家族が記入する「生活史シート」等をもとに「基本情報」を作成し、職員間で共有している。入居後は、日々の会話等から得られた情報を介護記録や申し送りノートに記録し、必要に応じてユニットミーティングで共有している。利用者担当職員を配置し、日頃聞き取った思いや意向を「私の気持ちシート」に記録し、6ヶ月ごとに更新している。意向の把握が難しい場合には、利用者の状態に応じた声かけを工夫したり、表情や反応から読み取るなど工夫し、家族からの意見や情報も参考にしながら、利用者の意向を尊重したケアの実践に努めている。	利用者の生活歴・生活習慣・趣味・嗜好等を記録・共有し、新しい情報を追記できる様式を工夫し、人物像の把握や個別支援に活用することが望まれる。	
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	インテーク時での聴き取りや「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。	/		

グループホーム サンホーム青山

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
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を行い、見直しを行っている。	「基本情報」等を基に、サービス担当者会議を行い、初回の「施設サービス計画(以下「計画」)」を作成している。長期目標期間を1年、短期目標期間を6ヶ月とし、必要時は随時、定期的には短期目標期間に合わせて、「計画」の更新を行っている。更新の前に介護職員が「検討会」で検討し、その後、サービス担当者会議を実施している。サービス担当者会議には、本人・家族の参加を基本とし、主治医・訪問看護師などの関係者の意見は事前に聞き取り、議事録に記録している。介護支援専門員が、3ヶ月毎(3・6・9・12月)に「モニタリング総括表」でモニタリング実施し、年度初めに「基本情報」を見直し、更新している。サービスの実施状況は、介護職員が「介護記録」と「モニタリング結果」に記録している。「モニタリング結果」は、「計画」のサービス内容ごとの実施状況を毎日記録し、サービス内容の把握と計画に基づいた実施状況を記録できる様式である。	モニタリング・再アセスメントを、「計画」の更新の時期に合わせて行うことが望まれる。
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	ケアカルテ、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、で情報共有、意見交換を行い、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。		
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、地域に参加できる機会を可能な限り設けている。		

グループホーム サンホーム青山

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
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必要に応じて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や適切な医療を受けられるよう図っている。	契約時に事業所の医療連携体制を説明し、利用者・家族の意向を確認し、意向に沿った受診を支援している。入居前のかかりつけ医を継続することも可能である。協力医療機関による内科の往診（月2回）、必要に応じて歯科の往診を受けられる体制がある。他科については外部受診とし、家族同行を基本とし、事業所がバイタル表や服薬情報など受診に必要な情報を提供している。往診については「支援経過記録」に、外部受診については「受診結果」に記録し、必要に応じて「申し送りノート」に記録し共有している。	外部受診についても、「支援経過記録」など個人記録に記録し、医療に関する事項の経過を把握しやすくすることが望まれる。
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。退院前の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」「アセスメント表」「服薬情報」を提供し、日頃の様子を口頭でも伝えている。入院中は、家族や医療機関の担当者と電話で連絡を取り合い、情報交換しながら早期退院に向けた連携を図っている。把握した情報は「支援経過記録」に記録し、職員間で共有している。退院前にカンファレンスに参加し、退院時には看護サマリーの提供を受け、退院後の支援が適切に行えるよう、施設サービス計画の見直しを行っている。	

グループホーム サンホーム青山

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
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。	利用開始時に、「重度化した場合の対応に係る指針」を利用者・家族に説明し、同意書で同意を得て、その時点での意向を確認している。利用者の状態が変化した際には、その都度家族に報告し、話し合いを行っている。重度化が進んだ段階で主治医から家族に現状を説明し、家族の意向を確認している。看取り介護の意向があれば、「重度化及び看取り介護に関する同意書」、看取りに向けた「施設サービス計画」を作成している。現在も看取り介護を実施している事例があり、主治医や訪問看護師など医療職との連携を図りながら、チームで支援に取り組んでいる。年間研修計画に基づき、5月に「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、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。	年間計画に基づき、令和7年度は、9月に昼間の火災を想定した訓練、3月に昼間の地震・火災を組み合わせた総合訓練を、利用者も参加して行い、次回は夜間を想定した訓練を予定している。実施後は、職員の所感も記載した「訓練・教育実施結果記録表」を作成し、参加できなかった職員には回覧し共有を図っている。また、研修計画に沿って、令和7年8月に「非常・災害時対応」研修、12月にBCP(事業継続計画)に関する研修を実施している。運営推進会議を通じて地域住民への協力を呼びかけている。災害時に備えた非常食・飲料水・備品類を事業所2階に備蓄し、担当職員が備蓄リストを用いて管理している。	「訓練・教育実施結果記録表」の回覧印などにより、訓練内容の周知を明確にすることが望まれる。	

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
<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。	年間研修計画に基づき、「プライバシー保護」「接遇」「認知症ケア」等についての研修を実施し、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。「身体拘束・虐待防止委員会」での「利用者の生活実態確認シート」を用いたケア内容の振り返りを継続し、合同ミーティングでも振り返りや注意喚起を行い、意識向上に取り組んでいる。「青山元気便り」や館内掲示の写真使用については、入居時に意向を確認している。	
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。更衣時は可能な限り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。		
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、食事の楽しさを感じていただけるよう支援している。	朝食と昼食は各ユニットで手作り調理し、夕食は炊飯と汁物調理を行い、副食は配食サービスを利用して提供している。利用者個々に応じた食事形態について、ムース食は発注し、それ以外が各ユニットで対応している。事業所での献立作りには季節感や利用者の希望を取り入れ、食材は利用者と一緒に近隣のスーパーで購入している。利用者の意向や力量に応じて、野菜の下準備・盛り付け・食器洗い等に参加できるよう支援している。行事に合わせた特別食・手作りおやつ・おやつレクリエーション等、食事やおやつを楽しめる機会づくりを行い、ひな祭りやクリスマス等には、家族を招待し一緒に食事を楽しむ機会を設けている。	

グループホーム サンホーム青山

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
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きおる。		
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。		
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ます。失敗時も職員は羞恥心に十分配慮し声掛けを行っています。	「排泄チェック表」や「排泄記録」を活用し、利用者個々の排泄状況やパターンを把握している。日中はトイレでの排泄を基本とし、適切なタイミングで声かけ・誘導することで自立を促す支援を行っている。夜間は、利用者の身体状況や睡眠の様子に配慮しながら、個々の状態に応じて支援方法や排泄用品を調整して対応している。ユニットミーティングで課題の共有や配慮点の検討を行い、意見を集約し、排泄用品の変更など必要な対応を進めている。誘導時や対応時の声掛け等、利用者のプライバシーや不安に配慮した支援に努めている。	
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、入浴時など十分に水分が摂取出来るようにしている。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。		

グループホーム サンホーム青山

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
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。	浴室には個浴とリフト浴の設備を備えており、個浴では利用者ごとに湯を入れ替え、自身のペースで入浴できるよう支援している。ウルトラファインバブル発生装置を導入し、より質の高い入浴環境を提供し、職員の負担軽減にもつなげている。週2回以上の入浴を基本とし、曜日や時間帯を固定せず、「入浴確認表」で入浴状況を確認しながら、当日の体調や希望、タイミングに合わせて柔軟に対応している。生活習慣や意向に応じて、シャワー浴にも対応している。個浴でのコミュニケーションや入浴剤の使用など、入浴をさらに楽しめる工夫を取り入れている。	
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	夜間は消灯時間は固定せず、個々のタイミングで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を提供し支援している。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ー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。		

グループホーム サンホーム青山

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
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	本人の希望を伺い季節の花を観に行く、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。	日常的な外出として、近隣への散歩や買い物に出かけている。桜・コスモス・紅葉など季節のドライブ外出、秋祭りなど地域イベントへの参加など、外出支援を行っている。家族との、外出・外食も支援している。	
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	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。電話や手紙のやり取りを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季節を感じる制作物や壁画、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。	各ユニットの共用スペースは広く、自然光が入り明るく開放的な環境となっている。テーブル席やソファは、利用者の動線を妨げないようにゆとりを持って配置され、利用者が思い思いの場所で快適に過ごせるよう工夫されている。壁面には写真や書き初め、職員と共同制作した季節の作品が飾られている。ユニット内に和室やキッチンがあり、調理の様子や匂いが感じられ、家庭的な雰囲気がある。ラジオ体操や口腔体操、レクリエーション、家事活動、制作、趣味活動などを日課とし、共用空間で活動的に過ごしながら機能の維持向上に取り組んでいる。ガンマ波サウンドシステムを導入し、認知症ケアの一助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お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。		

グループホーム サンホーム青山

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をを活かして、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○丁目○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。	居室は採光により明るく、ベッドやタンス等が備え付けられている。箆笥・椅子・テレビ・冷蔵庫・寝具・人形・家族写真など、利用者が使い慣れた物や馴染みのある物が持ち込まれている。家族と相談しながら、入居前に近い生活環境づくりを支援している。心身の状態や変化に合わせて、家具の向きや配置、設えを調整し、安全に自立した生活が継続できるよう取り組んでいる。表札には「○丁目○番地・氏名」と記載し、自宅のような安心感が持てるよう配慮している。	
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	居室やトイレが分かりやすいように表示している。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。		

## 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	23 26	利用者によって生活歴・生活習慣・趣味・嗜好等を記録できておらず全利用者、同時期に「モニタリング総括表」を作成している。	モニタリング、再アセスメントを利用者の計画の更新時期に合わせて行い、新しい情報を追記できる様式を工夫する。	・再度、本人や家族の意向を確認し基本情報を作成する。 ・更新時期に合わせて「モニタリング総括表」を作成する。	6ヶ月
2	11 35	会議録や研修記録の整備、職員への周知状況が不十分である。	書類を整備し、全職員の周知の明確化を行う。	・議事録、研修記録の整備を行う。 ・全職員名を記載した閲覧印表を作成し、各記録用紙に添付して閲覧管理を行う。	1ヶ月
3	30	外部受診時の結果の記録が不十分。統一されていない。	受診結果は必ずケアカルテに入力し、後から誰が見ても変わる状態にする。	・受診後は申し送りを受けた者がケアカルテ(支援経過)入力まで責任をもって行う。	1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。