

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	4490100528		
法人名	社会福祉法人 長久会		
事業所名	グループホーム リバーサイド長久苑 1階		
所在地	大分県大分市南津留91番地1		
自己評価作成日	令和6年10月1日	評価結果市町村受理日	令和7年2月3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	福祉サービス評価センターおおいた		
所在地	大分県大分市大津町2丁目1番41号		
訪問調査日	令和6年12月13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)】

・岩田学園のくすの木の木漏れ日や並木をそよ風を感じられる場所。大分川のほとりの閑静な住宅街にあり、市内中心部へのアクセスもとても便利である
 ・建物はログハウス調のつくりで、温かい雰囲気の中で生活を送っていただける。
 ・一人ひとりの個性を理解し、見る、聞く、味わう、触れる等、五感をフル活用し、残存能力を支え楽しく生きがいのある時間を過ごしていただけるような支援に努めている。
 ・地域の方との交流があり、地域貢献や社会参加に繋げている。

【外部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)】

・家族の意見や要望が、利用者の日常生活や支援に取り入れられ、事業所からもコミュニケーションツールの作成依頼を行うなど、協働しての利用者支援が行われている。
 ・職員意見や要望が活かされた利用者支援や業務改善の取り組みが行われている。また、資格取得や職員の育成・支援体制が整っている。
 ・個々の外出支援や馴染みの人との交流、日常のリハビリなど、アイデアや工夫を凝らした支援が行われている。

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 ↓該当する項目に○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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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	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広がったり深まり、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				

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	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	理念を玄関や各フロアに掲示することで周知徹底している。毎月の会議や新入職員のアオリエンテーションの際に、理念に基づいた介護の実践について説明をしている。(誠実)な介護が行えるように、持てる力を発揮(奉仕)して、敬意・尊厳(感謝)の気持ちをもって取り組む。	母体理念を基本に、事業所独自の年間計画を立案している。今年度は、「日々改善、日々実践」の年間計画に沿って、利用者のリハビリ支援や食事介助など、具体的な支援内容を立案・共有し、実践に繋げている。	
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	令和2年2月～令和5年5月までコロナ禍で地域との交流、まつりは中止されていた。廃品回収や防災訓練等の参加で交流を続けている。地域の方のボランティアで行っていた「お化粧」や「読み聞かせ」、「懐かしの歌クラブ」については、施設の職員で継続している。新型コロナが第5類に変更後も感染対策を講じた上で受け入れを行っている。自治会に加入している。	旧老人会の役員が、事業所玄関前の花の手入れに訪れたり、事業所前を散歩中の、近所の保育園児の手を振る姿にこたえるなど、日常的な交流が行われている。遠方に在住する家族が帰省中に、地域に住む高齢の両親の入所・介護の相談にも訪れている。	
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	令和2年2月～令和5年5月までコロナ禍で地域行事や認知症予防教室は開催中止された。今も制限が続いており、圏域のネットワーク会議等はリモートで参加している。感染予防対策のため、運営推進会議については、南津留公民館での開催としている。認知症ケアの情報や防災、感染予防等の情報を地域に還元できるよう努めている。その他、地域の方からの相談や見学も受け入れている。		
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	認知症ケアの情報を地域に還元できるように、家族、地域の自治委員や老人会長、民生委員、地域サロンの代表の方に文書を配布。地域でのグループホームのあり方や役割等について情報共有や意見交換を行い、サービスの向上に活かしている。サービス内容や運営状況、入退居状況、入退院状況、事故・ヒヤリハット報告の状況、身体拘束ゼロ推進委員、虐待防止委員、感染症対策委員の活動状況を報告している。地域行事の情報を得て、地域行事に参加している。2ヶ月毎にテーマを決めて行っている。	運営推進会議は、感染予防に配慮し地域の公民館で定期的に開かれている。テーマに沿って、活字など読みやすく工夫された会議資料が準備されている。コロナ禍で、家族委員への案内を控えていたが、次回より輪番制での家族の参加を予定している。	

自己	外部	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 市町村担当者とは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	大分市長寿福祉課の担当者に新入居や運営、サービスに関する連絡や相談を行っている。運営推進会議では、ホームの取り組みの報告、地域との連携や認知症ケアに対するアドバイスを受けている。	運営推進会議の案内や、終了後の報告を行っている。今年度の介護保険制度改定について疑問や質問を行い、運営に活かしている。	
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「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	「身体拘束等行動制限についてのマニュアル」を基に職場内研修会で理解を深め、周知徹底をしている。緊急やむを得ない場合の身体拘束を含め、令和6年度は身体拘束は行われていない。各フロアの出入口に電気錠で施錠しているが、入居者や家族が自由に解錠して出入りできる体制である。外出を希望される入居者は、職員が付添い、ドライブや散歩等に出かけることで気分転換を図っている。	利用者のPBSD(行動・心理症状)を、利用者の個性や興味に沿ったリハビリやモップ掛けなどの行動支援に繋げる事で、拘束や制止をしないケアの実践に繋げている。センサーマットを使用する利用者が複数名在籍するが、移動の気づきや見守り・介助行動に繋げている。	
7		○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	高齢者虐待防止法について、職場内研修で学ぶ機会を設けている。虐待に繋がる不適切なケアが行われないよう、会議等を通じて声かけ内容や対応方法を検討したり、日頃の業務の中でも職員同士で声をかけあい注意をしている。「虐待の芽チェックリスト」での調査も実施している。		
8		○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	ホームに資料等を準備、説明を行うようにしている。職場内研修で成年後見人制度についての説明を行うなど、権利擁護の学習の場を設けている。地域包括支援センターや弁護士と連携し、いつでも相談ができ、制度が活用できる体制を整えている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約または改定等の際は、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	入居前の重要事項説明の際に「その他利用料金について」、「事故のリスクについて」、「個人情報の取り扱いについて」、「重度化や終末期ケアについての指針」、「医療連携体制等について」を具体例をあげるなどして詳しく説明している。制度改定の際は、文書で説明を行い、同意を得るようにしている。重要事項説明や制度改定の説明の際は、内容について質問や不明点がないか聞いている。		

自己	外部	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	(6)	○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	入居者や家族に意見、要望、「思い」の聞き取りを行っている。概ね2週間に1回以上の家族への報告や面会の際に、家族から意見をいただいている。玄関に意見箱を設置、意見箱の意見も運営に反映にさせている。要望や苦情には、速やかに検討を行い、改善の結果を報告している。家族の希望により看取り介護での自宅退院（GH退所）となった方のサポート、連携を継続している。	担当制をとっており、月に2度、担当職員から家族へ受診報告や近況を伝えている。管理者からは、急な状況の変化や、その後の経過報告が行われている。面会時など、家族から様々な意見や要望が伝えられ、健康管理や日常の支援に繋げている。外部評価の家族アンケートは手渡しで依頼し、全家族から記入回答が返信されている。	
11	(7)	○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	グループホームの全体会議や各フロア会議、個人面談で、職員の意見や提案を聞く機会を設けて、運営に反映させている。職員間の情報共有を図る為、連絡ノートやPCを活用している。勤務交代の申し送りは時間を掛けて行っている。	毎月全体会議が開かれ、職員からの意見や提案による具体的な利用者支援、業務改善などが行われている。これらは、今年度の事業所目標「日々改善・日々実践」に繋がっている。	
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	代表者との面談で給与や労働時間等の相談や年2回の考課で個々の実績や勤務状況の把握に努めている。職員の希望を取り入れたシフト調整や資格取得に向けた支援、外部研修参加の希望の受け入れ等を行っている。やりがい、意欲を持って働けるように職場環境・条件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	月1回以上の内部研修会を行っている。立場や経験年数等に合わせて、外部研修に参加できる様に配慮している。新人職員に対しては、マンツーマンで指導を行っている。年間の個人目標を設定して、目標達成に向かって取り組んでいる。		
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	圏域グループホーム合同連絡会等を通じて近隣施設との情報交換を行っていた。今年度の開催はない。		

自己	外部	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
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	入居前面談や入居時面談で入居者の不安に思っていることや困っていること等を伺い、ケアプランに取り入れている。環境の変化による不安や要望を傾聴し、望む暮らしや「思い」に添った関わりを持つ事で、安心を確保するための関係づくりに努めている。		
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	入居前面談や入居時面談で、家族の要望や困っている事を伺い、ケアプランに取り入れている。面会の際に、近況の報告を行うと共に、不安や要望がないか伺い、信頼関係の構築に努めている。		
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	入居前のアセスメントを基にケアプランを立案しサービスを導入している。早期(2~3ヶ月以内)に再アセスメントを行い、本人や家族が必要とする支援が行えるように対応している。自費の訪問リハビリや認知症の医療デイ等の社会資源のを紹介し利用実績もある。		
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	職員は入居者の望む暮らし、思いや不安、喜び等を知る努力を行い、共に生活を送る者として、入居者の「思い」を共感できる関係づくりに努めている。活動やレクでは、入居者と共に楽しむことに心掛けている。入居者の身体・精神状態に合わせ、生活の中で家事等を一緒に出来るようにしている。		
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	入居者の日頃の様子や体調に関して、面会時だけでなく、概ね2週間毎の生活の様子などの状況報告、体調変化時の随時の連絡を電話、メールで行っている。報告することで、家族の思いを知り、信頼関係が築けるように努めている。面会のない家族には、概ね2週間毎で生活の様子等の状況報告を実施していた。玄関での面会を実施している		

自己	外部	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	(8)	○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	入居者の希望を伺い、結婚式の出席や配偶者のお見舞いなどの外出支援を行っている。感染予防に配慮した上で、家族だけでなく、友人や知人の方にも気軽に面会に来ていただけるよう呼びかけを行っている。	孫の結婚式では、挙式前の予行練習や親族との写真撮影・交流に参加している。自宅に帰って仏壇に参り、訪ねてきた近隣住民と談笑したり、携帯電話を所持する利用者の充電や介助しての通話支援も行われている。	
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	入居者同士の関係を職員が把握し、職員が間に入り調整役となることで、入居者同士のより良い関係が築けるよう努めている。食事の準備や片づけ等の家事作業に関しては、入居者の要望を伺い、負担やトラブルがないように対応している。		
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	利用が終了された入居者や家族に対し、入所施設に訪問や電話等で不安や悩みの相談を受けている。家族の希望により看取り介護での自宅退院(GH退所)となった方のサポート、連携を継続している。		
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	(9)	○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	入居前面談や入居時面談の際に、「思い」や希望、意向を聞き取り、把握するとともに、生活の中での「思い」や希望、意向の把握に努めている。記録(PC)を入力しており、毎月実施のモニタリングで振り返り、ケアプランに取り入れている。	事業所利用開始時に、介護計画作成担当者や管理者が、本人や家族から聞き取り、記録している。担当職員が毎月モニタリングを行い、介護計画へ繋げている。	
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	生活歴や生活習慣や馴染みの暮らし方、日課、これまでのサービス利用の経過などを入居者、家族から聞き取り、ケアプランや24時間シートに取り入れている。情報収集に努めている。		
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	一日の過ごし方(排泄、入浴、睡眠パターンや食事時間、自由時間の過ごし方、日課等)や有する力の把握に努めている。その日の心身の状態や入居者の意向や状態に合わせた対応も行っている。記録(PC)を活用して、情報の把握、共有に努めている。		

自己	外部	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	(10)	○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	入居者、家族に「思い」や要望、意見を聞き、ケアプランに取り入れている。計画作成担当者や担当職員が中心に評価、モニタリングを行っている。毎月フロア会議でプラン経過の報告、意見交換を行い現状に即したケアプランの作成に努めている。	利用者や家族の希望や生活歴・生活習慣などを大切にしながら、健康状態や楽しみを検討し、事業所での暮らしに沿った生活リズム作り、計画に沿った支援により、趣味を楽しんだり適正体重への改善が図られている。	
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	日々の様子やケアの内容・結果、ケアの実践の中での「気づき」を記録している。記録を振り返り、ケアプランに取り入れ、現状に沿ったケアプランに近づけるように随時見直しを行っている。気づきをノートに記入して、職員間の情報共有も行っている。		
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	入居者の「思い」の実現として、配偶者のお見舞いやテイクアウト等のニーズに対応した支援をしている。入居者、家族の希望で、墓参り、思い出の場所等へのドライブを計画している。訪問リハビリや医療デイケア等の介護保険外のサービス利用の調整等を行っている。通院は付き添い(送迎)等のサービスを行っている。		
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	運営推進会議参加の地域の方や地域包括支援センターに、地域の情報の提供や認知症ケアに関する意見交換、入居者の困難事例について相談等で、地域の社会資源を把握して活用できるよう努めている。令和2年2月以降は、コロナ禍で地域のお茶会やサロン、地域やサロンの方との行事、保育園児との交流、高齢者対象の地域行事等が実施できていない。成年後見制度や介護保険外のサービスの相談や活用、申請に関して地域資源との調整を行っている。		
30	(11)	○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	訪問診療の医師との連絡体制を整えている。歯科も訪問診療の協力体制を整えている。かかりつけ医は、入居者や家族が希望される医師に依頼している。受診や通院、定期受診は入居者、家族の希望日時や急な受診に対応している。受診の際は、職員が付き添い、送迎を行っている。	全利用者が、週2回協力医の訪問診療を受けている。受診後は、家族に状況報告を含めた受診報告を行っている。訪問看護との連携による日常の健康管理や状況変化時の相談対応も行われている。職員対応での整形外科・泌尿器・皮膚科などの受診支援も行われている。	

自己	外部	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
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	訪問看護ステーションとの契約に基づき、木曜日の定期訪問及び緊急時も24時間体制で看護師が来苑し、相談や助言、対応を行っている。容態を看護師に報告し、適切な医療や看護を受けられるように支援している。		
32		○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。	入院時は職員が付き添い、医療機関に情報提供を行っている。入院先と連絡を取り、入院中の変化、退院の見込み時期等の情報収集、病院関係者との関係づくりに努めている。退院前カンファレンスの参加や退院前調査(アセスメント)を行い、退院後の状況に即したケアプランの作成、サービス提供に繋がっている。		
33	(12)	○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、事業所の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	入居の際に終末期の意向の確認、当ホームで提供できるサービス等についての説明をしている。重度化した場合や終末期のあり方について、「人生会議(アドバンス・ケア・プランニング)」を行う提案や資料を渡している。随時、入居者、家族等の意向や方針を確認しながら、訪問診療医、訪問看護師との連携を図り、安心して、本人・家族が望む最期を迎えられるように努めている。看取り介護の体制を整えている。重度化・終末期ケアの対応指針を作成しており、書類にて同意を得ている。家族の希望により看取り介護となった方の自宅退院、家族のもとで最期を迎えることが出来るように、ケアマネや医療、看護との方針の共有、連携等の支援に取り組んでいる。	事業所利用開始時に、重度化や終末期の意向を聞き、確認書を交わしている。状況の変化時など、その都度話をする機会を持っている。医療・看護との連携体制も取られており、複数の看取り支援が行われている。医療的ケアなどの対応による住み替え支援も行われている。	
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	「緊急時の対応マニュアル」、「骨折、誤嚥等のマニュアル」を基に、応急手当や初期対応、緊急対応についての研修を行い、周知徹底に努めている。事故防止対策委員会を設置、毎月の対策委員会会議で「事故」「ヒヤリハット」の発生の際に初期対応、応急手当方法が適切に行われたのかや再発防止対策の検討を行い、会議録を作成して情報共有を行っている。入居者が看取り介護対応となった際は、急変時の対応や連絡先などの個々の状況に合わせて手順書を都度作成している。		

自己	外部	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	(13)	○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	消火訓練、総合避難訓練、シェイクアウト訓練、避難先までの図上訓練等を実施している。総合避難訓練は年間2回以上行っている。火災だけでなく地震、津波、水害等の災害マニュアルも作成している。停電や断水の際の介護や調理等の手順書も作成している。運営推進会議にて、地域の方へ救助協力の呼び掛けを行う等、協力体制の構築に努めている。非常用食料の備蓄あり。	様々な災害が想定される為、警戒レベルごとの実践について対策を立案している。垂直避難訓練では、車いすに乗る人を、複数名の職員で階段を使い2階フロアまで搬送し、運営推進会議で発表している。備蓄食材を活用した調理を行い、蓄電装置も準備されている。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○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	一人ひとりの尊厳、自尊心を傷つけない言葉かけ、対応に配慮している。排泄や入浴のケアについては特にプライバシー確保に留意している。入居者の「思い」を優先したケアの提供に努めている。個人情報の取り扱い、守秘義務に関しては、研修を通じて周知徹底を図っている。	個人情報の取り扱いなど、研修項目に取り入れている。排泄時の声掛け、個人の力や能力に合わせた支援、作業やリハビリ意欲を持たせる成功体験を向上心に繋げている。	
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	入居者が思いや希望、自己決定しやすい雰囲気づくりや日常の会話の中で、「思い」や希望を聞き取り、「思い」や希望を表出できるように声かけの機会を多く設けている。難聴の方には筆談やホワイトボード・文字ボード等を利用や補聴器の使用を勧める等の対応をしている。		
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	その日、その時の「思い」に沿った支援が行えるように努めている。個々のペースや希望に沿って外出や買物、ドライブ、食事時間や入浴など行えるように心がけている。		
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	毎朝、お化粧品、整容の支援を行っている。訪問理美容で、カットや毛染め、パーマ等を行っている。お化粧の行事として開催している。衣類の準備も本人に選んでもらい、職員がサポートするようにしている。		

自己	外部	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	(15)	○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	個々の特技や身体能力を活かして、食事の準備(切ったり、盛付け、味噌玉作り、おしぼり巻き、お盆拭き、食器拭き)、片づけ(食器やお盆、ランチョンマット拭き等)が毎日の日課、役割として行えるように支援している。入居者の状態合わせた食事形態や食器で提供している。体調や食材、アレルギーに合わせてメニューの調整、代替食の提供等を行っている。季節や行事に合わせた料理を提供している。	介護度4・5の利用者が多く在籍するが、自分で食べられるよう軽い食器の利用や丼物は複数に分けて盛り付けるなどの工夫が行われている。おやつは持ち込みとなっており、利用者同士でのやり取りや分け合いなども行われているが、職員が間に入り、利用者の状況に沿って仲介する事でコミュニケーションをとりながらおやつタイムを楽しんでいる。	
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	嚥下状態、心身の状況に合わせた食事形態の調整やトミを付けての提供を行っている。個人の希望により、牛乳、ヨーグルト等の宅配(購入)の調整も行っている。訪問診療医や訪問看護師に栄養面やアレルギー、食事制限等を相談している。随時摂取状態を見ながら、嗜好について伺い、代替食等の提供を行っている。食事、間食、水分等の摂取量を記録、摂取量の減少や体重減少がみられる方には、栄養補助食品や医師に相談し栄養剤等の処方を検討している。法人所属の管理栄養士からも助言をもらっている。		
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	毎食後に口腔ケア(義歯洗浄介助、歯磨き介助、口腔内清拭介助)を行っている。本人の心身の状況、身体機能に応じた口腔ケア(見守り、一部介助、全介助)を行っている。自分で口腔ケア行える方も、口腔内の確認(汚れや傷、ただれ等)を行うようにしている。歯科医師の訪問診療を受入れる体制を整えている。		

自己	外部	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	(16)	○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	排泄状況を記録、排泄パターンの把握に努めている。排泄の訴えが無い方、曖昧な方、排泄パターンの把握が難しい方には、2~3時間毎にトイレ、ポータブルトイレ誘導を行っている。トイレは、男性用トイレ、一部介助用トイレ、車椅子全介助用トイレを完備している。個々の状態に合わせたトイレで、自立を促す支援に努めている。トイレでの排泄、排泄の自立に向けたケア(支援)をしており、オムツ(リハビリパンツや尿取りパッド類等)は、入居者の身体機能や尿量、皮膚の状態に合わせた物の提供で排泄の失敗、オムツの使用を減らすケアを行っている。	トイレでの排泄に努めている。排泄パターンを基に誘導でのトイレ排泄が行われ、便座で安定した体勢で排泄出来るよう、既存のバーの取り外しも行われている。夜間のみポータブルトイレを使用する利用者もいる。	
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	便秘予防として十分な水分補給と個々の状態、希望に合わせてヨーグルトやオリゴ糖等の提供を行い、排便を促している。ホットパックで腹部を温めたり、体操や散歩等の運動を通して、便秘予防に取り組んでいる。医療機関と連携を図り、緩下剤の調整を行っている。		
45	(17)	○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回以上の入浴を行っている。希望や体調、皮膚状態により回数を調整している。入浴日は設定しているが、希望する曜日、時間帯に入浴が出来るように調整している。浴室内でBGMを流したり、入浴剤の使用等を行っている。	安全に入浴できるよう冬場の浴室ヒーターや機械浴での体勢安定の工夫が行われている。地域の人からのカボスや柚子の差し入れを湯船に浮かべたり、アヒルの置物を置いたり、入浴を楽しむ支援も行われている。	
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	入居者の生活リズムや体力、気分、状態に合わせて、日中に休息の時間を設けている。起床や就寝時間は生活リズムを崩さないように留意し、入居者の希望に沿った対応を行っている。夜間、寝付けない方には温かい飲み物(ほうじ茶等)を提供や照明を暗めに調整、リラックス効果のある音楽をかける等の安眠が出来る環境を整えている。睡眠導入剤等の服用の方には、日中の活動の妨げになっていないか、睡眠、覚醒状態の観察を行い、医療機関と連携を図るようにしている。		

自己	外部	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
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	薬の処方や処方変更、効用、副作用等の把握に努めている。症状の観察、状態の報告を行い、医師や看護師、薬剤師と連携を図っている。誤薬を防ぐために、服用直前に職員2名で声を出して薬(名前、日付、○食後)の確認を行っている。服薬管理マニュアルを作成、職員に周知徹底している。		
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	季節イベント等の企画やお化粧や読み聞かせ、懐かしの歌等を行い、入居者の日々を楽しく過ごせるように支援している。生活の中では、洗濯や調理、食事の準備、片づけ、植物の水やり、清掃等を職員と一緒に、役割を担っていただけるように支援している。手芸、貼り絵、カレンダー作り等、アクティビティの支援を行っている。気分転換として、映画鑑賞やタクティールケア、足浴等を行っている。		
49	(18)	○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	個人の要望を伺い、感染予防を行い車から降りない花見や初詣等のドライブを計画している。思い出の場所へのドライブや帰省、お墓参り、地域のお茶会の参加等の外出支援を行っている。	車中からの花見や初詣が実践されている。感染対策を取りながらの、親族行事の参加や帰宅などの外出支援、機能訓練を兼ねた敷地内駐車場の散歩が行われている。	
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	金銭トラブルを防ぐために、原則、お金を所持していないが、お金の所持で安心いただけるようであれば、少額のお金を所持して、買物の際に自分で支払いをしている。所持していない方は、ホームが一時的に立替払いをすることで、買物の際に自分で支払いができるように支援をしている。		
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	本人所有の携帯電話や施設の電話から、いつでも家族などに電話できるように支援している。暑中見舞いや年賀状を書いて家族に送る支援も行った。毎月、家族や親族、友人と手紙のやり取りを行っている方もいる。		

自己	外部	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
52	(19)	○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	木目調の家具を配置し、ぬくもりのある温かい雰囲気づくりに努めている。建物はログハウス調の造りで、写真や絵、季節や行事にちなんだ飾り付け、季節や時間帯に合わせたBGM掛けたりと、生活感のある居心地の良い空間作り心掛けている。居室やトイレが分かりやすいように表示の工夫を行っている。車椅子の方も座れるようにソファを設置、くつろぎのスペース作りを行っている。	共有空間の食卓で、作業療法を兼ねた三つ編み作業をしたり、職員の見守りを受けながら、ソファや椅子でうたた寝をする利用者が穏やかに時間を過ごしている。1階から2階まで階段で上がり、エレベーターを利用して降りるなど、リハビリを兼ねた移動も行われている。	
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	共用部分で一人になれるスペースは確保していないが、一人になりたい場合には、リビングのテーブルの端や一人がけのソファに誘導している。気の合った入居者同士で過ごせるように、人数などに合わせて、テーブルやソファの配置を変える対応を行っている。		
54	(20)	○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	居室を在宅生活の状況にできる限り近づけ、本人が居心地良く過ごせるように、自宅で使用していた寝具や家具、思い出の物、写真、仏壇等の持ち込みを依頼している。	家族の協力を得て作成された、利用者を中心とした顔写真入りの家系図が飾られている。直接マットを敷いた床上ベッドを利用したり、ポータブルトイレに掛物をするなどの配慮も行われている。	
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	ベッドサイドに手すり(起立バー)を設置している。トイレに関しては「男性用」、「自力、一部介助用」、「車椅子全介助用」の3種類のトイレを完備しており、入居者の状態に合わせて、自立して離床や排泄が行えるように配慮している。安全かつできるだけ自立した生活を送れるよう居室やトイレが分かりやすいように表示の工夫したり、ソファや食事の座席を調整、個々の動線の確保などの対応を行っている。		

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	4490100528		
法人名	社会福祉法人 長久会		
事業所名	グループホーム リバーサイド長久苑 2階		
所在地	大分県大分市南津留91番地1		
自己評価作成日	令和6年10月1日	評価結果市町村受理日	令和7年2月3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	福祉サービス評価センターおおいた		
所在地	大分県大分市大津町2丁目1番41号		
訪問調査日	令和6年12月13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"> ・岩田学園のくすの木の木漏れ日や並木をそよ風を感じられる場所。大分川のほとりの閑静な住宅街にあり、市内中心部へのアクセスもとても便利である ・建物はログハウス調のつくりで、温かい雰囲気の中で生活を送っていただける。 ・一人ひとりの個性を理解し、見る、聞く、味わう、触れる等、五感をフル活用し、残存能力を支え楽しく生きがいのある時間を過ごしていただけるような支援に努めている。 ・地域の方との交流があり、地域貢献や社会参加に繋げている。
--

【外部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)】

【グループホーム リバーサイド長久苑 1階】に記載

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 ↓該当する項目に○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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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 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広がったり深まり、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		

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	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	理念を玄関や各フロアに掲示することで周知徹底している。毎月の会議や新入職員のオリエンテーションの際に、理念に基づいた介護の実践について説明をしている。(誠実)な介護が行えるように、持てる力を発揮(奉仕)して、敬意・尊厳(感謝)の気持ちをもって取り組む。		
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	令和2年2月～令和5年5月までコロナ禍で地域との交流、まつりは中止されていた。廃品回収や防災訓練等の参加で交流を続けている。地域の方のボランティアで行っていた「お化粧」や「読み聞かせ」、「懐かしの歌クラブ」については、施設の職員で継続している。新型コロナが第5類に変更後も感染対策を講じた上で受け入れを行っている。自治会に加入している。		
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	令和2年2月～令和5年5月までコロナ禍で地域行事や認知症予防教室は開催中止された。今も制限が続いており、圏域のネットワーク会議等はリモートで参加している。感染予防対策のため、運営推進会議については、南津留公民館での開催としている。認知症ケアの情報や防災、感染予防等の情報を地域に還元できるよう努めている。その他、地域の方からの相談や見学も受け入れられている。		
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	認知症ケアの情報を地域に還元できるように、家族、地域の自治委員や老人会長、民生委員、地域サロンの代表の方に文書を配布。地域でのグループホームのあり方や役割等について情報共有や意見交換を行い、サービスの向上に活かしている。サービス内容や運営状況、入退居状況、入退院状況、事故・ヒヤリハット報告の状況、身体拘束ゼロ推進委員、虐待防止委員、感染症対策委員の活動状況を報告している。地域行事の情報を得て、地域行事に参加している。2ヶ月毎にテーマを決めて行っている。		

自己	外部	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	大分市長寿福祉課の担当者に新入居や運営、サービスに関する連絡や相談を行っている。運営推進会議では、ホームの取組みの報告、地域との連携や認知症ケアに対するアドバイスを受けている。		
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「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	「身体拘束等行動制限についてのマニュアル」を基に職場内研修会で理解を深め、周知徹底をしている。緊急やむを得ない場合の身体拘束を含め、令和6年度は身体拘束は行われていない。各フロアの出入口に電気錠で施錠しているが、入居者や家族が自由に解錠して出入りできる体制である。外出を希望される入居者は、職員が付添い、ドライブや散歩等に出かけることで気分転換を図っている。		
7		○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	高齢者虐待防止法について、職場内研修で学ぶ機会を設けている。虐待に繋がる不適切なケアが行われないよう、会議等を通じて声かけ内容や対応方法を検討したり、日頃の業務の中でも職員同士で声をかけあい注意をしている。「虐待の芽チェックリスト」での調査も実施している。		
8		○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	ホームに資料等を準備、説明を行うようにしている。職場内研修で成年後見人制度についての説明を行うなど、権利擁護の学習の場を設けている。地域包括支援センターや弁護士と連携し、いつでも相談ができ、制度が活用できる体制を整えている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約または改定等の際は、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	入居前の重要事項説明の際に「その他利用料金について」、「事故のリスクについて」、「個人情報取り扱いについて」、「重度化や終末期ケアについての指針」、「医療連携体制等について」を具体例をあげるなどして詳しく説明している。制度改定の際は、文書で説明を行い、同意を得るようにしている。重要事項説明や制度改定の説明の際は、内容について質問や不明点がないか聞いている。		

自己	外部	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	(6)	○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	入居者や家族に意見、要望、「思い」の聞き取りを行っている。概ね2週間に1回以上の家族への報告や面会の際に、家族から意見をいただいている。玄関に意見箱を設置、意見箱の意見も運営に反映にさせている。要望や苦情には、速やかに検討を行い、改善の結果を報告している。家族の希望により看取り介護での自宅退院(GH退所)となった方のサポート、連携を継続している。		
11	(7)	○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	グループホームの全体会議や各フロア会議、個人面談で、職員の意見や提案を聞く機会を設けて、運営に反映させている。職員間の情報共有を図る為、連絡ノートやPCを活用している。勤務交代の申し送りは時間を掛けて行っている。		
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	代表者との面談で給与や労働時間等の相談や年2回の考課で個々の実績や勤務状況の把握に努めている。職員の希望を取り入れたシフト調整や資格取得に向けた支援、外部研修参加の希望の受け入れ等を行っている。やりがい、意欲を持って働けるように職場環境・条件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	月1回以上の内部研修会を行っている。立場や経験年数等に合わせて、外部研修に参加できる様に配慮している。新人職員に対しては、マンツーマンで指導を行っている。年間の個人目標を設定して、目標達成に向かって取り組んでいる。		
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	圏域グループホーム合同連絡会等を通じて近隣施設との情報交換を行っていた。今年度の開催はない。		

自己	外部	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
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	入居前面談や入居時面談で入居者の不安に思っていることや困っていること等を伺い、ケアプランに取り入れている。環境の変化による不安や要望を傾聴し、望む暮らしや「思い」に添った関わりを持つ事で、安心を確保するための関係づくりに努めている。		
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	入居前面談や入居時面談で、家族の要望や困っている事を伺い、ケアプランに取り入れている。面会の際に、近況の報告を行うと共に、不安や要望がないか伺い、信頼関係の構築に努めている。		
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	入居前のアセスメントを基にケアプランを立案しサービスを導入している。早期(2~3ヶ月以内)に再アセスメントを行い、本人や家族が必要とする支援が行えるように対応している。自費の訪問リハビリや認知症の医療デイ等の社会資源のを紹介し利用実績もある。		
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	職員は入居者の望む暮らし、思いや不安、喜び等を知る努力を行い、共に生活を送る者として、入居者の「思い」を共感できる関係づくりに努めている。活動やレクでは、入居者と共に楽しむことに心掛けている。入居者の身体・精神状態に合わせ、生活の中で家事等を一緒に行えるようにしている。		
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	入居者の日頃の様子や体調に関して、面会時だけでなく、概ね2週間毎の生活の様子などの状況報告、体調変化時の随時の連絡を電話、メールで行っている。報告することで、家族の思いを知り、信頼関係が築けるように努めている。面会のない家族には、概ね2週間毎で生活の様子等の状況報告を実施していた。玄関での面会を実施している		

自己	外部	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	(8)	○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	入居者の希望を伺い、結婚式の出席や配偶者のお見舞いなどの外出支援を行っている。感染予防に配慮した上で、家族だけでなく、友人や知人の方にも気軽に面会に来ていただけるよう呼びかけを行っている。		
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	入居者同士の関係を職員が把握し、職員が間に入り調整役となることで、入居者同士のより良い関係が築けるよう努めている。食事の準備や片づけ等の家事作業に関しては、入居者の要望を伺い、負担やトラブルがないように対応している。		
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	利用が終了された入居者や家族に対し、入所施設に訪問や電話等で不安や悩みの相談を受けている。家族の希望により看取り介護での自宅退院(GH退所)となった方のサポート、連携を継続している。		
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	(9)	○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	入居前面談や入居時面談の際に、「思い」や希望、意向を聞き取り、把握するとともに、生活の中での「思い」や希望、意向の把握に努めている。記録(PC)を入力しており、毎月実施のモニタリングで振り返り、ケアプランに取り入れている。		
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	生活歴や生活習慣や馴染みの暮らし方、日課、これまでのサービス利用の経過などを入居者、家族から聞き取り、ケアプランや24時間シートに取り入れている。情報収集に努めている。		
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	一日の過ごし方(排泄、入浴、睡眠パターンや食事時間、自由時間の過ごし方、日課等)や有する力の把握に努めている。その日の心身の状態や入居者の意向や状態に合わせた対応も行っている。記録(PC)を活用して、情報の把握、共有に努めている。		

自己	外部	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	(10)	○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	入居者、家族に「思い」や要望、意見を聞き、ケアプランに取り入れている。計画作成担当者や担当職員が中心に評価、モニタリングを行っている。毎月フロア会議でプラン経過の報告、意見交換を行い現状に即したケアプランの作成に努めている。		
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	日々の様子やケアの内容・結果、ケアの実践の中での「気づき」を記録している。記録を振り返り、ケアプランに取り入れ、現状に沿ったケアプランに近づけるように随時見直しを行っている。気づきをノートに記入して、職員間の情報共有もやっている。		
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	入居者の「思い」の実現として、配偶者のお見舞いやテイクアウト等のニーズに対応した支援をしている。入居者、家族の希望で、墓参り、思い出の場所等へのドライブを計画している。訪問リハビリや医療デイケア等の介護保険外のサービス利用の調整等を行っている。通院は付き添い(送迎)等のサービスを行っている。		
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	運営推進会議参加の地域の方や地域包括支援センターに、地域の情報の提供や認知症ケアに関する意見交換、入居者の困難事例について相談等で、地域の社会資源を把握して活用できるよう努めている。令和2年2月以降は、コロナ禍で地域のお茶会やサロン、地域やサロンの方との行事、保育園児との交流、高齢者対象の地域行事等が実施できていない。成年後見制度や介護保険外のサービスの相談や活用、申請に関して地域資源との調整を行っている。		
30	(11)	○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	訪問診療の医師との連絡体制を整えている。歯科も訪問診療の協力体制を整えている。かかりつけ医は、入居者や家族が希望される医師に依頼している。受診や通院、定期受診は入居者、家族の希望日時や急な受診に対応している。受診の際は、職員が付き添い、送迎を行っている。		

自己	外部	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
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	訪問看護ステーションとの契約に基づき、木曜日の定期訪問及び緊急時も24時間体制で看護師が来苑し、相談や助言、対応を行っている。容態を看護師に報告し、適切な医療や看護を受けられるように支援している。		
32		○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。	入院時は職員が付き添い、医療機関に情報提供を行っている。入院先と連絡を取り、入院中の変化、退院の見込み時期等の情報収集、病院関係者との関係づくりに努めている。退院前カンファレンスの参加や退院前調査(アセスメント)を行い、退院後の状況に即したケアプランの作成、サービス提供に繋げている。		
33	(12)	○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	入居の際に終末期の意向の確認、当ホームで提供できるサービス等についての説明をしている。重度化した場合や終末期のあり方について、「人生会議(アドバンス・ケア・プランニング)」を行う提案や資料を渡している。随時、入居者、家族等の意向や方針を確認しながら、訪問診療医、訪問看護師との連携を図り、安心して、本人・家族が望む最期を迎えられるように努めている。看取り介護の体制を整えている。重度化・終末期ケアの対応指針を作成しており、書類にて同意を得ている。家族の希望により看取り介護となった方の自宅退院、家族のもとで最期を迎えることが出来るように、ケアマネや医療、看護との方針の共有、連携等の支援に取り組んでいる。		
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	「緊急時の対応マニュアル」、「骨折、誤嚥等のマニュアル」を基に、応急手当や初期対応、緊急対応についての研修を行い、周知徹底に努めている。事故防止対策委員会を設置、毎月の対策委員会会議で「事故」「ヒヤリハット」の発生の際に初期対応、応急手当方法が適切に行われたのかや再発防止対策の検討を行い、会議録を作成して情報共有を行っている。入居者が看取り介護対応となった際は、急変時の対応や連絡先などの個々の状況に合わせて手順書を都度作成している。		

自己	外部	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	(13)	○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	消火訓練、総合避難訓練、シェイクアウト訓練、避難先までの図上訓練等を実施している。総合避難訓練は年間2回以上行っている。火災だけでなく地震、津波、水害等の災害マニュアルも作成している。停電や断水の際の介護や調理等の手順書も作成している。運営推進会議にて、地域の方へ救助協力の呼び掛けを行う等、協力体制の構築に努めている。非常用食料の備蓄あり。		
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○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	一人ひとりの尊厳、自尊心を傷つけない言葉かけ、対応に配慮している。排泄や入浴のケアについては特にプライバシー確保に留意している。入居者の「思い」を優先したケアの提供に努めている。個人情報の取り扱い、守秘義務に関しては、研修を通じて周知徹底を図っている。		
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	入居者が思いや希望、自己決定しやすい雰囲気づくりや日常の会話の中で、「思い」や希望を聞き取り、「思い」や希望を表出できるように声かけの機会を多く設けている。難聴の方には筆談やホワイトボード・文字ボード等を利用や補聴器の使用を勧める等の対応をしている。		
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	その日、その時の「思い」に沿った支援が行えるように努めている。個々のペースや希望に沿って外出や買物、ドライブ、食事時間や入浴など行えるように心がけている。		
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	毎朝、お化粧品、整容の支援を行っている。訪問理美容で、カットや毛染め、パーマ等を行っている。お化粧の行事として開催している。衣類の準備も本人に選んでもらい、職員がサポートするようにしている。		

自己	外部	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	(15)	○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	個々の特技や身体能力を活かして、食事の準備(切ったり、盛付け、味噌玉作り、おしぼり巻き、お盆拭き、食器拭き)、片づけ(食器やお盆、ランチョンマット拭き等)が毎日の日課、役割として行えるように支援している。入居者の状態合わせた食事形態や食器で提供している。体調や食材、アレルギーに合わせてメニューの調整、代替食の提供等を行っている。季節や行事に合わせた料理を提供している。		
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	嚥下状態、心身の状況に合わせた食事形態の調整やトビを付けての提供を行っている。個人の希望により、牛乳、ヨーグルト等の宅配(購入)の調整も行っている。訪問診療医や訪問看護師に栄養面やアレルギー、食事制限等を相談している。随時摂取状態を見ながら、嗜好について伺い、代替食等の提供を行っている。食事、間食、水分等の摂取量を記録、摂取量の減少や体重減少がみられる方には、栄養補助食品や医師に相談し栄養剤等の処方を検討している。法人所属の管理栄養士からも助言をもらっている。		
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	毎食後に口腔ケア(義歯洗浄介助、歯磨き介助、口腔内清拭介助)を行っている。本人の心身の状況、身体機能に応じた口腔ケア(見守り、一部介助、全介助)を行っている。自分で口腔ケア行える方も、口腔内の確認(汚れや傷、ただれ等)を行うようにしている。歯科医師の訪問診療を受入れる体制を整えている。		

自己	外部	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	(16)	○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	排泄状況を記録、排泄パターンの把握に努めている。排泄の訴えが無い方、曖昧な方、排泄パターンの把握が難しい方には、2～3時間毎にトイレ、ポータブルトイレ誘導を行っている。トイレは、男性用トイレ、一部介助用トイレ、車椅子全介助用トイレを完備している。個々の状態に合わせたトイレで、自立を促す支援に努めている。トイレでの排泄、排泄の自立に向けたケア(支援)をしており、オムツ(リハビリパンツや尿取りパッド類等)は、入居者の身体機能や尿量、皮膚の状態に合わせた物の提供で排泄の失敗、オムツの使用を減らすケアを行っている。		
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	便秘予防として十分な水分補給と個々の状態、希望に合わせてヨーグルトやオリゴ糖等の提供を行い、排便を促している。ホットパックで腹部を温めたり、体操や散歩等の運動を通して、便秘予防に取り組んでいる。医療機関と連携を図り、緩下剤の調整を行っている。		
45	(17)	○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	週2回以上の入浴を行っている。希望や体調、皮膚状態により回数を調整している。入浴日は設定しているが、希望する曜日、時間帯に入浴が出来るように調整している。浴室内でBGMを流したり、入浴剤の使用等を行っている。		
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	入居者の生活リズムや体力、気分、状態に合わせ、日中に休息の時間を設けている。起床や就寝時間は生活リズムを崩さないように留意し、入居者の希望に沿った対応を行っている。夜間、寝付けない方には温かい飲み物(ほうじ茶等)を提供や照明を暗めに調整、リラックス効果のある音楽をかける等の安眠が出来る環境を整えている。睡眠導入剤等の服用の方には、日中の活動の妨げになっていないか、睡眠、覚醒状態の観察を行い、医療機関と連携を図るようにしている。		

自己	外部	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
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	薬の処方や処方変更、効用、副作用等の把握に努めている。症状の観察、状態の報告を行い、医師や看護師、薬剤師と連携を図っている。誤薬を防ぐために、服用直前に職員2名で声を出して薬(名前、日付、○食後)の確認を行っている。服薬管理マニュアルを作成、職員に周知徹底している。		
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	季節イベント等の企画やお化粧や読み聞かせ、懐かしの歌等を行い、入居者の日々を楽しく過ごせるように支援している。生活の中では、洗濯や調理、食事の準備、片づけ、植物の水やり、清掃等を職員と一緒にし、役割を担っていただけるように支援している。手芸、貼り絵、カレンダー作り等、アクティビティの支援を行っている。気分転換として、映画鑑賞やタクティールケア、足浴等を行っている。		
49	(18)	○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	個人の要望を伺い、感染予防を行い車から降りない花見や初詣等のドライブを計画している。思い出の場所へのドライブや帰省、お墓参り、地域のお茶会の参加等の外出支援を行っている。		
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	金銭トラブルを防ぐために、原則、お金を所持していないが、お金の所持で安心いただけるようであれば、少額のお金を所持して、買物の際に自分で支払いをしている。所持していない方は、ホームが一時的に立替払いをすることで、買物の際に自分で支払いができるように支援をしている。		
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	本人所有の携帯電話や施設の電話から、いつでも家族などに電話できるように支援している。暑中見舞いや年賀状を書いて家族に送る支援も行った。毎月、家族や親族、友人と手紙のやり取りを行っている方もいる。		

自己	外部	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
52	(19)	○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	木目調の家具を配置し、ぬくもりのある温かい雰囲気づくりに努めている。建物はログハウス調の造りで、写真や絵、季節や行事にちなんだ飾り付け、季節や時間帯に合わせたBGM掛けたりと、生活感のある居心地の良い空間作りに心掛けている。居室やトイレが分かりやすいように表示の工夫を行っている。車椅子の方も座れるようにソファを設置、くつろぎのスペース作りを行っている。		
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	共用部分で一人になれるスペースは確保していないが、一人になりたい場合には、リビングのテーブルの端や一人がけのソファに誘導している。気の合った入居者同士で過ごせるように、人数などに合わせて、テーブルやソファの配置を変える対応を行っている。		
54	(20)	○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	居室を在宅生活の状況にできる限り近づけ、本人が居心地良く過ごせるように、自宅で使用していた寝具や家具、思い出の物、写真、仏壇等の持ち込みを依頼している。		
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	ベッドサイドに手すり(起立バー)を設置している。トイレに関しては「男性用」、「自力、一部介助用」、「車椅子全介助用」の3種類のトイレを完備しており、入居者の状態に合わせて、自立して離床や排泄が行えるように配慮している。安全かつできるだけ自立した生活を送れるよう居室やトイレが分かりやすいように表示の工夫したり、ソファや食事の座席を調整、個々の動線の確保などの対応を行っている。		