

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	2894000468		
法人名	社会福祉法人 太鷲会		
事業所名	グルーホーム うさぎ		
所在地	姫路市東山577		
自己評価作成日	令和4年12月24日	評価結果市町村受理日	令和5年3月30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	https://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&JgvosyoCd=2894000468-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 はりま総合福祉評価センター		
所在地	姫路市安田三丁目1番地 姫路市総合福祉会館内		
訪問調査日	令和5年2月3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)】

入居者の今、その時の思いを大切に、すぐに行動できる柔軟性がある。介護・医療との連携がしっかりしていて、体調に変化があれば迅速な対応ができる。法人全体・グループホーム単体での行事が多い。重度化にも対応できて、看取りの実績も多くある。

【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)】

令和26年4月1日に開設された事業所である。鉄筋コンクリート造りの地上4階建ての4階に2ユニット(18室)が設置されている。同じ建物内に地域密着型特別養護老人ホーム、ショートステイとデイサービスが併設されており、「今を大切に」「人を大切に」「絆を大切に」を基本理念として明るく生き生きとした笑顔いっぱいの地域社会を目指した運営が行われている。建物内外の環境整備が保たれ利用者本位の生活感のある家庭的な環境整備づくりが見られる。医療連携体制が構築・実施されている。入居契約時に「重度化に関する指針」、「看取りに関する指針」や「緊急時の延命処置の希望」について説明が行われて、利用者家族との方針の共有と支援が図られている。職員の表情が明るく、コミュニケーションの良さがうかがえる。今後は、地域密着型サービス事業所としての役割が更に発揮され、地域との関係性の発展に期待が持てる。

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 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ます (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、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

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

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	「今を大切に」「人を大切に」「絆を大切に」明るく生き生きとした笑顔いっぱい地域社会を目指します。という法人理念に基づき、職員一同で理念を共有している。法人理念をもとに各ユニットで目標を掲げて、個人的、全体的に評価を行っている。新しく入職してくる職員に対して、オリエンテーション時に法人理念の大切さを伝えている。	法人理念である「今を大切に」「人を大切に」「絆を大切に」明るく生き生きとした笑顔いっぱい地域社会を目指します。を職員一同で大切にされている。法人理念をもとに各ユニットで半年に1回、目標を掲げて、個人的、全体的に評価を行い実践に繋げている。新しく入職される職員に対しては、オリエンテーションで法人理念について指導されている。	
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	近隣の小学校・中学校・高校など、定期的に、ボランティアが来てくれている。事業所全体の祭りやクリスマス会などへ参加して頂いている。近所のスーパーや喫茶店の店員さんと馴染みの関係が続き、気軽に話ができる環境にある。	新型コロナウイルス感染症の影響で、以前にいられていたボランティアさんの受け入れは自粛されている。今年度は秋祭りが行われ、利用者は喜ばれていた。自治会に加入されているが、自治会活動などには参加はできていない。中学校のトライやるウィークなどの受け入れは行われている。	参加が可能な地域行事や、事業所としてできる活動などを話し合い、コロナ禍でも地域密着型サービス事業所として地域で必要とされる活動や役割を担う取り組みに期待したい。
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	週に一回、施設の一部を開放して、近隣の方々が百歳生き生き体操を行っている。そこに入居様も一緒に参加する事で交流を図っている。		
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践、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	地域包括支援センター職員、他施設職員・地域住民代表・家族様を構成メンバーとして2ヶ月に1回、運営推進会議を開催している。そこでは、事業所の現状や取り組みなど報告して、意見を伺っている。定期的に実際の現場を見て頂くこともある。また、入居様が実際に召し上がっている食事を試食して頂くこともあり、色々な側面から意見を伺っている。	運営推進会議は今年度、5回、入居者家族代表、地域住民、民生児童委員、地域包括支援センターや他施設の役員、事業所職員などが参加メンバーとなり開催されている。そのうち4回はコロナ禍の影響を受けて書面会議で、残る1回は集合での会議開催となっており、2月にも集合での会議開催の予定である。書面会議においては参加される予定の方に送付し、意見をいただいている。家族全員に議事録などを送付し意見を述べやすい環境が望まれる。	
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取り組んでいる	地域包括支援センターの方々とは、運営推進会議で連携を図っている。それ以外にも、地域包括支援センターが主催する研修などに参加して連携を図っている。市の担当者とは、電話で相談や問い合わせを行う事もある。直接役場へ伺うこともある。グループホーム連絡会では、他事業所と定期的に情報交換を行っている。	地域包括支援センターの職員とは運営推進会議の連絡などで連携を図っている。市の担当者とは、電話で相談や問い合わせを行ったり、必要に応じて担当者の窓口までうかがうことがある。グループホーム連絡会に加入しており、他事業所と研修を行ったり情報交換を行っている。また、年度初めの会議では市の担当者より福祉関係の情報(集団指導)を得る機会としている。	

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
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「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	2ユニット間の玄関は鍵が閉まるようになっているが、基本的には開放状態にして自由に行き来できるようにしている。感染症などでやむを得ない場合に限る玄関を占めるようにしている。毎月の身体拘束委員会で現状を報告している。また、スタッフ会議で定期的に、支援に対して身体拘束に該当しないか話し合っている。	身体拘束をしない指針を掲示し、身体拘束廃止委員会は毎月開催し、事例を話し合わせ、確認が行われている。研修も権利擁護を絡めて2回行われている。スピーチロックなどの指導が行われている。ユニット間の玄関は、施錠をしないで取り組まれている。利用者が外へ出たい時には職員がついて出かけられているとかがえた。職員全体で身体拘束をしない取り組みに努められている。	
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	法人全体の権利擁護の研修を通して、高齢者虐待にも触れ、職員一同で共有している。高齢者虐待がないか、サービス向上委員会にて確認を行っている。スタッフ会議にて不適切な口調の声掛けにならないように、日頃から職員同士で意識し虐待防止に努めている。	法人全体の権利擁護(虐待防止)の研修が年に1回行われている。職員の個別面談は年に2回行われ、必要時にはリーダーや管理者で話を聞く体制がある。職員のストレスがサービスに繋がらないように気を配られている。年に1回、健康診断時に職員のストレスチェックが行われている。「虐待の芽チェックリスト」を用いて、不適切なケアのチェックが行われていたが、今年度は取り組まれている。	
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	管理者は権利擁護に関する制度について、外部研修などで学び、入居様が必要となった場合に活用できるよう心掛けている。入居者様・家族様の情報提供のため、日常生活支援事業や成年後見人制度のパンフレットを設置している。法人全体での権利擁護の研修もおこなっており、職員同士で権利擁護について共有している。	管理者が権利擁護に関する制度の外部研修を受けられ、ミーティングなどで職員に伝えられている。成年後見制度を利用されている利用者が1名居られる。日常生活支援事業や成年後見制度のパンフレットの設置もされている。	
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・解約は管理者が事業所内もしくはご自宅で行っている。契約前に入居様・家族様に事業所を見学して頂き、事業所で、できる事、できない事をきちんと説明した上で、重要事項説明書を用いて契約している。また、重度化に対する指針・看取りに対する指針・救急搬送時の意思確認なども同意書を頂いている。	利用者・家族に事業所を見学していただき、サービス内容や料金について説明した上で、契約されている。契約時には重要事項説明書を用いて管理者が説明を行っている。また、重度化に対する指針・看取りに対する指針・救急搬送時の意思確認なども合わせて説明し同意書を頂いている。	
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	家族会・夏祭り・クリスマス会など行事ごとに、家族様の訪問が多くある。その月に、普段のお話できない要望などを聞き、運営に反映させている。また家族様の普段の訪問の時にも、話がしやすい環境作りをしている。	毎月、家族に送るお便りに意見を書いていただく欄を設けている。以前は満足度調査をされていたが、今はされていない。新型コロナウイルス感染症の発生前には家族会が行われていたが、今は開催はされていない。運営に関する意見を表せる機会を多く設ける取り組みが望まれる。	

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
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	各ユニットでスタッフ会議を月1回開催して、管理者は職員一人ひとり意見を聞き反映させている。また、管理者は定期的にチェックリストをもとに個人面談を行い、日頃の悩みなどを聞くように努めている。	ユニットごとでスタッフ会議が毎月行われ、リーダー会議なども行われている。日々のサービス内容や職員の連携について意見がよくあり、ユニット間の異動などについても、職員間の連携が取れることによりスムーズになっているとかがえた。	
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	職員の家庭の事情も考慮して、一人ひとりが働きやすい労働環境に設定している。 給与水準は年1回の見直しも行っている。また、代表者は定期的に個人面談を行い、日頃の就業環境の悩みなどを聞くよう努めている。		
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	法人内で、認知症研修・権利擁護研修、感染予防研修等を行い・職員で共有している。 法人外研修にも積極的に参加できるような環境作りを行っている。		
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	グループホーム連絡会の研修があり、そこへ職員が参加する事で、同業者と交流できるようにしている。また、管理者は同業者の事業所へ伺うことで情報交換をおこなっている。		
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	サービスを導入する前に本人様と事前に面接する事で、現在困っている事・不安に思っている事・生活歴などを聴き安心を感じて頂けるような環境作りをしている。		
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	入居申し込みや相談があった段階から、現在、困っている事・不安に思っている事などを聴き、事業所内の見学をして頂く事で安心を感じて頂いている。契約時には再度、困っている事・不安に思っている事などを聴き、信頼関係ができるように努めている。		

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
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	グループホームへ相談があった段階で、現在その方がおかれている状況を把握して、必要としている支援を見極めると共に他のサービスも選択肢の一つである事をお伝えしている。		
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	掃除・炊事・洗濯など日常生活の役割を入居様・職員が一緒になって行っている。 できる部分をご自分で頂き、できにくい部分に関しては、お手伝いするよう職員一同で心掛けています。また、個々の生活歴から、その方の趣味などに取り組めるように努めています。		
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	入居者様・家族様が共に歩んでいけるように支援している。家族様には可能な限り協力をお願いしている。そのようにすることで、お互いが笑顔でいれるように努めている。家族の訪問時には、状態報告を行い関係性を図っている。また毎月、写真付きの手紙で状態報告を行い、家族様に安心を感じて頂いている。		
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	昔からの友人や知人が事業所内に訪ねて来られる事がある。また、入居様の希望があれば、事業所から本人様と一緒に昔からの友人を訪ねる事がある。 生き慣れたスーパーへの買い物支援・月2回は近隣の仕出し弁当やから弁当を購入・遠方への墓参りへの支援なども行っている。	コロナ禍の影響を受けて面会制限が実施されている。家族に確認を取りながら、知人の訪問も窓越しでの受け入れが行われている。電話で馴染みの人との関係が切れないような支援は行われている。お見舞いに行きたいという事例があり、感染防止や検査を行うなど安全対策をしながら、家族の協力を得て行ったとうかがった。馴染みの人との関係継続の支援に努められている。	
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	皆でフロアで過ごされる時は、その方々の性格や関係性を見極めて、席の配慮を行っている。また、孤立しないように職員が常に間に入り話題を提供している。月に1度は2ユニット合同で昼食会を行うことで、入居様同士が色々な関わりができるようにしている。		
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	事業所を退居後も、家族様との関わりが時々ある。事業所を訪問して下さったり、近隣で出会った時には話をしている。事業所を退居後も、相談を受け入れる体制はできている。		

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
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	入居する前に入居様一人ひとり生活歴・希望・意向などアセスメントを作成している。入居者様個々に居室担当職員がおり、その職員が中心になって入居様一人ひとりの思いを汲み取っている。その時々で希望・意向があれば迅速に行動できるような体制が整っている。	サービス開始時には、利用者一人ひとりの希望や意向、また家族の希望などを詳しく聞き取られアセスメントを作成されている。日々の支援の中で思いを把握し、全体で共有されている。さらに一人ひとりの思いのチェックをみんなで書き止める工夫をしてほしい。	職員全体で一人の利用者の思いや、日頃の何気ない一言を漏さず書き止められるような工夫により、把握したことをアセスメントや介護計画に繋げる取り組みに期待したい	
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	生活歴をもとに一人ひとりに合った生活環境を整える事ができるように努めている。 自宅で生活していた時には、どのような事が日課等になっていたか、本人様、家族様に聴きながら支援している。			
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	基本的には、その方々の日課や役割に寄り添って支援している。 日によって入居者様一人ひとりの状態や思いが違うため、その都度で状態や思いを把握して、直ぐに対応できるようにしている。			
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	入居様一人ひとりに担当者がおり、職員が中心となりアセスメントを行っている。 3カ月毎にモニタリングを行い、6カ月に一度は管理者・計画作成担当者・介護職員・家族様・訪問看護師・主治医の関係者で担当者会議を開催して・介護計画書の見直しを行っている。入居者様・家族様の希望・意向があった場合、体調等に急な変化があった場合には、介護計画書の変更を行っている。	介護計画は、担当者、計画作成担当者、管理者、利用者などで半年に1回、アセスメントを基に作成されている。モニタリングは3カ月ごとに行われ、介護計画のサービス内容のチェックは毎日行われていたが、今は滞っている。家族、訪問看護師、協力医の意見を聞きながら見直しながされている。利用者の思いが介護計画の中に反映し、職員のやりがいにつながる介護計画作成に取り組んでほしい。		
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	日々の様子やケアの実施・結果・気づきや工夫などは、日勤帯と夜勤帯に分けて個別に記録して保管している。その記録を出動した職員が観覧できるようにしている。 記録以外にも2ユニットで申し送りをを行う事で、ユニット間で協力できる体制にしている。			
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	散歩・買い物など、その時々思いをすぐに行動して実施できる体制を整えている。 急遽で受診が必要となった際にも早急に対応できるような体制が整っている。			

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	近所に馴染みのスーパーや喫茶店がある。定期的買い物へ行ったり、コーヒーを飲みに行ったりしている。また、馴染みの理容店から出張サービスを受け、入居様の散髪を行っている。		
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	入居者様のほとんどは、事業所のかかりつけ医を主治医としている。週に1回の往診があり診て頂いている。また、専門医診断の必要性から、他の主治医を持っている入居者様もいる。家族様の協力のもと定期的受診して頂いているが、家族様の都合が悪い場合には職員で対応している。	サービス開始時に、利用者・家族にかかりつけ医継続の意向を聞きながら対応している。内科的な医療については協力医に変更される利用者がほとんどである。他科受診(心療内科)に入院される利用者は、家族の協力を得ているが、事業所で援助して受診することもある。週1回協力医による往診があり、週2回、訪問看護師による健康相談が行われており、歯科往診も利用されている。	
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	令和4年4月より、訪問看護ステーション事業所の変更があり、グループホームでの対応が難しい医療面の強化している。報告・連絡・相談を密に行い、柔軟な対応が可能となっている。		
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。	入居者様が入院された場合、早期の段階で病院へ足を運び、地域連携のソーシャルワーカーと連携を取るようになっている。また、随時、電話で情報交換を行う事で早期の退院に繋げる。	入院されている利用者は一人おられる。コロナ禍のため状況確認や退院に向けてのカンファレンスなど、地域医療連携室とのやり取りは電話で行われている。	
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	契約時に重度化の指針・看取りの指針を説明して同意を得ている。入居者様の状態が悪化した場合には、家族様と今後の方針について話し合う機会を設けられる。看取りの受け入れの際、キーパーソンだけでなく、家族様全員の意向を聞き、グループホームでできる事・できない事を確認しながら、同意を得て受け入れを行っている。また、訪問看護師・主治医にも同意の場面で同席してもらい、医療面からの説明をしてもらっている。	サービス開始時の説明において重度化や終末期に向けた指針を説明されている。救急搬送について、年に1回家族に変更の有無を確認されている。看取り研修は行われていないが、昨年は看取り事例があり、その後職員間で話し合われ、振り返りが行われている。看取りの意向については、変更がないかなどの確認する取り組みが望まれる。	
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	急変時対応マニュアルを作成して、職員個々に伝えている。スタッフ会議で定期的急変対応の訓練を行っている。また、実際に起こった急変や事故に対して、後日のスタッフ会議で対応見直しの事例検討を行っている。訪問看護師と急変時の対応について日頃から話し合っている。		

自己 番号	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 (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	法人全体で年2回、日中・夜間想定火災訓練を行っている。また、マニュアルがあり地域との協力体制ができるように整備している。ハザードマップをもとに想定される災害(水害)を想定して、業務継続計画マニュアルの作成を行い、訓練・研修を行っている。	法人全体で年2回、日中・夜間想定火災訓練を行っている。1回は、消防署の協力をえて通報、避難訓練、消火訓練が行われている。自然災害(水害)を想定して、避難確保計画をもとに業務継続計画(BCP)マニュアルの作成中である。訓練・研修は今後の予定である。避難場所の指定は受けておられるが、地域と協力した訓練実施には至っていない。備蓄品は施設全体で5日分管理されている。	避難場所指定を受けられており、地域との協力体制を明確にするとともに、地域住民と協働した訓練の取り組みに期待したい。
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	日々のケアやスタッフ会議を通じて、職員が入居者様に接する際、人生の先輩である事を念頭に置き、敬意を払い誇りやプライバシーを傷つけないような声掛けを行うように指導している。また、サービス向上委員会で言葉使いやプライバシーについて検討している。	プライバシーの確保について、マニュアルを整備し、サービス向上委員会で、接遇面の話し合いや利用者の尊厳やプライバシーに関する研修を実施されている。言葉使いなど、検討しながらサービスの質向上に努められている。	
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	日頃から入居者様一人ひとりに向き合い、自己決定ができるように配慮している。自己決定ができていない入居者様には、問いかけに対する表情や顔色から判断しながら、家族様へも伺うようにしている。		
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、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	入居者様一人ひとりのその時の思いを大切に、早急に行動できるようにしている。		
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	自らできる入居者様には、ご自分で身だしなみを整えて頂き、できにくい入居者様には、職員と一緒に選択して身だしなみを整えるようにしている。化粧や毛染めの要望がある入居者様には、職員と一緒に進めるようにしている。		
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	通常は厨房で調理された食事を各ユニットで、入居者様・職員で盛り付けたり配膳をしたりしている。食事準備での食器の選択や後片付けは入居者様の日課になっている。週に1度昼食作りを行い、献立、買出し、調理など入居者様・職員で一緒に行っている。	管理栄養士が献立作りを行い、1階の厨房で調理された食事が4階のグループホームに配膳車で運ばれ、各ユニットの利用者はいただいている。利用者は包丁を使う方もおられ、食事の盛り付けや食後の食器洗いに持てる力を発揮している。但し、月1回、昼食についてはリクエストメニューが取り入れられ、職員が食材を買い出しに行き各ユニットで職員と利用者が一緒に調理を行うようにしている。夏場には外のペランダで職員と利用者が一緒に種まきしたり植えたなす・きゅうり・おくら・ミニトマトなどの収穫物を調理したり、月2回は、誕生日を兼ねてホットケーキ・パフェ・プリン・アイスクリームなどのおやつ作りを行って食事を楽しむ支援が行われている。	

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
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	食事摂取量、水分摂取量を記録に残して、栄養バランスが摂れているのか確認している。食事摂取量が低下してきている入居者様には、本人様や家族様から嗜好物を聴き、食事摂取量が確保できるように努めている。1日トータルで水分量が少ない入居者様には、申し送りで水分摂取の強化を伝え、脱水にならないように努めている。		
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、入居者様には歯磨きの声かけを行っている。できる方は自分でして頂き、できにくい方は職員が口腔ケアを行っている。口腔内の不具合がある方には、歯科の往診も行っている。		
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	排泄記録にて一人ひとりの排泄パターンを把握している。ほとんどの入居者様が、排泄に関して介入が必要で、その方にあった排泄介助を行っている。モニタリングにより、入居者一人ひとりの排泄時間をおおよそで決めている。	ほとんどの利用者が布パンツを着用され、一部の方のみリハビリパンツを着用している。おむつ使用の利用者はおられない。利用者全員の排泄記録が行われ、一人ひとりの利用者の排泄のリズムとパターンを把握して排泄に向けた支援が行われている。周りの利用者には知られないようさりげない声掛けを行うなど羞恥心に配慮した排泄支援が行われている。	
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	食事摂取量・水分摂取量を把握して、排便が困難である入居者様には、腹部マッサージや運動を行う事で便秘解消に努めている。どうしても排便が出にくい方には、下剤の処方もされている。		
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	週に3回は入浴できる環境にある。希望があれば毎日の入浴も可能である。また、時間帯に捕らわれず希望の入浴時間を設定している。午前・午後入浴時間の確保は出来ている。希望があれば夕食後の入浴も行っている。一人で入浴がしたいという希望にも添えるようにしている。	利用者の希望に応じて週3回以上、入浴を楽しむ支援が行われている。可能な限り利用者の暮らしに合わせた時間に入浴が可能であり、柚子湯や菖蒲湯の季節湯や入浴剤を使用して入浴を楽しむ支援も取り入れられている。基本的に一人介助ではあるが、介護度の高い利用者については2人介助を行ったり、特別養護老人ホームに備え付けの特別浴槽を利用しての入浴が可能である。入浴を拒まれた場合には、入浴のタイミングを変更したり、声掛けを工夫して入浴を実施している。	
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	入居者様一人ひとりが安眠を確保できるような環境作りを行っている。一人ひとりがどの時間に眠るのか、どういう状況で眠りやすいのかをモニタリングをし、毎日、同じ時間太に眠れる環境作りを行っている。		

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
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	入居者様一人ひとりが服薬している薬を、職員全員で周知する事で服薬の大切さを再確認している。服薬管理は準備する職員・確認をおこなう職員・再確認する職員がおり、それぞれで確認表を用いて徹底している。新しい処方された内服薬があれば、そのほかnや副作用を考慮して1週間で程度モニタリングを行うようにしている。		
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	生活歴をもとに役割を持って頂けるように支援している。また、散歩や買い物など、常に役割や日課に繋がられるように支援している。日々の会話の中から、いろいろな事を聴き、その時々で出た希望や意向について、すぐに行動できるようにしている。		
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	今できる事・今しかできない事を考え、入居者様の時々の思いに早急にこたえられるようにしている。定期的にユニットごとに外出をおこなっている。また、お墓参り・自宅近所の方へ会いたい等の要望にも応えられるようにしている。	コロナ禍の影響を受けて十分な外出支援を行なえていない。1階の玄関前の敷地内を散歩したり、4階のユニット外のベランダを歩く程度で行事や定期的なドライブをするなどの日常的な外出支援はできていない。ベランダでプランターに野菜の種まきをしたり、収穫をしたりして外気浴をされている。今後の外出支援について現在検討中である。	
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	金銭管理は基本的には家族様(身元引受人)から預かったお金を本人様の希望で使用するように承諾を得ている。入居様一人ひとり管理票を用いて金銭管理を行う、定期的に家族様へ提出している。		
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	電話で話したいと希望がある入居者様には、希望に添える事ができるようにしている。個人的には携帯電話を所持している入居者様もいた。		
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	玄関・廊下・今・台所・食堂・浴室・トイレなど入居者様皆が使用しやすく親しみやすいようにしている。季節感を取り入れリラックスしやすいように、暖かい季節にはベランダで日光浴や散歩がしやすいように、寒い季節にはリビングにこたつを置くなど工夫している。	玄関、廊下には生花が飾られ、壁に姫路城や豊かな色彩の絵画が掛けられており、廊下は幅が広くゆったりとしており、日向ぼっこをしながら静かにくつろげるベンチが設けられている。居間兼食堂、台所、浴室、トイレ等の共用空間は過ごしやすいように家庭的な環境整備が行われている。居間には炬燵が設けられてテレビを見ながらゆっくりできる空間づくりもされている。壁には節分のおかめの絵やお習字の作品、塗り絵が貼られ季節感も感じられる。	

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
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	事前のアセスメントなどで得た情報から、馴染みの方ができる工夫をしている。席の配慮や職員が間に入り話題を提供するなど、思い思いの時間を過ごせるようになっている。また、居室以外の共有スペースで一人になれる場所を提供している。		
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	居室にベッド・空調設備以外のものはなく、入居時に新しく購入するのではなく、自宅で慣れ親しんだもの(タンス・布団・衣類など)を持ってきて頂けるように呼びかけている。 居室の配置に関しては、本人様・家族様と相談しながら決めている。 また、畳の部屋で寝ていたという方には、畳を引くなど環境調整を行っている。	居室は掃き出し窓になっており、外のベランダに出ることが可能になっている。テレビ、タンス、洋服掛け、時計、椅子など利用者の使い慣れた馴染みのものが持ち込まれ、居心地よく過ごせるように配置されている。	
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	危険が予測される物を居室やフロアに置かないのではなく、安全面を考慮すれば、どのような効果をもたらすのかを考え、環境整備を行っている。ヒヤリハット報告書や事故報告書から分析して、安全に過ごして頂ける環境作りを目指している。		