

### 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	2874200195		
法人名	社会福祉法人みどり福祉会		
事業所名	グループホームみどり		
所在地	兵庫県相生市若狭野町雨内800-146		
自己評価作成日	令和4年1月20日	評価結果市町村受理日	令和4年3月4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4年2月2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)】

利用者個人の意思を出るだけ尊重し、家の様に安心して快適な生活が送れるように支援します。自己の決定を尊重し、利用者自身が決定することで自立した生活が送れるように援助します。

#### 【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)】

自然に恵まれた環境にある複合施設内のグループホームであり、特別養護老人ホーム等のバックアップ体制もある。広く採光の良い共用空間は清潔感があり、季節感・生活感が感じられる家庭的な環境である。献立から手作りの食事を継続し、季節感のある食事・行事食を提供している。利用者会を毎月開催し利用者の意思を尊重した生活が継続できるように支援している。医療機関が母体であり、訪問看護師等とも連携し、医療連携体制が整備されている。コロナ禍のため外出行事や施設内交流は休止しているが、日々のラジオ体操・個別レクリエーション・家事参加・食事イベント等、日常生活の中で楽しみや役割が持てるよう支援している。また、とんど・季節の花見物等可能な範囲で外出支援に取り組んでいる。

### 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
<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	ホーム玄関及び事務所に理念を書いた額を掲示し常に見えるようにしている。職員会議の最初に全員で唱和を行い毎回確認している。	法人の理念・基本方針を基に、事業所独自の理念を策定し、法人の理念・基本方針と事業所の理念に地域密着型サービスとしての意義を明示している。事業所理念を、玄関・事務所に掲示し、毎月の職員会議で唱和して共有している。また、法人の新人研修でも説明の機会を設けている。家事参加や地域行事への参加等を支援し、日常生活の中で理念の実践につなげるよう取り組んでいる。	更なる取り組みとして、職員が定期的な実践状況を振り返る機会を設ける等、理念の実践に向けた具体的な取り組みを期待します。
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	立地的に来てもらう事が難しく日常的な交流は出来ていない。地区の行事に参加させてもらったり、介護講座などの機会に施設見学を取り入れ来てもらうなどで交流を持っている。	車中からの地域のとんど祭り見物、清掃活動への参加、介護講座・認知症サポーター研修の開催協力等、可能な範囲で地域交流・地域貢献を継続している。通常は、地域の祭りや施設合同行事への参加、音楽・生け花・パン作り・外出介助等のボランティア受け入れ、利用者也参加して地域との交流を深めている。(現在は休止している。)	
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	村祭り等の地域の行事に参加したり、運営推進会議に地区の自治会長に出席してもらう中で地域の人々に向けて発信している。又、認知症や施設への理解を広めるために介護講座を開催し理解を広げている。		

グループホームみどり

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)		<p>○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</p>	<p>運営推進会議の中で出てきた支援についての話や意見を職員会議で取り上げサービス向上に行かせるように努めている。</p>	<p>利用者・家族・市職員・地域包括支援センター職員・自治会役員を構成メンバーとし、2ヶ月に1回開催している。令和3年は、4回対面開催し、利用者の状況・行事・利用者会議・ヒヤリハット事故事例・事業計画等を報告し、参加者から質問・意見等を受けている。開催休止時は、上記内容を報告書としてまとめ、家族以外の構成メンバーに郵送して書面会議としている。電話等で意見や情報の把握に努めている。議事録ファイルは玄関ホールに設置して公開している。</p>	<p>報告資料に返信用紙等を同封し、構成メンバーからの意見や情報を次回の議事録で共有する等、書面会議でも意見・情報交換ができるよう工夫されてはどうか。家族にも報告書を郵送してはどうか。 コロナ禍終息後には、知見者参加への働きかけを行うことが望まれます。</p>
5	(4)		<p>○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</p>	<p>2か月に1度の運営推進会議で定例報告を行い、その他必要に応じて随時相談連絡を取り連携を取っている。</p>	<p>運営推進会議への市職員・地域包括支援センター職員の参加、キャラバンメイト活動を等通して、市との連携がある。通常は、グループホーム連絡会を通じて連携する機会もある。市役所が近く、不明な点や相談があれば直接訪問し、回答や助言を得ているが、現在は主として電話で連携を図っている。また、市から新型コロナウイルス関連の情報提供を受け、事業所での感染予防対策に反映している。</p>	
6	(5)		<p>○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</p>	<p>マニュアルを作成し職員が認識できるようにしている。また3か月ごとに身体拘束委員会を開催し一人ずつケア内容を見直し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。</p>	<p>指針「身体拘束ゼロに向けて」を整備し、身体拘束をしないケアを実践する。「身体拘束・虐待防止委員会」を3か月に1回、職員会議の中で開催し、個別に身体的な拘束・言葉による行動制限につながる事例がないかを検討している。参加できなかった職員にも、職員会議議事録を回覧し周知を図っている。昨年度「身体拘束・虐待」研修を実施し、身体拘束をしないケアへの理解を深めている。今年度も、研修の年度内実施を予定している。玄関は施錠しているが、散歩を日課とする。希望があれば戸外に出る等、利用者が閉塞感を感じないように取り組んでいる。</p>	<p>指針に、身体拘束適正化に向けた取り組みとして委員会の設置・研修の実施も明示してはどうか。年間研修計画にもとづいた研修の実施状況、研修内容が明確になるよう、実施記録や資料の整理の工夫が望まれます。</p>

グループホームみどり

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
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	マニュアルを作成し職員が認識できるようにしている。定期的にケアを見直し虐待になっていないかを検証している。研修にも参加し虐待防止の意識を高めている。	上記、身体拘束適正化と同様に、虐待防止についても研修の年度内実施を予定している。「身体拘束・虐待防止委員会」で不適切ケアについて話し合い、意識向上を図っている。気になる言葉かけ等があれば、都度管理者から、また、職員会議等で助言や注意喚起している。管理者・施設長は相談しやすい関係づくりに努め、相談対応や年2回定期面談の機会を設けている。また、年1回ストレスチェックの実施等、職員のストレスや不安等が利用者へのケアに影響しないよう努めている。	
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	研修の参加や勉強会を行い理解を深めている。相談に応じて必要な方へ紹介できるようにしている。	成年後見制度利用、また、利用を検討した事例があるが、権利擁護に関する制度についての理解は、職員間で個人差がある状況である。今後制度利用の必要性や家族等から相談があれば、管理者が窓口となり関係機関と連携して支援する体制がある。	成年後見制度等、権利擁護に関する制度について学ぶ機会を持ち、職員全員が一定の知識を持つことが望まれます。
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	契約時に重要事項説明書に基づいて契約内容やホームでの生活について説明している。改定がると書面を交付し理解して頂いている。	入居希望があれば、希望に応じて見学対応し、パンフレット・料金表等を用いてサービス内容・利用料金等情報提供している。契約時には、契約書・重要事項説明書・各種同意書等で家族のニーズに沿って説明し同意を得ている。重度化・終末期対応については、医療連携体制や法人内のバックアップ体制について説明を行い、家族の不安の軽減を図っている。契約内容に変更が生じた場合には、変更前・変更後を明確にした文書で同意を得ている。契約終了時には、十分に話し合いを重ね、円滑な移行を支援している。	

グループホームみどり

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	来所時や電話対応時に要望等があれば聞いている。聞いた意見は職員で共有し、対応を検討している。	毎月の利用者会議で、個別に意見・要望を聴き、議事録で共有して行事・食事・レクリエーション等に反映している。利用者が、利用者会議で意見・要望を出しやすいように日記をつけることを日課とし、機能低下予防にもつながるように工夫している。家族の来訪時、電話連絡時には近況を報告し、「陽だまり心間」を2カ月に1回、また、管理者が利用者のコメントも加筆した「毎月のはがき」を送って暮らしぶりを伝え、家族が意見・要望を出しやすいように努めている。通常は、家族交流会を年2回開催し、話しやすい関係づくりに努めている。(現在は休止している。)コロナ禍以前は、運営推進会議に利用者・家族が参加し、外部者に意見・要望を表せる機会を設けている。	
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	職員会議で意見があれば出してもらい全体で検討している。グループホーム単独で決められないことについてはチーフ会議等で提案し、検討の上反映させている。	毎月の職員会議で、行事の反省、計画・ケース検討・業務等について共有し、職員の意見・提案は利用者へのケア・行事の運営・業務分担等に反映している。職員会議前には、全職員が業務改善・ケース検討内容等を書面で提出し、参加できない職員にも意見・提案が出しやすいように工夫している。会議後は、議事録の回覧により周知を図っている。施設長や管理者が定期的に個別面談を行い、職員の意見を個別に聴く機会も設けている。管理者が、「チーフ会議」で職員の意見や提案を法人に伝えたり、「衛生委員会」で福利厚生面での提案・改善を検討する機会もある。	
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	勤務評価を自己評価に管理者の評価を加え年2回提出。個々の目標なども記入してもらい各自が向上心を持つようにしている。		

グループホームみどり

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
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	外部の研修や法人内での研修で個々の職員に合った研修に出来るだけ参加できるようにしている。		
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	近隣のグループホーム管理者と定期的な連絡会を行っている。年1回は職員同士の交流会を行い各施設の取り組みなどの意見交流を行っている。		
<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	面接で本人や家族の要望や不安なことを事前に聞き対応方法などを検討している。入所後も話の中で出てきた不安感などを家族にも伝え対応を検討している。		
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	サービス提供前に家族から希望や意見を聴き、サービス提供時には状況を電話や面会時に伝え関係作りに努めている。		
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	サービス導入する段階で家族や他のサービス担当者とも相談を行い、必要とされている支援が行えるように努めている。		
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	食事の準備・片付けや洗濯、掃除等の日常の家事は能力に合わせ、それぞれ役割を持ってもらい一緒に行っている。		
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	行事の呼びかけを行い普段面会の少ない家族にも関わってもらうように働きかけている。面会時には本人の状況を伝えると共に、支援のための協力を求め共に支える関係を築いている。		

グループホームみどり

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	住んでいた地域の行事に参加したり、馴染みの場所での買い物や外食を行い、関係が途切れないような支援に努めている。	通常は、地域の祭りへの参加、買い物・外食等のドライブ外出を活用し、馴染みの場所との関係継続を支援している。また、複合施設の利点を活かし、特養・デイサービス・小規模多機能事業所への訪問、施設合同行事への参加を通じて、馴染みの関係が継続できる環境である。現在は、交流や面会が困難な状況であるが、玄関先での面会・車中からのとんど見物等、可能な範囲で関係継続ができるよう工夫している。「毎月のはがき」等手紙のやり取りの支援にも努めている。	
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	利用者同士の関係を把握したうえで、それぞれが得意なことで他の利用者を助けていけるような役割を持ってもらい、一人ひとりが孤立せずに支え合えるような関係が築けるように支援している。		
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	他施設に移った場合でも関係を断ち切るのではなく経過を確認し必要な場合は家族に連絡するなどして、利用終了後でも何か相談があれば何時でもお受けしていることを伝えている。		
<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	普段の生活の中で出てきた思いなどは職員で共有し対応を検討している。必要場合は家族からの聞き取りを行い、意向が確認出来るように努めている。	入居前に利用していたサービス事業所からの情報や、入居時の面接で把握した生活歴・生活習慣等を「アセスメントシート」で共有している。入居後1ヶ月程度、各職員の気づきを「特記事項シート」に記録し、毎月の利用者会議・職員会議時のケース検討でも思いや意向を共有し、個別支援や介護計画に反映している。思いや意向の把握が困難な場合は、家族からの情報を基に把握することが多いが、表情や反応から汲み取ったり、事業所内での以前の情報等を参考に把握に努めている。	

グループホームみどり

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	利用者・家族からの直接以前の様子を聴いたり、今まで関わりのあったサービス担当者から情報提供を受け、これまでの暮らし方や生活環境の把握に努めサービスに反映するようにしている。		
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	利用者の状態を日々観察し、職員間で情報を共有して現状を把握するように努めている。		
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	家族とは来所時や電話で利用者の課題についての話し合いを持っている。普段から職員間で話をし、ケース会議対応を検討している。看護師や医師の意見も聞き反映させている。	「アセスメントシート」「特記事項シート」等もとに介護計画・週間計画表・日課計画書を作成し、回覧により周知を図っている。サービスの実施状況は、「ケース記録」「日誌」・各種「チェック表」に記録している。毎月の職員会議の中でケース会議を行い、情報共有や課題の検討を行っている。定期的には1年毎に計画の見直しを行い、モニタリングや再アセスメントはケース会議の検討の中で行っているが記録には至っていない。来訪時や電話で家族の希望を聴き、かかりつけ医や看護師の意見は診察記録や看護記録から把握し計画に反映している。	新年度からシステムの導入を予定しているため、システムを活用し、計画見直し時のモニタリングや再アセスメント、担当者会議を記録に残すことが望めます。また、記録の項目欄を活用する等、計画と記録のつながりを明確にする工夫が望めます。
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	日誌やケース記録以外にも申し送りノートや医療記録等で情報を共有し実践や計画の見直しに活かしている。		
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	利用者の個別の希望に対して、可能な限りこたえるように取り組んでいる。		

グループホームみどり

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	祭などの地域行事に出来るだけ参加し地域とのつながりを持ち楽しめるように支援している。		
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	隔週でかかりつけ医に受診している。必要な場合は主治医に紹介状を書いてもらい他病院専門医の受診も行っている。	入居時に利用者・家族の意向を確認し、希望に沿った受診支援を行っている。基本的には、協力医療機関(内科・整形外科・皮膚科・歯科等)への通院により、適切な医療を受けられるように職員が同行支援している。協力医療機関以外の通院については家族の同行を基本とし、協力医療機関より情報提供を行っている。受診については「回診記録」「受診記録」に記録して共有している。週1回、訪問看護体制を整備しており、看護師は「看護経過記録表」、職員は「訪問看護記録」に記録して共有している。	
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	週一回看護師が一人一人の健康状態の把握と医療に関する相談やアドバイスをやっている。		
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。	入院時には医師や病棟看護師に連絡を取り状況の把握に努めている。退院に向けては病院ケースワーカーと情報交換を行い対応している。かかりつけ病院のワーカーとは普段から情報交換を行い、緊急時の対応等について相談している。	協力医療機関への入院事例が主で、介護サマリーで情報提供を行っている。コロナ禍以前は、病院を訪問し利用者の不安を軽減すると共に、担当医や看護師から状態を把握し、医療連携室とも相談しながら、早期退院に向けた支援に努めていたが、現在は、主に内線電話を活用して直接病棟関係者と情報交換を行っている。把握した情報は、朝夕の申し送りでも頭で伝え、退院後の支援方法や対応策を検討している。退院時には、病棟関係者と連絡を密に取り合い、看護サマリー等の提供を受け、円滑な連携・情報提供を、退院後の支援に活かしている。	

グループホームみどり

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	入所時に家族と重度化した場合の対応を検討している。又、身体状況が変化し重度化の可能性が高まった時点で再度話し合いを行っている。	希望があれば看取りを行う方針がある。契約時に、重度化・看取りに関する指針を説明し、口頭で意向確認を行っている。終末期対応の事例はなく、重度化への変化が予測される段階で、病棟担当医から状況説明を受け、管理者が終末期に向けて事業所で対応可能な支援方針や法人のバックアップ体制を説明し、家族の意向を確認している。随時家族の意向を確認しながら、利用者が現状に即したサービスが受けられるように支援している。今後は書面による意向確認や経過記録を検討している。	
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	緊急時の対応マニュアルを作成。AEDの講習や避難訓練、救命講習等を行っている。		
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	夜間想定を含めた避難訓練を行っている。地域とは離れており協力を得ることが難しいが、近隣の施設と協力・連携体制を取っている。	令和3年度は現時点で2回、施設合同と消防参加による法人全体での訓練を実施している。欠席者には、届出書・計画書の回覧により訓練内容を周知している。令和4年3月に、グループホーム単独で利用者参加のもと、夜間想定での避難訓練を計画している。「非常食リスト」を作成し、水・食料を3～4日分、カセットコンロ・懐中電灯などを、事業所内で備蓄し管理者が管理している。	訓練内容、訓練結果の振り返り等を記録した「実施報告書」を作成し、閲覧等により、訓練に参加できなかった職員にも周知を図ることが望まれます。
<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	職員会議等で言葉かけの見直しを行い共有するようにしている。	事業所内研修(認知症ケアについて等)・認知症実践者研修や「身体拘束・虐待防止委員会」を通じて、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意識向上に取り組んでいる。日々の業務での気づきは、管理者が職員会議のケース検討等の中で注意喚起を行っている。個人記録類は鍵のかかる事務所に保管し、「ひだまり心聞」・広報誌等での写真使用については口頭で同意を得ているが、文書で同意を得る取り組みを検討している。	

グループホームみどり

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	日々の生活の中で思いや希望が表出し易いような関係性を築くようにしている。利用者会議で希望を聞く他、行事や余暇活動への参加の有無を個々に確認し自己決定ができるように努めている。		
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	今までの生活に近い生活が送れるように個々の思いを把握し、利用者が主体となれる生活が送れるように努めている。		
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	日常の更衣は、本人の意思を確認しながら身だしなみに気を付けて行っている。自力更衣できる方は、自身で衣類の選択を行っている。		
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	毎月の利用者会議では食事の希望を聞き、誕生日には本人の希望メニューを出している。食事の準備や片付けはそれぞれが出来ることを活かして職員と一緒に行うようにしている。	施設の献立を参考に献立を考え、事業所で食材を発注し利用者個々の状況に応じた食事形態に対応しながら手作りの食事を提供している。利用者会での要望等を誕生日会等の献立に反映している。クリスマス会等行事食や、おやつバイキングの機会も設け、利用者がより食事を楽しめるよう工夫している。可能な利用者には残存能力を活かして、盛り付け・後片付け等に参加できるように支援している。職員も、テーブルを囲んで同じ食事を食べ、家庭的な雰囲気づくりを配慮している。通常は外食・喫茶の機会も設けているが現在は休止し、季節感のある弁当購入等で食事に変化を楽しめるよう工夫している。	
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	毎日の食事と水分摂取量のチェックを行っている。食事量が少ない方には調理方法や提供方法を工夫し、水分摂取が少ない方には飲む時間や量を個別に対応し飲んでもらえるように支援している。		

グループホームみどり

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	毎日口腔ケアを実施。見守りや声掛け、必要に応じて介助を行っている。口腔内の状態により随時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	排泄チェックを行い個々の排泄パターンを把握している。声掛けや誘導を行いトイレでの排泄を促し、失禁が少なくなるように支援している。	状況に応じて排泄チェック表に記録し、排泄パターン・排泄状況を把握している。排泄の自立度の高い利用者が多く、必要に応じて誘導や確認を行い、日中はトイレでの排泄を支援している。夜間は、安眠にも配慮し個別の支援方法で対応している。毎月の職員会議でのケース検討で、排泄支援の方法や使用する排泄用品を検討し、現状に即した介助方法や排泄用品の使用につなげている。トイレのカーテンの開閉や誘導時の声かけなどに留意し、プライバシーや羞恥心への配慮を周知している。	
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	排泄チェックを行い排便パターンを把握し、便が出にくい方には、普段から寒天を食べてもらったり牛乳を飲んでもらう等の対応を行っている。散歩やラジオ体操で運動が出来るようにしている。		
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	曜日や時間帯は決まっているが、その中でも一人ひとりの希望を聞き、入りやすいタイミングで入浴してもらっている。	曜日を決めて週2回、午後入浴を基本としているが、利用者の体調や意向に沿って柔軟に対応している。個浴の一般浴槽で、個々のペースでゆっくり入浴が楽しめるように支援し、状況に応じてシャワー浴・足浴等、個別の配慮で対応している。入浴を嫌がる利用者や同性介助を希望する利用者は現在いないが、あれば同性介助での対応や拒否の原因を検討し、無理強いせず入浴できるように対応を工夫している。ゆず湯・しょうぶ湯等の機会を設け、入浴をより楽しめるよう工夫している。	

グループホームみどり

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	日中は本人の意思や体調に合わせて居室や居間のソファで休んでもらっている。就寝時間は個々人の眠りにつきやすい時間で就寝してもらっている。		
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	個々の利用者のケースファイルに薬の情報を添付。それぞれの薬について種類や効果・副作用等を把握できるようにしている。変更があった場合には受診ノートで申し送り確認を行っている。		
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	手芸が好きな方、絵が好きな方などそれぞれが好きなことをしてもらえるように材料等を用意し支援している。また、気分転換が図れるように外出支援を行っている。		
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支援している	それぞれの希望を聞いて外出支援を行っている。すぐに対応できない場合は話をし日程をずらすなどし対応するようにしている。	通常は、地域の祭りや買い物に出かける機会を設け、初詣・観梅・花見・コスモス見物・紅葉狩り等、年間行事計画に沿って季節が感じられる外出を行い、外食も楽しめるように企画している。現在は、通常の出外は休止しているが、施設の敷地内の散歩を午前中の日課として継続し、気分転換と機能低下予防に努めている。また、車中からの初詣やとんど・コスモス見物を行う等可能な範囲で外出を支援している。	
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	日常的に所持が可能な方は家族と相談の上持っていていただいている。外出時の買い物では持っている方は自分で支払いを行い、普段持たない方はお金を渡し本人が支払いをできるように支援している。		
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	公衆電話を設置し好きな時に電話が出来るようにしている。希望があれば手紙のやり取りを支援している。又、毎月ハガキを作成し個々のメッセージを書いてもらい家族に送付している。		

グループホームみどり

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
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	玄関や居間に季節ごとの花を飾ったり、季節の貼り絵を利用者と作成し貼り出している。室内温度や室内光度も常時気を付けて調整している。	広い共用空間は、大きなガラス面から採光よく開放感がある。温湿度管理、定期的に換気・消毒を行い、衛生的で快適に過ごせるよう取り組んでいる。食事のスペース、レクリエーションや談話のスペースに分け、ソファ席・畳の縁台などが配置されている。玄関から共用空間に続く廊下には、椅子が設置され、歩行運動や一人で過ごす場所として活用している。生花や作品、季節感のある習字を飾り、また、プランターに花や野菜を植栽し、季節感を採り入れている。収穫した野菜は食材に活用している。洗濯干し・洗濯たたみ・花や野菜への水やり等への参加を通じて、生活感が感じられるように支援している。	
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	玄関や居間にベンチやソファ、畳の縁台、椅子を置きそれぞれ一人になったり一緒に過ごせたり出来るように工夫している。		
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	居室に使い慣れた家具や好みの物を置いてもらったり、家族の写真を壁に飾り安心してできるように工夫している。	各居室は広く、ガラス面も大きくて明るい。洗面台・クローゼット・ベット・床頭台を設置している。筆筒・椅子・テレビ・寝具・家族の写真・CDラジカセ等、使い慣れた家具や馴染みの物が持ち込まれ、居心地よく過ごせる環境づくりを行っている。居室担当職員が、利用者の意向を尊重しながら衣替えや寝具の準備等を支援している。週2回居室掃除の日を設け、利用者が可能な範囲で自室の掃除に参加できるよう自立支援に向け取り組んでいる。	
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	居室やトイレなど間違えやすい場所には張り紙を掲示している。一日の予定をホワイトボードに書きだし、それぞれが自分のペースで生活できるようにしている。		