

### 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	2871000523		
法人名	医療法人社団慶仁会		
事業所名	グループホーム「マイホーム芦屋」		
所在地	芦屋市陽光町8-30		
自己評価作成日	令和4年3月15日	評価結果市町村受理日	令和4年6月8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)】

週一回のリハビリはトレーナー指導のもとパワーリハビリや歩行練習を行っている。

※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	兵庫県西宮市甲陽園本庄町6-25-224		
訪問調査日	令和4年3月26日		

介護老人保健施設の5階にあり、眺望・採光がよく、広く長いテラスの花壇に季節の花や果物が植えられている。2つのユニットは横並びで行き来が自由にでき生活空間が広く、利用者と一緒に制作した季節感のある作品やテラスの花壇から季節感が感じられる。併設施設の機能訓練室でのリハビリ、テラスでの散歩、昼・夕の体操、エアロバイクの活用、家事参加等、機能低下予防に取り組んでいる。「マイホーム通信」と「暮らしの便り」を毎月郵送し、テラスからのガラス越しの面会を工夫する等、家族とのつながりも大切にしている。事業所内に看護師の配置があり、健康管理・医療連携体制を整備している。

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	入職時説明している	グループホーム独自の理念をつくり、事務所内に掲示して共有を図っている。介護計画や支援について検討する際は、管理者が理念に立ち戻って話し、実践につなげるよう取り組んでいる。	理念に地域密着型サービスの意義を取り入れることが望まれます。職員と共に理念の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が望まれます。
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	地域の行事に参加している	コロナ禍以前は、地域行事への参加、地域の祭りへの出店、買い物・外食・喫茶・ドライブでの外出、施設合同行事への参加、ボランティアの来訪等、利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう取り組んでいる。コロナ禍のため外出や交流を休止している。施設として津波時の避難所登録を行い、地域貢献を継続している。	
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	行事の際施設で出来る事をさせて頂く		
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回行ない参加者の意見を聞き、改善して行く	家族代表・民生委員・市職員・地域包括支援センター職員・知見者として他事業所の管理者・事業所職員を構成委員としている。コロナ禍のため、令和3年度は事業所の職員のみで開催している。利用者の様子・行事・事故ヒヤリハット事例等について議事録を作成し、市に提出している。	運営推進会議の議事録を毎回整備し、ファイルを設置する等公開することが望まれます。職員のみで開催する場合は、構成委員全員に議事録を郵送すると共に、議事録に「意見・情報用紙」を同封し、返信された意見・情報を次回の議事録で共有する等、書面でも意見・情報交換が行えるよう工夫してはどうか。

グループホーム「マイホーム芦屋」

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)		<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>研修参加の情報など、提供していただく</p>	<p>報告・相談時には市の窓口を訪問し、助言等を適切な運営に活かしている。運営推進会議の議事録を市に提出し報告している。市からのメールでコロナ対策・物品支給等についての情報提供があり、事業所内の感染予防対策に活かしている。市のグループホーム連絡会に加入し、メールで情報交換している。</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>定期的会議に参加する</p>	<p>施設共通の身体拘束適正化指針を作成している。事業所では、身体拘束をしないケアを実践している。施設合同の「身体拘束廃止委員会」を毎月開催し、事業所からも参加している。議事録を管理日誌に綴じて回覧し、周知を図っている。言葉による行動制限について気になる事例があれば、管理者が業務の中で助言している。外出の希望があれば広いテラスを活用し、閉塞感を感じないように対応している。</p>	<p>身体拘束適正化指針は、事業所に設置し職員の周知を図ることが望まれます。身体拘束・高齢者虐待・権利擁護に関する制度・プライバシー保護・認知症ケア等、必要な研修については計画的・継続的に研修を実施し、実施記録を残すことが望まれます。身体拘束適正化委員会の議事録の回覧については、周知を明確にする工夫が望まれます。</p>
7	(6)		<p>○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</p>	<p>施設の会議外部の会議に参加</p>	<p>業務の中で気になる言葉かけや対応があった場合は、管理者が注意喚起し、相談に応じたり助言を行いながら不適切ケアの未然防止に取り組んでいる。相談しやすい関係づくりに努め、希望休や職員個々の状況に配慮したシフト調整に配慮し、職員のストレス等がケアに影響しないよう取り組んでいる。</p>	

グループホーム「マイホーム芦屋」

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	質問などあった時は、紹介出来るようにしている	現在、成年後見制度を活用している利用者はいない。以前には事例があり、今後も制度活用の必要性や家族からの相談があれば、管理者が窓口となり関係機関と相談しながら支援を行う体制がある。	
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	見学な契約時に不安なこと、質問など聞くようにしている	入居希望があれば、見学時にパンフレットや料金表を用いて、サービス内容や利用料金等を説明している。(コロナ禍のため、テラスからの見学で対応している。)契約時には、契約書・重要事項説明書・指針・同意書などを用いて、質問を受けながら丁寧な説明に努めている。特に、重度化対応、認知症状進行時の対応等については詳細に説明し理解を得られるよう努めている。契約内容を変更する際は、変更内容を説明した文書を郵送し文書で同意を得ている。	
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	プランの中に要望を入れる欄設けている	家族の来訪・家族の面会(テラスからガラス越しで対応)・電話連絡等の機会に、利用者の近況を報告し、家族の意見・要望の把握に努めている。毎月、マイホーム通信(事業所の行事・生活の様子を写真も掲載して伝える通信)と「暮らしの報告書」(利用者個々の様子を伝えるお便り)を送り、意見や要望を表しやすいよう取り組んでいる。把握した意見・要望は管理者が集約し、朝礼で伝えたり、利用者担当の職員に直接伝える等、内容に応じて対応し、支援に反映できるよう取り組んでいる。	

グループホーム「マイホーム芦屋」

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
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	職員と話す機会を持ち、意見や提案を聞く	ユニット合同でスタッフミーティングを不定期に開催し、利用者のケア・業務・行事等について職員の意見・提案が反映できるよう取り組んでいる。日々の業務・支援の中での共有事項・検討事項は、朝礼で共有・検討している。要望や必要に応じて、管理者が職員と個別に面談する機会を随時設けている。意見・提案の内容に応じて、管理者が施設長に伝え対応している。	朝礼での検討事項・共有事項について、申し送りノートを活用する等、的確に情報共有できる仕組み作りが望まれます。
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	シフト作成時に、希望を全面に入れている		
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	研修の確保に向けて努力している		
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	GHで連絡会で行なっている		
<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	初回面談時に聞いている		
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	見学の際に不安な事困っている事など話せる機会を持つ		

グループホーム「マイホーム芦屋」

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	現状を確認し使えるサービスについて情報提供する		
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	一緒に作業など出来る時間を作る		
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	現状を報告し、家人との関わりを持つ		
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	電話、手紙、面会に来て頂けるように発信する	コロナ禍以前は、家族・親族・友人等の来訪があり、事業所の夏祭りや食事イベント等にも招待し、馴染みの人との関係継続を支援していた。家族と馴染みの場所に出かけることも多く、事業所でのドライブや外出行事の際にも馴染みの場所に出かける機会を設けていた。コロナ禍のため通常の面会・交流・外出は休止してるが、家族についてはテラスからの窓越しの面会を行っている。電話・手紙・プレゼントを活用し、家族だけでなく、親族・友人とも馴染みの関係が継続でき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	食席の配慮していく		
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	現在のところありません		

グループホーム「マイホーム芦屋」

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
<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	日々の様子を確認出来るようにしている	家族記入の「生活歴」、介護支援専門員作成の「アセスメントシート」等から、利用者個々の思いや暮らし方の希望の把握に努めている。日々の会話の中から把握した内容は「介護記録」に記録し、日々の生活支援に活かせるよう取り組んでいる。把握が難しい利用者には、職員から積極的に話しかけて表情や言動等から汲み取ったり、家族からの情報を参考にする等、把握に努めている。	
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	家人の要望を確認、なるべく本人は持たせないように、おこずかいから使うようにしている		
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	個人ファイルに記録している		
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	3ヶ月に1回話し合いプランに反映できるように	入所前の主治医・介護支援専門員から「診療情報提供書」「フェイスシート」で情報提供を受け、「アセスメントシート」をもとに「アセスメント兼初期計画」を作成している。家族記入の「生活歴」を反映して、2週間後に初回の介護計画を更新し、以降は基本的には3ヵ月毎に見直しを行っている。サービスの実施状況は「介護記録」と各種チェック表に記録している。介護計画書を「介護記録」ファイルに入れて職員周知を図り、「介護記入のためのシャープ番号」書面に基づきケア項目番号と連動して記録し、計画内容との整合性を明確にしている。毎月「モニタリングシート」で短期目標のケア項目ごとに評価を行い、介護計画の見直し時は家族の意向、主治医・看護師・機能訓練士等関係者の意見や助言を「専門職(チーム)アセスメント及び実施計画内容等の要点」に取りまとめ、現状に即した介護計画を作成している。	介護計画見直し時に実施している再アセスメントの書式の整備が望まれます。

グループホーム「マイホーム芦屋」

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
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	気づきは記録に残していく		
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	家族と話し合い、検討している		
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	地域の行事に参加している		
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	入所時説明している	契約時に今後の意向を確認し、希望に沿った受診を支援している。協力医療機関により、内科(2週間に1回)・歯科(月1回)・皮膚科(月1回)・歯科衛生士(週1回)の往診が受けられる体制がある。随時の心療内科や眼科の往診体制もある。通院時は家族の同行を基本としているが、緊急時や必要時は職員が対応している。事業所に看護師の配置があり、主治医・施設看護師との医療連携を図っている。受診結果は「往診記録」「管理日誌」や朝礼での伝達で情報共有している。	
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	GHで看護師を雇用している		



グループホーム「マイホーム芦屋」

自己 評価	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
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。	入院先の相談員に直接相談する	入院時には「介護サマリー」で医療機関に情報提供し、入院中は家族・医療連携室・施設相談員と情報交換を行い、連携を図りながら早期の退院に向け支援している。入院中に把握した情報は、朝礼で随時伝達し、職員共有している。退院時には「看護サマリー」「診療情報提供書」「リハビリ指示書」の提供を受け、事業所内で回覧して職員周知し、主治医・施設看護師・施設機能訓練士等の医療関係者と共に退院後の支援に活かしている。	
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	入所時に説明している	事業所見学での来訪時と入居契約時に、基本的には看取り介護は行わない方針であること、事業所で出来る事・出来ない事を具体的に説明し同意を得ている。状態変化に応じて家族に状況を報告し、重度化傾向がみられる段階で今後の意向を確認し、職員や医療関係者と情報共有している。重度化を迎えた時は、主治医から家族に状況説明を行い、事業所方針を家族と共有しながら意向に沿った支援に取り組んでいる。円滑に適切な転居ができるよう情報提供を行い、きめ細かな支援に努めている。	
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	急変時の対応について研修会をする		
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	地域の訓練に参加している	コロナ禍のため、令和3年度は災害訓練を実施していない。施設合同で非常用食料・備品等を備蓄し、厨房が管理している。	方法を工夫しながら、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が習得できる機会作りへの取り組みが望まれます。

グループホーム「マイホーム芦屋」

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>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	個々に応じた声かけをする	月1回施設の主任会議で「接遇・主任委員会」を開催している。事業所から管理者が参加し、委員会の議事録回覧と朝礼での伝達で職員周知を図っている。気になる言葉かけや対応があれば、管理者が助言や注意喚起を行い、利用者の誇りやプライバシーに留意した対応・声掛けができるよう取り組んでいる。利用者の写真使用(「マイホーム通信」等)については、契約時に書面で同意を得て、プライバシー保護に配慮している。	
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	選択肢を設けて自己決定の場を設ける		
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	希望が聞ける人には聞いて支援していく		
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	家族様に協力して頂き、服など持参して頂いています		
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	準備や片付けを出来る利用者が少なく一緒に出来ない。調理レクやおやつレクは利用者様に切ったり混ぜたり、スタッフと一緒に作業に参加して頂くようにしています。	施設の管理栄養士が季節感や行事食を採り入れた献立を作成している。施設の厨房で作られた食事が適温で届けられ、各ユニットで炊飯と汁物作り、盛り付けを行い提供している。月1回施設の「給食委員会」で、委託業者に利用者の摂取状況・要望等伝え、献立や調理方法に反映させている。利用者個々の状況に応じて、普通食・お粥・刻み食・ミキサー食・ムース食・ゼリー食の食事形態で対応している。利用者の希望や力を活かして、汁物作りや食器洗いに参加できるよう支援している。通常は定期的に行っている外食行事を休止しているが、調理レクリエーション・おやつレクリエーション・月別お誕生日会等を企画し、変化を楽しめるよう努めている。	

グループホーム「マイホーム芦屋」

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	食事量、水分量を記録し個々の状態を把握している		
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	毎食後口腔ケアを行なっている。		
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	本人の訴えや時間誘導している。	「排泄チェック表」で利用者個々の排泄状況・排泄パターンを把握している。自立度に応じた介助方法で、日中・夜間共に、可能な限りトイレでの排泄・排泄の自立に向け支援している。日々の業務の中で、介助状況・排泄用品・課題等について職員間で意見交換し、管理者が各ユニットの意見を集約し、朝礼で共有しながら現状に即した支援につなげている。周囲に配慮した誘導の声掛け、ドア・カーテンの閉閉、排泄後の身だしなみ等、利用者の羞恥心やプライバシーへの周知徹底を図っている。	
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	細目な水分摂取下剤の服用		
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	入浴剤や季節のお湯を用意する	週2～3回の入浴を基本とし、利用者の体調・意向に沿って柔軟に対応し、「入浴表」で実施状況を把握している。個浴の一般浴槽での入浴を基本としているが、個々の状況によりシャワー浴や足浴、安全面から必要時は2人介助で対応し、また、施設内の特浴が使用できる設備もある。入浴拒否があった時には無理強いせず日時を変更し、希望があれば同性介助に対応している。ゆず湯・菖蒲湯・入浴剤等を探り入れ、入浴が楽しめるよう工夫している。	

グループホーム「マイホーム芦屋」

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	使用していた寝具やパジャマなどを使用して頂く		
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	薬情を個人記録の後ろに置いておく		
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	希望により可能なことは支援していく		
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	現在は出来ていない	コロナ禍以前は、近隣の散歩・買い物・外食・地域行事への参加・ドライブ・遠足等、積極的に外出の機会を設けている。現在は外出を休止し、広いテラスでの外気浴・散歩・花壇の手入れ・洗濯物干し等、日常生活の中で戸外での気分転換や生活リハビリができるよう支援している。	
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	家人の要望を確認、なるべく本人は持たせないように、おこずかいから使うようにしている		
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	携帯電話を使えるようにしている		

グループホーム「マイホーム芦屋」

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	季節ごとの飾り付けや日の当たる所に椅子を置き日光浴が出来るようにしている	横並びの2つのユニットを自由に行き来できる環境である。各ユニットのリビングは大きな窓からの自然光で明るく、広くゆったりしている。テーブル席・ソファ席を設置し、混乱なく寛げるよう配席にも配慮している。ほとんどの利用者は日中リビングで過ごし、テレビや談笑を楽しんだり、洗濯物たたみ・調理等の家事に参加している。今年の干支や季節・行事の作品を利用者と一緒に手作りして飾り、季節感や家庭的な温かみを感じられる。広く長いテラスや施設内の機能訓練室も活用し、生活空間を広く設け、身体機能の低下予防に取り組んでいる。	
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	家具福祉用具を導入している		
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	ご家族様の協力を得て持参して頂く	各居室は大きな窓からの自然光で明るく、ベッド・クローゼット・洗面台等が備え付けられている。家族の協力を得て、筆筒・鏡台・テレビ・冷蔵庫・家族写真等、使い慣れたもの・馴染みのものが持ち込まれている。入居後に制作した自身の作品や職員から贈られた手作りの誕生日カード・クリスマスカード等も飾られている。利用者個々のADLの現状に応じて、家具の配置や福祉用具の導入を検討しながら、安全に自立した生活が継続できるよう支援している。可能な利用者は職員と一緒に居室の掃除やシーツ交換を行い、生活感と生活リハビリを取り入れている。	
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	家具福祉用具を導入している		