

### 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	2871500514		
法人名	社会福祉法人淡鳳会		
事業所名	グループホームフローラ		
所在地	兵庫県洲本市鮎屋字久シ原636番地		
自己評価作成日	令和4年12月3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	<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5年2月20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)】

事業所の理念「人を思いやる笑顔」を全職員忘れず、季節感と家庭的な雰囲気を感じて頂ける様に、行事や空間づくりに心掛け利用者様に喜んで頂ける様に日々頑張っています。又、食事を外部発注する事で、調理の時間を短縮する事で、利用者様と関われる時間を増やしました。現在、新型コロナウイルス感染症の為、家族を招いての行事や、外出行事など、制限されていありますが、出来る範囲で利用者様が楽しく日々を過ごせるように今後も職員一同努めていきます。

#### 【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)】

広い共用空間は、大きな窓から外の景色が見え採光がよく明るく、利用者と一緒に制作した季節の作品を飾り季節感を大切にしている。ラジオ体操・歩行運動・個別レクリエーションを日課とし、毎月の行事とイベント食、季節の花を観賞するドライブ等、利用者が日常生活の中で楽しみ、機能低下を予防できるよう工夫して取り組む。会議・研修・訓練が定期的実施され、PDCAサイクルにもとづいたケアマネジメントが行われている。職員の定着がたいへん良く、利用者との馴染みの関係を構築し、細やかな個別支援につなげている。母体である医療機関との連携により、往診・入院時の医療連携体制を整備している。毎月個別の「フローラ便り」を発行し、感染予防対策をとりながら家族との面会や外出を徐々に再開し、家族との関係継続の支援にも努めている。

### 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 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、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	出勤時に事業所理念、法人理念を唱和し会議時に意見交換を行うようになっている。	法人・グループホームの理念を作成し、法人理念に地域密着型サービスの意義を明示している。施設玄関ホールと各ユニットに掲示し、毎朝の申し送り時に唱和して共有を図っている。ケースケア会議の中で検討する時は理念に立ち戻り、また、理念にもとづいた月間のフロア目標を設定してフロア会議で振り返る機会を設け、理念の実践に向け具体的に取り組んでいる。	
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	新型コロナウイルス感染症の為、音楽療法、ミニデイサービス、ボランティア団体の受け入れが出来ていません。又、老人会が無くなった為、百歳体操が無くなりました。行事で、地域で行われている鑑賞会などタイミングが合えば参加しています。	通常は、ミニデイサービスや地域行事への参加、音楽療法等ボランティアの来訪、地域行事への参加、施設行事への地域住民の招待、いきいき100歳体操のためのスペース提供等、地域交流・地域貢献を行っている。コロナ禍以降は、運営推進会議への参加、トライやるウィークの受け入れ、ドライブ外出等、可能な方法を工夫して地域とのつながりを継続できるよう取り組んでいる。	
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	2か月に1回の運営推進会議に出席して頂いている地域の方とお話をしたり、トライやるウィークの受け入れをしています。		

グループホームフローラ

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
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回開催している運営推進会議の構成員に利用者様、ご家族様、地域住民2名、地域包括支援センター、介護福祉課の方に参加して頂き事業所からの報告をし、会議録は事業所前に設置し観て頂けるようにしています。又、運営推進会議の案内は、毎月のお便りに入れてあります。	利用者・家族代表・地域代表(地域住民・町内会会長)、市の介護福祉課職員・知見者・グループホーム管理者・フロアリーダーを構成委員とし、2ヶ月に1回開催している。利用者の参加は見合わせている。会議では、前回の議事録・会議資料・行事等の写真を配布し、利用者・職員状況、行事・事業所の状況や取り組み等を報告している。会議が開催できない時(令和4年度は8月10月)は、構成委員に郵送している。議事録ファイルを玄関ホールの事務所前に設置して公開している。毎月発行している「フローラだより」に開催案内を掲載し、家族代表以外にも参加を呼びかけている。	
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	2か月に1回開催している運営推進会議にて報告し意見やアドバイスを頂いています。又、介護福祉課、地域包括支援センターに問い合わせの電話、内容によっては、直接窓口に行き相談しています。	運営推進会議に、市の介護福祉課から参加があり連携している。市からメールによる新型コロナ関連の情報提供を受け、また事業所から必要な報告等を行い、事業所の感染対策に反映している。質問・相談・報告等があれば、介護福祉課に電話や訪問を行い、情報交換したり助言を受けている。福祉的支援を要する利用者について、市の保護課と協働して支援している。	
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	毎月1回のケース・ケア会議の中で定期的に勉強会をして実施しています。やむを得ない場合は定められた手続きをし、記録を取り解除に向けて話し合いを行っています。	「身体拘束適正化の指針」を整備している。通常はケースケア会議で「身体拘束適正化委員会」を実施し、拘束事例がないことを確認し、適正化に向けた検討を行っている。事例がある時は、フロア会議(毎月)の中で身体拘束適正化委員会を開催し、解除に向けた検討を行っている。参加できなかった職員には議事録の閲覧により周知を図り、閲覧印により周知を確認している。年間研修計画に入れ、年2回「身体拘束・高齢者虐待」についての研修を、ケースケア会議の中で実施し、研修資料を配布し説明している。参加できなかった職員には研修資料を配布し、周知を図っている。外出の希望があれば、敷地内の散歩等で戸外に出て、閉塞感を感じないよう支援している。ドライブの機会も設けている。	家族への説明については、記録に残すことが望まれます。

グループホームフローラ

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
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	定期的に、チェックリストを実施し、自己の振り返りを行い、会議時に勉強会を行っています。	上記の方法で、年2回「身体拘束・高齢者虐待」についての研修を実施している。施設の虐待防止委員会に管理者が参加している。法人全体の取り組みとして、チェックリストによる自己評価を年に数回実施し、不適切ケアの防止について意識向上に努めている。法人のストレスチェックの実施、フロア会議での利用者の支援方法についての検討等、職員のストレスや不安がケアに影響しないように取り組んでいる。	
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	勉強会にて説明し全職員が理解できるようにしています。	研修の中で成年後見制度について学ぶ機会を設け、今年度も研修を予定している。現在、制度を活用している利用者があり、事業所として制度利用を支援している。今後も、制度利用の必要性や家族等からの相談があれば、管理者が窓口となり関係機関と連携して支援する仕組みがある。	
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	契約時に、利用者様、ご家族様に説明し納得のうえ署名、捺印をして頂いています。契約解除に関して入院時の期間は明記していませんが、契約時に説明の時間を十分取るようにしています。改定等があった場合にも説明を行っています。	入居希望があれば、相談室でパンフレットや料金表等を用いて説明している。契約時には、契約書・重要事項説明書・各種同意書や指針等の内容を説明し、文書で同意を得ている。重要事項説明書は全項目について、丁寧な説明に努めている。契約内容を改定する場合は、改定内容を文書で通知している。	

グループホームフローラ

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
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	利用者様とコミュニケーションを取り、話しやすい環境を作るようにしています。又、家族様面会時や電話にて要望や意見を伺うようにし、その内容は申し送りにて全職員に伝えるようにしています。運営推進会議には、利用者様、家族様代表に出席して頂くようにしています。	利用者の意見・要望は日々の会話の中で把握に努め、個別に対応している。家族の面会時(ガラス越し・短時間)や電話連絡時に近況を報告し、家族の意見・要望の把握に努めている。利用者個別の「フローラ便り」に、写真を掲載して生活の様子等を記載して毎月郵送し、意見・要望が出やすいように努めている。把握した意見・要望等は「申し送りノート」で共有し、個別に対応している。運営推進会議に家族の参加があり、外部者に意見を表す機会を設けている。	
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	ケース・ケア会議等で意見や提案を聞き、法人内合同会議にて報告しています。	リーダー会議・ケースケア会議・フロア会議を月に1回開催し、職員の意見・提案を、利用者のケア・業務に反映できるよう取り組んでいる。ケースケア会議・フロア会議には職員ほぼ全員が参加し、参加できなかった職員は議事録を閲覧し、閲覧印で周知を確認している。日々のケアや業務の中で検討事項があれば、経過や決定事項をフロアの申し送りファイルで共有している。必要時には、管理者が随時面談を行い、個別に意見・提案を聴く機会も設けている。月に1回の法人合同会議で、各事業所の職員の意見・提案を共有する仕組みがある。	
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	国家資格取得者に法人より祝い金給付、資格手当支給また、3年に1度勤務成績優秀賞を設けています。		

グループホームフローラ

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
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	新型コロナウイルス感染症の為、外部講師の研修が出来ていない為、勉強会にて、研修を行っている。		
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	グループホーム交流会や他施設見学をして情報交換を行うようにしています。		
<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	入居前の生活の状況、生活歴、入居後の希望などゆっくり話してもらえるように時間を作るようにしています。		
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	問い合わせ時や見学、面談時、その時の状況に合わせてゆっくりお話を聞かせてもらうようにしています。		
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	他の事業所と連携を取り利用者様、ご家族様の希望に添うできるようにしています。		
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	日々の生活の中でコミュニケーションを取り、お互いに話しをしやすい環境を作るようにしている。		
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	新型コロナウイルス感染症の為、家族参加の行事が出来ない状態。面会については、ガラス越しで短い時間で出来る様に最近なりました。早く治まり、家族行事が出来る様になりたいと思います。		

グループホームフローラ

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
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	ご家族様に協力して頂きながら、美容院など、今迄馴染みのある所へ行って頂いている。	通常は、家族や(家族の了承の下で)友人・知人の面会、家族参加の行事(夏祭り・クリスマス会)、ミニデイサービスへの参加、家族との外出支援(墓参り・一時帰宅)等、馴染みの人や場所との関係継続を支援している。現在は、ガラス越し短時間での家族との面会、電話・携帯電話での会話、家族との外出(理美容院・通院)、地域へのドライブ等、可能な方法で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	利用者様同士でお話したり、歌を唄ったりと自由な時間を過ごして頂き、職員はその時の状況に合わせて声掛けしトラブルが無いように心掛けています		
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	年始のご挨拶は行うようにしています。		
<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	利用者様の心身の状況や希望などに合わせ、今迄の生活リズムに添うような支援が出来るように心掛けています。	入居時の「基本情報」の「生活歴」等から、利用者の思いや暮らし方の希望の把握に努め、介護計画や支援に反映できるよう取り組んでいる。日々の会話で把握した内容は、介護記録やフロア会議等で共有している。把握が困難な場合は、入居前のサービス事業所からの情報や家族の意見等を参考に把握に努めている。	入居後の日々の会話等で把握した情報を「基本情報」に追記する等、蓄積した情報を人物像の共有や個別支援に活かされてはどうか。

グループホームフローラ

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	利用者様、ご家族様から今迄の生活の様子をお聞きし、了解を得て他の関係者よりも情報を頂いています。		
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	利用者様の生活の様子は職員間で共有し、常に新しい情報を申し送りする様にしています。		
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	利用者者、ご家族様の希望を聞きながらその時の状況に合わせた実現可能な内容、継続できる物を作成し、モニタリング後計画継続か否かを記入しています。	入居時の「基本情報」をもとに、初回の介護計画・日課計画を作成している。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。毎月、「評価表(モニタリング・実践記録表)」で、モニタリングと自立度等の変化の確認を行っている。初回は3ヶ月後に、以降は基本的には6ヶ月毎に介護計画の見直しを行っている。介護計画の見直し時には、毎月のモニタリング結果、6ヶ月ごとの総合評価、アセスメントシートによる再アセスメントをもとに、サービス担当者会議を開催している。サービス担当者会議には看護師の参加があり、主治医の意見等医療的な内容も介護計画に反映している。	計画にもとづいたサービスの実施が明確になる記録方法の工夫が望まれます。
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	介護日誌、個人チェック表は個人ファイルに綴じ全職員が確認できるようにしています。		
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	病院受診、買物同行、金銭管理など利用者様、ご家族様の状況に応じてサービスを提供させて頂くようにしています。		
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	地域イベントの参加、ボランティアの方が来所してくれます。		



グループホームフローラ

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
30	(14)	<p>○かかりつけ医の受診支援</p> <p>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</p>	<p>契約時、協力病院の内容、健康診断、往診について説明し理解して頂いています。</p>	<p>契約時に、事業所の協力医療機関について利用者・家族に説明している。協力医療機関から月2回の内科往診、年2回の健康診断、また、希望に応じて歯科往診を受けられる体制がある。他科や入居以前からのかかりつけ医への通院による受診は、基本的には家族が通院介助を行うこととしているが、状況に応じて事業所が支援している。往診・通院の内容は「受診記録(受診前の身体状況・受診の内容)」に記録している。介護日誌・申し送りファイルにも記録し、職員間で情報共有している。週1～2回看護師の配置があり、健康管理・往診対応等、医療連携を行っている。</p>	
31		<p>○看護職との協働</p> <p>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</p>	<p>週1・2回看護師が勤務しています。不在時は、協力病院に連絡し指示をもらっています。</p>	/	/
32	(15)	<p>○入退院時の医療機関との協働</p> <p>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。</p>	<p>協力病院は、車で5分以内の場所にあり、日頃から医師、看護師との連携を密にし、入院時も利用者様の情報を共有し相談をしています。</p>	<p>協力医療機関が近隣にあり、基本的に協力医療機関に入院している。往診等で日頃から情報共有ができており、入院時には介護サマリーでも情報を提供している。入院中は、管理者が協力医療機関の地域連携室を訪問して情報交換し、早期退院に向け連携している。退院前は、地域連携室との情報交換と共に、利用者の現状の確認を行っている。入院中や退院前の状況は、申し送りファイルで職員間で情報共有している。退院時には看護サマリーの提供を受け、退院後に介護計画の見直しを検討している。</p>	

グループホームフローラ

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	終末期のあり方については、契約時に事業所の方針を文章にて説明し、利用者様が重度化した場合などは必ずご家族様と話し合いを行っています。	契約時に「重度化した場合の対応に係る指針」を説明し、事業所では基本的には看取りを行わない方針があることを説明している。重度化を迎えた段階で、主治医が状況説明を行い、家族の意向を確認し、今後の支援方針を話し合っている。法人内の特別養護老人ホームを含め、入所や入院先について情報提供し、利用者の現状に適したサービスへの移行に向け支援している。	主治医・家族との話し合いや移行に向けた経過等を、介護記録等の記録に残すことが望まれます。
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	マニュアルを作成し勉強会を行い緊急時に対応できるようにしています。		
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	マニュアルを作成し避難訓練を年2回行っています。又、運営推進会議には、地域の協力をお願いしています。	年2回、施設合同で、昼間・夜間想定での火災・土砂災害対応訓練を実施することとしている。令和4年度は、消防署立ち合いで、昼間想定での火災・土砂災害対応訓練を実施している。年度内に、夜間想定での訓練を計画している。訓練前に計画書(手順書)を作成し、全職員に配布している。年間研修計画に沿って、「非常災害について」の研修を実施している。地域の協力が得にくい環境にあり、施設内で宿直者を配置し、職員連絡網を整備している。相談室の冷凍庫と各フロアに、水・食料・備品等を備蓄している。	訓練実施後は、総評等を記載した訓練の実施記録を作成し、参加できなかった職員も含め、全職員に周知す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	契約時に個人情報の使用の同意を得て、条件の範囲内で使用する様にしています。	年間研修計画に沿って、「接遇」「認知症」「身体拘束・虐待防止」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。チェックリストによる自己評価でも、不適切な言葉かけや対応についての意識付けを定期的に行っている。写真・映像の使用については、契約時に口頭で家族の意向を確認している。	

グループホームフローラ

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	利用者様と話をする時間を多くとるようにし、自分の気持ちを話しやすい雰囲気を作るようにしています。		
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	利用者様の日々の様子や話を聞きながら希望に添うようにしています。		
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	利用者様の好きな服を選んで着て頂いたり、買い物外出で服を買いに行ったりしています。又、月1回地域の美容院から訪問して頂いています。家族様と馴染みの美容院に行かれる方もいます。		
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	食事を外部発注していますが、月に一回は、行事の時に、利用者の希望を聞いて、季節感のある食事を提供しています。	炊飯と汁物調理は各フロアで行い、食事は外部発注により湯煎調理して提供している。食事形態への対応は、各フロアで行っている。感染予防対策とし、現在は、食事の準備や後片付けへの利用者の参加は休止している。月に1回、行事の時に、行事に因んだ献立や利用者の希望に沿った献立でイベント食を企画し提供している。	
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	食事チェック表を確認しながら食事量、水分量、食事形態など利用者様の状態にあわせています。		
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	1人で行ける方、声掛けが必要な方、介助が必要な方、その方に合わせて、毎食後行っています。		

グループホームフローラ

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
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	排泄チェック表を確認し声掛けし介助にてトイレ誘導を行っています。	ほぼ自立からベッド上での介助まで、排泄の自立度に個人差が大きい状況である。個人ケアチェック表で排泄状況や排泄パターンを把握し、昼間は、基本的にはトイレでの排泄を支援している。検討事項があればフロア会議で検討し、利用者の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。年間計画に沿って「排泄場面における認知症ケア」研修を実施し、プライバシーや羞恥心への配慮等について学ぶ機会を設けている。トイレのドアの外側にカーテンを設置し、環境面でも羞恥心への配慮を行っている。	
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	水分補給をしっかりと行い、状況によっては、水分量のチェックをしています。又、一日2回のラジオ体操、歩行運動にも参加を促しています。		
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	週2回曜日固定ですが、利用者様の体調に合わせて曜日変更や清拭を行っています。	一般浴槽の個浴で、週2回の入浴を基本としている。曜日で入浴予定を作成しているが、体調や気分に応じて柔軟に対応し、個人ケアチェック表で入浴状況を把握している。ADLの低下や体調等から浴槽での入浴が難しい場合は、シャワー浴で対応している。	
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	事業所の一日の流れはありますが利用者様の希望、体調に合わせているようにしています。		
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	個人ファイルに薬の説明書を綴じ、別に薬ファイルを作成し内容を詳しく記入し職員間の申し送りも必ず行い、薬変更等があった場合は、ホワイトボードに記入する様になっています。		

グループホームフローラ

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
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	利用者様同士話をしたり、歌を唄ったり、又、居室で読書をされたりと、利用者様のペースで過ごせるように声掛け、見守りをする様にしています。		
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	季節、天候、利用者様の体調にあわせ野外に出て季節の花や景色を観て頂いたり行事にて外出するようにしています。	コロナ禍のため通常の外出は行えていないが、利用者の希望や天候に沿って、施設周辺や敷地内の散歩に出かけたり、桜・梅・紅葉等を楽しむドライブ外出を行う等、外出の機会づくりに努めている。	
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	事務所にてお小遣いをお預かりし、外出時や欲しい物がある時は購入させてもらっています。		
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	電話での支援はありますが、手紙の支援は、事業所からは特にしていませんが、家族様から返信用封筒にての投函などは、させて頂いています。		
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	広くゆったりとした共有空間で大きな窓から外の景色が見え太陽の光が入ってくる中でお話をされながらテレビをみたり、彼桶や塗り絵をされています。又、季節感が分かりやすいように壁には飾りをしています。	共用空間はゆったりとした広さがあり、大きな窓から外の景色が見え、採光が良く明るい。次亜塩素酸の噴霧器を設置し、感染予防対策を行っている。利用者と一緒に作った季節の飾りを壁に飾り付け、季節に因んだ月の行事を行い、生活に季節感を取り入れている。シルバーカー等でも安全に自由に移動できるよう動線を考慮し、適所にテーブル席・ソファ席等を配置している。利用者の相性や希望に沿って配席を工夫し、居心地よく過ごせるように配慮している。	

グループホームフローラ

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
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	日当たりの良い場所にソファを置き、1人で座りくつろいだり、2・3人で座り話をされています。		
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	利用者様、ご家族様から話を聞き、使い慣れた物、愛着のある物を持って来て頂くようにしています。	居室は広く、ガラス扉からの採光で明るい。ベッド・クローゼット・キャビネット・ナースコール等が備え付けられている。テレビ・寝具・家族の写真・人形等、使い慣れた物や馴染みの物等、持ち込みが自由に行われている。居室内の移動を考慮して家具の配置を工夫し、居室の前にネームプレートと写真を掲示して部屋間違いを防止する等、安全に混乱なく生活できるよう支援している。	
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	利用者様一人一人のペースに合わせた対応が出来るように心掛けています。		