

# 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	2873500165		
法人名	光寿福祉会		
事業所名	グループホーム千手荘		
所在地	姫路市夢前町宮置819番地		
自己評価作成日	平成31年2月9日	評価結果市町村受理日	平成31年3月15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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action=kouhyou_detail_2018_022_kani=true&amp;Jigvo_svoCd=2873500165-00&amp;PrefCd=28&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action=kouhyou_detail_2018_022_kani=true&amp;Jigvo_svoCd=2873500165-00&amp;PrefCd=28&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

## 【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	姫路市安田四丁目1番地 姫路市役所北別館3階		
訪問調査日	平成31年3月1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)】

2000年に開業以来19年目に入りました。周りを山に囲まれた山麓にあり、春はモクレン、桜、新緑、秋は紅葉と季節を身近に感じられる自然環境の恵まれた空気の良い静かな環境にあります。地域との交流によりお互いに理解を深めています。利用者様にとっては生まれ育ち、生活の場であった夢前町で暮らされる事により、不安少なく顔馴染みで共通の話題の中で生活して頂ける事を願っています。職員一人一人、知識、技術の標準化を目指して研鑽を重ねて、利用者様、ご家族様を支えます。

## 【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)】

開設19年になる事業所は、法人理念である5つの取組の頭文字をとった『あいうえお』を念頭に認知症が重度になっても事業所でできる最善のことを管理者をはじめ職員間で考え、日々のケアに取り組まれている。平成31年3月末で、道路を挟んだ向かい側に併設する小規模多機能型居宅介護事業所の閉鎖が決まり、重度化が進む一方で設備面においても対応が課題と認識され、特殊浴槽等がある小規模多機能型居宅介護事業所へ1ユニットを移転する予定としている。地域との交流は、長年培った経験から月に2回のふれあい喫茶に参加するなど活発な地域交流が行われている。

## 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
<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	法人の理念、グループホームの基本方針を掲示し、職員一人一人が理解し、共有する事で、より良い支援の提供になる事を目指しています。	法人理念(5つの取り組み)や事業所理念(5つの基本方針)が居間やスタッフルームに掲示されており、職員はスタッフ会議などで共有し実践に取り組んでいる。今後は法人理念や事業所理念(基本方針)に基づく「実践テーマ(目標)」などボトムアップで設定して、定期的実践状況の評価や周知に取り組んでほしい。	
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	地元の自治会主催のふれあい喫茶に毎月訪問参加させてもらい、催しと一緒に加わることが出来て、世代間交流、同世代交流を持っています。時に昔はなしが盛り上がり、利用者様の元気な頃の活躍の様子を知ります。秋祭りへの参加も毎回出ています。校区の小学校、園児、の慰問や校区の運動会、地域の文化祭、音楽会に招待され参加しています。外出行事の中で、花見、買い物、喫茶、食事に出掛けています。	地域の自治会行事「秋祭り・ふれあい喫茶(毎月2回)」に参加して、地域交流が定着できている。校区の小学校や幼稚園の慰問もあり、運動会、音楽会などにも参加して交流の機会もある。今後事業所内でもふれあい喫茶(認知症カフェ)等についても、地域交流の機会として地域包括支援センターと連携して取り組んでみたいと伺えた。	
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	地域の方々の、介護やその他の相談を受け入れています。安心サポーター、トライやるウィークの受け入れています。ふれあい喫茶を通して、地域包括支援センターと協力して、認知症についての話や身近な問題から相談に応じています。		
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	年6回運営推進会議を開催し、現状報告、課題、その取り組みについて報告を家族代表、地域の民生委員さん、自治会代表の方、法人の代表、地域包括支援センターと意見交換を行い、サービス向上に努めています。拘束ゼロ宣言を掲げ日々、話し合い、工夫しながら取り組んでいます。	運営推進会議は小規模多機能型居宅介護事業所と合同で2ヶ月1回開催されている。メンバーには、自治会代表、校区民生協議会代表、民生委員、地域包括支援センター職員、法人代表、事業所管理者、関係職員などが参加されているが、家族代表の参加は少ない。小規模多機能型居宅介護事業所が3月で業務終了となるので、今後はグループホーム単独での開催となる。議題は実績や活動報告、その他意見交換となっている。	運営推進会議は事業所のサービスの質の向上に向けて、地域代表者や関係者、利用者・家族等の意見や要望を聴く機会となっている。今後は議題の工夫や多数の家族参加の取り組み(会議の案内・議事録の配布等)にも期待したい。
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	地域包括支援センター、市の介護保険課、地域包括支援課との連携により指導助言、協力を頂いています。	行政の関係部署とは日常的にホーレンソウ(報告・連絡・相談)などで協力関係に努めている。運営推進会議に地域包括支援センターの職員が参加されているので、行政の窓口として相談や連絡などで協力いただいている。定期的に開催されるグループホーム連絡会にも毎回参加して、研修や意見交換を行っている。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るために、運営推進会議録や広報誌などの配布にも取り組んでほしい。	
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	新他拘束排除宣言を掲げ、身体拘束ゼロを目指し日々取り組んでいます。やむを得ない身体安全の為に一時的にでも実施する場合は同意書を頂き、家族の意向と遵法に沿っています。玄関の施錠は基本しない方針ですが、不穏状態が続きなおかつ帰宅願望が強く出ようとしている時はやむを得ず安全の為施錠する場合があります。	7月に身体拘束に関する研修が実施された。法人に虐待拘束委員会があり年に2回開催されて、担当委員が参加して不適切ケアの防止など周知がされている。玄関の施錠は利用者の状態により弾力的な取り組みがされている。玄関以外は開放して自由に出入りができる。現在は拘束の事例は無い。運営基準が改正されて、身体拘束等の適正化として、委員会を3ヶ月1回以上の開催と周知、定期的な研修の開催、拘束に関する同意や記録の整備、指針の整備などが定められているので取り組んでほしい。	

自己 評価	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逃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	事業所に虐待拘束委員会があり、今年度は当グループホームが担当となり勉強会を開きました。職員達が、資料作成を行う中で、それぞれ研鑽しました、その研鑽により知識が増え重ねて意識も向上になり、身体拘束や身体暴力、暴言だけが虐待という考えはなく、幅広く捉えられるようになりました。	法人に虐待拘束委員会があり年に2回開催されて、担当委員が参加して不適切ケアの防止など周知がされている。虐待防止委員会の資料作りで勉強会を開催し、知識や意識の向上に役立っている。職員のストレス対策では、管理者は日常的に気を配り声かけなど意識して行っている。	
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	後見人制度を利用しておられる利用者が居られ、後見人制度の事は職員達も認識しています。個人情報に関する研修を行い、個人情報保護についてのマニュアルを配布しています。	成年後見制度の利用者が1名おられる。権利擁護に関する研修を2回開催し、個人情報マニュアルの配布もしている。成年後見制度の研修を3月中旬に行政書士により開催予定されている。パンフレットを整備し、職員や利用者・家族等も閲覧・持ち帰りできるように取り組んでほしい。	
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	契約の締結、解約又は改定などの際は十分な説明を行い理解を得られる様に努めています。重要事項説明書、契約書は利用者(家族)、事業所と一部づつ保管しています。	今年度新規入居者が3名おられた。契約は基本的には見学をしていただき、重要事項説明書、契約書により管理者が丁寧に説明し対応している。重度化や終末期の対応についても、事業所でできること、できないことを説明して同意を得ている。多くの利用者はかかりつけ医で家族の受診支援が行われているが、「緊急時の意思確認書」の整備をして、適切な医療搬送ができる取り組みにも努めてほしい。	
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	契約時、利用中に苦情などがある場合にはどの様にすれば良いか説明しており、各ユニットの玄関には意見箱を設置しています。家族会会議、運営推進会議、面会時、電話時に意見要望を直接に伺い内容を十分に傾聴して真摯に受け止めて更なる取り組みに活かしていきます。	利用者の声を聴く機会として「寄り合い」を月1回行っている。担当職員は利用者の思いや意向を把握して対応に努めている。家族には担当職員から「コメント入りのおたより」を郵送して、要望や意見をいただいている。アンケートなどで家族の意見・要望を受ける機会はない。玄関には意見箱も設置しているが運営に反映できる意見はない。年1回は行事などの際に家族会(交流会)も開催し、意見・要望を受けるようにしている。家族の運営推進会議への参加を促す取り組みにも努めて、意見・要望などが運営に反映できる機会としてほしい。	
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	毎月一回以上のスタッフ会議、随時のカンファレンスにて職員の意見、提案を話し合っています。又法人の代表者との面接も行っています。	日常的には申し送り時に意見・提案を聞いている。月1回のスタッフ会議や随時のカンファレンスでも話し合っている。年1回程度は自己申告などを基に職員面接の機会も検討してほしい。運営に反映できた事例では、行事や創作活動などのアイデアが活かされている。	
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	職員個々の実績、取り組み、努力、勤務状況を把握し、職員の意見を聞き、職場環境の整備を行っています。又労務士と契約を結んでいます。		

自己 評価	第三 者	項目	外部評価	
			自己評価 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	各職員の力量を把握し、応じた研修を受け、他の職員に伝達して、周知を全員が出来る様に図ります。又先輩職員から現場で技術指導を行っています。	
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	姫路市グループホーム連絡会に加入しており、研修参加や情報交換を行っています。併設の小規模多機能施設との連携は濃密で、市内の特養、デイサービス、居宅支援事業所とも連携しています。	
<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	生活環境の変化に不安や戸惑いが特に見受けられ、BPSDの出現で不穏状態になられる事が多いです、根気よく利用者に寄り添う姿勢で、気持ちや訴えを何度でも聞きながら一緒に考えどう暮すかを考えて、家族の思いも受け止め連携を密にして少しずつ慣れてもらえる様に焦らず信頼関係の構築に努めます。	
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	ご家族様からご本人の生活歴、好み、要望を伺いながら、本音を話せる雰囲気作り心がけます。家族会を開き家族様同士の繋がりも出来る様に配慮します。	
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	入所前後に、御本人、ご家族様と面談を行い、細かいアセスメントにより支援の方向性をご本人ご家族様、スタッフと話し合い、その後の様子を観察しながら、カンファレンス、再アセスメントを繰り返す事も行います。状態によっては生活に役立つよう福祉用具の検討も行い、安心できる生活へと図ります。	
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	24時間日々の生活全般に亘り職員と共に生活していると感じてもらえる様にいつも寄り添い、声掛けや日常の共同作業を行い、馴染みと落ち着きを自然に感じて頂きます。或る時は疑似家族を感じてもらい気兼ねや遠慮なく、自分の担当職員に言える関係を持ちきめ細かいケアを提供します。	
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	毎月、モニタリング形式の状況報告を担当職員が作り、広報の機関誌と一緒に近況の報告を送付しています。受診はあ家族様負担の協力をお願いし、年に数回の行事に参加を呼びかけ、その時に家族会を行っています。	

自己 評価	第三者 評価	項目	外部評価		
			自己評価 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	外出の機会を体調や、ADLに合わせて企画して実施しており、地域の行事、ふれあい喫茶への参加は旧交を温めています。以前からの友人の面会があり半日一緒に過ごし、お互いの思いや世間話が来ています。同じ夢前町からは嫁いだり嫁がれたり、共通の話題に事欠きません。	馴染みの人との関係継続では、家族や親戚、友人、知人の面会もあり、新たな馴染みや関係づくりに、地域の行事「秋祭り・ふれあい喫茶(毎月2回)」に参加して交流が定着できている。校区の小学校や幼稚園の慰問もあり、運動会、音楽会などにも参加して交流の機会もある。家族の支援で一時帰宅や法事、墓参り、行きつけの理髪店等に行かれる人もいる。	
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	話し易い方達同士の席を近くにして遠慮なく会話が出来る様に配慮しています。テーブルの配置換えや、お互いの様子を見ながら席替えをする事もあります。新しく入所され、慣れない方には職員が会話や交流のお手伝いをします。		
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	グループホームでの利用が困難になり、併設の特養に入所された利用者様は法人の年間行事で一室に会す機会があります。他の施設、病院に入院、医療施設への入所後も、相談に応じて必要な情報提供をして関係は続いています。		
<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	各利用者様の担当職員は日常会話や訴え、行動、表情の中からその方の思いを察し、受け止め、把握してゆき、モニタリングしながらカンファレンスを持ち処遇改善に繋げています。同時に家族の意向も確認して状態の変化に対応しています。	管理者や担当職員が日常的には会話や希望を聞いて対応している。意思表示が困難な人には、行動や表情から把握して、申し送り時やモニタリング、カンファレンス時にも共有できるようにしている。新規入居者や意思表示が困難な人には、一定期間を設定して職員全員が「思いや意向の把握」に係わり、情報共有できるしくみづくりに取り組んでほしい。	
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	ご本人様、ご家族様から今までの生活歴伺い、仕事、暮らし方と大事な思い、こだわり等や、サービスの利用等を聞き取り、今までと出来るだけ大きく変わらない様な生活をしてもらえる様に支えます。又日々の何気ない話からも情報を得てサービスに活かせる様にと取り組んでいます。得た情報の保護に配慮を怠りなくします。		
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	日課のスケジュールを目安にして一人一人の生活のペースとその日その時の状態、状況に応じて対応します。各職員が周知出来る様に申し送りノートともし送りにて共有しています。		
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	担当利用者を一人か二人の担当制を敷きご家族、主治医との連携をしており、状態の変化、ニーズを掴む。毎月家族に送付するお便りや近況の報告とADL、iADLの状況、短期目標達成状況等を加えモニタリングとしています。介護計画の原案は、介護支援専門員、計画作成担当者、職員、と検討しています。	利用者ごとに職員担当制で状態把握やケア記録をしている。モニタリングは定期的に担当職員が行い、介護計画の見直しは、介護支援専門員や計画作成担当者、担当職員で6ヶ月1回行われている。利用者・家族の意見や関係者(主治医、看護師など)の意見も反映されている。担当者会議の記録を残したり、短期目標に利用者の思いや意向の反映ができるように、チームでつくる介護計画作成のしくみづくりに努めてほしい。	

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
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、状態を記録し、問題点、気づき、を担当職員を中心に検討の機会作り早期の対応、プランの見直しに反映している。申し送りを日に3回行い情報の共有を図っています。		
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	その時その時に応じ、利用者様にとって何が必要かご本人、ご家族の思いを受け止めながら、固定概念や施設の習慣に捉われない柔軟な対応をします。例えば、①重度化が進み施設の家庭風呂では対応が困難になった方、隣の施設の機械浴を使わせてもらい対応する。②車椅子使用だがリハビリで歩けるようになりたい、歩けたら自宅で暮らしたいと思う方は主治医と連携し、訪問マッサージを利用し、看護師や職員が歩行リハビリに協力する。③足湯を毎日実施する。④家族が感染症に罹り通院が出来ない時近医に連絡し職員により通院介助する。等の対応があります。		
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	町内の理容店が有償ボランティアで月に1度訪問があり、利用が利用できる。地域のお店で衣類など購入し寸法直しなども受けられて利用される。地域行事、お祭り、ふれあい喫茶、文化祭出品、許される範囲の参加で楽しんで貰っています。市の高齢者優待カードの活用行います。		
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	入院時の医療連携シートにて情報を医療に伝えて、病院の地域連携医療室と情報交換しています。かかりつけ医の医療機関を本人、家族の意向や希望に沿い情報の提供行い、医療機関へ口頭、文面で繋いでいます。家族も高齢や遠方の場合には往診を利用され、支払い、薬の受け取り等無理の無い程度の負担をされています。救急搬送時、車椅子利用の場合等出来る限りの配慮で職員が付き添う場合もあります。希望により介護タクシーの手配を行う事もあります。	かかりつけ医は利用者・家族の希望で全員継続され、現在5名の利用者が往診を受けておられる。基本的にはかかりつけ医の受診は家族が行うが、状況によって職員が同行したりする場合がある。受診に必要な情報は「医療連携シート」を活用している。受診情報も受けて記録したり、週3回の訪問がある看護師との連携ノートで共有もしている。	
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	専任の看護師は居りませんが、併設の小規模多機能施設の看護師が週に3回様子を見に来てくれ、相談、助言、医療的な処置をお願いできます。かかりつけ医との連携で指示、指導、処方を受けています。		
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。	入院時は担当の職員が情報提供、面会、状態の把握、病院の看護師、栄養士、医師、メディカルソーシャルワーカーから情報提供され、退院に向けて意見を聞いています。退院前カンファレンスに参加しています。退院後に介護計画書3表の提出しています。	入院はかかりつけ医が紹介して医療機関とも連携できている。必要な情報は「医療連携シート」を活用して提供している。入院中は管理者や担当職員がお見舞いや医療機関の関係者と情報共有している。退院時はカンファレンスに参加したり、介護サマリーで情報把握して受け入れに努めている。	
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、事業所です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	終末ケアについては入所時に説明しており、状態変化時には十分な説明相談しています。主治医からご意見、指示を仰ぎながら医療機関へ相談、特養への申し込み、紹介をしています。同法人の特養の入所会議に参加して報告、連絡、相談をしています。見取りケアについては体制が十分に整っていない現状ですが、延命、終末についての意思確認書を交わして、出来る限りの生活支援の中でご本人ご家族の思いに寄り添う様に努めています。	契約時に重度化や終末期対応について、できること、できないことを説明して「意思確認書」を交わしている。法人としては看取り介護は行うとしているが、体制が十分整備されていない。今後は、法人が中心となり事業所としての重度化や終末期に向けた指針の文書化や看取り介護に向けての取り組みにも努めてほしい。ターミナルケアに関する研修はされている。	

自己 番号	項目	自己評価	外部評価
		実践状況	実践状況
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	緊急対応マニュアルを準備して、法人、荘内研修を通して、積極的に参加しスキルアップに取り組んでいます。気道確保、人工呼吸、心臓マッサージ、のど詰めの対応、等日常の業務の中で方法を伝えています。	
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	消防署職員立ち合いで避難、消火消防訓練を併設の小規模多機能施設と合同で実施しており、夜間想定避難訓練も実施しています。火災報知機の検査確認は年に2回スプリンクラーの点検と共に専門家により行っており、火災通報装置は自動で消防署に通報されるシステムを導入しています。地域の消防団、自治会長に消火器等の場所の確認がなされ、警報により自動で代表者に連絡が入る仕組みです。災害については避難準備情報が出た時点で利用者を安全な場所へ誘導し夜間は安否確認し易い状態を確保する事を周知しています。	消防訓練を合同(小規模多機能型居宅介護事業所)で昼夜想定で年2回実施されている。1回は消防署の立会い指導等も受けている。10月に避難訓練と炊き出し訓練を、家族や地域の協力を得て実施する予定であったができていない。運営推進会議で自治会などに災害時の協力の依頼もしている。避難準備・高齢者等避難開始情報が出た場合などの対応フローチャートは作成されている。非常災害対策計画の義務化がされているので、法人と連携して計画の策定や土砂災害などを想定した避難訓練にも取り組んでほしい。
<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	生活歴と人権を尊重し、個々に合った言葉かけと対応を心掛けている。トイレ、おむつ交換の場合には扉、カーテンで保護し介助が必要な場合も配慮してさりげなく見守り、求めや必要に応じて介助を行います。入浴は個室で異性への配慮を行います。個人情報保護についての研修を行っています。	利用者に会った言葉かけについては、日々のケアの中で管理者が気を付けて指導をしている。個人情報保護に関する研修やマナー研修は行われている。プライバシーの配慮については、居室の出入りでの声かけや、トイレ誘導時の声かけ、羞恥心にも注意している。入浴時は同性介助に努め、対応できない時は利用者の意向や同意を得て支援している。
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	訴え、申し出にしっかり傾聴し、その方その方の生活パターンに合わせています。気持ちの表現が上手くできない方、失語している方、認知症の重度化で言葉を適切に離せない方は表情や不快感の表現を察して出来る限り希望に沿い不快な思いは少なく共同生活をしてもらいます。	
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	起床時間、就寝時間は規則正しい生活の習慣化により大半の方のパターンに合わせて目安の時間はありますが、声掛けは行いが無理強いをする事は避けています。朝夕の歯磨き、洗面を声掛け援助して着替えは一緒に選む時に助言します。男性はほぼ毎日髭剃りしてもらっています。自分で出来る方は自分で電気カミソリで好きな場所ですてもらっています。	
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	季節に応じた衣服選び、一緒に衣類の買い物支援を行い、季節の入れ替えを家族か職員と一緒にします。行事の時の服選びは家族様、本人と相談して決めていきます。散髪の希望は本人に好み希望を理髪師に伝え満足してもらえる様にしています。髭剃りは電気カミソリにお願いしていますがカミソリを希望される方はお湯、石鹸、タオル、鏡を準備し近くで見守っています。	
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	利用者の嗜好を知り、給食委員会等を通じて栄養士に伝えている。荘内で月に1,2度おやつや昼食作りを行い、リクエスト料理も聞いて答えられる様にしています。食事の準備では簡単な盛り付けやおかず作りの野菜切など、一部の利用者様と一緒にしています。食器拭き、お盆拭きは、私がすると人気の作業です。所持中は出来るだけテレビを消してBGMを流し食事に集中、会話しながらの食事が出来る様に配慮しています。	食事は、特養の厨房で作られたものを併設する小規模多機能型居宅介護事業所と昼と夕方にかけて交互で取りに行き、事業所で食器に盛り付けて提供している。利用者の嗜好については、すき焼きやカレーなど月に1回は事業所で調理して提供しよう努められている。またおやつ作りも実施しており、『食』を通じた利用者との関わり合いに取り組みされている。朝食はパンを中心とした食事となっている事から、さらに利用者の希望が限りなく反映されるような取組が求められる。

自己 評価	第三 者	項目	外部評価		
			自己評価 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	栄養バランスとカロリーの管理は管理栄養士が行い、食事の形態で刻み食は厨房にて対応される。細やかな配慮は粥、一口大にするとかトロミはGHで提供時に行っている。食事、水分の量は個別の記録を残し、その方の状態により食事、飲水の量回数を調整し内容も飲みやすく誤嚥のリスクを下げる様にしています。一日の摂取量は個人差はありますが平均1Lから1.5Lを目標に、定期的、随時に提供しています。		
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	起床時、就寝前に個々のレベルに応じて口腔ケアを実施し、毎食後は口濯ぎを行い残差物の除去出来る様にしています。義歯の方は週に2回洗浄剤に浸け洗浄しています。誤嚥し易い方はガーゼやコットンで拭いています。 歯科医、歯科衛生士による口腔ケアの研修に参加し、実践に活かしています。		
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	個々の排泄パターンを記録する事で把握しその方に合った時間帯に日中、夜間と声掛けし誘導しています。状態の変化(悪化、改善)にも対応しています。一人一人のレベルに応じた失禁対策をしています。	排泄チェック表に基づいて、定期的な排泄ケアが行われている。トイレでの排泄ができるよう、安易な紙オムツの使用は避け、二人介助でトイレ介助を行うなど利用者一人ひとりに応じた自然な排泄に向けた取組が行えるよう努められている。また、日常生活動作に留意するとともに、夜間はポータブルトイレを設置するなど、利用者の羞恥心に配慮したケアに努められている。	
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	便秘の原因となる食事の内容、水分不足、運動不足にならない様に工夫を重ね、飲水の声掛け、介助を行い、体を動かせ易い、音楽体操、レクリエーション、を1日2回実施継続し足湯も行っています。事例として歩行リハビリが一人二人と増えていき、日課になって、歩く事で、ほぼ毎日自然な排便がでる様になった方があります。 主治医の指導の下緩下剤の使用を行っています。		
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	毎朝、バイタルチェックにて血圧、体温を確認して体調や状況を見ながら、時間限定行わず入浴を実施しています。季節に合わせた入浴剤を使い入浴を楽しんで貰い、保温にも配慮しています。冬季は午後、夏場は午前に入浴してもらう事が多いです。	入浴は、週に最低2回は入れるよう季節に合わせて、午前浴や午後浴が行われ2~3名の方が、順番で入浴されている。事業所には個浴がなく、重度の利用者は介護者2名で介助したり、シャワー浴を実施するなど、職員の努力がうかがえた。また、併設する小規模多機能型居宅介護事業所の機械浴を利用することもある。通常の入浴に加えて、足浴を実施している。職員の労力や介護事故などの観点からも、設備面で早期の改善が望まれる。	
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	何時でも希望されれば休んで頂ける様に居室の出入りは自由にしてもらっています。布団、シーツの清潔保持の為週に1度のシーツ、カバー交換行い、天気の良い日はお日様にあてて干しています。冬季の毛布、夏季のタオルケットなどご本人の希望に沿い家族様が持参されています。室温はエアコン、湿度は加湿器、濡れタオル等で調整しています。		
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	家族が持参された、処方箋、薬情を確認し施設にて管理し、1週間分を各担当職員が用意している。服薬はぬるま湯と薬を準備しその方の能力に応じた援助で服薬確認を毎食の当番職員が確認しています。状態の変化があれば都度家族様、主治医の連宅報告し指示を頂いています。		



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
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	個々の力量、生活歴、趣味を把握し把握し家事は分担しています。気候により外気浴をし、屋内での日光浴も行っています。併設の施設との合同行事やカラオケ、等頻繁にあります。ある方は細かいパズルが得意で長時間没頭され、ある方は計算問題、塗り絵等に取り組む姿もあります。気分転換にカラオケ店に行かれる方もあります。		
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	希望により買い物、喫茶、お出かけ、時に外食を実施し、小旅行を年1回企画し、ご家族の協力を得て少し遠出して外食やお弁当を食べます。同一法人の光寿園の広い庭園へ春は桜、秋は紅葉の見学に出掛けます。近隣の町、村のふれあい喫茶は恒例で皆様の楽しみの一つです。	年に1回家族の協力を得て、小旅行を計画し、お弁当を持って外出した事例のほか、月に2回のふれあい喫茶などの催しがある際には、事業所から出かける機会が設けられている。その他、気候がいい日には移転に伴い閉鎖された特別養護老人ホームの屋上を散歩するなどの取組が行われている。	現在の取組に加えて、日常的な買い物や外出、散歩など事業所から離れて五感を刺激するような機会が増えることが期待される。例えば、屋上散歩なども季節の花の水やりや家庭菜園の手入れや収穫など、単に散歩に行くだけでなく、動機づけを行うことを通して、さらに事業所のできるこの取組が増えることに期待したい。
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	概ね、金銭管理が困難な方が多く事務所にて保管管理しています。お金の事が多少理解され、少額を家族様同意の下自己管理されている方も居られます。買い物や、散髪、自動販売機などで支払されています。尚お預かりしている方もお出かけの時に一人づつの財布を用意して職員の立ち合いでお支払いしてもらっています。		
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	学習療法にてお習字、硬筆の練習、写経、をしています。手紙のやり取りは希望があれば行いますがほぼ電話の希望が多く随時電話が架けられるようにお手伝いします。		
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	共有の空間には季節、時季の装飾や掲示を毎月してご利用者の作品、イベントの(誕生日)写真を展示しています。各ユニットの要所要所に椅子、ソファを置き日当たりの良いところは日向ぼっこしながら世間話されたり、うとうとされたりしています。空気清浄器、加湿器を設置し、掃除専門の職員も配置して、お部屋、共有場所、リビング等の環境を清潔に整えています。	利用者がユニット間を自由に行き来して、利用者同士の交流が図れる作りや誕生日会や利用者が作った作品などを廊下に掲示されている。 空気清浄機や加湿器を設置するとともに、湿度計で室内の温度を管理している。 併設されていた特養の屋上にそのまま行ける造りとなっており、外気に触れ周りの山々の自然を感じることができる環境となっている。	
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	居室の出入りは自由で各ユニットの行き来も自由に制限なく自由にしてもらい、お互い行きたい時に行きたいところへ散歩、お話し、お茶したり思い思いに過ごされれています。野球、相撲、歌番組等好きな方同志、テレビの前に集まり楽しんでおられます。		

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
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	基本、自宅と同じような雰囲気でご過ごして頂くため、使い慣れた家具、道具、使って頂く様に伝えています。家族の写真、飾り物、鼻やぬいぐるみや大事な物は家族様、御本人で置いておられます。仏壇の持ち込みも可能です。	居室には、利用者の思いでの写真や遺影などが飾られており、利用者が家庭で使っていた家具などを持ち込むことができるよう家族へ説明されている。 開放的な窓からは、外の景観を眺めることができる反面、リビングから居室が見える造りになっている事から消防署に確認し、高さ1mほどの長さの暖簾をかけ外から直接見ることができないよう目隠しをするなど、プライバシーに配慮された工夫が行われている。	
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	動線上に障害になる物は置かない。トイレ、浴室、居室、確認し易い様に表示しています。ホーム内の移動が自分の意志、自力で出来る様に支援しています。又、徘徊や散歩は自由にしてもらい、必要な方には見守り、行動の制限はしていません。		