

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	2872600404		
法人名	社会福祉法人 真秀会		
事業所名	グループホーム なごやか		
所在地	兵庫県加西市下宮木町576		
自己評価作成日	令和元年10月10日	評価結果市町村受理日	令和元年12月10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	http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=2872600404-00&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	令和元年11月7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)】

終の場と選んでいただける施設を目指しています。看取り例も13年で27例となっています。生活の場としてとらえ、利用者の人となりを理解したケアをしていきたいと考えています。認知症ケアは介護と医療の両輪と考えています。そうすることでより良いケアを提供できると思います。そのために看護や介護が連携を取ることが重要であると考え実践しています。約1年半前より、兵庫県独自の認知症機能訓練のプログラムである4DAS(フォーダス)を取り入れることで、利用者様の経時的変化を客観的評価ができるような新たな取り組みを実践しています。

【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)】

利用者の暮らしを利用者が主役となるよう、専門性の高い医療介護スタッフのもと、日々良質なケアが行われている。地域に向けた絆カフェ(認知症カフェ)や認知症サポーター養成講座の開催など、隣接する地域密着型特別養護老人ホームとともに、地域貢献に向けた取り組みが積極的に行われている。また常勤看護師を3名配置しており、数多くの終末期や重度化の取り組み実績を通し、検証、振り返りを行いながら利用者の尊厳や家族と寄り添いながら質の高い医療と介護との連携が行われている。現在取り組んでいる4DAS(認知症機能訓練プログラム)を通した、質の高い認知症高齢者へのケアの実践や地域に向けた発信を通し、認知症ケアにとどまらない地域における高齢者介護の拠点となること、さらに期待できる事業所である。

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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	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	基本理念は、各フロア掲示板や玄関に提示しており、29年度に理念を変更した。29年度の4月には全体会議の中で話し合い、理念の共有を行った。また、新人スタッフに入職初日には理念について説明をしている。理念をふまえながら、スタッフ間で話し合い、ケアプランやレクリエーション等を考えている。	基本理念は各フロアや玄関に掲示されており、全体会議や新入社員にも法人の考え方や地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所の考え方を説明し、周知が図られている。グループホーム独自の理念は「主人公はその人」であると言う理念に基づいてスタッフ間で、日々のケアの中で振り返りが行われ、実践の共有が図られている。	
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人として日常的に交流している	近隣の児童が授業の一環としてボランティア来訪し、リコーダー演奏やゲームを披露して頂いている。外出支援時、レジにて支払いを利用者様ご本人にして頂けるよう支援を行い、店員さんとの交流が出来る機会を設けている。キャラバンメイトとして活動も行っている。地域の行事に参加や5年前よりRUN伴という認知症の啓発活動を北播磨で起こし、他事業者、地域と利用者様と一緒に活動をしている。真秀会は加西市の代表をしている。絆カフェ(認知症カフェ)を2015年の12月より月1回開催し、地域の方へのコミュニティとして開放している。利用者様にとっても施設内外との社会の交流の場所になればと思っている。	近隣の小・中学校の授業の一環として楽器演奏、ゲームなどボランティアの訪問や中学生のトライやるウィークなどの受け入れを通じ、地域と繋がりが続けられるような取り組みが行われている。また、隣接する特別養護老人ホームと共に、月に1回行われる「絆カフェ」では、地域の方の力を借りて、地域で収穫された野菜などを取り入れ、月替わりのメニューが提供されている。また、RUN伴という認知症の啓発活動を起こし、他事業所や地域及び利用者、家族と一緒に活動している。	
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	キャラバンメイト(事業所内3名)として地域の小学校、市役所、地域の老人会、一般企業等にて認知症の知識の普及など啓発を行っている。加西市内では地域包括支援センターが開催している「あつたか声掛け作戦」という認知症啓発活動にもキャラバンメイトとして協力している。RUN伴として認知症啓発活動も行っている。他施設等で研修講師(兵庫県認知症介護指導者)としても活動している。地域へが事業所職員が出向き、出前講座としても対応することを行政を通じて伝えている。		
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	利用者様に提供しているサービス内容や、行事・外出支援など写真添付し報告している。グループホームの利用者状況や事故報告・面会状況・外部活動実績等々の結果を資料添付し、報告している。現在の社会状況(人口構造からの課題)などを伝え、地域包括ケアシステムの必要性を伝える。新しい取り組みである4DASについて説明し、利用者の自立支援の取り組みについても報告・実践をしている。	運営推進会議では利用者へ提供しているサービス内容、行事や外出支援の様子、イベントなどの情報を毎回スライドにし、取り組みが視覚的に分かりやすいような資料作りが行われている。議事録はパソコンに保管されていて、要望があればいつでも閲覧できる。会議の中では事業所における地域包括ケアシステムに向けた取り組み事例や現在力を入れて取り組んでいる4DAS(認知症機能訓練プログラム)の説明を行い、利用者の自立支援に向けた取り組みを紹介している。	現在の運営推進会議の取り組みに加え、利用者や家族、行政職員など参加する方の意見を反映するための次第やその結果を伝える会議の記録を整備することにより参加ができない利用者家族に向けての情報提供に期待したい。
5	(4) ○市町村との連携 市町村担当者とは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	施設連絡会・グループホーム連絡会だけでなく、2016年より地域密着型連合会を発足し、市内の小規模多機能、グループホーム、行政で3ヶ月に1回集まり、地域課題、運営課題、地域に出来ることを話し合い、活動を行っている。例えば、福祉相談・就職フェアをコープにて2018年に開催。各年度毎に連合会にて合同研修会を開催し、市内の事業所で能力を向上できるよう取り組みをしている。その他、キャラバンメイト活動や認知症徘徊模擬訓練を行政と一緒に地域向けに行っている。RUN伴活動も行政職員と一緒に実行委員を立ち上げ、5年目になる。	2016年より地域密着型サービス事業所連合会を発足し、市内事業所や行政担当者が集まる連絡会が3か月に1回行われている。また、行政の依頼を受け小学生や地域住民向けの認知症サポーター養成講座の開催や行政からの要請を受けて行う認知症徘徊模擬訓練への協力などが行われ、事業所と行政が積極的な関係作りが行われている。地域住民、社会福祉協議会、地域包括支援センターの協力も加え、外部より講師を招いたシンポジウムを開催している。	

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
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	毎月ケアカンファレンスを行い、安全に配慮し身体拘束を行うことのない様に心掛け、話し合いをしている。また、身体拘束についての勉強会を通じ、資料配布や意見交換を行う。全体会議の場でも、センサーマットを使用されている利用者様の状況について、議論している。 基本的に拘束のない、当たり前の生活を目指す。	前回の目標達成計画の目標として掲げた、身体拘束のマニュアルの作成について実行している。身体拘束について毎月ケアカンファレンスを開き、身体拘束に対する意識付けが行われている。また勉強会でも情報提供として資料を配付し意見交換が行われている。身体拘束委員会を定期的に開催し、センサーマット使用について利用者の状況に応じた身体拘束についての評価、見直しが行われている。	
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	虐待の報告はないが、入居者様への言葉遣いが精神的な抑圧につながらないか、勉強会を行い、管理者・スタッフで意見交換をする場を設けている。過去には利用者様への言葉遣いで、気になる点があった場合など権利擁護、専門職としての点でどうあるべきかを考えるよう、カンファレンスを行った。	管理者をはじめ全ての職員は、高齢者虐待防止関連法について理解するための勉強会を行い、虐待が見逃ごされることがないように注意を払っている。また管理者は出勤時には各フロアを訪問し、利用者、職員に声かけを行い、気になる事案があれば意見交換をする場を設け、職員や利用者が相談できるような工夫が行われている。年に2回の職員との面談や市内独自事業である「あったか相談員」(利用者サービス提供事業者両者間の橋渡し役)と称した、事業所外の方の訪問があり、風通しのよい支援に向けた仕組みが設けられている。	
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	カンファレンスにて利用者の権利擁護について話し合っている。(身体拘束、権利擁護、虐待と一緒に)。年間の中で勉強会も行っている。	現在1名の利用者が成年後見制度を入居前から利用している。カンファレンス時に「身体拘束、権利擁護、虐待」の項目と同様、勉強会で学ぶ仕組みがある。 今後、ますます必要とされる制度であると考えられることから、利用者家族にも理解を図る取り組みが求められる。	
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、配布資料を相互で読み合わせ・確認している。質問や疑問点等については、詳しく説明をし、了承を得て署名・捺印を頂いている。契約内容の改定時には、家族会を開催し資料配布・説明し、理解・納得して頂けるよう対処している。参加されていないご家族様に対しては、資料・説明文を添付し郵送し、理解・納得して頂けるよう対処している。	契約時において配付資料(契約書、重要事項説明書)を相互で確認し、専門用語を使用せず、分かりやすく細かい説明を行っている。法改定時にも料金の説明をし、家族会を年に2回開催し、交流会や隣接する特別養護老人ホームやデイサービスなどのケアに対する実践発表会を設けるなど、サービスの透明性を確保する取り組みが行われている。また訪問が困難な家族には説明文をつけて郵送でのやりとり、個別で説明する機会を設けている。	
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	外部への機関に関しては、行政機関としており、その存在については重要事項にも記載している。ご家族様が要望などを表せる場として、面会時に管理者・スタッフとの意見交換や家族会を開催している。また、施設内にもご意見カードを設置している。	家族の要望や意見を表せる取り組みとして、面会時に管理者、スタッフとの意見交換や家族会を開催し、暮らしについての状況の説明をしている。また、ご意見カードを各ユニット玄関に備え付け、利用者からの意見を聞くための取り組みが行われている。	
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	月1回業務カンファレンスを開催し、意見交換を行っている。必要に応じショートカンファレンス等も実行している。また、個人面談を通じ、個々の意見を聞く機会も設けている。 法人としては、全体にて年間3回ほどは所属長も参加する運営会議を開催している。	月に1度の業務カンファレンスにおいて、運営に関しての意見交換や提案を聞く機会が設けられている。法人として年3回会計士などが参加する運営会議には管理者、リーダーも参加しており、その中で職員も運営に関する意見を述べることや現場の意見を反映する取り組みが行われている。	

自己 番号	項目	自己評価	外部評価	
		実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	年2回自己評価シートを用い、自己評価及び上司評価を行う。個人能力評価を出来るような取り組みを行っている。また、努力しているスタッフを高評価出来る様に評価基準を設け、評価を給与にも反映するように対応している。 年間2回は個人面談を実施し、個々の職員の心境を確認。その他、業務的な評価、課題を伝えている。		
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	評価表の作成と評価。 年間の施設内研修の企画・実施、外部(他機関)での研修の紹介・案内及び参加の促しを行っている。 キャリアアップが出来るように、外部研修、資格取得のための研修費助成、集団施設内研修を行っている。 年2回定期職員面談もしている。		
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	他施設・病院へ、利用者様の面談へ行くようにしている。また、外部(他機関)より講師を招き、勉強会を実施している。グループホーム連絡会、地域密着型連合会等にて、ネットワークづくりしている。 地域密着型連合会主催の勉強会に参加することで、他施設の情報交換の場となっている。 地域活動にも他法人のスタッフと関わる場面も作っている。		
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	本人様、家族様のニーズに対応し、アセスメントシートを用いて、入居者様の望まれている生活が送れるように職員が情報を共有し、思いを受け止められるように努めている。		
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	入居申し込み時に、本人様、家族様と面会を行い、思いや希望を聞いている。その後も連絡を取り合い、日々の様子を伝えつつ、希望は直ぐに反映するように取り組んでいる。		
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	本人様、家族様の要望やニーズ、現状を考慮し、どのようなサービスが必要か話し合い、常に互いに最善策を取り、適宜改善・対応している。その人に合わせた環境設営として、外部の福祉用具等の利用で福祉用具の専門職も入れ相談・対応している。		
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	信頼して頂ける関係づくりに努め、本人様の希望や意見を伺い、互いに無理の無い生活を送って行けるように心掛けている。 利用者様の残存機能を考え、出来る事、家事や洗濯たみなど役割を持って、過ごして頂いている。		

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
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1回、入居者様の普通の生活の様子、1ヵ月間の心身の変化について介護計画兼報告書にてお知らせしている。面会時には近況報告を行い、家族様の思いを伺い、報告・連絡・相談を大切にしながら日々のケアに取り組んでいる。 家族とのやり取りなどは状況シートに記録している。		
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	自宅で使用されていた家具や食器を持参して頂き、施設内でも馴染みを感じて頂けるように考慮している。家族様や親戚の方、友人や近所の方にも積極的に面会に来て頂けるような雰囲気作りに努め、声掛けも行っている。 家族・親族の葬儀にも本人が参加できるように支援している。	入居される際に使用されていた馴染みの品々や場所、要望など時間の許す限り個別に対応されている。取り組みとして、家族、身内の方々、友人や以前よりお付き合いされていた方々には積極的に面会に来て頂く様、職員全体で雰囲気作りに努めている。又、面会者の年間訪問件数が増え家族からの聞き取りから来訪しやすく、優しく出迎えてくれるとの高い評価がある。楽しく活き活きとしたフロアー業務は各職員に一任し、それぞれが考えて業務する仕組みがある。	
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	行事やレクリエーション、外出支援を通じて、入居者様同士の交流の場を設けている。その際に関係づくりがスムーズに行えるように、職員も交えながら楽しい時間の提供に努めている。		
22	○関係を断ち切らない取り組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係を大切にしながら、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	退所後も、互いに連絡を取り合える関係性を築く努力をしている。家族様の要望があれば、情報提供を行っている。また、許可を頂き面会を行うなどの繋がりを大切にしている。 認定調査結果により要支援1の認定が出たため、退去した事例があり、ケアハウスに転居した。本人の状態から介護サービスとのミスマッチの不安を感じ、退去後も連絡を取り、家族相談の結果、ケアハウスでの生活の継続が困難のため当ホームに再入居且つ、介護度が1に戻った結果がある。		
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	月に一度カンファレンス時には職員同士で意見を出し合い、情報の共有に努めている。日々の情報や希望においては、C-1-2シートを活用し、意見の把握に努めている。	利用者一人ひとりの思いや希望、意向の把握をより深めていくために、月に1度職員による意見交換をする仕組みがある。認知症を持つ人の状態を知るための情報収集ツールであるセンター方式を用いて利用者の現在の姿を客観的にアセスメントできるよう、私の気持ちシート(C-1-2のシート)を活用し、細やかな思いや希望などを書き出し、フロアー職員はもとよりケース担当の役割として家族との関わりにも力を注いでいる。	
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	入所時に本人様や家族様より、生活歴の情報をお伺いし、記録として残している。入所後も、日々の情報、会話などを共有するよう心掛けています。家事や行事の際にも役割を持って頂き、活動していく中から、思いを紐解く努力をしている。		
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	入所後1週間は、特に注意深く、記録・観察を行い、出来るだけ色々な事をして頂きながら危険の無いよう配慮を行っている。その中で観察やADLの把握を行い、ケース記録や介護日誌に記入し、申し送りを行っている。		

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
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	カンファレンスにおいて、入居者様の意向や希望を取り入れた生活支援を検討し、多職種連携、情報の反映、見直しを行っている。ケアプラン更新時には職員同士での日常的な意見交換を心掛け、家族様にも思いをお伺いしたことを反映できるように努めている。	契約時に思いや意向を聞きとり、介護計画の作成が行われている。利用者を担当する職員やケアマネジャーや管理者、看護師といった専門職や利用者が参加するサービス担当者会議で、利用者の思いを叶えるための話し合いが行われている。以前は、サービス担当者会議に家族の参加を依頼していたが、参加できない方も多く、アンケートをとった結果、家族にとって負担に感じられている方がいたこともあり、現在は介護計画を作成する前に電話や面会時の聞き取りを行っている。	
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	1日の様子をケース記録に残し、介護日誌には大きな変化や状態を記録している。その他の細かな情報については、連絡ファイルとソフト上の申し送りを活用し、職員間での情報共有が途切れないようにし、個々のケアに反映させている。		
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	幅広い知識で適切なケアを提供する為に、介護の軽重やターミナルケアについての勉強会を随時開催し、参加している。また、家族様の意向は何度も確認し、都度、意向に沿えるようなケアの実践に努めている。読書が趣味ならば図書館に行く、本人の「家に帰りたい」というニーズ等にも、家族許可を得ながら柔軟な対応をしている。		
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	地域ボランティア、近隣の小学校の児童や園児との交流会を、定期的に開催したり、あったか相談員とのコミュニケーションの場を設けている。夏祭りや秋祭りなどの施設行事では、地域の方々との交流の場にもなっている。		
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	入居時に、本人様及び、家族様から以前のかかりつけ医での継続の希望があれば、診察の継続と受診の支援を行っている。施設でも月に2回の往診があり、特に希望がなければ、家族様の了承を得て施設かかりつけ医にて往診を受けて頂いている。都度の必要性がある場合は、往診医以外にも、適切な医療機関の受診を家族と相談の上、検討し行っている。	入居時に利用者や家族の希望を聞き取りし、納得が得られたかかりつけ医の選択についての説明が行われている。事業所のかかりつけ医においては、夜間も含め24時間連絡がとれる体制となっており、必要性があれば適切な医療機関の受診を家族と相談の上、検討する仕組みがある。また、月2回の往診があり利用者の状況が職員間で共有がされている。看取りも出来ることも含め、必要に応じた適切な医療機関での受診ができることを利用者や家族に対する説明が行われている。	
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	普段から気軽に施設看護師と相談出来る環境が整っており、電話連絡の際も、多職種の協力を得られている。常に看護師の見回りがあり、情報交換や相談が密に出ており、早期発見・早期受診が可能である。医師への情報共有にも文章でやり取り等も行い、状態が正確に把握出来るように努めている。		
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。	入院の際は看護師が管理者が同行し、サマリーや申し送りにて、情報提供を行っている。入院期間中も看護師や管理者の訪問や電話連絡を取り合い、退院後すぐに受け入れが出来る体制を整えている。病院でのカンファレンスにも参加している。	協力病院として市内の総合病院と連携を図り、利用者の状態やグループホームの受け入れに対する考え方、事業所で行える医療的ケアなど、あらゆる情報提供を行うことで入退院時への体制が整備されている。退院前のカンファレンスにも看護師、管理者が参加し、細やかなケアが行なえる体制づくりが構築している。	

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
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、事業所で行え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	ご家族様には入所時に事前の指定書の説明を行い、書面上で思いや方針を明記して頂いている。また、ご家族様その時々意向を確認し、本人様・家族様・看護介護職員・協力医で話し合いの場を持ちながら、施設での望まれる終末期の過ごし方に少しでも寄り添えるように、日々のチームケアに繋げている。	重度化や終末期の方針として入居される際に、予測される状態を分かりやすく説明した「事前指定書」と称した、意志確認書を作成し、利用者や家族に聞き取りが行われている。利用者や家族が理解し、安心したケアが受けられるような体制が設けられている。	重度化や終末期における利用者や家族の思いは変わる可能性があることを前提に、利用者や家族に対する事前指定書の定期的な聞き取りを行うことにより、さらに安心した看取り介護が受けられるような取り組みに期待したい。
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	心肺蘇生法の講習会を毎年開催しており、職員も毎年参加するように心がけている。急変時は緊急マニュアルに沿って、連絡や状況説明が行えるように、職員の周知徹底に努め、カンファレンス時に確認している。		
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	色んな災害を想定して防災訓練を年に2回開催し、実施後は反省点を話し合い、次に活かす為に、文章に残している。その他にも緊急連絡網やマニュアルの確認を行っている。設備については専門業者の点検を定期的に行っている。	火災訓練を年2回隣接する特別養護老人ホームと合同で開催している。緊急連絡網やマニュアルの作成、設備面でも専門業者による点検を定期的に行っている。施設内の整備や設置場所も全職員に周知されている。また、訓練実施後は振り返りが行われ、次回の訓練に活かすための積極的な話し合いが行われている。	
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	排泄時、入浴時には特に適切な声掛けを心掛け、職員間でも注意し合いながら、カンファレンスなどで振り返りを行っている。不適切な対応には、改善策を話し合い、都度対応している。	プライバシーの配慮として各部屋にトイレが設置されていることや、入浴の際は個別に対応したり、排泄時には適切な声かけを行い、カンファレンス時に職員間で振り返りの機会を設けている。不適切な対応(言葉かけ、介助方法)について、改善策を話し合い、その都度の対応と、職員の面談にて直接伝える仕組みや職員相互に意見交換できる関係作りに努めている。	
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	希望に対し、即行動に繋げるように日々努め、希望を伝えやすい雰囲気づくりも行っている。また、行事、外出支援などでは入居者様の意見を反映させながら、内容・場所・日程を決定している。		
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	時間に合わせた行動よりも、入居者様のタイミングを大切にしている。起床時間・食事・活動場所・レクリエーションの内容等は、入居者様の思いを優先し、行っている。		
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	個々の好み・習慣・馴染みの服の着用を優先しており、お気に入りの服を着用された時には「お似合いですね」などの声かけを行っている。汚れや臭いにも気を遣い、更衣を促している。爪切り、髭剃り、整髪などにも気を遣い、声掛けやこちらでお手伝いをさせて頂きながら行っている。		

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
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	入居者様にアドバイスを頂きながら、基本的な味付け、食材の利用方法、調理法を教えている。行事食は、入居者様の好みに合わせて決定し、一緒に作って頂いている。	食事は、5年ほど前から隣接する、特別養護老人ホームのセントラルキッチンで調理されたものが届き、お吸い物などについては、各ユニットで調理したものを提供されている。利用者の嗜好に合わせた月単位での希望メニューやお菓子作りなどを計画し、利用者の持てる力が発揮できるような取り組みが行われている。また、食事に関する調査として、毎食の残食数の集計結果を管理栄養士に返し、メニュー作りや調理方法などに反映する取り組みが行なわれている。	
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	食事や水分摂取の観察を日々行い、1人ひとりの状態の把握を職員間で共有している。また、個々の好みの食事を提供する事で食事量を確保し、定期的な体重測定にて、体重のコントロールにも努めている。		
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	毎食後にイソジンでのうがい、歯磨きを行って頂くなど、個々に合わせた口腔ケアを行っている。ご自身で出来ない方には、お手伝いをさせて頂き、歯科往診でのアドバイスも取り入れた口腔ケアを実施している。		
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	個々の排泄パターンの把握と情報共有を行い、ご自分でトイレでの排泄が出来るように、定時の声掛けと必要箇所のみ、お手伝いしている。お手伝い終了後は速やかに退室し、自己で出来る事を奪わないようにしている。オムツの使用量減少にも努めている。	各ユニットごと各居室には、トイレが備え付けてあり、夜間であっても利用者がトイレを使用された場合には、居室ごとに電球が備え付けてあり、共有空間スペースでスタッフが確認できる設えとなっている。利用者個々の排泄パターンや日常生活動作などを分析し、利用者にあった排泄形態やトイレ誘導、トイレまでの導線を考慮した手すりの設置などが行われている。	
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	食事以外にも水分摂取を促し、朝食時には便秘予防の食材を多く取り入れている。個別に腹部のマッサージを行い、出来る限り、薬剤にて排便を促すような対応をしないようにしている。必要な方には、看護師と密に情報共有を行い、適切な薬剤の使用で、定期的な排便ケアを行っている。		
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	入浴日を週に4日設け、最低2回は入浴して頂いている。決まった日以外にも、希望があれば入浴は可能であり、時間帯も選べるようにしている。入浴は1対1で、ゆっくりと安全に入浴して頂けるように、個々の心身の状態に配慮している。入浴は入浴剤の使用や会話が、入居者様の楽しみな時間のひとつになっている。入浴日以外は足浴を行い、フットケアにも努めている。	ユニット内にある浴室は安全に配慮された手すりや車いす使用の方でも入浴ができるような椅子が備え付けられている。入浴は週2回午前中、午後に限らず入浴できるような支援が行われている。併設する通所介護には、特殊浴槽も備え付けてあり、重度化した方への対応ができる体制がある。入浴できない日や家族からの要望にも柔軟に対応し、足浴を行うなど、フットケアが行われている。入浴剤を入れるなど利用者が入浴を楽しむことができるような工夫が行われている。	
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	個々の生活リズムに合わせて、必要時は昼間でも短時間の臥床を促し、その他の活動を元気に出来るようにしている。夜間の入眠前には好きなように過ごして頂き、傾聴や環境整備のお手伝いなど、安心してから入眠して頂くようにしている。		

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
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	内服の説明書はファイルに保管し、いつでも確認出来るようにしている。また、内服の内容に変化がある時は、ケース記録に記載し、職員の把握を徹底している。内服後は観察を行い、身体状態に変化がある時はすぐに看護師に報告している。 毎週火曜日、薬剤師が訪問し、内服セットの協力をしている。		
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	毎日の家事(お膳・机拭き・味付け)の中で、役割を担当して頂いている。また、行事では手作り料理の日を、月に複数回設け、得意料理を披露して頂くことや、職員と共に準備など、活躍の場の提供の支援をしている。		
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	地域での行事を紹介し、希望者には外出支援を積極的に行っており、その際の家族様の参加も促している。また、日々の言葉を聞き逃さず、希望の把握に努め、意向に沿い、買い物やドライブなど外出支援を随時行っている。	外出はユニットごとで毎月計画し、市内周辺のファミリーレストランやイチゴ狩りなど気分転換を兼ねた取り組みが継続的に行われている。当時は、夜間に遠方へイルミネーションを見に行ったり、遠出をすることもあったが、利用者の重度化に伴い外出頻度や場所が限定されている現状についても事業所として認識されている。散歩なども実施しているが、日常的な外出までには至っていない。	行事など計画的な外出にとどまらず、短時間での散歩や外気浴など、季節の移り変わりを感じたり地域の方との関りがもてる機会など家族や地域の方との協力関係を築きながら、事業所に閉じこもらない取り組みに期待したい。
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	家族様の了承を得て、本人様にお金を預けて頂いたり、事務所にて保管している場合がある。本人様が希望の物を好きな時に買い物に行けるように、立替も行っており、買い物時は自分で支払いをして頂いている。		
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	家族様の意向を事前に確認し、必要時はいつでも電話をかけて頂ける体制を整え、入居者様にもお伝えしている。外部からの電話や手紙も随時受け付け、スムーズに会話や連絡が進むように補助している。		
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	必要箇所には生活の邪魔をしない香りの芳香剤を設置し、臭いに気を配っている。電波計を使用し、湿度や温度の管理やエアコンや加湿器の適切な使用を行っている。リビングでは皆様の好みに合わせたテレビの放送・個々の作品など、生活感や季節感を大事にして展示や掲示を行っている。また、移動がスムーズに行えたり、落ち着いて過ごせる様に家具の配置にも気を付けている。	共用空間の中心には、ダイニングキッチンがあり、畳スペースも設けられ、利用者が居心地よく過ごせるような空間となっている。また、利用者が書いた塗り絵や季節に応じた作品が掲げられており、利用者にとって不快とならない共有空間づくりが行われる。	
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	臨機応変な移動も可能とする為に席は固定としておらず、気軽に会話や助け合いが出来るような席の配置にしている。また、休みたい時には、少し離れた場所にて過ごせる様にソファを配置している。		

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
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	入居時に使い慣れた家具や布団・装飾品を出来るだけ多く持参して頂くようお願いしている。また、配置は家族様にお願いし、馴染みの空間づくりの再現に努めている。入居後に本人様の希望があれば、家具の移動等のお手伝いをしている。また、心身の状態を判断し、必要がある場合にも配置移動や、必要品の購入の依頼を家族様をお願いしている。	居室には、ベッド、トイレ、エアコンなど標準的なもののほか、利用者が大切にしてくれた思い出の品々や写真、長寿をお祝いする賞状など、利用者個々の生活空間を演出できるような取り組みが行なわれる。また、可能な限り自宅で使い慣れた家具を持参してもらおう家族や利用者に働きかけたり、利用者と家族が自室の空間スペースを相談しながらレイアウトされている事例も確認できた。	
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	職員の危険予測能力の向上や危機管理能力の向上を常に目指し、安全に配慮している。出来る事やしたい事は可能な範囲で行って頂ける環境整備、手すりの設置やL字柵への変更・導線の確保など、移動がしやすい環境を整えている。		