

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	2873400614		
法人名	有限会社 アキタケメディカル		
事業所名	アキタケメディカル「さくら」グループホーム		
所在地	兵庫県神崎郡神河町吉富1597-1		
自己評価作成日	令和2年2月21日	評価結果市町村受理日	令和2年5月13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.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2年3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)】

ご利用者が個々の自立度・生活のリズムに合わせて、季節感や、生活感を大切にしながら居心地良く、安心して暮らすことができるように支援している。地域主催のミニデイや認知症カフェへの参加、ボランティアの来訪等により、地域交流を継続している。複合施設の利点を活かし、個々に応じて生け花や書道、フラワーアレンジメント、音楽療法など趣味の継続を支援している。年間計画に基づいた研修、定期的なミーティング、全体会議などで職員の資質の向上と連携に努めている。

【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)】

毎年、理念の実践に向けた年間目標を設定し、今年度は「地域活動への参加」を掲げ、地域の行事・季節の外出・買い物・外食等、外出支援に積極的に取り組んでいる。利用者個々の出身地域のミニデイサービスにも出かけている。フラワーアレンジメント・書道・音楽療法、また、イベント時のボランティア受け入れを継続し、地域の人や施設内の利用者との交流を行っている。季節感を取り入れた家庭的な環境で、家事参加・趣味活動・外出を支援し、利用者個々の自立度や希望、生活リズムに沿って暮らせるように取り組んでいる。看護師を2名配置し、介護士と共に利用者担当を設け、連携してサービスの向上に取り組んでいる。年間計画の沿った研修体制・毎月のミーティング等で、職員の資質向上と連携を図り、職員の定着もよい。

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
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	事業所の理念をホールに掲示し、職員間で共有している。パンフレットにも明記しご利用者・ご家族への周知にも努めている。職員会議や研修の場などで、事業所の基本理念について理解を深め、実践につなげているよう努めている。	事業所の理念をホールに掲示し、パンフレットにも記載し、職員・利用者・家族との共有を図っている。理念は4項目の、具体的で理解しやすい内容となっており、その中に、地域密着型サービスの意義を盛り込んでいる。毎年、年間研修計画に「基本理念について」を取り入れ、理解を深めている。また、毎年、理念の実践につながる年間目標を設定し、今年度は、出身地域のミニデイサービスへの参加を通して、「地域活動への参加」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	ミニデイはご利用者それぞれご本人の地域での催しに参加していただくよう試みている。認知症カフェに参加したり、近隣のスーパーと一緒に買い物に行ったり、近隣の小学校との交流を通して地域に参加している。敬老会の催し(手品や書道、フラワーアレンジメント)等にも地域の方の協力を得ている。	近隣のスーパーへの買い物、役場が毎月開催する認知症カフェ、出身地域のミニデイサービス、小学校の運動会や音楽会等、地域に出かけ交流する機会が増えている。グループホームに、フラワーアレンジメントや書道のボランティアの定期的な来訪があり、また、音楽療法やデイサービスとの合同行事にも地域のボランティアの来訪があり、利用者が参加して交流している。	
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	運営推進会議やサービス担当者会議等で知り得たことを提供し、理解や支援の方法を学び合う。		

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	年に3回の運営推進会議を開催している。当事業所での取り組みやサービスの実際等を報告し、情報交換を行いサービスの向上に役立っている。議事録は事業所玄関に設置し公開している。	運営推進会議を年3回開催し、利用者、家族、区長(地域代表)・民生委員(知見者)・健康福祉課職員を構成メンバーとしている。全家族に参加案内を送付し、案内書に記入欄を設け、参加できない家族からも意見・提案等を出してもらえるように努めている。会議では写真を用いた資料を配布し、利用者・職員の状況、事業所の取り組み等を報告し、意見・情報交換を行っている。参加者からの質問に回答して事業所への理解を深めたり、ミニデイサービス等地域の情報提供を受け、サービスの向上に反映できるよう取り組んでいる。議事録は事業所玄関に設置し、公開している。	
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取り組んでいる	運営推進会議に町職員に出席を依頼し連携を図っている。運営やサービスに相談等があれば役所に出向き、指導や助言を受けている。	運営推進会議に健康福祉課職員の参加があり、利用者・事業所の状況を伝え、また、地域についての情報提供を受け連携している。運営推進会議の開催対応等、判断に迷うことがあれば相談し、適切な助言を受け運営やサービスに活かしている。地域のケア会議に施設長が参加し、地域の課題解決に向け町と連携を図っている。	
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	契約書等に身体拘束廃止の方針を明示し、契約時にご利用者・ご家族に説明し、身体拘束をしないケアを実践している。研修や職員会議等を通して身体拘束を行わない方針や行わないためのケアについて学んでいる。玄関は昼間は施錠をせず閉塞感を感じないように配慮している。	「身体拘束適正化に向けた指針」を策定し、身体拘束をしないケアを実践している。指針を事業所内に掲示して、職員・家族に周知を図っている。グループホームミーティングの中で、身体拘束をしないケアについての話し合いを行っている。年間研修計画に入れて、「高齢者身体拘束防止・予防ケア」研修を年2回実施し、グループワークを交えて、具体的に学ぶ機会を設けている。研修受講後にレポートを提出し、参加できなかった職員には資料配布とレポート提出により周知を図っている。玄関は昼間は施錠せず、閉塞感を感じないように取り組んでいる。	グループホームミーティングでの検討を身体拘束適正化委員会として位置づけ、参加できなかった職員も含め、全職員の周知を明確にすることが望まれます。

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
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	研修や職員会議等を通して高齢者虐待防止関連法について繰り返し学習し事例や介護現場で不適切ケアがないか気づきを大切にし、意識付けを行っている。入浴時には身体状況を確認し、虐待を見逃すことがないように防止に努めている。	上記と同様の方法で、「高齢者虐待防止」についての研修を実施している。研修では、虐待だけではなく、不適切ケアの防止、介護現場でストレスを生じやすい要因等についても学ぶ内容となっている。管理者・リーダー、また、職員間でも相談しやすい関係づくりに努め、シフト調整にも配慮して、職員のストレス等が利用者へのケアに影響を与えないように取り組んでいる。入浴時には特に身体・皮膚の観察を行い、不適切ケアを見逃すことがないように防止に努めている。	
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	管理者や職員は、権利擁護については資料「成年後見制度」を用いて研修を行い理解を深めている。今回、町役場の研修に二人（介護士・看護師）参加し、ミーティング時に伝達講習を実施し、理解と周知を図ることができた。今後、利用の必要性やご家族から相談等があれば関係機関と連携を図る。	町役場が開催する外部研修に職員が参加し、「権利擁護・成年後見制度」についての研修を受講している。グループホームミーティングで伝達研修を行い、全職員への周知を図っている。今後も、職員が順次、研修に参加できるように調整する予定である。現在、制度を利用している利用者はいない。今後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、関係機関と連携し制度利用を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	見学時にはサービス内容や利用料金等、概略を説明している。契約時には管理者が契約書・重要事項説明書・各種同意書についてよりわかりやすい説明に努めている。契約内容に変更があるときは文書を作成し、運営推進会議で説明の上、書面で同意を得ている。契約終了時には移行先への情報提供等、円滑に移行できるよう支援している。	入居希望があれば見学を勧め、生活スペースや設備を案内し、「ご案内」等の資料を用いてサービス内容や利用料金等を説明している。契約時には、管理者が契約書・重要事項説明書・各種同意書の項目に沿って丁寧な説明に努め、文書で同意を得ている。特に、予測されるリスクや退居条件については、別紙でしっかり説明している。契約内容に変更が生じた場合は、変更内容を明示した文書を作成し、面会時に説明し書面で同意を得ている。遠方で面会が困難な場合は、電話で説明し書面で同意を得ている。契約終了時には、十分な説明を行い、移行先への情報提供等円滑に移行できるよう支援している。	

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
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	面会時にはご利用者の状態や事業所の様子を報告するとともに要望をお伺いしている。年2回の家族会でもご家族から意見や要望を聴く機会を設けている。運営推進会議の案内状に意見欄を設けている。把握した意見や要望は介護計画や支援にできるように努めている。	家族に面会や受診支援をお願いし、利用者との関係継続を支援している。面会時には近況を伝え、毎月写真を添えた近況報告書で家族に生活の様子等を伝え、意見・要望が出しやすいように工夫している。面会時に把握した意見・要望は担当職員(介護士・看護師)がケース記録に記録し、支援や介護計画に反映できるように取り組んでいる。家族会を年2回開催し、家族から意見や要望を聞く機会を設け、話しやすい関係作りに努めている。運営推進会議に利用者・家族等の参加があり、外部者に意見等を表す機会も設けている。家族会をイベント開催日に合わせて実施する等、家族の提案を運営にも反映している。	
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	管理者は随時、面談を行っている。月に1回ミーティングを開催し意見を出す機会を設けている。職員からの意見や提案は内容に応じて上司にも相談しながら運営に反映している。	月に1回グループホームミーティングを開催し、職員が意見・提案を出して話し合い、管理者も参加して把握している。日頃から、職員間で話しやすい関係づくりに努め、管理者・リーダーが職員個々の意見・提案を共有している。2ヶ月に1回開催する全体会議や、管理者からの報告で、施設長も職員の意見・提案を把握している。利用者への支援方法、業務改善等に職員の意見・提案を採り入れることが多い。また、処遇改善要件充足など、職員の意見を運営にも反映している。	
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	2ヶ月に1回開催される事業所全体の会議に管理者が出席し、職員の意見や要望を伝え、反映できるよう努めている。		
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	内部での研修や外部研修を積極的に受けられるように情報提供をし、また受講した研修内容はミーティング時に伝達講習を実施し、共有できるようにしている。		

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
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	外部研修に参加しサービスの質の向上に努める。地域主催の認知症カフェにて他事業所のご利用者や職員の方々との交流をしている。		
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	ご本人と面談を重ね、ご本人の言葉に耳を傾け、安心して新しい環境で暮らしていただけるような環境づくりに努めている。わかりやすい言葉でお伝えでき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	ご家族との面談を行い、思いや不安、疑問などに傾聴し、いつでもどんなことでも表出していただけるような関係が築けるよう努めている。又、そのために必要なコミュニケーション能力を学んでいる。言葉で表出していない様子を気付けるよう気づきの意識付けにも努めている。		
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	ご本人とご家族が今、何に困っているかを理解し、必要に応じたサービスが提供できるように努めている。モニタリングを行い支援が適しているか確認しながら対処している。		
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	ご本人の意思を尊重しながら共に暮らす一員としての関係が築けるよう、又、相手を敬い、より良い関係が保てるよう努める。		
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	ご本人の状況を毎月写真を同封し封書で報告している。ご家族が面会に来られた時はまずは来所者を労い、そしてご本人が輪の中心となるように配慮している。		

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
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	入居時に把握した馴染みの人や場所についての情報を記載し共有する。来訪者やデイサービスの顔馴染みの利用者とも交流を継続している。地域のミニデイや認知症カフェへの参加、近隣のスーパーへの買い物など馴染みの場所との関係継続も支援している。	馴染みの人や場所について、入居時や入居後の会話の中等で把握した情報を、「アセスメントシート」に記録し、随時追記し共有している。家族や地域の友人の訪問があり、また、デイサービスの利用者とは日頃の相互訪問やイベントへの参加で交流し、馴染みの人との関係継続を支援している。出身地域のミニデイサービスへの参加、地域のスーパー等への買い物、認知症カフェへの参加、初詣・とんど焼きへの外出等、馴染みの場所との関係継続を支援している。	
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	利用者同士の関係性に配慮しながら穏やかに過ごし、助け合えるような関わりが持てるように努めている。また、トラブルや孤立がない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	サービスが終了する場合、ご家族と連絡を密にし、契約終了後の環境等に不安なく入っていくことができるように対応している。		
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	入居時の面談で把握した思いや意向は記録に残し、毎日の支援や介護計画に反映している。日々の支援の中での気づきは毎月のミーティングで共有している。サービス担当者会議でも思いを聴き取り、介護計画に反映している。意思疎通が困難なご利用者については表情や行動から汲み取ったりご家族からの情報を参考にするなど把握に努めている。	入居時に把握した利用者の思いや意向を「アセスメントシート」の希望・要望欄に記録している。介護計画の更新時に再アセスメントを行い、思いや意向を介護計画に反映している。日々の会話の中で把握した思いや意向は、ケース記録に記録し、また、毎月のグループホームミーティングで報告し共有している。思いや意向の把握が困難な利用者については、表情や行動の観察、以前の情報、家族の意見等から検討し把握に努めている。	
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	入居時に時間をかけてできるだけ聴き取りをさせていただいている。ご本人、ご家族に加え、担当ケアマネジャーや利用されていた事業所にも協力をお願いしている。		

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
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	毎朝の血圧、脈拍、体温に加え、必要に応じ酸素飽和度を測定し経過を見る。月に一度、体重測定を行う。入浴時には全身状態の確認や日々の体調の変化に注意している。		
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	介護計画書と介護記録、薬の明細書や受診記録など、個別にファイルし、職員が総合的に計画の内容を周知し、計画に沿った記録ができるように努めている。毎月のミーティングの中でご利用者個々の状態の共有とモニタリングを行っている。受診時のご家族の思いや医師のアドバイス、担当者会議での意見等も日々の記録に残すように努めている。	初回はアセスメントシートをもとに介護計画書を作成している。介護計画・ケース記録等を個別にファイリングし、スタッフルームに設置して計画内容の周知を図っている。介護記録にタイトル欄を設け、計画に沿った記録ができるよう工夫している。毎月のグループホームミーティングで、利用者個々の状況の共有とモニタリングを行っている。利用者の状況が大きく変化した時は随時に、定期的には認定期間に応じて、介護計画の見直しを行っている。見直しの際は、毎月のモニタリング・評価、再アセスメント等をもとに、家族にも参加を呼びかけサービス担当者会議を開催している。主治医など関係者からも意見を聴取して計画に反映させるように取り組んでいる。	今後も、職員が介護計画の内容を理解し、計画に沿ったサービス実施を記録に残されることを期待します。
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	日々の暮らしの実践したことに加え、ご本人のエピソードやご家族との様子を記録し、その方の現在の姿が記録から映し出されるよう努める。主治医の指示やアドバイスは受診記録表に記載し個別ファイルに綴じ、周知できるようにしている。食事摂取量は別に管理していたが同ファイルに薬の説明書等も加え、把握している。		
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	日々、変化する状況や思いについては毎日の介護記録に残し、毎月のミーティングで共有し見直しをしている。		
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	近隣のスーパーへの買い物やミニデイ、認知症カフェには定期的に参加している。地域のお祭りなどの行事にも出席できるように担当の方々と連携をとり協力を得ている。また、新たにご利用者個々の地域でのミニデイに参加していただけるように各担当者に協力を得て参加している。		

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
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	今までのかかりつけ医への通院受診の継続を基本としている。通院は基本にご家族の協力を得ているが状況に応じては看護師が同行している。ご家族が受診に同行する場合は主治医に情報提供している。緊急時の対応はご家族の希望に添っている。状態に応じて往診も実施している。月に一度、もの忘れ外来の医師による訪問往診があり、受診結果は介護記録に記録している。	入居時に確認し、利用者・家族の希望に沿ったかかりつけ医での受診を支援している。今までのかかりつけ医への通院受診の継続を基本としている。基本的には家族による通院をお願いし、看護師が利用者の状況等を記載した書面を家族に託け、かかりつけ医に情報提供している。物忘れ外来・神経科へも、通院で受診している。通院後は家族から報告を受け、「受診記録表」に医療機関・受診内容・受診結果を記録している。事業所に2名の看護師の配置があり、利用者担当を設け、健康管理・早期対応できる体制である。	
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	いつでも相談体制をとれる状態においている。夜間も当施設の看護師に連絡を取り、速やかに対応できるようにしている。現在、看護師が二人在勤している。相談体制をわかりやすくするため看護師を受け持ち性にして担当を明確にする。	/	/
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。	入院時には看護師が情報提供書を作成し、職員が同行している。入院中はご家族と連絡をとり、面会に行き、不安の軽減に努めている。医療機関との連携を密にし、早期退院に向け支援している。退院時のカンファレンスに参加し、退院時看護サマリーを受け、退院後の支援に活かしている。その間の情報は介護記録に残している。	入院時は、看護師が情報提供書を作成し、医療機関に情報提供している。入院先は地域の医療機関が多く、入院時には職員が同行している。入院中は家族と連携をとり、事業所からも面会に行き、安心して入院治療できるように支援している。また、医療連携室と情報交換しながら、早期に退院できるように連携を図っている。入院中の経過はケース記録に記録し、職員間で共有している。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	契約時に、浴槽のまたぎができない、経口摂取が困難になる等の医療処置が必要となる場合、主治医が重度化段階と判断した時点でサービス担当者会議を行い、現状に即した支援を提供できる環境への住み替えをしていただくことの同意を得ている。緊急の状態変化においては相談に応じている。	重度化・終末期に向けた事業所の方針を、「同意書」の「重度化した場合の指針について」に明示している。契約時に、「急変時における確認書」「同意書」に沿って説明し、同意を得ている。グループホームでの入浴が困難や歩行困難で車いす使用になった場合は、家族を交えてサービス担当者会議を行い、利用者が現状に即した適切な支援を受けられる環境へ転居できるよう支援している。	

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	
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	定期的に応急処置やリスクマネジメントについて職員間で研修を行っている。実践の場ですできるだけ冷静に対処できるようにイメージトレーニングを行いながら、知識と技術の向上に努めている。	/		
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	年に2回、日勤・夜勤帯を想定して災害避難訓練を行っている。運営推進会議で区長から地震など災害時の避難場所について説明を受け、非常災害時に近隣から協力を得られる関係を構築している。「非常災害時の対応」研修を実施。備蓄については、備蓄庫に水・食料・カセットコンロ等を準備し、各居室には懐中電灯を設置している。	毎年、年2回、昼間・夜間を想定して、総合訓練を施設合同で実施している。訓練に参加できなかった職員には、朝の申し送りで伝達している。運営推進会議で、区長から災害時の地域の避難場所について説明を受け、非常災害時に近隣から協力が得られるようお願いしている。年間研修計画に入れ、「非常災害時の対応」研修を実施している。備蓄は、備蓄庫に水・食料・カセットコンロ等を共同備蓄し、懐中電灯等は各居室に設置している。	夜間想定訓練は夜間の人員配置で実施する、利用者個々の移動方法を確認する等、現状に即した訓練方法の工夫が望まれます。実施後は、訓練内容と評価を含めた実施記録を作成し、職員間での共有・次回訓練への参考に活用することが望まれます。	
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	理念に『尊厳ある生活』を明示し、意識付けを行っている。また、「プライバシー保護・倫理法令遵守」研修を実施し、理解と周知を図っている。気になる言葉かけや対応があればお互いに注意ができる環境作りに努めている。個人記録類は鍵のかかる書庫に保管、写真使用については書面で同意を得ている。	「尊厳ある生活」を含む理念と、接遇での「禁止事項5項目」を掲示し、意識付けを行っている。年間研修計画に入れ、プライバシー保護・倫理法令・認知症ケア・不適切ケアについての研修を実施し、それらの研修の中で利用者尊重やプライバシー保護について学ぶ機会を設けている。気になる言葉かけや対応があれば、管理者・主任が注意を促すようにしている。個人記録類は詰所の鍵のかかる書庫に保管し、掲示・運営推進会議資料・広報誌等への写真・動画の使用についても文書で同意を得ている。職員に守秘義務について説明し、誓約書を交わしている。		
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	自由にご自分の思いを表出することができるよう自己決定ができるように配慮している。	/		
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	その方に合わせてベッド・フロアで過ごしていただく。手芸が好きな方は作品を作る等、その人に応じて提供している。一人ひとりのペースに合わせて無理のないように、穏やかに過ごしていただくように努めている。	/		

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
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	ご本人、ご家族と相談しながら在宅の頃と同じようにおしゃれを楽しんでいただけるよう、ご家族の協力を得ている。		
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	食事は施設の厨房で作られ、盛り付けや炊飯、配膳・下膳・食器拭き等ご利用者と一緒にやっている。ご利用者の摂取状況や好みなど検食簿に記載し、献立や調理方法に反映する。献立には季節感や季節の行事食を取り入れている。ご利用者の状況に応じた食事形態で経口摂取が継続できるよう努めている。家族会でご家族と共に食事したり外食の機会も設けている。職員もご利用者と一緒に食事を摂り、家庭的な雰囲気の中で、より美味しく食べて頂けるように努めている。	食事は施設の厨房で調理され、炊飯・盛り付け等は事業所で行っている。利用者が、盛り付け・配膳・下膳・後片付けなどに参加できるように支援している。職員も利用者と一緒に同じ食事を摂り、家庭的な雰囲気ですべてが楽しめるようにしている。食事を共にしながら利用者の摂取状況や感想を把握し、検食簿に記載して厨房に伝えている。献立に利用者の希望や季節感・行事食等を取り入れ、食事が楽しみとなるように努めている。利用者の状況に応じた食事形態にも配慮している。喫茶や外食の機会も設け、外出行事に外食を取り入れている。	
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	月に1回、体重測定を行い経過を看ている。BMIを指標としている。水分摂取・食事摂取量は毎日チェックしている。水分摂取が難しい方にはその方の状態に合わせて摂取ができるように配慮している。食事については補助食品など状態に合わせ、場合によっては医師と相談しながら対処している。		
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、口腔ケアを行い口腔内の清潔に努めている。特に、夕食後は丁寧にいき誤嚥性肺炎の予防に努めている。		
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	介護記録に排泄状況を記録し、個々の排泄パターンを把握し排泄の自立に努めている。排泄介助方法や排泄用品についてはミーティングで検討し、現状に即した介護方法と介護用品を使用している。プライバシーへの配慮に努めている。	排泄の自立度をアセスメントシートで把握し、ニーズに応じて介護計画に位置づけ、個々の状況に即した支援により、トイレでの排泄・排泄の自立に向け支援している。排泄状況はケース記録に記載し、排泄パターンを把握している。朝の申し送りやグループホームミーティングで、利用者の状況の変化を共有し、介助方法や排泄用品について検討している。声かけ・誘導時は声のトーンに留意し、伝達・報告はメモで行い、プライバシーや羞恥心に配慮している。	

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
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	介護記録に排便状況を記録する。状態に応じては水分補給を行い脱水に注意する。排便困難な方には腹部のマッサージを実施したり、医師に相談し下剤を処方、調整し、苦痛が除去できるように努める。		
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	入浴状況を介護記録と入浴チェック表で確認しながら、基本的に週3回の入浴を行っている。現在は特浴を利用する方はいないが状況に応じて使用は可能である。その方に合わせて浴室の外で見守る等、プライバシーや羞恥心に配慮している。ご本人のペースで、ゆっくり入浴が楽しめるように心がけている。	週3回、午前の入浴を基本とし、ケース記録で入浴状況を確認しながら、体調や希望に応じて臨機応変に対応している。個浴で、利用者個々のペースでゆっくり入浴が楽しめるように支援している。同性介助を基本とし、浴室の外で見守ったり、介助時も可能な限り自立を支援する等、プライバシーや羞恥心に配慮している。ゆず湯で、季節感が楽しめる機会も設けている。	
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	午前中はできるだけ活動をしていただき午後からは休息の時間をとっている。夜間は照明、室温、雑音等に配慮している。状態によっては薬が必要な方もあり、医師と相談しながら気持ちよく眠れるように努めている。		
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	個別のケースに薬の内容や効能をファイルし職員全員が把握できるようにしている。前日の夕方に薬をセットする。翌朝に確認、服薬前に再度、確認している。服薬時には「薬を飲みます」と声に出し、職員間で確認し合い、誤薬がないように努めている。		
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	入居時の面談で知り得た情報を活用し、一人ひとりが役割や楽しみを持って暮らせるように支援している。台所仕事が得意な方、手芸が好きな方など、できる喜びを感じていただけるように又、できることを継続していただけるように努めている。		

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
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	ご利用者の希望に応じてミニデイや買い物、認知症カフェ(虹色カフェ)や地域の行事に参加できるように支援している。初詣や花見・紅葉ドライブ等、季節に応じた外出の機会も設けている。ご家族との外出ができるように、ご家族の協力も得られるように努めている。	年間目標に「地域活動への参加」を掲げ、外出の機会を多く持てるように積極的に取り組んでいる。近隣のスーパーへの買い物、役場が毎月開催する認知症カフェ、小学校の運動会や音楽会、敬老会、書道の作品展への出展と観覧等、地域に出かけ交流する機会が増えている。利用者個々の出身地域のミニデイサービスにも出かけている。初詣・とんど・花見・紅葉ドライブ等、季節に応じた外出の機会を多く設けている。外食の外出も行っている。	
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、お金の所持したり使えるように支援している	買い物時は自分で財布を管理していただき、ご本人に支払いができるように見守りをしている。		
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	ご家族からの電話は本人に取り次ぎ、話ができるようにしている。携帯電話を所持され、ご家族や友人等に電話をしたり、手紙を書くことができるように支援している。		
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	共有空間は、段差のないフローリングで窓が大きく、自然の光が入り、清潔感があり、居心地良く過ごせる空間となっている。生花や季節に合わせた作品を壁面に飾り、季節感を大切にしている。行事や日々の生活の写真を掲示し、調理スペースもあり生活感が感じられる。	共用空間は、大きな掃き出し窓から自然光が入り、外の風景も楽しめ、ゆったりと過ごせる環境である。整理整頓され、清潔感がある。テーブル席・ソファー・大型テレビ・こたつを配置し、利用者が思い思いに過ごせるように配慮している。生花や、利用者と一緒に制作した季節毎の作品を壁面に飾り、季節感を取り入れている。行事や生活の写真が掲示され、調理スペースもある。利用者が掃除・洗濯・食事作業に参加し、生活感が感じられるように支援している。夜間は、ソリューションウォーターの噴霧により感染予防に努めている。	
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	ソファやコタツを置いて談笑ができるようにしている。冬にはコタツに電気を入れ、コタツでテレビを見たり足を温めたりできるようにしている。但し、共有空間には一人で過ごせる場所はない。		

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
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	居室はベッドとクローゼットを設置している。自宅で使い慣れたタンスや寝具、写真や置物等、持ち込んでいただき、その人らしい居室づくりを支援している。生活用品がご利用者の障害物とならないよう配慮している。居室の入口には個別の暖簾をかけ、表札を掲示して、居室間違いないように努めている。	全ての居室が共用空間に隣接し、人の気配を感じて安心して過ごせる環境であり、採光がよくゆったりとした広さがある。ベッドとクローゼットが設置され、筆筒・テレビ・テーブル・寝具・写真・置き物等、使い慣れた家具や道具、好みのものが持ち込まれている。塗り絵・カレンダー・書道・フラワーアレンジメント等、自身の作品も飾られている。生活用品の位置・ベッドの向き等、安全に自立した暮らしが送れるよう支援している。居室の前には表札と個別の暖簾を掛け、部屋間違いないように配慮している。	
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	トイレや洗濯場に表示したり居室に表札を付けている。コタツの掛布団や加湿器など、生活用品が利用者に障害物とならないように配慮し、安全に自立した暮らしが送れるようにしている。		