

### 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	2870701303		
法人名	株式会社ケー・エス・メディカル		
事業所名	ゼフィール白川グループホーム		
所在地	兵庫県神戸市須磨区白川台5-7-57		
自己評価作成日	2017/1/25	評価結果市町村受理日	平成29年4月5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/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/28/index.php</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	兵庫県西宮市松風町2-5-107		
訪問調査日	平成29年2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)】

自然に囲まれた環境の中で、ホームに居ながらも季節を感じられるような空間作りや各種イベント・行事を充実している。職員との馴染みの関係も築けており、日々の生活や宿泊旅行などを通して家族として共に生活をしている。  
個人支援として『思い出めぐり』『思いや願い』や季節のイベント、宿泊旅行や日帰り旅行を行い、単調な生活にならないよう計画を立てて実施している。また、ホームの行事等で地域住民との触れ合う機会を持っている。  
安心で安全な生活が継続できるよう、職員教育や他施設と連携し、ホーム全体のスキルアップに力を入れている。

【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)】

閑静な環境に立地する、有料老人ホームと併設の1ユニットのグループホームである。少人数の利点を活かし、きめ細かい個別ケアに取り組んでいる。食事が楽しみなものになるよう、利用者の希望を反映させた特別メニュー・選択メニュー・昼食づくり等の機会を設けている。「思い出めぐり」を通して、馴染みの人や場所との関係継続の支援や、遠足・日帰り旅行・宿泊旅行等の外出支援に努めている。地域との交流に積極的に取り組み、事業所が開催する秋祭りは、近隣の小学生や住民の楽しみとなり地域の行事として定着しつつある。地域住民への介護相談等で「認知症・介護よろず相談所」を開設し、事業所の機能を地域へ還元している。研修等を計画的・継続的に実施し、個別面談を通して目標管理を行う等、職員の資質向上に向けて取り組んでおり、職員の定着率は高い。

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 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	利用者や職員が、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、戸外に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

自己 評価	第三者 評価	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	地域密着型サービスの意義を踏まえ、利用者個々の今までの「物語」を大事にし、これから先の「物語」を共に生活する家族としてお互いに支え合って過ごしていきたいという思いを込めて作り上げている。ケアステーション・玄関に掲げており、毎出勤時に目に見えている。毎朝の申し送りの最後に利用者の顔を見ながら一言一句を一日のケアに活かせるように思いを込めて唱和している。また利用者・家人・地域住民にも理念を掲示し共有できるようにしている。	事業所独自の理念と基本方針を定め、「地域に密着し、住み慣れた環境の中で安心して生活できる環境を提供する」という地域密着型サービスの意義、役割を明確にしている。毎朝、その日のケアに活かせるよう唱和するとともに、玄関・ケアステーション等への掲示や、職員証裏面に記載して共有・浸透を図っている。理念の実現に向け、年間のフローアール目標・個人目標を策定してリビングに掲示し、年3回実施状況、進捗状況等の評価を行い次の目標につないでいる。利用者に寄り添う利用者本位のケアに努めており、理念の実践に向け取り組んでいる。また、ホームページ、グループホーム新聞等に理念・基本方針を掲載して、家族・地域の人達とも理念が共有できるよう取り組んでいる。	
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	ホームで行う秋まつりの手作りのポスターを掲示し招待・開催により小中学生や馴染みの親子連れ・近隣施設の職員利用者など多くの参加があり、「地域の行事」として定着している。また小中学生やボランティアと施設で交流を持つ機会があり、利用者の楽しみの一つとなっている。買い物やGH新聞を通して地域住民と交流がある。	利用者と共にグループホーム新聞の配達、「昼食づくりの日」のための食材の買い出し、喫茶店での喫食等で地域と交流している。また、地域の社会資源マップを作成し、活用に向け取り組んでいる。事業所での秋祭りには手作りポスターを作成して、地域住民にも参加を呼びかけ、小中学生、馴染みの親子連れ、近隣高齢者施設の職員・利用者等が参加し、地域の行事として定着しつつある。地域のボランティアや小学生の来訪、トライやるウィークでの中学生の受け入れ等を継続している。エレベータ内等に「認知症、介護よろず相談所」「事業所での勉強会参加案内」を掲示し、また、地域交流スペースの地域住民への使用呼びかけを行い、地域貢献に努めている。定期的な近隣の清掃活動を計画している。	
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	2ヶ月に1回開催するホーム内の勉強会参加の案内や「認知症・介護よろず相談所」を設置している。また、地域への認知症研修講師の依頼があれば出務している。		

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
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	「そよかぜ会」として2か月に1回開催している。施設の取り組みや個別ケアの実施状況・日々の生活状況を知って頂く機会であり、参加メンバーとの意見交換や要望などを踏まえ、より良いサービスを実現出来る様に日々取り組んでいる。	定期的に2ヶ月1回開催し、利用者・家族・区役所職員・地域包括支援センター職員・民生委員・知見を有する者等が参加している。全家族に、意見・提案欄を設けた案内文を送付し、参加出来ない家族からも意見等の把握に努めている。会議では利用者の暮らしぶりをグループホーム新聞、行事の写真等で紹介しながら、利用者の状況・収支・受診等の報告を行い、家族からも多くの意見・質問等が出されている。ヒヤリハット報告書から、類型別分析を行って再発予防策を検討し、ヒヤリハットをなくすよう取り組んでおり、そこでの意見、提案をサービスの向上に活かしている。議事録は、全家族に送付している。	
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	必要時、電話にての情報交換が主ではあるが、運営推進会議への参加もしていただいているので施設の状況などについては把握していただいております。アドバイスも受けています。	運営推進会議に、区役所職員、地域包括支援センター職員が定期的に参加しており、会議を通じて事業所の取組みを伝えている。区役所職員等も参加する「すまぐろーぷホーム・小規模多機能地域連絡会」の管理者会、リーダー会に参加しており、市への事業所間の課題提案や情報交換を行っている。市の集団指導へ参加し、感染症やリスクマネジメントの情報を得て、事業所での勉強会等に活かしている。また、法令解釈等の相談で行政担当窓口と電話等で連絡を密にし、協力関係を築くよう努めている。	
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	リスク・身体拘束廃止委員会を中心に、委員会や勉強会で日々取り組んでいる。玄関の施錠・テラスへの出入りは、希望時に職員が対応している。また言動による拘束にも職員同士で注意をし合い意識づけている。	年間研修計画を立て、「身体拘束・高齢者虐待防止」勉強会を開催している。参加職員には「研修アンケート」の作成を求め、講師がまとめて「研修報告書」を作成し、研修内容やカリキュラムの見直しに活かしている。欠席者には同じ内容での研修を行って周知している。外部研修参加時も「報告書」を作成し、詰所会で説明している。「リスク・身体拘束廃止・苦情委員会」で話し合った内容は、議事録の回覧や申し送り等で伝達している。拘束をしないための代替案の検討をしっかりと行い、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。玄関は安全に配慮して施錠しているが、利用者の外出希望や気配を感じた時は付き添って外出している。	

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
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	代表者が外部研修に参加し、伝達会にて情報を共有している。また、ホーム内においても勉強会やミーティング、詰所会にて日々の介護の見直しを行い、必要に応じて委員会やカンファレンスで意見交換を行っている。職員個々の言動に注意を払いその場で注意をしたり話し合いを行うことでその重要性を意識づけている。	計画的な勉強会の実施し、外部研修、委員会活動内容の情報伝達等を行って、高齢者虐待防止について理解を深めている。また、勉強会、カンファレンス、詰所会等で日々のケアについて見直しを行い、気になる対応などがあれば注意し合っている。「カンファレンスノート」で職員の悩み等を共有しながらその解消に努め、ストレス等が利用者のケアに影響を与えないよう取り組んでいる。また、「介護技術」等の勉強会、OJT等を実施し、介護技術の向上に努めている。家族との外出時には、「家人伝達ノート」で日々の様子を伝えている。入浴時等には、身体状況に留意し、虐待が見逃されることのないよう注意を払い防止に努めている。また、「高齢者を虐待から守ろう」パンフレットを設置している。	
		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	定期的な勉強会、外部研修などで理解を深めることが出来るよう取り組んでいる。必要なケースがある場合、窓口を一本化しているため管理者が対応するが、簡単なアドバイスは各自で出来ている。	年間研修計画に沿って、「認知症高齢者と権利擁護」に関する勉強会を実施し、「成年後見制度」「地域福祉権利擁護事業」等について学んでいる。現在、制度を利用している人があり、金銭管理関係書類の準備・提供等、活用のための協力支援を行っている。また、職員が閲覧したり、家族へ制度の説明のためのパンフレット等を準備しており、制度の利用が必要と思われる人があれば、手続き・連絡先等の説明を行って、必要時には活用のための支援が行える体制がある。	
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	時間を十分にとり説明を行っている(相談時に必要書類を配布し、検討する段階で施設の方針、リスク、料金、重度化見取りの指針、医療連携、退居時の対応範囲、契約解除規約など説明を行っている)	相談や見学時等に、「パンフレット」「入居のご案内」等でサービス内容を説明し、事前に契約書を手渡している。契約時には、法人相談員・事務長が、質問等があれば丁寧に説明し、苦情処理窓口・緊急時対応・重度化指針等をしっかり説明している。この1年、契約内容の改定はないが、改定する時には、運営推進会議で説明の上、根拠を明確にした文書で通知する仕組みがある。入院等による解約時には、「退居時の援助」の条項に沿って地域医療連携室等と連携を図りながら「介護サマリー」等利用者の情報を提供し、円滑にサービス移行が出来るよう努めている。	

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
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	面会や訪問時に「なんでも言ってもらえる雰囲気」作りを留意しており、そのような関係作りにも努めている。意見箱を設置し、意見や苦情要望など苦情処理委員会にて話し合いを行い、結果をお知らせしている。また、面会時の意見を反映できるように努めている。家人伝達ノートに日々の様子やお願い事などを職員が書き、家人より意見や要望などのやり取りをしている。	家族訪問時に、日々の生活や様子を記録している「家人伝達ノート」を閲覧してもらい、意見等が出やすいよう努めている。運営推進会議の参加案内には、欠席時にも意見等を表出できるよう「意見提案欄」を設けている。「日帰り旅行」「一泊旅行」「クリスマス会」「ふれあい昼食会」等で、食事を共にしながら忌憚なく意見交換が行える機会を設けている。出された意見、苦情等は委員会で対応方法を検討し、結果を家族に報告するとともに、運営に反映させる仕組みがある。また、利用者や全家族に運営推進会議への参加を呼びかけ、外部者へ意見を表わせる機会づくりにも努めている。	
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	毎月1回「詰所会」を開催し、意見交換を行っている。また、併設する有料老人ホームや同系列のグループホームの代表と協議する代表者委員会を設けている。	管理者は月1回の詰所会、カンファレンス、委員会等に参加し、職員の意見・提案を聞く機会を設けている。「フロア目標」や「個人目標」作成時にも職員の提案や意見を聞いている。また、「カンファレンスノート」や「職員意見箱」で、書面でも意見や提案を把握している。週1回の「代表者委員会」で代表者は管理者等の意見を聞く機会を設けている。排泄の自立に向けた支援に対する評価を行い、排泄用品の削減に努める等、職員からの意見・提案を運営に反映させている。職員の異動は基本的には行わない方針であり、利用者との馴染みの関係に配慮している。	
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	各職員が「やりがい」をもって就業できるよう環境や条件の整備を行っている。		
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	施設内での教育環境の整備と外部での研修を受ける機会を設け、スキルアップを行っている。		
	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	「すまグループホーム、小規模多機能連絡会」を立ち上げて8年目になる。施設間の情報交換や職員の交流、利用者様の交流も盛んになり、職員教育についても年数回勉強会を行っている。系列のGHとお互いに協力し合える環境が整っている。		

自己	者第	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>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	ホームの見学、体験入居、イベントへの参加、必要時訪問を行い「なじみ」の関係を持つと共に、本人の不安や思いを受け止め信頼関係を構築できるよう努力している。		
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	ご家族の立場に立って考え、思いを受け止める事ができるよいかかわりを持っている。		
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	相談時に状況を把握し、体験やイベントなどの参加などから「なじみ」を築く対応の検討や、必要時には、他の事業所と連携して他のサービスにつなげる対応を行っている。		
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	職員とご家族が、共に支えるパートナーとして情報交換を密に行い、一つの問題を互いに協力し、解決できる関係を維持している。		
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	旅行や食事会、イベントなどへの参加を呼びかけ関係維持継続に努めている。また、双方からの相談においてもよりよいアドバイスができるよう取り組んでいる。昨年も、温泉旅行・思い出巡り・昼食作り・クリスマス会などで利用者・ご家族・職員と良い関係が築けた。		
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	個別サービスで思い出めぐりや、願い事を叶える取り組みを行っている。その際に家人の同伴があり、内容によりできる限り調整を行い支援をしている。また在宅時にしていた習い事への送迎支援を行っている。	入居時や入居後の日々の係わりの中で、生活歴・趣味・仕事等を聞き取り「入居前事前面接調査表」「アセスメントシート」「介護記録」「カーデックス」等に記録として残し、馴染みの人や場等の情報を共有している。故郷の墓参り・出身大学の学食・檀家であった寺社・住んでいた商店街・馴染みの中華料理店等に「思い出めぐり」として出かけ、時には出向いた場所で馴染みの人と出会う機会づくりに努めている。詩吟教室への送迎、併設の有料老人ホームでの陶芸教室や粘土細工クラブに参加し、新たな馴染みの関係づくりにも努めている。また、家族の協力を得ながら、馴染みの場所への外出を依頼し、必要時には車イス等を準備して支援している。電話や手紙のやり取りも支援している。	

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	
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	利用者同士がコミュニケーションが取れるように家具やソファの配置に工夫をしており、協力し合ったり談話の機会がある。それぞれの個性や力をうまく発揮できるように配慮している。			
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	他の病院への入院や、他施設へ転居された際にもお見舞いや訪問を実施し関係保持に努めている。			
<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	日々の生活の中での訴えや、かかわりの中での些細な変化、表情や行動などから、それぞれの思いを把握するように努めている。今までの生活歴からも情報を収集し、本人らしく生活を継続できるよう努めている。	「入居前事前面接調査表」「アセスメントシート」「介護記録」「カーデックス」等に記載されている一人ひとりの思いや意向を共有しながら、日々の生活の中での些細な変化、表情や行動などから、それぞれの思いを把握するように努めている。思いや意向を訴えることが困難な利用者は、二者択一質問の仕方を工夫したり、今までの情報や家族からの情報をつなぎ合わせて本人の立場に立って検討し支援に努めている。また、耳の不自由な利用者には聞こえる側からジェスチャーを交えて話しかけ、目の不自由な人には視野が狭窄していない側からコミュニケーションを図るなど、個別の支援方法を職員間で話し合いながら工夫している。		
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	その人らしい生活が継続できるよう、その方のバックグラウンドを大切にしている。その方がどのような物語を送られてきたか、本人との会話や家人との面談・会話・協力によりその全体像把握に努めている。また個人伝達ノートを活用し、日々の生活を知って頂いたり要望を知るためのツールとしている。			
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	情報だけにとらわれず、日々の会話や生活からその方の全体像把握に努めている。			

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
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	利用者の方々が自分らしく暮らせるよう本人の思いを聞き取り、ご家族、職員、必要時事業所以外の関係者とカンファレンスを行い計画を作成している。モニタリングには、シートを新たに作成し行っている。ミニカンファレンスで話し合ったり申し送りやカードックスを活用し、日々の気付きを介護計画に活かしている。	「入居申し込み書」「入居時事前面談調査表」等から課題を抽出して、初回の暫定介護計画を作成し、以後は基本的に3月毎に作成している。作成時には、本人・家族の希望等を踏まえ、かかりつけ医や歯科医師、理学療法士、管理栄養士等の意見を採り入れている。計画書は、職員がいつでも見ることが出来る場所に設置し、課題の#ナンバーと連動させながら、実施状況を介護記録に記載している。計画書のニーズ、目標ごとにモニタリングを実施し、#毎に評価を行っている。家族にも参加を依頼して3ヶ月毎にカンファレンスを開催し、職員の意見を聞きながら再アセスメント(課題分析概要)を行って計画の見直しを行っている。	かかりつけ医等関係者の意見を、カンファレンス記録に記載する仕組みづくりを検討してみてもどうか。
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	個々の状態については、介護記録やカードックス、医療については、看護医療カルテに記載し情報を共有している。また、日々の実践や介護計画見直しの際のツールとして活用している。		
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	柔軟に対応できるよう心がけている。		
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	利用者の方々が、安心・安全に生活が送れるよう連携を図っている。資源マップも作成している。		

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
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	基本的には、施設の往診医が主治医となっている。しかし、希望に応じ、かかりつけ医や専門病院との連携も行っている。	入居時に、希望するかかりつけ医を確認している。内科医の定期往診があり、緊急時の対応や投薬時の利便性等から全利用者が往診医をかかりつけ医としている。他科受診時の通院介助は日常生活上の情報提供や受診結果の把握を十分に行うために事業所が対応しているが、判断が必要な時等は、状況に応じて家族が同行している。往診医師等への事前の情報提供は電話や往診付き添い時に行い、受診結果は「看護医療カルテ」に記録として残し、「介護記録」「カーデックス」「申し送り」等で周知を図っている。家族・職員・医師等関係者への医療に関するすべての連絡、伝達等は管理者に窓口を一元化している。	
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	看護師を配置している。日々の健康管理や状態に応じた対応を行えるようにしている。夜間もオンコールにて24時間相談できる体制になっている。		
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。	長期入院によるストレスダメージを回避するため、ホームで対応可能な状態に近づけば速やかに受け入れる体制をとっている。	入院時には、かかりつけ医からは「診療情報提供書」、事業所からは「介護サマリー」で事業所での暮らしぶりやADL等、利用者の支援方法に関する情報提供を行っている。入院中は電話や、随時面会に行き、状況の確認や早期の退院に向け医療連携室等病院関係者と話し合っている。確認したり話し合った内容は「介護記録」に記載している。退院時には「看護サマリー」の提供を受け、退院後の事業所での支援に活かしている。	

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
		<p>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、事業所の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</p>	<p>重度化したときの指針などにて、利用者・ご家族に説明し理解を得ている。意向をふまえ、各専門職員がチームとして連携し、最期を迎えることができるよう取り組んでいる。</p>	<p>契約時に指針で重度化した場合や終末期に於いて事業所が対応し得る支援方法と、併せて緊急時の対応について説明を行い、当面の家族の意向を、「入居前事前面接調査表」に沿って確認しながら同意を得ている。重度化が進んだ段階に応じて、繰り返し家族の意向を確認しながら、今後の支援方法をかかりつけ医等を交えて話し合い、方針を共有している。話し合った内容は、「看護医療カルテ」に記載し、介護計画を見直している。看取りにあたっては、かかりつけ医、歯科医、薬剤師、管理栄養士等関係者の協力を得て、チームで支援に取り組んでいる。管理者が個別の事例ごとに、職員に助言を行い看取り時の不安解消に努めている。</p>	
34		<p>○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</p>	<p>適切な処置や正確な報告。また、医療施設との連携がとれるよう定期的に勉強会などを行っている。近隣職員の夜間協力体制が整っている。看護師も夜間オンコール対応である。</p>		
35	(17)	<p>○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</p>	<p>防火安全対策委員会を設け、対策や訓練を実施している。また、地域の方々や近隣のスタッフが速やかに対応できるよう協力体制を取っている。</p>	<p>直近1年では2回、利用者も参加して、夜間帯想定も含めた避難誘導等の総合訓練を実施していることが記録から確認できる。「訓練報告書」「防火委員会議事録」を作成し、捺印により周知を図っている。利用者別の「個人別避難マニュアル」を、2号館にも配布して災害時に相互に協力できるよう工夫している。全職員が夜勤対象者に対する防火講習に参加し、「夜間者緊急時手順」に沿ってリスク発生時に迅速に対応できる仕組みづくりに取り組んでいる。災害時の近隣への協力依頼を呼びかけ、また、警報機が作動すれば事務長の携帯と消防署に通報できるシステムを採り入れており、火災発生時にはすぐ職員等が駆けつけられる体制を整えている。3日分程度の食料等の備蓄を施設合同で行っている。</p>	

自己	者第	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>						
		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	尊厳を守るケアを徹底し、かかわっている。	研修計画に沿って、「敬語」「コミュニケーション」等接遇に関する勉強会を実施している。勉強会の前後にアンケートを実施し、受講して考え方がどのように変わったかを自己確認している。「表情・挨拶・態度・身だしなみ・言葉遣い」の接遇5原則の徹底に努め、人格やプライバシーを確保するケアに取り組んでいる。会議やカンファレンス等で、プライバシーに配慮して対応しているかを話し合い、気になる事例があれば注意し合っている。近隣住民等に配布している「ゼフィール白川グループホーム新聞」の写真掲載については、同意を得ている。また、個人記録類は鍵のかかるステーションに保管し、不在時には鍵をかけ、個人情報の適切な管理を行っている。		
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	すべての事がらにおいて、ご本人の意思を尊重し対応している。			
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	ゆったりとした時間が流れるよう、利用者のペースに応じた対応を行っている。			
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	各個人の意向に沿った支援を行っている。			
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	栄養管理上すべてのメニューを決定や選択することはできないが、嗜好調査を行いメニューを考慮している。定期的に利用者や相談し、レストランで外食を行ったり、お弁当やファーストフードをテイクアウトし、テラスで食事を楽しむこともある。月1回の昼食作りのメニューに入居者の意見を取り入れ、調理や見学をして頂いている。	基本的には、施設内の厨房で調理された食事が届けられ、事業所内で炊飯・汁物づくり・盛り付け等を行っている。定期的に管理栄養士が食事場面を見回り、食事に対する意見や、希望・好みを聞き取って献立に反映できるよう取り組んでいる。週1回の選択メニューや、食べたいものを指定できる特別メニュー、また、外食の機会も設け食事がより楽しめるよう取り組んでいる。また、月1回事業所で「昼食づくり」を行い、食材の買い出し・盛り付け・片付け等に利用者も参加できる場を設定し、職員も同じ食事を食べ、一緒に食事を楽しむ機会を設けている。また、利用者と家族と一緒に手づくりの食事を楽しむ機会も設けている。		

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
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	管理栄養士管理にて、本人の嗜好や状態に応じた対応を行っている。水分についても個々の飲用量を把握し日々対応している。		
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	本人の能力に応じた対応を実践している。また、月6回訪問歯科医師に依頼し、歯科衛生士と共にケアの状態や方法など指導を受けている。		
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	排泄パターンの把握に努め、オムツに頼らない個別支援を行っている。問題が生じた時にはミニカンファレンスを行い本人にとってより良い方法を実践している。	利用者一人ひとりの排泄パターンを排泄チェック表を活用して把握し、声かけと誘導により日中はトイレでの排泄を大切に支援を行っている。夜間は、睡眠に配慮し利用者一人ひとりに応じたパッドの使用や、可能な限り布パンツの対応に努めている。3ヶ月毎のカンファレンスで、おむつ等の使用を減らすよう検討し、日々のケアや介護計画に反映させて実践に取り組んでいる。居室トイレへのさりげない誘導等により、羞恥心の軽減やプライバシーの確保に努めている。また、水分補給やラジオ体操等で、出来るだけ薬に頼らないで自然排便ができるよう努めている。	
	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	管理栄養士がバランスを考えたメニューを企画、一日の水分管理、リハビリや日常的な散歩・ラジオ体操など継続して実施している。必要な場合は、医師により内服での調整を行っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	深夜の入浴以外は希望に沿う対応を行っている。	基本的には週2回以上、18時30分以降の入浴以外はそれぞれの利用者の生活習慣や希望を尊重した入浴支援を行っている。浴槽が2ヶ所にあり、交互にお湯を入れ替えて、更湯での入浴が楽しめるよう配慮している。希望あれば法人施設の大浴場で温泉気分を味わいながらの入浴や、また、ADL等の身体状況によっては、機械浴を利用した入浴支援が可能である。マイシャンプーやマイソープの使用、希望があれば入浴剤を使った入浴もできるよう努めている。異性介助を嫌がる人は同性で対応し、負担感等で入浴を嫌がる人には無理強いせず、時間や職員変更等で入浴できるよう努めている。	

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
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	個人の生活リズムや体調なども考慮して、必要な睡眠・休息時間が確保できるよう支援している。		
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	各自の処方箋を個別にファイルし、内容の把握を行っている。内服薬は一包化対応を行っている。与薬ミスがないようにトリプルチェックも行っている。		
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	個人の能力に応じ、自然な形で能力が引き出せるよう対応している。気分転換についても利用者のニーズに応じ職員主動にならないよう支援している。		
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	買い物 ドライブや散歩、季節に応じた小旅行などを計画し実行している。また、思いめぐりとして、各自の思いである場所へ外出するツアーも実践している。また、23年度より毎年宿泊旅行を行っている。昨年も宿泊・日帰り組にわかれ、旅行を実施。	日常的に、事業所前での外気浴や車を利用してスーパーへの買い物等に出かけている。また、近くの喫茶店や外食に出かけたり、花見、バーベキュー等で遠足気分を味わう機会づくりを行っている。個別に「思いめぐり」として、コスモス畑・万博公園・大学の学食等へ出かける機会を設け外出支援に努めている。車イス等が必要な人も車イス対応車の活用等で利用者の状況に合わせた移動に配慮し、希望に沿って戸外に出かけられるよう努めている。宿泊を伴う鳥取旅行や城崎方面への日帰り旅行等、普段は出かけられないような場所でも、家族やボランティア職員の協力を得ながら出かけられるよう支援している。	
		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	基本的には職員管理であるが、希望や能力に応じ対応している。(個人管理の方もおられる)職員管理であっても、外出や買い物の際は個人の財布を手渡し、本人が支払いなどできるよう支援している。		
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	ホーム設置の電話を自由に使用している。また、支援も行っている。自室に固定電話を引いている利用者もおられる。		

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
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	共用空間についても、居心地良い場所となるよう、昨年はソファを設置し家具の配置や飾りつけなど利用者と話し合いながら行った。	窓越しに、朝日等自然の光が入り明るく清潔な共用空間となっている。リビングからは、プランターに植えられた季節の花を見ることが出来る。季節ごとに、クリスマスツリー、しめ飾り、鏡餅等の飾りつけを行い、旅行時や家族との食事づくりの写真、利用者のクラブ活動での作品等が何気なく飾られ、季節感や生活感を採り入れている。リビングをパーテーションで区切って面会者と自由に過ごせるように工夫し、たたみのスペースを設けて、利用者が横になってくつろげる場となっている。玄関や廊下にもソファを配置し、少人数や一人で思い思いに過ごせるよう工夫している。	
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	玄関ホールや廊下、テラスなどにテーブルセットや椅子などを設置、訪問者との談話や、一人で過ごせる空間作りを行っている。		
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	ご家族や利用者と相談し、なじみある居心地の良い空間となるよう家具や写真、飾りつけなど配慮している。	居室にはトイレ・洗面所が備え付けてあり、仏壇・飾り棚・家族の写真等使い慣れたものや思い出のものが持ち込まれている。場所間違いによる混乱を招かないよう、居室入口には利用者のネームプレートを明示している。利用者の身体状況に応じて、ベッドの高さを調整したり、カーペットを敷いて安全面への配慮に努めている。毎年、誕生日カードを作成して居室に飾り、カードには利用者が行事に参加している時の写真等を飾り付けて、1年間の暮らしぶりが振り返られるよう工夫している。	
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	「出来ること」「出来ないこと」「わかること」「わからないこと」を把握し、能力に応じた混乱を生じない個別支援を実践している。また、自助具を設置し、利用者の自立支援についても対応している。		