

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	2873100594		
法人名	社会福祉法人 友朋会		
事業所名	グループホーム 清和苑		
所在地	兵庫県川西市清和台東2丁目4-32		
自己評価作成日	平成29年7月1日	評価結果市町村受理日	平成29年8月24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	平成29年7月14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)】

自然豊かな環境に恵まれた複合施設で、建物の1階部分がグループホーム2ユニットとなっており玄関を開けると和風のアットホームな空間となっている。地域交流スペースが同敷地内にあり、色々な地域の方々と交流する機会が定期的にある。ホーム内でも外出支援、レクリエーション等や、地域ボランティアの方に来苑してもらったり地域との交流を図っている。また地域密着型運営推進会議でも有意義な意見交換の場となっており、ホームと地域が共に支え合う関係が築かれている。同一敷地内事業所との連携も密にあり、各種委員会(身体拘束防止、事故対策、研修委員会、防災対策、キャリアサポート委員会等)が設けられ、より安心で安全な生活が提供出来るように共に協議、研修する機会がある。またグループホーム内でも管理者、職員は一人一人の尊重・尊厳を大切にしたケアに努め、より良いケアを目指して取り組んでいる。

【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)】

自然豊かな環境にあり、特別養護老人ホーム・デイサービス等を併設している。研修体制・委員会活動・行事やイベント・災害訓練・地域交流等、複合施設の利点を活かして取り組んでいる。隣接した2ユニットは、行き来が自由で開放感があり、季節感と家庭的な雰囲気を大切にしている。毎月のアセスメントとモニタリングにより、現状に即し一人一人を尊重したケアを目指している。食事が楽しめる機会作り、役割や趣味の継続、日常的や行事としての外出支援等に努め、利用者のQOLの向上に努めている。「たより」・家族会・行事参加等で家族との連携に努めている。地域交流スペースの提供・地域の介護技術講習会開催・市のプロジェクトへの参加等、地域や行政とも連携し共に支え合う関係づくりを行っている。計画的・継続的な職員研修、振り返りシートを活用したOJT、定期的な会議・委員会等で職員の育成と連携に取り組み、職員の定着も良い。

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、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 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
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	理念を具体的な言葉に置き換え、各ユニットの目のつきやすい所に掲示。またワーカー会議での勉強会や話し合い等でも理念に添った伝達し共有、実践につなげている。また苑全体で毎年行なっている施設内研究発表大会では、グループホームとして毎年参加。テーマである「理念に添った取り組み」を発表している。	「地域に根ざした暮らしを大切にする」とのグループホーム運営目的を実現するための基本理念として「地域社会の一員として生活されることを支える」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。理念を具体的な言葉に置き換え、玄関・共用空間等に掲示すると共に、パンフレットにも掲載し、職員・家族等への共有を図っている。理念を実践するために、事業計画に具体的目標を採り入れ、年度末に事業報告として実践結果等を報告している。職員参画のもと、施設内発表会で「理念に沿ってケアの取り組み」を発表し、ワーカー会議・ユニット会議等でも説明し、職員への理解と浸透に努めている。	
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員として日常的に交流している	法人として地域の自治会に加入しており、地区のふれあい広場、さくら祭り、納涼祭等の行事に参加。また中学生の「トライやるウィーク」の受け入れや、幼稚園、小学校等の交流会を開催したり、フラダンスやギター演奏、囲碁等のボランティアの方々の来訪等、事業所と地域の人々がお互いに支え合う関係を築けるよう、日常的な交流を図っている。	地域の自治会に加入し、清掃活動への参加を継続している。ふれあい広場・納涼祭等の地域の行事に参加すると共に、施設合同でのゆうゆう祭りや餅つき大会に地域の人達を招いて交流している。小学生の演奏・囲碁・フラダンス等ボランティアも来訪しており、日常的に地域と交流する機会づくりに取り組んでいる。また、地域交流スペースを老人クラブの活動の場として提供し、トライやるウィークでの地域中学生の受け入れや、地域向けの介護技術講習会を事業所内外で開催する等、地域で必要とされる活動や役割を担っている。また、認知症の人を地域で支えるため、職員に認知症サポーター養成講座の受講を推奨している。	
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	中学生の「トライやるウィーク」受け入れの際や、地域向けの介護技術講習会を開催するなどし、認知症の人の理解や支援方法を伝えている。		

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
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	入居者、ご家族、自治会役員、福祉部部長、キャラバンメイト、知見を有する人、包括支援センター職員等をメンバーに2カ月に1度開催している。会議では、入居者情報、入退居、入退院などを報告。自治会役員等の近隣代表からは、清和台地区の行事情報、民生委員、包括職員からは川西市全体や、清和台地区に関する福祉の情報提供をして頂いている。入居者、ご家族からは、内容によって、その都度その時の気持ちを伺っている。また第三者評価受審後は、評価結果や目標達成計画などの報告と課題等の話し合いを行っており、サービスの向上に活かしている。	利用者、家族、地域代表・知見を有する者・地域包括支援センター職員等をメンバーに2ヶ月に1回開催している。会議では利用者の状況や事業所の取り組み、事業計画と事業報告、第三者評価の受審・結果・目標達成計画の報告、事業所の課題等を話し合い、地域へ事業所の理解を一層深めるよう取り組んでいる。会議では、地域の福祉ニーズや行事の情報を得ており、そこでの提案・情報等をサービスの向上に活かしている。また、運営推進会議事録は個人情報に留意しながら、玄関に設置している。	
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に取り組んでいる	川西市中央地域包括支援センター職員、清和台地域包括支援センター職員が運営推進会議に参加。事業所の情報やグループホームの取り組み等を伝えている。また、運営推進会議事録は「運営推進会議開催状況報告書」として市に提出。協力関係を築けるよう取り組んでいる。	管理者が市から認知症初期集中支援チームのコーディネーターを委嘱され、市と連携しながら困難事例等の対応を行っている。市の集団指導に参加し感染症に関する情報を得たり、熱中症に関するポスターの提供を受け、ワーカーに伝達している。中央地域包括支援センター職員が運営推進会議に参加しており、事業所の実情やサービスの取り組みを伝えている。時には市の職員も参加するグループホーム連絡協議会で、情報交換や事業所の課題等の相談を行い連携を深めるよう努めている。	
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、玄関の施設を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	施設内で毎月1回、身体拘束防止委員会を開催。 ”禁止の対象となる、具体的な行為”を基準とした身体拘束者の有無を部署毎に報告。また、「虐待は不適切ケアから始まる」とのことから、施設内で独自に不適切ケアチェック表を作成しチェックしたり、身体拘束防止委員会による勉強会を開催し身体拘束防止の周知を行なっている。ご家族にも、入居者の意向に沿った生活やADL低下によるリスクを、その都度説明し身体拘束をしないケアに取り組んでいる。ユニット玄関も日中は施錠しておらず、外出されると感じた時は職員が必ず付き添っており、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	昨年度、法人内研修として「虐待・身体拘束について」を実施し、今年度も継続的に実施する計画である。施設の身体拘束防止委員会に参加している職員が、委員会資料を用いて事業所で勉強会を実施し、職員は禁止の対象となる具体的な行為や弊害を学んでいる。「不適切ケアチェックシート」を掲示して意識付けを行うと共に、自己評価を行いながら自・他部署が相互チェックを行い、職員の意識向上に努めている。家族にも拘束により予測されるリスクを説明し、代替策を話し合い、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。玄関も日中施錠せず、外出の希望を感じ取れば、職員が付き添って外出している。	

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
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のないよう注意を払い、防止に努めている	身体拘束防止委員会による勉強会や外部研修の参加した職員が全体会議の中で伝達研修を行なったり等し、高齢者虐待防止法等の理解を深めている。また、管理者、主任は日々の職員の言動や表情に留意し、声掛けや話しをする場をもうけ職員の疲労やストレスによる虐待の未然防止に努めている。施設全体でもストレスケアアンケートを職員に配布。アンケート結果からストレスが多い職員には産業医に相談できるようにしている。	上記の勉強会等で、高齢者虐待防止について学んでいる。管理者等は職員に日々声をかけを心がけ、年1回「職業性ストレス簡易調査表」によるアンケートを実施し、必要あれば産業医に相談できる仕組みがあり、疲労やストレスによる虐待の未然防止に努めている。また、「認知症理解と対応方法」研修も実施し、「振り返りシート」をOJTチェックシートとしても活用し、介護技術と意識の向上に努めている。家族との外出、外泊時には、家族に利用者の状況を説明し、必要時には車イスを貸与して、家族の介護負担軽減に努めている。入浴時等に身体状況に留意し、事業所内外での虐待が見逃される事のないよう注意を払い防止に努めている。	
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	H27年度の第三者評価後、特定営利活動法人、成年後見センター川西の方に出席講座を依頼し勉強会を開催。また、今年度、施設全体の介護学習会で権利擁護についての講義を11月に開催予定。学ぶ機会を設けている。	2年に1回程度、権利擁護に関する制度についての研修を実施しており、27年度には市の成年後見センターに依頼して研修を実施している。29年度も研修計画に採り入れている。成年後見制度を利用している人があり、後見人には、定期的に金銭管理関係資料や身体・生活状況の情報の提供を行うとともに、契約書内容改定時や介護計画書の同意等で随時連絡を取っている。リーフレットを施設内の地域包括支援センターに設置し、活用が必要と思われる利用者があれば、実務経験を活かし地域包括支援センターと連携して支援できる体制がある。	
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	契約時、重要事項説明書、重度化対応、終末期ケア対応指針等、時間を十分にとり契約を締結している。その足、疑問転等ないか確認しながら行なっている。また法令改正による料金改正等は根拠を文書に明記して家族に送り同意を得ている。そして、家族会や、お花見の会等、家族が参加する行事でも説明している。	契約前の見学時や自宅訪問時に、パンフレット等を用いて、入居までの流れ・施設の概要・サービス内容等を説明している。必要に応じて、重要事項説明書、契約書に事前に目を通してもらい、契約時には、不安や疑問点がないか確認しながら十分時間をかけて説明している。契約内容改正時は家族会や家族参加の行事の際に説明の上、根拠を明記した文書で通知したり、文書で同意を得る等、内容に応じて適切に対応している。契約終了にあたっては、重要事項説明書の条項に沿って、利用者の心身の状況等を「介護サマリー」等で移行先に情報提供している。	

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	日頃より家族来苑時に、その都度、入居者の状況報告や意見・要望を伺っている。また年1回開催する家族会では、意見交換の場を設けたり、家族参加行事、お花見の会、納涼祭、ゆうゆう祭りでもその都度意見・要望を伺っている。伺った意見はワーカー会議、運営会議、運営推進会議等で伝達し、運営に反映できる事は反映させている。	家族の面会時には近況を報告し、意見・要望の把握に努めている。毎月郵送する「たより」でも、利用者の暮らしぶり等を家族に伝えている。また、納涼祭やゆうゆう祭り等行事や家族会で、年4回程度家族と会食する機会を設け、家族会では意見交換の時間を設けて、家族が意見等を発しやすいよう工夫している。利用者にも運営推進会議への参加を呼びかけ、利用者が外部者に意見を表す機会づくりを行っている。把握した意見等はワーカー会議、運営会議、運営推進会議等で対応を話し合い、希望者への訪問リハビリの紹介等、家族からの意見や提案を運営に反映させている。	
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	業務中でも、日々職員へ声掛けを行ない随時職員から意見が聞けるよう努めている。またワーカー会議、リーダー会議、ユニット会議等では職員の意見や提案を聞き、反映させている。	管理者は日々職員とのコミュニケーションを心がけ、ワーカー会議やユニット会議等に参加し、議事録にも目を通して意見等の把握に努めている。年1回施設長と職員との面接時や、各チェックシートの評価時にも、意見や提案等を把握するよう努めている。管理者は施設長も参加する運営会議で、自らの意見や職員の意見等を伝えている。排泄用品の改善等、職員の意見・提案を運営に反映させている。職員の希望やスキルアップのため異動も行っているが、馴染みの関係に配慮して最小限に留めている。キャリアサポート委員会でも、利用者と職員間の横のつながりを大切にしている。	
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	代表者は人事考課により職能把握に努め、年1回の面接時に個々に対し課題を提示し向上心を持って働く環境を作っている。またキャリアサポート委員主催の職務階層毎の勉強会では個々の目標の振り返り、達成するための助言等を行なっている。		

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
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	施設内での介護学習会、各部署毎による勉強会、キャリアサポート委員主催による職務階層毎の勉強会等、様々な研修を開催し、苑外研修も積極的に参加できる環境を整えている。また新人を対象としたOJTチェックシート、職員への振り返りシートをもとにスキルアップが出来るよう取り組んでいる。		
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	年3回、市内のグループホーム事業所の代表者が集まり連絡会を開催している。また各事業所の運営推進会議に参加するなどし、お互いサービスの質の向上に努めている。		
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	入居前には、家族、担当ケアマネジャー等と連携。本人の要望や困りごと、状況等を把握している。また、可能であれば本人と面会し確認している。入居後も本人の言動等で不安などが無い様子観察し、関わる時間をしっかりと設け、安心して生活して頂けるよう努めている。		
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	上記と同様、入居前には、担当ケアマネジャー、家族と連携し、必要な情報、要望、困りごと等聞きながら進めている。入居後も密に連絡をとりあい、グループホームでの様子や本人の要望等があれば伝えており、関係作りに努めている。		
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	入居前より、本人や家族の意向、困りごと等の情報を出来るだけ収集し、今、必要な支援は何かを見極めている。		
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	「個を尊重し、今を大切に、共に生きる」という法人理念のもと、支援を行なっている。お互いを尊重しながら、関わる事を大切に、出来る今を大切にしながら共に生活し、時には頼り、時には頼られる関係を築いている。		

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
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	些細な変化、言動があれば、その都度電話等で報告し、情報を共有している。また家族来苑時にも近況報告や生活状況を聞き支援に役立てる等、共に支え合う関係を築いている。		
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	年4回、家族と共に過ごせる機会を設けている。また入居前の友人が来苑されたり、本人が会いたい人に会いに行ったりと関係が途切れないよう支援に努めている。	入居時に家族が記載するフェイスシート、入居後の利用者との会話や家族との面談時に、生活歴・趣味等の把握に努めている。個人ケース記録や生活歴の記録等に記録し、モニタリングシートを更新しながら、利用者地域社会との関わりについての情報を共有している。自宅に付き添い友人と挨拶を交わしたり、馴染みの喫茶店や美容院を利用する等、馴染みの関係が継続できるよう支援に努めている。併設デイサービスとの交流の中で、利用者同士の馴染み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	ユニット間での行き来があり、その中でレクリエーションなどを通して入居者同士の輪を広げている。また職員が間に入り、調整役となり楽しい時間を過ごせるよう支援している。		
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	入居者が亡くなられた後、家族の必要に応じて相談に応じている。またお通夜、葬儀にも出席。これまでの関係性を大切にしている。		
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	日頃の会話や食事時、入浴時、外出時等から本人の意向を引き出すよう努めている。食事では週1回程度の、昼食セレクションの日を設け、利用者を選択肢を提供したり、誕生日外出で好きな物を召し上がっていただくなど、本人の嗜好に合わせて楽しんでいただいている。また意思疎通の困難な方には、家族から生活歴や、その人の表情や言動等の様子を記録に残し、ユニット会議等で話し合い意向に添えるよう努めている。	前任ケアマネージャーや家族からの情報、また、散歩や入浴時等の職員と利用者の自然な会話の中から、一人ひとりの思いや意向を引き出すよう努め記録として残している。意思疎通が困難な場合は、家族から聞き取ったり、言動や表情、また、いつもと異なる行動等些細な変化に目を配り、記録として残している。思いや意向を一部の職員で判断せず、ユニット会議等で利用者の立場に立って検討し、意向に沿えるよう介護計画にも反映させながら支援している。	

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
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	居室担当が、個々に家族や本人に聞き取りし生活歴を作成したり、個人ケースや医療ケースなどの記録を確認し把握に努めている。		
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	毎日のモニタリング、日々の記録などを月末にまとめモニタリング評価表を作成。作成したものはユニット会議開催時に職員に配布し、それを基に入居者個々の話し合いを行なっている。		
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	介護計画は基本的に6カ月毎に本人・家族の意向を確認しながら作成。退院時や看取り時等にも状態をみて主治医や、家族と話し合いの場を設け作成している。また日々の記録等から、主治医や看護師、介護職員の意見を取り入れている。計画書に沿って、モニタリング評価表を作成し、その援助内容に項目番号を付し、毎日少なくとも1項目はモニタリングを実施。介護内容と日々のケアが結びついているか振り返りを行ない、ユニット会議で意見交換、情報共有を行なっている。	事業所で作成する個人情報シートと家族が記入するフェイスシートを基に初回の介護計画を作成し、以後は基本的に6ヶ月毎に見直しを行っている。見直し内容は、個別ファイルの伝言板バインダーで周知している。ケース記録にモニタリング欄を設け、日々の実施状況を項目番号で表記し記録している。計画作成担当者が日々の記録を基に実施状況を確認し、月毎にモニタリングシートを作成している。毎月再アセスメントを行い、ADL表を更新している。介護計画見直しの際は、毎月のモニタリングと再アセスメントを基に、ワーカー会議でカンファレンスを実施して、次の計画に結び付けている。また、見直しに際しては、本人・家族の希望・意向等を踏まえ、かかりつけ医・看護師・理学療法士等関係者の意見を採り入れている。	本人・家族・関係者の意向や意見の反映が明確になるように、介護計画見直しの際に聴取した、利用者・家族の意向や各種関係者の意見を、会議録等に一元的に記録してはどうか。
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	個別に介護と医療のファイルを作成。日々の状態や様子を記録し職員が共有している。またモニタリング評価表、ADL表等を活用しながら介護計画の見直しを行なっている。		
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	出張理美容の利用や外部受診の際の支援、囲碁ボランティアの依頼、訪問リハビリ等の、他のサービス利用の支援など、その時々本人や家族の状況、状態に合わせて対応出来るように努めている。		

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
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	幼稚園、小学校、中学校との交流、自治会やコミュニティ主催の行事への参加をすることで楽しむことができるよう支援している。また地域のスーパーへ食材の買い出し、馴染みの美容院、喫茶店の利用、家に帰りたいと訴えられる方の付き添い、送迎など豊かな暮らしが出来るよう支援している。また運営推進会議では、震災や火災時等、協力してもらえるよう、お願いしている。		
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	主治医は契約時に希望を確認している。利用前からの、かかりつけ医、併設している診療所の嘱託医師等、希望する医師をかかりつけ医とし、医師と連携を図りながら適切な医療が受けられるよう支援している。通院介助は基本家族が行う事とし、通院介助の方法等は契約時に伝えている。受診結果は事業所と家族間でお互いに報告し合い、診療所看護師に伝え情報共有を行なっている。	受診は、本人・家族等の希望を大切にしている。利用前からのかかりつけ医・併設診療所の嘱託医師等、希望のかかりつけ医で適切な医療を受けられるように支援している。通院介助は基本的には家族が行うこととして契約時に説明しているが、家族の都合等によっては、事業所が臨機応変に対応している。家族が通院介助を行う時は、家族に手紙を託けて医師に情報提供している。嘱託医に対しては、日々の看護師との申し送りで伝えている。受診結果は、共に個人別「医療記録」に記載し、変薬等は申し送りで周知するとともに、業務日誌医療欄の「医療処置・対応・臨時薬等」に記載し共有している。	
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	24時間の医療連携体制をとっており、看護職員を配置。毎朝ミーティングに参加してもらい、情報を共有している。何か問題があれば、いつでも相談できたり、診に来てくれる体制がある。		
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、入居者の状態が解る様に介護サマリーや診療情報提供書などを医療機関に提供している。入院中も家族や病院と情報交換を行い情報を共有。退院の見込みがあれば、出来るだけ早く退院できるよう努めている。また退院が使づく医療機関内でのカンファレンスに参加すると共に退院時に病院から提供される診療情報提供書の情報を基に、退院後の支援に活かしている。	入院時には、事業所からは「介護サマリー」、かかりつけ医からは「診療情報提供書」で、情報提供している。入院中は家族と連絡を取り合いながら、面会に行き、医療連携室等関係者と情報交換を行い、早期の退院に向けて話し合っている。退院時には、カンファレンスに参加し、入院中の情報は個人別「医療記録」に記載して共有している。退院時には、「看護サマリー」「リハビリサマリー」「診療情報提供書」等の提供を受け、退院後の事業所での支援に活かしている。	

自己	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	入居時に重度化対応、指針を説明、事前確認書として方針を共有している。重度化した場合、医師、看護師、家族等とサービス担当者会議を開催し家族の意向を確認すると共に、事業所で出来る事を十分に説明しながら方針を共有し、共に看取る体制をとっている。	契約時に、重度化・終末期に向けた事業所の対応方針を文書で説明し、本人・家族の意向等を「事前確認書」で確認し、支援方針の共有に努めている。重度化を迎えた段階で、再度意向を確認し、「看取りに関する指針」を家族に説明して同意を得ている。かかりつけ医等を交えて「サービス担当者会議」を開き、今後の支援方法を話し合い、介護計画の見直しを行っている。状態の変化やその都度家族と話し合った内容は、医療記録に記載して経過を記録している。終末期には、かかりつけ医・看護師・歯科医師等とともに、利用者を信仰面から支える牧師が来訪することもあり、関係者と共に支援に取り組んでいる。支援後には職員間で「振り返り」を行っている。	
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	施設内の介護学習会、事業所内での勉強会にて心肺蘇生法や緊急時の対応等を勉強している。また緊急時対応マニュアルもあり、流れを周知できるように勉強会等で発信している。		
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	消防署立会いのもと、年2回法人内で合同防災訓練を実施。非常時に対応できるようにしている。また火災時、水害時、震災時とそれぞれマニュアルを作成しており、避難できる方法を全職員が身につけられるよう会議等で発信している。運営推進会議では災害時等協力してもらえるようお願いしている。	この1年間に2回、消防署の立ち合いも含め、併設事業所と合同で消火・避難誘導・通報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。訓練は夜間帯出火を想定し、部署ごとに避難誘導方法と夜勤者の役割を定めて実施している。訓練結果を消防署が検証して指導・助言等を行い、参加出来なかった職員には、申し送りで助言内容等を周知している。また、運営推進会議を通じて地域住民に見守り等の協力依頼を行っている。非常用食料等は防災委員会管理のもと、同一敷地内の法人施設に3日分程度共同備蓄している。8月には、地震時のシュミレーション訓練を計画している。	

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
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	施設で独自に作成した不適切ケアチェック表を基に、自己評価、他者評価を行ない各個人と面談を行う等し、尊厳の保持やプライバシーの保護等が守られているかをチェックしている。ホーム便りに掲載する写真については入居時に説明し了承を得たり、個人名の記載されているものや、個人ケース記録などは目の見える場所には置かず、ワーカー室で管理している。	「接遇・コミュニケーション」研修を実施するとともに、不適切ケアチェックシートを活用して、利用者個々の人格を尊重した言葉かけや対応が出来ているか振り返っている。日々の関りのなかで不適切な言葉かけ等があればお互いに注意し合っている。申し送り時に排泄状況等が利用者に聞こえないよう留意する等、誇りやプライバシーを損ねないよう努めている。また、ホームページ、たより、パワーポイント等に使用する写真については同意を得、個人記録類は鍵がかかるスタッフルーム内の書類棚に外部から見えないよう保管する等、個人情報の適切な管理に努めている。職員の守秘義務についても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	基本理念にあるように、入居者の決定を待つ姿勢、医師を引き出す言葉掛けを心掛けている。日常での移動、トイレ、入浴などをはじめ、外出、行事、買い物等、本人自ら決定出来るよう努めている。		
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し、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	ある程度の1日の流れはあり声掛けはするが、起床や就寝時、家事やレクリエーション、行事等、本人のペースに合わせてながら、希望にそって支援している。		
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	個々の趣味に合わせて服を選び楽しんでもらえるようにしている。また髪染めやパーマを希望される方の外出支援や、施設内で衣料販売を行ない、好きな服を購入していただくなどの支援を行なっている。		

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
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	朝食と週2回(昼、夕)、管理栄養士が中心となり、利用者の希望を踏まえた献立を考え食事作りをしている。入居者と一緒に近所のスーパーに買い物にいたり、調理時には、野菜を切ってもらったり、下膳、食器洗い等出来る方にはして頂けるよう努めている。また誕生日には希望を聞いて食べたい物を召し上がっていただくなど、食事を楽しめるよう努めている。	基本的には併設施設で作られた食事がホームに届けられているが、朝食と週2回(昼と夕)は、事業所で利用者の希望や季節感を採り入れ、旬の食材を使った食事づくりを行っている。利用者が買い物・野菜のカット・食器洗い等、一人ひとりの好みや力を活かして参加できるように支援している。週1回程度食事が選択できる昼食セレクションの日を設けたり、お誕生日には希望の食事を提供したり、外食の機会も設ける等、食事がより楽しみなものになるよう取り組んでいる。利用者の嗜好や、状況に応じた食事形態にも対応し、ミキサー食等で外食が難しい人には「摂食回復支援食」で食事が楽しめるよう支援している。	
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、水分摂取量を毎食記録しており、摂取量が確保できるようにしており、また、その方に合った食事形態を取り入れ、摂取しやすいようにしている。毎月末には体重を測定。グラフ化し体重変動等を把握し問題がある方はワーカー会議で検討議題として取り上げ、捕食等検討し実施している。		
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、個々に合わせた口腔ケア、義歯の洗浄を行なっている。口腔内の確認も行い、問題あれば歯科医に繋げられる体制を取っている。		
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	排泄チェック表を活用し、ひとりひとりに応じた見守り、声掛けを行ない、排泄の自立を支援している。夜間はリハビリパンツや紙オムツにパッドを挟み対応している方でも、日中は布パンツにパッドやリハビリパンツにパッドに変更する等、安易にオムツを使用しないようにしている。また排便チェック表を基に、腹部マッサージやヨーグルトやヤクルトを提供し緩下剤の使用を最小限に止めた排便コントロールを行なっている。	全利用者の排泄状況を排泄チェック表で把握し、個々の状況に合わせて、見守り、さりげない声かけ誘導を行い、排泄の自立に向けた支援に努めている。夜間はおむつやリハビリパンツにパッドを使用する人も、日中は可能な限り、布パンツやリハビリパンツにパッドで支援するよう努める等、安易な排泄用品の使用にならないよう取り組んでいる。また、排便チェック表をもとに、腹部マッサージや乳製品の提供等で便秘の予防に努め、下剤の使用を最小限に止めるよう努めている。	

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
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	排便チェック表を基に、便秘の方がいないか毎日チェックをしている。便秘の方がいれば、業務日誌に記載し申し送りを行なっている。ミーティング時には看護師に相談、慢性的であれば医師に相談し、薬にてコントロール。また個々にヨーグルトやヤクルト、サプリメントなどを使用し便秘対策に努めている。		
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	基本的に入浴(一般浴、リフト浴)は週2回行なっている。時間は14時から16時と決まっているが、その都度声掛けし、入浴されるか確認をとっている。気分の乗らない方や拒否が強い方は声掛けのタイミングを工夫したり、次の日に変更する等に気分よく入浴出来るよう支援している。また「ゆず湯」「菖蒲湯」など、季節を感じながら入浴が楽しめる機会も設けている。	基本的には週2回、午後の入浴を支援しているが、回数や時間帯等、可能な限り利用者の生活習慣や意向を尊重した入浴支援に努めている。一般浴はヒノキの浴槽で、また、利用者の状況に応じて、リフト浴や併設施設の特浴を利用することも可能である。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、一人ひとりに応じた声かけや誘導のタイミングを工夫し、円滑に入浴できるように支援している。また、「ゆず湯」「菖蒲湯」等、季節を感じながら入浴を楽しめる機会を設けている。	
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	個々のその日の体調等を把握し、日中休息が出来るよう支援している。夕食後もテレビを見られる方、お話を楽しまれる方などがおられ、それぞれが休まれる時間を尊重している。また不安で眠れない方、夜間目が覚めてしまった方に対して不安感を取り除けるよう、話を聞く等し安心して眠れ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	個々の薬治書をまとめたファイルがあり、いつでも閲覧できるようにして、目的や副作用、用法、容量がわかるようにしている。また薬局と連携し「お薬カレンダー」を使用。服薬チェック表も活用しながら誤薬がないよう努めている。		

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
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	生活歴、ADL表、個人記録、日々の会話等から好きな事や得意な事を把握し個々の好みに合わせたレクリエーションや楽しみごとが出来よう支援している。		
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支援している	外に出たい方、家に帰りたい方は、希望に沿ってその都度付き合い見守っている。また毎月行事計画を立て、普段行けない場所に外出したり、ボランティアに協力してもらいながら地域行事に参加してもらうなど支援している。	日常的に近くの公園・喫茶店・車での買い物や食材の買い出し等、利用者の状況・希望に沿って戸外に出かける機会を設けている。家に帰りたい人にも、同行し支援している。ホーム前のベンチで外気浴を楽しみながら気分転換を図る人もある。毎月行事計画を立て、花見や紅葉狩り等季節ごとの外出や、地域行事への参加、バラ公園・ふれあいパーク・一庫ダム等、普段は行けないような場所へも出かけられるよう支援している。車イスが必要な人もリフト車を利用し、外出を楽しめるよう努めている。また、外出にはボランティアや家族の協力を得ている。	
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	管理が難しい方には立替金という形で支払っているが、ほぼ自立の方は、ご自分でお金を管理されており、食材の買い出しの際にお菓子を買われたりされている。店の支払いも、本人に支払ってもらえるよう促し、金銭のやり取りを見守りながら、難しい時は声を掛ける等している。		
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	電話の希望があれば、状況をみながら日常的に電話が出来るよう支援している。家族からの手紙やハガキが届いた際は手渡し、返事を書きたいという入居者には住所を伝える等支援している。		

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
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	共有スペースには、ソファやベンチ、畳があり、テレビやラジカセ、新聞・本などを置いている。ソファに座りテレビを見たり、新聞や本を読む方、違うユニットへ行く方など、個々の好きな場所で過ごせる様工夫している。また季節ごとの飾り付けを行ったり、行事の写真をボードで飾る等し居心地良く過ごせるよう工夫している。	共有スペースには、テーブル席の他、ソファやベンチ、畳のスペースがあり、テレビを見たり、本や新聞を読んだり、洗濯物をたむ等、思い思いの場所で自分の時間が過ごせる環境がある。2つのユニットが隣接して、行き来が自由なため、開放感もある。七夕飾り・あじさいの生け花・季節ごとの制作等を飾り、季節感を採り入れている。壁面に行事の写真や利用者の作品を飾り、居心地良く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	共有空間で1人になることは、ほぼ無いが、廊下にソファを設置したり、ベンチなどで、少し距離がとれるスペースを確保している。また座る席も考え、気の合う入居者同士で過ごせるよう工夫している。	/	/
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	入居時に家族と相談し、出来る限り在宅時と同じような環境(馴染みの家具やベッド等)になるよう努めている。また日用品も使い慣れた(湯呑、お箸、茶碗、小物等)持参して使用して頂いている。持ち込みの少ない入居者には家族に相談し協力を仰ぐなど、居心地良く過ごせる工夫をしている。	居室は、畳にフローリング敷き、またはフローリング敷で、広くゆったりとしている。全室にトイレ・洗面台・クローゼットが設置されている。家族と相談し、馴染みの家具やベッド・冷蔵庫を持ち込み、在宅時と同じような環境になるよう努めている。家族の写真を飾ったり、茶碗・湯呑等日々の食器も使い慣れたものが使えるように家族に協力を仰ぎ、居心地良く過ごせるよう工夫している。また、事業所でのフラワーアレンジメントや書道の作品を飾り、個別性のある居室づくりに取り組んでいる。	
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	モニタリング評価表、ADL表を活用すると共に、勉強会にて家事について個々の出来る事、出来ない事を共有し把握。危険性を感じたら「ヒヤリはっと表」に記載し改善策を考え実施するなど、安全で自立した生活が送れる様支援している。	/	/