

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	2871000523		
法人名	医療法人社団 慶仁会		
事業所名	グループホーム「マイホーム芦屋」		
所在地	芦屋市陽光町8-30		
自己評価作成日	平成23年12月2日	評価結果市町村受理日	平成24年2月22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.kaigo-kouhyou-hyogo.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【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6-8-102		
訪問調査日	平成23年12月12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)】

利用者の楽しみは食べることが1番と考え、できる限り楽しめるように外食の確保や出前、調理レク、おやつなどグループホーム独自のメニュー取り入れている。

【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)】

近隣に芦屋のヨットハーバー・公園・コンビニ等があり、散歩・買い物等に出かけられる環境にある。老人保健施設・通所リハビリテーション等が運営されている建物の5階にグループホームがある。意思疎通が困難等利用者の重度化が進む中、本人の立場になって思いや意向の把握に努め、自立した生活が送れるよう支援しており、「調理レク」の日を設ける等、利用者一人ひとりの好みや力を活かそうと努めている。時には外食や出前を採り入れ、食事が楽しみなものになるよう工夫している。地域との交流にも取り組んでおり、毎月、民生委員主催の「生きがいデイサービス」等に参加したり、事業所での「おやつ招待デー」には地域の人達が来訪している。

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、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 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	理念は、絵で掲示していて地域性をを出す為に新たに付け加えると、全体のバランスが不自然になるので、絵(理念)に対して捉え方を一部変更し伝達するようにした。	法人の理念の中に「地域に根ざした施設」ということを謳っている。法人の理念を根幹に職員で話し合い、「喜怒哀楽」という事業所独自の理念をつくり、絵で表わしている。理念を玄関に掲示し、職員は家の部分を地域の住み慣れた場所としての芦屋を表現していると捉え、スタッフミーティングやケアカンファレンス等で日々のケアを理念に立ち戻って振り返り、支援の方向性を共有している。例えば「喜び」の場を創出するため、近隣小学校の運動会に参加する等、理念の実践に向け取り組んでいる。	
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	芦屋市地域発信型ネットワーク潮見地区小地域ブロック会に参加し、夏祭りに出店。また、老人会の行事なども参加し、交流を図れるようにしている。	月1回民生委員主催の「生きがいデイサービス」や老人会の行事への参加、地域の夏祭りへの出店、また、事業所での「おやつ招待デー」や夏祭りへの地域住民の来訪等、事業所と地域との交流が行われている。また、地域の夏祭り企画会議への参加等地域で必要とされる活動や役割を担っている。	
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	運営推進会議の際に参加者にBPSDの理解を事例を通じて発信している。		

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	運営推進会議開催時には、個別に意見を 出してもらえよう時間を設けている。	家族代表・民生委員・老人会会長・市職員・ 地域包括支援センター職員・時には消防署 職員等が参加し、概ね2ヶ月に1回以上開催 している。知見を有する者については運営推 進会議で、各委員が兼ねているという理解を 得ている。利用者については参加を呼びか けたが、参加できる状況には至っていない。 会議では利用者の状況や行事等の事業所 の取組み、第三者評価の受審結果・目標達 成計画等の報告や話し合いを行っている。 各参加者からの提案・助言をサービスの向 上に活かしている。	
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	メールなどで、研修の案内を送信してもらっ ている。また、運営推進会議には常に参 加。利用できるサービスの情報提供も願 いしている。	運営推進会議に市職員、時には消防署職員 が参加しており、事業所の状況や取組みの 情報提供を行っている。運営推進会議の議 事録や第三者評価の受審結果・目標達成計 画を市へ持参したり、また、市からは研修案 内の情報提供を受ける等協力関係を築くよ うに努めている。	
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、玄関の施錠を含めて身体拘束をしない ケアに取り組んでいる	身体拘束をしない為の会議を定期的に関 催している。現在、EVの施錠が拘束になる ことが理解できる利用者はいない。今後、 該当者がであれば具体的に実施計画を検討 する。	身体拘束廃止委員会で、事業所として拘束 となる定義を話し合い、拘束と定義される具 体的な行為や、拘束がもたらす弊害を心理 的なものも含めて学んでいる。例えば、セン サーマットの使用については拘束と定義し、 家族にも予測されるリスクを説明の上、身体 拘束をしないケアに取り組んでいる。建物の 1階玄関は、モニターで確認して開錠して いるが、事業所は5階にありエレベーターに はセンサーがあるが、事業所としての出入り 口は施錠していない。利用者の外出希望や 気配を察知した時は、職員がさりげなく付き 添って外出している。	
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	施設内研修で自立について勉強する。その 中で、が虐待ケースに繋がる行為を取り上 げる。家族から出されるメッセージにつ いても、サインであるため支援方法を勉強した。	外部研修受講による伝達講習や内部研修を 実施し、具体的な事例を用いて心理的虐待 も含めて、高齢者虐待防止関連法について 学ぶ機会を持っている。入浴時や更衣時に 傷等がないか留意し、虐待が疑われる事象 を発見した場合の職員の責務や対応方法を 周知徹底して、自宅や事業所内での虐待が 見逃されることのないよう取り組んでいる。	

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
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	施設内研修の際に勉強する機会を確保する。しかし、内容を十分理解したといえないため、今後も継続開催する必要がある。	内部研修を実施し、権利擁護に関する制度や内容を学んでいる。現在成年後見人制度を利用している人もあり、後見人への利用者の状況報告・各種資料提供等、活用のための支援を行っている。支援のための資料等も準備しており、いつでも支援・活用できる体制がある。しかし職員間で内容の理解に温度差があるので、引き続き研修等の開催を検討している。	
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	キーパソンも高齢であるため、契約書の内容を理解するには時間がかかるので、前もって手渡し、契約の際は分かるような言葉にかえて実施している。	契約書の内容理解に時間がかかるので、契約書を事前に手渡している。契約時には質疑応答を交えながら、分かり易い言葉で説明している。特に、終末期や入院時の対応については、しっかり説明している。法改正に伴う利用料金改正等で契約書の内容を改定する時は、根拠を明確にした文書を家族に送り同意を得ている。契約の解除に当たっては、特別養護老人ホーム等介護サービスの情報提供や入居のための資料作成等、退居後の支援方法について十分な説明と納得を図り、円滑な退居のための支援を行っている。	
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	生活介護計画書(ケアプラン)の中に要望欄を設け、説明時には確認している。口頭で要望があった場合は、職員が代筆。要望の内容を確認し担当者報告。実施後は、運営推進会議などで報告の機会を確保している。	家族訪問時には利用者の状況報告を行い、毎月各家族に「暮らしの報告書」を送って、家族からの意見・要望の把握に努めている。また、生活介護計画書(ケアプラン)に要望欄を設け、プラン説明時に確認している。表わされた意見等はスタッフミーティング等で対応を話し合い、家族への説明と共に内容によっては運営推進会議で対応結果等を報告し、意見を外部者へ表わせる機会としている。利用者の好みや希望に沿った外食の機会を設ける等出された意見・要望を運営に反映させている。第三者評価時の家族アンケートも運営に活かしている。	

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
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	月ごとに日程を決める職員を設けて、自由に決めることができるようにしている。また、日程の内容を確認して人数の配置など相談にのっている。	管理者は日常的に職員に声かけを行い、ミーティング時や年2回の「面談」時等に職員からの意見・提案を聞く機会を設けている。提案等は業務改善委員会で対応を話し合い、行事等の日程を月担当職員が「月会議」で決め、管理者が職員の調整を行う仕組みの採り入れ等、出された意見・提案を運営に反映させている。また、居室担当制を採り入れると共に、原則として職員の異動を行わず、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	半年に1回人事考課の際に面談を実施していて、実績を評価している。職場環境など実施したい内容を確認している。		
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	グループホーム連絡会での研修に参加したり、他事業所での見学実習に行き学びの環境を整えている。(施設外での研修を確保している)		
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	他事業所での行事に参加している。月1回の頻度でおやつご招待デーに近隣の事業所を招待している。		
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	入所前より困っている事を確認し、その対応策を事前に話し合える時間を確保している。		
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	窓口になる担当者を家人に伝えている。(窓口を明らかにしている)家人が困っている事不安なことを職員間で共有できるようにし、実施している事をその反応など面会時に話す時間を設けている。		

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
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	相談の際グループホームのサービス内容を含め、他のサービスについて説明している。		
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	月に2～3回の頻度で調理レクなどで一緒に調理し、できあがった食事を一緒に食べている。また、外食にも一緒に同行し食事をしている。		
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	面会時は日々の生活の様子を報告している。逆に利用者本人が家族を思っていること(心配していること)も暮らしで報告できるようにしている。		
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	馴染みある場所の支援ができていないが、施設に面会にきてもらえるように働きかけを実施している。	入居時に、家族が記載する「生活歴」等から、今までの利用者と地域社会との係わりの情報を共有している。友人や教会の信者の来訪への支援等、利用者これまで地域社会との関係継続に努めている。	
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	食事席など配慮し、関わりが自然にできるようにしている。		
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	老健の入所の場合は、定期的に訪問するようにしている。他の事業所の場合は、家人から電話等があれば相談や支援しているが、家人からの相談がなければ実施していない事が多いので、今後定期的に時間を確保できるように工夫する必要がある。		

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
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	希望や意向を表出できない利用者が増えていて、本人本位になっていない。表出できるような介入方法を個別で検討し、本人本位になるように担当者会議で話し合うようにする。	「生活歴」等入居時のアセスメント情報や、日々の家族との係わりの中から思いや意向を把握し、個人ファイルに記録として残し情報を共有している。意思表示が困難な利用が増える中、例えば食事介助時の拒否等、利用者の表情・言動等から本人の立場に立って話し合い、時々状況に応じた支援を行っている。	
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	入所前に今までの生活歴を記入してもらっている。又、エピソードに関しても情報収集できるように面会時に声掛け、収集できるように努めている。		
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	個人ファイルに日中の様子を記録に残している。また、心身の変化があれば細かに記入できるシートを作成して把握できるようにしている。(現在は該当者いないので、シートの使用していない)		
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	定期的に会議を開催し、本人の日々の様子や、家人要望を確認し話し合いを実施している。また、専門機関の相談や情報提供が必要な場合、再度相談後話し合えるようにしている。	定期的を開催するケアカンファレンス等で利用者の日々の様子や職員の気づき等を話し合い、本人・家族の思いや意向を取り入れながら、基本的には3ヶ月毎に「生活介護計画書」を作成している。計画の作成にあたっては、前計画の評価を行い、かかりつけ医・管理栄養士・理学療法士等とも相談し、夫々の意見を反映させている。退院後1週間を経過した時や、インシデント報告書に2回報告があった時等、利用者の状況が変化した時は「サービス担当者会議」で話し合い、期間に関係なく現状に即した新たな計画を作成している。また、変化が見られない利用者も月に1回程度計画の内容を確認している。	
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	利用者の担当者が必要と考えた場合や、他の職員が話し合いをして欲しいと発信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
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、その時々にも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	家人の介護力を評価し、家族の現在の状況についても把握し、職員間で対応できるためにどうしたらいいかを考え努力をしている。		
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	2か月に1回に頻度ではあるが、生きがいデーサービスに参加している。		
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、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	入所前に家人の希望を確認している。主治医を変更せず継続できるように、Drに働きかけている。。	2週に1回往診を行う協力医療機関の医師を主治医としている利用者や、今までのかかりつけ医を主治医としている利用者もあり、本人・家族の希望を尊重した受診支援を行っている。往診のない歯科医や定期受診等の通院介助は基本的には家族が行うこととして、入居時にしっかり話し合っているが、概ね事業所が通院介助を行っている。受診結果は管理日誌に記録として残し、情報を共有している。	
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	往診時には、日々の生活の様子や気づきを情報提供している。急ぐ相談は、電話で直接指示を仰いでいる。		
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。	入院時、病院の地域連携室の相談員に連絡し情報提供している。また、定期的に、利用者の様子を確認のため面会に行き、相談員と混乱ないように帰苑できるように話し合いの機会を確保している。	入院時には利用者の事業所での暮らしぶりやADL等を「介護サマリー」で、主治医等からは可能なら「診療情報提供書」等で、入院時に於ける本人の支援方法に関する情報を入院先医療機関に提供している。入院中は管理者が適宜見舞いに行き、地域医療連携室の相談員等関係者と情報交換を行いながら、入院によるダメージを防ぎ、安心しての受療と早期の退院に向けた支援を行っている。退院時は「サービス担当者会議」の開催を依頼し、会議に出席したり、「看護サマリー」「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	終末期ケアについて、事業所としての取り組みが何処まで可能なのか、再度検討する必要がある。また、重度化した場合の具体的な行動計画も家人を含めて話し合いができる時間を確保する必要がある。	事業所としては、重度化した場合や終末期のケアは行わないことを方針としている。契約時に、事業所が対応し得る支援方法を、一人介助での入浴が出来なくなった時等、具体的な事例を用いて家族等に説明している。重度化した場合や終末期のケアについて家族等を含めて話し合う機会を持つ計画がある。	重度化した場合や終末期に向けての事業所の方針や可能な対応方法を、出来るだけ早い段階から書面で説明し、家族の意向を確認し同意を得ておくことが望まれる。
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	毎月、緊急時の対応のため訓練を実施している。		
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	運営推進会議や地域の会議などで協力を依頼している。又、防火訓練を不定期ではあるが実施している。	概ね3ヶ月に1回以上、事業所単独や3事業所合同で、夜間帯想定を含めて避難誘導等の訓練を実施し、避難場所の取り決めも行っている。ADL等からのトレアージも訓練の中に組み込んでいる。運営推進会議等を通じて地域へ協力を呼びかけている。食料等を併設の老人保健施設で共同備蓄している。	
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	接遇委員会で介護職員の倫理や接遇について話し合う時間を作っている。馴れ合いになっていないかを確認しながら、言葉使いのあり方について議論している。	接遇委員会で職員の言葉づかいや対応が適切かどうか等を話し合う機会を持っている。例えば、言葉づかいは「書面で見たらどうか」という視点で適切かどうかを話し合っている。「マイホーム通信」への写真掲載は同意が得られた家族のみとし、個人記録類は、スタッフルームの鍵のかかる保管庫に保管している。	
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	利用者全員に実施できていない。自己決定できる方法(手段)を検討する必要がある。		
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	業務が優先されていて、十分な希望を聞くことができていない。一人ひとりのペースを大切にできるように、業務内容を見直す。		

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	外食など外に出る際は気をつけているが、施設内では不十分であるため、普段よりどの部分に興味があるのか、衣類はどの色が好きなのかをなど情報収集する必要がある。		
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	頻度は少ないが実施している。(調理は月に1~2回で、おやつを作り頻度は1~2回ほど)片付けは、できる利用者は少なくなっているが、実施可能な際は実施している。	食事は基本的には、併設の老人保健施設の厨房で作られたものが届けられ、事業所では盛りつけ、炊飯・味噌汁づくり等を行っている。月に数回「調理レクの日」や「おやつ招待デー」を設け、食事づくり等に参加できる人、希望する人が減少しつつある中、おやつづくりや食後の後片付け等を手伝う場面設定や声かけを工夫し、一人ひとりの好みや力を活かすよう努めている。時には外食や出前の機会も設け、食事が楽しみなものにな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	毎月1回体重測定を実施している。毎食後の食事量は記入し、。漬物や晩酌など食事習慣の希望があれば実施している。		
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	全員の利用者に介入できていない。今後、本人の能力に合わせた介入が必要。		
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	尿意、便意が分からない利用者が増え対応できていない。職員間で最終のトイレ状況を確認し、個別に実施する必要がある。	必要に応じて排泄チェック表を作成し、チェック表の活用と共に食事・水分の摂取状況を勘案して、排泄の自立に向けた支援を行っている。おむつの使用を減らすよう努めているが、外出時等おむつを使用するほうが安心する利用者もあり、本人の安心感や社会性を尊重した支援を行っている。他の利用者に職員がトイレに同席するのが分からないように配慮する等、利用者の不安や羞恥心を軽減するよう努めている。	

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	予防の対応は上手く実施できていない。(下剤等の対応が多い) 水分補給は、適宜ティータイムを個別に増やせるようにしている。		
	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	希望や意向を表出できない利用者が増えていて、本人本位になっていない。表出できるような働きかけが今後必要である。	基本的には2日に1回の入浴日とし、時間は受診等利用者のスケジュールにあわせて午前または午後入浴としている。外出等の行事と入浴日が重複しないよう留意し、少なくとも3日に1回の入浴機会の確保に努めている。毎日入浴等、入浴頻度の希望を表出出来る人が少ない現状がある。異性介助を嫌がる人には同性介助を行っている。	
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	休息の声掛けは本人の様子を確認し実施。安眠に繋がる介入が実施できていない。不眠になるメカニズムを再度学習し、個別の援助が必要になっているので、職員間で状態(様子)を把握し援助方法を話し合いする必要がある。		
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	向精神薬を使用している利用者が多くなり、専門機関のDrと十分なやり取りを実施。専門機関の受診の必要がない利用者の援助が実施出来ていない。副作用を含め確認行為を実施できるよう働きかけが必要である。		
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	実施頻度が少ないので、適切な実施状況であるかを確認する。普段の様子、気づきを個人ファイルなどに残し気分転換が図れているかを確認する。		

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
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	定期的に外出の確保はできているが、希望にそっていない。本人の希望を把握できるように、普段より十分なコミュニケーションをとる必要がある。	散歩・買い物・おやつの食材の買出し、「生きがいデイサービス」等利用者の体力・状況・天候等に沿って日常的に出かけられるよう支援している。重度の人の外出機会が少ないのは否めないが、利用者の状況に合わせた移動に配慮した外出支援に努めている。「六甲保養荘」への外出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、また家族の協力を得ながら法事への出席等の個別支援も行っている。	
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、お金を所持したり使えるように支援している	家人に要望を確認している。また、利用者のお金に対する理解度を評価し、希望がある際は可能な限り支援。(金額についても、適切な金額を検討し導入)		
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	難聴で電話を使用できない利用者が多くなっている。携帯電話の持ち込みは許可している。家人より直接電話する機会は確保している。また、利用者からは、FAXなどでやり取り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	季節感が少なく、季節が簡単にわかってもらえるような工夫が必要である。行事担当に相談し月ごとの企画の際にアイデアを出す時間を作るようにする。	リビング兼食堂には自然の光が差し込み、芦屋ヨットハーバーや大阪湾が眺望できる。台所もオープンキッチンで明るく整然としていて、利用者に不安や混乱をまねかないよう配慮している。冬季にはクリスマスツリーが、また春季にはお雛様を飾り付け、ベランダにはパンジー等季節の草花を植える等、生活感や季節感を採り入れている。	

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
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	椅子やテーブルなど分散して気の合った利用者と又は、独りなることができるように配置に工夫をしている。		
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	利用者の使える馴染みの物が少なくなっている。部屋の飾りなどに写真を貼ったりし、居心地よく生活出来るように家人の協力を得ている。	居室にはダンス・テレビ・らんの花・ハーモニカ・利用者の作品等利用者が使い慣れたものや馴染みのものが持ち込まれ、今までの生活習慣の継続と趣味や嗜好を活かした居室づくりに努めている。また、持込が少ない居室には、職員が安全性にも配慮しながら「誕生日祝いの写真」を飾る等本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	
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	「できること」「わかること」が少なくなっているため、グループホームでの生活が安全に送れるように、福祉用具などを利用し支障なく実施できるように配慮している。		