

# 1 自己評価及び外部評価結果

## 【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	3577800489		
法人名	特定非営利活動法人 宅老所 ほほえみ		
事業所名	グループホーム ほほえみ		
所在地	山口県下関市豊浦町涌田後地31-1		
自己評価作成日	平成29年9月19日	評価結果市町受理日	平成30年10月22日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度ホームページで閲覧してください。

## 【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 やまぐち介護サービス評価調査ネットワーク		
所在地	山口県山口市吉敷下東3丁目1番1号 山口県総合保健会館内		
訪問調査日	平成29年10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)】

地域とのつながりを大切に、開放的で日常的な交流関係を築くことに積極的に取り組んでいます。明るく家庭的な雰囲気及び健全な環境の下、季節ごとの行事で四季を感じたり、お誕生会でお祝いしたり、近所への散歩や買い物などゆったりした日常生活を送ることで、「その人らしく」、日々生き甲斐を感じられるような生活を送ることができるよう、共に生活するという感覚を大事にしています。また、ご利用者の人格を尊重し、生活意欲と身体能力の維持・向上を図る事に積極的に取り組んでいます。

## 【外部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)】

内部研修を月1回行われ、職員はプライバシー保護や評価について、理念の共有と実践などを学ばれている他、認知症ケアや虐待防止、身体拘束排除などについては、年2回実施されています。緊急時の対応として、2か月に1回、模擬演習訓練として、骨折、火傷、異物除去、止血方法などを実施され、職員が応急手当等の実践力を身につけられるように取り組まれています。職員は、年に数回、近所の人と事業所周辺の草刈りや溝掃除をされています。近所の人が孫と一緒に事業所に立ち寄られて、利用者と一緒にお茶を飲まれたり、みかん狩りに招かれたり、近所の畑と一緒に野菜の収穫をされるなど、地域の一員として日常的に交流しておられます。家族からの意見や要望を聞く機会として、「提案アンケート」や「家族の希望する終末期などの相談票」「食事の希望調査アンケート」などを実施され、出された意見等を運営に反映させておられます。火災時の避難訓練には、運営推進会議のメンバーの自治会長や民生委員の他、近隣の人が参加されています。緊急時連絡網への加入もあり、地域との協力体制を築かれています。

## V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～56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
57 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:24, 25, 26)	○ 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	64 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:10, 11, 20)	○ 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
58 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:19, 39)	○ 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	65 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, 21)	○ 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
59 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:39)	○ 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 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:5)	○ 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. 全くない
60 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:38, 39)	○ 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 職員は、生き活きと働けている (参考項目:12, 13)	○ 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
61 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:50)	○ 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
62 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:31, 32)	○ 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	69 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
63 利用者は、その時々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:29)	○ 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		

自己評価および外部評価結果

自己	外部	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」の意義をふまえた理念を作成して施設内に掲示しており、職員は勤務前に一読し業務へ取りかかっている。理念の内容や意義については、毎年再確認の意味で研修を行い共有している。理念の実践により、日々の業務で生じる注意点(特に、身だしなみや言葉遣い)については、職員同士がチェックし注意合っているが、これに限らず、サービスを提供する上で生じる大きな注意点については、翌月初めに作成する『理念実践評価表』にて評価し、次月の改善点としている。服装の乱れなどの小さな注意点については、日々の注意点と特に書類には残していないが、職員同士で注意する機会が頻発する場合は、職員全員が理念を再確認しそれぞれの士気を高めるため、手帳に書き出すようにしている。また、半年毎に「中間評価」と「年間評価」をして改善点をあげ、次期の目標設定を行っている。	地域密着型サービスの意義をふまえた事業所独自の理念をつくり、事業所内に掲示している。年度初めに理念について話し合っている他、月1回のミーティングで確認し、共有して理念の実践につなげている。	
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	自治会に加入し、自治会長や民生委員へ事業所便りを配布した。入居者と一緒に、地域の花火大会やコスモス祭りに出かけたり、年に数回程度ではあるが近所の方と一緒に施設周辺の草刈りや溝掃除をしたりしている。また、散歩中の近隣の方々に声をかけて施設に招き、入居者や職員と一緒にお茶を飲んで過ごすこともある。地元の方々と交流も盛んで、みかん農家でみかん狩りをさせてもらったり、庭の柿を取らせてもらったり、家庭菜園で採れた野菜・種・苗を分けてもらったり、生花をいただいたり、とても好意にもらっている。手作りのぬいぐるみやお菓子をプレゼントしてもらったり、畑での農作業を指導してもらったりもしている。(ピーマン・トマト・きゅうり・かぼちゃ・オクラ・薩摩芋・じゃがいも・葱・大根・人参・なす・ゴーヤ・ツルムラサキ・インゲン豆)。また、頻繁に近所の方が孫と来設され、入居者と歌を歌ったり手遊びをしたり、野菜の収穫や芋掘りをして過ごすこともある。	自治会に加入している。職員は、年に数回、近所の人と事業所周辺の草刈りや溝掃除を一緒に行っている。地域の花火大会やコスモス祭りに利用者と職員が一緒に出かけ交流している。ボランティア(日舞、和紙工芸、貼り絵)の来訪がある他、近所の人が孫と一緒に事業所に立ち寄り、利用者や職員と一緒にお茶を飲んでいるなど、交流している。近隣のみかん農家からみかん狩りに招かれたり、野菜や生花、手づくりのぬいぐるみ、お菓子の差し入れがある他、近所の畑と一緒に野菜の収穫をするなど、地域の一員として日常的に交流している。	
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	近隣の方やボランティアの方が希望された場合、認知症についての資料を用いて、認知症がどういふもので認知症の方にどう接すれば良いか、グループホームがどういふところなのかを説明させていただき、質問に答えながら認知症への理解を深めていただいている。また、実際に具体的な相談に来られる方もあり、行政での対応が必要な方には行政窓口をご案内し、特に地域包括支援センターには、認知症支援に特化した、認知症初期集中支援事業があることも説明している。介護サービスの利用を検討されている方には、ご本人の状況に応じた施設を紹介する。また、医療機関の受診が必要な場合は適切な医療機関(精神科を含む)を紹介し、希望があれば付添いをする事もある。		

自己	外部	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)	○評価の意義の理解と活用 運営者、管理者、職員は、自己評価及び外部評価を実施する意義を理解し、評価を活かして具体的な改善に取り組んでいる。	管理者は外部評価を実施する意義について、職員研修にて説明し理解を深めるようにしている。また、自己評価表の各項目について職員全員で中間評価を行い、改善すべき点がある場合は、職員会議にて具体的な改善方法について検討するようにしている。また、自己評価を日々のケアの振り返りと捉え、改善にむけて取り組んでいる。これまでに受審した外部評価の結果を受けて、応急手当や初期対応の訓練回数を増やしたり、毎月様々な状況を想定した緊急対応訓練を実施したりと、具体的な改善に取り組んでいる。	管理者は、内部研修で評価の意義について職員に説明し、自己評価は日常業務の中で職員の意見を聞いてまとめ、再度確認して作成している。評価結果を受けて職員間で話し合い、モニタリングに基づいた介護計画の見直しなど、改善に取り組んでいる。	
5	(4)	○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践、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	総合支所市民生活課や地域包括支援センターより職員を派遣してもらい、自治会長・民生委員・第三者委員・入居者・家族・職員が参加し、2ヶ月に1度開催している。会議では、日々の取組や行事、外部評価への取組、ヒヤリ・ハットについて報告を行い、意見を募っているほか、市町からFAXされる行方不明者や詐欺被害について情報提供を行っている。会議の際に出された質問や意見はQ&A形式で議事録に記録しており、参考となり得る情報や意見については、職員で共有しサービスの向上につなげている。	会議は2ヶ月に1回開催し、利用者状況、年間行事、感染症(ノロウイルス、食中毒など)、災害対策(集中豪雨、台風)、避難訓練、防犯対策、利用者の状況、ヒヤリハット報告、外部評価等について報告し、話し合いをしている。メンバーからは地域行事の情報を得ている他、行方不明者対策として、家族の了解を得て「認知高齢者サポーターメール」に登録することや民生委員から不審者対策についての提案があり、事業所でも取り組んでいくなど、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	
6	(5)	○市町との連携 市町担当者とは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	市町担当者に運営推進会議に出席してもらい、近況(食中毒予防のための衛生管理、熱中症予防対策、エアコン使用による環境整備、感染症予防対策、日中及び夜間想定避難訓練・自然災害時の対応訓練・不審者対応訓練、年間行事、外部評価受審)について報告し、意見やアドバイスをいただいている。運営推進会議以外でも、直接出向いたり、電話やメールにて情報交換や更新申請内容の相談を行ったりして、助言を得るなど協力関係を築くように取り組んでいる。介護保険課以外でも、建設課に施設周辺の環境についての相談をしたり、生活支援課に入居者の受け入れや利用料設定についての相談をしたりして連携を図っている。	市担当者とは、運営推進会議時の他、直接出向いたり、電話やメールで相談して助言を得たり、情報交換をして協力関係を築いている。地域包括支援センター職員とは、運営推進会議時や地域包括ケア会議時に利用者状況や感染症、認知症研修の情報提供を得ているなど、連携している。	

自己	外部	項目	外部評価		
			自己評価 実践状況	実践状況	
7	(6)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「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	<p>身体拘束排除マニュアルやWEBサイトからダウンロードした関係資料に基づき、年2回施設内研修を行い、全職員が身体拘束の対象となる行為や身体拘束排除の重要性を十分に理解し、抑制のない環境作りとケアに取り組んでいる。具体的には、施錠しない取り組みとして、居室には鍵を設けておらず玄関や窓の施錠は夜間のみとしている。入居者の中には畑での作業が好きな方があり、施設の畑で自由に作物の世話をしたり、野菜を収穫したりしているため、その行動を制限しないためである。施錠しないことで、帰宅要求や外出傾向がある入居者の行動には常に注意が必要となるが、アセスメント(センター方式)から読み取れる趣味や生活歴から、本や新聞を読んでもらったり趣味の話の聞いたりして気持ちを他のことに向けている。また、3か月毎に行うアンケート調査の中で帰宅や外出の希望が出た入居者には、家族の面会があることと外出の希望を家族に伝えることを説明し、落ち着いてもらうようにしている。他にも、ベッド欄は起き上がりの補助具として使用するのみとしており、囲まない取り組みも実施している。入居者の昼夜の生活パターン(睡眠・覚醒・排泄のタイミングなど)を把握し、夜間については入居者が行動する時間帯にサービスが提供できるよう調整することで、スピーチロックによる拘束をしないよう取り組んでいる。しかし日中は、入居者数の活動が増え、多種多様な対応が求められるため、状況によっては入居者に待ってもらう場面もある。その際も、「待ってください」「座っててください」という行動を制限する対応ではなく、「これが終わったら行きます」「あと3分待ってください」など、対応することを具体的に伝える待ってもらうようにしている。対応する際は自分の発言がスピーチロックに該当する発言になっていないか考えるようにしており、気になる発言があった場合は申し送り時に報告し、他の職員からの意見やアドバイスをもらうことにしているが、職員が自分自身の心に鍵をかけないように注意している。また、医療機関受診の際には入居者の状態を主治医へ報告し、定期薬や臨時薬を処方してもらっており、新しい薬が処方された場合は、その薬について本人と家族へ説明を行っている。処方薬の増量により、状態に変化が見られる場合は、その都度臨時に受診するか電話にて相談し指示を仰いでおり、ドラッグロックにあたるような事案にならないよう注意を払っている。</p>	<p>年2回の内部研修で学び、職員は身体拘束について理解をして抑制や拘束をしないケアに取り組んでいる。玄関は施錠せず、外出したい利用者には、職員と一緒に出かけている。スピーチロックについては管理者が指導している他、職員間でも話し合いをしている。</p>	次のステップに向けて期待したい内容

自己	外部	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		○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	虐待防止に関する資料に基づき、年に2回施設内勉強会を行い、虐待の種類には「身体的虐待」「介護・世話の放棄・放任(ネグレクト)」「心理的虐待」「性的虐待」「経済的虐待」があり、それらの虐待に「該当する行為」について具体的に学び、正しい理解と認識ができています。全職員は、日々の業務の中でお互いの行動や発言に注意を払い、虐待にならないよう気になる言動をお互いが指摘し合い、ヒヤリ・ハットとして報告し情報を共有することで虐待防止に努めている。			
9		○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	日常生活自立支援事業と成年後見制度については、高齢者虐待防止の一環として、資料を基に職員研修を行い、職員の学ぶ機会を設けている。入居者や関係者からの相談があった場合、説明できるよう資料を準備している。			
10		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	施設見学の段階では、「パンフレット」や「料金表」を用いて、施設での生活や費用について説明を行っている。予約を希望する方には、施設での生活に対する本人や家族の要望、ADL状況、体験入所希望の有無、既往歴を聞き、「予約票」を記入してもらっており、いずれの場合も、疑問や質問にはその都度応えている。また、帰宅されてからも気になることがあれば遠慮なく連絡してほしいの旨を伝えており、連絡があればその都度お答えしている。契約締結時には、契約書類に基づき予約時よりも詳細に説明を行うとともに、外部評価の結果も提示し施設の方え方や対応を理解頂くことで不安や疑問の解消に努め、理解・納得してもらえようとしている。「契約書」には、利用の目的や基準、介護計画の作成とサービスの内容と提供について、医療上の対応、利用料の支払い、法定代理受領サービス以外の証明書の交付、入居者と代理人の権利と義務、契約終了や契約解除の条件、退去後の支援や費用について、事故発生時の対応と損害賠償について、秘密保持について記載している。また、「重要事項説明書」では、事業所の概要、職員と勤務の体制、入居者の状況、サービス及び利用料について、緊急時の対応、ホーム利用にあたっての留意事項、協力医療機関、苦情相談機関を記載している。いずれの書類も、本人と家族の署名捺印をいただき交付することで同意を得ている。個人情報取り扱いについても、「個人情報に関する基本方針」「個人情報の利用目的」を交付し説明を行い、署名捺印にて同意を得ている。入居後の生活の中で発生する事故や急変の可能性についても説明し、受診や緊急時・終末期の対応についての意向を「相談票」に記入してもらっている。また、将来的に生じるであろう、重度化や看取りについてもそれぞれ「重度化の指針」と「看取りの指針」をもって説明している。			

自己	外部	項目	自己評価		外部評価	
			実践状況	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	(7)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等からの相談、苦情の受付体制や処理手続きを定め周知するとともに、意見や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	生活相談員を配置し、「重要事項説明書」に苦情相談窓口や第三者委員、外部相談機関を記載して、入居者や家族からの苦情や相談に常に対応できる体制をとっていることや、対応するための苦情処理手続きを定めていることを、契約の際に入居者の家族に説明している。苦情が出た際には「苦情処理票」に記録し、受付から処理が完了するまで管理している。家族からの意見は運営推進会議時や面会時、行事参加時に直接聞いている他、フロアのセンターテーブルに、ポスト形の意見箱を設置し、入居者や家族が意見や要望を出しやすい環境作りにも努めている。また、月1回の医療・緊急時・終末期の本人と家族の希望に関する「相談票」や、3ヶ月ごとの「希望調査アンケート」、年2回の入居者や家族からの希望に関する「環境アンケート」を家族面会時に確認し、入居者や家族から出た要望はその都度介護経過に記録している。その他、「気づいて、私の心」に、日常生活の中で見せる言動・態度・表情を書き留めて、「今どんなことしたいのか」「何を望んでいるのか」を把握するようにしている。また、地域の方々との交流の際には、地域のお祭りやイベントなどの詳細を尋ね、職員間で参加について話し合い、行事計画を作成し実施している。	契約時に相談や苦情の受付体制、第三者委員、処理手続きについて家族に説明している。意見箱を設置している。面会時や運営推進会議時、行事参加案内時に家族から意見や要望を聞く機会を設けている他、「環境アンケート」や「家族の希望する終末期などの相談票」、「食事の希望調査アンケート」を実施し、それらを基に利用者、家族等の意見や要望を運営に反映させている。		
12	(8)	○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	管理者自身が職員として直接現場に入り、週2回あるミーティングや職員会議の場だけでなく、休憩中や食事中に、職員が意見を出しやすい話しやすい雰囲気づくりに努めている。職員から出された提案には必要に応じて職員会議を開き、勤務体制や外出計画、環境整備や設備改善について話し合いを行い、決定事項についてはケアやサービスに反映させている。例えば、食事の味付けや量について、エアコンの使用開始時期、体調不良による食事摂取量の低下への対応など。また、記録書類の書式改善(入居者の健康管理のための申し送り簿や排泄チェック表、誤薬防止のためのバイタルチェック表)についても意見を反映している。	管理者は月2回のミーティングや月1回の職員会議時に職員の見解や提案を聞く機会を設けている他、食事会をして意見を言いやすい工夫をしたり、日常の業務の中でも聞いている。勤務体制や利用者の外出、記録様式の改善、業務内容の提案について話し合い、反映している。		
13		○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	管理者も一職員として現場に入ること、それぞれの業務に取り組む姿勢を把握している。全職員が向上心を持ってやる。処遇改善手当の支給を行った。働きながらも、介護福祉士やケアマネージャーなどの資格を取得できるような勤務体制に配慮したりしている。年2回(夏と年末)施設内にて食事会を実施したり、個人面談を随時行ったり、職員から十分意見を出してもらう場面作りと、ストレス軽減につながる取り組みを行っている。環境整備の面では、職員のために空気清浄機を設置した休憩室として1階と2階にそれぞれ和室を配置し、がんばる一むには私物置き場と職員用の冷蔵庫を設けて、体調管理面や快適性について向上させている。また、敷地内の畑の一角を、職員が個人的に菜園として楽しむために提供し、余暇の利用を許可している。他にも、職員間の連絡や管理者への連絡・報告をより一層スムーズにするため、業務用携帯を導入し、利便性と効率性を上げている。			

自己	外部	項目	自己評価		外部評価	
			実践状況	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	(9)	○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	外部研修への参加については、その都度募集要項を職員に到達し、本人の希望や段階に応じて勤務の一環として受講の機会を提供している。受講後は復命し、資料を閲覧して共有している。週2回のミーティングで入居者それぞれの個別ケアについて話し合い、必要に応じて全体の職員会議を開催するようになっている。また、マニュアルやWEBサイトからダウンロードした資料に基づき、知識と技能習得のための内部研修会にて、認知症ケア、プライバシー保護、食中毒の予防、感染症の予防、虐待防止と身体拘束排除、倫理、法令遵守、緊急時対応、理念の実践と評価等について学んでいる。感染症流行時にはその感染症の症状や予防方法を、自然災害発生時には避難方法や手順について、職員会議を開き再確認と周知徹底を図っている。また、介護福祉士やケアマネジャーなどの資格取得を目指す職員については、勤務体制を考慮し、スムーズな資格取得を進めている。その他に、他施設(G.H.あいの家)に実地研修に出かけたり、年1回施設へ招いて実地研修をお願いしたりしている。新人は新人オリエンテーションプログラムに添って、7日間研修を行った後、3ヶ月目まで毎月評価を行い、日々の業務を通して管理者や先輩職員から介護の知識や技術を学んでいる。	外部研修は、職員に情報を伝え、希望や段階に応じて参加の機会を提供している。受講後は復命研修をし、資料は閲覧できるようにしている。今年度は3回、参加している。内部研修は、月1回、プライバシー保護、自己評価、理念の共有と実践、法令遵守などを実施している。他、認知症ケアや虐待防止、身体拘束排除などを年2回ずつ実施している。月1回、緊急時の対応(食中毒、感染症など)を実施している。資格習得等の支援をしている。新任研修は、7日間の研修後に日常業務の中で管理者や先輩職員から介護の知識や技術を働きながら学べるように支援している。		
15		○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	地域包括支援センターが主催する、地域ケア連絡会議や認知症に関する研修会や講義に出席し、ケース検討や問題提起を通して情報交換を行ったり、同業者間のネットワーク強化・サービス向上、情報や知識の習得に努めたりと交流を図っている。他のグループホームには職員との1日研修を受け入れて頂いたり、運営推進会議に出解して頂いた機会を利用して、接遇やケアについて話して頂いたりしており、他施設の情報を知ることによって今後のサービスへの良い刺激となっている。			
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>						
16		○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	本人や家族、その他の関係者から、事前にこれまでの生活での問題点や今後の生活に対する本人の不安や要望について、聞き取りを十分に行い、意見、要望、相談事があれば「予約票」に記入してもらい、内容は担当相談員やケアマネジャーと共有している。入居が決定すると、入居の日までにサービス担当者会議を開き、家族の意向や要望とこれまで得た情報から、「入居前介護サービス計画書」を作成し、入居後すぐにサービスの提供を開始できるようにしている。また、入居の際に各関係機関からいただいた情報提供書から、新たに入手した情報について必要があれば、入居後早い段階で再度サービス担当者会議を開き、介護サービス計画書の見直しを行い、必要事項の追加・変更を行う。			

自己	外部	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	家族やその他関係者から聞き取りを十分に行い、「予約票」に家族の意向、ADL状況、既往歴をできる限り記入してもらい、この「予約票」に基づいて、今後の生活に対する不安の解決や要望を反映させた介護サービス計画書を作成し、ケアにあたることを説明している。入居が決定した場合は、入居時に入居前介護サービス計画書の内容を詳細に説明し、合意を得るようにしている。		
18		○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	「入居者にとっての、より充実したサービスは何か」ということと、家族の家庭事情を総合的に考慮した上で、より良い選択ができるよう、利用可能な様々な種類のサービス(訪問介護/訪問看護/定期巡回・随時対応/訪問入浴介護/訪問リハ/夜間対応型訪問介護/通所介護/認知症対応型通所介護/通所リハ/小規模多機能/短期入所生活介護)や医療機関がある事を説明している。その結果、入居以外のサービス利用を検討したいという希望があれば、地域包括支援センターや担当の介護支援専門員(要介護認定がまだの場合は居宅介護支援事業所を紹介)と連携して、他のサービス利用へつなげていくようにしている。		
19		○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	アセスメント(センター方式)に記載されている、得意なことや好きなことを参考に、日々の声かけや談話のきっかけ作りをしている他、職員が入居者から昔の歌を教わって一緒に歌ったり、漬け物の漬け方や料理の方法・味付けを習ったり、野菜作りの過程を教わったり、食器やテーブルを拭いてもらったり、洗濯物を干したりたんでもらったりして、利用者の得意分野で力を発揮してもらっている。日々の生活の中で、新たに気付いた得手不得手なことや好き嫌いがあれば、アセスメント(センター方式)に追加し職員間で情報の共有を行っている。また、誕生会で、皆に祝ってもらい一緒に喜んだり、昔からの趣味や関心事の話を聞いて、一緒に楽しんだり懐かしんだりして、利用者の喜怒哀楽を共有し、共に支え合い生活する関係を築いている。		

自己	外部	項目	自己評価		外部評価	
			実践状況	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		○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	家族が来設された際に入居者本人と共に迎えし、本人・家族・スタッフが同じ席でお茶を飲みながら、記録(介護サービス計画書、施設介護経過、週間レクリエーションチェック表、バイタルチェック表、気づいて私の心、各会議録)の開示を行ったり、「相談票」を記入してもらったり、年2回(夏と冬「環境アンケート」)に答えてもらっている。予約票やアセスメント(センター方式)の内容を十分に理解し、普段の生活の様子などを話し、入居前には見られなかった表情や言動を知ってもらう事で、その喜怒哀楽を共有してもらい、本人に対する家族の思いをさらに理解することができるように取り組んでいる。また、入居者と家族がゆとりと過ごせるための空間作りにも取り組んでいる。帰宅の際には入居者本人と共にお見送りをしている。各行事では事前に案内状を送付し行事参加を求めており、誕生日には家族が入居者の好きな食べ物を持ってきてくれたこともあった。入居者が外泊する場合、家族にはケアのポイントや気をつけてほしいことを説明し、情報提供票に書いて渡すことにしている。なかなか面会に来られない家族には、電話や手紙にて「家族に会う事でより安心感を与え、精神的な励みになる」ことを伝え、面会の機会を持ってもらえるように働きかけを行っている。また、毎月必ず健康状態の記録を書面にし、家族に送付して現状を把握してもらっている。			
21	(10)	○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うち、支援に努めている	入居者本人の馴染みの場所や人との関係、生活習慣については、本人や家族から聴集して得られた情報をアセスメント(センター方式)に具体的に書き出し、職員全員で共有している。具体的な取り組みとして、面会者についての制限はせず、自由な来訪を歓迎している。ただし、家族以外の方(親戚の人、元の職場の友人、近所の人など)の面会については、念のため家族から了承を得るようにしており、予約票に記入している。家族には、日常生活の様子や健康状態を毎月必ず紙面で知らせている他、電話の取次ぎや年賀状、暑中見舞い状、母の日や季節の果物といった贈り物へのお礼状を出すなどの支援をしている。本人から、外泊や外出(家族との外食、他施設入所中の友人への面会、買い物、受診、ドライブ、墓参り、夏祭り、花火大会、敬老会、神社仏閣の祭りの希望があった場合は、家族とも相談し協力を得て、できる限り希望の実現に向けた支援をしている。	家族の面会や親戚の人、近所の知人、昔の職場の友人の来訪がある他、電話の取次ぎ、年賀状や暑中見舞いでの交流を支援している。地元の敬老会への参加、墓参り、家族の協力を得ての外出、外食、馴染みの店での買い物、見舞い、結婚式への出席など、馴染みの人や場所との関係が途切れないうち、支援に努めている。		

自己	外部	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	
22		○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	職員はアセスメント(センター方式)から入居者の性格や好みを十分に把握し、共通の趣味や興味事を見つけ、食事の時間以外は、入居者同士が共通の話題で和気藹々とした関係でいられるよう、自由に席に座ってもらい、職員が入居者同士の間をとりもつよう気遣い、話しかけることでそれぞれの交流が深まるような工夫をしている。ホールにもテーブルやソファを設け、思い思いの場所で自由に過ごせるような配置にしている。食事や掃除の時間には、入居者同士の助け合い姿も見られる。例えば、食事前の台拭きを、朝・昼・夕で同じ人が繰り返し行わないよう、それぞれが声をかけながら行っている。また、掃除の時間になると、ほうきとぞうきんがけとを自分たちで分担し、気付いた人がバケツの水を入れ替えている。レク活動(将棋、塗り絵、貼り絵、習字、カルタ、トランプ)の際は、得意な人が皆の先頭に立って進んでくれている。また、リニアダ的な入居者を中心に行事について、いつ頃どこへ行きたいかを話し合ってもらい、職員と一緒に計画を立てることも行っている。			
23		○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	入居者が入院された際は時折面会に訪れ、経過や状態を聞いて記録に残し、家族の意向を踏まえ退院支援計画を作成します。医療機関と検討した結果、入院が長期になったりグループホームへの帰設が難しくなったりした場合は退居となりますが、それ以降も家族から相談があれば、その後の様子をうかがい対応をアドバイスしたり、退院後の施設の紹介を行ったりして、これまでの関係性の維持継続を図っている。入居者が退居後利用することになる機関に対しては、家族の了解を得た後、入所中の介護経過や既往歴、退居時点でのADL状況を記載したサマリーを作成し提供している。また、かかりつけ医からの診療情報提供書や、希望に応じて、その時点での最新の「介護計画」「症状別対応及び報告基準マニュアル」「レクリエーション実施計画表」「処方薬の説明書き」「緊急時・終末期の家族の希望書」「嗜好調査・形態別嗜好度調査・希望調査」といった、ケアに関する個別情報の提供も行うこともある。退居された方の家族が、自宅で採れた野菜や果物を差し入れてくれたり、自身自身のことと相談に来たりすることがある。			
<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>						
24	(11)	○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	入居者の言動や表情やしぐさから読み取れる様子を、「いつ、どこで、どんな状況で、どうしたのか」それに対してどのように対応して、結果どうであったかという一連の内容を「気づいて、私の心」に記載し、アセスメント(センター方式)を参考に、その入居者の今思っていることや意向を把握することに努めている。「気づいて、私の心」に記載した内容を踏まえて、特に検討すべき内容に該当すると判断される事例については、ミーティングで取り上げ、最大限意向に添った対応ができるようにしている。意思疎通が困難で意向の把握が難しい入居者についても、これまで収集してきた情報(センター方式やアンケート調査)をもとに、本人の立場にたって考察・推察をすすめ、対応内容を検討している。また、3ヶ月ごとに「嗜好調査・形態別嗜好度調査・希望調査」を実施し、食事や生活、やりたいこと、会いたい人、行きたい場所について意向の把握に努めており、これらのアンケート結果を受けて、職員会議で評価し今後の方針につなげている。これまでに入居者の希望を実現できた例としては、墓参りや家族との外出・外食がある。外出に当たっては、事前に主治医に相談し許可を得た旨介護経過に記載し、職員会議にて日程などの話し合いを行っている。	入居時のアセスメント票やセンター方式のシートを活用している他、日々の関わりの中での利用者の様子や言動、気づきなどを介護経過記録に記載している他、したいこと、行きたい場所などを「気づいて私の心シート」に記載して、一人ひとりの思いや意向の把握に努めている。困難な場合は家族から情報を得て、職員間で本人本位に検討している。		
25		○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	入居者やキーパーソン以外にも、キーパーソンからの了解のうえで、家族や親戚、友人、近所の方々などに昔の生活習慣や社会的立場について聞き取り、アセスメント(センター方式)に詳細に記載している。全職員はアセスメント(センター方式)の内容を共有し把握することで、施設内での生活全般において、できるだけ自宅過ごすのと変わりなく生活できる環境作りに努めている。アセスメント(センター方式)で収集した情報をもとに、昔から得意だったことを生活作業レク(調理・配膳・下膳、野菜の種まき・植え付けから収穫まで、花の栽培、洗濯、掃除)として取り入れる工夫もしている。			

自己	外部	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		○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	各入居者の生活のリズムや体調変化を把握するために、排泄チェック表で排尿や排便の間隔について、バイタルチェック表で出納チェック(食事や水分の摂取量)、服薬の状況、口腔ケア、入浴の実施、看護師の指示及び考察について記録している。レクリエーションに参加してもらったり、生活作業レク(茶碗拭き・食事の支度・片付け・洗濯・掃除・生け花・畑仕事のお手伝い)をしたりしてもらう中で、取り組む姿勢や会話、表情などから入居者ごとに、現状での「分かること・分からないこと」「できること・できないこと」の見極めと「何に興味があるのか」を把握するよう努めている。		
27	(12)	○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	予約後に入居日が決定すると、予約時に家族に記載してもらった予約票と聴集した情報から、入居後すぐに適切なサービスが提供できるよう、計画作成担当者を中心としてサービス担当者会議を開催し「入居前作成分」として介護サービス計画書を作成している。入居後は、本人や家族からこれまでの暮らしや趣味・嗜好についての情報を収集してアセスメント(センター方式)を作成する。その他、毎月実施の長谷川式テストや3ヶ月毎のアンケート調査(嗜好調査・形態別嗜好度調査・希望調査)、記録の開示や相談票による入居者と家族の意向確認、「気づいて、私の心」、週間レクリエーション実施計画表、各勤務帯の職員からの申し送り日誌や入居者の状態に関する看護師の指示や考察記録、受診時の主治医や医療スタッフからの意見やアドバイス(内容は施設介護経過に記載)といった、あらゆる意見・要望・アイデア・情報を、入居者本人や入居者に関わる様々な人(家族・親族・友人・知人といった身近な人や医療関係者まで)から収集して、サービス担当者会議を開催し、介護サービス計画書の作成にあたっている。この介護サービス計画書は、通常3ヶ月ごとに評価・見直しを行い、更新しているが、更新までの期間内(更新後1～2ヶ月頃)に定例会議を開催し、中間評価を行うことでより短期間に評価検討の機会を設けている。サービス担当者会議および定例会議は入居者と家族が共に出席して開催するよう体制をとっているが、都合により家族の出席が得られない場合は、面会時に会議内容と検討結果を報告するようにしている。ADL状況に変化があったり、現行の支援内容の変更が必要になったり、新たな課題が浮上した場合には、通常の期間終了を待たずにサービス担当者会議を開き、介護サービス計画書について再検討して内容を更新し、その時の状況に即した介護サービス計画書を作成している。		

自己	外部	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		○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	日々の様子や介護計画の内容に基づき実践されたケアの結果は、気づきや工夫とともに「施設介護経過」に記録し、日常的に評価をしている。日々記録した「施設介護経過」「バイタルチェック表」「排泄チェック表」「週間レクチェック表」「気づいて、私の心」を基に、3ヶ月毎のサービス担当者会議や定例会議で改めて評価し、介護計画の見直しにつなげている。「バイタル・食事・入浴チェック表」には、血圧・脈拍・体温、出納チェック(食事・水分摂取量)、服薬、口腔ケア、入浴実施の有無を、また、「排泄チェック表」には、排泄の有無や排泄パターン、温湿度管理をそれぞれ記録し、「看護師の指示及び考察」も含め、全職員が全ての書類について確認署名することで、情報を共有している。		
29		○一人ひとりを変えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々に見えるニーズに対応して、既存のサービスに捉われず、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	空床利用の許可をいただいた入居者が長期入院となった場合に、デイサービス利用者の家族から相談があれば、入院期間のみという条件で入居として受け入れる場合がある。入院中の入居者に対しては、早期退院へ向けて「退院支援計画書」を作成し、ホームでどのような対応ができるか検討しており、可能な限りの支援をしている。重度化した場合や終末期には改めて面談を行い、家族の意向を確認した上で専用の「面談票(重度化・終末期)」を作成し、それ以降の対応を検討している。単にグループホームへの入居という、既存のサービスの枠に捉われず、入居者(利用者)や家族の多様なニーズに、柔軟に対応できる体制をとっている。		
30		○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ヶ月毎に運営推進会議を開催し、地域包括支援センター・自治会長・民生委員・総合支所の担当係・入居者・入居者家族・第三者委員を招いて意見交換を行い、普段から連携を図っている。消防とは、年1回の消防立会の消火避難訓練や立ち入り検査の際に、また警察とは、3年毎の立入の際に、入居者や職員の数や状況を把握していただき、定期的な情報提供による連携を図っている。民間の警備会社ALSOKと契約し、防犯の面だけでなく事故や災害といった有事の際に駆けつけてもらえるようにしている。災害時の避難場所を公民館とし、避難が必要な事態になれば総合支所に連絡して受け入れ確認を行うようにしている。概ね2ヶ月に1回行う、施設での緊急避難訓練では近隣の方への参加呼びかけを行い、一緒に取り組んでもらっている。地元の図書館で本や紙芝居を借りてきて、施設内で職員や入居者による読み聞かせを行うこともある。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価
			実践状況	実践状況
31	(13)	○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	<p>予約時にかかりつけ医と定期的な受診や転院についての意向を確認し、本人や家族の希望する医療機関をかかりつけ医としており、定期受診や他科受診時にはかかりつけ医に情報を提供し、連携を図って事業所で受診の支援をしている。入居後の受診について、特に医療機関の指定がない場合は、本人および家族と相談し同意を得た後、協力医療機関を受診してもらうようになるが、その際には新たな受診先へこれまでのかかりつけ医から情報提供をしてもらっている。入居後もこれまでのかかりつけ医で受診を希望される場合は、継続して受診できるよう、事前に家族と相談して受診スケジュールの調整を図っている。受診日に家族が同伴したいとの希望があれば、家族とスタッフとで受診の付き添いを行い、診察が支障なくスムーズに受けられるように支援している。定期受診や容体急変時の対応について、本人および家族の意向を確認するため、「相談票」を記録してもらい、受診に関する希望や緊急時・終末期の対応についての希望を把握している。この「相談票」を毎月記入してもらうことで、短期間の意向の変化にも柔軟に対応できるようにすることで希望に添った受診支援に努めている。定期受診の結果、特に異常がなければ、医師の所見や意見・アドバイスは、施設介護経過に記録し、家族の面会時に記録開示をして詳細な説明と情報提供をしているが、病状の変化や治療方針の変更があった場合や体調不良による臨時受診後は、受診後速やかに家族に電話で報告し、後日面会時に改めてその後の経過も含めて説明することで共有を図っている。医療機関の受診や結果報告については「重要事項説明書」に記載し、入居契約時に本人及び家族に説明し、署名捺印することで同意を得ている。より迅速な受診につなげるための対応の一環として、看護師による健康管理を日常的に行い、留意しなければならない事項については、バイタルチェック表・排泄チェック表・申し送り簿の「看護師の指示及び考察」欄に毎日記載しており、職員全員が確認し、入居者の状態の変化を早期に把握している。また、主治医の指示を得て、入居者別に「症状別対応及び報告基準マニュアル」を作成し、罹患している疾病と出現しやすい症状を挙げ、各症状出現時の対処方法を一覧化し、医療経験が未熟な新任スタッフでも対応できるよう活用している。この「症状別対応及び報告基準マニュアル」は原則として1年ごとに内容の見直しを行い更新しているが、病状の変化によっては随時見直しを行い更新している。また、緊急時は看護師が対応しており、適切な医療を受けられるように支援している。</p>	<p>事業所の協力医療機関をかかりつけ医とし、定期受診時には、事前に利用者の情報をかかりつけ医に郵送している。他科受診も事業所が支援している。受診結果は面会時の記録提示や電話で家族に説明している他、請求書送付時に文書でも知らせている。職員間では「施設介護経過」に記録し共有している。Nichiyoutekini緊急時には看護師による健康管理を行っている。事業所の看護師に連絡して指示を仰ぎ、協力医療機関と連携して、適切な医療が受けられるように支援している。</p>

自己	外部	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	
32		<p>○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</p>	<p>介護職員は、看護職員により、特に観察が重要とされる入居者についてのケアのポイントが記入された「バイタルチェック表」「排泄チェック表」「申し送り簿」の「看護師の指示及び考察」欄を確認し、入居者の状態について些細な変化も見逃さないよう、観察をしながらのケアを徹底している。看護職員は、昼夜を通してほぼ常駐勤務しており、介護職員は入居者の状態変化や異常について即時報告している。介護職員は「症状別対応及び報告基準マニュアル」に基づき対応することが周知徹底されており、看護職員不在の場合でも迅速な指示対応が図れるよう、24時間常時連絡がとれる体制をとっている。新規の入居者が持病を持っている場合は、その病気について研修会を行い、症状と対応について学んでいる。また、全職員は定期的に職員研修を行い、入居者の持病や高齢者に多い疾患について知識を深め、異常の早期発見に役立てている。</p>			
33		<p>○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。</p>	<p>入院時は、今後のケアに役立ててもらうために、これまでの経過やADL状況を詳細に記した情報提供書を、入院先のスタッフに提示している。入院中は家族と連絡を取り合い、3日に1回病院を訪れ、病院スタッフと情報交換している。家族に早期退院の希望があれば、家族と担当医及び病院スタッフを交えて話し合い、退院後の対応について検討し「退院支援計画書」を作成し、職員が病院スタッフから収集した情報は経過と共に記録をとり、家族に伝えることで、「家族」「事業所」「病院」が情報を共有できるようにしている。入居者又は家族に希望があれば、入院中も原則として2週間を目処に居室を確保しておく、早期退院に向けた支援を行っている。</p>			
34	(14)	<p>○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</p>	<p>「重度化した場合の指針」の具体的な支援方法については、入居時に契約書類とともに事業所でできる対応について家族へ説明し、署名捺印をもらうことで同意とし、この指針を交付している。また、緊急時や終末期についての対応の希望は、毎月の「相談票」に記入してもらい、家族の意向の変化に短期間で対応できるようにしている。実際に重度化の診断を受けた場合、「看取りに関する指針」に基づいて、具体的な支援方法について説明し、同意書に署名捺印してもらう。その後、本人や家族と面談を行い、重度化または終末期を迎えた現状と今後についての意向を改めて確認し、職員は本人や家族とともに主治医と面談し今後の方向性について検討する。面談後に作成した「面談票（重度化・終末期）」に基づいて、介護サービス計画書の見直しを行い、サービス担当者会議で今後の具体的な支援内容について検討する。対応については可能性も含めて、施設側で対応しうる、最大限の支援方法について検討し、医療機関や他施設（豊寿苑）への転院も視野に入れ、最終的に納得のいく形で方針を取り決めるようにしている。これらの結果は、介護サービス計画書に反映され、実施される。</p>	<p>契約時に「重度化した場合の対応に関わる指針」に基づいて事業所でできる対応について家族に説明している。実際に重度化した場合には、早い段階から「看取りに関する指針」に基づいて家族の意向を聞き、主治医や看護師等と話し合い、医療機関や看取り、他施設への移設も含めて検討し、方針を決めて共有し、支援に取り組んでいる。</p>		

自己	外部	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	
35	(15)	○事故防止の取り組みや事故発生 転倒・誤薬、行方不明等を防ぐため、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組みとともに、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、実践力を身につけている。	事故防止及び発生時の対応については「事故予防対応マニュアル」を、夜間については「夜間緊急マニュアル」を、個別の対応については「個別の主たる事故予防対策マニュアル」を作成しており、年2回職員研修にて、それぞれのマニュアルの内容を再確認し、必要に応じて見直しを行い更新している。また、週2回開催の定例ミーティングでは、個別の状態に応じた事故発生リスクについて考える機会を設けており、ミーティングでの検討結果は、必要に応じて職員会議で改めて検討することにより、全職員への内容の周知と共有が図られている。さらに、知識習得のみではなく、さまざまなケース(骨折や止血の応急手当、異物除去、行方不明、急変時の対応)を想定した模擬演習訓練を2ヶ月に1回実施している。実践力養成のため訓練後にはABC評価を行い、職員ひとり一人がA評価を目標として看護師による指導を実施しており、実践力を身につけている。事故想定模擬演習訓練では、実施前に想定事故に関する必要な予備知識を予め確認してから、実演訓練に入っている。訓練終了後は、対応結果について反省し次回訓練につなげている。模擬演習訓練に関する内容(予備知識の確認→訓練→反省)は、職員研修として記録している。また、年1回消防署員の立会指導の下、救急蘇生法(人工呼吸、心臓マッサージ、AEDの使用法)についての講習も受けている。入居者の日常の行動で、事故につながるような行動を「ヒヤリ・ハット」に記載することで、事故の早期発見と今後の予防に役立っている。結果的に入院や通院治療を要する事故が発生した場合は、「事故報告書」に状況や原因、対応策を記録するとともに公的機関に報告し、所定の手続きを踏んで段階的に対処し、再発防止を図っている。	事例が発生した場合はヒヤリハット、事故報告書にその場の職員で発生状況や今後の対応策について話し合っており、申し送り時に伝え、職員間で共有している。週2回のミーティング時に対応策を再検討して一人ひとりの事故防止に取り組んでいる。2ヶ月に1回、模擬演習訓練(予備知識、訓練、反省)を看護師の指導を得て、骨折、火傷、異物除去、止血方法、行方不明、夜間時の急変の対応などを実施している他、年1回、消防署の協力を得て救急蘇生法を受講し、実践力を身につけている。		
36	(16)	○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	「消防計画」「地震計画」「風水害計画」を作成し、内容の確認と理解の徹底を図っており、年2回職員研修にて見直しを行いその都度更新している。年1回、消防署の協力を得て、昼間の火災を想定した避難訓練・通報訓練・避難経路の確認・消火器の使い方の訓練を実施する他、2～3ヶ月に1度は、火災・地震・風水害を想定した避難訓練(日中と夜間をそれぞれ想定)を、入居者や地域住民の方々にも参加してもらい実施している。地域住民の方々(自治会長、民生委員、民間警備会社ALSOK、その他近隣の方々)の訓練参加については、2ヶ月に1度開催の運営推進会議で事前に参加協力を呼びかけしており、実際に参加していただいている方もある。緊急連絡網の中には、地域住民や企業(自治会長、民生委員、警備会社ALSOK、近隣の方々)も記載しており、地域との連携が築かれている。外部協力を得て避難活動を行う際の必要な情報として、居室の表札に担送(赤)と護送(青)のシールを貼り、「個人認証カード」をそれぞれが首から掲げるようにしている。この「個人認証カード」は常に火災報知機の横に準備している。また、非常用備蓄品として、お粥、カンパン、飲料水、毛布、使い捨てカイロ、救急セット、紙パンツ、尿取りパッドといった必需品を、談話室内と持出用と常備している。防犯についても、日中用と夜間用のマニュアルを作成し、定期的な訓練を行うようにしている。	火災、地震、風水害などのマニュアルを作成し、年1回、消防署の協力を得て昼間想定火災時の避難誘導、通報、消火訓練を実施している他、2～3ヶ月に1度は昼夜想定火災時の避難訓練を自治会長、民生委員、民間警備会社、近隣の人の参加を得て実施している。緊急連絡網に自治会長や民生委員、近隣の人の加入があり、地域との協力体制を築いている。非常用備蓄品の用意もしている。		

自己	外部	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>					
37	(17)	○一人ひとりの人格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	「プライバシー保護マニュアル」を作成し、年2回職員研修にて見直しを行い、人格の尊重や個人の権利、プライバシー保護、守秘義務の遵守に関して、その意義や重要性について理解の徹底を図りその都度更新している。また、基本理念を実践することにより、プライバシーの保護や入居者の自尊心を傷つけない人格の尊重を意識した取組ができています。入居者に対しては基本的に敬語を用いており、職員同士が互いに注意し合って徹底を図っている。誘導方法についても、羞恥心を伴う介助(トイレ・オムツ交換・入浴・着替え)の声かけは、他の入居者に聞こえないように耳元でささやくように話しかけたり、筆談やジェスチャーにしたりすることで、一人一人の心身の状態に応じた声かけ方法を実践しており、これらの介助や見守りは、女性入居者には女性職員が対応するようにしている。入居者がうまくできず失敗したことに対しては、直接そのことに触れる発言は避け、さりげなく介助している。トイレでの事故発生の危険性は決して低いものではなく、トイレ内での安全確保を優先させるため、職員は一緒にトイレ内に入ることでその理解を得た後に排せつ介助を行っている。食事について全介助が必要な入居者は、基本的には自力で摂取できる方とは別のテーブルで介助することとしているが、介護サービス計画書変更に係る担当者会議の際に、ご家族の意向を確認し、他の入居者との同席を望む意向があれば、これまで通りの席にて食事介助を行うようにしている。また、日中を自室で過ごす入居者への声かけを行う際は、ドアノックへの返事を待ち入室することを徹底している。不適切な対応を見つけた場合は職員間で話し合い、管理者が指導している。また、個人記録の取り扱いにも注意し、守秘義務は遵守している。	マニュアルを作成し、年2回見直ししている他、内部研修で学び、職員は利用者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。不適切な対応があれば、管理者が指導をしている他、職員間でも話し合いをしている。個人記録の取り扱いに留意し、守秘義務は遵守している。	
38		○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	入居者が伝えようとしている思いをしっかり把握するため、発言や行動をゆっくりと待ち、それだけで理解しづらい場合は、筆談やジェスチャーでコミュニケーションを図ったり、簡潔でわかりやすい言葉に言い直してみたりして、その瞬間の思いを十分に引き出すよう努めている。また、その時の状況を「気づいて、私の心」に記録し、全職員が入居者の思いを把握するよう取り組んでいる。3ヶ月毎に行う「嗜好調査・形態別嗜好度調査・希望調査」を、これまでリビングで行っていたが、自室で過ごしている時間を利用して行うようにしたことで、周囲の目を気にして遠慮していた入居者が、自分の思いや意向を話してくれることが多くなった。このアンケートにて「いつ、何がしたい」という、はっきりとした希望がある場合は、その実現に向けた支援方法を検討するが、漠然とした希望(「何か楽しいことがしたい」「何かおいしい物が食べたい」「どこかに出かけてみたい」)の場合は、その時対応しうる最大限の選択肢を準備して、選んでもらうよう取り組んでいる。		

自己	外部	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		○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	施設が決めているスケジュールはあくまでも基本的な1日の流れであり、そのスケジュールに入居者の生活を合わせるのではなく、入居者の生活スタイルを優先させ、時間の制約やスケジュールにとらわれない業務に取り組んでいる。例えば、起床は声かけのみ行い、入居者自身が自主的に起床して来るまで待つようにしている。食事やおやつについても声かけは行わず、「後で」や「今はいらん」等の返答があった場合、配膳を希望の時間に遅らせるような時間帯に幅を持たせてある。(例:朝食の時間帯は6:00～9:00としている)。入浴の時間や方法(普通浴・シャワー浴・清拭・足浴)についても希望を確認し実施している。就寝の時間も特に決めておらず、リビング消灯後は各居室にて読書やテレビ観賞、音楽鑑賞と自由に過ごしてもらい、自分たちの判断で就寝してもらっている。また、日中の過ごし方で気になる発言や行動があった入居者の部屋を訪ね、不安や心配事を聞く時間を設けている。基本的には、見守りのみで本人の自由に過ごしてもらっているが、時折声をかけ「今何がしたいのか」を訪ねて意向を確認し、意向に沿った対応をしている。			
40		○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	入居時には、これまでの生活で着慣れた服(下着も含む)を持ってきていただき、更衣の際には入居者が着たいと選んだ服を、季節感やT.P.O.(行事や外出)を考慮して職員が入居者と一緒に調整している。服装や髪型に乱れがあれば、職員がさりげなく直してあげ、希望のある女性入居者には化粧の支援もしている。男性へはひげそりのための支援しており、自己管理が困難な入居者には毎朝職員が準備をしてあげている。基本的に2ヶ月に1回、訪問理美容に来てもらい希望する人は施設内で実施しているが、当日利用されなかった場合は、入居者の希望に合わせて、後日近隣の理美容に誘っている。また、入居者や家族の要望があれば、家族との外出の際になじみの理美容院に連れて行ってもらう事も可能であるが、入居者が希望する日に家族の都合がつかない場合は職員が付き添うこともある。入居者自身が意思決定できない方の場合、入居時のアセスメント(センター方式)に収集されている情報や家族の希望から、入居者の好みに合うような服装や髪型を選ぶようにしている。			

自己	外部	項目	自己評価	外部評価
			実践状況	実践状況
41	(18)	○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	<p>食事がより満足いくものとなるよう、3ヶ月毎にアンケート調査(嗜好調査・形態別嗜好調査・希望調査)を実施して、入居者の好みや状態に合わせるなど、食材の変更や形態の工夫をしている。アンケート結果については職員会議で評価を行い、今後の献立の改善につなげている。また、アンケート結果から「今食べたい物」に挙げられたメニューを、入居者からのリクエストメニューとしてある日の献立に取り入れるようにしている。事前会議にて決定した献立をリクエストした入居者には、食材の下ごしらえ・調理・盛り付け・配膳・片付けといった、調理に関する一連の作業に参加してもらいが、その力量に合わせて、できない部分は職員が部分的に手助けしながら、最大限希望に添える役割がこなせるように支援している。普段の食事では、畑で入居者と一緒に栽培・収穫した野菜(オクラ、ピーマン、唐辛子、トマト、カボチャ、キュウリ、ナス、ゴーヤ、大根、玉葱、サツマイモ、スイカ)や差し入れていただいた食材を使った献立を考え、三食とも事業所で食事づくりをしており、栄養摂取状況については、年2回管理栄養士の助言を受けている。生活作業レクの一環として、入居者の調理に係る役割分担を、その時の状態や力量を見極めながら、テーブル拭き、お茶汲み、野菜の下ごしらえ、切る、盛り付け、配膳、食器洗い、食事の挨拶など、職員と一緒に準備から後片付けまで行う場面作りをしている。調理に係るすべての動作が困難な入居者においては、調理している様子を間近で見ってもらうことで、その香りや音を感じ取り自分が協働しているような雰囲気を感じてもらい、食の楽しみが広がるようにしている。入居者と職員は同じテーブルを囲んで、会話をしながら食事をとるようにしている。少人数でも希望があればレストランでの食事や、自然の景色を眺めながらの野外BBQ、弁当持参でリフレッシュパークにてかけたりする機会をつくり、食事の環境や雰囲気に変化をもたせマンネリ化しないようにしている。また、季節行事食(おせち料理、節句料理、ソーメン流し、ちらし寿司)の提供も行い、食事を楽しむことができるように支援している。</p>	<p>事業所の畑で獲れた野菜や差し入れた食材を利用して、三食とも事業者で食事づくりをしている。3ヶ月毎に嗜好アンケートを実施し、利用者の食べたいものを献立に取り入れた。刻み食や粥食などの形状の工夫をして利用者一人ひとりに合った食事を提供している。年2回は管理栄養士から献立についての助言を得ている。利用者は台拭き、お茶汲み、下ごしらえ、盛り付け、配膳、食器洗い、食事の挨拶など、できることを職員と一緒にしている。利用者と職員は同じテーブルを囲んで、食事をしている。屋外でのお茶会、弁当持参の公園への外出、レストランでの食事などの他、家族の協力を得ての外出など、食事を楽しむことができるように支援している。</p>

自己	外部	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	
42		○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	毎日の食事と水分の摂取量は「バイタル・食事量・入浴チェック表」に記録している。毎月はじめには体重測定を行い、全職員が入居者の体重変化を確認し把握できている。栄養面については、管理栄養士と医師からの助言を受けながら、それぞれの入居者の状態に対応している。管理栄養士には年に2回献立作成に対する気づきやアドバイスをコメントとしていただいている。医師からは年2回の健康診断（一般採血）の際に、栄養状態についてアドバイスをいただき、結果は介護経過に記載し、必要に応じて介護サービス計画に反映させ、入居者のケアに活かしている。熟睡や下痢などの健康状態の悪化、ムセ、開口状態や嚥下状態の低下、通過障害といった身体機能の低下が見られる入居者は、ミーティングで状態と対応について詳細に話し合い、「刻み食」「ミキサー食」「粥食」で対応すると同時に、飲み物にはとろみを混合し、食べるタイミングや姿勢にも注意を払っている。スプーンを使って食事介助をする際は、口腔内（粘膜）に傷を付けないよう配慮している。3ヶ月ごとのアンケート調査にて、個人の嗜好を把握し体調不良による食欲低下がみられる場合は、決められたメニューとは別に、好きな物・食べたい物に変更して食欲の回復に努めるが、変更することで栄養面での問題がないか医師や栄養士に相談し、メニューへのアドバイスを頂いたり、漢方薬やサプリ、栄養補助飲料（エンシュアリキッド1缶250ml/250kcalやプロキユアZ1パック125ml/200kcal）を利用したりしている。			
43		○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	口腔ケアマニュアルに基づき、年2回内容の見直しと職員研修を行い、口腔ケアの必要性・重要性を理解している。年1回(6月)は、中山歯科医院による任診にて歯科及び口腔内検診を実施して口腔ケア指導を行ってもらっており、状態により随時歯科受診をするようにしている。毎食後の歯磨き、義歯洗浄、口腔ケアおよび歯ブラシや薬剤の管理については、各入居者の力量に応じた声かけや介助を行っている。自分で歯磨きが行える入居者や、義歯洗浄や薬剤の管理が可能な入居者については、声かけと見守りにて自室での実施と管理を行ってもらい、義歯洗浄は可能でも薬剤の管理が困難な入居者は、職員がリネンにて薬剤の管理を行っている。自力での実施が困難な入居者については、口腔ケアスポンジとマウスウォッシュを使用して職員が実施し、口腔内の清潔保持に努めている。口腔ケアの技術については、職員研修にて周知徹底している。			

自己	外部	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	(19)	○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向けた支援を行っている	一人一人の排泄パターンを把握するため、「排泄チェック表」を活用しており、このチェック表を基にして、それぞれ声かけのタイミングを2時間毎や3時間毎に設定したり、頻尿傾向の入居者に対しては膀胱訓練を行ったりと、排泄パターンに応じたトイレ誘導や確認を行っている。排泄チェック表の内容は、管理者が毎日確認し、気付きや留意点を記録している。具体的な取り組みとして、排泄の声かけは他の入居者に聞こえないように耳元で話しかけたり、筆談やジェスチャーにしたりと、入居者の心身の状態に応じた方法を実践しており、当然性別も考慮した介助や見守りを行っている。また、日々のサービスの中で入居者と職員とが信頼関係を築き上げることで、介助される事への羞恥心や不安の解消を図っている。誘導の際に職員は、トイレ内での安全確保を最優先させるため、一緒にトイレ内に入ることで理解を得た後に排泄介助を行っている。自立支援を図るための取組として、入居者の尿意や失禁の有無を把握し、排泄パターンに合わせて一定時間毎にトイレ誘導やパッド汚染の確認を行っており、失禁があった場合でもいったんはトイレに座ってもらい、トイレで排泄する意識を持ってもらうようにしている。オムツの使用を減らすための取り組みとして、夜間はオムツやリハビリパンツに尿取りパッドを使用している入居者でも、日中(状況や状態に応じてではあるが)はそれらを使用せず、声かけや介助にてトイレでの排泄ができるよう誘導するようにしている。但し、夜間のトイレ誘導が安眠の妨げになり、起きてトイレまで行くことが本人の負担を強いることになってしまう場合には、入居者や家族と相談して要望と負担軽減を優先させ、自室内にポータブルトイレを設置したり、リハビリパンツや尿パッドを使用したりすることもある。個別支援の観点から、入居者の意向を尊重するためにこれまで行ってきた支援の具体例を挙げると、日中の排泄は自立しており夜間の眠剤使用を希望しない入居者が、トイレ誘導に起こされると眠れなくなってしまうため起こされたくないからと、オムツの使用を希望し使用したケースもある。また、排泄自立状況は、他のADL状況とあわせて、サービス担当者会議や定例会議(中間評価)で評価し、今後の自立に向けた支援の具体的な内容について検討している。	排泄チェック表を活用し、一人ひとりの排泄パターンを把握し、一人ひとりに応じた声かけや誘導をして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援をしている。		

自己	外部	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
45		○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	「排泄チェック表」に記入することで排泄状況を把握し、便秘傾向にある入居者に対しては、その対応方法についてミーティングやサービス担当者会議で検討し、介護計画にサービス内容として反映させている。便秘の予防や改善に向けた日々の取り組みとしては、規則正しい排便習慣を身に付けるため、毎日同じタイミング(朝食後)にトイレに座ってもらうように指導したり、毎日の食事に繊維質の多い食材を使用したり、水分を十分に摂取するようしたり、整腸作用のある乳製品(朝食時のヨーグルトやヤクルト)をメニューに取り入れたりとしている。また、運動量を確保するため、生活作業レクや機能訓練を積極的に行うようにしている。心理的な要因が考えられる場合、心理療法が必要な場合もある。様々な対処法を実施しても改善が見られない場合は、サービス内容の再検討を行うが、最終的には主治医に相談し、処方薬(下剤、洗腸、座薬)を使用することもある。		
46	(20)	○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、職員の間で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	アセスメントにてこれまでの生活習慣や好みを把握し、順番・時間帯・湯加減などを考慮しているため、基本的な入浴時間は、9時30分～11時30分と13時～16時の1日2回となっているが、入居者の生活習慣や希望に合わせて、希望があれば夜間にも入浴できるようにしている。ただし、夜間の入浴は夏期のみシャワー浴で対応し、その日の夕食後に入居者に確認し、希望者があれば、日勤スタッフ1名が入浴介助に協力することで20時まで利用可能としている。 「自宅の浴室ではない」「いつもの生活スペースではない浴室への移動」という環境の変化もたらす恐怖心や不安感をもたないように、その内容や状況を必ず説明して入浴の介助を実施している。また、羞恥心や抵抗感を和らげるため、女性入居者の対応は必ず女性スタッフが先行し、介助中はタオルをあてるなどして肌の露出を最小限にしている。入浴することが、心臓への負担などの身体的な不安につながる入居者については、その日のバイタルチェック表の記録から健康状態を説明し、納得してもらってから入浴してもらうようにしている。入浴することそのものを嫌がる入居者については、その発言や行動から原因を考え、入浴できるよう努めている。例えば「家に帰ってから入浴から。」という入居者には、面会時に家族から声をかけてもらい、家庭での入浴を思わせるようにしてみたりした事もある。いつでも安心して入浴してもらえるように取り組んでいるが、その一方で、自立支援を促すということ、残存機能を最大限に活かすということを念頭に、自力で行えない所からの介助を行うという補助的形式で支援に努めている。特にADLの高い入居者については、本人の意志を尊重して必要以上の介助はせず、時折声かけを行うことで安全確認を行っている。入浴を希望しない入居者や体調不良により入浴できない入居者は、翌日に振り替えたり全身清拭や足浴も実施したりすることで対応している。また、入浴を楽しんでもらう工夫として、季節を感じられるよう、ゆず湯や菖蒲湯にしてみたり、入浴剤を使ったりしている。	入浴は毎日、9時30分から11時30分と13時から16時の間可能で、希望をすれば夜間でも入浴できる。利用者一人ひとりの希望に応じて入浴できるように支援をしている。入浴剤を入れたり、菖蒲湯や柚子湯などで入浴が楽しめるように支援している。入浴したくない人には無理強いをせず、職員の交替や時間の変更、言葉かけの工夫をしている。利用者の状態に合わせてシャワー浴、清拭、足浴など個々に応じた入浴の支援をしている。	

自己	外部	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		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々 の状況に応じて、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	入居時のアセスメント(センター方式)やサマリーを基に、これまでの生活習慣 や1日の生活リズムに合わせた生活を送れるよう、支援している。昼夜メリハリ のある生活を送ってもらうため、日中はレクや機能訓練、自然観察に参加して もらい、無理のない程度で活動的に過ごしてもらっている。また、受診や行事 のために外出したり、生活作業レクへの参加や入浴を実施したりする中で、入 居者の体力や疲れ具合を常に見極めながら、状態に合わせて活動の合間の 小休止や水分補給のための時間を取っている。時には居室や談話室(和室) で昼寝をしてもらうこともあるが、入居者それぞれの生活習慣や夜間の睡眠パ ターンを考慮して、約1時間を目安にしている。夜間よく眠れない入居者につ いては、ミーティングやサービス担当者会議で、家族と共に原因と対応策を検 討し、本来の生活リズムに戻るようになっているが、結果的に改善が見られない 場合は再検討し、主治医に相談するようになっている。また、入居時すでに眠剤 が処方されている場合、施設の環境に慣れた頃に家族や主治医と相談し、一 度眠剤使用を中断し、睡眠の状態を確認することがある。その結果、眠剤の使 用が不要と思われる場合は、状況を主治医に報告し指示を受けるようにする。		
48		○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	処方薬については、処方都度薬局から処方薬についての用法用量・効能 効果・副作用などの注意事項を記した「薬の説明書」が発行されており、全職 員は内容を確認し、サインすることで情報を共有している。処方薬に変更や追 加があれば、看護職員が薬局の薬剤師から医学的・薬学的な説明を受けて おり、その内容についてより詳細に把握している。また、他の職員に分かり易く 補足して説明し、処方薬の薬剤についてより深い理解が得られるよう取り組ん でいる。処方内容は施設介護経過にその都度記載し、処方薬に変更があっ た場合には、アンダーライン(赤)を引いて、よりわかりやすいようにしている。 処方薬は、入居者の視野に入らない場所に管理・保管しており、服薬時には スタッフが与薬ケースから取り出し、誤薬の無いよう複数のスタッフで確認して から入居者に手渡している。また、服薬中は見守りを徹底し、服薬完了の確認 をしている。自力で服薬困難な場合は、介助し服薬の支援をしている。服薬を 担当した職員は「バイタル・食事量・入浴チェック表」に記名する。		

自己	外部	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	(21)	○活躍できる場面づくり、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	<p>入居者の生活歴について、本人や家族やその他関係者から情報収集を行い、アセスメント(センター方式)を作成したり、3ヶ月毎に調査アンケート(嗜好調査・形態別嗜好度調査・希望調査)を実施したり、趣味や嗜好、関心事といった楽しみが何であるかを明確にしている。施設での共同生活の中で役に立てることその力量を日常の様子から見極め、継続して実施できる見込みがある役割については、介護サービス計画にサービス内容として掲げ、それを日課として習慣づけ役割の定着化を図っている。たとえば、毎朝新聞を読むことが習慣となっている入居者は、朝食後リビングで大きな声で皆に新聞の内容を読み聞かせている。他にも、家事が得意な入居者は、食事の準備(下ごしらえ・米とぎ)や後片付け(食器洗い・拭き)、食前食後のテーブル拭き、洗濯物干し、乾いた洗濯物の取り込みと整理、自室や共有スペース(リビングやフロア)の掃き掃除や拭き掃除を、職員と一緒にやっている。花の世話が好きで、自宅で園芸を楽しんでいた女性には、施設内に飾る一輪挿しの担当を任せ、季節の花を生けてもらっている。生き物の世話が好きな入居者には、金魚の世話を願っている。このように、これまでの生活での習慣を皆の生活に活かすことによって、その人らしい暮らしができる環境づくりと活躍できる場面づくりに活かしている。畑・庭作業が得意な入居者は、職員と一緒に作業に取り組みながら作物や花の手入れについて、いろいろなアドバイスをしてくれる。その時の表情は、とても生き生きと躍っており、張り合いや生き甲斐を感じていることがひとと伝わってくる。入居者が役割を終えた後は、職員がその入居者に感謝の言葉をかけ、次回への励みにしている。施設に入居することで、自分の趣味や嗜好を諦めざるを得ないと思っていた入居者からは、「家でずっとやってきたことが施設に入ってできるとは思っていなかったからうれいね。」とか「またいつでも声かけてね。」と、取組に対する意欲を感じさせる言葉が聞かれる。「自分らしさ」を発揮し活躍できる場面づくりに取り組むことで、入居者同士が得意分野を活かしてお互いに助け合うことのできる共同生活となっている。ご家族の面会時に、入居者の生き生きと活躍している姿をお伝えすると、施設でも変わらない生活を送られていることをとても喜んでもらっている。年間行事で季節に合わせたイベント(初詣、豆まき、雑祭、花見、菖蒲見学、七夕祭り、梨狩り、敬老会、コスモス見学、みかん狩り、クリスマス会)を企画したり、他にも買い物ツアー、温泉、ドライブ、レストラン食事も、野外での食事も、参詣ツアー、地元の祭り(コスモス祭り・花火大会)への参加、クリスマスイルミネーション見物企画したりして、外部(地域)交流を兼ねた、娯楽や気分転換を図っている。日常生活においては、レクリエーションの内容を、「思考系」「運動系」「創作系」「娯楽系」と機能別に用意し、その種類も多種多様に充実させることで、マンネリで飽きがないようにしている(「思考系」—歌謡、読書、音読、計算、パズル、しりとり、カルタ、将棋、「運動系」—体操、輪投げ、バスボール、お手玉、玉入れ、風船バレー、楽器演奏、「創作系」—塗り絵、貼り絵、お絵描き、書写、折り紙、手紙、「娯楽系」—音楽鑑賞、映画鑑賞、「生活作業」—縫い物、洗濯物たたみ、掃き掃除、拭き掃除、雑巾がけ、猫の餌やり、猫の世話、食事の準備、後始末、野菜作り、野菜の収穫、移動販売車での買物、自動販売機の利用)。また、施設内でのレクリエーションばかりでなく、時には戸外に出て近隣散策や自然観察をしたり、また庭先に設置した「野外オープンテーブル」を利用し、開放的な雰囲気でお茶やコーヒーを飲みながらゆったりとした気分できつろいでいる。</p>	<p>新聞を読む、貼り絵、習字、折り紙、歌、読書、計算、パズル、しりとり、ぬり絵、猫の世話、下ごしらえ、米とぎ、野菜の収穫、食器拭き、テーブル拭き、洗濯物干し、洗濯物たたみ、リビングなどの掃除、拭き掃除、園芸、生け花、花の手入れ、雑祭り、七夕祭り、敬老会、クリスマス会、ボランティア(日舞、和氏工芸)との交流、屋外のオープンテーブルでお茶やコーヒーを飲む、移動販売車での買い物など、活躍できる場面づくりをして、楽しみごとや気分転換の支援をしている。</p>		
50	(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	<p>年間行事や地域交流も兼ねた外出行事を実施している。行事やツアーの開催にあたっては、3ヶ月毎に行う希望調査アンケートの内容を参考にしながら、計画を立てるようにしている。行事の開催は、決まりたい家族に案内状を送って参加を呼びかけており、これまでは自治会長や民生委員、近隣住民の方たちが参加してくれたこともある。外出がより日常的で気軽にできるよう、行事の日だけに限らず入居者に希望があれば、その日の天候や体調を考慮して、臨機応変に買い物やドライブに出かけたり、地域のイベントに出向いて行ったり、野外やレストランでの食事に行ったりすることもある。中でも買い物は入居者にとって特に大きな楽しみとなっているため、スーパーやホームセンターに出かけることもあるが、漁協から週2回(水・金)移動販売車で訪問販売に来てもらい、施設の敷地内で自由に買物を楽しんでいる。また、移動販売ならではの楽しみ方として、欲しいものを注文して次回の訪問時に届けてもらうことで、販売員とのコミュニケーションも楽しんでいる。外出支援は歩行状態にかかわらず全員参加できるように対応している。訪問先での行動範囲は限られてくるかも知れないが、車椅子で参加可能な人は必ず参加してもらっている。出かけることためらったり拒否したりする入居者へは、自室など他者の目を気にせず話せる環境で出かけたくない原因を聞き取り、その原因を取り除くことで楽しく外出できるように配慮している。たとえば、人と関わることが苦手な一人で過ごすことが好きな人には、職員が付き添い(他者とは別行動することで外出する楽しさを感じてもらい、徐々に他者との関わりを深めてもらえるようにしている。また、3ヶ月毎の「希望調査アンケート」で、「今行きたい所は?」「今やりたいことは?」の質問に、普段なかなか出かけられない外出先(墓参り、冠婚葬祭、親戚や知人・友人宅訪問、美容院の利用、外泊、県外などの遠出、出産や見舞いが挙げられた場合でも、最初から無理と決めつけず、後日入居者や家族を交えての職員会議で支援方法と実現の可能性を検討するなど、家族の協力を得ながら希望の実現に向けて取り組んでいる。</p>	<p>周辺の散歩、スーパーなどへの買い物、初詣、四季の花見(桜、菖蒲、コスモス)、梨狩り、みかん狩り、花火大会、敬老会、買い物ツアー、吉水神社、ゲームセンター、温泉、野外での食事も、墓参りに出かけている。他、家族の協力を得ての外出、外食、馴染みの美容院の利用、商店での買い物、結婚式への出席など、「希望調査アンケート」で利用者の行きたいところを聞いて、普段出かけられない場所への外出など、戸外に出かけられるよう支援している。</p>		
51		○お金の所持や使うことへの支援 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	<p>予約や入居の際に、入居者が「金銭を持っていたいと思っているか?」を家族に確認し、所持することで精神的な安定を図っている状態であれば、持ってもらうことは問題ないことを伝えている。入居者の生活の中で本人の能力を見極め、金銭の自己管理や使用に差し支えなければ、本人や家族とよく話し合い、合意を得たうえでお金を所持してもらっている。自分で管理することは困難だが「支払う」という行為が理解でき可能であるなら、自動販売機に行っても飲み物を買ってみたい、移動販売車での買い物に出してみたり、買い物ツアーの時に代金の支払いをしてみたいと購入する」支援もしている。</p>			

自己	外部	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		○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	家族が電話で入居者との会話を希望する場合や、入居者から家族や他の大切な人への電話希望がある場合、就寝までは対応している。入居者へ電話があった場合は入居者に声をかけ、会話の最中はプライバシーに配慮し職員は席を外すようにしているが、本人や電話相手の希望によっては職員が側で会話の内容を確認したり、回答したりすることもある。入居者が普段面会に来られないような方に面会を希望する場合は、家族の協力を得て希望する相手と連絡が取れるよう働きかけることもある。年賀状や暑中見舞いは、毎年入居者の自筆にて家族へ出している。それ以外にも希望があればいつでも手紙やはがきを出せるように準備している。母の日や、誕生日、敬老の日といった行事に家族からプレゼントが送られてきたり、季節の果物が届いたりすることがあるが、その際にも入居者の自筆にてお礼のはがきを書いてもらい、送り主に出している。			
53	(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	施設内で最も広い空間であるメインホールは、車椅子でも楽々通行できる程の余裕をもっており、吹き抜けの天井には天窓が設置され、自然の日の光が優雅に差し込んでくる。天窓からの光が当たるところに、座り心地のよいソファと木の優しさが感じられるウッドテーブルを配置し、自然の光を浴びながらゆったりと過ごせるくつろぎの空間となっている。また、季節ごとに飾り付け(花・小物・テーブルクロス)を変え、色彩や香りで心地よい刺激を楽しめるようにしている。フロア壁面は大型スクリーンとなっており、映画やDVDをいつでも楽しめるようになっている。部屋の工夫では、リハビリやトレーニングのできる「がんばる一む」や談話室など、入居者が思いの好きな場所で活動しやすくなるように配慮し整えている。特に談話室は和室となっており、畳ならではの手触りや香りや雰囲気や和を感じることができる。しかも、単に談話するだけの場所ではなく、誰でも自由に入ることができるため、時には横になって昼寝をしたり、こたつに入ってお菓子や果物を食べたりと、我が家にいるような気分がリラックスできる憩いの場として入居者に利用されている。毎日の食事は、準備から後片付けまでを職員と一緒に入居者が毎日交代で行っている。リビングからは、カウンター越しにキッチンが見えるため、実際にキッチンに入って準備している人だけでなく、それ以外の入居者も、音や香りから調理する一連の工程を感じることができ、その場に居る全員が料理を五感で楽しむことができる。庭先にはテーブルを設置し、開放的な雰囲気でお茶やコーヒーを楽しむながらゆったりとした気分がくつろぐことができる。家族や来客者には、環境・設備・空間についてのアンケートに協力してもらい、アンケートにて意見や要望が出れば、職員会議を開き、改善について検討することになっている。	玄関を入ると天窓からの自然の採光でフロアは明るく、木のテーブルやソファを配置し、季節の花や観葉植物を置いている。フロアの壁面の大型スクリーンでDVDや映画を楽しめるよう工夫している。畳の談話室は自由にくつろげるようになっている他、リハビリやトレーニングができる部屋がある。台所からは調理をする音や匂いがして生活感を感じることができる。温度や湿度、換気に配慮して、居心地よく過ごせるように工夫をしている。		
54		○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	リビング・がんばる一む・談話室・ホールのウッドチェアやソファといった室内空間だけに限らず、庭先のオープンテラスや畑や花壇も含めた共用空間から、入居者が過ごしたい場所を選択することができるようになっており、個人や少人数で分散して利用できる環境が整備されている。自分の意志で移動することができない入居者の場合、表情や雰囲気、これまでの生活歴からその時一番過ごしやすいであろう場所を考え移動させてあげるよう配慮している。			

自己	外部	項目	自己評価		外部評価	
			実践状況	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
55	(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	入居前、入居者や家族に居室への持ち込みについて説明する際には、これまでの馴染みの生活スタイルをできるだけ壊さず居心地よく過ごしてもらうため、持ち込み物品に制限はなく、遠慮せず自由に持ち込んでいただくように説明している。居室にはこれまでの生活で使い慣れた生活用品を自由に配置してもらい、カレンダーや家族(ひ孫)の写真飾っている入居者もある。また、各居室の窓からはのどかな田園風景や四季の花々、生り物を眺めることができ、ゆつくりとくつろげる空間となっている。居室の広さに見合わない、ソファ・マッサージチェアなどの大型家具や家電については、本人や家族とも相談し、持ち込み可能な大きなものに変えてもらえないか話し合うようにしている。これまでに入居者の思い入れが強く持ち込まれた物には、箆箭・テレビ・ラジオ・時計・寝具・タオル掛け・仏壇・位牌・地藏像・写真・日本人形・手芸箱、ポータブルプレーヤーがある。入居に伴う環境変化への配慮としては就寝形態の選択がある。入居時にこれまでの生活歴の把握のためアセスメントを作成するが、入居後の居室が洋室となるため、入居前の生活が和室であった入居者とご家族には、環境の変化を伴うことを説明し理解していただくようにしている。但し、和室に布団を敷いての就寝を希望される場合の対応として、談話室を利用してもらい、入居後の環境に慣れるまで、もしくは本人の体調不良時や若干の身体機能低下が見られた際に、本人・家族・職員で協議し、自室でのベッド使用への移行を検討するようにしている。また、3ヶ月ごとに行う、「希望調査アンケート」にて、電気ポットを自室に置きたいとの希望が出たことがあり、本人や家族と自己管理の可能性や使用時の安全面を考慮し検討した結果、温冷対応の魔法瓶を使用して好みの温度で提供させてもらうようにした。自室で好きな時間に飲んでいただき、補充が必要ときに職員へ渡してもらうこととしたが、長時間補充の依頼がない場合は声かけしている。	仏壇、地藏像、寝具、衣装ケース、人形、時計、手芸品、CDラジカセなど使い慣れたものや好みのものを持ち込み、家族の写真、カレンダーなどを飾って、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。		
56		○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	入居者の動線となる部分は整理整頓が徹底されており、充分安全に配慮されている。入居者それぞれの身体の状態を把握し、一人一人の状態に合わせた生活環境の工夫をすることで、生活に不便さを感じさせないようにしている。具体的には、施設内の随所に設置してある手すりや、ベッドに取り付けてある補助器具を利用してもらうことで、人為的な介助に頼らず自分の力で活動できるような自立支援を行っている。手すりを使用することが理解できない入居者には職員が歩行介助する場合もあるが、機能障害の程度に応じて残存機能が最大限活かせるような声かけや誘導をして、常に下肢や姿勢の安定状況を見守り、安全でスムーズな移動を確保している。歩行困難な入居者の移動に車いすを使用することもあるが、完全に車椅子での生活にしてしまわず、短距離の移動や食事の時間など可能な範囲で車椅子から降りてもらう時間を設けている。たとえ一時的ではあっても歩行に補助が必要な状態であれば、居室内に椅子を置いて歩行補助のために使用してもらい、また、日常的に車椅子を使用している入居者でも、小柄な入居者が調理台や洗面台を使用する際は、踏み台を使用して適切な高さで作業ができるように調整している。生活に必要な日用品について、安全面を考慮した場合に自己管理が難しいと判断した入居者については職員で管理するが、基本的には各居室に収納しており、必要に応じて使用してもらっている。			

## 2. 目標達成計画

事業所名 グループホーム ほほえみ

作成日: 平成 29 年 11 月 1 日

【目標達成計画】					
優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	27 (12)	個別のモニタリング方法として、新たな書式を検討してきたが、今現在の記録を活用する形での、モニタリング方法を考える。	モニタリング力の強化	介護サービス計画書を更新する際の、サービス担当者会議にて、サービス内容の各項目について評価する手法に変更し、個別のモニタリングとする。	12月更新分より実施
2					
3					
4					
5					

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。