

### 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	2891400117		
法人名	医療法人社団 紀洋会		
事業所名	認知症対応型共同生活介護グループホーム幸の郷		
所在地	篠山市本郷108-2		
自己評価作成日	平成30年8月24日	評価結果市町村受理日	平成31年2月18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.kairokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action=kouhyou_detail_2018_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2891400117-00&amp;PrefCd=28&amp;VersionCd=022">http://www.kairokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action=kouhyou_detail_2018_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2891400117-00&amp;PrefCd=28&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

**【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 市民生活総合サポートセンター
所在地	〒530-0041 大阪市北区天神橋2丁目4番17号 千代田第1ビル
訪問調査日	平成30年10月26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)】**

開設して5年が経ち基本理念の『地域に溶け込んだ生活の支援』を実現するべく取り組んできた。地域の夏祭りに2年連続でたい焼き店の出店を行い地域の方々から『おいしかったわ。』『今年の餡子は種類だけ?』などと声をかけて頂いた。毎年の恒例行事として行きたい。他にも地域の一員として地域に貢献できることはないか運営推進会議などで発信してゆけたらと考えている。昨年度に続き今年度も年度目標を全員で考えて決めた。昨年度の目標でもう少し継続して目標とした方が良い項目と新たに提案のあった目標を話し合い今年度の目標とした。H30年度目標・報連相と記録でしっかりコミュニケーションを取りなんでも話のできる和やかなホームにする。具体目標:①利用者の想いをくみ取り最後まで聞く。②利用者ともスタッフともコミュニケーションを取りなんでも話のできるホームにする。③利用者の状態を把握しスタッフ間で情報を共有し合う。④分からないこと、疑問に感じることを放置しない。⑤利用者個々に合わせた接し方を統一させて介助する。⑥些細な事も記録や申し送りで情報の共有を行う。⑦ケアを行う時は今から何をするのか確認する。⑧何か行う時は複数の選択肢を用意する。⑨常に自己覚知を行うことで自己を知りプロとして精一杯の援助を行える様になる。

**【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)】**

当該ホームは理念に沿って思いを汲み取る事等のより具体的な目標を毎年作成し日々の支援に活かしています。「不適切ケアチェック表」を用い、個々でチェックしたものを半期毎に確認し合い、次年度の目標に繋げています。また職員間で話し合いハリハットボックスを作成し、小さな事でも拾い集めホーム会議の中で対策を検討し事故の防止に努めています。ホームでは一人の人間として向き合う事から生まれる認知症ケアのユマニチュードを基本として接し、利用者との節度ある距離感も大切にしています。食事においては季節感や旬の食材を用い利用者には下ごしらえや食器拭き等に携わってもらい一緒に作っています。

**V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55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. 全くない
59 利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66 職員は、活き活きと働いている (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

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	第三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	今年度の目標は「報連相と記録でしっかりとコミュニケーションを取りなんでも話の出来る和やかなホームにする」に話し合いで決め、9項目に具体化した。①利用者の想いをくみ取り最後まで話を聞く。など	ホームの理念を基に、年度初めに職員間で話し合い目標を掲げ、具体的なケアに繋げる為の項目を作成しています。職員はホーム会議の中でヒヤリハット等から該当する項目を振り返ったり、ケアに関するセルフチェックを確認しながら振り返り次年度の目標に繋げています。	
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人として日常的に交流している	地域の方が行っている喫茶に出かけたり、定期的に幼稚園と交流を図っている。小学校の行事にも参加しているが、今年度から小学校と地域が合同で開催している「北っこ広場」に出店予定。	自治会に加入し広報や運営推進会議の参加者、職員等から地域の情報を得ています。毎週ふれあい喫茶に出かけたり、地域の小学校で開催される祭りや運動会、イベント等に参加し、模擬店を出店することもあります。また年に数回幼稚園児が来訪し、おやつ作りや手遊び等を一緒に行うなど交流の輪を広げています。	
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	自治会長から「認知症や独居の方への支援方法を一緒に考えて欲しい」と運営推進会議で提案があり、事業所としてできることを取り組んでいく予定。		
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	奇数月に開催。施設内の状況や活動報告を行っている。地域の自治会長や民生委員の方から地域の取組みや情報を頂き、施設の活動に取り入れている。	運営推進会議は隣接する小規模多機能事業所と合同で開催され、行政や地域代表が参加しています。ホームから現況等の報告がなされる他、参加者から地域の情報を得たり行事参加への案内もあります。会議の中で自治会長から依頼され、高齢者の安否確認のための「黄色い旗運動」に参画に向けた検討をしています。課題とする家族の参加は平日の開催ということもあり実現できていないのが現状です。	家族へ会議の案内をしたり、家族が参加しやすい日時を検討を行う等、家族の参加が得られるよう取り組まれてはいかがでしょうか。
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に取り組んでいる	前年度初めて市の実地指導を受け、良い点も含めアドバイスを頂きより良いサービスが提供できるようになった。困った事があれば市の担当者に相談している。	入院時の介護申請等わからないことがあれば訪問したり電話で役所の担当者に相談し、担当者から連絡をもらうこともあり相互に協力関係を築いています。市主催の連絡会等の案内があれば管理者が参加し、研修には職員が参加しています。また介護相談員の受け入れも行っています。	
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	毎年、法人のマニュアルに沿って研修を行っている。運営推進会議のメンバーに施設内を見て頂き委員会として身体拘束について話し合う場を設けている。	身体拘束については言葉の拘束についても具体的な例を挙げ研修を行っています。委員会が中心となり、日々利用者と接する中で声をかけ合い注意喚起しています。夜間安全に付き添うために家族や法人の了承を得てセンサーチャイムを使用していますが随時必要性を確認しています。日中の施錠はせず閉塞感のないケアに努めています。	

グループホーム幸の郷

自己	第三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	法人マニュアルに基づき研修を行っている。毎年虐待防止に繋がる不適切ケアのセルフチェックを行い注意を促している。管理者は業務時に不適切ケアが行われていないかチェックしている。	職員は法人が作成した「不適切ケアチェック表」を使用し、研修時やホーム会議の中で確認し合っています。管理者は利用者の立場に立ったケアを行うことを伝え、不用意な言動が見られた場合は個別に注意しています。またシフト調節などにより職員が不安や不満を抱え込まないように努めています。	
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	以前成年後見制度を利用している利用者が居たのでより身近に制度を感じ学ぶことが出来た。今後は必要な方に説明が出来るように学んでゆく。	権利擁護などに関する法人の研修会に管理者が参加し、ホームに持ち帰り職員に伝えていきます。過去に制度を利用していたことがある家族から見聞きして学んだこともあります。成年後見制度やリーガルサポートへの相談等のパンフレットは玄関に閲覧用の物を用意しています。	
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	契約時は家族に重要事項説明書・医療連携体制・ケアプラン・入退去時の説明を行い、同意の上契約を結んでいる。	契約時にグループホームとはどんな所か知ってもらう事を大切に詳しく説明し、契約書を交わしています。また医療面や看取り、金銭面でも同意が得られるよう丁寧に説明しています。制度が改正された際には改正部分を説明したうえで改めて同意を得ています。	
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	感謝祭やクリスマス会等、家族参加の機会に、家族会のように話し合いの場を持ち意見交換を行っている。	日々共に生活する中で利用者の希望を聞き個別に対応しています。家族には担当職員が毎月利用者の様子を手紙で伝え、面会時には必ず声を掛け近況を報告するとともに意見を聞くよう努めています。また、行事の際にも意見を聞いたり満足度アンケート調査も行っています。	
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	毎月の業務会議で、業務改善について話し合い、業務の見直しを行っている。年2回は面談を行い、個々に意見交換する機会を持っている。また日頃も顔を合わせた時には困っていることはないか等話を聞くようにしている。	職員の提案をもとに話し合いヒヤリハットボックスを作成し、小さなことでも拾い集めホーム会議の中で対策を検討しています。会議前には欠席者も含め個々の職員から意見を聞いて議題を決めています。入浴介助時の手順について検討したり、業務担当者からも意見や提案等活発に出され取り組みに繋がっています。	
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	キャリアパス評価を毎年行っている。個々の目標が明確になり業務の中で取り組むべきことが分かりやすくステップアップにつながっていると感じる。仕事面のみならずプライベートでも相談に乗れるように心がけている。また、公平な勤務になるように努めている。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	個々のレベルに合った資格の取得や研修の受講を勧めているが、法人外の研修に参加することが難しい職員は法人内の研修や事業所内の研修でスキルアップ出来るように考えている。		

グループホーム幸の郷

自己	第三者	項目	自己評価	第三者評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	法人内で毎年開催する介護研究発表会に参加している。他の事業所の取り組みを伝達講習し自らのサービスの質の向上に役立っている。		
<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	安心して生活する為に何が必要かどういいう声かけや対応が有効か見極め、少しでも早く落ち着いて生活できるように配慮している。信頼関係が築けるようにこまめに関わるようにしている。		
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	しっかり話を聞き、何に困っているかを把握するように努めている。こまめに連絡を取り様子を知らせることで安心して頂き信頼関係を築けるように心がけている。		
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	相談者の困りごとを見極め、必要なサービスの紹介を行い相談員に繋いでいる。		
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	家事全般(洗濯干し、洗濯たたみ、食器拭き、テーブル拭き)などそれぞれが出来ることをお互いに協力し合っている。		
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	電話・メール・ショートメールなど希望される連絡方法でこまめに連絡を取っている。医療関係者からの情報や本人の想いなども伝え、共有する事で一緒に支えているという思いを持って頂けるようにしている。		
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	地域の行事に参加した際に昔なじみの方から声がかかり話をされたり、近くに来たからと施設に寄って下さる方がある。	親戚や同級生、隣接事業所の行事に来所した友人が立ち寄るなど来所者も多く、居室にお茶や椅子を用意し話しやすい雰囲気作りに努めています。昔よく出かけた馴染みのスーパーと一緒に買い物に出かけたり、年賀状を出す際には宛名書きや投函の支援をしています。また家族と冠婚葬祭に出かけたり、地元の祭り等に参加する際には迎いの時間に合わせ、身支度や持ち物の準備を支援しています。	

グループホーム幸の郷

自己	第三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	利用者同士の性格や相性を考慮し食事席などを決めている。中には昔から知り合いだった方もありそれぞれがうまくコミュニケーションを取っている。個別のレクリエーションや運動を行い全体での体操やカルタ取りなどみんなで過ごせる時間を設けている。		
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	退後の様子を伺ったり家族の想いを聴く機会を持つようにしている。また、亡くなられた時は告別式に参列している。家族も近くに來たら寄って下さる。		
<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	今年度の目標でもある報連相と記録でしっかりコミュニケーションを取ることで、一人一人の思いや希望の把握、その共有に努めている。	入居前には自宅や施設等を訪問し、家族や関係者から情報を得ています。職員は日々共に生活する中で、利用者が発した言葉やしぐさ、職員が投げかけた言葉への反応などを見ながら得た気づきを日誌等に記載して、ホーム会議の中で検討し思いの把握に繋げています。	
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	入所前には自宅や施設へ訪問し職員やケアマネから情報を聞き出来るだけ詳しく把握できるようにしている。本人や家族からはこれまでの暮らし方を聴くことで施設の生活に早く慣れて頂ける環境整備が出来る様にしている。		
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	朝、夕の申し送り時に状態確認を行っている。個人記録から情報収集を行いケアチェック表で各個人のケアを確認している。毎日、バイタルチェックすることで状態の変化が把握しやすくなっている。		
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	毎月の会議で個々のケアチェック表の項目について話し合い、今の状態にあったケアが出来ているか見極めている。ケアプランに基づいたケアチェック表を作成し必要に応じて見直しを行いながら状態に即したケアが提供出来るように努めている。	利用者や家族の希望を基に作成された介護計画は通常6か月毎にモニタリング、評価し、1年で見直しを行い新たな介護計画を作成しています。家族の来訪時等を利用してサービス担当者会議を開催し、遠方の家族には事前に希望を聞いています。日々の支援はケアプランチェック表を使用して介護計画に沿った支援が出来る様に努めています。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	日々の様子や気づきは個人記録に記録し申し送り時に職員間で引継ぎ共有している。経過観察しているケアについては一定期間で評価し、個人記録と申し送りで周知し、計画を修正している。		

グループホーム幸の郷

自己	第三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	利用者個々の状態にあった個別の対応が出来る様にしている。食事形態・個人の好み・外出支援など。急な外出、外泊にも対応している。		
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	地域包括支援センターや自治会との連携、避難訓練は消防署に協力をお願いしている。ボランティアの受け入れを行っている。地域の行事・祭りへの参加や出店をしている。小学校の行事参加、幼稚園児との交流を行い沢山の刺激を頂き楽しみにしている。		
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	かかりつけ医は入居者全員が母体の岡本病院である。月2回の往診の他、歯科医が月1回、訪問看護師が月2回、歯科衛生士が月2回訪問している。必要に応じ通院介助を行っている。	入居時にかかりつけ医については自由に選択できることを伝えていますが現在は全員がホームの協力医を利用し定期的な往診を受けています。月に2回訪問看護師の健康管理を受け、緊急時等24時間連絡可能で協力医との連携を図っています。必要時に歯科医の往診を受けたり、歯科衛生士が来訪し口腔内の状態を確認し定期的に口腔ケアを受けています。専門医受診も職員が同行し、結果を家族に報告しています。	
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	訪問看護とは24時間連携体制をとっており、必要に応じ速やかに連絡を取り相談し指示をもらう様にしている。普段から情報共有を行い、連絡を密にしている。必要時は受診出来るよう支援している。		
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。	入院時は1週間ごとに主治医や看護師に容態を聞き上長に入院経過報告書を提出している。こまめに足を運び状態の確認と情報収集している。必要に応じ家族と情報を共有し今後の方向性を検討している。	利用者の入院時は毎週病院に連絡したり職員が病院に足を運び症状を確認し、家族とも連絡を取り現状を把握しています。退院に向け関係者とも話し合い、期限の一月を過ぎても退院の目途がつかないのであれば、居室の確保についても利用者や家族の意向に沿うよう努めています。	
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	契約時に、重度化の場合や終末期ケアの説明を行い同意を頂いている。あわせて延命措置についても確認し家族で話し合う機会を持ってもらっている。その際事業所のできることで出来ない事の説明もしている。出来るだけ早い段階から関係者と相談し、家族と連絡を取り話し合いの中で今後の方向性を決められるようマニュアル化している。	入居時に家族に終末期ケア・看取り指針を示し、説明したうえで同意を得ています。その際延命治療の有無も聞いています。時期が来れば医師から家族に説明してもらい、希望があれば職員間で話し合い方針を共有し支援しています。職員は訪問看護師の指示を受けながら最善の方法を話し合い、終末期に向けた勉強会も行っています。	
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	緊急時マニュアルを作成し職員全員が対応出来るようにしている。毎年、消防署員による人工呼吸やAED、背部叩打法や掃除機吸引法、水消火器の講習を受けている。		

グループホーム幸の郷

自己	第三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	(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	防災マップを掲示し避難場所・消火栓・AEDの設置場所の確認を行っている。年に2回の消防訓練を行っている。台風時は地域の消防団が見回りをしてくれ、川の状況を知らせてくれる。今年は大雨と台風で法人内の介護老人保健施設2回、地域防災センターに1回避難した。	年2回、昼夜を想定して隣接事業所と合同で避難訓練を行っており、一度は消防署立会いのもと実施しています。運営推進会議で協力を呼び掛け、防災についても話し合っています。また職員が地域の防災訓練に参加しており、消防団の協力や支援も得られる関係を築いています。水や食料の備蓄も用意し、災害時に備えています。	
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	5月に接遇の研修を行い具体的に「接遇力が高い人はどんな人」と言うテーマで学び、自己の接し方や言葉かけを見直すきっかけとなった。	接遇研修を定期的に行い、ホーム会議でも職員からは慣れ慣れしなくなる距離感が大切との意見が出ており、節度を持った距離間について話し合っています。ユマニチュードを基本とする接し方を心がけ、ケアする中で互いに注意喚起しています。排泄介助の際等、プライバシーに配慮して耳元で声掛けするよう努めています。	
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	事業所の目標にもあるが、「利用者の想いをくみ取り最後まで話を聞く」その上で複数の選択肢を用意し自己決定しやすいように心がけている。		
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	一人一人の生活リズムや希望を大事にし、気持ちに沿った支援を行っている。体調に合わせて居室で休んでもらったり運動の回数の増減や入浴日の変更なども相談しながら行っている。		
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	着たい服を選べるようにしている。散髪の際には好きな髪型にしてもらえるように支援している。化粧水なども使いたいときに使えるよう支援している。		
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	「食べる力は生きる力」個々に合った食事形態と嚥下の状態を見極めながら食事の提供をおこなっている。好き嫌いを把握し、他の食材に変更し残さずに食べる工夫を行っている。玉ねぎの皮むきや野菜の筋とり、食器拭きなど出来る事をしている。昼食は利用者と職員と一緒に食べ、食事の感想を聞いたり食事形態の適切さをチェックしている。	献立は利用者の好みや希望を聞きながら1週間分作成し、職員が買い物に出かけています。旬の食材や季節の献立に配慮し、家族から差し入れをもらうこともあります。利用者は下ごしらえや食器拭き等を職員と一緒にやり、検食者が利用者と一緒に同じ食事を摂っています。ファミリーレストランやすし屋に外食に出かけたり、喫茶店でのコーヒーも利用者の楽しみとなっています。	
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	個々に合った食事形態や食事量、好みを考えて提供している。水分が摂りにくい方には好みの飲み物など品物を変えてこまめに勧める様にしている。年に2回管理栄養士による栄養バランスのチェックを受けている。		



グループホーム幸の郷

自己	第三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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		○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	歯科衛生士の指導の下、毎食後、口腔ケアを行っている。1日1回は重曹水と舌ブラシを使用し舌磨きを行っている。個々の状態にあったブラシを使用している。		
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	失禁のある方には排泄チェック表をもとに、声かけと誘導を行うことで自立への支援を行っている。	排泄記録をもとに個々の状況に応じて誘導し、日中はトイレで排泄できるよう支援しています。利用者によっては訪問看護師に相談しながらできるだけ昼間にトイレで排便出来るよう支援しています。入居後おむつから紙パンツに変更できた利用者もあり、職員はパットの種類や使用方法等を工夫しながら支援しています。	
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	オリゴ糖やヨーグルト、豆乳などを摂る事と歩行訓練や体操で体を動かす事で定期的に排便できるように援助している。		
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	週2回入浴している。その日の体調や気分に合わせて順番や入浴日の変更を相談しながら行っている。	利用者は週に2回、午後から夕方にかけて、希望する順番で入浴しています。ホームに浴槽が上下に移動する最新のものが用意され、利用者や職員の負担が少なく入浴出来るようになっています。ゆず湯など季節を楽しむ工夫をしたり、また冬場は脱衣室と浴室の温度差が無いよう配慮しています。	
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	個々の体調や機能に合わせた運動をしてもらい、夜間良く眠れるように支援している。日中は昼寝をする、ホールで話をする、レクをするなどとそれぞれの過ごし方が出来るように支援している。		
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	内服薬の変更や作用・副作用などは申し送りや個人記録で情報共有している。症状や状態変化時は訪問看護に連絡し指示を受けている。		
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	外出や外食、幼稚園児との交流を楽しみながら、家事全般の出来る事をしてもらっている。お酒が好きな方にはノンアルコールビールを提供し喜んでもらっている。		



グループホーム幸の郷

自己	第三者	項目	自己評価	第三者評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
49	(22)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	家族の協力を得て外出外泊を行っている。誕生日には近隣の喫茶でケーキでお祝いし、音楽療法の時間に全員で歌のプレゼントを行っている。認知症カフェに出かけて気分転換をしている。	ふれあい喫茶や近隣の喫茶店、地域行事、法人グループホームの認知症カフェに出かけています。外出できない日は玄関先にテーブルを出しおやつを食べたり、外気浴を行っています。行事として初詣や花見に出かけたり、神戸の動物王国等、年に一度家族も誘ってバス旅行に出かけています。また外食に出かけたり、自宅に戻り家族とゆっくり過ごすなど協力を得ながら外出支援しています。	
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	基本的に現金は小遣いとして預かり、施設で管理している。食べたいおやつや買いたい物があれば一緒に買いに行き、購入している。		
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	希望があれば家族に電話をかけ話をしてもらっている。以前は個人の携帯電話を持っている方もいたが今はない。親戚から事業所にかかってきた電話は取次いでいる。		
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	季節ごとの習字や季節感のある貼り絵などを作り掲示している。室内の快適な温度管理を行いBGMを流すなどして心地よい空間作りを心がけている。	リビングは居ながらにして自然を望め季節を感じる事が出来、天井が高く天然木の梁が施され落ち着いた雰囲気があります。利用者と職員が作成した貼り絵が飾られ、車椅子の利用者を考慮してゆっくり座ることが出来るようテーブルを増やしています。毎日の掃除や換気で清潔を保ち、加湿器等も利用して居心地よく過ごせる工夫をしています。	
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	食事テーブル以外にもソファや一人掛け椅子を置き、気分転換出来るようにしている。また、テーブルの周りにも多めに椅子を置き、テレビが見やすい場所や好きな場所に移動できるようにしている。		
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	使い慣れた家具や化粧品、家族写真やテレビなどを持って来てもらい、ほっとできる空間作りが出来るよう工夫している。	管理者は家族に馴染みの物を持参するよう伝え、利用者は洋服ダンスや椅子、テレビ、時計、干支の人形等を持参しています。ベッドなどの家具の配置を工夫したり家族の写真を飾り、家族と相談しながら寛いで過ごせる空間作りをしています。	
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	居室内では安全に配慮し家具を配置している。椅子や介助バー、物入れなどを置き、つたい歩きが出来る環境を作ることで、少しでも安全に自分のしたい事が自分で出来るような空間作りを心がけている。		