

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	2872100397		
法人名	社会福祉法人 福竹会		
事業所名	グループホーム 鹿島の郷		
所在地	兵庫県高砂市阿弥陀町南池94-1		
自己評価作成日	平成27年12月 日	評価結果市町村受理日	平成28年2月12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27年12月22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)】

「歩んで来られた人生を大切に、輝き続ける生活を応援します。」を運営理念にしています。ご利用者には認知症も進行され、身体機能の低下が著しい方もいらっしゃいますが、その方らしく暮らしていただく支援を工夫しながら、グループホームらしい生活を過ごしていただいています。健康管理面にも万全を期しており、ホーム主治医、訪問看護ステーション、薬剤師等と連携しています。開設12年を経過し、地域の理解も深まってきていると感じています。運営推進会議でホーム運営に重要な提案をしていただくことも多くあります。地域の協力をいただきながら、認知症ケアの拠点としての役割が果たせればと考えています。

【第三者評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

閑静で自然に恵まれた環境の中に立地し、清潔で明るくゆったりとした共用スペースは暖かな木調で、季節感・家庭的な雰囲気や大切にされた生活環境が提供されている。一人ひとりの心身の状態に合わせた個別支援により、手作りの食事作りや外出等の日常生活の場面の中で、残存能力を生かした参加ができるように支援が行われている。地域との関係も深まり、事業所の機能を生かして地域の中での役割を担い、行政とも協働関係が築かれている。主治医・訪問看護との密な連携や運営推進会議での専門的な助言など、利用者の安心につながる体制が整備されている。職員の資質向上や職場環境の整備に努め、職員の定着がサービスの質の安定と向上にも反映している。

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 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とした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66 職員は、活き活きと働いている (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している (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

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	理念には「地域の方々・ご家族とともに支えていく」と謳っています。地域密着型サービスとなる以前の開設来の理念です。ホームの運営や個別ケアを考える際の拠所として職員も認識しており、日々の生活の中で自然な形で実践につながるよう図っています。	開設当初から地域密着型サービスとしての意義と役割が盛り込まれた事業所独自の理念を作り上げ、玄関に掲示して職員・利用者・家族・地域住民の共有を図っている。職員の定着がよく、理念の浸透が図られている。理念に基づいた事業計画を作成し、職員全体会議や各ユニット会議で話し合う時には理念に立ち戻り理念の実践に取り組んでいる。	
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	ご利用者が地域の一員として日常的に交流をするまでには至っていませんが、ホームの地域での認識は深まってきたと感じています。近隣との自然なお付き合いや地域の催事への協力、地元の学校・ボランティアとの交流も年々活発になっています。	地域性や利用者の状況の変化により地域行事への参加は困難になってきているが、事業所としての地域での認識は深まっている。地域の祭りへの協賛や消防所との情報交換・市民センター利用など地域資源を積極的に活用している。行事での幼稚園児との交流・小学生の福祉体験・中学生のトライやるウィーク・高校生の実習などを積極的に受け入れ、地域との交流を図っている。また、地域住民の介護相談の受け付け・認知症サポーター養成講座の講師派遣等、地域貢献に努めている。併設のデイサービスに地域のボランティアの来訪があり、事業所全体で交流を持つことができている。	

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
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	認知症ケアの拠点となるまでの取組みは、行えていませんが、併設の居宅介護支援事業所と連携し個々の介護相談には積極的に取組んでいます。市内のキャラバンメイト連絡会に参加しており、サポーター養成講座に協力しています。認知症家族の会とも積極的に交流しています。		
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	2ヶ月毎に定例開催しています。利用者の事例検討、外部評価結果の報告、制度改正、看取り状況等を議題にしました。今年度は委員の提案で薬剤師による居宅療養管理指導を始めました。看取りに関しても重要な意見が頂けました。事業の運営に重要な役割を果たしています。	家族・地域包括支援センター職員・社会福祉協議会会長・訪問看護ステーション管理者・民生委員・認知症の家族会代表・他のグループホーム管理者など、さまざまな立場の数多くの参加者により、2か月に1回、定期的で開催されている。運営推進会議開催前に資料を配布し、意見が出やすく会議が効率的に進行できるように工夫している。会議では、利用者の状況・事業所の取り組み・経営面などの報告を行い、意見・情報交換を行っている。参加者は専門性が高く、専門的な意見・助言・情報を聞く機会となり、事業所の運営やサービスに反映させている。	
5	(4) ○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	職員が市の委員の委嘱を受けるなど良好な関係にあります。過去には困難事例の協議や、担当者の相談に応じたこともあります。制度改正に伴う総合事業の開始も近づいており、一層連携の強化に努めたいと思っています。	運営推進会議に地域包括支援センター職員の出席があり、事業所の運営・取り組みについての理解を得ている。また、日常的に市との連携・連絡が継続的に取れている。市から情報提供が行われるだけでなく、担当者から相談や見学受け入れの依頼などがあり、市町村との協働関係が継続されている。	

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
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	ホームでは「身体拘束をしない」を明確な方針としています。毎年の研修計画でも、身体拘束を正しく理解するために勉強会のテーマに取り上げています。身体拘束に限らず、施錠や言葉による拘束などにも注意を払っています。	契約時に、身体拘束をしない方針を利用者・家族に口頭で説明し理解を得ている。事業計画の中に研修計画を明確にし、年間研修計画に添って「身体拘束・虐待防止について」の研修を実施している。研修内容を全職員が学べるように機会を確保し、やむを得ずの欠席者には資料配布している。デイサービスと合同のスタッフ会議の中で事例検討を行い、拘束しないケアについて意識づけを行い周知徹底している。職員は日常の言葉遣いに注意を払い、言葉での拘束のない自由な生活が過ごせるように配慮している。玄関は日中施錠せず、エレベーターは自由に使用でき、利用者の外出希望や気配を感じた場合は、職員が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	「虐待」も毎年勉強会でテーマとして取り上げています。無意識で虐待となるようなことがないか、会議やカンファレンスの場でケアの検証をしています。業務中に不適切な言葉遣いやケアがあれば、職員間で注意をする体制が出来ています。スタッフ会議では事例検討も行っています。	上記と同様の方法で、「虐待防止」についても研修会を通して学ぶ機会を持ち、デイサービスと合同のスタッフ会議の中で事例検討を行い意識づけを行って周知徹底している。また、スタッフ会議で不適切ケアについても話し合い、ケアの中で気づきがあれば職員間でお互いに注意し合う関係づくりができています。管理者は、日常的に職員の様子に気を配り、昼休憩の取得のための業務の見直しを検討するなど、職員の疲労やストレスがケアに影響しないように配慮している。	

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
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	日常生活自立支援事業をご利用されるご利用者はいませんが、過去には成年後見制度をご利用された方は数名いらっしゃいます。社協職員を講師に招き、権利擁護に関する研修会を行ったこともあり、成年後見に積極的な司法書士事務所との連携もあります。	年間研修計画に「権利擁護について」を採り入れ、外部講師を招いて一般的な知識を共有する機会を持っている。制度を利用されている利用者はいないが、利用の必要を感じた場合は、管理者が窓口となって、司法書士・社会福祉士との連携をとり相談できる体制が整っている。また、説明会の開催があれば興味のある家族に紹介している。	
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	契約書・重要事項説明書に沿い、また必要なパンフレットを用意し説明をしています。特に料金体系・医療体制・退所基準・ターミナルに関しては、納得されるまで説明していません。制度改正時には新旧対照表を作成し、改正点が明確になるよう注意しています。	契約時には、管理者が「事業所パンフレット」「契約書・重要事項説明書」「市のパンフレット」を用いて丁寧に説明している。重要事項説明書の表紙に、「利用者の輝き続ける生活を応援する」という運営理念を明示している。契約書・重要事項説明書には、事業所の運営・料金・退所基準・支援内容などについて、項目に分けて大きめの活字で詳細に説明されている。契約内容の改定時には、該当部分の説明、及び、新旧対象表を明確にした文書を送り同意を得ている。特養の入所や在宅復帰等の退所時には、家族・移行先の事業所への情報提供など、円滑に移行できるように適切な支援を行っている。	

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	運営推進会議には家族代表の委員がおられ、積極的なご意見を頂いています。利用者担当職員を決め、ご家族との関係作りに努めています。毎月「生活便り」を郵送し、生活の様子を理解していただき、ご意見や要望を聞くようにしています。緊急時には電話で相談をしています。	運営推進会議・家族の来訪時・電話等が、家族の意見・要望を聞く機会になっている。毎月「生活だより」で利用者の生活の様子を知らせ、家族来訪の際には職員から積極的に声かけを行い、また、職員を担当制にするなど、家族の意見や要望を引き出しやすいように努めている。家族からの意見や要望については、申し送り・連絡ノートで情報伝達・共有して統一した支援につなげている。内容に応じては、スタッフ会議などで検討を行い支援に反映している。現在、ユニット合同の家族会を計画している。	
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	ユニットの運営と利用者の支援に関しては、職員が話し合い決定する体制が整っています。スタッフ会議はグループホーム全体について、ユニット会議はユニット別の案件や利用者個々の課題について検討する場となっています。管理者は職員個々とも業務に関する意見交換を積極的に行っています。	毎月定期的に行っているスタッフ会議・ユニット会議は、利用者の状況・ケアプラン・行事の検討等について、職員の具体的な意見や提案を把握する機会になっている。デイサービスを含む全体会議では、各委員会からの報告や行事全般について等、施設全体に関わる事項について職員が意見を出し合い検討している。人事考課制度を導入し、個別面談を行い職員の意見・要望等を個別に把握する機会を設けている。また、施設長等上位者は話しやすい人間関係と職場環境に配慮し、日常的に職員の意見・提案等を聞けるように努めている。基本的には異動はないが、ユニット間で応援体制により、どの職員とも馴染みの関係を築き、異動の際も利用者にダメージがないように配慮している。	

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
12	<p>○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</p>	<p>人事考課規程に基づき勤務実績・自己啓発等が評価され、昇格・賞与に反映する人事体制を設けています。資格取得も奨励しており、必要な外部研修の受講も認めています。業務が過度の負担にならないよう効率化にも取り組んでいます。</p>		
13	<p>○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</p>	<p>年間研修計画を作成し、体系的な研修を実施しています。職種や経験年数に応じた外部研修の受講や施設内研修の講師を担当させるなどしています。資格取得では、多数の職員が介護福祉士を取得し、更なる資格取得を奨励しています。</p>		
14	<p>○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</p>	<p>近隣の4市町で連絡会を作っており、交流の場となっています。市内のホーム数も増えており、情報交換や訪問の機会も多くなりました。特別な取り組みとして、認知症介護実践者研修の実習生を受け入れ、意見を聞く機会を作っています。県連絡会・全国ネットにも参加しています。</p>		
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援				
15	<p>○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</p>	<p>サービス導入時に信頼関係が築けている状況にはありません。現状では不安を持たれないサービスの導入に努めています。面接に数回訪問したり、ホームに来ていただき時間を十分に取って、想いを理解するように努め、信頼関係を築いています。</p>		

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
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	申込受付時より入居に至る間の相談支援が、サービスを導入する段階での信頼関係に繋がっていると考えています。待機中の支援が安心感のある利用開始に重要な役割を果たしており、家族との関係性構築に有効となっています。		
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	長期的にはグループホーム利用が最善と思われても、緊急に対応しなければならない問題を抱えている場合があります。その状況で最も必要とされるサービスを受けることができるよう、併設事業所や医療機関との連携体制を整えています。		
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	ホームは介護施設ではなく、利用者と職員が共に暮らす生活の場だと考えています。日課のない共に暮らす生活の中で、利用者の表情やなにげない言葉に職員は支えられ、働き甲斐や喜びを頂いています。		
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	利用者を支えていくには家族の協力が不可欠です。特に精神的な支えは職員では充分に行えません。情報を共有し、協力を依頼し判断を委ねるなど、関係作りに努めています。運営理念にも「家族と共に支える」と謳っています。		

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
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	高齢化・重度化も進行しており、利用者一人ひとりの状態に応じた支援を行っています。お元気な方はご家族との外出や、職員との日々の買物や希望される場所に出掛けています。歩行が困難となっても車椅子車輛で出掛けます。また、電話で面会をお願いする場合もあります。	利用開始時のアセスメントで、「基本情報シート」の「生活歴」の欄等で馴染みの人や場所についての情報の把握に努めている。入居後に家族からの情報や、日々の会話から把握することが多く、把握した情報については連絡ノート等で職員間で共有している。心身の変化により面会者は少なくなってきたが、知人・友人の来訪の際はゆっくり気持ちよく過ごせるように配慮している。はがきや電話での関係継続も支援している。また、デイサービスとの合同行事で、新たな馴染みの関係継続もできている。利用者の状態により外出可能な利用者には、希望に応じて家族の協力を得て、馴染みの場所への外出ができるように支援している。	
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	利用者同士の関係は必要以上に職員が係わることはせず、見守ることを原則としています。小さなトラブルは起こりますが、職員の対応で穏やかな人間関係が保たれています。孤立ではなく静かな環境が必要な方にも、支え合う場を作る支援を行っています。		
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	契約終了は入院による場合が大半です。過去には入院先に食事介助に伺ったり、洗濯の支援を行ったこともあります。在宅に戻られた方には、自宅訪問し家事を手伝ったり、買物支援を行いました。特養に入所された方には、情報提供で協力しました。		

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	ご自身で判断が可能な方は自己決定が大原則です。思いや希望を伝えることが難しい方には、問いかけに工夫をしたり表情や動きに注意し、利用者の想いを把握するように努めています。これまでのホームでの暮らし振も参考にし、それも困難な場合は家族の意見を参考にしています。	利用開始時に時間をかけて面接し、利用者・家族の思いや意向についてはしっかり聞き取るように心がけ、フェースシートに記載して職員間で情報共有を図っている。日々の生活の中で把握できた利用者・家族の思いや意向については、アセスメントシートに追加記載したり、連絡ノートへの記載や会議で職員間で共有を図っている。意思の疎通が難しく自ら思いや意向を訴えることが困難な利用者は、家族からの情報やアドバイスを参考にし、利用者の表情や反応を観察して利用者本位に検討し支援に努めている。	思いや意向については、把握した情報を時系列に追記して記録に残し、認知症の進行などで表明が困難になった場合に検証できる資料として、情報の蓄積を行うことが望まれる。
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	待機期間を有効に活用し、申込を受けた時から不安や希望を聞く過程で様々な情報を得るように努めています。入居後も面会に来られる馴染みの方々から有効な情報を得ることも多く、職員で共有しケアに活かしています。		
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	一人ひとりのリズムで生活しており、標準的な現状の把握ではなく、職員がそれぞれの角度から総合的に把握するように努めています。有する力を暮しに活かす支援にはチームによる把握に努める必要があり、変化が生じた場合にも速やかな対応が可能となっています。		

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
26	(13)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	利用者・家族の希望を優先するようにしています。また、その想いを支え、一人ひとりの生活リズムに沿った支援をするための介護計画を作っています。担当医や訪問NSの専門的な意見も取り入れて、現状に即した計画にしています。毎月のユニット会議で見直しも行っています。	介護計画作成時には、利用者・家族の意向・希望を必ず確認し、センター方式を利用してアセスメントシートに記入している。利用開始1ヶ月以内にユニット会議で職員からの意見を聴取し、個別具体的なサービス計画書の作成を行っている。初期計画作成後3ヶ月で再アセスメントを行い、6ヶ月毎に計画の見直しを行っている。見直し前には個人記録を確認し、計画作成担当者が毎月サービス内容のモニタリングを行い、ユニット会議でも見直しを行い、さらに、家族の意向や希望、及び、主治医・訪問看護師の意見を参考にして、現状に即したプランの作成に努めている。個別の介護記録にケアプランの支援内容を明示し、プランの実施状況をチェックし、介護状況を経時的に記載している。	介護記録については、介護計画に基づいたサービスの実施状況が確認でき、モニタリング・評価の根拠になるような記録内容の整備が望まれる。
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	日々の記録や実際に行った介護の記録は正確に残せていますが、気づきや工夫の記録は職員によりバラツキがあり、十分とは云えない状況です。帳票の改訂や、外部研修への参加なども行い改善に努めています。情報共有のツールとして計画の見直しに活かしています。		
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	多機能な支援とは、柔軟な支援を行える体制があることだと考えています。外出の支援や趣味・嗜好への対応、医療的なケアには多くの実績があります。今後も併設事業所や医療機関と連携し、積極的に取り組む方針です。		

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
29	○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	利用者一人ひとりが地域資源を活用できている状況ではありませんが、ホームは様々な資源を活用しています。市民センターや自治会との連携、小中学校との交流、民生委員との情報交換、ボランティアの受入など活発にしています。人的交流を図り地域との協働を進めていきます。		
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	在宅療養支援診療所の医師に、ほとんどの利用者がかかりつけ医をお願いしています。24時間オンコール体制で、必要時には往診も可能です。歯科・整形外科との連携もあり、往診や療養管理をお願いしています。協力病院は総合病院で多岐にわたる診察が可能です。	契約時に意向を確認し、利用者・家族の希望する医療機関での受診を支援している。在宅療養支援診療所の内科医師の往診を受け、疾患・健康管理を行っている。必要時に、歯科・整形外科の往診も受けられることができる。週1回の訪問看護を定期的を受けると共に、状態に変化が生じた場合には随時の訪問もある。希望者は鍼灸マッサージの往診も受けられることができる。利用者の状態や病状に応じて通院・往診を適切に行い、定期受診は基本的には家族が同行するが、状況に応じて職員が同行している。受診結果・指示については、申し送りノートに記載して職員間で情報を共有し、家族には電話や面会時に報告している。今年から在宅管理指導を導入している。	往診・通院ともに、受診内容や結果については、必要時に検証できる様式を工夫し、個人記録に記録し保管することが望まれる。
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	訪問看護ステーションと連携しており、定期的に健康管理に来園します。24時間オンコール体制で、必要な場合には電話相談ができ、緊急の来園も可能です。併設のデイサービス看護師との連携も強力で、介護職員の医療面の支援体制は整っています。		

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
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。	入院時には職員が同行し情報提供しています。情報提供票も作成しています。また定期的に面会し、地域医療連携室や、Dr・NS・MSWとの積極的な情報交換で、早期退院に向け支援しています。退院カンファレンスには、職員と訪問NSが参加し受入体制を整えています。	入院時には、職員が同行して利用者の生活状況や身体状態について情報提供を行い、「情報提供書」も作成し連携をとっている。入院中も職員が定期的に面会に行くと共に、地域医療連携室や医師・看護師と情報交換を行い早期退院に向けて支援している。退院時には、退院カンファレンスに介護職員と訪問看護師が参加し、医師の意見書・看護サマリー・リハビリ計画書を受け、退院後の支援体制に活かしている。	
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	利用開始時に「看取りに至る介護への同意書」を基に、ホームのできることでできないことを詳しく説明しています。また、本人・家族の要望や方針の変更にも柔軟に対応するよう努めています。終末期が近くなれば医師より家族に伝え、訪問NSも随時に来園し、チームでの支援を行います。	契約時に、「看取りに至る介護への同意書」を基に、事業所で「できること」「できない事」を説明し、重度化・終末期に向けた事業所の方針を詳しく説明し同意を得ている。利用者の身体状況や病状の段階に応じて、その都度家族・医師・看護師・職員で話し合いを行い、家族の意向に沿った支援を行うように取り組んでいる。	
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	救急隊員を講師に招き、毎年定期的に応急手当・心肺蘇生の研修をしています。AEDや酸素ボンベも準備しています。マニュアルは夜間と日中とに分けて作成し、実践に則した内容となっています。「喀痰・吸引等事業者」の登録も行いました。		

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
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	毎回の消防訓練には消防隊員を招き、指導を受けています。また、消防計画・防火マニュアルの他に、自然災害用の「災害対策マニュアル」も策定しています。備蓄食も備えており、数日間の自活が可能です。災害発生時には地域住民に施設提供を行う予定です。	消防訓練は年2回、毎回消防署立ち合いの下で、デイサービスと合同で通報・避難・消火器の使い方を含む総合訓練を、昼夜想定で実施し、実際的な避難経路の確認も行っている。「火災・自然災害マニュアル」を運営推進会議で提示し、参加メンバーから意見や助言を受け作成している。火災発生時は、火災報知機で管理者・職員・地域住民に連絡が届く体制がある。地域とは火災通報装置で非常時協力体制ができています。災害時には地域住民の避難の受け入れを予定している。水・食材など、3日間程度の備蓄を行っている。	
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	親しみを持ち接するようにはしていますが、人格を尊重し、年長者として尊敬することが基本方針です。羞恥心への配慮を欠いたケアや、自尊心を傷つけるような言動のないよう、会議・研修の場で職員に注意し、徹底を図っています。不適切な対応があれば注意をし合う体制があります。	「プライバシー保護・個人情報保護」について年間研修計画の中に盛り込み、職員が学ぶ機会を持っている。入浴・排泄などの日常の支援の中で、個人の羞恥心・尊厳にかかわる介護ではプライバシーの配慮に努め、自尊心を損ねない言葉かけや対応を行うよう職員間で注意し合っている。個人記録類はキャビネットに保管し、個人情報の適正な管理に努めている。	
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	言葉のみでなく、一人ひとりに合った方法で自己決定の場面を作るようにはしています。認知症の進行により自己決定が難しくなられた方には、利用者の意思・希望の小さな表出にも職員が気づくことができるよう、日頃から想いを汲み取る努力をしています。		

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
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	理念に「その方らしく暮していただく」と謳っています。自宅での生活に近づけるよう努めていますが、現在の体調や機能面を考慮し、一人ひとりのペースを優先して支援しています。希望を伝えられない方には、表情やホームでの暮らし振りを参考に支援し、ご家族の意見も頂いています。		
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	整容に関する支援はグループホームの基本だと考えています。身だしなみについては注意していますが、おしゃれを暮らしに取り入れておられる方は少なくなりました。季節の装いや外出の服装には注意をしています。理美容もホームに業者を招くことが多くなりました。		
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	お得意の料理を職員と一緒に作られたり、食材の買物に出掛ける方がいらっしゃいます。一人ひとりの出来ることや関心事に合わせ、調理を眺めたり味見をしていただいています。献立面では、嗜好の物や旬の食材で食事を楽しんでいただけるよう工夫しています。	利用者の希望や季節感を採り入れて、毎日の献立を作り、買い物・調理まで手作りの食事を提供している。ADLの低下がみられるが、梅干し・らっきょ・干し柿・おはぎ等を作る時は、利用者の好みや力量に応じて参加してもらい、残存機能を生かせるように支援している。利用者の嚥下や咀嚼状況に合わせて刻み食なども提供しているが、目で楽しみ美味しく食べられるように配慮している。職員も同じテーブルで同じ食事を味わい、家庭的な雰囲気ですべてを楽しんでいる。秋祭りの鯖寿司・甘酒やお正月のおせち料理など季節ごとの催事に合わせた食事を提供し、食事を通して生活習慣を大切にできるように支援している。利用者の希望に合わせて、テイクアウトや外食の機会を持ち、食生活の変化を楽しむ機会も設けている。	

自己 者 第三	項目	自己評価	外部評価	
		実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
41	○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	喫食量や水分摂取量は記録し、水分摂取には注意しています。生活習慣病での食事制限や肥満の方には食事量に注意を払い、食事量が落ちてこられた方には嗜好の料理や食易い食品を用意しています。栄養補助食品を利用する場合があります。		
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	一人ひとりの状態に合わせ、朝夕の歯磨き・毎食後のうがい・定時の口腔ケアを行っています。歯科医の往診もあり、個別の指示の出ている方もいます。個別のケアは歯科衛生士の助言を受けています。義歯洗浄は夜間に行っています。		
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	「排泄はトイレで」が職員の共通認識です。夜間にリハビリパンツを使用する方はいますが、昼間はトイレで排泄を行えるよう支援しています。日々の利用者の動きや表情から排泄の意向を把握し、個別の支援方法を検討することで、パットやおむつに頼らない排泄支援に取り組んでいます。	チェック表から一人ひとりの排泄パターンを把握し、排泄のサインを見逃さないようにも努め、トイレで排泄できるように支援している。カンファレンスで利用者一人ひとりの状況と支援方法を検討し、パットやおむつに頼らない排泄の支援に取り組んでいる。排泄介助時はカーテン・ドアの開閉への気配りや、声かけの仕方に配慮する等、プライバシーを損ねない対応に努めている。	
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	便秘薬を服用される方も数名おられますが、薬頼りにならないよう注意しています。便秘がちな方には水分摂取を促したり、軽運動を勧めています。食事にも注意を払い、毎朝のヨーグルトや繊維質の食材を多く摂るよう献立にも工夫をしています。		

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
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	曜日や時間帯を決めず、毎日でも入浴支援は可能ですが、利用者の体調や体力を考慮し希望に沿った入浴支援を行っています。概ね隔日に入浴され、時間は午後の方が多いです。入浴嫌いな方には無理強いすることなくタイミングや声掛けに工夫をしています。必要な方には2人介助で安全を優先しています。	利用者の希望に合わせた時間帯に、基本的には2日に1回のペースで入浴を支援している。基本は個浴であるが、浴室が広く気の合った利用者同士が入浴することもある。利用者の身体状況に応じて、2人介助により安全な入浴介助を行っている。基本的には同性介助を心がけている。入浴を拒否される利用者については、無理強いすることなくタイミングや声かけを工夫して勧めている。入浴剤を使用して入浴が楽しめるようにも配慮している。身体状況によっては、デイサービスの機械浴の使用も可能である。	
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	横になられる時間が多くなった利用者もおられます。1日の生活のリズムや体力・体調に応じて、ゆっくりと休憩を取られるよう支援しています。お疲れの様子であれば自室で暫く横になって頂きます。食後や入浴後は特に休んでいただくよう注意しています。安眠の支援では居室環境や寝具にも留意しています。		
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	薬剤師による居宅療養管理指導を利用しています。複数の医療機関を受診される方も多く、管理面で専門性が高まりました。疑問や相談の必要があれば、24時間オンコールで支援を受ける体制が整っています。副作用や用法・用量について適切な指導がなされ、必要に応じ医師の指示を受けます。		

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
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	特別な役割などは定めていませんが、一人ひとりの持てる力を活かして家事の手伝い等をしていただきます。趣味の読書をされたり、テレビがお好きな方もいます。併設のデイサービスの行事や、ユニットのレクリエーションにも皆さん良く参加されています。喫煙・飲酒も禁止ではありません。		
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	お元気な方は、日々の食材の買物に職員と出掛けたり、私物の買物の機会も作るようにしています。外出は個別か小グループで行っており、利用者の身体状況や希望に合わせて、行き先や参加者の検討をします。体調・体力で遠方が難しい方には、近くのドライブなど勧めています。今年も希望の方が多く神戸に大衆演劇を観に出掛けました。	利用者の身体状況や希望・天候に応じて、日々の食材や私物の買い物に職員と一緒に出かけている。気候の良い時期には日常的に散歩に出かけるようにしている。初詣やお花見・紫陽花・紅葉散策など利用者の希望・状態により外出先を決め、小グループや個別に外出や外食する機会を持っている。小グループで淡路島へのバス旅行、神戸での観劇など、普段行けないような場所への外出も支援している。図書館への個別の外出支援を行い、読書の趣味の継続を支援している事例もある。遠方への外出が困難な利用者は短時間のドライブや散歩に出かけるなど、身体状況に負担がかかからずに気分転換ができるように配慮している。年2回両ユニット合同で外出の機会を持ち、利用者、職員間の交流の機会になっている。	
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	個人の現金所持を禁止することはありません。買物や外出には興味を示されますが、現金を持つことを希望される方はいなくなりました。私物の購入は「預り金」で支払いますが、買物には同行していただくようになっています。		

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
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	手紙を書くことは皆さん難しくなりました。電話に関しては希望があれば架けるお手伝いをしています。携帯電話をお持ちの方もおられます。帰宅願望の強い方や入居間もない方は、家族との電話が精神的な支えになっています。事前に家族と相談し有効に利用しています。		
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	個々のユニットごとに共用部の雰囲気は異なりますが、明るい開放感は共通しています。自宅に近い落ち着いた環境を大切にするため、不要な掲示や装飾はせず、季節の花を生けたり、四季の行事を暮らしに活かしています。居心地の良い空間作りとして、少人数で寛げる場所を設けています。BGMやテレビの音量・過度な空調にも注意しています。	ゆったりと広々とした明るい共用スペースは、開放感がある。室内に配置されたテーブル・椅子・ソファ・畳スペース等、居心地良く過ごせるように配慮されている。木調の壁面は季節感のある自然な飾り付けにも配慮され、家庭的で落ち着いた雰囲気である。季節の花や催事の飾りなどを取り入れ、季節感を大切にしている。利用者が少人数で思い思いに過ごせるスペースも用意されている。室内は整理整頓が行き届き清潔である。共用スペースにある調理場からの調理風景や匂いが、五感刺激や家庭的な雰囲気作りとなっている。	
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	居室以外で静かに過ごすことの出来るスペースとして、ホーム内の数カ所にテーブルや椅子を置いています。周りの目線を感じなくても良いよう、場所や物の配置に工夫をしています。一人静かに居眠りをされたり、新聞を読む姿を見かけます。		

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
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	居室には使い慣れた馴染みの家具や、身の回りの品を用意していただいています。趣味の作品や家族の写真を飾っていただいたりもしています。また、室内には外部からの視線を感じないスペースを作る工夫もしています。順々に杖や車椅子が必要になる過程で、安全を優先し模様替えも行っています。	居室はゆったりとした広さがあり、使い慣れた馴染みの家具や道具・思い出のものを持ち込み、また、利用者の作品を飾り、その人らしい環境で落ち着いて過ごせるように支援している。利用者の認知症の進行や身体状況の変化に伴い危険を伴う場合には、持ち込みの品を減らし、レイアウトを変えて利用者が安全で居心地良く過ごせるように支援を行っている。	
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	通路やトイレには不用品を置かないようにしています。歩行が不安定な方のためには、ホーム内の数カ所に椅子を置いています。食堂のテーブルには低い物を用意し、食べ易くなるよう工夫しました。フローリングに畳を敷き、転倒防止もしています。		