

平成 25 年度

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	2870701303		
法人名	株式会社ケー・エス・メディカル		
事業所名	ゼフィール白川グループホーム		
所在地	兵庫県神戸市須磨区白川台5-7-57		
自己評価作成日	平成26年3月1日	評価結果市町村受理日	

【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)】

なじみ(場所・人)の関係を継続し、閉じこもりのない生活を実現する。定期的に「思い出めぐり」や季節イベント、宿泊旅行を行い、単調な生活にならないよう計画を立てている。また、地域の行事やグループホームの行事等にて地域の方々と触れ合う機会を多くもっている。
 安心して安全な生活が継続できるよう、職員教育や他のホームと連携しホーム全体のスキルアップに力を入れています。

※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/index.php>

【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)】

有料老人ホームと併設のグループホームである。利用者9人の小規模な事業所のメリットを活かし、一人ひとりの利用者にきめ細かなケアを行っている。地域との交流に積極的に取り組み、とんど焼き等地域行事への参加や、事業所が開催するふれあい喫茶や秋祭りには、近隣に参加呼びかけ、施設合同で交流を深めている。認知症への理解を深め、家族への介護相談等で「認知症・介護よろず相談所」を開設し、事業所の機能を地域へ還元している。「思い出めぐり」等を通して、馴染みの人や場所との関係性継続の支援や、家族と共に利用者の外出支援に努めている。食事は基本的には施設厨房で作られているが、事業所でも職員担当制での調理の日や特別メニュー・選択メニュー等の日を設け、利用者の希望を採り入れた食事が楽しめるよう努めている。研修等を充実させ、職員の資質向上に向け取り組んでおり、職員の定着率は高い。

【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	兵庫県西宮市松風町2-5-107		
訪問調査日	平成26年3月14日		

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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広がったり深まり、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、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	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
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	地域密着型サービスの意義をふまえ、「共に生活する家族」として「その人らしく」生活が送れるようつくり上げている。新人職員を含めて職員全員が理念の意味を理解し共有できるように毎朝申し送り時に唱和している。	理念を基に、5項目の方針を定め、その中で地域密着型サービスの意義、役割を明確にしている。理念を玄関、ケアステーション等に掲示すると共に、名札の裏に記載して共有している。毎朝の申し送り時に唱和して浸透を図るとともに、「カンファレンス」「詰所会(職員会議)」等で日々のケアを振り返っている。理念を具体化するため、フロア目標と、フロア目標を具体化するために個人目標を立て、リビングに掲示して、実践につなげている。また、定期的に理念の見直しを行い、グループホームだよりに理念等を掲載して、家族、地域の人達へも理念の啓発に取り組んでいる。	
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	地域のイベントや活動に積極的に参加している。また、ホームで行う行事(秋祭りなど)への招待や「ふれあい喫茶」を開催し交流の場を設けている。近隣の小中学生と施設で交流している。	公園への散歩時には、公園で日常的に住民と交流があり、とんど焼き等の地域の行事に参加している。福祉センター主催の「食事会」に職員が出席し、事業所の行事案内や地域の行事の情報交換に努めている。事業所でのふれあい喫茶、盆踊り、秋祭り等には地域住民も参加し、紙芝居・大正琴・コーラス等ボランティアの来訪が多い。地域の小学生の来訪があり交流している。また、地域の清掃活動への参加、トライやるウィークでの中学生の受け入れ、地域交流スペースの地域住民への使用呼びかけ、「認知症、介護よろず相談所」の開設等地域で必要とされる役割や活動を担っている。	

自己 者 第 三	項目	自己評価	外部評価	
		実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	2ヶ月に1回開催するホーム内の勉強会参加の案内や「認知症・介護よろず相談所」を設置している。また、地域への認知症研修講師の依頼があれば出務している。	/	
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	「そよかせ会」として2ヶ月に1回開催している。参加メンバーとの意見交換や要望などをふまえ、より良いサービスが実現できるよう取り組んでいる。	利用者・家族・地域包括支援センター職員・民生委員、時には区役所職員・知見を有する者等が参加してして、2ヶ月に1回開催している。開催前には、全家族に案内文を送付している。会議では事業所でのヒヤリハット、行事、受診等の状況報告や課題について話し合いを行い、意見や要望、助言等を得ている。また、第三者評価受審について話合っている。職員の顔と名前を一致させるための掲示物を玄関やステーション前に掲示する等、そこでの意見、提案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	必要時、電話にての情報交換が主ではあるが、運営推進会議への参加もしていただいているので施設の状況などについては把握していただいております、アドバイスも受けています。	定期的に地域包括支援センター職員が、時には区役所職員が運営推進会議に参加しており、事業所の状況や取組みの情報提供を行っている。「すまグループホーム・小規模多機能地域連絡会」に区役所職員も参加しており、地域の事業所が助言を得たり情報交換を行っている。副施設長(管理者)が感染症対策等事業所の課題や法令解釈等の相談で担当窓口を訪問したり、電話で連絡を密に取っている。区もノロウイルスやインフルエンザ対策に事業所を来訪して助言しており、協働関係が築かれている。	

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	身体拘束廃止委員会を中心に、日々取り組んでいる。玄関の施錠については、夜間の防犯対策にて施錠を行うが、日中については、施錠を行わない対応をしている。	教育・業務委員会で年間研修計画を立て、勉強会で身体拘束がもたらす弊害や禁止の対象となる具体的な行為の理解を深めている。言葉遣い等心理的な拘束についても話し合っている。参加した職員にアンケートを求め、講師がまとめて「研修報告書」を作成して周知している。欠席者には資料を配布して、伝達講習を行い報告書の回覧を行っている。身体拘束廃止委員会を設け具体的事例で話し合い、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。家族にも身体拘束により予測されるリスクを説明し、可能な限り身体拘束をしないケアに取り組んでいる。エレベーターは自由に使用でき、玄関は職員が手薄になる時間帯と夜間以外は施錠していない。利用者の外出希望や気配を感じた時は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	代表者が外部研修に参加し、伝達会にて情報を共有している。また、ホーム内においてもミーティングや詰所会にて、日々の介護の見直しを行っている。該当する記事のスクラップで全職員に周知し、必要に応じて意見交換を行っている。	虐待についても身体拘束と同じように、計画的に勉強会等での研修や委員会での検討等を行い、高齢者虐待防止関連法についての知識と理解を深めている。また、外部研修受講者による伝達研修やマスコミ報道事例を基にした話し合いの機会を持ち理解を深めている。管理者は職員の日々の言動に留意すると共に、夜勤明けの休日確保、希望するシフト調整、公休・有給休暇の取得促進、食事会の開催等、職員のストレスが利用者のケアに影響を与えないよう取り組んでいる。虐待防止の啓発ポスターを事業所内に掲示している。また、理学療法士の助言を受け、移乗等介護技術向上のための勉強会を実施している。職員の責務や対応方法を周知し、入浴時や更衣時には身体状況の確認に留意して、家族とも連絡を取りながら、自宅や事業所内での虐待が見逃されることのないよう注意を払い防止に努めている。	

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
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	新人研修や定期的な勉強会、外部研修などで理解を深めることが出来るよう取り組んでいる。必要なケースがある場合、窓口を一本化しているため管理者が対応するが、簡単なアドバイスは各自で出来ている。	年間研修計画に採り入れ、パンフレットや職員作成の資料等を用いて権利擁護に関する制度について学んでいる。研修報告書の回覧等により周知を図っている。現在、制度を利用している人があり、家族を通じて、証書の準備・提供等活用のための協力者としての支援を行っている。また、制度の利用が必要と思われる人には、家族へ制度の理解のためのパンフレット等の提供や連絡先等の説明を行っており、必要時には活用のための支援が行える体制がある。	
9	(8)	○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	時間を十分にとり説明を行っている(相談時に必要書類を配布し、検討する段階で施設の方針、リスク、料金、重度化見取りの指針、医療連携、退居時の対応範囲、契約解除規約など説明を行っている)	契約は、法人の相談員も立ち会っている。相談や見学時に契約書・重要事項説明書・パンフレット等を前もって配布し、利用者の生活状況を見てもらいながら概略を説明している。契約時には料金面等は相談員が、重度化・終末期の方針等は管理者が、役割分担しながら細かな内容の説明を行い、十分な理解と納得を得た上で契約を行っている。契約内容の変更時は、変更内容の根拠を明確にした書面を作成し、運営推進会議でも説明の上、家族の同意を得ている。この1年の契約の解除は看取り事例のみであった。	

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	面会や訪問時に「なんでも言ってもらえる雰囲気」作りに留意している。また、意見箱を設置し、意見や苦情要望など苦情処理委員会にて話し合いを行い、結果をお知らせしている。	運営推進会議で多くの家族からの意見や要望を聴取出来るよう全家族に参加を呼びかけている。訪問時には、湯茶の接待や近況報告を行い、「なんでも言ってもらえる雰囲気」づくりに努めている。家族との会話を大切にしながら、居室担当者が気づき等を記載する「伝達ノート」も活用している。出された意見、苦情等は苦情処理委員会で話し合い、運営に反映させるように取り組んでいる。家族からのイベントに関する情報等、出された要望を運営に反映させている。また、運営推進会議への利用者の参加や全家族への参加呼びかけ等、外部者へ意見を表わせる機会づくりにも取り組んでいる。	
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	毎月1回「詰所会」を開催し、意見交換を行っている。また、併設する有料老人ホームや同系列のグループホームの代表と協議する代表者委員会を設けている。	管理者は日常的に職員に声かけを行うと共に、詰所会、カンファレンス時等に職員からの意見・提案を聞く機会を設けている。「フロアー目標」や「個人目標」作成時にも職員の提案や意見を聞いている。また、職員対象に「職員意見箱」を設置している。職員の異動は基本的には行わない方針であり、居室担当制の採り入れと共に、利用者との馴染みの関係に配慮している。利用者の状況に沿ったシフト作成等職員からの意見・提案を運営に反映させている。	
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	各職員が「やりがい」をもって就業できるような環境や条件の整備を行っている。		

自己 者 第 三	項目	自己評価	外部評価	
		実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
13	○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実 際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会 の確保や、働きながらトレーニングしていくことを 進めている	施設内での教育環境の整備と外部での研 修を受ける機会を設け、スキルアップを行っ ている。新人職員については、プリセプター 制度を導入し、統一したケアが行えるよう に組み組んでいる。		
14	○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機 会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問 等の活動を通じて、サービスの質を向上させてい く取り組みをしている	「すまグループホーム、小規模多機能連絡 会」を立ち上げて7年目になる。施設間の情 報交換や職員の交流、利用者様の交流も 盛んになり、職員教育についても年数回勉 強会を行っている。系列のGHとお互いに協 力し合える環境作りを始めている。		
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援				
15	○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っているこ と、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の 安心を確保するための関係づくりに努めている	ホームの見学、体験入居、イベントへの参 加、必要時訪問を行い「なじみ」の関係を持 つと共に、本人の不安や思いを受け止め信 頼関係を構築できるよう努力している。		
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	ご家族の立場に立って考え、思いを受け止 める事ができるようかかわりを持っている。		

自己 者 第 三	項目	自己評価	外部評価	
		実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	相談時に状況を把握し、体験やイベントなどの参加などから「なじみ」を築く対応の検討や、必要時には、他の事業所と連携して他のサービスにつなげる対応を行っている。		
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	職員とご家族が、共に支えるパートナーとして情報交換を密に行い、一つの問題を互いに協力し、解決できる関係を維持している。		
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	旅行や食事会、イベントなどへの参加を呼びかけ関係維持継続に努めている。また、双方からの相談においてもよりよいアドバイスができるよう取り組んでいる。昨年も、ご家族同伴にて温泉旅行に行き、交流を深めることができた。		
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	なじみある場所への「思い出めぐり」としてツアーを実施。行きつけのデパートや自宅近隣の散歩や帰宅支援などを定期的実施している。	入居時の利用者や家族からの生活歴・趣味・仕事等の聞き取りや、日々の係わりの中でも、利用者の思い出の場所や馴染みの場所、人等を把握している。職員・家族と共に、「思い出めぐり」として、生まれ故郷・宝くじをよく買った宝くじ売り場・結婚式を挙げた神社・教師時代の学校等に出かけている。馴染みのデパートや自宅近くの散歩等に努め、以前に趣味としていた詩吟の吟友来訪時には、湯茶の接待等でゆっくり過ごせるよう配慮している。	

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
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	状況に応じた対応を行っている。集団生活の中で孤立しないよう、また、お互いが支えあい生活できるようそれぞれの個性や力をうまく発揮できるように配慮している。		
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	他の病院への入院や、他施設へ転居された際にもお見舞いや訪問を実施し関係保持に努めている。亡くなられた方のお墓参りを行い、故人を偲ぶ機会がある。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント				
23	(12) ○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	日々の生活の中での訴えや、かかわりの中での些細な変化、表情や行動などから、それぞれの思いを把握するように努めている。今までの生活歴からも情報を収集し、本人らしく生活を継続できるよう努めている。	入居時に利用者や家族から思いや意向を把握し、外気浴・食事・入浴時の職員との会話等、日々利用者との係わり中でも些細な変化、言葉や行動などから、利用者一人ひとりの思いや意向を把握し「経過記録」に記録として残している。また、認知症の進行で自ら思いや意向を訴えることができなくなった利用者は、言動や表情、しぐさ等と今までの情報を合わせて把握するよう努め、本人本位に検討し時々の状況に応じた支援に努めている。また、耳の不自由な利用者には聞こえる側から、ジェスチャーを交えて話しかけるなど、個別の支援方法を工夫している。	

自己 者 第 三	項 目	自己評価	外部評価	
		実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
24	○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	その人らしい生活が継続できるよう、その方のバックグラウンドを大切にしている。その方がどのような物語を送られてきたか、センター方式をアセスメントツールとして活用し、その方の全体像把握に努めている。		
25	○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	情報だけにとらわれず、日々の会話や生活からその方の全体像把握に努めている。		
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	利用者の方々が自分らしく暮らせるよう本人の思いを聞き取り、ご家族、職員、必要時事業所以外の関係者とカンファレンスを行い計画を作成している。モニタリングについては、シートを新たに作成し行っている。ミニカンファレンスで話し合ったり声拾いメモを活用し日々の気づきを介護計画に活かしている。	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検討するため、センター方式を改良した事業所独自のシートを作成し、家族も参加するカンファレンスや日々の係わりの中での気づき等を参考に、基本的に6ヶ月毎に介護計画を作成している。適宜、かかりつけ医や看護師、理学療法士、管理栄養士等とも相談している。退院後や、毎月実施している「日常生活行動機能」や「長谷川式スケール」で指数が大きく変化した時等は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。全ての利用者について、概ね1カ月に1回計画書のニーズごとにモニタリングを行い、「ミニカンファレンス」「声拾いメモ」「伝達ノート」等も活用して利用者の些細な変化を見逃さず、予防的な観点も含めて介護計画の確認と見直しを行っている。	

自己 者 第 三	項 目	自己評価	外部評価	
		実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
27	○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	個々の状態については、介護記録、医療については、看護医療カルテに記載し情報を共有している。また、日々の実践や介護計画見直しの際のツールとして活用している。		
28	○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	柔軟に対応できるよう心がけている。		
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	利用者の方々が、安心・安全に生活が送れるよう連携を図っている。資源マップも作成している。		
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	基本的には、施設の往診医が主治医となっている。しかし、希望に応じ、かかりつけ医や専門病院との連携も行っている。	月2回定期的に内科医の往診があり、利用者は今までのかかりつけ医との関係を大切にしながら、緊急時の対応や投薬時の利便性等から往診医をかかりつけ医としている。往診医以外の通院介助は日常生活上の情報提供や、受診結果の把握を十分に行うために事業所が行う場合が多い。受診結果は「医療カルテ」に記録し、変薬等状況変化があれば家族に報告し、家族からも報告を得て情報を共有している。運営推進会議時に利用者の受診状況を報告している。	
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	看護師を配置している。日々の健康管理や状態に応じた対応を行えるようにしている。夜間もオンコールにて24時間相談できる体制になっている。		

自己 者 第 三	項目	自己評価	外部評価	
		実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	長期入院によるストレスダメージを回避するため、ホームで対応可能な状態に近づけば速やかに受け入れる体制をとっている。	この1年は入院事例はないが、入院時には、利用者の事業所での暮らしぶりやADL等を記載した「介護サマリー」等で、入院時に於ける本人の支援方法に関する情報の提供を行っている。入院中は面会に行き、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MSW(地域医療連携室相談員)等関係者と話し合っている。退院時には「看護サマリー」の提供を受け、退院後の事業所での支援に活かしている。	
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	重度化したときの指針などにて、利用者・ご家族に説明し理解を得ている。意向をふまえ、各専門職員がチームとして連携し、最期を迎えることができるよう取り組んでいる。	契約時に「重度化した場合の対応に係る指針」で重度化した場合や終末期に於いて事業所が対応し得る支援方法の説明を行い、同意を得ている。重度化が進んできた時は、「ゼフィール白川終末期の看取りについて(意向確認書)」で、繰り返し家族の意向を確認しながら、今後の支援方法をかかりつけ医等を交えて話し合い、方針を共有している。看取りにあたっては、職員の意思を確認しながら、利用者や家族が希望や意向に沿った最期を迎えられるよう支援している。かかりつけ医をはじめ疼痛管理を行う専門医等関係者の協力を得て、チームで支援に取り組んでいる。	
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	適切な処置や正確な報告。また、医療施設との連携がとれるよう定期的に勉強会などを行っている。近隣職員の夜間協力体制が整っている。看護師も夜間オンコール対応である。		

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
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	防火安全対策委員会を設け、対策や訓練を実施している。また、地域の方々や近隣のスタッフが速やかに対応できるよう協力体制を取っている。	今年度は2回、利用者も参加して、夜間帯想定も含め避難誘導等の訓練を実施している。訓練以外にも、地震に対する避難経路の再確認等の勉強会の実施や、火災の新聞記事の回覧等により発生時の対応や発生防止について話し合っている。職員の多くが近くに居住しており、災害時の近隣マンション住民への協力依頼の呼びかけと共に、協力者の紹介を受ける等、地域との協力体制を築いている。食料等の備蓄も施設合同で行っている。	
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	尊厳を守るケアを徹底し、かかわっている。	外部から講師を招聘し「接遇マナー講座」として敬語の使い方、言葉遣い、態度等についてスライドを併用しながら学んでいる。会議やカンファレンス等で言葉使いや対応が利用者の誇りやプライバシーを損ねていないか話し合い、日々の利用者との係わりの中でも、不適正と思われる事例があれば注意し合っている。家族・運営推進会議・近隣住民等に配布している「ゼフィール白川グループホーム便り」に掲載している写真等については、個人が特定できないよう配慮するとともに同意を得ている。	
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	すべての事がらにおいて、ご本人の意思を尊重し対応している。		

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
38	○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	ゆったりとした時間が流れるよう、利用者のペースに応じた対応を行っている。		
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	各個人の意向に沿った支援を行っている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	栄養管理上すべてのメニューを決定や選択することはできないが、嗜好調査を行いメニューを考慮している。定期的に利用者と相談し、レストランで外食を行ったり、お弁当やファーストフードをテイクアウトし、テラスで食事を楽しむこともある。月1回の昼食作りのメニューに入居者の意見を取り入れ、調理や見学をして頂いている。」	基本的には、施設内の厨房で調理された食事が届けられ、事業所内で炊飯・汁物づくり・盛り付け等を行っている。定期的に管理栄養士が利用者から食事に対する意見聴取や、食事場面で希望・好みを把握して「食事に関する意見聴集会報告書」を作成して嗜好調査を行っている。給食委員会で報告書を基に「給食ノート」等も参考にしながら話し合い、利用者の希望や好みが献立に反映できるよう取り組んでいる。月1回程度、職員担当制で、事業所での調理日を設け、ピザ風お好み焼き等普段は食べれないような食事を楽しんでいる。また、週1回選択メニューや特別メニューを採り入れ、気候のよい日には、テラスでお弁当やテイクアウトを楽しむこともある。また、利用者全員や個別での外食機会も設けている。食材の買い出し・盛り付け・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取り組んでいる。職員も同じ食事を同じテーブルで楽しんでいる。	
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	管理栄養士管理にて、本人の状態に応じた対応を行っている。水分についても個々の飲用量を把握し日々対応している。		

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
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	本人の能力に応じた対応を実践している。また、月2回訪問歯科医師に依頼し、歯科衛生士と共にケアの状態や方法など指導を受けている。		
43	(20) ○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	排泄パターンの把握に努め、オムツに頼らない個別支援を行っている。問題が生じた時にはミニカンファレンスを行い本人にとってより良い方法を実践している。	全員排泄チェック表を活用し、利用者一人ひとりの排泄パターンを把握しながら、トイレでの排泄を大切にした支援を行っている。必要な人には水分摂取と尿量チェックを行っている。利用者一人ひとりに応じたパッドの使用や、リハビリパンツにパッドではなく可能な限り布パンツにパッドでの対応により、おむつ等の使用を減らすよう取り組んでおり、経済的負担の軽減にも努めている。さりげない誘導や排泄介助時のタオルかけ等羞恥心の軽減やプライバシーの確保に努めている。	
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	管理栄養士がバランスを考えたメニューを企画、一日の水管理や理学療法士による集団体操、リハビリや日常的な散歩・ラジオ体操など継続して実施している。必要な場合は、医師により内服での調整を行っている。		

自己 者 第 三	項目	自己評価	外部評価	
		実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
45	(21) ○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	深夜の入浴以外は希望に沿う対応を行っている。	基本的には週2回以上、午前入浴を好む人・午後入浴を好む人・夕食後入浴を好む人・また、毎日の入浴を好む人等、深夜入浴以外は夫々の利用者の生活習慣や希望を尊重した入浴支援を行っている。個浴浴槽が2ヶ所にあり、交互の使用により更湯での入浴が楽しめるよう配慮している。マイシャンプーや石鹸の使用、希望あれば法人施設の一般浴槽で温泉気分を味わいながら入浴が楽しめるよう支援している。また、ADL等の身体状況によっては、法人施設の機械浴を利用して入浴支援ができるよう努めている。異性介助を嫌がる人には同性で、また、負担感等で入浴を嫌がる人には時間や職員変更等で声かけを工夫している。浴室を使用しない時は施錠し、安全性にも配慮している。	
46	○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	個人の生活リズムや体調なども考慮して、必要な睡眠・休息時間が確保できるよう支援している。		
47	○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	各自の処方書を個別にファイルし、内容の把握を行っている。内服薬は一包化対応を行っている。与薬ミスがないようにトリプルチェックもやっている。		
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	個人の能力に応じ、自然な形で能力を引き出せるよう対応している。気分転換についても利用者のニーズに応じ職員主動にならないよう支援している。		

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
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	ドライブや散歩、季節に応じた小旅行などを計画し実行している。また、思い出めぐりとして、各自の思いである場所へ外出するツアーも実践している。また、23年度より毎年宿泊旅行を行っている。25年度は宿泊・日帰り組にわかれ、旅行を実施。	利用者の希望や状況、天候等に沿って、近くの公園や駐車場周辺に出かけており、また、個別対応で車を利用しての買い物や日帰りの小旅行等で外出支援に努めている。車イス等が必要な人も車イスを押して行ったり、行き先で車イスを借りる等利用者の状況に合わせた移動に配慮し、希望等に沿って戸外に出かけられるよう努めている。「思い出めぐり」での宿泊を伴う城崎温泉旅行等、普段は出かけられないような場所でも、家族やボランティア職員の協力を得ながら出かけられるよう支援している。	
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	基本的には職員管理であるが、希望や能力に応じ対応している。(個人管理の方もおられる)職員管理であっても、外出や買い物の際は個人の財布を手渡し、本人が支払いなどできるよう支援している。		
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	ホーム設置の電話を自由に使用している。また、支援も行っている。携帯電話を持参されているかたもおられる。		
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	共用空間についても、居心地良い場所となるよう、家具の配置や飾りつけなど利用者と一緒に話し合っている。	自然光が入り明るく掃除の行き届いた広い共用空間には、季節の草花やひな飾り等の季節ごとの飾りつけ、また一泊旅行時等行事の写真、利用者のクラブ活動での作品等が何気なく飾られ、季節感や生活感を採り入れている。食堂兼リビングに隣接して、たたみのスペースが設けられ、利用者が憩いの場としてくつろげる空間となっている。玄関や廊下にもテーブルやソファを配置し一人で過ごしたり、面会者と自由に過ごせるように工夫している。	

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
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	玄関ホールや廊下、テラスなどにテーブルセットや椅子などを設置、訪問者との談話や、一人で過ごせる空間作りを行っている。		
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	ご家族や利用者と相談し、なじみある居心地の良い空間となるよう家具や写真、飾りつけなど配慮している。	居室には仏壇・タンス・家族の写真・ベッド等使い慣れたものや好みのものがある。居室入口には利用者手書きの名前を掲示し、場所間違いによる混乱を招かないよう努めている。職員が誕生日のお祝いとして、利用者が行事に参加している時の写真を飾り付ける等、その人らしく暮らせるよう工夫している。また、居室にはトイレ・洗面所が備え付けてあり、ハード面でもプライバシーを確保しながら居心地良く暮らせるよう配慮している。	
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	「出来ること」「出来ないこと」「わかること」「わからないこと」を把握し、能力に応じた混乱を生じない個別支援を実践している。また、自助具を設置し、利用者の自立支援についても対応している。		