

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	2872001710		
法人名	三幸福社会		
事業所名	グループホーム清華苑		
所在地	明石市大久保町江井島1648-5		
自己評価作成日	平成31年4月10日	評価結果市町村受理日	令和元年5月22日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.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31年4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)】

・運営方針である「普通の生活」の実現を念頭に置き、家事活動(炊事、洗濯、掃除等)への参加や近隣の散歩、屋上庭園の家庭菜園、定期的な遠方への外出行事の実施等により、生活する喜びや幸せを感じていただき、ご自身の価値や役割を再確認していつまでも自分に自信を持って頂きたいと考えている。
 ・建物の1階に診療所が併設しており、24時間体制で医療面のフォローアップを受けることができる。また、法人内には様々な福祉施設があり、ご利用者の状態に合わせた施設への利用の変更や、将来的なご相談も含めた様々なニーズに対応できるような体制をとっており、総合的な福祉ケアを展開している。
 ・常に「地域参加」を心掛け、近隣の自治会活動(スクールガード等)や小学校の学校行事への参加、保育所との交流、に積極的に参加している。

【第三者評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

季節感・生活感を大切にしたりした明るくゆったりとした共用空間、野菜や果物の収穫・外気浴ができる屋上庭園等、快適に生活できる環境が提供されている。手作りの食事作りを継続して利用者も参加し、また、日課としての散歩・毎月の外出行事等、利用者が楽しみや役割が見出せるよう、家事活動や余暇活動を積極的に採り入れている。地域の保育園・小学校との交流、スクールガイド事業への参加、ボランティア・学生の受け入れ等、利用者が地域交流できる機会も設けている。「ケース活動」の時間を設け利用者や個別に関われる時間を確保し、個別支援に取り組んでいる。研修体制、各種会議・委員会活動を整備し、職員の資質向上と連携に取り組んでいる。1階の診療所と24時間体制での医療連携があり、法人内の多職種からの専門的な助言を受けられる体制もあり、医療的なサポートも整備している。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○ 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○ 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○ 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが広がったり深まり、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. 全くいない
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、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、安心して暮らせている (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)	<p>○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</p>	<p>・各職員は、法人の経営理念と運営方針を明記したカードを携帯し毎朝出勤職員で経営理念の唱和を行っている。また、経営理念や運営方針を踏まえた上で、毎年施設独自の事業計画、フロア目標、職員ごとに個人目標を立案し、目標達成に向け日々努力している。</p>	<p>法人の経営理念を共有し、地域密着型サービスとしての意義や役割を明文化している。職員カードに明記するとともに、毎朝理念の唱和を行って共有に努めている。理念の実践に向け、事業所として事業計画を策定し、フロア毎に毎月のフロア目標、職員個々に個人目標を設定し、理念の実践に向け取り組んでいる。フロア目標は職員アンケートで意見を集約して設定し、目標達成に向けた具体的な方法をフロアミーティングで検討し、次月のフロアミーティングで評価する等、職員参画で具体的に取り組んでいる。</p>	
2	(2)	<p>○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</p>	<p>・地域の自治会活動であるスクールガード事業へ定期的に参加している。小学校行事への参加や地域の健康教室、その他の地域行事へも積極的に参加している。昨年度より新たな保育所との交流を開始。また、定期的な地域のボランティアの受け入れや、ホーム周辺への散歩や近隣のスーパーへの買い物等、地域と関わる機会を積極的に設けている。</p>	<p>日常的に、事業所周辺への散歩や近隣のスーパーへの買い物に出かけ、地域行事に参加する等、地域と関わる機会を積極的に設けている。近隣小学校・保育園の運動会・音楽会の見学、保育園児・楽器演奏やフラダンス等のボランティアの来訪等、利用者の楽しみとなっている。地区の保健医療福祉連絡会への参加を通じて地域の課題解決に取り組み、トライやるウィーク受け入れ、スクールガード事業への参加等で学校教育に協力し、また、認知症カフェに出向いて認知症への理解を深める等、事業所の機能を活かして地域貢献に努めている。</p>	
3		<p>○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</p>	<p>・地区の保健医療福祉連絡会に出席し、地域の問題や課題の解決に取り組んでいる。また、ホームヘルパー養成講座への講師派遣や、専門分野からの発言やホーム内の事例を紹介し、地域の認知症問題解消の貢献に努めている。</p>		

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
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ヶ月に1回運営推進会議を開催し、メンバーである医師や家族代表者、在宅介護支援センター職員等から頂いた意見を職員に報告し、サービス向上の為に検討材料の一つとして活用している。	家族・利用者・地域代表(ボランティア)・知見者(医師)・地域包括支援センター職員等を構成メンバーとし、共用型デイと合同で、2カ月に1回開催している。利用者も短時間参加している。資料を配布し、利用者の状況、事業所の取り組みや運営状況等を報告し、意見・情報交換を行っている。医師から感染症対策等の情報提供を受け、利用者の健康管理に反映させている。また、地域包括支援センター職員の意見等を、サービス向上のための検討材料として活用している。議事録は、全家族に送付するとともに、個人情報に配慮しつつ玄関に設置して公開している。	
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に取り組んでいる	1ヶ月に1回、明石より「ふれあい相談員」2名が来訪され、ご利用者からの相談に応じていただいていた。一昨年より派遣なし。大久保総合支援センターとの情報共有や、明石市GH小規模多機能部会に参加し、情報共有に努めている。	運営推進会議に地域包括支援センター職員の参加があり、日常的にも情報交換を行なっている。保健医療福祉連絡会や認知症カフェの取り組みで市と連携を図り、法令解釈等で市の担当窓口と相談し助言を受ける機会もある。明石市グループホーム・小規模多機能部会に参加し、部会を通して市への事業所間の課題相談や情報交換を行っている。市の集団指導、研修等に参加し、制度改正等の情報提供を受けて運営に反映させている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	・ホームが幹線道路に面している為、事故防止の観点から各フロア玄関については常時施錠をおこなっている。但し、ご利用者が外出を希望される際には、職員もしくはご家族同行のもと、いつでも外出できる体制にしている。その他に関しては、どのような理由があってもいっさいの身体拘束はおこなわず、ケアの方法によって解決していくように努めている。年に4回の身体拘束防止委員会(会議)の開催によって、職員の意識改革や情報共有を行っている。	重要事項説明書に、身体拘束廃止に向けた事業所の指針を明示し、身体拘束をしないケアを実践している。職員会議時に年2回研修を実施し、スピーチロック等について学び、欠席者にも資料配布で周知を図っている。年4回、身体拘束防止委員会を開催し、職員の意識改革や拘束を行わない介護の工夫等を話し合っている。委員会議事録を作成し、回覧により職員に会議内容を周知している。玄関は安全面に配慮しやむを得ず施錠しているが、会議時に鍵をかけない暮らしの大切さ等について話し合っている。また、外出希望があれば職員が付き添って外出し、閉塞感がないよう取り組んでいる。	

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
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逃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	・全職員が「虐待防止マニュアル」を念頭においてケアにあたっており、定期的に勉強会をおこない周知徹底に努めている。他事業者での案件を引き合いに意見交換や啓発を行っている。	認知症への理解や、不適切ケアについて外部研修参加への機会を設け、伝達研修を実施して周知を図っている。定期面談とともに、管理者・リーダーは、随時面談の機会を設け、悩み事等を相談しやすい職場環境づくりに取り組んでいる。また、親睦会の開催、認知症研修の実施等で、職員の疲労・ストレス・認知症への理解不足等が利用者へのケアに影響を与えないよう努めている。入浴時等には身体状況に留意し、虐待が見逃されないよう注意を払い防止に努めている。	
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	・勉強会の開催によって、知識向上の機会を設けるように努めている。 ・成年後見人制度に関しては、必要と思われるご利用者に対して随時説明や、手続きに関する援助をおこなっている。	伝達研修による勉強会を開催し、権利擁護に関する制度について知識向上の機会を設けている。パンフレットも準備しており、職員・家族が必要に応じて閲覧できる。成年後見制度を活用している人があり、後見人へ定期的な身体状況の報告、金銭管理資料の提供等の協力支援を行っている。利用者個々の必要性を関係者と話し合い、必要時には地域包括支援センターと連携しながら支援できる体制を整備している。	
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	・契約時に利用に関する説明を「重要事項説明書」を用いて口頭と文章でおこない、不安や疑問に応え承諾をいただいた上で契約を行っている。	見学・事前面談時に、利用のしおり・パンフレット等でサービス内容の概要を説明している。契約時には契約書・重要事項説明書・各種同意書等に沿って詳しく説明し、利用者・家族の理解と納得を得ている。料金面については別表で詳細に説明し、看取りに関する事前確認や、かかりつけ医等医療に関する事項の説明を行っている。重要事項変更時の対応については、重要事項説明書の規定に沿って、基本的に書面で同意を得ている。終了時には退居サマリー等での情報提供等、円滑な移行に向け支援している。	

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
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	・目安箱を設置し、意見の抽出を図っているが実際の利用は少ない。主に家族の面会時に話をすることが多く、スタッフ全員で意見の聞き取りに取り組んでいる。出された意見は経営者に報告し運営に反映させている。	家族面会時に意見等を聴取することが多く、職員全員で聞き取りに取り組んでいる。毎月、フロアごとに作成している「華だより」、利用者個々に作成する「ケース記録(1ヶ月のまとめ)」を家族に送付し、意見等が出やすいよう努めている。敬老会・誕生日会等の行事に家族を招待し、気軽に意見等が出るよう配慮している。介護計画作成前に家族から、書面での意見等の把握にも努めている。出された意見等は、管理日誌に記載し、迅速な個別対応に努めている。「目安箱」も設置している。	
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	・半年に1回管理者(リーダー)と職員による個人面談の機会を設け、日々の相談や悩み、希望要望を聞いている。また、毎月1回の職員会議及び、フロアミーティング、毎日のミニカンファレンスの場において、職員が意見を提案しやすい環境づくりに努めている。	開催前に議題等に関するアンケートを職員全員に実施し、フロアミーティングを毎月実施している。フロアミーティングの内容を持ち寄ってリーダー会議を開催し、その後、職員全員での職員会議を実施している。管理者はリーダー会議・職員会議に参加し職員の意見等の把握に努めている。年2回定期的に、また、随時にも個別面談を行い、職員の意見を個別に聴く機会も設けている。食材納入業者の区分納入による時間の余裕を利用者の支援に活用する等、職員の意見をサービスや運営に反映させている。管理者は理事長等が参加する部門会議時に、職員・管理者等の意見を伝える仕組みがある。	
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	・法人で人事考課システムを構築し、職員一人ひとりの能力や実績、努力等を勘案して評価する様にしている。評価結果については、代表者自らが各職員と面談して口頭と書面で伝え、ねぎらいの言葉や課題の提示をおこなっている。		
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	・年間計画の中で内部研修(勉強会)の研修項目を決め、毎月1回実施するようになっている。また、月ごとに現場の実情に応じた内容の勉強会も実施している。また、常時外部研修の案内や資格習得に向けた勉強会をおこなっている。		

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
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	・「全国認知症グループホーム協会」、「明石市介護サービス事業者連絡会」等に参加することによって、同業者との交流をおこない、ネットワークづくりに努めている。		
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	・ご利用者一人ひとりに対して担当職員を配置し、毎日の生活の中からお本人の気持ちを聞き取るように心掛けている。また、定期的にケアプランの見直しをおこない、ご利用者の不安解消と要望の反映に努めている。		
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	・入所申し込みをいただいている方全員に、定期的な電話での現状調査を実施、及びご利用開始前に面談の機会を設け、ご家族の悩みや不安を聞き取るようにしている。また、そのことをケアプランに反映したり、職員と情報を共有することで、ホーム全体で対応していくように心掛けている。		
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	・利用開始前の段階で、今何に困っておりどんな不安があるのかをしっかりと聞き取り、どのようなサービス利用が適しているのかを総合的に検討するようにしている。その結果、必要があれば法人内外の他施設の紹介や将来的なことも含めた利用の方法をご本人やご家族の方々と一緒に考えるようにしている。		
18	○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	・家事活動全般を協力しておこなっていくことはもちろんのことであるが、行事の決定や外出先の決定、業務の相談等においてもご利用者の方々と一緒に検討するようにしている。		

自己 者 第 三	項目	自己評価	外部評価	
		実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	・定期的に外泊、外出の依頼、面会の依頼、行事予定のお知らせをおこなう等、ご本人とご家族の関係が途切れないような働きかけをおこなっている。また、月に1回書面や写真によりご本人の情報を流し、面会時やケアプラン作成時に積極的にご家族からご意見をお聞きする等、ケア実施にあたっても協力を得ている。		
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	・なじみの人や場所を忘れないように、居室に昔の写真を貼ったり定期的にお手紙を書いていただく等の働きかけをおこなっている。また、毎週の回想法の実施によって昔を思い出す機会を持っていただく。思い出の地を訪れる外出行事の企画を行っている。	入居時に、馴染みの人や場について聞き取り、「基本情報」「補足情報」に記載し、コピーを職員に配布して情報を共有している。週1回、回想法を採り入れ、DVDや昔の玩具を活用して懐かしい思い出を語り合う機会を設け、利用者が大切にしてきた馴染みの人や場所の情報を介護記録で共有している。年賀状・暑中見舞いの作成・投函や、知人来訪時には居室へ案内し、関係継続の支援に努めている。外出行事時に魚の棚・文化博物館等に出かけたり、知人・家族にも教会や自宅等への外出を依頼し、馴染みの場所との関係継続も支援している。	
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	・家事活動や余暇活動において、全員が参加できるような工夫や役割を持っていただけるような取り組みをおこなっている。また、ご利用者同士が関わりを持っていただけるように、必要があれば職員が間に入ったりしながら日々の関係作りに努めている。		
22	○関係を断ち切らない取り組み 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	・サービス利用が終了した後も随時相談に応じている。また、サービス利用が終了したご家族によるボランティア活動の受け入れや、ご利用者ご本人に関わらないことについての相談であっても対応するように努めている。		

自己 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	普段から生活の中から意見を聴取するように努めている。ケアプランの更新時にも普段の会話や動き、表情などから希望や要望、意向を汲みとるようにしている。ご家族の来訪時には声掛けを行い、意見や要望を聞き取るようにしている。	入居時の「センター方式記録」「基本情報」等を活用し、本人の意向・要望等の把握に努めている。入居後は回想法や「ケース活動」の時間を設け、利用者との会話の端々を大切にして思いや意向の把握に努め、介護記録に記録として残している。意思の疎通が困難な場合は、家族の協力も得ながら、表情・言動等から汲み取り、本人の立場に立って検討し、日々の支援や介護計画に反映させている。	
24	○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	・ケアプランの作成時にご家族からの意見やご利用者の昔の情報を聴取するようにしている。その際にご利用者のこれまでの暮らし（生活スタイル）をお聞きし、ケアプランに反映するように努めている。また、入所時にご家族へセンター方式等の書式の記入を依頼したり、以前担当されていたケアマネジャーの方等を通して、これまでの生活に関わってきた方々（ホームヘルパーやサービス事業所の職員等）から積極的に情報をいただくようにしている。		
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	・「介護日誌」、「ケース記録」、「日常生活状況表」等の記録物により、職員間で情報の把握と共有に努めている。また、毎日のミカンファレンスにより、一日一日のご利用者の状態を考察する機会を設けている。		

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
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	<p>・「ケアプランチェック表」による前回のケアプランの実践状況と、「介護日誌」、「ケース記録」、「日常生活状況表」等の記録物や毎日のミニカンファレンスによって明確化された課題と合わせて3ヶ月に1回定期的にケアプラン会議を開催し、ご利用者の現状に合ったケアプランの作成に努めている。また、ご家族の意見や必要時にはかかりつけ医の意見を聞き、ケアプランに反映するようにしている。今年度より、生活機能連携加算を取得。セラピストの意見をケアプランへ反映。</p>	<p>「センター方式記録」「基本情報」を基に、本人・家族の希望・意向を踏まえ、暫定の介護計画を策定し、以降は基本的に3ヶ月毎に見直している。家族の希望等は、電話・書面等で把握し、計画の援助内容は個別具体的な内容となっている。「介護計画書」「ケアプラン変更理由書」を個別にファイリングしてフロアに設置し、計画内容の意識づけを行っている。計画の実践状況は、ケアプランチェック表・介護日誌・日常生活状況表等に記載し、チェック表を基に3ヶ月ごとにモニタリングを行って、ケアプラン会議を開催している。再アセスメントは、介護計画見直し時に実施している。計画の立案にあたっては、かかりつけ医・看護師等関係者の意見を採り入れている。</p>	<p>モニタリングは、援助内容ごとに実施することが望まれる。また、関係者等の意見は、ケアプラン会議録に一元的に記載してはどうか。</p>
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	<p>・「介護日誌」、「ケース記録」、「日常生活状況表」等の記録物により、職員間で情報の把握と共有に努めている。また、毎日のミニカンファレンスにより、一日一日のご利用者の状態を考察する機会を設けている。</p>		
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	<p>・隣設している診療所、または法人内の他施設や地域の協力のもと、その時々ニーズや問題に対して柔軟な対応を心掛けている。法人内特養・老健とも連携を取り、その方にあった施設の検討も含め、御家族との検討を行っている。</p>		
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	<p>・地域の商業施設や公共施設、自治会や小学校の協力により、頻繁にご利用者の地域参加や地域住民とのふれ合いが行えている。</p>		

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
30	(14)	<p>○かかりつけ医の受診支援</p> <p>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>	<p>・隣設している診療所による月1～2回程度の定期的な往診があり、日常においても24時間体制で健康面の相談が可能である。ご利用者やご家族が希望するかかりつけ医への受診支援や、認知症の専門医、歯科、接骨院の受診支援も行っている。</p>	<p>契約時に意向を確認し、本人及び家族の希望を大切に受診を支援している。隣接診療所の医師による訪問診療体制があり、日常的に24時間体制で医療面の相談が可能である。希望者には歯科の往診もある。通院介助は基本的には家族・後見人が行うこととして、受診時には介護記録や特記事項メモで情報を提供している。往診・通院等について、グループホーム日誌に記載し、訪問診療時の事前情報提供や医療に関する内容については、「介護記録」「医療機関対応記録表」「薬剤管理表」等に記録として残し情報を管理・共有している。</p>	
31		<p>○看護職との協働</p> <p>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>・定期的なかかりつけ医による往診以外にも、必要時には24時間体制で看護師もしくは医師に連絡して相談や協力を依頼している。医療連携体制を整え、看護師の助言を受けている。</p>	/	/
32	(15)	<p>○入退院時の医療機関との協働</p> <p>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>・ご利用者が入院する際には必ず管理者が付き添い、病院関係者と今後の方向性について検討するようにしている。また、入院後には定期的に病院に訪問し、ご本人の状況把握や病院関係者との連絡調整に努めている。</p>	<p>入院時には管理者が付き添い、「介護サマリー」等で、本人の支援方法に関する情報を提供している。緊急入院時には、「緊急受診依頼書」を提供している。入院中は面会・電話等により、病院関係者と状況把握・情報交換を行いながら、早期の退院に向け話し合っている。また、必要なものを届ける等、入院中の支援も行っている。入院中に把握した情報は、「管理業務日誌」に記載し情報共有している。退院前カンファレンスに参加し、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。</p>	

自己	第三者	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
33	(16)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所で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	・ご利用者の重度化に関しては、早い段階からかかりつけ医同席の上で、ご家族の方々と今後の方向性について検討するように努めている。終末期ケアについては、「ターミナルケアにおける指針」を書面と口頭にて説明し、納得をいただいた上で実施にあたっている。	契約時に、重度化・終末期に向けた事業所の方針を説明し、「事前確認書」で意向の確認を行っている。重度化を迎えた段階で、「重度化対応(看取り)指針」に沿って説明し、かかりつけ医同席のもと今後の支援方針を話し合っており、家族の意向に沿った支援に努めている。経過については、「管理業務日誌」に記録している。看取りにあたっては、看取り計画書を作成し、医師・医療連携看護師・薬剤師・言語聴覚士・作業療法士等関係者の協力を得ながら、チームで支援に取り組んでいる。事例がある時は、看護師が研修を行う仕組みがある。	
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	・有事には「緊急時対応マニュアル」に沿って行動するように職員に義務づけており、担当職員により、定期的に救急訓練を実施している。		
35	(17)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	・担当職員により、定期的に避難誘導訓練、緊急連絡網訓練等の災害訓練を実施している。	デイサービスと合同で、この1年に2回、利用者も参加して夜間・昼間出火想定で避難誘導等の総合訓練を実施していることが記録から確認できる。避難場所を非常扉前とし、職員は利用者を避難誘導できる方法を身につけるよう実践的に取り組んでいる。実施要綱と、課題等を記載した「訓練議事録」を作成している。職員には、1回は訓練に参加できるように配慮し、要綱の配布で訓練内容を職員に周知している。連合自治会を通じて地域への協力依頼を呼びかけ、承諾を得ている。食料・水等を3日分程度フロア毎に備蓄するとともに、法人本部で共同備蓄している。	

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
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	<p>・ご利用者への言葉かけや対応については、その都度職員間で注意しあうよう心がけている。個人情報保護方針については研修で理解と認識を深めあい、ご利用者のプライバシー確保のために、申し送り時の配慮、記録物の記載の工夫、介護記録等書類保管の管理は職員間で統一した対応を行っている。</p>	<p>個人情報管理委員会で話し合った人格の尊重やプライバシーポリシーについて、部長が職員会議で注意喚起を行い周知を図っている。気になる言葉かけや対応があれば、その都度職員間で注意し合っている。ホームページ、法人広報誌への写真掲載は使用法を区分の上、家族の同意を得、また、「華だより」への写真掲載については個人が特定されないよう工夫している。申し送り時の配慮、記録物・下駄箱等への記載の工夫、介護記録等の書類保管や管理等、プライバシーの確保・個人情報の取り扱いについて適切な対応に努めている。</p>	<p>人格の尊重、プライバシーの確保について、年間計画に入れ定期的に研修の機会を設けることが望まれる。</p>
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	<p>・常にご利用者本位のケアを心掛け、ご利用者の意見に耳を傾けながらできる限り尊重するように努めている。また、自己決定が難しくなってきたご利用者に対しても、それぞれの嗜好や好み、関心のあることの把握に努め、出来る限りご本人の希望に添った選択が出来る様に支援している。</p>		
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	<p>・ある程度決まった日課に沿った生活を送っていただくようにしているが、その時々のご利用者の要望や希望をできるだけ尊重し、ご利用者の思いやペースに沿った支援を心掛けている。</p>		
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	<p>・毎日、ご利用者それぞれお持ちになったお好みの衣類を自由に着ていただいております。ご希望があればお化粧の支援もおこなっています。また、毎月1回理容師が訪問し、それぞれの希望に応じたカットやパーマ、カラーリング等をおこなっています。</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
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	・調理から後片付けまでをご利用者と職員で共同でおこなっており、食事を通じて人間関係の形成や生活を送る喜びを感じていただけるように努めている。また、定期的にご利用者のご希望に沿った外食会やおやつ作りを行っている。	朝食は各フロアで準備し、昼・夕食は法人の管理栄養士による献立に沿って、業者が食材を届け各フロアで調理し、毎食、手作りの食事を提供している。下準備・味付け・盛り付け・食器洗い等に利用者の好みや能力を活かし参加できるように支援している。屋上の菜園で収穫した野菜や果物を食材に採り入れ、また、おはぎ・干し柿づくり等季節に合わせたおやつ作りの機会を設けている。ホーム内行事への参加、外出行事としての外食等、食事の変化を楽しむ機会も設けている。	
41	○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	・毎日の献立は、法人の管理栄養士により栄養管理を念頭において作成されており、水分量や食事摂取量については、「日常生活状況表」によりその都度記録し、調整を支援している。		
42	○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	・毎食後、ご利用者の口腔ケアの啓発と支援に努めている。また、定期的に歯科医師や歯科衛生士が訪問し、ご利用者の口腔状態のチェック及び、治療、専門的な口腔ケアをおこない、個別支援に努めている。		
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	・「排泄記録表」によってそれぞれのご利用者の排泄パターンを把握し、トイレでの排泄を基本とした考えでケアを行っている。	「排泄記録表」で排泄状況を把握し、利用者個々の排泄のパターン・習慣を考慮して、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。昼間と共に夜間も基本的にはトイレ誘導を行い、可能な限り排泄用品に頼らない支援に努めている。現状に即した支援方法や、適切な排泄用品の使用をフロアカンファレンスで検討し、排泄用品の使用を減らすとともに、利用者の羞恥心や不安感の軽減に向け取り組んでいる。	

自己 者 第 三	項目	自己評価	外部評価	
		実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	・運動の促進、水分摂取の徹底、牛乳や小豆等、便通を促す食物の摂取、腹部マッサージの実施等をおこなうことによって、出来る限りの自然排便を促している。それらの対応の結果、3日以上排便が確認されない場合は、かかりつけ医により頓服薬として個々の体質にあった緩下剤を服用してもらっている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	・日勤帯、夜間帯と時間帯の制限はあるが、曜日の制限はない為、ご利用者の希望の日に沿って入浴することは可能である。	週3日の入浴を基本とし、「グループホーム日誌」「利用者状況表」で入浴管理を行いながら、利用者の希望に沿って入浴が楽しめるよう支援している。利用者の状況に応じて、シャワー浴・足浴等で対応している。入浴を嫌がる利用者には、声かけの工夫等一人ひとりに沿った支援に努めている。また、芳香性入浴剤の使用等で、入浴を楽しめる機会を設けている。	
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	・基本的には日中の過ごし方は自由であり、ご利用者のご希望に応じて居室でゆっくり過ごしていただくこともある。また、就寝時間の設定はなく、眠れない際には職員が話し相手になったり、暖かいお茶やミルクを飲んでいただき気持ちをリラックスしていただくように努めている。夜間については、職員が1時間に1回の頻度で各居室を訪室し、室内の温度や照明の調整等、ご利用者の状態に合わせてその人に合った安楽な環境作りを努めている。		
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	・調剤薬局により、毎回処方される薬の説明書とお薬手帳を個別のファイルに保管し、全職員がいつでも目を通すことができるようにしている。また、薬の管理については管理者や役職者が担当し、服薬チェック表等を活用等、服薬ミスが発生しないような工夫を常に検討し実践している。		

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
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	・それぞれのご利用者の能力や特性を活かして毎日の家事活動や余暇活動、家庭菜園作りに参加していただき、役割や喜び、達成感や自信等を持っていただくように努めている。		
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	・週2～3回のホーム近隣の散歩や買い物、月数回、ご利用者の希望を考慮した計画による遠方への外出行事をおこなうことで、ご利用者に地域との触れ合いや出かけることの喜びを感じてもらえるように努めている。	利用者の希望や天候等に沿って、日常的に散歩や買い物等に出かけられるように取り組んでいる。屋上での外気浴・野菜や花を手入れする機会を設けている。散歩は「グループホーム日誌」で、また、スクールガード・買い物は「余暇活動一覧表」に記録し、外出管理を行っている。重度の利用者も車イス対応車を活用し、外出機会が均等になるよう努めている。月1回外出行事を企画し、初詣・お花見・菊花展・小野の花公園等季節を楽しむ外出や、淡路・工場見学・天文科学館等普段は出かけられない場所へ出かける機会も設けている。	
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	・外出行事や定期的な買い物外出の際、可能な限りご利用者が支払いできるように職員が側に付きそう等の支援をおこなっている。		
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	・電話については、ご利用者から希望がある際は職員が代行して電話をかけ、ご家族から電話があった際には取り次ぎをおこなう等の対応を行っている。手紙については、暑中見舞いや年賀ハガキ等の作成を促し、ご利用者本人が直接ポストに手紙を投函できるよう支援している。		

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
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	各フロアの共有空間を広く設置しており、窓も大きく開放的に採光や換気に配慮している。ホーム内の随所に季節の花を飾り、手作りカレンダーや切り絵の作品を掲示している。カウンターキッチンにて、ご利用者が気軽に食事作りの一連の流れに関わりやすく、職員も見守りやすいように配慮している。屋上では園芸家庭菜園を楽しんだり、ベンチとテーブルを設置してくつろげるようにしている。	共用空間はゆったりと広く、大きな窓からの採光がよく、換気・空調管理にも配慮し、居心地よく過ごせる環境づくりに努めている。定期的に、環境チェックシートで清掃状況も確認している。屋上で栽培した季節の生花や、利用者と共に作成した「毎月の壁画」を飾り、季節感を大切にしている。カウンターキッチンから食事づくりの音や匂いが感じられ、また、家事にも参加し生活感を大切にしている。適所にソファ・ベンチを配置し、屋上庭園のベンチでお茶の時間を楽しむ等、利用者が思い思いに過ごせるよう支援している。	
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	・共有空間に1人掛け用、3人掛け用のソファを設置し、個人でも少人数でもくつろげる環境を提供している。また、廊下の2箇所 <small>に</small> 小座を設置し、気の合った者同士で過ごせる環境づくりに配慮している。	/	
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	ご利用者やご家族に働きかけ、使い慣れた家具やテレビ、家族写真等持ち込み、それぞれの個性を大事にした安らぎの場になるように努めている。希望すれば携帯電話の持ち込みや家族の宿泊も可能で、家族とのつながりの継続に配慮している。	居室には洗面台・ベッド・エアコン・クローゼット等が備え付けられている。家族の協力を得て、使い慣れた家具・テレビ、仏壇・家族の写真等が持ち込まれ、また、生花や自身の作品等を飾り、利用者個々の生活歴や好みを活かし居心地よく過ごせる環境づくりを支援している。居室に本人の洗濯物を干している利用者も多く、「普通の生活」を実感しながら、生活の場として落ち着いて暮らせるよう支援している。月2回、リーダーが「ケース担当居室チェックシート」に沿って清掃状況を確認し清潔の保持に努めている。	

自己 者 第 三	項目	自己評価	外部評価	
		実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	・廊下や床はクッション性の高いシートを使用しており、転倒した際に身体の損傷が少なくすむように配慮している。また、ベランダを含め全ての箇所の段差を解消することによってつまずきや転倒を予防し、いつまでもご自分の脚で歩行ができるように支援している。		