

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入) 平成 28 年度

事業所番号	2772001539		
法人名	アライヴ株式会社		
事業所名	グループホームあいむ		
所在地	大阪市住吉区南住吉2丁目6番2号		
自己評価作成日	平成 28年 9月 10日	評価結果市町村受理日	平成 28年 11月 28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.kaijokensaku.jp/27/index.php?action=kouhyou_detail_2016_022_kan=true&JigyosyoCd=2772001539-00&PrefCd=27&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人大阪府社会福祉協議会		
所在地	大阪市中央区中寺1丁目1-54 大阪社会福祉指導センター内		
訪問調査日	平成 28年 10月 13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)】

地域の中で「ふつう」に暮らし続けることを目指して…。そんな自立支援型のグループホームとして、「認知症になって支援を受けても、自らで生き抜く幸せの場」として、それぞれの入居者に応じた生き抜く意欲を高める個別ケアを提供しています。また、共同生活という場の力を活用して入居者さん同士がお互いを支え合いながら、自分達の生活を過ごしていただいています。利用者さん方は仲が良く、「自分達の暮らし」を自分達で織りなしていることから生まれる、自然な笑顔に溢れる元気なグループホームです。
また、「あいむ」内だけでなく、町に出での生活、地域と交流しながらの生活を町内会の方々と手を携えて取り組んでおり、生活感溢れる豊かな暮らしを築いています。

【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)】

アライヴ株式会社が運営する3ユニットのグループホームです。大規模な公園、医療機関、スーパーマーケット、レストラン、保育園等が近くにある、閑静な住宅街に立地しています。ホームは地域自治会や老人会に加入し、何かあれば助け合う協力関係を築いています。提携医療機関はすぐ近くにあり、利用者の体調に変化があれば早めに対応することができます。認知症デイサービス(共用型認知症対応型通所介護)を併設して、地域から通いの利用者を迎えることで、さらに楽しく活気のある生活を送ることができています。利用者は明るく活発で、訪問者へのお茶の接待、食事づくり、片づけ、洗い物、掃除、洗濯、買物等、日常生活のすべての面で、一人ひとりが役割を持って生き活きと生活しています。利用者は買物や散歩、地域の清掃活動にも出かけて住民としての存在感を高めています。町内会からの推薦もあり、昨年には区長から「美化活動感謝状」をもらっています。代表者をはじめ、管理者や職員は熱心で、運営推進会議で出された意見や助言をホーム運営に活かしながら、質の高いサービス提供に取り組んでいるホームです。

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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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とした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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
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>「グループホームあいむ」基本理念認知症になっても、「自分が生きていること」を実感しながら、能動的にその人らしい生活を継続していく。これが「あいむ=I'm(I am・・・)」の名称の由来であり、その実現のために「個々に寄り添うケア」を実践していきます。そして、グループホーム生活ならではの、共同生活者同士の同年代グループパワーを引き出し、社会生活を楽しみ充実した日々を送っていただく様努めます。また、地域のグループホームとして、お年寄りとそのご家族のために、人々のために、地域社会のために、健全で安らかな生活を提供し、老人福祉に貢献することを通じて、職員の幸福に繋がることを目指します。</p> <p>基本理念標語 :わたしも みんなも 一緒に楽しい生活 あいむの理念は、介護保険法の目的を十分に果たすための内容としており、そのために介護職員入社時には、介護保険法第1条、89条、69条を説明、解説を行っている。そして、グループホーム介護の基本をビデオ等を通じ研修した上で、グループホームあいむ運営方針を説明、日常様々な問題も理念に照らし合わせて判断できるように目指している。会議等では、理念を基本に懸案事項を掘り下げて話しあっており、全員で理念に沿った運営に取り組んでいる。</p>	<p>ホームでは「わたしも みんなも 一緒に楽しい生活」を基本理念として、地域密着型サービスの意義をふまえた支援を実践しています。利用者と職員は積極的に外出し、毎朝の地域清掃にも参加して、町内の人々とのつながりを深めながら、暮らしの継続・当たり前の生活を大切にしています。理念は玄関や目につく場所に掲示して家族や来訪者にも理解してもらおうようにしています。管理者と職員は月例会議で理念を確認しあい、理念に沿ったホーム運営を進めています。新規職員採用時の研修では理念を理解し実践できるように、時間を十分に取って説明しています。</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
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	事業所は町会の会員、入居者全員が地域老人会の一員となっており、毎月行われる町内清掃活動にも欠かさず参加して、馴染みの方もたくさんできています。毎朝のホーム近隣清掃活動や買い物の際には、近所の方々とご挨拶を交わしたり、見守っていただいたりと、地域の方々にもホームを身近な存在にさせていただいている。 平成27年10月には、町内会の方々のご推挙により「美化活動感謝状」を区長よりいただきました。 また、町内会の方々との消防訓練や災害時の協力についても相談し合うなど相互交流を図っている。	ホームは自治会・老人会に加入し年間行事の参加はもちろん、長年みんなで町内清掃活動に参加し、毎朝のホーム近隣清掃にも取り組んでいます。町内会からの推薦もあり、昨年には区長から「美化活動感謝状」をもらっています。利用者は近隣のスーパーやコンビニでの買物、レストランや喫茶店、クリニック、美容院等に出かけることも多く、地域の一員としてのつながりを深めています。町内会や老人会との協力関係も進んでおり、非常災害時の対応等についても相互に助け合う関係を築いています。	ホームではこれまで取り組んできた認知症ケアの経験を活かして、地域在住高齢者への相談や支援についても、地域貢献の一環として、さらに充実する予定にしています。今後、取り組みの成果が期待されます。
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	入居者の地域活動として、毎朝の町内清掃、買い出し、午後の自由外出を行っている。これらを通して、地域の方々に認知症の人の理解や接し方、暮らしぶりを知っていただく機会としている。昨年からは「認知症デイサービス」の送迎の際などに、在宅利用者・家族の支援として、ご家庭での認知症介護の相談・アドバイスを行っている。 また、区内訪問介護事業所職員への、認知症研修も定期的に行っている。		

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
4	3	<p>○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</p>	<p>運営推進会議において、日頃の生活報告や実際の自立支援生活状況もご覧いただき意見を頂戴している。地域包括支援センター職員、町会長、老人会会長、地区民生委員と町内の方々の参加を得ており、地域連携の発展に役立てている。</p>	<p>運営推進会議は、開催規程に沿って、2か月に1回、年6回の開催をしています。ホームから毎月の生活状況(定例外の行事、利用者の受診・入院、外出、避難訓練、職員会議、研修等)を詳細に報告し、七夕の利用者短冊の願い事披露、大阪880万人訓練に合わせた事業所の災害避難訓練計画書等の説明、ホーム見学、昼食の試食等、内容も毎回工夫しています。会議で出された意見や助言等は速やかにホーム運営に活かしています。代表者と管理者は、運営推進会議の開催で地域との連携に手ごたえを感じています。会議議事録は玄関の棚に置いて自由に閲覧できるようにしています。</p>	
5	4	<p>○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</p>	<p>地域包括支援センターの方とは、運営推進会議での情報交換のみならず、各種の催し等にも参加して話し合い、情報交換している。 また、住吉区地域見守り支援システムの構築においては、区役所担当者と事業者連絡会の会合等で協力体制を敷き実現に至った。</p>	<p>区役所担当課には事故報告、外部評価報告等に出向き、相談や情報交換をしています。ホームの日頃の連携先は地域包括支援センターです。各種の催しや会議等で担当者と面談する機会があり、相談や情報交換をしています。管理者は住吉区事業者連絡会等に参加して、地域見守り支援システムの構築に協力する等、積極的に活動し協力関係を築いています。</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
6	5	<p>○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「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>	<p>身体拘束をしないケアについて理解しており、取り組んでいる。社内研修も実施している。 鍵をかけないケアの重要性を認識して「普通の生活の継続」を実践している。利用者さんの傾向を把握することにより、大きな問題もなく推移している。</p>	<p>代表者と管理者は身体拘束をしないケアの大切さについて、あらゆる機会を通して職員に周知徹底しています。パート職員には常勤職員がマンツーマンで研修するなど、職員の理解度に合わせた、きめ細やかな指導をしています。玄関等に鍵をかけない利用者の自由な生活支援は、利用者の状況を観察・研究し、リスク回避方策の検討を重ねながら取り組んできました。利用者は散歩、買い物、毎朝の近隣道路清掃等、外に出て活躍しています。職員は同伴せずに、毎日2～3名の利用者が一緒に買い物に行くなどの自由な暮らしも実現しています。</p>	
7		<p>○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</p>	<p>職員が各種の高齢者虐待防止関連法研修会にて虐待に関する法律や具体例について学んでいる。社内研修を実施すると共に、職員相互に言葉遣いも含めて注意を払っている。また、地域包括センターの方々と、事例についても話し合っている。</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
8		○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	各種の研修会にて制度、防止方法を学んで、QC会議等を通じて、全職員に研修を行なっている。入居者の中に数名、後見人や安心サポートを利用されており、その方々とも一緒に相談しながら生活を支えている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約時には、重要事項説明書・契約書を、書面と口頭補足により具体的に説明している。疑問点等は詳しく説明させていただいた後に、同意の署名・捺印をいただいている。		
10	6	○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	利用者さんに寄り添い、傾聴することにより、意見・要望等を把握する事に努めており、ケースに応じては月例QC会議にて取り上げ、情報共有している。そして、利用者さんと個別に、現在の想いや、今後の自身の姿を考え語って頂く機会を設け、それらを介護計画に反映させている。 玄関にはご意見箱を設置しており、いつでも気軽に意見を戴ける様にしている。ご家族来訪時には管理者より近況報告等行うと共に、要望等もうかがっている。また、ご多用のご家族とは、メールにて相談等の対応を行っている。	ホームでは利用者の思いや要望、意見を把握することを、前回の外部評価以降の重点目標テーマとして取り組み、利用者の自発的で積極的な暮らしの実現に繋げています。利用者の思いや意向は介護計画書に反映させ、実現しています。家族代表には、運営推進会議に参加してもらい、意見を聞く機会にしています。運営推進会議の内容を周知するために、会議資料は全家族に送付しています。家族訪問時には、管理者が利用者の状況を報告しながら要望や意見を聞いています。聴取した意見や要望は職員会議で話し合いホーム運営に活かしています。	

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
11	7	<p>○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</p>	<p>常勤職員全員で開催される月例QC会議では、自由に意見・提案が行われている。それにより、情報共有・問題点の抽出・改善決定・実施とケアの向上に繋がっている。マネージャー職員は、職員達の日常的なケアの悩みを現場任せにしないで、一緒に考え円滑な現場運営に繋げている。</p>	<p>代表者や管理者は職員の能力や特徴を活かした体制作りや運営を心がけています。そのために、職員の考えや意見を大切にしています。また、毎月定例のマネージャー職員研修ではホーム運営について、常勤職員QC会議では利用者サービスの質の向上を中心に、時間をかけて話し合っています。職員は現場の状況、課題について自由に発言し、意見交換をしながら、業務改善やサービス向上に繋がっています。</p>	
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>代表者は、各職員の努力や能力をよく理解するため常々現場に参画しており、個々の特徴を活かせる勤務体制を敷いて仕事を分担・評価するようにし、ステップアップ作りを図っている。QC活動はじめ、研修会等への参加も含め向上に繋がる機会を設けている。</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
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>外部研修では、常勤職員には認知症実践者研修受講が必須研修として位置付けられている。 社内では月例 QC 会議において、「認知症専門ケア協議」を適時実施、職員の認知症ケアの向上を図っている。 マネージャー職員には、月例マネージャー研修にて、組織運営方法、職員指導方法の研修を行い、一般職員のレベルアップに繋げている。「ワークショップ研修」では、イレギュラー時の対応方法の演習を行っている。 平成27年には外部講師による管理職マネジメント研修を 10 か月間実施し、スキルアップに取り組んでいる。</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>日本認知症グループホーム協会、大阪府認知症グループホーム協議会(役員就任)に加盟して、グループホーム同士での勉強会等研鑽に努めている。 住吉区事業者連絡会(役員就任)にも加盟、居宅・施設事業者との情報交換を行っている。各会には職員も参加し、意見交換やネットワーク作りを行うとともに、研究発表も行い資質向上の場にもしている。</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
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	ご利用相談の電話や見学の際には、お困りのことをうかがうと共に、面接には情報収集とご本人との信頼関係作りのためにご自宅訪問を行なっている。また、入所初期は新しい生活や他者との関係に対する不安軽減のため、ご家族も交えて話し合う機会を設けている。その後も継続して日常会話からも情報収集を行ない、利用者が安心して生活出来る様に努めている。		
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	ご利用相談の電話や見学の際には、お困りのことをうかがうと共に、利用者の生活歴やライフスタイルを聞き取っている。それを基に介護計画作成を行ない、ご家族のご理解を得てから生活を始めていただいている。特に入所1ヶ月は、ご家族に頻繁に連絡・相談を行い、不安の払拭に努めている。		
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	ご利用相談の電話や見学の際には、現在お困りのこと、現時点のご家族の状況を窺い、ご本人とご家族に必要なとされるサービス(グループホーム以外も含めて)のアドバイスを行なっている。		

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
18		<p>○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</p>	<p>自立支援の理念の下、一人ひとりの個性と能力を尊重しながら、手を出し過ぎない介護を基本としている。日常生活では、掃除・調理・洗濯等を一緒に行い、職員は出来ない事のみお手伝いし、入居者さんともお互いの存在を認め合いながら共同生活の仲間となっている。家事においては、職員も教わる事も多く家庭的な雰囲気が築かれている。</p>		
19		<p>○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</p>	<p>ご家族には面会時の散歩や美容院・病院等の付き添いや、衣替え時のタンスの入れ替えを一緒に行って頂き、ご本人の状況の理解と支援をお願いしている。懇親会にもご参加いただき、一緒にホーム生活を楽しんでいただいている。</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
20	8	<p>○馴染みの人や場との関係継続の支援</p> <p>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</p>	<p>電話や手紙での交流は勿論、面会・外出等は自由なので、馴染みの方の面会が頻繁な方々もおられる。年末には年賀状をご家族やご友人に出して頂く様に支援している。</p>	<p>友人や知人の来訪時には、湯茶の接待をして、利用者が落ち着いて話ができるように支援しています。職員は、利用者が行きつけのスーパーや美容院等を継続して利用できるように、家族の協力を得ながら支援しています。馴染みの人や場の関係が継続できるように、利用者が週に1回、知人のところに出かける際の支援をしています。また、電話をかけたたり、手紙を出したりする際の支援もしています。年末には利用者の希望に添って、年賀状を印刷したり、宛名書きをしたり、状況に応じた取り組みをしています。</p>	
21		<p>○利用者同士の関係の支援</p> <p>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</p>	<p>「共同生活」だからこそできる「認知症介護」を実践している。入居者一人一人が力を発揮出来る様に支援方法を工夫しており、利用者同士は自然と助け合う関係ができています。また、利用者同士の相性に応じて、座席配置等にも配慮し、コミュニケーションが円滑に図れるよう努めている。</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
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	契約終了後も必要な方には、ご相談に応じたり、訪問したり支援している。		
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	9	○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	入居後も利用者アセスメントを定期的 に実施。現在の想いや、今後の生き方 を自ら考え語って頂き、その思いを反 映した介護計画を作成している。 重度化された方には、QOL の向上に 繋げるように努めている。	職員は利用者に寄り添い、個別に話を することで、利用者の気持ちを理解す るよう努めています。利用者が気持ち を表現しにくい場合でも、表情やしぐ さ、行動から利用者の気持ちを理解す るよう努めています。個別記録には職 員が利用者から聴き取った希望や意 見、好みの食べ物などについての記載 があります。また、聴き取った内容は 介護計画書に反映されています。職員 は毎日の日課になっているようなこと でも、その都度利用者の意向を確認し 細やかな対応をしています。	

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
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	アセスメントでは自宅にお伺いして実際の生活状況を把握して、介護計画を作成している。また、出来るだけ居室環境に変化を生じさせない様に、家具等のお持込選定や設置場所の助言をさせていただく様に努めている。これまでのサービス内容について担当ケアマネより情報収集する共に、日々のケアの中での会話等からの情報を踏まえた上で、本人の活動意欲を引き出す様に介護計画を作成している。		
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	心身の状態の把握、特に精神面の変動に注意して、その人のペースに合った生活づくりを支援している。月例QC会議にて職員相互の情報を基に、入居者一人一人の現状や有する能力をモニタリングして、出来る限りご本人に適した自立生活を送って頂ける様に支援している。		

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	10	<p>○チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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>	<p>入居前に入居者・ご家族の希望をよくうかがうと共に、グループホームの理念もよくご説明して、ご本人の人生に配慮した計画を作成している。</p> <p>身体状況その他の変化について、月例QC会議においての変化状況協議を中心に、職員の日々の寄り添いからの希望、気づき等も活かして、モニタリングと介護変更計画を作成している。また、大きな変化が見られない場合においても、3～6ヶ月に一度程度の見直しを行っている。作成した介護計画は、ご来所時等にご家族に説明し、同意を得ている。</p>	<p>介護計画書作成時には利用者・家族の希望や意向を細やかに聴取し、身体状況や過去の経験、暮らしぶりを活かした支援をしています。介護計画書は職員間で共有し、毎日、利用者の状態を確認して必要な場合には支援内容を微調整しています。また、月例会議でモニタリングを行い、大きな変化がある場合にはその都度職員間で話し合い、計画の見直しをしています。利用者の状況に変化が少ない場合でも3か月～6か月に一度は計画を見直し、更新しています。介護計画は家族来訪時に説明をして同意を得ています。</p>	
27		<p>○個別の記録と実践への反映</p> <p>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>	<p>個別記録を行いやすい様に工夫された利用者別記録用紙にて、日々の様子やケアの実践、気づき等を記録している。個別ケア記録は介護職員全員が目を通して伝達、実践に活用し、介護計画の見直しに役立てている。</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
28		<p>○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>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>	<p>入居利用者のご家族への対応はこれまで行ってきたが、「サービスの多機能化」への取り組みとして、平成27年からは、共用型デイサービス、空床活用のショートステイも積極的に取り組んでいる。その中で、在宅で暮らすご利用者のご家族の様々なニーズに対し、「認知症専門ケア」としてのグループホームのもつ力を、広く地域に活用していただけるように努めている。</p> <p>また、区内訪問介護事業所職員の方々に、出前認知症研修を行うことにより、間接的に在宅認知症利用者の支援に繋げるべく取り組み始めている。</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
29		<p>○地域資源との協働</p> <p>一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人は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>	<p>入居者のニーズがきっかけで行われるようになった、「利用者だけの自由外出や買い物」は、利用者の能力・可能性、地域資源の把握、モニタリングによるリスクマネジメントを行いながら継続しています。現在は、早朝散歩や徒歩10分ほどの公園での早朝ラジオ体操などにも、入居者を中心に活動を拡大しています。</p> <p>地域の清掃活動では、町内会の方々のご推挙により「美化活動感謝状」を区長よりいただきました。</p> <p>また、地域住民が主催している「認知症カフェよってみ亭」のお手伝いに、入居者の方だけで参加されるなど、地域資源との協働に日々取り組んでいます。</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
30	11	<p>○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>	<p>入所時に通院や投薬、医療連携体制について十分説明し、それぞれのご希望に応じている。また、体調低下が認められる利用者には、前もって近隣総合病院にて受診していただき、急変の際の入院等に備え、複数の医療機関と支援体制を結んでいる。</p>	<p>利用者・家族の意向に添って、適切な医療が受けられるように支援しています。ほとんどの利用者が協力医療機関をかかりつけ医として、月1回の訪問診療を受けています。眼科や耳鼻科、特殊外来等は従来からかかっている医療機関や近くにある医療機関を受診しています。受診については家族同伴が基本ですが、近くの診療所を受診する際や必要な場合には職員が付き添い支援をしています。</p>	
31		<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>訪問看護師による健康管理や、その他医療機関の協力を得て、心身の変化に対する介護方法を指導いただいている。看護師より主治医に状況を報告し、次回往診の際の診療に役立てている。</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>○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>体調低下が認められる利用者には、前もって近隣総合病院にて受診していただき、急変の際の入院等に備え、複数の医療機関と支援体制を結んでいる。入院時には管理者等がお見舞いと相談に度々赴き、現在の状態と退院後の対応について相談している。長期入院によるダメージを避けるため、担当医にはホームで可能ならば出来るだけの早期退院を前提に相談している。</p>		
33	12	<p>○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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>入居時に看取りに関する指針の説明を行なっている。重度化した方には、本人の意向やご家族の意向をうかがいながら、主治医や看護師、職員の意見を交え話し合いの機会をもって、状態に応じた支援に努めている。</p> <p>看取りについては、看護体制や主治医支援力、スタッフの力量や夜勤時の体制強化等を検討した上で行っている。また、その際には他の利用者の生活への影響にも配慮している。</p>	<p>入居契約時には「看取りに関する指針」の説明を行い、重度化した場合の対応について本人や家族の意向を確認しています。重度化に備えて特別養護老人ホーム等の入所申し込みをする利用者・家族もあります。他の機関への入所を希望されない場合には終末期支援を視野に入れた調整を行い、終末期を迎えた場合には家族の協力を前提とし、主治医と連携して看取り支援を行っています。平成26年には、家族の協力のもと、主治医と連携して看取り支援を行った経験があります。</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
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	応急手当・感染症対策・事故発生時対応、等各種マニュアルを作成、整備している。管理者より応急手当等の指導を行っている。		
35	13	○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	防火管理者(選任届済)が訓練計画を作成、消防署の立会い、ご指導の下に、利用者さん全員参加で、通報・消火・避難訓練を、町内会の方々にも参加・協力いただいて年に2回実施している。地震・津波への災害時訓練として、「大阪 880 万人訓練」を実施している。運営推進会議時には、町会長とともに地域防災について話し合っている。食料、飲料水、衛生品等の備蓄も行なっている。	消防署と連携して、災害時避難訓練を年に2回実施しています。町内会の協力を得て、利用者全員が参加する避難訓練に取り組んでいます。入浴中、トイレ使用中、睡眠中、車イスで移動中など、あらゆる場面を想定した訓練を行い、利用者全員が安全に避難できるように職員間で工夫しています。また、一人ひとりの利用者が避難するのに何分、何秒かかるかなど綿密な確認を行い、効果的な救助方法等を検討し試行しています。代表者や管理者はホームが地域高齢者の一時避難場所としても機能できるように準備しています。1階倉庫には水、食料品、生活用品を備蓄し、非常時にはホームに設置している貯留水槽の水も活用できるようにしています。	

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
IV.その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○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	一人ひとりの表情やペースを理解、尊重して、介助が必要な場合であっても、本人の自尊心を損ねず安心感が得られる様にしている。その方にあった声掛けシートを作成し、職員の情報共有と穏やかな空間づくり為の声かけに努めている。	職員は、利用者一人ひとりの人格を尊重し、家族のように親しみのある接し方で支援に取り組むよう心がけています。また、利用者が「生きぬく力」を最大限発揮できるよう、一人ひとりの自尊心や生活背景に配慮した上で、手を出し過ぎない支援、利用者が自己決定できるような言葉かけをしています。毎月のQC会議では、支援内容について話し合いだけではなく、自立支援を意識した声かけや誘導方法について、職員間で確認し共有しています。	
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	共同生活において自発的な参画に繋がる接し方を、QC活動を通して職員全体で取り組み、利用者が自らの意思決定で行動して頂ける様な支援を行なっている。自発的な発言や積極的な活動の増加が見られ、「自ら生き抜く幸せの場」となりつつある。		

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
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	心身の状況を確認した上で、出来るだけ本人の生活ペースを大切にしている。その人らしい暮らしを支援している。		
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	理容、美容は、本人やご家族と、地域の馴染みのお店に行って頂く様に支援している。服装等については、気温等に配慮して薦めているが、本人の嗜好や生活習慣を尊重している。		

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
40	15	○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	<p>食事は三食共に施設内にて手作りしており、生鮮品は近隣の八百屋さんやスーパーへ入居者の方と一緒に毎日買出しに行き、入居者さんにも一緒に選んでもらうことも心掛けている。調理・盛付・配膳・洗い物・片付け等は、入居者さんの能力に応じて行える様に、作業内容を細分化し、出来るだけみんなで行なえるようにしている。勿論職員も、みんなの輪の中に入って一緒にに行っている。入居者さんが話し合っで献立作成する日、利用者さんだけで調理する日、みんなで鍋物や鉄板焼きをゆっくり囲む日等、バラエティーに富んだ食事形態を楽しむ様にしている。昼食は、職員も一緒にテーブルにていただき、食べ終わっても、お茶を飲みながら団欒を楽しむ機会としている。</p>	<p>ホームでは、3食とも職員と利用者が力を合わせて調理しています。調理支援担当職員が配置されており、栄養のバランスや旬の食材使用等についても考慮し、利用者の意見を反映して半月毎に献立を作成しています。利用者職員は、毎日一緒に近隣の八百屋やスーパーへ生鮮食料品を買出しに行っています。利用者は、デイサービス利用者も一緒に会話を楽しみながら、下ごしらえ・調理・盛り付け・配膳・洗い物・片付け、床の拭き掃除等、一人ひとりの得意とする作業を担当しています。職員は利用者の気持ちに添って、できるだけ全員で取り組めるように支援しています。ホームでは、利用者同士で希望の献立を決定する日、自主昼食調理の日、鍋物や鉄板焼きの日など、食を楽しむ支援を行い利用者に喜ばれています。職員は、利用者と一緒に同じ食事を摂りながら、さりげなく声かけや見守りをして誤嚥防止に努めています。また、「食事」は共同生活をする上で、大切な活動のひとつであると認識し、家庭的な雰囲気と団欒を大切にしています。</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
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	入居者さん方の健康への配慮を基本に、嗜好も加味し、調理師資格取得職員と相談しながら、バランスよくメニューを作成している。体格や食べる量に応じてお茶碗のサイズを変えるなど個別対応を心がけると共に、主治医の指導の下、栄養過多にも配慮している。食事・水分摂取量について、業務日誌に記録している。		
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に、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	毎食前・外出後のうがい、毎食後の歯磨きや口腔ケアを、利用者さん全員に励行していただき、夜間には入れ歯洗浄を行っており、感染症予防と健康維持に繋がっている。		
43	16	○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	一人一人の排泄リズムを尊重しながら、失敗を減らせるように、プライバシーに配慮した声掛け支援を行っている。	職員は、利用者一人ひとりの排泄リズムや習慣を尊重し、自立に向けた支援を行っています。排泄についての記録は、業務日誌等を活用しています。利用者一人ひとりに添った声かけを行い、時間を見てトイレ誘導をする等、利用者の羞恥心や清潔保持に配慮しながら、排泄支援を行っています。	

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		○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	介護職員は認知症周辺症状と便秘の因果関係を理解しており、食事・水分摂取量の把握と水分摂取促し・運動不足に対する声掛け等を行っている。排便状況・便秘日数は業務日誌に記入されている。訪問看護師による腹満チェックも行なっている。		
45	17	○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	本人のご希望と体調などを考慮して、自立支援に沿った個々の方に合った入浴をして頂いている。高齢で持病のある方には、特に入浴時間や温度管理などに配慮している。	ホームでは、週に2～3回程度入浴ができるように環境を整えています。職員は、自立支援を基本として、利用者一人ひとりの希望や体調等を考慮し、入浴支援に取り組んでいます。入浴を好まない利用者には、声かけの工夫やタイミングを見計る等、個別に対応しています。菖蒲湯やゆず湯等、季節湯を提供して、利用者が入浴を楽しめるように支援しています。	
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	個人別ケース記録に夜間の睡眠状況と日中の居眠り等も記入しており、生活リズムに配慮して夜間の安眠を支援している。また、利用者の精神的不安内容についても原因の把握と対応を職員が情報共有することにより、落ち着いた生活環境の提供に努めている。		

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
47		<p>○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</p>	<p>利用者別に処方薬の内容・服薬方法・副作用を一覧にまとめてファイルし、薬と一緒に配置している。一覧は調剤薬局により処方毎に発行、最新投薬内容が判るようになっており、症状の変化に対応している。 一包化袋、投薬箱、臨時薬ファイル、服薬完了守り等、投薬誤りの無い様にシステム整備している。</p>		
48		<p>○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</p>	<p>一人一人の生活歴と能力に応じた役割作りを心掛けている。想いの聞き取りを通じて、本人の活動意欲を引き出す様に支援している。共同作業時間外は各々が楽しみごとをされており、創作活動として塗り絵をされたり、手芸では活動意欲に溢れた作品を作っておられます。 また、気分転換の場として、数名の利用者で外食を楽しまれることもあります。</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
49	18	○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	毎朝の買出しや外周掃除・散水等には、交代で参加していただいて、杖歩行や押し車の方にも、外出の機会を確保できる様に配慮している。自分達だけの自由外出として、単独、複数名での買い物や散歩等は、息抜きであるとともに、町内の方々との交流の場もあり、地域の中で「ふつう」に暮らす姿として定着している。	ホームでは、利用者同士で散歩することや買い物に出かけることを、「利用者の自立した生活を継続する」上で、大切な活動のひとつであると認識し、積極的に取り組んでいます。また、職員と一緒に外出する、家族の協力で外出等に出かける場合もあり、利用者一人ひとりが地域の住民としての暮らしを継続しています。年間行事では、花見や寺院参拝等に出かけて、利用者が季節を感じ、外出をより楽しめるように取り組んでいます。	
50		○お金の所持や使うことの支援 本職員は、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	入居者別に適切な金額を把握して、本人が所持、支出管理してお金を所持することによる安心感を得ていただいている。自己管理が困難な方にも、買い物の支払い時にお金をお渡ししてご自分で払っていただくなど、買い物を楽しんでいただける様に支援している		
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している	外線電話や手紙等のやりとりも支援しており、年賀状は必要に応じて印刷や宛名書きをお手伝いしている。		

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
52	19	○居心地のよい共有空間づくり 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	共用空間はエリア毎に分割されており、全体的に落ち着きを保てる設計・環境である。生活の場であるリビングは広く開放感があるけれども、落ち着ける場となっている。リビングへの採光は申し分なく明るく、また間接光が採り入れられるように、和室には障子が施されている。リビングの蛍光灯には「ウォーム色」を採用し、心が落ち着きやすいようにしている。日めくりや季節の習字作品をさりげなく飾って、季節や暦が判る様にしている。	玄関を入ると広々として、季節の花や絵画等が出迎えてくれる和やかな空間があります。左手には居室に続く扉があり、右手にはダイニング、リビングが広がっています。リビングには和室やソファコーナーがあり、マッサージチェアを置いて、くつろいだり手作業を楽しんだりしています。ダイニングには大きな食器棚と利用者に合わせて高さを調整した流し台を2か所設置し、利用者一人ひとりが炊事に参加できるようにしています。机は目的に合わせて配置を変え、食事作り等の作業時にはみんなで囲めるように、食事時にはテーブルとして活用しています。トイレは、広めの車イス対応が各フロアに1か所設置されており、それ以外も手すりを付けて使いやすくしています。浴室、洗濯場、物干し、ベランダ等は利用者の状況に合わせて使いやすく工夫しています。共有空間はバリアフリーとなっており、利用者と職員が毎日掃除をして気持ち良く過ごせるようにしています。	

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
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	リビングの隣には障子で囲まれた茶の間、その横には大・小のソファ、そしてマッサージチェアが配置してあり、気の合った利用者同士での語らいに、一人でちょっと昼寝にと各人の時間を過ごせる居場所を確保している。		
54	20	○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	入居者には、使い慣れた家具、生活用品、家族の写真等をお持ち頂く様にご案内し、今までの環境に近いお部屋にいただいている。仏壇を置かれていた方は1/3程おられる。窓には障子を施し、間接光により安らげる環境にしている。	居室入口には表札や利用者の写真等を掲示して、自室を分かりやすくしています。居室には洗面台、クローゼット、ベッド、エアコンが備え付けられています。利用者はぬいぐるみ、家族写真、時計、カレンダー、仏壇、テレビ、ハンガーラック、湯茶セット等の生活用品を持参して、過ごしやすく個性的な居室にしています。居室は明るく窓から近隣の風景を楽しむこともできます。ベランダに通じており、避難経路としても活用できます。職員は利用者をサポートして居室が清潔に保たれるように支援しています。	

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
55		<p>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>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</p>	<p>居室には木製表札を大きな漢字と振り仮名で示し、判り易いようにしている。</p> <p>トイレの扉は他の扉と色を変え判別し易い様にすると共に、大きな紙に「便所」と記して貼り示している。</p> <p>施設内はバリアフリー設計で、手すりは木製で握り易い様に工夫されている。浴槽や椅子等の高さも約40cmと座位のとり易い高さに配慮している。</p> <p>居室の床はクッションフロアにして、転倒の際の衝撃緩和と安全性向上に努めている。</p>		