

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23年12月15日	評価結果市町村受理日	平成24年3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.kaigo-kouhyou-hyogo.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【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6-8-102		
訪問調査日	平成23年12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)】

「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。開設以来7年を経過し、平均介護度は3となり、認知症の進行も著しいですが、グループホームらしい生活を過ごしていただけるよう、ご利用者一人ひとりの思いやりズムを大切に支援しています。運営推進会議も定着し、地域の理解もかなり深まって来ていると感じます。恵まれた自然環境と、重度者を支える為の地域との医療連携をホームの特色としています。

【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)】

季節の移り変わりが共有空間の窓から身近に感じられる恵まれた生活環境である。職員は地域密着型サービスとしての役割を盛り込んだ理念の中に含まれている意味を理解し、日々利用者への支援を行っている。開設後8年目に入り地域の認識と理解が深まり、運営推進会議の参加メンバーからの紹介でボランティアの来訪開始予定であり、同建物内のデイサービスへのボランティアの来訪でも一緒に交流の機会を持っている。また、認知症実践者研修の実習生の受け入れを行っている。高齢化が進み機能低下、認知症が進行していく中で本人の感情の表出をありのまま受け入れ、入居者一人ひとりの尊厳を大切にしながら細やかな支援に努めている。

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)	○ 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」としています。地域密着サービス以前の開設時より理念に謳っています。ホームの運営や個別ケアを考える際の拠所としていますが、理念に束縛されたり、全員で唱和をするようなことはしません。	地域密着型サービスとしての役割を盛り込んだ理念を謳っている。理念の言葉に束縛されるのではなく、理念の中に含まれている意味を職員は理解し日々の利用者への支援を行う際に活かしていくと共に、月1回の会議の中で日々のケアの振り返りを行う時には、利用者の歩んでこられた人生を考え、個別のケアを行っていくように取り組んでいる。	
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	7年が経過し、地域の理解が次第に深まっていると感じています。ご利用者が地域の一員として日常的に交流するまでにはなっていませんが、秋祭りや盆踊りへの協力や、地域の学校・保育園等との交流は活発です。	開設後8年目に入り地域の認識と理解が深まっている。ボランティアの頻繁な訪問はないが、運営推進会議で家事ボランティアの協力依頼を行い、参加メンバーからの紹介で来訪開始予定である。同建物内のデイサービスへのボランティアの来訪でも一緒に交流の機会を持っている。グループホームでは生活の場であるためイベントへのボランティアの来訪より日常生活へのボランティアの来訪を考えている。認知症実践者研修の実習生の受け入れを行っており、実習生から日々行っているケアへの気づきを得る良い機会であると感じている。高齢化が進み利用者が出向いて交流を持つ機会が少なくなってきたが、地域の学校や保育所との交流は継続できている。地域の高校生のボランティア実習のインスタントシニアの実習も含めて受け入れも行っている。	
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	地域の認知症ケアの拠点となるまでの取組は行えていませんが、地域の方々よりの個々の介護相談も多く、併設の支援事業所と連携し、積極的に取組んでいます。認知症家族の会との協力体制や、社協の実施する各種講座の実習生受入等の実績があります。		

自己	者 第	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	奇数月の第3水曜日に定時開催をしています。個別ケアに関しても事例発表の形で説明しています。今年度は台風12号による浸水もあり、災害対策に関して数回取上げています。運営委員よりボランティアの紹介を受ける事もありました。運営推進会議は有効に機能しています。	今年度は台風で延期したことはあったが、奇数月に年6回実施している。利用者家族、地域住民代表(民生委員、社協役員)、知見を有する方(訪問看護ステーション管理者)、地域包括支援センター職員の方にも出席してもらい、事業所での取り組みや状況報告、事業所での課題についての説明を行い、参加メンバーより活発な意見や提案などがあり、運営やサービスに活かしている。	
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	スプリンクラー設置に伴う補助申請もあり、市との連携は一層深まったと感じます。市議会文教厚生委員会の視察受入もありました。また、職員を市の委員会へ派遣もしています。過去には、困難事例の協議や、担当者よりの相談に応じた実績もあります。	市の地域密着型サービス担当者とは、今年度はスプリンクラーの設置に伴う補助申請で頻繁に行っている。市の厚生委員会の視察の受け入れや、市の委員会の任命を受け出席するなど密な交流と情報交換を積極的に行っている。	
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、身体拘束を正しく職員が理解出来るよう勉強会を開催しています。方針には反しますが、ベッドよりのずり落ちで大腿骨骨折をされた方がおられ、医師の指導、本人・家族の希望で4本柵をやむを得ずしています。	身体拘束をしない方針で取り組んでいる。ベット柵も拘束と考え家族と十分に話し合い、柵を使用しない方針で支援していたが、ベットからの転落をきっかけに利用者・家族の強い希望でベット柵を入眠時のみ使用するようになった利用者があった。玄関も施錠しておらず、自由に出入りができるようになっているが、利用者の安全の確保には十分配慮を行っている。何が身体拘束にあたるのか勉強会を通して理解を深め、拘束をしないケアの実践を行っている。	利用者の危険防止のために利用者を抑制する言葉が発せられる可能性が高い為、今後も全職員で利用者一人ひとりのリスクについて話し合いを通して把握した上での拘束をしないケアの徹底を図る取り組みが望ましい。

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。また会議・カンファレンスでも、利用者に不快な思いをさせていないかなど、自身や周囲のケアを検証しています。万一、虐待が疑われる事例があれば、徹底調査を行い、必要な場合は処分も行います。	勉強会で計画的に虐待についても学ぶ機会を持ち、演習の機会も取り入れ周知徹底を図っている。また、不適切な発言やケアにつながりそうな時には、職員同士が注意をし合う関係が構築できている。スタッフ会議は、事業所全体が集まって行う会議である。委員会活動は行っていないが、スタッフ会議の中で委員会の内容の話し合いが行われている。ヒヤリハットが頻繁に出てくるようになっている。毎月のグループホーム会議の中でカンファレンスの機会を持っている。	
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	過去には成年後見人を選任された利用者もおられました。また社協職員を講師として研修会を開催したり、職員勉強会でテーマとして取り上げました。成年後見制度に積極的に取り組んでいる司法書士・社会福祉士事務所とも連携があり、必要な場合には支援可能な体制があります。	社協の職員を招いて研修を開催している。以前に権利擁護事業を利用していた利用者の方がおり、必要に応じて、現在も司法書士や社会福祉事業所との連絡や連携を行える体制が整備されている。	
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	契約に際しては、料金体系・退所基準・医療体制・ターミナルに関し、特に十分な説明を心掛けています。近年は改定等はありませんが、介護度の変更があった場合など説明に留意しています。契約書・重要事項説明書・各種パンフレットを活用し、理解・納得を得られるよう努めています。	契約書・重要事項説明書の内容の項目に沿って説明を行い同意を得るようにしている。特に利用料金や医療体制やターミナルに関してなどは具体的な内容で十分に説明を行い理解と納得が得られるようにしている。	

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
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	皆さん認知症が進行され、意思決定が難しくなってきました。これまでの係りや生活暦を大切にし、想いを理解するように努めています。また、ご家族とは日頃の関係づくりが重要だと考えており、担当制を設け積極的なコミュニケーションに努めています。	認知症の進行により利用者自らの意見や不満・要望を出すことが難しくなっている。家族来訪時や電話等で直接意見や不満・要望を管理者へ申し出ることも多い。運営推進会議への出席家族からの意見や提案もある。毎月家族に出される「生活便り」で利用者の日々のご様子を知らせるだけでなく、意見や要望を出してもらえようように文書で依頼したり、担当職員は家族とのコミュニケーションを十分に取るように努めており家族よりいつでも意見や要望が言ってもらいやすい関係作りを行っている。	
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個々の支援に関しては、職員が話し合い実施するよう明確に方針を伝えています。定期的な職員面接の機会は少なくなりましたが、業務に関する意見交換は積極的に行っています。スタッフ会議・ユニット会議も意見の場とし有効に機能しています。	スタッフ会議やグループホーム会議の機会に意見や提案をのべる機会になっている。会議だけでは月1回程度と限られているため日常的に職員から出される意見や提案についても話し合いを持つようにしている。夕方に管理者に直接意見や提案を出されることもある。年2回程度は面談を行い職員個々の意見や提案を聞く機会も設けている。	
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	職位・等級別の人事考課を実施し、昇給賞与に反映する人事制度を設けています。勤務状況や自己啓発など自己評価を尊重し、過程を重視しています。資格を取得すれば資格手当も支給され、取得に必要であれば年間15日の特別休暇制度も設けています。		
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	年間研修計画を策定し、体系的な研修を実施しています。職種や経験年数を考慮した外部研修の受講や、勉強会での講師を任せています。利用者の重度化が進んでおり、救急や医療的な研修を充実させるよう努めています。資格取得も奨励しており、資格手当・特別休暇制度も設けています。		

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
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	近隣の4市町で連絡協議会を作っており、管理者会・職員研修会を定期的を実施しています。特に県研修センターの認知症研修実習生の受入れを行っており、職員に有効な交流の機会となっています。県の連絡会や全国ネットワークにも加入しています。		
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	初期の段階で信頼関係を築くことは難しいですが、極力不安を持たなくて良い導入に努めています。必要な場合は、面接やアセスメントを何回か行ったり、ホームに足を運んでいただくことも行います。時間を充分にとり想いを理解することに努め、信頼関係を築いていきます。		
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	申込受付の段階より、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つながっていると思います。待機中の支援によって、待機期間が安心感のある利用開始に重要な役割を果たしています。		
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	長期的にグループホーム利用が最善と思われても、緊急に解決しなければならない問題も多く見受けられます。その状況で本当に必要とされるサービスが受けられるよう、併設事業所や各方面の協力を得て支援しています。		
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生活をする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で職員は利用者を支えられ、生きがいや喜びをもらっています。		

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
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は不可欠です。とく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本音で話せる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。		
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	一時帰宅の機会は重度化に伴い減ってきました。帰宅が困難な方でも、ご家族に協力を依頼し職員同行の外出や外食の機会を設けています。また面会による関係継続が主になっている方には、誕生会への招待や、行事案内等機会を設けるよう工夫しています。	高齢化・重度化により地域へ出向いての関係継続が難しくなっているが、利用者一人ひとりのこれまでの生活を考え馴染みの人との関係が継続できるように心がけている。地域密着型サービスへ変更以降のご利用者には時々友人や知人が近隣に住んでいるため面会に来られることがある。自宅へ帰宅された場合には、家族の協力があり近隣住民を招いて交流を継続している。利用者・家族の希望で神社仏閣への参拝を職員が支援し馴染みの場所へ出掛ける支援を行っている。	
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特に職員が係わることはせず、見守ることを基本としています。小さなトラブルは起こりますが、職員が適切な判断・対応をし、穏やかな人間関係が保たれています。認知症の進行された方には、孤立ではなく一人の環境が必要な場合もあります。		
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	ここ数年は該当の事例はないが、過去には退所者の入院先に食事介助に出向いたり、退所後のデイ利用者の自宅を訪問し、家事を手伝うなどを行ったことがあります。		

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
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)		<p>○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</p>	<p>言葉にならない想いを大切にしています。重度化により上手く表現できない方が多くなっています。何気ない表情や、これまでの暮らしぶりなどからできるだけ把握するよう努めています。ただ、それも困難な場合に、家族の意見を聞くケースが多くなっています。</p>	<p>認知症の進行等により自らの思いや意向を訴えることが難しくなっているが、利用者の半数程度の方が意向や希望を言うことができる。その場その場で利用者自ら意向や希望を「イエス・ノー」や「する・しない」、「はい・いいえ」で選択し表現できるように問いかけを工夫し引き出すようにしている。利用者一人ひとりのこれまでの生活や暮らしぶりを把握し、表情や何気なく言われた言葉から利用者の思いや意向を利用者の立場に立ち考え把握している。職員は日々の関わりの中で利用者の立場に立ち利用者の意向や希望、思いを考えて支援している。</p>	
24			<p>○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</p>	<p>待機期間を有効に活用するため、相談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。入居後もキーパソン以外の面会者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。</p>		
25			<p>○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</p>	<p>一定の基準による評価でなく、職員が個々の角度から利用者一人ひとりの情報を得、それを共有することで現状の把握に努めています。チームによる把握に努めることにより、変化が生じた場合は速やかな新たな対応が可能となっています。</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
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・家族の想いを最重要とし、日常の介護の中で職員が必要と思うことも取り入れ、担当医や訪問NSの専門的意見も反映させながら、介護計画を作成しています。毎月、定例的な見直しを行っていますが、毎日がモニタリングと感じています。	フェースシートの書式に従って入居時に利用者の情報を収集、アセスメントを実施している。今年度はフェースシートの他に暮らしの場面について、事業所独自でアセスメントシートを作成しアセスメントを行うようにしている。フェースシート・アセスメントシートからサービス計画を作成している。ケース記録に計画に沿って実施した内容が記載されている。毎月ケアプラン見直しの表でモニタリングを実施し3カ月に1回計画の評価を行い評価内容から課題を抽出し見直しを実施している。	ケース記録に計画に沿って実施した場合の観察内容の記載をしていくことが望ましい。
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記録されているが、気づきや工夫の記録は職員によりバラつきがある。記録に関する研修も実施し、改善は認められるが、実践や見直しに活用するレベルまでは達していない。		
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	多機能が、その時々個々のニーズに対応することであれば、グループホームの基本だと思えます。方針とし、ホームで可能なことであれば、如何なることも行っていきます。外出・外泊の支援、趣味・嗜好への対応、医療的ケア等には実績があります。		
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	利用者個々に地域資源を活用できている状況には至っていませんが、ホームとしては、近隣市民センターとの連携や、地元小中学校・各種医療機関・ボランティアグループ・地域団体等との交流は定着しています。		

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
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	ホームには主治医として在宅療養支援診療所の医師がいます。また、必要な専門医や、退院後の定期受診などにも、各種医療機関とも十分な連携が図れています。緊急時にはオンコール体制で往診を受けることもできます。歯科往診も定期的であり、体制は整備されています。	在宅療養支援診療所の医師、訪問看護師の訪問があり医療との連携体制が整えられている。緊急時には医師といつでも連絡が取れる体制が整備しており、訪問看護師とも24時間オンコール体制が整えられている。年1回の結核検診も継続している。	
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	訪問看護ステーションと連携しており、定期的に看護師が来園し健康管理に当たっています。24時間のオンコール体制で、随時の相談や緊急来園も可能です。専用の帳票により情報を共有するようにしています。	/	/
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、情報提供を行っています。情報提供票も作成しています。定期的に面会し、Dr・NSとの積極的な情報交換を行い、早期退院に向け連携しています。退院カンファレンスにも参加し、受入態勢を整えています。	入院中はできる限り頻回に面会に行くようにして、利用者の状態を把握し利用者が早期に退院できるように支援している。医療機関との連絡・連携も積極的に行い退院後の受け入れ態勢の整備も早期に整えるように取り組んでいる。	
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	入居申込の際にも重度化と終末期について説明しています。入居時には同意書をいただき、入居後も相談・希望には柔軟に対応しています。本人・家族の方針の変化にも沿うよう努めています。主治医・訪問NSとの協力体制も整っています。	入居申し込み時より重度化・終末期の対応については説明を行い同意を得るようにしている。往診医・訪問看護の医療的な支援でグループホームでの支援ができる範囲であれば受け入れる方針である。医師・看護師との協力体制を整えており、本人・家族の意向や方針に従って支援するようにしている。	
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・心肺蘇生の研修を実施しています。職員には人工呼吸用の携帯マスクを配布しており、関連図書も備え付けています。AED・O ₂ ボンベ・アンビューも設置しています。	/	/

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
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	台風12号の浸水で被害を受けたため、自然災害マニュアルの策定を検討しています。火災に関しては法定の訓練を実施し、火災通報装置による近隣職員・住民への通報も可能です。天災への備えとしては備蓄食を用意し、数日間の自活が可能です。	今年の台風での浸水被害を受けたために自然災害時のマニュアルの見直し、検討を行っている。火災時には職員・関係機関・地域の協力者に自動で連絡が行くようになっている。今年、水道の破損により夜間連絡網を使用して全職員へ連絡が届き、連絡網が十分機能することが確認できている。備蓄食も3日程度備えている。	
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	親しみを待ち接するようにはしていますが、年長者とし尊敬し、プライドを大切に、またあからさまな介護で自尊心を傷つけることのないよう注意しています。日々の暮らしを共にする中で、一方的な親しみを持つことのないよう、会議・研修の場で注意しています。	利用者に日々関わる中での声かけや支援は、利用者のプライドや羞恥心などに配慮し、特に高齢者の尊厳を大切にされた対応や言葉かけが行われるように努力している。	
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	言葉だけによらず、その方にあった方法で自己決定の場面を作るよう工夫しています。利用者の意思・希望の小さな表出にも気付くことが出来るよう職員は日頃から利用者の思いを汲み取る努力をしています。		
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「その方らしく暮らしていただく」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、重度化により入居者の生活ペースが非常に多岐になっています。体調とともに現在の個性を尊重し、一人ひとりのペースを優先しています。		
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	髪の毛の乱れや着衣の乱れ汚れなど、整容に対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。理美容については、好みの店に出向かれる方もいます。		

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
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	以前のように職員と一緒に調理をするのは難しくなりました。個々の出来ること・出来ないことや関心に合わせ、眺めるなど日々の暮らしの一部として自然な関わりをしていただいています。嗜好の物や食易い食材などを工夫し、食事を楽しんでいただけるよう支援しています。	食事は生活の中での楽しみであると考えており、季節や利用者の嗜好、希望に合わせた食事作りに努めている。現在、嚥下や飲み込みに問題のある利用者がなく、食事介助、見守りは必要であるが、普通食の方のみである。重度化により外食に行く機会は減っているが、料理人の方に事業所に来てもらい食事を楽しむ機会を持っている。利用者の希望と能力により調理や盛り付け、配膳、後片付けと参加してもらっていたが、参加する方が少なくなっている。	
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	食事や水分補給は記録に残し、特に水分不足にならないよう注意しています。食事は摂取カロリーまでの把握は出来ませんが、定期的に体重測定を行い参考にしています。食事制限の必要な方は、医師の指導を受け対応しています。		
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	歯科医の往診もあり、個別に指示の出ている方もいます。毎食後のうがい、朝夕の歯磨き、夜間の義歯洗浄を行っています。重度化に伴い個々のリズムに合わせています。胃ロウの方にも口腔ケアを行います。		
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が、重度化により介助の必要な方が増えてきました。排泄パターンを把握しトイレ誘導など、出来る限り利用者個々にあった排泄介助を行っています。パット・おむつに頼るのではなく、重度な方も含め利用者の希望を尊重します。	トイレでの排泄を支援するように考えており、誘導支援でリハビリパンツを使用していない方も多く、終日おむつ使用している方は少ない。	

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	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。食事面では毎朝のヨーグルトや、繊維質の食材を多く取るよう努めています。		
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	曜日や時間帯は決めずに利用者の体調や希望に合わせて、極力毎日入浴していただくよう支援しています。2人介助が必要な方も増え、安全面を配慮し希望の時間帯でなく日中に入浴をしています。入浴嫌いな方への対応もリズムやタイミングに工夫をしています。	曜日や時間は決めずに利用者の体調や希望に合わせて、毎日でも入浴ができるように支援している。2名での入浴介助を行う必要のある方も増えてきており、安全面を考慮して日中の職員が多い時間帯に入浴支援する場合もある。また、入浴拒否傾向の方もあり利用者への入浴のタイミングで日中に入浴を行うこともある。	
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	利用者個々の生活リズムにあった暮らしの支援をしていく中で、休息や安眠の時間が生まれると考えています。認知症の進行による生活リズムの変化や体調管理にも注意しています。また、落ち着いた生活環境を整える必要も感じています。		
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	薬の効能・用法・用量・副作用は、処方時に交付された薬事情報により確認しています。薬の準備は夜勤者が行い、服薬介助は日勤者が行うダブルチェックで誤飲防止を図っています。症状変化が著しい場合は、主治医の指示を受けています。		
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	特別な役割を持つ事例はありませんが、併設するデイサービス行事への参加、ホームでの外出等で、気分転換をしています。嗜好品も体調を考慮し楽しんでいただいています。晩酌を毎日される方がおられます。		

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
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	利用者個々の身体機能も低下が進み、外出は個別に無理のないよう行っています。遠方や日々の買物は以前の様に行えませんが、近隣へのドライブや私物の購入には出掛けています。誕生日や個別の記念日には少人数で外食をしたり、帰宅をする方もいらっしやいます。	重度化により長時間の外出が難しくなっているが、車に乗ってのドライブや買い物など短時間の外出は利用者の楽しみとなっている。買い物の外出も利用者の希望により買い物に出かけ自分で品物を選んで購入する機会も持てるように支援している。	
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	個人の現金所持を禁止することはしていません。買物・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がいなくなりました。私物の買物は「預り金」で支払いますが、極力同行していただくようにしています。被害妄想などのお金のトラブルもなくなりました。		
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もしています。帰宅願望のある方や、入所後間もない方には、電話をすることが安心につながります。事前にご家族と相談し、コミュニケーションに活用しています。		
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	個々のユニット毎に共用空間の雰囲気は違いますが、明るい開放感は共通しています。落ち着いて暮らせるよう、和室やサブのダイニングも設けています。また利用者に適した温度管理や直射を避ける障子・カーテンもあります。季節の花や催事も暮らしに取り入れています。	自然光が差し込むフロアは季節感のある生け花や、飾り付けを行っている。広い空間を有効利用し、利用者の状態や運動能力により机や椅子の配置を変えている。和室には床の間・座卓・座椅子など、家庭的で適度に人の視線が遮断され、安心できる場所作りができています。	

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
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	居室ではなく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。周りの視線を直接感じなくても良い様に、物の配置を工夫したりコーナーを利用しています。		
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	利用開始時には、使い慣れた馴染みの家具や身の回りの品を用意するように依頼し、リノベーションダメージの防止を図っています。また希望があればフローリングを畳に変えたり、障子をカーテンに変えることもしています。趣味の作品や家族の写真なども飾っていただきます。	利用前から使い慣れた家具・調度品を置き、入居者一人ひとりの生活歴が感じられる個性豊かな居室が作られており、清潔感のある居室になっている。安全性を考慮した畳敷きの居室は住み慣れた家庭的な環境である。	
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	廊下やトイレには不要な物を置かないよう注意しています。歩行が心配な方の為には、ホーム内の数カ所に椅子を置いています。食事の椅子・テーブルは高さの異なる物を用意し使い易くしました。フローリングに畳を置き、転倒防止もしています。		