

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24年12月14日	評価結果市町村受理日	平成25年2月14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	兵庫県西宮市松風町2-5-107		
訪問調査日	平成24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。ご利用者の認知症は一層進行し、身体機能の低下も著しいものがあります。グループホームらしい生活が困難になってきていますが、ご利用者の感情の表出をありのまま受け入れ、一人ひとりの尊厳を大切にしながら支援に努めています。看取りもご家族、職員の信頼関係を築きながら行ってきました。これからもグループホームの本来の支援を大切にしながら、ご利用者の重度化に取組んでいきたいと思っています。運営推進会議も有効に機能しており、地域の理解も深まってきています。地域ケアの拠点としての役割も強化していく方針です。

【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)】

「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。」の運営理念は職員全員の中に定着しており、利用者の状態・状況の変化に伴う現状を踏まえて理念をケアサービスに活かしている。利用者のホームでの生活が継続しやすいように在宅支援診療所の医師の往診を受け疾患・健康管理をしてもらえる体制が整えられ、利用者が最後まで住み慣れた場所で生活を続けることができるように支援している。共用空間各ユニットで工夫し明るく季節感豊かな雰囲気づくりに努めるなど、快適な住環境づくりに取り組んでいる。食事・レクリエーション・行事など、日々の暮らしが充実するように支援している。

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拡がり深まり、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、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らさせている (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)	○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。認知症が重度になっても、住み慣れた地域での生活が継続できるよう支援していくことを実践しています。職員には会議・研修などを通し、理念の共有を図っています。	開設当初からの地域密着型サービスの意義をふまえた事業所独自の理念を掲げている。利用者の状態・状況の変化に伴い、現状を踏まえて理念をケアサービス提供にどのように活かして取り組んでいくか考えながら支援に取り組んでいる。医療面など様々な支援を受けながら利用者が最後まで住み慣れた場所で生活を続けることができるように支援している。職員の入れ変わりもなく、職員は理念に立ち戻る機会を継続した結果、自然に理念に基づいたケアの提供が行えるようになっている。	今後も理念に基づいたケアの提供・支援ができるように全職員で理念の共有をする取り組み期待する。
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	ご近所・地域の方々とは自然な関係ができしており、地域の理解が次第に深まっています。ご利用者が地域の一員として日常的に交流するのは難しいですが、地域の催しへの協力や、地域の学校・ボランティアとの交流は活発です。	利用者の状況の変化に伴い、事業所から積極的に地域に出向いて交流を持つ機会は少なくなっているが、地域の幼稚園児の来訪を受けたり、運動会への参加、同法人のデイサービスへのボランティアの来訪などで、地域との交流も継続している。地域の行事や祭りなどには、事業所として協力や協賛を行っている。	
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	事業所主催の行事、事業の実施は行っていますが、地域の方々よりの個々の相談も多く、併設の居宅介護支援事業所と連携し、認知症ケアの面で情報提供や支援に積極的に取り組んでいます。実習生の受け入れや、認知症家族会との協力体制も整っています。		

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
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ヶ月毎に定例開催をしており、今年度は利用者の重度化に関して積極的な取組を行いました。終末期ケアや延命に関しても取組んだ実績があります。また、個別のご利用者の事例検討も行き、ケアプランへの活用も進めていこうと考えています。	地域住民代表者・民生委員・知見を有する方・地域包括支援センター職員の方に出席してもらい、2カ月に1回定期的に開催している。開催時には、事業所の取り組みや活動についての報告を行い、参加メンバーからの意見や提案を聴取している。参加メンバーから出された話の中から議題を取り上げ会議の中で検討や学ぶ機会を持ち、運営推進会議を有効に活用している。	
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	市介護保険課の地域密着サービス担当者とは、今春の制度改正などもあり、積極的に情報交換を行っています。とくに今年度は市の福祉避難所の設置面で、協力を行ってきました。災害時の全面的な協力を予定しており、行政との連携は強化されています。	運営推進会議の議事録で報告を行い事業所の状況を把握できるようにしている。市の介護保険課の地域密着型サービス担当者とは、事業所から積極的に連絡をとり事業所の現状把握をしてもらう他、課題解決を協働で行うようにもしている。市の福祉避難所として市や地域への貢献や連携を図るために設置面で協力・連携をしている。	
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、身体拘束を職員が正しく理解できるよう、勉強会を開催しています。ご利用者の認知症が進行し、見守りの場面が増えてきました。言葉による拘束が無意識にでもおきないように、特に注意しています。	身体拘束をしないケアの提供を行っている。、利用者の安全性と利用者の動きを妨げないために検討の結果、ベット柵を4本使用している。玄関は解錠しており利用者が自由に入出りできるようになっている。計画的な勉強会の機会に拘束をしないケアについての理解と浸透を図っている。	身体拘束をしないケアの徹底と理解を深め、実践していくために、ベット柵の必要性について検討・話し合いを繰り返し行い、検討経過を記録として残す事が望ましい。

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。身体拘束と同様に、ご利用者の認知症の進行により、言葉の虐待を行わないよう、会議やカンファレンスでは特に指示をしています。自身や周囲のケアを検証し、疑われる事例があれば調査を実施し必要な場合は適切な処置を取ります。	計画的な勉強会の機会に虐待について学ぶ機会を持っている。今年は特に言葉による虐待・拘束について学ぶ機会を持ち、日々のケアの現場の中での具体的な事例についても話し合い・振り返り、適切に支援ができるように取り組んでいる。	
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	ご利用者で成年後見人を選任されている方がおられ、また、勉強会・研修会でも取り上げたこともあり、職員は基本的な知識を有していると思っています。成年後見制度に積極的に取り組んでいる司法書士や社会福祉事務所との連携もあり、必要な場合は支援可能な体制にあります。	職員が権利擁護についての勉強会や研修会への参加で理解し、円滑な利用への支援に取り組んでいる。成年後見制度の利用の方も現在ある。制度利用の希望があれば速やかに利用ができるように専門の窓口へ取り次ぎを行う体制を整えている。制度の利用が事業所にとっても生活を支援していく上でメリットがあることを理解している。	
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	契約に際しては、保険制度や料金体系の他に退所基準・医療体制・ターミナル等に関しても詳しく説明するよう注意しています。改定の際には説明書やパンフレットを郵送し、自宅訪問も行うなど、理解・納得を得られるよう努めています。	施設長・ケアマネジャーが出向いて契約している。契約時には、利用料金・退所の基準・医療体制や重度化・終末期の対応等を特に丁寧に説明している。利用料金の変更など契約書・重要事項説明書の内容に変更が生じた今年度は、変更部分を書面化し利用者家族に説明を行い理解をしてもらっている。契約時には、ケアマネジャーが利用者の基本的な情報を聴取している。ご利用開始後1カ月程度利用者の状況を見てアセスメントを行い計画作成している。	

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	運営推進会議に家族代表の委員を選任しているのは当然ですが、計画作成担当者やご利用者の担当職員が、プラン作成や個別案件の連絡等で、家族への情報提供や要望の把握に努め、信頼関係を築くよう努めています。医療面では過去に多くの事例を残しています。	利用者担当職員を決めており、利用者家族とのコミュニケーションを十分に図り、意見や要望・不満をいつでも気軽に言いやすい関係を築いている。毎月「生活便り」を担当職員が利用者個別に作成し家族が利用者の生活の様子を把握し意見や希望・要望を出しやすいようにも取り組み、継続している。出された意見や希望・要望・提案は、相談受付書に記載され、記載された内容により調査・検討を行い必要に応じて家族に報告している。	
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個々の支援に関しては、職員が話し合っ決定するよう明確な体制が整っています。スタッフ会議でグループホーム全体の意見を聞く機会や、ユニット会議でユニット個別や利用者個々に関する意見の場も設けています。	会議で様々な話し合いを行う中で職員から意見や提案を出す機会となっている。また、施設長へ直接、意見や提案などを言いやすい雰囲気づくりを行っている。スタッフ会議で出された意見や提案、話し合いの結果等はユニット会議で報告され共有を図っている。ユニット会議では、利用者のカンファレンスを含めて業務の見直し等も行っている。	
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	人事考課規程に基づき勤務実績・自己啓発等が評価され、昇給賞与に反映する人事体制を設けています。資格を取得すれば資格手当も支給されます。取得に必要であれば、年間15日間の特別休暇制度も設けています。		

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
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践と力量を把握し、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。また資格取得を奨励しており、多数の介護福祉士合格者が生まれました。在籍年数・経験を考慮した外部研修の受講や、ユニットリーダー昇格も実施しました。資格取得には前掲の特別休暇制度(15日間)も設けています。		
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に行っています。県連絡会の研修会にも積極的に参加しています。認知症実践・リーダー研修の実習生も受入れており、ホームの業務改善に有効に活用しています。		
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	サービス導入時に信頼関係を築くことは難しいですが、不安を持たれないサービスの導入に努めています。必要な場合は面接に数回訪問したり、ホームに足を運んでいただき、時間を十分にとり、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つながると考えています。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おり、家族との関係性構築に有効となっています。		

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
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るけれども、緊急に必要とされる支援もあり、総合的な支援を行うため併設の事業所や医療機関との連携体制も整えています。グループホームでの円滑な生活を提供するためには、段階的な支援の工夫が必要です。		
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する場だと考えます。日課のない共に暮らす当り前の生活を大切にしており、職員も利用者を支えられ、生きがいや喜びをもらっています。		
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、家族の協力は不可欠です。特に精神的な支えは職員では十分に行えません。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。利用者の重度化が進行しており、一層家族との信頼構築が重要になっています。		
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	高齢化・重度化により外出を伴う関係継続の支援は難しくなってきました。利用者一人ひとりの状態に応じた支援を工夫しています。知人を誕生会に招いたり、職員同行の家族との食事会や、面会者の送迎も行っています。近隣より入所された方には面会もあり、訪れやすい雰囲気作りにも注意しています。	馴染みの美容院や食事などへの外出や家族の協力を得て冠婚葬祭へ出掛け、地域社会・家族との繋がりを持ちながら生活していくことができるように支援している。自宅への一時帰宅も利用者の状況により家族の理解と協力を得て支援する用意もある。	

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
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・対応を行い、穏やかな人間関係が保たれています。孤独ではなく一人の環境が必要な方の支援にも注意しています。		
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	ここ数年は該当の事例はありませんが、過去には独居の退所者が入院した際に病院に食事介助に向いたり、退所後のデイ利用者の自宅を訪問し、家事支援を行ったことがあります。		
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	認知症の進行により上手く表現できない方が多くなっています。また表現が可能な方も、問いかけに工夫をしなければ上手く表現できない場合もあります。何気ない表情や、これまでの暮しぶりなどから把握するようにも努めています。それも困難な場合は、家族の意見を伺いますが、増加の傾向にあります。	認知症の進行により自ら思いや希望・要望を表すことが難しくなっている。思いや希望・要望の問いかけを工夫したり、表情や行動を観察することで利用者の思いを把握するように努めている。表情や行動から把握が難しい方には、利用者の立場に立ち考え、検討された様々な援助を試みて利用者の行動の変容を観察し利用者の思いや意向に沿った支援に努めている。	
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	待機期間を有効に活用し、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、面会に来られる様々な方から有効な情報を得ることは多く、職員で共有しケアに活かしています。		

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
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、標準的な能力の把握でなく、職員が個々の角度から総合的に把握するよう努めています。現在に有する力を暮しに活かす支援のために、チームによる把握に努めることが重要で、変化が生じた場合には速やかな対応が可能となっています。		
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、その想いを支えるために、日常生活の中で、職員が必要と考える介護計画を作っていますが、担当医や訪問NSの専門的意見も充分に取り入れています。機能低下が進行し、医療的なケアが重要になってきています。	フェースシートの書式に従って利用者の情報把握を行い、アセスメントを実施し、サービス利用書・サービス計画書を作成している。現状に即した計画となるように毎月利用者の状況に関して見直しを実施し、些細な利用者の状況の変化を見逃さないようにしている。	
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記録されていますが、気づきや工夫の記録は職員個々の能力により、バラつきが認められます。帳票も数度改訂し、改善を図りました。職員研修の中で、記録の活用について取り上げましたが、実践には至っていません。		
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	個々の生活のリズムで暮し、認知症の利用者が落ち着いた生活を送るためには、ホームは多機能でなければ対応できません。ホームの多機能化で重要なのは柔軟性にあると考えています。外出・外泊の支援、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。		

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にはありませんが、ホームは地域の様々な資源を活用しています。市民センターとの連携、小中学校との交流、民生委員との情報交換、各種ボランティアとの協力体制等を行っています。生活の充実や安全確保のために今後も協働を進める予定です。		
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	ホームには主治医として在宅医療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、各種医療機関と十分な連携が図れています。医師とは24時間オンコール体制で、相談や往診の依頼も行ってきます。歯科往診も可能で医療の支援体制は整備されています。	利用者のホームでの生活が継続しやすいように在宅支援診療所の医師の往診を受け疾患・健康管理をしてもらえる体制が整えられている。重度化・終末期への対応で訪問看護との連携を図り利用者の生活への支援を行うようにしている。利用者の状況により必要方には週3～5回の訪問看護を受けることもある。訪問看護師と往診医との連携も十分に図られホームでの在宅でできる限りの医療を受けながら生活継続支援が行えている。歯科・皮膚科などの往診も受けことができ医療支援体制の整備が整えられている。緊急時は、往診医より市民病院などに連絡してもらい適切な医療を受けられるようになってきている。	
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、健康管理を行っています。24時間オンコール体制で、随時の相談や緊急の来園も可能です。医療行為に必要な利用者で、医療保険での訪問看護を利用する方もいます。専用の帳票で情報を共有するようにしています。		

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
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、情報提供をしています。情報提供票も作成しています。定期的な面会を行い、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・訪問NSが参加し、受入態勢を整えています。	地域の医療機関との連絡・連携体制が地域医療連携室が整備され入院時には、情報提供を行い、退院時にはカンファレンス開催やサマリーなどで利用者の情報提供を受けスムーズに元の生活に戻ることができるように支援することができている。	
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	入所時には重度化と終末期について詳しく説明し、同意書をいただいています。入所後も相談や希望には柔軟に対応し、本人や家族の方針の変化にも沿うように努めています。職員も外部研修を受講するなど対応を強化しており、主治医・訪問NSとの協力体制も整っています。	利用開始時より重度化・看取りに関しての事業所出の方針について説明を行い、同意を得ている。利用者・家族の希望を聞き、利用者の状態に応じて利用者家族・医師・看護師と話し合いを通して統一した方針で利用者を支援するようにしている。医療連携体制の充実により重度化・看取りを行える体制整備ができている。	
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。AED・O ₂ ボンベ・アンビューも設置しています。職員勉強会でも初期対応を取上げており、職員には人工呼吸用の携帯マスクも配布しています。		

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
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	消防計画・防火マニュアルの他に自然災害を対象とし「災害対応マニュアル」を策定しました。法定の消防訓練の他に、地震・風水害を想定した訓練も実施する予定です。天災への備えとし備蓄食も用意しており、数日間の自活が可能です。市が計画している福祉避難所にも協力し、地域の介護を支援します。	市の計画に沿って福祉避難所としても協力体制を整備し地域との連携・協力体制整備を行っている。災害対策マニュアルも自然災害を想定しマニュアル整備を行っている。消防訓練も地域の消防署に訪訪してもらい消火・避難訓練を実施している。施設内研修で高齢者の緊急対応について心肺蘇生やAEDの使用訓練を定期的に行い職員に周知を図っている。	
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	親しみをも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、プライバシーを損ねることのないよう、会議・研修の場で職員に徹底しています。	利用者の介護上のプライバシーや尊厳の侵害を行っていないか常に考え、対応について振り返り、注意している。親しみを込めて言葉かけを行う際にも利用者のプライバシーや尊厳を傷つけることのないように会議や研修で徹底を図るようにしている。	
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	言葉だけでなく、一人ひとりにあ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の困難な方が増えていますが、利用者の意思・希望の小さな表出にも気付くことができるよう、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。		

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、重度化により利用者の生活リズムが多岐になっています。体調や認知症の程度に合った、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	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。日々の暮らしのおしゃれは難しいですが、外出や行事の際には服装にも注意しています。理美容については、業者がホームである場合が多くなりました。		
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	調理や配膳を職員と一緒にすることは難しくなりました。一人ひとりの出来ること、出来ないことや関心に合わせ、眺めたり、調理の音を楽しんでいただくなど、自然な形で関わるようにしています。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くよう工夫しています。	利用者の希望や好みを聞き、季節・地域の食材を基調にしたメニューとなっている。共有スペースに面したキッチンでは、利用者は臭いや調理の音を聞き食事作りを見ながら過ごすことができている。各ユニットで調理された食事を利用者の咀嚼や嚥下に状態に合わせて刻みやミキサーにして食事が摂れるようにしている。食事介助を必要とする利用者の方も多いが、職員と共に同じテーブルを囲みながら食事摂取し楽しんでいる。	
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	食事や水分摂取は記録に残し、特に水分摂取については注意をしています。食事は摂取カロリーまでの把握はできていませんが、体重測定を定期的に行い参考にしていきます。栄養補助食を利用される方や食事制限の必要な方は、医師の指導を受けています。		

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
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。口腔ケアの個別対応は歯科衛生士の助言を受けています。胃ロウの方も口腔ケアを行っています。		
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。重度化により介助の必要な方が増えてきました。しかし、出来る限り利用者個々にあった排泄介助を行うことで、パットやおむつに頼らない支援を行っています。重度な方も含め利用者の希望を尊重しています。	認知症の進行に伴い排泄の支援が必要な方が増えてきている。職員はトイレでの排泄の重要性を十分認識しており、利用者の排泄パターンを把握し、個別に排泄用具の使用量や量・声かけや誘導方法を検討してパットやおむつの使用を最小限にできるように支援している。	
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	半数近くの方が便秘薬を服用されていますが、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。食事面にも注意を払い、毎朝のヨーグルトや、繊維質の食品を多く取るように努めています。		
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、いつでも入浴可能な体制を整えています。認知症の進行で入浴嫌いになられた方や、体力低下から拒否される方も増えています。生活リズムのタイミングを計って入浴を勧めたり、体調を考慮し支援をしています。2人介助の必要な方も増えてきました。	曜日や時間を決めずに利用者の体調や希望に沿って入浴ができるようには支援している。以前のように夜間入浴を希望する方が少なくなり、入浴が好きではない方が増えてきているため、身体状況や気分、排泄物での汚染など利用者一人ひとりのタイミングを見ながら入浴支援している。	

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
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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皆さん増えてきました。一人ひとりの生活リズムを大切にすることが、休息や安眠の支援に重要だと思います。認知症の進行で些細なことでストレスを強く感じられるようになり、変化に速く気付く必要があります。安心して暮らしていただけるよう変化の気づきに注意をしています。		
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き、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。併設するデイサービスの行事への参加や、日々のレクリエーションにも参加されています。喫煙・飲酒も禁止はしていません。毎晩晩酌をされる方もいらっしゃいます。		
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	身体機能の低下も進行してきており、外出は少グループか個別の実施が主になりました。全員旅行や毎日の買物は難しくなりましたが、希望による個別外出や、買物、外食は無理のないように実施しています。少人数による気分転換のドライブは定着しています。	下肢の筋力、歩行能力の低下・体力低下から外出の散歩が難しい状態の方が多くなってきているが、外で過ごす機会をできる限り持つようドライブや個別の買い物支援を行っている。ユニットの利用者の状況により違いはあるが、体操や運動など室内でも体を動かす時間を持ち筋力低下予防や気分転換に努めている。	ADLの低下、認知症の進行に伴い外で過ごすことが難しくなってくるが、できる限り利用者が自らの思いや希望により動くことができたり気分転換を図ることができるように外出や外で過ごす機会を継続して持つことができるような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
50		<p>○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</p>	<p>利用者の現金所持を禁止することはありません。買物や外出に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ます。被害妄想などのトラブルもなくなりました。</p>		
51		<p>○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</p>	<p>手紙を書くことは難しくなりましたが、電話を希望される方が数名いらっしゃいます。帰宅願望の強い方や、入所後間もない方には、電話での家族とのコミュニケーションは安心感につながります。面会が難しい家族には、電話を掛けていただくようお願いする場合があります。</p>		
52	(23)	<p>○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</p>	<p>個々のユニットごと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。自宅にちかい落ち着いた環境を大切にしており、不要な掲示や飾付けは行っていません。居心地のよい空間作りとし、和室やサブのダイニングも作り、少人数で寛げるようにもしています。大音量でテレビをつけたり、過度な空調にも注意しています。季節の花や催事を暮らしに取り入れています。</p>	<p>リビングは採光がよく、空調・騒音にも配慮されている。フローアーには季節感が感じられる花や装飾が見られ、家庭的な雰囲気作りに工夫が感じられる。テーブル、椅子等の配置にも配慮し、居心地良く暮らせるよう配慮が見られる。さらに、広いフローアーには思い思いに過ごせる空間も用意されている。</p>	
53		<p>○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</p>	<p>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。周りの視線を直接感じなくてもよい様に、物の配置を工夫したりコーナーを利用しています。</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
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き、リロケーションダメージを受けないよう入所時にはお願いしています。家具の配置も、移動のリスクを考慮しながら、外部からの視線を感じないスペースを作るなど工夫しています。空調や照明にも注意し、ゆっくり過ごせる環境作りをしています。	家具や装飾品などはご家族の協力を得て馴染みのものを持ち込んでいただき、自分らしい生活空間で居心地良く過ごせるように取り組んでいる。また、室温、整理整頓にも配慮されゆったりと安心して過ごせるように配慮されている。。	
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	食堂の椅子やテーブルは高さの異なる物を用意し、一人ひとりに適した場所に座っていただいています。歩行が心配な方のために、廊下など数カ所に椅子を置いたり、必要な方は居室内にも用意しています。物の置場所を変更したり、不用品を置かない注意もしています。フローリングに畳を置き、転倒防止も必要があれば行います。		