

(様式1) 平成 22 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	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22年12月17日	評価結果市町村受理日	平成23年3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.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22年12月27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)】

「歩んでこ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。ホームの周辺には広々とした田園地帯が拡がり、四季の移ろいを感じながら落ち着いた暮らしが営まれています。ホームはご利用者と職員が共に生活をする場として、一人ひとりの想いやリズムを大切に支援するよう努めています。重度な介護が必要となっても支えることが出来るよう、ホーム主治医・訪問看護師派遣も24時間オンコールの体制です。地域との交流も開設以来続けており、地域の理解が次第に深まっていると感じています。

【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)】

遠景に山々が一望でき、季節の移り変わりが身近に感じられる施設は「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。」を理念に添って、着実な運営の下、ユニットを増設し重度化のご利用者への積極的な支援に取り組み、利用者の自立を損なわないように、利用者一人ひとりの心身の状態・残存能力・希望に合わせ、利用者一人ひとりのペースで暮らせるよう支援している。認知症の進行や身体状況の低下により困難になってきている中、秋祭りや盆踊りなどの地域の行事への参加も出来る限り継続している。管理者・職員は利用者の思いや意思表示が困難になる中で、職員の思いの押し付けになっていないかを常に振り返りながら利用者の支援をしている。

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、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		

(兵庫GH用)

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	理念の中で、地域の方々・ご家族とともに支えていくと謳っています。理念の意図を共有するために、会議・研修・カンファレンス等で運営の指針であると説き続けており、理念に基づいたケア実践の理解が進んだと感じています。	開設当初からの「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」の理念が、職員間に浸透している。理念を言葉で理解するだけでなく会議の中で理念の意味を理解するように意識付け、利用者の現状に即したものに具体化し、ケアに活かし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	ご近所・地域の方々とは自然なお付き合いをしており、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のは難しいですが、秋祭り・盆踊りへの協力や地元の学校・保育園との交流は活発です。	地域の自治会には入会してないが、地域で行なわれる秋祭りや盆踊りには参加している。地域の行事への参加も出来る限り継続しているが、認知症の進行や身体状況の低下により困難になってきている。幼稚園・保育所からの来訪は活発に継続できている。実習生を受け入れ、ボランティアでは生け花、音楽療法の指導者などが来訪され、交流を持っている。ホームの前は散歩コースとなっており、近隣の方との交流もある。買い物に出かけた際も、地域とのつながりを大切にしている。利用者も近隣の住民が多くなり、地域から馴染みの人の来訪が増えている。近隣の方が見学に来られることも多くなっている。	
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・事業は実施していませんが、各種機関が開催する研修の実習生受け入れや、認知症家族会への協力は積極的に行っています。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も連携し支援しています。		

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
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	前回、前々回に引続き、今回も十分な取り組みが行えていません。報告・情報提供を主に開催していたため2ヶ月毎の定期開催に至りませんでした。今後は率直な意見交換の場とし定例開催に努めます。	2ヶ月毎に開催できていないが、老人会長・民生委員、家族代表、認知症家族の会の方、地域包括職員が参加している。開催時にはホーム内を見学して、状況確認もしてもらっている。会議では、事業所の状況報告を行うほか、評価の結果報告など時期に応じた話題で話し合い、活発な意見交換が行われている。2ヶ月に1回の定期開催の必要性は感じており、定期開催に努めようとしている。	2ヶ月に1回、年間6回の開催が望まれる。
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	市との連携は円滑に行われていると認識しています。過去には困難事例の協議や、担当者よりの相談にも応じた実績があります。市の委員会への職員派遣や、市担当者の見学受入も行っています。今年度はスプリンクラー設置の事前協議も行いました。	日ごろからグループホームで相談・課題があった場合は、市に問い合わせを行い普段から交流を持つようにしている。施設長は、市の認定審査員もしており、事業所の状況は市に把握してもらっている。	
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「身体拘束はしない」を明確な方針としています。毎年の研修計画では勉強会で身体拘束をテーマとして取り上げています。ご家族には安全上の拘束も行わない旨の理解を得ており、施錠についても防犯以外の実施はありません。	身体拘束をしない方針を明確にし取り組んでいる。2～3年前に利用者が転倒を繰り返すことにより生命の危機になる可能性が高いため実施した事例があるが、以降は実施していない。身体拘束実施時には、家族と話し合い、同意を得ながら必要最低限になるようにしていた。年間研修計画に盛り込み、すべての職員が身体拘束をしないケアの重要性を理解し、拘束をしないでよいケアを検討し対応している。周辺症状のために身体拘束をすることは、周辺症状を悪化させることであると理解している。	やむを得ない拘束を行なう時には、十分に検討し利用者の生命の危機を回避し個人の苦痛を最小限にするよう拘束を検討を継続されることが望ましい。
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、利用者には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。	毎年計画的に研修を実施し、虐待についての知識と理解を深めている。虐待の種類についても周知し、会議やミーティングなどで、ケアの中での言動が虐待に結びついていないかを振り返り、職員全員で細心の注意を払って取り組んでいる。	

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
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	社協職員を講師とし研修会を開催したこともあり、本年度は勉強会のテーマとして取上げています。成年後見人制度に積極的に取組まれている司法書士と連携も出来ており、過去には入所以降に成年後見人を選任された方もおられます。	研修に盛り込み、職員が一定の知識と理解が持てるように取り組んでいる。最近まで利用されていた利用者の成年後見人をされていた司法書士と現在も交流を継続している。	
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	料金体系・退所基準・医療体制・ターミナルケアなどに関しては、特に十分な説明を心掛けています。契約に際しては、契約書・重要事項説明書・各種パンフレットを活用し説明を行い納得を得た上で手続きを進めています。料金改訂・重度化に伴う負担増も十分に説明します。	契約時には、十分に時間をかけ、わかりやすい言葉で説明を行なっている。利用料金・退所時の基準・医療体制・終末期ケアについては、具体的内容を話しながら特に時間をかけて説明を行なうようにしている。契約書の改定時には、変更内容を説明し同意をえて、契約書を差し替えている。	
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	認知症が進行されても、日常の意思決定はご利用者にしていただくよう、また想いを理解することに努めています。また、ご家族が意見・要望を云いやすい雰囲気を作るためには、日頃の関係づくりが重要だと考え、面会やカンファレンスの際に話の場を積極的に作っています。	家族や利用者の方から意見や要望を直接言われることは現実はない。利用者の生活状況を報告する中で家族から意見や要望を聞き出せるように取り組んでいる。担当職員が家族に直接連絡や報告する中で意見や要望を聞く機会が多い。聞き取った内容は担当職員がケース記録に記載し、職員間で情報の共有を図るとともに、管理者が内容に応じて対応し、家族にフィードバックしている。	
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、職員が話し合い実施するよう明確に方針を伝えています。個々の職員とは面接の機会も作っており、意見交換をしています。また、ユニット会議・スタッフ会議なども意見の場とし機能しています。	月に1回、居宅介護支援事業所・デイサービスを含めて、常勤者が集まりスタッフ会議を開催する。グループホーム独自にも、各ユニットで会議を行なっている。スタッフ会議の中で研修会・各種委員会も実施している。各種会議の中で、職員の意見・提案を積極的に聴取している。また、年に2回施設長が直接個人面談を行い、個別に意見を聴取する機会も持っている。	

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
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制度を設けています。また、資格を取得すれば資格手当も支給されます。過程を重視した人事考課で、仕事に達成感を得られる職場環境を整えています。		
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。在籍年数・経験を考慮した外部研修の受講や勉強会での報告も行っています。また、資格取得も奨励しており、その為の特別休暇制度(年間15日)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。県の連絡会が開催する研修会にも積極的に参加しています。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、不安感を持たれないサービスの導入に努めています。入所前に面接に数回訪問したり、ホームに足を運んでいただく事で関係性を基づくよう努めています。説明ではなく伺うことを大切にしています。		
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	申込受付時より最も困っている事を伺い支援しています。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ても、緊急に必要とする支援もあり、多面的に支援する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。グループホームの円滑な生活には、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替われない場合がほとんどです。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	一時帰宅や馴染みの場所への外出支援は、ご家族にも協力を依頼し積極的に行っています。また、重度化により面会による関係継続が主になった方には、気軽に来園いただきゆっくり過ごしていただけるよう工夫と配慮をしています。	地域密着型サービスになり、近隣住民の利用者が増え、住み慣れた地域の顔馴染みの友人の来訪があるため、面会できるように支援している。また、馴染みの場所へは個別に外出支援を行なっている。	
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	利用者同士の関係には特別に職員が係わるのではなく、見守ることを基本としています。利用者間でトラブルも起こりますが、職員が適切な判断、対応を行い孤立などしないよう支援しています。また人間関係を意識しなくても良い支援が必要な方もいます。		

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
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ないが、過去には家族のない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に、利用日以外の日に訪問し、家事を手伝うなども行ったこともあります。		
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	利用者の重度化に伴い、上手く表現できない方が多くなっています。表情や何気ない行動・これまでの暮らしぶりなどから、出来るだけ把握するように努めています。ただ、それでも困難な場合には家族からの意見を聞くケースも多くなっています。	日常生活の中で、利用者の意思や思いを確認してから生活動作を行なうようにしている。自分で意思表示が困難になる中で、職員の意味や思いの押し付けになっていないのか常に考えながら利用者を支援するように配慮している。個別記録に経時的に利用者の生活の流れを記載し、そこからも思いや意向が汲み取れるように努めている。	個別記録の中に、ケアプランの内容が記載されているが、実施中での利用者の反応を記録として残し、思いや意向の把握に反映させることが望ましい。
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。		
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て、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対応が可能です。		

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
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	チームで現状を把握するようにしており、介護計画には全員の意見が反映しています。家族の希望や担当医・訪問NSの専門的意見も反映させながら、毎月の職員会議で介護計画の見直しを行っています。	アセスメント・モニタリング・職員の意見をサービス利用所にまとめ、計画作成担当者が介護計画を作成している。見直し時は、日常の家族とのかかわりの中で聴取した意見を介護計画に反映させている。説明時に、家族の意見を反映させていることを確認した上で、理解と納得を得て同意を得ている。	モニタリング表の評価の部分に、見直しの必要性の有無についても記載することが望まれる。
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	帳票の改訂を行い、改善が図れたと思います。ややもすれば日々の行動や気づきが記録の主体となっていましたが、介護計画に基づく実践や評価を記録するような改訂です。評価に職員個々の差異があるのが今後の課題です。		
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、グループホームの本質であると思います。外出・外泊の支援・趣味や嗜好への対応には実績を有します。また、健康管理・医療面での実績では、独居者への入院時の支援も行っています。		
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ないが、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・地域団体との交流は定着しています。		
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	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、その他の専門医や退院後の定期受診などにも必要な医療を受けられる体制が整い、各医療機関とも十分な連携が図れています。歯科往診も定期的であり、体制が整備されています。	在宅療養支援診療所の医師がホームの主治医となり、利用者の健康管理を行なうと共に、緊急時は連携をとり指示を受ける体制が整備されている訪問看護は週1回定期的に訪問し、状態把握と身体状況の管理をしている。定期的に歯科往診があり、整形外科、婦人科などには必要に応じて家族に受診支援をお願いしている。また、結核検診を毎年受けるようにしている。	

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
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、随時相談や緊急来園も可能です。訪看専門の帳票により情報を提供するようになっています。		
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、情報提供を行なっています。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。また、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。	入院時は、職員が同行し情報提供を行っている。状態の変化が生じた場合は、連携医に連絡を取り状態報告を行い必要な医療が適切に受けられるよう支援している。面会にも頻回に行き状態を把握し、早期退院に向けての支援を医療機関の協力を得て行なうようにしている。退院時のカンファレンスには必ず参加し、退院後にも利用者がスムーズに生活ができるよう受け入れ準備を十分におこなっている。	
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、事業所ですることを十分に説明しながら方針を共有し、地域と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をしています。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、本人・家族の方針の変化にも沿うようにしています。主治医の協力体制も整っています。	重度化対応・終末期ケア対応指針を作成し、契約時に説明し同意を得ている。終末期は、協力医が在宅で可能であると判断された場合は受け入れている。家族の意向を確認しながら、主治医・看護師・職員で話し合いを重ね、方針を統一して対応している。	
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。		
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	火災通報装置により、近隣住民へも通報可能なシステムがあり、協力体制は整っています。消防計画・マニュアルも策定しており、天災への備えとして備蓄食も用意し、数日間の自活が可能です。法定の消防訓練も実施しています。	消防訓練を年に2回実施している。火災通報システムにより、消防署・グループホームの建物間・施設全体の各職員・近隣住民に自動的に通報されるように整備している。消防訓練でも、通報システムの作動状況の確認を行なっている。備蓄も、利用者が食べやすいものを選択し、3日分は行なっている。	

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	日々の暮らしを共にする中で、一方的な親しみからプライバシーを損ねることのないよう、会議・勉強会で意識づけを行っています。あからさまな介護で自尊心を傷つけることのないよう、また、利用者に合わせた言葉かけを大切にしています。	毎年、人権尊重の勉強会を行い、職員の知識と理解を深めている。申し送り・会議などで、日常のケアの中で尊厳やプライバシーを損ねていないか振り返りの機会を持ち、常に利用者の意思を確認しその人らしい生活が送れるような支援に取り組んでいる。利用者への言葉かけや会話で気になる部分があれば、管理者が注意を促し改善を図っている。	
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。重度化により自己決定の困難な方が増えていますが、これまでの嗜好や生活ぶりを考慮し、職員に合わせた暮らしにならないよう注意しています。		
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し、その日をどのよう過ごしたいか、希望にそって支援している	理念に「その方らしく暮していただく」と謳っています。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きており、一人ひとりのペースを優先しています。体調とともに、現在ある個性を尊重しています。		
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であると考えています。身だしなみについては配慮が出来ていると思いますが、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。おしゃれの支援で暮らしを活性化できればと思っています。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者個々の出来る事・出来ない事や関心に合わせ、調理をしたり様子を眺めるなど、日々の暮らしの一部として自然な形で関わっていただいています。重度化により調理は無理となっても嗜好の物や旬の食材で、食事を楽しんでいただく支援をしています。	献立は、利用者の希望や好み、季節感を考え職員が立てている。買い物から調理・配膳・後片付けまで利用者一人ひとりのできること・できないことを把握し、利用者の状態に合わせて参加できるように支援している。職員は、日々調理する中で利用者の嗜好や好みを把握しており、利用者が無理なく楽しんで食べることができるよう調理方法や提供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
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ていませんが、体重測定を定期的に行い、参考にしています。また、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、夜間の義歯洗浄のほか、胃ロウの方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。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、オムツよりパット、パットでなく普通の下着になるよう取り組んでいます。重度な方も含め、利用者の希望を尊重します。	排泄はできる限りトイレで行なえるように支援する方針で行なっている。利用者の現状に即した計画で、ポータブルトイレ・リハビリパンツ・パットを段階的に使用し、自立に向けて支援している。羞恥心や不安を軽減するための配慮を行い支援できるように指導している。	
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していますが、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。食事面では乳製品や繊維質の食材を多く取り入れるようにしています。		
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	曜日や時間帯など決めておらず、利用者の希望や状況にあわせて、いつでも入浴可能な体制を整えています。入浴担当の職員を夕方に半日勤務で配置したり、重度者には2人介助の体制もあります。入浴嫌いな方への対応もリズムやタイミングに工夫しています。	入浴は毎日声かけを行ない、一人ひとりの希望・気分・体調に合わせて入浴ができるように支援している。身体状況が重度の方は安全性を考え、二人で入浴介助を行なうように体制を整えている。	

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
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リズムの変化に気づくことで、うまく表現できなくなった利用者にも安心感のある生活を過ごしていただけたと思います。		
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、処方時に交付される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薬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	日々の生活の中で、一人ひとりの持てる力を活かして家事や会話に自然に参加できる雰囲気作りをしています。飲酒・喫煙も職員が見守って楽しんでいただけます。晩酌を毎日されている方がおられます。		
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	利用者個々の身体機能もそれぞれに異なっており、外出は個別のことが多くなりました。日常的な外出支援は積極的に行っており、食材の買物や利用者個々の買物、少人数での外食・喫茶などは行事ではなく日常活動となっています。近場のドライブにはよく出掛けており、誕生日のお出掛けもしています。	高齢化・重度化が進み、自発的な外出や散歩は少なくなっている現状である。職員が積極的に声かけを行い、主に個別の外出支援を行なっている。買物・喫茶・食事のほか、職員が日常の関わりの中で知りえた馴染みの場所や家族から聞き取った場所などにも出かけている。	
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・買物には興味を示されますが、現金は小銭を持たれる方が数名おられるだけです。お金に関する妄想があった方も、今は落ち着いておられます。買物は「預り金」を使いますが、極力同行していただくよう支援しています。		

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
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。特に入所間もない方や帰宅願望のある方には、事前にご家族と相談し電話を有効に活用しています。		
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、和室や少し離れてダイルームを設けることもしています。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。	共用空間のリビングの窓から自然光が差し込み、季節の移ろいが五感刺激となっている。広いフロアにテーブル、椅子を置き利用者同士が談話を楽しみながら、ゆっくりとくつろげるような工夫が見られる。利用者の様子が見渡せる対面式のキッチンから食事作りの音や匂いや、リビングの一角にある和室の生け花、調度品が置かれ家庭的な雰囲気が感じられる。また、廊下にもスペースが設けられており、少人数で思い思いの時間が過ごせる配慮が見られる。	
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	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。他者の目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依頼し、リロケーションダメージの防止を図っている。また、利用者の身体状況により、フローリングを畳に変えたり、障子をカーテンに変える等も行います。趣味の作品や、家族の写真なども飾っていただきます。	利用開始時に利用者・家族に使い慣れた馴染みの物の持込を依頼し、違和感を感じさせないように配慮している。利用者の身体状況や希望に添って居室の模様替えをするなど安全で居心地良く過ごせる支援を行っている。	
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・テーブルは高さの異なる物を用意し使い易くしています。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たり、居室のドア付近にも置くようにしています。また、廊下やトイレには不用品物は置かないよう徹底しています。		