

## 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25年12月10日	評価結果市町村受理日	2014/2/7

※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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/28/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/28/index.php</a>
----------	---

### 【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25年12月24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。ご利用者は認知症も進行され、身体機能の低下も著しく、グループホームらしい生活が困難になってきています。そのような状況のもとで、ご利用者それぞれのニーズに合った支援が行えるよう、地域・ご家族の皆さんと連携して重度化に取り組んでいます。看取りもご家族・職員の信頼関係を大切に行っています。定例の運営推進会議も定着し、地域の理解も深まっています。地域の認知症ケアの拠点としての役割が果たせればと考えています。

### 【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広い窓から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。」の理念に添って、職員は利用者のADLの低下や認知症の進行で重度化・支援が多くなっていく中で、利用者一人ひとりが現在の生活の場で自分らしく過ごすことができるように手厚い支援に取り組み、利用者一人ひとりのペースを大切にしている。開設より事業所から積極的に地域に理解してもらえるように働きかけ、日常的に交流が継続できており、地域からの理解と協力が深まっている。地域の集まりの中では「鹿島の郷」と認識が強くなっている。高砂市の認知症家族の会との協力体制が図られており、各種講座への講師の派遣や実習生の受け入れを行い地域での役割を担っている。

## V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目№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		

### 自己評価および第三者評価結果

自己	者三	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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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」と謳っています。地域密着型サービス以前の開設時よりの理念です。ホームの運営や個別ケアを考える際の拠所として職員も認識出来ています。ただ、理念に束縛されることのないよう、職員自身の考えも大切にしています。	地域密着型サービスとしての役割を盛り込んだ理念を掲げるだけでなく、全職員で共通した認識を持ち、利用者を支援する取り組みを継続している。日々のケアの中や年2回の面談の機会を活かして理念を利用者一人ひとりへの支援やグループホームのあり方へ活かすように話し、問いかけを行い浸透が図られている。	
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、事業所の地域での存在感は深まっていると感じます。地域の学校・保育園等との交流は定着しており、ボランティアの受け入れも定期的に行っています。地域の催事への協力も積極的に行っています。	利用者のADLの低下や認知症の進行で重度化・支援が多くなったが、利用者一人ひとりが現在の生活の場で自分らしく過ごすことができるようにユニット間の職員・利用者交流を密にして、他者とつながりながら暮らし続けることができるように支援している。開設より事業所から積極的に地域に理解してもらえるように働きかけ、日常的に交流が継続できており、地域からの理解と協力が深まっている。地域の集まりの中では「鹿島の郷」と認識が強くなっている。高砂市の認知症家族の会との協力体制が図られており、各種講座への講師の派遣や実習生の受け入れを行い地域での役割を担っている。	
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、社協が開催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 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
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ヶ月毎に定例開催しています。夜間緊急時の対応、職員配置の状況、外部評価の結果報告、医療ケア体制等を議題にしています。グループホームでの火災事故の話し合いでは、委員より地域に協力を依頼していただく等の成果が得られています。	運営推進会議は2カ月に1回定期的に開催している。民生委員(地域住民代表)、認知症家族の会の代表者(知見を有する方)、訪問看護ステーションの管理者(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事業所としての課題や問題を提示し意見や提案・助言を受けサービスに積極的に反映させている。1月の運営推進会議より地域の他のグループホーム管理者の方にも出席してもらい、より多くの意見や提案・助言を受け質の向上に具体的に活かすように取り組んでいる。	
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	職員が市の委員の委託を受けるなど良好な関係にあります。各種調査への協力や、担当者より事案について意見を求められることもありました。過去には困難事例の協議や、担当者の相談に応じた実績もあります。	事業所から積極的に市の窓口相談や連絡を行い、利用者個々の課題や事業所での課題の解決に取り組んでいる。	
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することが出来るよう、勉強会のテーマとしています。認知症の進行でコミュニケーションが取り辛くなっていますので、言葉による拘束がないよう特に注意しています。	拘束をしない方針で取り組んでおり、現在も日々のケアや支援の中で拘束につながる支援やケアがないか全職員で注意し、拘束をしないケアの徹底に取り組んでいる。計画的に身体拘束をしないケアについて、言葉による拘束に視点を置いて学ぶ機会や不適切ケアについても拘束・虐待につながることで日々のケアの振り返りや話し合いを通して学ぶ機会を持っている。	
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上げています。会議・カンファレンスの場でも、無意識で虐待となるようなことがないか、ケアの検証をしています。業務中に不適切な言葉遣いやケアがあれば、職員間で注意を行う体制が出来ています。疑われる事例があれば調査を行い、必要な処置を取ります。	虐待についても身体拘束をしないケアと共に計画的に学ぶ機会を持っている。職員同士で不適切なケアについてお互いに注意し合う体制ができています。	

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
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、また社協職員を講師に招き、「日常生活自立支援」「成年後見制度」の施設内研修を実施しました。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、必要な場合は支援可能な体制があります。	介護保険課課長、社会福祉協議会職員の方を講師として事業所内で権利擁護について学ぶ機会を持ち、全職員で共通の認識を持ち活用できるようにしている。利用者・家族からの制度利用の希望があれば円滑に手続きが進められるように支援している。	
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	契約書・重要事項説明書に沿って説明を行っているが、料金体系・医療体制・退所基準・ターミナルに関しては、特に十分な説明を心掛けています。改定時には変更点の新旧対照表を作成し説明を行い理解を得るようにしています。また必要な場合は、各種パンフレットや説明書も利用しています。	施設長より契約書・重要事項説明書の項目に沿って細かに説明を行い、理解と納得を得て同意をもらっている。事業所での対応可能な状況や範囲をできること、できないことを具体的に説明を加えて行っている。契約時より重度化・終末期に向けた方針について説明し、利用者・家族の意向を確認、同意を得ている。（「看取りに至る介護への同意書」）契約書・重要事項説明書の内容に変更が生じた場合には、変更内容・変更が多い場合には、差し替えを行うが変更が少ない場合には、変更部分のみの差し替えで同意を得るようにしている。	
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	皆さん認知症が進行され、意思の表出が難しくなってきました。これまでの係わりや生活暦を大切に、想いを理解するように努めています。ご家族とは日頃の関係づくりが重要だと考えており、担当職員や計画作成担当者が、電話連絡や面会時を活用して信頼関係を築くように努めています。	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取るようにしている。生活便りも毎月発行を継続し、利用者の生活の様子を家族に把握してもらい意見や要望・希望がだしてもらいやすいようにしている。	

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
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、職員が話し合って決定する体制が整っています。スタッフ会議はグループホーム全体に関し、またユニット会議はユニット個別の案件や利用者個々に関する意見の場として開催されています。職員個々との業務に関する意見交換も積極的に行っています。	グループホーム会議、常勤職員で実施するスタッフ会議を毎月実施しており、運営やサービスについての意見や提案を聴取し、話し合い反映させるようにしている。ユニット会議ではケア会議も含めて実施し利用者の課題解決に向けた支援方法の検討を行っている。	
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、昇格・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。		
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	年間研修計画を作成し、体系的な研修を実施しています。職種や経験年数に応じた外部研修の受講や施設内研修の講師に指名しています。また、資格取得を奨励しており、多数の職員が介護福祉士を取得しています。資格取得に必要であれば、前項目にも記した特別休暇を設けています。		
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市町で連絡会を作っており、他のホームとの交流は活発です。特に家庭介護・リハビリ研修センターの実習生の受入には積極的に対応しており、職員には非常に良い刺激となっています。県の連絡会や、全国ネットワークにも加入しています。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>				
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のですが、不安を持たれないサービスの導入に努めています。必要があれば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っていると考えています。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	長期的には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へ支えられ、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	高齢化・重度化により外出を伴う関係継続の支援が難しい利用者が増えました。グループホームの支援での最も大切なものと考えており、利用者個々の状態に合わせた支援を行っています。お元気な方は職員が同行しご家族との食事会や、外出が困難な方は面会者の送迎等も行いました。	利用者の高齢化に伴い、来訪されていた知人や友人も高齢になり来訪が難しくなり交流の継続が難しくなっている。ユニット間での交流を積極的に行い、利用開始後にできた馴染みの関係の継続ができるように支援している。銭湯やスーパーに気軽に出かけることができていたが、高齢化・重度化により外出の機会が減少しつつあるが、利用者の希望や体調を考慮して、個別の外出の機会を多く持つように取り組んでいる。希望により買い物や護摩焚き、外食など出かけている。	
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。孤独ではなく、一人での環境が必要な方にも配慮しています。		
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	グループホームを退所され、特養に入所された方がおられます。退所時の支援は当然ですが、面会にも数回伺っています。過去には退所者の入院先に食事介助に出向いたり、退所者の自宅を訪問し家事を手伝うなども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
<b>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</b>					
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、思いや希望を伝えることが皆さん難しくなってきました。問いかけに工夫をしたり、表情や動きに注意を払い、利用者の思いを把握するように努めています。これまでの暮らし方も参考に、またそれも困難な場合は家族の意見を参考にしています。	認知症の進行により自ら思いや意向を伝えることが難しくなる中で、利用者との日々の長い関わりの中でこれまでの経過・状況を基に利用者の表情や動きなどから利用者の思いや意向・希望を把握するようにしている。	
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、面会に来られる多くの方から有効な情報を得ることもあり、職員で共有して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	個々のリズムで生活しており、標準的な現状の把握ではなく、職員がそれぞれの角度から総合的に把握するように努めています。現在に有する力を暮しに活かす支援には、チームによる把握に努めることが必要で、変化が生じた場合にも速やかな対応が可能となっています。		



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
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。日常の介護の中で職員が必要と感じる介護計画を作っていますが、担当医や訪問看護師の専門的な意見も十分に取り入れています。現状に即した計画となるように、毎月のユニット会議で見直しを実施しています。	事業所で作成された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計画書・日課計画表を作成している。日課計画票の個別サービス・主な日常生活の欄に利用者個別の生活リズムに沿った支援を明示している。計画のサービス内容の項目毎に毎月モニタリング・評価を実施している。計画のサービス内容を介護記録の上欄にケアプランとして明示し職員がプランに沿った支援を行うことを意識して行うように取り組んでいる。	介護記録に明示されたケアプランに沿って支援を行っているが、支援を行った結果利用者の状況や観察記録を残すことが望まれる。介護記録に明示されたケアプランの実施状況が分かるような記録の工夫を行うことが望まれる。
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	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、気づきや工夫に関しては職員によりバラつきがあり、十分とは云えない。帳票の改訂や記録に関する研修も実施しており改善は認められます。		
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	個々の生活リズムで暮し、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ないと考えます。多機能とは柔軟な支援を行なえる体制を整えていることで、外出の支援・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、各種ボランティアの受入などを行っています。今後も定着を図るため地域資源の活用を積極的に進めます。		
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、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	ホームは主治医として在宅療養支援診療所の医師と連携しています。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を図っています。緊急時には24時間オンコール体制で往診を受けることも出来ます。歯科往診も可能で医療の支援体制は整備されています。	内科はホームの在宅療養支援診療所の医師の往診を受け、疾患・健康管理を行ってもらえる体制が整えている。週1回の訪問看護を定期的に受ける他、利用者の状態に変化が生じた場合には、適切に訪問してもらい支援を受ける体制が整えられている。終末期などには、医療保険を適応し訪問看護の支援を個別に受け、医療・介護との連携を図りながら支援する体制が整備されている。往診医・訪問看護共に24時間の連絡体制が整えられており、利用者の体調の変化が生じた場合に速やかな連絡・支援を受けることができる。鍼灸師の方の来訪も受け、利用者の身体の拘縮予防や身体の機能維持・亢進ができるように11月より開始している。	
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を行なっています。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。重度化が進み医療保険での訪問看護を利用する方もいます。専門の帳票で情報を共有するようにしています。		

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
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。定期的に面会し、地域医療連携室や、Dr・Ns・Ms wなどのスタッフと積極的に情報交換し、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。	入院になった場合には、職員が同行し医療機関に情報提供している。殆ど連携が図れている医療機関への入院となっており、入院中も地域医療連携室や医師・看護師との情報交換・情報提供を受け、速やかに元の生活に戻れるように支援体制を整えている。退院時には、事業所の介護職員だけでなく、訪問看護師もカンファレンスに参加し事業所での支援体制を早期に整えるように努めている。吸引が必要な利用者にも対応できるように体制を整えている。ストマを造設、胃ろうの方にも対応できるように職員の教育を行い体制整備することで早期退院に向けた支援ができるようにしている。	
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	利用開始時より重度化や終末期に関しホームの方針を詳しく説明しており、同意書をいただいています。入居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。必要な備品購入や外部研修の受講など対応を強化しています。主治医や訪問Nsとの協力体制も整っています。	利用開始時より重度化・終末期に向けた「看取りに至る介護への同意書」で説明を行い同意を得るようにしている。利用者の身体状況や病状の段階に応じて家族と医師・看護・介護共に話し合いを行い、意向を確認し意向に沿った支援を行うようにしている。	
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・心配蘇生の研修を実施しています。AEDや酸素ボンベも準備しています。研修の中では救急車の到着までの必要な知識を取上げています。	/	

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	消防訓練には毎回消防隊員を講師に招き、本物の消火器も使用するなど実践的に実施しています。また消防計画・防火マニュアルの他に、自然災害を対象として「災害対策マニュアル」も策定しています。備蓄食も用意し数日間の自活が可能です。地域に施設の提供も考えています。	消防訓練をデイサービスと合同で昼間想定、グループホームで夜間想定で実施を年2回～3回消防署の来訪を受け実施している。消火訓練時には、消防車の出動もある。自然災害も想定し「災害対策マニュアル」を作成、見直しを実施している。非常災害時を想定して3日～4日はホームで過ごすことができるように備蓄している。災害対応マニュアルは、平常の対策、警報発令時の対応、災害発生時の対策、被災時の業務計画、地域での役割の項目でまとめられている。非常災害時には地域の避難を受け入れられることができる用意をしている。	
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>				
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	親しみを持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なかで、一方的な親しみを持つことのないよう会議・研修の場で注意を喚起しています。	排泄誘導・支援の時には、利用者の尊厳プライバシーや羞恥心に配慮する為に声かけや排泄用具・物品の取り扱いをあからさまにしないように努めている。また、職員同士で尊厳やプライバシー・羞恥心を損ねるような支援や言葉かけが行われていれば注意をしようようにしている。	
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	言葉だけによらず、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、利用者の意見・希望の小さな表出にも気づ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	理念にも「その方らしく暮らしていただく」と謳っています。自宅での暮らし振り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ペースが多岐になっています。体調や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をしていますが、おしゃれを暮しの中に取り入れておられる方は少なくなりました。外出や行事の際は、服装に注意をしています。理美容のため外出される方も少なくなりました。		
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	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。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、自然な形で関わっていただいています。献立面では、嗜好の物や旬の食材、食易い調理方法などに工夫しています。	職員と一緒に利用者の状況に合わせて調理に参加してもらい利用者の食事への関心を高めている。嚥下や咀嚼に障害のある時には、刻みやミキサー食を提供するが、目で楽しみ美味しく食べられるように工夫している。	
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	喫食料や水分摂取は記録し、特に水分摂取量については注意しています。食事はカロリー計算まで把握できていませんが、体重測定を定期的に行い参考にしています。栄養補助食品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 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
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なっています。胃瘻の方も口腔ケアを行なっています。個別の対応は歯科衛生士の助言を受けています。		
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が、重度化により介助の必要な方が増えています。排泄パターンを把握しトイレ誘導をするなど、出来る限り利用者個々にあった排泄介助を行なっています。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ています。	夜間におむつを使用してる方はあるが、昼間はトイレでの排泄を行えるように支援している。必要に応じて排泄パターンを把握することもあるが、日々の利用者の動きや表情から排泄への意向を把握し支援することで自然な排泄の自立へ向けた支援を行っている。	
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	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摂るよう献立の工夫をしています。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	曜日や時間帯を決めずに、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。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。そのような場合はタイミングを計って勧めています。二人介助の必要な方も多くなりました。	毎日でも入浴できるように支援する用意はあるが、利用者の体調や体力に考慮し利用者の意向に沿った入浴ができるように支援している。	

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
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	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、安眠や休息の支援に重要だと思います。認知症の進行による生活リズムの変化や体調管理には注意しています。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な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	特別な役割は定めていませんが、毎日新聞を取りに来られたり、調理を手伝ってくださる方はいます。併設するデイサービスの行事に参加されたり、日々のユニットのレクリエーションにも参加されます。喫煙・飲酒も禁止にはしていません。毎晩、晩酌をされる方もいます。		
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	身体機能の低下も皆さん進行しており、外出は個別に行ったり、2~3人の小グループで行なっています。お元気な方は職員と食材の買物にも出掛けられています。遠方への外出や全員での旅行は困難ですが、個別に無理のない範囲でドライブや近隣への外出をしています。外出機会は工夫により増えています。	身体機能の低下により以前ほど外出の機会は多く持っていないが、2~3名の少人数で利用者の希望と機能に合わせてドライブや買い物、近場への旅行に出かけるように支援している。ホーム内で歩行を行い下肢筋力低下予防に努めることができるように支援している。	

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
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。買物や外出に興味を示される方はいますが、現金を持つことを希望される方はなくなりました。同様に被害妄想によるお金のトラブルもなくなりました。私物の買物は「預り金」で支払いますが、同行していただくよう努めています。		
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支援をしています。帰宅願望のある方や、入居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せん。自宅に近い落ち着いた環境にするため、不要な掲示や装飾はしていません。居心地の良い空間として和室やサブのダイニングを作り、少人数で寛げるようにしています。BGMやテレビの音量・過度な空調にも注意しています。季節の花や催事も暮らしに活かしています。	自然光が差し込むフロアは空調・騒音、壁面の自然な飾り付けにも配慮され、落ち着いた雰囲気である。広い空間にテーブル、椅子等の配置にも配慮し、思い思いに過ごせ、居心地良く暮らせる配慮が見られる。さらに、和室には床の間・座卓など、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。室内は整理整頓が行き届き、清潔である。室内の一角にある調理場の雰囲気や匂いが五感刺激となっている。	
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	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。周りの目線を直接感じなくても良いように、物の配置を工夫したりコーナーを利用しています。		



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
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していただき、リロケーションダメージを受けないようお願いしています。趣味の作品や家族の写真を飾っていただくようなこともしています。室内の配置も外部からの視線を感じないようなスペースを作るなどの工夫もしています。	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	廊下やトイレには不用品を置かないよう注意しています。歩行が心配な方のためには、ホーム内の数カ所に椅子を置いていません。食事の椅子やテーブルは高さの低いものも用意し、使い易くしました。フローリングに畳を敷き、転倒防止もしています。		