

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28年12月 日	評価結果市町村受理日	平成29年2月8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.kaigokensaku.jp/28/
----------	---

【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6-25-224		
訪問調査日	平成28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。ご利用者には認知症も進行され、身体機能の低下が著しい方もいらっしゃいますが、その方らしく暮らしていただく支援を工夫しながら、グループホームらしい生活を過ごしていただいています。健康管理面にも万全を期しており、ホーム主治医、訪問看護ステーション、薬剤師等と連携しています。開設以来、地域の理解も深まってきていると感じています。運営推進会議でホーム運営に重要な提案をしていただくことも多くあります。地域・ご家族の協力をいただきながら、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)】

自然に恵まれた静かな環境に立地した、デイサービスを併設するグループホームである。ゆったりとした共用スペースは暖かな木調で、清潔で明るく季節感・家庭的な雰囲気大切にしている。地域資源の活用・ボランティアによるイベントやクラブ活動への参加等をにより地域交流の機会を持ち、市と協働した認知症カフェの開催・各種学校教育への協力等地域貢献にも努めている。利用者の希望や季節感を採り入れて毎日献立を立て手作りの食事を提供し、利用者も好みや力量に応じて買い物・下準備・調理に参加できるように支援している。一人ひとりの心身の状態に合わせた個別計画を丁寧に見直しながら、その人らしい生活が継続できるように個別支援に取り組んでいる。24時間オンコール体制・訪問看護ステーションとの連携等により、医療的な安心を提供するとともに、希望に応じて看取り介護も行っている。

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 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)
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)
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 3. 利用者の1/3くらい 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)
59	利用者は、職員が支援することで生き生き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 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんどいない	66	職員は、生き活きと働いている (参考項目:11,12)
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 3. 利用者の1/3くらい 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
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 3. 利用者の1/3くらい 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
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 3. 利用者の1/3くらい 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	開設時より理念には「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となる以前より、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しており、日々の生活の中で自然な形で実践につながるよう図っています。	事業所開設時から、「歩いて来られた人生を大切に、輝き続ける生活を応援します。」を理念として継続している。さらに、具体的に理解しやすい5項目の基本情報を作成し、その中で「ご家族・地域の皆様とともに」という地域密着型サービスの意義を明確にしている。理念を玄関に掲示し、利用者・家族・来訪者・職員に周知を図っている。職員の定着がよく理念が浸透しており、個々のプランに盛り込み意識づけが出来ており、自然な形でケアに反映している。	
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、事業所自身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をすることは難しいですが、ホームの地域での認識は深まってきたと感じています。近隣との自然なお付き合いや地域の催事への協力、地元の学校・ボランティアとの交流も年々活発になっています。	事業所としての地域での認識は深まっている。利用者は近隣店舗に食材や花・私物の買い物に出かけたり、また、近隣の方と挨拶を交わす機会もある。同建物にあるデイサービスで行われる、月1回の認知症カフェに出かけて、地域の高齢者との交流の機会を持っている。近隣の保育園児や毎週のお話しボランティア、毎月の習字・生け花のボランティアの来訪がある。併設のデイサービスに大正琴・オカリナ・歌・踊り等、多数の地域のボランティアの来訪があり、グループホームの入居者も参加して事業所全体で交流を持つことができている。小学生の職場体験・中学生のトライやるウィーク・高校生や実践者研修の実習を受け入れ、認知症サポーター養成講座の講師派遣・介護相談の受け付け等、事業所の機能を活かして役割が担えるように取り組んでいる。	
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	今年から認知症カフェを定期的で開催しています。また、併設の居宅介護支援事業所と連携し個々の介護相談には積極的に取り組んでいます。市内のキャラバンメイト連絡会に参加しており、サポーター養成講座に協力しています。認知症家族の会とも積極的に交流しています。		

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	2ヶ月毎に定例開催しています。利用者の事例検討、外部評価結果の報告、災害対策、安全管理等を議題にしました。過去には委員の提案で薬剤師による居宅療養管理指導を始めました。看取りに関しても重要な意見が頂けました。事業の運営に重要な役割を果たしています。	家族代表・地域包括支援センター職員・社会福祉協議会前会長・訪問看護ステーション管理者・民生委員を構成メンバーとして、2か月に1回定期的に開催されている。会議では、利用者の状況・入退所状況・行事関係・人事異動など詳細な資料を作成して報告している。28年度は、主に災害対策・安全管理・認知症カフェを議題に採り上げ、専門性の高い多種の立場の参加者から意見・情報を得ている。その他、地域の情報提供があり、サービスに役立っている。	運営推進会議は、利用者が外部者に意見を表す役割も持つことから、その日の体調等も考慮して、利用者が短時間でも運営推進会議に参加する機会づくりを期待する。
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	職員が市の委員の委嘱を受けるなど良好な関係にあります。過去には困難事例の協議や、担当者の相談に応じたこともあります。制度改正に伴う総合事業の開始も近づいており、一層連携の強化に努めたいと思っています。	地域包括支援センター職員の運営推進会議への参加を通して、利用者の状況や事業所の取り組み等を伝えている。また、施設長は市の認定審査員の委嘱を受け、また、市委託の認知症カフェの開設や認知症サポーター養成講座の講師依頼など、日常的に市と連携を図り協力関係を築いている。市から情報提供を受けるだけでなく、総合事業関連でも連携して、市町村との協働関係が継続されている。	
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、勉強会のテーマに取り上げています。大腿骨を骨折され、手術のみで入院せず治療された利用者に、医師の指示と家族の同意で4本柵・つなぎ服の短期利用がありました。	身体拘束廃止の方針を契約時に家族に説明し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。年間研修計画に「身体拘束廃止・虐待防止」を位置づけ、スタッフ研修で学ぶ機会を設けている。言葉による拘束を含め、主としてグループワークを採り入れて、具体的に話し合い職員の意識向上に努めている。エレベーター・階段は自由に使用でき、玄関は日中は施錠せず、利用者の気持ちに寄り添い外出の意向がある時は職員が対応している。	

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
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。無意識で虐待となるようなことがないか、会議やカンファレンスの場で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、職員間で注意をする体制が出来ています。スタッフ会議では事例検討も行っています。	虐待防止についても年間研修計画に取り入れて学ぶ機会を設け、スタッフ会議でも虐待報道の記事を採り上げ、虐待や不適切ケアについて話し合い職員の意識向上に努めている。また、気づきがあれば職員間でお互いに注意し合う職場環境が構築されている。施設長は定期的・随時に個人面談の機会を設け悩みや不安を聞き、さらに基準より余裕を持った職員配置に努め、ストレスや疲労の蓄積がケアに影響を与えないように取り組んでいる。日常的に利用者の身体状況を観察し、虐待が見過ごされることがないように注意を払い虐待防止に努めている。	
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	日常生活自立支援事業をご利用されるご利用者はいませんが、家族がなく、利用開始後に成年後見制度を利用された方がいます。今年度は「権利擁護」も勉強会のテーマとして取り上げました。成年後見に積極的な司法書士事務所との連携もあります。	年間研修計画に「権利擁護について」を位置づけ、外部講師(司法書士)を招いて権利擁護についての知識を共有する機会を設けている。制度を利用されている利用者があり、職員は実務を通して制度を学ぶ機会もある。今後も利用の必要を感じた場合は、管理者が窓口となり、司法書士・社会福祉士と連携をとり相談できる体制が整っている。	
9	(8)	○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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い、また必要なパンフレットを用意し説明をしています。特に料金体系・医療体制・退所基準・ターミナルに関しては、納得されるまで説明しています。制度改正時には新旧対照表を作成し、改正点が明確になるよう注意しています。	契約時には、「契約書・重要事項説明書」「事業所パンフレット」「市のパンフレット」を用いて、管理者が丁寧に説明している。重要事項説明書の表紙に運営理念を明示し、特に料金・退所基準・支援内容を詳細に、大きめの活字でわかりやすく工夫している。重度化・終末期に向けて事業所の方針を説明して「看取りに至る介護の同意書」を交わしている。契約内容の改定時には、変更部分を明確にした文書で同意を得ている。諸事情による退所の場合も、移行先の事業所に情報提供している。また、法人のバックアップ体制が整備されており、円滑に移行できるように適切な支援を行っている。	

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
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	運営推進会議には家族代表の委員がおられ、積極的なご意見を頂いています。利用者ごとに担当職員を決め、ご家族との関係作りに努めています。毎月「生活便り」を郵送し、生活の様子を理解していただき、ご意見や要望を聞くようにしています。緊急時には電話で相談をしています。	家族来訪時には職員から近況を伝え、意見・要望を聴取している。毎月発行の「生活だより」に、利用者個々の写真と健康状態・医療関係の報告・「職員からの一言」を添えて利用者の近況を報告し、「生活だより」には意見・要望を求める言葉を添え、また、各利用者に担当職員を設けるなど、家族が意見や要望を表わしやすいように工夫している。家族の意見は申し送りノート等で共有し、内容に応じてスタッフ会議などで検討を行い運営やサービスに反映している。サービス計画書見直し時も、家族の意見・要望を個別に聴き取る機会としている。	
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の支援に関しては、職員が話し合い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ついて、ユニット会議はユニット別の案件や利用者個々の課題について検討する場となっています。管理者は職員個々とも運営に関する意見交換を積極的に行っています。	定期的にスタッフ会議・パート職員を含む職員全員でのユニット会議を開催し、管理者は職員の意見・提案の把握に努め、必ず回答・報告している。デイサービスを含むスタッフ会議を全体会議と位置づけ、行事報告・委員会報告を行い施設全体に関わる議案について検討している。人事考課制度を導入し、自己評価・上位者評価の結果をもって個別面談を行い、職員の意見・要望等を個々に把握する機会としている。職員の勤続年数も長く管理者と接する中で話しやすい関係づくりが出来ており、日常的に意見や要望は把握されている。ユニット間の職員の異動はないが、応援体制により利用者全体との馴染みの関係が出来ている。	
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。資格取得も奨励しており、必要な外部研修の受講も認めています。業務が過度の負担にならないよう効率化や弾力的な職員配置に努めています。		
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を担当させるなどしています。資格取得では、多数の職員が介護福祉士を取得し、更なる資格取得を奨励しています。		

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
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、交流の場となっています。市内のホーム数も増えており、情報交換や訪問の機会も多くなりました。県連絡会・全国ネット・全国組織にも加盟しており、研修・図書の案内や各種の情報提供を受けることができます。		
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が築けている状況にはありません。可能な限り不安を持たれないサービスの導入に努めています。面接に数回訪問したり、ホームに来ていただき時間を十分に取し、想いを理解するように努め、信頼関係を築いています。		
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繋がっていると考えています。利用開始後も、家族のこれまでの体験で持った想いの理解に努め、家族との関係づくりを築いています。		
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、緊急に対応しなければならない問題を抱えている場合があります。その状況で最も必要とされるサービスを受けることができるよう、併設事業所や医療機関との連携体制を整えています。		
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暮らす生活の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に職員は支えられ、働き甲斐や喜びを頂いています。		
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が不可欠です。特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、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。		

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
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・重度化も進行しており、利用者一人ひとりの状態に応じた支援を行っています。お元気な方はご家族との外出や、職員と希望される場所に出掛けています。日曜礼拝に出掛けたり、馴染みの美容院に行かれる方もいます。また、電話で面会をお願いする場合もあります。	入居時の面談やフェイスシートの生活歴・心身の状況を用いて、利用者の馴染みの場所や人についての情報の把握に努めている。また、入居後の日々の関わりの中でも情報の把握に努め連絡ノートで共有している。入居後も、友人や知人・家族等の来訪があり、フロアーの談話スペースでゆっくりと過ごし、馴染みの人との関係が継続できるように努めている。また、家族の協力を得て、美容院や教会・かかりつけ医・外食等、馴染みの場所への外出も支援している。同施設のデイサービスのイベントやクラブ活動への参加も、馴染みの関係の継続の機会となっている。	
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	利用者同士の関係は必要以上に職員が係わることはせず、見守ることを原則としています。小さなトラブルは起こりますが、職員の対応で穏やかな人間関係が保たれています。静かな雰囲気がお好きな方にも、孤立しないよう、支え合う場を作る支援を行っています。		
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	契約終了は入院による場合が大半です。過去には入院先に食事介助に伺ったり、洗濯の支援を行ったこともあります。在宅に戻られた方には、自宅訪問し家事を手伝ったり、買物支援を行いました。特養に入所された方には、情報提供で協力しました。		
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	ご自身で判断が可能な方は自己決定が原則です。思いや希望を伝えることが難しい方には、問いかけに工夫をしたり表情や動きに注意し、想いの汲み取りや意向の把握に努めています。これまでのホームでの暮らし振りも参考にし、それも困難な場合は家族の意見を参考にしています。	日々のコミュニケーションの中で利用者の思いや意向の把握に努め、「私の気持ちシート」等に記録して共有している。加齢や認知症状の進行に伴い把握が困難な利用者については、家族からの情報や表情・職員の関わりへの反応を観察して、本人の立場に立って職員間で話し合い支援に反映している。	

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
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、申込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馴染みの方々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	一人ひとりのリズムで生活しており、一般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。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必要があり、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。		
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・家族の希望を優先し、その想いを支え、一人ひとりの生活リズムに沿った支援をするための介護計画を作っています。担当医や訪問NSの意見も取り入れて、現状に即した計画にしています。毎月のユニット会議でアセスメントとモニタリングを行い、変化にも速やかに対応しています。	利用開始時に利用者・家族の意向・希望を聴き取り、アセスメントを基にセンター方式も利用して初期計画を作成している。3ヶ月後に再アセスメントを行い、その後は、定期的には6か月毎にサービス計画書を作成している。介護記録にサービス計画の支援内容を明示し実施状況をチェックすると共に、介護状況や生活の様子を記載している。担当職員が毎月モニタリングを行い、ユニット会議で共有している。サービス計画の見直し時には、再アセスメントを行い、ユニット会議で話し合っ現状に即したサービス計画の作成に努めている。利用者・家族の意向・希望を確認し、主治医・訪問看護師等の意見も参考にしている。	
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残せていますが、気づきや工夫の記録は職員によりバラツキがあり、十分とは云えない状況です。帳票の改訂や、外部研修への参加なども行い改善に努めています。具体的な記録により情報を共有し、計画の見直しに活かしています。		

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
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	多機能な支援とは、柔軟な支援を行える体制があることだと考えています。外出の支援や趣味・嗜好への対応、医療的なケアには多くの実績があります。今後も併設事業所や医療機関と連携し、積極的に取組む方針です。		
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	利用者個人が地域資源を活用できている状況ではありませんが、ホームを通して様々な資源を活用しています。市民センターや自治会との連携、小中学校との交流、民生委員との情報交換、ボランティアの受入など活発にしています。人的交流を図り地域との協働を進めていきます。		
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	昔馴染みの医院に受診されている方もおられますが、在宅療養支援診療所の医師に、ほとんどの利用者がかかりつけ医をお願いしています。24時間オンコール体制で、必要時には往診も可能です。歯科・整形外科との連携もあり、往診や療養管理をお願いしています。	利用開始の面談時に利用者・家族の意向を確認し、希望に沿った受診支援を行っている。利用者のほとんどが24時間オンコール対応の在宅療養支援診療所の内科の往診を受けている。さらに週1回訪問看護を受け健康管理・病気の早期発見に努めている。必要時には、歯科・整形外科の往診を受けることも可能である。精神科(認知症対応)など協力医療機関への通院は、職員が同行している。往診の内容は医師毎の「往診記録」と「介護記録」に記録し、通院の内容は「業務日誌」と「介護記録」に記録し、職員間、家族と情報を共有している。家族には電話や面会時に報告している。	
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、定期的に健康管理に来園します。24時間オンコール体制で、必要な場合には電話相談ができ、緊急の来園も可能です。併設のデイサービス看護師との連携も強力で、介護職員への医療面の支援体制は整っています。		

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
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しています。情報提供票も作成しています。また定期的に面会し、地域医療連携室や、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、職員と訪問NSが参加し受入体制を整えています。	緊急時や入院時には職員が同行し、利用者の状況について情報を提供し、「情報提供書」も作成している。入院中は面会に行き状態の把握を行い、地域医療連携室・医師・看護師と情報交換し早期退院を目指している。退院前には介護職員と訪問看護師がカンファレンスに参加、受け入れ体制を整えている。退院時には「看護サマリー」「医師の意見書」「リハビリ計画書」の提供を受け、退院後の支援に活かしている。	
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、事業所ですることが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	利用開始時に「看取りに至る介護への同意書」を基に、ホームのできることでできないことを詳しく説明しています。また、本人・家族の要望や方針の変更にも柔軟に対応するよう努めています。終末期が近くなれば医師より家族に伝え、訪問NSも随時に来園し、チームでの支援を行います。	契約時に、「看取りに至る介護への同意書」を用いて、重度化・終末期についての事業所の方針を説明し同意を得ている。重度化を迎えた早い段階で、主治医から家族に状態説明があり、事業所での看取りを希望される場合は、支援方法を統一して、家族の意向に沿った支援に取り組んでいる。主治医との24時間オンコール体制や、訪問看護師のサポートがあり、職員の不安も軽減している。	
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・心肺蘇生の研修をしています。AEDや酸素ボンベも準備しています。訪問看護ステーションとは24時間オンコール体制で、電話相談、緊急の来園も可能です。「喀痰・吸引等事業者」の登録も行いました。		

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	毎回の消防訓練には消防隊員を招き、指導を受けています。また、防火マニュアルの他に、自然災害用の「災害対策マニュアル」も策定しています。備蓄食も備えており、数日間の自活が可能です。自然災害の避難訓練も計画しています。	年に2回、利用者も参加して、デイサービスと合同で夜間を含む想定で、通報・避難・消火の総合訓練を実施している。毎回消防署立ち合いの下で、マニュアル・設備説明を含む火災避難消防訓練で助言を得て、実践的な訓練を行っている。避難経路の確認も行い、対応方法についても職員間で周知している。地震・津波等自然災害時の災害訓練は3月に予定している。運営推進会議を諮問機関と位置付け、地域との協力関係についての意見交換を行い、近隣からの支援を依頼している。水・食料・備品類の備蓄を行っている。	
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	利用者と職員が共に生活する場では、人格を尊重し、年長者として尊敬することが基本方針です。羞恥心への配慮を欠いたケアや、自尊心を傷つけるような言動のないよう、会議・研修の場で職員に注意し、徹底を図っています。不適切な対応があれば注意をしよう体制があります。	「プライバシー保護・個人情報保護について・コミュニケーション」を年間研修計画に組み込み、高齢者の尊厳・羞恥心への配慮等を学ぶ機会を設けている。日常業務の中で気になる言葉かけがあれば、職員間で注意し合う関係が築かれている。会議でも議題とし、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応について、職員の意識向上に努めている。個人ファイル類はフロアの鍵のかかるキャビネットに保管し、写真の掲示については家族の了解を得る等、個人情報の管理も適切に行われている。	
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	言葉のみでなく、一人ひとりに合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が難しくなれた方には、利用者の意思・希望の小さな表出にも職員が気づくことができるよう、日頃から想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、現在の体調や機能面を考慮し、一人ひとりのペースを優先して支援しています。希望を伝えられない方には、表情やホームでの暮らし振りを参考に支援し、ご家族の意見も頂いています。		
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。季節の装いや外出の服装には注意をしています。理美容もホームに業者を招くことが多くなりました。		
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出来る方が少なくなりましたが、食材の買物に出掛ける方はいらっしゃいます。一人ひとりの出来ることや関心事に合わせ、調理を眺めたり味見をしていただいています。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けるよう工夫しています。	利用者の希望や季節感を採り入れて毎日献立を作成し、手作りの食事を提供している。利用者の好みや力量に応じて、買い物・下準備・調理に参加できるように支援している。漬物・干し柿・おはぎ等利用者が中心になって作る機会も多い。利用者の嚥下や咀嚼状況に合わせて刻み食なども提供しているが、目で楽しみ美味しく食べられるように配慮している。職員も同じテーブルで同じ食事を味わい、家庭的な雰囲気食事を楽しんでいる。季節ごとの催事に合わせた食事にもこだわり、生活習慣を大切にできるように支援している。デリバリー・テイクアウトや外食の機会を持ち、変化を楽しむ機会も設けている。	

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	喫食量や水分摂取量は記録し、水分摂取には注意しています。生活習慣病での食事制限や肥満の方には食事量に注意を払い、食事量が落ちてこられた方には、食易い献立や栄養補助食を利用する場合があります。定期的に体重測定を行い参考にしています。		
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	一人ひとりの状態に合わせ、朝夕の歯磨き・毎食後のうがい・定時の口腔ケアを行っています。歯科医の往診もあり、個別の指示の出ている方もいます。個別のケアは歯科衛生士の助言を受けています。義歯洗浄は夜間にしています。		
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。夜間にリハビリパンツを使用する方はいますが、昼間はトイレで排泄を行えるよう支援しています。日々の利用者の動きや表情から排泄の意向を把握し、パットやおむつに頼らないケアに取り組んでいます。ボクサーパンツの利用も始めました。	排泄チェック表に記入し、一人ひとりの排泄状況やパターンを把握して、利用者の状況に応じて声かけ・誘導を行っている。夜間はリハビリパンツ利用の利用者もいるが、毎月のカンファレンスで現状に適した介助方法や排泄用品を検討し、昼間はトイレでの排泄を支援して排泄用品の使用の軽減に努めている。排泄介助時はカーテン・ドアの開閉や声かけ、介助時以外はドアの外で待機する等、プライバシーを損ねない対応に努めている。	
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。食事にも注意を払い、毎朝のヨーグルトやもち麦ごはん等の繊維質の食材を多く摂るよう工夫をしています。		

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
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、毎日でも入浴支援は可能ですが、利用者の体調や体力を考慮し希望に沿った入浴支援を行っています。概ね隔日に入浴され、時間は午後の方が多いためです。入浴嫌いな方には無理強いすることなくタイミングや声掛けに工夫をしています。必要な方には2人介助で安全を優先しています。	隔日の入浴を基本として個浴で支援している。希望があれば毎日の入浴も可能であり、時間帯も利用者が自由に決めて、希望や体調に応じて臨機応変に対応している。入浴を嫌がる利用者には、無理強いせず声かけやタイミングを工夫して個々に沿った対応をしている。浴室は広く、気の合った人同士の入浴も可能であり、入浴剤を個人の好みで使用する等、入浴がより楽しめるように工夫している。一般浴が困難な利用者はデイサービスの機械浴も可能であるが、現在は該当者はいない。	
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多くなった利用者もおられます。1日の生活のリズムや体力・体調に応じて、ゆっくりと休憩を取られるよう支援しています。お昼寝はデイルームの畳台で、お疲れの様子であれば自室で暫く横になって頂きます。食後や入浴後は特に休んでいただくよう注意しています。安眠の支援では居室環境や寝具にも留意しています。		
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	薬剤師による居宅療養管理指導を利用しています。複数の医療機関を受診される方も多く、管理面で専門性が高まりました。疑問や相談の必要があれば、24時間オンコールで支援を受ける体制が整っています。副作用や用法・用量について適切な指導がなされ、必要に応じ医師の指示を受けます。		
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調理や居室の掃除等をしていただきます。趣味の読書を読んだり、テレビがお好きな方もいます。併設のデイサービスの行事や、ユニットのレクリエーションにも皆さん良く参加されています。喫煙・飲酒も禁止ではありません。		

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	お元気な方は、日々の食材の買物に職員と出掛けたり、私物の買物の機会も作るようにしています。外出は個別か小グループで行っており、利用者の体調や希望に合わせて、行き先や参加者を決めています。体調・体力で遠方が難しい方には、近くのドライブなど勧めています。今年も希望の方が多く神戸に大衆演劇を観に出掛けました。	外出の機会が少なくなっている利用者もいるが、外出可能な利用者は体調や希望・天候に応じて、日々の食材や私物の買い物に職員と一緒に出かけている。日常的には近隣の散歩や外気浴などで気分転換を図っている。利用者の希望で小グループでバス旅行、慣習となっている神戸へ大衆演劇の観劇など、普段行けないような場所への外出も支援している。また外食や図書館など、個人的な外出も支援している。初詣やお花見・紫陽花・紅葉散策など利用者の希望・状態により外出先を決め、小グループや個別に外出や外食する機会を持っている。遠方への外出が困難な利用者は短時間のドライブや散歩に出かけるなど、身体状況に負担がかからずに気分転換ができるように配慮している。施設内で年2回両ユニット合同で外出の機会を持ち、利用者、職員間の交流の機会になっている。	
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ありません。買物や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はいなくなり、被害妄想による現金トラブルもありません。私物の購入は「預り金」で支払いますが、買物には同行していただくようにしています。		
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お手伝いをしています。携帯電話をお持ちの方もおられます。帰宅願望の強い方や入居間もない方は、家族との電話が精神的な支えになっています。事前に家族と相談し有効に利用しています。		

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
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部の雰囲気は違いますが、明るい開放感は共通しています。落ち着いた環境を大切にするため、不要な配置変えは控え、季節の花を生けたり、四季の行事を暮しに活かしています。居心地の良い空間作りとして、少人数で寛げる場所を設けています。BGMやテレビの音量・過度な空調にも注意しています。	広々とした共有スペースは整理整頓されており、窓から自然光がさしこみ季節の移ろいが感じられる。木調の壁面には利用者手作りの作品や季節毎の飾りつけを行い、季節感を大切にして利用者が穏かに過ごせる環境作りが出来ている。さらに、開放感がある室内には利用者が自由に寛げる畳の部屋や利用者が少人数で思い思いに過ごせるテーブルやソファを配置して、家庭的な環境で居心地良く過ごせるように配慮されている。また、共用スペースの一角にある調理場からの調理の風景や匂いから、家庭的な雰囲気が感じられ五感刺激になっている。	
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。周りの目線を感じなくても良いよう、場所や物の配置に工夫をしています。一人静かに居眠りをされたり、家族の面会時には団欒の場所になっています。		
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	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いています。趣味の作品や家族の写真を飾っていただいたりもしています。また、室内には外部からの目線を感じないスペースを作る工夫もしています。徐々に杖や車椅子が必要になる過程で、安全を優先し模様替えも行っています。	居室は人の気配や話し声が身近に感じられる共用スペースに面し、ゆったりとした広さがある。洗面台・エアコンの設置の他は、利用者の使い慣れた馴染みの家具や写真・思い出のものが持ち込まれ、その人らしく安心して過ごせる生活空間になっている。利用者のADLの低下や認知症状の進行等、心身状況の変化による事故防止のため、ベッドの位置を変えたり、荷物を押し入れに整理する等、安全面にも配慮し、利用者が安全で居心地良く過ごせるように支援している。	
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	通路やトイレには不用品を置かないようにしています。歩行が不安定な方のためには、ホーム内の数カ所に椅子を置いています。食堂のテーブルには低い物を用意し、食べ易くなるよう工夫しました。フローリングに畳を敷き、転倒防止もしています。		