

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	2871700460		
法人名	エム・エフ商事有限会社		
事業所名	グループホームふれあい		
所在地	兵庫県南あわじ市広田広田127		
自己評価作成日	2020年 6月 10日	評価結果市町村受理日	令和2年8月11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)】

協力病院が隣接しているため、早めの受診や症状把握を報告し指示を受けることで、重篤化することなく長期にわたり施設で生活してもらえるようになっている。日々をゆったりとした過ごして貰う一方で、食事・体操などは全員がそろって行うことで、ともに同じ時間を共有し、話をするときの話題となれるように努めている。

※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/
----------	---

【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)】

各フロアは採光よく、ゆったりと広い生活空間で季節感・生活感が感じられる。体操・口腔体操・レクリエーション・家事参加等を日課とし、自立した生活が維持できるよう取り組んでいる。年間行事計画を立て、ホーム内の行事・季節の外出・地域の文化祭への参加・定期的なボランティアの来訪等、生活の中で季節感や地域とのつながりを大切にしている。調理専門の職員を配置し、利用者の希望・季節や行事食を取り入れた手作りの献立・調理を継続している。協力医療機関が隣接し、日常的にも入退院時にも医療連携を密にしている。職員はカンファレンスや「介護状況記録」で利用者個々の状況を情報共有し個別支援に取り組んでいる。家族にも毎月お便りを郵送し、写真と文章で生活の様子を伝えていく。

【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	令和2年6月27日		

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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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、安心して暮らせている (参考項目:28)	<input type="radio"/> 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	* 本評価は、緊急事態宣言により、令和2年3月実施予定を延期し、令和1年度分訪問調査として実施したものです。	

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	年1回、理念の共有の為に回覧研修にて再確認を行う様になっている。	「理念」に地域密着型サービスの意義を明示し、「勤務3原則」「倫理綱領」と共に、各フロアに掲示し共有を図っている。毎年、回覧研修を行い、管理者からの説明もあり、再確認する機会を設けている。リハビリ体操・嚙下体操・生活リハビリを日課とし、手作り調理・家庭的な環境づくり・自立支援等、「理念」の実践に取り組んでいる。	
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	地域の催しには参加をするようにしている。	年間行事として、地域行事への参加、初詣、梅・菜の花・桜・あじさい等の季節の花見学など、利用者が地域に出かける機会を設けている。買い物や外食で、地域の店舗を活用している。音楽療法・よさこい踊り・ギター・ゴスペル・笑いヨガ等、定期的なボランティアの来訪があり利用者との交流を行っている。地域の人からの介護相談に対応し、地域貢献にも努めている。	
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	外部への働きかけは出来ていない状況であるが、問い合わせや電話での相談などあれば、適切な事業所や市への相談について話を進めている。		

グループホームふれあい

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
4	(3)		<p>○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</p>	<p>ホームの状況と取り組みを報告し、行政の動きや地域の状態の把握に努めている。電話などでの相談内容について確認したりしている。</p>	<p>利用者・家族・地域住民代表(民生委員・公民館館長)・市役所職員・地域包括支援センター職員・知見者(地域医療連携室長・訪問看護師・デイサービス管理者)・施設関係者を構成メンバーとし、2ヶ月に1回開催している。会議では、各種資料を配布し、利用者の状況・事業所の状況・行事等について報告し、意見・情報交換を行っている。地域の高齢者の動向や行事についての情報・熱中症や感染対策についての助言など、会議での情報・助言・意見を運営やサービスに活かせるように取り組んでいる。</p>	<p>議事録のファイルを玄関に設置する等、個人情報に配慮しながら、運営推進会議の議事録を公開することが望まれます。</p>
5	(4)		<p>○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</p>	<p>運営推進会議への参加依頼をしている。法的なことなどの内容確認を行って指示や説明を受けている。</p>	<p>運営推進会議に市役所職員・地域包括支援センター職員の参加があり、事業所の状況を伝え、情報や助言を受け連携を図っている。法令解釈などで不明な点があれば、市の窓口や電話で質問し助言を受け、また、市からのメール配信でも情報を得て、サービスや運営に活かしている。市の保護課とも連携し、利用者支援に協働している。</p>	
6	(5)		<p>○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</p>	<p>拘束についての定期的な会議や資料の回覧を行っている。</p>	<p>「身体拘束廃止による指針」を整備し、「身体拘束廃止委員会」を設置し、身体拘束をしないケアを実践している。委員会を3ヶ月毎に開催し、身体拘束の事例はないが、認知症の周辺症状への対応やスピーチロック防止等、適正化について検討している。議事録を各フロアで回覧し職員の周知を図っている。年間研修計画に「身体拘束廃止・高齢者虐待防止」研修を複数回入れ、法人研修の資料や事業所が準備した資料を活用し、回覧研修を行っている。フロアのドアは操作が必要であるが、利用者に外出の希望があれば職員が対応し、閉塞感を感じないように支援している。</p>	<p>「議事録・資料閲覧記録」を活用し、委員会議事録や研修資料の周知状況を、より明確にすることが望まれます。</p>

グループホームふれあい

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	虐待について、出来るだけ身近な実例としてわかりやすい研修資料よりを用意するようにしている。実際に介護する上で、気になり事があれば、その都度確認し合い予防を心がけている。	「高齢者虐待防止」についても、上記「身体拘束廃止」と同様に、研修と委員会により周知徹底を図っている。管理者・フロアリーダーは、日頃から相談しやすい職場環境づくりに努め、介護上の課題があれば、各フロアのケアカンファレンスでその都度検討し、「情報連絡・ケアカンファレンス」「申し送りノート」等で職員間の連携を密にとり、職員のストレスがケアに影響しないように配慮している。	
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	関係資料の回覧を行っている。	権利擁護に関する制度について、「成年後見制度」の資料により回覧研修を行っている。制度を活用している利用者があり、金銭管理に関する資料の提供や心身状況の報告など制度利用を支援している。今後も、家族等から相談や制度利用の必要があれば、関係機関と連携し支援ができる体制がある。	
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	契約書の読み上げと具体例を交えて説明している。	見学や面談時に、パンフレット・入所のしおりを用いてサービス内容や利用料金等について説明している。「ふれあい便り」の写真を見ながら行事や生活の様子も伝えている。契約時には、契約書・重要事項説明書・各種同意書に沿って説明し、特に、重度化対応については具体的に、利用料金については具体的な数字を提示して、わかりやすい説明を心がけている。契約内容の改定の際は、改定内容を説明した文書を作成し、文書で同意を得ている。契約の終了については、契約書の「退居にあたって」の条項に沿って円滑な住み替えに向けて支援している。	

グループホームふれあい

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
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	意見箱の設置。利用者や家族よりの意見や言葉を、その都度、介護者に伝えて介護などに反映するようにしている。	家族には、契約時から、月1回以上の面会をお願いし、面会時に近況や支援方法を伝え、意見・要望の把握に努めている。「ふれあいホーム便り」(写真・文面を利用者個々に作成)を毎月、「ふれあい便り」(施設だより)を年4回発行し、家族が意見や要望を表しやすいように様子を伝えている。遠方で面会が難しい場合は、電話で適宜連絡している。家族からの意見・要望は、フロアリーダーが文書や申し送りノートで職員に伝え、支援や介護計画に反映している。家族・利用者が運営推進会議に参加し、外部者に意見を表す機会も設けている。		
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	各階のリーダーが介護職員よりの声を、毎月の会議で報告してもらい、見直しや検討を行い結果を報告している。	各フロアで随時カンファレンスを行い、「状況報告・ケアカンファレンス」に記録して共有している。管理者とフロアリーダーが「リーダー会議」を毎月行い、各フロアの入居者状況・行事・業務等について、職員の意見を集約して検討している。リーダーが検討内容や結果をフロアの職員に周知し、業務やサービスに反映している。管理者が職員の意見・提案を個別に聴く機会も、随時設けている。病院連絡会等、管理者が職員の意見・提案を法人に伝える機会もある。		
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	仕事をしやすい環境作りを心がけている。希望に添えるように勤務日時に考量している。			
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	協力病院での研修参加や、研修資料の提供を受けて、施設の研修に取り入れるようにしている。			

グループホームふれあい

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
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	島内の交流会や講演会がある時は、参加を進めている。		
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	入所申し込み時や入所時には、必ず要望や不安点の確認をしている。		
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	サービス内容の説明を行ない、不安点や要望がないかの確認を行っている。		
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	必要と思われる支援について説明を行なっている。		
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	入所者様が出来る事は、支え合いながら自己にて行えるように進めている。		
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	入所したことで、家族との交流が途絶えないように面会時やお便りで状況を伝えて定期的な顔合わせをお願いしている。		

グループホームふれあい

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
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	特段の制限が家族より提示されない限りは、面会の希望があれば受けている。面会後には、次回の訪問をお願いするようにしている。	把握できた馴染みの人や場所についての情報は、「フェイスシート」や「介護記録」に記録し共有を図っている。家族・親戚・友人等の来訪があり、居室やフロアでゆっくり過ごせるように配慮し、関係継続を支援している。入院している友人のお見舞いに同行することもある。自宅・お墓参りなど、馴染みの場所への外出は家族が同行し、準備や車いすの貸し出しなど、外出しやすいように支援している。	
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	食事・体操・レクを通して、全員が行うことで共通の話題を持てるようにし孤立しないように気をつけている。		
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	家族よりの相談や問い合わせがあれば、アドバイスや支援を行っている。		
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	個々の発言に留意している。希望はあっても個人だけでは出来ない状態の時は、支援や介護方法についてその都度検討をしている。	日々のコミュニケーションの中で、特に個別介助の際に、利用者の言葉の中から思いや意向の把握に努めている。申し送りノート等で共有を図り、内容に応じてカンファレンスや会議で検討している。食事の献立、日中の過ごし方、レクリエーション等、サービスや支援に採り入れられるよう努めている。言葉以外にも、表情や反応から汲み取り、思いや意向が把握できるように努めている。	
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	入所時に、生活歴や家族構成などの聞き取りや介護状況について把握するように努めている。		

グループホームふれあい

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
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	生活状況について、記録を残して全介護者が把握できるようにしている。		
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	家族希望と本人様の状態や能力に応じて介護内容・計画を作成するようにしている。	「フェイスシート」「ケアチェック要約表」をもとに、「サービス計画書」「日課計画表」を作成し、実施状況は個別の「介護記録」・各種「チェック表」に記録している。毎月、担当職員がフロアの職員の意見を集約して、「介護状況記録」に1カ月の様子を記録している。リーダー会議でも利用者の状況の共有や検討を行い、必要時には随時、定期的には6ヶ月毎に、計画の見直しを行っている。見直しの際は、管理者・計画作成者等が、家族の意向や「介護状況記録」「モニタリング一覧表」をもとに検討している。	計画見直しの際には、再アセスメントを行うことが望まれます。また、見直しの検討記録は議事録として残し、利用者・家族の意向や主治医など関係者の意見も、記録することが望まれます。
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	日々の記録を共有しながら、介護について見直しと行っている。		
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	個々にあった支援や介護を行うことを第一としつつ、ホームで出来ることで支援を行えるように取り組んでいる。		
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	ボランティアの受け入れを行い、外部の方と接する機会を作っている。		

グループホームふれあい

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
30	(14)	<p>○かかりつけ医の受診支援</p> <p>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</p>	<p>協力病院での受診が基本となっている。専門的な対応が必要な時・馴染みの医師や病院の希望があれば、家族と相談・協力して希望に添えるようにしている。</p>	<p>協力病院での受診を基本としているが、入居時に利用者・家族の希望を確認し、「主治医個別一覧表」に記録している。協力病院による訪問診療体制があり、協力病院の受診には職員が同行している。他の医療機関については、家族同行を基本としているが、管理者が同行することが多く、特に精神科には管理者が同行し状態を伝えている。受診理由・結果・投薬等を個人別に「受診ファイル」に記録し、職員は業務日誌で情報を共有している。週1回、訪問看護体制があり、「個人状況・報告及び指示記録」に記録し、医療連携を図っている。</p>	
31		<p>○看護職との協働</p> <p>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</p>	<p>担当看護師の定期訪問と協力病院よりの往診時に、相談や指示を受けている。</p>	/	/
32	(15)	<p>○入退院時の医療機関との協働</p> <p>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。</p>	<p>入院時には介護連絡表にて生活状況を伝えている。入院中は、洗濯物のやり取り時に状態を確認し、地域連携や看護師と連絡を取り、主治医に状態を説明してもらい早期の退院につなげていくようにしている。</p>	<p>隣接する協力医療機関への入院が主であり、日頃から情報共有し連携を密にしている。入院時は、「介護連絡表」で生活状況等について情報提供を行っている。入院中は家族と連絡をとりながら、職員が面会に行き、洗濯物の支援等も行っている。病院看護師・医療連携室等と情報交換を行い、早期退院に向けて支援している。退院前に事業所に外出・外泊しながら、受け入れの可否や時期、退院後の支援について検討している。退院前カンファレンスがあれば出席し、退院時には「看護サマリー」の提供を受けている。</p>	

グループホームふれあい

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
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、看取りを行っていないことを説明している。病状的に入院はまだ必要でないが常に医療が必要と医師より判断があった時は、家族と相談しホームで生活できる間の受け入れを行っている。その際は、協力病院には、その方のカルテを夜間・日祭日には病棟に移動していつでも受け入れできる体制を取ってもらっている。	重度化・終末期に向けた事業所の方針を重要事項説明書に明記している。基本的には看取り介護は行わない方針であることを入居時に説明し、同意を得ている。重度化を迎える段階で、主治医の判断と、事業所での生活の継続の可否について家族に説明している。協力医療機関・訪問看護師と連携を図り、可能な限り、家族の意向に沿った支援に努め、時期に応じて、利用者の現状に適した住み替えが行えるように支援している。	
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	緊急時のマニュアルを作成している。毎年、内容を資料として回覧している。		
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	隣接する協力病院と合同避難訓練を実施している。火災受信機等の操作手順の確認・見直しを行っている。	年2回、夜間想定 of 総合避難訓練を実施している。利用者も参加し、隣接する協力医療機関と合同で実施し、応援体制の確認も行っている。職員が偏りなく訓練に参加できるようシフト調整を行い周知を図っている。事務所に操作手順や利用者別移送手段の表等を掲示し、迅速に対応できるよう取り組んでいる。自然災害時対応についても、協力医療機関と協力体制がある。水・食料・カセットコンロ等を、隣接した建物内に備蓄している。	
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	行動抑制につながらないような声掛けを心がけるようにしている。	「プライバシー・個人情報保護」について、介護現場における具体的な内容の資料を用いて、回覧研修で周知を図っている。気になる言葉かけや対応があれば、管理者やフロアリーダーが注意を促し意識向上に努めている。個人情報に関するファイルは事務所の鍵のかかる書庫に保管している。写真の「ふれあい便り」(広報誌)掲載やフロア内の掲示については、契約時に文書で同意を得ている。	

グループホームふれあい

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
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	行動を選択できるような声掛けを行うように気をつけている。		
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	基本の動きを基にして、その上での動きの支援を行うようにしている。		
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	入浴時の衣類選びや、散髪時の希望などを聞いている。		
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	食事前に嚥下体操や手指消毒・テーブル拭き等を行っている。この動きが入ることで、食事の時間だとの認識を持ってくれる。	職員が献立を立て、食材を発注・買い物し、各フロアで手作りの食事を提供している。献立には、利用者の希望や季節感・行事食を採り入れている。各フロアに調理専門の職員を配置し、利用者の嗜好や摂食状況等も献立に反映している。誕生日には好みのケーキや和菓子でお祝いしたり、時にはお弁当を注文したり、外食する等、変化を楽しむ機会も設けている。テーブル拭き・下膳・お盆拭き等、利用者が参加できるように支援している。毎食の食事前・おやつ前には口腔体操を行い、経口摂取が継続できるように取り組んでいる。	
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	個々に合わせたの食事量や、食事形態を行っている。毎食の食事量や水分量は、記録し訪問看護時に確認を行ってもらっている。		

グループホームふれあい

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
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	毎食後に、歯磨き・うがいを徹底している。歯茎だけの方も、最低うがいは行ってもらっている。		
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	排泄記録にて、回数や時間がわかる様になっている。基本的に、紙おむつを昼夜使用することは行っていない。自分でトイレに行けない方は、定期的な声掛けと誘導で対応している。	各フロアの「排泄記録」、個別の「バイタル表」をもとに、排泄状況や排泄パターンを把握し、基本的にはトイレでの排泄・排泄の自立に向けて支援している。状況に変化があれば随時検討し、「状況報告・ケアカンファレンス」に記録して共有し、現状に即した介助方法や排泄用品の使用につなげている。変更があれば、家族にその都度報告し、「介護状況記録」や「お便り」にも記録している。トイレにドアとカーテンを設置し、誘導時の声かけに留意する等、プライバシーや羞恥心に配慮している。	
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	服薬調整と水分・運動に気をつけて対応している。		
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	入浴時間は決まっているが、拒否がある時は無理せず翌日に回すなどしている。長期間入浴できていない方は、入浴意欲が出た時に介助して入ってもらうようにしている。	週2回以上、午前入浴を基本とし、利用者の体調・気分等に応じて臨機応変に対応している。入浴チェック表で入浴状況を把握しながら、入浴を好まない利用者に声かけを工夫し、成功事例を「状況報告・ケアカンファレンス」で共有する等、入浴頻度が確保できるように取り組んでいる。大きな浴槽で、個浴でゆったりと入浴し、また、ゆず湯や入浴剤の機会も設け、入浴を楽しめるように支援している。	

グループホームふれあい

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
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	入眠剤の使用は最小限にとどめて、夕食後より入眠にむけての動きを行っている。		
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	受診ファイルにて、内服内容が分かるようになっている。薬袋にも、内服一覧表示がある。内服チェックを行い記録を残している。		
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	好きな物を食事やおやつに取入れたりしている。レクの作業も、出来る所を行ってもらい、出来上がりを楽しんでもらうようにしている。		
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	外出や外食の希望がある時は、家族に相談し希望に添えるように調整をするようにしている。外食時は、内服や食事内容の注意点などを伝えるようにしている。	年間行事計画を立て、初詣、しだれ梅・桜・あじさい・ひまわり・金木犀など季節の花の鑑賞、地域の文化祭等に、出かけられるよう支援している。気候のよい時期には、利用者の希望に応じて、事業所近隣の散歩や、時にはドライブに出かけている。また、玄関前や2階のベランダで、お茶会・外気浴・花や野菜の水やり等、戸外で過ごす機会を設けている。ユニットで、外食に出かける機会もある。	
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	基本は、個人での金銭管理はしていない。少額の預り金をしているので、希望があれば買い物をこなしている。		
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	電話や手紙でのやり取りは、家族の事情がない限り資源していない。当方の家族には、定期的に訪問が出来ない時は電話での対応をお願いしたりしている。		

グループホームふれあい

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
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	共有空間は、季節感を出すように壁面飾りを行っている。入居者様に季節ごとの作品づくりをしてもらっている。	各フロアの共用空間は、大きなガラス戸から採光がよく、外の景色が眺められ開放感がある。ゆったりとした広さがあり、大きなテーブル席の他、ソファが適所に置かれ、思い思いに過ごせる環境である。シルバーカーや杖を使って、安全に自立した移動ができるようにレイアウトに配慮している。毎月利用者と一緒に制作する季節感のある作品や、外出時や行事の写真を壁に飾り、台所や畳のスペースもあり、季節感や生活感が感じられる。	
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	テーブルや椅子・ソファを使って空間を作っている。		
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	馴染みの物を持ってきたり、家族等の写真や思い出の品を飾っている。動きやすい・見やすい空間を作るようにしている。	各居室も窓が大きく採光がよく、クローゼット・ベット・床頭台等が設置されている。テレビ・衣装ケース・家族の写真・時計など、使い慣れたもの・好みものが持ち込まれ、職員が作成した写真入りの誕生日カード等が飾られている。室内の動線や家具や物の配置を考慮し、安全に自立度が維持できるように配慮している。	
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	移動時に空間がしっかりとれるように、テーブルやイスの配置に気をつけている。慣れた導線を崩さないように家具類の配置は、大きく変えないようにしている。		