

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入) 平成 21 年度

事業所番号	2770900989		
法人名	鶴田実業株式会社		
事業所名	グループホーム ファミリーまかみ		
所在地	大阪府高槻市八丁畷町19-11		
自己評価作成日	平成 22年 5月 5日	評価結果市町村受理日	平成 22年 7月 7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)】

家庭的な雰囲気でご過ごしていただけるよう、心がけている。

※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.osaka-fine-kohyo-c.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2770900989&SCD=320>

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人大阪府社会福祉協議会 福祉サービス第三者評価センター		
所在地	大阪市中央区中寺1丁目1-54 大阪社会福祉指導センター内		
訪問調査日	平成 22年 5月 17日		

【外部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)】

株式会社が運営する2ユニットのグループホームです。開設当初は同市内の他地域で事業を展開していましたが、9年が経過し、今年2月に現在の場所に移転しました。居室も少し広く、ユニット毎に食堂兼リビングルームもあり、ゆったりとした環境整備を行いました。ホーム周辺には田畑が広がり、朝夕に季節の移ろいを感じながら、近くの公園からは子ども達の元気な声が聞こえてきます。「束縛のない家庭的な暮らしを確保し、慣れ親しんだ生活様式が得られるよう支援する」「認知症になっても自然な形でてる力を発揮できる暮らしを支援する」等を理念に挙げ支援しています。新しいホームは2~3階が元高齢者専用住宅で1階はデイサービスとして以前から活用されており、高齢者介護には馴染みのある場所ではありますが、地域住民に「認知症」についての理解を得るまでには何度か説明会を開催し、少しずつ理解を得られるよう日々働きかけています。管理者は、新しいホームで利用者には「心安らかな余生を送っていただきたい」という思いを、職員には「風通しのよい団結力があり、利用者さま一人一人個人を大切に、居心地良く家族さまにも信頼されるホームを目指して欲しい」と願っています。

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. 全くない
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、活き活きと働いている (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				

自己評価および外部評価結果

自己	外部	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	事業所理念に基づいて、その理念を共有し実践につなげるよう努力している。	ホームの理念として「①束縛の無い家庭的な暮らしを確保し、慣れ親しんだ生活様式が得られるよう支援する。②認知障害や行動障害を補い、自然な形で、持てる力を発揮できる暮らしを支援する。③一人一人が個人(尊厳)として理解され受け入れられる暮らしを支援する。④衣・食・住全般に社会人としての行動・役割を回復し、自信と感情が生まれる暮らしを支援する。⑤スタッフ・利用者・地域社会と交流を持ち、ゆたかな人間関係を保ち支えあう暮らしを支援する。」の5つの項目を職員は共有し、日々のケアの実践に生かすよう努力しています。	

自己	外部	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
2	2	<p>○事業所と地域とのつきあい</p> <p>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人として日常的に交流している</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 移転後、引き続きボランティア ・ また、新たなボランティア依頼調整中 ・ 移転後自治会と草むしりなどへの参加調整中 ・ 移転後、保育園2件との交流の調整中 	<p>従来の地域住民や保育園児とは交流を図っていましたが、2月にホームの移転により、地域の自治会や住民との交流についてはこれから少しずつ始めていく予定であり、「認知症ケア」についての理解を得ることから始めて、地域交流を深める努力を管理者はじめ職員は心がけています。近隣の保育園との交流についても、現在働きかけを行っています。6月には地域包括支援センター主催の地域包括ケア会議の講師として施設長が「グループホーム」についての講演を行い、その中で「ファミリーまかみ」を紹介し、地域関係者に周知する等の働きかけを行う予定です。ハーモニカ演奏のボランティアの方は、引き続き毎週協力を得ています。</p>	
3		<p>○事業所の力を活かした地域貢献</p> <p>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</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 移転時自治会において強い不安や拒否感があり、認知症に対しての認識不足が感じられ、理解をいただく為、説明会3回と見学会を開催し、理解と移転についての同意を得る。 		

自己	外部	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>移転後は開催できていない。6月見学会にてまかみにて、地域包括会議を開き、施設説明、取り組みなどについて発表し、意見や指導をいただく予定。</p>	<p>運営推進会議はこの1年間で1回のみ開催となっています。「運営推進会議の規程」はまだ、作成していない状況です。</p>	<p>「運営推進会議の規程」を定めることが求められます。運営推進会議は運営基準ではおおむね2ヶ月に1回以上、年6回の開催が求められています。新しい地域でのホームの運営を継続するためには、「重要事項説明書」に記載しているメンバー（市の担当職員や地域包括支援センター職員・民生委員・利用者家族等）の他に、地域自治会や1階の他法人が運営するデイサービスの職員等、地域の理解や協力を得て要請してはいかがでしょうか。</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取り組んでいる</p>	<p>月1回高槻市相談員2名訪問していたき、利用者の様子や意見を聞いて指導を受けている。</p>	<p>今年3月には市の担当課より実地指導を受け、移転後の状況確認がありました。また、移転についても昨年からの相談し、助言を受けています。市の担当課は「地域密着型サービス運営委員会」を開催し、市内の地域密着型サービス事業所が集まり「グループホームファミリーまかみ」の移転についても説明をしています。利用者の入居状況により福祉事務所高齢福祉課の担当者とも連携しています。毎月、介護相談員の訪問もあります。</p>	<p>今後は外部評価結果の報告や運営推進会議議事録の提出により、更に担当課との連携が望まれます。また、利用者の入院や事故報告に関しても「介護保険事業所事故報告書」の提出について助言を受けることが求められます。</p>

自己	外部	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
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「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	事業所独自のマニュアル作成し、身体拘束0を目指し取り組んでいる。玄関施錠については、事業所が2・3階の為、インターホンを押さず侵入者がいた為最近施錠するようにしている。がほとんど施錠していない。	「身体拘束廃止に向けての施設マニュアル」を作成しています。スタッフミーティング時に身体拘束に関する取り組みについて話し合っています。ホームでの拘束の事例はありません。玄関の出入り口については、エレベーターのない方の玄関は日中開錠しています。	今後、更にホーム内での研修の充実を図り、「身体拘束をしないケアの理解と実践」について、ホームとしての取り組みを周知実践することが望まれます。
7		○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	資料回覧し虐待防止に努めている。		
8		○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	資料提供し回覧している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	特に契約時は面談回数を多く持ち、利用者、家族等の不安や自問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得していただけよう努めている。		

自己	外部	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	6	<p>○運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>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</p>	<p>サービス計画書を月1回提示し捺印をいただき面会時、意見・要望を聞き運営に反映するようにしている。</p>	<p>家族の来訪時には利用者の近況報告を行い、家族の意向を確認します。また、来訪の少ない家族には定期的に手紙で利用者の様子を知らせたり、電話で連絡したり、月に1回介護計画を見直し利用者の1ヶ月の様子を説明し、ケアについての要望を聴きます。毎月「まかみたより」を送り行事報告や行事予定等を伝え、意見・要望を聴き、運営に反映させています。利用者の誕生日会には家族にも同席してもらうこともあります。家族と直接対話する機会を作っています。</p>	
11	7	<p>○運営に関する職員意見の反映</p> <p>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</p>	<p>移転後、アンケートをとったり、月1回のミーティングや個別に意見・提案を聞く時間を設けできるだけ反映できるよう努めている。</p>	<p>職員はスタッフミーティング時に意見を出し、話し合う機会があります。移転後の3月はスタッフミーティングも回数を多くして、移転後の運営についての意見・提案を聴く機会を増やしています。また、移転後に職員に対して「スタッフの意識調査」のアンケートを取り、必要に応じて個別のヒアリングを実施しています。毎日の申し送り時や日常的にも気づきを提案して、運営に反映しています。</p>	

自己	外部	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		<p>○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</p>	全てに努めているが、給与条件がよくないためか、常勤職員が定着しない。		
13		<p>○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</p>	管理者が代行しおこなっている。 ・ 個別指導にてスキルアップを図っている。 ・ 法人外研修を受けた職員はミーティングにて発表の場を設けている ・ 法人内研修を設けている。		
14		<p>○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</p>	していない。		
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		<p>○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</p>	とても大切なことにて、必ず実施している。		

自己	外部	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
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	入所時、生活暦や情報を詳しく記入していただき、ご本人を理解し、家族との連絡を密に心がけ、関係づくりに努めている。		
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	入所前の面談(自宅・施設)にてご本人、家族と話し合い、入所後、様子観察しご本人と家族が必要としているサービスを提供できるように努めている。		
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	移転前は、居室とリビング・食堂が別階になっていて、2ユニットが一緒に過ごし、ゆとりがなく、利用者を介護している一方通行がほとんどであったが、移転後、フロア内に居室・リビング・食堂があり、ゆとりの時間が作れるようになり、暮らしを共にする関係が築けるようになっている。		
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	家族と話し合い、過ごしやすい環境作りや以前より馴染みのある店に同行していただくなど、共に考え、協力を得、ご本人を共に支えていく関係を築くよう努力している。		

自己	外部	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	8	○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	家族に協力を得て、買い物・理髪などに同行していただいている。また、ご本人や家族から聞き取りし、写真・絵・歌などえ忘れないように、日常生活に取り入れている。	家族の協力により、入居前からの馴染みの理髪店に出かけます。家族と墓参りや買い物にも行くことがあります。また、自宅へ外泊する場合があります。職員が付き添い、孫の結婚式に出席することを支援し、親族とも再会できた事例があります。新しいホームになって居室も広くなり、遠い親戚や知人、孫が訪ねてきます。	
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	孤立しないよう利用者同士の関わりに気配りしているが、それ以上に、トラブルにならないよう配慮に努めている。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	他施設へ行かれた方は訪問をし、死亡退所されたご家族へは、お手紙を差し上げたりしている。		

自己	外部	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
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	9	○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	本人本位に検討しているが、全職員にその思いや意向は伝わっていないと思われる。今後、話し合いの場を多く持ち改善していきたい。	入居時には、利用者・家族から生活歴や暮らし方の希望・意向を聞いてアセスメントシートに記入しています。また日々ホームでの暮らしの中で利用者や家族から得た情報は、「毎日の申し送りシート」に利用者毎に記載しています。「日勤・夕勤・夜勤」欄を分けたシートを備え、利用者の思いや希望・意向などを聞いたり、気づいた場合は記録したりして、全職員に周知し共有しています。必要に応じてカンファレンスを行い、検討しています。	
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	以前からの入居者の生活歴情報が少なかったため、新たに家族・利用者などにより、アセスメントを行うが、半数以上は生活歴を聞き出せているが、残りの方に再度行う予定である。		
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	個別ケア日誌により把握はできているも連絡ミス・記入漏れが多々ある。連絡、記録の重要性を全職員に指導していく。		

自己	外部	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	10	<p>○チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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</p>	<p>モニタリングは月1回行っているも、現在あまりチームとして動けていない。4月より各利用者担当を決め計画作成担当者と担当職員が密に話し合い、また家族の意向を十分に聞くことと、たの職員からの意見を聞き、介護計画を作成している。</p>	<p>入居時および入居後の暮らし方について、利用者・家族の意見・要望を基にカンファレンスを行い、介護計画書を作成しています。介護計画書に立てた介護の目標と、サービス内容を「個人ケア日誌」に転載し、毎日サービス内容の実施状況をチェックしています。ホームでは、状況を記録する独自の支援経過記録用紙を作成し、職員は日々利用者毎の介護計画の内容を把握することができます。また、モニタリングと評価を行い、必要があれば見直しを行って次月の介護計画書を作成しています。家族には毎月更新した介護計画書について説明し、確認の署名を得るために、毎月の訪問を促しています。</p>	
27		<p>○個別の記録と実践への反映</p> <p>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</p>	<p>個別ケア日誌にケアプランを導入し、職員にケアプランを周知し実践できるようにしている。介護計画見直しに役立っているが、口頭での報告が多く、肝心なことの記入漏れなどがあり、記録の重要性を意識するよう指導している。</p>		

自己	外部	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	マッサージ師導入開始する予定		
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、本人は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	実践していない。		
30	11	○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	入所以前からのかかりつけ医への受診希望された方は、そのまま、受診していただき、施設内での様子を直接伝えたり、場合によれば、受診時同行している。	入居以前からのかかりつけ医療機関への受診については、本人・家族と話し合っています。時には受診に職員が同行する場合があります。希望により、ホームの提携医療機関の往診を受けることができます。往診時には家族も同席して医師から説明を受けることができます。ホームには定期的に、内科・精神科・歯科の往診があります。	
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	なし		

自己	外部	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		○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、利用者の情報提供し、医師から家族への病状、治療計画、手術などの説明に同行している。また、洗濯物は施設で行い届けている。病院の担当医・担当看護師・ケアワーカーと、経過・退院について連絡を取り合っている。		
33	12	○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	重度の利用者が多く、以前より緊急時の延命治療については話し合っている。また、今後の医療的治療が必要となる方については、家族に伝え他施設または医療機関への移転もありうることを説明している。	重度化した場合や終末期のあり方についての指針は口頭で説明をしています。本人の希望により、重度化した利用者の介護をホームで実施していましたが、症状の悪化に伴い病院への救急搬送となりました。管理者が身元引請け人となり、病院で看取りまでを支援した例があります。基本的には点滴や胃ろう等の医療的治療が必要になった場合は、対応可能な施設への転所・転院を勧めています。ホーム入居時に重度化した場合に備えて、特養への入所申請をおすすめする場合があります。個別にその都度、主治医・看護師・家族・職員と話し合い、対応を検討しています。	今後は事業所として、重度化した場合や終末期の基本的な対応指針を書面で定められてはいかがでしょうか。

自己	外部	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
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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 応急手当は職員が行えるよう、実演指導している。 ・ ヒヤリハットを毎月のミーティングにて事例検討にて指導している。 ・ 急変時の連絡方の指導はできている。 		
35	13	○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	移転後の避難訓練未実施。 6月実施予定	消防署の点検は受けており、昨年は避難訓練を実施していましたが、今年2月にホームを移転してからはまだ、避難訓練は行っていない状況です。6月には消防署の指導の基、避難訓練を実施する予定です。災害用備蓄については、準備できていない状況です。	災害対策マニュアルを作成し、広域避難場所の確認や避難訓練を実施することが求められます。「おおさか防災ネット」より「非常持ち出し品の準備リスト」等を参考にして、災害時用備蓄品として飲料水や食品の備蓄も求められます。
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○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	はずかしいことであるが、理念にも掲げているにも関わらず、一人ひとりの人格を尊厳していないような、言動の職員がいる。3年以上の在籍している職員達である。ミーティング・個人注意しても聞きいれない。指導不足。	ホームの理念にも「一人一人が個人(尊厳)として理解され受け入れられる暮らしを支援する」と謳われているように、職員は利用者に対し、人生の先輩として言葉かけにも尊厳をそねない関わりが必要であることを管理者は気づいています。職員に対しては敬語・丁寧語の使い方と馴れなれしい言葉遣いについての研修を予定しています。就職時に職員は「守秘義務」についての誓約書を提出しています。	利用者に対する尊厳を持った関わりについて、親しさと馴れなれしさの違いに気付き、利用者との関わりについて検討することが望まれます。また、居室にオムツ等のビニル袋がむき出しになって置かれているため、今後はカゴや収納ケースに入れて、目隠しをするよう検討することが望まれます。

自己	外部	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	混乱しない程度に常に声かけし、思いを表出できる時間を設けている。		
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し、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	業務優先より利用者優先を、スタッフ全員にその都度伝えている。一人ひとりのペースを大切に支援することが移転後に理解し実践できるようになっている。		
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	男性はできる方は毎日の髭剃りを促し・介助の必要な方は髭剃りを介助している。		
40	15	○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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	できるだけ陶器を使用し目で楽しみながら食事できるよう工夫している。 できる方には後片付けの食器・鍋類・テーブルを拭いていただき、役割割り持ち、生活にはりが持てるよう支援している。	食事は調理師の免許を持つスタッフが2ユニット分を調理しています。週1回は利用者のリクエストを聞き、他の職員が調理します。利用者は直接調理には関わりませんが、配膳・後片づけ等できることを手伝います。職員は同じ物を共に食べながら、サポートが必要な方を見守ったり、介助したりしています。今は食材を電話で注文をして、配達してもらっているため、利用者と共に買いには行っていません。カロリーや栄養バランスについて専門家のチェックは受けていない状況です。	今後は、1ヶ月の献立表を保健師、または管理栄養士に確認を得て、利用者の食事について指導を受けることが望まれます。

自己	外部	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	月1回の体重測定・医師の血液検査・家族の意向・ご本人の訴えなどにより食事量に気を配っている。1日1000cc～1500cc摂取できるよう個人に合わせて水分提供している。		
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	自立された方にはさりげなく声かけし歯磨きをしていただき、介助の必要な方には、毎食後口腔ケアを徹底している。また咀嚼状態を観察し、必要ならば、歯科医師に連絡し往診にきていただいている。		
43	16	○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	<ul style="list-style-type: none"> 介助の必要な方は定時声かけし誘導または、様子観察し、トイレで排泄できるよう心がけている。 全介助の方も排泄リズムをつかみトイレ誘導している。 	排泄については個別に排泄パターンを把握し、誘導時もプライバシーを尊重した対応をしています。必要に応じて陰部洗浄や清拭を行い、清潔保持に留意しています。	リハビリパンツやパッドを使用している利用者の居室には、それぞれパッドやリハビリパンツの袋がむき出しで並べて置いています。他者には「オムツ」にイメージが繋がりがり、利用者の機能低下を周知していることとなります。「おもらし」に繋がる羞恥心は認知症があっても感情として残るため、今後は居室内にオムツ類が目立たないように収納について工夫することが求められます。交換したパッドは速やかに汚物処理することが望まれます。
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	原因や影響を理解し、個々に応じた予防に取り組んでいる。		

自己	外部	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	17	○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	入浴日の基本設定はしている。体調不良時は清拭に変更したり、体調が良かった時に入浴にしている。	週に2回の入浴となっています。毎日、または入浴を希望しても現状では実施できない状況です。	グループホームでは①お風呂に入りたい人は毎日入浴できる。②利用者が週3回以上入浴できる③重度の利用者でも週に2回以上入浴できる。④入浴を嫌がる利用者についても放任していない等について検討することが求められます。
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	夜間眠れないときなどドリンク提供したり、眠くなるまで話し相手になったり対応をしている。また、リビングで静かに過ごしたい方にやテレビを見たい方と、個々のニーズに合わせて過ごしていただいている。		
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	勤めている。特に服薬変更時などは、別紙(様子観察記録表)を作成し、記録し変化の確認をしている。		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・ ビデオ鑑賞 ・ 洗濯物干し・たたみ ・ 色塗り・折り紙・作品作り ・ 散歩・菜園の水遣り ・ 食後の片付け 		

自己	外部	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	18	○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	特別な支援は行っていないが、家族に伝え、外出してもらっている。	転居して以来、まだ近隣住民とは馴染みの関係を構築することはできていませんが、ホーム傍の田畑の広がる農道の方への散歩をしたり、裏庭のプランターで夏野菜を利用者と共に育てています。買い物は今のところ家族に依頼して共に外出してもらいます。お花見や鯉のぼりフェスタにはドライブがてら参加しています。いつでも気軽にホーム周辺の散歩にも出かけられるように、管理者は近隣住民となじみの関係作りに努力しています。	
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	移転後は実施していないが、今後家族からお小遣いを預かり、個別で買い物や外食などに出かけるなどを計画中である。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本院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している	家族や友人との手紙のやり取りの支援を数名に行なっている。		

自己	外部	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	19	○居心地のよい共有空間づくり 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	移転後にて、試行錯誤中	食堂兼リビングの窓からは田畑が見渡せ、季節感が感じられます。移転前のホームと違い、2つのユニットに分かれたリビングは9人がゆったりと寛げます。まだ、装飾などは整っていない状況です。	
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	空間作りを試行錯誤中		
54	20	○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	入所時に使い慣れた家具や思い出の品などを持参していただき、居室での過ごしが居心地よい場所になるよう常に家族と話し合いをしている。	居室には使い慣れたベッドやタンス・鏡台・テレビ等を持ち込み、家族の写真等を飾っています。居室が以前に比べ広くなったため、家族の協力により、更に個性があり、落ち着いて過ごせる居室になるよう工夫しています。	居室には、リハビリパンツやパッドの大きな袋が置いています。今後は、他者の目にふれないよう、収納することが望まれます。
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	取り組んでいない。		