

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	0272500844		
法人名	社会福祉法人 奥入瀬会		
事業所名	グループホーム たんぼぼ		
所在地	青森県上北郡おいらせ町沼端370-1		
自己評価作成日	平成29年9月23日	評価結果市町村受理日	平成30年1月19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.momoishiso.or.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 青森県社会福祉協議会		
所在地	青森県青森市中央3丁目20番30号		
訪問調査日	平成29年11月13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)】

当ホームは、ご本人、ご家族様との信頼関係を大切にし、気兼ねなく、些細な事でも、ご意見やご要望をお話していただけるように努めています。例として、毎月、ご家族様にホーム便りをお送りして近況を報告し、面会や外泊、外出にも柔軟に対応しております。他には、施設内の行事を積極的に開催したり、地域のイベントにも恒例として、毎年参加しております。また、特に季節感を感じて過ごしていただけるよう、畑の作物を窓から見える所で育てており、入居者様が「今日も一日楽しかった」と寝る前に思えるような支援を心がけています。

【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)】

ホームは家庭的で、利用者が意見等を話しやすい雰囲気づくりに努めており、2ヶ月に1回、オンブズマンの面接があり、外部に意見等を話せる機会となっている。
職員が研修参加や欠勤で不在の時は、法人で人員の確保に努めており、行事等で顔馴染みの他部署職員がサポートに入り、利用者が混乱しないように配慮している。
また、介護計画は、栄養士や機能訓練士、主治医、看護師、施設長等からもアドバイスを心得て作成しており、利用者が楽しみながら続けられ、居心地良く過ごせるような、きめ細かな介護計画となっている。

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)	○ 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらい 3. 家族の1/3くらい 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りや深まりがあり、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			

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	職員間で理念の共有と意識付けを図るために、申し送り時に復唱したり、施設内の目につく場所に掲示している。	「その人らしく生活するということは、地域のお祭り等を見に行けることであり、地域と交流することにつながる」と、職員は理念に込められた意味を理解している。また、毎朝の申し送り時に理念を復唱し、職員間で共有しながら、日々のケアに反映させている。	
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	法人事業所全体の広報誌を毎月作成し、役場等、地域の方々から事業活動内容の理解が得られるように努めている。また、毎年、町内の行事に参加している。地域の保育園、学校等の訪問やボランティア、実習等の受け入れも積極的に行っている。その他にも、併設事業所と合同で、地域の清掃ボランティアや環境美化のための花植えを行っている。	併設するデイサービスへ出向いて交流を図っている他、町内の行事に積極的に参加し、地域の清掃ボランティア活動や環境美化の花植え等を行っている。保育園児・小学生の訪問、中学生・高校生の実習を受け入れ、法人全体の夏祭りにはたくさんの人が参加している。また、町の徘徊者見守り訓練にも参加しており、寸劇を通して、認知症への理解が得られるよう働きかけている。	
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	地元の中학생や高校生の職場体験実習や町内の徘徊者見守り訓練等を通して、認知症の方の理解や支援方法を広めている。また、地域や併設事業所の行事に参加した際に、問い合わせや質問、相談等があれば、快く応じている。		
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ヶ月に1回、運営推進会議を開催し、ホームの活動を報告して、意見交換をしている。また、自己評価や外部評価の結果について公表し、意見をいただき、サービス向上に努めている。	運営推進会議は2ヶ月に1回開催しており、地域からは民生委員と2地区の町内会長が参加している。会議では、利用者の家族からも活発に意見が出されており、世情を反映した「Jアラートが鳴った場合の避難」については、今後の危機管理面の検討課題として取り組むこととしている。	
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取り組んでいる	普段から必要時に連絡、報告している他、町の介護福祉課の職員と地域包括センターの職員に運営推進会議に参加していただき、情報交換したり、毎月作成している事業所の広報誌を配布する等、当ホームの状況を把握していただいている。	運営推進会議には、町の介護福祉課職員は毎回、地域包括支援センター職員も概ね毎回参加しており、ホームの実態を把握していただきながら、行政と連携して、サービス向上に取り組んでいる。	

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
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「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	法人内で身体拘束廃止に向けて委員会を設け、毎月、事例検討等を通して話し合いを行っている。居室は施錠せず、センサーを使用し、見守りを行っている。玄関の施錠については、現在やむを得ず行っているが、今後見直していきたい課題である。また、やむを得ない事情により、ベッド柵等の身体拘束を行う場合は、ご家族に報告、相談した上で、時間を決めて、最小限で済むよう、記録する体制をとっている。	法人内に身体拘束廃止委員会があり、毎月行う事例検討会の内容を持ち帰り、ホームでも勉強会を行っている。新規入居者の帰宅願望が落ち着くまで、玄関の施錠を行っていたが、現在は施錠しておらず、玄関にセンサーを設置して、見守りの強化を図っている。また、外出傾向を察知した時は、利用者の気が済むまで一緒に歩き、気分転換を図っている。安全確保のために、居室のベッドを使用せず、床に布団を敷いて、センサーを2ヶ所に設置しているケースでは、家族に説明し、同意を得ている。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	マニュアルを作成し、勉強会を開催する等して、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	現在、成年後見制度を利用されている入居者がいらっしゃるため、身近な制度であることを振り返りながら、勉強会を行っている。		
9		○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	契約時には管理者と介護支援専門員が立ち会い、理念やケアの方針について、十分に説明を行っている。その上で、不安や疑問点にもお答えし、ご家族の希望も伺っている。		
10	(6)	○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並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	ご家族の代表者に運営推進会議に参加していただき、その都度、意見をいただいている。面会時やケアプランの説明の際にも、気兼ねなく、何でも話していただけるよう、雰囲気づくりに努めている。また、アンケートを実施し、更なるサービス向上に努めている。	ホームは家庭的で、職員は日頃から、利用者が意見等を話しやすい雰囲気づくりに努めている他、家族の面会時にもコミュニケーションを図っている。毎月、ホームだよりを発行し、写真を掲載して利用者の暮らしぶりを報告しており、家族からも喜ばれている。また、運営推進会議に家族が出席している他、利用者もオンブズマンとの面接があり、それぞれ外部に意見等を話せる機会となっている。	

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
11	(7)	○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	普段から職員の意見や提案を聞き、職員間で共有し、意見、提案等を検討している。職員会議の場でも同様である。	毎月の職員会議で意見を聞いている他、普段から、職員の意見や提案が管理者に届いている。出された意見等は速やかに検討され、内容により、法人全体の会議で検討し、解決している。また、研修参加や欠勤等による職員不在時は、法人で人員確保に努めており、行事等で顔馴染みの他部署職員がサポートに入り、利用者が混乱しないように配慮している。	
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	就業規則に基づく運営を行い、年2回の定期健診、インフルエンザ予防接種、精神科医による個別面談の実施等、職場環境の整備に努めている。		
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	各個人のレベルや経験を考慮しながら、年間計画を立てて、研修や勉強会を実施している。外部研修についても、同様に考慮し、受講者を選出して、個々のスキルアップが事業所のレベルアップにつながるように努めている。		
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	併設されている他事業所と合同で勉強会を行ったり、随時相談している。また、グループホーム協議会や県老人福祉協会の部会に参加し、ネットワーク作りや情報交換を行い、サービスの質の向上に努めている。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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	事前に面接を行い、ご本人と実際に話し、不安や要望を聞き取っている。信頼関係を築く足掛かりとしながら、不安の解消に努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	事前にご家族と面談し、不安や要望を聞き取っている。信頼関係を築く足掛かりとしながら、不安解消に努めている。関わりを持つ居宅ケアマネやデイスタッフ、ヘルパー、地域包括支援センター職員等からも情報収集し、スムーズに当ホームでの生活に移行できるようにしている。		

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
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	ご本人とご家族の相談に応じながら、担当ケアマネージャーや地域包括支援センター職員と協議し、必要なサービスを見極めている。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	職員は常に入居者と喜怒哀楽を共にし、日々の暮らしを共有している。		
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置かず、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	ご本人の体調変化や認知症状の変化、物品購入の相談等、その都度、電話で連絡している。また、毎月発行するホーム便り等で、生活状況を報告している。面会時にはご家族の思いや気づきについても話し、情報を共有している。		
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	ご自宅への帰省や行きたいお店の利用等、馴染みの場所や人とのつながりが途切れず、関係を継続できるように支援している。	電話をかけた後、手紙を書きたい等の希望はないものの、利用者にかかってきた電話を取り次いだり、面会等で交流継続を支援している。また、併設するデイサービスへ出かけ、友人や知人と会ったり、自宅や馴染みの店に出かける等の支援を行っている。	
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	入居者個々の性格を理解し、入居者同士の人間関係や仲の良い方同士で、共同作業や会話ができるよう、支援を行っている。入居者同士のトラブルにも十分に配慮を行っている。		
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	退去後でも、生活に支障が出ないよう、ご家族や各連携機関と情報交換、共有をしている。隣接する事業所に移動した場合は、声かけに努め、馴染みの関係を保っている。		
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	(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	職員は、出勤や退勤時に入居者一人ひとりと挨拶を交わし、意向や要望を把握する足掛かりとしている。また、普段のケアから気づいた事は随時検討し、個々の望む暮らしの実現に努めている。	日々のコミュニケーションを通じて、利用者の表情・行動・言動等から、意向の把握に努めている。また、家族だけでなく、入居前のケアマネージャーやデイサービス職員、友人・知人、医療関係者等、関わる全ての方から情報収集を行っている。	

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
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	入居者の生活歴や個性、価値観について、ご家族や担当ケアマネージャー、各サービス事業所より情報提供をしていただき、理解や共有に努めている。		
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	日々の過ごし方や心身状態の変化、新たに気づいた行動力の把握については、毎日の口頭での申し送りや日誌、ノートを活用して、全職員が把握し、適した対応ができるようにしている。		
26	(10)	○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	介護支援専門員、管理者、担当職員が中心となり、3ヶ月に1回、検討会議を行い、介護計画を作成している。定期アセスメント時以外に見直しが必要な時にも、職員のみならず、ご家族、栄養士、機能訓練士、主治医、看護師、施設長に相談、検討し、より良い暮らしを目指している。	介護計画は、介護支援専門員や管理者、担当職員を中心に検討会議を行い、利用者・家族に確認を取りながら作成しており、個別具体的なものとなっている。また、3ヶ月毎の検討会議で見直しを行い、栄養士や機能訓練士、主治医、看護師、施設長等からもアドバイスを得ており、利用者が楽しみながら続けられ、居心地良く暮らせるよう、きめ細かな介護計画を作成している。	
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	毎日のケアの内容や気づきについて、個別のケース記録や申し送りノートに記載し、介護計画の見直しに活用している。		
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	面会や外出、外泊の希望には柔軟に対応している。その他、ショートステイ利用時にも、普段の暮らしとギャップが出ないように、ご本人やご家族、各連携機関と調整を重ね、柔軟に対応している。また、併設事業所が福祉避難所に指定されており、協力体制がある。		
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	運営推進会議での民生委員との話し合いや町内の行事への参加、個別での図書館利用等、地域資源を活用している。		

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
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	入居以前から受診している専門医については、ご家族の協力を得ながら、通院を継続している。	殆どの利用者は協力医がかかりつけ医であり、月1回の往診を受けている他、歯科は必要時、往診する体制がある。それ以外の医療機関を受診する際は、家族が付き添い、職員同行の依頼があれば、職員が通院介助をしている。また、受診時に変化があれば、その都度電話で連絡し、変化がなければ、毎月のお便りで報告して、情報を共有している。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	週1回、看護師による入居者の健康管理を行っている。また、介護職員がその都度、心身の変化の状況を報告、相談し、異常の早期発見、早期治療につなげている。		
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、また、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。	入退院時は、ご本人やご家族、病院や居宅ケアマネと話し合い、情報交換し、共有している。入院中も面会し、病院職員から状態を伺う等して、関係づくりに努めている。		
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	入居時の説明の際に、終末期に向けた方針を明確にし、ご家族に説明を行っている。重度化した場合には、医師やご家族、連携機関と十分な話し合いを行い、できる限りの対応に取り組んでいる。	協力医療機関が看取りに対応していないため、ホームとして、看取りは行わないものの、できる限りの対応を行う旨、入居時に説明している。重度化が進み、経口摂取ができなくなれば、併設施設へ移ることも可能であることを説明しており、家族の不安解消を図っている。また、緊急時対応マニュアルを作成している他、法人の看護師が週1回訪問し、利用者の健康管理を行っており、24時間対応の体制を整えて、急変時に備えている。	
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	急変時や事故発生時のためのマニュアルを用意し、マニュアルに基づいた訓練を行っている。		

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
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	年2回、夜間想定で消防署に届出を行い、避難訓練を行っている。東日本大震災の時は、法人全体で支援に取り組み、居宅ケアマネを通じて、地域の一人暮らしの方の安否確認をし、おにぎりを届けたり、ホールを避難所として開放する等、地域貢献を行っている。また、法人全体で災害時に備え、ストーブや発電機、食料品を倉庫に備蓄している。	日中・夜間を想定した避難誘導マニュアルを作成し、年2回、消防署届出の避難訓練を法人全体で行っている。職員1人体制である夜間時は、併設施設からの応援体制を整えている他、近隣在住の職員を優先とした緊急時の連絡網も作成し、車で5分で駆け付ける体制となっている。また、併設施設が福祉避難所の指定を受けているため、地域住民からの認知度も高く、災害発生時に備えた食料や飲料水、物品等は法人全体で管理している。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの人格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	入居者には、名前や苗字等、入居以前と同じように呼ぶことを心がけている。ボランティアや研修生の受け入れの際は、入居者のプライバシーに配慮し、個人情報や守秘義務等について、説明を行っている。広報誌の写真等の掲載についても、ご家族の了解を得ている。また、職員の出勤、退勤時には、入居者に挨拶をして声がけすよう、ホーム全体で取り組んでいる。	広報誌への写真掲載やホーム内の写真掲示については事前に説明し、申し出に応じて写真を使用しない等、プライバシーに配慮している。守秘義務や個人情報の取り扱いについては、研修を実施して理解を深め、ボランティアや実習生の受け入れ時にも説明している。また、職員の不適切な発言が見られた時は、一旦職員を交代し、その場から離れて冷静になった後で、改善に向けた話し合いを行っており、お互いに注意し合えるように努めている。	
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	常に、入居者が自ら決定したり、希望や思いを気兼ねなく言えたり、表現できるように努めている。また、個別ケアの際にはご家族にも協力をいただき、ご本人の思いが実現できるよう、努力している。		
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	その日の予定やスケジュールに拘らず、入居者の希望や意向があった時には、予定を変更し、できる限り柔軟に対応している。		
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	入居後もおしゃれが楽しめるように、その方が長年使用してきた化粧品や衣服等、そのまま継続して使用できるように支援している。ご家族から新しい衣服等の差し入れがあった際は、着用していただき、記念撮影する等して、ご本人やご家族に喜んでいただいている。		

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
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	法人の栄養士が献立を作成し、食材も配布されている。時には入居者が希望のメニューを提案したり、食材をいただいた時等は、グループホーム独自の献立となる等、柔軟に対応している。入居者は食材カット等のお手伝いをし、職員も入居者と一緒に関わりながら食事の準備や片付け等、食事の楽しみを大切にする時間としている。	献立は法人の栄養士が作成し、食材が配布され、ホームで調理をしており、利用者の希望や差し入れの食材もメニューに取り入れている。利用者は野菜の皮むきやカット、味見、茶わん拭き、おしぼりたたみ等、できる範囲で行っており、役割の達成感を得ている。職員は利用者と食事を共にしており、食事介助等のサポートをしながら、利用者が楽しく食事時間を過ごせるように支援している。	
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	栄養バランスは栄養士が献立を作成しているため、管理ができています。食事や水分の摂取量は、その都度職員が記録しており、記録表を全職員で確認して情報を共有しながら、摂取を促している。		
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に、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	毎食後の口腔ケアを行い、個人の能力に合わせて、義歯洗浄やうがい動作を介助している。また、週1回、夜間に義歯洗浄剤を使用し、清潔保持をしている。義歯の破損や口腔内の治療は、必要に応じて、歯科往診を利用している。		
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向けた支援を行っている	入居者一人ひとりの排泄パターンを把握し、日中は布パンツ使用、夜間はパット併用等、自立支援に取り組んでいる。また、失禁時は入居者の羞恥心に配慮し、他の方に気づかれないよう、声かけをしている。	一人ひとりの排泄を記録して、パターンを把握しており、声かけや事前誘導を行う等、トイレでの排泄の支援に取り組んでいる。日中は布パンツで過ごされる方も多い。体調不良による失禁時は、自尊心を傷つけないよう、配慮して対応している。	
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	排便観察は毎日行い、記録し、職員間で情報を共有している。水分摂取、食事も併せてチェックし、個別に乳製品や食物繊維を含んだ食品摂取を勧めたり、散歩や体操をする等、便秘予防に努めている。		
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ず、個々に応じた支援をしている	入浴について、曜日や時間帯を決めているが、入居者のその時の気分や体調に応じて、スケジュールの変更等、柔軟に対応している。	冬期は週2回、夏期は週3回の入浴が可能な他、毎日、シャワーすることができる。1日3人、曜日や時間帯を決めているが、気分や体調に応じて柔軟に調整している。また、リフター設置により、利用者の負担軽減につながり、快適に入浴を楽しめるように支援している。	

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
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	個々の体力や心身状態を勘案しながら、日中の活動や休息を勧め、夜間の安眠を支援している。		
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	内服管理は看護師が週1回行っている。薬の目的や副作用、用量等は、職員一人ひとりが把握している。服薬支援時は氏名、時間を支援者が声に出して言い、職員間で薬袋を確認し、内服後に記録している。症状の変化については、日々の申し送りを通して情報を共有し、必要時、ご家族や看護師、病院に連絡、相談をしている。		
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	個々に合った趣味活動や役割を見つけ、活動を支援している。例として、調理の手伝い、洗濯物たたみ、読書、書道、歌、カルタ遊び、畑の観察や収穫、室内の装飾作り、新聞紙での小物作成等がある。		
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。また、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	お盆やお正月にご自宅に帰省したり、受診後にご家族と食事や買い物を楽しんだり、お墓参りに行く等、自由に外出できるように支援している。お花見やさくらんぼ狩り、ぶどう狩り等、季節毎のドライブの際にはデイスービスの車両を借りる等、仲間と賑やかに出かけ、楽しむことができるように努めている。また、ご家族の支援も得ながら、外出支援に取り組んでいる。	日頃から散歩に出かけている他、利用者が行きたい場所の把握に努め、ドライブを計画し、お花見やさくらんぼ・ぶどう狩り、公園散策等の外出支援を行っている。また、家族の協力が得られており、通院の帰りに買い物や食事をしたり、お盆やお正月に帰宅する等、利用者の希望が叶えられている。ホームでは、利用者のその日の心身の状況や天候、インフルエンザ等の感染症発生状況にも配慮しながら、外出支援に取り組んでいる。	
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	金銭の所持管理は全員分を当ホームで行っているが、買い物や外出、行事の際等は、希望に応じて、ご本人が欲しい物を購入できるように支援している。また、物品購入の必要な時は、事前にご家族に連絡し、相談をしている。		
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	以前、個人で携帯電話を持つ方がおり、電話の操作を忘れないよう、その方の介護計画に取り入れていた。また、希望時や必要時は電話をかけた後、手紙を書く支援を行っている。		

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	天窓から自然光が差し込み、ホーム内は適度な明るさが保たれている。ホーム内からは外の畑の様子が見え、季節や天気、一日の変化の様子を感じることができる。また、ホーム内には写真や手作りカレンダー等を飾り、誰もが「ほっ」とできる環境を目指している。	事務室・キッチンから全体が見渡せる配置となっており、利用者はお気に入りのソファで寛いだり、調理の下拵えをしながら職員と会話する等、家庭的な雰囲気が感じられる。中庭に面した窓からは畑が見え、天窓からは自然光が差し込み、ホーム内は明るい。また、温・湿度計をホール・浴室・居室等に設置し、床暖房による乾燥対策として、加湿器も使用している。ホームでは、外出時の写真を掲示したり、季節毎の手作り作品と一緒に作って飾り、季節感を取り入れている。	
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	居間のテーブル席以外に、廊下や離れた場所にソファや長椅子を置き、一人で過ごせたり、気の合う仲間と過ごせるように支援している。		
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	居室内へは、ご自宅で利用していた家具や、ご家族の写真等を持ち込んでいただき、なるべく自宅で過ごしていたような、居心地が良い環境となるべく支援している。	居室には、テレビやソファ等、馴染みの物を持ち込んでいる他、家族写真やカレンダーのきれいな風景の切り抜き等で飾り、利用者が居心地良く過ごせる工夫を行っている。また、心身状態により、床に布団敷きで対応する等、配慮をしている。	
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」や「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	廊下や玄関にスロープや手すり、椅子を置き、安全且つ自立した生活を送れるように支援している。浴室はリフターも設置し、介助の必要な入居者も、お風呂をゆっくりと、安全に楽しめるように支援している。		