

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2375701113		
法人名	医療法人 聖会		
事業所名	グループホーム石川 1階		
所在地	愛知県知多郡武豊町二ヶ崎一丁目3番地		
自己評価作成日	平成29年10月30日	評価結果市町村受理日	平成30年3月13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.kai.gokensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2017_022_kani=true&JgvosyoCd=2375701113-00&PrefCd=23&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 あいち福祉アセスメント		
所在地	東海市東海町2丁目6-5 かえでビル2F		
訪問調査日	平成29年12月3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)】

<p>利用者の思いをしっかりと聞くことを基本にしている。日々変化する利用者の方でもしっかりと会話する事により、不安感を軽減し信頼関係を築く。医療との連携でレベル低下しても安心してその人らしい生活が出来るようにしている。</p> <p>家族・地域との関係にも重点をおいている。</p>

【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)】

<p>事業所は2階建てで、幹線道路から少し奥に入った閑静な住宅地の中に位置している。運営母体が医療法人のため医療支援が行き届いており、入居者や家族からの安心感を得ている。法人の理念と介護の基本方針、事業所職員で考えた「グループホーム石川」の目標を掲げ、日々唱和をして共有してケアに繋げるように努めている。開所して12年の中で地域との繋がりも深まり、管理者は認知症サポーター研修の講師をしたり、認知症カフェの運営に協力をする中で、認知症の相談などで事業所に立ち寄る地域の方も見えるようになってきた。手作りの食事を職員と共に作ったり、日曜大工の腕を振るい管理者と一緒に小屋を作ったり、自分ができることを自分のペースで行いながら生きがいのある生活をしている。食事時には、車椅子から食卓椅子に腰かけなおすなどきめ細やかな支援に心がけている。明るい日差しが注ぐ居間で入居者は、ソファーに腰かけテレビを見たり、昔話をしたりして過ごしている。</p>
--

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

[セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。]

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
I.理念I:2375701113					
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	事業所独自の理念を毎朝の申し送り時に斉唱行なっている。各スタッフの支援方針の基礎となっている。	法人理念と介護の基本を掲げ、更に職員間で話し合い理念実践の目標として「グループホーム石川の心」を掲げている。玄関先や職員の見える箇所に掲示し、毎日の申し送りで唱和して共有をしている。理念を基に自尊心を大切にされたケアに心がけている。	
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	町内会に入っており、地区のお祭りや防災訓練、清掃作業など利用者と参加できるものは一緒に参加する。利用者参加難しい物は管理者が代表で参加し、施設として地域とつながりを持っている。	町内開催の清掃活動や地域防災訓練に入居者と参加している。中学生の体験学習受け入れや認知症サポーターとして小学校で講話の依頼もあり、地域とのつながりが広がり、介護相談に事業所へ立ち寄る方もいる。民家を開放してのカフェに、入居者と一緒に参加する機会もある。	
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	年2回の地域包括主催の介護者のついでで、認知症についての相談をうける。町内の全小学校で認知症についての講演を行うなどしている。		
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	年6回同法人の他2グループホームと合同で会議を開催している。他施設の取り組みを聞くことで様々な意見が出て、それぞれの施設でのサービス向上に活かしている。	入居者や家族、民生委員や区長、役場職員、地域包括センター、3事業所が参加して2か月に1度開催している。合同で開催するので、様々な取り組みや意見交換、勉強会などが行われ運営に反映させている。議事録は、いつでも閲覧できるようにファイルにして玄関に置いてある。今後、家族への会議報告や参加を呼び掛けていく方向にある。	多くの家族の参加を得て活発な会議となるよう、年間の計画や案内などを工夫して配布し参加を呼び掛けたり、参加できなかった家族に会議報告書等を配布するなどの工夫を期待したい。
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	2ヶ月に1度町内の「ケアマネついで」に介護保険事業所や行政の参加の会議があり事例検討会や情報交換を行なう。また、役場へ行った際は福祉課に顔を出して現況等の報告を行なう。認知症困難事例などと相談などもある。地域ケア会議の参加もある。	役場とは日頃から業務的な報告や相談などをして協力関係を築くようしている。武豊町で認知症カフェを開催し、管理者も開設に関わり月1度の開催に向けて取り組んでいる。職員は市町村開催の勉強会の参加している。地域ケア会議では、困難事例等の相談支援も実施するなど積極的に関わりを広めている。	
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	身体拘束については職員全体が理解できている。転倒・転落等の危険性ある方は家族と話し合いを行い、拘束のリスクを説明し、抑制で対応しないよう取り組みをしている。	事業所玄関ドアや事業所内の施錠は行われていない。外に行きたいと希望があれば付き添い支援を実施している。身体拘束、スピーチロックについて、ミーティング会議や日常的にも話し合う機会を設けている。言葉による拘束は管理者がその都度、注意を促し、拘束感のないケアに取り組んでいる。	
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	ホーム内で虐待についての勉強会も行いスタッフそれぞれが把握出来ている。言葉での虐待にも、その様に伝わりそうな場合には注意を行っている。		

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
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	成年後見制度利用する方も少しずつ増えてきている。スタッフもその都度学び、徐々に権利擁護等の制度の理解浸透してきている。		
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	入所前に説明をし、入所後にも家族の不安・疑問があればその都度よく話し合い、不安の除去・解決に向けての対応を心掛けている。		
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	利用者とのコミュニケーションを取り、困った事や不安を聞きだしたり、家族の面会時等何か心配な事や、希望はないか積極的に伺ったり、スタッフからの報告も含め対応をしている。又玄関に意見箱を設置している。	入居者の意見、要望は日常の会話や表情から読み取っている。家族からは、面会時に話を聞き取ることを心がけている。聞き取った意見によっては、法人の管理者会議で話し合い運営に活かしている。玄関先に意見箱やアンケート用紙を設置している。	
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	毎月の定例会議で利用者の処遇や運営面でのこと話し合っている。議事については朝の申し送り時や個別で確認するようにしている。議事録を代表者に提出報告している。	日常の業務の中や引継ぎ時、職員の提案や要望を聞き、話し合いをして運営に反映させている。人事考課を基に個人面談を実施し、要望、意見、悩みなどを聞く機会を設け、運営に反映するようにしている。資格取得に向けて協力的である。	
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	日々の勤務状況を管理者は総括し法人に報告している。個別でスタッフが法人幹部と心身面で面談する場面も必要に応じてセッティングし職場環境・条件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	日頃の業務内容を見て管理者が適切なアドバイスを行なう。随時届く研修案内は個々のレベルに応じて振り分けるようにしている。OJTを意識しながらベテランスタッフが新しいスタッフを育成できるようにしている。		
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	同法人内のグループホーム間で異動がある。それによりスタッフ同士のネットワークを広げている。各ホームで取り組みが違う事もあり、様々な視点からサービスの質を見直すことが出来る。		

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
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	生活歴を含めてアセスメントを行い信頼関係を築く。初期の段階では互いに慣れるまで接する時間を多く持つようにしている。センター方式の一部活用で生活歴の細かいところが把握でき信頼関係が築きやすくなった。		
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	キーパーソンを確認し、家族の思いを確認する。センター方式の一部活用でキーパーソン以外の方の話を聞く事も出来やすくなった。		
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	担当ケアマネと情報交換し入居申し込みから実際に入居まで待機があるため、その間の計画について本人・家族と一緒に相談に乗る。在宅生活の可能性についても検討し、アドバイスする。支援事業所が決まっていな場合や、介護認定ない場合は今後の流れを説明した上で適当な機関等の紹介を行なっている。その後も必要であれば継続して相談にも乗る。		
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	自宅にいるとき梅干を作っていた方とホームで一緒に教えてもらいながら作ったり、家事も分担し、入居者方々の能力を活かせるように役割を作っている。		
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	来所時には、現在までの経過報告をしており喜ばれている。また家族と何でもの相談出来る様な関係作りに努めている。		
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	何気ない会話から情報を得た事を皆で共有し、知人のホームへの面会も家族が了解の上で何時でも受け入れをしている。面会時に認知症の説明をし今後も関係が続くような支援をしている。	馴染みの関係が途切れない様に、行き付けの美容院や馴染みのスーパーへ食材を買いに行く事もある。開設時から利用している理髪店は、新しく出来た馴染みとなっている。日曜大工、梅干し作り等、趣味や特技などの継続支援も大切にしている。	
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	職員は一人一人の個性や、利用者同士の関係を把握しており、良い時も、不穏時も含め、お互いの係わりに支障が無い様支援をしている。		

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
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	退居された場合でも、その後の家族の相談に乗ったり、本人への面会も行なう。		
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	スタッフが本人の話をしっかり聞く姿勢をとることで、思いを引き出し、ちょっとしたことでも喜んでもらえるように実践している。意向を把握しにくい方でも、本人だったらどう思うかを考えて支援している。	傾聴の姿勢を基本として、日々のケアの中で入居者の思いをしっかりと聞く事に努めている。関わりの中からじっくり時間を掛けて傾聴する事で、何気ない発言や本音を聴取するようにしている。入居者の思いや意向に添い、喜んで頂ける支援に心がけている。	
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	入居前に本人・家族・他サービス機関からの情報収集をして把握をするようにしている。		
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	毎朝のミーティングで、全員の過ごし方や状態の申し送りをし、その時々で変化の確認をし、本人からも話を聞きいている。		
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	計画が実行され有効か、定期的にモニタリングを行なう。その結果を本人・家族・スタッフに伝え現状に即した計画になるように心がけている。	モニタリングは毎月実施し、プランの見直しは6か月ごとに行っている。担当制にしており、個人記録用紙にプランを記載し、モニタリングに活かしている。サービス担当者会議には医師からの意見も反映させ、現状に即した計画作成となっている。	
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	毎日の様子をチェックリストに記載し、夜勤者が朝のミーティングで報告しており、スタッフ全員が共有し、把握できるようにしている。担当者が個別に支援経過も作成しており活用している。		
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	現状ではサービスの多機能化への取り組みは行なわれていない。利用者は日々訴えに変化ある。タイムリーに対応必要になるのでその都度ホーム内で柔軟に出来る支援で取り組む。		

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
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	本人の馴染みの店や物を把握し、それを外出する為の意欲につなげ、閉鎖的にならないようにしている。		
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	本人・家族の了解の下、同法人病院の訪問診療を行なっている。急変起こる可能性や緊急時の対応についても説明。受診希望あれば随時受診援助を行なっている。すばやい対応連携で安心感を提供できている。	医療機関を母体としている為、協力医との連携は良好で24時間オンコール対応となっている。かかりつけ医で受診する方もいる。2週間に1度の往診があり、受診結果は変化が有る場合は、電話連絡を入れ、状況に応じて医師から直接説明もあり、医療に対して家族の安心感を得ている。	
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	利用者の状態変化あれば連携病院の看護師に報告し医師の判断をすばやく仰げるようにしている。往診や訪問看護で近くにいる場合は直接診に来る事もある。		
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、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。	入院時病院側に日常生活の情報提供をして利用者が入院による環境変化で混乱がおきにくいように配慮できるようにする。安定したら早めに退院できるように情報をもらい、退院後は経過を報告しフォローアップも対応している。		
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	医療の事前指定書でできるだけ家族・本人と確認したうえで、主治医に報告し緊急時の処置の目安としている。終末期については主治医から家族へ説明してもらう。スタッフにはグループホームでの機能を説明し出来ることできないことを明確にしている。	事業所として基本的には看取りを行なわない方針である。重度化した場合や終末期については母体医療機関と連携し、医師や家族と最善の方法で対応できるように状況に合わせて話し合いをし、事業所で出来る範囲の支援を実施している。職員には安心して支援できるように管理者から支援の方向性について説明をしている。	
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	急変時のマニュアルは作成してある。定期的な訓練を行なっている。急変時には慣れたスタッフが対応しながら、別のスタッフに指導し実践も学んでもらっている。		
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	年に2回消防の立会いでの避難訓練を行なっている。3日分の水・食料の備蓄があり。地域の防災訓練に参加し災害時は施設への受け入れも視野に入れて参加している。推進会議では災害時に互いに協力できるように話し合いをしている。	年2回の訓練を実施し、1回は、消防署の立ち合いの下で行っている。災害時の安否確認の為、居室入口に首掛け用名札を設置し、訓練時に装着して避難することを決めている。3日分の備蓄品も確保し、地域住民の受け入れも可能としている。	

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
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	スタッフ間の日常の会話は利用者・家族に失礼のないように心がけている。利用者の性質を踏まえプライド傷つけないようにスタッフ言葉かけを行なう。また、入居者の日常的な記録を入居者・面会者からダイレクトに見えないように配慮している。	プライバシーに配慮した、対応や、関わりに気を付け、一人ひとりの人格を尊重する様に日々心がけている。職員からの言葉掛けや、何気ない言動に日常的に注意してケアをするようにしている。	
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	思いや希望をダイレクトに確認しても答えが出にくい方には、日常の好みなどをスタッフが把握しながら、その時々で本人が選択しやすいように配慮している。		
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	日常は計画に沿った生活を送るようにしている。日ごとにパターンが変わる方もいるので、場面ごとに柔軟に本人の意向を聞きながら支援している。		
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	起床時にモーニングケアを行なう。自分で鏡を見るように促し身だしなみを意識してもらう。散髪は2ヶ月ごとに訪問がある。新しい衣類等の購入は利用者が選ぶようにしている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食材の買物と一緒に出かけるようにしている。利用者の希望で急に献立を変更する事もある。食事形態も個別に対応し、無理なく摂取できるようにしている。昼食は同じテーブルにスタッフも入り一緒に食べる。	献立は入居者や職員の意見や要望を聞きながら管理者が作成している。近所から野菜のおすそわけも有り、食卓に乗せている。食事の準備は入居者も一緒に行い、包丁を使う方もいる。食事の時には車椅子から椅子へ移り変えを行うなど、食べる環境への配慮に心がけている。	
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	全体的な栄養バランス取れた献立を作成。咀嚼能力によって食事形態を変え摂取出来るように配慮する。毎日水分摂取量も確認している。排泄状況や毎月の体重も確認している。食自前の嚥下体操も日課に取り入れた。		
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	朝食前にうがいを実施。歯磨きは毎食後行なう。認識力によって声かけによる支援や一部介助など行なう。義歯については毎晩洗浄液での洗浄も実施。		

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
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むけた支援を行っている	排泄介助必要な方はパターンをチェックしそれを基に支援方法を定める。トイレでの排泄ができるように誘導に心がけている。本人の意向も確認し自尊心傷つけないように行なう。	可能な限りトイレでの排泄を目指している。夜間帯も希望があれば声掛け誘導を行っている。排泄チェックシートを活用する事で、本人と話し合い、布下着へ変わった方もいる。	
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	利用者ごとに排便間隔確認する。食事や水分、体操等でなるべく自然排便促している。どうしても出ないときは、処方されている下剤を使用する。服薬時本人に内服するか確認する。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	週3回は入浴できるように支援している。入浴好きでない方は声かけのタイミング等調整。入浴回数は意向を確認できるが時間帯については対応が困難なため聞き取り行っていない。	週3日の入浴を基本としている。しょうぶ湯やゆず湯などを楽しんでいる。入浴剤の種類によって浴槽の深さが分かりにくくなり恐怖を感じるため、入浴剤の種類に配慮している。安心して気持ちよく入浴を楽しんで頂く様に取り組んでいる	
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	消灯等は決めず各利用者の様子を見て声をかけ、眠りに誘導する。日中も自由に居室で休めるようにしている。日中居室で閉じこもりがちの方は、声かけレクリエーション参加促したりする。		
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	定期・臨時処方共に、薬剤情報を確認している。処方の変更時は経過観察を記録に残し、医療との関係に活かしている。		
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	利用者の残存能力を活かした楽しみや役割をしてもらおう。家事・草取り・買物・創作活動など意向を聞きながら対応。その様子を写真に記録し本人や家族に見てもらおう。		
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	出来るだけ、閉じこもらない様、車椅子の方でも散歩や、順番で毎日の買い物、お使いと一緒に頂く様にしている。季節に応じた外出も予定している。家族と外出する際は体調面で配慮する事あれば伝え不安のない様に支援している。	季節感を感じて貰う様に、日常的に庭に出たり、買い物や散歩に行く様にしている。年2回の外出支援では回転ずしに行く事もあり、楽しみの一つとなっている。川堤の桜の花見や、アジサイ等を見に行く時にはおやつを持参して、楽しみの持てる外出支援に心がけている。	

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
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	本人・家族との相談の上、財布の保管や、本人に買い物用としてのお金を預かっている。ノートを作り本人・家族にも分かりやすい様にしている。		
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	事前に家族と相談した上で、本人の希望に応じ、何時でもかけられる様にしている。自分でかけられない場合は、スタッフがかけ本人に、かわる様にしている。お便りにも本人に一言あれば入れて頂いている。		
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	利用者の意見・様子を観察し、不快感がない様にしている。居室とトイレのドアが同じな為、迷わない様に名札を付けている。季節の節句毎に飾りつけをし、季節感を取り入れている。	共有空間は広く、見渡しが良い。日差しが入り、明るく冬は暖かい。掃除は職員と一緒にモップ掛けを手伝って貰う事もある。施設内には入居者の作品や、パノラマ風景画が飾られている。庭先には入居者と管理者と共同で作った物置小屋がある。	
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	食事・おやつの時以外は、席を決めておらずソファやキッチンとその時々で好きな所で、過ごせるようにしている。		
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	居室はプライベート空間として、本人の嗜好や好みを尊重し、持ち込みの対応や配置にも考慮している。	仏壇や筆筒など馴染みの物を持参して頂く様にし、居心地良く過ごせる様にしている。入居者の希望で、ベットで横になったままTVが見られる様に、目線に合ったテレビ台を、管理者が日曜大工で作り備え付けるなどの協力や支援を快く実施している。	
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	一人ひとりの認知力を考慮し、何が分からないかをしっかり把握し、有する能力を活かし、その人に合った説明や誘導をしている。		

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2375701113		
法人名	医療法人 聖会		
事業所名	グループホーム石川 2階		
所在地	愛知県知多郡武豊町二ヶ崎一丁目3番地		
自己評価作成日	平成29年10月30日	評価結果市町村受理日	平成30年3月13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.kai.gokensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2017_022_kani=true&JgvosyoCd=2375701113-00&PrefCd=23&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 あいち福祉アセスメント		
所在地	東海市東海町2丁目6-5 かえでビル2F		
訪問調査日	平成29年12月3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)】

<p>利用者の思いをしっかりと聞くことを基本にしている。日々変化する利用者の方でもしっかりと会話する事により、不安感を軽減し信頼関係を築く。医療との連携でレベル低下しても安心してその人らしい生活が出来るようにしている。</p> <p>家族・地域との関係にも重点をおいている。</p>

【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)】

<p>事業所は2階建てで、幹線道路から少し奥に入った閑静な住宅地の中に位置している。運営母体が医療法人のため医療支援が行き届いており、入居者や家族からの安心感を得ている。法人の理念と介護の基本方針、事業所職員で考えた「グループホーム石川」の目標を掲げ、日々唱和をして共有してケアに繋げるように努めている。開所して12年の中で地域との繋がりも深まり、管理者は認知症サポーター研修の講師をしたり、認知症カフェの運営に協力をする中で、認知症の相談などで事業所に立ち寄る地域の方も見えるようになってきた。手作りの食事を職員と共に作ったり、日曜大工の腕を振るい管理者と一緒に小屋を作ったり、自分ができることを自分のペースで行いながら生きがいのある生活をしている。食事時には、車椅子から食卓椅子に腰かけなおすなどきめ細やかな支援に心がけている。明るい日差しが注ぐ居間で入居者は、ソファーに腰かけテレビを見たり、昔話をしたりして過ごしている。</p>
--

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

[セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。]

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
I. 理念I: 2375701113					
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	事業所独自の理念を毎朝の申し送り時に斉唱行なっている。各スタッフの支援方針の基礎となっている。		
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	町内会に入っており、地区のお祭りや防災訓練、清掃作業など利用者と参加できるものは一緒に参加する。利用者参加難しい物は管理者が代表で参加し、施設として地域とつながりを持っている。		
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	年2回の地域包括主催の介護者のついで、認知症についての相談をうける。町内の全小学校で認知症についての講演を行うなどしている。		
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	年6回同法人の他2グループホームと合同で会議を開催している。他施設の取り組みを聞くことで様々な意見が出て、それぞれの施設でのサービス向上に活かしている。		
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に取り組んでいる	2ヶ月に1度町内の「ケアマネつどい」に介護保険事業所や行政の参加の会議があり事例検討会や情報交換を行なう。また、役場へ行った際は福祉課に顔を出して現況等の報告を行なう。認知症困難事例があると相談などもある。地域ケア会議の参加もある。		
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	身体拘束については職員全体が理解できている。転倒・転落等の危険性ある方は家族と話し合いを行い、拘束のリスクを説明し、抑制で対応しないように取り組みをしている。		
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	ホーム内で虐待についての勉強会も行いスタッフそれぞれが把握出来ている。言葉での虐待にも、その様に伝わりそうな場合には注意を行っている。		

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
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	成年後見制度利用する方も少しずつ増えてきている。スタッフもその都度学び、徐々に権利擁護等の制度の理解浸透してきている。		
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	入所前に説明をし、入所後も家族の不安・疑問があればその都度よく話し合い、不安の除去・解決に向けての対応を心掛けている。		
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	利用者とのコミュニケーションを取り、困った事や不安を聞きだしたり、家族の面会時等何か心配な事や、希望はないか積極的に伺ったり、スタッフからの報告も含め対応をしている。又玄関に意見箱を設置している。		
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	毎月の定例会議で利用者の処遇や運営面でのこと話し合っている。議事については朝の申し送り時や個別で確認するようにしている。議事録を代表者に提出報告している。		
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	日々の勤務状況を管理者は総括し法人に報告している。個別でスタッフが法人幹部と心身面で面談する場面も必要に応じてセッティングし職場環境・条件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	日頃の業務内容を見て管理者が適切なアドバイスを行なう。随時届く研修案内は個々のレベルに応じて振り分けるようにしている。OJTを意識しながらベテランスタッフが新しいスタッフを育成できるようにしている。		
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	同法人内のグループホーム間で異動がある。それによりスタッフ同士のネットワークを広げている。各ホームで取り組みが違う事もあり、様々な視点からサービスの質を見直すことが出来る。		

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
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	生活歴を含めてアセスメントを行い信頼関係を築く。初期の段階では互いに慣れるまで接する時間を多く持つようにしている。センター方式の一部活用で生活歴の細かいところが把握でき信頼関係が築きやすくなった。		
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	キーパーソンを確認し、家族の思いを確認する。センター方式の一部活用でキーパーソン以外の方の話を聞く事も出来やすくなった。		
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	担当ケアマネと情報交換し入居申し込みから実際に入居まで待機があるため、その間の計画について本人・家族と一緒に相談に乗る。在宅生活の可能性についても検討し、アドバイスする。支援事業所が決まっていなくても場合や、介護認定ない場合は今後の流れを説明した上で適当な機関等の紹介を行なっている。その後も必要であれば継続して相談にも乗る。		
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	自宅にいるとき梅干を作っていた方とホームで一緒に教えてもらいながら作ったり、家事も分担し、入居者方々の能力を活かせるように役割を作っている。		
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	来所時には、現在までの経過報告をしており喜ばれている。また家族と何でもの相談出来る様な関係作りに努めている。		
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	何気ない会話から情報を得た事を皆で共有し、知人のホームへの面会も家族が了解の上で何時でも受け入れをしている。面会時に認知症の説明をし今後も関係が続くような支援をしている。		
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	職員は一人一人の個性や、利用者同士の関係を把握しており、良い時も、不穏時も含め、お互いの係わりに支障が無い様支援をしている。		

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
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	退居された場合でも、その後の家族の相談に乗ったり、本人への面会も行なう。		
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	スタッフが本人の話をしっかり聞く姿勢をとることで、思いを引き出し、ちょっとしたことでも喜んでもらえるように実践している。意向を把握しにくい方でも、本人だったらどう思うかを考えて支援している。		
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	入居前に本人・家族・他サービス機関からの情報収集をして把握をするようにしている。		
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	毎朝のミーティングで、全員の過ごし方や状態の申し送りをし、その時々で変化の確認をし、本人からも話を聞きいている。		
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	計画が実行され有効か、定期的にモニタリングを行なう。その結果を本人・家族・スタッフに伝え現状に即した計画になるように心がけている。		
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	毎日の様子をチェックリストに記載し、夜勤者が朝のミーティングで報告しており、スタッフ全員が共有し、把握できるようにしている。担当者が個別に支援経過も作成しており活用している。		
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	現状ではサービスの多機能化への取り組みは行なわれていない。利用者は日々訴えに変化ある。タイムリーに対応必要になるのでその都度ホーム内で柔軟に出来る支援で取り組む。		

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
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	本人の馴染みの店や物を把握し、それを外出する為の意欲につなげ、閉鎖的にならないようにしている。		
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	本人・家族の了解の下、同法人病院の訪問診療を行なっている。急変起こる可能性や緊急時の対応についても説明。受診希望あれば随時受診援助を行なっている。すばやい対応連携で安心感を提供できている。		
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	利用者の状態変化あれば連携病院の看護師に報告し医師の判断をすばやく仰げるようにしている。往診や訪問看護で近くにいる場合は直接診に来る事もある。		
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、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。	入院時病院側に日常生活の情報提供をして利用者が入院による環境変化で混乱がおきにくいように配慮できるようにする。安定したら早めに退院できるように情報をもらい、退院後は経過を報告しフォローアップも対応している。		
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	医療の事前指定書でできるだけ家族・本人と確認したうえで、主治医に報告し緊急時の処置の目安としている。終末期については主治医から家族へ説明してもらう。スタッフにはグループホームでの機能を説明し出来ることできないことを明確にしている。		
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	急変時のマニュアルは作成してある。定期的な訓練を行なっている。急変時には慣れたスタッフが対応しながら、別のスタッフに指導し実践も学んでもらっている。		
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	年に2回消防の立会いでの避難訓練を行なっている。3日分の水・食料の備蓄があり。地域の防災訓練に参加し災害時は施設への受け入れも視野に入れて参加している。推進会議では災害時に互いに協力できるように話し合いをしている。		

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
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	スタッフ間の日常の会話は利用者・家族に失礼のないように心がけている。利用者の性質を踏まえプライド傷つけないようにスタッフ言葉かけを行なう。また、入居者の日常的な記録を入居者・面会者からダイレクトに見えないように配慮している。		
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	思いや希望をダイレクトに確認しても答えが出にくい方には、日常の好みなどをスタッフが把握しながら、その時々で本人が選択しやすいように配慮している。		
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	日常は計画に沿った生活を送るようにしている。日ごとにパターンが変わる方もいるので、場面ごとに柔軟に本人の意向を聞きながら支援している。		
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	起床時にモーニングケアを行なう。自分で鏡を見るように促し身だしなみを意識してもらう。散髪は2ヶ月ごとに訪問がある。新しい衣類等の購入は利用者が選ぶようにしている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食材の買物と一緒に出かけるようにしている。利用者の希望で急に献立を変更する事もある。食事形態も個別に対応し、無理なく摂取できるようにしている。昼食は同じテーブルにスタッフも入り一緒に食べる。		
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	全体的な栄養バランス取れた献立を作成。咀嚼能力によって食事形態を変え摂取出来るように配慮する。毎日水分摂取量も確認している。排泄状況や毎月の体重も確認している。食自前の嚥下体操も日課に取り入れた。		
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	朝食前にうがいを実施。歯磨きは毎食後行なう。認識力によって声かけによる支援や一部介助など行なう。義歯については每晚洗浄液での洗浄も実施。		

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
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むけた支援を行っている	排泄介助必要な方はパターンをチェックしそれを基に支援方法を決める。トイレでの排泄ができるように誘導に心がけている。本人の意向も確認し自尊心傷つけないように行なう。		
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	利用者ごとに排便間隔確認する。食事や水分、体操等でなるべく自然排便促している。どうしても出ないときは、処方されている下剤を使用する。服薬時本人に内服するか確認する。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	週3回は入浴できるように支援している。入浴好きでない方は声かけのタイミング等調整。入浴回数は意向を確認できるが時間帯については対応が困難なため聞き取り行えていない。		
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	消灯等は決めず各利用者の様子を見て声をかけ、眠りに誘導する。日中も自由に居室で休めるようにしている。日中居室で閉じこもりがちの方は、声かけしレクリエーション参加促したりする。		
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	定期・臨時処方共に、薬剤情報を確認している。処方の変更時は経過観察を記録に残し、医療との関係に活かしている。		
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	利用者の残存能力を活かした楽しみや役割をせよらう。家事・草取り・買物・創作活動など意向を聞きながら対応。その様子を写真に記録し本人や家族に見てもらう。		
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	出来るだけ、閉じこもらない様、車椅子の方でも散歩や、順番で毎日の買い物、お使いに一緒に出て頂く様にしている。季節に応じた外出も予定している。家族と外出する際は体調面で配慮する事あれば伝え不安のない様に支援している。		

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
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	本人・家族との相談の上、財布の保管や、本人に買い物用としてのお金を預かっている。ノートを作り本人・家族にも分かりやすい様にしている。		
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	事前に家族と相談した上で、本人の希望に応じ、何時でもかけられる様にしている。自分でかけられない場合は、スタッフがかけ本人に、かわる様にしている。お便りにも本人に一言あれば入れて頂いている。		
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	利用者の意見・様子を観察し、不快感がない様にしている。居室とトイレのドアが同じな為、迷わない様に名札を付けている。季節の節句毎に飾りつけをし、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	食事・おやつの時以外は、席を決めておらずソファやキッチンとその時々で好きな所で、過ごせるようにしている。		
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	居室はプライベート空間として、本人の嗜好や好みを尊重し、持ち込みの対応や配置にも考慮している。		
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	一人ひとりの認知力を考慮し、何が分からないかをしっかり把握し、有する能力を活かし、その人に合った説明や誘導をしている。		