

(様式2)

平成 27 年度

## 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	1570102143		
法人名	社会福祉法人 坂井輪会		
事業所名	グループホーム 穂波の里		
所在地	新潟県新潟市西区新通4727		
自己評価作成日	平成27年10月1日	評価結果市町村受理日	

※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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/15/">http://www.kaigokensaku.jp/15/</a>
----------	---

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益社団法人 新潟県社会福祉士会		
所在地	新潟県新潟市中央区所2丁目2番2号 新潟ユニゾンプラザ3階		
訪問調査日	平成27年11月30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)】

・その人らしさを大切に、入居者の主体性を尊重した支援をしている。  
・個々の生活スタイルで暮らして頂けるよう、入居者の心身の状況や生活歴を把握し、趣味・特技・習慣を大切に支援している。  
・ほぼ毎日入居者と近隣のスーパーに出掛け、入居者と献立を考え、出来る限り調理して頂いている。  
・身体状態に問題がなく、ご本人が希望されれば毎日入浴して頂ける。  
・地域の方々との交流を大切にし、メディア情報など食事やお茶の場の話題にし社会との繋がりに努めている。また、その際に入居者の方が興味を持たれたことは日々の実践に繋げている。

### 【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)】

事業所は、利用者が共同生活をしながら自立した生活を営む場所であることを目指している。そのため、利用者ができることは職員が過剰な介助を行わず、見守りながら自立支援をしている。利用者の得意なこと、やりたいことに焦点をあてた支援がされており、利用者のできる事できない事を詳細なアセスメントシートを使って把握し、利用者の生活歴や馴染みの暮らし方、職歴、生活環境などを記す事業所独自のバックグラウンドアセスメントシートを用いて一人ひとりに合わせた介護計画を作成し、それを基に支援が行われている。実際に食事場面では下ごしらえをする方、調理をする方、盛り付けをする方、お茶をいれる方など、それぞれが役割を持って生き活きとした表情で参加している。また、掃除が得意な方は自室や玄関の掃除だけでなく、掃除ができない他者の居室の掃除をするなど、得意なことを活かして共同生活が営まれている。職員は法人内の異動で変わるが、理念や事業所の目指すことは共有されており、職員のチームワークは良く、統一したケアがなされている。

もともと地域住民の声でつくられた法人であるため地域との関わりは深い、さらに多様な活動により地域との関係づくりを力を入れて取り組んでいる。グループホームでは『ほっと！リビング』と題して利用者主体のお茶のみ会を定期的開催し、利用者手作りのチラシを配り地域の方に案内している。法人でも、自主事業として地域の茶の間『たんぼ広場』を運営しており、また、法人内の「地域あんしんサポートセンター」の主催で開催されている「うたごえ広場」には歌好きな利用者が参加している。そこでの地域の方や地元の学生との交流を通じて事業所への来訪が増え、日常的に散歩や買い物の際には近所の人から挨拶や声をかけられるようになった。また、法人全体の祭りには地域の方の参加が多く、地域になくはならない行事のひとつになっている。今後も地域とのつながりを大事にしなが、グループホームの本来の役割を具現化していくことが期待される事業所である。

## 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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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	「地域の中で家庭的な雰囲気を大切にその人らしくお互いを支え合って生活していけるように」という理念を管理者と職員は共有し、毎月の会議でも理念に基づく援助ができていくかを確認し合い実践に繋げている。	法人の設立時に作られた理念を大切にしており、理念をより具体化した援助指針と合わせて職員会議等で確認をしている。また、書の得意な利用者を書いてもらった理念を玄関に掲示して職員への浸透を図っている。職員は理念を理解して日々の実践に繋げている。	
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	併設施設と共に盆踊りを行ったり地域の健康祭りに参加し施設紹介や利用者の作品展示をし地域との交流を図っている。また、日常的な買い物や行事の案内で地域に出向いたり近隣の学校、保育園とも交流の機会も持っている。ホーム独自の地域交流会『ほっと！リビング』を年5～6回開催し地域の方々、学生ボランティアや近隣のグループホームとの交流を深めている。	事業所では利用者主体のお茶のみ会『ほっと！リビング』を定期的に開催し、地域の方を招待している。そこでの交流から近隣の学生などが事業所を訪れたり、保育園とも交流している。日常的にも散歩の際に近所の方から花や野菜をもらったり、畑作りの協力を得ている。法人全体の祭りには地域から数多くの参加があるなど、地域とのつきあいに力を入れている。	
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	実習生やボランティアの受け入れを積極的に行ない、認知症の方々の理解や支援方法を伝えている。地域の認知症ボランティア育成に向け近隣施設と協力し施設見学、実習受け入れに取り組んでいる。		
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	会議には、利用者本人、家族、民生委員、地域包括支援センター職員、ボランティアほなみ、区の職員、管理者、ホーム職員が出席し、2か月に1回行なっている。ホームの状況や行事について報告すると共に利用者、参加者の声を聴き、意見交換を行ない、そこでの意見をサービス向上に活かしている。また、行事予定を玄関に掲示したりきめ細かく会議開催を広報する等で広くアドバイスを頂けるよう努めている。	会議は2ヶ月ごとに行われており、利用者も複数参加している。行事や日々の活動の様子の写真を見ながら意見交換を行ったり、事業所の悩んでいること相談してアドバイスや協力を得ている。他の事業所の運営推進会議に参加しているメンバーから、他事業所の取り組みを聞いて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取り組んでいる	利用者と一緒に広報誌や行事の案内を西区役所に届け、運営推進会議への協力を呼び掛けるなど関係作りに努めている。また、毎月訪問頂く介護相談員にもサービスや取り組み状況を見て頂き協力関係構築をはかっている。	市の担当者には度重なる働きかけを行い運営推進会議への参加を得ている。生活保護の利用者が多く、区の生活保護担当者とも連携が図られている。地域包括支援センター職員からも運営推進会議への参加を得ており、また、事業所内研修の講師を依頼するなど協力関係が築かれている。	

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
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	法人内で年2回委員会を設置し拘束予防に努めている。また、ホーム研修で年1回身体拘束をしないケアについて学習しているほか月1回の会議でも、日々の実践が利用者の視点に立っているか、問題点は無いかな意見交換をし、拘束をしない援助に向けケアを見直している。	身体拘束は一切行わないことを掲げており、入居申し込み時には家族にリスクも含めて説明をしている。「身体拘束廃止委員会」を中心に研修会を開催し禁止となる具体的な行為の確認している。家族がセンサーマットの使用を希望した場合は、本人の意向を尊重して代替の方法を検討し家族の理解を得るなど身体拘束をしないケアを実践している。	
7	(5-2)	○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	虐待防止についてホーム内で研修を行ない職員の意識を高め、防止に努めている。高齢者虐待防止関連法についても理解を深められるよう学習している。	年2回虐待に関する研修を行って理解を深めている。職員は、利用者に対して禁止や指示的な言葉遣いをせず、他の言葉に言い換えたりやる気を引き出すような言葉がけを行っている。また、職員はストレスを溜め込まないように、普段から職員同士で声をかけあったり、食事会を行うなど一人で抱えないようにしている。	
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	新潟市の成年後見支援センターに向向く等、関係機関の協力を頂きながら、部署会議において成年後見制度について学習し、必要性について話し合い理解を深めている。また、利用者個々において必要性があれば関係者と話し合える体制は出来ている。		
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	契約時は重要事項説明を丁寧に行なっている。利用料金やグループホームで起こり得るリスク、医療連携体制等についても詳しく説明を行ない同意を得ている。利用者や家族等がわからない所や不安な点については、相手の立場に立って将来的な事項を含め疑問等を引き出し、それらに対しても十分な説明を行ない、理解、納得して頂いた上で契約している。		
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	日頃から希望や意見を引き出せるよう一つ一つの支援を大切に意識しながら利用者に関わっている。また、利用者が意見や思いを伝えられる場として運営推進委員会に参加して頂いている。玄関に意見箱を置くほか、ご家族には面会や受診等で来園時に利用者の状況報告を行ない質問や相談に応じ、運営に反映させるよう努めている。また、ご家族懇親会を通じご意見を頂いたり、入居時には第三者委員の紹介も行なっている。	家族には面会時に、利用者からは日常の関わりの中で直接意見を聴いている。また、年1回の家族懇親会時や、不定期にインタビュー形式で家族アンケートを実施している。意見箱を設置し、電話連絡時に意見や要望を引き出すよう努めている。	

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
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	毎月の部署会議の場やカンファレンス時には職員個々が意見や提案を出しやすい雰囲気作りに努め、日常的に口頭で意見を聞いたり、何でも書き込めるノートも用意し、職員の意見や提案を聴く機会を設け、反映させている。また、年度末には年間の方針の振り返りと共に、職員の希望や思い、困っていること等を自由に書いて管理者に提出し職員の意見を運営に反映させるようにしている。	日常的に職員はアイデアや意見を管理者に伝えており、職員の意見はほとんど反映されている。「何でも書きこめるノート」を置いたり、毎月の職員会議など職員が意見を出せる機会が多く設けられており、また、職員が意見を言いやすい雰囲気がある。	
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	毎月1回、代表者と管理者がミーティングを行ない、職員の勤務状況等を把握し、職場環境等の整備に努めている。また、必要に応じて部署会議に代表者の出席を求め、職場環境や労働条件等についての職員の率直な意見を聞いてもらい、職場環境・条件の改善に努めている。		
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	法人内で就業年数が同じ職員同士が切磋琢磨して成長しあえる学習の場を提供している(ディスカッション、他部署研修、実践研修、事例報告等)。また、学習講演会や研修会の開催を知らせ参加を促している。日々の業務でも気づいたことを声に出し、職員同士が高めあい成長しあえる関係作りにも努めている。		
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	地域密着型連絡会議において地域の事業者同士で会議を通じて繋がりを持ち、互いに相談しあえるネットワークづくりをしている。また、研修会に参加し学習するなかで、それぞれの施設状況の様子を話し合ったり意見交換をする等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている。		
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入所前の面談にて生活の様子を聞き取り、本人の要望を確認している。また入所後には細目に様子観察を行い、困っている事や心配なことが無いかその都度確認し思いを傾聴している。		
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	入所前の説明を丁寧に行い、家族の思いや要望を聞き取っている。また、訪問された際にはご本人の様子を伝えながら施設に対する要望や思いをその都度確認している。		

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	これまでの生活状況やサービス利用状況を踏まえ、どのような生活を望むのかに合わせた支援をその提案し、その都度了承いただいている。		
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	入居者は人生の先輩であるという考えを職員は共有しており、家事の方法など伺いながら、それぞれの力が発揮できるように入所者が生活の主体として暮らしを作り上げられるような環境作りを行っている。		
19	(7-2)	○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	ご家族もご本人を支える支援者のお一人として捉え、随時変化を伝え基本的に受診対応はご家族の役割として関わる時間を持って頂き、連携しながら支援している。家族に対するご本人の思いを面談の際にお伝えしたり、生活の様子を書面で定期的に郵送している。	原則として受診付き添いは家族にお願いしており、受診後に利用者と一緒におやつを食べたり、外出に出かけたりしている。また、3ヶ月ごとに広報誌と合わせて、利用者の様子を手紙で伝えたり、家族の相談に応じるなど、家族との関係を築いている。	
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	馴染みの美容院へ行くことや、趣味の映画を見に映画館に行く、先祖の墓を参る…など一人一人に合わせた個別の支援を行っている。また、昔住んでいた場所の近くなどをドライブし思い出話を傾聴している。	行きつけの美容室やお墓参りのほか、昔から踊りや映画が好きな方には踊りの場や映画館への外出を支援している。また、以前同じ建物のケアハウスに入居していた方にはそこでの交流の継続や、『ほっと！リビング』の場で他の施設に入所した方と一緒にになれるよう、馴染みの人との関係づくりに努めている。	
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	生活歴や得意な事を活かし活躍できる場面を作っている。また、その方の活躍を日々の会話の中で皆さんに伝え、お互いに相手を認め合い尊敬しあえるような雰囲気づくりを行っている。場面によって、職員が仲介し入居者同士の関係性が負担になり過ぎず維持できるような配慮を行っている		
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	ご本人、ご家族の思いを大切に、安心して次のサービスが受けられるよう必要に応じ支援に努めている。また併設施設へ入居された方とは、お互いに行き来し相談しやすい関係に努めている。		

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
<b>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</b>					
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	日々の生活の中でコミュニケーションを大切に、表情や会話から思いを探り一人一人の希望、意向、思いの把握に努めケース記録している。入居前後のアセスメント、生活歴に特化したバックグラウンドアセスメント等、それぞれシートを分け、必要に応じ新たな情報を追記し、職員間の情報共有にも努めている。また、介護計画作成時には本人と面談し、改めて意向の把握、再確認をしている。	日々の会話や表情などから本当の思いや意向をくみ取り、生活の目標となる意向を把握して理想の思いにつながるよう支援している。思いが変わったときは記録に追記していき、全ての職員が把握できる仕組みになっている。	
24	(9-2)	○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	入居前には、本人、家族、入居前のサービス支援者からこれまでの暮らし等を聞き把握に努めている。また、職員は意識的に会話等で得た情報を整理、フェイスシートに追記し、定期的にシートの更新を行い情報共有に努めている。	入居前に可能な限り自宅を訪問して本人の生活歴や職歴、生活習慣、馴染みの暮らし方を詳細に聞き、バックグラウンドアセスメントなど複数の書式に記録して把握している。入居後に職員が本人との関わりで得た情報をシートに追記し、介護計画作成などに活かしている。	
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	本人のペースを大切に見守りや支援に当たり、職員主導の先入観を持たずに一人一人の現状把握に努めている。また、記録や会議等で情報共有にも努めている。		
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	分かり易く共有しやすいように改善した事業所独自の介護計画やモニタリングの様式を使用し、職員は日頃から本人、家族から意見を聞くように努め、それらを加味しモニタリング、アセスメントを行っている。介護支援専門員は計画作成時に改めて本人、家族の意向を伺い担当職員と計画案を作成、カンファレンスにて検討し現状に即した介護計画作成に努めている。	本人、家族の意見を聞いて計画作成担当者が立てた原案をもとに、担当職員がその人の得意なことや役割を盛り込んだ個別援助計画を作成している。アセスメントをきめ細かく行っているため、その人らしい計画が作られている。実施状況は全職員で記録し、それをもとに毎月モニタリングを行っている。	
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	毎日一人一人の日々の様子やケアの実践を個別記録に記入し職員間で情報共有に努め、会議等で意見や提案を出し合い実践や介護計画の見直しに活かしている。また個別外出時は計画書、報告書を作成、本人の様子や職員の気づき・反省等も含め記録し日々の支援に活かしている。		
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	本人や家族の状況に合わせて、往診の利用導入や受診の付き添い、訪問理容への切り替え、美容院との協力体制作りをする等、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。		

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
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	近隣のスーパーへ行き、ご本人の生活に必要な消耗品や毎日の食材など、利用者とは相談し購入している。大型スーパーで衣類や雑貨などを楽しみながら購入される事もある。ご本人の希望によりパーマを掛けに馴染みの美容院に行かれる方もいらっしゃる。地域の保育園と交流を図ったり、学生ボランティアが来園して一緒に歌やお菓子作りを楽しんでいる。定期的にホームでお茶会を開き、地域の大学や専門学校を通じて、学生ボランティアの協力を得ながら、地元のお客様をお招きし持て成している。利用者と共に広報誌や運営推進委員会の報告書を手渡しに出向く事で、区役所との繋がりを大切にしている。		
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	ご本人が馴染みの医師による継続的な医療が受けられるよう、入居前からのかかりつけ医への受診を基本とし、受診対応はご家族が行っている。受診に必要な利用者の情報をご家族に伝えると共に、利用者の状況が医師に分かりやすく伝わる様、必要に応じて日々の血圧表や心身の状況を書いた手紙、または直接電話などで医療機関と連携を図っている。ホームの協力医から往診もしてもらっている。	入居前のかかりつけ医を継続しており、受診付き添いは基本的には家族にお願いしている。受診の際は家族に状況を伝えるが、わかりにくい場合は書面を用意したり、職員も一緒に同行している。家族の協力が難しい場合は事業所で対応をしたり、また、協力医療機関に往診をお願いするなど、適切な医療が受けられるよう支援している。	
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	法人内の看護師に利用者の病状を伝え、必要に応じて相談し、アドバイスを受けている。必要に応じて電話で医療機関に連絡し、看護師を通じて医療関係者のアドバイスを受けている。利用者の体調や些細な変化を見逃さず、気付いた状態変化はかかりつけ医に相談しながら医療支援に繋げている。		
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、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。	入院時にはご本人への支援方法に関する情報を医療機関に提出している。出来る限り病院へ出向き、利用者の状態に応じて看護師やケースワーカーと連携を取り、退院に向けて相談している。また、ご家族を通して情報をお伝えすると共に、必要に応じて電話で相談し、ご家族ご本人が安心して退院できるよう努めている。		
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	入居時に重度化に係わる指針を説明し、同意を得ている。ご本人の状況に応じて、ご本人の思いを探り、ご家族の意向確認をしている。	事業所としては利用者の自立支援に力を入れているので、重度化や終末期の支援は積極的に行わない方針であり、入居前にその旨を説明し理解を得ている。利用者の状態変化に合わせて家族と話し合いを行い、事業所ができる事やできない事を説明し、場合によってはその方に合った所を紹介したり手続きの支援を行っている。	重度化した場合における対応に係る指針を入居前に家族に説明しサインをもらっている。事業所としてできる事できない事は職員にも共有されているが、利用者の現状に即した指針に見直す機会をもつことが望まれる。

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
34	(12-2)	○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て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	毎月ヒヤリハットや事故発生の要因について討議し、事故防止に取り組んでいる。AEDの使用方法や心肺蘇生法についての救命救急士指導のDVDで学習した後、対応マニュアルに基づき、全職員でシュミレーションを行い定期的に学習している。普段と違う食事の際は、見守り体制を整え、急変時の対応についてその都度確認している。機会がある毎に救命講習に参加し技能の向上に努めている。	AEDの操作法や心配蘇生法の指導を事業所内研修で行っている。研修内容をDVD撮影し、参加できない職員にも周知している。事故発生時の対応マニュアルが整備されており、マニュアルに基づいて事故発生時の初期対応のシュミレーション訓練も行っている。	
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回昼間と夜間を想定し、法人全体での避難訓練を行い、地域の方々の協力が得られる体制が整っている。ホームと、棟続きの他部署合同の避難訓練も行っている。防災機器取扱の学習会を行い、設備確認、消火器等の使い方などの訓練も定期的に行っている。また、災害時の地域の避難場所としての役割も担っている。	日中・夜間の火災を想定した避難訓練を実施している。隣接の特別養護老人ホーム職員や地域の方も参加しそれぞれが役割を持って訓練を行っている。また、消防設備の点検では、機器の使い方の練習も行い、災害に備えている。	
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	職員は認知症ケアに関する研修を行い、利用者の尊厳やプライバシーを損ねない会話や対応を心掛けている。言葉遣いや支援方法など定例会議で振り返り、日頃から職員同士話し合いを持ち実践に努めている。個別支援では、必要以上の援助を行わず見守らせて頂く事で、利用者が誇りと尊厳を持ち生き生きと生活できるような対応をしている。	利用者のできる事できない事を見極め、できることは時間がかかっても声かけや介助を行わず見守りで対応するなど、本人の誇りや人格を尊重している。記録物は施錠管理され、利用者のいる場面では個人情報飛び交わないようプライバシーの確保を徹底している。	
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	日常生活の中で利用者の「～したい」に焦点を当てた支援を行い、自己決定を促すような声掛けを行っている。思いや希望が表しにくい利用者には個別に傾聴する場を設けたり、職員の方から訪室してコミュニケーションを深めたりして、本音を表しやすい環境を作り一人一人の希望の把握と実現に努めている。		
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	基本的な一日の流れはあるが、利用者一人一人のペースを大事にし、可能な限り希望に添って支援できるよう努めている。本人の行動パターンから、本人の希望や行動を決めつけ抑制するような言葉遣い、立ち位置、接し方、支援とならないよう努めている。		
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	利用者の好みを大切に日々の援助や会話から好みを探り、洋服選びや化粧、マニキュア等おしゃれを楽しんで頂けるよう支援している。また爪切りや髭剃りなど身だしなみに配慮し声掛け支援している。気軽に衣類や化粧品など、本人の好みの物を購入できるよう外出支援している。定期的に行きつけの美容院でカットやパーマ、毛染めをして、その人らしいおしゃれをしている。		

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
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	利用者と共に冷蔵庫の中にある食材や、家庭菜園の収穫物、頂き物など旬を大切に季節を感じ、相談しメニューを決めている。一人一人の得意な事や性格を踏まえ、調理・盛り付け・お茶入れなど一緒に協力し合い行っている。食事の味付けや郷土料理など個人の趣向や思い出に沿えるよう努めている。食事中も利用者同士、自然と会話が広がり楽しいひと時となっている。	利用者と相談してメニューを決めたり、下ごしらえや調理、盛り付け、テーブル拭き、食器選びなど、利用者一人ひとりが得意なことをみんなで役割分担をして行っている。職員も利用者と一緒に同じものを食べ、味付けなどを話題にしながら楽しい雰囲気の中で食事をしている。時には外食したり、お弁当を作って見晴らしの良いところで食べたりするなど、楽しく食事ができる支援を行っている。	
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	毎食の献立、使用食材、摂取量、水分量を記録し、利用者の状態に配慮し量や硬さ、食べやすさ等を工夫している。利用者の病気に合わせ食材の検討、代替食、補食を用意し栄養バランスを考え支援している。また、同法人の栄養士にアドバイスを貰っている。常時リビングにお茶道具を用意し利用者が自由に飲めるよう配慮している。日中の個人の水分摂取量を把握し、少なめな方には声掛け促したり、ポカリスエットを用意して支援している。		
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	口腔ケアを促すポスターを貼ったり、日々の会話の中で口腔ケアの大切さを利用者の伝えていく。支援が必要な方には職員が毎食後に歯磨き、義歯洗浄の介助を行っている。また義歯の洗浄と消毒を促し、必要に応じ職員が支援している。		
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むけた支援を行っている	排泄表を使い利用者1人1人の排泄パターンを把握し支援している。声掛けは必要最低限にし、状況に応じてトイレ誘導行っている。また、排泄量の確認を職員同士で行い、必要に応じ水分摂取の促しや便秘薬の調整を行い、失敗を減らし気分良く排泄出来るよう努めている。昼夜でオムツの種類を変え、その方に合った形態を探り使用勧めている。	紙おむつを使っている方もいるが、全員にできるだけトイレでの排泄を支援している。トイレの声かけは必要最低限にし、失敗をしても本人の尊厳を尊重した対応を心掛け、トイレで排泄が行えるよう支援をしている。実際、入居後に排泄状態が改善した方もおり自立に向けた支援が行われている。	
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	毎日ラジオ体操を行っている。日常で散歩や園芸、買物など体を動かす機会を設けている。毎食時、水分摂取を促し十分に取って頂ける様促している。食事メニューや食材・量を記録し乳製品や繊維質、野菜を中心にバランスの取れた食事を心がけている。また入居者と相談し食事以外でも果物や野菜ジュースを作り便秘予防に努めている。便秘状況を把握し、主治医に相談して便秘薬を調節し排便コントロールをしている。		

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
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、個々にそった支援をしている	毎日入浴可能で利用者一人一人の希望に沿って対応している。午後の早い時間から夕方に入って頂ける様に、お一人でお入りの方や、仲の良い方同士でお入りの方など個々の希望に添えるよう工夫している。入浴を好まない方に対しては、声掛けのタイミングや対応方法など気持ち良く入浴して頂いた時の様子や支援内容を職員間で共有し、統一援助に努め気持ち良く入浴して貰える様努めている。希望や季節行事に合わせ、変り湯等を行い、入浴を楽しんで頂いている。	曜日や時間帯など利用者の希望に合わせて入浴ができ、毎日入っている方もいる。浴槽は広く、仲のいい方が2人で入ることもある。入り口には暖簾をかけ、男性・女性の入浴中の木札もあり、好きな歌手のポスターを飾ったり、外には竹をイメージした目隠しもあって、温泉に入りに来ているかのような雰囲気づくりがなされている。	
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	利用者の生活ペースに合わせて休息、就寝して頂いている。使い慣れた寝具を使用したり、その方の体感に合わせて掛物や空調の調節を行っている。ゆっくりと休んで頂ける様、入居者の体調や疲労に合わせて日中の活動に配慮している。個々に室内の明かり調整を行いフットライトなど、安全面に配慮し設置している。		
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	利用者一人ずつの薬ファイル、薬ケースを使用している。薬の目的、効能、副作用等を全員が把握、理解に努めている。薬セットや服薬の際は、複数の職員で確認し合い誤薬防止に努めている。薬の変更時は引継ぎをしっかりと行い、職員間でも情報共有し、入居者の症状の変化に注意し観察している。必要に応じ、薬剤師に相談したり、家族や医師に日常の様子を伝えている。		
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	入居者一人一人の生活歴や趣味、特技を把握し、歌、書道、料理や力仕事。園芸などその方の得意な事や経験、知恵を發揮して頂ける場を支援している。また、互いの知恵や経験に助けられ、助け合っている事へ感謝の言葉を伝えるようにしている。利用者とは相談し、外食や喫茶店、歌の会、ドライブ、ボランティア受け入れなど外出や、外部との交流を図る事で気分転換の支援に努めている。		
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。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支援している	日常的に近隣のスーパーへ食材の買い物や周辺散歩などで気軽に外出している。気分に合わせて、近隣のドライブや季節イベントに合わせてお花見や紅葉、果物狩りや弥彦神社参拝、足湯体験など利用者とは相談し、ホーム全体で出掛ける機会を持っている。利用者一人一人の希望に沿って、盆の墓参りや銭湯外出。映画鑑賞など個別支援も行っている。	月ごとに前もって外出行事をするのではなく、その時季になったら利用者とは相談してドライブに出かけている。食材の買い物にいろんな店へ出かけたり、喫茶店にコーヒーを飲みに行ったり、近くの公園や施設周りの「たんぼ小道」を散歩するなど、利用者のその時の希望に応じて全員や個別での外出を支援している。	

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	利用者の希望に配慮し、ご自分の馴染みの財布でお金を所持、管理している。その方の能力に応じて買い物時のお金を使えるよう財布から払う支援をしている。		
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	ご家族や親戚、友人に電話したい時や電話が掛かって来た時は、気兼ねなく話せる雰囲気作りを行い交流を支援している。また、ご家族や親戚、友人からの宅配に利用者自らが電話しお礼が言えるように支援している。手紙類はご本人にお渡しし、希望があれば返事が出せる事を伝えている。		
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	ホーム内には利用者が描いた絵画や書、安らげる写真、季節感のある飾りつけを工夫している。リビングダイニングは暖色系の照明で落ち着いた雰囲気であり、大きなソファで寛ぎながら、利用者の方々がいつでも自由にお茶を飲み、おしゃべりを楽しめるようになっている。窓からは自然豊かな山々の美しい景色が見渡せ、利用者が育てている野菜や花などの四季折々の風景が楽しめる。トイレは広く暖房設備があり、綺麗な写真を飾るなどして使いやすい空間を心掛けている。	共有空間には、利用者が育てている季節の花や観葉植物の鉢植えが置かれ、玄関や廊下には絵や書などの利用者の作品が飾られている。また、畳スペースには季節感ある飾り付けをし、四季が感じられる空間作りを行っている。窓からは椿園や利用者が育てた畑の野菜が見え自然の移り変わりを楽しむことができる。廊下や玄関、食堂などは利用者が掃除を行っており、清潔で居心地の良い空間作りがされている。	
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	リビング内でもソファ席だけでなく、畳の小上がり、座布団や椅子などがあり、利用者は一人、または、気の合った方同士、それぞれが寛いでいる。廊下でも椿園が見えるソファや玄関椅子、ホールから見える景色、台所のちょっとした椅子など、共有空間の中にも利用者ごとに居心地の良い場所があり、思い思いの場所で過ごされている。		
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	居室は畳とフローリングがあり、生活習慣に応じ対応している。タンスやテーブル、テレビ等の家具類は、なるべく利用者が使い慣れた馴染の物を持ち込んでもらい、利用者やご家族と相談しながら、居心地良く過ごせる環境作りを支援している。また、職員と利用者が相談しながら好みの写真やメッセージカードなどを飾る工夫をし、温かい雰囲気の安らげる空間作りを行い、利用者が落ち着いて過ごせるよう努めている。	利用者のそれまでの習慣に合わせて畳の部屋か洋間を選択してもらっている。ベッドや桐ダンス、テレビ、ソファ、鏡台など自宅で使っていたものが持ち込まれ、本人や家族の写真、仏壇、若いときに描いた絵など今までの生活で大切にしているものが飾られている。部屋の掃除は利用者が協力しあって行い、落ち着いて過ごせる部屋作りがなされている。	

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
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を送れるように工夫している	利用者と相談して居室の入り口に飾りを付けたり、見やすい表札を設置して自身の居室が分かり易いよう工夫している。トイレの場所を明記したり、洗濯場に明るい色のカーテンを付け目印としたり、利用者が分かり易い配慮をしている。また、洗濯機や電気ポットに操作しやすいようにシールを貼っている。台所の収納庫にも調味料、包丁、鍋、布巾等シールを貼ることで自立した生活を送れるよう支援している。		

**V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目№.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 ↓該当する項目に○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、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)	○	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				