

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	2870101413		
法人名	社会福祉法人鶯園		
事業所名	グループホーム御影		
所在地	神戸市東灘区御影石町1-2-18		
自己評価作成日	平成27年1月26日	評価結果市町村受理日	平成27年5月18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.kaigokensaku.jp/28/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 ライフ・デザイン研究所
所在地	兵庫県神戸市長田区萩乃町2-2-14
訪問調査日	平成27年2月4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)】

地域包括支援センターや主治医、他事業所と連携し、必要なサービス提供を心がけています。

【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)】

①入居者本位の日常・・「個人が人間としての尊厳を持って、家庭や地域の中でその人らしい自立した生活が送れるように支える。」を法人理念(MIND)としている。認知症状により生活が不自由になった入居者の「自尊心・羞恥心」に配慮しながら、ご本人のペースでの暮らしが実現するようさりげなく寄り添いながら全職員がチームプレーを発揮している。②サービス向上のための委員会活動・・入居者の生活を豊かなものとするため、多様な委員会を設置し運営に活かしている。(事故検討、感染症対策、レク、身体拘束廃止、家族通信委員会等)。③楽しみの多い日常・・レク委員会による様々なレクリエーション(夏祭り、ひまわり喫茶、書道、織田、ぬり絵、ケーキバイキング、DVD鑑賞、ボーリング等)、月3回の手作りメニュー、誕生日外出、園芸、希望者による少人数での外出行事等、適度な刺激となる仕掛けを演出している。④事業所のスケールメリット・・同一敷地内に「介護老人福祉施設」「通所介護事業所」が併設されており、職員研修・健康管理(緊急時等)・災害時における相互協力体制が整備されている。また、地域との交流も法人のスケールが有効に作用している。

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				

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	目指す姿や大切にしている思い、具体的な行動の一部を法人統一の理念(MIND)として掲げている。入職時に説明、配布、各ユニットでの保管によりいつでも確認出来る様にし、日々の規範、振り返りをしている。委員会設置し、定期的に勉強会開催、個々で個人・社会人としての質向上を意識している。	理念(MIND):「個人が人間としての尊厳を持って家庭や地域の中でその人らしい自立した生活が送れるように支える」を具現化するため、委員会を設置し日々のケアの振り返り、理念の再確認等を実施している。	
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	地域のだんじり巡回や子ども達(子供会でハロウインの仮装、児童館からカレンダー寄贈等)の来所、自治会掃除や地域包括と自治会主催の地域会館活用行事への参加、併設特養やデイ行事に招待されたり合同行事開催等。	近隣の商店の利用、園児・児童との交流、近隣の方の出前喫茶、地域ボランティアの協力、地域清掃やだんじり見学、地域会館で実施される行事への参加等、様々な場面で地域の方々と交流が出来るように努めている。	地域の社会資源として、今後も、地域密着型サービス理解と浸透への積極的な取り組みに期待をします。
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	近隣は若い家族をターゲットとした建て売り住宅が多く、新しく地域に入ったこと、認知症の理解に乏しい…と、自治会でも接し方を考えている状況。地域包括支援センターと協力してオープンカフェを企画したが参加者は無かった。		
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	フロアリーダー、計画作成担当者、管理者、隣設特養施設長等が出席し、状況報告や通達等の説明を行う。また、家族の要望や委員のアドバイス等意見交換の場でもある。外部講師の講演を一度は計画。今年度は『口腔ケア』について。	会議では、事業所からの一方通行的な情報発信ではなく、衛生面・安全面、地域との係わりアップ策、勉強会等多岐に亘り相談・検討し、事業所運営に活かしている。知見者として大学の教授にも参加をして頂いている。	
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	集団指導や監査などで啓発をいただいている。区内のグループホーム連絡会開設経緯・実施状況の聞き取りや、連絡会に市職員も参加され虐待防止について、介護職員の吸引行為についての説明を受けることもあった。	定例の指導や監査、定期報告のみでの関係性に留まる事なく、区のGH連絡会(市の職員も出席)での情報の共有や課題の検討、並びに地域包括支援センターとは「認知症ケア」や「さわのいネットワーク」(地域包括ケアシステム)での連携が図れている。	
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	「身体拘束廃止委員会」を月に1~2度定期開催。どのようなことが身体拘束にあたるのか、やむを得ず行う場合の同意文書の必要性等を全職員が勉強会で学び、「安全のため」と希望する家族への説明も行い、しないケアに取り組んでいる。	職員は、研修等により身体的拘束等による弊害について理解している。日々のケアの振り返り・事例検討等「身体拘束廃止委員会」よりの情報も有効に活用し、入居者の「その人らしい日常」となるように努めている。	
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	毎年市の指導もあり高齢者虐待防止関連法について外部・内部研修(市の映像活用、定期的に自己チェックアンケート実施、外部講師によるもの等)を設け、不適切なケアも含め、認識のズレが無く意識統一出来るようにしている。	「頭」(研修・勉強会・事例検討等による知識の側面)と「心」(職員のメンタルヘルスの側面)の両面に留意しながら、日常の支援が「不適切なもの」とならないよう取り組んでいる。	

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
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	実際活用している方が数名あるも、後見人選任までの流れを知っている職員は多くない。以前外部講師に講演を依頼したことがあるが、また機会を設けたい。	現在、2名の方が権利擁護に関する制度を活用しておられる。職員は、理念にも謳われている「人間の尊厳が保持」できるよう、認知症高齢者への支援策の一つとして理解し、その内容についても共有している。	
9	(8)	○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	入居前には契約・重要事項説明を行っている。実際に利用を開始しないと分からないことは随時に、また、運営推進会議を活用して質疑応答や報告の機会を設けている。	見学、質疑応答、アセスメントは、各フロアの主任が中心となり不安感・疑問が生じない状態にして契約を締結している。入居後に発生する様々な事柄についても運営推進会議等を活用して丁寧に対応している。	
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	運営推進会議や面会時、電話等、随時うかがっている。意見箱を設置し匿名での受付も。苦情・クレームは真摯に受け止め記録に残し、併設特養とも連絡して解決する体制を作っている。	運営推進会議、来訪時、電話、家族アンケート、意見箱等、様々な機会を通じて意見・要望を聴き取っている。いただいた意見等には、職員含めて検討しフィードバックしている。	
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	各ユニットで、ユニットリーダーと管理者で、管理者は併設特養との合同主任会議で、と、毎月数回ミーティングを持ち、縦横に意見交換をしている。	定例のフロア会議(月4回)、個別面談、各種委員会での意見交換等職員からの意見・提案を把握することのできる機会を多く設け、施設長、管理者をリーダーとしたチーム力による事業所運営向上に積極的に取り組んでいる。	
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	管理者は、併設特養施設長や運営者に事業状況を日常的に相談・連絡・報告を行い、条件見直しや様子が気になる等個別に面談をすることも。資格取得による昇級やリーダー登用、知識を深めるように研修に参加させることもしている。		
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	『新人対応』委員会等により新入職者に認知症やMI・NDの説明をし、既存の職員のOJTで生の介護を勉強。理解度の把握、フォローする体制。外部研修も随時活用し、派遣した職員からや委員会(現在9委員会)主催で内部勉強会を実施。		
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	区内グループホーム連絡会を隔月で開催(地域密着型同士で小規模多機能の参加もあった)し情報交換の場を持っている。勉強会の案内や市の指導内容の確認等持ち寄った意見を率直に交わし、情報はホーム職員に連絡・報告している。		

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
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	面接や見学に来所いただいた時の対応をなるべく同じ職員がし、少しでも顔馴染みとなり話しやすい関係作りをしている。実際にホームを見学して雰囲気をもてもらうこともしている。		
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	入居申請の有無に関わらず、電話相談やホーム見学の段階からお困りごと等うかがっている。本人の前では言いにくいことは家族だけで話を聞く環境を作る工夫も。		
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	家族の思いを傾聴し、担当ケアマネジャーの聞き取りや通所介護の現場へ足を運ぶ等して状況を把握。協議の上でサービス導入を決定している。		
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	必要な介護・支援を行い安全で安心した生活をと考えている。が、一方の立場ではなく、人生の先輩として敬い、日常会話や生活の中から出来ることを一緒に探し、希望や愚痴など思いを表出できるような信頼関係作りを意識している。		
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	職員は家族に成り得ない旨、家族にも職員にも伝えられている。本人の症状進行から複雑な心境の家族もあるが、来訪時や家族通信にて連絡し、情報を共有しながら共に支える姿勢を維持していく。		
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	インタビュー面接や入居前に記入依頼する「くらしの情報シート」から本人のあゆみや馴染みのものを把握。入居後は日常会話の話題にして回想したり、面会時に役立てる等活用している。	家族との外出(食事、買い物等)・外泊や友人・知人の訪問、外出行事の際に今までの居住エリアを訪ねたり、とこれまでの生活感ができる限り長く継続するよう支援している。	
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	個別、全体の関わりから関係を把握。ユニットという小さいが社会の中での暮らしで、共通の話題で花を咲かせたり、不安を吐露できる時間・環境(座席の工夫など)の確保、共感といった共同生活仲間の心の支援を心掛けているが、レベルの差があり難しい現実あり。		

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
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	解約し特養での生活後亡くなられた家族が挨拶に寄せられた例、在宅復帰者と手紙や電話で近況報告をし合う例などがある。		
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	危険や衛生上問題が無い範囲では自由に過ごせるように支援している。信頼関係を作って本人の思いを率直に尋ねたり、仕草や様子で行動を読めるように観察の目を養う努力もしている。	入居者個々人の現況に留意しながらご本人との係わりの中から(会話、言動、仕草・表情より)、その思いや意向を汲み取っている。キャッチした情報は、パターンシートや申し送りにより全職員が共有している。	
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	家族記入の「くらしの情報シート」や面会時の会話等で情報把握している。が、情報量はまちまちで、親の若い頃等分からないことが多い現実はあるが、繰り返されるキーワード等ここでの生活から新たな発見があり家族と共有することも。		
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	パターンシートを作成し、24時間体制で健康面(水分摂取・摂食量、排泄面、血圧や温測定値)からと時間を追った観察記録を残すことで、状況把握をしている。		
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	パターンシートや日々の様子、家族からの要望などを取り入れ担当owが事例検討を作成し、カンファレンスを行う。またそれを基に計画作成担当者が介護計画を作成している。	入居者の想い・意向や家族の要望(カンファレンスに参加する場合あり)に医療従事者や職員に意見を踏まえ有用性の高い介護計画を作成している。また、日々の変化に対応できるようモニタリング・カンファレンスを頻度を上げて実施し、見直し・更新に繋げている。	一人ひとりの介護職員の観察力を高め、更なる本人本位の介護計画書の作成継続に期待をします。
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	ローテーション勤務のため、新たな介護方法や伝達事項が漏れないように、また、全職員が情報を共有出来るように「連絡ノート」を活用している。提案や意見の記入も出来、より良い方法を見つける手段でもある。		
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	重度化によって入退院を繰り返し病院内地域医療連携室と調整した例、他特養の長期ショートで空き待ちをされた例がある。		

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
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	自治会と地域包括支援センターからの地域行事の案内、ホームでの夏祭りに自治会から和太鼓を貸出しや当日のボランティア参加といったことがある。		
30	(14) ○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	往診や通院と形態はそれぞれだが、皆様定期的に診察を受けている。日常的に医療連携体制として看護師や医師に相談をし、専門医の診断を仰いだ方が良い場合や急変時には随時受診もしている。	協力医(内科)による往診及び今までのかかりつけ医への通院並びに緊急時への対応(24時間オンコール体制)により入居者の健康管理を行っている。また、歯科、眼科・皮膚科等の往診も受け入れている。	
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	隣設の特養と医療連携体制として協働。日常的に健康に関して相談し、24時間のオンコール対応やケガの処置等の支援を受けている。 ナースボード(連絡記録物)を活用し、毎朝・夕に申し送りも。		
32	(15) ○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。	入院時には主治医の紹介状や介護面の情報を提供、治療方針説明に立ち会う。病院側や家族とは不定期だが連絡を取って経過の把握をし、スムーズな退院受け入れ体制を整えるようにしている。	入院中は、入居者の不安軽減のため面会を実施し、家族とも情報を共有している。医療機関の担当者とは相談しながら、早期退院に向け取り組んでいる。退院時には、予後に不具合が生じないよう、情報を受けて対応をしている。	
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	医療連携体制の下、「重度化した場合における対応に関する指針」を入居契約時に説明。医療処置可能な病院を選ばれる方もあるがホームでの終末期や看取りの事例も増えている。介護度3以上では特養申請の手続きされる方あり。いずれも退居後は「かえりみかんファレンス」実施。	重度化・終末期への対応方針は入居時に説明・理解を頂いている。看取り等の状況になった場合には、ご本人にとって望ましいケア・「生」となるよう関係者(本人・家族・医療従事者・事業所)で相談・検討しながら支援をしている。この1年では、4名の利用者を看取らせて頂いた。	
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	マニュアルを各ユニットに備え活用できるようにしている。また、災害対策委員や事故対策委員からDVD活用したものやシミュレーションの勉強会も開催。実際に体験している職員は少ない。		
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	入職時に設備説明を。また、隣設施設と合同で年2回避難訓練を行っている。 災害対策委員会では定期的にミーティングをし、急な災害や季節柄考えられることへの対策を全職員へ注意、避難経路の環境整備等を行っている。	併設事業所との合同での消防・避難訓練(年2回)を実施している。事業所の立地にあわせた水害対策訓練も実施している。災害対策委員会より定期的に非常災害時における行動留意事項等が提供され、職員は、それぞれに確認をしている。	

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
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	人格尊重や個人情報保護に関しては入職時念書を交わしている。認知症の理解や人生の先輩であること、プライバシー確保等、不適切ケアの無いよう理念・MINDとも併せて、人としての質や専門性を磨く意識、対応を常に心掛けている。	入居者個々人の現況及び自尊心・羞恥心に充分配慮しながら、今まで培ってこられた事柄(技能・習慣・趣味等)が継続できるように支援している(押し絵・ピアノ・オルガン・家事全般等)。	
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	本人の思いや希望を尋ねることは基本と考えている。短く分かり易く伝える、耳でゆっくり話す、選択肢を設ける等、利用者の状況に合わせたコミュニケーション方法や、言葉だけでなく行動からも希望をくみ取る意識で接している。		
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	居室で過ごすのが好きな方、一人過ごすのが好きな方、何かしないと落ち着かない方、それぞれの好みに合わせなるべく自由な時間を過ごすよう支援している。		
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	毎朝の衣類選び、お化粧やひげ剃りの支援等それぞれに行う。また、髪をとかす手伝いをしながら鏡に映った姿を共に見て理美容の日程を相談したりも。		
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	隣設特養の厨房食が基本。鍋やタッパで届けてもらい、盛りつけや後片付けをユニットで行う。頻度は少ないが、昼食やおやつ作りをそれぞれのフロアで計画、実施。毎食、献立を話題に話を展開し、楽しい食事の時間も意識している。	「0」のつく日のリクエストメニュー(月3回)では、献立作りから調理・盛付け・洗い物等を、職員と一緒に会話を楽しみながら実施している(嚥下状態・座位等の確認も含め)。外食・出前や手作りおやつ、イベント食も喜ばれている。	
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	栄養士による献立で栄養バランスや季節感を考慮。それぞれの口腔や嚥下、体重増減等身体機能に応じた食事形態や食器を提供。栄養補助剤を活用している方もある。水分・食事摂取量は個別に記録し、少ない場合は時間をみて勧める。主治医や栄養士には補食や体重増減等から相談することも。		
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	食後や就寝前の口腔ケアや義歯管理手伝い、会話や食事時の不調発見を日常的に行っている。協力歯科医の確保をし、不調者をつなぐことや定期往診の支援もしている。		

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
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	パターンシートにより、排泄リズムを把握、適したオムツ類の選別・使用、下剤調節に関して看護師や医師に相談等、個別に支援。以前は尿バルーン留置者も居た。個室内にトイレが設置してあることからプライベートの確保も出来ている。	パターンシートにより入居者個々の現況及び排泄パターンとそのサインを把握し、出来る限りトイレ(居室に設置)での排泄がおこなえるよう支援している。夜間帯は、おむつの方もおられる。	
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	一日の水分量や排便、散歩や運動を把握している。毎朝ラジオ体操をし、個別には飲み物を工夫(乳酸菌飲料やオリゴ糖)する。医療従事者による下剤や浣腸使用でコントロール、スタマ増設者の支援等様々。個室内にトイレが設置してあることからプライベートの確保、必要物の準備も出来ている。		
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	二人介助が必要な方や隣設施設の機械浴利用者もあるが、各ユニットで毎日湯を張りその日に入りたい方を募っている。体調によって清拭や足浴を行う場合もある。気が乗らない方の本人の思いと介護の必要性の板挟みになる事に苦慮。	週2~3回の入浴を基本としている。入居者の状態により併設事業所の機械浴も利用している。また、衛生面・体温調節のため、足浴も実施している。ゆったりゆっくりとした入浴となるよう支援し、季節湯(ゆず湯等)も実施している。	
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	昼夜逆転の方はない。時間が分からない、昼寝が必要等心身機能低下は専門性知識を深めるとともに個別対応する。		
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	薬の効用や服用の重要性を意識し、確認が出来るよう薬表も保管している。誤薬が無いようダブルチェックや名前を確認し準備・服用の支援を。薬変更の場合は直後の様子観察・報告をし、医療従事者と共に健康管理の手伝いをしている。		
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	個人の趣味やユニットでのアクティビティ、週1回のレクリエーションを定例とし、ボランティアの喫茶への参加、近隣施設の娯楽への参加等、ユニット、施設を越えて参加出来る機会を設けている。		
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	個別には、家族の協力により散歩を日課とされる方数名。福祉施設入居者招待のサーカス鑑賞、区内のコーヒー工場見学への外出、他グループホームのクラス会や焼き芋会に招待を受け交流する機会もあった。	日々の散歩や買い物、ベランダや菜園での水遣り等、外気に触れる機会が多い。また、入居者の希望による外食や花見、サーカス観覧、ドライブ等は少人数での実施を実践している。	今後も、利用者個々の思いを聞き取りを通じて、個別のニーズに沿った外出支援の継続を願います。

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
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	金銭管理は子供に任せていると割り切った方、小銭は持っていないと不安な方、「無くなった、盗られた」と探すことを繰り返している方、つけておくとサインをされる方、様々。家族と相談して管理方法を決めて支援している。		
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	電話を本人の申し出からかけたり、かかってきたものを取り次ぐことをご家族と相談して支援をしている方、歌手の後援会に所属し会報が届く方、入居までの近隣者との手紙のやりとり等、これまでの関係を断ち切らないようにしている。		
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、生活感や季節感を取り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	光、音、匂い、温度・湿度等快適に過ごせるように配慮している。天気がスッキリしない日は「寒い」「夜？」と混乱しないように声掛けも意識している。ベランダに花を植えたり、カレンダー作りで時期を感じる工夫をしている。	広く落ち着いた雰囲気フロア(「木」の風合いを感じれる)、ピアノ、ソファスペース等入居者それぞれが思い思いの時間を持つことのできる空間、ベランダ・屋上の菜園等、季節を感じることでできる環境が整備されている。	
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	テーブル席、ソファ空間等意識して居場所作りをしている。「私の席」意識や、景色を眺めたり一人でゆっくりする空間等、その時々で活用されている。		
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	慣れ親しんだ調度品の持ち込み、または、新たな自室作りと、家族も交えて個々に部屋作りしている。自ユニット、自室につくと「よかった帰ってきた」「ただいま」といった発言あり、自分の家、部屋として安心して過ごしていると思われる。	使い慣れた馴染みのもの(家具・テレビ・家族写真、工芸品等)を持ち込み心地よい居室となるよう支援している。カーペットを敷いている方もおられADLへの変化にも対応している。居室には洗面台・トイレが設置され衛生的である。	
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	ユニットごとに印象の異なる家具を危険予測、予防を考えて配置。手すりや表札・目印をつけて確認が出来る工夫や、各居室にトイレを設置し気兼ねなく使用出来る設計もされている。		