

平成 27 年度

### 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	0272300864		
法人名	社会福祉法人千栄会		
事業所名	グループホームさんふじ		
所在地	〒038-3837 青森県南津軽郡藤崎町柏木堰字南亀田1番地1		
自己評価作成日	平成27年8月24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	
----------	--

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	公益社団法人青森県老人福祉協会		
所在地	〒030-0822 青森県青森市中央3丁目20番30号 県民福祉プラザ3階		
訪問調査日	平成27年9月16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)】**

グループホーム内のみならず、併設するデイサービスセンター、特別養護老人ホーム、ショートステイ棟と自由に行き来できる環境になっている。その為、グループホームにも他利用者が訪ねて来るなどし、人との関わりを多く持つ関係が保たれている。毎朝ホームで行われる朝礼に集団で参加し、ラジオ体操や長い距離を歩く習慣があり、体力向上に繋がっている。一人ひとりに合わせた最善のケアが出来る様に毎月ユニット毎に処遇会議を開催し話し合いが行われている。地域との繋がりも大事にし、雑巾やマスコット等の作品を贈呈したり、ペットボトルのキャップやプルタブを収集し役場へ届けている。

**【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)】**

敷地内に同法人事業所が併設され自由に行き来することで社会性が広がり開放的である。活動としてはペットボトル蓋洗浄等、行政が窓口となっているボランティア活動も利用者と一緒に、積極的に地域参加・貢献をしている。地域のグループホームと連携して勉強会を行い、運営推進会議で提案のあった地域の宗教行事を取り入れる等、積極的に地域の社会資源を、利用者の為に活用しようという姿勢がみられる。グループホーム内には委員会・部会が設置され職員が責任をもって処遇している。また、特別養護老人ホームの職員との連携で栄養面管理・医療面管理が行き届き、利用者や家族が安心できる環境となっている。

**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ます (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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 職員の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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させている (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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 家族等の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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
<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	事業所全体の理念をグループホームに掲示し以前朝礼で週に一度復唱する機会があったが周知されてきたことにより、現在終了している。現在は各部門内会議時に理念や基本目標を定期的に確認する様にしている。	理念をベースにした基本目標・豊富を一人一人が毎月のユニット会議の冒頭でスピーチし、意識を高めるよう取り組んでいる。	
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	地域密着型サービスに位置づけられる意味を考え、地域との関わりを密に図るよう心掛けている。町の行事にできるだけ参加し普段でも希望にできるだむ合わせて地域に外出する機会を作っている。また定期的にボランティアの受入れによる読み聞かせ、裁縫、三味線の演奏会等を行なってもらっている。	約月1回の訪問(近所のグループ)の他、保育園の訪問や学生の体験学習受入を行っている。また、草取りや花植えのボランティア及び町内レクリエーションへの参加や、農家へ収穫におじゃましたりと地域へ出向くことも多くある。	
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	介護予防事業の委託を受け、月に二回介護予防教室(げんき教室)を開催し職員を派遣している。又当施設の中に認知症サポーターとして地域から要請があれば出向き、キャラバンメイト育成の取り組みをしている。		
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	当事業者からの近況報告や、家族や地域、行政からの意見交換をもとに、サービス向上に役立っている。話し合った事は職員に会議の場で報告したり、いつでも会議録を閲覧できる様にしている。また、メンバーの欠席に関しては会議録を渡し、継続的な関わりが出来るような関係を保つようにしている。	主に家族代表者1名他、施設長・管理者、役場職員、民生委員、ボランティアの方等、平均8名参加で会議を実施し、近況報告や意見交換の他に介護教室やグループホーム見学及びグループホームの活動の様子をDVD作成して報告する等、毎回工夫している。時期により参加者の減少もあるため曜日変更等、積極的に声掛けを行っているが、3ヶ月に1回の実施に留まっている。	法律に基づき、2ヶ月に1回の運営推進会議を実施することに期待したい。
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	地域密着型情報交換会に定期的に参加して情報を共有している。この秋も役場からの依頼により傾聴サロンの受け入れをする予定である。また災害時、福祉避難所として協定を結んでいる。	コミュニケーションやタッピング講師の受入予定がある。また、予防事業への派遣や文化祭など、町の行事へ参加している。雑巾寄贈・ペットボトル蓋洗浄など、こまめに町役場と行き来し、協力することで地域へ貢献している。	
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	当施設全体で医師を含む構成からなる委員会を設けており、身体拘束をしない取組みに努めている。	センサーマットも行動制限しているものの一つであると認識し、各事業所職員を含めた身体拘束検討委員会が集まり現状報告するようになってきている。玄関は日中施錠されていない。	
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	委員会主催により勉強会を過去に実施しており注意を払い発生防止に努めている。苦情処理検討委員会、研修委員会等でも職員のマナーについてはよく話し合い、役席からの指導がよくある。		

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	昨年度、成年後見による勉強会を外部講師を招き開催した。また以前町で実施された勉強会に参加し、部門内で学ぶ機会も得ている。		
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	管理者よりご家族に対して十分説明をし要望があれば自宅に出向きゆっくり話をする時間を持っている。また見学をしながら実際生活場面と重ね合わせた説明を加え、安心できるように案内をしている。		
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	玄関に意見箱を設置している。また、面会時に家族から意見や要望を聞き入れ運営やケアプランに反映している。運営推進会議にご家族参加を呼びかけ意見交換する機会を持っている。家族との話し合いは十分心掛けています。	委員会中心に家族・第三者からの意見を基に、事故トラブル予防に向け検討している。3ヶ月に1回家族へ広報誌や近況報告の手紙を送付し、それに対する意見をもらう事があり、ユニット会議での議題とし反映している。また、具体的に受診協力や外出要望、環境(椅子をおいてほしい)等の意見があり対応している。	
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	毎月開催のユニット会議や、部門内会議、普段の業務の中から職員の意見を聞き、運営に反映している。	業務や勤務について職員からの意見・相談がある。また、物品の購入・修繕依頼も随時あり、利用者の生活に支障のない様に対応している。	
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	毎年、自己申告書を施設長宛てに提出し自分の思いを自由に記載し提出している。また3ヵ月毎に人事考課を評価しており職員の意識と質の向上に繋げている。		
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	年間計画において、内外の研修に参加できる体制があり、研修委員会が実施の推進や状況を把握している。各部門のみならず、部会、委員会主催で研修会を開催している。開催後は各課へ報告書を回覧したり報告会を開催し周知する機会を持ち、知識と技術の向上に繋げている。外部講師を招いた研修会も開催している。		
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	市町村内で3ヶ月毎に同業者による交流会があり、各グループホームより検討課題を持ちより情報交換を行っている。		

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
<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	本人や居宅介護支援事業所担当ケアマネジャーから情報を集め、入居前の生活習慣等を把握し、又不安や悩みを聞き入れケアプランの作成を行なっている。入所後の事については詳しく説明を行ない、理解と関係作りに努めている。		
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	家族や居宅介護支援事業所担当ケアマネから情報を集め、入居前の生活習慣等を把握し、不安や悩みを聞き入れケアプランの作成を行なっている。入所後の事については詳しく説明を行ない、理解と関係作りに努めている。入所後も面会時には話し合う時間を作り要望がないか意見をもらう様にしている。		
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	センター方式のアセスメントを使い、本人にとって必要とされるサービスを検討し支援している。また、本人と話をする機会を設けて信頼関係を築き、希望や意向の把握に努めている。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	本人と一緒に家事仕事や軽作業を行ない本人の残存機能を活かせるような関わりを持っている。また、他利用者との交流する機会を持ち支え合う関係作りを築いている。		
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	家族、地域、社会の繋がりを大切に、重点目標にも掲げている。一部の家族には受診の対応を行なってもらっている。また行事にも家族参加を呼びかけ、一緒に過ごす時間を作っている。定期的にお手紙や写真を発送し生活ぶりをお知らせもしている。遠方の方には電話や手紙の支援もしている。		
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	入居前に通っていた理・美容院や商店を希望に合わせ利用している。またかかりつけ医の継続により主治医と断ち切らない関係を保っている。併設のデイサービスやショートステイ利用者の行き来もあり、関係づくりに配慮している。	外出した際に商店の方が利用者を覚えており、親しみのある対応をしてもらっている。また、自宅や親戚の家、友達の家、畑へ出掛ける事がある。受診対応も、家族へ働きかけをして協力してもらえよう依頼し、かかりつけ医の継続が出来ている。併設の事業所間での利用者の行き来も遠慮なくできるよう配慮している。	
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	2つのユニットや併設する特養を自由行き来し、気の合う仲間と過ごし時間を作る事ができる。またショートステイやデイサービス利用者の方と自由に行き来できる環境となっている。相互に自由に行事や余暇活動に参加出来、利用者同士の関係作りに配慮している。		

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	グループホーム退所者の多くの利用者は、併設の特別養護老人ホームへの入所をされる為、継続した関わりが保たれている。また、特別養護老人ホーム退所利用者ご家族による読み聞かせのボランティアの定期訪問もある。最近一年前に退所したご家族が近くまできたのでとお見えになっていただいた。		
<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	利用者の暮らしぶりを考慮し、職員間で日頃から希望の把握に努めている。また利用者や職員の話し合う懇談会の場を毎月設け、それぞれの要望や意見を聞き、出来る限り実施できるようにしている。	普段の関わりの中から要望を聞きだすよう努めている。毎月懇談会があり、その場の意見を引き出す機会として活用し、特に外食会やショッピング実施の希望が多くある。生活への思いや意向はセンター方式活用したり個人記録へ日常のやりとりを細かく記入し、情報共有するよう取り組んでいる。	
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	入居する段階で家族や本人より生活歴や生活環境など情報を得て実態把握に努め、センター方式によりアセスメントの記載から職員が統一したケアが出来る様に努めている。		
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	利用者一人一人の関わりの中で日常生活の過ごし方や心身の状態変化を観察し業務日報や個人記録に記録した事を職員が現況把握出来るようにしている。毎月処遇会議を開催し今必要なサービス内容を確認し合い、統一したケアが出来る様に努めている。		
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	毎月ユニット毎に会議を開催し、関係職員でケアカンファレンスを実施している。また本人や家族の意向や関わる職員の意見も参考にし反映させている。ケアプランについては家族の面会時に確認し話し合いを持っている。	介護計画は基本として6ヶ月後の見直しとしている。更新時は面会時の会話や連絡ノートを活用し、本人・家族の希望を確認しており、サービス内容は実施の有無や看護師からのアドバイスを反映し、作成している。また、本人の生活歴も考慮しアイデアを出し合っている。	
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	ケアプランサービス内容の実施記録を毎日チェックし、3ヶ月毎にモニタリングを実施している。また業務日報や個人記録簿にも記載し、職員が最近の情報を共有出来る様にしている。		
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	併設するデイサービスや特別養護老人ホームへ自由に行き来し、希望に合わせ合同企画や余暇活動を提供している。また、デイサービス利用からグループホーム、特別養護老人ホーム入居とニーズに合わせて、前段階で馴染んでもらえる様に取組みをしている。予定以外にも本人の意向や家族の希望に合わせて柔軟に対応している。		

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
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	希望者は町の行事や学校行事等に参加し交流を深めている。役場で収集されたペットボトルのキャップを当グループホームで洗浄し定期的に届けている。徘徊等の問題が生じた場合、他機関への協力体制を得られる様になっている。		
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	入居前のかかりつけ医に継続して受診ができるよう支援している。また、内科・皮膚科・歯科医の往診を利用されている方もいる。	往診や通院のスケジュールを組み適切な医療が受けられるよう努めている。精神・身体状況に応じ、やむを得ずかかりつけ医を変更する場合は、家族と相談の上、切り替えている。また、突発的な通院も問題なく対応できている。現在1/3の利用者がかかりつけ医を継続受診できている。	
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	併設特別養護老人ホームの看護師に毎日来てもらい処置対応をもらっている。また状態報告によるアドバイスを随時受けている。体調不良者がいる場合は日中夜時間を問わず迅速に連携を取り対応を行なっている。		
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。	入院時はサマリーを作成し医療機関との連携を図っている。入院中には訪問を行い状態を把握したり、連携室相談員と関わりを持ちながら経過と共に情報をいただく様になっている。		
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	利用者の状態に合わせて、家族と重度化や終末期の話し合いをしている。必要によっては医師も一緒に話し合う事もある。	看取り体制はとっていないが、容態急変時の対応マニュアルは作成している。特別養護老人ホームとの情報共有によりアドバイスをもらい、医療連携がスムーズにできている。現在グループホームで看取って欲しいという家族の強い希望があり、看取りケアが行われている。	
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	急変や事故発生時には併設する特別養護老人ホーム、看護職員との協力体制がある。いつでも対応できるようにマニュアルを職員室に閲覧できるようにしている。また、定期的に医務や事故防止委員会で緊急時に備えた勉強会を実施し知識と技術の向上に努めている。		
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	災害対策委員会を主体とし避難訓練を2ヶ月に一度、昼夜を想定し煙を使用した訓練を実施している。地域住民や消防団参加の訓練や町の防災訓練への積極的な参加も行っている。	発炎筒を使用し、リアルな状況での体験や定期的実施している他、抜き打ちでの訓練を実施し、緊急時の対応確認をしている。3年前の大震災以降、寝具・物品、保存食等を法人内で管理し、また地震・水害等災害時の福祉避難所として指定されている。地域の訓練には職員も参加している。	

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
<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	昨年度外部講師を招いてマナーに関する研修会を開催した。研修委員会や認知症部会が中心となり接遇や言葉遣いに置いて勉強会や指導を行なっている。個人のプライバシーについても保護に努め細かい配慮に注意を払っている。	グループホーム独自のマナーブックを作成している。委員会や部会が中心となり尊厳・プライバシーについての意識向上に取り組んでいる。また、職員は日頃から地域性のある言葉遣いにも注意し、馴れ合いをなくし、尊敬の念を忘れないように、必ず名字で呼ぶように決めている。	
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	日々の生活の中で話を傾聴し、電話や外出希望、物品の購入、環境整備等話があがっている。また月初めに利用者と職員が一緒に話しかけ合う機会があり希望等を聞き入れ予定の中に組み入れている。		
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	入浴時間や食事内容、余暇活動等、生活パターンを決めず、その日その日で意向を確認しながら柔軟に対応し希望に合わせてすすめるようにしている。併設する特養では出来ないグループホームならではの特色を活かすようにしている。		
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	自室に鏡台を置き、自分専用の化粧セットで身だしなみを整えている方もいる。団子ヘアやスカート等、個性を大切に、その人らしい姿で過ごしてもらっている。希望に合わせて美容師に通い支援している方もいる。		
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	利用者と職員が食事の準備や片付けと一緒に会話をしながら進め支援している。献立表以外でも希望を取り入れ食事の提供をしている。パン食の方や食事の形態を把握し合った食事を提供している。	利用者と職員と一緒に食事の準備や片付け、食器拭きを手伝っている。また、おかずを選択して頂いたり、主食に合わせた副菜を提供したり、収穫したもので調理したり、食事に楽しみがもてるよう努めている。	
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	併設の栄養士が献立を作成し栄養バランスの管理を行なっている。3か月に一度、管理者が栄養管理表に基づき項目をチェックし栄養士が指導を行なっている。		
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	毎食後、口腔ケアを実施し残存機能を活かせる範囲内で歯磨きやうがいを勧めている。週二回はポリドントによる消毒で、清潔・感染予防に努めている。		

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
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	一人ひとりの排泄パターンや排泄リズムを把握し、声掛けや誘導を行い気持ち良い排泄ができるように努めている。話し合いにより、最近パット使用を中止した方もいた。	ユニット会議において担当職員やヘルスケア部会が現状確認しながら排泄ケアの見直しをしている。退院後、段階を踏みながらオムツ使用中止に至ったケースもある。	
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	排便確認は毎日行い、チェックしている。毎日牛乳や希望者には乳製品を準備し、運動をする機会を多くし、便秘予防に努めている。		
45		○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、個々に応じた支援をしている	入浴日を特定せず希望者があれば可能な限り個々に応じた支援をしている。入浴後のアルコールも一部利用者の楽しみとなり提供している。併設する特養の大浴場で入浴したりまた夏季は両ユニットで個浴対応を行なっている。	温泉があり、個浴のほか特別養護老人ホームの大浴場や時間帯・曜日も希望に合わせて自由に楽しむことができる。平均週3～4回、多い方で5回入浴されている。現在看取りケアとなっている方は特別養護老人ホームの機械浴を利用し、利用者が重度化となった場合にも柔軟に対応できる環境である。	
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	一人ひとりの生活リズムを理解し自由な休息を支援している。職員全員が眠剤使用者を把握している。		
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	個人ファイルに薬情報を保管しており、職員がいつでも確認できる。服薬の変更時は申し送りしている。薬のセット者の他にもう一度違う職員がセット確認し、更には服用時手渡しする職員が確認できている為誤薬防止が図られている。		
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	生活歴を考慮し、個々に合わせて手芸、農作業、調理、洗濯たみ、その他を行う事により、役割を果たし、達成感や楽しみのある生活を支援している。ただ作業をしてもらうだけでなく感謝の言葉を伝えて作業してもらっている。		
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。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	家族と一緒に遠足やねぶた見学を実施し、季節に合わせて外出行事を実施している。毎月の利用者懇談会や日頃の関わりの中での要望や希望に合わせてなるべく実施する様にしている。	計画的に行事として外出会を実施している。また、突発的に要望があった際は、買い出しや受診に合わせながら外出の対応をしている。	



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
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	金銭管理の出来る方は、家族の同意を得て、少額の小遣いを管理している。買い物や散髪の際に可能な方には支払を自分で行ってもらっている。ホームにあるジュースやアイスの販売を利用している方もいる。		
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	電話の希望があれば支援し家族との関わりを持っている。職員からの家族宛の手紙を三ヶ月毎に発送し、可能な方は一筆や作品、また生活風景の写真等を同封している。年賀状なども家族に発送する援助をしている。		
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	建物内は毎日掃除する機会があり、清潔に保たれている。その時に合わせゆったりとした音楽や有線を流している。また所々に季節を感じられる作品を展示し居心地の良い飾りつけを心がけている。	建物全体に窓が多く明るいため、自然がそのまま感じられる空間となっている。外は環境部会が中心となり草取りや花植え等、目でも楽しめる環境が作られている。季節に合わせた作品があり、多くの方の目に触れるよう飾られている。	
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	併設する特別養護老人ホームや二つのユニットを自由に行き来し自由に寛げる様にしている。居室に利用者を招きお茶やおしゃべりをして利用者同士わきあいあいとつろげる様にしている。		
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	家族には入居時、使い慣れたものを持ってきてもらう様にお願いしており、仏壇や茶単筥を持参している方もおり、なるべく生活習慣に合わせた居室で生活してもらっている。また家族写真をなるべく飾るようにし、安心できる様にしている。	居室により畳・フローリングがあり選ぶことができる。ベッドの種類も家庭的な雰囲気を壊さないよう配慮されている。また、仏壇や家族の写真が多く飾られ本人らしい個性のある居室であり、家族の協力の他に職員の配慮がある。	
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」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	建物内部は移動の際、車椅子や歩行の妨げにならないように整理整頓を心掛けている。中庭も開放し外の空気を自由に吸ったりプランターの野菜を観察し手にできる様になっている。		