

# 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	2693300044		
法人名	社会福祉法人 丹後福祉会		
事業所名	グループホームあみの		
所在地	京都府京丹後市網野町網野390-10		
自己評価作成日	平成24年8月15日	評価結果市町村受理日	平成24年12月26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.kaijokensaku.jp/26/index.php?action=kouhyou_detail_2010_022_kanji=true&amp;JigyosyoCd=2693300044-00&amp;PrefCd=26&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/26/index.php?action=kouhyou_detail_2010_022_kanji=true&amp;JigyosyoCd=2693300044-00&amp;PrefCd=26&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

## 【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 市民生活総合サポートセンター		
所在地	〒530-0041 大阪市北区天神橋2丁目4番17号 千代田第1ビル		
訪問調査日	平成24年9月28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)】

\*ご本人の気持ちを大切に考えたいと取り組んでいます。ご本人の一つ一つの行動と向き合い、職員が連携し適切なケアに繋ぐことを目標に取り組んでいます。  
 \*ご家族と一緒に生活を支えていただくと考えています。ご本人が家族を求めておられる様子であったり職員の対応の様子や苦慮していること一緒に考えていただきケアに繋いでいます  
 \*健康が第一と考えています。主治医と連携し心身が健康である暮らしを支援することを心がけています。  
 \*地域と交流の機会があるように心がけています。毎日ご利用者さんと職員が近くのスーパーまで食材の買い物に出かけています。散歩、回覧板をまわす等とにかく地域と一緒に掛けます。

## 【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)】

当該ホームは地域との関りの中で職員は出会った方々と積極的に挨拶や言葉を交わしながら、利用者と共に様々な地域へ出かける機会を持っています。併設事業所と合同で開催している夏祭りは、地域の方のブースを設けて出店もあり、広い庭が一杯になるほど、地域の方の参加を得て盛大に開催するなど、良好な関係を築いています。職員は利用者がこれまで出来ていた能力を引き出し、調理や針仕事、掃除などに役割を持って関わられるよう支援したり、町の高齢者大学へ通う方、地域の唱歌の会に参加される方など、個別の支援にも取り組みながら、利用者がこれまで通り、地域の中で繋がりがながら暮らせるよう支援しています。ホーム内は掃除が行き届き、利用者に馴染み深い和の小物などを多用して暖かい雰囲気の中で利用者を尊重した支援に取り組んでいます。

## 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			

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	開設当初の職員が作り上げた理念を振り返りながら現在も継続し、ケアの目標としている。	開設時に職員間で話し合って作られた独自の理念を継続しています。問題が起きたり、判断に迷った時には、ケア会議の中で理念に沿ったケアとなっているか立ち返り、日々のケアを振り返っています。今後はその時々に合わせて理念を話し合いながら変更し、変更に至った経緯も残していきたいと考えています。	
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	職員第2駐車場からの通勤途中、地域の方と出会った際の交流を大切にしている。隣組の回覧板を利用者が回す。利用者職員がほぼ毎日出かける食材の買い物は旧知の方との出会いがあったりし懐かしい交流が出来ている。	地域の地藏盆や秋祭りや地域の文化祭に利用者の作品を出展し見に行っています。併設事業所と合同で開催する夏祭りは地域の方が出店したり、餅つき大会の開催等、多くの地域の方の協力や参加を得て行っています。また幼稚園児との交流や保育園児が散歩でホームの庭を訪れたり、地域の一員として交流の機会を多く持っています。	
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	・網野町で取り組んでいる「徘徊模擬訓練」や「情報伝達訓練」「虹の会(認知症と家族の会)」に法人として運営に参加している。 ・網野幼稚園との定期的な交流会は、園児と触れあう楽しみな機会が互いが有益な交流。		
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	・運営会議では両事業所の現状を報告し、現状を知って頂いている。又、サービスの内容について意見をいただいた事は次に活かしていく検討を行う。家族、地域(老人会、民生委員)、保険者の参加がある。	会議は家族代表や老人会長、行政を兼ねた地域包括支援センター職員などの参加を得て開催し、ホームからの報告などを行い意見交換しています。得られた意見は職員間で検討の上、ゴーヤのカーテンを作ったり、利用者対象の陶芸教室の実施など、運営に反映させています。会議の内容は便りの中で家族に伝えています。	
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	・利用者関係の用事は出来るだけご本人と一緒に市役所に出向いている。運営推進会議への出席が得られており状況は把握していただけている。何事も相談し易い関係が構築できている。	市主催の地域密着型サービス意見交換会へ参加したり、運営推進会議にも参加を得ています。直接役所へ出向くことも多く、様々な報告などを行いながらホームの実情を知ってもらっており、協力関係を築いています。	
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	・ベット4本柵の身体拘束を1名の方に行っている。ケア会議で身体拘束は禁止事項であることを学び取り組んだ結果現在は夜間も拘束しない時間が持てるようになった。玄関の施錠については職員体制上どうしても見守りが出来ないときと意識しているが安全策をとってしまうこともある。	身体拘束に関する資料を読んだり、ケア会議の中で学ぶ機会を持ち周知に努めています。安全面から家族の希望により四本柵を使用した時期は、ケア会議で繰り返し弊害について話し合い、現在はほぼ使用しないケアが実践できています。玄関はセンサーで対応し、外出されたい時は一緒に出掛けたり、気分転換してもらっています。	
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	地域密着の集団指導で学ぶ機会がありパンフレットで学んだ。		

グループホームあみの

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	現在、制度を利用されてる方が無いことから学ぶ機会が持っていないが制度を理解しておくことは必要と思う。		
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	契約の締結の際には、契約関係の書類内容について書面をおって説明を行う。平成24年4月の改定の際には重要事項説明書の変更内容について説明し了解を得た。		
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	職員は日々の支援の中で利用者、家族の意見を聞き入れようと努力している。運営推進会議の内容を家族へお知らせする。第三者委員が設けられている。	家族が来訪の際や年に1度の家族会、直接電話などで意見や要望を聞いています。受診に付いて家族の負担軽減などの要望が出され、職員間で話し合いの上、ホームでも支援を行うよう改善したり、家族参加の行事後に満足度調査を実施しており、結果を運営に活かしています。意見に対する取り組みは、便りに載せ家族に報告しています。	
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	代表者・管理者は職員の意見を随時聞き入れる姿勢でいる。職員の意見については検討し、今必要と判断すれば早急に反映する。	会議時や年に2度実施される個別面談などで意見を聞く機会を持っています。管理者は折に触れ、個別に意見を聞いたり、施設長もホームを良く訪れて直接職員の意見を聞いています。職員は積極的に意見や提案を出しており、意見によっては本部へ上げて検討され、洗濯機の購入や吊戸棚の増設など、意見を反映させています。	
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	・代表者は事業所を訪れ現場状況を把握しようとする必要改善に取り組んでいただけている。 ・管理者は年二回の人事考課面談で職員の思いを知り、各自が向上心を持って働くことが出来るよう努めている。		
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	自主研修も含め、全職員に研修の機会が与えられている。園、委員会主催で新人職員及び中堅職員の研修が定期的に行われている。施設として資格試験に向けて働きながら学ぶことのできる応援も行い気持ちがあれば学べる体制がある。		
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	市内にある七つのグループホームで事業所間交換研修が継続して行えている。自事業所のケアを振り返り他事業所の良いところを学ばせていただく有効な取り組みとなっている。市内事業所共通の入所申込書を作成することができた。		

グループホームあみの

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	本人としっかりと向き合い、傾聴することで安心できる支援に努め信頼関係を築く努力を行っている。又、本人の不安な状態から家族の支援が必要と判断した場合には協力をお願いし共に支援を行う。		
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	家族の思いを聞かせて頂こうと心がけている。その後の面談や電話等でも本音の気持ちを聞かせていただける関係づくりを心掛けている。事業所の要望とせず、相談し一緒に考えていただける関係でありたい。		
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	入居申し込みされた方が本当にグループホームの入居対象であるか、現状のグループホームで受け入れが可能であるかの両面から見極め対応する。介護保険の知識が不足の場合にはお伝えしたり情報提供をさせていただく。必要であれば市に情報提供を行う。		
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	本人の意思を尊重し出来ないことを支援する。傍で職員と一緒にいる事で、自信に繋がるケアを目指す。利用者同士の支え合いを大切に支援する。		
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	入居で家族との関係が希薄にならないように相談、報告を心がける。受診結果の報告や自宅帰省を勧める。身の回りの必要な物は先ず家族に購入をお願いする。受診介助については基本的に家族にお願いする。		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人の外出、家に帰りたい思いに寄り添い支援を行う。</li> <li>・馴染みの美容院等いきつけの店を利用する。親族、同級生、旧知の方等馴染みの方の訪問を快く受け入れ必要な支援を行う。</li> </ul>	友人や教え子、同僚だった方などが会いに来られ、職員は話をフォローしたり、ゆっくりしてもらえよう配慮しています。職員が付き添って自宅へ戻ったり、馴染みの美容室通い、同級生や顔馴染みの方と会える唱歌の会に参加しています。また家族の協力を得て自宅への外泊や墓参りに行かれるなど、家族とも相談しながら関係が継続できるよう支援しています。	
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	利用者間のわだかまりの思い、トラブルも見受けられるが、その状況が長引かないように職員が連携し支援に努める。外出等気分を転換することで関係が回復する。		

グループホームあみの

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	特養に移られた利用者を訪問。施設からの希望を受け入れ、本人の生活しておられた部屋の間取り等写真を持参し見ていただいた。		
<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	気持ちが伝えられる利用者については職員が連携し希望や意向に沿える努力を行う。必要と判断すれば家族の協力もお願いする。意思伝達が出来ない方については、家族や親族の写真や思いでの作品を部屋に飾り話題としている。	日々の生活の中で一人ひとりに向き合い、願いや希望を聞いて、思いを汲み取れるよう努めています。利用者の意向に繋がる言葉や職員の気付きをケア記録に記載したり、家族からも情報を得てカンファレンスで検討し、職員間で共有しながら把握に繋げています。	
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	意思疎通の出来る方は本人に尋ねたり、家族から聞き取りすることで情報収集を行う。センター方式の様式に記入する。		
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	利用者の表情や体調、日々の記録から状態を把握する。出来る事出来ない事を見極めケアを行うことを心がけている。様式を活用し有効な記録とする。		
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	モニタリングの他に検討が必要な場合にはミーティングを重ね評価する事で問題解決に繋いでいる。サービス担当者会議や折に触れて家族の意向を尋ね計画に活かしたいと心がけている。状況に即した介護計画への更新が不十分な状況です。	利用者、家族の希望を取り入れた介護計画を作成しています。毎月担当者が日々の記録などを参考にモニタリングを行い、6ヶ月毎に利用者や家族が参加する事もあるサービス担当者会議を開催し、介護計画を見直しています。家族の意向や受診情報などは事前に確認し反映させています。現在、日々の記録と介護計画が連動しやすいよう、記録の方法や様式の改善に取り組んでいます。	
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	個人記録、連絡帳、排泄・水分・外出記録で職員は情報を共有し適切なケアの実践を目指しているが適切に介護計画の見直しが行えていない。		
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	一人ひとり、今必要な支援が出来るよう家族と相談を行う。医療面での問題については、家族・主治医と連携を持ち必要な専門医の診断を受けられる調整を行う。		

グループホームあみの

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	地域の商店に買い物に出かける事、馴染みの美容院や馴染みの地域に出かける等以前からの関係を断ち切らないケアを行う。		
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を継続し受診している(2名の方は身体状態から往診の対応)。かかりつけ医と家族、事業所が相談できる関係が構築できていると感じられる。	これまでのかかりつけ医を継続してもらい、受診は基本的には家族が対応し、場合によりホームでも支援しています。かかりつけ医によっては往診もあり、受診の際は口頭や電話で情報を伝えています。毎月協力医を受診し、主治医や外来看護師と情報交換しています。日々の健康管理はホームの看護師が行い、情報を共有しています。	
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	日々の健康管理を看護師(5時間勤務)中心に行っている。毛介護職、看護師の連携は上手く行っており連絡帳での申し送りも可能。往診の看護師との連携もスムーズに行える。		
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。	入院された場合には定期的に面会に行き病棟看護師と連携をもつ。退院等の段階になればカンファレンスを依頼し家族も含め退院後の生活の検討を行う。医療連携室との調整も可能であり主治医より直接電話連絡をいただくこともある。		
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	重度化や終末期に向けて、本人・家族の意向を確認しています。事業所でここまでは出来る事、出来ない事を伝え理解を得ています。必要な場合には家族の了解の下、診察に同席し情報提供を行い指示を得ます。	契約時にホームで対応できる内容について説明しています。状態が変わる毎に家族や医師など、関係者で方向性を話し合い、相談しながら支援しています。今後は看取り支援について学ぶ機会も持ちながら、利用者、家族の意向に沿って支援したいと考えています。	
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	新人の段階で部内の救急法の講習会に参加し知識として得る。又、ケア会議の中で看護師より指導を受ける機会を設ける。各自、研修への参加や伝達、経験により実践力を身に付けている。		
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2回の予定で消防署立ち合いの下避難訓練を行う。今年度は、全職員が通報装置と消火器が使える事を目的とした訓練を行った。地域の消防団の応援、近隣の協力が得られる。災害に向けての訓練が課題。	年に1回、消防の指導やアドバイスを受けて避難訓練を行い、独自にも年1回、通報装置や消火器の使い方などの訓練を実施しています。運営推進会議で訓練への参加を呼び掛けたり、近隣の方の協力や消防団の応援もあり、地域との協力体制を築いています。	

グループホームあみの

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	理念の下、一人ひとりの思いを尊重しケアに繋ぐことを目指している。職員の指導の口調が気になるとときには管理者はその旨職員に伝える。	管理者は会議の中で利用者への対応や言葉使い、また身だしなみを整える事も利用者の尊厳を大切にすることに繋がると考え、職員が理解できるよう伝えていきます。新人職員はマナー研修を受講して、接遇などについて学んでいます。不適切な対応がみられた時は、その都度分かりやすく伝えながら注意し、周知に努めています。	
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	一人ひとり向き合い、思いをくみ取り自己決定できるような支援を心がけている。意思疎通が困難な方もおられるが、情報から把握したり本人の気持ちを理解したいと時間をかけて支援を行う。		
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	日中の業務を出来る時には前倒しで行う事で、職員が少ない時間帯に少しでも寄り添うケアが出来るようになったが、その日をどのように過ごしたいか希望を尋ねる支援は出来ていない。		
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	洗濯物の収納の際に繕うものを仕訳して繕ってから部屋に収納することで身だしなみに気配りを行う。家族の協力も得ながら、その人らしいおしゃれができる支援を行っている。		
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	節目の行事食や誕生日のメニューを一緒に考えたり、一人ひとりに応じた食事量や食事形態としている。食事量の少ない人にはおやつでカロリーを補う。食事の下ごしらえから片付けまでその人力を発揮できる支援を行う。	法人の栄養士が立てた献立を参考に、利用者の好みも取り入れながら献立を立て、利用者と一緒に毎日買い物に行っています。食事の支度を役割とされている利用者や個々に合わせて一連の流れの中で出来る事を一緒に行い、職員も見守りや介助をしながら同じ食卓を囲んでいます。少人数で外食を楽しむこともあり、楽しい食生活となるよう支援しています。	
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	食事量、水分量を把握し必要量の提供に努めている。個々の食事量、食事形態、その日の体調に合わせ支援を行い、補食で提供することもある。		
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	食後に口腔ケアの声掛けと自力で行うことができない方のみ介助を行うが一人ひとりへの支援が必要になってきている。落ち葉を食べる行為がある方には随時嗽をすすめ口腔内の清潔に努めている。口腔ケアを行った時間を記録に残すように改善している。		

グループホームあみの

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	日中、夜間の排泄用品の使い分け、定時の排泄の声掛け誘導を行う。動作を見守り出来ないところを手助けする自立支援の介助、ファンレストテーブルを活用し身体機能を使った介助を行う。	排泄チェック表を参考に個々の利用者のリズムに応じて声掛けや誘導を行っています。利用者に合わせてパットの選択や夜間は紙パンツを利用の方も日中は布の下着にパットで過ごしてもらえよう支援し、皮膚の状態が改善するなど、自立に向けて支援しています。	
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	お米は7分づきで食している。緩下剤な服用は状態に応じて加減。起床時の水分摂取、牛乳、豆乳、繊維の多い食材を使う、運動を支援する等個々に応じた対応を行う。		
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	自ら入浴を希望されることはあまりないが身体状態を観察し入浴日以外でも勧める。入浴剤を工夫した声掛けを行うことで拒否が多い方の入浴がスムーズになったケースもある。	入浴はほぼ毎日準備し、日中の時間帯で利用者の希望を聞きながら、週2回以上入ってもらえよう支援しています。入浴を拒む方は時間をずらして声掛けをするなど工夫しています。地域特産のシルク湯なども楽しんでもらっています。	
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	一人ひとりのペースで居室とホールを自由に行き来される生活を支援。寝具を整えたり気持ちよく過ごせる環境整備を心がけている。ソファで横になり休むことも支援する。		
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	処方箋を常に確認できる場所に置き職員全員が確認できる。薬の副作用は処方箋や薬の本、インターネットで確認し不安があれば看護師に相談指示を得る。		
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	家事が利用者同士の協力活動にも繋がってきた。自分の役割として活動されている。ドライブ、散歩、お弁当持参し地域の家に出かけて食事する等気分転換を図る。出来ていたことを継続する支援、刺し子・紙袋折り・針仕事・掃除等を進める。		
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に支援している	利用者の希望に寄り添う支援を心がけている。年二回の遠足(内一回は家族遠足)や外出に出かける事は楽しみな行事となっている。職員の用事に合わせて娘宅で出向くこともある。町の高齢者大学、唱歌の会に入会し、月二回の参加が継続できる。地域で催しごとがあれば参加する。	日々の散歩や買い物、季節毎に桜や梅、アジサイなどの花見や紅葉狩りなどへ出かけています。職員の用事に一緒に出掛けたり、外出や家族と一緒に遠足などへ出かけています。地域のサークル活動や町の高齢者大学に参加する利用者もあり、個別の外出支援も行っていきます。ホームの広い前庭はテーブルやベンチが置かれ、気分転換などに利用されています。	

グループホームあみの

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	基本、本人の手持ちはなく預り金で保管している。一名の方のみ入居時よりポシェットに3千円入りの財布を入れ手持ちされているが、徐々にお金への思いが薄くなってきている。預り金は本人の希望に応じて使うことができる。		
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	希望があれば電話を掛けたり、家族からの電話を取り次ぐ支援を行う。家族からの手紙は状態に応じ職員が読み伝える。今年は年賀状を家族に出す支援を行った。		
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	毎日の掃除により清潔な住環境を心がけている。家具の配置換え等については混乱をまねかない配慮の下行う。庭には自由に出られる。玄関戸を開放し花壇が見えたり空気が通う環境をつくる。	玄関や共用スペースには、季節の花が活けられ、利用者の作品と共に地域の方や家族の趣味の作品などが多く飾られたり、古いミシンや和風の小物類を随所に用いて、温かみのある落ち着いた雰囲気となっています。利用者が居場所を選べるよう、ソファや廊下にベンチを置いたり、窓を開けて換気や温湿度にも配慮し、居心地良く過ごせるよう支援しています。	
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	独りになれる部屋と皆と過ごせるホール思い思いの行動が可能。ソファで語り合う等狭い空間ではあるが活用されている。玄関の長椅子で外を眺めながらお茶を飲まれたりすることもある。庭の椅子で一人過ごす時間も玄関戸を開け見守り支援する。		
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	担当職員が中心となり部屋の環境整備に努める。必要と思えるものがあれば本人と相談、家族へお願いする。馴染みの家具を持って来ていただき落ち着いたケースもあった。	利用者は文机やタンス、ソファなど使い慣れた家具や家族の写真などを思い思いに持参され、家族と相談しながら過ごし易いよう配置されています。大切な人形を身近に置き、ベットや布団は生活習慣や好みで選んでもらったり、安心して過ごしてもらえるよう支援しています。また各居室には温湿度計を置いて環境を整備しています。	
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	部屋の表札、トイレの表示で理解ができる。狭い空間であり廊下に物を置く場合には一人ひとりの行動を予測し安全への配慮を行う。		