（様式１）

１　自己評価及び外部評価結果

作成日　　平成　27　年　2　月　3　日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3492100064		
法人名	医療法人社団　　聖仁会		
事業所名	グループホーム　　ボレロの家		
所在地	広島県　庄原市　三日市町240－1 （電話）0824－72－7375		
自己評価作成日	平成27年1月15日	評価結果市町受理日	

※　事業所の基本情報は，介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先ＵＲＬ	http://www.kaigokensaku.jp/34/index.php?action_kouhyou_detail_2014_022_kani=true&JigyosyoCd=3492100064-00&PrefCd=34&VersionCd=022

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	一般社団法人広島県シルバーサービス振興会
所在地	広島市南区皆実町一丁目6-29
訪問調査日	平成27年1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）】

認知症になっても、町の人とつながって「人として生きる」支援を目指し、介護保険法の目的に沿ったケアの実践、即ち自立支援と尊厳の保持に取り組んでいる。認知症のBPSDの解消は勿論、そこから「当たり前の暮らし」を取戻し、「出来る事」を失わないよう、日々理論的ケアに取り組んでいる。ボレロの家は地域の住宅地にあり、近隣の方との交流は密で、地域の一員としての共同生活が営まれるよう支援している。また健康面の管理は、かかりつけ医や訪問看護との連携も密である。「認知症になっても地域の中で当たり前の暮らしを営む一軒です。気軽に寄ってください。」ソーメン流しや餅つきは地域住民の皆さんが応援に来て下さっている。グループホームでの日常生活は地域の皆様に支えられ、当たり前の暮らしが定着してきている。

【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）】

平屋建てを活用した１ユニット（定員９名）である。ホーム内は、障子や格子戸など”和”を基調とされている。床材も滑りにくい材質など工夫を凝らした、とても落ち着く生活空間である。利用者は、自立されている方が多く、職員は”利用者の能力を奪わない支援”に心掛け、掃除や調理など個々の役割がある。活動を増やすためには、利用者個々の健康管理が第一と考え、かかりつけ医や訪問看護との医療連携を密に行うことにより、日々の健康維持に努めている。基本のケアに徹底することにより、寝たきりにしない工夫や『最後まで生きることを応援する』支援に日々職員は精進されている。法人全体で”人として生きる”支援を目指し、地域とのつながりを基本に、「出来ることは自分で」「互いに助け合う」は人として生きることを基本としている。職員も快活に働かれており、利用者の表情から心休まる親しみのある事業所である。

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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。	利用者が「地域とつながって、地域住民として最後まで生きる事を支援する」を介護理念とし、常日頃から管理者は理念の確認と実践を職員に伝え、研修や日々のケアを通し、職員間で話し合い確認、理解しながら取り組んでいる。	理念を職員の視覚的に入る所に掲げ、日々自己点検しながら、理念の実現に向けて取り組んでいる。事業所として、具体的な方針が確立されており、ミーティングや勉強会、半年に1回の振り返りシートにより、理念の確認や支援の振り返りを行っている。	
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。	事業所は市街地にあり、開放的な建物である為、地域に限らず市民にとって身近である。地域の盆踊りや祭りなど地域行事には地域から声をかけて頂き、積極的に参加している。毎日の外出・買い物・地域行事の参加を通じ、地域の人々とは自然体の付き合いになっている。特に毎日の買い物の道中では温かい応援がたくさんある。	通学路であり、児童や近隣者との挨拶を交わすなか、自然な付き合いが出来るようになっている。事業所祭りを夏（そうめん流し）・冬（餅つき）と実施し、近隣住民に案内をされ、子ども会や近隣者と大勢の方が訪れている。近所から食材の差し入れなどもあり、地域の一員として日常的に交流されている。	
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。	事業所を含む法人全体で、認知症介護予防講座や認知症サポーター養成講座、健康講座など、大規模講習会や各地域の集会所での相談会など積極的に専門的知識の情報提供を積極的に行っている。ショッピングセンター内で認知症相談会を開催している。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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。	運営推進会議は、事業所の取り組み内容や課題を明らかにし、話し合っている。参加者からの意見を参考に協力を得たり改善をしている。委員・家族の参加意欲も高く活発である。	２ヶ月に１回、家族会も兼ねて開催している。毎回、理事長（医師）から高齢者の病状などについて「健康講座」の話しがある。参加者との建設的な意見交換、情報交換をするなかで、ホーム周辺道路のアスファルトがデコボコであるため、市と相談し環境が整備されたこともある。	
5	4	○市町との連携 市町担当者と日頃から連絡を密に取り，事業所の実績やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら，協力関係を築くように取組んでいる。	市担当課の指導の下に、相談・報告など日頃から密に連絡を取っている。また、認知症介護予防講座の受託やサポーター育成講座を開催。現在は、認知症の人にやさしい街づくりへの取り組みを話し合っている。	市担当者とは、利用相談やサービス調整について連携を図っている。毎月１回、ホーム近くのショッピングセンターで「認知症相談会」を開催し、個別相談に応じている。現在は、認知症の人にやさしい街づくりや庄原市内のグループホーム連絡協議会の開催に向け準備をしている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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。	高齢者虐待防止法について法人内外の研修会に参加し、法人内に身体拘束・虐待委員会を設け、あってはならないこととして注意し、防止や必要時の対応手続き等の理解に努めている。自らの意思を行動に移すこと社会とのつながりは「人として」の基本と考え、鍵をかけないケアを実践している。夜間のみ安全の為施錠している。	研修を通じ、具体的な介護方法について学び、身体拘束をしないケアを意識し環境整備に努めている。日々の支援についても、拘束した支援にならないように、日頃から職員間で確認し合っている。「人として」の基本理念に従って、言葉掛けについても「～していただけますか」と問いかけるようにして、自己決定を促す言葉掛けとしている。	
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注意を払い，防止に努めている。	高齢者虐待防止法について法人内外の研修会に参加し、法人内に身体拘束・虐待委員会を設け、あってはならないこととして常に注意し、日々確認しながら防止に努めている。		
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。	成年後見制度について法人内外の研修に参加しこれらの必要性を知り、必要な人には活用できるよう取り組んでいる。地域権利擁護事業や成年後見制度について法人内外の研修に参加している。		
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・解除時には利用者や家族との面談の場を持ち、不安・疑問点については、充分に時間をかけて尋ね、説明し理解、納得のいくまで何回も説明している。		
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。	利用者や家族からの意見、不満は意見箱や直接聞いて、管理者や職員で検討している。外部者に表せることを伝えている。また課題は運営推進会議で明らかにし、出来る限り多くの方の意見を聞き、運営に反映させている。	利用者から「温泉に行きたい」要望があり、温泉場所まで行くルートなどを一緒に話され、1ユニット（9人）全員、参加されたことがある。家族からも「居室の掃除などをしても良いですか」などの協力体制がある。運営推進会議に家族会を併せて実施し、相互の理解を更に深め、それらの意見などを運営に反映している。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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。	必要時または定期的に、管理者や代表者と話している。定期的に面談やミーティング等で、意見交換を行っている。毎日の申し送りも活用して常に意見交換を行い、反映させている。	ミーティングや日々の申し送りにより、職員間で顔を合わせる機会を作っている。内容は、職員体制や勤務のことでの話し合いが多く、現状に即して業務改善の取り組みを図っている。処遇に関しては、社会保険労務士、専任の労務担当、産業医又は安全衛生委員会などを通じて、働きやすい環境整備に努めている。	
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。	事業運営の最重要要件として捉え、職員の習熟度に応じて施設内、外での研修への参加を行い、また法人内でも再々研修の機会をつくり各自が向上心をもち働けるよう努力や実績を評価している。処遇に関しては社会保険労務士・専任の労務担当・産業医または安全衛生委員会設置など通して働き易い職場づくりに取り組んでいる。		
13		○職員を育てる取組み 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。	法人の使命の一つは、職員を育てることであると認識し、常日頃から働きながら学ぶ事を推奨し、毎週定期的な施設内研修の実施がなされている。職員一人一人のケアの実践や力量に応じ、施設内外の研修にも出来る限り多くの職員が参加できるよう、スキルアップを目指している。外部講師多数。		
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つくり，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組みをしている。	研修会・地域活動などを通し、他施設との交流をもち、サービス向上を目指している。意を同じくする全国の仲間との相互訪問や研修会を通し、交流の機会をもっている。又、本年度は庄原市内のグループホーム連絡会を準備中である。		
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。	利用開始時は勿論・利用開始前には本人・家族の見学・面接を行い、本人の不安な事、求めていることをしっかり聞き信頼関係を築く機会を作っている。安心の確保に向け、理解・納得されるまで何回も面談している。本人の理解が難しい時は家族も交えて話をしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	利用開始前には、家族と見学・面接を行い、不安なこと求めていることをしっかりと聞き、施設方針や出来る事・出来ないことを丁寧に伝え、共に本人を支える為の信頼関係づくりをしている。特にグループホームに於いては、家族との信頼関係が出来ないと、本人支援は難しいと考えている。		
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。	相談時から、理論に基づいたアセスメントを行い、本人・家族のニーズを出来る限り正しく把握し本人・家族の必要としている支援をしっかり傾聴し見極めて必要ならば、他のサービス利用を提示し、対応に努めている。又、「今」だけでなく「これから」の予測も伝え、他のサービスを含めた対応をするべく話し合っている。		
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。	本人を「介護される人」の立場に置かず、一人の人として主体的に過ごせるよう、また得意分野での力を発揮しながら、お互い様や感謝の関係性を築くことで、暮らしを共にする関係性を築いている。「出来る事は自分で」「互いに助け合う」は人として生きる基本としている。		
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。	入居時に、家族にも支援者としての立場をお願いし、いつでも来やすく・意見も言い易いよう努めている。本人・家族・職員が共にあることで、本人支援とグループホーム生活が成り立つと考えている。		
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。	いつでも誰でも面会に来やすい雰囲気に努めている。「地域とのつながり」を大きいテーマとして取り組み、外出・買い物・地域行事を通じ馴染みの人や場との関係性が途切れないよう取り組んでいる。当然ながら、暮らす場所が変わってもこれまでの人とのつながりは大切である。	常に”地域とのつながり”を大切にしている。気候が良ければ外出したり、家族の協力を頂き美容院や親戚の集まりなどがあれば外出され、馴染みの人や場との関係が途切れないようにしている。個別対応について家族と十分協議し実行するなか、利用者の表情がでるようになっている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	仲間づくりを大切にしており、作業や外出など利用者同士で声を掛け合い、助け合える場面を多く作っている。人が生きる時に「群れ」が大切と常に意識している。介護理念「互いに助け合って」は仲間づくりを基本としている。利用者間をつなぎ支えあうようにする事が職員の役割として取り組んでいる。		
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。	サービスが終了しても、必要に応じて面会、連絡をとるなどし、関係を断ち切らない様、付き合いを大切にしている。終了家族が「認知症の人を支える家族の会」や、行事に参加されている。		
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	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。	入居前・後に本人または、家族からも意向を聞き、主体的な行動を大切に、出来る限り本人本位となるように取り組んでいる。利用中、言葉遣いも「選択」が可能な声かけを心掛け必要時に本人・家族へ意向確認をしている。随時のモニタリングも実施している。	入居前のアセスメントを実施するなか意向を把握し、生活歴や入居後の望まれる生活状況を想定して個別対応のサービスを提供している。日々の関わりのなかで、表情や日々のサインから本人の意向を汲み取り、選択肢を与え「～していただけますか」と問いかけ、自己決定するなか個々の役割づくりに繋がっている。	
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。	「最期まで人として生きる支援」に、又、より自立的・主体的・社会的生活の支援には、これまでの生活歴を知ることは基本である。認知症ケアにとっても生活歴は重要であり、利用前からその情報・状況は出来るだけ詳しく把握し、馴染みの暮らしや生活環境に近づくよう務めている。		
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。	毎日の心身状態の把握は、ミーティング・申し送り、カルテなどを通し把握している。有する能力は入居時のアセスメントから始まり、毎日の生活の中の変化を見逃さないよう意識し、その力を十分活かし、維持することが介護の仕事と認識し努めている。かかりつけ医との連携は細かく行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	介護計画の基本は、アセスメント・ニーズ把握である。これまでの暮らしや現在の課題・要望など本人・家族や他職種の話を聞いて初めて介護計画が出来ると認識・実践している。本人・家族・さらには各々の意見反映は当然であり、変化時には、その都度話し合い計画作成している。	ニーズに対して、問題のきっかけとなっている要因、背景を常に考え、根拠に基づいた具体的な内容となっている。日々評価と点検をしながら、状態変化がある場合は、その都度話し合い、意見交換や情報の共有を図る取り組みをされている。具体的な介護計画を作成及び実施している。	
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。	利用者一人一人のカルテに実践・結果・小さな変化や気付きを記入し情報の共有と実践に活用している。それらを個々の状況にあったプラン作成には欠かせないこととして介護計画に反映し、必要に応じて見直しに活かしている。記録の再読は基本であると考えている。		
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，その時々に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。	介護状況に応じ、事業として出来る限り自立した日常生活へむけての本人支援と家族支援をしている。また状況によっては、法人全体で専門職との関わりや地域説明・家族支援など本人・ご家族に他専門職による多機能体制をとっている。		
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。	本人の意向や必要性から、多くの地域資源との協働により、地域住民としての生活支援をしている。地域とつながった日常生活の為には欠かせないことである。消防・保育所・文化センター・商店街・他事業所等、交流をもっている。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は，本人及び家族等の希望を大切にし，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。	健康管理は当然のことであり、多くの医療機関とつながっている。一人一人の利用前の受診経過・現在の受診希望を把握して、今までのかかりつけ医や希望する医療機関による受診の支援を行っている。訪問看護ステーションとの24時間の連絡体制も整っている。医療法人として、法人医師の24時間バックアップ体制もとっている。	入居時に本人・家族の希望により、かかりつけ医を決定している。法人の医療体制が整っており、受診結果報告書やカルテを活用され、丁寧に記録整備されている。健康管理が第一と考え、週1回の往診体制や訪問看護ステーションとの24時間の連絡体制が整っている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	訪問看護による健康管理を行っている。特変や疑問があれば、すぐに看護師や医師に連絡できる体制をとっている。毎月の定期往診をしている。訪問看護によるフットケアも入っている。		
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。又は，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、治療・入院生活に必要な情報を提供し、いつでも連絡できる体制を作っている。こまめに面会に行き、様子や状況を聞き、情報交換をし早期退院へ備えている。平素は医療法人として医療関係者との関係づくりを務めている。		
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。	利用開始前から、繰り返し家族や関係者と終末について何回も話し合い、事業所の方針や、出来る限りの支援策を具体的に示し、それらを共有している。重度や終末期の利用者に対しては、出来る事・出来ないことを見極め、最後まで地域住民として暮らせるよう、かかりつけ医・訪問看護と連携をとり、家族を含めてチームとして支援に取り組んでいる。終末・急変に備えて日頃より検討・研修している。	終末期の経験は今のところ無いが、入居時には「急性期・重度化・終末期ケア対応指針」の同意書を頂いている。終末期の時期となれば、家族の意向やその都度先生との面談を重ねての対応とし、特に医療との連携が不可欠なため、法人として往診や訪問看護の連絡体制が整っている。	
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。	消防署へ依頼し、救命救急士による急変・事故発生時の対応の勉強会・訓練を行っている。また随時の訓練もおこなっている。急変時の連絡体制を各職員が把握している。法人医師の協力もある。		
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。	消防署の協力を得て、避難訓練・避難経路の確認など、利用者と近隣住民と一緒に行っている。又、日頃の地域とのつながりが大切と認識し、運営推進会議・地域行事の参加、町を歩くことなどを通じて、地域への協力を呼びかけをしている。さらに大規模災害に備え、全国の15法人と支援ネットを作り、万一の時の支援体制を強化している。	夜間帯は人数が限られるため、夜間想定した訓練を毎月実施し、防災意識を高めている。日頃から地域住民との連携が必要なため、消防署の協力を得て、利用者と近隣住民と一緒に行っている。万が一の場合は、全国の１５関係法人と災害支援法人ネットワーク「おせっかいネット」を結成し支援体制を強化している。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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。	人格の尊重・プライバシーの確保には、「人として支援する」姿勢を基本に置いている。研修を通し、また日常は法人・管理者や職員相互が気付きを伝え、尊厳やプライバシーを損ねないよう徹底を図っている。	各法人の事業所がバラツキが無いように、ミーティングや内部・外部研修を積極的に行い、意識統一を図っている。法人から「月間目標」「月間目標テーマ」が毎月配布され、日々自己点検しながら日々のケアに徹している。一人ひとりの人権・権利を意識しながら、十分気をつけた対応をされている。	
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。	「主体的・自立的・社会的に生きる事を支援する」を基本としている。そのために自分で決め納得し動くよう、利用者に合わせ声掛け説明を行っている。一人一人のわかる力に合わせた説明をし、利用者の意思を聞く場面を多く作るよう支援している。自己決定は尊厳の基本であると認識している。		
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。	一人一人の状態に合わせたペースで話したり動き、本人の希望や好みを聞きながら話し合って柔軟に対応する事で、主体的・自立的・社会的生活支援をしている。職員は生活の支援者であることを実施する。		
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。	町の理美容を利用し、本人の要望にあった時や必要に応じて、望む店に行っている。服装や化粧など、その人の希望を聞きながら似合うように支援している。特に外出時は「オシャレ」に気を付けている。		
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，利用者と職員が一緒に準備や食事，片付けをしている。	食事に関する一連の作業を通じて利用者の有する力を発揮してもらいながら、張り合いや楽しみ・喜びにつながるようにしている。メニュー会議・買い物・準備・片づけまでの流れが「食べる」楽しみにつながり気分を盛り上げている。好みによりメニューは各々違うときもある。職員も利用者も共に行動することで、「有する能力の活用」や「共にある」の意識づけになっている。楽しい雰囲気での食事が一日の大切な活動源となっている。	ホーム目の前の駐車場には、畑があり季節に応じた野菜づくりをされている。近所から食材の差し入れやホームでとれた野菜などを活用され、毎食の食事に活かしている。利用者の姿勢に関しても「座ること」を基本のケアに徹しており、”口から食べ続ける”支援に心掛けている。よく噛んで美味しく食することで健康維持に努めている。職員と利用者が同じものを一緒に食べるようにしている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	聖仁会では、水分1日1500ML、食事量1500Kcal摂取を基本とし、状態、習慣、力に合わせて充分摂取できるよう支援している。内容は個々の好みや状態に応じて変化する。毎日の記録により、家族に説明している。		
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。	口から安全に食べ続けられること、肺炎・不明熱・誤嚥・窒息などの予防のために口腔内清潔保持は介護の基本として実践している。その為に一人一人の口腔状態や力にあった支援を行っている。言語聴覚士や歯科衛生士の定期訪問あり。		
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。	排泄ケアは人の尊厳保持と自立支援の基本として、一人一人の排泄パターンを把握し、可能な限りオムツを使わない支援をしている。日中は布パンツ・トイレ誘導を原則とし必要な方のみ夜間オムツを使用し、常に排泄の自立支援を行っている。	紙オムツをなるべく使わないで日中は、布パンツを使用したり適切なトイレ誘導により、安易なオムツ使用は極力避けるよう支援している。出来るだけ薬に頼らない工夫として、朝食・昼食に寒天ゼリーの活用や食物繊維が多く含まれる食事の提供、日々の掃除・調理など活動を通じて、便秘予防に取り組んでいる。	
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。	認知症の方にとって便秘は最重要課題であり、BPSDの原因ともなることを基本的知識として周知徹底している。予防・対応の為に「7ヶ条」の実践をしている。毎日排便・薬を使わない対応を基本としている。		
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，個々に応じた入浴の支援をしている。	一人一人の意向を第1にし、くつろいだ気分で入浴できるよう、柔軟な支援が行われている。人によっては、夜間入浴も行っている。	入浴は、夕方（16：00～夕食前）の時間帯としているが、夜間入浴される方もいる。回数は、本人の体調によるが、毎日入浴される方や、最低限、週3回は入浴を実施し皮膚トラブルなど無いか確認されている。なお体調により入浴できない場合は、清拭をされている。適宜、訪問看護によるフットケアを実施されている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて，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。	ケアの基本は、良眠7時間である。職員は睡眠とBPSDの関係性を認識しており、一人一人の日中の生活習慣に合わせ、日中活動性、体調管理により、出来るだけ薬を使用しないよう夜間良眠を支援している。日中は椅子や畳の好みの場所で個々の体調に合わせ休息できるよう支援している。		
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。	利用開始時、服用開始時に医師または薬剤師からの指示や指示書による確認をしている。指示通りの服薬ができるよう支援し、症状に変化のある時や体調の変化がある時は医師に報告し指示を仰いでいる。薬剤師の定期訪問もある。		
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。	生き生きと主体的に生きる事や有する能力を目指し、実践するためには生活歴を活用することは不可欠である。又、一人一人が「大切な人」を実感できるよう、出来る事をしていただき、出来たことを共に喜べる支援をしている。特に外出は「社会と繋がって生きる」ことを目的にして取り組むが、その中で人との出会い、気分転換・買い物で「食べたいもの」を選ぶ役割分担もしている。		
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。	最後まで地域住民として生きる。を目指し、その日の体調や天候に配慮しながら近くへの散歩だけでなく、馴染みの店や地域の中へ出かけている。会話の中から行きたい場所や、したいことを聞き、日常の外出に加え、普段いけないところへ皆で出かけられる機会を作っている。墓参りや外出など家人と出かけられることは多い。	「最後まで地域住民として生きる。」支援に向け、近隣のスーパーマーケットや公園などに出掛けている。個別の外出支援については、家族の協力を得て、家族の誕生日に外出された方もおられた。買い物や外食など外出を通じて地域の皆様との交流が図れるよう機会づくりに努めている。	
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。	お金の管理の出来る方は個人で管理してもらっている。管理の難しい方には、買い物や外出時に必要に応じて、自分で使えるように支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	電話がいつでもかけられるように設置している。手紙も本人の希望や状況に応じてだし、返事も渡している。		
52	19	○居心地の良い共用空間づくり 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。	共用空間は五感へ配慮を特に気遣い、心地よい、利用者が落ち着けるようにしている。和を基調とし、素足で歩けるように床材は滑らない、あたたかい材料を用いて心地よさを出している。また、リビング、居室から近隣や道行く人を見、季節感、生活感や地域住民を感じられ「ふつうの暮らしの家」として心地よく過ごせるよう工夫している。	室温調整や毎食後には換気を行い、利用者の健康管理に努めている。姿勢保持を維持するために、あえてソファーなどは置かないようにし椅子に座ることを基本としている。利用者個々に役割（掃除・調理など）があり、毎日の清掃をするなか、環境整備に努めている。	
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。	リビングには、畳や長いすを設置したりし、利用者同士・または一人で思い思いに過ごせる居場所づくりの工夫をしている。		
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。	居室には、使い慣れた馴染みの物を持ってきていただいており、それぞれの方の生活に合わせている。部屋作りには、本人・家族の意向を重視している。	全居室は畳を使用している。ベッドや収納スペースは事業所で用意されている。使い慣れた寝具、枕などがあれば、自由に持ち込まれている。本人の意向や家族と相談しながら居心地良く生活できるように環境整備に努めている。なお家族用として、宿泊できる部屋を用意されていた。	
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。	各利用者の出来る事、出来ないことを見極め、出来る事には手を出さず出来ないところだけ、さりげなく手助けをし、出来る限り自立した生活が出来るよう支援している。一人一人の認識・理解力を知り、さりげない誘導や案内板などにも工夫し支援している。		

Ⅴ　アウトカム項目			
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。	○	①ほぼ全ての利用者の
			②利用者の3分の2くらいの
			③利用者の3分の1くらいの
			④ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が，一緒にゆったりと過ごす場面がある	○	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
58	利用者は，一人ひとりのペースで暮らしている	○	①ほぼ全ての利用者が
			②利用者の3分の2くらいが
			③利用者の3分の1くらいが
			④ほとんどいない
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	○	①ほぼ全ての利用者が
			②利用者の3分の2くらいが
			③利用者の3分の1くらいが
			④ほとんどいない
60	利用者は，戸外への行きたいところへ出かけている	○	①ほぼ全ての利用者が
			②利用者の3分の2くらいが
			③利用者の3分の1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	○	①ほぼ全ての利用者が
			②利用者の3分の2くらいが
			③利用者の3分の1くらいが
			④ほとんどいない
62	利用者は，その時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	○	①ほぼ全ての利用者が
			②利用者の3分の2くらいが
			③利用者の3分の1くらいが
			④ほとんどいない
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	○	①ほぼ全ての家族と
			②家族の3分の2くらいと
			③家族の3分の1くらいと
			④ほとんどできていない

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		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
65	運営推進会議を通して，地域住民や地元の関係やとのつながりの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	○	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
66	職員は，活き活きと働けている	○	①ほぼ全ての職員が
			②職員の3分の2くらいが
			③職員の3分の1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3分の2くらいが
		○	③利用者の3分の1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3分の2くらいが
			③家族等の3分の1くらいが
			④ほとんどできていない

（様式２）

２　目標達成計画

事業所名　グループホームボレロの家

作成日　　平成27年3月10日

【目標達成計画】

優先順位	項目番号	現状における問題点，課題	目標	目標達成に向けた具体的な取組み内容	目標達成に要する期間
1		地域との密な関係づくり	行事の企画・実行	認知症の啓発・相談拠点としての活動、日々の暮らしの中で関わりをもつ	1年
2		有する能力を見極め、持っている力を引き出す	職員のスキルアップ	自立支援を基本に、観察・行動の分析を行い、出来る出来ないを見極める力と介護力向上の研修をする	1年
3		家族との信頼関係を構築する	本人・家族・職員が共にあることで本人支援を行う	相談・報告・説明をきちんと行い、いつでも来やすく、意見も言いやすいよう努める	1年
4					
5					
6					
7					

注１）項目番号欄には，自己評価項目の番号を記入すること。
注２）項目数が足りない場合は，行を追加すること。