

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	2373000534		
法人名	医療法人 豊和会		
事業所名	グループホーム メナージュかずえ (メナージュ)		
所在地	愛知県豊田市和会町152-1 (電話)0565-21-6700(代)		
自己評価作成日	平成30年11月21日	評価結果市町村受理日	平成31年 2月28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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_2018_022_kani=true&JivvosyoCd=2373000534-00&PrefCd=23&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
所在地	愛知県名古屋市長区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成30年12月14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)】

豊田市第一号のグループホームとして、平成12年4月介護保険導入と同時に開設し13年、14年と増設、現在3ユニットを運営している。開設から18年が経過し、ここでの生活を通して長期入居の方も認知症の進行は緩やかになっている。この1年の平均要介護度はメナージュ1.5 シェール1.2 リーブル1.4になっている。また、地域との結びつきを大切にし、運営推進会議や地域包括支援センター等との連携を重視し地域と共に歩んできた。日頃の業務においても、認知症の人達が豊かな日々を過ごし、ご自分の人生に前向きな取り組みができる事を念頭においている。又、常にご本人のみならず、支えになれるご家族との信頼関係の構築も大切にし、よりよいケアに向け努力している。

【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)】

利用者一人ひとりが今日をいかに生き、明日をどう生きたいかを全員で考え、支援にあたっている。そのため、利用者の意向の把握には余念がない。利用者、家族の意向を踏まえ、関係者の支援体制を構築し、在宅復帰を果たした事例も多い。
 利用者の「役に立ちたい、認められたい」気持ちを大切にし、見守りを基本に、利用者の発言や行動からその人らしい個別計画を作成している。各ユニットは独立した建物にあり、利用者同士や職員との相性でユニットの住み替えや職員の入れ替えを行い、快適に過ごせる環境を整えている。
 法人内で新人職員がホームに配属されることはなく、認知症を理解し、適切なケアを習得した職員のみが配属されている。“働きやすい職場づくり”が実現しており、職員の定着はよい。

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

[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
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	理念を研修でしっかりと覚え理解し、実践に沿った支援が出来る様にホーム内に掲示している。また、毎月2回開催のカンファレンス時に理念を唱和し皆で確認している。	法人理念に基づいたホーム理念を策定し、理念を踏まえた年間活動目標を、職員一人ひとりが設定している。職員は日々その日の支援を振り返り、理念をケアに反映して実践できるよう努めている。	
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	地域のフードセンターから新鮮な食材を購入している。定期的に絵手紙、回想法等のボランティアグループ、各種学生等多様な受け入れをして、利用者と交流を図っている。又認知症の理解をしていただく様出前講義やセミナー、認知症カフェ、徘徊模擬訓練に共に参加している。また、地域の方がいつでも来て頂ける体制をとっている。	地域のふれあい祭りで、職員が講師を務めて情報発信し、認知症カフェに利用者と参加し、認知症の理解が深まる取り組みを行っている。実習生やボランティアの受け入れも積極的にいき、地域との交流を深めている。	
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	地域ケア会議に参加しグループホームで生活されている方が在宅へ戻った時に、地域で支えていくことができるように話し合いを行っている。また、支援に関する知識や実践経験を地域の人々に向け活かして行けるよう相談に応じたり、地域で講演をしたり家族介護交流会を開催している。		
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	2ヶ月毎に開催し、利用者、家族、地域包括支援センター、自治区長、高齢者お助け隊責任者、民生委員等の出席があり、各ユニットの活動報告、防災活動、目標達成計画、活動の様子をまとめた写真等の報告を行い出席者からの意見も出され話し合っている。	家族代表、地域包括支援センター職員、区長、民生委員、ボランティア代表等、多数の参加を得て、年6回開催している。現状報告や防災、地域の課題等、議題は多岐に亘り、意見をホーム運営に活かしている。	
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	毎月第3木曜日に介護相談員の訪問があり情報交換をしている。職員は市主催の研修に参加して運営に反映している。日頃から、介護保険課と情報交換もしている。	地域包括支援センターとの連携は密で、利用者の受け入れや、在宅復帰に向けての協力体制が築かれている。市主催のグループホーム部会や月2回の連絡調整会議に参加し、情報収集や意見交換を行っている。	
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	毎日振り返りチェック表を利用し利用者に対して不適切な支援をしていないか確認し合っている。また、高齢者虐待防止などの研修に参加してサービス向上委員会等を通じ日常的に意識して身体拘束ゼロの支援に努めている。	法人の身体拘束防止研修で身体拘束の弊害を確認し、カンファレンスでは具体的な事例検討を行っている。毎日の「振り返りチェック表」により、不適切な支援や言葉遣い等がないことを確認し、利用者の特性を理解して拘束のないケアに繋げている。	
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	法令遵守の研修の中で高齢者虐待防止法について学び毎日振り返りチェックリストを活用し事務所内で虐待が見過ごされないよう注意している。又地域からの情報等にも対応している。		

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
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	管理者と職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度の理解に努め、必要時には活用出来る体制がとれている。常に相談を受け入れる気配りをしている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約書並びに重要事項説明書に権利義務を明記し契約を結んだり、解約をする際は利用者や家族等の不安、疑問点を尋ね十分な説明を行い理解を得る様努力している。		
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	家族の面会時や毎月開催している家族交流会、家族介護交流会、ケアプラン作成時、運営推進会議など家族から意見を聞いている。利用者、家族からの要望は、真摯に受け止めて実践に反映している。	家族の交流会や、運営推進会議後には、利用者、家族、職員が集う交流会を開催し、その都度意見や要望を聞き取っている。月1回ケアプランを説明する個別の家族面談を行い、家族との信頼関係を深めている。	
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	毎朝のミーティング・週1回のカンファレンスで、でた意見を定期的(1回/月)な運営会議、向上委員会にあげ話し合い実践に結び付けている。運営推進会議等を通して地域に向け報告も行う。管理者は職員との個人面接を定期的のみならず気がかりな事があれば即時に行っている。	日々の振り返りから課題を抽出し、週1回のユニット単位のカンファレンスや月2回の合同会議で話し合っている。年2回の個人面談のほか、随時、提案や相談ができる環境にあり、職員の定着に繋がっている。	
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	職員は勉強会、研修に参加し実践を積み努力し、管理者と年2回自己評価表を使い面接を行い勤務状況を把握している。その他には休暇希望勤務日を提出すれば休暇が優先できる仕組みになっている。年1回ストレスチェックを実施している。		
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	新人研修はオリエンテーションで11日間のカリキュラムに沿った研修がある。教育委員があり母体施設の職員と一緒に研修がある。他に外部研修で職員が希望する場合内容により研修となる場合がある。又、外部研修は必要に応じて出張となる。本人希望も取り入れられている。		
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	愛知県認知症グループホーム連絡協議会の役員をしており、全体の研修会や勉強会、西三河ブロックの研修会や勉強会に参加しネットワークづくりを通じてサービスの質の向上に取り組んでいる。		

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
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	入居前に事前訪問を行っている。家族、本人と会い、話をよく聴き不安や要望等を受け止められるように努めている。又、入居の希望があった場合は見学等を通じて管理者とも交流を図っている。		
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	相談する家族の立場に立って家族の話をしっかり聞いて受け止めながら関係を築くことに努めている。本人と家族、家族同士の中で違いも含め家族の体験や思いを理解し家族自身を受け止める努力をしている。		
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	初期の本人、家族の不安を解消できるよう面談等を通して密に連携をとっている。要望をもとに何が必要なのかを見極め、事業所として対応できるよう努めている。又、必要に応じそれぞれの専門職からの情報も得、可能な限り希望に添えるよう努めている。		
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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	利用者の望む生活や人生をできる限り実現できるよう努めるなかで、本来の個性や力を知り本人から学んだり支え合う関係を大事にしている。		
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	運営推進会議、家族交流会、面会時、お楽しみ会等に生活の様子を報告し喜びや悲しみも共にしながら一緒に本人を支えていく関係を築けるよう努めている。		
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	本人が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に外出・外泊を利用して支援している。	知人・友人の訪問を受けたり、家族の支援で馴染みの美容院や喫茶店へ出かける利用者もいる。併設施設で開催されるカフェや行事には、馴染みのある地域の住民も参加しており、懐かしい交流の場となっている。	
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	生活の色々な場面の中から利用者間の関係を理解するよう努め、利用者が孤立せず良い関係が出来るよう努めている。		

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
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	家族との関わりを大切に、出来る限りの交流を入居中も心掛けている。継続的な関わりを必要とする利用者や家族には地域包括支援センターや施設相談員等多職種と連携し本人を支えている。		
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	週1回のカンファレンスを通して一人ひとりの思いや意向を把握し、情報を共有しながら支援している。又、家族からも希望や事情を把握し本人の希望にどう寄り添っていけるか検討しながら年間目標を立て介護計画に取り入れ同じ気持ちで取り組んでいる。	職員は意向を汲み取る重要性を理解しており、発語や仕草、表情等で意向を汲み取っている。1対1では困難な場合は、複数の職員が関わり、思いや意向の把握に努めている。得た情報は、介護計画に反映させている。	
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	入居前の事前訪問や判定会議を通じて利用者、家族より利用者の個々の生活歴やサービスの利用に至った経緯を探り、これまでの暮らし方を把握している。		
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	職員全員が一人ひとりの暮らしの流れに添って本人の状況を統合的に把握し本人のできる力、出来るけどやれていない力を暮らしの中で発見し、情報の伝達共有に努め可能な限り自立に向け支えている。		
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	週1回カンファレンス、毎月モニタリングや見直しを行い、家族とも話し合い介護計画を作成している。また、本人がより良く暮らせるよう何が必要かを考え話し合いその人らしい介護計画を作成している。	週1回のカンファレンスで利用者の状況・状態を確認し、計画作成担当者が毎月モニタリングを行っている。毎月利用者や家族と面談し、意向の聞き取りや現状報告をして、意向を反映した計画を作成している。	計画の見直し時にサービス担当者会議を行っているが、家族の参加は無い。毎月の家族面談の機会を利用して、家族も参加したサービス担当者会議に発展させることを望みたい。
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	カンファレンスにて日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を行い個別記録に記入している。介護計画の見直しに活かし職員間で情報を共有しその人らしい前向きな介護計画を作成し実施している。		
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、その時々ニーズに全体で話し合い支援ができる体制がとれている。		

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
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	民生委員や介護相談員、ボランティア等を活かし心身ともに可能な限り本人がより豊かな暮らしを楽しめるよう努めている。		
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	本人及び家族等の希望を大切に従来からのかかりつけ医と連携を図っている。月2回の往診を受け必要に応じて適切な医療を受けられるよう支援している。法人職員の看護師と連携して24時間体制で緊急時の対応も可能である。	月2回協力医の往診があり、馴染みのかかりつけ医や専門科の受診は家族対応としている。隣施設に看護職員が24時間常駐しており、夜間2回ホームを巡回している。管理者も看護師であり、医療面は盤石である。	
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	昼間は管理者、母体施設と連携しグループホーム担当の看護職員がいる。夜間は母体施設との連携がとれている。常に相談出来る体制がある。		
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。	入院した時には看護、介護サマリーを作成し情報提供を行う。又、今後の方向性については、入院先のケースワーカーと連携をとりながら退院後の処遇に向け管理者、相談員、家族が話し合っている。		
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、事業所の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	入居時に看取りはしないことを伝え、重要事項説明書に沿ってホームで出来ること出来ないことを説明し同意を得ている。急変になる可能性が高く医療にかかる時間が増した場合、医師を交えて家族と充分話し合い他施設へ移る提案など本人・家族にとってよりよい環境にて最期まで不安にならないよう支援している。	ホームは自立した暮らしの場と位置づけている。入居時に、ホームでの共同生活が困難になった場合は、医療を含め他施設への移行を支援するとの方針を説明して同意を得ている。必要な時期に家族と医師を交えて話し合い、最適な移行先を検討している。	
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	新人研修や教育委員会の中で全ての職員は教育が実践され身につけるよう努力している。心臓マッサージや人工呼吸は人形を活用してスキル向上に努めている。		
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	母体施設との合同防災訓練やグループホーム独自で毎月テーマを決め訓練を行い、防災意識向上に努めている。運営推進会議にて地域の方に災害対策を報告し協力体制について話し合っている。	消防立ち合いで年2回隣施設合同の防災訓練と、毎月テーマを決めてホーム単独の訓練を行っている。利用者は情報提供の首掛けカードと防災頭巾を備え、パン屋と配食業者には緊急時の援助依頼をしている。	

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
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	プライバシーの保護、個人情報、接遇等の研修を行っている。職員は利用者に対して年長者への尊厳を常に持ち優しく声かけ丁寧な言葉遣いを意識して対応している。	上から目線にならず、プライドを傷つけない言葉使いや接し方を心掛けている。利用者の「役に立ちたい、認められたい」という気持ちを尊重し、見守りを基本とした、人生を生きていく支えとなる支援を行っている。	
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	選択肢の声掛けではなく、自分で決められるよう尋ねる声掛けを行っている。また、表情や反応を観察し受け止めている。常に利用者中心の関りを心掛けている。		
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	日課は基準として設けているが共同生活も大切にしながら個人が趣味等を楽しめる生活が送れるよう希望に添って支援している。		
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	身だしなみやおしゃれが個人別に支援できるよう家族と協力し化粧や衣類等持参してもらいおしゃれをして出かける機会を設けている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者・職員が協同で作成したメニューを基本に栄養バランスを考えながら、栄養士の助言のもとメニューを完成させる。家庭的な季節感のある献立を1週間ごとに作成。週5回地域のフードセンターより新鮮な食材を購入している。利用者と職員が準備や食事、片付けを一緒に楽しみ行っている。	利用者と職員でメニューを考え、栄養士の助言を得て週単位で献立を決めている。ホームで育てた野菜や果物を収穫して料理に加え、季節の行事食や野外でのバーベキュー等、食事を楽しむ工夫もある。	
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	食事メニューは管理栄養士にて献立内容の確認がされ、季節やその日の体調を考慮し食形体を変更している。特に水分は常に心がけおやつにとり入れ工夫している。		
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	利用者全員歯磨きを日課に取り入れ、毎食後に行っている。また、義歯を使用している方は夜間洗浄剤につけている。地域歯科医による全員の口腔内の点検を受け、その結果を家族と一緒に話し合い歯科受診を依頼している。		

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
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	排泄日誌を用いて排泄パターンを把握し個々に合わせた支援をしている。毎日排泄チェック表を記入し、パットやリハビリパンツを使用している人は介護計画を立案している。	排泄記録をとり、見守りや声掛け、誘導でトイレでの自立排泄を支援している。適切な支援でリハビリパンツから布パンツに改善した事例もある。尊厳やプライバシーにも配慮し、確認や記録取りをしている。	
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	毎朝排便チェックをしている。便秘予防の為飲み物の工夫や水分量は管理栄養士指導にて行われ、出来る範囲で身体を動かす働きかけを行っている。又、場合によっては主治医に相談している。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴時間は基本的に16時からで、おおよそ週3回程となっているが、希望によっては毎日入浴する人もいる。入浴を拒否する人には、個別に関わり人をかえて声をかけなるべく入浴出来る様に援助している。	週3回の入浴を基本とし、希望があれば毎日の入浴も可能である。見守り中心に支援し、歌を歌ったり会話を楽しんだりしている。利用者と職員が1対1になれる時間でもあり、悩み事を相談する利用者もいる。	
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	本人の自然なリズムで生活ができるよう必要な休息や睡眠を心掛けて支援している。		
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	主治医の往診時には、ユニット責任者と担当看護師が立ち合い服薬の必要性と内服後の症状の変化について観察を密に行い報告し服薬支援をしている。		
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	生活歴を本人、家族から把握し得意なことや好きなことを活かして生活が豊かになるよう介護計画に立案して取り組み平成30年度の目標達成計画に反映している。		
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。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	散歩へ出掛けたり、プランターの花や畑の世話のため戸外に出かけている。普段は行けないような買い物、神社、銀行等へは家族の協力を得たり皆で計画して外出を支援している。	散歩や隣接施設でのカフェや活動への参加と、毎日外気に触れる機会がある。週1～2回交代で買い物に出かけ、2ヶ月に1回利用者全員での季節の行事外出がある。希望の個別外出は、家族支援も含め職員間で話し合い、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
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	お金を持つ事で安心感が得られる方には、千円程度お渡ししている。自分で買いたいと意欲がある方で支払いが出来る方には自分で支払うよう支援している。		
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	電話や手紙は本人が希望した時に必要な支援をしている。また、プライバシーに配慮しながら個別に支援している。		
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	共同空間は快適に落ちついた雰囲気でも過ごせるよう配慮している。また、季節を表す利用者の作品を飾り生活感や季節感を大切にしている。	居間は天井が高く木の温もりがあり、天窓から陽が差し込む明るい空間となっている。華美な装飾は避け、利用者の作品や季節を感じる装飾を施し、玄関には利用者の活け花が飾られている。利用者が自由に使える公衆電話が備え付けられている。	
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	共同空間(ホール)でもゆっくり座りながら会話ができるよう環境作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	居室には各自使い慣れた家具、小物等馴染みの物が持ち込まれている。利用者手作りのカレンダー、家族の写真、生花等飾られ居心地の良い居室で過ごせるよう配慮している。	各居室に鏡付きの洗面台が備え付けられ、家具や小物入れ等、使い慣れた品々が持ち込まれている。壁に経本を掲げ、毎日読経をする利用者もいる。家族とも相談し、利用者が居心地よく過ごせる配慮がある。	
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」「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	自室が分からない方には、自室が分かりやすいように扉に本人のみ分かるしるしをつけ安心して生活できるよう工夫している。		

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	2373000534		
法人名	医療法人 豊和会		
事業所名	グループホーム メナーージュかずえ (シエール)		
所在地	愛知県豊田市和会町152-1 (電話)0565-21-6700(代)		
自己評価作成日	平成30年11月21日	評価結果市町村受理日	平成31年 2月28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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_2018_022_kani=true&JigyosyoCd=2373000534-00&PrefCd=23&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
所在地	愛知県名古屋市長区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成30年12月14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)】

豊田市第一号のグループホームとして、平成12年4月介護保険導入と同時に開設し13年、14年と増設、現在3ユニットを運営している。開設から18年が経過し、ここでの生活を通して長期入居の方も認知症の進行は緩やかになっている。この1年の平均要介護度はメナーージュ1.5 シエール1.2 リーブル1.4になっている。また、地域との結びつきを大切に、運営推進会議や地域包括支援センター等との連携を重視し地域と共に歩んできた。日頃の業務においても、認知症の人達が豊かな日々を過ごし、ご自分の人生に前向きな取り組みができる事を念頭においている。又、常にご本人のみならず、支えになれるご家族との信頼関係の構築も大切にし、よりよいケアに向け努力している。

【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)】

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、活き活きと働いている (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
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	理念を研修でしっかりと覚え理解し、実践に沿った支援が出来る様にホーム内に掲示している。また、毎月2回開催のカンファレンス時に理念を唱和し皆で確認している。		
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	地域のフードセンターから新鮮な食材を購入している。定期的に絵手紙、回想法等のボランティアグループ、各種学生等多様な受け入れをして、利用者と交流を図っている。又認知症の理解をしていただく様出前講義やセミナー、認知症カフェ、徘徊模擬訓練に共に参加している。また、地域の方がいつでも来て頂ける体制をとっている。		
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	地域ケア会議に参加しグループホームで生活されている方が在宅へ戻った時に、地域で支えていくことができるように話し合いを行っている。また、支援に関する知識や実践経験を地域の人々に向け活かして行けるよう相談に応じたり、地域で講演をしたり家族介護交流会を開催している。		
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	2ヶ月毎に開催し、利用者、家族、地域包括支援センター、自治区長、高齢者お助け隊責任者、民生委員等の出席があり、各ユニットの活動報告、防災活動、目標達成計画、活動の様子をまとめた写真等の報告を行い出席者からの意見も出され話し合っている。		
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	毎月第3木曜日に介護相談員の訪問があり情報交換をしている。職員は市主催の研修に参加して運営に反映している。日頃から、介護保険課と情報交換もしている。		
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	毎日振り返りチェック表を利用し利用者に対して不適切な支援をしていないか確認し合っている。また、高齢者虐待防止などの研修に参加してサービス向上委員会等を通じ日常的に意識して身体拘束ゼロの支援に努めている。		
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	法令遵守の研修の中で高齢者虐待防止法について学び毎日振り返りチェックリストを活用し事務所内で虐待が見過ごされないよう注意している。又地域からの情報等にも対応している。		

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
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	管理者と職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度の理解に努め、必要時には活用出来る体制がとれている。常に相談を受け入れる気配りをしている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約書並びに重要事項説明書に権利義務を明記し契約を結んだり、解約をする際は利用者や家族等の不安、疑問点を尋ね十分な説明を行い理解を得る様努力している。		
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	家族の面会時や毎月開催している家族交流会、家族介護交流会、ケアプラン作成時、運営推進会議など家族から意見を聞いている。利用者、家族からの要望は、真摯に受け止めて実践に反映している。		
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	毎朝のミーティング・週1回のカンファレンスで、でた意見を定期的(1回/月)な運営会議、向上委員会にあげ話し合い実践に結び付けている。運営推進会議等を通して地域に向け報告も行う。管理者は職員との個人面接を定期的のみならず気がかりな事があれば即時に行っている。		
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	職員は勉強会、研修に参加し実践を積み努力し、管理者と年2回自己評価表を使い面接を行い勤務状況を把握している。その他には休暇希望勤務日を提出すれば休暇が優先できる仕組みになっている。年1回ストレスチェックを実施している。		
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	新人研修はオリエンテーションで11日間のカリキュラムに沿った研修がある。教育委員があり母体施設の職員と一緒に研修がある。他に外部研修で職員が希望する場合内容により研修となる場合がある。又、外部研修は必要に応じて出張となる。本人希望も取り入れられている。		
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	愛知県認知症グループホーム連絡協議会の役員をしており、全体の研修会や勉強会、西三河ブロックの研修会や勉強会に参加しネットワークづくりを通じてサービスの質の向上に取り組んでいる。		

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
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	入居前に事前訪問を行っている。家族、本人と会い、話をよく聴き不安や要望を受け止められるように努めている。又、入居の希望があった場合は見学等を通じて管理者とも交流を図っている。		
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	相談する家族の立場に立って家族の話をしっかり聞いて受け止めながら関係を築くことに努めている。本人と家族、家族同士の中で違いも含め家族の体験や思いを理解し家族自身を受け止める努力をしている。		
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	初期の本人、家族の不安を解消できるよう面談等を通して密に連携をとっている。要望をもとに何が必要なのかを見極め、事業所として対応できるよう努めている。又、必要に応じそれぞれの専門職からの情報も得、可能な限り希望に添えるよう努めている。		
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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	利用者の望む生活や人生をできる限り実現できるよう努めるなかで、本来の個性や力を知り本人から学んだり支え合う関係を大事にしている。		
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	運営推進会議、家族交流会、面会時、お楽しみ会等に生活の様子を報告し喜びや悲しみも共にしながら一緒に本人を支えていく関係を築けるよう努めている。		
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	本人が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に外出・外泊を利用して支援している。		
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	生活の色々な場面の中から利用者間の関係を理解するよう努め、利用者が孤立せず良い関係が出来るよう努めている。		

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
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	家族との関わりを大切に、出来る限りの交流を入居中も心掛けている。継続的な関わりを必要とする利用者や家族には地域包括支援センターや施設相談員等多職種と連携し本人を支えている。		
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	週1回のカンファレンスを通して一人ひとりの思いや意向を把握し、情報を共有しながら支援している。又、家族からも希望や事情を把握し本人の希望にどう寄り添っていけるか検討しながら年間目標を立て介護計画に取り入れ同じ気持ちで取り組んでいる。		
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	入居前の事前訪問や判定会議を通じて利用者、家族より利用者の個々の生活歴やサービスの利用に至った経緯を探り、これまでの暮らし方を把握している。		
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	職員全員が一人ひとりの暮らしの流れに添って本人の状況を統合的に把握し本人のできる力、出来るけどやれていない力を暮らしの中で発見し、情報の伝達共有に努め可能な限り自立に向け支えている。		
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	週1回カンファレンス、毎月モニタリングや見直しを行い、家族とも話し合い介護計画を作成している。また、本人がより良く暮らせるよう何が必要かを考え話し合いその人らしい介護計画を作成している。		
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	カンファレンスにて日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を行い個別記録に記入する。介護計画の見直しに活かし職員間で情報を共有しその人らしい前向きな介護計画を作成し実施している。		
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、その時々ニーズに全体で話し合い支援ができる体制がとれている。		

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
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	民生委員や介護相談員、ボランティア等を活かし心身ともに可能な限り本人がより豊かな暮らしを楽しめるよう努めている。		
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	本人及び家族等の希望を大切に従来からのかかりつけ医と連携を図っている。月2回の往診を受け必要に応じて適切な医療を受けられるよう支援している。法人職員の看護師と連携して24時間体制で緊急時の対応も可能である。		
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	昼間は管理者、母体施設と連携しグループホーム担当の看護職員がいる。夜間は母体施設との連携がとれている。常に相談出来る体制がある。		
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。	入院した時には看護、介護サマリーを作成し情報提供を行う。又、今後の方向性については、入院先のケースワーカーと連携をとりながら退院後の処遇に向け管理者、相談員、家族が話し合っている。		
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	入居時に看取りはしないことを伝え、重要事項説明書に沿ってホームで出来ること出来ないことを説明し同意を得ている。急変になる可能性が高く医療にかかる時間が増した場合、医師を交えて家族と充分話し合い他施設へ移る提案など本人・家族にとってよりよい環境にて最期まで不安にならないよう支援している。		
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	新人研修や教育委員会の中で全ての職員は教育が実践され身につけるよう努力している。心臓マッサージや人工呼吸は人形を活用してスキル向上に努めている。		
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	母体施設との合同防災訓練やグループホーム独自で毎月テーマを決め訓練を行い、防災意識向上に努めている。運営推進会議にて地域の方に災害対策を報告し協力体制について話し合っている。		

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
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	プライバシーの保護、個人情報、接遇等の研修を行っている。職員は利用者に対して年長者への尊厳を常に持ち優しく声かけし丁寧な言葉遣いを意識して対応している。		
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	選択肢の声掛けではなく、自分で決められるよう尋ねる声掛けを行っている。また、表情や反応を観察し受け止めている。常に利用者中心の関りを心掛けている。		
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	日課は基準として設けているが共同生活も大切にしながら個人が趣味等を楽しめる生活が送れるよう希望に添って支援している。		
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	身だしなみやおしゃれが個人別に支援できるよう家族と協力し化粧や衣類等持参してもらいおしゃれをして出かける機会を設けている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者・職員が協同で作成したメニューを基本に栄養バランスを考えながら、栄養士の助言のもとメニューを完成させる。家庭的な季節感のある献立を1週間ごとに作成。週5回地域のフードセンターより新鮮な食材を購入している。利用者と職員が準備や食事、片付けと一緒に楽しみ行っている。		
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	食事メニューは管理栄養士にて献立内容の確認がされ、季節やその日の体調を考慮し食形体を変更している。特に水分は常に心がけおやつにとり入れ工夫している。		
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	毎食後、利用者全員歯磨きを行っている。また、義歯を使用している方は夜間洗浄剤につけている。必要時には歯科受診をすすめている。		

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むけた支援を行っている	排泄日誌を用いて排泄パターンを把握し個々に合わせた支援をしている。毎日排泄チェック表を記入し、パットやリハビリパットを使用している人は介護計画を立案している。		
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	毎朝排便チェックをしている。便秘予防の為飲み物の工夫や水分量は管理栄養士指導にて行われ、出来る範囲で身体を動かす働きかけを行っている。又、場合によっては主治医に相談している。		
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、個々にそった支援をしている	入浴時間は基本的に16時からで、おおよそ週3回程となっているが、希望によっては毎日入浴する人もいる。入浴を拒否する人には、個別に関わり人をかえて声をかけなるべく入浴出来る様に援助している。		
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	本人の自然なリズムで生活ができるよう必要な休息や睡眠を心掛けて支援している。		
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	主治医の往診時には、ユニット責任者と担当看護師が立ち合い服薬の必要性と内服後の症状の変化について観察を密に行い報告し服薬支援をしている。		
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	生活歴を本人、家族から把握し得意なことや好きなことを活かして生活が豊かになるよう介護計画に立案して取り組み平成30年度の目標達成計画に反映している。		
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。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	散歩へ出掛けたり、プランターの花や畑の世話のため戸外に出かけている。普段は行けないような買い物、神社、銀行等へは家族の協力を得たり皆で計画して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	お金を持つ事で安心感が得られる方には、千円程度お渡ししている。自分で買いたいと意欲がある方で支払いが出来る方には自分で支払うよう支援している。		
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	電話や手紙は本人が希望した時に必要な支援をしている。また、プライバシーに配慮しながら個別に支援している。		
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	共同空間は快適に落ちついた雰囲気でも過ごせるよう配慮している。また、季節を表す利用者の作品を飾り生活感や季節感を大切にしている。		
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	共同空間(ホール)でもゆっくり座りながら会話ができるよう環境作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	居室には各自使い慣れた家具、小物等馴染みの物が持ち込まれている。利用者手作りのカレンダー、家族の写真、生花等飾られ居心地の良い居室で過ごせるよう配慮している。		
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	自室が分からない方には、自室が分かりやすいように扉に本人のみ分かるしるしをつけ安心して生活できるよう工夫している。		

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	2373000534		
法人名	医療法人 豊和会		
事業所名	グループホーム メナーージュかずえ (リーブル)		
所在地	愛知県豊田市和会町152-1 (電話)0565-21-6700(代)		
自己評価作成日	平成30年11月21日	評価結果市町村受理日	平成31年 2月28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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2018_022_kani=true&JigyosyoCd=2373000534-00&PrefCd=23&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
所在地	愛知県名古屋市長区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成30年12月14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)】

豊田市第一号のグループホームとして、平成12年4月介護保険導入と同時に開設し13年、14年と増設、現在3ユニットを運営している。開設から18年が経過し、ここでの生活を通して長期入居の方も認知症の進行は緩やかになっている。この1年の平均要介護度はメナーージュ1.5 シェール1.2 リーブル1.4になっている。また、地域との結びつきを大切にし、運営推進会議や地域包括支援センター等との連携を重視し地域と共に歩んできた。日頃の業務においても、認知症の人達が豊かな日々を過ごし、ご自分の人生に前向きな取り組みができる事を念頭においている。又、常にご本人のみならず、支えになれるご家族との信頼関係の構築も大切にし、よりよいケアに向け努力している。

【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)】

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

[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
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	理念を研修でしっかりと覚え理解し、実践に沿った支援が出来る様にホーム内に掲示している。また、毎月2回開催のカンファレンス時に理念を唱和し皆で確認している。		
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	地域のフードセンターから新鮮な食材を購入している。定期的に絵手紙、回想法等のボランティアグループ、各種学生等多様な受け入れをして、利用者と交流を図っている。又認知症の理解をしていただく様出前講義やセミナー、認知症カフェ、徘徊模擬訓練に共に参加している。また、地域の方がいつでも来て頂ける体制をとっている。		
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	地域ケア会議に参加しグループホームで生活されている方が在宅へ戻った時に、地域で支えていくことができるように話し合いを行っている。また、支援に関する知識や実践経験を地域の人々に向け活かして行けるよう相談に応じたり、地域で講演をしたり家族介護交流会を開催している。		
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	2ヶ月毎に開催し、利用者、家族、地域包括支援センター、自治区長、高齢者お助け隊責任者、民生委員等の出席があり、各ユニットの活動報告、防災活動、目標達成計画、活動の様子をまとめた写真等の報告を行い出席者からの意見も出され話し合っている。		
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	毎月第3木曜日に介護相談員の訪問があり情報交換をしている。職員は市主催の研修に参加して運営に反映している。日頃から、介護保険課と情報交換もしている。		
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	毎日振り返りチェック表を利用し利用者に対して不適切な支援をしていないか確認し合っている。また、高齢者虐待防止などの研修に参加してサービス向上委員会等を通じ日常的に意識して身体拘束ゼロの支援に努めている。		
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	法令遵守の研修の中で高齢者虐待防止法について学び毎日振り返りチェックリストを活用し事務所内で虐待が見過ごされないよう注意している。又地域からの情報等にも対応している。		

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
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	管理者と職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度の理解に努め、必要時には活用出来る体制がとれている。常に相談を受け入れる気配りをしている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約書並びに重要事項説明書に権利義務を明記し契約を結んだり、解約をする際は利用者や家族等の不安、疑問点を尋ね十分な説明を行い理解を得る様努力している。		
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	家族の面会時や毎月開催している家族交流会、家族介護交流会、ケアプラン作成時、運営推進会議など家族から意見を聞いている。利用者、家族からの要望は、真摯に受け止めて実践に反映している。		
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	毎朝のミーティング・週1回のカンファレンスで、でた意見を定期的(1回/月)な運営会議、向上委員会にあげ話し合い実践に結び付けている。運営推進会議等を通して地域に向け報告も行う。管理者は職員との個人面接を定期的のみならず気がかりな事があれば即時に行っている。		
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	職員は勉強会、研修に参加し実践を積み努力し、管理者と年2回自己評価表を使い面接を行い勤務状況を把握している。その他には休暇希望勤務日を提出すれば休暇が優先できる仕組みになっている。年1回ストレスチェックを実施している。		
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	新人研修はオリエンテーションで11日間のカリキュラムに沿った研修がある。教育委員があり母体施設の職員と一緒に研修がある。他に外部研修で職員が希望する場合内容により研修となる場合がある。又、外部研修は必要に応じて出張となる。本人希望も取り入れられている。		
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	愛知県認知症グループホーム連絡協議会の役員をしており、全体の研修会や勉強会、西三河ブロックの研修会や勉強会に参加しネットワークづくりを通じてサービスの質の向上に取り組んでいる。		

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
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	入居前に事前訪問を行っている。家族、本人と会い、話をよく聴き不安や要望を受け止められるように努めている。又、入居の希望があった場合は見学等を通じて管理者とも交流を図っている。		
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	相談する家族の立場に立って家族の話をしっかり聞いて受け止めながら関係を築くことに努めている。本人と家族、家族同士の中で違いも含め家族の体験や思いを理解し家族自身を受け止める努力をしている。		
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	初期の本人、家族の不安を解消できるよう面談等を通して密に連携をとっている。要望をもとに何が必要なのかを見極め、事業所として対応できるよう努めている。又、必要に応じそれぞれの専門職からの情報も得、可能な限り希望に添えるよう努めている。		
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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	利用者の望む生活や人生をできる限り実現できるよう努めるなかで、本来の個性や力を知り本人から学んだり支え合う関係を大事にしている。		
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	運営推進会議、家族交流会、面会時、お楽しみ会等に生活の様子を報告し喜びや悲しみも共にしながら一緒に本人を支えていく関係を築けるよう努めている。		
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	本人が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に外出・外泊を利用して支援している。		
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	生活の色々な場面の中から利用者間の関係を理解するよう努め、利用者が孤立せず良い関係が出来るよう努めている。		

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
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	家族との関わりを大切に、出来る限りの交流を入居中も心掛けている。継続的な関わりを必要とする利用者や家族には地域包括支援センターや施設相談員等多職種と連携し本人を支えている。		
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	週1回のカンファレンスを通して一人ひとりの思いや意向を把握し、情報を共有しながら支援している。又、家族からも希望や事情を把握し本人の希望にどう寄り添っていけるか検討しながら年間目標を立て介護計画に取り入れ同じ気持ちで取り組んでいる。		
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	入居前の事前訪問や判定会議を通じて利用者、家族より利用者の個々の生活歴やサービスの利用に至った経緯を探り、これまでの暮らし方を把握している。		
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	職員全員が一人ひとりの暮らしの流れに添って本人の状況を統合的に把握し本人のできる力、出来るけどやれていない力を暮らしの中で発見し、情報の伝達共有に努め可能な限り自立に向け支えている。		
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	週1回カンファレンス、毎月モニタリングや見直しを行い、家族とも話し合い介護計画を作成している。また、本人がより良く暮らせるよう何が必要かを考え話し合いその人らしい介護計画を作成している。		
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	カンファレンスにて日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を行い個別記録に記入する。介護計画の見直しに活かし職員間で情報を共有しその人らしい前向きな介護計画を作成し実施している。		
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、その時々ニーズに全体で話し合い支援ができる体制がとれている。		

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
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	民生委員や介護相談員、ボランティア等を活かし心身ともに可能な限り本人がより豊かな暮らしを楽しめるよう努めている。		
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	本人及び家族等の希望を大切に従来からのかかりつけ医と連携を図っている。月2回の往診を受け必要に応じて適切な医療を受けられるよう支援している。法人職員の看護師と連携して24時間体制で緊急時の対応も可能である。		
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	昼間は管理者、母体施設と連携しグループホーム担当の看護職員がいる。夜間は母体施設との連携がとれている。常に相談出来る体制がある。		
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。	入院した時には看護、介護サマリーを作成し情報提供を行う。又、今後の方向性については、入院先のケースワーカーと連携をとりながら退院後の処遇に向け管理者、相談員、家族が話し合っている。		
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	入居時に看取りはしないことを伝え、重要事項説明書に沿ってホームで出来ること出来ないことを説明し同意を得ている。急変になる可能性が高く医療にかかる時間が増した場合、医師を交えて家族と充分話し合い他施設へ移る提案など本人・家族にとってよりよい環境にて最期まで不安にならないよう支援している。		
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	新人研修や教育委員会の中で全ての職員は教育が実践され身につけるよう努力している。心臓マッサージや人工呼吸は人形を活用してスキル向上に努めている。		
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	母体施設との合同防災訓練やグループホーム独自で毎月テーマを決め訓練を行い、防災意識向上に努めている。運営推進会議にて地域の方に災害対策を報告し協力体制について話し合っている。		

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
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	プライバシーの保護、個人情報、接遇等の研修を行っている。職員は利用者に対して年長者への尊厳を常に持ち優しく声かけし丁寧な言葉遣いを意識して対応している。		
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	選択肢の声掛けではなく、自分で決められるよう尋ねる声掛けを行っている。また、表情や反応を観察し受け止めている。常に利用者中心の関りを心掛けている。		
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	日課は基準として設けているが共同生活も大切にしながら個人が趣味等を楽しめる生活が送れるよう希望に添って支援している。		
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	身だしなみやおしゃれが個人別に支援できるよう家族と協力し化粧や衣類等持参してもらいおしゃれをして出かける機会を設けている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者・職員が協同で作成したメニューを基本に栄養バランスを考えながら、栄養士の助言のもとメニューを完成させる。家庭的な季節感のある献立を1週間ごとに作成。週5回地域のフードセンターより新鮮な食材を購入している。利用者と職員が準備や食事、片付けと一緒に楽しみ行っている。		
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	食事メニューは管理栄養士にて献立内容の確認がされ、季節やその日の体調を考慮し食形体を変更している。特に水分は常に心がけおやつにとり入れ工夫している。		
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	毎食後、利用者全員歯磨きを行っている。また、義歯を使用している方は夜間洗浄剤につけている。必要時には歯科受診をすすめている。		

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むけた支援を行っている	排泄日誌を用いて排泄パターンを把握し個々に合わせた支援をしている。毎日排泄チェック表を記入し、パットやリハビリパッドを使用している人は介護計画を立案している。		
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	毎朝排便チェックをしている。便秘予防の為飲み物の工夫や水分量は管理栄養士指導にて行われ、出来る範囲で身体を動かす働きかけを行っている。又、場合によっては主治医に相談している。		
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、個々にそった支援をしている	入浴時間は基本的に16時からで、おおよそ週3回程となっているが、希望によっては毎日入浴する人もいる。入浴を拒否する人には、個別に関わり人をかえて声をかけなるべく入浴出来る様に援助している。		
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	本人の自然なリズムで生活ができるよう必要な休息や睡眠を心掛けて支援している。		
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	主治医の往診時には、ユニット責任者と担当看護師が立ち合い服薬の必要性と内服後の症状の変化について観察を密に行い報告し服薬支援をしている。		
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	生活歴を本人、家族から把握し得意なことや好きなことを活かして生活が豊かになるよう介護計画に立案して取り組み平成30年度の目標達成計画に反映している。		
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。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	散歩へ出掛けたり、プランターの花や畑の世話のため戸外に出かけている。普段は行けないような買い物、神社、銀行等へは家族の協力を得たり皆で計画して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	お金を持つ事で安心感が得られる方には、千円程度お渡ししている。自分で買いたいと意欲がある方で支払いが出来る方には自分で支払うよう支援している。		
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	電話や手紙は本人が希望した時に必要な支援をしている。また、プライバシーに配慮しながら個別に支援している。		
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	共同空間は快適に落ちついた雰囲気でも過ごせるよう配慮している。また、季節を表す利用者の作品を飾り生活感や季節感を大切にしている。		
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	共同空間(ホール)でもゆっくり座りながら会話ができるよう環境作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	居室には各自使い慣れた家具、小物等馴染みの物が持ち込まれている。利用者手作りのカレンダー、家族の写真、生花等飾られ居心地の良い居室で過ごせるよう配慮している。		
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	自室が分からない方には、自室が分かりやすいように扉に本人のみ分かるしるしをつけ安心して生活できるよう工夫している。		