

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	1072000571		
法人名	株式会社シーアンドエス		
事業所名	グループホームあかぎ		
所在地	群馬県渋川市赤城町勝保沢732-1		
自己評価作成日	令和元年 5月10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 http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/10/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&JigvosyoCd=1072000571-00&ServiceCd=320&Type=search

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	サービス評価センターはあとらんど		
所在地	群馬県高崎市八千代町三丁目9番8号		
訪問調査日	令和元年 5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)】

地域交流については、認知症カフェをOPENし、特に今年度力を入れたいところです。認知症についてより地域の方々に知って頂き、訪問しやすいグループホームになるよう課題解決に励んでいます。また、職員が働きやすい職場環境を作ることを重視しています。職員が、生き活きと楽しく働ける職場は、良い介護が提供できる場所と考え、日ごろから職員の話に耳を傾け、信頼関係を構築し、意見やアイデアを実現させることで、職員のやる気の向上がご入居者へのサービスの質の向上に繋がるよう励んでいます。

【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)】

家庭的な雰囲気の中で希望に応じたサービスを利用者に提供するためには、職員の意識が大きく影響することをふまえ、職員が仕事に対し、意欲がもてるよう働きやすさ・働きがい・楽しさが感じられる環境づくりに着目し、サービスの質の向上をめざしている。利用者や家族が『住みなれたグループホームで最後を迎えたい』という思いを受けとめ、看とり支援をすることも増えている。そこで、関係機関との連携はもちろん、職員間での支援手順の明確化・共通認識の確認のために学習会を重ね、人生の最後を支援させてもらうことの尊さを共有している。

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	運営理念を各ユニットのステーションに掲示しています。また、新入職員にはオリエンテーションで説明を行い、職員全体で共有することで則したサービスを提供できるよう努めています。	各ユニットには事業所の理念を掲げている。家庭的雰囲気の中で、本人のペースで生活するために「家だったらどうするか」を意識して取り組む事に努めている。	
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	近隣の飲食店を外食会で利用したり、運営推進会議でメンバーの方に紹介して頂いた地域行事に参加するなど交流を図っています。昨年末からは、認知症カフェをOPENし、地域の方々との交流の促進を図っています。	建物むかいにあるコンビニへ買い物に出かけ、『認知症カフェ』の掲示に協力してもらっている。近隣の飲食店に外食に出かけたり、夏祭りや慰問を通じ、地域と交流している。『認知症カフェ』の充実をめざしている。	
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	地域密着型サービス連絡協議会の「認知症相談窓口」設置に賛同し、気軽に相談できる環境作りに努めています。また、前項目に記載した通り、認知症カフェをOPENし、認知症の理解や相談窓口として支援出来るよう取り組んでいます。		
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	外部評価や実地指導、グループ内での内部監査の結果報告を行うとともに、日常のサービスに関わる意見を頂いたり、地域の情報を共有することでサービスに繋げることが出来るよう話し合っています。	運営推進会議は年6回開催している。行政担当者・自治会関係者・家族が参加して、認知症について学習会等を重ねている。	
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	運営推進会議には、地域包括支援センターの職員に参加頂いています。また、市担当者へのサービス内容の伝達や空き状況の連絡をやり取りし、日ごろから協力関係を構築しています。	管理者が行政窓口に出向き、事業所の状況を報告し、情報交換を行っている。介護保険の更新手続きの代行や、調査の立ち合いも行っている。	
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	基本的に身体拘束は一切行いません。理念の中でもその旨を謳い職員への理解を図り、研修への参加によりその理解を高めています。玄関の施錠については、夏祭りや認知症カフェの出迎えなど地域交流の場である催し物の際には開錠し開放しています。	出入口は自動ドアで内側からは自由に出られないが、利用者の外出希望時には何時でも職員はつきそい外出できることを知らせ支援している。身体拘束に関する勉強を会議でおこない、家族の思いや対応策を検討し、職員同士で注意しあえるよう努めている。	
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	管理者は、権利擁護推進委員養成研修を修了しており、日常のケアの中で虐待に繋がりがかねない言動や行動について教育・指導するとともに、グループ内で実施している研修へ積極的に参加している。また、定期的な面談により職員の心的ストレスが虐待に繋がることがないように職員の声に耳を傾けるようにしています。		

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
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	前項目にも記載したとおり、管理者は権利擁護推進員養成研修を修了しており、後見人制度を利用しているご入居者への支援や、関連NPO法人との連携を行っている。		
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	基本的には、契約の前に館内見学をしていただくことで、ホームの雰囲気や職員が行っている実際の介護現場を見て頂くようにしています。その上で契約して頂くことにより、見学の際に感じた疑問や不安が解消できるようにしています。		
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	面会や電話連絡の際に意見を伺うようにしています。また、ご入居者やご家族からの要望や意見は、信頼関係や話しやすい関係を構築することが必要と考えながら関わっています。年に1回は施設サービスアンケートを無記名で実施し、そのご意見を反映し、改善できるよう努めています。	家族へは日常の様子をわかりやすく伝え、家族が意見が言いやすいよう努めている。年1回無記名アンケートを実施し、率直な意見を確認している。	
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	基本的には日頃から職員が話しやすい雰囲気を作るようにしています。定期的な会議の中で職員の意見を聞くことはもちろん、自由な発想で意見するよう声掛けしています。また、定期的に個別面談する時間を設け、会議の場では話しにくいことなどを聴取しています。	管理者は職員とのコミュニケーションを大事に悩みや意見が話せる関係づくりと働きやすい環境づくりに努めている。職員と個別面談を行ない個別目標を設定し、年4回評価を行っている。	
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	キャリアアップシステムを採用しており、資格取得への支援として取得に必要な研修参加のための勤務調整等を行っています。資格取得した際には、手当や給与へ反映するとともに、該当資格や職位に即した施設内勉強会の講師をすることによりやりがいのある職場になるよう努めています。		
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	法人内の研修参加はもちろん、職員の経験や能力、希望に合わせて外部への研修参加を支援しています。特に、法人内の新入職員向けファーストステップ研修や中堅職員向けセカンドステップ研修、役職職員向けマネジメント研修など、個々の成長と経験に合わせてトレーニングと研修が出来るので積極的に参加し、有効に活用している。		
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	地域密着型サービス連絡協議会のグループホーム大会への参加や、定期的同グループのグループホーム同士で集まって会議を行うことで、情報共有や現場受入れの相互研修など交流の機会としている。		

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
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	入居される前に、ご家族様や担当ケアマネージャーからご本人の生活歴や既往・現病歴などの基本情報をしっかりと集めることにしています。その上で面談することでご本人のお困り事や入居後の要望などを聴取することで適切なサービスの提案と安心して生活できる環境と関係作りに繋がられるようにしています。		
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	ご本人の生活歴や既往・現病歴などをしっかりと把握した上で、ご家族の「思い」を汲み取れるよう、これまでの経過のお話に耳を傾けることから関わっています。傾聴の姿勢があることを感じて頂いた上で、ご要望や不安を聴取することでご家族様の思いにも寄り添ったサービスの提案が出来るように努め、その関係性の構築につなげています。		
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	「一番お困りの事」を必ずお伺いするようにしています。ご本人とご家族で相違する場合もあるので、ホームとして出来るサービスと出来ないサービスをはっきりとお伝えした上で、サービスを選択できるよういくつかのサービスを提案し、より必要としているサービスに近づけられるように努めています。		
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	職員はご入居者の子であり孫と同等存在であることを職員に日頃から伝えていきます。また、そのように職員に伝えていることを、ご家族にもお伝えすることで、より一体感のあるケアに繋がられるようにしています。		
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	前項目同様であることと共に、ご家族様へは宿泊も可能であることや、ホームをご自宅と思ってご本人様と関わって頂くようお願いしています。そうすることで、たとえ面会中であっても顔なじみのご家族とともに職員がご本人と関わることが出来、共にご本人を支援することにつながっています。		
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	面会の際には、面会の場所や空間に配慮し、ご本人と面会者がゆっくりと過ごせる空間作りに努めています。外泊や外出時には、ご本人の生活の癖や支援の方法などを説明し、安心して外出・外泊が出来るよう支援しています。	居室には使いなれた物を持参してもらうことや、面会や外出は自由であることを伝えていく。盆や暮れには外出や外泊をする利用者もいる。希望で財布や印鑑を持っていたり、飲酒の習慣を継続している利用者もいる。	
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	ご入居者の性格を含め、ご入居者同士の相性を観察し、状況に応じてユニットを変えるなどして孤立したり、過剰なストレスを抱えないよう支援しています。		

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
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	退居の際には、その後もお困り事や悩みがあれば、いつでもお越し頂いて大丈夫であること、何かあればいつでもご相談頂いて大丈夫であることをお伝えしています。		
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	コミュニケーションが可能な方には具体的にお聞きすることもあります。難しい方については、日常生活やケアの中で、それまでの経過や経緯を踏まえた上でご本人の本位が何なのかを考えて支援し、ご家族にお伺いしつつ検討しています。	家族の思いや利用者の日頃の思いを職員は共有し、職員が気づいた利用者の思いの実践は家族へ伝え、支援に反映している。	
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	入居前にご家族や担当ケアマネージャーから情報収集することはもちろん、入居された後はご本人の支援の中でコミュニケーションを通じて情報を収集し把握に努めています。		
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	計画作成担当者は、毎月モニタリングを行い、心身状態や有する能力の把握に努めています。また、記録と職員同士の会話により、ご入居者個々の生活リズムや個性について情報共有しています。		
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	毎月行うカンファレンス(担当者会議)において、ご入居者個々の課題について話し合い、必要に応じてご本人の意向、ご家族の意向を確認してケアプランへの反映を行っています。医療的観点については、医療連携における訪問看護師や主治医からの意見を聴取する場合もあります。	利用者・家族の意向を確認し、毎月モニタリングをおこない、3ヶ月ごとに介護計画を見直し、現状に即した介護計画の作成に努力している。	
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	個別の経過記録に記載するよう職員教育しています。情報共有が必要な支援については、「支援経過」上で追加・変更・開始し、館内ネットワークに掲載することによって迅速な共有に努めています。見直しが必要な物事は、日誌に検討課題をしてコメントし、それに対する意見の記載、カンファレンスでの検討に繋げています。		
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	基本的に行ってはいけな支援はないと考えています。個性やご入居者個々の背景、状況に応じて変化する要望や個別的な支援内容については、ホームや法人の規程にそぐわない限り提供可能と考え、サービス提供できる手段を模索する姿勢を忘れないように心掛けています。		

自己	外部	項目	外部評価		
			自己評価 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	入居前にご本人やご家族が信頼したり、活用していた地域資源は、入居後も継続利用できるよう支援したり、継続して問題ないことをご家族へお声掛けすることで、入居後も楽しみと安全を維持し、豊かな生活が出来るよう配慮しています。		
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	かかりつけ医については、ご家族、ご本人の希望に応じて対応しています。それまでの医療機関を継続したい場合には必要な支援を講じることによって継続受診できるようにしています。また、入居までの生活で医療を拒否されていたことによって不調や不具合があった方には、適切な医療が受けられるよう調整と支援を行っています。	受診について入居契約時に説明している。協力医の週に1回又は月に1回の往診がある。必要に応じて訪問歯科を利用できる。専門医受診は家族と協力して行っている。	
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	医療連携で1回/週で訪問看護師が来訪するため、情報の共有と相談を随時行っています。訪問看護師の助言や判断に応じて、緊急受診に繋げたり、主治医へ電話相談し、医療的対応に繋げることもあります。		
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。	定期的に地域連携室や病院のソーシャルワーカーを訪問して、関係作りをしています。訪問の際の些細な会話や情報共有が、入院時や緊急対応の際に役立つこともあり、相協力できる関係性を日頃から大切にしています。		
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	入居相談や館内見学の際に、当ホームにおける医療と重度化した場合の看取りの体制、指針について説明しています。契約時には文書を以て説明することで、万が一の際の対応が迅速かつご本人やご家族の方針に即したものとなるよう、協力と理解を図っています。また、「支援経過」等を通じて職員への周知と理解に努めています。	利用者・家族の思いを受けとめ看とり支援も実施している。協力医とは24時間連携し、職員も手順を明確にし、共通認識をもって支援できるよう勉強会を重ねている。	
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	マニュアルの整備と研修や勉強会によって実践力が身に付けられるよう努めています。特に、普通救命講習については積極的に受講し、緊急時の初期対応、応急処置に繋がれるよう取り組んでいます。		
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	消防署立ち合いにて2回/年、他に自主訓練を2回/年にて行っています。火災発生状況はもちろん、地震・土砂災害等についても想定した訓練とすることで、有事の際の避難と対応に繋がっています。同敷地内の本社はもちろん、目の前のセブンイレブンとも防災協力関係を築いています。	直近1年で、昼夜で3回の火災訓練を行っており、1回は消防署の指導を受けている。3階建ての建物のため、避難方法を指導してもらっている。備蓄は、水・レトルト食品・缶づめ・衛生用品を、1週間分用意している。	消防署の助言を念頭に、スムーズな避難ができるよう自主訓練の回数を増やしてはいかがか。

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	人として当たり前の、且つ人生の先輩として尊重した対応を心掛けています。会話する際の目線の高さや言葉遣いはもちろん、ご入居者の個性を踏まえて誇りやプライバシーを損ねない個別的な対応が出来るよう努めています。	呼称は「〇〇さん」を基本とし、言葉づかいは職員同士で注意しあい、利用者の尊厳を大事にしている。部屋の掃除・身支度・化粧・お金の扱いなど、個人の意思を尊重する支援に心がけている。	
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	サービス内容はご入居者の選択によって提供するよう配慮しています。職員は誘導した答えや行動、活動ではなく、ご入居者やご家族が発した希望や思いをかなえることが出来るサービス提供を目指しています。		
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	基本的な食事や入浴の時間は決まっていますが、その時々気分や状況によって、事故発生等のリスクにならない範囲の中でご本人のペースを尊重しています。食事であれば食べたくなるまでお取り置きし、入浴であれば翌日へ繰り越すなど、希望にそって支援しています。		
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	入居する際に、ご家族へお願いすることのひとつとして、新し衣類や生活必需品を用意するのではなく、これまでご本人が着ていたものや使っていたものをそのままお持ち頂くようお話ししています。入居後も装飾含め、ご本人の好みを伺いながら支援しています。		
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	野菜を切ったり、箸やランチョンマットの準備、配茶や食後の片付けなど、ご入居者が役割を持ち、職員と一緒に生活していることを感じて頂けるよう、出来ることをして頂いています。	野菜の下ごしらえやおやつレクは、利用者にも参加してもらっている。検食者は1人。外出に出かける事もある。部屋にペットボトルを置いたり、夕食後におつまみと酒を楽しんでいる人もいる。	
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	1日の摂取カロリーは1,500~1,600キロカロリーとなるよう、また栄養バランスも高齢の方に適するよう栄養士が作成した献立に基づいて食事提供しています。医療的に糖質や塩分の制限が必要な方についても、グループホームで出来る制限食として工夫して提供します。		
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	毎週、歯科往診医によって口腔指導していただくとともに、毎食後に個別に応じた口腔ケアを行うことによって、口腔内環境を衛生的に保つことが出来るよう努めています。		

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
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	ご本人の状態や排泄状況に合わせて、排泄支援を行っています。本人希望の形で排泄ができるようにし、失敗した場合には自尊心に配慮しながら更衣やその都度の清掃などを支援をすることで、自立に向けた支援を行っています。	入居後の排泄状況を定時に支援しながら、経過観察・チェックし、その人に対応した個別支援をしている。昼夜で排泄用品を変える利用者もいる。陰部洗浄・清拭・シャワー等は適時支援している。	
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	食事や水分の摂取量、排泄状況を記録に残し把握しています。寝たきりにしない介護や体操によって便秘解消を促すとともに、どうしても排便に繋がらない場合には主治医へ相談し、頓用薬などの調整をしています。		
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	基本的な入浴の時間は決まっていますが、入浴日が固定されているわけではなく、拒否があったり、状況に応じて翌日へ繰り越すなど、その時々のお気持ちや都合に合わせて支援しています。	1日2～3名、午後3時45分～5時を目安に、入浴支援をしている。希望者は、毎日でも入浴している。ほとんど見守りで入浴している利用者もいる。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々のお状況に応じて、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	睡眠と覚醒のサイクルは、認知症の進行状況や、BPSD症状の夜間不眠によって、ご入居者個々、また日毎時間毎に変化しています。その状況と、ご本人の希望に応じて、安息の時間を設けることが出来るよう支援しています。		
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	薬の内容は「支援経過」に掲載するとともに、カルテへ薬情を載せることで作用だけでなく副作用についても、職員が共通理解できるように努めています。注意が必要な副作用がある場合には、状態観察を行うことを職員へ周知の上、内服支援しています。		
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	食器洗い、洗濯物干し、掃除などの家事援助はもちろん、編み物や生け花など、好みの活動は時間を決めずいつでも行えるよう支援しています。		
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	個々の好みや希望の場所への外出は、ご家族の協力も仰ぎながら支援しています。外食会や外出行事の行き先は、ご入居者の食べたいものや行きたい場所の希望を伺いながら選定し、企画しています。	日常的に散歩の時間を設け、声かけして戸外に出かけている。毎月レクリエーションを企画し、花を見に出かけたり、ピクニックなど外出している。3ヶ月に1度は地域の飲食店へ外食に出かける。	

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	お買い物や外食会での支払いをお願いすることで、食べたり利用したものの支払いが必要なことの理解や社会活動への参加の一つとして支援しています。基本的に金銭の管理に関わる支援は行っていませんが、お金を持つことによって精神的な安定につながる方については、後見人やご家族と相談しながら財布を持つことが出来るようにしています。		
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	ご本人自らが電話をしたいと希望される方はいらっしゃいませんが、年賀状や手紙などの郵便物のお届けなど行い、ご本人からの発送の希望があれば対応します。		
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	共用の場である食堂と居間は、大きな窓があり開放的な空間です。また、玄関をはじめ共用空間には職員とご入居者が一緒に作成した季節の装飾を飾っており、季節感とともに、温かい雰囲気を感じて頂けるように心掛けています。	館内は明るく清潔である。季節の花を取り寄せたり庭の花を飾っている。家族が持参した花も飾られている。	
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	居間にはソファがあり、気の合うご入居者同士で、思い思いの時間を過ごしています。また、職員が普段いる食堂や居間などの共用部から死角となる廊下の途中にはベンチのある談話コーナーを設けており、ご入居者が居室に行かなくても独りになれる居場所を作っています。		
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	居室はご入居者のプライベート空間であり、火器や危険物以外の使い慣れたものをお持ち込みすることに制限はありません。家具や家族の写真など、ご本人が落ち着く空間となるようご家族にもお声掛けています。	各居室は、エアコン・ベット・衣装ケース・かざり棚・洗面所・トイレが設置されている。テレビやイスなどの家具の他、趣味の本や、飲み物など自由に用意されている居室が多い。	
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	廊下やトイレ、共有の食堂や居間の壁沿いにはすべて手すりが設置されており、脱衣室には滑り止めの床材を使用しています。テーブルは高さ調節機能が付いており、ご入居者の体型に合わせて調節できるようになっています。ご入居者の個性に応じて、安全を確保しつつ自立した生活が送れるよう工夫しています。		