

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	2193200041		
法人名	社会福祉法人 新生会		
事業所名	グループホーム もやいの家瑞穂		
所在地	岐阜県瑞穂市本田2050番地1		
自己評価作成日	平成28年1月28日	評価結果市町村受理日	平成28年3月29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.kaigokensaku.jp/21/index.php?action=kouhyou_detail_2015_022_kani=true&JigyosyoCd=2193200041-00&PrefCd=21&VersionCd=022
----------	---

【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 ぎふ福祉サービス利用者センター ぴーすけっと
所在地	岐阜県各務原市三井北町3丁目7番地 尾関ビル
訪問調査日	平成28年2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)】

2ユニットの間仕切りを最小限にする事で、利用者が選択できる小さなリビング等の環境を複数設けている。天井高も工夫し日本家屋にならった1, 8mと低い部分を設える事で家庭的な雰囲気を出し1つの空間が集団的な支援になる事を防いでいる。窓からは、田園風景、山並みが伺え自然の絵画のような景色を眺めながら季節を感じる事が出来る。生活を楽しむための支援として、個別の生活リハ実施、1F利用者と共にレクリエーションへの参加、また、市内の4つの会場に於いて健康教室を実施、地元の保育園・中学生、地域住民との交流、社会資源の活用を実施しながら、社会参加と地域に根ざしたGHを目指し取り組んでいる。

【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)】

利用者が、所内の好きなところで、思い思いにくつろぎ、要所には、可動式の椅子やソファを配置している。食卓台は、利用者の座高に合わせて調節ができ、さらにクッションや座布団で、座りやすいように工夫をしている。職員は、利用者の自立を支え、散歩や生活リハビリで筋力を維持し、互いの気持ちの通い合い、自分らしく暮らせるように支援をしている。地域には、福祉の発信地として、健康教室の開催や認知症研修を行い、住民の福祉意識が高まるよう取り組み、地域に根差した事業運営を実践している。

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 ↓該当する項目に○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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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広がったり深まり、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している (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票

[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	入社時の研修で体験実習、障害体験、また、スキルアップ研修を通じ、理念を学び、相手の立場に立った介護をスタッフ全員が意識して実践している。毎月、施設長、管理者を交えた部門会議や職員会議で全職員と理念を共有するよう努めている。	理念は、職員会議や様々な機会の中で、共有をしている。支援目標は、介護10ヶ条の中で明確にし、実践につなげている。常に、利用者の立場の立ち、地域の中で、生き生きと暮らせるように支援をしている。	
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	地域への買い物、散歩、喫茶店利用や町内の季節ごとのお祭りにも参加させてもらっている。その他、自治会長に了承のもと、地域へ通信を回覧している。本年より市内4つの会場で毎月、健康教室(1次予防)を開催。	地元の祭りや行事に参加をしている。地域へはホーム通信を回覧し、健康教室や能トレ教室の開催を案内している。地元のボランティア団体とは、日常的に交流し、近隣の人々も気楽に訪れている。	地域住民や若い世代に、認知症の理解と協力が得られるよう、啓発活動のさらなる推進に期待をしたい。
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	瑞穂市の委託を受け市内4つの会場に於いて、健康教室「認知症講座」を開催。また、忘れん脳教室(認知症予防)を年間2クール開催。地域、高校生ボランティア、研修生、中学生職場体験を受け入れながら理解を働きかけている。		
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	家族代表、行政、自治会長、福祉施設等を運営推進委員とし、利用者の生活状況、変化を報告しながら、意見交換をしている。委員である近隣福祉施設職員と協力し、手作り菓子の販売も月2回継続して行っている。	会議は、隔月に行っている。利用者の現状を報告し、それぞれの立場から課題を提起している。防災訓練を運営推進会議と兼ねて行う提案があり、地域と連携して、防災認識が深まるよう意見等を運営に反映させている。	
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	地域包括支援センター、広域連合職員とは運営推進会議にて利用者の状況報告をしている。また、利用者の声を聞き、介護サービスの質の向上を目指し、平成24年4月より介護相談員が1/M来所。随時、地域支援事業を通して連携もしている。	市から委託を受けて、健康教室や地域支援事業を行っている。認知症サポーター養成講座の協働や市主催の地域ネットワーク会議へ出席をしている。市の介護相談員が毎月訪れ、協力関係を築いている。	
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	日中は、玄関、テラス、裏口施錠せず、出入りは自由に出入りできる環境である。利用者は自身で選んだ環境へ自由に行ってもらい、日々の生活を過ごしてもらっている。	職員は、身体拘束の弊害を正しく理解し、拘束をしないケアに取り組んでいる。日々の支援場面でも、職員間で確認をし合っている。利用者自ら、エレベーターを操作し、屋外への出入は、抑制しないように対応をしている。	
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	会議、ミーティングで虐待防止について学び、背景にある原因・対応を考え、困難ケースには他職種によるカンファレンスを実施、日々の実践につなげている。		

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	認知症実践者研修、認知症リーダー研修等の修了者より、制度についてミーティングにて共有。利用者やその家族、また、外部からの相談に対応できるよう努めている。		
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	見学、事前訪問、契約と十分に時間をとり、家族の不安、疑問に答え、契約内容を説明。書類は一度自宅へ持ち帰り、内容を確認後押印、署名をしていただいている。再度入居時に、要望、不明な点を説明できるよう配慮している。		
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	重要事項説明書の相談窓口、第3者評価の説明を契約時に行い、玄関に意見箱の設置をしている。普段の家族面会時にどのスタッフも気軽に声を掛け、思いや意見を聴けるような雰囲気づくりに努めている。利用者においては、日ごろの会話や生活の中で、思いを聴く様に努めている。	家族の希望は、食事や外出など、日常的なことが多い。内容によっては、その日の内に善処をしている。家族の面会時には、職員から問いかけ、意見や要望を確認し、運営やサービスの改善に反映させている。	
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	管理者、リーダー職員は、ミーティング、面接、日常の支援の場面で職員の意見や提案を聞くようにしている。日々の朝礼や申し送りを活用して職員同士意見交換し、利用者の立場で物事を考え、チームで合意し実践しながら、運営に反映させている。	管理者は、職員に対し、意見や提案が出しやすい環境づくりに努めている。日常の場面や職員会議、個人面談などの機会があり、出された意見は、運営や利用者の暮らしに反映させている。	
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	定期面接の実施、年度末自己分析を行い、人事や勤務条件、日頃の思いや考えている事を個別で聞く時間をつくり、個々の職員の希望が伝えられ反映できるよう働きやすい環境づくりに努めている。		
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	スキルアップ研修(新人・中堅・リーダー)、他部署・他施設研修、法人内外研修、専門委員会参加の機会を設け、資格取得やスキルアップに努めている。職員の強みが活かされ、やりがいに繋がっている。		
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	瑞穂市にある地域密着型施設が参加する、ネットワーク会議を2ヶ月に1回開催。ネットワーク作りを行っている。他施設の研修、見学の受け入れを行ったり、他事業所職員との合同研修、グループワークによる意見交換をしている。法人内グループホーム部会では、月1回運営やリスク、ケアの悩みを情報共有し、サービスの質・向上を目指している。		

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	事前訪問による本人の強み調査、嗜好調査により本人、家族より聞き取りを行い、GHでも現在までしていた生活リズムを変えないように努めている		
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	入所相談時に心身状況、入居に至る経過の情報収集をおこない、入所に至った背景を十分理解することで家族の思いに共感している。契約時に理念やGHでの生活の説明をした上で、家族のニーズを聞き、不安を軽減できるよう一緒に支えるスタンスで関わっている。		
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	近くの同法人特養生活相談員、一般デイ生活相談員、小規模多機能相談員、住宅型有料老人ホーム相談員等と連携を取りながら、相談や本人にあったサービス調整に努めている。		
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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	洗濯たたみ、食事の準備、食器洗い、食器拭き等本人が現在まで活かしてきた能力を発揮できる機会を働きかけ、生活リハを実施。地域交流スペースやデイサービス利用者、地域住民との交流をしながら、メリハリのある生活を送れるよう努めている。		
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	面会時、外出時等、家族が来所されるときには、近況を報告し、健康状態を含めた生活の様子を伝え、情報交換している。また、家族交流会を開催し家族同士の関係構築も行っている。居室整理や必要物品の購入等も家族と相談し共に行なっている。		
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	利用者一人ひとりの価値・こだわり、入居に至るまでの生活や地域を理解できるよう、本人・家族との関わりを密に図り、情報収取に努めている。	知人や家族の訪問が多く、馴染みの関係を継続している。併設サービス利用の知人から花が届いたり、合同のレクリエーションや絵手紙づくりで交流をしている。入居してからも、新たな関係が広がっている。	
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	複数の利用者が関わる時に、利用者同士の関係を観察し、人的環境に配慮している。また、生活リハ(食器拭きや洗濯たたみ等)やアクティビティを通して、利用者同士が声を掛け合い、関係構築できるように努めている。		

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
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	契約終了者は今年度は5名(法人内の事業所へ移室・入院)である。必要に応じて相談・支援に努めている。事業所内移室の利用者の様子伺いや情報の共有に努めている。		
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	本人の気分、行いたい活動に応じ居場所が選択できるよう配慮している。また、外気浴や散歩等屋外へも自由に行けるように配慮している。食事や家事等の生活リハ時には本人の思いを理解し、強みを支援し、また、できなくなったことをさりげなくカバーし、プライドを傷つけない介助をしている。	利用者の希望や意向は、日常生活の中で把握をしている。服選びや着替えのときは、その人のこだわりを優先している。意思表示の困難な人は、家族に協力してもらい、その人らしい暮らし方につなげている。	
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	初回面接時や強み調査票にて他サービス利用状況、生活習慣を把握し、個別の支援を提供している。また、ケアマネジャーや以前利用していた事業所からの情報収集に努めている。面会時等で、家族より話を聞くなど情報収集継続に努めている。		
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	生活歴、家族背景を把握し、ニーズに即したケアプランの作成に努めている。ケースカンファレンス時に評価をし、その人の生活の質の向上に向け取り組んでいる。日々記録を残し、出勤時は必ず確認・把握した上で現場に入るよう統一している。		
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	本人・家族の意向をもとに、他職種が連携、協働し、多面的に課題をとらえ、介護計画に反映させている。また、定期的な見直しの他、必要に応じ随時見直しをしている。	介護計画は、本人・家族の希望と、職員の意見や提案、専門職の意向を盛り込んでいる。利用者の自立支援を基本に、モニタリングで経過と課題を検証し、よりよい暮らしが継続できるように作成をしている。	
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	介護ソフト「ちょうじゅ」へのパソコン、Ipadから記録入力し管理している。職員はパソコンから随時、情報共有できる状態であり、情報をもとに、ケアの提供、介護計画の見直しに努めている。		
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、その時々にも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	日々の楽しみや、趣味活動の継続のための支援として1F利用者と共にレクリエーション参加、また、2Fへ1F利用者が訪問する等、併設している環境を有効に活用。買い物や、通院にも外出同行介助を行い、ニーズに対応している。		

岐阜県 グループホームもやいの家 瑞穂

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	ボランティアによるオカリナ、ハーモニカ、手芸、フラワーアレンジメント等は生活の楽しみにつながっている。運営推進委員、地域住民参加による防災訓練も実施している。(今年度は消防署員による災害時の搬送方法の実践指導を受講)		
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	入居時、本人、家族に主治医の選択をしてもらっている。定期での往診の他に、協力医療機関での診察も可能にしている。又家族の付き添い困難な受診の場合には、付き添うなど最善策をとり、緊急時や夜間も対応できる体制をとっている。	個々に、かかりつけ医を継続している。協力医による定期の往診と訪問看護の体制がある。受診は、家族対応とし、治療内容や投薬などの医療情報は、関係者で共有をし、急変時にも連携を密にしている。	
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	訪問看護と契約し、定期的な訪問での体調管理、随時の相談、夜間緊急体制を整えている。施設内の看護師とも随時、相談、連携している。		
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、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	利用者入院の際には、現在の健康状態、基礎疾患、服薬状況等情報を提供し、医療機関との情報交換、相談に努めている。入院期間中は定期的に家族、医療機関に連絡し、現在の状況、退院の目途について情報収集している。退院後もスムーズにグループホームでの生活に移行できるように連携している。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居時、事前指定書にて終末期の支え方、意向を確認、状態に合せてのケアの提供に合意をもらっている。必要時にはカンファレンスを行い、本人・家族と方向性を確認し合い情報交換している。また重度化・看取り指針の同意を得て、その方らしい終末をチームで支援している。	本人の状態や終末期が近づいた際は、主治医と家族が方針を話し合っている。契約時に、事前指定書を交わし、訪問看護での医療行為までを、ホームでの暮らしの限界とし、看取りは、家族の意向を尊重して取り組んでいる。	
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	急変時には、訪問看護、主治医と連携し対応している。緊急対応時に備え、連絡先、救急搬送先病院を記入してもらっている。また、緊急時の対応について研修に取り組んでいる。		
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	防災マニュアル、消防計画を作成、地震・火災などを想定した誘導・通報訓練を実施。自動通報装置を設置。連絡体制として緊急連絡網を作成している。市の地域ネットワーク会議を開催。市内のGHで防災協定をH27年11月に結ぶ。また、地域の自治会長を通して関係作りを進めている。	防災訓練は、火災や地震、夜間を想定して実施をしている。前回の取り組みの成果として、年に一回は、運営推進会議と同時に行い、地域と協力が得られる体制が構築された。防災マニュアルや消防計画も整え、災害時の福祉避難所として、地域に発信している。	

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	理念を基に利用者主体のサービス、個を尊重する言葉掛け、対応をしている。出来ないことはさりげなくサポートし、良い面を引き出す援助に心掛けている。ケースファイル等個人情報の保管や表札、写真の掲載は同意を得て行うなど取り扱いに留意している。	言葉かけは、利用者の聴力や自尊心に留意し、穏やかに語りかけている。本人の自己決定を尊重し、達成感を満たすように支えている。職員間の会話や伝達事項は、他者のプライベートな話題をしないように配慮をしている。	
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	その日の服装、行事やレクレーションへの参加など提案し、選択肢を広げ、利用者と共に考え決定している。買い物等本人の決定したことが出来る限り実現できるよう支援している。		
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、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	利用者の心理の理解に努め、常に利用者の立場になり考え、ペースに合わせた援助を提供している。個別のその日の状態に合わせ起床、食事を遅らせたり、入浴、休養時間の希望、生活リズムに配慮し、ニーズを取り入れている。		
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	家族と協力し、その方らしい服装やお洒落を支援している。定期訪問の理美容を利用、楽しみの一つになっている。行事に合わせた服装、色のコーディネート、小物を事前に利用者と相談しながら支援している。		
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	基本的にサンビレッジフーズによる配食を利用しているが、日々の利用者とのコミュニケーションを通して、好きなもの・食べたいもの等、ニーズを抽出し企画している。また、盛り付け、配膳、片付け等役割を担い行っている。おやつ作りをするなど、作って楽しむ支援もしている。	献立は、利用者の好みと、嚥下能力に配慮をした食事を提供している。食卓には、仲良し同士で座り、ゆっくりと楽しい食事ができている。盛り付けや片づけ、食器洗いなどは、それぞれが自発的に担っている。	
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	嚥下、咀嚼状態に応じ食材の大きさや調理法を工夫、代替え、トロミ、ムース食、高カロリー食品の提供をしている。栄養士による献立作成を行い、栄養バランスや嗜好に配慮している。食事量、水分量は介護ソフト「ちょうじゅ」に入力し管理している。		
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	個々のアセスメントを実施し、必要に応じ、声掛け、見守り、介助をしている。口腔内の観察も随時行い変化がある場合は、家族、訪問歯科、言語聴覚士に相談し対応している。		

岐阜県 グループホームもやいの家 瑞穂

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	排泄チェック表に記入、排泄間隔把握と一連の排泄行為のアセスメントを行い、援助の必要な部分をサポート。夜間は睡眠状況に配慮しつつ、個別の対応を行う。失禁時は、必要な備品を手早く準備し、本人の負担感が少なくなるよう実施。	利用者一人ひとりの排泄リズムと心身状態に合わせ、自立を支える介助を行っている。さりげない声かけで、排泄の改善につなげている。夜間は、安心して眠れるように、個別の状態に応じて支援をしている。	
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	起床後、毎朝食前のお茶等の提供で水分量の確保をしたり、朝食時、牛乳、ヨーグルトの提供、個別では食物繊維オクノス、漢方を服用。生活リズムを整えるよう配慮し、散歩、体操レクリエーションで体を動かす機会をつくっている。		
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	入浴チェック表を確認、利用者の気分や思いを聞き入れながら、入浴時間、湯温、に配慮している。1人～2人ずつの入浴のため、他者を気にせず、ゆったり入浴してもらっている。羞恥心を伴うため、本人の能力をアセスメントし、極力介入は控え必要に応じさりげなくサポートしている。	入浴は、心身の状態に合わせ、利用者ができる事は見守りとし、介助が必要な部分をさりげなく対応している。浴槽は、2人が入れる広さと、重度者用のリフトを備えている。入浴の不安や戸惑いがある利用者には、本人の思いを理解しながら原因を探り、安全で安心な入浴の実施につなげている。	
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	日中の家事作業や1F利用者との交流や散歩等の活動を充実することで生活にメリハリをつけ、安眠に繋がるようにしている。身体状況やニーズにより居室で休養したり、サロンのソファ、リクライニングソファ等で休息する時間を設けている。		
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	ケースファイルに薬剤情報綴り、いつでも見られるようにしている。服用の中止、処方追加は介護ソフト「ちょうじゅ」に入力し、職員間の共有に努めている。また、会議や生活の中等で看護師からの説明を受けて学んでいる。		
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	生活歴を理解し、役割を依頼しながら、負担なく継続できることを「強み」と捉え、援助している。畑仕事、家事作業、手芸、生花、歌おう会、読経、談話会等多様のメニューで、楽しみとゆとりのある暮らしが送れるよう心掛けている。		
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	他者との交流が自由に出来、生活の幅が広げられるよう積極的に外出の機会を作っている。1Fデイサービスの利用、スーパーへの買い物、季節ごとのドライブに出かけている。また家族と連携しながら、自宅に帰る、家族とのドライブ、外食、買い物等外出を支援している。	ホームの敷地内で外気浴をしたり、地藏様参りや近隣の散歩は日課になっている。買い物や外食、帰宅などは、家族と協力しながら支援をしている。季節ごとのドライブで、普段行けない所へ出かけている。	

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	管理能力をアセスメント、本人、家族の要望を聞き、相談しながら買い物、使い道等の支援も行っている。預かりの利用者は、外出時に自分でお金を持ってもらい支払等の対応をしている。		
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	絵手紙やはがきを書き、家族や友人とのやり取りを楽しみにしている。電話は中央キッチンにあり、利用者也希望に応じて使用している。家族からの電話を楽しみにしている人もいる。自分でかけられない利用者に対しては、電話をかける援助をしている。		
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	鉄骨造りではあるが、全体的に木目調の落ち着いた造りになっている。各居室、小さなリビング、サロンが複数あり陽ざしを取り込み、外の景観が見渡せるようになっている。また、天井高にも工夫をし、1.8mと低い部分も設える事で、集团的なケアや支援にならない様配慮している。四季が感じられる花、絵画、置物など家庭的な環境作りに留意している。	共用の間からは、山並みの遠景が見渡せる。ユニットの中央に台所があり、利用者の様子が、双方向に把握ができ、寛げる量の間がある。セミプライベートスペースを活かし、ソファやテーブルなどを設置し、音楽鑑賞や読書などができる場所も確保している。四季を感じる装飾品で、家庭的な空間になっている。	
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	皆が主にくつろぐリビングの他、サロンもあり、利用者が居室、リビング、サロンの空間を相性、活動、気分に応じて自由に使い分けが出来るよう配慮している。家族の面会時には居室、サロンでゆっくり話が出来よう誘導している。		
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	入居時に家族に協力を得て、自室と認識しやすいような空間づくりを依頼している。これまで使用していた馴染みの家具(タンスや茶箆、仏壇、ドレッサー等)や小物、写真などを持ち込み、安心して生活空間が作れるよう取り組んでいる。	居室の入り口は、引き戸式で、暖簾をかかげ、プライバシーに配慮をしている。馴染みのものは、持ち込んでもらい、利用者が自分の部屋として認識を持てるようにしている。位牌や写真などを飾り、安心して落ち着ける居室づくりに工夫をしている。	
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	利用者が持つ力が活かされるよう、作業療法士と連携し、本人に合った自助具、歩行器を選定、活用し安全に配慮している。職員、利用者同士の働きかけにより、生活リハビリを継続しながら身体機能の向上、維持に努めている。		