

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	1291000055		
法人名	株式会社ケアサービス・まきの実		
事業所名	グループホーム広瀬ガーデン		
所在地	〒294-0008 千葉県館山市広瀬368-1		
自己評価作成日	平成27年3月8日	評価結果市町村受理日	平成27年5月20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/12/index.php
----------	---

【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 ACOBA
所在地	千葉県我孫子市本町3-7-10
訪問調査日	平成27年3月19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)】

事業所の目標にも掲げているように、チーム全体で実施、評価、改善を継続して行っていく事を基本に、認知症の方の笑顔をより多く引き出せる関わりをしています。各ユニットで意見交換シートなどを使いながら、よく話し合い、自身の意見を述べる機会を持ちながら、根拠に基づいたケアが出来ていると思います。介護度も4と高くなっている現状ですが、居心地の良い環境の中で入居者と職員の笑い声も絶えません。ターミナルケアを経験しながら、認知症でありながら生きる事、歳を重ねる喪失感、と言った精神面へのサポート力、体調や精神的な変化への気づきの目を養ってきた職員が多く在籍していると感じています。キャリア段位制度の導入を行っており、現場で使える知識と技術の向上や職員の意識向上を目指しています。食事面でもできるだけ経口摂取が出来る様に、調理の工夫を行いながらおいしいミキサー食の提供をしています。また、季節の行事や行事食の提供、季節の花を飾る、畑に野菜を育てるなど、介護度が高くなり、外出の頻度が減ってきている方にも季節の移り変わりや景色が楽しめるように工夫をしています。

【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)】

入居者の平均介護度が4と高くなり以前のように散歩や外出等が楽しめる方は少なくなっている。その為職員は一人ひとりに寄り添って、その人らしく穏やかな毎日が送れるように様々な取り組みを行っている。本年度の目標は「季節食材を取り入れたおいしい食事の提供」「チームケアの実践」であり、各職員が役割と責任を明確にして、家族との連携を大切にしながら質の高いケアを提供している。導入時には途惑いのあったグループ統一の情報管理システムもすっきり介護現場に定着し、日々の入居者の身体状況をデータで確認しながら適切なケアに繋げており、今ではなくてはならないシステムとなっている。医師・看護師ともネットワークで結ばれ、24時間医療面での対応も充実している。

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、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	まきの実の理念に基づき、事業所として目指すもの・スタッフ自身の目標を明確にし、地域密着型としてのグループホームのあり方をミーティングや定期に振り返る機会を設けている。理念やホームの目標など常に念頭に置ける様に掲示している。	毎年ホーム目標を明確にして職員に分かり易く示し、理念実践に繋げている。本年度目標は①季節食材を取り入れたおいしい食事②チームケアの実践③役割と責任の明確化であり、明確な目標の下に質の高いケアを提供している。	
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	散歩・回覧板・地域の店での買い物・地域行事への参加を実施している。地域の方よりお花を頂いたり、年始のご挨拶など日常的なお付き合いをしている。	地域の高齢化も進み、祭りやカラオケ大会などの行事も開催されなくなってきたが、ホームはすっかり地域に馴染み、地域の一員として日常のお付き合いをしている。災害時に発電機提供の申し出でも受けている。	
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	運営推進会議等でも地域の高齢化について情報共有を行い、区長、民生員の困っている事共有し、意見を交換する事が出来ている。		
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	運営推進会議の場で、利用者様の状況、ホームの運営状況に関して報告を行い、ホームの状況について理解を頂き、地域の方や包括の方から家族との関わり方や災害時の協力体制について助言をもらっている。	地域との連携、情報発信、ホームへの理解、家族へのアプローチ、等を目的に2か月に一度定期開催している。地区長、民生委員、高齢者支援課、地域包括、家族代表の参加を得て運営は軌道に乗っている。	
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	運営推進会議に出席をして頂いており、特に災害時、緊急時の対応を相談。河川の氾濫に関しても相談と水防法の説明や地域の特性などの説明を受けている。	高齢者支援課及び地域包括支援センター職員には、運営推進会議に毎回参加頂き理解を深めている。災害時の地域特性を踏まえた対処方法や都度参考になる情報も提供頂いている。	
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	身体拘束等行なわない、介護を皆で検討している。安全が確保出来ない場合のみ家族からの同意書を頂き対応している。玄関は夜間のみ施錠している。	職員は法人の研修に参加し、またホーム内で伝達研修をする等により、身体拘束しないケアについて理解を深めている。安全確保の為、家族の同意を得てベッド柵を使用したことがあったが、現在は対象者はいない。	
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	虐待防止につてミーティング等にて研修、情報共有の場を設けている。また、アザ・切り傷などのアクシデントに関しても原因をきちんと探り、対応を検討。全体ミーティングの場にて報告している。		

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	ホーム内にも後見人をつけている利用者様が2名おり、書類の作成等の手続きに関して協力をしている。その際に、どのような制度であるのか等を説明したり、会社として研修の場を設けている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約に関しては十分な時間を設け説明と理解を得られるようにしている。介護保険改正・契約内容変更などの際には、同意書を取り直すなど、説明と理解を十分にしているような対応を会社としても行なっている。		
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	家族会・面会・電話連絡にて様子を伝えると共にご家族の意向を確認、日々のケアや業務体制に反映している。また、家族ミーティング等も設けホームの現状等を利用者家族からの直接の質問を受ける機会を設けている。苦情の窓口も設けており入居時に説明している。	毎週面会に来る家族もいるが、家族が遠隔地で入居者の認知度進行により来訪の少ない家族も増えている。家族との連携を大切にして、毎月一人ひとり職員手書きのおたよりや、写真多用の広報誌「つるかめ通信」を送り理解を深めている。家族会も年3回実施している。	
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	ミーティング時に各委員会やスタッフより議題の提出や担当者会議録を使用し、日々の気づきや意見を上げてもらい、皆で検討、取り組みの方法を前向きに考えている。また、人事考課等にて面談の機会を設けており、職員からの意見を直接確認している。	各種委員会で職員の意見を取り入れるとともに、毎月の定例ミーティングでも意見を出し合っている。全職員が気付きを出し合うために「意見交換シート」を活用してチームで運用している。	
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	人事考課時にアドバイス・評価を行ない次の目標の設定と広瀬の中での役割を伝えている。希望休みや有休の要望にも応えるようにしている。職場満足アンケートの実施にて職員の意見を聞き対策を立てている。		
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	個々の力量にあった役割と施設内の組織づくりを行なう事で、様々な事にチャレンジする場の提供とアドバイスをしなう。社内外への研修の参加。また、新人職員には中堅クラスの担当を付け、アドバイスや質問がしやすい人間関係を作る事と、定期的な評価をしながら新人育成を行なっている。		
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	グループ内での研修参加や会社内の委員会への参加でグループ内の知り合いを増やすなど横の繋がりの強化をしている。管理者会議なども実施され、各ホームの問題を様々な視点からアドバイスや支援が出来る様に孤立しやすい管理者間の連携も強化されている。		

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
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	入居前施設・病院・ご家族からの情報収集や事前面談、居宅訪問などを行ない、入居前の生活の様子を確認しながら、今後の方向性・どんな生活を希望しているのか本人やご家族と話している。		
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	入居前の見学時や契約時に不安や要望をお聞きし、それに対する対策やホームで出来る支援内容を事前にお伝えし初期の対応に関しても同意と理解を得ている。		
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	ご本人様の情報を集め、ご家族との面談にて要望をお聞きし、入居時にまず何を支援していくのか方向性を伝えている。都度、状況報告を行ないながら、状態の変化に合わせた支援を行なえるように相談、連絡の体制を強化している。		
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	認知症への理解を深め、介護職として基本的態度の指導と入居者様にも役割や生活の中で活躍できる場を提供し自己肯定感や満足感を感じてながら生活して頂けるように支援している。		
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	面会などご家族でゆっくりと談笑できるように支援している。また、会話の出来ない方に関しては職員が日々の暮らしの様子をお伝えしたり、面会の時間を意義のあるものに出来る様関わっている。家族会への参加や写真や手紙、ホームページで日々の様子を掲載し疎遠になりがちなご家族にも日々の暮らしを知って頂けるようにしている。		
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	住み慣れた地域への買い物の機会や外出・なじみの風景を感じたり、行事を楽しむ事が出来ている。家族や知人との面会がある。	平均介護4と介護度の進展に伴い、以前のように外出できない方が多くなってきたが、食材の購入や散歩に職員と一緒に出かけること、地域の方との交流に努めている。知人の来訪のある方もいる。	
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	入居者様の個々の特徴や認知症の進行具合・相性などを観察し、テーブル席の配置などを検討している。ユニットにこだわらず、廊下を歩き来し気の合う仲間と過ごせるように支援している。		

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
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	野菜や清拭の寄附を頂いたりすることもある。ホームの状況をお伝えしながら、お礼状をだすなど退去後も、ご家族とのやり取りを行ないながら、ホームでの暮らしを懐かしんで頂いている。		
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	意見交換シートを使い、日々疑問や気づき・入居者様からの要望をケアに移せるように取り組んでいる。ミーティングにて全体のまとめを行ないながら、情報の共有とケアの統一を行なっている。	意思表示が出来ない方も多くなっているが、「自分だったら・・・」と考えて本人の気持ちをくみ取るようにしている。意見交換シートに、気づきや疑問点を各職員がそれぞれに記述し。その都度話し合い、思いや意向の把握に努めている。	
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	入居時にご家族・入居前に使用していたサービス事業所から情報提供して頂いている。場面場面で、ご家族から聞き取り等を行ない生活歴の把握を行なっており、ケアにいかせるようにしている。		
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	3ヶ月後のモニタリングにて評価を行なう。認知症、身体面での変化から生活や支援の方法を検討する必要がある場合には意見交換シートを用いて、問題提議や方向性の変更、区分変更申請の依頼等をおこなえるように現状把握に努めている。		
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	モニタリング、意見交換シート、アセスメントから導き出した問題を家族と共有しながら、ケアの方向性を決めていく。アセスメントの作成には居室担当も加わり、情報提供と問題点のズレが生じていないかを確認してもらっている。	家族が本人の現状を理解されていないケースもある為、アセスメント・意見交換シートを基に今後の予測も含めて、説明しながらケアの方向性を決めていく。来所の少ない家族には電話等で相談している。モニタリングは3ヶ月毎実施している。	
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	グループ内の施設各パソコンより閲覧も出来るため、関連職種との連携も図りやすく、課題に対しての意見や支援経過を専門職に確認してもらいやすい。評価やアドバイスを都度貰いながらプランの作成と専門職からの意見をケアスタッフ間でも共有している。		
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	受診の支援や衣類・日用品の購入の代行など家族からの要望にも応えている。また、グループ内のスリーエス事業において、介護用品のレンタルや購入、外出支援など都度の要望にこたえられる体制を会社としても整えている。		

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	地域の中の商店での買い物、散歩など地域の見守りの中で、一人での外出や散歩が確保されている。		
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	心身の状況に異変、他緊急事態が生じた場合には速やかに協力医療機関に連絡を取り、救急医療、緊急入院が受けられるような体制を整えている。また、歯科についても協力医院をも設けている。	母体赤門整形外科の認知症専門医・看護師の訪問診察が月2回ある。グループ統一の情報管理システムにより、現場と医師・看護師がネットワークで結ばれ、24時間、情報が共有されている。救急医療、緊急入院が受けられる体制もあり、医療面での対応は充実している。	
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	24時間看護師と連絡が取れる体制を整えている。緊急時や日々のちょっとした変化、不安事を相談でき、経過の報告、連絡を行ないながら利用者様の健康を支える体制を整えている。		
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。	入退院時には病院の相談員と情報の提供や共有を行なっている。入院中の状態確認を行ない、必要な医療行為が終わった時点で早期退院しもとの生活に戻れるように家族や医師を含め相談話し合いを設けている。入退院時の送迎体制もあり、付添いや車椅子での退院に対応出来るようになってきている。		
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・入居後定期的に看取りに関する指針のご説明やご家族からの希望など伺い、職員間で共有を行なっている。家族も後悔しない終末期ケアが提供できるように医療との連携、治療の方向性をご家族と医師、看護師、とともに相談できる場を設けて進めている。	入居時に重度化や終末期のあり方について説明し、家族の希望も聞いている。食事が取れなくなった時等は、認知症専門医・看護師を交えて話し合い、家族の意向を確認し方針を共有している。当ホームで看取り経験もあり、今後もチームケアができる体制を整えている。	
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	緊急時のマニュアル作成・KYTやアクシデントレポートの共有・振り返りを行なっている。新人職員には必ずマニュアルの確認や吸引器の指導、必要物品の保管場所などを指導し、定期的に吸引器の使用研修を行ない、点検は週1回行なう事で緊急時に対応出来る様に準備を行なっている。		
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	消防訓練の実施、運営推進会議の際に避難状況の報告をさせて頂き、また、過去の地域の被災状況などの情報提供も受けながら、避難場所の変更や協力体制作りを随時行なっている。	年1回消防署の指導による防災訓練に加え、年2回契約の防災会社指導により水害・火災を想定した、訓練を実施している。また、緊急時に備え、抜き打ちでの電話連絡網訓練も年2回実施している。地域の方との協力体制も出来ている。	

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	日々の関わりの中でも、職員同士がお互いを注意し合いながら、利用者の尊厳や自尊心に配慮したケアを提供出来る様にしている。本人に希望や意向を共有し、その人らしい暮らしが支援できるようにしている。	利用者と同じ気持ち・目線に立ち、自尊心等を損ねない言葉かけに心がけている。利用者の些細な変化にも気付けるよう、全職員が一体となり、相談し合い、一人ひとりが安心して生活が送れるよに対応をしている。	
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	～していただけますか。～しますか。と伺いを立てるような声の掛け方をしながら、本人の意向や希望を聞き入れ無理の無いケアを提供している。食べたい物、欲しい物などが聞かれた際には食事のメニューに反映させたり、買い物支援を行ないながら、満足感を味わって頂ける様に支援している。		
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	体調や気分に合わせてケアと場所の提供を行なっている。皆と過ごす時間、一人でゆっくり出来る時間やスペースの整備を行なっている。生活や気分の状態に合わせて食事や入浴の提供を行なっている。		
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	訪問美容なども利用し、気分転換・喜びの場面作りを行なっている。身体状態に合わせた過ごしやすい衣類の選択、ご本人の好みなどの情報提供を貰いながら気分よく過ごせるように一緒に衣類を選ぶなど入浴時には衣類の準備を行なっている。		
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	その方にあった形態での食事の提供が行え経口摂取が継続していけるようにST等の評価をもらいながら提供を行なっている。季節の行事食も取り入れながら季節感のある食事を提供したり、誕生日ケーキ作りや調理、片付けは役割としての認識もあり、職員と共に日常的に行なっている。	「季節食材を取り入れたおいしい食事の提供」をホーム方針として掲げ、調理専門の職員が毎日献立を考え、食材購入し、安全でおいしい食事を提供している。困難な方には固さや形状などについて言語聴覚士の指導の下、一人ひとりに合わせて調整し、個々にゆっくり丁寧に対応している。	
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	必要時にはSTからの評価をもらいながら、経口摂取が継続できるように指導を受けている。個々の、平均体重や疾患、口腔内の状態、認知状態も考慮しながら調理スタッフと共に安全でおいしい、季節感のある食事を提供している。		
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	毎食後の口腔ケアを実施。必要性がある場合は訪問歯科を依頼している。備品の清潔保持など管理にも気をつけている。認知症、身体状況に合わせた物品選択も行っている。		

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
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	個々の排泄パターンの理解と状態に応じた介護用品の選定。排泄動作をしやすくように環境の整備や下肢筋力の保持運動などを取り入れている。	情報管理システムにより、一人ひとりの身体状況を都度入力し、総合的に把握できる仕組みとなっている。排泄パターンも一目でわかるようになっており、データを基に、トイレで排泄ができるように支援している。夜間はセンサーを活用し、トイレ誘導を行っている。	
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	野菜や水分をしっかり摂って頂けるような調理の工夫やヨーグルトの提供・腹部マッサージ・トイレ誘導の時間の検討などケアや関わり方から考えている。下剤の使用に関しても、それぞれの特徴を理解しながら、効果的な服薬が出来る様にしている。		
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	基本の入浴日は決まっているものの、汚染や皮膚の状態、本人の希望、体調に沿って入浴を実施している。また、代替えのケア(足浴や清拭)なども実施している。	月曜日以外は毎日、午前中入浴ができる。一人週2回、個々の希望等に添い、入浴が楽しめるように支援している。個浴と手動式リフト浴室があり、身体状態に応じて対応している。浴室は暖房設備が整い、シャワー浴の方でもゆっくりできる。	
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	落ち着ける環境作りや入眠を促す声掛け・誘導方法など個々にあった支援やその日の状態(睡眠時間や浮腫み等の体の状態)に応じ休息などを随時取り入れている。		
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	お薬手帳や説明書の確認、薬の知識向上の勉強会を実施。不明な際はすぐに確認を行う。ケアサービスグループホーム内での薬の管理方法や服薬方法などを統一し異動等があった場合にも確実な服薬が出来る様に統一化されている。		
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	人生歴を知り、個人の残存機能・認知症の症状にあった関わりをしながら、生活の中で出来る事を支援している。役割や仕事を通して自己肯定感を強められるように関わっている。		
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	陽気や気分・本人の訴えや状態に応じて買い物支援や気分転換の散歩ドライブを実施。ホーム裏の散歩や日光浴を通し、空気の変化、日差しなどから季節の移り変わりが感じられる様に支援している。また、家族との外出も介護タクシーなどの手配を行い、安心して出かけられるように支援している。	本人の希望や身体状態に応じて買い物や近隣の田園風景を楽しみながらの散歩へ職員と行っている。季節の桜・紫陽花等の行事は車で5～6人で出かけている。家族は系列の介護タクシーで利用者の好物、うなぎ等を食べに行ったりしている。	年々、利用者の介護度が高くなり、介護の時間を要し、全員で出かける事が難しい状況と思われる。今後は安全に配慮しながら、時には家族の協力等も得て、外出支援に取り組んで頂きたい。

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	金銭の所持に関しては、安心感や自立心などを考慮し、家族との相談の上、可能な金額で所持して頂いている。トラブルや紛失の無いように定期的なチェックを行う。個人の財布より支払した場合には使用金額等を記録と出納長に残し、面会時に随時報告をしている。		
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	季節の挨拶、誕生日、敬老の日などには手紙やプレゼントが届いたり、ご家族との電話支援も随時行なっている。		
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	気の合う仲間作りや安全・清潔な環境作りを行なっている。季節の花を飾ったり、庭には野菜を育てるなど季節の移り変わりや、成長、収穫を楽しめるような取り組みをしている。	居間には彩のよい季節の花が飾られ、ソファ等に座って自由に寛げる。赤門の展示会に出展した共同作品が廊下の壁面に提示され、思いで話しが弾む。また玄関を出ると、天気の良い日は日向ぼっこや菜園・季節の花を楽しむことができる工夫をしている。	
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	食事のスペース・テレビやレクを楽しむスペースと活動スペースを分けている。誰とどこで過ごすのが安心、落ち着ける場所なのか等を観察し支援している。職員も介入しながら、安心できる環境の整備を行っている。		
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	ご家族と相談しながら、家具の位置やベッドの方向など居宅での生活に近い状態で配慮する。家具だけではなく、衣類や使い慣れた備品で居心地の良さや安心感、これまでの生活の継続が行えるように自立に向けて支援している。	使い慣れた筆筒や大切な方の写真等を置いている。居室担当者が室内の清掃やクローゼット内の整理整頓・毎日履いている靴底や杖の点検を定期的に行い、本人が居心地よく過ごせるように支援している。	
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	環境係が中心となり、居室内の環境整備から備品、介護用品の安全や清潔かの確認を行っている。出来る事、できない事、支援するれば出来そうな事を明確にし、統一した支援を行っている。		