

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	3390800070		
法人名	株式会社ピアーズ		
事業所名	グループホーム 吉備路(1F)		
所在地	岡山県総社市宿903-1		
自己評価作成日	平成27年8月20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.kaiyokensaku.jp/33/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&jigyosyoCd=3390800070-008&PrefCd=33&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社アウルメディカルサービス		
所在地	岡山市北区岩井二丁目2-18		
訪問調査日	平成27年9月10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)】

現在終末期のケアをされている方が多く、家族の意向に少しでも近づけるよう、連絡を密にとりコミュニケーションを図っています。また、入居者様が個々のより良い環境にできるよう、業務重視にならないように、職員同士何でもお願いできるようにスタッフ同士でコミュニケーションを充実させています。

【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)】

- ・行政と密に連携して、運営推進会議や地域の同業者が集まって行われる交流会を行っている。また、自治会・町内会とも関わりを持ち、地域情報を話し合ったり、消防訓練に参加しながら、協力関係を上手く築いている。
- ・看護師が複数在籍し、協力医療機関との連携が大変スムーズに行われている。また、看取りケアにも積極的に取り組んでおり、家族や地域に貢献している。
- ・職員は一つ屋根の下にいる意識を強く持ち、各階ユニット同士で助け合い、利用者の情報を共有し、連携を図っている。また、利用者も自由に各階ユニットを行き来でき、事業所の多様な空間を上手に活用している。

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 (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	毎朝9時。16時の申し送りの時間に復唱している。スタッフ一丸となって実践につながるよう心掛けている。	新入社員は3ヶ月の新人研修の中で、法人が独自に作成した研修用冊子を基に、業務も含めて理念をしっかりと学んでいる。また、月1回のユニット会議の中で、理念を振り返っている。	
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	運営推進会議の時に必ず地域の町内会長さんや自治会長さんに参加してもらって近隣の情報も教えていただいています。月1回の小地域ケア会議に参加させてもらっている。	地元の子供相撲を見に行ったり、保育園の運動会や発表会の予行演習に招待してもらっている。また、地元の子供達が挨拶に来たり、中学生のボランティアが毎年、クリスマスカードを持って来ている。そして、地域の消防訓練に参加する等、地域と一定の距離を保ちながら、上手に関係を築いている。	
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	地域の町内会長さんや自治会長さんに施設や認知症の理解を深めている。		
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践、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ヶ月に1回地域、行政、家族の方に参加していただき活動報告や、また意見を求めている。	2ヶ月に一度開催される会議には、町内会長や自治会長、行政の福祉関係者、家族が毎回参加し、地元や事業所の情報等を話し合っている。時に、地域住民のゲスト参加もある。その際、身近に感じてもらえるきっかけになるよう、事業所の会議の様子等を見てもらっている。	
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	何事に対しても、市町村担当者とは連絡を取るようになっている。年に4回開催しているGH交流会にも出来るだけ参加している。	普段から報告・連絡・相談を密に取り、良好な協力関係を築いている。また、市の介護保険課の主導で行われている地域のグループホーム交流会で情報交換したり、交互に見学を行いながら、連携を図っている。	
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	現在身体拘束を行っている入居者はいませんが、月に一度検討会は行っている。	身体拘束委員会を設置して、拘束の事例を内部研修や検討会の中で話し合い、職員全体で身体拘束ゼロに向けて取り組んでいる。転倒予防に関して、安全を確保しながら見守りを中心とした取り組みを行う等、職員間で何度も話し合い、実践している。	

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
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	身体拘束委員会を設置し、虐待についても勉強会をしています。		
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	年間の勉強会に組み込み、勉強会を行っている。		
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	説明時は理解して頂けるようゆっくりと読み上げ疑問点などはその都度説明を行っている。		
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	運営推進会議には1階2階のご家族から1組参加をお願いし、質問、疑問、要望など何でも話せるような場を作りにしている。	家族の面会時に意見等を聞いている。その際、話しやすい雰囲気作りに努め、常に対話を心掛けている。また、利用者の意見や要望は、普段の会話や近隣散歩中に聞いている。家族や利用者の意見等は、すぐ実践に取り入れるように工夫している。	
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	月に1回のユニット会議では職員に対して意見要望など積極的に意見交換ができるようにしている。年に2回の個人面談を行っている。	チェックシートを基に各階で面談した後、共有したい情報や意見等をリーダーを經由して会議に上げている。代表者とのコミュニケーションも十分に図れており、率直に意見や気づき等を言える関係である。	
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	ホーム長、管理者は、職員の勤務状況を把握し何でも相談できるよう配慮している。		
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	一人で自己決定をせず、職員同士意見を出しながらケアをするようお願いしている。また、バックアップはいつでも出来るよう見守っている。		
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	GH交流会では、他のホームの方と意見交換を行っている。		

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
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	事前面接では、入居されるご本人やご家族の方の不安がないようコミュニケーションを図り、面会や電話連絡などは多めに行うことを伝えている。		
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	何気ない小さな会話の中でも耳を傾け、連絡を密にとるようにしている。		
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	困っている事など、会話の中から引き出し不安のないように努めている。		
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	利用者に対して今どんなケアが必要か常に考え、なるべく今までの生活環境に近づけるよう努める。		
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	細かな事でも常に家族とのコミュニケーションが必要な時は密に連絡を取るようになっている。		
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	面会に来られた時など、思い出話を聞き、利用者さんとのコミュニケーションを深め信頼関係を築く。	馴染みの美容院へ定期的に通う利用者もいる。友人や家族の面会は多く、気楽に訪れる雰囲気作りに努めている。仲良し同士、友人同士がひっそりと話をしたり、また、一人を楽しむコーナーとして、リビングから離れた場所に小テーブルを置いている。	
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	介護度が高い方が多く居室で過ごす事が多くなっているため、こまめに居室へ声かけに訪室している。		

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	退去後には、手紙を出したり、転居先の様子によっては、相談や支援が出来るように努めている。		
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	本人が不安な事、今何を求めているかを把握し、コミュニケーションを深めるように心がけている。	職員は常に対話と見守りを意識し、利用者の思いを感じるように努めている。帰宅願望がある利用者には、落ち着くまで事業所内を移動してもらったり、自宅に電話して本人が納得するまで会話する等、家族にも協力を得ながら、職員は利用者のペースで付き添っている。	
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	家族と密に連絡を取り合いご本人や家族の希望に添ったケアを行っている。		
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	ご本人に合ったケアが出来ているかどうかをスタッフ会議で話し合っている。9時、13時、16時には、申し送りを行う。		
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	家族には日頃から常にコミュニケーションには力を入れその中からも想いをくみ取っている。介護計画に沿って3ヶ月に一度はモニタリングを行う。居室担当のスタッフにケアプランを参考にたて協力してもらっている。	利用者個々に担当している職員が、家族面会時や普段の会話の中から聞き取った、家族や利用者の希望や要望をプランに反映させている。3ヶ月に一回モニタリングを行い、現状把握に努めている。また、利用者の状態の変化に応じて、随時プランを見直している。そして、申し送りの際、伝達シートを用いて、利用者の状況等を全職員で共有している。	
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	個々の記録を細かく書くことにより情報交換する。それにより介護計画の見直しが出来ている。		
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	一人ひとりのペースに合ったケアを行い本人が出来るところはなるべく自分で行って自分で出来る喜びをも感じてもらえるようにしている。		

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
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	地域で行われている行事には出来るだけ参加をしている。またそこで顔見知りの方との交流ができるよう配慮をする。		
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	今までになれ親しい主治医の方、又は協力病院にお願いすることもできる。	かかりつけ医を継続して、家族が通院の付き添いを行っている方もいるが、基本的には、24時間対応してくれる協力医療機関と密に連携を図っている。また、月2回程度、歯科往診もある。受診前には医師へ状態の申し送りをし、受診後は結果を聞いて適切な対応に努めている。	
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	3人の看護師間では申し送りを常に行っている。緊急時にはいつでも相談を受けるようにしている。		
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。	入退院時には、家族との連携を取り、医療機関にもお見舞いに行っている。		
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	介護度が高い方も多く主治医と家族との話し合いを設けている。ご家族との意向が合えば見積もりも行っている。	家族の希望・要望に沿えるよう、看取り支援に積極的に取り組んでいる。看護師が複数在籍しているので、医療行為も的確に対応できている。終末期になると家族の意向が変化する場合が多く、納得行くまで根気強く丁寧に、家族や医療機関と話をしながら看取り支援に取り組んでいる。職員の不安を取り除く為に、申し送りを利用して内部研修会を行っている。職員間で共有し、チームワーク良く支援している。	
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	緊急時や救急法の勉強会を行っている。普段から急変時には施設全体で状態を把握し、連絡体制を整えている。		
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	年に2回の避難訓練を行い、今回避難経路として2階から滑り台を設置した。	年2回、昼夜を想定した避難訓練を行っている。今年の6月には、地震を想定した訓練を、また、秋口には、避難用滑り台を使用した訓練を計画している。地域住民や家族の参加は少ない。	近隣住民や家族が参加した避難訓練が行えるよう、今後の協力体制に期待しています。

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
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	利用者の想いに寄り添い、今何が必要かを把握し、出来ることを尊重して過剰な介護にならないようにしている。	人生の先輩として敬い、親しき仲にも礼儀を欠かさず、尊敬語で声かけしている。おしめ交換等、常にプライバシーに配慮しながら対応している。利用者に対しての声かけや対応について、職員間で話し合う機会を設けている。	
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	個々の訴えをよく聞きその方にあつた声掛けをするように心掛けている。		
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	その方の想いに添ったケアが行えるためには、業務重視にならないよう日頃から伝えられている。		
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	定期的に散髪屋さんに来てもらっている。昔からの馴染みの美容室に行かれる方もいる。		
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	出来る方は、盛り付けや食器洗いを入居者同士協力して行っている。出来てないところはさりげなく介助をする。時には意見を聞きながら手作りおやつや、外食にも出かけている。	主菜を業者から、副菜やお汁を事業所で調理している。各ユニットの管理者と業者の管理栄養士を交えて、季節の変わり目に給食会議を行っている。洗い物や生ごみ処理、配膳等、利用者の自主性に任せて役割をこなしている。外食に行ったり、手作り料理を利用者と一緒を作って食べることで、食の楽しみが継続するように支援している。	
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	その方にあつた量や盛付を行い、嚥下の低下がある方、咀嚼の出来ない方などには、形状や硬さを変えて摂取できるようにしている。		
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	毎食後の口腔ケアはさりげなくスタッフが声をかけたり誘導する。介助が必要な方は、口腔清拭などのケアをしている。また定期的に衛生士さんに診てもらっている。		

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	排泄チェック表を作成して、定期的に誘導する。出来るだけトイレでの排泄を実現できるように昼間はトイレに誘導している。	排泄チェックシートを活用し、小まめなトイレ誘導を行い、寝たきりの方以外は、トイレ排泄に努めている。入所時、車椅子だった利用者が、歩行器でトイレに歩いて行けるようになり、見違えるように元気になった例もある。職員全員で、利用者の排泄パターンを共通理解している。	
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	季節に応じて飲み物を変えたり、形状を変える工夫をする、また100歳体操の参加を促す。		
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ず、個々にそった支援をしている	昼間に入浴の拒否があれば、夕方に時間を変えて入浴出来るようにしている。	入浴支援は午後から行っている。夕食後に入浴したいと希望する利用者や夜間入浴にも対応している。入浴できない時は、足浴や清拭で対応し、安眠に努めている。また、入浴中は利用者と密に会話する事を心掛け、ゆず湯やバスクリンを活用して入浴の喜びを支援している。	
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	個々の生活リズムに応じるようにする。不眠の時でも話を聞いたり、ホールのベッドで横になれ寂しくならないよう穏やかな環境作りを工夫している。		
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	入居者全員にお薬手帳や説明文をファイルしている。日付や名前を看護師が仕分けをし、複数の職員によって確認後内服介助している。また、飲み終わった後もすぐに捨てずに確認して捨てるようにしている。		
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	入居者さんの間に職員が入り、馴染みの関係作りに努め、季節に合った催し物の企画をする。天候によっては、テラスに出てお茶を楽しんでいる。		
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	天気の良い日などは、1階2階と協力して近隣に出かけている。また、食べたい物を聞き少人数でゆっくりと外食や喫茶店に行く。	家族付き添いで、馴染みの美容院へ行ったり、食事や墓参りに出かけている。日頃から、広々としたデッキに出て、洗濯物を干したり、取り込んだりしている。また、グループホームの周辺散歩を日課にしている方もいる。	

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	金庫におこずかいを預っている。毎月残高や領収書を家族に送っている。		
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	毎月家族に居室担当者から手紙を書いている。訴えがある時は、電話を掛ける。		
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	季節に応じた写真や絵等飾っている。夏場は日よけやすだれを使用する。各場所をわかりやすく表示する。	2階は天井が高く、明るく開放感に溢れている。1階はリビングに続くテラスが広く、田園風景を見渡せる。温湿度計を見て確認しながら、ホールの空調を調節している。リビングの間取りと広さを利用して、食卓テーブルとは別にリビングから離れた場所にテーブルを置き、プライベートコーナーを作っている。一人になりたい時や友人同士で会話を楽しみたい時に利用している。	
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	ホールでも横になれるようベッドを置き、リビングにも離れた場所にもう1つテーブルを置いている。		
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	入居に時には、なるべく自宅で使っている馴染みの布団や家具を持ってきていただき、少しでも今までの生活環境に近づけるようにする。	自宅で使っていた馴染みの箸や茶碗、壁掛け時計等、利用者が落ち着く品物を持って来ている。こたつを置いて、冬になると温まっている利用者もいる。ベッドの配置は、以前の生活スタイルと同じようにしている。また、職員手作りの誕生日カードや利用者のちぎり絵作品等が壁に飾られ、気持ちよく生活している。	
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	出来る事は見守り、さり気なく介助をする。過剰な介護にならないように、出来る事や役割を大事にしている。		

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	3390800070		
法人名	株式会社ピアーズ		
事業所名	グループホーム 吉備路(2F)		
所在地	岡山県総社市宿903-1		
自己評価作成日	平成27年8月20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.kaiyokensaku.jp/33/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&jigyosyoCd=3390800070-008&PrefCd=33&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社アウルメディカルサービス		
所在地	岡山市北区岩井二丁目2-18		
訪問調査日	平成27年9月10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)】

現在終末期のケアをされている方が多く、家族の意向に少しでも近づけるよう、連絡を密にとりコミュニケーションを図っています。また、入居者様が個々のより良い環境にできるよう、業務重視にならないように、職員同士何でもお願いできるようにスタッフ同士でコミュニケーションを充実させています。

【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)】

- ・行政と密に連携して、運営推進会議や地域の同業者が集まって行われる交流会を行っている。また、自治会・町内会とも関わりを持ち、地域情報を話し合ったり、消防訓練に参加しながら、協力関係を上手く築いている。
- ・看護師が3名在籍し、協力医療機関との連携が大変スムーズに行われている。また、看取りケアにも積極的に取り組んでおり、家族や地域に貢献している。
- ・職員は一つ屋根の下にいる意識を強く持ち、各階ユニット同士で助け合い、利用者の情報を共有し、連携を図っている。また、利用者も自由に各階ユニットを行き来でき、事業所の多様な空間を上手に活用している。

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	毎朝9時。16時の申し送りの時間に復唱している。スタッフ一丸となって実践につながるよう心掛けている。	新入社員は3ヶ月の新人研修の中で、法人が独自に作成した研修用冊子を基に、業務も含めて理念をしっかりと学んでいる。また、月1回のユニット会議の中で、理念を振り返っている。	
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	運営推進会議の時に必ず地域の町内会長さんや自治会長さんに参加してもらって近隣の情報も教えていただいています。月1回の小地域ケア会議に参加させてもらっている。	地元の子供相撲を見に行ったり、保育園の運動会や発表会の予行演習に招待してもらっている。また、地元の子供達が挨拶に来たり、中学生のボランティアが毎年、クリスマスカードを持って来ている。そして、地域の消防訓練に参加する等、地域と一定の距離を保ちながら、上手に関係を築いている。	
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	地域の町内会長さんや自治会長さんに施設や認知症の理解を深めている。		
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ヶ月に1回地域、行政、家族の方に参加していただき活動報告や、また意見を求めている。	2ヶ月に一度開催される会議には、町内会長や自治会長、行政の福祉関係者、家族が毎回参加し、地元や事業所の情報等を話し合っている。時に、地域住民のゲスト参加もある。その際、身近に感じてもらえるきっかけになるよう、事業所の会議の様子等を見てもらっている。	
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	何事に対しても、市町村担当者とは連絡を取るようにしている。年に4回開催しているGH交流会にも出来るだけ参加している。	普段から報告・連絡・相談を密に取り、良好な協力関係を築いている。また、市の介護保険課の主導で行われている地域のグループホーム交流会で情報交換したり、交互に見学を行いながら、連携を図っている。	
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	現在身体拘束を行っている入居者はいませんが、月に一度検討会を行っている。	身体拘束委員会を設置して、拘束の事例を内部研修や検討会の中で話し合い、職員全体で身体拘束ゼロに向けて取り組んでいる。転倒予防に関して、安全を確保しながら見守りを中心とした取り組みを行う等、職員間で何度も話し合い、実践している。	

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
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	身体拘束委員会を設置し、虐待についても勉強会をしています。		
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	年間の勉強会に組み込み、勉強会を行っている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約または改定等の際は、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	説明時は理解して頂けるようゆっくりと読み上げ疑問な点などはその都度説明を行っている。		
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	運営推進会議には1階2階のご家族から1組参加をお願いし、質問、疑問、要望など何でも話せるような場を作るようにしている。	家族の面会時に意見等を聞いている。その際、話しやすい雰囲気作りに努め、常に対話を心掛けている。また、利用者の意見や要望は、普段の会話や近隣散歩中に聞いている。家族や利用者の意見等は、すぐ実践に取り入れるように工夫している。	
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	月に1回のユニット会議では職員に対して意見要望など積極的に意見交換ができるようにしている。年に2回の個人面談を行っている。	チェックシートを基に各階で面談した後、共有したい情報や意見等をリーダーを經由して会議に上げている。代表者とのコミュニケーションも十分に図れており、率直に意見や気づき等を言える関係である。	
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	ホーム長、管理者は、職員の勤務状況を把握し何でも相談できるよう配慮している。		
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	一人で自己決定をせず、職員同士意見を出しながらケアをするようお願いしている。また、バックアップはいつでも出来るよう見守っている。		
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	GH交流会では、他のホームの方と意見交換を行っている。		

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	
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	事前面接では、入居されるご本人やご家族の方の不安がないようコミュニケーションを図り、面会や電話連絡などは多めに行うことを伝えている。			
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	何気ない小さな会話の中でも耳を傾け、連絡を密にとるようにしている。			
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	困っている事など、会話の中から引き出し不安のないように努めている。			
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	利用者に対して今どんなケアが必要か常に考え、なるべく今までの生活環境に近づけるよう努める。			
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	細かな事でも常に家族とのコミュニケーションが必要な時は密に連絡を取るようになっている。			
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	面会に来られた時など、思い出話を聞き、利用者さんとのコミュニケーションを深め信頼関係を築く。	馴染みの美容院へ定期的に通う利用者もいる。友人や家族の面会は多く、気楽に訪れる雰囲気作りに努めている。仲良し同士、友人同士がひっそりと話しをしたり、また、一人を楽しむコーナーとして、リビングから離れた場所に小テーブルを置いている。		
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	介護度が高い方が多く居室で過ごす事が多くなっているため、こまめに居室へ声かけに訪室している。			

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	退去後には、手紙を出したり、転居先の様子によっては、相談や支援が出来るように努めている。		
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	本人が不安な事、今何を求めているかを把握し、コミュニケーションを深めるように心がけている。	職員は常に対話と見守りを意識し、利用者の思いを感じるように努めている。帰宅願望がある利用者には、落ち着くまで事業所内を移動してもらったり、自宅に電話して本人が納得するまで会話する等、家族にも協力を得ながら、職員は利用者のペースで付き添っている。	
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	家族と密に連絡を取り合いご本人や家族の希望に添ったケアを行っている。		
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	ご本人に合ったケアが出来ているかどうかをスタッフ会議で話し合っている。9時、13時、16時には、申し送りを行う。		
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	家族には日頃から常にコミュニケーションには力を入れその中からも想いをくみ取っている。介護計画に沿って3ヶ月に一度はモニタリングを行う。居室担当のスタッフにケアプランを参考にたて協力してもらっている。	利用者個々に担当している職員が、家族面会時や普段の会話の中から聞き取った、家族や利用者の希望や要望をプランに反映させている。3ヶ月に一回モニタリングを行い、現状把握に努めている。また、利用者の状態の変化に応じて、随時プランを見直している。そして、申し送りの際、伝達シートを用いて、利用者の状況等を全職員で共有している。	
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	個々の記録を細かく書くことにより情報交換する。それにより介護計画の見直しが出来ている。		
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	一人ひとりのペースに合ったケアを行い本人が出来るところはなるべく自分で行って自分で出来る喜びをも感じてもらえるようにしている。		

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
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	地域で行われている行事には出来るだけ参加をしている。またそこで顔見知りの方との交流ができるよう配慮をする。		
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	今までになれ親しい主治医の方、又は協力病院にお願いすることもできる。	かかりつけ医を継続して、家族が通院の付き添いを行っている方もいるが、基本的には、24時間対応してくれる協力医療機関と密に連携を図っている。また、月2回程度、歯科往診もある。受診前には医師へ状態の申し送りをし、受診後は結果を聞いて適切な対応に努めている。	
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	3人の看護師間では申し送りを常に行っている。緊急時にはいつでも相談を受けられるようにしている。		
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。	入退院時には、家族との連携を取り、医療機関にもお見舞いに行っている。		
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	介護度が高い方も多く主治医と家族との話し合いを設けている。ご家族との意向が合えば見積もりも行っている。	家族の希望・要望に沿えるよう、看取り支援に積極的に取り組んでいる。看護師が複数在籍しているので、医療行為も的確に対応できている。終末期になると家族の意向が変化する場合が多く、納得行くまで根気強く丁寧に、家族や医療機関と話をしながら看取り支援に取り組んでいる。職員の不安を取り除く為に、申し送りを利用して内部研修会を行っている。職員間で共有し、チームワーク良く支援している。	
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	緊急時や救急法の勉強会を行っている。普段から急変時には施設全体で状態を把握し、連絡体制を整えている。		
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	年に2回の避難訓練を行い、今回避難経路として2階から滑り台を設置した。	年2回、昼夜を想定した避難訓練を行っている。今年の6月には、地震を想定した訓練を、また、秋口には、避難用滑り台を使用した訓練を計画している。地域住民や家族の参加は少ない。	近隣住民や家族が参加した避難訓練が行えるよう、今後の協力体制に期待しています。

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
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	利用者の想いに寄り添い、今何が必要かを把握し、出来ることを尊重して過剰な介護にならないようにしている。	人生の先輩として敬い、親しき仲にも礼儀を欠かさず、尊敬語で声かけしている。おしめ交換等、常にプライバシーに配慮しながら対応している。利用者に対しての声かけや対応について、職員間で話し合う機会を設けている。	
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	個々の訴えをよく聞きその方にあつた声掛けをするように心掛けている。		
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	その方の想いに添ったケアが行えるためには、業務重視にならないよう日頃から伝えている。		
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	定期的に散髪屋さんに来てもらっている。昔からの馴染みの美容室に行かれる方もいる。		
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	出来る方は、盛り付けや食器洗いを入居者同士協力して行っている。出来てないところはさりげなく介助をする。時には意見を聞きながら手作りおやつや、外食にも出かけている。	主菜を業者から、副菜やお汁を事業所で調理している。各ユニットの管理者と業者の管理栄養士を交えて、季節の変わり目に給食会議を行っている。洗い物や生ごみ処理、配膳等、利用者の自主性に任せて役割をこなしている。外食に行ったり、手作り料理を利用者と一緒に作って食べることで、食の楽しみが継続するように支援している。	
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	その方にあつた量や盛付を行い、嚥下の低下がある方、咀嚼の出来ない方などには、形状や硬さを変えて摂取できるようにしている。		
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	毎食後の口腔ケアはさりげなくスタッフが声をかけたり誘導する。介助が必要な方は、口腔清拭などのケアをしている。また定期的に衛生士さんに診てもらっている。		

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	排泄チェック表を作成して、定期的に誘導する。出来るだけトイレでの排泄を実現できるように昼間はトイレに誘導している。	排泄チェックシートを活用し、小まめなトイレ誘導を行い、寝たきりの方以外は、トイレ排泄に努めている。入所時、車椅子だった利用者が、歩行器でトイレに歩いて行けるようになり、見違えるように元気になった例もある。職員全員で、利用者の排泄パターンを共通理解している。	
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	季節に応じて飲み物を変えたり、形状を変える工夫をする、また100歳体操の参加を促す。		
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	昼間に入浴の拒否があれば、夕方に時間を変えて入浴出来るようにしている。	入浴支援は午後から行っている。夕食後に入浴したいと希望する利用者や夜間入浴にも対応している。入浴できない時は、足浴や清拭で対応し、安眠に努めている。また、入浴中は利用者と密に会話する事を心掛け、ゆず湯やバスクリンを活用して入浴の喜びを支援している。	
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	個々の生活リズムに合わせるようにする。不眠の時でも話を聞いたり、ホールのベッドで横になれ寂しくならないよう穏やかな環境作りを工夫している。		
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	入居者全員にお薬手帳や説明文をファイルしている。日付や名前を看護師が仕分けをし、複数の職員によって確認後内服介助している。また、飲み終わった後もすぐに捨てずに確認して捨てるようにしている。		
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	入居者さんの間に職員が入り、馴染みの関係作りに努め、季節に合った催し物の企画をする。天候によっては、テラスに出てお茶を楽しんでいる。		
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	天気の良い日などは、1階2階と協力して近隣に出かけている。また、食べたい物を聞き少数人数でゆっくりと外食や喫茶店に行く。	家族付き添いで、馴染みの美容院へ行ったり、食事や墓参りに出かけている。日頃から、広々としたデッキに出て、洗濯物を干したり、取り込んだりしている。また、グループホームの周辺散歩を日課にしている方もいる。	

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	金庫におこずかいを預っている。毎月残高や領収書を家族に送っている。		
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	毎月家族に居室担当者から手紙を書いている。訴えがある時は、電話を掛ける。		
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	季節に応じた写真や絵等飾っている。夏場は日よけやすだれを使用する。各場所をわかりやすく表示する。	2階は天井が高く、明るく開放感に溢れている。1階はリビングに続くテラスが広く、田園風景を見渡せる。温湿度計を見て確認しながら、ホールの空調を調節している。リビングの間取りと広さを利用して、食卓テーブルとは別にリビングから離れた場所にテーブルを置き、プライベートコーナーを作っている。一人になりたい時や友人同士で会話を楽しみたい時に利用している。	
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	ホールでも横になれるようベッドを置き、リビングにも離れた場所にもう1つテーブルを置いている。		
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	入居に時には、なるべく自宅で使っている馴染みの布団や家具を持ってきていただき、少しでも今までの生活環境に近づけるようにする。	自宅で使っていた馴染みの箸や茶碗、壁掛け時計等、利用者が落ち着く品物を持って来ている。こたつを置いて、冬になると温まっている利用者もいる。ベッドの配置は、以前の生活スタイルと同じようにしている。また、職員手作りの誕生日カードや利用者のちぎり絵作品等が壁に飾られ、気持ちよく生活している。	
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	出来る事は見守り、さり気なく介助をする。過剰な介護にならないように、出来る事や役割を大事にしている。		