

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	理念の共有は、見易い場所の掲示、会議での共有で実際のケアに活かしている。地域に開かれた事業所として、だれでも気軽に立ち寄れる雰囲気作りと地域の困りごとに対しては出来る範囲で対応している。	法人の三つの理念を基にしたホームの理念「住み慣れた地域で、その人らしく、そして安心して暮らせるために」を掲げて、来訪者にも分かるように玄関を始めとした場所に掲示し、職員が意識できるようにしている。また、職員会議やケース検討会議などでも理念に関連することに随時触れて振り返りをしている。利用者や家族には新規契約時に理念に沿った支援について説明をしている。新規職員の入職時にはオリエンテーションやOJTの中で周知している。法人内での異動でホーム業務に就く職員もあり、法人理念やホーム理念を基に地域密着型サービスとしてのあり方について説明し理解を促すようにしている。		
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	夜間以外の施設は基本的に行わず、利用者家族、近隣住民が関わり易い環境を整えている。本人自身の地域との繋がりが切れる事がないように、元々住んでいた地域へのサロンの参加も行っている。	毎年、法人として区費を納め、ゴミ当番や地区の清掃、公民館の清掃などに職員が参加している。新型コロナウイルス禍以降、地区の様々な行事が縮小傾向となっている中で地域の敬老会でおされたお弁当が配布されたり、近隣住民が果物や野菜のおすそ分けに来てお茶を飲んだり、自宅のある地区の高齢者サロンに出掛け地域住民と旧交を温めるなど、地域との関わりが継続されている。また、職場体験の中学生や傾聴などのボランティアの来訪があり交流している。更に、地元の大学生の実習を受け入れ、実習の仕上げとして人形劇を披露するのが恒例となっており、今年も交流の場が持たれたという。		
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	事業所に直接相談のある場合は迅速に対応している。直接対応できない場合でも、然るべき機関に繋げている。包括と協力して地域住民の認知症の方との交流会や勉強会を行い地域住民の認知症理解の為協働している。			
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	コロナ禍で出来なかった部分もあり、文書配布で意見聴取し、支援に活かしている。地域の皆さんと会議の現場実施の体制が整い、今後は地域交流の場の提供や地域課題の解決の場にしていきたい。	新型コロナ感染拡大が予断を許さない中、状況に合わせて、書面での会議にせざるを得ない状況が続いてきた。その際、管理者が活動状況などを記し書面を各委員に直接手渡し説明してきた。基本的に、2ヶ月に1回、偶数月に開催するようになっており、今年の12月には委員に参集していただき対面で実施する予定となっている。利用者家族、区長、副区長、地区社協会長、民生児童委員、老人クラブ会長、近隣住民、町担当部署職員、地域包括支援センター職員などが出席し、ホームの利用状況や活動報告、ヒヤリハット・事故報告、苦情要望、地域との連携、今後の予定などを記載した書面を基に意見や要望があれば受け入れて、検討していきたいという意向を持っている。		

グループホームみよた

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
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	包括と連携しての交流会への協力や地域ネットワーク会議での参加は定期的に行っている。施設の空き状況、事故発生時には状況説明等の報告を迅速に行っている。	新型コロナ禍以降、社会福祉協議会主催のオレンジカフェへの協力は行っていないが、町の担当部署とは待機者や事故報告に関するなどで随時相談している。また、町主催の地域ネットワーク会議に参加して意見交換を行ったり、同じく町主催の研修に参加し、内容を職員へフィードバックしている。ホームの入居判定委員会には町の地域包括支援センター職員にも関わっていただいている。介護認定更新申請や区分変更の代行はホームで行っており、介護認定更新の際には町の調査員がホームに来訪して、ホーム職員が必要な情報を提供するようにしている。その際、可能な限り家族にも立ち会っていただくように働きかけている。	
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「介護保険法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	夜間の安全面も考慮し、21時以降は施錠を行っている。館内も基本的には開錠しており、自由に移動する事が出来る。職員間では三大(身体、薬、言葉)拘束を理解し、ケアを実践している。	法人としての身体拘束防止委員会が年4回開催されており、ホームからも参加して、その結果を職員に伝え、意識の高揚を図っている。また、ホームの職員会議で事例検討や研修を年2回行っており、ケース検討会議内でも身体拘束に当たる行為や解除に向けた話し合いを行っている。現在、転倒する恐れのある利用者にセンサーを使用したり、居室内事故を検証するためにカメラを使用しているが、入居の際に本人や家族に説明しており、実際使用する段階で再度同意を得ている。また、外出を訴える利用者には本人の気持ちに寄り添うように努め、ベランダに出て気分転換をするなどの対応をしている。	
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	法人全体会議でも年に4回、身体拘束委員会を実施し、厚労省からの通知や事例等を交えながら、学びを行い、事業所の会議等で全体に周知している。		
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	現在成年後見制度を利用している方はいない。キーパーソンが要介護者の入居者もあり、家族の状況等も理解し、自己決定が出来るように密に連携をとる様にしている。職員個人でも制度の理解の為、研修会参加を行ったり、福祉係とも連携を取る様にしている。		
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	書面及び口頭で行い理解、納得してもらっている。特に理解し納得をいただきたい部分に関しては別紙を用いて説明し署名捺印をもらっている。		
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	利用者の発言は記録し、家族等の要望について可能な範囲で対応している。重要事項説明書にも記載してあるが第三者委員会も設けており、直接連絡する事も可能な状況となっている。苦情等については管理者が中心となり、迅速に解決するように動いている。	自分の意見や要望を表出できる方は少なく、職員は日常の関わりの中での会話や表情、仕草などから汲み取り、可能な範囲で応えるように努めている。現在、面会についてはできるだけ事前に連絡をいただくようお願いしているが、時間、人数には制限なく、居室にて可能としている。家族からは面会の機会や受診対応の際に意見・要望を聴くようにしている。また、毎月、写真が掲載されたホームの新聞「よりそい、向かい合う」を発行して、裏面には職員が交替でその月の利用者の様子を記載し、家族に生活の様子が分かるようにしている。	

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
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	業務内ではなるべく勤務者同士会話を持つ様にし、改善事項は全体共有ノート等で周知している。事業所会議でも提案できる機会を持ち、事業所内だけの意見でなく法人全体に向けての意見は管理者会議、主任会議等で議題として提案して、全体からの意見をもらう機会も設けている。年に1回、職員面談を行い、個人でも意見を発する機会がある。	毎月の職員会議及びケース会議にて業務に関することや利用者カンファレンス、行事に関することなどを職員間で意見交換を行っている。職員の意見は必要に応じて法人の管理者会議や主任会議に上げられ、検討が加えられている。法人として人事考課制度があり、職員は年度毎に自己評価を実施し、それを基に事務局長との面談を行ったり、また、随時、管理者との面談を行っている。更に、法人として年1回、職員のメンタルヘルスケアの一環であるストレスチェックも実施されている。	
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	直近では夜勤手当の昇給があった。また年1回の昇給も行っている。ICT導入による現場負担の軽減も順次行っている。年次休暇は職員の希望により、なるべく取得出来るように配慮している。		
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	勤務年数に応じてキャリアアップ出来るように研修参加を促している。ケアの実践については通常の勤務の中で経験年数に応じた指示を出したり、実践の中で学べる様に、なるべく会話の機会を持つようにしている。		
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	広域の研修会に参加したり、地域ネットワーク会議など他業種が集う場に参加して情報交換をしている。見学等の依頼があれば随時受付て対応している。		
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	事前に管理者、計画作成担当者と面会を行い、要望を聞く機会を設けている。グループホームに入居してからの要望やどんな生活を送りたいかを確認している。		
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	入居が決まってからも、家族とは密に連絡をとりながら、要望を聞き、安心して生活できる様にしている。いつでも家族が会える様な環境も整えているとお伝えしている。		
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	本人、家族の困りごとだけでなく、入居前の担当ケアマネジャーやサービス提供事業者に対しても、情報提供をしてもらい、必要な支援の見極めを行っている。		
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	利用者の出来る事に目を向け、生活する中で出来る事を探し、役割をもっていただける様に支援している。協力して生活する中で関係構築に努めている。		

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
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	可能な家族には病院受診や、散髪等の必要な支援の他、自由に外出してもらえる様な体制作りを行っている。来訪が難しいご家族にも、定期的に電話等で連絡してもらう等関係を維持できる様な支援をしている。		
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	コロナ禍で出来なかった地区のサロン活動も再開され、元々住んでいた地域よりお誘いがあり、現在は定期的にサロンに参加している。しばらくこられなかった近隣の方もお茶を飲みにきている。	知人や友人の面会についても家族同様で、自由に実施されている。家族との外出や外泊などについても制限なく行うことができる。利用者の自宅のある地区の高齢者サロンに当ホームの運営主体である社会福祉協議会本部の職員が関わっていることから、その職員とともに参加し、歓談してくる利用者がある。また、馴染みの美容院に家族と出掛ける方もおり、在宅時からの関係を継続できるようにしている。殆どの利用者は訪問の理美容を利用しており、その美容師とも馴染みの関係となっている。	
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	自由に活動する時間も設けているが、基本的には共有スペースで一緒に過ごしなが、体操をしたり、歌を唄ったりと活動を行っている。食事と一緒にとる様になっている。		
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	亡くなった後はグリーフケアに努めている。在宅や施設、病院については相談員と連携をとりながら、必要な情報提供を行い、アフターケアに努めている。		
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	その方の生活歴を把握し、本人の希望に沿うようにしている。又趣味や生活歴から何が好きか、どんな事がしたいか想像しながら、試行錯誤を繰り返して本人の意向に沿ったケアを提供出来るようにしている。	自分の思いや意向を表出できる利用者は殆どなく、生活歴や家族からの情報を基に日々の関わりの中での表情や仕草から読み取るようにし、また、つぶやきなどからも把握するようにしている。利用者がこれまで在宅時に行っていた役割や趣味など、それぞれの状態に応じてホームでも継続できるように本人の意向を尊重しながら促している。しかし、入居当初から高齢化と重度化が進んでいることから難しくなっている。把握した利用者の思いや意向についてはケース記録に記載したり、勤務者の引継ぎの際に申し送りをして、職員間で共有している。	
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	本人、家族への聞き取り、担当ケアマネジャー等の情報提供により、暮らし方の把握に努めている。		
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	本人や同居のご家族、お知り合い等から情報提供をいただき、普段の生活の把握に努めている。情報提供だけでなく、入居後の暮らしの中で何が出来て、出来ないかを判断していく。		

グループホームみよた

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
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、家族とは必要に応じて話し合いを行い、現状に即した介護計画を作成している。事業所会議では介護計画の確認を行い、必要であれば変更をかけている。	利用者の状態に合わせて、介護計画の長期目標を6ヶ月から1年、短期目標を3ヶ月から6ヶ月に設定し支援している。毎月のケース検討会議にて職員全員でモニタリングを実施している。計画の見直し時には利用者や家族のニーズを基にアセスメントし、利用者の強みや「その人らしさ」にも焦点を当て作成している。また、利用者に身体状況の変化が見られた場合には随時アセスメントし、見直しを行っている。	
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	1日の時系列で個別に記録の作成を行っている。客観的な事実を記載する様にしている。特に入居者の発言についてはなるべく記録する様にしている。記録の内容を振り返り、行動や発言を元に計画の見直しを行っている。		
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	その時に必要な支援(受診、買い物等)については、家族が出来ない場合は臨機応変に対応している。以前在宅で看取り希望のある方がいた時は、本人、家族にとっても慣れ親しんだ事もあり、訪問介護員として自費サービスで身体介護にいった事もあった。		
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	家族、近隣の方、ボランティアグループ等のもともとある繋がりについては、自宅と同じように訪問してもらったり、逆に連れ出しで外出等もしている。		
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	基本的には入居前からの主治医のまま受診対応している。基本的に家族対応の受診を行っているが、困難な場合は往診可能な医療機関を紹介して選択してもらっている。緊急時は医療職の指示の下、適切な医療機関に受診する事もある。	入居時には在宅で利用していたかかりつけ医の継続やホームの協力医を選択できることを説明している。現在、ホームの協力医を利用している方が三分の二ほどおり2週に1回の往診で対応している。他の利用者は家族が同行し定期的に受診している。家族との関わりを継続する観点から、基本的にかかりつけ医や内科以外の専門科への受診は家族対応となっており、都合のつかない時は職員が対応している。その際、日々のバイタルサインの記録や食事量、看護師からの申し送り事項などの情報を提供し、受診結果は家族と職員間で共有している。また、ホームには常勤と非常勤の看護師がそれぞれ一人ずつおり、医療的なことや健康観察、医療機関との連携などを行い、日勤帯では必要に応じて法人の看護師の協力を得ることもできる。更に、夜間帯を主として訪問看護ステーションとの連携をオンコールで取れるようにしている。歯科については必要時に訪問診療を受けることができるようになっている。	
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	バイタル測定や皮膚トラブル、排泄の管理等を日々の情報共有シートや生活記録に記載し、看護師に情報共有し、必要な処置を行っている。指示があれば受診、往診の対応も行う。又隣接する同法人の看護師と緊急時の連携をとる体制を整えている。		

グループホームみよた

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
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。	入院時には本人の支援方法に関する情報を医療機関に提出している。入院中は職員が定期的に顔を出し、病院の相談員と相談しながら退院に向けての調整を行う。退院時は可能な限り同席し、本人、家族への配慮もおこなっている。		
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、事業所です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	入居の段階で看取りの指針についてはご家族に説明を行っている。看取り期については体調変化も顕著になる為、家族とは密に連絡を取りながら対応し、必要であれば介護計画の変更もしながら、本人、家族を支えている。	ホームとしての「看取りに関する指針」があり、入居時と身体機能低下により重度化した場合に家族へ説明し同意を得ている。また、医療的ケアを希望される場合には住み替えを含めて検討している。昨年度から1名の利用者を看取り、家族・医師・看護師・ホーム職員で情報の共有や連携を図りながら、職員間では申し送りや職員会議などでその時点での状態把握やその後想定される経過などを話し合っており、最期を見送ることができたという。また、亡くなられた利用者の家族には、ホームでの思い出を綴った手紙を後日送付するなど、グリーフケアにも努めている。	
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	法人研修では緊急時の対応を学んでいる。事故発生時の対応はマニュアルを元に対応している。万が一介護職で判断がつかない場合は、訪問看護にオンコールで繋がる様になっている為、相談をかけている。		
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2回避難訓練を日中、夜間の想定で行っている。コロナ禍で避難訓練は事業所単独で行っていたが、地域住民への参加を促し、実施していく予定である。	年2回、昼・夜と火災想定での避難誘導や消火訓練を実施している。消防署員の立ち会いもあり、アドバイスを頂いている。例年であれば運営推進会議の委員や地元消防団も参加して実施していたが、新型コロナ禍が長引いたこともあり、また、感染拡大が予断を許さないことからホームのみで行っており、今後、元へ戻していこうとしている。非常災害時の連絡網が整備されており、ホームの非常ボタンを押すと近隣住民へ連絡され、協力を得られる体制となっている。更に、隣接する法人本部は福祉避難所として登録されているため、食料や水、介護用品の備蓄が用意されており、ホーム内にも食料品や飲料水、カセットコンロ、ストーブなどを備蓄し、万が一に備えている。	
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	長く生きてこられた事を常に頭に置き、本人の人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応を心掛けている。	法人の身体拘束防止委員会で実施する高齢者虐待防止や権利擁護の研修を受講して伝達研修をしたり、職員会議で不適切ケアについて随時ふれることによって職員の人権意識を高めている。また、年長者への敬意を忘れずに声掛けをしたり接するようにしている。利用者の中にはその日、その時、異性による排泄介助や入浴介助を好まない方がいることから、極力同性で対応しプライバシーやその方の人格を尊重するようにしている。	

グループホームみよた

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
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	その方の生きてきた生活を、職員間で共有し、日々の希望を気軽に言える様な関係作りをしている。言葉だけでなく、表情や仕草などから、自己決定出来るような働きかけを行っている。		
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	なるべく本人のペースに合わせて支援できるように心掛けている。日常生活の中で本人に何がしたいか話してもらう時間を持ち、その人らしい生活ができる様に支援している。		
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	自室には自分の馴染みの衣類があり、本人と一緒に選ぶ時間を設けている。		
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	献立は入居者の希望を取り入れている。季節や行事にちなんだメニューを取り入れた食事の提供を行っている。	現在、三分の二の利用者が自力摂取でき、他の方は一部介助となっている。常食の方は三分の一ほどで、三分の二の方については状況に応じて副食を粗刻みや刻みにして提供している。献立は利用者により好みや希望を聞きながら職員が作成しており、平日は調理専門の職員が昼食と夕食の副食を用意し、朝食と土曜日・日曜日の三食は職員が賄っており、法人の管理栄養士にもカロリー面での相談をしている。利用者は力量に応じて皮むきや下膳など行っている。また、お寿司をテイクアウトしたり、誕生日にケーキでお祝いし、楽しんでいる。更に、近所の方からの野菜の差し入れがあり、季節の味を楽しんでいる。	
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	栄養バランスは法人全体の食事関係をみている管理栄養士に助言をもらいながら食事の提供を行っている。水分量、食事は記録し確認している。		
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	朝、昼、夕の食事後に本人に声掛けをし実施している。なるべく自分で行ってもらえる様に支援しているが、出来ない方は介助で対応している。		
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	自分でできる方は、本人にお任せし対応しているが、失禁等ある為、本人の自尊心を傷つけないように考慮している。尿意、便意のない方は食前、食後等に声かけを誘導してトイレでの排泄を促す様にしている。	現在自立の方と全介助の方がそれぞれ若干名ずつおり、他の方は何らかの介助が必要な状況でリハビリパンツやパットなどを使用している。排泄に関してはタブレット端末に入力し記録していることから時系列で見ることができ、一人ひとりの排泄パターンを把握し、本人の生活リズム配慮したケアを心掛けている。また、排泄用品に関してはホームで購入し、在庫管理も行っており、用品の選択に当たっては職員が利用者の状況に合ったものを家族に提案し了解を得ている。	

グループホームみよた

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
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	水分、バランスの良い食事をとる様に心掛けている。生活の中で必要な歩行と集団体操、歩行訓練等も出来る限り行っている。排泄のサイクルを管理して、定期的に出ない人に対しては、薬での調整も行っている。		
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	曜日、回数は決まっていないが、時間帯は午前中が主となっている。入浴を拒否する方については無理強いせず本人のタイミングに任せている。	利用者の状態や気分に合わせて曜日を固定せず、週2回から3回、主に午前中に入浴をしている。現在、全利用者が見守りで、洗身、洗髪、移動介助など、介助が必要な状況となっている。リフトを使用し入浴する利用者が半数弱ほどいる。利用者の中には入浴を拒否される方がいるが、声掛けを工夫したり、時間をおいて誘うなど、入浴してもらえるように努めている。また、入浴時に季節を感じてもらえるように菖蒲湯やゆず湯などを行っている。	
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	本人への意思確認を行いながら、その時々で休息をとっていただいている。夜間が安眠できる様、日中活動を活発にできる様に努めている。		
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	各利用者の内服している薬については職員間で共有を行っている。症状の変化があった場合は、担当主治医に指示を仰ぎ対応している。		
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	洗濯物たたみ、食事作りの手伝い等、出来る事については役割をもってやってもらえる様に支援している。過去の生活歴に合った、本人の得意分野で力が発揮できるように努めている。		
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	外出は基本的に自由。家族と外食、通院、買い物等出掛けてもらっている。もともと住んでいた地区のサロンへも、地域の協力でお出掛けしている。定期的に入居者の中で希望者を募り、ドライブにも出掛けている。	日常的にはテラスで外気浴をしながらお茶を飲んだり、おにぎりを食べたりしている。外出時には車イスを必要とする方が多く、少人数で桜やアジサイ、コスモス、紅葉などを見にドライブに出かけている。自宅のある地区の高齢者サロンに出掛ける方や家族とともに外食に出掛けたりする利用者もいる。家族の介護力があり、一時帰宅や外泊する利用者もいる。	
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	金銭管理を行う事が難しい方が多い為、お預かり金という形で施設金庫に保管し、必要時に使用するという形で施設で管理している。使用する場合は本人、家族に許可をとりながら、使用する。本人希望時も家族に確認する。		

グループホームみよた

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
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	自身で携帯を所持している方もおり。連絡は自由にとっていただいている。本人からの希望があれば連絡できる状態になっている。		
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	一年を通じて季節感を感じてもらえる様に、季節感のある飾り付けをしたり、季節の花を飾ったりして対応している。温度、湿度を確認しながら、適切な温度管理ができる様に配慮している。	利用者の憩いの場であるホールは窓からの日当たりが良く、利用者と一緒に作成した季節の飾り付けが飾られている。横のスペースには炬燵があり、寛げるようになっており、暖房は床暖房とパネルヒーター、ファンヒーターで温度調節されて、寒さを感じることはない。ホール横のテラスは洗濯物を干すだけでなく外気浴や気分転換の場所としても利用されている。浴室は半埋め込み式の2方向から介助できる浴槽となっており、浴室用車イス吊り下げ式のリフトも備え付けられているため、立位が困難な方でも入浴することができる。冬季は予備暖房とファンヒーターを用いてヒートショックを防止している。またトイレは3ヶ所あり、うち2ヶ所は車いすの方でも利用できる広さがある。そうした中で、利用者がボール遊び、手つなぎ、歌、クイズなどのレクリエーションを職員と共に楽しんでいる。	
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	基本的に一人一人の席は決まっているが、状況によって変更も行う。コタツスペースもあり、横になったり、お茶を飲んだりできる様にしている。		
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	ベッド以外は本人が自由に持ち込める様になっている為、馴染みの家具、テレビを持ち込み、自分なりのお部屋作りをしている。身体状況によって家具移動が必要な場合は相談して対応する。	広さに違いはあるが、全室和室で、押し入れと障子や縁側があり、趣のある造りとなっている。また、エアコンとパネルヒーターで空調管理がされている。基本的には馴染みの物や自宅で使用していたものなど、持ち込みは自由となっており、入居の際に伝えている。居室の中には在宅で使用していたタンスやテレビ、炬燵、ピアノ、親族の遺影などが置かれた居室があり、また、畳の上に絨毯を敷きベッドを使用する方など、利用者が思い思いに生活していることを窺うことができた。	
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	建物内については基本的にバリアフリーで段差のない構造になっている。又、トイレ、居室に繋がる動線には手すりが設置され、自分の力で移動し易い環境になっている。		