

1 自己評価及び外部評価票

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2070600115		
法人名	医療法人こまくさ会		
事業所名	グループホームこまくさの森		
所在地	長野県諏訪市中洲豆田5924		
自己評価作成日	平成30年6月26日	評価結果市町村受理日	平成30年11月26日

※事業所の基本情報は、公表センター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	<a href="http://www.kai.gokensaku.mhlw.go.jp/20/index.php?action=kouhyou_detail_2017_022_kani=true&amp;JievosvoCd=2070600115-00&amp;PrefCd=20&amp;VersionCd=022">www.kai.gokensaku.mhlw.go.jp/20/index.php?action=kouhyou_detail_2017_022_kani=true&amp;JievosvoCd=2070600115-00&amp;PrefCd=20&amp;VersionCd=022</a>
----------	--

【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 福祉総合評価機構 長野県事務所
所在地	長野県飯田市上郷別府3307の5
訪問調査日	平成30年9月6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)】

<p>① 協働生活を意識し、利用者が持っている力を発揮しやすいように職員は支援している。雑巾・アクリルたわし・足拭きマットなど共同で使用する物は手作りしている。</p> <p>② 医療連携が充実している。週1回の往診がある。在宅時からの主治医を継続している方については、病状により照会したり、主治医が対応困難な時は他の専門病院に紹介したりしている。緊急時は家族が希望している医療機関に救急搬送している。</p> <p>③ 日本の伝統行事をほほ行う。四季折々の行事食は利用者職員と一緒に手作りし楽しんでいる。</p> <p>④ 家族との連携を密にし、面会時には近況報告をし、質問には丁寧に答えている。また、小遣い管理を透明化し、領収書はすべて家族にお渡ししている。身体状況の変化に伴うことや購入品の相談も日常的に行っている。また、家族の協力のもと、外泊・外出支援も行っている。</p>
---

【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)】

<p>このグループホームは、インターチェンジの近くという特殊な位置にあるが、隣接する同一法人内の介護老人保健施設を始め、中心となる医院や特別養護老人ホームなど多くの関係機関の協力を得て安心・安全に守られている。そのため、グループホームの管理者やリーダーは経営や運営を任せて、利用者のケアを中心に力を注ぐことができている。</p> <p>特に、利用者一人ひとりの「暮らしのサポート記録」や「24時間暮らしのデータ」を通したケアの実践は、利用者本位の自立支援プランになっている。</p> <p>利用者の高齢化が進んできている中、新入職員も増えてきつつあり、課題も多くあるが、これからさらに発展していくグループホームであると考えている。</p>
---

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。ユニットが複数ある場合は、ユニットごとに作成してください。

ユニット名( 嵯峨野 )		項目	取り組みの成果 (該当する箇所を○印で囲むこと)	項目	取り組みの成果 (該当する箇所を○印で囲むこと)		
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 (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、戸外に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させている (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				

ユニット名( 深草 )		取 り 組 み の 成 果		取 り 組 み の 成 果			
項 目		取 り 組 み の 成 果		取 り 組 み の 成 果			
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ます (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 (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、戸外に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				

(別紙)

自己評価および外部評価票

※「自己評価の実施状況(太枠囲み部分)」に記入をお願いします。[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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	月1回のユニット会議で協議し、利用者が力を十分発揮できるように支援しているかを確認している。	法人「こまくさ会」の基本理念を基に、2ユニットとして新しく発足したグループホームの思いを、独自のコンセプトとして、「利用者・職員共に協働生活の中で自身の強みを発揮しながら、又家族の協力を得て、“わ(和・輪)”を育み、その“わ”を地域に広めていきます」という文言に表し、実践に取り組んでいる。	
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	ボランティアさんは地域の方に入っているため地域とのつながりはできているが、商業施設が近くにない、職員が代行で他へ買い物をしている状態なので、近隣とのつながりが弱い。地域消防団の見回りが週2回ある。	グループホームの周りはインターチェンジの商業施設が大部分で、地域の組合とか民家とのつながりがほとんどない所なので、地域や利用者家族の方々のボランティアや、地域の小中高等学校・福祉大学の方々とのつながりを大切にしている。	
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	地域の小中学校との交流、サマーチャレンジ、高等学校の福祉体験学習、福祉大学の実習等、福祉の体験場として活用している。傾聴ボランティアさんと認知症ケアについて交流会で意見交換をしている。		
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	日々の生活の様子の報告を行い、理解を頂くとともに、そこで頂いた意見をサービスの向上に取り入れ、改善された事項(感染症対策、転倒事故等)の報告も行っている。地域の資源の情報も頂いている。	新たに運営推進会議に利用者や利用者家族、地区会長の参加を得て、利用状況や、感染症予防、転倒事故の対応、離棟への対応などを話合ったり、グループホームでの行事を紹介し、協力してもらったりして、サービス向上に活かしている。	運営推進委員のグループホームへの行事へ参加してもらい、グループホームへの更なる理解や支援を期待したい。
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	運営推進会議には広域連合、市町村の担当者の出席をお願いしている。また、市介護相談員の訪問により利用者・職員に助言を頂いている。諏訪圏域の研修会に参加し予防対策を立てている。	運営推進会議には広域連合、市町村の担当者、市の介護相談員の出席があり、広い視野からの助言や指摘が多くある。また、月1回の市の介護相談員の訪問では利用者や職員に具体的な助言等があり、密接に連携を取っている。	
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「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	法人の介護保険老人施設に準じたケアを行っていたが、法改正に伴い、本年度よりグループホーム独自の身体拘束委員会を設置した。全職員に研修を義務付け、ケアの見直しができるように計画している。	グループホーム独自で身体拘束委員会を設置して、身体拘束のないケアの実践を目指している。嵯峨野ユニットでは離棟の事例はなく、玄関は普段施錠はしていない。他に身体拘束の事例はない。	
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	日々のケアの中でどんなケアが虐待にあたるのかを意識して利用者に関わっている。特に言葉遣いについて気をつけ、リーダーが中心となって気配りしている。		

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	過去に受けた研修のみで、このところ研修を受けていない。早期に勉強の機会を持つ必要がある。		
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	丁寧に説明し、質問には丁寧に答えている。特にリスク・緊急時の対応・医療連携・料金等詳しく説明し、同意を得るようにしている。意向も伺い、ケアプランに反映している。		
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	面会時等に伺った家族の意見はリーダーに報告するようにしている。また、リーダーが聞いた家族の意見等も合わせ、業務日誌の連絡事項に記載し、周知できるようにしている。	意見箱を設置したり、家族会を開いたりしているが、利用者家族からの意見や要望はほとんど出てこない。面会時や電話連絡時での普段の会話を大切に聞き取るように努めている。また、利用者からの意見や要望は、利用者同士の会話や職員との会話から聞き取るように努めている。このような聞き取りから、外出先や食事の献立の要望を反映させてきている。	
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1回のユニット会議の開催の折には、全職員に、議題についての意見のレポートを提出してもらい、欠席の職員の意見や提案も会議に反映できるようにしている。会議は協議できるところから着手している。会議録は全職員に配布し、周知している。	各ユニットごとにユニット会議を開催し、介護計画の見直しやケアの様子等について話し合っている。職員は議題についての意見や普段感じたり、思ったりしたことをレポートにして提出し、それを基に話し合っていくのでスムーズに進み、職員の意見も出やすい。「おいしく食べて、すっきり排泄、ぐっすり眠る」を目標として、活発に話し合いを行っている。また、ユニットの枠を越えた全職員で接遇・入浴・排泄・環境・食事の委員会を設け、それぞれの課題について話合っている。	
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	職員に資格取得を勧めて、自主勉強を勧めたり、研修に参加してもらったりしている。各資格ごとに資格手当を付けている。		
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	キャリアごとに研修参加を促している。昨年度は介護支援専門員に1名、介護福祉士に1名合格した。今年度は認知症介護実践リーダー研修を1名受講している。		
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	グループホーム連絡会(南信の集い)に参加したり、諏訪圏域研修会参加の折に情報交換をしたりする程度で、グループホーム間の相互訪問までは至っていない。		

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
<b>Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	本人から話を聞いたり、家族から生活習慣や好みなどを聞きとったりして、できるだけその生活に近づけるようにしている。本人とのコミュニケーションをしっかりとるようにしている。		
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	家族の話聞き、こんなふうにして欲しいという話があった時は、意向に沿うように対応している。		
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	家族の話の中から必要としていることを見出し、そのつど対応している。		
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	生活の中でできることを見極め、一緒に行って頂くようにしている。特に、食事づくりは一緒に行うようにしている。		
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	外泊・外出時にはスムーズに行えるよう、その方に合った支援を行っている。家族には協力できそうなことはお願いし、協力して頂いている。		
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	家族と一緒に姉弟の所に行ったり、馴染みの美容室へ行ったりしている。	お正月やお盆には帰宅したり、兄弟・姉妹の家を訪問したり、馴染みの美容室に行ったりすることが気安くできるように支援している。また、家族や親戚以外の友人や知人との面会や電話のやり取りが気楽にできるように支援している。	
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	話の合う方同士が同じテーブルで話をしたり、時には利用者全員がテーブルを囲んで食事をしながら話をしたりすることもある。		
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	特別養護老人ホームへ入所した方へは入所後訪問することもあるが、短期間で終了する場合がある。自宅に帰られた方へは担当ケアマネージャーから話があるときに対応する場合が多い。		

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
<b>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</b>					
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	できる限り利用者の意向を聞き、利用者と一緒に協力して作った食事を皆で食べたり、趣味活動を行ったりして頂き、難しそうなところは支援している。	利用者担当の職員を中心に、利用者一人ひとりの意向や思いを、その会話や様子から把握するために、「暮らしのサポート記録」や「サポート記録(データー)」を活用し、それらを「24時間暮らしのデーター」にまとめて検討している。この「24時間暮らしのデーター」には、時間を追った暮らし方に、意向・好み、自分でできること、コメントを記載するようになっていて、変更時には赤で記入し、職員が共通理解できるようになっている。	
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	利用者と話をすることで、暮らしてきた環境や生活スタイル等を把握するように努めている。		
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	利用者一人ひとりの力に合わせ、日々できることを行って頂き、起床時間も特に定めることなく、本人のペースで起きて頂いている。「24時間暮らしのデーター」を活用している。		
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	「24時間暮らしのデーター」を活用し、本人の暮らしを把握し、変化のあるときはそのつど変化に合わせて対応する。ユニット会議で話し合い、ケアプランを変更し、振り返りも行っている。	「24時間暮らしのデーター」を基に、利用者担当の職員とともにケアプランを作成し、「生活プラン～サポート経過」でモニタリング・評価してユニット会議で話し合い、サービス担当者会議で話し合い、検討している。そのケアプランは、自立支援プランを活かしたものになっている。	
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	利用者の日々の様子をケアプランに沿って記録し、変化があった時は、職員全員がしっかり共有できるように細かく記録している。		
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	本人の身体状況の重度化に伴い、家族・医療・福祉用具事業者との連携が密になってきている。その中で本人にとって一番良いと思われる方法を考えている。諏訪圏域、認知症研修会、情報誌等で新しい情報収集にも努めている。		
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	歯科往診や髪のカット時などに来ていただいた方と話をしたり、習字ボランティアの方とも話をしたりして楽しんでいる。近隣の小学校の児童との交流会もある。		

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
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	週1回主治医の往診がある。体調に変化のある時は相談したり、24時間対応してもらえる。また、協力歯科医院もあり、往診してもらえる。	法人内の内科の医院が主治医として、24時間対応で、週1回の往診を引き受けてくれ、手厚い診療や相談を受けることができる。また、歯科医の往診もあり、安心して生活できるようになっている。そして、相談に乗ってくれる看護師が適切なアドバイスや判断をしてくれている。	
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	看護師とは常に連携しながら、アドバイスをもらい介護に活かしている。		
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。	ソーシャルワーカーや看護師と連絡を取り、入院中は病院に面会に行き、退院後の生活も踏まえ、治療や退院がスムーズに行えるよう配慮している。		
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	契約時に方針を説明している。要介護3に進んだころから利用者の身体状況、介護体制をふまえ、本人が安楽に生活できる環境について家族と話し合っている。入院に至るような体調不良に至った時には、そのつど今後の生活について話をしている。	利用者の高齢化や症状の重度化が進んでいるが、ここ2年ほどは看取りなどはしていない。利用者に痰の吸引等医療上の課題がある時には、家族や医療機関とも相談し、利用者のより良い対応ができるようにしている。	
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	緊急事態発生時の連絡体制はできている。訓練を職員全体では行っていないが、業務の中で職員同士で話し、急変や事故発生時に備えている。感染症対策は周知徹底している。		
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	緊急連絡網の整備し、年2回、市消防署指導の下で避難訓練を実施している。防災・リスク担当者を中心にユニット会議で話し合い、グループホーム内の体制を見直している。冷蔵庫の食品庫内には3日間ほどの非常食品が常時ある。地区の消防団の月2回の夜間巡回がある。	運営推進会議でも話題になってきたことであるが、ハザードマップで確認したところ、洪水や冠水、土砂災害の危険がない地域であった。すぐ隣に設置されている同一法人内の介護老人保健施設と連携して避難訓練等を計画できるといった点で、安心できる。	
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	利用者本位で、丁寧な言葉遣いをして、人生の大先輩に対する敬意の念を持って関わるようにし、笑顔での対応を心掛けている。接遇委員会が、年2回接遇チェック等を行い、全職員が自己の対応を振り返るようにしている。	男性職員が増え、現在5名であるが、皆優しくて、上から目線の対応にならないように留意している。職員は接遇チェックを行って自己評価し、日々のケアに活かしている。また、利用者の尊厳や敬意を表わし、特に排泄支援などにおいては、他に聞こえないように小声で話すようにしている。	

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
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	お茶の時の飲み物、菓子等は本人に選んで頂いている。また、行事食の時は選択できるように複数の飲み物を用意するようにしている。		
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	起床時間、入浴時間は利用者のペースにほぼ合わせている。散歩などの希望にはできる限り沿えるように支援している。		
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	洋服は本人と一緒に選ぶようにしている。シャンプー、ボディソープ、化粧水等、その方の好みものを使用している。散髪もその方の好みに合うよう美容師に本人の意向を伝えている。		
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	料理が得意な方には一緒に作って頂いたり、盛り付けや準備等行って頂いている。大先輩の知恵を頂いて職員は得した気分になることもある。	「おいしく食べて」を目標に、季節や行事に合わせた月1回の「こまくさご膳」を利用者は楽しみにしている。この地域で採れた野菜、娘が作った野菜などを食することでおいしくい食事が進んできている。また、利用者一人ひとりの状況にあった、ペイスト食やきざみ食を提供して、食事ができることの大切さを実感できるようにしている。	
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	「サポート記録(データー)」にそのつど食事・水分摂取量を記載、摂取量の少ない方については申し送りを行い、栄養確保に努めている。水分は一人ひとりの好みに合わせ提供している。食事摂取量の少ない方には主治医に相談し、高カロリー食も提供するようにしている。		
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、口腔ケアを行っている。就寝前に義歯を外して頂き、義歯の洗浄もしっかり行うようにしている。週1回、義歯洗浄剤を使用している。歯(義歯含め)に異常のある時は歯科医の往診を受けるようにしている。		
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	排泄記録をつけて一人ひとりの排泄パターンの把握をしている。日中はほぼ全員が布パンツを使用している。パットはその方に合わせてサイズを選択している。	「すっきり排泄」を目標にして、利用者一人ひとりの排尿・排便をチェックして、いつでもトイレ支援ができるようにしている。日中は布パンツでも快適に過ごせるようにしている。また、夜は、パットを使ったり、リハビリパンツを利用したり、声かけをしたりして、安心して眠ることができるようにしている。	



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
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	野菜の多い食事やヨーグルトを提供したり、健康飲料を全員が飲用して便秘の予防をしている。排便記録をつけたり、一人ひとりの排便状況を把握し、医師と連携し便秘状態に合わせて下剤を服用するようにしている。廊下のモップ掛け等促し、運動もして頂いている。		
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	24時間いつでもお湯が出る設備を整えている。利用者の入浴希望に沿うように時間を調整し、順番も考えている。	1週間に2回程度入浴できるようになっている。ほとんどの利用者は職員の介助をしてもらい、座って洗ったり、湯船に浸かったりできる。季節に合わせて、菖蒲湯や柚湯を楽しんだりしている。法人内に温泉の浴槽を持った施設があるので、そこでの入浴を計画していきたいと語っている。	
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	利用者の習慣に合わせて、ベットにしたり、床(布団)対応にしたりしている。天気の良い日には布団干しをしたり、リネンの洗濯をしたりするように支援している。		
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	「サポート記録(データー)」に薬の説明書を入れ、周知している。薬に変更のあった時は「業務日誌」に記載し周知して、様子を観察するようにしている。往診時の記録も記載し、周知するするようにしている。嚥下機能によりその方にあった形態で服用して頂いている。		
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	本人の得意なこと(編み物など)を日々行って頂いている。コーヒーなどは意向があればそのつど出している。		
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・外泊ができる方には家族に協力して頂いている。職員はスムーズに外出・外泊が行えるよう家族の意向も踏まえ、準備等の支援をしている。	グループホームはインターチェンジの近くに位置していることや高齢化が進んだりしていることから、近隣への散歩や買い物に出る機会が少なくなってきた。利用者は、隣の介護老人保健施設と接している中庭の散歩をしたり、ベランダに出て日光浴を楽しんだりしている。また、季節や行事に合わせた外出を楽しみにしている。	
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	小遣い用の財布を預かり、自由に買い物ができるようにしているが、ほとんどの方は買い物を依頼される。依頼された時は職員が代行で買い物をし、領収書を家族の代表者に渡すようにしている。小銭を自身で持っている方もいるが、管理できる方はいない。		

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
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	意向があればいつでもグループホーム内の電話を使用して頂くようになっている。また、そのようにさせて頂くことも家族に話している。		
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	玄関リビングには常に花を飾り、季節感を感じて頂けるようにしている。夏季はガラス戸を開け、外の風を入れるようにしている。	ユニットの名前が示しているように、建物全体のインテリアが和風になっていて、落ち着いて過ごせるようになっている。利用者の写真や習字などが貼ってあったり、手作りの人形が飾ってあったりして居心地のよい空間になっている。利用者はこの共用スペースで談笑したり、昼寝をしたりしてゆったり過ごしている。	
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	リビングでは気の合った方同士で同じテーブルで過ごされている。時にはソファでゆったり過ごされている方もいる。		
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	本人が今まで使っていた物や本人が作った作品等を飾っている。	「ぐっすり眠る」を目標に、利用者それぞれの居室は、習慣などを考慮してベッドにしたり、床敷きの布団にしたりしている。また、利用者が慣れ親しんできた家具や置物が置かれ、自分の作品や写真で飾られ、過ごしやすいように工夫されている。	
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	ほぼバリアフリーで、玄関の段差は11.5cmと低くしている。廊下は車椅子での自操が可能で、木の手すり設置し、居室入口に表札をつけている。トイレ内便座の左右前に手すりがあり、身体状況に合わせて使用でき、最小限の介助で排泄が可能である。洗面所には大きな鏡があり、歯磨き、洗顔、整髪が自由にできるようになっている。		

(別紙)

自己評価および外部評価票

※「自己評価の実施状況(太枠囲み部分)」に記入をお願いします。〔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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	月1回のユニット会議で協議し、利用者が力を十分発揮できるように支援しているかを確認している。	法人「こまくさ会」の基本理念を基に、2ユニットとして新しく発足したグループホームの思いを、独自のコンセプトとして、「利用者・職員共に協働生活の中で自身の強みを発揮しながら、又家族の協力を得て、“わ(和・輪)”を育み、その“わ”を地域に広めていきます」という文言に表し、実践に取り組んでいる。	
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	ボランティアさんは地域の方に入っているため地域とのつながりはできているが、商業施設が近くになく、職員が代行で他へ買い物をしている状態なので、近隣とのつながりが弱い。地域消防団の見回りが週2回ある。	グループホームの周りはインターチェンジの商業施設が大部分で、地域の組合とか民家とのつながりがほとんどない所なので、地域や利用者家族の方々のボランティアや、地域の小中高等学校・福祉大学の方々とつながりを大切にしている。	
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	地域の小中学校との交流、サマーチャレンジ、高等学校の福祉体験学習、福祉大学の実習等、福祉の体験場として活用している。傾聴ボランティアさんとは認知症ケアについて交流会で意見交換をしている。		
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	日々の生活の様子の報告を行い、理解を頂くとともに、そこで頂いた意見をサービスの向上に取り入れ、改善された事項(感染症対策、転倒事故等)の報告も行っている。地域の資源の情報も頂いている。	新たに運営推進会議に利用者や利用者家族、地区会長の参加を得て、利用状況や、感染症予防、転倒事故の対応、離棟への対応などを話合ったり、グループホームでの行事を紹介し、協力してもらったりして、サービス向上に活かしている。	運営推進委員のグループホームへの行事へ参加してもらい、グループホームへの更なる理解や支援を期待したい。
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	運営推進会議には広域連合、市町村の担当者の出席をお願いしている。また、市介護相談員の訪問により利用者・職員に助言を頂いている。諏訪圏域の研修会に参加し予防対策を立てている。	運営推進会議には広域連合、市町村の担当者、市の介護相談員の出席があり、広い視野からの助言や指摘が多くある。また、月1回の市の介護相談員の訪問では利用者や職員に具体的な助言等があり、密接に連携を取っている。	
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「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	法人の介護保険老人施設に準じたケアを行っていたが、法改正に伴い、本年度よりグループホーム独自の身体拘束委員会を設置した。全職員に研修を義務付け、ケアの見直しができるように計画している。	グループホーム独自で身体拘束委員会を設置して、身体拘束のないケアの実践を目指している。深草ユニットでは離棟の事例があり、玄関を普段施錠する場合がある。離棟の対応を話し合ったり、施錠解除の取り組みについて話し合ったりしている。	
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	日々のケアの中でどんなケアが虐待にあたるのかを意識して利用者に関わっている。特に言葉遣いについて気をつけ、リーダーが中心となって気配りしている。		

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	過去に受けた研修のみで、このところ研修を受けていない。早期に勉強の機会を持つ必要がある。現在、成年後見人制度を利用している利用者を1名受け入れて対応している。		
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	丁寧に説明し、質問には丁寧に答えている。特にリスク・緊急時の対応・医療連携・料金等詳しく説明し、同意を得るようにしている。意向も伺い、ケアプランに反映している。		
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	面会時等に伺った家族の意見は管理者に報告するようにしている。また、管理者が聞いた家族の意見等も合わせ、業務日誌の連絡事項に記載し、周知できるようにしている。	意見箱を設置したり、家族会を開いたりしているが、利用者家族からの意見や要望はほとんど出てこない。面会時や電話連絡時での普通の会話を大切に聞き取るように努めている。また、利用者からの意見や要望は、利用者同士の会話や職員との会話から聞き取るように努めている。このような聞き取りから、外出先や食事の献立の要望を反映してきている。	
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1回のユニット会議の開催の折には、全職員に、議題についての意見のレポートを提出してもらい、欠席の職員の意見や提案も会議に反映できるようにしている。会議は協議しできることから着手している。会議録は全職員に配布し、周知している。	各ユニットごとにユニット会議を開催し、介護計画の見直しやケアの様子等について話し合っている。職員は議題についての意見や普段感じたり、思ったりしたことをレポートにして提出し、それを基に話し合っていくのでスムーズに進み、職員の意見も出やすい。「おいしく食べて、すっきり排泄、ぐっすり眠る」を目標として、活発に話し合いを行っている。また、ユニットの枠を越えた全職員で接遇・入浴・排泄・環境・食事の委員会を設け、それぞれの課題について話合っている。	
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	職員に資格取得を勧めて、自主勉強を勧めたり、研修に参加してもらったりしている。各資格ごとに資格手当を付けている。		
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	キャリアごとに研修参加を促している。昨年度は介護初任者研修を1名が終了した。本年度は介護初任者研修を1名が受講中、介護福祉士を目指して実務者研修を1名が受講予定である。		
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	グループホーム連絡会(南信の集い)に参加したり、諏訪圏域研修会参加の折に情報交換をしたりする程度で、グループホーム間の相互訪問までは至っていない。		

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
<b>Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	言葉遣いに注意し、本人の様子を見ながら不安なことを探り、不安が解消していくように笑顔で丁寧に対応している。		
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	家族からの情報は大切なので、こちらから聞くことが多い。面会に来られた際に、本人の様子を話すとともに、要望を聞いたり、こちら側の疑問点を聞くようにしている。		
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	本人、家族はもとより、居宅担当のケアマネージャー、病院のソーシャルワーカーから情報を得て対応している。ほとんどの方が認知症状の進行で入居を望んでおられるので、福祉用具の事業者との相談や機能低下予防対策を介護老人保健施設のリハビリスタッフに相談することが多い。		
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	エピソード記憶に着目し、本人の力を見極め、できそうなことは存分に力を発揮して頂いており、難しそうなところは職員が支援している。		
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	家族に季節ごとに衣類・寝具の交換を依頼している。好きな食べ物の差し入れをして頂いたり、面会時は居室でゆっくり過ごして頂いたりするなど配慮している。また、居室内のレイアウトも家族や本人と相談しながら行っている。		
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	面会はいつでも気軽に来て頂けるように、挨拶や言葉遣いを丁寧にするなど配慮している。友人、近所の方や家族・親戚の方以外にも面会に来る方がいる。	お正月やお盆には帰宅したり、兄弟・姉妹の家を訪問したり、馴染みの美容室に行ったりすることが気安くできるように支援している。また、家族や親戚以外の友人や知人との面会や電話のやり取りが気楽にできるように支援している。	
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	利用者一人ひとりの特性や人間関係を把握し、話の合いそうな方同士が同じテーブルになるように配慮している。また、認知症状により攻撃性ができるだけ出ないように常に様子観察を行い、関わり方を工夫している。		

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	特別養護老人ホームに入所し、契約終了というケースが多いが、入所後訪問したり、交流の機会等で様子を伺っている。入所先のケアマネージャーや看護師からの情報提供の要請には丁寧に対応している。		
<b>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</b>					
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	日々の会話の中で意向を把握し、意向に沿うように職員同士で話し合っ対応している。また、無理強いはいないようにしている。	利用者担当の職員を中心に、利用者一人ひとりの意向や思いを、その会話や様子から把握するために、「暮らしのサポート記録」や「サポート記録(データ)」を活用し、それらを「24時間暮らしのデータ」にまとめて検討している。この「24時間暮らしのデータ」には、時間を追った暮らし方に、意向・好み、自分でできること、コメントを記載するようになっていて、変更時には赤で記入し、職員が共通理解できるようになっている。	
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	生活歴に着目し、面会時に家族に話を聞いている。また、日常生活の中に本人の習慣が表われるので生活の様子も観察している。		
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	「24時間暮らしのデータ」を活用している。また、「暮らしのサポート記録」「サポート記録(データ)」を記録漏れのないように、日々きっちり付けている。これらの介護記録についても時々勉強会を行っている。		
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	月1回のユニット会議で、課題の抽出・ニーズの見極め・支援内容を検討している。介護計画は原案を作って家族に説明し、家族の意向を加え、了承を得て実行している。日々の会話や関わりの中で本人の意向等を確認している。	「24時間暮らしのデータ」を基に、利用者担当の職員とともにケアプランを作成し、「生活プラン～サポート経過」でモニタリング・評価してユニット会議で検討し、サービス担当者会議で話し合い、さらに検討している。そのケアプランは、自立支援プランを活かしたものになっている。	
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	日々の様子は「暮らしのサポート記録」「サポート記録(データ)」に記載し、ケアの統一事項については「業務日誌」の連絡事項に記載し、読んだ職員はサインをするようにして周知徹底を図っている。ケアを変更する必要が生じたときは「24時間暮らしのデータ」及び「サービス計画及びケアプラン」の第2表を修正している。		
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	花好きな方にはミニガーデンを作り、水やりを兼ね歩行訓練も行う等、その時にその方にあった方法を考えている。諏訪圏域、認知症研修会、情報誌等で新しい情報収集にも努めている。		

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
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	資源の情報収集に努め、場所を選んで外出支援を行っている。介護施設で開いている「認知症カフェ」へ参加している。また、小中学校との交流を行っている。		
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	24時間対応の法人内の医院は、週1回の往診がある。必要時は紹介にて専門の医療機関を受診できるようになっている。受診は基本的に家族対応だが、困難な時はグループホームで対応している。	法人内の内科の医院が主治医として、24時間対応で、週1回の往診を引き受けてくれ、手厚い診療や相談を受けることができる。また、歯科医の往診もあり、安心して生活できるようになっている。そして、相談に乗ってくれる看護師が適切なアドバイスや判断をしてくれている。	
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	日常的に看護師に相談し、支援に繋げている。血圧、熱、食事・水分摂取量、排泄状況等を記録し、変化が分かるようにしている。		
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。	急性期治療が終了した時点での退院をお願いし、退院時生活上の注意点等の指導を受けている。退院後は指定された通り定期受診をし、経過報告をしている。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	契約時に方針を説明している。要介護3に進んだころから利用者の身体状況や介護体制をふまえ、本人が安楽に生活できる環境について家族と話し合っている。本人に負担がかかってしまうような場合には住み替えも相談している。	利用者の高齢化や症状の重度化が進んでいるが、ここ2年ほどは看取りなどはしていない。利用者に痰の吸引等医療上の課題がある時には、家族や医療機関とも相談し、利用者へのより良い対応ができるようにしている。	
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	緊急事態発生時の連絡体制を整え、体調の急変時や転倒事故発生時の対応はスムーズできているが、応急処置や初期対応の訓練を定期的に行っていないので、実践力のある職員と無い職員の差ができている。感染症対策については周知徹底している。		
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	緊急連絡網の整備し、年2回、市消防署指導の下で避難訓練を実施している。防災・リスク担当者を中心にユニット会議で話し合い、グループホーム内の体制を見直している。冷蔵庫の食品庫内には3日間ほどの非常食品が常時ある。地区の消防団の月2回の夜間巡回がある。	運営推進会議でも話題になってきたことであるが、ハザードマップで確認したところ、洪水や冠水、土砂災害の危険がない地域であった。すぐ隣に設置されている同一法人内の介護老人保健施設と連携して避難訓練等を計画できるといった点で、安心できる。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	利用者本位で、丁寧な言葉遣いをして、人生の大先輩に対する敬意の念を持って関わられるようにし、笑顔での対応を心掛けている。接遇委員会が、年2回接遇チェック等行い、全職員が自己の対応を振り返るようにしている。	男性職員が増え、現在5名であるが、皆優しくて、上から目線の対応にならないように留意している。職員は接遇チェックを行って自己評価し、日々のケアに活かしている。また、利用者の尊厳や敬意を表わし、特に排泄支援などにおいては、他に聞こえないように小声で話すようにしている。	
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	利用者に関わる際、「～しませんか?」「どのようにしましょうか?」等、自己決定を促す言葉を使用するよう努めている。菓子・飲み物は選択する機会を設けている。		
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	日々の暮らしの様子の観察を徹底し、その方の行動に沿った支援を心掛け、また、ユニット会議で振り返りを行っている。歩行運動の実施や認知症重度の方のキッチン内の活動では、安全に配慮して、意向に沿えないこともある。		
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	洋服を一緒に選んだり、整髪や髭剃りをしたりする時は利用者に応じた支援を行っている。衣類は家族が購入し、用意してもらっているが、家族より依頼があれば職員が購入することもある。月1回の出張美容があり、髪型を美容師に伝えたり、毛染め・パーマの希望ある時には行ってもらったりしている。		
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	利用者一人一人のことを見極め、座ってできるサラダ・和え物等の料理は一緒に作り、また、味見もして頂いている。テーブル拭き・盛り付けはそのつど行って頂いている。行事食は一緒に行っている。食べ終わった食器はお盆に乗せて頂き、職員が運び洗うようにしている。	「おいしく食べて」を目標に、季節や行事に合わせた月1回の「こまくさご膳」を利用者は楽しみにしている。この地域で採れた野菜、娘が作った野菜などを食することでおいしく食事が進んできている。また、利用者一人ひとりの状況にあった、ペイスト食やきざみ食を提供して、食事ができることの大切さを実感できるようにしている。	
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	「サポート記録(データー)」にそのつど食事・水分摂取量を記載し、摂取量の少ない方については申し送りを行い、確保に努めている。飲み物は好みに合わせ、様子を見ながらこまめにすすめている。ユニット会議で振り返り、対応策を検討している。		
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難しいが、就寝前は必ず利用者全員が行うようにしている。週1回、義歯洗浄剤を使用している。歯(義歯含め)に異常のある時は歯科医師の往診を受けている。		



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
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	日中は利用者全員が布パンツで、トイレを使用している。その方に応じたパットを選定し、装着している。介助は本人ができないところを支援し、できそうなことは促して行って頂いている。排泄記録をつけ、一人ひとりの排泄パターンの把握に努めている。	「すっきり排泄」を目標にして、利用者一人ひとりの排尿・排便をチェックして、いつでもトイレ支援ができるようにしている。日中は布パンツでも快適に過ごすことができている。また、夜は、パットを使ったり、リハビリパンツを利用したり、声かけをしたりして、安心して眠ることができるようにしている。	
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	排便記録を取っている。野菜中心の食事を提供し、全員健康飲料を飲用し、腸内環境の整備に努めている。また、排便状況に合わせてオリゴ糖でコントロールし、医師との連携もあり、便秘時には下剤を使用することもある。		
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	24時間いつでもお湯が出る設備を整え、最低週2回の入浴を実施している。希望のある時はそのつど入浴して頂いたり、意向の無い時は無理強いせず他の日に変更したりして、臨機応変に対応している。	1週間に2回以上入浴できるようになっている。ほとんどの利用者は職員の介助をしてもらい、座って洗ったり、湯船に浸かったりできる。季節に合わせて、菖蒲湯や柚湯を楽しんだりしている。法人内に温泉の浴槽を持った施設があるので、そこでの入浴を計画していきたいと語っている。	
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	傾眠し始めたら意向を伺い、小上がりで横になって頂いている。居室が良いという方は居室で休んで頂いている。夕食後居室へ向かわれる様子を見て、就寝支援をしている。寝具は季節ごと家族に用意し、交換してもらっている。天気の良い日には布団干しをしたり、リネンの洗濯したりして支援している。		
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	「サポート記録(データ)」に薬の説明書を入れ、職員が何時でも見ることができるようにして周知している。禁忌食品は提供していない。薬に変更のあった時は業務日誌に記載し周知して様子を観察をするようにしている。往診時も記録し、「業務日誌」には青のボールペンで記載し、周知できるようにしている。		
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	利用者に関わる中で、どの方にも「役に立ちたい」との思いを感じている。エピソード記憶を活かして、裁縫、掃除、料理、盛り付け等に力を発揮して頂いている。また、嗜好品なども把握して、家族に差し入れて頂くこともある。		

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
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	天気の良い日には、中庭散歩やベランダへ出て、外気浴を行なっている。また、ベランダに洗濯物を干すのも気分転換になっている。季節の行事でドライブに出かけたり、小中学校の行事や交流会等で出かけたりしている。家族と一緒に外食している方もいる。	グループホームはインターチェンジの近くに位置していることや高齢化が進んだりしていることから、近隣への散歩や買い物に出る機会が少なくなってきた。利用者は、隣の介護老人保健施設と接している中庭の散歩をしたり、ベランダに出て日光浴を楽しんだりしている。また、季節や行事に合わせた外出を楽しみにしている。	
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	小遣い用の財布を預かり、自由に買い物ができるようにしているが、ほとんどの方は買い物を依頼される。依頼された時は職員が代行で買い物をし、領収書を家族の代表者に渡すようにしている。小銭を自身で持っている方もいるが、管理できる方はいない。		
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	施設の電話を使用することができるが、希望する方はほとんどいない。面会時に話をして満足している。また、「字を書くのは嫌」との方が全員で、手紙は書く方はいない。来た手紙や葉書は本人に渡し、希望があれば読んで差し上げている。		
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	ごみが落ちていないよう気配り、掃除をしている。特にテーブルの下には食べこぼしがあるため、毎食後掃除をしている。天気に合わせて照明を調整し、温湿度計を所々に置き、空調を調整している。玄関・リビングには季節の花を飾っている。トイレ使用後床を汚す方については、使用後拭き掃除を行っている。	ユニットの名前が示しているように、建物全体のインテリアが和風になっていて、落ち着いて過ごせるようになっている。利用者の写真や習字などが貼ってあったり、手作りの人形が飾ってあったりして居心地のよい空間になっている。利用者はこの共用スペースで談笑したり、昼寝をしたりしてゆったり過ごしている。	
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	居場所は利用者が自身で決め、自由に過ごしている。雰囲気や和やかになるようレイアウトを変更することもある。通路に障害物がないように配慮し、安全面にも留意している。		
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	本人・家族と相談し、居室に家具等設置できるようにしている。また、家族が自由に飾り物を置いていかれる。花や鉢植えを持ってこられた場合には、置いて行かれた後の花の管理を本人一緒に行ってもらっている。		
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	ほぼバリアフリーで、玄関の段差は11.5cmと低くしている。廊下は車椅子での自操が可能で、木の手すり設置し、居室入口に表札をつけている。トイレ内便座の左右前に手すりがあり、身体状況に合わせて使用でき、最小限の介助で排泄が可能である。洗面所には大きな鏡があり、歯磨き、洗顔、整髪が自由にできるようになっている。		