

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	1070800329		
法人名	社会福祉法人 恵の園		
事業所名	グループホーム さつき		
所在地	渋川市渋川3646-4		
自己評価作成日	平成30年9月14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.kaigo-joho.pref.gunma.jp/
----------	---

【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群馬社会福祉評価機構		
所在地	群馬県前橋市新前橋町13-12		
訪問調査日	平成30年10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)】

認知症でも「失敗しない」を基本に「その人らしく毎日を過ごしていただけるようにケアをしている。また、住み慣れた環境の中で「自宅に代わる家」として安心して暮らしていただけるよう、可能な限り、調理、洗濯、掃除等の家事を一緒に行なっている。認知症実践者研修へは半分の職員が参加しており、日々の記録から利用者の言動や行動から意味(本質)を探り、「その人」が「その人らしく生活」出来るよう支援に活かしている。1人月1回を目安に個別支援の時間を取り入れている。利用者さんのニーズに対し外出や散歩、買い物、理美容、趣味や居室の模様替え等の支援を実施している。また、毎年四季折々の行事を計画し、実施している。ターミナルケアについて、本人及び家族の意向を踏まえ、医師と相談しながら、関係機関と連携を取り進めている。

【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)】

「虐待、拘束予防は、支援の向上のためにあり、日々それに向かって行く姿勢」が大事だと考え、人権の尊重をした介護を目指している。そうしたなか、玄関の施錠においては、利用者が外に出たいときに自分で出られることが大事だと考え、利用者は申し出をして、外で洗濯物を干したり、職員と一緒に畑の野菜の手入れを行ったりして、自由に外に出られる環境づくりをしている。職員は、その利用者が外に行きたい理由が何かを考え、一人ひとりに沿って利用者を理解しようと努めている。ケアマネジャーが計画したサービス内容の実践状況が、計画書に沿って行われているかがわかるように独自の記録表を工夫して作成し、利用者の体調や生活状況の把握に努めている。

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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 家族の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 職員の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 家族等の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんどいない				

自己評価および外部評価結果

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	年度初めの4月の職員会議にてさつき基本方針について再確認し、今後の具体的な取り組みについて検討する場を設けている。毎月実施する職員会議で取り組み状況を報告し更なるステップへとつなげている。	「その支援は誰の為か」と考えることで、理念に立ち戻り、支援の振り返りをしている。職員は、支援や対応についての悩みを意見箱に入れ、職場会議でそれを基に検討し、アイデアが出たときは試しにやってみるようになっている。利用者との会話も流れがわかるように記録して、その後の対応に役立てている。	
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	利用者の重度化が進み外部との交流が少なくなってきたが、法人行事（納涼祭など）の参加を通じて、地域との交流を行なった。また、施設行事等に地域の方（行政、民生員、自治会役員、老人会、訪問看護など）を招待した。また、高齢者施設合同での地域の方（幼稚園園児、サークル）との交流を図っている。	敷地内の空き地を農地にしたことで、土をもらったり、苗を植えてもらったりして、地域の人々が立ち寄りやすくなってきている。できるだけ地域に出ていきたいと思うが、現状は職員体制がとれないこともあるなか、利用者と一緒にできることを考えて、事業所周辺の道路清掃を行っている。	
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	運営推進会議で、認知症の方の特性などの理解を深めるため、日常から実践している内容を報告する場を設けている。また、地域ニーズについて意見が出し合えるよう進行している。来年度、専門職の強みを生かした地域の方対象の勉強会を検討中。		
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	構成員の強みを最大限に活かせるよう、年度はじめに、構成員へ運営推進会議の具体的な内容を資料として配布し会議の場では積極的な発言や関わりが持てるよう努めている。サービスの実際、評価への取り組み状況等について報告（写真や映像等を交えて報告）や話し合いを行なっている。	今年度は民生委員と自治会委員の参加が充実し、地域の情報がより入ってくるようになり、認知症カフェへ利用者と一緒に外出する計画を立てている。運営推進会議の意義を参加者間で共有することで、参加者が各々の立場で話をしてくれるようになった。運営推進会議が、住民の生の声が聞ける窓口的な役割も担っている。	
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	施設行事等に招待。提出書類については極力持参し、顔の見える関係性を心がけた。運営上の疑問についてはその都度確認を行なっている。	利用者の高齢化により入院の可能性が高くなり、医療との連携もがさらに必要になることや、生活保護利用の方の看取り時の医療扶助の範囲について相談をするなど、現場の実態を伝えていきたいと思っている。	
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	年4回の身体拘束廃止委員会を実施。介護の実態を報告し、身体拘束をしない介護に努めている。また、身体拘束廃止に関する研修を9月の職員会議にて実施。その後も定期的に研修会を実施できるよう計画している。常に徘徊で外へ出て行こうとする利用者があるため、安全上の施錠を行っているが、職員の体制が整っている際は、玄関の鍵は解錠した。職員体制上可能であれば随時外出等の対応をしている。	利用者が外に行きたくなる時間を調査した結果、職員の休憩時間をずらしてその時間帯に付き添える体制をつくったり、管理者が利用者をつれて市役所への用事を済ませに出かけたりしている。防犯のため、人の出入りがわかるようにドアをあけると音楽が流れたり、利用者に申し出をしてもらったりしている。	

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
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	法人で4月を虐待防止月間として定めている。4月の職員会議で「その支援って誰のため」と言った題目で日々の支援を振り返る場を設けている。倫理綱領・職員行動規範・重要事項説明書等に掲載している。また、職員の意見箱を設置し、支援の悩みを伝えられる環境を設け、その支援に対する意見や悩みを職員会議で検討するといった流れを継続している。		
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に支援している	法人内で行われている研修等で学ぶ機会がある。成年後見制度について、状況によっては市町村へ相談し、本人を第一に考えた対応に努めている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約の締結、解約また改定等の際は、資料を基に説明を行ない承諾を得ている。不安や疑問などはその場で確認、回答した。介護報酬改定などにより、変化があった場合は、変更点を説明し、承諾を得ている。		
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	苦情相談窓口の連絡先を玄関に掲示している。運営推進会議を2カ月に1回実施。最低でも年1回家族面談を実施。会議や面談で挙げた意見や要望については職員会議で検討している。	市内在住の家族には毎月の支払いを直接でも受け付けているので、その際に事業所で面談をし、意見を伺っている。介護者自身の健康問題や介護費用についての相談を受けたことがあり、事業所として何ができるかを考えている。	
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	職員会議は月に1回実施。事前に検討内容を各職員に確認し、その内容について自由意見を募り、限られた時間内で効率良く会議が行えるよう心掛けている。勤務体制にもよってだが、管理者、ケアマネージャーは毎回職員会議に参加出来るよう勤務調整を行なっている。	職員は常時、意見要望を意見箱に入れることができる。また、職員会議や日々の支援のなかで、管理者に対して意見や要望を提示することができ、最近始めた野菜作り、利用者の便秘対策のための玄米や乳酸菌飲料摂取の提案があった。	
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	業務振り返りシートを使用し全職員が自己の振り返りを行ない、その後上司との面談を実施（10月、3月に実施）し目標管理を行なっている。		
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	職員全員が法人内の研修に参加できるよう勤務調整をしている。他に外部研修にも参加できるように対応を図っている。施設長代理（代表者代理）が最低でも週に一回以上、施設を巡視し職員一人ひとりのケアの実際と力量の把握に努めている。また、職員会議に参加し、ケアの実際と力量を踏まえようで助言されている。		

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
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	施設長や職員が地域密着型サービス連絡協議会（5月に地域密着型サービス連絡協議会総会）やその他の会合・研修等で交流する機会がある。また、その会合や研修で得た情報を職員会議で報告しサービスの質の向上に努めている。		
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	本人や家族からこれまでの生活状況を確認し、その後の生活支援・介護に繋げた。入居前の情報収集として、事前に関係機関から情報提供をしていただき、入居前聞き取りとして家庭訪問を実施。出来る限り関係者にも声をかけ送籍していただいている。		
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	入居前の施設見学に来られた際に、利用者の現状を含め、家族が困っていること、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。また入居決定後、入居に至るまでの期間に家族から生活歴・生活状況・既往歴等を情報収集し、その後の支援・介護に繋がられるよう努めている。		
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	入居希望者が少ない状況ではあるが、地域包括支援センターや在宅支援センターなどから入居希望の話があった際に、本人の状態や家族状況などを聞き取り、必要としている支援を見極めている。また、入居の段階で、本人、家族から今後重度化した際の過ごし方についての確認を行なっている。		
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	その人の人格を尊重し、本人が得意とすることや今まで培った力などが活かせる場を設定。職員は感謝の気持ちを忘れずに暮らしを共にする者同士の関係を築いている。		
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	ご家族へ出来る限り面会を継続していただけるよう本人と家族の絆を大切にいただいている。また、ご家族が面会に来られた際には本人の日常生活の状況を報告し共に本人を支えあう関係づくりに努めている。本人と家族の絆を大切にいただくため、極力利用料の支払いは持参でお願いしている。		

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
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	家族からの情報収集・本人とのコミュニケーションから情報を収集し、個別支援・個別外出等で馴染みの場所等（スーパーや理容・美容室）へ出掛けた。	外出で気持ちがりフレッシュし、イライラすることが減る様子が見られるので、通院に合わせて以前によく行っていた地元のスーパーに行くなど工夫している。身体状況の変化から、行きつけの美容室での洗髪が難しくなってしまった利用者に対しては、出張理美容をお願いし来てもらうようになった事例もある。	
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	孤立や寝たきり予防に努め、出来る限り、利用者同士が関わり合える環境をつくった（創作活動やクッキングクラブ等）。状況により見守り・仲介をし、個々人の性格・言語能力等を考慮し、コミュニケーションが図れるよう支援している。		
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	お亡くなりになった方の家族との関係性を大切にし、必要に応じて家族のフォローを行っている。		
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	ケース会議（ケアプラン検討会議）で本人の意向や、日々の言動から本質を探りケア内容を検討しケアプランに反映させているが、加齢に伴い思いや意見や要望などの意向確認が困難になってきている。	断片的な状況観察で判断せず、表情やジェスチャー、職員の働きかけに対する反応を継続的に観察し、記録を積み重ねることで、本人の意向をつかむようにしている。利用者の行動の背景には過去からの生活習慣も影響しているものと考え、その固有性に即したホーム内での役割を担ってもらうようにしている。	
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・家族から生活歴等を情報収集し把握に努めた。状況によっては、本人の元同僚などからも聞き取りを実施した。		
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	個別日誌・個別健康記録・業務日誌等で職員間の連携を密にし、申し送りを徹底している。また、記録の書き方についても徹底して取り組んでいる（言動の本質を探る記録）。		
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	会議の場に本人や家族が参加は出来ていないが、個別に確認し、意向を踏まえ、現状に即したケアプラン作成、モニタリングを実施した。	ケアマネジャーが日々の記録や家族から聞き取り、ケアプラン・モニタリングをまとめている。健康記録と一緒に、ケアプラン実施状況が確認できるようになっている。栄養管理は医師と連携し、血液検査データや主治医の意見を基に、管理栄養士の指導を取り入れて、必要な方にはプランに組み入れている。	全職員が記録を通じて支援プロセスに参画し、それらの記録をエビデンスとして再アセスメントが図られるよう、チームとして支援計画に取り組むことに期待したい。

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
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	介護保険適用した記録ソフトを導入。認知症の理解を深めるための、日々の記録のあり方について（日々の関わりから、利用者の言動を観察し、ありのままの事実を記録すること）重点を置き、利用者の言動の本質を探りケアに結びつけている。		
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	状況によっては、医療機関又は行政へ相談しニーズに対応した（身寄りがない方の成年後見制度等の相談）。		
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	全利用者ではないが地域の催し（前橋七夕祭り）に参加。また、馴染みの美容室等へ外出や昼食を挟んでの外出、買い物等を行なっている。		
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、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	家族・本人と検討した上でかかりつけ医を決め、定期的な通院対応の他、緊急通院対応も行なっている。	主治医は、利用者本人の個人的契約であると捉え、事業所から主治医の変更は依頼していない。現状としては、事業所の往診医を主治医とする利用者がほとんどであり、往診を利用することで、家族の通院負担を軽減につながっている。	
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	毎週木曜日に訪問看護が来園されるため、日常の様子を報告し連携を図った。緊急時や判断に迷ったときは訪問看護に連絡をして指示を仰いだ。また、月に一度（第1月曜日）に医師による往診を実施している。		
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。	入院時には利用者の面会時に状況を医師、看護師から直接聞いた。また、その情報を家族に提供した。なるべく家族も同席していただけるよう事前に連絡を取り日程調整を行なっている。		
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	家族、医療機関と相談し、本人や家族の意向を第一に考え支援に努めた。入居時に重度化した場合や終末期のあり方について確認をしていたが、今年度、改めて全家族と面談を実施している。終末期には家族、医療と密に連携し、看取り（一昨年の6月に1名の方の看取り）を実施した。	看取り時期の心身の状態やバイタルの数値の変化等について訪問看護から指導を受け、加えて管理者が看取りに関しての本を購入し事前に自己学習ができるよう職員への指導を行い、利用者が安心して最期を過ごせるよう環境を整えている。看取りのための同意書を説明をする際には、医師が参加できるように日程調整を行っている。	

自己	外部	項目	外部評価	
			自己評価 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
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	年に1回、法人内で救急救命講習を実施し心肺蘇生等の応急処置を学んでいる。またその内容を全職員へ周知を図った。 今後、家族に急変時の対応について確認し、利用者個々の緊急時マニュアルについても整備している。	
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	7月に消防署立ち会いで火災避難訓練（日中想定）を実施した。また、年度内に夜間想定火災避難訓練を実施する予定。地震想定避難訓練や水害時の避難訓練も今後実施予定。地区で防災協定を結んでおり年に1回合同防災訓練を実施している。	近隣の障がい者施設、病院、当事業所と3事業所を対象にした合同防災体制が自治体主導で以前から整えられ、現在も継続されている。協力しあえる関係づくりの形成のために、日ごろからスポーツやバーベキューなどの行事を通じた交流を図っている。地域の消防団との関わりもある。
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	コミュニケーションの基本を事務所に掲示。傾聴、共感、受容、気づきを基本に人格、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけをしている。	利用者主体の生活を作っていきたいと思い、傾聴を実践することで、本人の本音を把握しようと心がけている。利用者の個性に応じた言葉かけを行い、本人への呼び方も状況に合わせている。個人情報の取り扱いに配慮し、書類の管理等をパソコンを用いて実践化している。
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	本人の状況に応じ、二者・三者択一型の質問や、筆談等工夫した。また一人ひとりのニーズが表出できるよう、日々の記録から言動の背景を探る取り組みを行ない、統一した支援を心がけているが、加齢に伴い身体機能や認知症の進行が著しいため、職員は更なる認知症の理解や質の高い介護技術が求められてきている。	
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	一人ひとりの身体・精神状況を見ながら対応をしている。職員の勤務状況により、希望に沿えないこともあったが、日を改めて支援している。	
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	居室から1歩外に出れば社会である、ということ職員が意識し、身だしなみ等配慮した。定期的に美容室等の出張サービスを利用した。また、本人のなじみの美容院、理容室がある方は外出し対応している。	
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	可能な限り利用者と職員が同じテーブルを囲んで食事をしながら、会話をして団欒の場を作った。年に数回は利用者へ希望を確認しメニューに取り入れた。また調理を一緒に行った。	個々の体調やこだわりに合わせて、食事提供をしている。持病の悪化が見られる方には代替え食を検討し、食べられるときに食べて頂くようにしている。他人の調理したもの（おにぎり等）を受け入れられない方には、事業所が行うクッキングクラブという行事を活用し、自分自身の手で作り、安心して食べられるような工夫を行っている。

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
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	法人内の管理栄養士に献立内容を確認して頂き、栄養のバランスがとれた食事提供に努めた。各利用者の健康状態に合わせて、主食の量や形態の調整を行なった。一日の食事、水分の摂取量を記録し、摂取状態に応じて問題がある場合は訪問看護へ状況報告を行ない指示を仰いだ。		
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	日々の歯磨きの他、必要な方には歯科通院を行い、義歯の作製、調整等を行なった。ブラッシングが難しい方にはスポンジブラシを利用している。		
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	24時間記録表からその方の排尿間隔（排泄パターン）の把握に努め、トイレでなるべく排泄が行えるよう支援している。	歩行能力と排泄との関係性は密接であると考え、その両能力の維持に努めている。歩行器を使用したり、夜間のポータブルトイレを用意したりして、排泄の自立をすすめている。本人の排泄状況を把握しパターンをつかむことで、適切な声かけを実施し、失敗経験を軽減するよう配慮している。	
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	バランスの良い食事を心掛け、出来る限り薬の世話にならないよう、玄米食や乳酸菌飲料等を提供した。状況によっては医師に相談し薬によるコントロールを行なった。		
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	通院や行事等で曜日を替えることもあるが、希望やその時の状況に合わせて等、出来る限り本人の希望を尊重した。希望により入浴剤を入れ、楽しみを増やした。また、身体機能の変化により、グループホーム内の浴室では安全な入浴が困難の方には、法人内の施設の機械浴を借用させて貰い入浴を行なっている。	家庭と同じような雰囲気になるように、自宅で使っていたような浴室用丸椅子を用意し、入浴に際しての違和感を取り除くように心がけている。一人ひとりが気持ちよく入浴できるように、お湯をそのたびに替え、清潔に保っている。	
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	常に疲労状態を確認しながら、食後に静養をしていただいた。夜間の睡眠に支障がないように対応した。また、静養時等に部屋の灯りを調整やBGMを流すなど気持ちが落ち着けるよう心掛けている。		
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	服薬一覧ファイルを設け、全員の内服薬の用法・副作用等をりかいを深めた。また、服薬の際に誤薬等がないよう、服薬ケースに顔写真を貼り付け、名前、顔を一致させ職員2名で薬を確認し誤薬防止に努めている。		

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
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	行事・レクリエーション・外出等実施。また、今年度より農地を開拓し、土壌整備をはじめ、苗植や日々の水やりなど日課とし、生活活力の向上を図っている。また、収穫した野菜を調理し運営推進会議など地域の方が集まる際に提供した。		
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	本人またはご家族から情報を収集し、馴染みのある場所や良く出掛けていた場所などの理解を深めた。希望に応じて近隣のスーパーへ買い物、ドライブなどの外出支援を行なっている。	職員体制や利用者の状況により、遠方への外出回数が減ってきているが、敷地内の散策(法人事業所があり広大な敷地がある)や金曜日は法人運営の授産施設へパンを買いに行くなど機会を創出している。ホームの敷地内に畑を作ったことで、庭に出て一緒に野菜作りを楽しむことができるようになった。	
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	利用者の状況に応じ、自己管理・職員管理を家族了解の上対応をした。また小遣いの手渡し、買物時に金銭のやり取りを見守る等状況に応じ対応した。利用者が安心して外出が出来るよう、法人内の他事業所へも協力を依頼した。		
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	年末には家族宛に本人と年賀状の作成。希望に応じて家族へ電話が出来るよう対応している。		
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	中庭や玄関に季節の植物を植えたり、季節が感じられるよう四季に合わせた館内装飾を行なった。また、事務所前のギャラリーには実施した行事の写真を月ごとに分け掲示した。室内に寒暖計や加湿器を設置して快適な温度や湿度が保たれるように管理した。	季節感を感じてもらえるような飾りつけ、わかりやすく日付が読めるカレンダーを掲示している。地元の新聞に家族や孫の活躍がわかる写真を掲示して、利用者が気づいてくれることもある。玄関には、利用者が「さつきあーとぎやらりー」と手書で描いた看板とともに、作品などが展示されている。	
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	気のあった利用者同士が集まればお茶やお茶菓子を提供した。認知症のために話がかみ合わない利用者の中に職員が入り会話の橋渡しを行なった。独りが好きな方は集団への参加も自由になっている。		
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	自宅で長い間使用してきた物等馴染みのある物を持ち込んでいただき、本人・家族と確認しながら家具・掲示物等対処した。ADLに応じて時折配置替えを行なった。なじみのある物が自室にあることで不穏になる方もいたため柔軟に対応した。	利用者が落ち着いて生活できるように、自宅からダンスや写真を持ち込み、本人が安心できる位置に整えている。各居室の入り口に利用者の名札がかかっており、緊急時に避難をした際には、裏返しにして、避難済みとわかるようになっている。	

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
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	必要箇所には手摺や跳ね上げ式手摺を整備。 歩行不安定の方や麻痺による体幹のバランスがとれない方については、転落、転倒予防のため、居室には人動センサー、トイレにはコールを設置した。		