

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	0270301468		
法人名	社会福祉法人 白銀会		
事業所名	グループホームひかる		
所在地	〒031-0822 八戸市白銀5丁目8-2		
自己評価作成日	平成30年10月1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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益社団法人青森県老人福祉協会		
所在地	〒030-0822 青森県青森市中央3丁目20番30号 県民福祉プラザ3階		
訪問調査日	平成30年10月24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>計算やことわざ漢字等のプリントを利用者様の能力に応じて作成し、継続して取り組むことで意欲の向上や、忘れかけていた能力を取りもどすことが出来るようお手伝いをしています。また、短時間の歌会や簡単な運動や楽器演奏などを交えた音楽レクリエーションも行い、利用者様の記憶を引き出しながら楽しい時間が過ごせるようにしています。</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>住宅街の道路沿いにあり、外観は民家のような造りで地域の中に目立たず溶け込んでいる。玄関、ホール、廊下とも限られた空間を整理整頓し工夫して活用している。その家庭的なしつらえが利用者にとっては、自宅のような居心地の良さとなり、ゆったりとした時間が流れている。利用者と職員は、家族のような信頼関係の構築に努めながらも、利用者の尊厳が損なわれることのないよう言動には特に注意し支援している。日々の生活の中で、希望があれば気軽に外出、買い物のお供を提供しているほか、最期までホームで過ごしたいという利用者に対しては、嘱託医や家族の協力を得て看取り介護を行っている。</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

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りや深まりがあり、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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66 職員は、活き活きと働いている (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	理念はホーム事務所や廊下職員トイレ職員休憩室などに掲示していつでも目に入るようにしている。簡単で分かりやすい理念なので、新人でも深く考えずに受け入れられると思う	職員で検討し分かり易く覚えやすい理念を作り、来訪者や職員の目につくところ数か所に掲示し共有している。特に日常のケアの場面で意識できるように、職員トイレに掲示し、その効果を得て実践につなげている。	
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	回覧板を回す先のご家族は認知症及びグループホームに対してご理解があり、利用者様と一緒にいくと必ず声を掛けて下さる。散歩に出る機会も、地域の方と利用者様が簡単な会話を交わすこともできている。	近所の住民とは、散歩や回覧板のやり取り、防災訓練への参加協力を得るなど顔なじみの関係が築かれている。町内会の総会には毎月管理者が出席するなど、グループホームが地域の一員として交流している。	
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	推進会議やサポーター養成講座を通じて情報提供したり、入居申し込みされる方には、ご本人の状況をよく聞き、すぐには入居できないため、自宅でできる対応の仕方などをアドバイスすることもある。		
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	推進会議では参加者の発言がほとんどないが、毎回出てくださいご家族や地域の方もあり、マンネリにならないように内容には苦慮している。利用者様の活動内容や外部評価の報告はもちろんだが虐待や人材不足等タイムリーな話題も組み込んで飽きないで参加していただけるような工夫はしている。	利用者家族、町内会顧問、民生委員、高齢者支援センターの職員、市の包括職員などの参加を得て開催している。ホームの現状報告するほか、参加者から情報を得てそれをサービスの質の向上に活かせるよう努めている。	
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	高齢者支援センターの方は推進会議に毎回参加してください。当事業所の地域交流スペースそよ風で行っているオレンジカフェ等にも来ていただく事がある。オレンジカフェに関しては、市職員の方も時々見学に来られ意見交換をすることはある。	運営推進会議や法人全体で行っているオレンジカフェに市役所職員が来訪することが多く、頻りに双方向で情報交換や情報共有を図り、協力関係が築けるよう努めている。	
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	離設を例に上げると、施錠する前になにか工夫をすることで防げないか考えるようにしている。外に出ていく際の言動等を体調不良、疲労感、空腹感、環境等可能性のあるストレスと照らし合わせて対応することで改善する場合がある。	身体拘束に係る指針を作成し、3か月ごとに職員が勉強や事例検討する機会を設け、身体拘束しないケアの実践に努めている。実際に身体拘束は行われていない。グループホームが見守りしやすい環境のため、日中は玄関の施錠も行っていない。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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逃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	研修会を開催し知識をつけることは基本だが、利用者様の状態が落ち着いていけば虐待行為は起こらないと思うので日頃から認知症者への接し方の他、ご本人の快・不快を理解し、適切なケアを実践することが大事である。言葉の乱れが虐待を招くとも思っているため、失礼のない言葉使いをするよう、全職員気を付けている。		

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
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	今まで後見人制度の研修に行っている職員はいたが、活用している利用者様がおらず、実際のイメージはつかみにくかったが、現在成年後見制度の活用をしている方がおられるため、その方から、後見人の活動を実際に見ることが出来るので、勉強するいい機会だと考えている。		
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	入居時はこちらの説明後、必ず質問や気がかりな事を伺うようにしている。また、質問が出ない場合でも、今までの質問例を上げて説明をするようにしている、契約締結後でも、いつでも質問できることも併せて説明している。		
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並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	面会簿には意見等を記入する欄を設けている。全く書かない方もいれば、たくさん要望を書き込む方もおられ、とても参考になる。利用者様にはいつも要望を伺うようにしているがなかなか意見が出ないので、面会時にはご家族様に確認したり、情報を提供していただいたりすることが多い。	入居契約時に行政等の苦情の受付窓口があることを書面で説明している。面会簿の意見を記入する欄の活用や面会時に直接声掛けし意見の聴取に努め、得られた意見をケアや運営に反映させている。	
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	現在、フルタイムで勤務できる職員が少なく、自分も夜勤や勤務に入ることがほとんどなので、職員にお任せしている部分は多い。リーダーを中心に他の職員と協力して行っているが、うまくいかない時や、少し道筋が逸れているようなときは助言している。	リーダーや管理者は、日常の業務の中で、職員へ声をかけ意見や要望の聞き取りに努めている。職員もリーダーや管理者とは話しやすい関係が築けており、実際にその意見をケアや運営に反映させている。法人の職員会議の場に意見を上げて運営に反映させている。	
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	交通費・住宅手当・資格手当・役職手当等を支給する他、夜勤手当も勤続年数を重ねると増額になる。毎月希望日には休みをつけるようにし、可能な限り、連休や土日祭日の休みを均等にあげられるように勤務表を作っている。入職して1年未満の職員が半数を占めるが、和気あいあいとした雰囲気は感じられる。職員間の良好な関係性は利用者様にも伝わると思うので、いい雰囲気を保っていきたい。		
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	研究計画を立てているが、昨年末から入退職の職員が多く、落ち着かない状態のまま現在に至る。外部研究に出せない分職員会議の時間を使って勉強会をしたり、法人で2カ月に1回研修会を開いているのでできるだけ参加させている。		
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協会の中で同地区のグループホーム間では交流の機会はある。しかしこのホームも人材不足で、以前のように頻りに勉強会をしたり、交流会をすることは少なくなった。		

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
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 サービスの利用を開始する段階で、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	何時も新入居の際には「〇〇さんの味方だから何でも話してください。」と言うことが多い。物忘れを自覚されている方が多く「おかしかった」「なんも分からなくなった」「死にたくなった」等ネガティブな発言が多いが、「私もそうだよ」「助け合いましょうね」等同等の目線で言葉がけをすると、自分だけじゃないんだという仲間意識が芽生え、味方になってくれる誰かが側にいるだけで安心して過ごすことが出来るようである。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	ここ数年は、自宅からの入居する方が無く、病院や自立型の施設で生活が難しくなって移ってくるのがほとんど。家族と離れて暮らしているため、ご家族の悩みはあまりないように感じる。以前は自宅で介護している方が多く、切羽つまったような相談も多かったが、その頃に比べて施設入所している方は増えたのではないと思う。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	病院や施設から移る場合も、在宅で生活が継続できる選択肢も説明しているが、すでに担当のケアマネから入居の流れで話が進んでいることが多く、入居を見合わせるということはない		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	何かをするときには「どうしたらいいですか？」「教えてください」と利用者様が主体となって動けるように意識した声掛けをしている。同じ目線で生活をしながらも、利用者様はお客様であり、そのおかげで自分たちは生活できているということをお忘れしないようにしなさいと、虐待等にもつながるため、大事な事だと職員にも話している。		
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置かず、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	入居後足が遠のくご家族もおられるが、逆に来やすくなったと言われるご家族もおられる。積極的に推進会議への参加依頼や避難訓練の手伝い、行事への参加等のお知らせをしている。体調不良時にも、必ず連絡し、現在の状況はしっかり伝えるようにしている。面会時には、少しの時間同席させていただき、いいことを中心にお話して話題提供し、できるだけ長い時間一緒に過ごせるように配慮している		
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	お盆などの特別な時には、初めてお会いする方も多く訪ねてくる。また、故郷を離れてこの土地に来た方でも、遠方から知人が会いに来てくれることもあり、自分の事のようにうれしい気持ちになる。	利用者に家族や友人から何か届いた時には、電話を掛けたり、もらったものを身に付け写真を撮りその写真に手紙を添え送るなど馴染みの関係継続のための支援を行っている。入居前の美容院や床屋さんへも継続して行け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	交流が苦手な方でも、一人でののは嫌だという方も多い。あえて無理に他者と関わらなくても、同じ空間にただで自分の居場所として成立している方もいる。また、他の利用者様は苦手でもスタッフだといいい場合もあるため、そのような方はスタッフと並んで座るようすることでご本人の安心できる居場所になっている		

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
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	看取りを終え、利用者様はもうここには居ないが、ご家族が訪ねてきて、新聞や古布、野菜などをもってくださったり、犬の散歩コースをホーム周辺まで延ばして寄ってくださる方もいる。ご家族にとってもここが第2の家であり、私たちと一緒に暮らした他の利用者様は家族のような存在になっているよう。出先でばったり会っても声を掛けてくださるし、「○○さんは元気になっている？」と他の利用者様の事を案じてくださるのもとてもうれしく思う。		
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	ケアプランの作成にかかわらず、常に「どうしたいのか？」と意向を伺ってから行動に移すようにしている。その為声掛けは「○○しましょう」ではなく、「○○しませんか？」とご本人が選択できるように配慮している。	本人から確認し把握に努めている。意思表示が困難な方は、家族からの情報や日々の言動をもとに本人本位に検討している。アセスメントはセンター方式をもとに独自のものを使用し、必要に応じ現状と照らし合わせて書き足したり変更し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	10年前とは違い、今は子供さんのいない方や、結婚していない方、身寄りのない方が増えてきており、更に独居や夫婦2人暮らしも多く、情報の出所が、ご本人のみという方も増えている。キーパーソンが兄弟や姪甥という方も少ないない。入居後から、少しずつご本人の言葉を受けて情報を収集したり、面会に来られた友人知人の方に少しお話を伺うこともある。		
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	グループホームでは、日課をあまり決めないほうが良いと言われるが、利用者様の中ではある程度生活のサイクルが決まっていた方が生活しやすい方もおられるので朝食後は、毎日ラジオ体操を、その後計算やことわざ等の脳トレプリントをされる方、パズルを楽しむ方、裁縫をされるかた、運動をされる方、とくに何もしない方等、それぞれの過ごし方をされている。		
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	ケアプランに関しては、担当者が毎月ケア記録を読み返して、実施記録をまとめ、気が付いたことや、担当者としてこうしたいという思いがあれば書いてもらっている。ご家族に関しては、ケアプランの内容に関してはほとんどの方が今までどおりでいいとか、キーパーソンが甥や姪、兄弟の場合には、自分たちに聞かれても分からないと言われるので、作成者としてはいつも頭を悩ませている。ご本人の言葉や普段の様子から担当者と意見交換している。	担当職員からの情報や日々の記録、家族へ電話で聞き取りを行った情報等をもとに、計画作成担当者が現状に即したプランの作成を行っている。	
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	ケア記録にはプランの概要が記載されており、ケアプラン内容の実施を意識しながら記入できるようになっている。担当者が毎月記録を読み返し、気が付いたことをモニタリングシートに書き込んで情報を共有しているほか、申し送りでも共有している。		
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	受診は入居後初回だけはご家族に同伴していただくが、その後は医師にもホームの職員だけで来るが差し支えないか伺い、ご家族負担を減らしている。入院時にはご家族が介助に入れない時には食事の介助を手伝うこともある。		

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
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	すべての利用者様の生活を支えている地域資源は把握できていないが、行きつけの店や美容院を継続して利用したり、以前入居や通所で利用していた施設を訪ねて仲間に出会ったりする機会を作るようにしている。		
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、納得が得られたか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	基本的には入居時と同じ主治医を継続してもらっているが、その時点でご家族や利用者様が主治医変更の意向があれば希望の病院への転院手続きも支援している。入居が長くなり、だんだんと受診が困難になってきた場合は、ホームの嘱託医を紹介することもある。	入居前のかかりつけ医を変更せずに受診の支援を行っている。外出が困難になってきたり、ホームでの看取りを希望する場合は、嘱託医への変更を打診し、よく相談したうえで変更するなど適切な医療を受けられるよう支援している。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	ホームに看護師はいない。嘱託医に見ていただいている方は、いつでも医師に連絡が取れるため、メールやファックスで指示をいただく。また日々のちょっとした疑問などは他セクションの看護職員に相談して、必要な時には来てもらい見ていただく事もある。		
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、また、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。	入院時にご家族ができる事、できない事を話し合い、入院中でもホームの職員が対応できることがあれば行っている。ご家族の介護力が弱い場合、物品の買い出し補充等はホームで行い、介護保険外のサービス等の利用調整をしている。入院中はできるだけ面会に行き、看護師から情報を得るとともに、利用者様の状態もこまめに観察している。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	ご家族には毎年、終末期に関してどのような考えがあるかのアンケートをお願いしている。実際終末期を迎えると、入院に切り替えたり、何もしないと言っても酸素や点滴の希望があることも多いので、その際には、ご家族の意思を尊重している。希望があれば訪問看護を活用して、ホームの職員と家族と訪問看護師と、医師と連携して看取りを行っている。	家族から最期をどのように過ごさせたいか、年1回アンケートに記入していただき、ホームでの看取りを希望した方については、看取りの指針を使い、グループホームで出来ること、出来ないことを十分説明し納得したうえで、医師、家族の協力のもと看取り介護を行っている。職員については負担感を軽減するために勉強会の機会を作っている。	
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	救命救急講習には全職員が参加しているため、AEDの使用はできるが、職員全員がケガの際の処置が適切にできるかは自信がない。業務中に10分程度でもいいので、ミニ勉強会を行い、止血や骨折時の対応を復習していきたい。		
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	災害時の訓練を毎月月末に行っている。水害は地形的に起こらないが、風害・火災・地震の訓練を実際に避難したりするほか、紙面で勉強したり非常時の物品を定期確認している地域の方には年に1回火災時の訓練に参加依頼している。	消防署、町内会顧問、子育てメイトの方、近所の住人の参加協力を得て、年1回火災を想定した総合訓練を行うほか、毎月通報訓練、設備点検、避難訓練等、必ず行っている。災害時のための備蓄は法人本部と協力して行っている。	

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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの人格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	基本的には利用者様が、自分たちに話しかける言葉に合わせた言葉使いをしている。丁寧な話し方をする方に対しては職員も丁寧に話し、冗談を好きな方にはそれにこたえるように少し言葉を崩して話すこともある。しかし基本的には敬語を使うようにしている。	職員は身体拘束や高齢者虐待の勉強会の中で、利用者の尊厳を尊重する重要性を学び、プライバシーに配慮した声掛けやケアの実施に努めている。管理者は、日常の業務の中で不適切なケアと感じた時には、その都度、職員へ助言、指導するとともに自らがその見本となるよう振舞っている。	
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	基本的な時間決まっているが、まだ起きたくないとか、食べたくないという意思表示に対しては、ご本人の気持ちが向くまで待つようにしている。		
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	ご自分からは何がしたいという方はほとんどいないため、得意な事や好んで行っている作業などを数種用意し、選択できるようにしている。事例研究で申し送りに参加していただいている方がおり、その方には「今日はどうしましょうか?」「私たちに言いたいことはありませんか?」と自分の考えを引き出すよう意識をしている。		
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	いつも同じものを着ている方でも、たくさん洋服を持っている方がいるので、ご自分では選べなくても、「これいいんじゃないですか?」と声掛けしながら着替えることで、身だしなみを気にする習慣がつけばいいと思っている。鏡の前に立つことで、自然にヘアブラシに手が伸びるので、鏡を見ることを勧めることも意識している。		
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	食事づくりの際の、皮むきなどを下ごしらえの他、盛り付けのできる方にはお願いしている。男性でも、茶碗拭きやテーブル拭きができるし、できない方もいただきますの挨拶をお願いする等して、何かしらの形で皆さんが参加できるよう工夫している。	法人の栄養士が献立を作成し、グループホーム内で調理し提供している。旬の食材を取り入れるとともに個別に食べたいものがあれば、一緒に買い物に出かけ提供して。利用者は準備や後始末で出来ることを職員と行い、職員も毎食一緒に同じものを食べ家庭的な環境を提供している。	
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	食事形態表日咀嚼力・嚥下力に応じた食事形態のほか、嗜好品や禁止食品(アレルギー)を記載し、誰が見ても分かるようにしている。水分チェックボードを使い、水分制限の方はもちろん、1日の水分摂取量が不足にならないように計算しながら提供している。		
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	毎食後歯磨きの支援をしている。入居前は歯磨きの習慣が無かったり、側で支援してくれる人がいなくて自分ではできなかった方なども、物品を用意して声掛けをすればできる方もいる。自分で十分に洗えない方には、仕上げ磨きをして、「さっぱりしましたね」「気分がいいですね」等と声かけをし継続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
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向けた支援を行っている	尿意や便意があり、ご自分で رفتり、スタッフを呼んで行きたいという方がほとんど。しかしそのような方々でも、いつも尿便意があるわけではなく、日によって排泄間隔が開いている場合もある。そのため排泄チェック表を使用している。トイレに行きましようではなく、「お部屋の閉じまりをしませんか？」とか「ちょっとあちらでお手伝いお願いしたいのですが・・・」と声掛けをして席を立ててもらい、ついでにトイレに寄るといった方がスムーズに使用していただける。	排泄チェック表を活用し、個々の排泄パターンや能力を把握し、安易におむつを使用することなく、可能な限り排泄の自立を目指した支援を行っている。トイレ誘導する際も周囲に気づかれることのないよう配慮した声掛けを行っている。	
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	医師によっては、腹痛の少ないように漢方薬を処方して下さる場合もあるが、ほとんどの下剤は排便を促す他、腹痛も伴うこともあるため、認知症の方にはとてもストレスを感じると思われる。3日程度までは緩下剤を飲まずにオリブオイルを活用して、自然排便できるよう工夫している方もいる。		
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、個々に応じた支援をしている	入浴日は基本的には決まっている。その中で、ご本人の意思を確認するようにし、まだ入りたくないという方は気分が向くまで何度お声掛けをしている。入りたいがバイタルが不安定で入れない方もいるので、そのような方は入浴日でなくても、バイタルがいい時に勤めている	入浴日の予定は基本的に決めているが、体調や気分など、個々の事情に合わせて柔軟に対応している。お湯の温度や入浴時間(長湯等)も個々の希望に対応している。また入浴剤で入浴を楽しめるよう支援している。	
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	昼寝の習慣が無い方もおられるが、座ってばかりだと足の浮腫みや便秘にもつながるので、昼食後は皆さんに休養を勧めている。不眠傾向の方は日中の過ごし方を見直し、適度な疲労感を感じられる程度の活動を勧めたりするもある。今はよく眠っている方が多い、		
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	内服はホームで管理し、都度職員が介助している。新しく処方された薬などは数日様子を見て変化があればすぐに医師へ相談するようにしている。眠剤や安定剤などは、症状が落ち着いて来たら減量できないか医師に相談している。		
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	上に立つ立場の仕事をしていた方には、毎日のラジオ体操や行事の際には挨拶をお願いするようにしている。食堂を経営していた方には、台所回りの家事一般をお願いしている。作業中はキリッとした表情になるため、いい刺激になっていると思う。		
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。また、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	故郷探検まではいかないが、生まれが近い方などはドライブに出かけて、懐かしい風景を車窓からみて会話を引き出すことが出来るようケアプランに組み込んでいる方もいるが、なかなか行けないのが現状。短時間の散歩や、日向ぼっこ等はお天気を見て普段からよく行っている。	散歩や買い物など、希望に合わせて日常的に外出支援している。また、法人本部へ毎日食材を受け取りに行く際に利用者も一緒に行き、余裕があるときは寄り道している。お花見など季節の行事は年間計画に挙げて実施している。	

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
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	買い物をしなくても、手元に財布があるだけで安心される方は、紛失等のリスクをご理解いただいて手元に置いている。そのほかの方はおこずかい程度の金額であればホームで預かり、買い物時には持って出かけている。		
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	贈り物や手紙はがきが送られてきたときにはお礼の電話を本人と一緒にするようにしている。洋服などが送られてきた時には、着ている写真を同封して手紙を送るようにしている。		
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	テレビの内容で不穏になったり混乱される方がいるので、録画した番組を流したりして、嫌なニュースが流れないようにしている。普段でもテレビはなるべくつけないようにして、その代わりに音楽を流したり、歌を歌ったり、軽作業を勧める等して、混乱しないように工夫している。	一般家庭と同じようなキッチンでそこが共有空間となっているため、自宅のような落ち着いた環境になっている。テレビや音楽を利用者の精神状態に配慮して使用し落ち着いて過ごせるよう工夫している。また、廊下には利用者の作品、ホールには季節に合った飾りがあり居心地よく過ごせるよう工夫されている。	
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	ホームが狭いため、事務所だったところも利用者様に開放して、他の方とあまり交流したくない方でも孤立しないように職員が側でさりげなくかわれるような席の配置をしている		
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	今はないが、布団での生活を送っていた方はベッドをかたづけ、始めは布団を使ってもらい、徐々にベッドに移行していくようにしている。家具は入りきらないが、大事にしている小物や写真などは持ってきていただき、飾っている。	入居前に自宅で使用していたものや居室に置かれていたものを持参するようお願いし、そのままのしつらえとなるよう心掛けている。家具などの配置や飾りは本人と相談しながら行い、本人が居心地よく過ごせるよう工夫されている。	
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」や「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	新しい利用者様で、見当識障害が顕著な方が数名おられ、その方々のために、よく使うトイレには大きくトイレと表示したり、他の方よりも大きい字で居室に名前を表示したりしている。物品を用意し声掛けすると自分でできる方も多いため、余計な手出しをしないように職員間で常に情報交換している。		