

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	3992600092		
法人名	株式会社 共栄		
事業所名	グループホーム ほほえみ		
所在地	高知県幡多郡大月町弘見4163-247		
自己評価作成日	平成28年12月20日	評価結果 市町村受理日	平成29年3月23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)】

平成25年3月に1ユニットのグループホームを開業し、3年経過した平成27年度に次の1ユニット開業の町指定を受領し、平成28年4月より2ユニットの事業の運営を行っている。

事業所の理念として、1利用者の基本的人権を守る、2プライバシーを守る、3自由な生活の保障、4地域の一住民として生活するの4点を掲げ、各項目ごとに具体的な行動目標を明示して取り組んでいる。施設の周囲は田園に囲まれてはいるが、町内の5地域の中心地に位置し、役場・消防分署・警察駐在所・協力医療機関とは、数分から10分で行ける距離にあることで安心した生活空間を守備できる。また、周辺の5地域の老人クラブ団体や近隣のボランティア団体の頻繁な訪問を受け、施設内で暮らしている方々と地域の方々の交流や、自然災害が発生しても、直ちに地域からの応援体制が可能な関係づくりができてきた。認知症の人のケアマネジメントには「センター方式」を活用し、入居者の個別性に応じた介護計画と実践を目指して取り組んでいる。

※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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/39/index.php?action=kouhyou_detail_2016_022_kihon=true&livevosofid=3992600092-00&PrefCd=39&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	高知県社会福祉協議会
所在地	〒780-8567 高知県高知市朝倉戊375-1 高知県立ふくし交流プラザ
訪問調査日	平成29年1月27日

【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)】

事業所は、地元の要望にも応え、平成28年4月から、1ユニットから2ユニットに変更している。

事業所は理念に加えて、職員が現場で実践しやすいよう、具体的な対応方針を詳細に作成している。職員のモチベーションアップにも力を入れ、28年度は職員5名が介護福祉士資格を取得し、1名が実践リーダー研修を受講している。

また、事業所は入居希望の思いに応じて設備を整え、在宅酸素療養の利用者も受け入れ可能とし、協力医療機関の看護師に運営推進会議へ参加してもらうなど、地域の期待に応えるよう努めている。利用者が重度化した時は、家族の訪問を受けながら、他の利用者からも温かい声かけがあるなど、利用者同士の家庭的な思いやりも見られる。

管理者は地域との交流を大切に、事業所の交流イベントのほか、近隣住民、老人クラブやボランティア団体の訪問も多く、一住民としての関係づくりに努めている。利用者は介護度が1から5まで様々であるが、一人ひとりがゆったりとして穏やかな表情を保ち、安心して暮らしている。

自己評価および外部評価結果

ユニット名:さくら

自己評価	外部評価	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	「楽しく自分らしく、笑顔で過ごせる共同生活介護の形成」という基本理念をもとに利用者、地域、従業者への責任を定めた経営理念を作成し、理念の具体化の方策を詳しく職員に周知すると共に、平成28年度には職員に「実践リーダー研修」を受講させ、介護理念の明確化を図り、推進している。	「人生楽しく自分らしく、笑顔で過ごせる共同生活介護」を理念に、利用者、地域、職員に対する責任を経営理念に定め、その具体化として詳細なケア方針を作成している。管理者は、利用者の尊厳に配慮した意思確認や自立支援等について、スタッフ会で話し合い、理念を周知徹底している。	
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	町内の老人クラブや民踊・歌謡体操・コーラス・連合婦人会・有志のカラオケサークル等、ボランティア活動を受け、多くの地域住民の来訪で認知症の方々の暮らしを支援して頂く基盤ができた。地域でのイベントには利用者も参加し、管理者自らは地区の老人クラブの一員として活動し、施設の生活者のアピールをし協力体制を要請している。	管理者は地区の老人クラブの一員であり、事業所活動を発信し、地域とのつながりを深めている。地元出身の利用者が多く、周辺の住民も事業所運営に関心を持っており、踊りやコーラス等様々なボランティアの来訪を通じて、地域住民と交流している。	
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	管理者は事業所での実践内容を踏まえて、地域の様々な会合に関わりながら、認知症ケアの啓発に努めている。また、地域の方からの認知症相談を随時受けている。		
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	事業運営の検討や、外部評価の結果報告、利用者の日常生活の様子を報告し、意見や助言を得ている。地域の代表者である運営推進員は、地区ぐるみで施設の生活の保全の協力体制を認識して下さり、行政や医療機関代表の委員からは、行政的な視野や医療的な視野の助言を得ている。	会議は地区長や住民代表、医療関係者、家族、行政等が参加し、利用者の現状や事業計画等の各議題に沿って、活発に意見を交換し、サービス向上につなげている。議事録も議題ごとに詳細にまとめ、家族に送付している。サービス評価で気づいた課題についても話し合い、改善に向けて取り組んでいる。	
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に取り組んでいる	運営推進会議では、町職員に状況を報告し、助言・指導を得ている。また、日ごろは利用者の個々の介護保険に関連する事柄についての連携や、町主催の地域ケア会議に出席する等、連携を密にしている。	行政主催の地域ケア会議に出席して意見交換したり、必要に応じて担当課に介護保険に関する相談をし、助言や指導を受けている。運営推進会議には担当課が出席しており、事業所の状況報告を通して運営に理解を得ている。	
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	事業所の身体拘束排除マニュアルに沿って研修し、身体拘束となる行為やその弊害を学んでいる。昼間は玄関や窓は施錠せず、園庭は自由に散歩できることとし、また個別性に応じた希望により園庭を出たい時には、付き添って散歩したり、町内外のドライブや自宅周辺までの里帰りに同行し、馴染みの生活の継続に務め、気持ちを抑えないように配慮している。	「身体拘束排除マニュアル」に沿って内部研修を行い、拘束の弊害について共通認識を図っているが、書類上の手続きの面で明瞭を欠く部分がある。昼間は玄関等に施錠せず、利用者の自由な行動を安全に留意して見守っている。利用者の気持ちを理解し、行動を制止する言葉かけはしないよう職員で注意し合っている。	「身体拘束排除マニュアル」において、生命の安全上やむを得ず拘束しなければならなくなった場合の、具体的な手続き等を明確にしておくことを期待したい。

自己評価	外部評価	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ないよう注意を払い、防止に努めている	高齢者虐待防止関連法に基づく「事業所の高齢者虐待防止マニュアル」に沿って、毎月のスタッフ会では必ず学習し、特に言葉遣いの影響による心理的な虐待に関しては、日々の生活支援上の留意事項として気を付けあっている。		
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	制度についての学習を行い、今後の必要時に備えている。		
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	契約時には、事業所のケアに関する考え方や取組み、退去を含めた事業所の対応可能な範囲について説明を行っている。状態の変化等により、心身の重度化の対応に関する事項については、家族の理解と同意が得られるように説明している。		
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	利用者とは日常の会話で要望を聞き、その要望の実現に努めている。家族には面会時に率直な意見を聞いている。利用者に変化があればその都度家族に電話やFAX等で知らせ、信頼関係を築く事に務めている。また月に1回の手紙通信では日々の生活状況や心身の状態を報告し、家族からも必要時には、電話や手紙を得ている。運営推進会議には家族代表者からも率直な意見を出して貰っている。	意思を十分に伝えることが困難な利用者がいることを理解し、利用者の意向を最大限受け止める努力をしている。家族には、面会時に率直な思いや意見を聞くようにしている。運営推進会議でも家族代表の意見を詳しく聞き、他の家族にも伝えている。出された意見は、運営に活かしている。	
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	毎月の職員会やリーダー会では業務分担上の課題や、一日の共同生活上の支援内容の課題、余暇活動やレクリエーション活動等の意見、また設備に関する意見、人材育成に関する意見等について交換し合い、代表者にも報告し改善を目指している。	毎月スタッフ会を行い、管理者は職員と業務改善やサービス内容について話し合っている。人材育成にも力を入れ、介護福祉士等の資格取得にも成果を上げており、職員からは介護記録の見直し等多くの意見が出るなど、運営に反映できる体制づくりが出来てきている。	
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	代表者も頻繁に現場に来て、利用者や職員との交流を図り、管理者からは日々の細かな状況も報告し、リーダー会には努めて出席することで、就業環境を熟知している。まだ事業費用の成果には恵まれないが、冬期・夏期の賞与については精一杯の努力をして支給し、職員の就業意識の増進に努めている。		

自己評価	外部評価	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
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	平成27年度には5名の職員の介護福祉士国家試験受験のためのシフト調整を行い、5名全員合格した。平成28年度には、実践リーダー研修を1名が受講し、受講中の施設研修では全員一致の協力体制ができ、成果を得た。今後も機会を捉えた研修受講を勧めたい。		
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	管理者は町内の地域ケア会議に出席し、町内の各事業所との意見交換や行政からの情報伝達によりサービスの質の向上に留意している。新規の入居者が事前に利用しているデイサービスやケアマネジャーとは綿密な連携を行い、入居前の生活や心身の状況についての情報を得ている。		
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	在宅生活者で入居に関しての不安を抱き、入居することを迷っている方には、事前に何回かのデイサービスの利用をして頂き、施設内の生活を経験して頂く事で不安を取り除くことに留意している。入居時の施設内のサービス内容の説明や、職員のおもてなしの心を表す言葉かけ等にも留意し、不安を軽減していただくことを支援している。		
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	入居契約前に家族と何回か面接を行い、家族の苦労話や不安に思っている事、入居後の施設生活について等を話し合い、信頼関係を築いている。入居後は入居者の状況を逐次報告し、不安や不満を解消できるように配慮している。		
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	入居申込者の状況を傾聴することで、弊社での対応が困難な場合は、関係機関に紹介したり、ご家族や本人の思い、状況を確認し、例えば経済的な問題で入居できにくいという相談であれば、経済的な支援を受けられる方法を紹介したり、その他の状況についても改善に向けた支援を提案している。		
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	職員は、利用者は人生の先輩であるという考えを共有しており、本人の思いや根本にある苦しみ、不安、喜びを知る事に務め、また個々の利用者の得意分野で力を発揮して貰い、お互いさまという気持ちや共に暮らしているという関係性を築くように努めている。		

自己評価	外部評価	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	入居者の心身の日々の変化は逐次家族に連絡し、家族の協力が必要なことはその旨を告げ、協力を要請している。また家族としての生活の変化は逐次連絡があり、家族に対する支援が必要な事項であれば、支援を行うことで家族の心理的な不安や負担を軽減することに務めることで、関係性を高めている。		
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	センター方式のアセスメントを行い、個々の利用者の馴染みの関係の存続を重要とし、可能な限り馴染みの人や場所との交流を支援している。行きつけの理美容院への外出や、自宅への外出、年金の引き出しへの同行など、加齢に伴い行動範囲が狭くなっていくお年寄りの唯一の楽しみを継続するように支援している。	アセスメントで把握した生活習慣の継続に努めており、年金受領のため銀行に行った帰りに、行きつけの理髪店へ寄ったり、百貨店で洋服購入の記憶がある利用者には、衣料専門店へ出かけることで楽しみと満足感を得てもらう等の工夫により、習慣や馴染みの関係が継続できるよう支援している。	
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	共同作業や余暇時間をフロアで過ごしている時には必ず職員も共に過ごし、声掛けやおしゃべり仲間に入り、仲間づくりを調整したり、会話を促したり雰囲気づくりをしている。中にはどうしても関係づくりが困難な方もいるが、テーブルの座席の工夫をしたり、不穏な状態にならないように留意している。		
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	加齢に伴う心身機能低下により、緊急に入院し、終末期を病院で迎え、退去せざるを得ない方が居るが、退去後も病院を頻繁に見舞い、家族が県外在住の方は洗濯物も施設で行い届ける等、関係性を継続している。		
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	一人一人の思いを深く知る為に、個々の入居者の生活歴を知り、長期記憶に残っているエピソードの回想や日々の行動、会話、家族からの情報等をもとに入居者の思いを汲み取り、入居者のしたい事、できる事を引き出しながら、職員はケア会議で情報を共有し、一日一日のケア支援に繋げている。	センター方式のアセスメントで、より深く利用者の生活歴を把握し、日々の生活に反映させるよう努めている。新たに利用者から聞いたことや思いを追記しているが、書き込みは主として管理者が行い、ケア会議で職員と情報を共有し、介護計画に反映している。	認知症を対象とする事業所であることから、思いや意向を把握するときは利用者と長期に接し、信頼関係ができた職員も担当できるよう検討を期待したい。
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	入居時や、その後の共同生活中に、一人一人の生活歴や馴染みの暮らし方の把握に務め、認知症のため長期記憶が現在化していくおしゃべりや訴えを深く理解し、それぞれの方が不安や悲しみ、不快な気持ちに陥らないように配慮している。		

自己評価	外部評価	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
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	入居者一人ひとりの生活リズムを理解しているとともに、行動や細かな動作から感じ取り、本人の全体像を把握している。一日の過ごし方については常に問いかけて意思確認を行い、本人の同意のもとに生活誘導をすることになっている。自力のできるADLやIADLや、中には家事作業を手伝うことのできる範囲で力を発揮して貰っている。		
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	入居者や家族の要望を聞き、入居者の日々の変化を把握し、定例や随時の会議で職員とモニタリングとカンファレンスを行い、利用者の心身状態や思いに合わせた介護計画を作成し、家族にも確認している。6ヶ月の介護計画に心身の変化が起きれば、それに合わせてモニタリングを行い、次の計画を立て、実践している。	アセスメントやモニタリングを毎月行い、家族等の意向やモニタリング結果等を職員で話し合っ て介護計画を作成している。計画は、6カ月 或いは利用者の状態変化で見直している。 ただし、2ユニットの利用者を職員全員が把握 できるよう、定期的な異動があり、職員が利用 者の変化を見出しにくくなっている面もある。	職員全員が両ユニットの利用者を知 ることは大事であるが、介護計画に は各利用者を十分に把握する必要 もあり、利用者一人ひとりの状態と 職員との関係性に十分配慮するた めの工夫も期待したい。
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	個別にファイルを用意し、食事・水分量・排泄状況・診療状況等の身体的状況及び日々の暮らしの様子やエピソード等を記録している。いつでも全ての職員が確認できるようにしており、勤務者の引継ぎは記録や口頭で行い情報交換している。		
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	入居者の命と健康保持を重要課題とし、近隣に家族が居ない方は、通院への同行や点滴捕液が必要な場合は外来で付き添う等、柔軟な対応を行い早期治療に務めている。また、家族の同行が無理な入居者の自宅への外出や、町外の銀行まで年金を引き出しに行く要望のある方には、ドライブで同行し、銀行での動作を介助するなどの対応をしている。		
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	周辺地域の老人クラブ団体の協力で、「ほほえみ杯輪投げ大会」に40～50人の参加を得たり、町内の各種のボランティア団体の来訪を受け、入居者の知人や友人との出会いを楽しむことができている。その地域の方々には、施設で緊急事態があれば駆けつけて下さるという意識につながって来た。		
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	入居者のほとんどの方は、協力医療機関がかかりつけ医であるが、入居時に再度確認し、協力医療機関の月1回の定期的な往診と随時の外来診療を受けて健康管理ができています。専門医への受診は、家族が付き添える方や、家族が無い方、県外の方は職員が付き添い対応し、受診結果は記録して家族、職員間で共有している。	家族等は高齢化や県外在住等により通院介助が難しいことから、希望して協力医療機関をかかりつけ医にしている。通院は他の専門医の受診も含め、職員が支援することが多く、家族には定期受診の結果は毎月、随時の受診はその都度報告し、職員間は個人ごとの記録で共有している。	

自己評価	外部評価	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
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	管理者は看護職であり、常に入居者の健康管理や状態変化に応じた支援を行えるようにしている。介護職は体調による詳細な表情の変化や排泄の状態観察、水分補給の状態、バイタルチェックの状態を管理者に報告し、早期発見に努め管理者はケースバイケースで協力医療機関に相談、連絡して指示を得ている。		
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	協力医療機関からの定期的な往診医療を受け、入居者の心身の健康状況は情報交換を密にしているので、病状変化により外来受診が必要な時には休日であっても受診し、早期治療を受けることが出来ている。入院すれば、管理者は日々病院を訪問し、看護師や医師との情報交換により、治療期間や退院見込み計画について指示を得、家族と情報を共有している。		
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	入居時の重要事項説明書にも「重度化対応にかかる指針」を掲げ説明している。入居後は心身の状況に応じて家族との連携で意向を確認し、重度化した場合は協力医療機関の協力により、医療機関での入院処遇を受け、看取りも入院という連携が確立した。「ほほえみ」での看取りについては、施設整備やマンパワーとしての体制に困難性があり、運営推進会議にも是非を問い、ほほえみでの看取り体制は無理だという結論に達した。	看取りについて家族代表が参加する運営推進会議で協議し、事業所の設備や職員体制等から現在の事業所での看取りは困難であり、重度化した時は協力医療機関で終末を迎えるという結論に達している。協力医療機関とは終末期の提携ができており、家族には看取りの指針に基づき方針を説明し、納得を得ている。	
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	消防署の協力や、AED販売業者の協力を得て応急手当や蘇生術の研修を実施したり、救急車が到着する前の応急処置や準備すべきことについて研修を受けている。		
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	消防署の協力を得て、避難訓練、避難経路の確認、消火器の使い方などの訓練を定期的に行っている。	年2回火災訓練を実施し、消防署の協力を得て初期消火の訓練等を行っている。回をわけて日中と夜間想定訓練を行い、一部の住民や区長が参加している。災害時の職員の連絡網や地域住民との協力関係はできている。非常食・水等は3日分を備蓄している。	
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	居室を一人ひとりの「家」とみなし、居室の出入りにはノックを行い、衣服の入れ替え時には同意を得るようにしている。利用者のその人らしさを理解し、年長者への敬意をもって接することを基本として尊厳を守るようにしている。	利用者は高齢のため、排泄が自立していても介助を必要とし、職員は利用者の自尊心に配慮した、さりげないトイレ介助を心がけている。また、居室は利用者のプライバシー空間であり、必ずノックして入室許可を得ることにしている。	

自己評価	外部評価	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	介護理念の基本として「一人ひとりの声掛けと意思確認を行う事」を職員間の共通認識とし、日ごろは一人一人に声を掛け、意思表示が困難な方には表情を読み取ったり、頷きや首ふりで意思を示す事のできるような言葉かけに留意したり、些細な事でも本人が決める場面を作っている。		
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	一人ひとりのペースに合わせた対応を心掛けている。日々のコンディションや様子を見ながら、本人の希望を尋ねたり、行きたい所へ外出したり、休憩したりと個別対応をしている。		
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	それぞれの行きつけの理美容院に同行し、カットやパーマ、髭剃り、散髪と希望に合わせたおしゃれをして頂き、また朝夕の衣服も自分の好みに合わせて衣類交換している。また、家族が遠方に在住するため買い物思うようにできない方には、職員が買い物に同行し本人の好みに合わせた買い物をして頂いている。		
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者が親しんで来た田舎料理を念頭に、地域の方からの野菜や魚の差し入れや、庭先の畑の収穫物を使うこともあり、季節の食材を念頭に入れた献立をしている。入居者の状態に合わせ、刻みやトロミを付ける工夫をして食べやすくし、入居者は下ごしらえや食器洗い等できることを手伝いながら、調理の匂いや会話で食事を楽しんでいる。	調理専門の職員を配置し、栄養士と管理者が月間メニューを作成している。利用者は下ごしらえや食器洗い等を手伝い、職員は具材を利用者の好みや状態に合わせて、食べやすいよう工夫し、食材等の話題を提供しながら利用者と一緒に食事を楽しんでいる。	
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	水分補給は1日1500CCを目指し、好みに応じた飲み物やお茶ゼリーを工夫して摂取して貰っている。また栄養バランスや、個々の入居者の摂取機能に応じた調理の工夫や、食事療法の必要な有疾患の方は、食材や調理方法に留意して献立している。		
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それぞれの自立度に合わせて、介助や自力で行っている。必要な方は月1回の歯科外来受診に同行し、歯石や歯垢取りや義歯調整をすることで、口腔の健康状態を保っている。		
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	排泄記録や、個々の排泄の意思の動作を確認し、昼間はトイレ誘導、夜間はポータブルトイレ等を使用し、心身機能に合わせた排泄介助をしている。自分でトイレに行ける方も、排尿便の確認のための声掛けや、パッド交換の介助を行っている。入院のため機能低下があった方でも早期にオムツ外しを行い、トイレ誘導を重ねていると尿・便意を知らせることもできるようになっている。	入院により利用者の日常機能が低下する事があり、退院時にオムツ使用だった利用者が、オムツを使用しなくて済むよう排泄を支援し、尿意や便意を伝えられるようになった事例もある。夜間オムツの利用者にも、日中は尿パッドを使用し、自立に向けてトイレでの排泄を支援している。	

自己評価	外部評価	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	排泄記録を見て、個々の入居者の排便状況を把握し、水分補給や食材、運動にも留意し、中には主治医の処方薬の与薬等、便秘予防に留意している。		
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	一人ひとりの入浴希望を確認し、時には入浴は今日は嫌だと言う訴えがあれば、体調確認と本人の心理的な状態を確認して、無理じいせずに清拭等で保清等をしている。毎日の入浴を希望する方や、湯船にかかる事が嫌な方、つかりたい方等希望に応じた方法で介助している。	利用者の希望に応じ、職員2名で入浴を介助している。体調等から週に3回の入浴が多いが、毎日の入浴を希望する利用者にも対応している。入浴を嫌がる利用者には、思いを測り無理強いせず清拭等で支援したり、入浴への誘い方を工夫して入浴につなげている。	
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	一人ひとりの体調や心身機能を勘案しながら、日中の活動を調整したり、日光に当たる事や、居室での午睡時間等で生活リズムを整えるように努めている。		
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	処方薬の個別化のために薬箱に整理し、職員が内容を確認できるようにしている。薬の準備は二重、三重の確認で行い、服薬時には薬の日時、朝昼夕氏名を確認し、本人に手渡しの場合は、飲み込んだかどうか確認をしている。薬の変更があれば、全職員に周知できるように引継ぎ記録や口頭で徹底している。		
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	一人ひとりの得意分野に合わせて、園庭の畑での野菜づくりや日々の家政の手伝い、季節に合わせた山菜摘みと、食材としての準備や、毎日のレクリエーション時間の各種の取り組み等を工夫している。また、時には花見や買い物の外出で気分転換を図る事も計画に入れ実行している。		
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	独歩で自由に園庭に出ることができる方は、自由に園庭の散歩や草引き、野菜の世話ができるように支援している。帰宅願望のために、戸外まで独歩で出る方には公道まで付き添って歩き、おしゃべりで気を紛らしている。自宅まで帰りたい方や髭剃り・散髪・買い物・銀行までの外出等にドライブで同行している。家族の協力が得られる方は家族に依頼して外出できるが、町内に家族が居住していない方が多いので、主として弊社が支援している。	事業所周辺は車椅子でも散歩できる環境があり、散歩のほか日光浴も心がけている。自宅で1～2時間過ごす外出や、年金を引き出しに銀行へ行ったり、行きつけの理髪店を継続利用する等、それぞれの外出を支援している。	

自己評価	外部評価	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	家族の協力を得て、少額のお金を持っている方もある、また、バックに少額を持って居ても部屋に置く事で不安に思う方は、バックを預かり、買い物や理美容院に行く時にはバックからご自分で出して支払う事で、お金を使うことができる方もある。また、少額でも持つことが出来ない方は、預かり金から支払うことを伝え、自由に買い物もできるという意識を再確認している。			
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している	電話は子機を使って、自らの意思で自由に掛けることができるように支援している。手紙については自分の意思で手紙を書ける方はいないが、中には手紙を書く事を誘導して、支援すればできる方もあり、時に県外に住む子供たちに手紙を出せることもある。子供達からは、電話での返事があり喜ばれる。			
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	フロアや廊下の白い壁には、心の慰安を図れるような装飾を工夫したり、共同で作った創作物を張り付けたり、季節感が感じられる物を配置している。また、家族から寄贈された花々や、クリスマス・正月・豆まき・お雛祭り等の季節ごとの催しが、身近に感じることができるよう置物の工夫をしている。	居間等の共用空間はゆったりとしており、利用者はソファでくつろいだり、畳のコーナーで洗濯物をたたんだり、テレビを見ながら雑談するなど、好みの場所で居心地よく過ごしている。壁には季節行事の飾り物を配置し、季節の花を飾るなど季節感にも配慮している。		
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	それぞれの入居者に好みの居場所や、気の合った者同士の居場所があり、座布団やクッション等の工夫をしてリラックスできる居場所づくりを工夫している。			
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室は、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	入居時にそれまで使っていた馴染みの家具や、趣味の品物や、見慣れた物を持ち込んで頂き、それぞれの個性に応じた部屋づくりに留意してきた。時には心身機能に合わせ車いす使用が必要になり、広い空間が必要となって持ち込んで頂いた用具も家族に持ち帰って頂くことも必要になるものもあるが、居室の壁を利用しての工夫に留意している。	居室には、利用者が馴染んだ物を持ってきてもらうよう家族に依頼している。使い慣れた筆筒や子供のころから使っていた机等を持ち込み、自宅で暮らしていた雰囲気が出せるよう工夫している。上着なども自分で選べるよう、整理している。		
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	入居者の心身の状況に合わせ、手すりの設置、福祉用具の整備、職員の対応の工夫により、リスクを予防して、自立支援に取り組んでいる。また一人ひとりの理解力や判断力を見極め、必要な目印やその都度の声掛けや見守りで、安全かつ自立した生活が送れるよう工夫している。			

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目)							
項目		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	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. 利用者の2/3くらいの				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいの				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	64	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回程度ある			○	2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが			○	2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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			○	2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが			○	2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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				1. ほぼ全ての利用者が
		○	2. 利用者の2/3くらいが				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				4. ほとんどできていない

自己評価および外部評価結果

ユニット名: すみれ

自己評価	外部評価	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	「楽しく自分らしく、笑顔で過ごせる共同生活介護の形成」という基本理念をもとに利用者、地域、従業員への責任を定めた経営理念を作成し、理念の具体化の方策を詳しく職員に周知すると共に、平成28年度には職員に「実践リーダー研修」を受講させ、介護理念の明確化を図り、推進している。		
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	町内の老人クラブや民謡・歌謡体操・コーラス・連合婦人会・有志のカラオケサークル等、ボランティア活動を受け、多くの地域住民の来訪で認知症の方々の暮らしを支援して頂く基盤ができた。地域でのイベントには利用者も参加し、管理者自らは地区の老人クラブの一員として活動し、施設の生活者のアピールをし協力体制を要請している。		
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	管理者は事業所での実践内容を踏まえて、地域の様々な会合に関わりながら、認知症ケアの啓発に努めている。また、地域の方からの認知症相談を随時受けている。		
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	事業運営の検討や、外部評価の結果報告、利用者の日常生活の様子を報告し、意見や助言を得ている。地域の代表者である運営推進員は、地区ぐるみで施設の生活の保全の協力体制を認識して下さり、行政や医療機関代表の委員からは、行政的な視野や医療的な視野の助言を得ている。		
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に取り組んでいる	運営推進会議では、町職員に状況を報告し、助言・指導を得ている。また、日ごろは利用者の個々の介護保険に関連する事柄についての連携や、町主催の地域ケア会議に出席する等、連携を密にしている。		
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	事業所の身体拘束排除マニュアルに沿って研修し、身体拘束となる行為やその弊害を学んでいる。昼間は玄関や窓は施錠せず、園庭は自由に散歩できることとし、また個別性に応じた希望により園庭を出たい時には、付き添って散歩したり、町内外のドライブや自宅周辺までの里帰りに同行し、馴染みの生活の継続に務め、気持ちを抑えないように配慮している。		

7		<p>○虐待の防止の徹底</p> <p>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逃ごされることがないよう注意を払い、防止に努めている</p>	<p>高齢者虐待防止関連法に基づく「事業所の高齢者虐待防止マニュアル」に沿って、毎月のスタッフ会では必ず学習し、特に言葉遣いの影響による心理的な虐待に関しては、日々の生活支援上の留意事項として気を付けあっている。</p>		
8		<p>○権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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</p>	<p>制度についての学習を行い、今後の必要時に備えている。</p>		
9		<p>○契約に関する説明と納得</p> <p>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</p>	<p>契約時には、事業所のケアに関する考え方や取り組み、退去を含めた事業所の対応可能な範囲について説明を行っている。状態の変化等により、心身の重度化の対応に関する事項については、家族の理解と同意が得られるように説明している。</p>		
10	(6)	<p>○運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>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</p>	<p>利用者とは日常の会話で要望を聞き、その要望の実現に努めている。家族には面会時に率直な意見を聞いている。利用者に変化あればその都度家族に電話やFAX等で知らせ、信頼関係を築く事に努めている。また月に1回の手紙通信では日々の生活状況や心身の状態を報告し、家族からも必要時には、電話や手紙を得ている。運営推進会議には家族代表者からも率直な意見を出して貰っている。</p>		
11	(7)	<p>○運営に関する職員意見の反映</p> <p>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</p>	<p>毎月の職員会やリーダー会では業務分担上の課題や、一日の共同生活上の支援内容の課題、余暇活動やレクリエーション活動等の意見、また設備に関する意見、人材育成に関する意見等について交換し合い、代表者にも報告し改善を目指している。</p>		
12		<p>○就業環境の整備</p> <p>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</p>	<p>代表者も頻繁に現場に来て、利用者や職員との交流を図り、管理者からは日々の細かな状況も報告し、リーダー会には努めて出席することで、就業環境を熟知している。まだ事業費用の成果には恵まれないが、冬期・夏期の賞与については精一杯の努力をして支給し、職員の就業意識の増進に努めている。</p>		

13	<p>○職員を育てる取り組み</p> <p>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</p>	<p>平成27年度には5名の職員の介護福祉士国家試験受験のためのシフト調整を行い、5名全員合格した。平成28年度には、実践リーダー研修を1名が受講し、受講中の施設研修では全員一致の協力体制ができ、成果を得た。今後も機会を捉えた研修受講を勧めたい。</p>		
14	<p>○同業者との交流を通じた向上</p> <p>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</p>	<p>管理者は町内の地域ケア会議に出席し、町内の各事業所との意見交換や行政からの情報伝達によりサービスの質の向上に留意している。新規の入居者が事前に利用しているデイサービスやケアマネジャーとは綿密な連携を行い、入居前の生活や心身の状況についての情報を得ている。</p>		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援				
15	<p>○初期に築く本人との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>在宅生活者で入居に関しての不安を抱き、入居することを迷っている方には、事前に何回かのデイサービスの利用をして頂き、施設内の生活を体験して頂く事で不安を取り除くことに留意している。入居時の施設内のサービス内容の説明や、職員のおもてなしの心を表す言葉かけ等にも留意し、不安を軽減していただくことを支援している。</p>		
16	<p>○初期に築く家族等との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>入居契約前に家族と何回か面接を行い、家族の苦労話や不安に思っている事、入居後の施設生活について等を話し合い、信頼関係を築いている。入居後は入居者の状況を逐次報告し、不安や不満を解消できるように配慮している。</p>		
17	<p>○初期対応の見極めと支援</p> <p>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</p>	<p>入居申込者の状況を傾聴することで、弊社での対応が困難な場合は、関係機関に紹介したり、ご家族や本人の思い、状況を確認し、例えば経済的な問題で入居できにくいという相談であれば、経済的な支援を受理できる方法を紹介したり、その他の状況についても改善に向けた支援を提案している。</p>		
18	<p>○本人と共に過ごし支えあう関係</p> <p>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</p>	<p>職員は、利用者は人生の先輩であるという考えを共有しており、本人の思いや根本にある苦しみ、不安、喜びを知る事に務め、また個々の利用者の得意分野で力を発揮して貰い、お互いさまという気持ちや共に暮らしているという関係性を築くように努めている。</p>		

19		<p>○本人を共に支えあう家族との関係</p> <p>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</p>	<p>入居者の心身の日々の変化は逐次家族に連絡し、家族の協力が必要なことはその旨を告げ、協力を要請している。また家族としての生活の変化は逐次連絡があり、家族に対する支援が必要な事項であれば、支援を行うことで家族の心理的な不安や負担を軽減することに務めることで、関係性を高めている。</p>		
20	(8)	<p>○馴染みの人や場との関係継続の支援</p> <p>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う、支援に努めている</p>	<p>センター方式のアセスメントを行い、個々の利用者の馴染みの関係の存続を重要とし、可能な限り馴染みの人や場所との交流を支援している。行きつけの理美容院への外出や、自宅への外出、年金の引き出しへの同行など、加齢に伴い行動範囲が狭くなっていくお年寄りの唯一の楽しみを継続するように支援している。</p>		
21		<p>○利用者同士の関係の支援</p> <p>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</p>	<p>共同作業や余暇時間をフロアで過ごしている時には必ず職員も共に過ごし、声掛けやおしゃべり仲間に入り、仲間づくりを調整したり、会話を促したり雰囲気づくりをしている。中にはどうしても関係づくりが困難な方もいるが、テーブルの座席の工夫をしたり、不穏な状態にならないように留意している。</p>		
22		<p>○関係を断ち切らない取組み</p> <p>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</p>	<p>加齢に伴う心身機能低下により、緊急に入院し、終末期を病院で迎え、退去せざるを得ない方が居るが、退去後も病院を頻繁に見舞い、家族が県外在住の方は洗濯物も施設で行い届ける等、関係性を継続している。</p>		
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)	<p>○思いや意向の把握</p> <p>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</p>	<p>一人一人の思いを深く知る為に、個々の入居者の生活歴を知り、長期記憶に残っているエピソードの回想や日々の行動、会話、家族からの情報等をもとに入居者の思いを汲み取り、入居者のしたい事、できる事を引き出しながら、職員はケア会議で情報を共有し、一日一日のケア支援に繋げている。</p>		
24		<p>○これまでの暮らしの把握</p> <p>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</p>	<p>入居時や、その後の共同生活中に、一人一人の生活歴や馴染みの暮らし方の把握に務め、認知症のため長期記憶が現在化していくおしゃべりや訴えを深く理解し、それぞれの方が不安や悲しみ、不快な気持ちに陥らないように配慮している。</p>		

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	入居者一人ひとりの生活リズムを理解しているとともに、行動や細かな動作から感じ取り、本人の全体像を把握している。一日の過ごし方については常に問いかけて意思確認を行い、本人の同意のもとに生活誘導をすることになっている。自力でできるADLやIADLや、中には家事作業を手伝うことのできる範囲で力を発揮して貰っている。		
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	入居者や家族の要望を聞き、入居者の日々の変化を把握し、定例や随時の会議で職員とモニタリングとカンファレンスを行い、利用者の心身状態や思いに合わせた介護計画を作成し、家族にも確認している。6ヶ月の介護計画に心身の変化が起きれば、それに合わせてモニタリングを行い、次の計画を立て、実践している。		
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	個別にファイルを用意し、食事・水分量・排泄状況・診療状況等の身体的状況及び日々の暮らしの様子やエピソード等を記録している。いつでも全ての職員が確認できるようにしており、勤務者の引継ぎは記録や口頭で行い情報交換している。		
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	入居者の命と健康保持を重要課題とし、近隣に家族が居ない方は、通院への同行や点滴捕液が必要な場合は外来で付き添う等、柔軟な対応を行い早期治療に務めている。また、家族の同行が無理な入居者の自宅への外出や、町外の銀行まで年金を引き出しに行く要望のある方には、ドライブで同行し、銀行での動作を介助するなどの対応をしている。		
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	周辺地域の老人クラブ団体の協力で、「ほほえみ杯輪投げ大会」に40～50人の参加を得たり、町内の各種のボランティア団体の来訪を受け、入居者の知人や友人との出会いを楽しむことができている。その地域の方々は、施設で緊急事態があれば駆けつけて下さるという意識につながって来た。		
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支援している	入居者のほとんどの方は、協力医療機関がかかりつけ医であるが、入居時に再度確認し、協力医療機関の月1回の定期的な往診と随時の外来診療を受けて健康管理ができている。専門医への受診は、家族が付き添える方や、家族が無い方、県外の方は職員が付き添い対応し、受診結果は記録して家族、職員間で共有している。		

31		<p>○看護職との協働</p> <p>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</p>	<p>管理者は看護職であり、常に入居者の健康管理や状態変化に応じた支援を行えるようにしている。介護職は体調による詳細な表情の変化や排便の状態観察、水分補給の状態、バイタルチェックの状態を管理者に報告し、早期発見に努め管理者はケースバイケースで協力医療機関に相談、連絡して指示を得ている。</p>		
32		<p>○入退院時の医療機関との協働</p> <p>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</p>	<p>協力医療機関からの定期的な往診医療を受け、入居者の心身の健康状況は情報交換を密にしているため、病状変化により外来受診が必要な時には休日であっても受診し、早期治療を受けることが出来ている。入院すれば、管理者は日々病院を訪問し、看護師や医師との情報交換により、治療期間や退院見込み計画について指示を得、家族と情報を共有している。</p>		
33	(12)	<p>○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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</p>	<p>入居時の重要事項説明書にも「重度化対応にかかる指針」を掲げ説明している。入居後は心身の状況に応じて家族との連携で意向を確認し、重度化した場合は協力医療機関の協力により、医療機関での入院処遇を受け、看取りも入院という連携が確立した。「ほほえみ」での看取りについては、施設整備やマンパワーとしての体制に困難性があり、運営推進会議にも是非を問い、ほほえみでの看取り体制は無理だという結論に達した。</p>		
34		<p>○急変や事故発生時の備え</p> <p>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</p>	<p>消防署の協力や、AED販売業者の協力を得て応急手当や蘇生術の研修を実施したり、救急車が到着する前の応急処置や準備すべきことについて研修を受けている。</p>		
35	(13)	<p>○災害対策</p> <p>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</p>	<p>消防署の協力を得て、避難訓練、避難経路の確認、消火器の使い方などの訓練を定期的に行っている。</p>		
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	<p>○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保</p> <p>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</p>	<p>居室を一人ひとりの「家」とみなし、居室の出入りにはノックを行い、衣服の入れ替え時には同意を得るようにしている。利用者のその人らしさを理解し、年長者への敬意をもって接することを基本として尊厳を守るようにしている。</p>		

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	介護理念の基本として「一人ひとりの声掛けと意思確認を行う事」を職員間の共通認識とし、日ごろは一人一人に声を掛け、意思表示が困難な方には表情を読み取ったり、頷きや首ふりで意思を示す事のできるような言葉かけに留意したり、些細な事でも本人が決める場面を作っている。		
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	一人ひとりのペースに合わせた対応を心掛けている。日々のコンディションや様子を見ながら、本人の希望を尋ねたり、行きたい所へ外出したり、休憩したりと個別対応をしている。		
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	それぞれの行きつけの理美容院に同行し、カットやパーマ、髭剃り、散髪と希望に合わせたおしゃれをして頂き、また朝夕の衣服も自分の好みに合わせて衣類交換している。また、家族が遠方に在住するため買い物が思うようにできない方には、職員が買い物に同行し本人の好みに合わせた買い物をして頂いている。		
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	利用者が親しんで来た田舎料理を念頭に、地域の方からの野菜や魚の差し入れや、庭先の畑の収穫物を使うこともあり、季節の食材を念頭に入れた献立をしている。入居者の状態に合わせ、刻みやトロミを付ける工夫をして食べやすくし、入居者は下ごしらえや食器洗い等できることを手伝いながら、調理の匂いや会話で食事を楽しんでいる。		
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	水分補給は1日1500CCを目指し、好みに応じた飲み物やお茶ゼリーを工夫して摂取して貰っている。また栄養バランスや、個々の入居者の摂取機能に応じた調理の工夫や、食事療法の必要な有疾患の方は、食材や調理方法に留意して献立している。		
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それぞれの自立度に合わせ、介助や自力で行っている。必要な方は月1回の歯科外来受診に同行し、歯石や歯垢取りや義歯調整をすることで、口腔の健康状態を保っている。		
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	排泄記録や、個々の排泄の意思の動作を確認し、昼間はトイレ誘導、夜間はポータブルトイレ等を使用し、心身機能に合わせた排泄介助をしている。自分でトイレに行ける方も、排尿便の確認のための声掛けや、パッド交換の介助を行っている。入院のため機能低下があった方でも早期にオムツ外しを行い、トイレ誘導を重ねていると尿・便意を知らせることもできるようになっている。		

44		<p>○便秘の予防と対応</p> <p>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</p>	<p>排泄記録を見て、個々の入居者の排便状況を把握し、水分補給や食材、運動にも留意し、中には主治医の処方薬の与薬等、便秘予防に留意している。</p>		
45	(17)	<p>○入浴を楽しむことができる支援</p> <p>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</p>	<p>一人ひとりの入浴希望を確認し、時には入浴は今日は嫌だと言う訴えがあれば、体調確認と本人の心理的な状態を確認して、無理じいせずに清拭等で保清等をしている。毎日の入浴を希望する方や、湯船につかる事が嫌な方、つかりたい方等希望に応じた方法で介助している。</p>		
46		<p>○安眠や休息の支援</p> <p>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</p>	<p>一人ひとりの体調や心身機能を勘案しながら、日中の活動を調整したり、日光に当たる事や、居室での午睡時間等で生活リズムを整えるように努めている。</p>		
47		<p>○服薬支援</p> <p>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</p>	<p>処方薬の個別化のために薬箱に整理し、職員が内容を確認できるようにしている。薬の準備は二重、三重の確認で行い、服薬時には薬の日時、朝昼夕氏名を確認し、本人に手渡しの場合は、飲み込んだかどうか確認をしている。薬の変更があれば、全職員に周知できるように引継ぎ記録や口頭で徹底している。</p>		
48		<p>○役割、楽しみごとの支援</p> <p>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</p>	<p>一人ひとりの得意分野に合わせて、園庭の畑での野菜づくりや日々の家政の手伝い、季節に合わせた山菜摘みと、食材としての準備や、毎日のレクリエーション時間の各種の取り組み等を工夫している。また、時には花見や買い物のお出で気分転換を図る事も計画に入れ実行している。</p>		
49	(18)	<p>○日常的な外出支援</p> <p>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</p>	<p>独歩で自由に園庭に出ることができる方は、自由に園庭の散歩や草引き、野菜の世話ができるように支援している。帰宅願望のために、戸外まで独歩で出る方には公道まで付き添って歩き、おしゃべりで気を紛らしている。自宅まで帰りたい方や髭剃り・散髪・買い物・銀行までの外出等にドライブで同行している。家族の協力が得られる方は家族に依頼して外出できるが、町内に家族が居住していない方が多いので、主として弊社が支援している。</p>		

50		<p>○お金の所持や使うことの支援</p> <p>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</p>	<p>家族の協力を得て、少額のお金を持っている方もある、また、バックに少額を持って居ても部屋に置く事で不安に思う方は、バックを預かり、買い物や理美容院に行く時にはバックからご自分で出して支払う事で、お金を使うことができる方もある。また、少額でも持つことが出来ない方は、預かり金から支払うことを伝え、自由に買い物もできるという意識を再確認している。</p>		
51		<p>○電話や手紙の支援</p> <p>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</p>	<p>電話は子機を使って、自らの意思で自由に掛けることができるように支援している。手紙については自分の意思で手紙を書ける方はいないが、中には手紙を書く事を誘導して、支援すればできる方もあり、時に県外に住む子供たちに手紙を出せることもある。子供達からは、電話での返事があり喜ばれる。</p>		
52	(19)	<p>○居心地のよい共用空間づくり</p> <p>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</p>	<p>フロアや廊下の白い壁には、心の慰安を図れるような装飾を工夫したり、共同で作った創作物を張り付けたり、季節感が感じられる物を配置している。また、家族から寄贈された花々や、クリスマス・正月・豆まき・お雛祭り等の季節ごとの催しが、身近に感じることができるように置物の工夫をしている。</p>		
53		<p>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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</p>	<p>それぞれの入居者に好みの居場所や、気の合った者同士の居場所があり、座布団やクッション等の工夫をしてリラックスできる居場所づくりを工夫している。</p>		
54	(20)	<p>○居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>居室は、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</p>	<p>入居時にそれまで使っていた馴染みの家具や、趣味の品物や、見慣れた物を持ち込んで頂き、それぞれの個性に応じた部屋づくりに留意してきた。時には心身機能に合わせ車いす使用が必要になり、広い空間が必要となって持ち込んで頂いた用具も家族に持ち帰って頂くことも必要になるものもあるが、居室の壁を利用しての工夫に留意している。</p>		
55		<p>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>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</p>	<p>入居者の心身の状況に合わせ、手すりの設置、福祉用具の整備、職員の対応の工夫により、リスクを予防して、自立支援に取り組んでいる。また一人ひとりの理解力や判断力を見極め、必要な目印やその都度の声掛けや見守りで、安全かつ自立した生活が送れるよう工夫している。</p>		

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目)						
項目		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)		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)	○	64	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)		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)		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)		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)	○	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	