

### 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	2376600405		
法人名	愛知県厚生農業協同組合連合会		
事業所名	JA愛知厚生連 あつみの郷グループホーム さざなみ		
所在地	愛知県田原市田原町築出35番地1		
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	平成31年 3月22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	<a href="http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_2018_022_kani=true&amp;JivvosyoCd=2376600405-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_2018_022_kani=true&amp;JivvosyoCd=2376600405-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
所在地	愛知県名古屋市長区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成30年10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)】**

ホーム内には“思い出横丁”として昭和の時代を回想するコーナーを設け、日常的に回想法を取り入れています。また人生史を作成し、ご本人の“あるべき姿”が最後まで保たれるように、認知状態に合わせて作り直し、日々活用しながら認知症の進行緩和に努めています。地域交流では、親子ボランティアをホームに招いての交流、児童下校時の安全見守り、さざらぎ通信の配布等、地域との関りを深めています。新たな取り組みとして認知症カフェ“ほっこり茶縁”をオープンします。気軽に立ち寄り易い憩いの場として、情報交換、専門職との相談、認知症の本人が活動参加の場、楽しみの場として安心して暮らせる町づくりの活動に取り組んでいます。

**【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)】**

前管理者の時から、利用者の思いや意向を把握し、介護計画に取り上げて叶える“その人だけの支援”(個別ケア)に取り組んできた。管理者が変わってもその方向性は継続されており、思いや意向を聞き取る中で新たな取り組みが生まれた。利用者一人ひとりに対しての「人生史」の作成である。「人生史」によって利用者の思いや意向が“形”となり、職員間の共通理解も進んだ。「人生史」は、額やアルバム、手帳、手作りノート等、利用者毎に“形”が違う。職員が、利用者一人ひとりを最も良く表現する方法を考え、その結果(工夫)が様々な“形”となった。目に見えない心の中の思いを、目に見える“形”に変えるという発想を高く評価したい。この「人生史」を単なる飾り物で終わらせず、利用者本人に対しても有効活用(回想法等)されること信じたい。

**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 (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している (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
<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	地域との連携をふまえ、職員、事業所としてあるべき姿を事業所全体の基本理念をもとに方針がある。GHの理念として「今を見て過去を振り返りこれからへ」を、目指す支援の基本姿勢とし共有できるよう玄関へ掲げており意識付けされている。	高いレベルの支援の実践があるが、それでも現状に満足せず、常に向上心を持って支援にあたっている。そのために、過去を振り返って学ぶことも忘れない。「今を見て過去を振り返りこれからへ」が地についている。	
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	事業所全体の夏祭りの開催で多くの来訪者がみえる。市のイベント参加、商店街への買い物、サークルへ参加や見守り隊活動として散歩へ出掛け挨拶を交すなど、地域の方にはホームを知って頂く機会が多くある。市民館祭りでは毎年作品を展示させて頂いている。	田原祭りの見物、市民館まつりへの作品展示、商店街への買い物、近隣の散歩等、外出して地域と交流する機会は多い。ホームが4階建ての建物の最上階にあることから、地域の住民が日常的に足を運ぶことはない。	ホームの立地条件が大きなハンデではあるが、現状の“地域直流”を“地域交流”に昇華すべく、叡智の結集を望みたい。「認知症カフェ」が難関な扉を開ける起爆剤となり得ないか？
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	福祉体験や実習生の受け入れがある。民生委員他、依頼があれば認知症サポーター講座を開催している。「認知症理解の啓蒙活動」として日頃から交流のある商店、学校などへ実施したアンケート結果に基づき関心の高い内容を盛り込んだ通信を作成し、地域へ情報発信を続けている。		
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	個別支援目標、地域交流など年間を通して報告、視察、参加型で開催し理解を深めている。新しい発想、助言など頂き、更なる交流の進展とサービスの向上へと繋げている。行政、地域の動きなど意見交換も充実している。ご家族の参加が少ない事を課題にあげ開催、内容の工夫をしている。	行政、地域、家族、知見者(他法人グループホーム)と、多彩なメンバーが集まって運営推進会議を開いている。会議の中で、「認知症サポーター養成講座」を開いたり、「回想法」の実地体験等を行っている。	
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に取り組んでいる	運営推進会議への出席をお願いし、結果も書面に報告を行なっている。助言や対策など協力を得られる関係にあり、市主催の介護保険事業者連絡会への出席で情報交換の機会もある。制度に関する情報や市内事業所の動きや目指す方向性など助言を下さる。	運営推進会議に市・高齢福祉課の職員が出席できないことがあるが、必ず地域包括支援センターの職員の参加がある。今年度、広大な「東三河広域連合」が発足した。新たな連携関係構築の取り組みが始まる。	
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	身体拘束委員会の設置があり、全職員対象のスキルアップセミナーにて「身体拘束」をテーマに学ぶ機会がある。活動の制限や観察など、心理的に感じることや言葉掛けにも配慮している。玄関であるエレベーターの暗証番号と廊下のセンサーについては安全管理の為承諾の基行っている。	利用者の安全確保を優先した措置とはいえ、暗証番号という“鍵”があるエレベーターが壁となり、利用者は容易に外へ出ることはできない。研修等で学び、スピーチロックによる利用者の行動制限をしない支援を目指している。	「安全の優先」が「職員都合」の隠れ蓑とならないよう、常に高い問題意識を持ち続けてほしい。「安全の優先」が「自由の束縛」となりうることを肝に銘じて支援にあたってほしい。
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	研修会やホームで開催する勉強会においてテーマに挙げ学び合うことが出来ている。言葉がけや感じる苦痛、疲労、その時々でお互いが入居者の状態や支援の経過に気付け、最善の時間を過ごせるように声を掛け合いケアを見直しながら虐待防止を指針にサービス提供している。		

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	職員間でも質問があれば学ぶ機会を設けている。利用予定のある方や、相談があった場合には適切な相談窓口を紹介すると共に活用できるようにお手伝いさせて頂いている。今、制度を利用されている方はみえない。		
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	入居希望時にはホームを実際に見て頂き説明を行い入居に対する不安の軽減に努めている。契約に際しては契約書・重要事項説明書等、書面を用いて説明し、疑問や不安などない様に伺い、納得を得て契約している。改定時には書面を用いて十分に説明の上ご理解を頂いている。		
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	ご意見箱が設置しており、率直な意見が出せる工夫がある。運営推進会議の出席や家族アンケート・家族面談を実施し、意見や要望、不安点などを表せる機会とし、得られた意見は検証し運営へ反映している。意見を表せない入居者の方においては声掛けを増やす事で聞き取りに努めている。	管理者、職員は、様々な機会を通して利用者、家族の意見・要望を把握しようとしている。利用者等の意見や要望を、PDCAサイクルに沿って支援に役立てている。	
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	年度初めにアンケートを行い意見、希望を出せている他、年に3回面談を実施。入居者支援、疑問や自分の抱える問題についても日頃から相談し合える環境にあり、カンファレンスや勉強会などでも提案を出せる機会がある。それらを活用し意見を反映している。	管理者の交替があったが、従来と変わらず管理者と職員間の風通しの良い環境が整っている。職員間の意識の統一が図られており、職員の定着が良く、働きやすい職場が実現している。	
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	代表者へは報告書を提出することで実績が把握されている。一人ひとり係り、役割を担い、意欲の向上・自信を持って任せられるという責任感を養いつつ実践力を高め、研修会の参加、資格修得などスキルアップの応援もなされている。		
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	個々の力量、得意分野、必要とする研修を把握し、研修会へ参加させて頂いている。参加した職員は伝達講習として勉強会で講師となり、振り返りと学び合う事で更なる向上心を持って勤めることができている。		
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	運営推進会議の出席や市の事業者連絡会・グループホーム協会主催の会議・研修会へ参加し情報交換・知識を得てケアへ活かしている。市内5カ所のグループホーム交流運動会を開催し、入居者・職員・福祉専門学校の生徒の親睦を深めている。活動を通して相互が良い影響を受け質の向上へと繋げている。		

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
<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	面接時は話やすい雰囲気を作りながらこれまでの生活史・趣味・趣向の把握と生活における不安など、本人の言葉を傾聴し、心情への理解・希望・ニーズの把握へ努めている。		
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	利用開始前の見学・自宅訪問を重ね、家族介護の経験・思いを親身に受けとめると共に必要な情報を適切にお伝えできるようにしている。暮らしにおける希望、望ましい生活の実現に向けて一緒に考え、信頼関係の構築に努めている。		
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	本人・家族のニーズ、要望をふまえ、「今何が必要なのか」在宅時ケアマネと連携を図り活用できるサービスの選択ができるように提案している。利用に際しては状態・日々の生活を記録に残し、家族へお伝えしながら課題・今必要な支援を見極め実施している。		
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	ご本人の得意とする面・役割や楽しみごとをサポートさせて頂き、常に尊敬の念を持ち、生活の知恵・文化を教えて頂いている。アットホームな雰囲気の中、お互いが支えあえる暮らしが出来るように努めている。		
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	家族参加の行事を企画し、家族との絆が途切れないよう支援している。また、行事を通して入居者、家族、職員3者の信頼関係を深めている。個別面談では思いを共感、心情を知り、方針をふまえ介護計画へ組み込み協力関係を築いている。日々の面会時は一緒に過ごせる工夫をし時間を大切にしている。		
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	行きつけの美容院の利用、近所の氏神である神社へのお参り、よく利用した駅や商店街への買い物など、馴染みの場所、人とのつながりが途切れない継続した支援に努めている。	毎月2回、複数の民生委員児童委員が訪れ、外出支援に協力している。利用者とも馴染みの関係ができてきており、その日が来ることを楽しみに待つ利用者も多い。併設の老健施設に友人を訪ねる利用者がいる。	
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	入居者同士の関係を把握し、グループ回想やグループ体操、おやつ会など、協力して、お互いが楽しめるように支援をしている。		

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	サービス終了後も心配事など気軽にお話頂けるように声を掛け、相談援助、関係機関へ繋ぐ体制は出来ており、築いてきた関係を大切にしている。移行先へは必要な情報提供、生活のアドバイスなど家族や移行先との関係を保っている。		
<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	日常の会話、何気ない一言からヒントを見つけ本人とゆっくり話す時間を持っている。思いの表出が難しい方、健康状態をふまえて家族と相談しながら今を大切にしながら暮らしを本人本意で検討・実践している。	思いや意向を聞き取る中で、新たな取り組みが生まれた。思いや意向を“形”にすることで、職員間の共通理解も進んだ。その“形”は「人生史」であり、額やアルバム、手帳、手作りノート等、利用者毎に形が違う。	目に見えない心の中の思いを、目に見える“形”に変えるという発想を高く評価したい。この「人生史」が、利用者本人に対しても有効活用(回想法等)されることを望みたい。
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	関係者の協力を得て情報を収集、生活環境やサービス利用経過の把握に努めスムーズなホームの生活移行に繋げている。入居された際には回想を兼ねてご本人に伺い、家族面会時にお話を聞きながら生活史ブックを作成、これまでの暮らしの把握に努めている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	生活リズム・習慣を大切にしながら日々の生活を記録、申し送りし情報を把握している。「できないこと評価表」を活用しADL・IADL、認知症状など状態把握に努めており、出来ないであろう事は代替りの方法を工夫し自身を発揮できる支援に努めている。		
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	情報提供表を用いて生活を予測しながら希望や今、直面している課題を抽出、本人本意で検討しご家族の協力を得て介護計画を作成。必要時には地域包括、NS、PT、管理栄養士と相談、助言を得ながら変化に添って見直しを行なっている。	職員意見だけでなく、必要を感じれば法人の地域包括支援センター職員や看護師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士等にも意見を求めて介護計画を作成している。チーム力で介護計画が作られる。	
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	介護記録表は、ご本人の希望や過ごし方、職員の対応、反応を時間経過で記録し情報の共有。身体状況や「どういった時にどの様に」を申し送りや記録から見える介護計画の目標到達状況を確認し介護計画の見直しへ活かしている。		
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	事業所の専門職と協同し、ホームの職員だけでは専門的に行えない支援も、思いや状態により必要に応じ専門分野の強化に努め、課題解決に向けて検討している。		

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
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	散歩圏内の地域資源に恵まれており、情報をお伝えし暮らしの楽しみの情報提供、希望に添った外出を支援、地域住民、多世代交流を続けている。ボランティアによる教室、レクリエーションも継続して支援している。		
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	本人、家族の希望で主治医を選択。情報提供を行い、安心かつ円滑な受診へと繋げている。1回/月、協力病院からの往診を受け、定期的な医療と緊急時の受診体制があり異常の早期発見と健康管理に努めている。基本ご家族に受診対応をして頂くが、緊急時や都合の合わない場合職員で対応することもある。	家族対応とはなるが、極力これまでのかかりつけ医を継続して利用するよう利用者、家族に説明している。母体の大きな総合病院が協力医療機関であり、建物内に老健施設もあることから、家族には安心感がある。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	バイタル値を把握できるよう記録に残している。普段と違う様子や変化が見られた時は看護師に情報を適切に伝えられるようにし、助言を得ている。適切、適時に医療機関へかかれるように連携を図っている。		
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。	医師・看護師これまでの経過を報告、入院中は必要な情報交換を行う。病棟看護師、PT、MSWから情報を交換、早期退院に向けての連携を図り、本人・家族の不安の軽減に努めている。		
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	看取りは行わない方針であり、重度化、終末期の指針を入居契約時に書面を用いて話し合い同意を得ている。医療・家族との連携に努め、終末期への移行に際しては十分な説明と納得の上最善な生活、医療が受けられるようにサービスの選択が行えるように支援している。	看取りをしない方針を入居時に伝えており、心身の状態や利用者、家族の意向を汲み取り、病院、特養、老健等への住み替えを行っている。施設移行の目安は、継続的な医療行為の必要性、家庭風呂への入浴困難、刻み食を超える食事形態等である。	
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	消防職員による普通救命士の講習会を受講。ホームにはAEDが設置されており、使用方法・緊急時シミュレーションを通して学んでいる。外出時の事故発生、緊急時マニュアルがあり適切な対処が行えるように備えている。インシデント、アクシデントを周知、経過の話し合いも行い再発防止に努めている。		
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	消防法に基づき、2回/年消防署の協力を得た避難訓練を実施。マニュアルを整備してホーム独自で1回/月以上の訓練を多様な想定で行っている。円滑な避難誘導、その後の支援に向け避難誘導カードを作成し、備蓄品は7日間入居者数で管理・整備。母体病院とトリアージ訓練も行っている。	複合施設合同の防災訓練が年間2回実施され、ホーム独自では毎月実施している。避難時に利用者が被る防災頭巾が用意されている。職員がミシンをかけ、利用者が刺繍を施している。	

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
<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	事業所において接遇・コンプライアンス・個人情報の取り扱いについて周知活動がなされている。個々が今どの様な気持ちでおられるのか、状況を判断しプライバシー・自尊心に配慮した言葉かけ、さり気ない見守りやケアを心掛けている。慣れから乱れの無い様職員間で声を掛け合っている。	年に1回、「コンプライアンス チェックシート」を使って、自らの支援が適法、適切であるか否かの自己点検を行っている。職員は見守り、寄り添う支援を励行しており、訪問時に不適切な声かけは聞かれなかった。	
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	様々な情報を提供し、意欲を引き出す工夫をしている。何気ない一言から思いをくみ取るよう努めている。希望表出の難しい方にも傾聴の時間をしっかり持ち、本人本意で検討している。その日、今したい事を大切に、また日課として提供もあるが、自身に選んで頂いている。		
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	その日その時のご本人の希望や目標を伺い、生活スタイルを相談しながら趣味趣向や外出などに職員間で協力し希望に添えるようにしている。マイペースでストレスのない過ごしやすさも配慮している。希望の表出の少ない方は傾聴し引き出せるよう努めている。		
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	鏡を見て身だしなみが整えられるよう支援している。化粧水や整髪など、これまでの習慣を大切に衣類は、季節や気温に合わせた組み合わせをさり気なく声掛けしている。また、来訪者や外出を通してオシャレへの関心が持てるように支援している。		
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	1回/週喫茶を開きメニューを選んでコーヒーの香や雰囲気を楽しみ、おやつバイキングや毎月の外食も出掛けている。行事にはお弁当を注文したり、毎日一緒に食事準備・片付けをする場面がありそれぞれに役割がある。昼食、喫茶には手作りのランチマットを敷いて雰囲気を出している。	自立度の高い利用者が多く、調理や後片付けの役割が記載された「当番表」が作成されている。調理には、下準備、味付け、盛り付け等の仕事がある。後片付けは下膳に留まらず、テーブル拭きや食器洗いもある。	
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・水分摂取量・活動量や疾病を把握し、個々の嗜好や習慣をふまえて職員間で共有している。随時食事形態や摂取への工夫を行うとともに管理栄養士の助言を得て十分な食事、栄養バランスの確保に努めている。		
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	毎食後の口腔ケアでは自力で行えるよう出来る状態まで支援しご本人の力が維持出来る様に努めている。日常や食事中の様子を観察し不具合がないか早期発見に努めている。		

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
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	排泄パターンを把握し必要な方は時間を見てさり気なくお誘いし出来る限り自立した排泄動作を支援。失禁の気にする方には体操も勧めている。使用後の確認をさせて頂き習慣や状態の把握に努めている。	トイレでの排泄を基本とし、自立していない利用者も定期的な声かけとトイレへの誘導によって、トイレで排泄している。羞恥心に配慮し、女性利用者は同性介助が原則となっている。	
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	食事・水分摂取量の把握に努め、繊維質の摂取や乳製品など、献立を工夫し、運動・食生活で自然に近い排便に繋がるように支援している。排便のチェックを行い、便秘がちな方は必要に応じて主治医へ相談し整腸剤の処方・内服されている。		
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ず、個々にそった支援をしている	2～3回/週で入浴出来る様にし、お誘いする際はご本人に時間の希望を聞き自身で決められるよう声掛けをしている。すべての方の希望には添えないが出来る限り気分よく入って頂ける様に配慮している。菖蒲湯や柚子湯など季節の風呂や温泉気分入浴剤も希望に応じ提供している。	極力利用者の希望時間帯に入浴できるよう配慮し、お風呂を楽しめるように工夫している。週に2～3回の入浴機会があり、季節の菖蒲湯や柚子湯のほか、希望があれば入浴剤を使用している。	
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	日中の休息の大切さもお話しし、安心して休めるように声掛けしている。入眠の状態を把握し日中の活動も整え夜の安眠に繋げている。夜間眠れない方には温かい飲み物を勧めたり話し相手など、起きていても気持ちよく過ごせ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	受診・往診の結果は受診表へ記録し確認できるようにしている。薬効や副作用についても把握できるように個人ファイルにて管理している。細かな変化も記録へ残しNS相談・助言を得るなど次の往診・かかりつけ医の診察へ繋げている。		
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	体操コーナーではそれぞれの目標をもたれ、自主的に身体、頭の体操に取り組まれている。また、したいこと、日課や役割を自身で毎週予定表を作られ喜びや活力へ繋がっている。さざなみ喫茶では長年ご主人の為に毎日何度もコーヒーをたてて来られた方もみえ、趣味趣向を役割として楽しめる場面がある。		
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	近隣への買い物や散歩、畑で野菜の収穫など、希望に添った外出支援を心掛けている。「希望を叶える日」としてご家族と相談のもと誕生日プランを設定、希望の地へのドライブや外食などもある。民生ボランティアによる外出支援を受け地域の皆さんとの交流を持ちながら朝の散歩支援が継続している。	利用者の希望を叶えるためだけでなく、地域との交流をも目的とした外出支援が行われている。積極的な外出支援を支えているのが“民ボラさん”である。定期的に(毎月2日)、民生委員児童委員(民ボラ)の来訪があり、職員と協力して外出を助けている。	



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
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	在宅時よりご自分でお金を管理している方は少ない。ご自分で財布を管理されている方もみえる。薬局での買い物や日常の買い物で支払場面をもっている。ご希望があれば、ご家族と相談、協力の中で所持、使用の支援はさせて頂いている。		
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	色ぬり、文章、字など個々の得意場面を活かして手作りハガキや年賀状を定期的に送れるように支援している。絵葉書など送られる方は返事を喜ばれ、お互いが安心して暮らせたいと感じて頂いている。希望があればいつでも電話が出来る様にしている。		
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	玄関、フロアは入居者の季節の生け花、手作り作品や書、毎月の写真を「ほほえみ便り」として一言を添えて季節のアレンジで飾り、入居者同士、ご家族も一緒にくつろげる空間づくりに心掛けている。トイレでは使用中急に扉を開けられたり男性の使用もあり落ち着かないという入居者の声から、男女別、のれんを扉内側に着ける、ノックをして下さい等の貼り紙を工夫した。	4階でエレベーターを降りると、正面の壁にも、ユニット入り口に続く通路の壁面にも、ずらりと利用者の書や絵画、手作り作品が掲示されている。南面に日中活動の居間、食堂を配し、北側を居室エリアとして区分しており、機能性に富むレイアウトである。	
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	2ユニット間は行き来が自由でありその時気の合う方と一緒に過ごせるように日当たりの良い畳コーナーや廊下にはソファを設置しお話し場になっている。気の合う方との雑談やレク活動、花のお世話など自由な活動を尊重し一人ひとりがゆったりと過ごせる工夫がされている。		
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	書棚や机、鏡台を持って来られる方もみえる。部屋の中が明るい雰囲気になる様にと、作品やご家族の写真を手作り写真パネルに飾り安心して暮らせるようにと工夫される家族もみえる。	写真の掲示がひととき目立つ居室があった。笑顔の利用者や家族の写真が、手作りのパネルに綺麗にレイアウトされ、居室入り口に飾られていた。“おばあちゃん”が寂しくないようにと、子や孫からの贈り物である。	
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	入居者の声を大切に環境の工夫、一人ひとりの能力を把握し引き出せるように手作りの表札や飾り、日めくり、行事予定を分かりやすく確認できるように工夫している。移動動作線上の家具の配置など安全面に配慮・環境整備に努め、自由・自立した生活を支援している。		

### 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	2376600405		
法人名	愛知県厚生農業協同組合連合会		
事業所名	JA愛知厚生連 あつみの郷グループホーム せせらぎ		
所在地	愛知県田原市田原町築出35番地1		
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	平成31年 3月22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	<a href="http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2018_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2376600405-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2018_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2376600405-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
所在地	愛知県名古屋市長区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成30年10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)】

ホーム内には“思い出横丁”として昭和の時代を回想するコーナーを設け、日常的に回想法を取り入れています。また人生史を作成し、ご本人の“あるべき姿”が最後まで保たれるように、認知状態に合わせて作り直し、日々活用しながら認知症の進行緩和に努めています。地域交流では、親子ボランティアをホームに招いての交流、児童下校時の安全見守り、さざらぎ通信の配布等、地域との関わりを深めています。新たな取り組みとして認知症カフェ“ほっこり茶縁”をオープンします。気軽に立ち寄り易い憩いの場として、情報交換、専門職との相談、認知症の本人が活動参加の場、楽しみの場として安心して暮らせる町づくりの活動に取り組んでいます。

【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)】

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 (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		

# 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
<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	地域との連携をふまえ、職員、事業所としてあるべき姿を事業所全体の基本理念をもとに方針がある。GHの理念として「今を見て過去を振り返りこれからへ」を、目指す支援の基本姿勢とし共有できるよう玄関へ掲げており意識付けされている。		
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	事業所全体の夏祭りの開催で多くの来訪者がみえる。市のイベント参加、商店街への買い物、サークルへ参加や見守り隊活動として散歩へ出掛け挨拶を交すなど、地域の方にはホームを知って頂く機会が多くある。市民館祭りでは毎年作品を展示させて頂いている。		
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	福祉体験や実習生の受け入れがある。民生委員他、依頼があれば認知症サポーター講座を開催している。「認知症理解の啓蒙活動」として日頃から交流のある商店、学校などへ実施したアンケート結果に基づき関心の高い内容を盛り込んだ通信を作成し、地域へ情報発信を続けている。		
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	個別支援目標、地域交流など年間を通して報告、視察、参加型で開催し理解を深めている。新しい発想、助言など頂き、更なる交流の進展とサービスの向上へと繋げている。行政、地域の動きなど意見交換も充実している。ご家族の参加が少ない事を課題にあげ開催、内容の工夫をしている。		
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	運営推進会議への出席をお願いし、結果も書面にて報告を行なっている。助言や対策など協力を得られる関係にあり、市主催の介護保険事業者連絡会への出席で情報交換の機会もある。制度に関する情報や市内事業所の動きや目指す方向性など助言を下さる。		
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	身体拘束委員会が設置されている。全職員対象のスキルアップセミナーにて「身体拘束」をテーマに学ぶ機会がある。活動の制限や観察など、心理的に感じることや言葉掛けにも配慮している。玄関であるエレベーターの暗証番号と廊下のセンサーについては安全管理の為承諾の基行っている。		
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	研修参加やホームで開催する勉強会においてテーマに挙げ学び合う事が出来ている。言葉がけや感じる苦痛、疲労、その時々でお互いが入居者の状態や支援の経過に気付けるよう、また管理者からも適切な対応について声を掛けられており虐待防止を指針にサービス提供している。		

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	職員間でも質問があれば学ぶ機会を設けている。利用予定のある方や、相談があった場合には適切な相談窓口を紹介すると共に活用できるようにお手伝いさせて頂いている。今、制度を利用されている方はみえない。		
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	入居希望時にはホームを実際に見て頂き説明を行い入居に対する不安の軽減に努めている。契約に際しては契約書・重要事項説明書等、書面を用いて説明し、疑問や不安などない様に伺い、納得を得て契約している。改定時には書面を用いて十分に説明の上ご理解を頂いている。		
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	施設にはご意見箱が設置しており、率直な意見が出せる工夫がある。運営推進会議の出席や家族アンケート・家族面談を実施し、意見や要望、不安点などを表せる機会とし、得られた意見は検証し運営へ反映している。意見を表せない入居者の方においては声掛けを増やす事で聞き取りに努めている。		
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	年度初めにアンケートを行い意見、希望を出せている他、年に3回面談を実施。入居者支援、疑問や自分の抱える問題についても日頃から相談し合える環境にあり、カンファレンスや勉強会などでも提案を出せる機会がある。それらを活用し意見を反映している。		
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	代表者へは報告書を提出することで実績が把握されている。一人ひとり係り、役割を担い、意欲の向上・自信を持って任せられるという責任感を養いつつ実践力を高め、研修会の参加、資格修得などスキルアップの応援もなされている。		
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	個々の力量、得意分野、必要とする研修を把握し、研修会へ参加させて頂いている。参加した職員は伝達講習として勉強会で講師となり、振り返りと学び合う事で更なる向上心を持って勤めることができている。		
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	運営推進会議の出席や市の事業者連絡会・グループホーム協会主催の会議・研修会へ参加し情報交換・知識を得てケアへ活かしている。市内5カ所のグループホーム交流運動会を開催し、入居者・職員・福祉専門学校の生徒の親睦を深めている。活動を通して相互が良い影響を受け質の向上へと繋げている。		

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
<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	面接時は話やすい雰囲気を作りながらこれまでの生活史・趣味・趣向の把握と生活における不安など、本人の言葉を傾聴し、心情への理解・希望・ニーズの把握へ努めている。		
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	利用開始前の見学・自宅訪問を重ね、家族介護の経験・思いを親身に受けとめると共に必要な情報を適切にお伝えできるようにしている。暮らしにおける希望、望ましい生活の実現に向けて一緒に考え、信頼関係の構築に努めている。		
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	本人・家族のニーズ、要望をふまえ、「今何が必要なのか」在宅時ケアマネと連携を図り活用できるサービスの選択ができるように提案している。利用に際しては状態・日々の生活を記録に残し、家族へお伝えしながら課題・今必要な支援を見極め実施している。		
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	ご本人の得意とする面・役割や楽しみごとをサポートさせて頂き、常に尊敬の念を持ち、生活の知恵・文化を教えている。アットホームな雰囲気の中、お互いが支えあえる暮らしが出来るように努めている。		
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	家族参加の行事を企画し、家族との絆が途切れないよう支援している。また、行事を通して入居者、家族、職員3者の信頼関係を深めている。個別面談では思いを共感、心情を知り、方針をふまえ介護計画へ組み込み協力関係を築いている。日々の面会時は一緒に過ごせる工夫をし時間を大切にしている。		
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	ご自宅近辺へドライブへ出掛けたり、通っていた美容院や商店街など馴染の場所、思い出を大切にしている。行先で知人へお会いした時はさり気なくサポートさせて頂き、世間話など交流を支援している。希望表出の少ない方には、「連れてって、行きたい」を引き出すよう努めている。		
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	気の合うお仲間、楽しみ・笑い合える場面作り、性格、意欲、特技もふまえ、一人ひとり役割を持ち、お互いが意識し認めあえる関係にあるように活動を工夫している。毎日の体操や風船/パレーなどの運動では応援し合いながら楽しむことが出来る。		

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	サービス終了後も心配事など気軽にお話頂けるように声を掛け、相談援助、関係機関へ繋ぐ体制は出来ており、築いてきた関係を大切にしている。移行先へは必要な情報提供を行い、スムーズな生活の移行を支援している。		
<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	日常の会話、何気ない一言からヒントを見つけ本人とゆっくり話す時間を持っている。思いの表出が難しい方、健康状態をふまえて家族と相談しながら今を大切にしたい暮らしを本人本意で検討・実践している。		
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	関係者の協力を得て情報を収集、生活環境やサービス利用経過の把握に努めスムーズなホームの生活移行に繋げている。入居された際には回想を兼ね日常会話の中から伺い、ご家族の協力のもとこれまでの暮らしの把握に努めている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	生活リズム・習慣を大切にしながら日々の生活を記録、申し送りし情報を把握している。「できることできないこと評価表」を活用しADL・IADL、認知症状など状態把握に努めており、出来ないであろう事は代替りの方法を工夫し自信を發揮できる支援に努めている。		
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	情報提供表を用いて生活を予測しながら希望や今、直面している課題を抽出、本人本意で検討しご家族の協力を得て介護計画を作成。必要時には地域包括、N S、PT、管理栄養士と相談、助言を得ながら変化に添って見直しを行なっている。		
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	介護記録表は、ご本人の希望や過ごし方、職員の対応、反応を時間経過で記録し情報の共有。身体状況や「どういった時にどの様に」を申し送りや記録から見える介護計画の目標到達状況を確認し介護計画の見直しへ活かしている。		
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	事業所の専門職と協同し、ホームの職員だけでは専門的に行えない支援も、思いや状態により必要に応じ専門分野の強化に努め、課題解決に向けて検討している。		

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
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	散歩圏内の地域資源に恵まれており、情報をお伝えし暮らしの楽しみの情報提供、希望に添った外出を支援、地域住民、多世代交流を続けている。ボランティアによる教室、レクリエーションも継続して支援している。		
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	本人、家族の希望で主治医を選択。情報提供を行い、安心かつ円滑な受診へと繋げている。1回/月、協力病院からの往診を受け、定期的な医療と緊急時の受診体制があり異常の早期発見と健康管理に努めている。基本ご家族に受診対応をして頂くが、緊急時や都合の合わない場合職員で対応することもある。		
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	バイタル値を把握できるよう記録に残している。普段と違う様子や変化が見られた時は看護師に情報を適切に伝えられるようにし、助言を得ている。適切、適時に医療機関へかかれるように連携を図っている。		
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。	医師・看護師これまでの経過を報告、入院中は必要な情報交換を行う。病棟看護師、PT、MSWから情報を交換、早期退院に向けての連携を図り、本人・家族の不安の軽減に努めている。		
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	看取りは行わない方針であり、重度化、終末期の指針を入居契約時に書面を用いて話し合い同意を得ている。医療・家族との連携に努め、終末期への移行に際しては十分な説明と納得の上最善な生活、医療が受けられるようサービスの選択が行えるように支援している。		
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	消防職員による普通救命士の講習会を受講。ホームにはAEDが設置されており、使用方法・緊急時シュミレーションを通して学んでいる。外出時の事故発生、緊急時マニュアルがあり適切な対処が行えるように備えている。インシデント、アクシデントを周知、経過の話し合いも行い再発防止に努めている。		
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	消防法に基づき、2回/年消防署の協力を得た避難訓練を実施。マニュアルを整備してホーム独自で1回/月以上の訓練を多様な想定で行っている。円滑な避難誘導、その後の支援に向け避難誘導カードを作成し、備蓄品は7日間入居者数で管理・整備。母体病院とトリアージ訓練も行っている。		

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
<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	事業所において接遇・コンプライアンス・個人情報の取り扱いについて周知活動がなされている。個々が今の様な気持ちでおられるのか、状況を判断しプライバシー・自尊心に配慮た言葉かけ、さり気ない見守りやケアを心掛けている。慣れから乱れの無い様職員間で声を掛け合っている。		
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	様々な情報を提供し、意欲を引き出す工夫をしている。何気ない一言から思いをくみ取るよう努めている。希望表出の難しい方にも傾聴の時間をしっかり持ち、本人本意で検討している。その日、今したい事を大切に、また日課として提供もあるが、自身に選んで頂いている。		
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	心身の疲労や側近の外出や行事などをふまえ、希望、生活リズムを大切にしながら趣味趣向や外出などに職員間で協力し実施に努めている。マイペースでストレスのない過ごしやすさも配慮し、編み物や塗り絵など余暇時間を使い出来る様にお渡ししてあり自身で取り組まれている。		
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	季節に合った衣類を選べるよう支援し、鏡の前でチェックして頂いている。好みの髪の長さでいられるように美容院へ出掛けている。ご家族が散髪にみえる方もおり、これまでのスタイルも大切にしている外出など通してお洒落への関心が高まる声掛けをしている。		
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	「食べやすく」と気を配り細かにして下さる方、鉄板料理をされる方、下ごしらえに味付けなど、楽しく活躍、それぞれ家事分担して食で五感へ働き掛けてもいる。行事にはお弁当を頼むことで特別な日を感じられる場面もある。		
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・水分摂取量・活動量や疾病を把握し、個々の嗜好や習慣をふまえて職員間で共有している。随時食事形態や摂取への工夫を行うとともに管理栄養士の助言を得て十分な食事、栄養バランスの確保に努めている。		
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	毎食後の口腔ケアを行い、就寝前は義歯を洗浄液へ浸けている。個々に応じた声掛けや準備をしお誘いしている。日常や食事中の様子を観察し不具合がないか早期発見に努めている。必要に応じて介助し、清潔に留意している。		



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むけた支援を行っている	排泄パターンを把握し必要な方は時間を見てさり気なくお誘い出来る限り自立した排泄動作を支援。失禁の気にする方には体操も勧めている。使用後の確認をさせて頂き習慣や状態の把握に努めている。		
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	食事・水分摂取量の把握に努め、繊維質の摂取や乳製品など、献立を工夫し、運動・食生活で自然に近い排便に繋がるように支援している。排便のチェックを行い、便秘がちな方は必要に応じて主治医へ相談し整腸剤の処方・内服されている。		
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	3~4回/週で入浴出来る様にし、お誘いする際はご本人に時間の希望を聞き自身で決められるよう声掛けをしている。すべての方の希望には添えないが出来る限り気分よく入って頂ける様に配慮している。菖蒲や柚子など季節の風呂や温泉気分で入浴剤も希望に応じ提供している。		
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	日中の休息の大切さもお話しし、安心して休めるように声掛けしている。入眠の状態を把握し日中の活動も整え夜の安眠に繋げている。夜間眠れない方には温かい飲み物を勧めたり話し相手など、起きていても気持ちよく過ごせ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	受診・往診の結果は受診表へ記録し確認できるようにしている。薬効や副作用についても把握できるように個人ファイルにて管理している。細かな変化も記録へ残しNS相談・助言を得るなど次回の往診・かかりつけ医の診察へ繋げている。		
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	好みの活動の把握に努め、畑で野菜の収穫や趣味の編み物や塗り絵、散歩など、今したい事、個々が自信を持って取り組めることを大切に支援している。主役となれる場面、心が沸き立つことが1日1つ以上持てることを心掛けている。		
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	近隣への買い物や散歩、畑仕事など、希望に添った外出を行なっている。「希望を叶える日」としてご家族と相談のもと誕生日プランを設定、希望の地へのドライブや外食などもある。民生ボランティアによる外出支援を受け地域の皆さんとの交流を持ちながら朝の散歩支援が継続している。		

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	在宅時よりご自分でお金を管理している方は少ない。ご自分で財布を管理されている方もみえる。薬局での買い物や日常の買い物で支払場面も持っている。ご希望があれば、ご家族と相談、協力の中で所持、使用の支援はさせて頂いている。		
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	遠方々に住む家族への思いを大切に、定期的にハガキを送っている。海外の家族との文通をされる方もみえ、続けられる様支援をしている。返事を喜ばれ、お互いが安心して暮らせたいと感じていただけており、希望があれば電話の使用も対応している。		
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	玄関、フロアは入居者の季節の生け花、手作り作品や書、毎月の写真を季節のアレンジで飾り、入居者同士、ご家族も一緒にくつろげる空間づくりに心掛けている。トイレでは使用中急に扉を開けしまう場面もあり落ち着かないという入居者の声から、のれんを扉内側に着けるなどの工夫がされている。		
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	2ユニット間は行き来が自由でありその時気の合う方と一緒に過ごせるように日当たりの良い畳コーナーや廊下にはソファを設置しお話し場になっている。気の合う方との雑談やレク活動、花のお世話など自由な活動を尊重し一人ひとりがゆったりと過ごせる工夫がされている。		
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	馴染みのある使い慣れた家具や雑貨を持って来て頂けるよう声を掛けさせて頂いている。入居時に購入される家族も多いため、人形や家族との写真、手作り作品などを飾り好みの過ごしやすい空間となるように配慮している。		
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	一人ひとりの能力を把握し最大限に引き出せるように手作りの表札や飾り、日めくり、行事予定を分かりやすく確認できるように工夫している。移動動作線上の家具の配置など安全面に配慮・環境整備に努め、自由・自立した生活を支援している。		