

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	3992500078		
法人名	医療法人 みずほ会		
事業所名	グループホーム なかとさ		
所在地	高知県高岡郡中土佐町上ノ加江706-1		
自己評価作成日	平成24年12月10日	評価結果 市町村受理日	平成25年3月5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)】

静かな田園」地帯にあり、のどかな所で地域の方々にも散歩の途中立寄ってもらえる環境作りを目指しています。職員も地元の方が多く、地域の方との交流も図りやすい。今後は独居の方の見守りや、お世話にも協力してより地域に密着した施設作りを目指しています。

※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.kajokensaku.jp/39/index.php?action_kouhyou_detail_2011_022_kani=true&JgvosyoCd=3992500078-00&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25年2月8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)】

事業所は田園地帯の県道沿いに立地し、郵便局や農協に隣接して地域住民が立ち寄りやすい環境にある。事業所はこの環境を活かし、認知症やグループホームへの理解を広げるため、地域へ出て交流することを大切に、保育園や学校、地域の行事に積極的に参加している。また、訪問しやすい事業所づくりに努め、地域からの花植えのボランティアや菊花の展示、野菜や花の差し入れのほか、事業所の防災訓練への参加などがあり、開所後2年足らずであるが、地域に溶け込んだ事業所になっている。管理者や職員は、誰もが自分の親を預けたいと思える事業所を目指して、利用者の笑顔を大切に、安心してゆったり過ごせるケアを心がけている。その効果は、利用者、職員の表情の明るさや、はずむ会話に現れている。今年度新たに「地域貢献」を理念に加え、昨年12月からの新管理者のもとに、地域住民の相談や独居の方の見守りなど、地域に根差した事業所活動の更なる展開を目指している。

自己評価および外部評価結果

ユニット名:

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	なかとさの理念として入居者が安心してゆっくりと自由に過ごせるようにと考えている。地域密着では地元根差していけるように積極的に取り組んでいる。月1回のスタッフ会にて理念を共有している。また、年初めに理念や年間目標を見直しているが理念については理想像があるため変更は考えていない。職員や家族をこの施設に入れたいと思えるグループホームを作れるように実践したい。取り組んでいる内容: 喫茶(3件)、美容院への訪問(月1回)、総菜屋(弁当など)、地域の方々(踊りや歌行事ごとに来所)	開設当初の地域密着型の理念に今年度から地域貢献の視点を加え、認知症への理解を得るために学校訪問や毎月の外食を実施するなど、地域へ積極的に出向く取り組みを行っている。また、スタッフ会で理念の共有を図り、理念とする事業所の実現をめざして取り組んでいる。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	地域の盆踊り、敬老会、保育園、小学校(2校)中学校と施設で交流をしたり、学校行事に参加させて頂いたり、花植えボランティア(地域住民)や菊花展示、生花や野菜の差し入れ等がある。	町内会には加入していないが、広報誌や職員がそれぞれの地区の回覧版から情報を把握し、盆踊りや敬老会、町民運動会などに参加している。事業所開催の秋祭りには地域住民100人ほどが参加したり、野菜の差し入れがあるなど、日常的に交流している。	
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	喫茶、パン屋、公民館等介護相談のチラシを貼ってもらっている。喫茶にモーニングに行くことで相談を受けることもまれにあるが頻度は低い。ただし12月より管理者が交替し、前職が看護師で地元で42年間地域医療に関わって来た経験を活かし、在宅へ訪問するなど、居宅、包括等と連携して行けるよう取り組もうとしている。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	施設の状況や活動内容について報告をし、委員からは地域住民が散歩コースでもあり何かあれば気軽に立ち寄り楽しめるとの意見も頂き、花植えボランティアが来てくれたり意見や助言を頂いている。防災については今まで避難しか考えていなかったが、避難後の大変さを指摘され、施設に食糧や非常用品を置かず、高い所にある職員宅に移動し避難場所も変更したりとその後の対応も取り組んでいる。	参加メンバーから、意見や問題提起があり、双方向的な会議になっている。外部評価結果については口頭で報告し、課題解決にむけて目標達成計画を立てて取り組んでいるが、優先順位についての報告ができていない。	評価結果とともに優先順位を付けた目標達成計画を運営推進会議で報告し、課題解決に向けてメンバーで協議を行い、出された意見をサービス向上に活かしていくことを期待したい。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	町職員とは運営推進会議等で報告や相談し、寄り良い方向へ進めるように取り組んでいる。	困難事例の相談や運営推進会議への出席などを通して連携を図り、より良い協力関係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
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	外部、内部研修を行い又研修した内容を職員間で話し合い実践し、その後注意し合っている。またスタッフ会で実践できているか確認しながら三カ月後評価を行う。また言葉の暴力による拘束何気ない言葉で利用者が傷つく事もあり利用者の気持ちや習慣をもっと理解する必要がある。施錠に関しては日中いつでも外で過ごせるように椅子をおくなど対応している。	身体拘束に関する研修会に参加した内容をスタッフ会で共有し、理解を深めている。外出傾向のある利用者を見守り、一緒に散歩するなど、日中は玄関等の施錠はせず、近隣から見守りの協力も得て、拘束をしないケアに取り組んでいる。言葉による抑制も職員同士で気をつけ合い、リスクに関しては家族と話し合っ理解を得ている。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないよう注意を払い、防止に努めている	虐待に関する研修に参加した職員がスタッフ会等で報告をしている。職員間でどんな事が虐待になるのかも話し合っている。虐待等あれば、家族や関連機関に報告できる体制がある。ケアにおいて虐待が見過ごされる事の無いよう注意を払い防止に努めている。		
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	権利や擁護、成年後見制度についてはスキルアップ研修等で必要に応じて関連機関との連携を図りながら支援して行く。		
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	契約時は、利用契約、同意書等書面にに基づき十分な説明を行っている。改定時にも書面や電話連絡を行い理解し納得を得るよう努めている。		
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	意見箱設置やご家族にアンケート用紙を送付したり、ご家族の面会がある方はその都度状況報告をし遠方のご家族には電話で意見や要望を聞いている。年2回家族交流会を開き1月には家族のみで話し合える機会をもうけるようにして10月には秋祭りを開催し交流会としては3回行っている。ご家族のアンケートの結果を運営推進会議等で報告し、前向きに活かすために体制を作りケアの質の向上に繋げて行くよう取り組んでいる。利用者とは日頃の会話で要望あれば支援できるように工夫している	利用者の希望は、日頃の関わりの中で把握に努め、家族の意見は、アンケートや年3回実施している家族会、面会時などの機会に聞いている。家族会は、外食をしながら家族だけの時間を設定し、意見を出しやすい工夫をしている。出された要望はスタッフ会で検討し、ケアに反映させている。	
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	毎月サブリーダー会、スタッフ会で職員からの意見や提案を聞き、ケアや業務に反映している。現場内の事は日々の業務の中で主任やサブリーダーを中心に話し合っ決定している。	毎月のスタッフ会や日々の業務の中で職員の意見を聞き、ケアや運営に反映させている。利用者の受け入れや職員交代にも職員の意見を反映させている。	

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
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	職員が働きやすいようにアットホームな雰囲気や笑顔絶やさぬ職場づくりに努めている。職員考課では本人と面談を行っている。介護福祉士等資格取得に応じて正職員で起用したり、資格がない場合でも日々の努力や実績に応じて時給アップや正職員への起用に配慮している。		
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	職員が自主的に参加したい研修は、法人にとって必要であれば費用等も考慮し受けやすい体制を整えている。職員一人一人の力量や立場も踏まえ法人内外の研修を受けたり日々のケアのなかで、その都度伝えながら身につけてもらえるよう指導している。介護技術では法人内外の研修やスタッフ会にて移乗介助講習等取り組んでいる。		
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	近隣にある特養施設の居宅職員が訪問してくれたり管理者が行き来をし交流し合っている。町内にあるグループホームとはその都度電話連絡等で話し合っている。		
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	入居前はもちろんだが入居後も本人の希望や困っている事、不安な事要望等を傾聴し、本人が望む事を少しでも可能にできる事で、安心できる空間を確保し寄り良い関係づくりに努めたい。		
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	3か月ごとのケアプラン作成時に要望等聞きながら関係づくりを継続している。またご家族の状態を配慮しながら、ご家族にお願いしたい事があっても職員で対応している。(例)入院中の入居者に対して必要物品を購入したりを代行している。		
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	相談時に、本人の状況や状態を理解しながら施設として何が出来るかをできる限り対応できるように努めている。また他のサービスを利用できるように調整も行っている。 ☆ 特養申請など		

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
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	職員はホームを家と考え、家族の一員とし言葉がけにも配慮している。アットホームな雰囲気を大事にしながらお互いが助け合っていると思えるように本人が出来る事はお願ひし暮らしを共にしている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	家族から「支援されている」会話があるとまず「入居して頂いているから私たちが出来る事」を伝え一方的な立場にならないように努めている。家族が疎遠な方には来易い雰囲気作りを心掛けている。また、ご本人がご家族に電話をしたい時はその都度連絡している。購入品があればお願ひしている。		
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	ホームでの秋祭りの行事案内をしたり、時折電話連絡をし近況を聞いたりいつでも来て頂けるように声掛けをしている。ドライブ等で近くに行ったときは寄り寄り、年賀状を出している(喪中の方は挨拶文)	ふるさと訪問で自宅周辺を散歩したり、馴染みの場所へのドライブに出かけている。また、よく行く喫茶店や美容院へ同行したり、友人が散歩時に事業所へ立ち寄りやすいようにベンチを設置するなど、関係継続の支援をしている。そのほか、家族の協力を得て葬式や墓参りの機会に、親類と交流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	入居者同士で好き嫌いがあるため関係を理解できるよう努めている。又食台拭き、食器洗い、洗濯物たたみ、掃除などできる事をお願ひしながら利用者同士が関わり合い、楽しく暮らせるよに努めている。		
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	本人が他施設へ移動の際は、関係者に状況、習慣、これまでの状態やケア内容を伝え、本人の不安が少しでも軽減できるように努めている。その他の状態でもご家族とは関係を絶やさないように年賀状や行事の案内等を行ったり電話や訪問したりで関係作りに努めている。		
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	毎日入浴したい方には、入浴できるよう工夫している。最初からできないと決めつけるのではなくできるためにはどうするか職員間で検討している。	利用者との日頃の会話や何気ない行動から思いや意向を把握している。利用者が言葉で表現できない場合は、生活歴や表情、態度から思いを把握し、利用者の笑顔につながるよう支援している。	

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
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	入居時は本人、家族、担当ケアマネージャーなどから生活歴や趣味等把握に努めている。また、把握に努めるだけでなく、家族とも話しやすい関係を築くように努める。		
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	入居者が出来そうな事があれば、前もって準備し個別で行っている(雑巾縫い等)入居者の偏った情報だけで決めつけず、その日1日の過ごし方や心身の状態を理解し総合的に把握しようと努めている。		
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	介護計画期間は3カ月を基本とし、その都度本人、家族に対しての希望や意向を聞いている。本人には日頃の係わり時に行い、家族には面会時や電話連絡で話し合っている。職員とは毎月モニタリングし、3カ月のモニタリングではサービス内容、短期目標、ニーズなど再検討し入居者が安心してゆっくり楽しく過ごせるように見直している。	担当者が、毎月モニタリングを実施し、3ヶ月毎に担当者会で介護計画を見直している。担当者会に参加できる家族には参加してもらい、できない場合は、面会時や電話で意向を確認している。状態が変化した場合、その都度見直している。	
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	日々の様子や『介護計画の実践状況を記録している。ケア記録で機関や家族等の報告も記録に残している。日々の申し送り、連絡ノート、業務日誌似て情報を共有しケアに繋げている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	本人や家族の状況に応じて受診援助や家への帰宅援助本人の欲しい物があれば一緒に買い物に行ったりその都度柔軟に対応している。		
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	民生委員や地域の方々が花植えボランティアに来ていただいたりホームで行う行事では、教育機関、警察、地域住民、運営推進委員などの方々が踊りや歌等催してくれている。理美容は来所だけでなく、こちらからも訪問したりして行き来している。		

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
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	入居時に、かかりつけ医の確認を行い、ホームでは往診体制で受診、薬は薬局より薬剤師が配達、支払いは職員が対応している事を伝え、本人、家族に選択して頂いている。歯科など協力期間には往診や受診を行い他の受診では家族の協力を頂いているが家族の状況に応じて職員が対応している(精神科等)	入居時に、利用者、家族の納得を得て協力医がかかりつけ医になっている。協力医の往診が月2回あり、結果は家族に郵送し、緊急時は、電話連絡をしている。専門医への受診は、職員と家族が協力しながら対応している。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	日々の状態の変化があれば看護職員と24時間連絡がとれる体制がある。週1回の訪問看護受け、書面や口頭で相談し、適切な対応や助言を得ている。12月1日より管理者の移動で看護職員が管理者となったことで適切な関係や対応が可能となる。		
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。	本人が安心して治療できるように、本人の情報やケアについて話し合いに参加している。職員も可能な限り面会を行い本人のストレスできるように努めている。家族の状況によってはホームが家族の代行をしたり、病院関係者と関係作りを努めている。		
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	重度化した場合、その時々で異なるが、家族は可能な限りホームで過ごしてもらいたい意向あり。終末期のあり方を入居時や現時点での意向を確認する際に話し合い説明もを行っているが再度その時に家族、医療関係者等と話し合う事も伝えている。重度化、終末期に応じて医師に連絡し対応を求める。	入居時に看取りの指針に沿って、事業所で可能なケアについて利用者、家族に説明している。家族は可能な限り終末期を事業所で過ごすことを希望しており、利用者の状態急変時の対応などの研修を実施し、関係者と連携して、安心して過ごせる体制づくりに取り組んでいる。	今後、予想される終末期の対応に向けて、適宜利用者、家族と話し合いながら意向を汲み取り、関係者と連携して状況変化に対応した体制づくりの継続を期待したい。
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	応急手当は訪看に教わったり、電話連絡にて看護職員に対応を聞き実践出来るよう努めている。12月1日から看護職員が管理者となったため日々実践力に繋げている。急変時は状況に応じて医師に連絡し対応を求めている。		
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	火災訓練時に地域住民の協力を得て避難誘導を行った。地震、津波訓練では、自主防災の2名の地域の方が参加してもらい、今後の対応など意見を頂いた。運営推進委員の方にも訓練を見学して頂いた事で災害に対する取り組みを理解して頂くよう努めている。また、食糧、飲料水、日常物品は施設に置かず、現管理者宅に持って行き災害後の対応も工夫している。	火災訓練と地震津波訓練を年間各2回実施している。火災訓練には消防署と地域住民が参加し、地震津波訓練では自主防災組織が参加して防災上の助言を得ている。また、地域の防災訓練には利用者と職員が各1名参加している。非常食は3日分の備蓄をし、防災頭巾も準備しており、ライフジャケットの購入も計画している。	

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
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	新しく入居された方には、事前にアセスメントをした内容を共有している。入居後一人ひとりの尊厳を理解し職員間で話し合い徹底できるように努めている。言葉かけも職員一人ひとりが違った言葉かけになる事もあり確認し合っている。	トイレ誘導時は他の利用者に気づかれない声かけをし、また、排泄内容を聞く時も他の利用者に聞こえないよう利用者の羞恥心に配慮している。事業所外から利用者について尋ねられた時のプライバシーへの対応は、スタッフ会等で確認し合っている。	
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	外食時、本人が食べたい物をメニュー表で選んでもらい自己決定もできるように努めている。意思疎通が難しい時には指差して表情を確認しながら引き出せる事が出来るように努めている。ただ日々の関係の中で自己決定できているつもりになっていると思いきみもあると思える。(この人はこれが好きだからと思いきみで対応してしまうなど)		
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	起床時間は個々によって違っており、その日の状態や体調により朝食を食べない事もあるが水分や体調(表情)を注意している。その時には訪室しかかわりを多く持ち、本人の希望等を確認している。職員の都合を優先する事があった場合はどのようにすれば本人のペースで過ごせるか工夫をしている。また、その人らしい暮らし方が出来るように努めている。		
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	服装等在宅で好んで私服を家族さんをお願いしたり、本人といつ所にも買い物に行ったりしている。理美容は月に1回来訪してくれたり、こちらから訪問している。		
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	食材担当者を3名にし偏らないように献立を作成し、利用者と一緒に調理をしたり下ごしらえをお願いしている。食台拭きや下膳、食器洗い等一緒にとりくんで くれる。食事中も世間話等行いながら楽しむ事が出来るように努めている。	利用者に希望の食材や献立を聞き、地元の食材を使い献立している。利用者も下ごしらえや、台拭き、食器洗いなどに参加している。利用者と職員が、明るく楽しい雰囲気と同じ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	食事は個々により異なるが5割以上、水分量1300ml~1500mlを目指している。法人の管理栄養士にメニューなど指導を受けながら、栄養バランスにも工夫している。運動量、体重の増減、体調など考慮した上で全体を通した支援が出来るように努めている。		

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
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、声掛けにて、口腔ケアを促している。本人のできる所はお願いしながら不十分な所を手伝っている。また、ガーゼでの対応も行っている。		
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	自立している方もいたり、表情や動作で排泄のサインを出している方もいるため極カトイレでの排泄が出来るように対応している。また、さりげなく声掛けをし、トイレでの排泄を促している。夜間もトイレまでいけない方にはポータブルトイレを置くなど対応している。	利用者の排泄パターンを把握し、行動や表情から尿意等のサインを見逃さないようにしている。利用者は布パンツかりハビリパンツを使用しており、全員がトイレで排泄できるように、夜間もポータブルトイレを利用しながら支援している。	
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	下剤に頼らないように起床時に水分を摂ってもらったり、朝食時に牛乳やヨーグルトを摂取してもらったり食物繊維を多くしたり、運動したり便秘予防に努めている。		
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日に1回のペースで行い、ゆったりと入浴できる時間を確保している。また、毎日入浴したい方には、その都度声掛けをし柔軟に対応している。本人が嫌がる時はなぜ嫌がるのか理解していきながら日程を変えたりと対応している。	3日に1回は入浴できているが、毎日入浴したい利用者にも希望に沿った支援をしている。入浴を嫌がる利用者には、話題を工夫して入浴できるよう支援を行い、男性職員の介助を嫌がる利用者には、日程を変えて女性職員が対応するなど利用者個々の気持ちに沿った支援をしている。	
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	個別チェアやソファでゆったりとテレビを視聴したり他者や職員と会話したり、洗濯物を畳みながら休んだり本人に聞きながら居室で横になったりストレスにならないよう安心して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	個別ケースと服装専用ファイルに説明書を保管し、変更があればその都度差し替えいつでも確認が出来るようにしている。副作用に注意が必要な時は申し送り等で徹底し何かあればすぐ連絡するようしている。服薬チェックを行い入居者が服薬できるまでに3回確認できるようにしている。誤薬があれば直ちに医師に連絡し対応に努める。		

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
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	本人の好きな編み物や、懐かしい歌を聞いたり、屋外で花を見たり屋外の椅子で過ごしたり、時折地域の商店街など散歩することで気分転換できるよう努めている。		
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	月に2回程度喫茶にモーニングへ行ったり、外食(昼)を行ったり地元の商店街を散歩したり、あじさい、菊花展を春野まで見学に行き外食したり、実家がある地域の行事に参加したり重度になった時でも外出できるよう体制を工夫している。また、妻が他施設に入居しているかたは合えるように段取りをしている。(家族には了解済み)	天候の許す限り毎日、事業所周辺を散歩している。買物などで外出する時は、希望者を募り一緒にドライブに出かけている。また、月2回喫茶店のモーニングサービスを利用したり、おやつを買物に近所の店に出かけるなど、日常的に外出支援をしている。	
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	前回では本人にお金を渡していた事もあったが無くなる事が多くなり家族と相談しホームで預かるようになった。本人は支払いの不安や職員に迷惑がかかるためその都度対応している。本人が買い物に行く時には、支払い可能な方にはお願いしている。金銭の預かりは三万円までとしている 用途については毎月小遣い帳と領収書を送付している。		
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をしている	その時々家族へ連絡がしたい時があれば対応したり家族から連絡があった時でも電話に出て頂いたりしている。手紙が来たときは代読したり居室に飾ったりしている。		
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	玄関先には花を置いたり季節の置物を飾ったり工夫をしている。壁面には季節感を取り入れたり外出した時の写真をはったり、居心地良く過ごせるように工夫している。部屋の明るさも落ち着けそうな明るさにできるよう工夫している。	玄関には、地域の方が活けた花が置かれ、ホールの壁面には、季節にちなんだタペストリーや、手作りの衣類、おり鶴等を飾り、季節感と家庭的な雰囲気配慮し居心地良く過ごせる共用空間にしている。	
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	屋外に長椅子や玄関先にパイプ椅子を置く事で、一人や少人数でおれる空間やホール内でもソファの位置を変えたり工夫をしている。		

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
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	テレビ、タンス、時計、ソファなどの使いなれた物や地域の方に頂いたものを置いたり、家族の写真などをはったりと工夫はしているが、本人が本当に居心地が良い空間なのかは解らない。	タンスや椅子、テレビ、時計を置いたり、家族写真を貼るなど、居心地良く過ごせるように配慮されているが、利用者の馴染みの品が置かれず、家庭的な雰囲気を感じさせない居室がある。	利用者の馴染みの品が置かれていない居室には、利用者や家族と相談しながら、リサイクル品なども活用して、家庭的で居心地の良い居室になるような工夫を期待したい。
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	一人ひとりの身体状態にあわせて、歩行器を使用したりホール内では靴やサンダルを使用し在宅からの状態を少しでも長くできるように努めている。	/	

ユニット名:

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	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	66	職員は、生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. 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させている (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、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28)	○	1. ほぼ全ての利用者が				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