

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	3910410772		
法人名	医療法人 浦松会		
事業所名	グループホーム ワルツ		
所在地	高知県南国市立田1168-1		
自己評価作成日	令和元年12月1日	評価結果 市町村受理日	令和2年3月25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)】

グループホームワルツでは、利用者が住み慣れた地域で、家族や馴染みの人との関わりを保ち、健康で安心して暮らしていけるよう、母体法人病院の月2回の訪問診療を実施するとともに、体調変化、急変時等には24時間の医療連携体制により対応を行っています。また、利用者個々の身体状況等の評価をPT、OT、ST等と事業所の計画作成担当者共同で行い、生活機能の向上により自立支援、重度化を防止できるようケアに努めています。

日常生活においては、個々の状態に応じて家事的作業を提供し、役割を持つことで、生活の意欲を感じるとともに、外食や季節折々の外出支援や誕生日会、ボランティアの訪問による音楽鑑賞等で共同生活の楽しみを実感してもらえるよう努めています。

近隣の保育所、小中学校との相互交流、地域行事等への参加により、地域社会とのつながりにも取り組むことができています。

※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	https://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/39/index.php?action_kouhou_detail_022_kihon=true&JkyosyoCd=3910410772-00&ServiceCd=320
----------	---

【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	令和2年1月15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)】

平屋建ての事業所は、市郊外で周囲を畑に囲まれた自然豊かな環境にある。すぐ向かいには母体法人運営の病院があり、利用者のかかりつけ医でもあるホーム長、副ホーム長のほか、看護師、理学療法士、作業療法士等との密接な医療連携体制が整い、利用者、家族、職員の安心につながっている。

2ユニットの事業所内は広く、仕切りのないリビンググループを中心に、両ユニットの居室が配置され、大半の利用者が、日中はリビングで思い思いにゆったりと過ごしている。リビングのすぐ前には広いテラスがあり、外気浴には最適である。また、このテラスでは、利用者のマスコットにもなっている人懐っこい犬が飼われている。

管理者が昨年春の異動で変わり、現在の管理者はグループホームのマネジメントは初めてであるものの今では慣れ、これから独自色を出そうとしている。利用者の自然な笑顔が見られるケアを目指し、職員一丸となって取り組みたいとのことであり、今後が期待される事業所である。

自己評価および外部評価結果

ユニット名:ソング

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	運営理念、運営方針は各ユニットに掲示するとともに、職員は、理念を記載した身分証を常時身に着けている。毎日の朝礼で唱和を行い、理念を意識してサービス提供ができるように努めている。	職員は、毎朝理念を唱和して互いに確認し合い、職員会では、自分たちのケアが理念に沿っているか話し合っている。	
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	地域のスーパーや個人商店を利用して、日々の食材等の購入をしている。近隣の保育所、小中学校との交流は日常的にできているほか、日章祭り、立田公民館夏祭り等の地域行事にも参加して、地域の一員として交流できている。	近隣在住の住民がめっきり減り、つきあいが難しくなっているが、地域の保育所、小中学校とは互いに行き来して交流を継続しているほか、地域の行事には積極的に参加している。	
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	近隣の保育所、小中学校の子どもとの交流を通じて、認知症介護の現状を見てもらっている。今後、学校から実習生受け入れの要望があれば、積極的に受け入れるようにしている。また、電話による相談には傾聴し、適切な助言ができるよう努めている。	/	/
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況、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	事業所の運営状況、利用者の状況を報告した後、出席者の話し合い等で出された意見は職員会で検討し、サービス向上に努めている。また、母体法人病院長、副院長からの感染症等の医療的助言により予防に努めることができている。	利用者、家族代表、地域代表、市担当課職員、地域包括支援センター職員が参画し、利用者、事業所の状況のほか、外部評価結果も報告して、助言を得て運営に反映している。議事録の写しは、家族に送付している。	
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	市長寿支援課職員とは、日頃から電話、訪問による報告、相談等を積極的に行い、サービスの質の向上や、円滑な業務遂行につながる協力関係を築いている。地域連携勉強会に参加する等、ケアの取り組みの向上に取り組んでいる。	市担当職員、地域包括支援センター職員とは、何でも相談できる関係にある。ほぼ毎月、市保健センターで地域の社会福祉施設職員を集めての勉強会が開催されており、職員が交代で参加して、資質向上につなげている。	
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	身体拘束等の適正化委員会を年間4回を目安に開催している。また、高齢者虐待の定義等の内部研修受講により、職員は身体拘束のないケアに取り組んでいる。玄関は無施錠のため、チャイム、見守りで対応している。	事業所内の身体拘束適正化委員会を中心に、職員は毎月勉強会を行っており、チェック表を用いて、抑制を含む身体拘束が行われていないかを振り返っている。玄関の施錠はしておらず、外出傾向の利用者は見守りで対応している。	

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
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	高齢者の虐待の芽チェックリストを確認し、ケアの振り返りを行うとともに、ケアの中で不適切な対応がないか職員会や、毎日の業務の申し送りで話し合っている。また、『高齢者虐待の定義・具体例』について内部研修を実施し、虐待防止に努めている。		
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	成年後見制度については資料等により内部研修を行っているも、必要とする利用者は現在いない。		
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	契約時、解約時共に、質問があれば丁寧に説明し、利用者、家族の理解が得られるよう努めている。契約内容の改訂については文書で迅速に報告するとともに、質問には面会時や電話で対応し、理解と納得を得ている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	相談の窓口を設置していると共に、利用者、家族からの意見や要望を気軽に言ってもらえることができるよう、日頃から関係性作りに努めている。意見については職員会で報告し、サービスの向上につなげている。	利用者、家族からの意見、要望には迅速に対応している。退所が決まった利用者の紙おむつを職員が誤って余分に購入し、苦情が出た事例があり、利用者購買物の要不要の判断を徹底するよう、職員間で申し合わせた。また、海に行きたいという利用者がおり、次の外出の機会に出かけることにしている。	
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	毎月職員会を開催し、職員の意見や提案を議題に取り上げて話し合っている。また、職員会以外においても、その都度、聞き反映させるようにしている。	管理者は、機会を捉えて職員の意見を聞くようにしている。帰宅願望の強い利用者に関して、職員の提案で声かけの工夫をして、落ち着いた事例がある。待機の高齢者が多いため、新規入所者を決める際には、職員の意見を参考に判断している。	
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	職員の資格取得に向けての支援を行うと共に、行事の計画を任せる等、やる気、向上心を持ち働くことができるよう努めている。また、諸手当の充実や、職員個々の家庭環境に留意し職場環境・条件の整備にも努めている。		

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	地域連携勉強会に参加し、多職種とのグループワークや事業所内の毎月の研修、日々の申し送り等でケアの向上に努めている。職員一人ひとりの外部研修を受ける機会は、現状では不足している。		
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	近隣の地域密着型サービス事業所との交流や、市のグループホーム連絡会、地域連携勉強会等に参加している。同業者以外の多職種と交流できており、新しい情報を得ることで、サービスの質の向上につながるができるよう努めている。		
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	自己紹介後に世間話し等のさりげない話題でリラックスしてもらい、安心して自分の不安なこと等の話ができるよう、関係性づくりに努めている。		
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	面接時に今までの経緯、生活環境、生活歴等の情報収集とともに、家族の話を傾聴し、今後の対応や方針について説明、安心してもらうことができるよう努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	入所希望の際、管理者は面接を行い、入所前には母体病院の外来で、ホーム長、副ホーム長の診察を受けて癌や感染症の有無の他、全身の精査後、ワルツ入所か、病院で経過を見て入所するのかを主治医が判断する。		
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	利用者個々のできる家事的作業等を提供し、役割りを持ち、職員からの「ありがとう」の感謝の言葉に「いつでも手伝うよ」と答える関係性ができており、職員と共に生活していると実感してもらえるよう努めている。		

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	家族との外出や、他の医療機関受診同行等、多くの協力を得ることができている。面会も多くあり、共に支えていく関係を築くことができている。また、担当職員から手紙を書いて、利用者の近況報告を行うようにしている。		
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	外出可能な利用者には、馴染みの場所等への外出支援を行うことができている。地域のお祭りや、訪問理容、移動図書館の外部の人との馴染みの関係性を継続している。	外出の際に自宅付近に立ち寄ったり、友人、知人の来訪時にはお茶を出し、ゆっくりしてもらえるよう歓待して、再訪のお願いをするなど、利用者の馴染みの人や場との関係継続に努めている。行きつけの美容院に通う利用者は、家族が同行している。	
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	レクリエーション、家事作業、食事等で同テーブルのグループでの活動の機会が多い。2ユニット合同でのイベントもあり、関わりを多く持てるように努めている。席替えを適宜行うことで、新しい環境による刺激や他者との関係性を持つことができるよう支援している。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	契約終了後も、事業所に立ち寄ってもらったり、相談を受けることがある。また、母体法人の病院へ入院した方の場合には職員が面会に行き、家族へは手紙を送る等、関係継続に努めている。		
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	利用者との日頃の関わりや、個別の傾聴、会話から、思いや意向を推測し、寄り添っているよう努めている。必要に応じて、再度、家族からの情報収集に努めている。	日々の関わりの中で利用者一人ひとりの思いや意向を把握し、個人毎の日誌に記録している。また、日々の申し送りや職員会でも情報共有しているが、個々の記録を見なければ、各々の思いや意向の把握が難しい。	利用者毎に一つの様式に思いや意向の記録をまとめ、入所時から入所後の思いや意向の変遷が容易に把握できるようにして情報共有をし、日々のケアに活かすことを期待する。
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	入所前の面接時と入所時に本人、家族、担当ケアマネージャー等からの情報収集に努めている。また、必要に応じて本人、家族からの話を聞き、これまでの暮らしの把握に努めている。		

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
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	計画作成担当者と利用者の担当職員が中心となって日々の観察を行うとともに、他の職員からの情報収集からアセスメントを行い、現状の把握に努めている。		
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	本人、家族の希望、意向を計画作成担当者と担当職員が聞いたうえで職員間で検討し、必要に応じて医師や理学療法士等にも相談し、現状に即した介護計画を作成している。	アセスメントはケアマネージャー、モニタリングは利用者毎の担当者が行っている。毎月カンファレンスを行いケアプランの適否を判断して、3ヶ月毎又は状況変化に合わせて随時見直しを行っている。ケアプランには利用者、家族の意向を反映させるほか、協力医の医師、理学療法士の意見も参考としている。	
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	日々のサービス提供状況やケア実施時の様子、変化等について個人台帳の記録に記載するとともに、チェック表により職員間で情報共有している。また、毎月のモニタリングにより、介護計画の見直しをすることができている。		
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	月2回の母体法人病院から主治医の訪問診療、必要に応じた訪問歯科、訪問栄養指導、訪問看護により医療連携を図り、安心できるケア体制をつくっている。		
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	市役所、消防署、母体法人病院との連携、移動図書館の定期利用、訪問理容、近隣商店、スーパー、公園、神社、保育所、小中学校等の資源があり、活用することができている。		
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し、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、家族には母体法人病院がかかりつけ医となることを説明し、同意を得ている。月2回の訪問診療、急変時の受診等、状況に応じて24時間の対応で医療連携を行うことができている。また、母体法人病院看護師による月1回の健康チェックも受け、健康管理を行うことができている。	入所時に意向を確認しているが、利用者全員が協力医をかかりつけ医として、月2回の往診を受けている。専門医は家族同行の受診で、受診結果は家族から聞き、記録している。	

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	日常生活の関わりで気付いた体調変化や気付きについて、職場内の看護職や訪問看護師に報告、相談して、個々の利用者が適切な受診や必要なケアを受けることができるよう支援している。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている	利用者は主治医の診察の結果、入院決定となる。また、母体法人病院への入院後転医が必要となった場合には、主治医が転医先の病院へ紹介状を書く。事業所は情報提供書を作成して提供し、病院関係者との連携に努めている。		
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	入所時に「重度化対応に関する指針」について説明するとともに、終末期については利用者の経過により、医師と家族を交え、今後の方針を決定していくことを説明し、利用者、家族の意向確認の上、最後まで事業所で生活できるよう、母体法人病院と連携して取り組んでいる。	協力医である母体法人運営の病院のバックアップ体制が整い、ここ1年間はないが、それまでは年間1件程度の看取り事例があった。入所時のほか、利用者の重度化の際には、改めて家族、主治医と話し合い、家族の意向に沿った対応をしている。入院希望の場合には、協力医への入院となってきている。	
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	利用者の急変、事故発生時のマニュアルについて適宜再確認するとともに、南国市消防局の協力により、急変時の初期対応やAEDを使用した救命措置の内部研修を実施し、急変時等の備えに努めている。		
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	年2回の避難訓練を、利用者、職員で実施している。避難先は母体法人の病院としており、今後は夜間を想定した避難訓練を実施予定。	年2回のうち1回は消防署の指導を得て、事業所防災訓練を実施し、利用者を避難誘導している。母体法人運営の病院の協力体制があり、火災、水害、地震想定訓練をしている。非常用備蓄は3日分があり、消費期限は管理簿で管理している。	
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	職員の日頃の言葉かけや対応について、職員同士が互いに注意し合っている。接遇についての内部研修により、職員個々に言葉かけや対応についての振り返りを行うことで、利用者の尊厳を尊重できるよう努めている。	介護に入る前に必ず声かけをする、抑制はしない、トイレ誘導の際には、さり気なく耳元で声かけする等、利用者一人ひとりの尊厳の確保に努め、気になる対応が見られた際には、職員同士で注意し合っている。	

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	個別に思いや希望の自己決定ができるよう、支援に努めている。自己表現が困難な利用者についても、利用者に寄り添うことで支援に努めている。		
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	基本的な一日の生活の流れはあるが、個別での取り組みや休息の時間、一人で過ごす時間等、利用者一人ひとりのペースで過ごすことができるよう支援に努めている。		
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	一人ひとりの自立度に合わせ声掛けのみ、見守りのみ等の必要な部分の支援を行っている。また、その人らしい好みや利用者自身が選択することができるように努めている。		
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	利用者の高齢化、重度化により、調理等の共同作業は減少傾向にあるが、簡単な家事作業の役割に取り組みるように支援している。一人ひとりの食の好み、形態についても個別対応している。	母体法人運営の病院の管理栄養士が作成した1週間分の献立表をもとに、管理者が工夫を加えてメニューを決めている。月1回パン食にする等、利用者の希望も取り入れている。準備、後片づけで利用者もできることを行い、職員も見守りながら食事を一緒に摂っている。	
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	チェック表により、一日に必要な摂取量の確保ができるよう支援している。嚥下機能の状態による食形態、トロミ使用や食事制限の対応を行っている。必要に応じて主治医に相談して、STや歯科衛生士の評価を受けるようにしている。		
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、利用者一人ひとりの能力に合わせ、歯磨きの準備、声掛け、見守り、仕上げ等の必要な介助により清潔保持に努めている。又、必要に応じて、主治医に相談して、STや歯科衛生士の評価を受けるようにしている。		
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	排泄チェック表により排泄パターンの把握に努め、必要に応じて主治医に排泄パターンを相談し、対応している。トイレへの声掛けもしている。	布パンツ使用の利用者4名は自立しており、その他の利用者は紙おむつ又は紙パンツにパット使用で、個々の排泄パターンに応じたトイレ誘導を行っている。入所後、定時のトイレ誘導で失敗が減り、紙おむつから紙パンツに改善した利用者もいる。	

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	主治医や病院の管理栄養士の指導の下、便通を促進する食材をメニューに取り入れる工夫をしている。また、毎日の体操や適度な運動の機会を確保できるよう支援している。改善が見られない場合、主治医に相談するようにしている。		
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	入浴は隔日となっているが、入浴時間について当日に希望の確認をするとともに、入浴方法、その日の体調等を考慮して、入浴支援をしている。声掛けに工夫し無理強いすることなく入浴できるよう支援している。	毎日の入浴も可能としているが、平均3日に1回程度の入浴となっている。入浴拒否の利用者が2名いるが、対応職員を代えたり、声かけの工夫で最低でも週1回の入浴は確保している。	
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	利用者の体調や生活習慣に応じて、適度に休息することができるよう支援している。日中の過ごし方、活動量、関わり方について留意し、良眠でき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	個人台帳に服薬情報を録み、すぐに確認できるようにしている。服薬前に名前、日付、服薬時間を職員2名で確認し、服薬時には、利用者がきちんと服用できたかを確認している。症状に変化があるときには早期に主治医に報告し、指示を受ける体制を徹底している。		
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	利用者の持てる機能を維持するとともに、役割を持つことで、やりがいや意欲につながるよう、一人ひとりの趣味や好みの作業の提供に努めるとともに、同じ作業をする他者との関わりで刺激を受け気分転換ができるよう支援している。		
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	体調や外の環境を考慮し、事業所周辺の散歩に適宜出かけている。家族同行により外出、投票に出掛けたり、職員と外食やドライブで楽しみのある支援を行っている。帰宅願望強い場合は、月1回を目安に家族との外出の機会を持つことができるよう調整を図っている。	気候の良い時期には毎日事業所周辺を散歩し、ファーストフードでの外食希望の利用者が多いため、年4回は2人ずつに分けて出かけている。テラスでの外気浴も楽しんでいる。また、桜、コスモスの花見にも出かけている。	

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	本人、家族の意向を聞き、保管方法等について確認して、一緒に外出した際に、本人自身で支払うことでお金の大切さや買い物することの喜びを感じてもらえることができるよう支援を行っている。		
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	本人からの希望により手紙を出す支援や、家族との会話を希望する場合には、電話でのやり取りができるよう支援している。		
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	事業所周辺は田園地帯で、静かな環境にある。ホールからも風景を眺められ、季節を感じて楽しむことができる。また、テラスや畳コーナーがあり、ゆったりとした空間となっている。	広いリビングは大きな窓があって明るく、冬でも日差しが差し込むと暖かい。外は一面畑で、見晴らしも良い。壁には職員と利用者が一緒に行った飾りつけがあり、和ませている。ゆったりとした空間の中で、利用者も穏やかに過ごしている。	
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	共有空間のホールでは、馴染みの利用者同士での雑談や、テレビ鑑賞を楽しみ、ユニット間の行き来も自由にしている。また、ソファや畳コーナー等、好きな所で座れるようにしている。一人の時間を持ちたい場合は居室で過ごす等、好きな場所で思い思いに過ごすことができる。		
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	本人、家族と相談し、使い慣れた馴染みの物、状態に応じた形態、機能のものを使ってもらうようにしている。洗面台は全て車いすの利用者が使いやすい作りとなっている。また、福祉用具等については、経済的負担を考慮しながら購入やレンタルを相談し、居室づくりを行っている。	入所時には、本人の使い慣れた馴染みの物の持ち込みを依頼しており、洗面台付きの居室にはテレビや筆筒が持ち込まれ、壁には家族写真等が飾られて、各々居心地のよい居室となっている。	
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	一人ひとりの自立度に合わせ声掛けのみ、見守りのみ等の必要な部分の支援を行っている。また、その人らしい好みや利用者自身が選択することができるように努めている。		

ユニット名:

ソング

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. ほとんどいない

自己評価および外部評価結果

ユニット名:ピアノ

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	運営理念、運営方針は各ユニットに掲示するとともに、職員は、理念を記載した身分証を常時身に着けている。毎日の朝礼で唱和を行い、理念を意識してサービス提供ができるように努めている。		
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	地域のスーパーや個人商店を利用して、日々の食材等の購入をしている。近隣の保育所、小中学校との交流は日常的にできているほか、日章祭り、立田公民館夏祭り等の地域行事にも参加して、地域の一員として交流できている。		
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	近隣の保育所、小中学校の子どもとの交流を通じて、認知症介護の現状を見てもらっている。今後、学校から実習生受け入れの要望があれば、積極的に受け入れるようにしている。また、電話による相談には傾聴し、適切な助言ができるよう努めている。		
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	事業所の運営状況、利用者の状況を報告した後、出席者の話し合い等で出された意見は職員会で検討し、サービス向上に努めている。また、母体法人病院長、副院長からの感染症等の医療的助言により予防に努めることができている。		
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	市長寿支援課職員とは、日頃から電話、訪問による報告、相談等を積極的に行い、サービスの質の向上や、円滑な業務遂行につながる協力関係を築いている。地域連携勉強会に参加する等、ケアの取り組みの向上に取り組んでいる。		
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	身体拘束等の適正化委員会を年間4回を目安に開催している。また、高齢者虐待の定義等の内部研修受講により、職員は身体拘束のないケアに取り組んでいる。玄関は無施錠のため、チャイム、見守りで対応している。		

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
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	高齢者の虐待の芽チェックリストを確認し、ケアの振り返りを行うとともに、ケアの中で不適切な対応がないか職員会や、毎日の業務の申し送りで話し合っている。また、『高齢者虐待の定義・具体例』について内部研修を実施し、虐待防止に努めている。		
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	成年後見制度については資料等により内部研修を行っているも、必要とする利用者は現在いない。		
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	契約時、解約時共に、質問があれば丁寧に説明し、利用者、家族の理解が得られるよう努めている。契約内容の改訂については文書で迅速に報告するとともに、質問には面会時や電話で対応し、理解と納得を得ている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	相談の窓口を設置していると共に、利用者、家族からの意見や要望を気軽に言うことができるよう、日頃から関係性作りに努めている。意見については職員会で報告し、サービスの向上につなげている。		
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	毎月職員会を開催し、職員の意見や提案を議題に取り上げて話し合っている。また、職員会以外においても、その都度、聞き反映させるようにしている。		
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	職員の資格取得に向けての支援を行うと共に、行事の計画を任せる等、やる気、向上心を持ち働くことができるよう努めている。また、諸手当の充実や、職員個々の家庭環境に留意し職場環境・条件の整備にも努めている。		

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	地域連携勉強会に参加し、多職種とのグループワークや事業所内の毎月の研修、日々の申し送り等でケアの向上に努めている。職員一人ひとりの外部研修を受ける機会は、現状では不足している。		
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	近隣の地域密着型サービス事業所との交流や、市のグループホーム連絡会、地域連携勉強会等に参加している。同業者以外の多職種と交流できており、新しい情報を得ることで、サービスの質の向上につながるができるよう努めている。		
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	自己紹介後に世間話し等のさりげない話題でリラックスしてもらい、安心して自分の不安なこと等の話ができるよう、関係性づくりに努めている。		
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	面接時に今までの経緯、生活環境、生活歴等の情報収集とともに、家族の話を傾聴し、今後の対応や方針について説明、安心してもらうことができるよう努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	入所希望の際、管理者は面接を行い、入所前には母体病院の外来で、ホーム長、副ホーム長の診察を受けて癌や感染症の有無の他、全身の精査後、ワルツ入所か、病院で経過を見て入所するのかを主治医が判断する。		
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	利用者個々のできる家事的作業等を提供し、役割りを持ち、職員からの「ありがとう」の感謝の言葉に「いつでも手伝うよ」と答える関係性ができており、職員と共に生活していると実感してもらえるよう努めている。		

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	家族との外出や、他の医療機関受診同行等、多くの協力を得ることができている。面会も多くあり、共に支えていく関係を築くことができている。また、担当職員から手紙を書いて、利用者の近況報告を行うようにしている。		
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	外出可能な利用者には、馴染みの場所等への外出支援を行うことができている。地域のお祭りや、訪問理容、移動図書館の外部の人との馴染みの関係性を継続している。		
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	レクリエーション、家事作業、食事等で同テーブルのグループでの活動の機会が多い。2ユニット合同でのイベントもあり、関わりを多く持てるように努めている。席替えを適宜行うことで、新しい環境による刺激や他者との関係性を持つことができるよう支援している。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	契約終了後も、事業所に立ち寄ってもらったり、相談を受けることがある。また、母体法人の病院へ入院した方の場合には職員が面会に行き、家族へは手紙を送る等、関係継続に努めている。		
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	利用者との日頃の関わりや、個別の傾聴、会話から、思いや意向を推測し、寄り添っているよう努めている。必要に応じて、再度、家族からの情報収集に努めている。		
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	入所前の面接時と入所時に本人、家族、担当ケアマネージャー等からの情報収集に努めている。また、必要に応じて本人、家族からの話を聞き、これまでの暮らしの把握に努めている。		

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
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	計画作成担当者と利用者の担当職員が中心となって日々の観察を行うとともに、他の職員からの情報収集からアセスメントを行い、現状の把握に努めている。		
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	本人、家族の希望、意向を計画作成担当者と担当職員が聞いたうえで職員間で検討し、必要に応じて医師や理学療法士等にも相談し、現状に即した介護計画を作成している。		
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	日々のサービス提供状況やケア実施時の様子、変化等について個人台帳の記録に記載するとともに、チェック表により職員間で情報共有している。また、毎月のモニタリングにより、介護計画の見直しをすることができている。		
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	月2回の母体法人病院から主治医の訪問診療、必要に応じた訪問歯科、訪問栄養指導、訪問看護により医療連携を図り、安心できるケア体制をつくっている。		
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	市役所、消防署、母体法人病院との連携、移動図書館の定期利用、訪問理容、近隣商店、スーパー、公園、神社、保育所、小中学校等の資源があり、活用することができている。		
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し、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、家族には母体法人病院がかかりつけ医となることを説明し、同意を得ている。月2回の訪問診療、急変時の受診等、状況に応じて24時間の対応で医療連携を行うことができている。また、母体法人病院看護師による月1回の健康チェックも受け、健康管理を行うことができている。		

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	日常生活の関わりで気付いた体調変化や気付きについて、職場内の看護職や訪問看護師に報告、相談して、個々の利用者が適切な受診や必要なケアを受けることができるよう支援している。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている	利用者は主治医の診察の結果、入院決定となる。また、母体法人病院への入院後転医が必要となった場合には、主治医が転医先の病院へ紹介状を書く。事業所は情報提供書を作成して提供し、病院関係者との連携に努めている。		
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	入所時に「重度化対応に関する指針」について説明するとともに、終末期については利用者の経過により、医師と家族を交え、今後の方針を決定していくことを説明し、利用者、家族の意向確認の上、最後まで事業所で生活できるよう、母体法人病院と連携して取り組んでいる。		
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	利用者の急変、事故発生時のマニュアルについて適宜再確認するとともに、南国市消防局の協力により、急変時の初期対応やAEDを使用した救命措置の内部研修を実施し、急変時等の備えに努めている。		
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	年2回の避難訓練を、利用者、職員で実施している。避難先は母体法人の病院としており、今後は夜間を想定した避難訓練を実施予定。		
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	職員の日頃の言葉かけや対応について、職員同士が互いに注意し合っている。接遇についての内部研修により、職員個々に言葉かけや対応についての振り返りを行うことで、利用者の尊厳を尊重できるよう努めている。		

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
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	個別に思いや希望の自己決定ができるよう、支援に努めている。自己表現が困難な利用者についても、利用者に寄り添うことで支援に努めている。		
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	基本的な一日の生活の流れはあるが、個別での取り組みや休息の時間、一人で過ごす時間等、利用者一人ひとりのペースで過ごすことができるよう支援に努めている。		
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	一人ひとりの自立度に合わせ声掛けのみ、見守りのみ等の必要な部分の支援を行っている。また、その人らしい好みや利用者自身が選択することができるように努めている。		
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	利用者の高齢化、重度化により、調理等の共同作業は減少傾向にあるが、簡単な家事作業の役割に取り組みるように支援している。一人ひとりの食の好み、形態についても個別対応している。		
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	チェック表により、一日に必要な摂取量の確保ができるよう支援している。嚥下機能の状態による食形態、トロミ使用や食事制限の対応を行っている。必要に応じて主治医に相談して、STや歯科衛生士の評価を受けるようにしている。		
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、利用者一人ひとりの能力に合わせ、歯磨きの準備、声掛け、見守り、仕上げ等の必要な介助により清潔保持に努めている。又、必要に応じて、主治医に相談して、STや歯科衛生士の評価を受けるようにしている。		
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	排泄チェック表により排泄パターンの把握に努め、必要に応じて主治医に排泄パターンを相談し、対応している。トイレへの声掛けも行っている。		

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	主治医や病院の管理栄養士の指導の下、便通を促進する食材をメニューに取り入れる工夫をしている。また、毎日の体操や適度な運動の機会を確保できるよう支援している。改善が見られない場合、主治医に相談するようにしている。		
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	入浴は隔日となっているが、入浴時間について当日に希望の確認をするとともに、入浴方法、その日の体調等を考慮して、入浴支援をしている。声掛けに工夫し無理強いすることなく入浴でき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	利用者の体調や生活習慣に応じて、適度に休息することができるよう支援している。日中の過ごし方、活動量、関わり方について留意し、良眠でき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	個人台帳に服薬情報を録み、すぐに確認できるようにしている。服薬前に名前、日付、服薬時間を職員2名で確認し、服薬時には、利用者がきちんと服用できたかを確認している。症状に変化があるときには早期に主治医に報告し、指示を受ける体制を徹底している。		
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	利用者の持てる機能を維持するとともに、役割を持つことで、やりがいや意欲につながるよう、一人ひとりの趣味や好みの作業の提供に努めるとともに、同じ作業をする他者との関わりで刺激を受け気分転換ができるよう支援している。		
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	体調や外の環境を考慮し、事業所周辺の散歩に適宜出かけている。家族同行により外出、投票に出掛けたり、職員と外食やドライブで楽しみのある支援を行っている。帰宅願望強い場合は、月1回を目安に家族との外出の機会を持つことができるよう調整を図っている。		

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	本人、家族の意向を聞き、保管方法等について確認して、一緒に外出した際に、本人自身で支払うことでお金の大切さや買い物することの喜びを感じてもらえることができるよう支援を行っている。		
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	本人からの希望により手紙を出す支援や、家族との会話を希望する場合には、電話でのやり取りができるよう支援している。		
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	事業所周辺は田園地帯で、静かな環境にある。ホールからも風景を眺められ、季節を感じて楽しむことができる。また、テラスや畳コーナーがあり、ゆったりとした空間となっている。		
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	共有空間のホールでは、馴染みの利用者同士での雑談や、テレビ鑑賞を楽しみ、ユニット間の行き来も自由にしている。また、ソファや畳コーナー等、好きな所で座れるようにしている。一人の時間を持ちたい場合は居室で過ごす等、好きな場所で思い思いに過ごすことができる。		
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	本人、家族と相談し、使い慣れた馴染みの物、状態に応じた形態、機能のものを使ってもらうようにしている。洗面台は全て車いすの利用者が使いやすい作りとなっている。また、福祉用具等については、経済的負担を考慮しながら購入やレンタルを相談し、居室づくりを行っている。		
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	一人ひとりの自立度に合わせ声掛けのみ、見守りのみ等の必要な部分の支援を行っている。また、その人らしい好みや利用者自身が選択することができるように努めている。		

ユニット名:

ピアノ

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. 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. ほとんどいない