

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	3990400040		
法人名	有限会社 青い鳥		
事業所名	グループホーム ひよし		
所在地	高知県南国市日吉町3丁目2-33		
自己評価作成日	平成27年12月5日	評価結果 市町村受理日	平成28年3月22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)】

利用者一人一人が役割を持って生活ができるように心掛けている。買い物や調理などは外部の業者に委託せずに、買い物は2日に1回を目安に近隣のスーパーに行き、月に数回は近隣の鮮魚店に買い物に行く。調理などに関しても献立を考えるところから事業所内で行い、調理などもできるだけ多くの利用者が主体的にできるように支援している。また、利用者の散髪についても、訪問美容などは利用せずに、グループホーム入居までに利用されていた美容室などを継続して利用できるように家族と協力したり、ホーム近隣の美容室に通うようにしている。

職員の研修等についても、外部の研修には積極的に参加し、施設全体あるいは個々のスキルアップに事業所全体で力を入れている。

※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.kaisokensaku.jp/39/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kihon=true&JigyosyoCd=3990400040-00&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28年1月22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)】

事業所周辺には市役所、スーパー、病院等があり、公共交通機関にも近く利便性が高い。事業所周辺は一般住宅とアパート等が多いが地域交流の機会が少ないため、事業所が併設する地域交流館の利用を呼びかけて、認知症家族の会による「認知症カフェ」が開催されており、職員や利用者が参加して交流している。

管理者は利用者の日々の生活を尊重する基本理念を掲げて、運営方針や基本的な考え方を具体的に示し実践している。希望する利用者と一緒に、近くのスーパーへ食材等の買い物に出かけたり、調理や洗濯等の家事は各利用者の出来る事・出来ない事を見極めて個別の支援に努めている。日々、事業所近くの神社や公園に散歩に出かけ、外食や四季折々の花見は、数回に分けて利用者全員が行けるようにしている。外出には公共交通機関も利用している。

事業所は開設後1年未滿だが、室内装飾は認知症による混乱を招かない配慮をし、今後の看取り介護に備えて、簡易特殊入浴寝台も用意し、管理者・職員共に研修を重ね、ケアの質向上に努力している。

自己評価および外部評価結果

ユニット名:かわせみ

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	入社時研修の際に、理念を伝え、理念を理解した上でケアを実施することを徹底している。また、担当者会などを通して、管理者や職員に理念の浸透を図り、実践に努めている。	基本的人権の保護、家庭的な生活、入居者の生き甲斐、地域での生活を基本理念とし、理念に基づく運営方針とサービス提供の基本的な考え方を作成している。入社時研修では、理念や方針の内容を伝え、具体的な事例を話し合い、実践して意識づけている。	
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	町内会がない地域ではあるが、近隣住民や児童館などと交流を図りながら、継続して日常的な付き合いができるように努めている。	町内会はないが、運営推進会議の場で民生委員から町内の情報を得ている。近くの社会福祉センターの催しや、他のグループホームのイベント等に参加して交流したり、事業所併設の地域交流館で開催される認知症カフェに出かけて、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	南国市認知症家族の会主催で行っている、認知症カフェに毎回職員が参加しており、必要に応じ介護や認知症ケアの助言等を行っている。また、参加者や家族の会の方たちにも、家族や当事者としての気持ちも聞かせて頂いている。		
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	運営推進会議には、利用者の日々の暮らしや行事、事業所としての運営状況や職員の研修参加報告などを行い、参加者全員に意見を頂くようにしている。	会議には民生委員・他法人グループホーム職員・市担当課・地域包括支援センター職員・利用者・家族等が参加している。事業所の状況報告とサービスへの要望・助言に議題を分けて意見交換している。議事録は情報や意見を分かりやすくまとめ、所内で公開している。	議事録をより周知するために、家族等に送付し会議の意義や事業所運営に理解を得るとともに、自己・外部評価結果に伴う目標達成計画についても会議の議題とし、参加委員の意見を求め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	市役所や社会福祉センターが立地的に近く、電話ではなく、直接足を運んで頻繁にお互いに行き来するようにしている。情報共有やアドバイスを頂いたり、社会福祉センターでのイベントにも参加させて頂いた。	事業所は市役所や社会福祉センターに近く、出向いて相談や連絡をしているので職員と顔馴染みになっている。市社会福祉協議会主催の勉強会では、施設長が講師を務めたこともある。また、併設の地域交流館で団体が開催する認知症カフェに市も関わっており、協力関係を築いている。	
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	運営規定にて身体拘束を禁止しており、玄関の施錠等も行っていない。身体拘束や虐待は勿論、不適切なケアなどもないようにミーティング等で確認を行ったり、各管理者が話をしている。	入社時研修で身体拘束の対象となる具体的な行為や、基本的人権・生活環境支援等についても理解させている。職員の言動に、行動制限等の不適切なケアが見られた時は、管理者が個々に注意を促したり、ミーティング等で話し合い、気づきとふり返りに努めている。	

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
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	メディアや新聞を通して報道があった事件などを、各職員に施設長から伝達を行っている。虐待の背景には、疲弊や人間関係も潜んでいることと思うので、定期的に勤務時間外での職員交流も図っている。		
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	日常生活自立支援事業に関しては、利用している方や利用予定の方もおらず、学ぶ機会は持っていない。成年後見制度についても全職員が理解するまでには至っていない。事業所内研修などで、理解を深める必要があるかもしれない。		
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	契約にあたり、基本方針、重要事項の説明、退去時を含めた対応可能なことや、家族へ協力して頂くこともあることを伝え、疑問点を尋ねた上で契約を行っている。契約後も、家族会や運営推進会議参加時に、不明なことや不安なことなどがなければ確認を行っている。		
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	利用者からの意見は、ストレートに要望を言って頂けるように馴染みの関係を作れるように努めている。ケアプラン作成時に、本人の要望や家族の意向をその都度必ず確認している。	開設後、家族会を1回実施して事業所から状況報告を行ったが、特に家族からの意見は出していない。初年度であるので、今後は年3回ほど開催する方向で考えている。家族だけで話し合う場の設定や、内容を記録するまでには至っていない。	家族だけで忌憚のない話し合いが行われるよう場を設定し、そこで出された意見や要望を記録して事業所運営に反映することを期待したい。
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	カンファレンス時に、運営に関する状況等の報告も施設長や管理者から職員に行っている。職員からの意見も分け隔てなく聞く機会を設け、反映させるように努めている。	毎月カンファレンスを開催し、利用者のケアプランの見直しとともに、施設長・管理者から事業所報告等を行い、全職員の意見や要望を話し合っている。職員の要望等にはできるだけ対応し、高額な物品購入等は上司に相談している。	
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	休憩時などに職員個々と話す機会を持ち、ストレスや不満がないか、また構わない限りお互い近況報告を行っている。モチベーションの低下が起こらないように、適宜、研修参加なども促している。		

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
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	職員の経験年数やスキルに合った研修への参加を促すようにしている。研修案内があった際には、自発的に研修に参加できるように回覧を行っている。また、外部講師を招き、プログラムをたてて認知症に特化したプログラムも行っている。		
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	全国認知症ケア実践者ネットワークへの参加や、南国市内のグループホーム間の交流、また、看護師や薬剤師との交流を積極的に行い、情報交換を行うよう努めている。		
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	入居前事前面接に職員2名が行き、本人が困っていることや不安な点がないか尋ね、生活に関する情報を把握した上で支援するように努めている。ホーム内では、利用者一人ひとりが役割を持って、いきいきと生活できるように支援している。		
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	相談時や事前調査時から家族の話をよく聴き、不安や希望を受け止めるよう努めている。利用開始後も、家族自身がストレスに感じることや不安なことを聴きだせるよう、面会時には管理者だけではなく、職員皆が積極的に声をかけるようにしている。		
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	相談を受けた際は、柔軟な対応ができるように努め、早急な対応が必要な場合は、他の事業所サービス(協力医療機関や施設)に繋がるような紹介、情報提供を行い対応している。		
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	日常生活全般(家事活動など)において、職員と利用者が共に行い、その中でできること、できないことを見極め、できない事に関しては執拗にして頂くことはせず、利用者一人一人が役割を持って生活ができるように心掛けている。		

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
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	家族の支援は必要不可欠であり、事業所と共に生活を支えて頂いている。病院受診や外出などを家族に積極的に行って頂けるように、契約時や必要時に話し、家族と共に支え合う関係の構築を図っている。		
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	入居時に馴染みの人や場所などの確認を行い、面会等に関しては、かまわない範囲でして頂いている。また、友人などの見送りの際には、今後も関係が途切れないよう次回の面会の声掛けや、自宅や馴染みの場所・思い入れのある場所への外出の依頼をしている。必要に応じ、職員にて馴染みの場所にお連れさせて頂いている。	入居時に家族や本人から馴染みの人や場所を聞いている。入居前まで利用していた美容院を家族の協力を得て継続し、困難なら近くの美容院を行きつけの店にして支援している。墓参りや見舞い、法事等に家族と出かけ、正月は出来るだけ家で迎えるなど、関係継続を支援している。	
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	利用者の個々の想い、性格や好みなどを考慮し時折仲介役となり支援している。また、ティータイム時や行事などの機会にて利用者同士や職員と利用者が互いに交流し、関係性ができるように努めている。		
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	サービス利用終了者は現在いないが、今後、利用終了者が出た場合には、相談を頂いたり、いつでも気軽に訪問してもらう(お茶を飲みに来る)など、関係継続ができるように努めている。		
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	本人の話をよく傾聴し、その情報は担当者会などで意見交換し、本人の意向を探っている。また、記録に本人の言葉などを細かく残し、情報共有できるようにしている。非言語コミュニケーションなどを通じて、大切にしているものや大切にしてきたものの把握に努めている。	職員は日々の利用者の言動や表情等に留意し、アセスメント等から思いや意向の把握に努め、本人に寄り添っている。現在、意思疎通の困難な利用者はいないが、表情や動作等から推察されることを検討し、支援に努めている。	
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	入居前の状態に関しては、情報提供書や事前調査シートを活用している。その際、担当のケアマネジャーや家族からは細かく(特に生活歴など)情報収集し、ケアに生かせ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
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	手を出さない介護を心がけている。心身の変化に関しても、細かい情報を申し送りや日誌、記録にて共有し、ケアに生かしている。		
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	担当者に、家族や本人の出席はないが、会の前には必ず意向の確認を行い、本人と家族が納得できるケアプランの作成を心掛けている。また、医療の立場からの意見(往診時や医療連携での看護師来所時の情報交換の中など)を反映できるよう心掛けている。	入居初期には暫定プランを作成し、毎月経過観察の記録や職員からの意見を聞き、モニタリングやカンファレンスを行っている。カンファレンスでは、事前に家族や本人の意見を聞いている。介護計画は、長期プランを3カ月とし、状態変化があればアセスメントを行い随時見直している。	
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	日々の記録に関してはできるだけ細かく記録するように心掛けている。グループホームの生活では、毎日に大きな変化が得られにくいため、介護支援経過記録も細かく記載し、ケアプランに反映している。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	受診介助などは緊急時も含め、家族と相談しながら必要に応じ職員が対応している。同市内のグループホームへの行事に参加させて頂いたりしながら事業所や法人の枠を超え、サービスの多様化に取り組んでいる。		
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	近隣にあるスーパーにはスタッフと利用者が2日に1回買い物に出かけたり、また鮮魚店への買い物、近隣の美容室に出かけて利用したりと、こちらから積極的に地域の中のものを利用者と共に活用している。		
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	入居時に、今までの医療機関を継続するかどうかの確認等を行い、利用者や家族の状況等に応じ、かかりつけ医による往診を利用したり、通院をしている。受診に行く際には、家族と職員が利用者をお連れし、一緒に行くことや家族のみで利用者に行く場合もある。家族のみで受診に行く場合などは、主治医に事業所側から手紙を書いている。	入居時に希望を聞いて、利用者・家族の納得のいく医療機関を選択している。事業所は協力医と医療連携し、月2回の訪問診療、週1回の訪問看護、24時間連絡体制を整えている。専門科には、個別に家族や職員が付き添い、医療機関に生活状況の情報を提供し、受診結果は記録により職員で共有している。	

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	医療連携体制を外部の病院と結んでおり、看護師が週に1回来所し、日々の状態や病状の変化などの情報交換を行い、連携に努めている。来所される日以外でも、なにかあれば、すぐに電話にて報告・連絡・相談を行えるようになっている。		
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	協力医療機関とは密に連絡をとり、本人や家族の希望に添い、また早期退院ができるように努めている。入院時などには、職員が病院に見舞いに行き、見舞い時の情報共有を事業所内でしている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化した場合及びターミナルケアにおいては契約時に家族に、対応可能であることを伝えている。開設して現在までで、看取りはまだないが、ニーズに対応して行っていく予定である。	重度化や看取り介護についてのマニュアルを作成し、終末期に向けた対応方針を家族に説明している。看取りの事例はまだないが、重度化や終末期の状態になれば、医師から家族に説明し、本人・家族の希望に沿って支援に取組むことにしている。重度化に備え簡易特殊入浴寝台を用意している。	
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	事故のマニュアル等に関しては、事務所にファイリングし、誰でも手にとれるところに置いている。担当者などで、現在の利用者の状況で考えられるリスクを踏まえ、緊急時の対応方法の周知を行っている。		
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	定期的な防災訓練を実施している。また、災害に備え栄養補助食品や飲料水を確保している。	年2回の防災訓練を、消防署の助言を受けて実施することになっている。現在までに訓練を1回実施し、消火器の使用方法を学んでいる。近隣住民の参加は得られてない。備蓄は3日以上を目安として、食料、水、発電機等を用意している。地域交流館が福祉避難所としての役割を持つ可能性があり、課題を検討している。	災害時には近隣住民の協力が不可欠であり、運営推進会議等でも議題としながら、訓練に参加してもらえるよう働きかけ、協力体制を築くことを期待したい。
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	プライバシーに関する支援については、理念に「プライバシーの保護」を掲げており、個人情報保護や本人を尊重した声のかけかた、声のトーンなどに注意している。親しみを込めた呼名等は日常的にはしないようにしている。	プライバシーの保護や基本的人権の尊重については、入社時研修の中で理解させている。ケアの場面では、トイレ誘導の際には本人だけに分かるよう耳元で声をかけたり、利用者に恥ずかしい思いをさせ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
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	利用者のペースでできるだけ生活できるように心掛けている。また、自らが自己決定できるようにいくつかの選択肢(例えば食事)を提供するなど、関わり方の工夫をしている。入浴時間なども柔軟に対応している。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、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	個々の体調や今までの生活歴などに配慮し、可能な限り自分のペースで生活できるように支援している。職員の毎日のルーチンワークにならないように、職員間で声を掛け合っている。		
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	行きつけの理美容室等があれば、継続して利用できるように、入居前から家族と話をしている。基本的に訪問理容等は利用していない。衣類に関しても、本人が好まれていた衣類や身の回りの物を持ってきて頂くように家族に依頼している。		
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	毎食時、職員と利用者が共に調理等を行い、配膳・下膳・食器洗い等も利用者が役割を持って行えるように支援している。利用者が食事中は、スタッフは片づけ(下膳や食器洗い)はしない配慮もしている。	メニューは職員がカロリーや栄養バランスを勉強して作成し、献立てしている。食材は2日毎に食べたい物を聞いて、利用者と一緒にスーパーで買い物をしている。利用者の力量により、野菜の下ごしらえや下膳、食器洗い等出来る事をしてもらい、職員も同じ物を食べて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	運動量や体重等に配慮しながら、食事の支援をしている。摂取量が少ない方には、色々な物で補食などの工夫をしている。		
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	個々の能力に応じ、自立支援を重視しながら、声をかけ必要に応じ介助を行っている。		
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	出来る限り、トイレで排泄が出来るように、排泄パターンなどを把握しながら支援している。居室にもトイレがあるため、トイレでの排泄を促している。コスト面での負担もあるため、オムツ類の使用は最小限に出来るよう家族やスタッフ間で話し合っている。	排泄チェック表からパターンを把握し、声掛けや排泄支援が必要な利用者にトイレ誘導を行っている。布パンツにパッドを使用したり、希望により紙パンツを使用しているが、排泄用品を検討し利用者の負担の軽減を図るようにしている。全居室にトイレがあり、夜間も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	水分補給、運動量、食物繊維、乳製品の摂取などを心掛け、なるだけ薬を使用せずに自然排便できるように工夫している。必要に応じ、医療機関に相談し、助言を頂いている。		
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	入浴日を決めずに、基本的には毎日全員に入ってもらえるようにしている。入浴時間は14時～21時頃までとし、生活歴を参考にしたり、本人にその都度確認しながら入浴する順番などを職員側で決めないようにしている。	入浴は午後の時間帯に21時まで支援している。生活習慣に合わせて、毎日でも希望があれば入浴できるが夜間の希望者は少ない。入浴を拒否する時は、利用者の気分や状況に合わせて対応している。汚れた時は、随時シャワー浴などで清潔保持に努めている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	昼夜逆転などが起こらないように、日中の運動量の向上あるいは、刺激のある生活を送れるように心掛けている。夜間不眠傾向にあたり、浅眠気味の方は、無理に寝て頂くことを考えずに飲み物をお持ちしたりしている。入浴時間、室内の照度、室温等の調整を行っている。		
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	訪問薬剤により、薬品庫の管理を行っている。薬剤師とのノートの活用や、最新の各利用者の薬事表をファイリングしており、利用者や家族から質問等があった際にもある程度は対応できるようにしている。薬の副作用等は薬剤師に必ず確認するようにしている。		
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	『家庭』とは一人ひとりが役割を持つ場であると考えており、グループホームでも必ず役割が持てるような支援を心掛けている。職員からの働きかけからだけでなく、自然と利用者から自発的に行えるような工夫をしている。		
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	希望があれば、妨げることなく外出支援(理容室、パン屋、スーパー、饅頭屋など)は行っている。また、日常的にも近隣への散歩や、洗濯物を干したり、取り込んだりして、できるだけ外の空気を吸えるような支援を行っている。	日常的に、事業所近くにある神社や公園を散歩している。外出では、スーパーでの買い物、回転ずし、レストラン等での外食や季節の花見のほか、利用者の希望を聞いて弁当持参で公園等に出かける事もある。外出は、数人に分けて全員が出かけるように工夫している。	

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	家族と相談の上、財布を自己管理している方もいる。基本的にはお小遣いとして、事業所の金庫にて皆さんのお金を預かっている。買い物の際などには、可能な範囲で本人が支払いできるように支援している。		
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	電話の希望があれば、いつでも使用して頂けるようにしている。携帯電話でご自分で連絡をとられる方もいる。		
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	季節の花があればフロアに飾ったりしている。共用スペースの風呂場や脱衣所、トイレ等は常に清潔が保てるように心掛けている。また、生活感がなくならないように、利用者に必要な物は無駄に取り除かず、手の届く所に置いている。	共用空間は採光が良く、一人でもゆっくり過ごせるソファを置き、畳コーナーには炬燵を用意し、利用者が思い思いに過ごせるようにしている。トイレには汚物専用の処理場所を設置し、臭気が外に漏れないよう工夫している。認知症の状態に配慮し、幻視や幻覚を起こしにくい環境づくりに努めている。	
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	フロアに一人掛けのソファ2つ、二人掛け1つ、三人掛けを1つ置き、また、畳にはこたつを置き利用者が思い思いに過ごせるようにしている。		
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	本人の使い慣れた家具や飾り物を居室に持ってきて頂き、居室に置いている。入居後も落ち着いた過ごせる部屋、また早く事業所に慣れるためにも家族と調整を行っている。	居室には、応接セットのような椅子や使い慣れたタンス、趣味の花鉢・家族写真・読書用のスタンド・来客用の椅子など、それぞれの家族と利用者が好みの物を持参して、本人が安心して暮らせる場所にしている。	
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	できるだけ生活に必要な物が利用者の目につくように配置している。		

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				
			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

ユニット名:うぐいす

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	入社時研修の際に、理念を伝え、理念を理解した上でケアを実施することを徹底している。また、担当者会などを通して、管理者や職員に理念の浸透を図り、実践に努めている。		
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	町内会がない地域ではあるが、近隣住民や児童館などと交流を図りながら、継続して日常的な付き合いができるように努めている。		
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、地域の人々に活かしている	南国市認知症家族の会主催で行っている、認知症カフェに毎回職員が参加しており、必要に応じ介護や認知症ケアの助言等を行っている。また、参加者や家族の会の方たちにも、家族や当事者としての気持ちも聞かせて頂いている。		
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践、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	運営推進会議には、利用者の日々の暮らしや行事、事業所としての運営状況や職員の研修参加報告などを行い、参加者全員に意見を頂くようにしている。		
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	市役所や社会福祉センターが立地的に近く、電話ではなく、直接足を運んで頻繁にお互いに行き来するようにしている。情報共有やアドバイスを頂いたり、社会福祉センターでのイベントにも参加させて頂いた。		
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	運営規定にて身体拘束を禁止しており、玄関の施錠等も行っていない。身体拘束や虐待は勿論、不適切なケアなどないようにミーティング等で確認を行ったり、各管理者が話をしている。		

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</p>	<p>メディアや新聞を通して報道があった事件などを、各職員に施設長から伝達を行っている。虐待の背景には、疲弊や人間関係も潜んでいることと思うので、定期的に勤務時間外での職員交流も図っている。</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>日常生活自立支援事業に関しては、利用している方や利用予定の方もおらず、学ぶ機会は持っていない。成年後見制度についても全職員が理解するまでには至っていない。事業所内研修などで、理解を深める必要性があるかもしれない。</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>契約にあたり、基本方針、重要事項の説明、退去時を含めた対応可能なことや、家族へ協力して頂くこともあることを伝え、疑問点を尋ねた上で契約を行っている。契約後も、家族会や運営推進会議参加時に不明なことや不安なことなどがいないか確認を行っている。</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>利用者からの意見は、ストレートに要望を言ってもらえるように、馴染みの関係を作れるように努めている。ケアプラン作成時に、本人の要望や家族の意向をその都度必ず確認している。</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>担当者会や普段の中でも、職員からの意見も分け隔てなく聞く機会を設け、反映させるように努めている。</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>休憩時などに職員個々と話す機会を持ち、ストレスや不満がないか、また、かまわない限りでお互い近況報告を行っている。モチベーションの低下が起こらないように、適宜、研修参加なども促している。</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>職員の経験年数やスキルに合った研修への参加を促すようにしている。研修案内があった際には、自発的に研修に参加できるように回覧を行っている。また、外部講師を招き、プログラムをたてて認知症に特化したプログラムも行っている。</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>全国認知症ケア実践者ネットワークへの参加や、南国市内のグループホーム間の交流、また、看護師や薬剤師との交流を積極的に行い、情報交換を行うよう努めている。</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>入居前には、困っていることや不安な点がないか尋ね、生活に関する情報を把握した上で支援するように努めている。入居後も、本人の思いや家族の思いを聞き取り、関係づくりに努めている。</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>相談時や事前調査時から家族の不安や希望を聞き出し、利用開始後も利用者の事だけではなく、家族が感じる不安等を聞き出せるように面会時等の機会にコミュニケーションを図るようにしている。</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>相談を受けた際は、柔軟な対応ができるように努め、早急な対応が必要な場合は、他の事業所サービス(協力医療機関や施設)に繋がるような紹介、情報提供を行い対応している。</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>日常生活全般(家事等)においては、職員も利用者と共にし、また調理方法等は教えて頂く事もある。利用者一人一人が役割を持って生活ができるように心掛けている。</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>病院受診や外出などを家族に積極的に行って頂けるように、契約時や必要時に話をしている。近況や状態等の報告も、電話連絡や月1回手紙を送り伝える等して、家族と共に支え合う関係の構築を図っている。</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よう、支援に努めている</p>	<p>本人や家族からも馴染みの人や場所などの確認を行い、自宅や馴染みの場所への外出を依頼している。面会には家族や友人・知人が来訪された時には、関係が途切れないように次回面会の声掛けを行っている。</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>利用者の個々の想い、性格や好み等を考慮し、時には仲介役となり支援している。家事やティータイム時、行事等の機会から交流を図る事ができ、関係性が築けるように努めている。</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>サービス利用終了者は現在いないが、今後、利用終了者が出た場合には、相談を頂いたり、いつでも気軽に訪問してもらう(お茶を飲みに来る)など関係継続ができるように努めたい。</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>本人の話・表情や行動等の反応からも思いをくみとり、その情報は担当者会や申し送り時にも意見交換し、本人の意向を探っている。また、記録に本人の言葉などを細かく残し、情報共有できるようにしている。</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>入居前の状態に関しては、情報提供書や事前調査シートを活用している。その際、担当のケアマネジャーや家族からは細かく(特に生活歴など)情報収集し、ケアに生かせるように努めている。また、入居後にも、本人や家族からもより詳しく把握できるように、話を伺うように努めている。</p>		

25		<p>○暮らしの現状の把握</p> <p>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</p>	<p>手を出さない介護を心がけている。生活リハビリを通じて、本人の能力が維持できるよう努めている。心身の変化に関しても、細かい情報を申し送りや日誌、記録にて共有し、ケアに生かしている。</p>		
26	(10)	<p>○チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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</p>	<p>担当者会に、家族や本人の出席はないが、会の前には必ず意向の確認を行い、本人と家族が納得できるケアプランの作成を心掛けている。また、医療の立場からの意見(往診時や医療連携での看護師来所時の情報交換の中など)を反映できるよう心掛けている。可能な場合は、医療連携担当看護師にも担当者会へ参加して頂いている。</p>		
27		<p>○個別の記録と実践への反映</p> <p>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</p>	<p>日々の記録に関してはできるだけ細かく記録するように心掛けている。グループホームの生活では、毎日に大きな変化が得られにくいいため、介護支援経過記録も細かく記載し、ケアプランに反映している。</p>		
28		<p>○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>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</p>	<p>受診介助などは緊急時も含め、家族と相談しながら必要に応じ職員が対応している。同市内のグループホームへの行事に参加させて頂いたりしながら、事業所や法人の枠を超え、サービスの多様化に取り組んでいる。</p>		
29		<p>○地域資源との協働</p> <p>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</p>	<p>近隣にあるスーパーにはスタッフと利用者が2日に1回買い物に出かけたり、また鮮魚店への買い物、近隣の美容室に出かけて利用したりと、こちらから積極的に地域の中のものを利用者と共に活用している。</p>		
30	(11)	<p>○かかりつけ医の受診支援</p> <p>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</p>	<p>入居時に、今までの医療機関を継続するかどうかの確認等を行い、利用者や家族の状況等に応じ、かかりつけ医による往診を利用したり、通院をしている。受診に行く際には、家族と職員が利用者をお連れし、一緒に行くことや家族のみで利用者に行く場合もある。家族のみで受診に行く場合などは、主治医に事業所側から手紙を書いている。</p>		

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>医療連携体制を外部の病院と結んでおり、看護師が週に1回来所し、日々の状態や病状の変化などの情報交換を行い、連携に努めている。来所される日以外でも、なにかあれば、すぐに電話にて報告・連絡・相談を行えるようになっている。</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>協力医療機関とは密に連絡をとり、本人や家族の希望に添い、また早期退院ができるように努めている。入院時などには、職員が病院に見舞いに行き、見舞い時の情報共有を事業所内でしている。</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>重度化した場合及びターミナルケアにおいては契約時に家族に、対応可能であることを伝えている。開設して現在までで、看取りはまだないが、ニーズに対応して行っていく予定である。</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>事故のマニュアル等に関しては、事務所にファイリングし、誰でも手にとれるところに置いている。担当者会などで、現在の利用者の状況で考えられるリスクを踏まえ、緊急時の対応方法の周知を行っている。</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>定期的な防災訓練を実施している。また、災害に備え栄養補助食品や飲料水を確保している。</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>プライバシーに関する支援については、理念に「プライバシーの保護」を掲げており、個人情報保護や本人を尊重した声のかけかた、声のトーンなどに注意している。親しみを込めた呼名等は日常的にはしないようにしている。</p>		

37		<p>○利用者の希望の表出や自己決定の支援</p> <p>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</p>	<p>利用者のペースでできるだけ生活できるように心掛けている。また、自らが自己決定できるよういくつかの選択肢(例えば食事)を提供するなど、関わり方の工夫をしている。入浴時間なども柔軟に対応している。</p>		
38		<p>○日々のその人らしい暮らし</p> <p>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</p>	<p>個々の体調や今までの生活歴などに配慮し、可能な限り自分のペースで生活できるように支援している。職員の毎日のルーチンワークにならないように、職員間で声を掛け合っている。</p>		
39		<p>○身だしなみやおしゃれの支援</p> <p>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</p>	<p>行きつけの理美容室等があれば、継続して利用できるように、入居前から家族と話をしている。基本的に訪問理容等は利用していない。衣類に関しても、本人が好まれていた衣類や身の回りの物を持ってきて頂くように家族に依頼している。</p>		
40	(15)	<p>○食事を楽しむことのできる支援</p> <p>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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている</p>	<p>毎食時、職員と利用者が共に調理等を行い、配膳・下膳・食器洗い等も利用者が役割を持って行えるように支援している。職員も同じ献立と一緒に食べる事で話しながら食事ができている。</p>		
41		<p>○栄養摂取や水分確保の支援</p> <p>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</p>	<p>運動量や体重等に配慮しながら、食事の支援をしている。摂取量が少ない方には、本人が好む物で補食などの工夫をしている。疾病にも留意しながら別メニューでの対応も行っている。</p>		
42		<p>○口腔内の清潔保持</p> <p>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</p>	<p>個々の能力に応じ、自立支援を重視しながら、声をかけ必要に応じ介助を行っている。家族からの希望もあり、月1回歯科往診での手入れをしている方もおり、助言や指導も頂いている。</p>		
43	(16)	<p>○排泄の自立支援</p> <p>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</p>	<p>出来る限り、トイレで排泄ができるように、排泄パターンの把握や本人の行動(サイン)にも目を配りながら支援している。コスト面での負担もあるため、オムツ類の使用は最小限にできるよう家族やスタッフ間で話し合っている。</p>		

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>水分補給、運動量、食物繊維、乳製品の摂取などを心掛け、なるべく薬を使用せずに自然排便できるように工夫している。必要に応じ、医療機関に相談し、助言を頂いている。</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>入浴日を決めずに、基本的には毎日全員に入ってもらえるようにしている。入浴時間は14時～21時頃までとし、生活歴を参考にしたり、本人にその都度確認しながら入浴する順番などを職員側で決めないようにしている。入浴を嫌がる方には、声掛けや入浴剤使用等の工夫をしている。</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>昼夜逆転などが起こらないように、日中の運動量の向上あるいは、刺激のある生活を送れるように心掛けている。夜間不眠傾向にあったり、浅眠気味の方は、無理に寝て頂くことを考えずに飲み物をお持ちしたりしている。居室以外での場所(畳)でも眠れるように工夫している。</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>訪問薬剤師により、薬品庫の管理を行っている。薬剤師とのノートの活用や、最新の各利用者の薬事表をファイリングしており、利用者や家族から質問等があった際にもある程度は対応できるようにしている。薬の副作用等は薬剤師に必ず確認するようにしている。</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>『家庭』とは一人ひとりが役割を持つ場であると考えており、グループホームでも必ず役割が持てるような支援を心掛けている。職員からの働きかけからだけでなく、自然と利用者から自発的に行えるような工夫をしている。</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支援している</p>	<p>希望があれば、妨げることなく外出支援(理容室、パン屋、スーパー、饅頭屋など)は行っている。また、日常的にも近隣への散歩や、洗濯物を干したり、取り込んだりして、できるだけ外の空気を吸えるような支援を行っている。</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>家族と相談の上、財布を自己管理している方もいる。基本的にはお小遣いとして、事業所の金庫にて皆さんのお金を預かっている。買い物の際などには可能な範囲で本人が支払いできるように支援している。</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>電話の希望があれば、いつでも使用して頂けるようにしている。遠方にいる家族から手紙が届いた時には、返事の手紙が出せるように声掛けを行っている。</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>季節の花があれば飾ったり、癒しを与えてくれる、ぬいぐるみをフロアへ置いている。共用スペースの風呂場や脱衣所、トイレ等は常に清潔が保てるように心掛けている。また、生活感がなくならないように、利用者に必要な物は無駄に取り除かず、手の届く所に置いている。</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>フロアに一人掛けのソファ2つ、二人掛け1つ、三人掛けを1つ置き、また、畳にはこたつを置き利用者が思い思いに過ごせるようにしている。</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>本人の使い慣れた家具や飾り物を居室に持ってきて頂き、居室に置いている。入居後も落ち着いて過ごせる部屋、また、早く事業所に慣れるためにも家族と調整を行っている。</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>できるだけ生活に必要な物が利用者の目につくように配置している。</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)	○	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			○	2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらい				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、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. 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				
			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				