（別紙2）　　平成　30　年度　　　　　　　　　　　　　　　　　作成日　平成　31 年　　1 月　　28 日

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	3991000112		
法人名	医療法人　創治		
事業所名	グループホーム　小夏		
所在地	高知県四万十市古津賀2丁目174番		
自己評価作成日	平成30年10月23日	評価結果 市町村受理日	平成31年2月8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	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/39/index.php?action_kouhyou_detail_2018_022_kihon=true&JigyosyoCd=3991000112-00&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30年12月10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）】

自然豊かな里山の中で宅地開発が進む新興住宅地に事業所は位置し、地域住民の皆さんとは共に地域づくりをすすめていただく一方、事業所も一地域住民としての交流、活動を行っています。「地域で育った子供たちに故郷を作りたい」と活動されている皆さんとの、ほたるの里の整備やお祭り、どんど焼き、ハロウィーンなどで、世代間交流の機会も多くなっています。

職員は、その人らしく生きがいのある生活を支えるため個別ケアを重視し、一人ひとりの生活歴、生活習慣やこだわり、好きなこと、うれしいことをケアプランに加味して、柔軟な発想と暖かな心を持って、家族と共に利用者の暮らしの継続を支えています。

安心した生活の基盤となる体調管理面では、母体運営法人病院の医師による訪問診療や、訪問歯科による治療、口腔ケアによるお口の健康維持のほか、散歩や体操、家事参加など、活動と休息のバランスによって重度化予防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）】

昨年８月に運営法人が現在の医療法人に変わり、事業所名称も変更となったが、医療サービス関係がより充実して、職員、利用者、家族の安心感が増している。

管理者は、「小夏」以前の事業所の立ち上げ時から従事しており、職員も変わっておらず、事業所理念にある、利用者が「その人らしく」暮らせる支援が継続されている。

周辺は新興住宅街で、毎月新しい住居の建築が始まる位増えてきているとのことだが、開設当初から、若い世代を中心に自分たちのふる里づくり、地域づくりを目指す区長に協力して地域の一員として活動し、利用者も地域行事に参加するほか、近隣住民から採りたて野菜のおすそ分けがあったり、散歩途中の親子が事業所に立ち寄り利用者と一緒に体操をするなど、地域との強いつながりができている。

毎日のいきいき百歳体操やかみかみ体操で体を動かし、食事も残さず食べる健康管理を続けた結果、利用者全員が入所時からの体力の衰えは見られず、元気に過ごしている。

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	理念をケアに活かすことを大切にしている。職員採用時には、具体的にその言葉の意味することを説明している。名札の裏に理念カードを入れ、事業所内にも掲示して、職員は常に理念を意識し、ケアの方向性の拠り所として振り返るようにしている。	事業所開設時に職員と話し合い決めた、「なじみの環境で、その人らしく、生きがいのある生活を支える」という理念の実践に努めている。特に「その人らしく」を意識した、利用者個々のこだわりを重視する支援を目指し、職員会等で振り返りを行っている。	
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	地区会や草刈り、夏祭り、どんど焼き、ハロウィーン、ほたる保存活動に参加し、事業所行事にも地域住民を招待して、交流している。近隣からの野菜や果物の差し入れも多い。若い世帯が多く、散歩の際に親子で立ち寄ってくれて、世代間交流も増えた。	地区会に加入し、管理者、職員が地区会や地区の草刈りに参加するほか、地域行事のハロウィーンでは、子どもたちを変装した利用者が迎えてお菓子を手渡す重要な役割を果たしている。事業所行事にも近隣住民の参加があり、身近な交流が続いている。	
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	地域の小中学生に認知症を正しく理解してもらえるよう、学校訪問をして紙芝居を行っている。子供たちからは、「困っているお年寄りを見たらやさしくしたい」等の感想が聞かれ、毎月の活動として定着してきている。		
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	会議では和やかに会話が弾み、利用者の健康管理や防災などの安全管理、その人らしい暮らしのアイデアを出してもらっている。外部評価結果や満足度アンケート、実態調査アンケート等の結果も共有し、サービス向上につなげている。	運営推進会議では、利用者の状況、事業所運営の報告のほか、外部評価結果の報告と改善に向けての取り組みの協議を行い、参加者との活発なやり取りが行われている。議事録は、家族に送付されている。	
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	運営に関することはその都度報告し、相談して、確認と指導を得ている。市道や河川の草刈、街灯やカーブミラーの設置など、市担当者とは安全な生活環境の保全に連携している。	地域包括支援センター、市保険介護課とは、日ごろから活発なやり取りを行い、必要な助言指導を得ている。かねてから要望の市道へのカーブミラーの設置についは、来年度設置へ向けての予算化が検討されている。	
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	不適切なことは、その都度、根拠を明確にして職員指導を行っている。家族も支援チームの一員として協力してもらえるように担当者会議で情報共有して、関係づくりを心がけている。2ヶ月毎の運営推進会議と同時開催で身体拘束廃止委員会を開催し、共有している。	スピーチロックに特に留意し、玄関は日中施錠していない。安全確保に一定の拘束を求める家族もいるが、リスクを説明したうえで、見守り中心の支援に理解を得ている。身体拘束廃止委員会は運営推進会議と同じメンバーで開催され、行政、家族、地域に身体拘束をしない事業所の方針を説明している。	

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注意を払い、防止に努めている	「虐待の芽チェックリスト」に職員全員が取り組み、気付いたことは前向きに改善することを実践している。アンガーマネジメントや接遇に関する研修を行い、職員個々のメンタルケアについても気を配り、安定した精神状態を保つ感情のコントロールについて、チームで取り組むようにしている。		
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	内外の研修に参加し、虐待防止や身体拘束適正化等とも関連させて、職員の制度理解を図っている。		
9		**○契約に関する説明と納得** 契約の締結、解約また改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約時には時間をかけてゆっくりと説明し、十分な理解と納得を得てから、契約を結んでいる。契約内容の変更があった際にも十分な説明を行い、同意を得るようにしている。介護度の認定変更等で利用料に変更があった場合には、事前に説明して同意を得ている。		
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	運営推進会議や家族会、面会時、日ごろから家族には積極的に声かけをし、意見や要望を出しやすい関係性を心がけている。担当者会議ではゆっくりと時間を取って意見や要望を聞くよう心がけ、個別のケアプランや、業務改善に結び付けている。	管理者は、事業所にものが言いにくい家族の立場を理解したうえで、率直な意見が聞けるよう努めている。年1回家族だけで話し合う場を設け、面会時のほか、ケアプラン策定時の担当者会議にも家族に参加してもらい、個々のケアに対する意見を求め、ケアプランに取り入れている。	
11	(7)	**○運営に関する職員意見の反映** 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	毎月のホーム会には職員全員が参加し、業務改善や施設運営への意見、要望について話し合っている。検討事項は職員合意のうえでまずやってみるという姿勢を持っている。事業所内で解決できない事項は、適宜、母体運営法人や行政等に相談している。	管理者は、職員から意見を聞き出し、運営や、ケアへの反映に努めている。当初は言い出せなかった職員が、いまでは積極的に提案を行うようになり、職員個々の工夫で上手くいったケアの方法が、すぐさま情報共有され、事業所のケアとして標準化されている。	
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	職員個々の経験や能力に応じた研修機会を持たせ、一定レベルの維持が出来るようにしている。世代ごとのワークライフバランスの考慮と、資格取得の支援を優先的に行っている。処遇改善加算の要件を満たし、給与の増額にもつなげている。		

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	管理者は理念を軸に、職員一人ひとりの業務の遂行状況に気を配り、適宜指導の機会を持って現場教育を大切にしている。新しい知識や、技術を得るための研修機会を積極的に設けている。外部の研修参加や母体運営法人内研修も定期的に行われている。		
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	四万十市グループホーム連絡会への参加により、共通課題の検討や情報共有が出来ている。事業所内研修への案内、相互訪問などを通じて、連携強化や地域のレベルアップにつながっている。他事業所職員の研修受入れも行っている。		
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	入所前に来所してもらい、事業所での生活について説明し、心配ごとの解消や、要望への対応について話しをしている。自宅等、本人の生活の場を訪問し、その人らしい生活の継続のための情報収集を行って、関係づくりの入り口としている。		
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	事業所見学、入所相談、契約時に家族の不安や要望をしっかり聞き取り、いつでも相談に応じることを説明し、一緒に取り組む姿勢を示し、職員が担うこと、家族に協力をお願いしたいことを具体的に伝えている。		
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	情報収集と多角的なアセスメントを行い、必要性を見極めて、優先度に応じて他のサービス利用についても説明を行っている。		
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	入所前の生活や人生が継続できるよう、その人らしさを活かした支援を心がけている。家事や馴染みのことを一緒に行い、役割りを持って生活ができるように関わっている。参加してもらったときなどには、必ず感謝の言葉を伝えている。		

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	家族は本人を支える人的環境要因として大切な存在であることを念頭に、職員とのより良い関係が構築できるよう支える姿勢を示している。面会に来やすい、ゆったりとした場づくりを行い。面会時には必ず声をかけ、利用者の近況を伝え、遠方の家族には、こまめに電話やお手紙、メールで様子を伝えている。		
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	長年通ってきた美容院やお店への外出や、地区の敬老会への参加、自宅周辺へのドライブなどを行っている。友人の面会時にはお茶を出して、ゆったりと過ごしていただける場の設定をし、本人のもてなしたい気持ちに沿うようにしている。	入所時のアセスメントで利用者、家族から十分話しを聞いて個々の馴染みの関係を把握し、その継続支援を行っている。出身地の敬老会への参加を家族に依頼し、事業所での車での外出の際にも、自宅付近に立ち寄ったりするほか、友人、知人の訪問には、その都度記念写真も撮って、歓待している。	
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	レクリエーションや外出は、全員又はグループ分けして行う等の工夫で、利用者間の関係調整を図っている。他の利用者の居室を訪ねたり、利用者同士で過ごしているときには、見守りにより、利用者同士の時間を尊重している。		
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、いつでも相談に応じることを家族に伝えている。退所後の担当事業所や病院と連絡を取り、その後の経過も把握している。		
Ⅲ．その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	**○思いや意向の把握** 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	家族や入所前のサービス担当者からの情報取集により、本人の求める状況、安心できる環境に近づけるようにしている。本人の生活暦や生活習慣、こだわりを知り、ケアに活かせるようセンター方式で情報収集し、スタッフ全員で共有している。	利用者の思いや意向はセンター方式の様式を用いて把握した内容を記載し、その後の日々の生活のやり取りでの新たな気づきや、思いや意向の変化の内容についても、追記する形で更新されている。意思疎通が困難な場合には、支援を試行錯誤をする中で、本人の思いに沿えるように努めている。	
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	しっかりと聞き取りを行い、身体的、精神的、社会的な情報を収集して、多角的に把握している。親族や知人の面会時にも聞き取りを行い、幻覚や逆行した記憶の中の出来事や、人物と照らし合わせて、対応時の参考としている。		

自己評価	外部評価	項　目	自己評価 実践状況	外部評価 実践状況	外部評価 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	利用者一人ひとりの1日の過ごし方や能力を把握し、支援方法の検討を行っている。ケアチェック表や状態記録表を情報共有して、ケアに活かしている		
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	本人、家族の意向、医師、歯科医師、看護師、栄養士の専門的な意見、指導、介護職員の意見やアイディア等を取り入れ、その人らしさを加味したプラン作成を心がけている。各受け持ち職員が利用者の状態評価表を毎月ケアマネージャーに提出し、ホーム会で個別のケアについて情報共有している。	管理者、職員、ケアマネージャーでの担当者会議を経て、ケアマネージャーが介護計画を策定しているが、担当者会議には必ず家族が出席し、意見を聞き、確認してもらっている。日ごろのモニタリングは利用者毎の担当職員が行い、3ヶ月毎と利用者の状態に変化があった際に見直しを行っている。	
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	介護記録はケアプランに沿った記載を心がけ、受け持ち介護職員は毎月状態評価表を作成して、ケアマネージャーと共に評価、モニタリングを行っている。日々のケアプラン実施状況は、その日の担当者がチェック表に記載している。		
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、その時々に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	受診支援や買い物、地域のイベントへの参加、外食、食事の希望等に柔軟に対応している。県外在住の家族に代わって、必要品の購入や専門医の受診などのサポートを行っている。		
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	近隣住民が季節の野菜を持ち寄ってくれたり、退職した職員からの使い捨て布や新聞ごみ袋の寄付や、防災活動をしている住民から避難時の協力者として申し出があったり、散歩途中の親子が立ち寄って遊んで帰るなど、世代間交流も自然と出来るようになった。		
30	(11)	**○かかりつけ医の受診支援** 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、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	協力医による月2回訪問診療で疾病管理を行っており、情報交換もできている。他のかかりつけ医や専門医への継続受診の支援として、情報提供を行っている。また、インフルエンザや肺炎球菌ワクチンの予防接種、健康診断も支援している。	利用者、家族の希望で全員が協力医の母体法人病院をかかりつけ医として月2回の往診を受け、受診結果は面会時等に家族に伝えている。外来受診は家族同行だが、可能な限り職員も同行して、医療機関への情報提供をするようにしている。	

自己評価	外部評価	項　目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	看護師が配置され、24時間対応を行っている。主治医との連携や、日常の健康管理や処置が可能となった。病状や処方薬に関して観察ポイントや対応についての情報共有を行い、家族とも迅速に連絡を行っている。		
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	入院前の状態の情報提供がスムーズに出来るように、持参書類一式を個別にファイルしている。家族や医療関係者と連絡をとり、経過を把握して退院時期の調整や、必要な環境整備などを行い、早めの退院調整を心がけている。		
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	入所時に終末期対応の意向を聞き、事業所対応方針について説明している。重度化した場合は、その都度確認を行っている。医療法人の運営となり、看護師常駐となったことから、看取り対応の体制強化が図られた。看取りに関する職員研修も実施している。	看取りには前向きで、職員は研修を受講し、入所時に看取り介護に関する指針を利用者、家族に説明して、希望がある場合には看取りを行うこととしている。看取り実績はまだない。	
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	普通救急救命講習は、全職員が受講している。AED、吸引器を設置し、急変時対応マニュアルを作成して、内部研修の実施している。個別の病状説明、急変時の対応について、明確にしている。		
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、地震、水害訓練を実施し、消防署職員、防災責任者も参加して通報、避難誘導、消火訓練を行っている。地域自主防災会の避難訓練や研修、地域散策会にも参加し、危険区域を共有している。台風接近や豪雨が予測される際には、災害対策委員会で連絡体制などを確認している。	消防署立会での火災訓練を年2回、地震避難訓練を年2回、水害避難訓練は年1回実施している。地域の自主防災組織の訓練に参加し、災害サポーターの住民の協力が得られることになっている等、地域との連携はあるが、訓練への地域住民参加がない。非常用の備蓄は1週間分がある。	災害時の利用者の避難、特に夜間の避難では事業所職員だけでの対応は困難で、近隣住民の協力が不可欠となることから、地域住民に事業所災害訓練への参加を求め、災害時の利用者避難を万全とすることを期待する。
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	個人の尊厳に配慮した言動と、ケア実施時のプライバシー配慮をケア手順に明記し、実践している。職員の声かけ等で不適切な場面があれば、対応方法について全員で話し合いを行っている。	トイレ誘導時のさり気ない声かけや、排泄の有無を周りに聞こえる形で伝えることはしないことに特に留意している。不適切な対応が見られた際には、管理者が個別に注意するとともに、職員全員で正しい対応を話し合って、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
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	日常の対話や生活の中で、本人の思いに沿いながら、自己決定ができるように関わっている。関わりの中から本人の希望や思いを感じ取り、実現に向けて職員間でも共有して、ケアプランに加味している。		
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	基本的な一日の流れはあるが、本人のペースや、その日の状況や天候等で柔軟に対応し、その人らしく過ごせるようにしている。利用者は高齢であるため、休息と活動のバランスを考慮している。		
39		**○身だしなみやおしゃれの支援** その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	本人希望のおしゃれが楽しめるようにしている。白髪が多くなると気になる利用者には、事業所で毛染めをしたりして、本人の美意識に沿った関り方をしている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	調理やテーブル拭きなど、個々の能力に応じた役割りを持ってもらっている。好みの料理や季節の食材を取り入れ、バイキング形式にしたり、器の工夫をして楽しんでいる。音楽を流し、職員も一緒に会話を楽しみながら食べている。	委託業者の栄養士がメニューをつくり、食材も業者から納入を受けているが、利用者の希望や近隣からの野菜のおすそ分けがあった場合には、変更して調理している。利用者もできることを手伝い、職員は利用者の嚥下状況等を見つつ、一緒に楽しく食事している。	
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	栄養バランスの取れた食材を取り寄せている。水分や食事の摂取量は記録して個別にチェックし、摂取量が少ない場合は他のもので補給できるように工夫している。母体運営法人管理栄養士の協力で、適宜利用者の栄養状態を評価している。		
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	在宅支援歯科診療所の歯科医、歯科衛生士と連携して義歯の調整や口腔ケアを行い、食支援につなげている。毎食前に口腔体操、唾液腺マッサージを行って機能維持に努めて、食後は口腔ケアを実施している。		
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	排泄間隔を見ながら声かけを行い、本人のタイミングを重視している。日中、夜間など必要度に応じてパットやおむつの選択をし、下着を汚したことへの恥ずかしさや、パットを使用することへの抵抗感など、本人の気持ちに寄り添った対応を心がけている。	利用者一人ひとりの排泄記録により、個々の排泄状況は把握しているが、時間毎にではなく、食事の後や利用者のそわそわする素振り等、タイミングを見てトイレ誘導している。布パンツが2名、その他は紙パンツ使用だが、入所後に紙パンツから布パンツに移行できた利用者もいる。	

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	起床時に好みの飲み物を摂り、消化器系を刺激し、食後ゆったりとトイレができるように配慮している。芋や栗など食物繊維の多いものを取り入れたり、毎日乳酸菌飲料を摂取し、一日1500mlを目標にしている。散歩、腹部マッサージも実施している。		
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	本人の希望や状況などに柔軟に対応している。一人ひとりゆっくり湯船に浸かれるよう湯を入れ替え、浴室の掃除をして、希望の入浴回数や、清拭、足浴に対応している。入浴に気が進まない様子がある場合は、「体重を測りましょう」等の声かけをして、入浴につなげている。	本人の希望する日時に入浴支援をしており、毎日の入浴も可能だが、平均週3回程度の入浴となっている。入浴拒否の利用者についても、時間をずらしたり、声かけの工夫をすることによって、入浴に結びつけている。	
46		**○安眠や休息の支援** 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	日中活動により適度な安眠ができるよう、散歩やレクリエーションで活動と休息がバランス良くとれるように心がけている。起床、就寝時間は本人のタイミングを重視している。夕方からは、自律神経を安定させる音楽を流し、就寝援助を行っている。		
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	薬剤情報は個別の薬箱にセットし、職員が把握できるようにしている。服薬変更は連絡ノート、個別記録に記載し、効能、副作用、用法、用量を職員に周知し、変化があれば管理者に連絡をして対応している。 調剤薬局の薬剤師とも、服用状況を共有している。		
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	情報収集の際に生活暦や嗜好、趣味などを把握し、入所後の生活にどう組み込むかを検討して、ケアプランを作成している。入所後は様子、反応をみながら、内容や方法、参加回数を調整し、レクリエーションに消極的な利用者には、興味のある内容を加えて参加意欲を高めている。		
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	ドライブや散歩、戸外でのお茶の時間を持ち、日光にあたり、外気を吸い皮膚や呼吸器を丈夫にして、免疫力を高めることを意識している。週2～3回程度の散歩、月2回程度のドライブで馴染みの場所に出かけたり、家族との時間も尊重し、希望に沿って外出できるように配慮している。	気候の良い季節、天気の良い日は全員事業所周辺を散歩し、外気浴と気分転換を重視している。季節毎の花見に全員で出かけるほか、月数回おやつの材料調達に出かける際には、数人に分けて利用者も一緒に外出し、買物等を楽しんでもらっている。	

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	小額の小遣いを事業所で預かっており、買い物で外出した際には、自分で選び、買い物が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	いつでも電話をかけることができるよう対応している。友人や家族からの電話も気楽にかけてもらえるよう、入所時に説明している。子機を使い、自室等でゆっくりプライバシーを守りながら話せる環境設定をしている。		
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	吹き抜けの明るく開放感のある食堂リビングでは、ゆったりと過ごせるようソファーを配置している。季節の花や植物を飾り、無機質な空間にならないよう配慮している。温度、湿度に気を配り、快適な環境になるよう、季節感のある飾り付けを行っている。	吹き抜けの天井から明るい陽射しが差し込むリビングは明るく、テレビの前には、ホットカーペットの上に日曜大工の手作りのこたつがあって、温もりの工夫がされている。また、クリスマスの飾り付けや、壁に貼られた事業行事での利用者の笑顔の写真が和やかな雰囲気を醸し出している。	
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	ソファーやテーブル席などを利用した、一人や気の合う利用者同士、面会の家族や友人とゆっくり過ごせる場の設定に配慮している。		
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	使い慣れた馴染みのものを配置したり、家族の写真などを飾って馴染みの環境がつくれるよう、家族と相談しながら工夫している。配偶者の位牌にお供えしたり、お大師様にお供えしたい等の希望にも対応している。	多くの家具は置かず、シンプルな居室が多いが、家族の写真が貼られたり、写真付きの誕生日の職員からのお祝いの寄せ書きが飾られたりと、各々居心地のよい居室づくりがされている。	
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	案内板を活用し、トイレや居室が認識しやすいようにしている。廊下やトイレ、脱衣所、浴室に手すりを設置して、自立支援につなげている。ベットの高さ、家具の配置、靴やポータブルトイレを置く位置などは写真や図で示して統一できるようにし、利用者目線で安全性のチェックを行っている。		

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 ↓該当するものに〇印	
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）	〇	1. ほぼ全ての利用者の
			2. 利用者の2/3くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
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）	〇	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
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
		〇	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
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）	〇	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
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
		〇	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）	〇	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
62	利用者は、その時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）	〇	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

	項　目	取り組みの成果 ↓該当するものに〇印	
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）	〇	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
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
		〇	2. 数日に1回程度
			3. たまに
			4. ほとんどない
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）	〇	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
66	職員は、活き活きと働けている （参考項目：11,12）	〇	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
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
		〇	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	〇	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