

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 | 3992600084 | | |
| 法人名 | 社会福祉法人 大月町社会福祉協議会 | | |
| 事業所名 | グループホーム のんびり館 | | |
| 所在地 | 高知県幡多郡大月町春遠624 | | |
| 自己評価作成日 | 平成25年6月6日 | 評価結果 市町村受理日 | 平成25年9月3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)】

ホームは野山に囲まれた静かな環境の中で、なじみの人々と一緒に毎日入居者が笑い楽しくのんびりとした生活ができる「家」であることを目指し、日々の支援に取り組んでいる。掃除や洗濯などの家事はできることはしてもらい、毎日役割をつくるとともに運動不足にならないよう散歩や体操・歩行運動で筋力低下予防にも努めている。閉じこもり防止に週3回外出し、なじみの地区への外出や買い物、ふるさと訪問など行い、本人の楽しみを見つけるようにしている。

※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.kajokensaku.jp/39/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&JgvosyoCd=3992600084-00&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7月12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、旧小学校を改装した木造平屋建てで、近くに郵便局や地区集会所があり地域の中心に位置している。広い敷地には、ボランティアの協力で季節の野菜が植えられ、世話をしながら、事業所の理念である「自分らしく暮らせる環境」づくりを目指している。利用者の表情は明るく会話も弾み、職員は家族的な雰囲気を心がけ日々の暮らしを支援している。家族の要望でもある利用者の運動能力の維持に努め、長い廊下を活用した1日2回の歩行運動や、週3回のドライブで出身地区を訪問するなどの外出支援を行っている。また、毎月開催される地域ケア会議に出席し、保健、医療、福祉の関係者ととも地域により良いケアを目指した話し合いを行い、在宅から継続した利用者本位の支援に取り組んでいる。事業所の代表者や管理者と職員の意思疎通も良く、働きやすい職場環境のもとでほとんどの職員が開設当初からの職員であり、研修計画に沿った研修による職員の資質向上と理念の実践に取り組んでいる。

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 | 職員が見やすいところに理念を掲示するとともに、毎日のミーティングで勤務職員全員で復唱し実践できるよう心掛けている。また、月1回のカンファレンスでは理念にある自立支援や本人の好みに沿った援助ができていのかを話し合っている。 | スタッフ会や毎日のミーティングで、「その人らしく暮らす」という理念の共有を図っている。個人を尊重した言葉かけを心がけ、家事もできることは一緒にするなど理念の実践に取り組んでいる。しかし、ミーティングの情報を共有するための記録が十分ではない。 | 理念の実践に向けて話し合っている内容を、全職員が更に共有できるように記録の仕組みづくりを期待したい。 |
| 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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している | 同一敷地内に集会所があり祭りや行事に参加している。地域の方に散歩途中で会話したり、庭の畑の野菜作りの助言や手伝いなどしてもらっている。また、地元で採れた野菜や古新聞の提供があるなど頂き物も多い。 | 自治会に加入し、地区の秋祭りに参加し、事業所の夏祭りには地域の方の参加がある。シルバーボランティアや婦人会からの毎月の訪問、年1回の小、中、高校生のワークキャンプの受入れなど、地域との交流を大切にしている。 | |
| 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 | 町内の小中高校生の介護体験学習の場としてシルバーボランティア、民生委員の方々と一緒に過ごす中で認知症に関する理解を得るようにしている。また、運営推進会議内でも委員を通して地区の方に理解を求めている。 | | |
| 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 | ホームの報告から家族や委員の意見を取り入れサービス向上に努めている。(例えば担当職員がわかりにくいという意見から部屋持ち職員の写真を居室前に貼る・運営推進会議を忘れやすいという意見から面会時にご案内の声掛けをする等) | 運営推進会議はメンバーで会議の勉強をしたり、協議が双方向的に行われ、意見が運営に反映されている。外部評価結果、目標達成計画も会議で報告し、改善に取り組んでいるが、目標達成計画の項目が評価結果から見えて少なく、参加メンバーからの意見がない。 | 運営推進会議においては評価結果から考えられる目標達成計画の内容をすべて提示し、メンバーの意見が得られる工夫を期待したい。 |
| 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 | 地域包括支援センター主催の地域ケア会議に出席し医療との連携について質問したり、普段から記録の方法や無断離所に対する対策など相談できる関係が築けている。 | 保健、医療、福祉の関係者による毎月の地域ケア会議に参加し、町担当者等と個別ケースや課題について相談し、助言を得るなど、関係作りができています。 | |
| 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 | 身体拘束による身体的・精神的・社会的弊害についての理解を求め利用者が負担を感じることなく穏やかに過ごせるように取り組んでいる。また、外出傾向にある利用者に対しては一緒に外出したり用事を頼んだり対策を立てている。 | 毎年、事業所で身体拘束に関する研修会を実施し、職員の理解力をつけている。外出傾向のある利用者があれば、見守りや一緒に散歩するなど拘束のないケアを行い、言葉による拘束も職員同士で気をつけあっている。身体拘束の弊害やリスクに関して、家族とも話し合い地域における見守りの協力も得られている。 | |

| 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 | 勉強会で虐待に関する理解を再確認し、日頃のケアで相互に注意しあっている。 | | |
| 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 | 日常生活支援事業や成年後見制度についてパンフレットで勉強している。今後も年1回は勉強していく。 | | |
| 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 | 契約時は時間を十分にとり説明し納得していただいている。制度改定時には運営推進会議やお手紙で説明し理解を得ている。 | | |
| 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 | 家族の面会時や遠方の家族に請求書を送付する際に気になることがあれば意見を出してもらおうよう伝えている。運営推進会議で出た質問や意見は会議録で出席していない家族にも伝えている。 | 運営推進会議終了後に家族だけの話し合いの時間を設けている。また、面会やアセスメント時に家族から意見を聞き、県外在住の家族には電話で聞いている。利用者の思いは日常的に把握に努めている。出された意見には、その都度ミーティングを実施し、対応を検討しているが、経過や結果を伝える仕組みができていない。 | 家族同士の話し合いから意見要望が出されるよう工夫し、運営に反映することを期待したい。また、出された意見に対する改善の経過や結果を記録し、家族へ伝達する仕組みを期待したい。 |
| 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 | 管理者は毎日のミーティングや月1回の職員会議で職員の意見を聞いている。月2回主任会があり代表者と管理者が意見交換できる場がある。また代表者も時々施設訪問し職員に意見を聞いたりアンケートを取るなど意思疎通を図っている。 | 毎月開催しているスタッフ会のほか日常業務のなかで職員の意見を聞いている。利用者の受け入れに関することや勤務体制、備品の購入などに職員の意見が反映されている。 | |
| 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 | 法人代表者は職員にアンケートを取り働きやすい環境づくりに努めている。 | | |

| 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 |
| 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 | ホーム内研修を行うとともに法人内外の必要な研修会には積極的に参加するよう努めている。 | | |
| 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 | 同一法人内の職員間で交流したり、法人内外の研修会に参加している。法人外の事業所とも情報交換等を通じてサービス向上に努めている。 | | |
| 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 | 入居時に本人から不安や要望などについて聞き取り、安心してサービスが受けられるよう信頼関係を築いている。 | | |
| 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 | 契約時に不安や要望がないかを聞き、面会時には声をかけ、相談しやすいように配慮している。 | | |
| 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 | 相談時に必要な介護内容を検討したり、本人の状況に応じて他の必要なサービスについて情報提供している。 | | |
| 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 | 一緒に掃除や洗濯などの家事をしたり、食べたいものなどを聞いて献立に入れたり、行きたいところを聞いてドライブに出かけている。 | | |

| 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 |
| 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 | 面会時や電話・手紙などで本人の状況を伝え、必要に応じて本人と電話で話をしてもらったり、面会に来てもらうなどともに支えあっていく関係づくりに努めている。 | | |
| 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 | 本人の住んでいた地区にでかけ顔見知りの人に会ったり商店や美容院の方とのつながりを続けたり、本人が電話したいときにはかけてもらうなど関係維持に努めている。 | 週3回のドライブで利用者の出身地区を訪問したり、家族に会いに行くなど、関係継続の支援に努めている。また、併設している有料老人ホームの友人との交流や、福祉大会等イベント参加時の知人との交流など、様々な機会を捉えて関係が途切れないように支援している。 | |
| 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 | 仲の良い利用者、口論になりやすい利用者などの関係を把握したり、食卓や居間で座る場所に工夫をしたり、職員が会話に入りお互いに話が通じるようにしている。時には職員が間に入ってトラブルにならないよう心がけている。 | | |
| 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 | 病院へ入院された方には面会し家族と今後の方向性を相談したり、家族に特別養護老人ホームの申請手続きの手伝いをしたりしている。 | | |
| 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 | 定期的にあセスメントを行い、本人の希望や意向を聞いている。本人が会話が難しい場合家族に相談し本人が望む方法を検討している。 | 定期的なアセスメントや生活歴から、利用者の思いや意向の把握に努めている。本の好きな利用者と一緒に公民館へ本を借りに行くなど、その人らしい暮らしを支援している。意思疎通の困難な利用者には、家族やケアマネジャーから情報を得ている。しかし、利用者の思いに関する記録が少ない。 | 日常の関わりの中で気付いた利用者の思いや意向を些細なことでも記録に残し、職員間で共有して更にその人らしい暮らしの実現に結びつけることを期待したい。 |
| 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 | 本人との会話や家族から生活歴や暮らし方などの情報を把握している。 | | |

| 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 |
| 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 | 日々のかかわりの中で心身の状況を把握し毎日の記録やミーティングで職員同士共有している。 | | |
| 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 | 本人や家族の意向を聞きだし、できるだけ多くの職員が参加できる時間帯を選んで介護計画を立てている。見直しの時期でなくても本人の状況等に応じて随時計画を見直している。 | 日頃のケアを通じて利用者の意向を把握し、家族には面会時や電話、手紙で意向を確認している。毎月モニタリングを実施し、3カ月毎にカンファレンスを行って計画を見直している。状態に変化があった時は、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 | 日々の暮らしぶりや介護計画に沿った実践内容を記録し、毎月モニタリングをして情報を共有し介護計画の見直しに活かしている。 | | |
| 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 | 家族が面会に来れない事情がある場合は故郷訪問をして家族に会いに行ったり、町外受診が家族で出来ない場合対応している。家族が遠方で宿泊先がない場合は本人と一緒にホームで宿泊できるようにしている。 | | |
| 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 | 民生委員やシルバーボランティアとの連携や消防署の協力による防災訓練、郵便局員との見守りなどいんな人々に支援されている。また地区長さんにホームのことを地区住民に理解してもらうようにしてもらっている。 | | |
| 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 | 町内の主治医との関係を継続してもらい、月1回の訪問診療以外にも体調面で不安があれば電話相談や必要時受診介助している。 | 利用者、家族の希望のかかりつけ医への受診を支援している。ほとんどの利用者が協力病院をかかりつけ医とし、往診が月1回行われている。町外の医療機関への受診は家族対応を基本とし、できない場合は職員が対応している。受診結果は、業務日誌で共有し、家族には状態に変化があった時に電話連絡している。 | |

| 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 | ホーム内には看護師がいないため必要などときには同法人の看護師に相談したりかかりつけ病院の看護師又は医師に連絡し必要時受診介助している。 | | |
| 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。 | 入退院時には必要な情報をやり取りしている。また、入院中にも退院に向けて病院関係者と連絡とっている。 | | |
| 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 | ホーム内に看護師や設備がそろっていないので終末医療に関してはできることが限られていることを入所時から説明している。かかりつけ医もその点を理解してもらい重度化した場合連絡を取り合うようにしている。 | 利用者が事業所で重度化した場合に、協力病院として可能な対応を地域ケア会議において確認し、次回の運営推進会議で事業所ができるケアをメンバーに説明、理解を得るようにしている。意思確認書も作成予定である。 | 予定している意思確認書や指針を作成し、入居時から、重度化した時の対応の説明や利用者、家族の意向把握に努め、安心して終末期を迎えられる体制づくりを期待したい。 |
| 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 | 法人内で年1回消防署協力による救急救命の勉強会を行い、参加できない職員には伝達講習している。またAED設置しており職員に使い方の勉強会もしている。 | | |
| 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 | 火災訓練年2回、水害・地震対策の避難訓練を年1回実施している。職員一人体制時は近所の方にも応援を協力依頼している。火災時はボタン一つで消防署へ通報できるとともに地元の消防団に連絡がいくよう協力体制がとれている。災害用に非常食・飲料水を常備している。 | 区長や民生委員の参加を得て、避難訓練を年3回定期的に実施している。消火器の点検も年1回実施し、災害に備えた飲料水の準備はできているが量が少ない。また、玄関以外の、建物の端に位置する避難路の段差が大きい。 | 県の地震防災対策マニュアルを参考にした飲料水の量の確保と、玄関のほかにも容易に避難できる経路の検討を期待したい。 |
| 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 | 一人一人の生活歴を把握しその人が大事にしていることに注意をしながら人格や尊厳が守られているような声かけを心掛けている。 | トイレ誘導時は、他の利用者にはわからないよう声かけし利用者の心を傷つけないように配慮している。生活歴などからその人らしさを把握し、人生の先輩として尊厳を損ねない言葉かけや対応を心がけている。 | |

| 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 |
| 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 | 食事や着替え、風呂の温度など本人の好みを聞きそのようにしてもらったり散歩や屋外レクなど行きたい場所も選んでもらったりしている。 | | |
| 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 | 食事の好みや入浴時間、起床・就寝時間もできるだけ本人のペースに合わせている。 | | |
| 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 | 更衣は本人の好みを聞いたり、洗顔後は化粧水をつけたりしている。またパーマをかけたい人には美容院を予約したり、毛染めの援助をしている。 | | |
| 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 | 簡単な下ごしらえや盛り付け、食器洗い、テーブル拭きなどその人のレベルに合わせて準備・後始末をお願いし、できない人については食事中そばで声かけし楽しく食事がとれるようにしている。 | 利用者の好みを把握して、栄養士である職員が献立を担当している。苦手な食事の場合は別メニューで個々に対応している。利用者は、下ごしらえ、台拭き、後片付けなど、できることを一緒にしている。日勤の職員が、利用者と同じ物と一緒に食事をしている。 | |
| 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 | 栄養士職員による献立。毎日水分食事摂取量を把握し食事量が少ない人については好みのもの別に出している。水分摂取量が少ない人については定時以外に声掛けや必要時介助している。 | | |
| 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 | 毎食後声掛けし能力に応じた介助により口腔ケアができています。入れ歯が合わなくなれば歯科受診し食べやすいようにしている。入れ歯の人が多いため週3回ポリドントを使用している。 | | |
| 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 | その人に合わせた排泄時間誘導で紙おむつ使用回数を減らせるように心がけている。 | 排泄チェック表などで排泄パターンを把握し、トイレでの排泄を支援している。現在、紙パンツの利用者は2名で、それ以外の利用者は、布パンツと尿パッドを使用している。トイレ誘導により、入居時のおむつから、昼間は布パンツと尿パッドになった利用者もいる。 | |

| 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 | おやつに週4回ヨーグルトを提供し水分摂取が少ない人には特に声掛けし飲んでいただくようにしている。毎日体を動かす機会を持ち体操と・歩行運動を日に2回とるようにしている。 | | |
| 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 | 毎日入浴実施しており本人に入る時間帯や湯温など好みに合わせている。 | 入浴時間は、基本的に10:30～16:00とし利用者の希望の時間により毎日、或いは2日に1回は入浴できるように支援している。現在、入浴を拒否する利用者はいないが、いれば時間をずらすなど、対応方法を工夫して支援することになっている。 | |
| 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 | 日中でも居室で休みたい人は居室へ誘導、居間でも毛布や枕を置き誰でもごろごろできるようにしている。夜間は本人の好みの明るさにし不眠の方には話し相手になったり水分提供し落ち着いて眠れるよう援助している。 | | |
| 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 | 薬局から届く薬の説明書に目を通し薬の変更追加は業務日誌に記録し全員が把握するよう心掛けている。投薬も本人に手渡す前に確認し、本人が服用したかどうかも確かめている。 | | |
| 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 | 毎日の役割(仕事)をしてもらったり、散歩で花や田んぼを見て季節を感じてもらっている。週3回は屋外レクを実施し町内をドライブしたり買い物に出かけている。おやつも日に2回あり食べることと会話を楽しんでもらっている。 | | |
| 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 | 週3回は屋外レクの時間をとり少人数で外出支援を行い町内で行きたい場所の希望を聞いて出ていくようにしている。自宅に帰りたい人については家族に相談し協力してもらっている。 | 気候のいい時期は毎日近所へ散歩したり、週3回馴染みの場所や買物に出かけるなどの支援をしている。歩行困難な利用者も月1回は、自宅訪問などドライブによる外出を支援している。 | |

| 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 |
| 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 | 手持ちにお金を持ちたい方は少額なら居室に所持している。何かほしいものがあれば希望により買って来たり屋外レクの日であれば一緒に買い物に出かけている。 | | |
| 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 | 本人がかきたい時、不安が強い時は時間帯が常識範囲ならかけてもらっている。また贈り物や年賀状など頂いたところには本人にお礼の電話や年賀状を書いてもらっている。 | | |
| 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 | 食堂・居間には温湿度計を置き空調チェックし、乾燥時期には加湿器をつけるようにしている。玄関や居間には季節の花を生けるようにしている。 | 所々にソファが配置され、利用者が思い思いにくつろげるようになっている。玄関や洗面台など随所に、季節の花が活けられている。また、貼り絵や折り紙で作られた季節の花が壁面を飾り、居心地良く過ごせるように工夫している。 | |
| 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 | 居間のソファ以外にも玄関や勝手口に椅子を置き思い思いの場所で気の合う利用者通して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 | できるだけ使い慣れたものを持ってきてもらうよう入居時にお願いしている。家族の写真を飾ったり、位牌をもってきておまつりしたり、CDコンポで音楽を聴いたり、花を活けたりと好みのものを置いてもらっている。 | 居室は日差しが良く、家族が面会時に持参した花の鉢や、位牌、家族写真が飾られ居心地良く過ごせるように工夫されている。しかし、なかには備え付けのダンスとベッドだけの居室もある。 | 殺風景な居室は、利用者が写真や自分の作品を取り除いてしまうためもあるが、生活歴等を参考に家族と相談しながら、馴染みの物、好みの物で利用者に応じた居心地のいい居室になるよう工夫を期待したい。 |
| 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 | 室内はバリアフリーなので他の居室に入る以外は自由に行き来してもらっている。玄関はスロープがあるので出入は見守りしている。日常生活についても声掛けしできることは自分でしてもらっている。 | | |

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○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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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. 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、生き活きと働いている (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 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 | | | | |