

### 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	3170201093		
法人名	社会福祉法人 こうほうえん		
事業所名	グループホームなるみ(ぼかぼか)		
所在地	鳥取県米子市奥谷字中沢1182-1		
自己評価作成日	平成27年11月30日	評価結果市町村受理日	平成28年3月2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	<a href="http://www.kai gokensaku.jp/31/index.php">http://www.kai gokensaku.jp/31/index.php</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	特定非営利活動法人福祉経営ネットワーク
所在地	東京都千代田区九段南3丁目4番5号 番町ビル7A
訪問調査日	平成28年1月11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)】**

奥谷の自治会に入会している。自治会長と連携をし総会にて施設説明したことで、グループホームを広める事が出来た。利用者、職員は自治会員として運動会、レクリエーションに参加したり、子ども会との繋がりも出来つつある。苑庭の除草作業も定期的になった。防災訓練にも参加をしてもらっている。二つの保育園との交流も定期的の実施できるようになり、さくら保育園には何時でも行けるようになった。また、定期的にボランティアの訪問があるようになった。入居希望は法人のグループホーム内でも一番多い。現在近隣からの入居者も12/27人である。玄関には毎日花を生けるようにしており、ご家族から、いつも楽しみに拝見していると言ってもらった。感染症について勉強会の実施、ノロ対応のデモストを実施し周知を深め、手洗いチェッカーを活用し手洗いの徹底に努めている。

**【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)】**

ホーム内の環境整備に努め、日々の清潔維持が図れている。また、自治会への加入や子ども会とのつながり、毎月刊行している「なるみ通信」の地域配布等を通して地域との関わりが深まってきている。防災については地域と応援協定の締結までには至っていないものの、ホームでの防災訓練に地域の民生委員の協力を得て行う取り組みも図られている。入居者や家族の多くは最期までホームで生活することを望んでおり、今年度も看取り介護を2名実施している。実施後にはカンファレンスを開催して振り返りを行い、今後の改善点等について話し合うとも入居者にとって安心・安楽な支援ができるように努めている。

**V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します**

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. 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、生き活きと働けている (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				

## 自己評価および外部評価結果

自己	外部	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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	法人の理念を基に、毎年スローガンを掲げ実践に繋げている。「互恵互助」を各ユニットで唱和を行い、自分になりたい姿、やってみようの精神を高めている。	各ユニットで引き継ぎの際に法人で作成された「互恵互助」の唱和を行い、支援姿勢の共有化と維持に努めている。今年度はインターライの定着や残尿測定器の活用、コミュニケーション技術の習得等を目指している。	
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	自治会の総会に出席後、地域活動(掃除、公民館行事、地域ボランティア、敬老会)に積極的に参加でき、地域の方々と、交流を図っている。また、毎月「なるみ通信」も発行している。	自治会への加入や自治会長との協力関係も継続してさまざまな地域活動に職員や入居者が参加する機会も多い。ホームの広報誌を毎月地域関係者に配布し、タイムリーな様子を継続して伝えている。	
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	なるみ通信に行事ばかりではなく、認知症の人への理解や支援方法なども掲載し地域へ発信をしている。		
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	2ヶ月に1回運営推進会議を開き、活動状況などを報告している。委員の方や市からの情報提供や意見や助言を頂き情報公開の場になっている。その意見を活かして、サービスの向上に努めている。また、会議には職員も参加している	毎回の運営推進会議は約1時間をかけてホームの近況報告や具体的な協議事項の検討がなされている。時折、現場の職員を出席させることもある。	運営推進会議に家族の出席が難しいケースが増えているので、改善策の検討が期待される。
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	運営推進会議以外でも、市町村担当者との連携を密にして、情報交換を行っている。情報を活かしてサービスの質の向上に努めている。市役所とは外部メールや訪問をして連携をとっている。	市の担当者との連絡は随時行われている。なお、今年度はマイナンバー制度の導入や指定更新に向けた調整等の機会に連絡をとりながら手続きがスムーズに行われるよう取り組んでいる。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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	職員間でも身体拘束の対象になる具体的な行為について話をしたり、日頃から身体拘束ゼロのケアに努めている。また、言葉の抑制にも気をつけている。介護基準に沿った研修も実施し、周知出来ている。	各ユニットの玄関は日中鍵をかけないようにしており、ホームの入口の玄関は家族にアンケートをとり安全確保の観点から施錠している。不適切な言葉遣いの実例を休憩室に掲示し、言葉による抑制にも留意している。	
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に注意を払い、防止に努めている	知識の共有に努めるために法人内の研修会に参加している。職員もお互いに意識し、注意しながら防止に努めている。また会議で話題とし検討を行っている。		

自己	外部	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
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	成年後見センター・鳥取支部長より、制度について情報提供をして頂いている。研修会にも参加している。必要が生じた方については、家族や関係者に説明を行っている。但し全職員が説明が出来るとは言えない。包括から説明を受ける予定		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、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	契約書、重要事項説明書をもとに、分かりやすく説明し、同意を得ている。不安な事や疑問については何ようしている。家族等の不安、疑問に対して、内容の追加、改善を行っている。誰でも説明が出来る様に情報共有している。		
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	玄関に意見箱を設置しホームページや重要事項説明書や契約書に苦情受付窓口の紹介。日々利用者やご家族との関係づくりに配慮し、意見や要望が言いやすいように心掛けている。アンケート結果、改善は運営推進会議等で開示している。	法人が毎年実施する家族アンケートの結果に基づき検討した後、改善内容等を文書にまとめて掲示している。家族会や懇談会は特に予定しておらず、行事やケアプラン更新時等の場で意見を把握し改善に役立てている。	
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	毎月リーダー会議、チーム会議を行い職員の意見・提案を聴く機会になっている。個人的には年2回面接の機会があり、目標や相談の機会になっている。また相談や意見も都度聴き改善に繋げている。	リーダー会議やチーム会議、環境委員会等の委員会活動の場面で職員相互に検討がなされている。また、行事の後に反省会を行ったり、日頃から相互に意見交換しながら業務遂行している。	各職員の日頃の気づきを記録・蓄積させていく取り組みが期待される。
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	法人内で表彰制度を設け(皆勤賞含む)、向上心をもって働けるように支援をしている。資格取得時には、手当の支給体制をとってもらっている。法人内には衛生委員会があり職場環境の検討を行っている。		
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	年間研修計画を伝え自主研修の機会を促している。職員個々に学んでほしい内容は積極的に声を掛け、研修に参加できる環境を整えている。研修の情報は掲示をし各自がいつでも回覧出来る様にしている。		
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	法人内外の研修が交流となっている。各自が目標を持って研修に行けるように配慮している。他法人の施設からの研修の受け入れもしている。		

自己	外部	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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入居前にはご本人や家族、ケアマネから状態など聴きアセスメントをとっている。担当職員も入居前から関われる様配慮をしている。また、情報は職員全員が把握また、体験をして頂くことで、スムーズな入居に繋げている。		
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	入居前には家族と必ず面談をし、本人の様子はもちろん、困っておられること、要望を伺い、暫定プランを作成、支援方法の説明をしている。入居時には、担当職員を配置し、戸惑いのないよう配慮している。		
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	申し込みを受けた時や見学された時に、今必要なサービスは何かを見極め、他のサービスへの橋渡しをするなど、対応をしている。また制度についての説明をし、市役所へ繋げたこともある。		
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	職員と一緒にすることで、共に笑い、悩み、考えながら日々暮らしている。自立支援の視点を大切にし利用者のペースに合わせ出来ることを引き出せるように勤めている。		
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	家族が面会に来られた時には、日々の暮らしぶりや様子をお知らせすることで、家族と共に本人を支えていく関係づくりに努めている。また、毎月お便りや写真などを送って状況を伝えている。		
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	今までの行きつけの美容室にいたり、教会・お清めなど馴染みの人や場所の関係が継続している。近所のスーパーへの買い物も一緒にでかけ、店の方にも受け入れてもらっている。また、ご家族と一緒に外食なども実施している。	入居者の自宅の近くに車にでかけることがある他、キーパーソン以外の兄弟等にもホームの近況等の情報を伝えたり手紙を出すことで来訪となるケースもある。	
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	利用者の状況に合わせたテーブル配置にしたり、ソファの活用で、利用者同士の会話ができている。また、職員が間に入ることにより、会話が弾むようように努めている。陰が見えないと心配する光景もみられる。		

自己	外部	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
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	転居されたところへ面会に行ったり、その職員に状況をうかがったりする。また、こちらから声をかけることで、気軽に話して下さるように心掛けている。また、ご家族から状況を連絡して下さるようになった。		
<b>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</b>					
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	一人ひとりの思いを伺って生活支援計画に反映させている。意思の疎通困難な人は、家族から意向を伺ったり、日々の行動、表情から本人の思いに添える様に努めている。意向が変化していることも確認をして情報共有している	入居者への直接的な声かけよりも日頃の支援場面で挙がった声を拾うことを大事にしている。また、新規の場合は家庭訪問をした際やケアマネジャーの情報等から意向を把握している。	
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	ヒストリーシートを使って、生活歴、環境、エピソードなどの把握に努めている。支援方法の参考になっている。		
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	利用者一人ひとりの過ごし方を24時間の個人記録に記録する事で、生活の様子や心身の状況を把握している。また、意欲を引き出す言葉かけをすることで、やる気を生み出している。		
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	利用者、家族からの意向や職員の情報を取り入れ支援計画書を作成している。毎月モニタリングを行い、チーム会議で課題やケア方法を検討し、プランの変更をしている。6ヶ月に1回カンファレンスを家族と一緒にやっている	食事や排泄、身だしなみ、社会性等の各項目について毎月モニタリングを実施して入居者の状態を総合評価している。6カ月に1回の計画の見直し時には家族の意向を直接把握して実施している。	
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	個人記録に生活支援計画に沿って記入することで、モニタリングなどの根拠としている。また、チーム会議で課題やケア方法を検討している。		
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	利用者の状況に合わせて、作業療法士、歯科衛生士、栄養士などと連携をとっている。病院受診時の福祉タクシーの紹介もしている。小さな事も都度ミーティングを行っている。送迎での受診もあり、情報をノートに記載し渡している。		

自己	外部	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
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	生まれ育った地区の公民館行事に参加。地域の顔なじみの美容室を利用して交流が出来る。花回廊、道の駅、焼肉、寿司、喫茶店など、また服を自分で選んで買うなど楽しみを増やしている。		
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	利用者のかかりつけ医の先生が緊急対応が出来る場合は継続をお願いをしている。他の医療機関への受診もご家族または職員が代行で受診が出来る。ノートを活用し従来の医院へ受診が出来る様にもしている。	24時間対応が可能な場合や、通院でも家族の協力が得られる場合にはかかりつけ医を継続する等、利用者や家族の希望を優先している。また、ホームの協力医に移行する場合は情報提供してもらっている。	
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	毎月利用者の状況を文書で報告している。訪問看護師に相談や助言がうけられるようになり、支援に幅がひろがっている。また、早期の対応が出来る様になった。看取り時期にも協力をして貰っている。		
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。	入院先には介護連絡表を提示し、先生や看護師に引き継いでいる。病院に行く事で、看護師、ソーシャルワーカーとの連携をとっている。また、ご家族と一緒にカンファレンスにも参加をする体制をとっている。		
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	家族やかかりつけ医と連携して、利用者、家族の思いに添ったケアができる体制をとっている。また終末期の在り方について話し合い同意書をとっている。今年度は2名の看取りをする事が出来た。看取り後のカンファレンスも実施している。	入居時に同意書を得るしくみを整えており、実際に看取り介護が必要となった場合に再確認も行っている。看取り介護を行った後は、ユニット職員間でカンファレンスを行い対応の振り返りを実施している。	
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	救急救命法の勉強会を計画、また外部研修に参加し、実践力を身につけている。利用者一人ひとりに対し、急変を予測し、対応を職員間で話し合っている。急救マニュアルも確認している。		
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	定期的に訓練を実施。自治会長や地域の方も参加。緊急通報も自動で幸朋苑や施設長に繋がるようになったことで、幸朋苑からの応援もある。自治会の方が災害時の計画が出来ていない為協定とまでいっていないが、連携は取れる。	防災訓練では地元の民生委員の協力も得て実施されている。今後は火災だけでなく、津波や水害対策についても取り組んでいく必要があると認識している。	地域との協力関係は構築されているが、災害時の応援協定の締結については、引き続き検討課題となっている。

自己	外部	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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	「尊厳を奪わないケア17項目」の唱和をしている。言葉づかいについてチーム内で話し合い、尊厳を奪わない言葉かけをすようにしている。出会いの準備・ケアの準備をきちんと出来る様に、周知している。	入居者の尊厳を遵守するため、事務所や各ユニットにケア17項目や言葉の抑制10項目等を掲示し、また、引き継ぎ時に職員が確認したうえで支援に入るように努めている。	
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	利用者へのことば賭けは、自己選択の出来るように話し掛けている。意思表示の困難な方には、表情や仕草から読み取り支援をしている。利用者の思いや希望に耳を傾けて聴いている。		
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	時間を区切った過ごし方はしていない。一人ひとりの体調に配慮しながら、その時の本人の気持ちやペースに合わせた支援をしている。		
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	自分の着たい服を選んでいただいている。ただし本人の選ぶものが季節に合っているものであるように助言をしている。また、在宅の時に利用していた美容室も引き続き利用出来るようにしている。お化粧の出来る環境も作っている。		
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	一緒に食材を切ったり盛り付け、配下膳、食器洗い、お茶の準備などしてもらっているというより、同じ空間で生活をしているような支援をしている。	入居者のADLの低下により、食事の準備等に入居者が関わる機会が減少傾向にあるが、声かけをしてできることを協力してもらっている。献立は入居者の希望を反映したり、ユニットを超えて楽しめる工夫もしている。	
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	献立を管理栄養士に確認をして頂き、バランスに配慮している、また毎月体重の増減をモニタリングに反映している。水分も好みを伺って提供し1日1200cc以上摂取できている。		
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	毎食後口腔ケアを行っている。自ら出来ない方には、必要な物を準備をし食前食後のケアを行っている。また、義歯の不具合などがあった時には、直ぐに、歯科医の受診が出来るように支援をしている。		

自己	外部	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
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	一人ひとりの排泄パターンを把握しながら支援している。個々のその時の状態によって、話し合いをして、快適に過ごして頂けるように努めている。またゆりりんを活用し、膀胱量など測り排泄のタイミングをつかんでいる。	排泄の自立を目指して、残尿測定器を活用して排泄リズムを把握したり、おむつを使用しない介護に取り組むことでトイレで排泄できるように努めている。外部研修を受講して得た知識や技術も排泄支援に反映させている。	
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	繊維食、水分量、乳製品、運動を大切に支援を行っている。また、薬に頼らないよう一人ひとりの状態を観察して、自然排便に繋げる様にしている。		
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	一人ひとりの体調を見ながらまたタイミングに合わせ、入浴ができるように支援している。入浴の無い日は清拭と着替えを行っている。また福祉用具を活用して安全に入浴できるようにしている。時にはゆず湯など季節を取り入れている。	入浴は週2回以上、職員がマンツーマンで支援している。誘導の工夫に加えて、入居者の肌の状態に合わせて、専用の石鹸やリンゴ酢等を活用し、入浴効果を高めるように努めている。	
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	日中に活動することで、夜間十分な睡眠がとれるように配慮している。一人ひとりの生活リズムに合わせて、また体調に合わせて日中も休息してもらっている。居室の温度や加湿にも配慮している。居場所もソファなど活用している		
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	一人ひとりの服用している薬の一覧をボードに明記している。薬の変更は情報共有し、その後の様子観察を行っている。分からない時や粉碎等いつでも気軽に薬剤師に相談が出来ている。		
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	ヒストリーシートを活用し生活歴の把握に努める。利用者それぞれが力を発揮できる仕事をして頂き、常に感謝の気持ちを伝えることで、次に繋げるようにしている。また、自ら進んで手伝って下さる様になって来ている。		
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	外出計画を立て花回廊や大山に出かけている。毎日散歩や買い物は勿論、家族と一緒に食事にてかけたり、教会やお清め、美容室、墓参り、お寺参りなども支援をしている。地域への活動にも参加している。	外出計画はユニット毎に職員が毎月作成しており、観光名所や教会、お寺参り、外食、地域の行事などに出かける機会を用意している。家族の協力も得て一緒に食事に出かける場合もある。	

自己	外部	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	お金を少しでも持っている事が安心に繋がっている方もある。定期的に販売に来るヤクルトより希望の物を買える様に支援している。また、洋服やおやつを買いに一緒に出かけている。		
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	贈り物のお礼に手紙を書いたり、年賀状を書いたり、手紙のやり取りが出来る様支援をしている。また、電話も出来るように支援をしている。		
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	季節に応じた飾り付けや、花をいつも生けている。環境委員を中心に環境整備を行っている。利用者の状態に合わせて介護用品を活用して入浴、排泄の支援をしている。また庭で野菜や花を植えて収穫を楽しみにしている。	環境委員会が年度初めに計画を作成しており、今年度は野菜や花を育てて収穫すること等を目標に取り組んでいる。ユニットでは入居者の作品を掲示したり、日々の清掃を強化すること等で、環境整備が図られている。	
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	共用空間の中には一人ひとりの時間を持つスペースや、ソファ、畳の間もあり、利用者同士で会話をしたり、テレビを観たり、新聞を読んだりできる場所がある。また、廊下にも椅子を設置している。		
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	居室には、使い慣れたものやなじみのものを持って来てもらい自宅と変わらない雰囲気、環境づくりに努めている。またベッドの向きなども自宅同様にしたり、入り口に出やすい導線を確保している。	入居前の家庭訪問等でこれまでの生活空間の確認を行い、入居後も自宅の状態に近いレイアウトになるように工夫している。また、生活の中で動線を確認し、ホームで生活しやすい空間づくりに努めている。	
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	目印を付けることで、場所が分るように配慮している。。歩行器や車椅子でも利用出来るスペースがある。ゆっくりと待つ姿勢を心掛け出来る力を生かすよう努めている。		

### 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	3170201093		
法人名	社会福祉法人 こうほうえん		
事業所名	グループホームなるみ(だんだん)		
所在地	鳥取県米子市奥谷字中沢1182-1		
自己評価作成日	平成27年11月30日	評価結果市町村受理日	平成28年3月2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	<a href="http://www.kai gokensaku.jp/31/index.php">http://www.kai gokensaku.jp/31/index.php</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人福祉経営ネットワーク		
所在地	東京都千代田区九段南3丁目4番5号 番町ビル7A		
訪問調査日	平成28年1月11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)】

奥谷の自治会に入会して。自治会長と連携をし総会にて施設説明したことで、グループホームを広める事が出来た。利用者、職員は自治会員として運動会、レクリエーションに参加したり、子ども会との繋がりも出来つつある。苑庭の除草作業も定期的になった。防災訓練にも参加をしてもらっている。二つの保育園との交流も定期的に行えるようになり、さくら保育園には何時でも行けるようになった。また、定期的にボランティアの訪問があるようになった。入居希望は法人内でも一番多い、また地域からの希望も多い。近隣からの入居者も12/27居る。玄関には毎日花を生けるようにしており、ご家族から、いつも楽しみに拝見していると言ってもらった。感染症について「持ち込まない」「広げない」「持ち帰らない」を意識し、内部研修をしながら周知している。

【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)】

--

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

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. 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、生き活きと働けている (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

自己	外部	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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	法人の理念を基に、毎年スローガンを掲げ実践に繋げている。「互恵互助」を各ユニットで唱和を行い、自分になりたい姿、やってみようの精神を高めている。		
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	自治会の総会に出席後、地域活動(掃除、公民館行事、地域ボランティア、敬老会)に積極的に参加でき、地域の方々と、交流を図っている。また、毎月「なるみ通信」も発行している。		
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	なるみ通信に行事ばかりではなく、認知症の人への理解や支援方法なども掲載し地域へ発信をしている。		
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	2ヶ月に1回運営推進会議を開き、活動状況などを報告している。委員の方や市からの情報提供や意見や助言を頂き情報公開の場になっている。その意見を活かして、サービスの向上に努めている。また、会議には職員も参加している		
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	運営推進会議以外でも、市町村担当者との連携を密にして、情報交換を行っている。情報を活かしてサービスの質の向上に努めている。市役所とは外部メールや訪問をして連携をとっている。		
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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	職員間でも身体拘束の対象になる具体的な行為について話をしたり、日頃から身体拘束ゼロのケアに努めている。また、言葉の抑制にも気をつけている。介護基準に沿った研修も実施し、周知出来ている。		
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に注意を払い、防止に努めている	知識の共有に努めるために法人内の研修会に参加している。職員もお互いに意識し、注意しながら防止に努めている。また会議で話題とし検討を行っている。		

自己	外部	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
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	成年後見センター・鳥取支部長より、制度について情報提供をして頂いている。研修会にも参加している。必要が生じた方については、家族や関係者に説明を行っている。但し全職員が説明が出来るとは言えない。包括から説明を受ける予定		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、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	契約書、重要事項説明書をもとに、分かりやすく説明し、同意を得ている。不安な事や疑問については何うようになっている。家族等の不安、疑問に対して、内容の追加、改善を行っている。誰でも説明が出来る様に情報共有している。		
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	玄関に意見箱を設置しホームページや重要事項説明書や契約書に苦情受付窓口の紹介。日々利用者やご家族との関係づくりに配慮し、意見や要望が言いやすいように心掛けている。アンケート結果、改善は運営推進会議等で開示している。		
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	毎月リーダー会議、チーム会議を行い職員の意見・提案を聴く機会になっている。個人的には年2回面接の機会があり、目標や相談の機会になっている。また相談や意見も都度聴き改善に繋げている。		
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	法人内で表彰制度を設け(皆勤賞含む)、向上心をもって働けるように支援をしている。資格取得時には、手当の支給体制をとってもらっている。法人内には衛生委員会があり職場環境の検討を行っている。		
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	年間研修計画を伝え自主研修の機会を促している。職員個々に学んでほしい内容は積極的に声を掛け、研修に参加できる環境を整えている。研修の情報は掲示をし各自がいつでも回覧出来る様にしている。		
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	法人内外の研修が交流となっている。各自が目標を持って研修に行けるように配慮している。他法人の施設からの研修の受け入れもしている。		

自己	外部	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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入居前にはご本人や家族、ケアマネから状態など聴きアセスメントをとっている。担当職員も入居前から関われる様配慮をしている。また、情報は職員全員が把握また、体験をして頂くことで、スムーズな入居に繋げている。		
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	入居前には家族と必ず面談をし、本人の様子はもちろん、困っておられること、要望を伺い、暫定プランを作成、支援方法の説明をしている。入居時には、担当職員を配置し、戸惑いのないよう配慮している。		
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	申し込みを受けた時や見学された時に、今必要なサービスは何かを見極め、他のサービスへの橋渡しをするなど、対応をしている。また制度についての説明をし、市役所へ繋げたこともある。		
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	職員と一緒にすることで、共に笑い、悩み、考えながら日々暮らしている。自立支援の視点を大切にし利用者のペースに合わせ出来ることを引き出せるように勤めている。		
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	家族が面会に来られた時には、日々の暮らしぶりや様子をお知らせすることで、家族と共に本人を支えていく関係づくりに努めている。また、毎月お便りや写真などを送って状況を伝えている。		
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	今までの行きつけの美容室にいたり、教会・お清めなど馴染みの人や場所の関係が継続している。近所のスーパーへの買い物も一緒にでかけ、店の方にも受け入れてもらっている。また、ご家族と一緒に外食なども実施している。		
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	利用者の状況に合わせたテーブル配置にしたり、ソファの活用で、利用者同士の会話ができています。また、職員が間に入ることにより、会話が弾むようように努めている。陰が見えないと心配する光景もみられる。		

自己	外部	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
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	転居されたところへ面会に行ったり、その職員に状況をうかがったりする。また、こちらから声をかけることで、気軽に話して下さるように心掛けている。また、ご家族から状況を連絡して下さるようになった。		
<b>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</b>					
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	一人ひとりの思いを伺って生活支援計画に反映させている。意思の疎通困難な人は、家族から意向を伺ったり、日々の行動、表情から本人の思いに添える様に努めている。意向が変化していることも確認をして情報共有している		
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	ヒストリーシートを使って、生活歴、環境、エピソードなどの把握に努めている。支援方法の参考になっている。		
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	利用者一人ひとりの過ごし方を24時間の個人記録に記録する事で、生活の様子や心身の状況を把握している。また、意欲を引き出す言葉かけをすることで、やる気を生み出している。		
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	利用者、家族からの意向や職員の情報を取り入れ支援計画書を作成している。毎月モニタリングを行い、チーム会議で課題やケア方法を検討し、プランの変更をしている。6ヶ月に1回カンファレンスを家族と一緒にやっている		
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	個人記録に生活支援計画に沿って記入することで、モニタリングなどの根拠としている。また、チーム会議で課題やケア方法を検討している。		
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	利用者の状況に合わせて、作業療法士、歯科衛生士、栄養士などと連携をとっている。病院受診時の福祉タクシーの紹介もしている。小さな事も都度ミーティングを行っている。送迎での受診もあり、情報をノートに記載し渡している。		

自己	外部	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
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	生まれ育った地区の公民館行事に参加。地域の顔なじみの美容室を利用して交流が出来る。花回廊、道の駅、焼肉、寿司、喫茶店など、また服を自分で選んで買うなど楽しみを増やしている。		
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	利用者のかかりつけ医の先生が緊急対応が出来る場合は継続をお願いをしている。他の医療機関への受診もご家族または職員が代行で受診が出来る。ノートを活用し従来の医院へ受診が出来る様にもしている。		
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	毎月利用者の状況を文書で報告している。訪問看護師に相談や助言がうけられるようになり、支援に幅がひろがっている。また、早期の対応が出来る様になった。看取り時期にも協力をして貰っている。		
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。	入院先には介護連絡表を提示し、先生や看護師に引き継いでいる。病院に行く事で、看護師、ソーシャルワーカーとの連携をとっている。また、ご家族と一緒にカンファレンスにも参加をする体制をとっている。		
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	家族やかかりつけ医と連携して、利用者、家族の思いに添ったケアができる体制をとっている。また終末期の在り方について話し合い同意書をとっている。今年度は2名の看取りをする事が出来た。看取り後のカンファレンスも実施している。		
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	救急救命法の勉強会を計画、また外部研修に参加し、実践力を身につけている。利用者一人ひとりに対し、急変を予測し、対応を職員間で話し合っている。急救マニュアルも確認している。		
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	定期的に訓練を実施。自治会長や地域の方も参加。緊急通報も自動で幸朋苑や施設長に繋がる様になったことで、幸朋苑からの応援もある。自治会の方が災害時の計画が出来ていない為協定とまでいってないが、連携は取れる。		

自己	外部	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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	「尊厳を奪わないケア17項目」の唱和をしている。言葉づかいについてチーム内で話し合い、尊厳を奪わない言葉かけをしようにしている。出会いの準備・ケアの準備をきちんと出来る様に、周知している。		
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	利用者へのことば賭けは、自己選択の出来るように話し掛けている。意思表示の困難な方には、表情や仕草から読み取り支援をしている。利用者の思いや希望に耳を傾けて聴いている。		
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	時間を区切った過ごし方はしていない。一人ひとりの体調に配慮しながら、その時の本人の気持ちやペースに合わせた支援をしている。		
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	自分の着たい服を選んでいただいている。ただし本人の選ぶものが季節に合っているものであるように助言をしている。また、在宅の時に利用していた美容室も引き続き利用出来るようにしている。お化粧の出来る環境も作っている。		
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	一緒に食材を切ったり盛り付け、配下膳、食器洗い、お茶の準備などしてもらっていると、より、同じ空間で生活をしているような支援をしている。		
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	献立を管理栄養士に確認をして頂き、バランスに配慮している、また毎月体重の増減をモニタリングに反映している。水分も好みを伺って提供し1日1200cc以上摂取できている。		
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	毎食後口腔ケアを行っている。自ら出来ない方には、必要な物を準備をし食前食後のケアを行っている。また、義歯の不具合などがあつた時には、直ぐに、歯科医の受診が出来るように支援をしている。		

自己	外部	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
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	一人ひとりの排泄パターンを把握しながら支援している。個々のその時の状態によって、話し合いをして、快適に過ごして頂けるように努めている。またゆりりんを活用し、膀胱量など測り排泄のタイミングをつかんでいる。		
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	繊維食、水分量、乳製品、運動を大切に支援を行っている。また、薬に頼らないよう一人ひとりの状態を観察して、自然排便に繋げる様にしている。		
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	一人ひとりの体調を見ながらまたタイミングに合わせて、入浴ができるように支援している。入浴の無い日は清拭と着替えを行っている。また福祉用具を活用して安全に入浴できるようにしている。時にはゆず湯など季節を取り入れている。		
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	日中に活動することで、夜間十分な睡眠がとれるように配慮している。一人ひとりの生活リズムに合わせて、また体調に合わせて日中も休息してもらっている。居室の温度や加湿にも配慮している。居場所もソファなど活用している		
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	一人ひとりの服用している薬の一覧をボードに明記している。薬の変更は情報共有し、その後の様子観察を行っている。分からない時や粉碎等いつでも気軽に薬剤師に相談が出来ている。		
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	ヒストリーシートを活用し生活歴の把握に努める。利用者それぞれが力を発揮できる仕事をして頂き、常に感謝の気持ちを伝えることで、次に繋げるようにしている。また、自ら進んで手伝って下さる様になって来ている。		
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	外出計画を立て花回廊や大山に出かけている。毎日散歩や買い物は勿論、家族と一緒に食事にてかけたり、教会やお清め、美容室、墓参り、お寺参りなども支援をしている。地域への活動にも参加している。		

自己	外部	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	お金を少しでも持っている事が安心に繋がっている方もある。定期的に販売に来るヤクルトより希望の物を買える様に支援している。また、洋服やおやつを買いに一緒に出かけている。		
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	贈り物のお礼に手紙を書いたり、年賀状を書いたり、手紙のやり取りが出来る様支援をしている。また、電話も出来るように支援をしている。		
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	季節に応じた飾り付けや、花をいつも生けている。環境委員を中心に環境整備を行っている。利用者の状態に合わせて介護用品を活用して入浴、排泄の支援をしている。また庭で野菜や花を植えて収穫を楽しみにしている。		
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	共用空間の中には一人ひとりの時間を持つスペースや、ソファ、畳の間もあり、利用者同士で会話をしたり、テレビを観たり、新聞を読んだりできる場所がある。また、廊下にも椅子を設置している。		
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	居室には、使い慣れたものやなじみのものを持って来てもらい自宅と変わらない雰囲気、環境づくりに努めている。またベットの向きなども自宅同様にしたり、入り口に出やすい導線を確保している。		
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	目印を付けることで、場所が分るように配慮している。。歩行器や車椅子でも利用出来るスペースがある。ゆっくりと待つ姿勢を心掛け出来る力を生かすよう努めている。		

### 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	3170201093		
法人名	社会福祉法人 こうほうえん		
事業所名	グループホームなるみ(にこにこ)		
所在地	鳥取県米子市奥谷字中沢1182-1		
自己評価作成日	平成27年11月30日	評価結果市町村受理日	平成28年3月2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	<a href="http://www.kai gokensaku.jp/31/index.php">http://www.kai gokensaku.jp/31/index.php</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人福祉経営ネットワーク		
所在地	東京都千代田区九段南3丁目4番5号 番町ビル7A		
訪問調査日	平成28年1月11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)】

奥谷の自治会に入会して。自治会長と連携をし総会にて施設説明したことで、グループホームを広める事が出来た。利用者、職員は自治会員として運動会、レクリエーションに参加したり、子ども会との繋がりも出来つつある。苑庭の除草作業も定期的になった。防災訓練にも参加をしてもらっている。二つの保育園との交流も定期的に行えるようになり、さくら保育園には何時でも行けるようになった。また、定期的にボランティアの訪問があるようになった。入居希望は法人内でも一番多い、また地域からの希望も多い。近隣からの入居者も12/27居る。玄関には毎日花を生けるようにしており、ご家族から、いつも楽しみに拝見していると言ってもらった。感染症について「持ち込まない」「広げない」「持ち帰らない」を意識し、内部研修をしながら周知している。

【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)】

--

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

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. 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、生き活きと働けている (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		

## 自己評価および外部評価結果

自己	外部	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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	法人の理念を基に、毎年スローガンを掲げ実践に繋げている。「互恵互助」を各ユニットで唱和を行い、自分になりたい姿、やってみようの精神を高めている。		
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	自治会の総会に出席後、地域活動(掃除、公民館行事、地域ボランティア、敬老会)に積極的に参加でき、地域の方々と、交流を図っている。また、毎月「なるみ通信」も発行している。		
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	なるみ通信に行事ばかりではなく、認知症の人への理解や支援方法なども掲載し地域へ発信をしている。		
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	2ヶ月に1回運営推進会議を開き、活動状況などを報告している。委員の方や市からの情報提供や意見や助言を頂き情報公開の場になっている。その意見を活かして、サービスの向上に努めている。また、会議には職員も参加している		
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	運営推進会議以外でも、市町村担当者との連携を密にして、情報交換を行っている。情報を活かしてサービスの質の向上に努めている。市役所とは外部メールや訪問をして連携をとっている。		
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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	職員間でも身体拘束の対象になる具体的な行為について話をしたり、日頃から身体拘束ゼロのケアに努めている。また、言葉の抑制にも気をつけている。介護基準に沿った研修も実施し、周知出来ている。		
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に注意を払い、防止に努めている	知識の共有に努めるために法人内の研修会に参加している。職員もお互いに意識し、注意しながら防止に努めている。また会議で話題とし検討を行っている。		

自己	外部	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
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	成年後見センター・鳥取支部長より、制度について情報提供をして頂いている。研修会にも参加している。必要が生じた方については、家族や関係者に説明を行っている。但し全職員が説明が出来るとは言えない。包括から説明を受ける予定		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、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	契約書、重要事項説明書をもとに、分かりやすく説明し、同意を得ている。不安な事や疑問については何ようしている。家族等の不安、疑問に対して、内容の追加、改善を行っている。誰でも説明が出来る様に情報共有している。		
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	玄関に意見箱を設置しホームページや重要事項説明書や契約書に苦情受付窓口の紹介。日々利用者やご家族との関係づくりに配慮し、意見や要望が言いやすいように心掛けている。アンケート結果、改善は運営推進会議等で開示している。		
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	毎月リーダー会議、チーム会議を行い職員の意見・提案を聴く機会になっている。個人的には年2回面接の機会があり、目標や相談の機会になっている。また相談や意見も都度聴き改善に繋げている。		
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	法人内で表彰制度を設け(皆勤賞含む)、向上心をもって働けるように支援をしている。資格取得時には、手当の支給体制をとってもらっている。法人内には衛生委員会があり職場環境の検討を行っている。		
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	年間研修計画を伝え自主研修の機会を促している。職員個々に学んでほしい内容は積極的に声を掛け、研修に参加できる環境を整えている。研修の情報は掲示をし各自がいつでも回覧出来る様にしている。		
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	法人内外の研修が交流となっている。各自が目標を持って研修に行けるように配慮している。他法人の施設からの研修の受け入れもしている。		

自己	外部	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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入居前にはご本人や家族、ケアマネから状態など聴きアセスメントをとっている。担当職員も入居前から関われる様配慮をしている。また、情報は職員全員が把握また、体験をして頂くことで、スムーズな入居に繋げている。		
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	入居前には家族と必ず面談をし、本人の様子はもちろん、困っておられること、要望を伺い、暫定プランを作成、支援方法の説明をしている。入居時には、担当職員を配置し、戸惑いのないよう配慮している。		
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	申し込みを受けた時や見学された時に、今必要なサービスは何かを見極め、他のサービスへの橋渡しをするなど、対応をしている。また制度についての説明をし、市役所へ繋げたこともある。		
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	職員と一緒にすることで、共に笑い、悩み、考えながら日々暮らしている。自立支援の視点を大切にし利用者のペースに合わせ出来ることを引き出せるように勤めている。		
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	家族が面会に来られた時には、日々の暮らしぶりや様子をお知らせすることで、家族と共に本人を支えていく関係づくりに努めている。また、毎月お便りや写真などを送って状況を伝えている。		
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	今までの行きつけの美容室にいたり、教会・お清めなど馴染みの人や場所の関係が継続している。近所のスーパーへの買い物も一緒にでかけ、店の方にも受け入れてもらっている。また、ご家族と一緒に外食なども実施している。		
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	利用者の状況に合わせたテーブル配置にしたり、ソファの活用で、利用者同士の会話ができている。また、職員が間に入ることにより、会話が弾むようように努めている。陰が見えないと心配する光景もみられる。		

自己	外部	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
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	転居されたところへ面会に行ったり、その職員に状況をうかがったりする。また、こちらから声をかけることで、気軽に話して下さるよう心掛けている。また、ご家族から状況を連絡して下さるようになった。		
<b>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</b>					
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	一人ひとりの思いを伺って生活支援計画に反映させている。意思の疎通困難な人は、家族から意向を伺ったり、日々の行動、表情から本人の思いに添える様に努めている。意向が変化していることも確認をして情報共有している		
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	ヒストリーシートを使って、生活歴、環境、エピソードなどの把握に努めている。支援方法の参考になっている。		
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	利用者一人ひとりの過ごし方を24時間の個人記録に記録する事で、生活の様子や心身の状況を把握している。また、意欲を引き出す言葉かけをすることで、やる気を生み出している。		
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	利用者、家族からの意向や職員の情報を取り入れ支援計画書を作成している。毎月モニタリングを行い、チーム会議で課題やケア方法を検討し、プランの変更をしている。6ヶ月に1回カンファレンスを家族と一緒にやっている		
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	個人記録に生活支援計画に沿って記入することで、モニタリングなどの根拠としている。また、チーム会議で課題やケア方法を検討している。		
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	利用者の状況に合わせて、作業療法士、歯科衛生士、栄養士などと連携をとっている。病院受診時の福祉タクシーの紹介もしている。小さな事も都度ミーティングを行っている。送迎での受診もあり、情報をノートに記載し渡している。		

自己	外部	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
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	生まれ育った地区の公民館行事に参加。地域の顔なじみの美容室を利用して交流が出来る。花回廊、道の駅、焼肉、寿司、喫茶店など、また服を自分で選んで買うなど楽しみを増やしている。		
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	利用者のかかりつけ医の先生が緊急対応が出来る場合は継続をお願いをしている。他の医療機関への受診もご家族または職員が代行で受診が出来る。ノートを活用し従来の医院へ受診が出来る様にもしている。		
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	毎月利用者の状況を文書で報告している。訪問看護師に相談や助言がうけられるようになり、支援に幅がひろがっている。また、早期の対応が出来る様になった。看取り時期にも協力をして貰っている。		
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。	入院先には介護連絡表を提示し、先生や看護師に引き継いでいる。病院に行く事で、看護師、ソーシャルワーカーとの連携をとっている。また、ご家族と一緒にカンファレンスにも参加をする体制をとっている。		
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	家族やかかりつけ医と連携して、利用者、家族の思いに添ったケアができる体制をとっている。また終末期の在り方について話し合い同意書をとっている。今年度は2名の看取りをする事が出来た。看取り後のカンファレンスも実施している。		
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	救急救命法の勉強会を計画、また外部研修に参加し、実践力を身につけている。利用者一人ひとりに対し、急変を予測し、対応を職員間で話し合っている。急救マニュアルも確認している。		
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	定期的に訓練を実施。自治会長や地域の方も参加。緊急通報も自動で幸朋苑や施設長に繋がる様になったことで、幸朋苑からの応援もある。自治会の方が災害時の計画が出来ていない為協定とまでいってないが、連携は取れる。		

自己	外部	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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	「尊厳を奪わないケア17項目」の唱和をしている。言葉づかいについてチーム内で話し合い、尊厳を奪わない言葉かけをしようにしている。出会いの準備・ケアの準備をきちんと出来る様に、周知している。		
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	利用者へのことば賭けは、自己選択の出来るように話し掛けている。意思表示の困難な方には、表情や仕草から読み取り支援をしている。利用者の思いや希望に耳を傾けて聴いている。		
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	時間を区切った過ごし方はしていない。一人ひとりの体調に配慮しながら、その時の本人の気持ちやペースに合わせた支援をしている。		
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	自分の着たい服を選んでいただいている。ただし本人の選ぶものが季節に合っているものであるように助言をしている。また、在宅の時に利用していた美容室も引き続き利用出来るようにしている。お化粧の出来る環境も作っている。		
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	一緒に食材を切ったり盛り付け、配下膳、食器洗い、お茶の準備などしてもらっていると、より、同じ空間で生活をしているような支援をしている。		
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	献立を管理栄養士に確認をして頂き、バランスに配慮している、また毎月体重の増減をモニタリングに反映している。水分も好みを伺って提供し1日1200cc以上摂取できている。		
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	毎食後口腔ケアを行っている。自ら出来ない方には、必要な物を準備をし食前食後のケアを行っている。また、義歯の不具合などがあつた時には、直ぐに、歯科医の受診が出来るように支援をしている。		

自己	外部	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
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	一人ひとりの排泄パターンを把握しながら支援している。個々のその時の状態によって、話し合いをして、快適に過ごして頂けるように努めている。またゆりりんを活用し、膀胱量など測り排泄のタイミングをつかんでいる。		
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	繊維食、水分量、乳製品、運動を大切に支援を行っている。また、薬に頼らないよう一人ひとりの状態を観察して、自然排便に繋げる様にしている。		
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	一人ひとりの体調を見ながらまたタイミングに合わせ、入浴ができるように支援している。入浴の無い日は清拭と着替えを行っている。また福祉用具を活用して安全に入浴できるようにしている。時にはゆず湯など季節を取り入れている。		
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	日中に活動することで、夜間十分な睡眠がとれるように配慮している。一人ひとりの生活リズムに合わせて、また体調に合わせて日中も休息してもらっている。居室の温度や加湿にも配慮している。居場所もソファなど活用している		
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	一人ひとりの服用している薬の一覧をボードに明記している。薬の変更は情報共有し、その後の様子観察を行っている。分からない時や粉碎等いつでも気軽に薬剤師に相談が出来ている。		
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	ヒストリーシートを活用し生活歴の把握に努める。利用者それぞれが力を発揮できる仕事をして頂き、常に感謝の気持ちを伝えることで、次に繋げるようにしている。また、自ら進んで手伝って下さる様になって来ている。		
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	外出計画を立て花回廊や大山に出かけている。毎日散歩や買い物は勿論、家族と一緒に食事にてかけたり、教会やお清め、美容室、墓参り、お寺参りなども支援をしている。地域への活動にも参加している。		

自己	外部	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	お金を少しでも持っている事が安心に繋がっている方もある。定期的に販売に来るヤクルトより希望の物を買える様に支援している。また、洋服やおやつを買いに一緒に出かけている。		
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	贈り物のお礼に手紙を書いたり、年賀状を書いたり、手紙のやり取りが出来る様支援をしている。また、電話も出来るように支援をしている。		
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	季節に応じた飾り付けや、花をいつも生けている。環境委員を中心に環境整備を行っている。利用者の状態に合わせて介護用品を活用して入浴、排泄の支援をしている。また庭で野菜や花を植えて収穫を楽しみにしている。		
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	共用空間の中には一人ひとりの時間を持てるスペースや、ソファ、畳の間もあり、利用者同士で会話をしたり、テレビを観たり、新聞を読んだりできる場所がある。また、廊下にも椅子を設置している。		
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	居室には、使い慣れたものやなじみのものを持って来てもらい自宅と変わらない雰囲気、環境づくりに努めている。またベットの向きなども自宅同様にしたり、入り口に出やすい導線を確保している。		
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	目印を付けることで、場所が分るように配慮している。。歩行器や車椅子でも利用出来るスペースがある。ゆっくりと待つ姿勢を心掛け出来る力を生かすよう努めている。		

(別紙4(2))  
**目標達成計画**

事業所名 グループホームなるみ  
 作成日: 平成 28年 2月 10 日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。

【目標達成計画】					
優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	7	リーダー会やチーム会にてさまざまな事を検討し実施しているが、日頃の気づきが文章になっておらず、情報共有に至っていない。	日頃の気づきを書き留める習慣をつける。	チームの連絡のノートの活用として、連絡事項だけでなく、「ちょっと違うな」と感じたこと、こうしてみたらどうだったかなどつぶやきも記録し、各種会議の検討材料にしていく。	6ヶ月
2	3	運営推進会議は、家族の出席が困難になっている。	運営推進会議の趣旨をすべてのご家族に伝え、定期的な参加が出来る。	運営推進会議の趣旨の説明をする。 家族の委員を要請する。 職員も参加することで、サービスの向上に努める。	3ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入して下さい。