

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	4373000688		
法人名	社会福祉法人 栄和福祉会		
事業所名	グループホーム たのうらそう		
所在地	熊本県葦北郡芦北町大字田浦町822-3		
自己評価作成日	平成28年7月20日	評価結果市町村受理日	平成28年9月16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.kaijokensaku.jp/43/index.php
----------	---

【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ワークショップ「いふ」
所在地	熊本県熊本市中央区水前寺6丁目41—5
訪問調査日	平成28年8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)】

平成17年4月にグループホームたのうらそうを開設し、平成22年4月にグループホームたのうらそうⅡを増設しました。現在18名の方が入居されています。立地的には、施設周辺にご自宅や生活圏のある方も多く、高台にあるため馴染みのある風景を眺めながら生活することができます。ご利用者同士や働く職員、面会者など、地元の方も多く、顔見知りの方との関係を維持しながら生活ができています。近くに御立岬があるので、季節の花見やドライブなど、天気に合わせて外出を行っています。特別養護老人ホームやデイサービスと併設しているため、サービスの利用や入退所の際はスムーズな連携ができ、継続した支援ができています。法人全体で職員教育や指導に力を入れており、今年度は、近隣施設の視察見学を実施しています。

【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)】

法人全体で、職員教育に力を入れており、グループホームでも全職員が、防火防災・事故防止・感染予防委員会等に所属している。「委員会の取り組みを継続してご利用者の暮らしを守る」という目標を掲げて、年間計画と月間計画を立て実践と反省を行い、利用者に還元できるような日々努力している。運営推進会議録・介護計画・広報誌等の記載内容も充実しており、利用者の暮らしの安定に繋がっているものと思われる。勤務年数の長い職員が多く、利用者と共に「喜怒哀楽」を共有し、業務に遣り甲斐を感じている事が伺えた。又、家族からの信頼も厚く、利用者・家族・職員の連携がとれており、居心地の良いホームである事が実感できた。

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 3. 利用者の1/3くらい 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とした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○	1. ほぼ全ての利用者が 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

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

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
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	処遇の基本方針と理念を、朝の朝礼ミーティング時に全員で読み合せている。理念に沿った年間目標と月ごとの目標を設定し、毎月達成できるよう全員で業務に取り組んでいる。	「いつもあなたと一緒に」というホーム運営の目標を踏まえ、業務優先にならない事を念頭に、挨拶・言葉遣い・外出・行事や趣味活動への参加等、全職員が年間目標を掲げて日々、取り組んでいる。これらの取り組みは「業務管理評価シート」に記入され、法人全体の研修(月1回)時に発表し、達成度を評価している。職員一人ひとりが自覚を持って利用者に関わっており、穏やかで落ち着いた暮らしぶりから、「利用者が主役」のホームである事が伺えた。	
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	保育園の児童との交流会を年に2回(芋ほり交流会、おゆうぎ披露)行っている。ご利用者は地元の方も多く、面会者は家族だけでなく、近所の方や民生委員の方、古くからの友人知人の方も気軽に訪れていただいている。	週一回、ホーム外回りの清掃活動を行っているが、施設内の活動にとどまっている。地域とのつきあいは近くの保育園との年2回の交流のみであり、つきあいはやや希薄であると思われる。	今年度は、年間目標に「地域交流」を掲げており、運営推進会議委員の協力も得て、地域とのつきあいが活発になるよう期待したい。
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	芦北町の認知症初期集中支援チーム員として管理者が参加している。また、認知症サポーターを職員全員受講しており、管理者はキャラバンメイトとしてサポーター講師を行っている。		
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	運営推進会議は、芦北町役場、地域包括支援センター、地区会長、民生委員、家族代表、利用者、職員で構成され、2ヶ月に一回開催して事業所の取り組みを報告している。また、ご家族からの意見や町からの情報を交換している。	運営推進会議は2か月に1度開催され、管理者から入居者の状況や、2か月分の行事遂行状況等が報告されている。その他、職員が外部研修で学んだ「認知症患者の運転意識と交通事故」や「軽度認知症の方への運動アプローチ」等の資料も添付され、各委員の意識向上に役立っている。会議には、家族代表と入居者が順番に参加しており、それぞれの立場で発言があり、充実した会議となっている。	全職員が参加する防火防災・事故防止・感染予防等の各種委員会があり、これらのテーマを1つずつ運営推進会議で意見交換することも意義があるのではないかと考える。
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	町や包括の担当の方には運営推進会議に毎回参加していただき、利用者の状況を伝えている。また、待機者や空き状況、急ぎの場合などに連絡して情報をやり取りしている。	町行政には運営推進会議の際、ホーム運営状況を把握してもらっており、一定の理解は得られている。又、町から各種研修案内が随時、届けられており、協力関係は築かれている。	「外部評価」の結果について、町行政に意見や提案を求める事もホームへの更なる理解が得られるものと思われる。

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
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	身体拘束廃止委員会を設置し、年間通して身体拘束廃止に向けて取り組みを行っている。やむを得ず必要な場合は家族の同意を得て記録を行っている。施設玄関は夜間以外は施錠せず外に出られる際は職員が付き添っている。	全職員が「身体拘束委員会」に所属しており、定期的に「身体拘束廃止」に向けて研修している。「抑止的な言葉遣いをしない」を月間目標に掲げ、積極的に取り組む姿勢が見られた。現在、家族の了承を得て、「起き上がりセンサー」使用の利用者もあるが、使用している時間とはずしている時間帯を記録し、使いっぱなしにしない配慮が見られた。	
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	年に数回チェックリストを配布し、自己の行為が虐待に当たらないか振り返りを行っている。また、6月には「言葉遣いを見直す」をチーム目標として取り組んだ。		
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	自立支援事業や成年後見制度があることは知っているが、実際に利用されている方や必要とされる方がおられないため、職員も学ぶ機会を作っていない。勉強の必要がある。		
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	契約時には説明を行い、わからないことはいつでも尋ねていただくよう伝えている。内容改定の際は電話や面会時に説明し、文書を渡している。		
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	玄関にご意見箱を設置しており、ケアプラン発送時にも用紙を入れて送付している。公表可能なものは掲示し誰でも閲覧できる。ご家族の面会も多いので、その都度管理者も対応しながらご意見等を聞き取るようにしている。	年4回発行の広報誌「田の浦荘」は、季節の行事や日常の暮らしを切り取った一コマが沢山の写真で語られており、毎号楽しみにしている家族が多く、家族アンケートにも「安心して任せています」という感謝が寄せられている。運営に関しての意見や要望はほとんど出ない為、面会時に家族の様々な思いを引き出せるよう笑顔で接し、信頼関係の構築に努めている。	
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	職員からの意見や提案、気づきなどは随時各部の副主任に相談し、管理者へ伝えて実行する。必要時は管理者から法人施設長及び理事長へ決裁事項としてあげられ、決裁後実行する。	職員は、各種委員会の全てに所属した上で、年間目標と月間目標を掲げ、自己評価を行う事でケアの質の向上に積極的に取り組んでいる。日々のケアの気付きは、委員会の会議録に載せ、連絡帳にも記載し、回覧する事でケアの統一が図られている。	

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
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	目標管理シートを用い、月間・年間目標が達成できているか自己評価・上司評価を行い賞与の査定につながる。職員満足度調査により改善してほしい点をあげて解決していくことで職場環境は整っている。		
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	法人内研修を毎月行い、今年度の目標として報連相や5S、PDCAサイクルを念頭に置いた仕事ができるようになることを目指している。また、各部では個別指導や部内移動で再教育を行い、自主研修等への参加も促している。		
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	今年度は他施設(グループホーム)訪問見学を行っており、1人当たり1～3施設の見学を実施した。同業者との情報交換を行い、今後、利用者合同の花見等を計画する予定となっている。		
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	入所前の生活の場に向いて本人面接を行い、アセスメントを行うとともにご本人のお困りごとや思いを聞き取り、それに沿ってプランを作成している。入所時には職員が情報を共有し、安心して生活していただける体制を整えている。		
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	入所申込み時からご家族と話をする機会を設けることが多い。入所決定し、契約時にもご家族の思いを聞きプランに反映している。連絡体制を整え、互いにわからないことを尋ねたり、現在の様子を伝えるなどして関係性を築いている。		
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	生活の変化による不安を軽減するために、ご家族には面会に来やすいよう声をかけ、同法人のデイサービスを利用されていた方は、週1回継続してデイに参加させてもらっている。医療面は2週間ごとの往診があることを伝えている。		
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	今年度のチーム目標を『Always With You～いつもあなたと一緒に』に設定しており、ご利用者と職員と一緒に過ごす機会を意図的に作っている。日常ではおやつ時間を一緒に過ごし、洗濯物たたみや畑作業などを一緒に行っている。		

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
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	職員、ご家族それぞれの役割を考えながら、ご利用者のより良い生活のためにどうしたらよいか一緒に考えている。面会に来られた際には丁寧に対応し、居室でゆっくり面会していただいている。		
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	入所前に同法人のデイを利用されていた方は継続して参加させてもらっている。地域の話し合いに出かけたり、馴染みの美容院に通われる方もおられる。遠方や、孫、ひ孫さんとの面会時に写真を撮り、お帰りの際に渡している。	利用者同志や職員が馴染みの関係である人もあり、友好的な関係が築かれている。行きつけの美容室や墓参りに家族と同行する利用者もあり、馴染みの人や場所との関係が途切れないよう支援している。家族の面会も多く、その都度利用者を中心に写真を撮り、その場で手渡す事で、本人・家族に喜ばれている。	11月に予定されている「ふるさと訪問」では、個々の利用者の思いに応えたり、思い出がよみがえるような訪問になる事を期待したい。
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の間を把握し、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	日中はほとんどのの方が、共有スペースのソファや食堂で過ごされ、ご利用者同士で話したり洗濯物を畳んだりして過ごされている。互いにお世話をしあったり心配する姿が見られる。		
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	契約が終了の場合は、病院への入院や同法人の特養に移れることが多い。病院、施設には情報を提供するとともに、ご家族にも随時必要な連絡を取っている。退院後に特養入所を希望される時は相談に乗りスムーズに連携している。		
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	ケアプラン作成時に本人の暮らし方の希望や意向を反映させている。入浴の仕方や回数、髪染め、散髪、外出など全員一律に行うのではなく、本人の生活歴等や希望を考慮しながら本人の希望に沿ったサービスを提供している。	何気ない日常会話や、ケアプランの内容・家族からの聞き取り等から、「自らやりたい事をやりたい時にやる自由」という理念を大切に、思いや意向を受け止めて、実践する事で利用者の笑顔を引き出す努力をしている。	
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	ご本人やご家族から暮らしの様子を聞き、入所前に利用されていたサービス提供事業者から情報を得て、事前情報を作成し、ケアプランにも反映して職員一同は把握するよう努めている。		
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	日々変わっていくご利用者の状態は、申し送り等で共有し、利用者の状態を、食事、排泄、整容更衣、入浴、健康、運動、心理社会等それぞれの分野からアセスメントして現状に合わせた総合的な介護を計画を立案している。		

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
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	ご本人の希望や家族の希望等はその都度対応している。サービス内容を変更する際はモニタリング、アセスメントを行い、更新時に変更したり、随時一部変更を行いながら現在の状態に合ったサービスを提供している。	一日の様子を、日勤・準夜勤・深夜勤に区別した利用者個々の活動日誌と経過記録を参考にしながら、これまでの生活ペースを崩さないように配慮し、連続した介護ができるようなケアプランを作成している。半年に1度見直しを行っているが、入退院後、食事形態の変化、車椅子やポータブルトイレが必要と判断された場合などは、モニタリング・アセスメントを行いケアプランに反映させている。	
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	一日の様子を、日勤帯、準夜勤帯、深夜勤帯に分けて記録し、変化や気づきは特記事項や申し送りに記録して経過を観察し、月ごとの評価を行い、		
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	ご本人の様々な要望に対し、事業所として責任を持って対応できるよう体制を整え、できるだけ柔軟に対応している。		
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	今年は10月に地域交流を計画している。施設を知っていただくことで災害時等に協力していただいたり、気軽に来荘できる雰囲気を作る。		
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	かかりつけ医は近くの医院の意思で、地元のご利用者が多いため、ほとんどの方が入所前からかかっておられるので医療が継続できている。専門科を受診する場合は主治医から紹介してもらい、スムーズに他科受診ができている。	地元入居者が多い為、ほとんどの人が近くの医院をかかりつけ医としており、入所後も主治医として、継続的な医療に繋げている。月2回の往診で健康状態を把握。受診は職員が付き添い、家族同伴が必要と判断された場合は、協力を得てスムーズな医療支援が出来ている。	
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	ご利用者本人からの訴えや介護職が気づいたことはすぐに対応し、医師に連絡して指示を仰いでいる。法人内の看護師が健康管理を行い、点滴や処置の指示がある時は、かかりつけ医の訪問看護及び訪問診療を受け入れている。		

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
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。	ご利用者が入院される際は、主治医からの診療情報提供とグループホームからの介護情報提供を行っている。法人は担当者を置き、入院先の地域連携室と常に連絡を取っており、状態が安定したら早期に退院ができるよう働きかけている。		
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、事業所ですることが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	看取りは可能であるが、重篤な場合は主治医やご家族の判断で療養型病床に入院されることが多い。重度化した場合は往診時にご家族にも来ていただき、今後予測される事態について医師から説明をしていただき、一緒に考えている。	入居時に終末期の話はしておらず、重度化した場合は、主治医の意見を基に家族と話し合いを持ち、同法人の特養への移行や療養型病院への入院等に対応している。	看取りは可能であるとの事なので、今後、本人及び家族から「最期までホームで暮らしたい」という意向が出た場合の受け入れや、対応の在り方について、職員全体で話し合っておく必要があると思われる。
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	事故防止委員会や経験のある職員を中心に、年に1～2回、緊急時の対応の仕方を講習している。また、利用者の急変が予測される場合は、事前に緊急時の対応法をシミュレーションして練習し、ケアプランにも立案している。		
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	年に2回防災訓練を実施し、避難順番の確認、避難誘導の仕方、火災報知通報機の取り扱い方、酸素吸入、ヘルメット・頭巾の設置確認等を訓練に入れて実施している。地域の協力が得られるよう、今年度は地域交流を計画している。	全職員が参加している「防火防災委員会」において月間目標を週毎に分けて、避難口と避難順番の確認や、緊急連絡網のチェック等を行い、計画と反省を記録している。居室のカーテンは防火仕様で各居室にヘルメットと頭巾が配置されており、避難訓練で活用。利用者の防災意識を促している。	4月の「熊本地震」を体験した事で、今後も起こり得る事を想定し、運営推進会議でもテーマとして取り上げ、対策を構じられる事を期待したい。10月に予定されている「地域交流」の場でも積極的に働きかけを行う事で、地域の協力が得られるものと思われる。
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	生活パターンや性格に合った声のかけ方、タイミングがあるので、プライバシーに配慮しながらそれぞれの利用者に合わせて声掛けや対応を行っている。	6月は「言葉遣いを見直す」をホームの目標とし、「言葉遣い改善アンケート」を取り、集計結果をもとに会議を行って改善に繋げる努力をしている。トイレ介助や入浴支援は1対1で対応し、羞恥心にも配慮している。不穏状態が見られた場合も全職員が共通意識をもち、落ち着いた対応が行われており、目標を持った取組の成果と言える。	
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	希望や要望があった際はすぐに対応している。また日常会話の中から利用者の思いや希望を感じ取り、ご利用者本人に選んでもらったり決めてもらえるよう働きかけている。		

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
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	共同生活の利点を生かしながご利用者の生活リズムを整えている。一日の過ごし方はご本人の希望を優先させ自由に過ごしていただいている。病院受診や外出を希望される方はご家族にも協力していただいている。		
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	毎月美容院から来訪されるので、希望される方は1~2ヶ月毎に利用している。また、入所前から行きつけの美容院がある方はご家族と出かけたり、白髪染めは入浴時に荘でも行っている。イベントや外出時にはメイクをする方もおられる。		
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	献立や料理は母体法人で行い、ホームでは個別の食事形態に合わせて配膳を行っている。1日、15日に赤飯と赤酒をお出し、月の区切りを感じていただいている。ご利用者の調理作業は月の行事で行い、一緒に調理作業を行っている。	法人で調理された日常食の他に、ぼたもちやおでん・素麺流し・盆だご・おはぎ等、季節に応じた食の楽しさを提供している。又、施設前の山では筍やつわが採れ、畑の野菜も調理に活かされている。更に、「外庭カフェ」と称して抹茶やケーキ・饅頭等で外食気分が演出され、喜ばれている。	「外庭カフェ」に家族の参加を呼び掛けたら、更に楽しいひとときになるのではないかと思います。
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	ご利用者の食事摂取状態によって介助をしたり、食べやすい形状にしている。食事摂取量が少ない方には補助食品を提供している。心臓病や腎臓病、アレルギー、好き嫌い等に合わせて別メニューで対応している。		
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	起床時、毎食後に声掛けや洗面所誘導を行い、介助や見守りにて口腔ケアができています。うがい薬を使用するうがいをを行うことで、口臭はなくなり、感染の予防にもつながっている。		
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	現在オムツ使用の方はおられず、トイレでの排泄ができています。夜間のみポータブルトイレを使用したり、定時で誘導するなど、排泄パターンに合わせた対応を行っている。パットは尿漏れ等の量に合わせて必要なものを使い分けている。	リハビリパンツとパットで対応し、トイレでの排泄ができています。職員は、トイレ誘導の回数や時間帯を把握しており、定期的な誘導で失敗を防ぐ努力をしています。	
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	午前中の水分補給時に牛乳の入った飲み物を、午後の水分補給ではオリゴ糖の入ったフルーツミックスジュースを提供している。排便チェックを毎日行い、定期的な排便ができるようコントロールしている。		

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
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ず、個々にそった支援をしている	GH Iには大浴槽、GH IIには座位昇降式浴槽が設置してある。状態に合わせて使用でき、個浴にて一人ずつ、週に3回以上の入浴ができてくる。失禁した時など、すぐにシャワー浴を行ったり、希望にて毎日入浴する方もおられる。	浴槽が広い為、身体が浮かないよう、お湯の量を調節しながら安全に配慮し、快適な入浴ができるよう支援している。又、菖蒲湯・ゆず湯等の行事浴で入浴の楽しみも提供している。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	就寝前にはほとんどの方がパジャマに更衣されるため必要な方には介助を行っている。室温や照明の調整を行い、テレビ、ラジオの設定など個別に対応している。眠れない方はソファで職員と一緒に過ごすこともある。		
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	認知症の高齢者は服薬による副作用が出やすいことを職員が理解しており、体調に変化がある時は、病気と薬の副作用も考慮して医師に相談している。服薬管理は職員で行い、服薬時は飲み込まれるところまで確認を行っている。		
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	ご利用者で、それぞれ得意なことを持っておられるため、料理、掃除、カラオケ、工作、編み物、習字など、職員と一緒に楽しんでいる。作品として掲示したり、町の文化祭に出すことで目標を持って取り組まれる姿がある。		
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	パンを買いに行きたい、家に鏡餅を供えに帰りたい、墓参りに行きたい、散歩に行きたいなど、スタッフがすることはすぐに対応し、ご家族の協力が必要な場合はすぐに連絡を取って実行できる日をご利用者に伝えている。すぐに対応することで、ご利用者は安心し納得されることが多い。	「年間行事計画」の中に、外出も組み込まれており、すぐ近くの御立岬などに気軽に出かけ、桜・アジサイ・つつじ等の花見を楽しんでいる。日常的には個別に「○○に行きたい」等の要望に「待つて」を言わない事を心掛け、即、対応することで利用者の満足を得ている。	
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	金銭管理はご本人の希望や能力、ご家族の意向に合わせてそれぞれ行っている。自己管理できる方は、少額を所持して、外出時などに買い物をする。ホームに預けている方は、無くす心配がないので安心されている方もおられる。		
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	電話をしたい時は、先方に取り次ぎ、ご本人がお話をされる。贈り物が届いた時など、遠方の親戚やご家族に連絡し、元気な声を聞いていただいている。手紙を書く方もおられ、宛先やメッセージを代筆し、やり取りを行っている。		

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
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	共用部は特に整理整頓、清潔を心掛けている。生活導線を阻害しないよう家具や置物の配置を工夫している。テーブルの草花はご利用者と一緒に庭に摘みに行くこともある。	ホームⅠ・Ⅱの間仕切りを取ってオープンにしてあり、ゆとりある開放的なリビングとなっている。利用者にはそれぞれの居場所があり、くつろぐ姿が見られた。壁には、職員手作りの大きな日めくりカレンダーがあり、日付の認識に役立っている。インテリアは幼稚っぽく、又、華美にならないよう心掛け、利用者の習字や貼り絵等の作品や、花の写真入り額が掲げられており、温かな雰囲気を感じられた。	
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	食堂やリビングは各自座る場所がほしい決まっている。一人になりたい時や休みたい時は居室で過ごされる。		
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	居室はカーテン、ベッド、タンス、来客用のミニテーブルを備品として設置しており、それ以外はご本人が使い慣れたものやご家族が用意されたものを持ち込んでもらっている。配置はご本人と話し合いながら危険の無いように配置している。	各居室のカーテンは色やデザインが異なり、「私の部屋」として認識されている。整理タンス・ベッド・ミニテーブルは施設の備品であるが、担当職員が本人の意向を踏まえた上で、家族写真や孫たちの手紙を展示したり、テレビ・鏡台・置き時計・簡易仏壇等が置かれ、アットホームで清潔感のある居室作りが出来ている。	
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	Ⅱは居室の入り口に自分の部屋がわかるように表示している。見守り等の関係で、居室を変更する際はご本人とご家族に了承を得て必要最小限に行っている。		

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	4373000688		
法人名	社会福祉法人 栄和福祉会		
事業所名	グループホーム たのうらそう		
所在地	熊本県葦北郡芦北町大字田浦町822-3		
自己評価作成日	平成28年7月20日	評価結果市町村受理日	平成28年9月16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)】

平成17年4月にグループホームたのうらそうを開設し、平成22年4月にグループホームたのうらそうⅡを増設しました。現在18名の方が入居されています。立地的には、施設周辺にご自宅や生活圏のある方も多く、高台にあるため馴染みのある風景を眺めながら生活することができます。ご利用者同士や働く職員、面会者など、地元の方も多く、顔見知りの方との関係を維持しながら生活ができています。近くに御立岬があるので、季節の花見やドライブなど、天気に合わせて外出を行っています。特別養護老人ホームやデイサービスと併設しているため、サービスの利用や入退所の際はスムーズな連携ができ、継続した支援ができています。法人全体で職員教育や指導に力を入れており、今年度は、近隣施設の視察見学を実施しています。

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kai.gokensaku.jp/43/index.php
----------	---

【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)】

--

【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ワークショップ「いふ」
所在地	熊本県熊本市中央区水前寺6丁目41-5
訪問調査日	平成28年8月10日

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 3. 利用者の1/3くらい 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

[セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。]

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
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	処遇の基本方針と理念を、朝の朝礼ミーティング時に全員で読み合せている。理念に沿った年間目標と月ごとの目標を設定し、毎月達成できるよう全員で業務に取り組んでいる。		
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	保育園の児童との交流会を年に2回(芋ほり交流会、おゆうぎ披露)行っている。ご利用者は地元の方が多く、面会者は家族だけでなく、近所の方や民生委員の方、古くからの友人知人の方も気軽に来荘される。		
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	芦北町の認知症初期集中支援チーム員として管理者が参加している。また、認知症サポーターを職員全員受講しており、管理者はキャラバンメイトとしてサポーター講師を行っている。		
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	運営推進会議は、芦北町役場、地域包括支援センター、地区会長、民生委員、家族代表、利用者、職員で構成され、2ヶ月に一回開催して事業所の取り組みを報告している。また、ご家族からの意見や町からの情報を交換している。		
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	町や包括の担当の方には運営推進会議に毎回参加していただき、利用者の状況を伝えている。また、待機者や空き状況、急ぎの場合など、すぐに連絡して情報をやり取りしている。		
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	身体拘束廃止委員会を設置し、年間通して身体拘束廃止に向けて取り組みを行っている。やむを得ず必要な場合は家族の同意を得て記録を行っている。施設玄関は夜間以外は施錠せず外に出られる際は職員が付き添っている。		
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	年に数回チェックリストを配布し、自己の行為が虐待に当たらないか振り返りを行っている。また、6月には「言葉遣いを見直す」をチーム目標として取り組んだ。		

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	自立支援事業や成年後見制度があることは知っているが、実際に利用されている方や必要とされる方がおられないため、職員も学ぶ機会を作っていない。勉強の必要がある。		
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	契約時には説明を行い、わからないことはいつでも尋ねていただくよう伝えている。内容改定の際は電話や面会時に説明し、文書を渡している。		
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	玄関にご意見箱を設置しており、ケアプラン発送時にも用紙を入れて送付している。公表可能なものは掲示し誰でも閲覧できる。ご家族の面会も多いので、その都度管理者も対応しながらご意見を聞き取っている。		
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	職員からの意見や提案、気づきなどは随時各部の副主任に相談し、管理者へ伝えて実行する。必要時は管理者から法人施設長及び理事長へ決裁事項としてあげられ、決裁後実行する。		
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	目標管理シートを用い、月間・年間目標が達成できているか自己評価・上司評価を行い賞与の査定につながる。職員満足度調査により改善してほしい点をあげて解決していくことで職場環境は整っている。		
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	法人内研修を毎月行い、今年度の目標として報連相や5S、PDCAサイクルを念頭に置いた仕事ができるようになることを目指している。また、各部では個別指導や部内移動で再教育を行い、自主研修等への参加も促している。		
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	今年度は他施設(グループホーム)訪問見学を行っており、1人当たり1～3施設の見学を実施した。同業者との情報交換を行い、今後、利用者合同の花見等を計画する予定となっている。		

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
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	入所前の生活の場に出向いて本人面接を行い、アセスメントを行うとともにご本人のお困りごとや思いを聞き取り、それに沿ってプランを作成している。入所時には職員が情報を共有し、安心して生活していただける体制を整えている。		
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	入所申込み時からご家族と話す機会を設けることが多い。入所決定し、契約時にもご家族の思いを聞きプランに反映している。連絡体制を整え、互いにわからないことを尋ねたり、現在の様子を伝えるなどして関係性を築いている。		
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	生活の変化による不安を軽減するために、ご家族には面会に来やすいよう声をかけ、同法人のデイサービスを利用されていた方は、週1回継続してデイに参加させてもらっている。医療面は2週間ごとの往診があることを伝えている。		
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	今年度のチーム目標を『Always With You～いつもあなたと一緒に』に設定しており、ご利用者と職員と一緒に過ごす機会を意図的に作っている。日常ではおやつ時間を一緒に過ごし、洗濯物たたみや畑作業などを一緒に行っている。		
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	職員、ご家族それぞれの役割を考えながら、ご利用者のより良い生活のためにどうしたらよいか一緒に考えている。面会に来られた際には丁寧に対応し、居室でゆっくり面会していただいている。		
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	入所前に同法人のデイを利用されていた方は継続して参加させてもらっている。地域の話し合いに出かけたり、馴染みの美容院に通われる方もおられる。遠方や、孫、ひ孫さんとの面会時に写真を撮り、お帰りの際に渡している。		
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	日中はほとんどのの方が、共有スペースのソファや食堂で過ごされ、ご利用者同士で話したり洗濯物を畳んだりして過ごされている。互いにお世話をしあったり心配する姿が見られる。		

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	契約が終了の場合は、病院への入院や同法人の特養に移られることが多い。病院、施設には情報を提供するとともに、ご家族にも随時必要な連絡を取っている。退院後に特養入所を希望される時は相談に乗りスムーズに連携している。		
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	ケアプラン作成時に本人の暮らし方の希望や意向を反映させている。入浴の仕方や回数、髪染め、散髪、外出など全員一律に行うのではなく、本人の生活歴等や希望を考慮しながら本人の希望に沿ったサービスを提供している。		
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	ご本人やご家族から暮らしの様子を聞き、入所に利用されていたサービス提供事業者から情報を得て、事前情報を作成し、ケアプランにも反映して職員一同は把握するよう努めている。		
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	日々変わっていくご利用者の状態は、申し送り等で共有し、利用者の状態を、食事、排泄、整容更衣、入浴、健康、運動、心理社会等それぞれの分野からアセスメントして現状に合わせた総合的な介護を計画を立案している。		
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	ご本人の希望や家族の希望等はその都度対応している。サービス内容を変更する際はモニタリング、アセスメントを行い、更新時に変更したり、随時一部変更を行いながら現在の状態に合ったサービスを提供している。		
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	一日の様子を、日勤帯、準夜勤帯、深夜勤帯に分けて記録し、変化や気づきは特記事項や申し送りに記録して経過を観察し、月ごとの評価を行い、		
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	ご本人の様々な要望に対し、事業所として責任を持って対応できるよう体制を整え、できるだけ柔軟に対応している。		

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	今年10月に地域交流を計画している。施設を知っていただくことで災害時等に協力していただいたり、気軽に来荘できる雰囲気を作る。		
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	かかりつけ医は近くの医院の意思で、地元のご利用者が多いため、ほとんどの方が入所前からかかっておられるので医療が継続できている。専門科を受診する場合は主治医から紹介してもらい、スムーズに他科受診ができている。		
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	ご利用者本人からの訴えや介護職が気づいたことはすぐに対応し、医師に連絡して指示を仰いでいる。法人内の看護師が健康管理を行い、点滴や処置の指示がある時は、かかりつけ医の訪問看護及び訪問診療を受け入れている。		
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。	ご利用者が入院される際は、主治医からの診療情報提供とグループホームからの介護情報提供を行っている。法人は担当者を置き、入院先の地域連携室と常に連絡を取っており、状態が安定したら早期に退院ができるよう働きかけている。		
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	看取りは可能であるが、重篤な場合は主治医やご家族の判断で療養型病床に入院されることが多い。重度化した場合は往診時にご家族にも来ていただき、今後予測される事態について医師から説明をしていただき、一緒に考えている。		
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	事故防止委員会や経験のある職員を中心に、年に1～2回、緊急時の対応の仕方を講習している。また、利用者の急変が予測される場合は、事前に緊急時の対応法をシミュレーションして練習し、ケアプランにも立案している。		
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	年に2回防災訓練を実施し、避難順番の確認、避難誘導の仕方、火災報知通報機の取り扱い方、酸素吸入、ヘルメット・頭巾の設置確認等を訓練に入れて実施している。地域の協力が得られるよう、今年度は地域交流を計画している。		

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
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	生活パターンや性格に合った声のかけ方、タイミングがあるので、プライバシーに配慮しながらそれぞれの利用者に合わせて声掛けや対応を行っている。		
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	希望や要望があった際はすぐに対応している。また日常会話の中から利用者の思いや希望を感じ取り、ご利用者本人に選んでもらったり決めてもらえるよう働きかけている。		
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	共同生活の利点を生かしながらかご利用者の生活リズムを整えている。一日の過ごし方はご本人の希望を優先させ自由に過ごしていただいている。外出を希望される方はご家族に協力していただいたり、Iは毎日入浴される方もおられる。		
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	毎月美容院から来訪されるので、希望される方は1~2ヶ月毎に利用している。また、入所前から行きつけの美容院がある方はご家族と出かけた時、白髪染めは入浴時に荘でも行っている。イベントや外出時にはメイクをする方もおられる。		
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	献立や料理は母体法人で行い、ホームでは個別の食事形態に合わせて配膳を行っている。1日、15日に赤飯と赤酒をお出しし、月の区切りを感じていただいている。ご利用者の調理作業は月の行事で行い、一緒に調理作業を行っている。		
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	ご利用者の食事摂取状態によって介助をしたり、食べやすい形状にしている。食事摂取量が少ない方には補助食品を提供している。心臓病や腎臓病、アレルギー、好き嫌い等に合わせて別メニューで対応している。		
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	起床時、毎食後に声掛けや洗面所誘導を行い、介助や見守りにて口腔ケアができています。うがい薬を使用してうがいを行うことで、口臭はなくなり、感染の予防にもつながっている。		

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
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	現在オムツ使用の方はおられず、トイレでの排泄ができています。夜間のみポータブルトイレを使用したり、定時で誘導するなど、排泄パターンに合わせた対応を行っている。パットは尿漏れ等の量に合わせて必要なものを使い分けている。		
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	午前中の水分補給時に牛乳の入った飲み物を、午後の水分補給ではオリゴ糖の入ったフルーツミックスジュースを提供している。排便チェックを毎日行い、定期的な排便ができるようコントロールしている。		
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ず、個々にそった支援をしている	GH Iには大浴槽、GH IIには座位昇降式浴槽が設置してある。状態に合わせて使用でき、個浴にて一人ずつ、週に3回以上の入浴ができています。失禁した時など、すぐにシャワー浴を行ったり、希望にて毎日入浴する方もおられる。		
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	就寝前にはほとんどの方がパジャマに更衣されるため必要な方には介助を行っている。室温や照明の調整を行い、テレビ、ラジオの設定など個別に対応している。眠れない方はソファで職員と一緒に過ごすこともある。		
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	認知症の高齢者は服薬による副作用が出やすいことを職員が理解しており、体調に変化がある時は、病気と薬の副作用も考慮して医師に相談している。服薬管理は職員で行い、服薬時は飲み込まれるところまで確認を行っている。		
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	ご利用者で、それぞれ得意なことを持っておられるため、料理、掃除、カラオケ、工作、編み物、習字など、職員と一緒に楽しんでいる。作品として掲示したり、町の文化祭に出すことで目標を持って取り組まれる姿がある。		
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	パンを買いに行きたい、家に鏡餅を供えに帰りたい、墓参りに行きたい、散歩に行きたいなど、スタッフがすることはすぐに対応し、ご家族の協力が必要な場合はすぐに連絡を取って実行できる日をご利用者に伝えている。すぐに対応することで、ご利用者は安心して納得されることが多い。		

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	金銭管理はご本人の希望や能力、ご家族の意向に合わせてそれぞれ行っている。自己管理できる方は、少額を所持して、外出時などに買い物をする。ホームに預けている方は、無くす心配がないので安心されている方もおられる。		
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	電話をしたい時は、先方に取り次ぎ、本人様がお話をされる。贈り物が届いた時(誕生日、母の日、お土産等)遠方の親戚の方に連絡し、元気な声を聞いていただいている。手紙は宛先やメッセージを代筆し、やり取りを行っている。		
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	共用部は特に整理整頓、清潔を心掛けている。生活導線を阻害しないよう家具や置物の配置を工夫している。テーブルの草花はご利用者と一緒に庭に摘みに行くこともある。		
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	食堂やリビングは各自座る場所がほしい決まっている。一人になりたい時や休みたい時は居室で過ごされる。		
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	居室はカーテン、ベッド、タンス、来客用のミニテーブルを備品として設置しており、それ以外はご本人が使い慣れたものやご家族が用意されたものを持ち込んでもらっている。配置はご本人と話し合いながら危険の無いように配置している。		
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	歩行される方で手すりが必要な場合があったので、トイレまでの導線に手すりを設置した。見守り等の関係で、居室を移動する際はご本人とご家族に了承を得て必要最小限に行っている。		