

(様式2)

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 25 年 11 月 7 日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3490100140		
法人名	有限会社 バースト		
事業所名	グループホーム丹那		
所在地	〒734-0034 広島県広島市南区丹那町22-11-11 (電話) 082-253-3456		
自己評価作成日	平成25年7月25日	評価結果市町受理日	

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL	
-------------	--

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	(社福) 広島県社会福祉協議会
所在地	広島県広島市南区比治山本町12-2
訪問調査日	平成25年8月26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）】

共生やよりそいを理念に家庭的な雰囲気の中でその人らしい生活を送っていただく為、職員が支援しています。 地域の行事への参加を積極的に行うとともに利用者様に季節を感じて頂ける行事・イベントを行う。 家族とのコミュニケーションを行い、どのように生活したいか等の要望を聞きケアプランに反映できるように取り組んでいる。

【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）】

グループホーム丹那（以下、ホーム）は、高台に位置し、海や地域の町並みが見渡せる見晴らしの良い場所にあります。神社や公園が隣接し、緑も多く自然に恵まれた環境です。法人が運営する他サービスの事業所が近くにあり、行事や防災における連携が図られています。ホームは、「共生」の場であることをめざして、台所からは調理の良い匂い、刻む音、人の気配が感じられる家庭的な環境を大切にされています。三食ともホームで食事を調理し、入居者の水分摂取にも工夫をされています。設立後5年が経ち、ホームの今後の取り組み課題について明確にしておられ、実践に向けて一歩ずつ努力されています。

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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階）					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏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。	理念については見やすい場所に掲示し、出勤時に利用者及び職員の前で理念の復唱を行っている。理念に沿ったケア実践ができるように毎月ミーティングにてケア会議を踏まえて話をしている。	ホームが「共生」の場所となるため、職員は家庭的な雰囲気を大切にされています。理念にも掲げられているように、穏やかで笑顔のたえない暮らしをめざして日々のケアにあたられています。	
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	町内会費を支払っています。町内会行事（とんど・盆踊り・秋祭り等）への参加は恒例行事として参加している。散歩等で地域の人にあつた場合挨拶を必ず行うようにし、交流できるように努めている。	夏祭り、とんどなど地域行事の多くが、ホームに隣接した公園で行われ、入居者も参加しやすく積極的に出向くことで地元の人たちとの交流を深めておられます。	
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。	地域の人へのアプローチは不足しているが認知症の人の理解については地域行事に利用者様と参加する事で少しずつでも理解を促している。開所5年のためグループホームがあるという認識は持ってもらえていると思われる。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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。	参加人数が少なく、現在消防署等の参加がまだできていない状況。平成24年は4回、平成25年は8月が第3回を予定している。今後も年6回を目指し実施していく。	会議は、これまで不定期に開かれていましたが、現在2か月毎に開催されています。参加メンバーを増やす努力をされ、家族の参加も徐々に増えています。家族向けに写真入りの会議報告書を作成し、全家族のもとへ送っておられます。	参加メンバー層の幅を広げる努力はされていますが、今後は、さまざまな立場の人たちからより多くの意見が得られるよう呼びかけの努力をされることを期待します。
5	4	○市町との連携 市町担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実績やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取組んでいる。	制度的な疑問や質問については電話連絡にて行っている。外部評価実施日でも質問を行い後日回答を頂きました。	必要に応じて問い合わせなどされており、それらについての回答を受けておられます。運営推進会議の案内、報告を毎回行っておられます。今後、評価結果も報告していかれることを確認しました。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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。	身体拘束の研修を年次研修計画に盛り込み業務委員が研修を行う。管理者は新しい情報に常に気をつけ補足説明等を研修時に行うようにしている。玄関の施錠は行わない。	身体拘束排除、虐待防止についてホーム内で職員研修が行われています。管理者が新聞、インターネットで知り得た事例をもとにして事例検討もされています。今年度は、各ユニットで職員を講師にした勉強会を実施されるなどレベル向上に取り組まれています。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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。	運営規程に明記すると共に職員研修を行い虐待の定義を再確認させた。研修項目にもあげ、新しい情報やニュースについても確認するようにしています。		
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。	後見人制度等については管理者が説明できるようにしている。職員研修を実施したが権利擁護について理解が難しいため職員については、そういう制度がある程度の認識でしかない。現入居者で同案件あり家族と連携をとり後見人制度の申請を行いました。		
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。	契約締結については管理者(兼務で苦情解決責任者)が行い説明を行っている。締結時に分からない事や疑問点については締結後でも質問等して頂けるように口頭で伝えている。		
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並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。	敬老会の日に家族会を実施し、意見聴取等を行う事になっています。運営に反映できるように家族会には会社の代表者等の参加を依頼。目安箱に意見を聞く用紙を設置し管理者出勤日に必ず確認している。	訪問時に家族から出される意見や要望に耳を傾け、運営推進会議への参加も呼びかけておられます。年1回、敬老会行事に合わせて家族会を開催し、代表者を交えて意見交換が行われています。玄関先の意見箱に入った意見には、ホームとしての返答書を掲示し、共有化を図っておられます。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	管理者が職員と会社の間で意見提案の調整を行っている。職員については個別の意見聴取のみでなく毎月1回ミーティングにて意見を聴けるようにし、職員との個別面談も実施しています。代表者とも管理者が月1回以上定期的に話す場(定例会議)を設けている。	ユニット単位で毎月定例ミーティングが開かれ、職員の意見、気づきを表す機会があります。また、管理者は職員の個別面談を定期的に行い、職員の思い、相談事を把握されています。	
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。	半期に一度処遇改善加算で一時金を支給しているが、常勤では勤務時間数のみでの支給要件でしかなく、キャリアパス要件は含めていない。雇用契約更新時には勤務時間の延長(パートから常勤等)、労務雇用に関する話し合いの場を設けている。		
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。	実践者研修や管理者研修の受講を促し、今後の管理者及び計画作成担当者候補を模索中。施設内研修は職員が交代で講師になり資料作成し研修を行っているが外部研修は参加できていない。		
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つくり、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。	地域間での情報交換は包括支援センターの所長を通じて連携を実施しているが不定期でまだ回数も少ない。他事業所に運営推進会議の参加を依頼したが断られた。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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。	事前面接で話を聴きそれを反映させたケアができるようにしケアプランを作成している。利用者様それぞれに担当職員を決め、アセスメント、モニタリングを定期的に行いケアの実践をしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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。	事前面接でも家族様の要望等は聞いているがサービス開始後に面会に来られた時など管理者もしくは担当職員が話をしている。また関係づくりとして偶数月に家族様に利用者様の状態を手紙で担当職員が報告している。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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。	入所に伴い必用とされるニーズ、サービスを検討し福祉面だけでなく医療面についても看護職員を踏まえ話をしている。面接は管理者と介護支援専門員で行い、サービスについても管理者と介護支援専門員が協同のもと対応を決め家族様に説明している。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	レクリエーション委員会を作り利用者様と一緒にできることを考えミーティングで話をしている。できるだけ時間を作り個別対応できる時間を増やしている。また理念である共生について日々考え介護している。		
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置かず、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。	できるだけ担当職員と話ができるよう時間を作るとともに家族と一緒にできる事も話をしている。家族に2ヶ月に1回手紙を送り利用者様の近況を報告したり、面会時に家族と一緒に写真を撮り部屋に飾っている。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	家族様以外の面会も実施し(家族の了解のもと)馴染のある関係が途切れないように家族とも話をしている。家で飼っていた犬を施設駐車場に連れてきて頂き接して頂いたり外出できるように家族に依頼している。	家族が愛犬を連れて訪問したり、時折自宅に戻って、家族と共に過ごす入居者もおられます。家族と共に思い出の地を訪れたり、馴染みの店で買い物をしたりと家族の協力を得ながらの支援をされています。	
		○利用者同士の関係の支援	レクリエーション等利用者様同士でできる		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		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。	事も視野に入れ関わりができるようにしている。レク委員は実施するレクリエーションについてミーティングで話をしている。洗濯たみ等実施し合い支え合えるように支援に努めている。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	契約終了後も49日法要など後に手紙がきた際連絡を取るなどしています。また退所時に一言添えて説明はするがフォローする体制はある。退所時援助加算の体制はできているが算定はしていない。		
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。	初期面接での資料等も活用し伝えられない利用者様については利用者様の代弁者として本人の対場になつて検討している。毎月1回実施しているミーティング等でも情報を共有し思いや意向を検討しケアプランに反映させている。	入居者一人ひとりの人生、長年勤めてきた仕事や趣味について情報を把握し、ホームでの暮らしの場面にも活かしておられます。行事の際の生け花など入居者の手によって飾られています。	
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。	初期情報だけでなく家族様からの情報収集に努めている。担当職員が生活歴を把握し他職員が分からない時は担当職員より情報を得る。経過把握について定期的にモニタリングを行い、計画作成担当者と介護職でケア会議を実施している。		
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。	担当職員がメインになるもののその他の職員もミーティング等で情報を共有している。現状把握については介護職員だけでなく看護職員、ケアマネも把握するよう努めている。		
		○チームでつくる介護計画とモニタリング	ケアマネージャー及び計画作成担当者を	担当職員をはじめ、チームで連携し、	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	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。	中心に担当職員がモニタリングを行い介護計画を作成している。計画については看護師等の意見も踏まえるようにしている。現状にそくしているかはモニタリングやケア会議で議題としている。	担当職員をはじめ、本人をとりまく人たちの意見を聴取し、家族からの要望を取り入れたうえで介護計画がつくられています。モニタリングも定期的に行われ、半年毎に計画の見直しが行われています。	
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。	ケア記録には必要最低限のみ記載し、ケアに力をいれるようにしている。ケア記録の記載については施設内研修を行ったが、まだまだ不十分でありケア記録での現状把握が難しい感じである。情報の共有は職員の申し送りノートを使用している。		
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。	管理者と家族様が密に連絡をとることでニーズ把握が行えるとともに既存のサービス以外の知識も有しているため情報提供することができる。支援については計画作成担当者と密に連絡をおこなっている。管理者は苦情解決責任者も兼務している。		
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。	社会資源の活用は地域行事の参加のみであり公民館や小中学校行事・イベントへの参加は乏しい。保育園児の訪問が一度実施されたが継続実施は未定。今後も実施できるように調整中である。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 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。	契約時に主治医の選択を行って頂くと共に利用者様・家族様の意向によって協力病院以外での受診も可能としている。協力医である主治医は毎週往診されている。	協力病院医師による往診が定期的に行われ、ホーム看護師と連携しながら体調管理が行われています。長年のかかりつけ医を受診する人もおり、希望が尊重されています。歯科についても歯科衛生士同伴で訪問診療が実施され、早めの治療、義歯調整など行われています。	
		○看護職員との協働	看護師への連絡については管理者を通じ		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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。	で行っているが介護職員が直接報告することを拒むものではなく密に連携がとれている。 看護師については夜間帯や休日なども24時間連絡体制がとれるようになっている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、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。又は、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。	主治医及び協力医療機関については管理者と看護師を窓口として相談・指導が受け入れられる体制ができている。重度化に伴い受け入れ病院の紹介や情報提供等も行ってくれるとともに必要がある場合は家族への病状説明及び治療計画についても説明をしてくれる。		
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。	看取りについての意向調査アンケートを実施したが意向調査のみで体制や看取りでの詰め合わせは現在まだできていない。 看取りについての研修は今年度研修内容に含めていないため次年度研修に入れる予定。	入居時に、緊急時、及び重度化した場合の対応について家族から希望を聞いておられます。看取りについてアンケート調査を実施されていますが、その段階となった時に家族としっかり話し合うという方針を持っています。職員の対応能力を高めるため、看取りについて研修に参加される予定です。	
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。	マニュアルの整備、連絡体制を確立している。2ユニットの利点を生かし経験が少ない職員については別のユニットへの応援や管理者への連絡をするように決められている。処置については基本看護師対応、24時間連絡体制にて処置の指示行う。応急手当について研修は未実施です。		
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。	火災訓練時に天災を想定し避難訓練を行っている。災害についてはマニュアル作成しているが地域との協力体制は現在確立できていない。消防署との協議では水害予想地域ではなく、予想されるのは土砂災害ではあるが危機性は薄い。	災害時に地域との協力体制を築くため地域消防団、自治会へのはたらきかけを行っておられますが、まだ具体的に話しが進んでいません。今年度の災害訓練は消防署の指導を受けながら、隣接の2ホームと合同で実施される予定です。	災害時における地域との協力体制について、ホームでも課題とされています。今後は、引き続き協力の呼びかけを行い、実践に繋がられるよう期待します。
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
36	14	○一人ひとりの人格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。	個人情報保護についての研修は昨年度は実施済み。今年度は2月に実施予定。職員同士で悪い声かけについては注意できるようにしているが改善が見られない場合は管理者と個別に面談することを職員には伝えている。	入浴や排泄介助時に同性介助を希望する入居者には意向に沿った対応をされています。不適切な言葉かけがあった場合、職員同士で互いに注意しあうとともに、管理者との面談時に個別に話し合いが持たれています。	
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。	発語を促すケアを目指し、レクリエーション等では嚙下体操や歌を行っている。自己決定できるように2つから選ぶような声かけを心掛けているが認知度により選択できない場面が増えてきている。。		
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。	転倒リスクの高い利用者様を最優先してケアにあたっているため個別での対応まで至っていない。生活が単調化しないように役割をもって洗濯物たたみ等実施。天気良ければ散歩を取り入れ会話する時間を少しずつ増やしていった。		
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。	顔拭や洗面、髭剃り等個別に援助している。化粧水を使用されている利用者様もおられる。雛祭りでは口紅を塗ってもらいました。		
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。	楽しみがもてるよう食器への盛り付けを考えて提供している。献立は施設内で同じものではあるが好みを把握し献立を決める職員に情報提供し加えてもらっている。洗い物を手伝ってくれる利用者様もおられる。	家庭の味、調理の匂いを大切にされ、食事作りは職員が交代で担当されています。ホームの菜園で採れた野菜が食卓にあがることもあり、食器類も個人の持ち物が使用されています。時間をかけてゆっくり食事をする人もおり、苦手な食材には代替食で臨機応変に対応されています。	
		○栄養摂取や水分確保の支援	食事量や水分量については転機し職員が		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		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。	把握できるようにしている。また摂取量低下等については看護師に相談しDrへ報告という流れができている。一人ひとりの状態に合わせた食事形態(キザミ等)での支援をし嚥下状態の悪い利用者様には寒天ゼリーで水分摂取をしている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。	口腔ケアは毎食後行い、義歯使用者は毎日夕食後にポリデントにて消毒をする。また週1回訪問歯科受診があり治療についての相談やケアをして頂いている。実施内容について治療が必要な場合は管理者からご家族様への説明や訪問歯科医より手紙を書いてもらい送付している。		
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向けた支援を行っている。	毎月のオムツ使用料を表にし前月との使用料の違いを確認している。排泄パターンを把握し、可能であれば日中のリハビリパンツを布パンツ対応としている。食後は必ずトイレに座って頂くように支援している。尿意・便意について徐々に低下はみられている。	一人ひとりの排泄傾向を把握しながら、自立に向けた排泄支援に取り組まれています。日中は可能な限り布パンツにパット使用、トイレへの声かけ誘導を実践されています。排泄記録をとり、便秘予防や体調変化を見守られています。	
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。	看護師の指示の下に排便コントロールを行っている。職員は排便の有無を記載しマイナス何日かを報告している。排便を促すため寒天ゼリーを食べてもらうよう支援している。食後のトイレ誘導し腹部のマッサージなども行っているが便秘時は服薬に頼っているのが現状である。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている。	夜間浴等を行えていないが入浴の順番等配慮している。入浴剤やゆず等で入浴が楽しく入浴できるように支援している。入浴日については職員の都合にて決めているため、あまり自由とはいえない。7月より週3回の入浴・シャワー浴を実施しています。	職員によるマンツーマンの入浴介助であるため、会話が弾むことがあります。昔話をしたり鼻歌気分となるような入浴を心がけておられます。入居者の希望を尊重し、同性介助も行われています。	
		○安眠や休息の支援	昼食後に昼夜逆転傾向にならない程度の		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		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。	仮眠は行っている。昼食後等ベッドへの臥床を行い座りっぱなしや下肢浮腫の軽減に努めている。気持ち良く寝て頂くため布団は1週間に最低1度は寝具の洗濯及び布団干しを行い、パジャマは週2回洗濯し安眠できるように支援している。		
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。	服薬については訪問薬剤師に指導を受け管理・投薬を行っている。また服薬の管理は鍵のできる場所へ保管し在庫管理も薬剤師が定期的におこなっている。介護職から看護師・管理者への報告で薬効を確認、主治医への報告を密にしている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている。	気分転換として散歩や外気浴を行っている。毎月何か行事・イベントを行楽しんで頂けるように支援している。行事等の写真を施設内掲示し家族や利用者様に見て頂いている。役割については不十分に思われる。		
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。また、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。	外出支援としては散歩程度であり外出支援について今後検討課題であり家族や地域を踏まえたケアを運営推進会議や家族会等で議題に上げて行きたいと考えている。本人の希望を把握して外出できるようにしていきたい。	重度化が見られる入居者もあり、遠出が難しい状況となっていますが外出することのメリットは大きく今後の課題とされています。家族の協力を得て外出外泊する人もあります。天気の良い日には近くを散歩したり、外気浴を取り入れておられます。	今後は、外出支援のあり方などについて検討し、柔軟に対応できるよう期待します。
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。	個人での金銭管理は行っていない。使用する場合は立替を原則としている。無くなっても良いという条件で居室に財布を持っている利用者もいますが中身は小銭程度。使えるように支援はしていない。		
		○電話や手紙の支援			

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		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。	電話や手紙については利用者様の希望があれば出来る様に支援するが現在行っていない。家族より手紙あれば本人に渡し見て頂いている。		
52	19	○居心地の良い共用空間づくり 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。	季節が感じれるよう掲示物の工夫をしている。トイレの匂いについては薬剤や消臭剤を使用し不快にならないようにしている。空調の掃除で共有部分の温度調整や省エネには配慮している。対面キッチンのため食事作り時の匂いや音が分かる設備になっている。	空調設備の掃除、念入りなトイレ掃除、悪臭のない空間づくり、寝具をこまめに干したりと清潔保持に努めておられます。菜園を眺めたり、外気浴用に庭先にはベンチが置かれ、木々や草花など自然が味わえる空間があります。	
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。	廊下には椅子と机を設置し居室以外での話が出来る様にし、家族や利用者様同士よく話をされている。共有空間ではソファや置コーナーを設置し環境整備に努めている。座席について仲の良い人の近くに座ってもらえるよう配慮している。		
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。	居室は使い慣れたものを置いてもらうように家族へ話をしている。できるだけ殺風景にならない様に賞状や誕生日の写真・色紙をはり自分の部屋であるという認識を促している。表札を追加している部屋もあり自分の部屋だという認識を持ってもらうようにしている。	それぞれの入居者にとって居心地良く過ごせるように居室づくりが行われています。家族写真が壁いっぱい貼り、いつも家族と一緒にいる気分を味わう入居者もおられます。収納クローゼットには生活用品や本人が大切にしている物が沢山持ち込まれています。緊急時の個別対処方法を居室の壁に貼る人もおり、持病のある人に対して迅速適確に対応できるよう工夫されています。	
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」や「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。	設備面ではバリアフリーや、手すりの設置等で安全に生活できるよう配慮されている。トイレや風呂場について分かるように明記されているため工夫はされているが不十分だと思われる。		

V アウトカム項目（1階）			
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。	○	①ほぼ全ての利用者の ②利用者の3分の2くらい ③利用者の3分の1くらい 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	○	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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
60	利用者は、戸外への行きたいところへ出かけている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
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ます	○	①ほぼ全ての家族と ②家族の3分の2くらいと ③家族の3分の1くらいと ④ほとんどできていない
			①ほぼ毎日のように

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	○	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やとのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている	○	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、生き活きと働けている	○	①ほぼ全ての職員が ②職員の3分の2くらいが ③職員の3分の1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3分の2くらいが ③利用者の3分の1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3分の2くらいが ③家族等の3分の1くらいが ④ほとんどできていない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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（2階）					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏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。	出勤時に利用者及び職員の前で理念の復唱を行っている。理念に沿ったケア実践ができるように毎月ミーティングにてケア会議を踏まえて話をしている。		
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。	町内会行事（盆踊り・秋祭り等）への参加を積極的に取り入れている。とんどでは地域からぜんざいを頂いたりと徐々にグループホーム丹那として知名度は得てきている。散歩等で地域の人にあつた場合挨拶を必ず行うようにし、交流できるように努めている。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	地域の人へのアプローチは不足しているが認知症の人の理解については地域行事に利用者様と参加する事で少しずつでも理解を促している。地域包括支援センター主催で民生委員と話す機会が毎年1回はあるが主催で勉強会などは実施できていない。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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。	現在消防署等の参加がまだできていない状況。玄関前に日めくりカレンダーを設置し運営推進会議の日程を告知し、会議録は請求書と併せて送付している。年6回開催できるように努力はしている。		
5	4	○市町との連携 市町担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実績やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取組んでいる。	制度的な疑問や質問については電話連絡にて行っている。市役所担当者についても親身に指導して頂いている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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。	身体拘束については運営規程に明記するとともに職員研修を行い身体拘束をしないケアに取り組んでいる。管理者は新聞記事やネットで身体拘束について最新の情報を得るように心がけている。研修では職員が講師となり資料作成をさせることにより理解を促している。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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っている。また職員同士でも注意し合い、改善しなければすぐに管理者への報告をするよう指導している。	運営規程に明記すると共に職員研修を行い虐待の定義を再確認させた。記録や報告書等管理者が必ず確認し見過ごされないように注意を払っている。また職員同士でも注意し合い、改善しなければすぐに管理者への報告をするよう指導している。		
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。	職員への研修として施設内で年次研修計画書にて予定している。管理者は基礎的な制度把握等でできている状況にあり、専門家等との連携にて家族に助言できる体制にある。		
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。	契約締結については管理者(兼務で苦情解決責任)が行い説明を行っている。締結時に分からない事や疑問点については締結後でも質問等して頂けるように口頭で伝えている。		
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並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。	敬老会の日に家族会を開催し意見聴取等を行う事になっている。運営推進会議でも家族に出席を促し意見が聞けるようにしているものの出席率は低い。意見反映を外部者へ表せる機会は運営推進会議のみである。		
		○運営に関する職員意見の反映	管理者が職員と会社の中間で意見提案の		

自己 評価	外部 評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて 期待したい内容
11	7	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。	調整を行っている。職員については個別の意見聴取のみでなく毎月1回ミーティングにて意見を聴けるようにしている。代表者とも管理者が月1回以上定期的に話す場を設けている。		
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。	職員の質や努力を反映させた形で半期に一度処遇改善加算による一時金を支給している。雇用契約更新時においては勤務時間の延長(パートから常勤等)、労務雇用に関する話し合いの場を設けている。現在就業規則及び給与規程を変更するため社労士等と協議中。		
13		○職員を育てる取組み 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。	実践者研修や管理者研修の受講を促し、今後の管理者及び計画作成担当者候補を模索中。施設内研修については年間で題目を決め月1回実施している。		
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つくり、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組みをしている。	協力関係にある他施設への相談や訪問等実施している。地域間での情報交換は包括支援センターの所長を通じて連携を実施しているが不定期でまだ回数も少ない。運営推進会議に他施設の参加を地域包括支援センターを通じて依頼するも良い返事得られず。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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。	事前面接で話を聴きそれを反映させたケアができるようにしている。利用者様それぞれに担当職員を決め、利用者様のニーズ把握及び信頼関係ができるように努めている。管理者は、できるだけ利用者様個々との会話ができるように時間をとっている。担当職員から管理者への報告を指示している。		
		○初期に築く家族等との信頼関係	事前面接でも家族様の要望等は聞いてい		

自己 評価	外部 評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて 期待したい内容
16		サービスの利用を開始する段階で、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。	るがサービス開始後に面会に来られた時など管理者もしくは担当職員が話をし話をしている。また関係づくりとして定期的に家族様に利用者様の状態を2ヶ月に1回手紙で担当職員が報告している。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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。	入所前に必ず事前面接を行い、グループホーム利用だけでなく他のサービス利用や、在宅での生活が可能であるかの検討を入所判定会議で行う。入所に伴い必用とされるニーズ、サービスを検討し福祉面だけでなく医療面についても看護職員を踏まえ話をしている。ケアプラン作成し家族に同意を得ている。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	担当職員がミーティング等にて一緒にできる事を分析し一緒に何かすることで関係作りに努めている。また理念である共生について日々考え介護している。介護度があることで集団レクリエーション等難しくなっている。個別に洗濯物たたみ等やってもらっている。		
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置かず、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。	できるだけ担当職員と話ができるよう時間を作るとともに家族と一緒にできる事も話をしている。できるだけ関係のある職員(勤務年数のある)とも家族が話できる時間を設けている。家族面会時に一緒に写真を撮り居室に貼ったり、面会を増やしてもらうよう促している。		
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。	家族様以外の面会も実施し(家族の了解のもと)馴染みのある関係が途切れないように家族とも話をしている。馴染みのある場所については家族様と外出できるように支援はするものの実施ができていない。		
		○利用者同士の関係の支援			

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		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。	レクリエーション等利用者様同士でできる事も視野に入れ関わりができるようにしている。 洗濯たたみ等実施し合い支え合えるように支援に努めている。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	契約終了後も49日法要など後に手紙がきた際連絡を取るなどしています。また退所時に一言添えて説明はするがフォローする体制はある。現在在宅復帰はなく契約終了後は病院への入院か特養・老健への入所であり、その際は情報提供書にて情報提供している。		
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。	初期面接での資料等も活用し思いや意思を伝えられない利用者様については利用者様の代弁者として本人本位で検討している。ミーティング等でも情報を共有し思いや意向を検討している。		
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。	初期情報だけでなく家族様からの情報収集に努めている。担当職員が生活歴を把握し他職員が分からない時は担当職員より情報を得る。経過把握について定期的にモニタリングを行っている。		
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。	担当職員がメインになるもののその他の職員もミーティング等で情報を共有している。現状把握については介護職員だけでなく看護職員、ケアマネも把握するよう努めている。		
		○チームでつくる介護計画とモニタリング	ケアマネージャー及び計画作成担当者を		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	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。	中心に担当職員がモニタリングを行い、介護計画を作成している。計画については看護師等の意見も踏まえるようにしている。現状に即しているかはモニタリングやケア会議で議題としている。		
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。	ミーティングにて情報の共有を行うとともに介護計画の見直しについてもミーティングの議題としている。職員間の情報共有は申し送りノートも使用し出勤前に確認してから業務にあたるようにしている。		
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、その時々にも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。	管理者と家族様が密に連絡をとることでニーズ把握が行えるとともに既存のサービス以外の知識も有しているため情報提供することができる。支援については計画作成担当者と密に連絡をおこなっている。外部介護サービスは現在は使用していないが必要性があれば検討し利用していく。		
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。	社会資源の活用は地域行事の参加のみであり公民館や小中学校行事・イベントへの参加は乏しい。保育園児の訪問は一度行ったが今後も行えるよう調整中。ボランティアによる演奏会など徐々に取り入れている。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 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。	契約時に主治医の選択を行って頂くと共に利用者様・家族様の意向によって協力病院以外での受診も可能としている。かかりつけ医とは看護師を中心に連携がとれており入院や受診時に主治医より紹介状も書いて頂いている。		
		○看護職員との協働	看護師への連絡については管理者を通じ		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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。	で行っているが介護職員が直接報告することを拒むものではなく密に連携がとれている。 看護師については夜間帯や休日なども24時間連絡体制がとれるようになっている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、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。又は、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。	主治医及び協力医療機関については管理者と看護師を窓口として相談・指導が受け入れられる体制ができている。重度化に伴い受け入れ病院の紹介や情報提供等も行ってくれるとともに必要がある場合は家族への病状説明及び治療計画についても説明をしてくれる。		
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。	看取りを行ったことのある職員の話を研修時に行い今後看取りについての体制を強化していく。また救命講習を秋に開催する予定。家族とは看取りについて経過をみながら随時話をしていく。初期段階での意向は調査済み。		
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。	マニュアルの整備、連絡体制を確立している。2ユニットの利点を生かし経験が少ない職員については別のユニットへの応援や管理者への連絡をするように決められている。救命講習秋に受講予定。業務中に看護師等に問題をだしたり助言をしたりしている。		
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。	火災訓練時に天災を想定し避難訓練を行っている。災害についてはマニュアル作成しているが地域との協力体制は現在確立できていない。町内会長を通じて調整中。すでに他施設との連携をしているとのことなので参考にし今後調整予定。		
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
		○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保	個人情報保護についての研修は実施済		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
36	14	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。	み。場面場面を想定した事例検討会はまだ実施できていないが声掛けについて狎れ合った声掛けがないか職員同士で注意できるようにしている。平成25年度の研修は2月に実施予定。		
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。	日々のコミュニケーションで心がけているものの認知症の進行により表現できない場合は職員間で利用者様の立場にたって考える等の取り組みをミーティングにて話しあう。		
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。	職員のタイムスケジュールはしっかりと決めてたいが時間に幅をもたせ利用者様との個別対応時は他の職員がフォローするようにしている。毎日少しでも利用者様との対話ができるように入浴時、食事時、掃除時入浴がない日等利用者様と対話ができるよう時間を作っている。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している。	更衣時に利用者様に服を選んで頂くような声かけを行っているが表現できない利用者様へは職員が決めている。洗濯を小まめに行い清潔保持を保っている。女性の利用者様に雛祭の時は化粧して頂いた。		
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。	献立に利用者様の好みのメニューを取り入れ提供している。食事を楽しんでもらえるように盛り付けを工夫したり茶碗や箸等は個人のものを使用してもらい、食べやすい位大きさにする等の工夫をしている。嚥下訓練や往診歯科を取り入れている。		
		○栄養摂取や水分確保の支援	日々の水分量1000ml以上摂取して		

自己 評価	外部 評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて 期待したい内容
41		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。	一日の水分量1000ml以上摂取してもらうようしている。水分が摂りにくい飲みにくい利用者様にはゼリーにて水分補給をしてもらう。職員は食事量・水分量の把握を行い摂取できるよう声かけや介助を行っている。必要時は点滴等も使用している。		
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に、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。	口腔ケアは毎食後行い、義歯使用者は毎日夕食後にポリドントにて消毒をする。また週1回訪問歯科受診があり治療についての相談やケアをして頂いている。施設内研修予定で口腔ケアの必要性について職員に徹底していく予定。		
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向けた支援を行っている。	毎月のオムツ使用料を表にし前月との使用料の違いを確認している。排泄パターンを把握し、可能であれば日中のリハビリパンツを布パンツ対応としている。食後は必ずトイレに座って頂くように支援している。		
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。	看護師の指示の下に排便コントロールを行っている。職員は排便の有無を記載しマイナス何日かを報告している。排便を促すため寒天ゼリーを食べてもらうよう支援している。食後のトイレ誘導は必ず行い、職員によは腹部マッサージを行ったり、廊下歩行してもらい排便を促している。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている。	夜間浴等を行えていないが入浴の順番等配慮している。入浴日については職員の都合にて決めているため、あまり自由とはいえない。7月から9月始めまでは週3回の入浴を実施し1日に入浴する人数は減らすことで一人ひとりの入浴に時間がとれるようにしている。		
		○安眠や休息の支援	夜間良眠できるよう日中の運動量を増や		

自己 評価	外部 評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて 期待したい内容
46		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。	すように廊下を歩いてもらうなど行っている。できるだけ服薬に頼らない方向で進めているが昼夜逆転しないようDrやNs、薬剤師等と連携をとっている。シーツ交換は週1回行い、失禁時等随時交換している。		
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。	服薬については訪問薬剤師に指導を受け管理・投薬を行っている。また服薬の管理は鍵のできる場所へ保管し在庫管理も薬剤師が定期的におこなっている。看護師との協議により薬効がない場合は薬の変更や中止をDrに伝えるなどを行い過剰投薬がないようにしている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている。	ボランティアによる演奏会や毎月の行事などへの参加あるもの日々となると難しい。気分転換は施設周りへの散歩や外気浴、歌のレクリエーションくらいであるため課題ではあるが徐々に身体能力の低下がみられ難しくなっている。		
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。また、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。	外出援助は散歩や外気浴しかできておらず、下肢筋力の低下も見られる。地域行事では車椅子使用の利用者さまにも参加して頂いているが本人が希望するような外出はできていない。家族協力を敬老会等で議題にし提案していく。		
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。	個人での金銭管理は行っていない。原則施設立替であり金銭預かりはしない。夏祭りや秋祭りの時は施設のお金で買い物して頂いた(ヨーヨーと飲み物)。お金を使用する機会がないため今後何か考えたい。		
		○電話や手紙の支援	電話や手紙については利用者様の希望が		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		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。	あれば出来る様に支援するが現在行っていない。面会の少ない利用者様が電話や手紙のやり取りができるように字や絵を書くレクリエーションをし、部屋に飾ったり送付したりしている。		
52	19	○居心地の良い共用空間づくり 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。	施設内の匂い対策は薬剤の使用や定期的に換気を行っている。掃除時に掃除機使用し、モップ拭きやハイターでの消毒を行っている。壁紙に行事での写真を貼り、季節を感じれるような飾り付けに力をいれている。		
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。	廊下には椅子と机を設置し居室以外での話ができる様にし、家族や利用者様同士よく話をされている。共有空間ではソファや畳コーナーを設置し環境整備に努めているが畳コーナーの使用はほとんどされていない。		
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。	居室は使い慣れたものを置いてもらうように家族へ話をしている。できるだけ殺風景にならない様に賞状や誕生日の写真・色紙を貼っている。ボランティアの方に頂いた福来朗(フクロウ)は全室ドアに貼っている。女性部屋のプレートには母の日に手作りのカーネーション1輪飾っている。		
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」や「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。	バリアフリーでの造りにはなっているため車椅子やシルバーカーの使用ができるようにしている。車椅子使用者は自走はされないがシルバーカーを押して自力歩行される利用者様もおられる。トイレや居室が分かりにくい利用者様には声かけなどで対応している。		

V アウトカム項目（2階）			
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。	○	①ほぼ全ての利用者の ②利用者の3分の2くらい ③利用者の3分の1くらい 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	○	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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
60	利用者は、戸外への行きたいところへ出かけている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
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ます	○	①ほぼ全ての家族と ②家族の3分の2くらいと ③家族の3分の1くらいと ④ほとんどできていない
			①ほぼ毎日のように

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	○	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やとのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている	○	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	○	①ほぼ全ての職員が ②職員の3分の2くらいが ③職員の3分の1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3分の2くらいが ③利用者の3分の1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3分の2くらいが ③家族等の3分の1くらいが ④ほとんどできていない

(様式3)

2 目標達成計画

事業所名 グループホーム丹那

作成日 平成 25 年 12 月 2 日

【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	1	新人職員が増えているという状況もあるため、理念の復唱に留まらず全職員が理念を共有し実践につなげていく。	全職員が理念に沿ったケア実践ができるようにする。	○新人職員についてはフォローアップ研修の実施を行う。 ○今までは朝礼時の復唱だったが、仕事に入る前に復唱を行う。	平成25年5月～ 平成26年4月
2	6	今後は、身体拘束防止の目的と意義をすべての職員が正しく理解できるように、研修を重ね、身体拘束をしないケアに取り込む。	身体拘束を行わないケアの実践。	○研修の実施と事例問題をミーティングで行う。	平成25年5月～ 平成26年4月 年1回以上の研修を行う。
3	33	重度化や終末期については、受け入れのための体制は整いつつありますが、今後は研修等を通じて職員はチームで支援できるよう取り組む。	重度化や終末期に向けた実施。	○医療との連携。 ○チームケアについての研修。 ○終末期・ターミナルケアの研修。 ○記録の整備。 ○他施設等で実施した事例検討会を行う。	平成25年5月～ 平成26年4月
4	36	事業所のプライバシーポリシーが定められていますが、今後は職員一人ひとりが場面ごとに声かけの際の注意点を考えて実行できるよう、さらに研修等を通じて取り組まれる期待します。	利用者を尊重した声かけの実践と制度の理解。	○法令順守と個人情報保護についての研修を行う。 ○仕事中、場面場面での声かけを想定した事例検討会を行う。	平成25年5月～ 平成26年4月

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。