

# 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	3990100863		
法人名	社会福祉法人 伊野福祉会		
事業所名	グループホーム ステラ		
所在地	高知県高知市棧橋通5丁目6-12 ステラ棧橋1階		
自己評価作成日	平成30年11月25日	評価結果 市町村受理日	平成31年3月7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)】

家事活動、楽しみな活動への参加等で、利用者を退屈させない関わり方に特に力を入れています。グループホームは家庭の延長で、のんびりゆったりと過ごしてもらうことが基本ではありますが、利用者個々の役割を見出し、できることの継続や、していたことの掘り起こしを回想法で行い、本人が現役で一番輝いていた時代を職員と共感する時間を大切にしたいと考えています。現在、曜日別にレクリエーションを計画し、日々活気ある活動と昼寝時間を確保したうえで、静と動のメリハリある1日を提供できることを目標としています。

当事業所の特徴は、女性限定であることです。高齢であっても、おしゃれや身だしなみへの気持ちを持ち続け、女性として生き生きとされていることです。また、介護事故やトラブル発生にも早期対応し、職員間の連携強化にも力を入れています。もちろん、利用者の声なき声にも耳を傾け、家族に代弁し、家族との関係性が保てるように支援しています。何事も迅速に行動し、早期対応に努めています。

※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	<a href="http://www.kajigokensaku.mhlw.go.jp/39/index.php?action_kouhyou_detail_2018_022_kihontrue&amp;JiyosyoCd=3990100863-00&amp;PrefCd=38&amp;VersionCd=022">http://www.kajigokensaku.mhlw.go.jp/39/index.php?action_kouhyou_detail_2018_022_kihontrue&amp;JiyosyoCd=3990100863-00&amp;PrefCd=38&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	高知県社会福祉協議会
所在地	〒780-8567 高知県高知市朝倉戊375-1 高知県立ふくし交流プラザ
訪問調査日	平成31年1月24日

## 【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

平成29年12月に運営主体が現在の社会福祉法人に変更となり、事業所名、利用者に変更はないが、開設2年目を迎えたばかりの事業所である。

事業所は高知市南部の市街地に位置する8階建てビルの1階で、同じ1階には、高齢者住宅の住民の安否確認とデイサービスを行う宅老所があり、2階以上は他法人運営の高齢者住宅となっている。

管理者は、昨年8月の異動で変わってきたグループホーム運営経験者で、職員と一丸となって、「個々の尊厳を保ちながら心にゆとりのある生活を支えるため、その人に合った柔軟なサービスを提供する」という理念を活かしたケアを実践している。

建物がバリアフリー対応になっていないため自力歩行ができる利用者限定していることから、介護認定度が低く、元気な利用者が多い。そのため、利用者個々のできることを新たに見出し、その力を伸ばしていくことを目指している。また、日々の散歩や外気浴のほか、季節の花見、外食等の外出支援にも積極的に取り組んでいる。

# 自己評価および外部評価結果

ユニット名:

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
1	(1)	<b>○理念の共有と実践</b> 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	地域住民と定期的に関わり、事業所内だけでなく活動できるように支援している。また、個々の能力を引き出し、役割定着のため、ケア内容として職員全体で共有し、取り組み実践している。	事業所理念は、運営主体変更前からのものを引き継いでいる。理念を利用者一人ひとりのケアプランに反映させていくことに努めているが、理念に関しての職員間での話し合いや、振り返りは行われていない。	管理者、職員とも日ごろから理念の実践を意識できるようにするために、職員会等の場で理念について話し合い、ケアに活かされているかの振り返りを行うことを期待する。
2	(2)	<b>○事業所と地域とのつきあい</b> 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	町内会に加入し、地域行事に参加している。また、敷地内に宅老所があるので、利用者はその中で行われるいきいき百歳体操や、喫茶に参加して、交流している。	町内会総会、一斉清掃、地域防災訓練等に参加している。上階の高齢者住宅住民がとっては、土産を持ってきてくれたり、事業所での手料理をお返しするなどの交流がある。	
3		<b>○事業所の力を活かした地域貢献</b> 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	地域貢献は不十分だが、高齢者住宅在住者への定期的な訪問相談を実施している。昨年12月からスタートし、最近では個別相談の声もかかるようになった。事業所での活動、認知症対応について運営推進会議で報告している。	/	/
4	(3)	<b>○運営推進会議を活かした取り組み</b> 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	運営推進会議の協議で、参加者の民生委員が中断した中学生ボランティアの来訪復活を積極的に働きかけてくれた。また、元看護師で講師として活動されている参加者からの助言を得て、利用者の水分摂取の工夫に取り組んでいる。	地域住民として、民生委員、上階の高齢者住宅在住の防火管理者、元看護師の参加があり、特に元看護師の委員からは、会議でケア実施上の様々な助言を得ている。会議録は分かりやすくまとめられているが、家族への送付が行われていない。	会議録写しを家族に送付し、家族の関心を高め、協力を得やすくするとともに、今回初めて受審した外部評価結果とそれに伴う目標達成計画についても協議し、外部からの意見を事業所運営に活かすことを期待する。
5	(4)	<b>○市町村との連携</b> 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	利用者の課題や、介護、医療保険でのサービス等について市介護保険課事業係りに相談している。また、南部高齢者支援センター担当者には、虐待防止の第三者委員委嘱が可能か相談している。	高知市介護保険課、高知市南部高齢者支援センターの担当者とは日ごろから連絡を取り合い、疑問点は何でも聞ける関係性がつづられている。	
6	(5)	<b>○身体拘束をしないケアの実践</b> 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	3ヶ月に一度、身体拘束について勉強会を実施している。また、身体拘束の研修参加した職員の報告で情報共有をし、身体拘束マニュアルに沿った、身体拘束のないケアに取り組んでいる。	職員全員参加の身体拘束廃止委員会を身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会として位置付け、3ヶ月に一度開催し、身体拘束をしないケアについて一から学習している。玄関は日中施錠せず、外出傾向のある利用者には見守りで対応するほか、スピーチロックの廃止にも意識的に取り組んでいる。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
7		<b>○虐待の防止の徹底</b> 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	職員全員で自分のケアを振り返る勉強会を実施している。3ヶ月に一度の身体拘束廃止委員会では、虐待防止も含め、職員全員で課題を出し合い、改善に向けて取り組んでいる。また、職員のストレスチェックを行い、職員が精神的にも安定して、良いケアができるように取り組んでいる。		
8		<b>○権利擁護に関する制度の理解と活用</b> 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	金銭管理が必要な利用者に対して市社会福祉協議会と連携し、支援している。		
9		<b>○契約に関する説明と納得</b> 契約の締結、解約また改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	相談時に事業所理念や概要を説明し、契約時には、契約書、重要事項説明書、利用料金、事業所での活動内容等を再度説明して、納得を得ている。また、重度化した場合の対応について不明な点がないか再確認して、書面で同意を得ている。		
10	(6)	<b>○運営に関する利用者、家族等意見の反映</b> 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	運営に関する家族の意見などを、運営推進会議の中で聞く機会を設けている。また、言うことをためらう家族には、気持ちを察してこちらから尋ねる配慮をしている。意見に関して対応可能かについて母体法人と相談のうえ、結果を報告している。	利用者、家族との関わりの中で意見を聞くことを意識して行っており、年1回の家族会では、家族だけで話し合う場も設けるようにしている。散歩をさせてほしいとの家族の意見で毎日の散歩をケアプランに取り入れるなど、意見を反映させている。	
11	(7)	<b>○運営に関する職員意見の反映</b> 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	現場の介護リーダーと連携して、各職員の要望や意見等についてリーダー会で検討し、スタッフ会で早期に改善できるように取り組んでいる。各職員の意欲向上につながるよう、管理者は職員の声に耳を傾けるように努めている。	職員からは、介護リーダーを通じてケアの細かい取扱いまで様々な提案がある。管理者は介護リーダーと協議して運営に活かすようにしており、業務配分の変更等につながっている。職員の異動、新規利用者の受け入れに際しても職員の意見を聞いている。	
12		<b>○就業環境の整備</b> 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	月2回スタッフ会を開催し、母体法人からは専務理事や介護室長が参加して、経営状況や職員異動等の情報交換を行い、職員の運営に関する意見提案等要望を聞いて、サービスの質の向上に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
13		<b>○職員を育てる取り組み</b> 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	事業所内外の研修に職員が参加できるよう、研修案内を回覧して、参加を促している。また、管理者として個々に必要な研修を推進している。		
14		<b>○同業者との交流を通じた向上</b> 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	他事業所との交流には努めているが、市のグループホーム連絡会への参加が不十分なので、今後積極的に参加できるように努める。		
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		<b>○初期に築く本人との信頼関係</b> 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	初期面接で本人の性格と個性を把握して、困っていることが正直に言えるタイプかどうかも見極めるよう努めている。入所後は、事業所に馴染むための関係づくりを仲介し、困っていること等も予測して、こちらから投げかけて安心した暮らしができるよう関わっている。		
16		<b>○初期に築く家族等との信頼関係</b> 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	家族構成や関係性等を確認し、家族の立場になって傾聴して、家族の負担が軽減できるように努めている。		
17		<b>○初期対応の見極めと支援</b> 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	介護計画作成において本人、家族の要望を確認して、困っていることへの対応が優先的にできるようにしている。また、事業所内で解決が難しい課題では地域に依頼し、協力を得ている。		
18		<b>○本人と共に過ごし支えあう関係</b> 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	各利用者の役割を通じて任せてできること、家事活動などをしてもらうことに対して、職員から感謝の気持ちを伝え、共に過ごし、助け合う姿勢を大切にしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	契約時には、入所後も家族との関係性が継続できるよう、家族が負担にならない程度の関わりをお願いしている。家族のこだわりや利用者への思いを汲み取り、良い関係性が継続できるように努めている。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	幼な馴染みの面会者や、入所前の行きつけの美容室、職場の同僚などの定期的な面会も気持ちよく迎えられるよう、支援している。	行きつけの美容院には家族と通い、五台山等の思い出の場所には事業所のドライブで赴いて、馴染みの場所との関係継続に努めている。友人、知人の訪問では、本人がすぐ分からないことがあったりするケースでは、職員が入って橋渡しを行うなどの支援により、馴染みの人との関係継続にも配慮している。	
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利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	各利用者の個性や他の利用者との相性を見極めて、必要に応じて席替えや居室変更等を行い、利用者同士の助け合いや、支え合う関係性が保てるようにしている。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係を大切にしながら、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	長期入院により退所した利用者へのお見舞いに行き、事業所での様子を報告したうえで、今後も多少でも支援継続ができるように伝えている。		
<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	利用者が話しやすい職員が人によって異なり、また、夜間帯で打ち明けてくれる利用者もいる。ふとした会話から本音が聞こえたりするので、スタッフ会で情報共有を図り、利用者へ寄り添うケアを行っている。	職員は、利用者との日ごろの関わりの中で各々の思いや意向を把握し、申し送りや職員会で情報共有して、ケアに活かすようにしている。記録の整備が不十分なため、利用者個々の思いや意向が部外者には分かりにくい。	入所時に把握した思いや意向は、その後変化していくことが少なくないので、利用者一人ひとりの思いや意向を一つの様式にまとめ、変化がある都度更新をすることで、職員間の情報共有を確実にし、よりケアに活かすことを期待する。
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	入所前の情報提供書や、家族、知人等本人をよく知る人から本人の生活歴を把握し、それをもとに本人に聞くことで、さらに掘り下げた内容が分かることがあるので、多少のヒントからでも本人をもっと知ることに努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
25		<b>○暮らしの現状の把握</b> 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	個々の能力把握に応じてできること、していること、できるけれどしていないことなど、過去できていたことは今はできないのか、本人の関心度を確認したうえで、できそうなことにトライして、本人の持つ力を引き出せるようにしている。		
26	(10)	<b>○チームでつくる介護計画とモニタリング</b> 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	定期的なモニタリング、アセスメント、介護計画作成時に本人、家族の意向を確認し、希望に沿ったケアが実践できるようにしている。そのために、ケアマネージャーが原案を作成し、スタッフ会で担当者会を行い、現状に応じた計画作成をしている。	モニタリングとアセスメントは、職員と一緒に管理者が行い、本人、家族の意向を踏まえたうえで、職員全員が関わってケアプランを策定している。見直しは原則6ヶ月毎だが、利用者毎に必要なに応じて頻度を高めている。利用者の状態に変化があった場合には、その都度見直している。	
27		<b>○個別の記録と実践への反映</b> 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	利用者の具体的な様子が分かるように記録の書き方を変更し、特に新たなケアの取り組みで様子が重要となるものは、サービス内容に【台帳記載】として統一を図り、誰が見ても分かるような記録の書き方を目指している。		
28		<b>○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</b> 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	高齢者の健康管理をする上で医療機関との連携は必須で、主治医や看護師に些細なことでも相談し、他事業所への紹介状を作成してもらい、訪問マッサージ等の柔軟な支援ができるように取り組んでいる。		
29		<b>○地域資源との協働</b> 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	行きつけの病院、スーパー、郵便局、消防、移動販売を利用している。利用者は特に買物を楽しみにしているので、一緒に出かけ、地域住民と触れ合う機会となっている。		
30	(11)	<b>○かかりつけ医の受診支援</b> 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	これまでのかかりつけ医を継続するか、事業所協力医をかかりつけ医として、適切な医療が受けられるようにしている。既往症のある利用者には、これまでのかかりつけ医の受診を勧めている。協力医には、月2回の往診のほか、必要に応じて受診対応をしている。	入所後利用者の希望で全員協力医を近隣の内科医をかかりつけ医とし、月2回の訪問診療を受けている。専門医への受診は家族対応だが、それが困難なときは職員が同行する。訪問診療の結果は家族に伝え、専門医受診時には情報提供書を手渡して、家族から結果を聞いている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		<b>○看護職との協働</b> 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	日ごろの様子と異なる場合は経過観察を行い、訪問看護師に連絡相談して、助言指導を得ている。		
32		<b>○入退院時の医療機関との協働</b> 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	利用者入院前には情報提供書で情報提供し、適切な治療方針と共に、早期診断、早期退院につながるように努めている。入院中はお見舞いに行き、多少でも精神的フォローができるようにしている。医師からブルーカード <sup>®</sup> を発行してもらい、使用している。		
33	(12)	<b>○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</b> 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	身体的な重度化に関しては、事業所環境がバリアフリーでないため、常時車いす移動の利用者は受け入れていない。精神的な重度化に関しては、専門的治療を優先した上で対応している。今後は、看取りなどにも対応できる事業所を目指したい。	重度化指針では、本人、家族の希望に応じて重度化、終末期の対応を行うとなっているが、利用者の介護度が低いこともあって、家族を含めて事業所で最期を迎えることを想定しておらず、看取りの体制も整備していない。将来の課題としては捉えており、職員の研修受講等を検討することとしている。	
34		<b>○急変や事故発生時の備え</b> 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	緊急時の対応マニュアルの勉強や、内外の研修参加、スタッフ会での勉強会を実施している。急変や事故発生時には、職員は落ち着いて行動できている。また、救急箱の管理と補充を行っている。		
35	(13)	<b>○災害対策</b> 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	上階高齢者マンションの防火管理者 宅老所職員が参加して、年3回、日中、夜間想定で火災、地震避難訓練を実施している。町内会主催の訓練への参加もしている。また、飲料水、食料備蓄の管理も行い、補充交換している。	消防署の立会を得て、事業所、高齢者住宅、宅老所合同での避難訓練を年3回実施しているが、高齢者住宅居住者以外の地域住民の参加もなく、災害対策について地域との協力体制が築かれていない。	南海地震到来時はもちろんのこと、夜間火災時の避難等、災害対策には地域住民の協力を得ることが不可欠であり、地域自主防災組織のリーダーに運営推進会議に参画してもらうなどして、災害時の地域との協力体制を構築していくことを期待する。
<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)	<b>○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保</b> 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	職員は利用者の人格を尊重し、個々のプライバシーや、自負していることへの共感を行うようにしている。親しくなると言葉かけも自ずと尊厳の気持ちが薄れてしまう可能性があるため、職員全員で意識して、利用者を敬う気持ちを忘れないよう努めている。	トイレ誘導時や失敗時の介護等で周囲に分からないような声かけ、介助の仕方を徹底することから始めて、利用者のプライバシー確保に努めている。職員は利用者と和嬉愛逢であるが、馴れ合いから敬う気持ちを損ねないよう、管理者は特に注意している。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
37		<b>○利用者の希望の表出や自己決定の支援</b> 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	ゆっくりと本人の気持ちが聞けるように、個別に関わって今の生活への思いや、興味のあること、不安なことを本人が言えるよう声掛けを行い、自己決定ができるように努めている。		
38		<b>○日々のその人らしい暮らし</b> 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	外出や食事の内容等、利用者の希望に沿って臨機応変に対応したり、何をしたいか個々の希望を聞き、その人らしさを大切に利用者中心のケアに努めている。		
39		<b>○身だしなみやおしゃれの支援</b> 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	職員と一緒にタンスの中の衣類から衣服を選び、鏡を見てもらうと、おしゃれな自分の姿を喜んでくれる。また、美容室に定期的に通うこともできるようにしている。		
40	(15)	<b>○食事を楽しむことのできる支援</b> 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	利用者の個々のレベルに応じて、食事の下準備や台所作業を手伝ってもらい、食後は自分の食器を各自が洗う習慣ができています。	利用者の希望を聞いて、職員が献立で、調理し、利用者は準備、後片づけでできることをしている。食材調達は近隣スーパーから毎日配達があるが、週1回程度は補充分を利用者と一緒に行き出しに行っている。職員は、利用者と一緒と同じものを食べている。	
41		<b>○栄養摂取や水分確保の支援</b> 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	食事、水分摂取量を確認し、不足がちな利用者への促しや、食事量が少ない利用者への栄養補助食品提供を行っている。個々の状態に応じて、量の加減や食べやすい形態にするなどの工夫をしている。		
42		<b>○口腔内の清潔保持</b> 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後、声掛けや介助で口腔ケアを行い、口腔内の清潔を保っている。また、毎月歯科医師を招き、利用者と一緒に関口腔衛生の勉強会をしている。		
43	(16)	<b>○排泄の自立支援</b> 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	排泄動作自立の利用者も稀に失敗があるので、確認して汚染パット交換の声かけをしている。訴えができない利用者は排泄パターンを把握し、トイレ誘導時に排泄を促している。自立者も全て排泄チェック表に記載して、排泄リズムを把握している。	利用者8名中布パンツ使用者1名、リハビリパンツにパッド併用者が5名で、紙パンツ使用者が2名いる。全員トイレでの排泄ができ、紙パンツ使用の2名の利用者については、トイレへの時間誘導と排泄介助をしている。	



自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	排便の有無の確認と水分摂取量を把握し、食欲や腹部張り等の観察をして、便秘していないか確認している。水分や繊維質の多い食材を提供し、運動を促し、それでも排便がない場合は主治医に相談して、服薬処方を検討するようにしている。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴を楽しみにしている利用者もいるため、利用者の状況や希望に応じて、一人ずつゆっくり対応している。また、入浴拒否の利用者も声かけの工夫を行い、気持ちよく入浴できている。	日曜日を除き毎日入浴できるようにしており、利用者の希望に合わせて入浴支援をしているが、平均週2回の入浴となっている。入浴拒否の利用者にも、声かけの工夫を行うことで入浴につなげている。	
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	利用者の年代や体調も様々で、その日の体調に応じて自ら居室で休息したり、いつもと様子が違うときには居室で休むように声かけをしている。また、ホールで傾眠している利用者には、声掛けを行い、居室で休むように促している。		
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	個々の服薬内容を把握し、服薬チェック表で服用後の確認して、誤薬事故予防に努めている。服薬変更時には、説明書を確認して薬局と連携している。利用者の体調の変化に対する服薬調整時には特に状態観察を強化して、継続の有無などを視野に入れている。		
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	定期的にあセスメントを行い、日々の暮らしの中で利用者が嬉しいとき、生き生きとしているときに聞き取りを行い、潜在していたことを思いだしてもらうことで、さらに楽しみが増えて気分転換ができるように努めている。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	定期的な家族と外出している利用者もいるが、ドライブ、花見などを事業所で行い、外出が楽しめるよう工夫している。また、高齢者住宅のマンション屋上や、事業所前広場を運動を兼ねて散歩して、外気浴ができるようにしている。	天気の良い日は毎日、利用者全員事業所の建物周辺を歩き、外気浴を楽しんでいる。外出支援は積極的に行われており、近隣スーパーへの週1回の買物のほか、毎月の季節の花見等のドライブや、2、3ヶ月に1回は外食に出かけている。家族と一緒に外出する利用者もいる。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		<b>○お金の所持や使うことの支援</b> 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	自分で管理したい利用者には金銭管理をしてもらい、買物でも自分で支払いできるように見守っている。		
51		<b>○電話や手紙の支援</b> 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	電話の希望があれば、職員が電話をかけて仲介を行い、相手が困らないように対応している。退所者と手紙のやり取りをしていた利用者もいる。年賀状を家族や知人に送る支援をしている。		
52	(19)	<b>○居心地のよい共用空間づくり</b> 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	玄関の外で、利用者と一緒に四季に応じた花を植える作業をしている。ホール内では手づくり作品の展示を行い、季節感を採り入れている。廊下には物を置かず、スムーズに歩行ができるようにしている。室内からトイレに入る際の眩しさ軽減のために、レースのカーテンをしている。	リビングには、利用者全員のぬり絵が季節に合わせて飾られ、和ませている。日中は、休息の時間帯を除いて全員がリビングに集まり、テレビを観たり、歓談している。居室、リビング、トイレ、浴室は直線的に配置されており、分かりやすく、移動も容易にできるようにになっている。	
53		<b>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</b> 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	建物の構造上共有スペースに少人数の集える空間がなく、そんなときのために、隣の宅老所の喫茶コーナーに気の合う利用者同士が誘い合い、歓談している。口ずさむ懐かしい唱歌や、季節を感させる飾り付けを行っている。生花は、常にテーブルに飾るようにしている。		
54	(20)	<b>○居心地よく過ごせる居室の配慮</b> 居室は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	使い慣れ親んだ家具や小物などを持参するよう、家族、本人に説明をしている。生活する上で不要な物はその都度聞き取り、模様替えなども利用者と一緒にいき、落ち着いて過ごせるように支援している。居室前に花の写真や手書きネームを掲示して、自分の部屋が分かるようにしている。	使い慣れた筆筒、机、いす等が持ち込まれ、好きな飾り物も飾られて、一人ひとりが落ち着いて過ごせる居室となっている。事業所としても、殺風景な居室にならないよう注意している。	
55		<b>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</b> 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	利用者定員を2名増加した関係から、テレビは壁掛けタイプ、机椅子などもコンパクトな福祉家具に変えて、利用者にあった福祉用具を使用している。		

ユニット名:

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目)							
項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印		項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○	1. ほぼ全ての利用者の	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. 利用者の2/3くらいの				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいの				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	64	グループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)		1. ほぼ毎日のように
			2. 数日に1回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある			○	3. たまに
			4. ほとんどない				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	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)		1. 大いに増えている
			2. 利用者の2/3くらいが			○	2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	66	職員は、生き活きと働いている (参考項目:11,12)		1. ほぼ全ての職員が
			2. 利用者の2/3くらいが			○	2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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				