

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	3771700790		
法人名	(株)たくま福祉サービス		
事業所名	グループホーム せとの家		
所在地	香川県三豊市詫間町詫間2073番地		
自己評価作成日	平成24年6月15日	評価結果市町受理日	平成22年9月24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.kaigokouhvu.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=3771700790&SCD=320&PCD=37
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人香川県社会福祉協議会
所在地	香川県高松市番町一丁目10番35号
訪問調査日	平成24年7月18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)】

近くに商店や神社・公共施設・海岸などがあり、天気の良い日は散歩に出かけたり、地域の方と触れ合ったり、買い物などで気分転換をしている。医療連携により健康管理を行うとともに、散歩することで下肢筋力の維持にも努めている。また施設に隣接している畑を借り、利用者と職員と一緒に野菜作りに取り組んでいる。家庭的な雰囲気の中で今できることをしながら日々の生活を続けられるよう支援している。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点】

理念を毎朝、利用者と一緒に唱和し、共有している。利用者と職員はいきいきと明るく穏やかな落ち着いた感じで、信頼関係が築かれている。家庭的な雰囲気の中で今できることをしながら、安全・安心な生活が続けられるよう利用者・家族の要望に応じて、職員は目配り、気配り、心配りをもって柔軟に対応している。医療連携が整備され、健康管理を行いながらの散歩、買い物・ドライブの実施は、気分転換と下肢筋力の維持になっている。運営推進会議を利用して地域の保育所との交流など、常に一步前進するサービスを目指している。ボランティアの受け入れや利用者の馴染みの関係が継続できるよう地域との交流を大切にに取り組んでおり、熱意がうかがえる事業所である。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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、生き生きと働けている (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、安心して暮らしている (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	グループホームせとの家(うらしま)	

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
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	地域密着型の事業所として毎日朝礼で利用者と一緒に理念を唱和している。職員も理念が共有できている。	理念「今日も一日元気に笑顔で暮らしましょ う・親切にしましょ・助けあい仲良くしましょ う」を毎朝、利用者と唱和している。職員は理 念を日々のケアに活かしている。	理念を事業所パンフレットや運営冊 子に記載すること等を通じて、理念が 職員間でより共有されることに期待し たい。
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられる よう、事業所自体が地域の一人として日常的に交 流している	自治会に加入し、地域の行事に参加した り、買い物や散歩時に地域の人と交流して いる。	自治会に加入し、買い物や散歩時に地域 の方と挨拶を交わしたり、地域の行事(掃除・ ゴミ出し)に参加し、日常的に交流ができるよ う努めている。また、大正琴のボランティアを 受け入れている。	
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	認知症サポーター事業に参加し、地域の 人々に理解を深めていただけるようにしてい 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	地域の民生委員・自治会長・保護司の方 などを会議に迎え、2ヶ月毎のサービスにつ いて報告や話し合いを行い、意見を取り入 れている。	2ヶ月ごとに運営推進会議を開催している。 有意義な意見交換の場となり、運営に反映さ れている。現在、詫間保育所と交流が始まっ 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取り組んでいる	管理者は何かあれば直ぐに市に相談し、 対応を協議している。		
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	身体拘束ゼロ、施錠ゼロを常に目指し実 践している。玄関は早朝から消灯まで解放 されている。	玄関は施錠しておらず、拘束ゼロのケアに 取り組んでいる。帰宅願望の強い時は職員 間の連携や、状況に応じて付き添いや見守り など安全面を確保しながら、自由な生活が送 れるよう支援をしている。	
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	実践の場で職員と話し合い、制止や禁止 の言葉に注意している。また接遇の勉強会 にも参加できるよう機会を持っている。		

グループホームせとの家(うらしま)

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	折りに触れミーティングの中で利用者を例にして話しているが、支援までは至っていない。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約時には十分な時間をかけ説明を行っている。特に退居時の話も利用料金などを中心に説明している。		
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	運営推進会議に参加していただき、市役所や民生委員とも話す機会を設け、家族が話しやすいように心がけている。	運営推進会議や面会時の声かけなど、日頃から家族の意見を聞けるように努め、運営に反映させている。	
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	月1回のミーティングで運営や経営に関して話し、職員から意見を聞けるようにしている。	管理者と計画作成担当者は、月1回のユニット単位のミーティングや常に意見を出しやすい雰囲気、職員の意見を運営に反映させている。	
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	休日や勤務時間の整備を毎年少しずつ行っている。		
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	毎年1回は研修に参加できるよう調整している。三豊市内の事業者協会の研修も取り入れている。		
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	香川県グループホーム・小規模多機能連絡協議会の研修に参加し、相互に訪問し、ネットワークを通じサービスの向上に努めている。		

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	入居が決まれば訪問し、状態把握や不安の軽減を図り信頼関係が築けるよう努めている。また在宅担当のケアマネージャーがいる場合は連携を取り、一緒に訪問し、安心に繋げる場合もある。		
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	入居申し込み時や入居の順番が来た時点で困っていることや要望を聴き取りし、信頼関係が築けるよう努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	相談時の状況に合わせ本人や家族にとって良い方法を一緒に考え、必要に応じ居宅支援事業者や他の施設を紹介している。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	利用者のこれまでの経験や知恵を教えていただき、共に支え合う関係作りに努めている。		
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	面会時等に状況を説明し、家族としての役割を果たしていただけるようお願いし、本人の生活を共に支えられるよう努めている。		
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	地域行事に参加したり、馴染みの美容院に行ったりしている。また家族や知人の協力により、時々自宅に帰り草抜きや墓参りをしたり、馴染みの温泉に行く利用者もいる。	地域の敬老会に参加したり、馴染みの美容院へ出かけている。家族や知人の協力を得て、墓参り、温泉へ行くなど馴染みの関係を継続できるよう支援している。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	個人を尊重すると共に利用者同志が共通の楽しみや目標を持ち、助け合い、支え合えるよう努めている。		

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
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	サービス利用終了後も、必要に応じ相談や支援を行っている。		
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	日常会話や家族からの情報により、本人の希望や意向を把握できるようにしている。また本人の思いを尊重し、その人らしい暮らしを支援できるようにしている。	日々の会話や表情から意向の把握に努め、その人らしい生活が送れるよう支援している。	
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	生活歴を把握したうえで、その人らしい生活環境づくりに努めている。		
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	バイタル、食事や水分摂取量、排泄・睡眠や日課など一日のリズムを記録し、状態把握に努めている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	本人や家族の意向を聞き、職員全体で話し合い介護計画に反映している。	利用者の状態や家族の意向を聞き、職員全体で話し合い介護計画を作成している。状態変化時は、その都度見直しをしている。	
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	個人のケース記録に日々の状況を記入し、問題があればミニカンファレンス等で話したことを申し送りノートで共有し、ケアの実践に努めている。		
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	ボランティアの訪問時には、同法人通所事業所利用者と一緒に参加し、交流を持っている。		

グループホームせとの家(うらしま)

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	朗読・歌・踊りなどのボランティアを定期的に受け入れている。		
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	かかりつけ医と家族間との連携を密にし、信頼関係を保てるよう努めている。また家族には分かりやすい説明を心がけ、本人家族が安心して過ごせるよう支援している。	利用者・家族の希望を大切に、かかりつけ医との連携を密にして、受診・往診など適切な医療が受けられるように支援している。	
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	スタッフからの状態報告により異常時は早期に受診できるよう支援している。医療連携をとり、健康管理票で問題を共有し指示・伝達している。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	かかりつけ医・医療機関・家族と連絡をとり家族が来るまで付き添い、利用者に安心していただけるよう支援している。入院中も医療機関と連携を取り、情報交換を行い、退院に向けての支援を行っている。		
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、事業所の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	かかりつけ医への報告を密にし、状態により医師より家族に状況説明を早期に行い、施設でできないことを説明している。利用者がその人らしくよい環境で日常生活を送れるようにチーム全体で共有し、支援している。	入居時に事業所での対応について利用者、家族に十分に説明をしている。状態によりかかりつけ医から家族にその都度、状況説明を行い、職員はその内容を共有し、支援している。	
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	急変時や事故発生時の対応マニュアルは作成しているが、定期的な訓練はできていない。緊急時連絡網により早期状況報告し指示を仰ぐとともに必要に応じスタッフへの応援依頼を行う。		
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2回の防火訓練をしているが、災害の訓練となるとまだまだである。地域の協力は得られるが、体制づくりまでには至っていない。	屋間の防火訓練は実施しているが夜間想定および地域の協力体制までには至っていない。災害時の非常用食料の準備については検討されている。	特に夜間想定訓練の実施と、運営推進会議を通して近隣の住民や地域自治会へ呼びかける等、協力体制構築への取り組みを期待したい。非常用食料・備品の準備も望まれる。

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
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	利用者のこれまでの生活や人格を尊重し、自尊心を傷つけない言葉かけを心がけている。申し送り時には近くで利用者があることもあり、個人名を使わずアルファベットで対応している。	利用者の人格を尊重し、自尊心を傷つけない言葉かけや対応をしている。申し送り時は、利用者の個人名を使わずアルファベットでの対応など気配りがうかがえる。	
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	利用者から希望を訴えてくることは少ないので、日常生活の中でその日の体調や気分を感じ取り、自己決定ができ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	その日の利用者の状況に合わせレクリエーションや散歩等を無理強いせず、できるだけ利用者の意向に添えるよう努めている。しかし、全員の希望は聞けず、職員の都合を優先することがある。		
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	散髪は地域の馴染みの理髪店に行く利用者もいればホームに来てもらう利用者等もあり、その人の希望に合わせている。更衣時は本人の希望を聞きながら衣服を選択するよう心がけている。		
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	食事の下準備(野菜の皮むきや切る)や盛り付け、洗い物など一緒に行っている。	食事の準備、盛り付け、後片付けなど、利用者の力量に応じて職員と一緒に楽しく行っている。1ユニットは配食サービスを利用している。	配食サービスを利用しているが、月1回でも事業所独自の献立を調理し、利用者と職員が同じものを食べる方向での検討が望まれる。
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	食事や水分量は個人ごとに記録し、健康管理をしている。栄養不足や脱水の恐れのある人は本人の好きな物で補っている。主食の量は利用者ごとに決め毎回量っている。		
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	介助の必要な利用者は、声かけや介助により毎食後、口腔ケアができています。義歯の方は週1回入歯洗浄剤にて洗浄している。		

グループホームせとの家(うらしま)

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、声かけや誘導にて支援している。またソワソワや立ち上がりなど、本人からのサインを見逃さないよう気を付けている。	個々の排泄パターンを記録し、声かけや誘導を行っている。多くは紙パンツを使っているが、利用者のサインを把握し排泄の自立にむけた支援をしている。	
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	水分不足にならないよう、また体操や散歩など運動を取り入れている。便秘の人には個別に排便体操や早朝空腹時の水分摂取や野菜ジュースなどを取り入れている。また排便の記録を取り、主治医に相談し、下剤を服用している利用者もいる。		
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	週3回入浴が楽しめるよう支援しているが、曜日や時間帯は職員の都合となっている。入浴日でも本人が入りたくないと言えば、日にちを変えるなど柔軟に対応している。	週3回、個浴で入浴を楽しめる支援をしている。利用者の意向によって入浴日以外でも楽しめるよう柔軟に対応されている。	
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	一人ひとりの状況に応じ、居室で静養したり、夜は本人の生活習慣に応じたスタイルで休んでもらっている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	薬の種類や用量に変更があった時は職員全員に周知し、理解に努めている。誤薬や飲み忘れが無いよう、利用者に手渡し飲めたか確認している。薬が変われば副作用などを注意している。		
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	利用者の状態に合わせ、洗濯干しや洗濯たたみ・食器洗い・盛り付け・畑仕事など役割を持ってもらい、張り合いや喜びのある生活が送れるよう支援している。またレクリエーション・散歩・ドライブなどで気分転換ができるようにしている。		
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	天気の良い日は散歩をしている。地域行事の参加や月に1～2回季節の花を見にドライブに出かけている。また本人の希望があれば一緒に自宅に帰ったりお墓参りに行くこともある。	散歩や地域の行事に積極的に参加している。月に1～2回はドライブに出かけ季節を感じている。また、希望があれば一緒に帰宅や墓参りなどの支援をしている。	

グループホームせとの家(うらしま)

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	金銭を手持ちしたい利用者は、家族の了解を得て職員が管理し、買い物の時に本人が支払えるよう支援している。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	本人の希望があれば電話をかけてもらう支援をしているが、手紙については希望がなくこちらからの取り組みも出来ていない。		
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	季節の花を生けたり、利用者と一緒に作った作品を壁に飾り付けしている。	行事の写真や利用者の作品が適度に飾られ、廊下の椅子やマッサージ機など、居心地よく過ごせるよう工夫されている。	
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	居間にはテレビやソファ・マッサージ機等を置き、思い思いに過ごせるようにしている。また廊下に長椅子を置き、個人が集中して好きな作業を行う場となっている。		
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	家から使い慣れた物や好みの物を持ってきたり、家族の写真や好きな歌手のポスターを貼ったり居心地良く過ごせるようにしている。	家族の写真や好きな歌手のポスターを飾ったり、使い慣れた調度品の配置など、利用者が過ごしやすいよう工夫されている。	
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	廊下・トイレ・洗面所などの必要な個所に手すりを取り付け、安全かつ自立した生活が送れるようにしている。また居室やトイレなどの入口に大きく名前を表示し、分かりやすくしている。		

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	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くらいが				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいが			○	3. 家族の1/3くらいと
			理念を事業所パンフレットや				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	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、活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. 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、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (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				

自己評価結果

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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	地域密着型の事業所として毎日朝礼で利用者と一緒に理念を唱和している。職員も理念が共有できている。
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	自治会に加入し、地域の行事に参加したり、買い物や散歩時に地域の人と交流している。
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	認知症サポーター事業に参加し、地域の人々に理解を深めていただけるようにしている。
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	地域の民生委員・自治会長・保護司の方などを会議に迎え、2ヶ月毎のサービスについて報告や話し合いを行い、意見を取り入れている。
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取り組んでいる	管理者は何かあれば直ぐに市に相談し、対応を協議している。
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	身体拘束ゼロ、施錠ゼロを常に目指し実践している。玄関は早朝から消灯まで解放されている。
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	実践の場で職員と話し合い、制止や禁止の言葉に注意している。また接遇の勉強会にも参加できるよう機会を持っている。

グループホームせとの家(おとひめ)

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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	折りに触れミーティングの中で利用者を例にして話しているが、支援までは至っていない。
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約時には十分な時間をかけ説明を行っている。特に退居時の話も利用料金などを中心に説明している。
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	運営推進会議に参加していただき、市役所や民生委員とも話す機会を設け、家族が話しやすいように心がけている。
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	月1回のミーティングで運営や経営に関して話をし、職員から意見を聞けるようにしている。
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	休日や勤務時間の整備を毎年少しずつ行っている。
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	毎年1回は研修に参加できるよう調整している。三豊市内の事業者協会の研修も取り入れている。
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	香川県グループホーム・小規模多機能連絡協議会の研修に参加し、相互に訪問し、ネットワークを通じサービスの向上に努めている。

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援			
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入居が決まれば訪問し、状態把握や不安の軽減を図り信頼関係が築けるよう努めている。また在宅担当のケアマネージャーがいる場合は連携を取り、一緒に訪問し、安心に繋げる場合もある。
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	入居申し込み時や入居の順番が来た時点で困っていることや要望を聴き取りし、信頼関係が築けるよう努めている。
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	相談時の状況に合わせ本人や家族にとって良い方法を一緒に考え、必要に応じ居宅支援事業者や他の施設を紹介している。
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	利用者のこれまでの経験や知恵を教えていただき、共に支え合う関係作りに努めている。
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	面会時等に状況を説明し、家族としての役割を果たしていただけるようお願いし、本人の生活を共に支えられるよう努めている。
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	地域行事に参加したり、馴染みの美容院に行ったりしている。また家族や知人の協力により、時々自宅に帰り草抜きや墓参りをしたり、馴染みの温泉に行く利用者もいる。
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	個人を尊重すると共に利用者同志が共通の楽しみや目標を持ち、助け合い、支え合えるよう努めている。

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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	サービス利用終了後も、必要に応じ相談や支援を行っている。
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	日常会話や家族からの情報により、本人の希望や意向を把握できるようにしている。また本人の思いを尊重し、その人らしい暮らしを支援できるようにしている。
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	生活歴を把握したうえで、その人らしい生活環境づくりに努めている。
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	バイタル、食事や水分摂取量、排泄・睡眠や日課など一日のリズムを記録し、状態把握に努めている。
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	本人や家族の意向を聞き、職員全体で話し合い介護計画に反映している。
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	個人のケース記録に日々の状況を記入し、問題があればミニカンファレンス等で話したことを申し送りノートで共有し、ケアの実践に努めている。
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	ボランティアの訪問時には、同法人通所事業所利用者と一緒に参加し、交流を持っている。

グループホームせとの家(おとひめ)

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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	朗読・歌・踊りなどのボランティアを定期的に受け入れている。
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	かかりつけ医と家族間との連携を密にし、信頼関係を保てるよう努めている。また家族には分かりやすい説明を心がけ、本人家族が安心して過ごせるよう支援している。
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	スタッフからの状態報告により異常時は早期に受診できるよう支援している。医療連携をとり、健康管理票で問題を共有し指示・伝達している。
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	かかりつけ医・医療機関・家族と連絡をとり家族が来るまで付き添い、利用者に安心していただけるよう支援している。入院中も医療機関と連携を取り、情報交換を行い、退院に向けての支援を行っている。
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	かかりつけ医への報告を密にし、状態により医師より家族に状況説明を早期に行い、施設でできることできないことを説明している。利用者がその人らしくよい環境で日常生活を送れるようにチーム全体で共有し、支援している。
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	急変時や事故発生時の対応マニュアルは作成しているが、定期的な訓練はできていない。緊急時連絡網により早期状況報告し指示を仰ぐとともに必要に応じスタッフへの応援依頼を行う。
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2回の防火訓練をしているが、災害の訓練となるとまだまだである。地域の協力は得られるが、体制づくりまでには至っていない。

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援			
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	一人ひとり性格や感じ方が違うので、その人に合った言葉かけをし、自尊心を傷つけないよう注意している。
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	個々に訴えがある場合はできるだけ希望に添えるよう支援している。また自己決定できない利用者には、本人が決められるような環境作りに努めている。
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	利用者の気分や体調を考慮し、希望に沿った対応ができるよう心がけている。
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	散髪は馴染みの店に家族と出かける利用者と、地域の美容室にホームに来てもらう方がいる。衣服の選択はその人の好みを重視しているが、季節感や気温などを踏まえて助言している。
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	会話の中で食べたい物の希望を聞き、メニューに取り入れる工夫をしている。漬物や梅干は利用者に教えてもらいながら一緒に作る。利用者の能力に合わせ、野菜の皮むきや配膳、盛り付け・洗い物などを一緒にしている。
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	食事・水分量は個人ケースに記録し、不足する場合は個々の利用者に応じた物で補っている。
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後声かけし、必要に応じ介助を行っている。義歯の方は、週1回洗浄液にて洗浄している。

グループホームせとの家(おとひめ)

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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	個人ごとに記録し、排泄状況が把握できるようにしている。個人ごとの行動パターンを把握し、便尿意を感じている様子があればトイレに誘導するよう努めている。
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	体操や散歩などの適度な運動を行い、水分も不足しないよう注意している。便秘の人には野菜や乳製品を取ってもらうようしている。
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	入浴日や時間は個人の都合に添えるよう努力しているが、職員の都合になっていることがある。入浴順はローテーションし、皆が一番風呂を楽しめるようになっている。週3回入浴できるようにしているが、毎日入っている人もいる。
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	午後の静養や就寝時間は利用者の体調や意思表示から読み取り、ゆったりと過ごして頂けるようにしている。
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	看護師により薬の管理はできており、説明書などもいつでも確認できる状態にしている。毎回職員が手渡しや介助を行い、誤飲や飲み忘れが無いようにしている。
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	家事や畑仕事など役割を持ち、張りのある生活が送れるよう支援しているが、できている人といない人とで偏りがある。
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	散歩やドライブには行くことができているが、個人の希望するところに行けている人は少ない。家族で外食される利用者もいる。

グループホームせとの家(おとひめ)

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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	お金を所持している人は少ないが、希望の物を買えるよう支援している。
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	希望があれば電話をかける支援をしたり、家族に電話で希望を伝えたりしている。
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	利用者の使い慣れた物や好みの物を持ちこんだり、思い出の写真を飾って居心地良く過ごせるよう支援している。
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	ソファやマッサージ機などで個々にくつろいだり、気の合う利用者同士が談笑できる空間もある。
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	利用者の使い慣れた物や好みのものを持ちこんだり、家族の写真や自分で作った作品を飾ったりしている。
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	廊下やトイレなどは手摺りをつけており、自立した生活が送れるようにしている。居室が分かりにくい利用者は、名前を大きく表示している。