

(様式2)

平成 23 年度

## 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	1571300431		
法人名	社会福祉法人吉田福祉会		
事業所名	グループホームひのくち		
所在地	新潟県燕市吉田7368番地		
自己評価作成日	平成23年10月11日	評価結果市町村受理日	

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

基本情報リンク先	<a href="http://www.n.kouhyou.jp/kaigosip/Top.do">http://www.n.kouhyou.jp/kaigosip/Top.do</a>
----------	---

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社団法人新潟県社会福祉士会		
所在地	新潟県新潟市中央区上所2丁目2番2号 新潟ユニゾンプラザ3階		
訪問調査日	平成23年11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)】

「グループホームひのくち」は、住宅・商店に囲まれ、生活のしやすい地域に建てられています。新しい住宅が、年々増えている地域で散歩をすれば、子ども達に会えるようなやさしい地域です。そんな地域で、ご利用者はなにより、散歩が大好きという生活を送っています。また、開設した年からご本人と家族の希望があれば、ホームでの看取りに取り組んできました。職員は、利用者を最後まで看取ることで、ご利用者から多くのことを学ばせていただいています。

### 【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)】

「グループホームひのくち」は住宅地の中にあり、近くにレストラン、ホームセンターや様々な商店があるほか、すぐそばを国道が通りJRの駅も近く、恵まれた環境にある。地域の自治会に加入し、利用者と回覧板を届けたり、ゴミ拾いなど自治会の仕事を行ったり、朝晩事業所で飼っている犬の散歩の際には挨拶を交わしたりと地域住民と自然な付き合いがなされている。地域の行事にも積極的に参加して地域の方と交流している。また、災害時などに協力してくれる「地域防災協力員」という体制も構築されている。

ホームの運営は、同法人の特別養護老人ホームはじめいくつもの介護サービス事業所と連携・協働しながら行われており、組織としての基盤も強固である。近くの開業医等の協力を得てターミナルケアにも取り組んでおり、利用者、家族と職員が良好な関係を築き、安心して終末期を事業所で過ごせるよう体制を整え支援している。

管理者、職員間のコミュニケーションが良く取れており、職員が意見や提案を出せる場、雰囲気作りが行われている。職員が日々の思いや考えを書き込める「なんでもノート」を用意し、そこに記入された内容を運営に活かしている。ホームの理念は職員全員で考え決めたものであり、見やすい場所に掲示し、迷った時にはその理念に立ち返りながら日々のケアに取り組んでいる。

## 自己評価および外部評価結果

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>理念に基づく運営</b>					
1	(1)	理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	開設時からの理念を、平成19年度にスタッフとともに作りなおした。それ以降、毎年スタッフとともに、理念の確認をしている。理念の大きな軸は、平成19年度から変わっていない。理念は、スタッフが意識できる所に掲示してある。ケアに迷った時には、理念に沿って考えるようにしている。	法人の理念の他に、職員に案を出し合っで作ったホームの理念がある。理念は宿直室やリビングに掲示し、日々のケアの中で振り返り、また、ケアに迷った時など、その理念に戻って考えるようにしている。	
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	日常的に、散歩や買い物・回覧板等のつながりで、顔見知りの関係ができています。地域行事への参加や、自治会のゴミ拾いなども協力している。ホーム利用者が、地域の一員でありたいと思っている。	町内会に加入して回覧板を届けたり、ゴミ拾いなどの自治会の仕事や民謡流し、長寿まつりなどの行事に参加したり、子どもたちがホームで飼っている犬を見に来たりと、地域の一員として自然な関係ができています。またホームの広報紙を回覧板で回して地域の方から見てもらっている。	
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	GHでの認知症ケアの実践から、知識や情報を「地域研修会」として、毎年各地域で実施し、発信している。		
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	運営推進会議では、メンバーから活発な意見が出され、その意見をホームの運営に活かしている。防災についても、運営推進会議の意見から、「地域防災協力員」という体制をつくり、避難訓練も地域とともに実施するようになった。	利用者、家族、自治会長、市の担当者らが出席し、2ヶ月に1回開催している。ホームの状況や取り組み等を報告するほか、毎回テーマを決めて意見交換が行われている。この会議での意見交換により「地域防災協力員」という体制ができ、地域の方と一緒に避難訓練を行っている。	
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	市の担当者には、毎回運営推進会議に出席してもらっており、ホームの状況を報告し、相談ができています。会議以外でも、ホームの状況に変化があった時には、常に報告・相談ができています。	運営推進会議に毎回市の担当者が出席し、ホームの状況について理解してもらっているほか、普段から報告・相談を行っており、何でも言える関係ができています。	

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
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	身体拘束はしていない。その方のリスクを、家族と共有すること、ホームでできることとできないことをプランで示すこと、現在の状況を常に家族と共有できていることで、身体拘束をしないケアが実践できている。	新任職員には新任職員研修で身体拘束について説明している。また、管理者が日常のケアの中でその都度気づいたことを伝えたり指導するようにしている。日中、玄関の鍵はかけず、職員間の見守りにより対応している。	身体拘束のないケアが実践されているが、振り返りや確認の意味からも、新任時だけでなく、定期的に身体拘束についての研修等が行われることを期待したい。
7	(5-2)	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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待の研修は、事業所で実施している。また、「虐待は特別なことではない。」と自覚し、介護現場におけるグレーゾーン虐待について、またスタッフの介護現場について、法人として取り組んでいる。	職員のストレスが利用者のケアに影響しないよう、「なんでもノート」を作り、職員が思っていること、考えていることなどを何でも書いてもらっている。また、虐待や不適切なケアが行われている危険性を見落とさないよう、利用者の言動や様子の変化に注意を払っている。	関連法等、虐待防止に関する研修について、外部研修への参加も含めてさらに積極的に実施し、虐待についての職員の理解を深めていくことを期待したい。
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	実際に、権利擁護や、後見人の方とのやりとりをしているので、その必要性は理解している。スタッフ会議で、勉強会を行った。		
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	契約書をよく読んでいただき、内容を説明している。		
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	ご利用者は、自分の思いを表現する事が困難になっているとスタッフは理解し、毎月のケア会議において、本人の思いに沿った検討会を開催している。念に1回開催する「家族交流会」は、家族がスタッフに何でも言える関係作りのためでもある。	職員は、普段から利用者や家族が意見を出しやすい雰囲気作りに努めている。家族の面会時や年1回開催している家族交流会でも意見、要望を聞くようにしている。また、法人としても利用者・家族へのアンケートを実施しており、意見を運営に活かすよう努めている。	
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	スタッフ会議を毎年開催し、スタッフが意見を言える場としている。また、年に2回の人事考課の面接の機会がある。年に1回、上司を越えて、法人に対し意見を言える機軸もある。	毎月のスタッフ会議だけではなく、「なんでもノート」を活用し、職員の意見・提案を引き出すよう努めている。また、年1回、法人本部に対し書面で意見を述べる機会もあり、職員の意見や提案が運営に活かされている。	
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	年2回の人事考課により、職員の努力や実績を評価し、職員が向上心を持って働けるよう、また考課面接では、職員の思いを聞き取っている。職員のストレス緩和の為、法人でカウンセラーを設置。職場では、認知症ケアによるストレスや悩み・うれしかった事などをノートを利用し、共有している。		

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
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	法人の研修計画により、法人内での段階的に研修を受けるシステムができています。できる限り外部研修に参加するようにしています。また、近隣グループホームとの交換研修などで、スタッフの質の向上に努めている。		
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	燕・弥彦の全GHとの情報交換会が定期的であり、お互いのサービス向上を図っている。		
<b>安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	事前面接において、家族・本人の現状と意思を確認する。また、利用者に対しては、ホームができることとできないことを伝える。面接はホームで行い、住みたいと思うか確認をする。見学・体験利用ができる。		
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	相談や入所前の面接では、家族のこれまでの苦勞を受け止め、聞くようにしている。本人との関係が悪くても、家族の大変さをホームが受け止め、その後関係が修復されるものであると考える。		
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	入所申込があっても、即入所に結びつけることはない。その緊急性によっては、他のサービスを紹介したり、認知症の対応についての相談を行う事が多い。		
18		本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	職員は「介護者」の立場ではなく、「一緒に暮らす家族」の立場になるようにしている。介護者は「上」になりやすいことを自覚し、常に「隣」「横」の立ち位置でありたいと思っている。ご利用者に対し、感謝の気持ちを伝え、「教えて頂く」という場面をつくるようにしている。		
19	(7-2)	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	入所後も、家族との関係が保たれるように、常に本人の状態を報告するようにし、ご家族に面会を働きかけている。家族への働きを多くすることで、本人が大切な家族の一員であるということを、考えてもらうようにしている。	毎月、利用者本人の様子を記した書面を郵送したり、園内紙でホームでの生活の様子を伝えて、情報の共有に努めている。また、面会時は家族が過ごしやすい環境を作ったり利用者と一緒に散歩をしてもらい、本人と家族とのつながりを大切にしている。。	

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
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	ホームに入所しても、今まで暮らし続けた地域から切り離さないように、馴染みの場所や店に出掛ける機会を作っている。	市(いち)の立つ日に出かけたり、馴染みの床屋に来てもらったり、以前住んでいた場所に出かけるなど、要望があれば個別で対応するようにしているが、要望はあまり多くない状況である。	馴染みの関係の継続に困難を伴う場合も少なくないと思うが、関係の再構築という視点も持ちつつ、本人がこれまで培ってきた人間関係や地域社会との関係をできるだけ継続できるよう、情報収集やアセスメントをさらに工夫し、友人・知人との交流、本人にとって大切な場所に尋ねるなどの支援をより一層進めていくことを期待したい。
21		利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者同士のつながりを大切にしたいと考えている。スタッフが間に入るなどして、意識して良い関係を作るようにしている。関係性が固定されたものにならないように、場面場面で色々な関係性が持たれている事を見守っている。		
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	ほとんどが死亡退所で、その後の関わりはない。		
<b>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	自分の思いを具体的に表現できない方が多い。そのために寄り添い、関わり、様々な情報を知る努力をしている。	入居時に本人、家族から思いや希望を聞いている。入居後も、日々の本人との話や様子から把握したり、家族の来訪時に情報を得られるよう努め、その情報を職員で共有するようにしている。	職員の採用や交代があった場合にも情報がスムーズに引き継がれるよう、本人や家族から聞き取った思いや意向などの情報をアセスメントシート等に記録してわかりやすく一元化することを望みたい。
24	(9-2)	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	利用開始時に、家族やケアマネ等から情報収集しているが、利用開始時に全てを話せるものではないので、入所後も話を聞くようにしている。本人が隠しておきたいこともあると思うので、関係性ができてから確認することを多い。	入居時に本人、家族、それまでの担当居宅介護支援専門員などから生活歴やこれまでのサービス利用の経過等を聞いている。入居後も、本人、家族の話の中からこれまでの生活の様子の把握に努めている。	本人への理解やより良いケアの実践につなげるため、得られた情報は職員間で共有し引き継げるよう確実に記録することが望まれる。
25		暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	利用者の暮らし方は、その日その日によって変わる。自由に過ごして頂きながら、その日の状態を見極めるようにしている。「この人はこう」と決め付けることなく、常に可能性や秘めた力を引き出すようにしている。		

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	介護計画書を作成する時は、家族の思いを聞く他、全スタッフでの意見を聞くために、毎月カンファレンスを実施している。できるだけ日常のケアの中で、本人の言葉を聞き取るようにしている。	日頃の本人の話や様子、家族の話などから思いや意向を把握するとともに、他の職員の意見を参考にしながら担当職員が介護計画の原案を作成している。その後、会議で検討し、介護計画を作成している。計画の実施状況は毎月のカンファレンスで検討し、必要な場合はその都度計画を変更している。	介護計画はあくまでも本人のためのものであるため、作成の過程で本人・家族とできる限り意見交換を行い、本人・家族の気づきや意見がより反映された計画となることを期待したい。
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	日々の記録用紙は、ライフサポートワークの用紙を使用し、施設内で完結しない視点を日頃からつけるようにしている。また、プランが日々実施できたかどうかを、日々チェックし、モニタリングとプランの見直しに活かしている。		
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	ホームでは家族状況に応じて、受診の支援や、行きたい所への外出の支援を、柔軟に行っている。また、地域住民との関わりや、他事業所との関わりも行っている。		
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	交番に所在不明の場合の協力をお願いしている。保育所に立ち寄った時の交流の依頼もしてある。地域住民にホームを理解してもらう活動により、1人で出掛けた場合や、防災の協力をお願いしてある。		
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	入所後も、今までのかかりつけ医を継続しているが、状態により(受診が困難になった場合・ターミナル状態になった場合)大きな病院から受診が可能な開業医に変更をすすめる場合がある。また、必要に応じて、認知症専門医を紹介してもらう場合もある。	基本的に、これまでのかかりつけ医に継続して受診してもらっている。家族が付き添う場合は利用者のホームでの状況を伝え、受診結果を教えてもらっている。必要に応じて職員による付添いも行っている。ターミナルケアを行う場合は往診してくれる近くの開業医を紹介している。	
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	訪問看護ステーションと契約をしている。週1回の訪問と、必要時の助言等をお願いしている。利用者に変化があった場合は、訪問時以外でも連絡を取り合っている。		

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
32		入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院した場合は面会に行き、病棟看護師に状態を確認する。また、主治医から家族への状態説明時に同席させてもらい、本人への支援の継続と、病棟との連携を図ってきた。		
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	早い時期から終末期についての意向を、家族や本人に確認している。状態が悪くなった時点で、看取りの方向性について確認。かかりつけ医や、訪問看護に協力をお願いする。方向性が決まった後でも、状態の変化に応じ、何度も家族の意向を確認している。	入居時にターミナルケアも行えることを伝えており、早い段階から終末期のあり方について本人・家族と話し合い、意向を確認している。状態の変化があった場合はその都度話し合っ改めて意向の確認を行っている。ターミナルケアを希望された場合は医療機関と連携し、意向に沿えるよう努めている。	
34	(12-2)	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	応急手当の研修会を、法人看護師を講師として実施している。全職員が、救命講習を受講している。	法人の看護師を講師に応急手当の研修を実施している。また、消防署の指導による救命救急講習を計画的に受講している。緊急時マニュアルも整備されている。	
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	毎月職員だけの訓練の他、年2回の消防立会い避難訓練を実施している。その際は、地域防災協力員や地域住民の方にも参加していただいている。	年2回、消防署員の指導を受けながら避難訓練を実施している。その際は、地域防災協力員をはじめとする地域の方や家族の参加も得ている。夜間想定訓練も行い、定期的に火災通報装置の操作手順の確認や消火器位置の確認も行っている。	
<b>、その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	(14)	一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	本人のプライドを傷つけないように配慮しながら、ケアの声かけをさせていただいている。ケアを行う際は、声をかけて了承を得てから行う。個人の記録・情報は、鍵のかかる書庫に保管している。	利用者への言葉かけについて会議の場で話題に出したり、不適切と思われる場合は管理者がその都度指導し、利用者の誇りやプライバシーを損ねない対応を心がけている。また、個人情報に関わる記録等は職員以外の人の目に触れないよう書庫等に適切に保管されている。	
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	認知症のために自分の思いを表現しづらくなっていることを職員は十分に理解し、思いを引き出すような関わりを行うようにしている。		

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
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	日課等はない。食事の時間はおおよそ決まっているが、それに従わなくても良い。その日その日の個々の状態や気持ちに合わせて、1日が流れるようにしている。		
39		身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	本人の好みの装いをしてもらっている。基本的には自宅から持って来てもらった服と装飾品である。馴染みの美容院で、椅子に座っていられなくなった場合には、その美容院にホームに来てもらうようにした。		
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	献立を決めるのが難しくなった利用者には、せめて「ご飯と麺とどっちがいい?」「肉と魚とどっちがいい?」とお伺いし、選択してもらっている。食事の準備・片付けなども、それぞれができることに参加してもらっている。	献立は毎日その都度利用者に聞きながら決めている。利用者と買い物に出かけたり、調理や盛り付け片づけなど、できることは参加してもらっている。また、食事は会話しながら楽しい雰囲気となるよう心がけている。実施した献立は法人の栄養士にも見てもらい、意見をj得ている。	
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	事後であるが、献立を栄養士に確認してもらい、助言をもらうようにしている。極端に体重の変化がないか、毎月体重測定を行っている。		
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	夕食後に、全員の口腔ケアを支援している。自分でできるところは、自分でしてもらっている。		
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	紙パンツの使用を一概に減らした方が良いとは考えず、それを使用したことによって、安心して活動の場が広がるのであれば、使用するべきではないかと考える。排泄のパターンをつかみ、個々の状態に合わせて支援している。オムツを使用しているも、本人の訴えがあれば、トイレでの排泄を試みている。	排泄チェック表を用いて利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、その状態に合わせてトイレでの排泄ができるよう支援している。一人でトイレに行くことが困難な方には、その人に合わせた時間帯・タイミングでトイレ誘導を行っている。	
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	予防のために、個々に合った便秘に良いとされる飲料や果物・運動を取り入れている。また、排便の確認を行い、訪問看護の協力を得ながら、便秘薬の与薬を行っている。		



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
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	入浴前には、「お風呂に入りませんか？」と意思を確認する。無理に入浴を勧めることはないが、入浴を拒否される方には、様々な工夫をして、気持ちよく入浴できるように取り組む。	ホームでは認知症対応型通所介護（共用型）を実施しており、午前はその利用者の入浴時間となっているため、ホームに入居されている方は基本的には午後からの入浴としている。しかし、空きがあれば、希望に応じて午前の入浴も可能である。利用者の様子をよく見てお風呂に入りたそうにしているタイミングでお誘いしている。入浴を楽しめるようアロマオイルを使用するなど工夫している。	
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	日中、活動したり太陽光を浴びるなど、スムーズな入眠を支援している。寂しくて寝付けない場合には、添い寝・温かい飲み物を提供する・眠くなるまで一緒に過ごす等している。日中も、和室や居室で横になるなど、自由に休息してもらっている。		
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	薬の担当が、その効用や副作用・用量など、他職員も分かりやすいようにまとめてあり、職員はそれを把握している。与薬ミスのないように、利用者の口に入るまで、何度か別の職員によるチェックが入るようにしている。服薬後の状態については、主治医に報告している。		
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	生活歴の中から、得意だったことを見つけ、役割とするだけでなく、日々の関わりの中で、生き活きとする場面を見つけられるようにしている。		
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	日常的に散歩に出かけたり、地域の催し物などに参加している。本人の希望に沿うよう、外出支援も行っている。	日常的に散歩に出かけたり、回覧板などで情報をチェックして地域の催し物にも出かけるようにしている。気候の良い季節には車で遠出をしたり、買い物などの個人的な外出希望にもできるだけ沿えるようにしている。	
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	お小遣いを自己管理している方もいる。おやつなどの購入の際は、自分で自分のお金を払うやり取りをしてもらっている。		

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
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	家族からの電話に出てもらったり、手紙を書く支援を行っている。		
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	装飾や花などで、季節感や心地良い雰囲気を出すようにしている。テレビの音や職員の声が大きすぎないように配慮している。終末期に入った場合には、リビング脇の和室にベッドを運び(家族の確認後)、生活の音や匂い、会話の音などがある、心地良い空間で過ごしていただいている。	利用者、職員の手作りの装飾や花を飾るなどし、季節感ある落ち着いた雰囲気作りを行っている。気になる臭いはなく、温度計、湿度計を置き室温や湿度にも配慮している。また、テレビのボリュームや職員の声の大きさにも注意を払い、利用者に居心地良く過ごしてもらえよう努めている。	
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	自分の居場所があることが大切であることから、リビング以外でも過ごせる場所をいくつか作ってある。リビング内は椅子・ソファ・和室と、その時々で気持ちで居場所を変える事ができるようにしてある。		
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	入所時には、自宅でついていた家具や大切な物を持ってきていただけるように、お願いしている。	居室の床は利用者の希望によってフローリングでも畳敷きでも対応できるようにしている。居室は居心地良く過ごせるよう清潔に保たれ、本人が使い慣れたものを持ってきてもらうようお願いし、その人らしい居室作りを支援している。	
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	トイレや浴室の表示は、分かりやすいように工夫してある。自室の目印にも、個々に分かりやすいようにしてある。リビングには、現在何の時間なのか分かるような、表示がしてある。		

サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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 該当する項目に 印
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)
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)
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)
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、生き活きと働いている (参考項目:11,12)
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
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
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		1. ほぼ全ての家族等と 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