

(様式2)

平成 25 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	1591100019		
法人名	社会福祉法人 人と緑の大地		
事業所名	グループホームすずらの園		
所在地	新潟県見附市田井町115番地1		
自己評価作成日	平成25年12月5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	http://www.kaiakensaku.jp/15/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益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26年1月24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)】

理念にそった支援を常に意識して、ご利用者とスタッフがともに笑って過ごせる時間が多くなるようにしている。また、スタッフ全員がご利用者理解に努め、一人ひとりの持っている力を最大限に発揮して、張り合いや楽しさを感じていただけるよう取り組んでいる。それぞれが役割を持って、協働で共同生活を送っていることを意識できるようにしている。グループホームの周囲は田園風景が広がり、フロアのすぐ外で稲の生長や移りゆく山々の景色を楽しみながら、地域の中でお互いに支え合って穏やかに生活できるような取り組みを行っている。地域の中においては、この地で暮らす住民の一人として、地域の活動や行事にも参加し、交流を深める機会も多い。地域の方から、旬の野菜をいただいたり、お茶を飲みに寄っていただいたり、保育園児をホームの行事に招いたり、日頃からも訪問しやすい環境を整え、閉鎖的にならず、社会性豊かに暮らしていけるように支援をしている。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

事業所は、本体施設の特別養護老人ホームをはじめ保育所や小学校に近いのどかな田園地帯に位置しており、田植えや稲刈りの時期には事業所の窓からその様子を見ることができ、建物は2階建てで2つのユニットからなり、一体的に造られたリビングとキッチンでは利用者がそれぞれの持てる力に応じて食事の準備を手伝っている。

開設から6年を経過し、利用者と職員との信頼関係はしっかりと築かれており、また、地域との交流も盛んで、敬老会や運動会、花祭り等に招かれたり、地域の方が採れたての野菜の差し入れや笹だんご作りの手伝いに訪れたりしている。

緊急時や、看取り・重度化への対応、職員教育等については本体施設と一体となって組織的に取り組んでおり、利用者や家族、職員の安心につながっている。

事業所では、認知症高齢者の改善・進行抑制を目的として開発された「くもん学習療法」を取り入れて、利用者の喜びや生きがい、可能性を引き出す支援を実践している。

職員は利用者一人ひとりがその人らしく安心して暮らせるよう、温かい笑顔でやさしさのある場作りを心がけている。

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
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	ホーム独自の理念を掲げ、職員一人ひとりが理念を常に意識しながら業務を遂行できるように、ホーム内に理念を掲示している。理念をもとに事業計画を立て、それに基づく月毎のグループホームの目標を設定し、実施している。	法人の理念とグループホームの理念を掲示して職員に意識付けをしている。理念に基づいて事業計画を立て、リーダー会議でユニットごとの具体的な目標を設定し取り組んでいる。全職員が参加する毎月のグループホーム会議で目標についての振り返りを行い、理念を共有し実践につなげている。	
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	朝のゴミ捨てや散歩の際は、近所の人や通学する児童などとあいさつを交わしている。旬の野菜をいただいたり、ホームで作ったおやつを配ったりしている。ホームの行事に近くの保育園児を招いたり、買い物は近くのスーパーを利用して、なじみの関係を築いている。地域の行事にも呼ばれ、参加している。	複数の町内会で構成する地域コミュニティに職員が役員として参加して地域とのつながりを築いている。地域の敬老会、小学校の運動会、保育園の花まつりなどに招かれると積極的に参加している。また、近所の人が散歩の途中に立ち寄りたり、採れたての野菜の差し入れをしてくれたり、笹団子作りや敬老会には老人会の女性が手伝いに来てくれるなど地域との交流が深まっている。	
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、地域の人々に活用している	管理者は、地域コミュニティーセンターなどを利用し、地域住民に対して実施する、認知症の理解や、認知症予防などの講習会に参加し、地域に認知症の理解を深める取り組みをしている。	/	/
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	運営推進会議ではご利用者の状況や実際に行っている取り組みなどを報告し、意見を頂いている。ホームでの取り組みの様子などの写真を掲載して、添付している。ホームのフロアで会議を行い、生活の様子が理解していただけるようにしている。会議でいただいた意見等は、ホーム会議で話し合いを行っている。	利用者家族、町内会長、民生児童委員、老人クラブの代表、市直営の地域包括支援センター職員、小学校長の参加で2ヶ月に1回開催している。会議では事業所からの現状報告やメンバーからの地域の状況報告があり、情報・意見の交換を行っている。事業所付近の交通量の増加について対応策を検討するなど、会議がホーム運営に活かされている。会議録は事業所内に閲覧できるように設置している。	

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
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	運営推進会議及び市の地域包括ケア会議等で伝達し、グループホームの実情を理解してもらっているようにしている。入居したご利用者のご家族の対応など、市と情報を共有したり、協力体制をとって対応した。	市担当者とは運営推進会議や市主催の地域包括ケア会議を通じて、事業所の現状について情報共有が行われ、理解が得られている。普段から市担当者とは連携できる関係が築かれており、家族から市へ直接相談がいった事例では市担当者との連携により無事解決されている。	
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	身体拘束については毎年研修会を行い。正しく理解できるようにしている。身体拘束ゼロを当然のものとして捉え、日々のケアを行っている。	身体拘束に関する研修は、全職員を対象に本体施設と一体的に毎年実施しており、マニュアルに基づいて具体的な事例をあげ、何が身体拘束にあたるのかを職員に周知している。転倒の危険があったり、一人で外へ出ようとされる利用者に対しても、職員間で声を掛け合いながら見守りを行えるよう工夫している。	
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	法人の虐待防止に関する研修会にできるだけ多く参加できるようにしている。また、ホーム内においても、スピーチロックの研修会を行い、自らの言動を振り返ることで、虐待防止を再確認し、理解を深めている。	全職員を対象に毎年研修を実施しており、職員は高齢者虐待防止法や虐待について学習し理解を深めている。不適切なケアについても話し合っ確認している。管理者は、職員がストレスを抱えている様子が見受けられた場合には個別によく話を聞くように努めている。	
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	権利擁護や成年後見制度は実際に活用する場合を想定し、研修会に参加して学ぶ機会を設けている。		
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	一つひとつ納得のいくように説明を行っており、疑問や質問等がないか確認して理解を得るようにしている。		

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
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	日頃よりご利用者の声に耳を傾け、要望や意見を聞くようにしている。ご家族にはケアプラン会議や面会の際に聞き、すぐに取り組むようにしている。言い辛い場合を想定して、玄関に意見箱を設置し意見の出しやすい環境を整えている。	利用者の意見や要望は日常の関わりの中で汲み取っている。家族の面会時には話を聞く時間を設けており、食事内容を知りたいという意見を受けて、家族に献立表を送るようになった。法人としても利用者・家族へアンケート調査を実施し、そこから得られた意見は本体施設の「サービス向上委員会」で検討され、各事業所の運営に反映させるよう取り組んでいる。	
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	ホーム会議やユニット会議では必ず全員の意見を求め、様々な意見や提案が出しやすい雰囲気作りに努めている。また、その意見や提案を運営に有意義に生かせるよう取り組んでいる。	管理者は、自らも介護業務に携わることで職員が意見や提案を出しやすい環境を作っている。グループホーム会議やユニット会議のほかにも、職員と個別に話し合う機会を設けており、職員から意見や要望を聞き出すようにして運営に反映させるよう取り組んでいる。	
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	代表者は職員の努力や勤務状況を把握している。健康面等にも配慮し、働きやすい環境にするよう努めている。		
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	施設内研修を開催し、多くの職員が受講できるようにしている。また、必要な外部研修にも参加できるようにしている。資格の取得を推奨し、協力体制をとっている。		
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	他施設からの研修の受け入れなどを行うことで、相互に意見交換を行う機会を設けている。		
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	事前に面談を行い、生活状況等を把握し、本人の心身の状況や困っていること、要望などを確認している。利用前には家族とともに見学してもらい、ホームの雰囲気を感じて、安心できるよう努めている。		

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
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	家族が困っていること、不安なこと、要望をしっかりと傾聴し、労いながら受け止めるよう努めている。		
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	利用中のサービス状況を確認したり、担当の介護支援専門員からも話を聞き、まず必要な支援や支援の方法等を検討するようにしている。		
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	利用者の持っている力を信じて、その力を十分発揮してもらう機会を設けている。人生の先輩である利用者を敬い、寄り添って協働の喜びを感じることができる機会を作るよう努めている。		
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	家族の思いを傾聴し、ホームに入居されることを安心していただけるように努めている。また、誕生会には家族にも参加してもらい、一緒にお祝いをしたり、面会時や電話連絡・お便りなどにより近況報告を行っている。	家族へは受診や外出の協力、誕生会等の行事への参加をお願いしている。また、毎月発行する「ホームだより」や3ヶ月に一度発行する「さくらだより」で利用者の近況を報告している。正月やお盆には外泊の協力をお願いし、共に本人を支える関係を築くよう努めている。	
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	自宅で使用していた馴染みの物を持参していただいたり、今まで利用していたスーパーや行きつけの理美容院へ行けるよう援助している。また、家族・親族はじめ、友人など気軽に面会にきてもらえるようにしている。	事業所がある地域出身の利用者は1名であるが、友人が訪ねて来たり、こちらから手紙を書いたり、電話をかけたりにして今までの関係が途切れないよう支援している。また、地域との日常的な関わりを大切に、新たな関係作りにも取り組んでいる。	
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同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	常に利用者同士の関係を把握し、利用者同士の関わりや支え合いが円滑であるように働きかけている。毎日の食事や掃除・お茶など、職員も一緒に会話を持ちながら、対応の評価・確認を行っている。		

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
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	サービス終了後も、その後の様子や家族の心配など必要に応じて相談を受けている。また、サービス終了後に本人が他界された場合でも、家族を労い、本人の死を悼み、仲の良かった利用者等とともに、弔問に伺っている。		
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	本人や家族からの聞き取りや、日々の関わり・表情から本人の希望や意向、思いをくみ取るように努めている。	本人からの聞き取りや、日々の関わりの中での表情などから思いや意向の把握に努めている。日々の様子や職員間で共有すべき点は、周知事項の記録用紙や申し送りノートに記載しており、情報をもとにユニット会議の場でアセスメントを行って支援に活かすように努めている。	利用者一人ひとりについて、基本情報や思いや意向、暮らし方を記載できる記録様式を整備し、思いや意向の変化を継続的に把握し共有していく方法を検討することが望まれる。それによりその人らしい生活を支えるためのアセスメントがこれまで以上に的確に行われることを期待したい。
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	それまでの暮らしや生活環境などを本人や家族から聞き取り、記録したり、担当の介護支援専門員に状況を確認して、本人の情報を把握できるよう取り組んである。	個別担当職員と計画作成担当者が入居前に自宅を訪問し、宮城県版アセスメントシートの課題検调用紙を用いて暮らし方や生活環境の把握に努めている。自宅に訪問できない場合には、事業所で本人、家族から聞き取りをしており、また、それまでの担当居宅介護支援専門員からの情報をもとに今までどのように過ごしてきたかの把握に努めている。	
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	一人ひとりの生活歴や日常生活の中で、本人の有する力を把握し、身体状況に合わせて発揮できるよう取り組んでいる。また、日頃から利用者のありのままを理解するよう努めている。		
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	確実にアセスメントを行い、現在の状況、本人の希望、家族の要望を話し合いながら、介護計画を作成している。	個別担当職員と計画作成者が課題検调用紙を用いてアセスメントを行い、介護計画の作成、モニタリングと計画の見直しを定期的に行っている。その際には本人、家族、個別担当職員と計画作成担当者が話し合った結果をもとに本人の意向に沿った介護計画の作成に努めている。	介護計画は、利用者がその人らしく暮らしていくための個別の計画である。利用者の意向を反映し、より具体的な目標を設定した介護計画の作成に向けてさらなる検討・取り組みを期待したい。
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	日々の様子や会話、気づきなどを個別記録に記入し、職員間で情報の共有を行っている。実践できているか、計画の見直しは必要か、職員全員で検討している。		

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
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	家族の状況や本人の要望、新たなニーズに応じて、担当職員を中心に、食事や外出、通院や買い物など、できるだけ柔軟な支援を行っている。		
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	地域の保育園へ出かけて園児と交流したり、敬老会行事への参加、スーパーなどへの買い物など、地域資源を活用して、楽しみが増え豊かな暮らしができるよう支援している。		
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	一人ひとりのかかりつけ医に受診し、普段の様子や変化などを適切に伝えるようにしている。家族の協力のもと受診する場合は、書面にて現状を報告することもある。ご利用者の状態により、往診をしてもらう場合もある。	在宅時のかかりつけ医を継続し、家族の付き添いで受診しており、家族の協力が得られない時は事業所に対応している。受診の際は、事業所から書面で状態報告を行い、医療機関からも回答をもらっている。往診や歯科の訪問診療も受けられ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	利用者の日々の状態は毎日朝、夕と看護に伝達し、体調の変化などがあれば、直ちに適切なアドバイスを受け連携しながら利用者を支援している。		
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。	入院時は病院の担当看護師等と早い段階から治療内容や病状など、情報交換を行っている。退院時も事前にカンファレンスに出席し、正確な情報を知った上で、その後の相談などもできるようにしている。		
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	重度化や終末期について家族等と話し合い、意向を確認するようにしている。事業所において可能なケアを理解していただき、関係者と同じ方針を共有できるよう、確認している。	職員は看取りの研修に参加し、指針や重度化した場合の対応について理解を深め職員間で共有している。重度化や終末期の意向については、入居時に本人、家族と話し合って意向確認書を作成している。本人の状態に応じて段階を踏んで主治医から家族に状態を説明してもらい、意向を確認しながら看取りケアに取り組んでいる。	

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
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	応急手当や急変時に備えて研修を実施し、全職員が対応できるようにしている。	全職員を対象に本体施設と合同で研修会を行い、AEDの使い方等の訓練を行っている。また、随時マニュアルの読み合わせを行ったり、看護師から指導を受けたりして事故発生時や急変時にも職員が冷静に対応できるように取り組んでいる。	
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	マニュアルをもとに年2回、利用者と一緒に消防訓練を行っている。消火器の使用方法や避難の手段などを確認し、地域の協力者からも参加していただいている。また、消防署における研修に参加し、伝達講習も行っている。	年2回、避難訓練を実施しており、地域の消防署職員や地域の方の参加を得ている。災害時には地域の協力者で構成された「地域消防隊」や、隣接する本体施設との協力体制が整えられている。	
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	人生の先輩であり、常に尊敬の気持ちを忘れずに対応している。利用者の自尊心を損ねないように配慮し、その人の気持ちやその人の立場をよく理解していくことを話し合っている。	人格の尊重やプライバシーの確保については、年1回認知症の研修として本体施設で実施している。居室に入る時は必ずノックする、道路に面している居室にはレースのカーテンを付ける、利用者は苗字で呼ぶ等、基本的な対応の徹底を心がけるよう取り組んでいる。	
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	日常的に利用者の希望や想いが実現できるように支援している。職員と関わりを持ちながら自然と希望が言えたり、自己決定できる機会を作っている。		
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	ホームや職員の都合による時間ではなく、食事や入浴、外出など、あくまでも利用者一人ひとりのペースに合わせて過ごすことができるよう支援している。		
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	着替えなど自分の思う衣類が用意できるように、見守りなどを行っている。理美容は、本人の希望にそって鏡を見ながら納得できる自分らしいヘアスタイルになるように支援している。		

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
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	朝・昼・夕ともにご利用者と一緒に調理や後片付けを行っている。無理強いすることなく、自然と一緒に台所に立つ関係ができています。一人ひとりの力を活かして、味付けの確認など調理に関わる楽しみが感じられるようにしている。	利用者は、大根おろし、野菜の皮むき、配膳等、できることを職員と共に行っている。献立は本体施設の栄養士が立てているが、利用者の希望に応じて変更している。地域の方からいただいた枝豆や家庭菜園で採れたものを献立に取り入れるなど、楽しんで食事ができるように取り組んでいる。	
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	一人ひとりの日頃の摂取量や水分量を把握し、その人の状態や体調に合わせて栄養の確保が確実にできるよう支援している。		
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	毎食後に口腔ケアを行っている。職員は口腔ケアの重要性を理解し、その人に合ったケアの方法を実施し、口腔内の清潔に努めている。		
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	一人ひとりの排泄パターンを把握し、トイレの声かけや誘導を行っている。排泄意が確認できない方にも、必ずトイレで排泄できるよう、職員全員で話し合いを行いながら支援をしている。	排泄チェック表を活用して利用者一人ひとりに応じた支援を行っている。トイレ誘導し、できるだけトイレで排泄できるように対応している。	
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	一人ひとりの排便パターンを把握し、できるだけ便秘にならないよう、水分摂取援助や腹部マッサージを行っている。排便が滞りがちな方には、主治医に相談し、下剤の使用等で対応している。		
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	入浴したい日や時間の希望にできるだけ合わせて気分よく入浴していただいている。仲のよい方と一緒に入浴することもある。また、体調により、足浴やシャワー入浴を行う場合もある。	希望に応じて毎日入浴してもらうことも可能であり、同性介助の希望や仲の良い方と一緒に入浴したいという希望にも応じている。入浴剤を使用したり、季節に応じて柚子や菖蒲を浮かべて楽しく入浴できるよう取り組んでいる。重度化した利用者には職員2人介助で対応したケースもある。	

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
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	できるだけ日中に活動できるように働きかけ、夜間は良眠できるよう支援している。また、その方の生活リズムに合わせて、昼寝の時間を静かに過ごせるよう支援している。		
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	一人ひとりが服用している薬について把握しており、受信時に薬の変更や間違いがないか確認している。薬が変わった場合は、その後の経過観察を徹底している。		
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	畑での野菜作りや庭木の水やり、調理や行事への参加など、利用者の得意なことや好きなことで本人が持っている力を発揮できる場面を作って、張り合いのある生活となるよう支援している。		
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支援している	できるだけ毎日戸外へ出かけることができるようにしている。本人の行きたい場所は日常の関わりの中で聞いたり、家族からの情報なども参考にしながら、ドライブや買い物、外食など、さまざまな計画を立案し、本人の希望をかなえるよう支援している。ご家族の協力のもと、外出をする利用者も増えている。	外出支援は、季節や天候等により臨機応変に行き先を選んで行っている。重度の方は、近くの本体施設に出かけたり、元気な方は家庭菜園に参加するなどの支援をしている。できるだけ外へ出る機会を持てるよう、週6日は買い物に出かけるようにしている。また、個々に希望する場所への外出は家族に協力をお願いしている。	
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	家族の協力、理解を得て、自分でお金を管理している方、必要な時にお金を持つ方など、その人に合わせて支援しており、社会性の維持に努めている。		
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	家族や知人からの電話や手紙は日常的に取り次ぎ、贈り物なども、すぐに本人に確認してもらい、適切に対応している。利用者が家族あてに書いた手紙などは、面会時に見ていただいている。		

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	フロアでも季節を感じてもらえるよう、季節に合った装飾や花を飾っている。また、配置かえなどを行う際はじっくりと検討し、その後の経過観察を確実にを行うことで混乱がないことを確認している。また、強い日差し等の刺激がないよう配慮している。	明るく開放的なリビングには利用者の書初めと手作りの装飾が施され、掲示物は利用者の目線に合わせる配慮がされている。真ん中に食事用のテーブルを配置し、壁面にはソファが置かれ、洗濯物も干してあるなど生活感が感じられるゆったりとした空間がつけられている。居室までの廊下にはソファやテーブルを設置して、一人になりたい方が気ままに過ごせるよう配慮されている。	
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	廊下のソファや畳コーナーなど、少人数で気軽に過ごせる空間を作り、思い思いの過ごし方ができるように工夫している。また、仕切りをつけ、隠れ場所となるような空間も設けている。		
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	家族の理解を得ながら、馴染みの家具や小物を置いて今までの生活空間に近い居心地の良い居室となるように工夫している。また、思い入れのある写真や絵を飾り、気分よく過ごせるようにしている。	馴染みのものを持って来てもらうよう家族にお願いしており、一人ひとりの好みに応じて、本人と家族と職員が相談しながら環境を整えている。愛用の物や家族の写真、好きなタレントのポスターを飾るなど本人が居心地良く過ごせるよう工夫を凝らしている。	
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	居室にはそれぞれ表札や好みののれんをつけている。また、トイレや浴室なども大きい文字でわかりやすく表示して混乱を防ぎ、自分でできることを継続できるよう支援している。		

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 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、生き活きと働いている (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		