

(様式2)

平成 22 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	1595700012		
法人名	社会福祉法人 苗場福祉会		
事業所名	グループホームさくら 第2ユニット(土筆)		
所在地	長岡市西川口1247-1		
自己評価作成日	平成22年12月10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.n.kouhyou.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【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1月17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)】

<p>今年度は開設して4年目を迎えました。一人一人が組織としての役割を遂行し質の高い介護を提供すること、管理者中心でなく全職員で考え行動できる施設運営を目指し活動しています。今年度の基本目標を「主任を中心とした組織運営で、介護・医療・認知症・接遇の知識を新人職員へ指導できる中堅職員を育成し、お客様により質の高い介護を提供する事を目指します」として、入職3年以上の中堅職員を中心に勉強会を開催するなどして質の向上・人材育成に努めてきました。</p> <p>昨年度からも引き続き、お客様のニーズを的確に捉え充実したケアが提供できる様に、アセスメントとモニタリングに力を入れ職員全体でプランを考え対応できる様に向上してきたように感じます。</p> <p>日々の暮らしの中では、お客様の身体的な重度化が進んでおり、以前より状態の格差が生じ、外出頻度は少なくなっているように感じます。その中で、お客様の希望をゆっくり叶えられるように、「フリープラン」と称しマンツーマンで希望を叶える企画を導入し活動し始めたところです。</p>

【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)】

<p>「グループホームさくら」は、デイサービスや訪問介護、訪問入浴、居宅介護支援事業所、配食弁当サービスを行う複合型施設にあり、地域の高齢者介護の拠点となっている。診療所や特別養護老人ホーム、高齢者アパート、社会福祉協議会等も隣接した場所にある。</p> <p>運営母体は、県内外で多様な医療・福祉事業を展開する社会福祉法人である。研修や委員会活動などに体系的に取り組み、また、法人全体で利用者への個別ケアを推進しており、法人内のグループホーム間で相互監査を行うことで互いの事業所の接遇やサービスの質を高め合っている。また、法人内事業所のすべての利用者・家族を対象とした「顧客満足度アンケート」も毎年行っている。</p> <p>運営推進会議を通して地域との関わりも深まっており、防災面での協力体制についても話し合っている。地域住民の参加を得ての避難訓練実施にあたり、車椅子の使用方法や認知症について学びたいとの地域からの提案が出され、地域還元の取り組みも進みつつある。</p> <p>利用者のケアについては、センター方式のアセスメントシートを活用して、利用者個々の担当職員を中心に一人ひとりのこれまでの暮らしや生活の背景、希望や意向などを細かく把握し、介護計画に反映している。さらに、利用者一人ひとりの思いを実現する「フリープラン」や一人の利用者とゆっくり関わる「フリータイム」等の独自の取り組みを行い、それぞれの利用者に合わせて個別ケアを実践している。開設5年目を迎え、利用者の重度化も進んできているが、常に利用者の立場に立った柔軟な発想で利用者一人ひとりのその人らしい暮らしを支えている。</p>
--

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
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	「川口地域にグループホームケアが周知されるように積極的に地域に出かけ、やりたい事が形になり楽しく生活出来るグループホームさくらを目指します」を理念に、お客様の個別ケアに取り組んでいる。職員行動指針を朝会で唱和している。	「自らが受けたいと思う医療と福祉の創造」という法人理念をもとに、開設時に職員で話し合いホーム独自の理念を作成した。理念を具現化するものとして職員行動指針を設け、朝礼での唱和、冊子の携帯、掲示などで意識付けをし、日常的に振り返りを行いながら理念の共有を図っている。	
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	地域の防災訓練やゴミ拾い、祭りや行事などに積極的に参加して交流を図っている。また、施設の祭りには地域の方を招待している。今年度は無料の模擬店を出店した。	地域の方が利用者に会いに来訪されたり、野菜を持ってきてくれるなど、日常的なつきあいが行われている。また、地域の祭りやゴミ拾いなどに積極的に参加したり、事業所の祭りに地域の方を招くなどして地域と交流を深めている。	
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	今年度は認知症の啓蒙活動ができていないが、祭りや行事を通じて理解を深めたり、防災訓練や運営推進会議ではグループホーム利用者の特徴などを伝えている。		
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	2ヶ月に1回の開催を行い、リスクや現状を伝え助言をも経っている。ショートステイ事業の開始についても話し合いのもと運営方針を決定するなどサービスの向上に繋がっていると感じる。	会議では、事業方針や防災・感染症対策、行事内容等の相談・報告等を行っており、ホームの運営に欠くことのできない会議として定着している。平成22年度からは、会議録を家族に送付したり事業所内に掲示するなど、会議内容を広く閲覧できるようにしている。	
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	運営推進会議への参加や日頃から包括支援センター・行政窓口には意見をいただき、助言してもらっている。	運営推進会議には長岡市役所本庁の職員、小千谷市担当職員や地域包括支援センターの職員にも参加してもらっている。また、支所の担当職員とは連携が密にとれており、利用者についての相談や助言をもらっている。	
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	ユニットの玄関の施錠は行っていない。委員会やマニュアルがあり、勉強会参加などで理解を含め、身体拘束をしないケアを実践している。	法人に「身体拘束・虐待防止委員会」があり、マニュアルを作成し、年2回事例検討会を行っている。参加した職員が他の職員に復命したり勉強会を行い、マニュアルを確認して、身体拘束のないケアに取り組んでいる。認知症への理解を深めることが事故予防や身体拘束防止につながると考え、認知症に関する研修にも力を入れている。	

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
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	委員会やマニュアルがあり、勉強会参加などで理解を含め、ケアを実践している。接遇に関しても「言わない3か条」を作成し注意をしている。リスクマネジメントとあわせて日々検討している。	法人で作成したマニュアルをもとに、勉強会を開いて理解を深めている。また、利用者に対して不適切と考えられる言葉を「言わない3か条」として意識化し、職員同士で注意し合いながら不適切な言葉かけや対応がないように取り組んでいる。	
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	理解していない職員が多くおり、今年度は権利擁護に関する外部研修には参加していない。内部研修に取り入れていかななくてはならないと感じる。		
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	先のように注意して行っている。利用者や家族のニーズに合わせて説明の場所も自宅で行う場合もホームで行う場合もある。疑問点はいつでも相談して欲しい旨を必ず伝えている。		
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	運営推進会議で意見をお聞きしたり、法人で顧客満足度調査を年1回開催し、もらった意見には検討結果を沿えて返信し、ケアに活かしている。	法人全体で年1回、すべての利用者本人・家族を対象とした「顧客満足度アンケート」を実施し、意見や要望の把握に努めている。寄せられた意見は検討し、サービスの向上に活かしている。また、普段の関わりの中でも意向をくみ取るよう努めている。	
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	会議の議題は意見箱を設置し職員全体の意見を取り入れている。司会・書記も交代性で職員主体の会議を行っている。業務改善に繋がっている。	複合施設全体の職員会議や、グループホーム会議、ユニット会議をそれぞれ定期的に行い、職員の意見や提案を聞いている。意見箱で議題を集めたり、職員が主体となって会議を進めるなど、より意見を出しやすい会議の仕組みづくりをしている。職員のアイデアや気づきは柔軟に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	目標管理制度とあわせ能力に応じた評価と資格取得に基づき給与を査定している。その際には本人へ結果を返すと共に上長面接を必ず実施している。		
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	法人内には役職別・段階別の研修計画があり、外部研修も促している。毎月お客様のケアに繋がられるような勉強会を中堅職員中心に開催している。ヘルパー2級研修も法人で取得できる体制がある。		

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
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	同法人内のグループホーム間で交換研修を開催している。法人内には研修計画があり、外部研修も促している。毎月お客様のケアに繋がられるように今年度は認知症の研修会を開催した。		
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	事前面接時にアセスメントを行うと共に要望や希望をお聞きしセンター方式記載し情報共有を行っている。その情報を基にケアプランを作成しケアを実施している。		
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	施設見学等や自宅での契約などコミュニケーションを多く取れるようにしている。不安や要望はお聞きしケアプランに反映している。		
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	入居順位が来た時点で、居宅ケアマネと情報を交換し入居の意向をお聞きすると共に、現在の利用者家族の心情もお聞きして入居判定をしている。		
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	利用者と一緒に家事や外出する事によって関わりを多く持つようにしている。調理や畑などの知識を若い職員が教えていただく場面は多くある。		
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	家族へは入居したことにより、介護する協力者が増えたことを話共に協力していくことを伝えている。面会や外出・外泊など希望に沿って支援すると共に企画などに参加いただ時間を共有している。	毎月広報紙を家族に送り、利用者の様子や体調等についてお知らせしている。また、誕生会や食事会等の行事、外出・外泊など、家族に参加・協力してもらう機会をつくり、本人と家族の結びつきが維持されるよう支援している。	
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	地域行事・面会・外出・外泊の支援をしている。また、フリープランと称して個人の希望を形にする企画をつくり支援している。併設のDSとの交流や継続しての生活の支援もしている。	自宅や近所のスーパー、以前勤めていた場所など本人にとって馴染みのある場所に出かけたり、同じ敷地内にあるディサービスや近くの特別擁護老人ホームへ知人に会いに行くなど、馴染みの人や場所との関係継続を支援している。	

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
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	和室などでは利用者同士が会話できる環境を作り、誕生日は各個人ごとに誕生会を開催し皆で祝うようにしている。食事の席なども注意している。閉鎖的にならないように併設DSやユニット間の行き来もするように心がけている。		
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	退去されたお客様の家族へへアーカットをい願ったり、施設に来所されたりしている。野菜などをいただくこともある。		
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	センター方式によるアセスメントを導入して可能な限り本人参加での介護計画書のモニタリングを開催している。要望を基に企画を立てて、想いが形にできるように支援している。	利用者ごとに担当職員を決め、センター方式のアセスメント様式を使って希望や意向を聞きとっている。その後も、新たな情報や職員の気づきをアセスメントシートに追加して、職員全員で情報を共有している。本人からの確認が困難な場合は家族に話を聞いている。	
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	センター方式によるアセスメントを行い把握に努めている。居室担当を中心に情報収集している。	利用前に担当をしていた介護支援専門員から情報を得るとともに、担当職員が本人・家族からこれまでの生活について聞き取りを行い、センター方式のシートにアセスメントシートに記入している。その後も知り得た情報は随時シートに追加して職員全員で共有している。	
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	お客様個人に合う生活スタイルを尊重し強引な誘導はせず、落ちついて生活出来るよう支援している。状態に応じてセンター方式を導入し心身状態の把握に努めている。		
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	3ヶ月に1回のモニタリングのほか、状態に応じてサービス担当者会議を開催し、プランに反映させている。更新のたびに本人・家族の意向を確認している。	介護計画は、職員間で意見交換しながら3ヶ月ごとに評価・見直しを行っている。また、状態変化があった際や日々のケアの中で気づいたことなどをもとに随時計画を見直している。サービス担当者会議には本人の参加を得るとともに、家族にも参加を願っている。	今後、家族との活発な意見交換を行いながら本人にとってより良い計画が作成されるよう、介護計画作成の過程により多く家族から参加してもらえる仕組みの検討を期待したい。
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	ケアプランは毎日実施記録へ落とし、プランに沿った生活記録の記載をしている。その事でモニタリングへ反映し易く、プラン見直しの際に有効となっている。		

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
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	状況に応じて職員代行での外部受診や入院支援などをおこなっている。その他、お墓参りやお葬式への支援などをおこなっている。柔軟な支援を行えるように適宜ミーティングを開催している。		
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	馴染みの美容院やスーパー、昔働いていた飲食店への外食など、できる限り本人の希望に添える支援を行っている。		
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	協力医療機関はもとより、在宅からの主治医とも連携を図り往診などの対応をしている。現在町内の2名の医師より協力していただいているが、夜間問わず連絡体制をとって支援している。	本人、家族の希望するかかりつけ医としている。また、事業所の近くに協力医療機関があり、終日往診も行うなど協力体制が整えられている。受診は原則的に家族にお願いするが、事業所から病状・様子を記した受診連絡票を渡し、適切な医療が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	訪問看護ステーションの看護師と連携を図っている。来所日には経過をおった申し送りで相互的な助言をもらっている。助言により病状の早期発見・早期受診につながっている。併設DS看護師にも急変時など対応してもらっている。		
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、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。	定期的な相談員への訪問や入退院時には家族に了解を得てムンテラに参加させていただいている。病棟の看護師と直接情報交換することも多く、退院時の情報共有は出来ているように感じる。職員が面会に多く赴くようにしている。		
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	入居時に確認しているが、その時の家族の気持ちを大切に、ケアプランの更新時や病状変化時など何度も確認するようにしている。看取りの指針を説明し同意をいただいている。住み替えについても適宜話あっている。	ホームの看取りの指針を本人・家族に説明して同意を得るとともに、意向を確認し、ホームで可能な限りの支援をしている。一定の要介護度になったときには、事業所のできる・できないことを説明し改めて意向を確認して、他施設への申込み等についても話し合っている。	
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	防災訓練や救命講習を受けていると共に、急変時に対応できる様に施設全体で勉強会などを行っている。急変時のマニュアルあり、確認しながら実践している。	急変時の応急処置について内部研修を行っている。また、利用者の疾病についても学ぶ機会を持つとともに、異変の早期発見や初動対応のマニュアルを整備している。	

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
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	地域と連動した防災訓練に参加。施設にも地元消防団が来ていただき訓練を実施した。日常的な訓練が定着していないので現在取り組み中である。	年に2回避難訓練を実施している。訓練の際は地元の消防団や近隣の方にも参加を呼びかけ行っている。また、近隣の施設との協力体制も構築している。備蓄品は、食料品のほか感染予防物品等も用意しており、近隣地域での有事の際にも提供できることを運営推進会議で発信している。	今後はさらに、雪の多い地域であることを踏まえ、火災や地震のほか大規模停電等の事態も想定した防災対策の検討にも期待したい。
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	接遇の改善をはかるよう言わない3か条を作り実践に取り組んでいる。特に排泄時は近くに寄り声をかけるように注意している。外出時の住民からの問い合わせについては特に気をつけている。	利用者への個別ケアを法人全体で推進しており、法人内のグループホーム間での相互監査を行って互いのサービスを高めあっている。また、認知症への理解にも重点を置き、演習形式の研修等を行っている。面会者に対しても、掲示物等で利用者のプライバシー保護への配慮をお願いしている。	
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	衣類の決定、入浴時間の希望など職員が決めてしまわず可能な限り自己決定ができる支援を行なっている。		
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	ケアプランに沿ったケアを重視している。食事などは本人のペースに合わせて食べたい時間に提供できる様にしている。モニタリングや随時のサービス担当者会議にて意向を確認しプランに反映させている。		
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	希望する美容店に来ていただいたり、赴いている。カラーなどは希望に応じて職員が行っている。希望者にはお化粧品をしたり、毎日の衣類選定も声掛けをして実施している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	毎食お客様と一緒に実施している。メニューもお客様に聞きながら立案している。ちまきやぜんまいの戻し方などは教わるが多い。買い物では手にとって選んでいただいている。	献立は、利用者の意見をもとに職員が交代で立てている。買い物や、盛り付け、後片付けなど利用者ができることを職員と一緒にしている。職員も一緒に食事をとり、味付けなどの話をしながら楽しい雰囲気づくりをしている。また、外食や出前なども利用して楽しんでいる。	

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
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	状態に応じてカンファレンスを開き、必要な方にはセンター方式シートを使用し水分チェックをしたり、食事チェックをし捕食している。食事時間はあるが、状態に応じて臨機応変に提供している。		
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	毎食後口腔ケアを実施している。必要な方にはカンファレンスを行い、歯科往診にて改善を図っている。		
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	排泄パターンを把握するためにセンター方式D-3シートを活用し随時取り入れている。なるべくオムツ類を使用しないように支援し、トイレの難しい方はポータブルトイレを使用するなどして自力で排泄できる体制を作っている。	センター方式のアセスメントシートを使い、利用者個々の排泄パターンを把握している。排泄のサインや仕草などの情報も職員間で共有し、なるべくオムツ等を使用せずトイレで排泄できるよう支援している。誘導時はさりげなく声をかけるよう配慮している。	
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・乳製品・食物繊維の豊富な食材の提供などこころがけている。毎日のリハビリ体操を実施したり、ホップバックも活用している。個々の病状に合わせ医師と相談し下剤使用している。排便チェックにて毎日把握している。		
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	曜日や回数を決めて対応することはない。本人の希望や体調をみて声かけをしている。ADLの低下したお客様には足浴や清拭にて身体の清潔に努めている。やむおえず対応できない場合もある。	入浴は毎日、午前・午後を問わず本人の希望に合わせて支援している。利用者に入浴剤を選んでもらったり、また、仲の良い利用者同士で入浴して背中を流し合うなど、入浴を楽しめるように支援している。温泉に出かけることもある。	
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	和室にて休まれたり、簡易ベッドで対応するときもある。個人に見合ったものにベッドも変更し対応している。毛布・枕・布団の持ち込みもあり気温などにも注意しながら対応している。		
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	アセスメントに効能を記載するとともにお薬説明書を確認しながら配薬している。医師と連携をとりながら調整している薬もある。変更があった際の申し送りは徹底し副作用等も送ることで変化に気が付いている。誤薬に注意している。		

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
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	アセスメントには生活歴を確認し、お客様の生活での役割をもてるようなプラン作成を心がけている。楽しみごととして、個人の希望を叶えようと「フリータイム」を導入し活動し始めたところである。DSのレクに参加する事もある。		
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	日常的に全てのお客様に対応できていない現状はあるが、楽しみごととして、個人の希望を叶えようと「フリータイム」を導入し活動し始めたところである。家族と協力をしながら外出や外泊支援をしている。年間の企画での外出も提供している。	利用者一人ひとりとゆっくり関わって希望に沿った活動を行うための「フリータイム」を設けるとともに、センター方式のアセスメントシートを活用して本人の希望の把握に努め、家族や関係者とも相談して馴染みの場所へ出かけられるよう支援している。職員の結婚式やホームの元利用者の葬儀等への出席も支援したことがある。	
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	御家族様へ確認し所持の有無を決定している。実際は使用しないが、手元に持っている方は何名かいらっしゃる。買い物は立替をしていることとお話しし、好きな物を購入してもらっている。		
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・友人との手紙のやりとりや電話の交流が日常的にある。電話や手紙の希望によっては代筆・代行をしている。		
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	落ち着いた雰囲気を出せるよう、暗すぎて危険のないように注意しながら照明には注意している。季節の花や装飾をしたり、和室には自宅のように過ごせる様に配慮しながらコタツなどを用意して過ごしていただいている。気温・湿度にも注意している。	畳や椅子などを利用し、利用者がそれぞれ思い思いの場所で過ごせる環境づくりをしている。畳のスペースにはコタツを用意してゆっくりくつろげるようにしている。また、季節に合わせた装飾を施したり花を生けて、季節感を感じられるようにしている。	
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	和室・ソファ・食堂などで談笑している姿がみられる。ユニット内での雰囲気を察して外出支援やユニット交流をするなどして対応している。		

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
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	入居時に意向をお聞きし、使い慣れたものを使用するようにしている。生活する中で希望のある物は家族と相談しながら取り入れている。	本人の希望に合わせて、畳またはベッドを選択して使用してもらっている。自宅で使いなれた物や写真など思い出の品を持ち込んでもらい、居心地よく過ごせるよう配慮している。	
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	立ててすりしかなかったため、横すり足つかまり歩きができる様に付け替えを行った。浴室やトイレも立位保持ができる様にしている。居室はネームプレートやより大きく氏名を表示するなどわかる工夫をしている。		

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、生き活きと働けている (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		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
				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
				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
				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
				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