

(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	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7,368番地		
自己評価作成日	平成23年1月15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2月9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帯の出会えるような優しい地域です。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、利用者を最期まで看取ることで、ご利用者から多くのことを学ばせていただいています。『個々の利用者の その日その日の 思いにそって』を理念に、利用者本位のケアを実践しています。

【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」は町の中心部に位置し、近隣には、母体施設である特別養護老人ホームや、同法人が運営する多くの介護サービス事業所、県立病院や個人医院、また商業施設も多く立地しており、医療、福祉をはじめとする各種サービスの利用など生活に便利な環境にある。同時に、住宅地に立地しているため近隣住民との物理的・心理的距離が近く良好な関係が築かれており、ゴミ出しや防犯パトロール、側溝の清掃など町内会の活動にも参加し、住民として地域の中に根ざした活動を展開している。

JRの駅も近く、国道に面しており交通アクセス面も良いが、交通量の多さから来る騒音・振動などに対しては防音効果のあるペアガラスを使用するなど建物設計の段階から考慮している。建物は、木の梁を見えるようにして温かみのある雰囲気を出したり、部屋の押し入れの戸を木組みにして換気を良くするなど随所に細やかな工夫が見られる。

重度化に伴い介護量が増加した利用者が多くなっているが、利用者職員との馴染みの関係のもと、最期までその人らしい人生を見守れるようホームでの看取りにも対応するなど、利用者、家族の思いに最大限応えるべく日々取り組んでいる事業所である。

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
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	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。それ以後、毎年、スタッフ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。理念は全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。	「個々の利用者のその日その日の思いに沿って」を理念にケアに取り組んでいる。理念は利用者、職員が見やすいところに掲示して常に意識している。職員は、理念をケアの際の基本的な考え方として捉え、会議やミーティングで理念に基づいたケアの実践について確認がなされている。	
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、犬の散歩や買物、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や挨拶運動などに協力している。ホーム利用者が地域の一員でありたいと思っている。	入居と共に利用者と一緒にやってきた犬の朝晩の散歩を通して地域の方達との交流が広まっています。現在は地域との顔なじみの関係が構築されています。自治会のゴミ拾いや地域の防犯パトロールをはじめとする町内会活動や、各種行事にも参加している。	
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	GHでの認知症ケアの実践からの知識や情報を、「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。防災については、運営推進会議の意見から、「地域防災協力員」を地域の中でつくり、避難訓練も地域とともに訓練をするようになった。	利用者代表や家族代表、地域住民、自治会長、市の担当者が参加し、意見交換がなされている。地域の方からの声で、地域に「地域防災協力員」ができ、ホームの避難訓練に参加してもらっている。	会議の中で地域の出席者の方から地域の方との懇親会を持ってはどうか等の意見が出されていた。ホームの運営上できる部分とできない部分はあると思われるが、実現できそうな内容については前向きに検討し、積極的に取り組むことを期待したい。
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	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。	市の担当課の副参事が毎回運営推進会議に参加しており、副参事を窓口として、インフルエンザの感染状況等タイムリーな情報交換がなされている。また、日常的に報告、相談できる体制が構築されている。	
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。研修は、毎年実施している。	管理者、職員共に身体拘束のないケアを行うことが当然と考え、法人の研修会等で理解を深めるとともに、拘束をしないケアを実践している。玄関は、防犯上夜間は施錠しているが、日中は開放し自由に出入りできる。	

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	虐待の研修は、法人の研修会で実施している。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でのストレス解消について法人として取り組んでいる。	高齢者虐待について法人の研修で理解を深めている。虐待防止には職員のメンタルヘルスの管理が重要と考え、法人で契約しているカウンセラーからの研修も行われている。個別にカウンセリングを受けることもできる。	
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	スタッフ会議で権利擁護の研修会を行なった。成年後見制度については、実際に後見人の方とスタッフがやりとりしているので、その必要性は理解している。		
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	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、本人の思いにそう検討会を開催している。年に1回開催する「家族交流会」では、家族がスタッフに何でも言える関係つくりのためでもある。	面会時に話を聞くほか、毎年4月に家族交流会を開催している。家族からの率直な意見や要望を得て、運営に反映させている。利用者からは、一人ひとりに合わせた働きかけを工夫して思いを把握するよう勤め、把握した内容を利用者の生活に取り入れている。	
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	スタッフ会議を毎月開催し、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会もある。管理者は、スタッフが意見を言いやすい雰囲気をつくるように努力している。	毎月スタッフ会議を開催し、職員から意見や提案が出されており、そこでの意見は運営に反映されている。会議はできるだけ多くの職員が参加できるよう設定し、また、参加できない職員にはあらかじめ議題を伝え、意見を得るように配慮している。	
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	年2回の人事考課により、職員の努力や実績を評価し、職員が向上心をもって働けるよう、また考課面接では職員に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を発散・共有できるノートを利用している。		
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	法人の研修計画により、法人内で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る。また、近隣グループホームとの交換研修やスタッフ会議内での研修などで、スタッフの質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
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。		
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、ホームができる事できない事を伝える。面接はホームで行い、本人が住みたいという旨を確認する。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労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た後、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」の立場をとるようにしている。介護者は「上」になりやすい事を自覚し、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、「教えていただく」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。家族への働きかけを多くすることで、家族が、大切な家族であり続けるように働きかけている。	毎月、本人の様子を手紙にして家族へ送付し、情報を共有している。家族への面会を働きかけており、家族は、本人の好きなものを持ってきてくれたり、花を生けたり、居室を掃除するなどして協力してくれている。受診のほか墓参りや自宅へ行くなどの外出支援にも協力を得て、ともに本人の生活を支えている。	
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	ホームの入所しても、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かける機会を作っている。地域の方が、遊びにこられ、地域の話をしてくださることもある。	地域の行事に積極的に参加したり、馴染みの理容店の方にホームに来てもらったりしている。外出には積極的に取り組んでおり、訪れた先が利用者の思い出の場所だった場合などは、本人の話を傾聴し、生活歴等への理解を深めている。	地域行事の参加を含め外出には積極的に取り組んでいるが、馴染みの関係継続というよりは、外出に力点が置かれている。馴染みの関係継続にも視点を置いたさらなる取り組みを期待したい。

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	対職員との関係だけでなく、利用者同士の官営を大切にしたいと思い、スタッフが間に入るなどの意識して良い関係をつくるようにしている。関係性は、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もてることを見守っている。		
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。		
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	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。また、人の思いは変化していく事を意識しまた本人の事を知ったつもりにならないように意識し、最初のアセスメントには頼らないようにしている。	本人や、来訪した家族に積極的に関わり、過去の話や意向を聞くように努めている。それらの情報は連絡帳に記入し、職員間で情報共有できるようにしている。	情報共有はできているが、新たに得た情報についてアセスメントシート等への追加記入が十分でなく、個人情報として一元的に管理されていない。本人の意向をより一層支援や計画に反映できるよう、アセスメントの活用についても検討を期待したい。
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	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。しかし、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も多い。	本人と接する中で知り得た情報は日々の記録に記載し、職員間で情報共有している。アセスメント様式を変更中であり、認知症グループホーム協会の「ライフサポートワーク」のアセスメント様式へと徐々に切り替えているところである。	新たに得た情報を一元的にまとめてさらに職員間で共有しやすくし、より一層支援や計画に反映できるよう、アセスメントの活用を期待したい。
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	利用者のその日その日の暮らし方は、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。介護計画書はその人のできる事に着目して立案している。「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。		
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、全スタッフの意見を聞くために、毎月カンファレンスを行っている。本人は自分の思いを伝えることができにくいので、できるだけ日々のケアの中で本人の言葉を聞き取るようにしている。	介護計画は利用者一人ひとりの担当職員が原案を作り、家族の思いを聞いたり、全職員による会議で利用者の思いや他の職員の意見や気づきを検討して作成している。	計画は、毎月のカンファレンスで関係者間で十分に検討し作成しているが、見直し時期の明確な記載がない。評価のための様式や、介護計画実施後のフォローやモニタリングの内容など、次の計画に反映させるための評価・見直しの体制についてさらなる検討を期待したい。

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
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、モニタリングとし、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なども行っている。		
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ある。保育所に立ち寄った時の交流の依頼をしてある。地域住民にホームを理解してもらう活動により、1人で出かけた場合の協力、防災時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・ターミナルの状態になった時)大きな病院から往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。	基本的にそれまでのかかりつけ医を継続している。事情によりかかりつけ医への受診継続が難しい場合には協力医院を紹介している。往診してくれる医師も確保している。利用者が体調を崩した場合はまず法人内の訪問看護事業所に相談する体制をとっており、状況に応じかかりつけ医につないでいる。	
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には、訪問時以外でも電話で報告している。		
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。	入院した場合には、面会に行き、病棟看護師に状態を確認する、又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。	本人・家族の希望、意向を早い時期から確認している。看取りケアの希望が生じた場合は、医師等関係機関を交えて方針を共有し、同意書を取り交わして対応している。家族の意向の変化に応じて支援内容を見直すなど、柔軟に対応している。	

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
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。	利用者の急変時にはまず法人の看護師に相談している。日常的にも状態の変化があれば助言を得ている。救命講習は法人の看護部会が年に複数回開催しており、全職員が受講している。	
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、職員だけの訓練のほか、年2回消防立会いで避難訓練を実施している。その際は、地域防災協力員も参加し、また地域住民の方にも参加をご案内している。	毎月の会議の際に消防関係機器の使用方法を全職員で学んでおり、避難訓練も定期的の実施している。地域との協力体制ができており、ホームのための地域防災協力員が組織されている。	
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	本人のプライドを傷つけない配慮をしながらケアの声かけをさせて頂いている。ケアを行なう際は、声をかけてOKが出てから行う。個人の記録、情報は鍵のかかる書庫に保管している。	利用者の意向や気持ち、プライドを大切にしたケアが実践されている。「聞いていて心地よい話をしましょう、耳障りな声かけはやめましょう」との方針のもと、職員の対応が統一されている。職員の対応で気になる点があれば、その都度話し合い改善している。	
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	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。		
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。食事の時間はおおそ決まっているが、それに従わなくてもよい。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。基本的に自宅からもってきてもらった服と装飾品である。なじ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き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	その日の献立を利用者に伺うも答えること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？」という選択をしてもらっている。食事の準備・片付けなど、それぞれができる事に参加してもらっている。して頂いたことに対して、必ず感謝の言葉を伝えるようにしている。	食材を切ったり洗ったり、洗い物など、そのときできることを、利用者一人ひとりの力を踏まえた上で声をかけ、一緒に行っている。	

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
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、毎月体重測定を行なっている。		
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	紙パンツ等の使用を一概に減らした方が良いとは考えず、それを使用することによって安心して活動の幅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。オムツをしても、本人の訴えがあればトイレで排泄を試みている。	排泄表の記入をもとに、利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、個々の状態に合わせてトイレでの排泄を支援している。	
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	便秘予防のために、個別に、良いとされる飲料や果物、運動を取り入れている。また、排便の有無の確認を行い、訪問看護の協力を得ながら便秘薬の与薬を行っている。		
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？」と意志を確認する。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、様々な工夫して気持ちよく入浴してもらえるように取り組む。夜の入浴もできる。	基本的に午後に入浴としているが、希望があれば朝でも夜間でも対応できる。入浴剤を入れるなど、楽しく気分良く入浴できるよう取り組んでいる。	
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、活動したり日光を浴びるなどし、スムーズな入眠を支援している。寂しくて寝つけない場合には、添い寝、温かい飲み物を飲む、眠くなるまで一緒に過ごすなどしている。日中も和室や居室で少し横になるなど、自由に休息しえもらっている。		
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、用量など他職員もわ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に何度かの別の職員によるチェックは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。		

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	生活歴の中から得意だったことを見つけ、役割とすることでなく、日々の関わりの中で、生き生きとする場面を見つけるようにしている。		
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、地区の催し物などに参加している。個人の希望に沿って(個々の地域など)個別に外出する計画を立て実施している。	気候のの良い時季には弥彦や岩室等にドライブに出かけている。希望があれば近所の散歩には随時出かけている。敬老会や民謡流し等地域の催し物にも積極的に出かけている。	
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	おこづかいを自己管理している方もいる。ヤクルトやおやつなど購入の際は、自分で自分のお金で支払うやりとりをしてもらっている。		
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	家族からの電話に出てもらったり、手紙を書く支援をしている。		
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	装飾や花などで、季節感や心地よ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、生活の音や匂い、会話の音などのある心地よい空間で過ごしていただくようにしている。	天井の梁や床材など、木の質感を活かした温かみのある造りである。利用者と職員とが一緒に作った装飾品や、職員が手作りした連絡ボード、季節の花などを飾り、季節感や親しみやすさを感じられる空間づくりをしている。	
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	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ことができるようにしてある。		

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
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、自宅で使っていた家具や大切なものをもってきていただけるようお願いしている。	入居時に、馴染みの家具などの持ち込みが可能であることを伝えており、実際に多くの方が持ち込みをしている。居室は、利用者の生活習慣に合わせて板間と畳敷きのどちらにも対応できるようにしている。	
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、わかりやすいように工夫してある。自室の目印も個々がわかりやすいようにした。リビングには、今がなんの時間なのかわ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