

(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	1570102192		
法人名	有限会社 在宅福祉センターひまわり		
事業所名	グループホーム ひまわりの家		
所在地	新潟県新潟市東区下山3-1407-1		
自己評価作成日	平成24年2月9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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/Top.do?PCD=15">http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/Top.do?PCD=15</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24年3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)】

グループホームひまわりの家では、日常的なスタッフと入居者の皆様との関わりが大切と考え、取り組みを行っています。自己評価にあります通り、未だ業務優先、スタッフ優先となっている部分も多くありますが、入居者の皆様が、笑顔で生活して頂ける様な関わりを持てる様に努めています。

### 【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)】

「グループホームひまわりの家」では、早くから利用者の重度化や終末期への支援に積極的に取り組んでいる。協力医、訪問看護ステーションとの協力体制を確立し、本人・家族の希望に応じてホームでの看取りも支援している。

管理者と各ユニットの計画作成担当者は、日々意見交換を行いながらサービスの質の向上に取り組んでいる。各ユニットで行われる会議(カンファレンス)の機会には、現在必要と思われる事柄に関する勉強会や、職員の対応やケアに対する管理者からの注意喚起等が積極的に行われている。勉強会の資料や管理者からの説明の資料は、その支援や取り組みを行う意義や目的、支援者として大切にすべきこと、管理者が特に職員に伝えたいことなどを盛り込んで作成されており、職員の教育に力を入れている。

今回のサービス評価における自己評価も、各ユニットで職員全員で実施した。全職員に自己評価票を配布して一人ひとりが記入したのち、サービスに関する部分はユニットごとの会議ですり合わせを行った。運営管理部分は管理者がまとめたものだが、その際、管理者は、今後のサービスの質の向上に活かせるよう職員一人ひとりが記入した気づきや考えをもとに事業所としての自己評価を行った。前回までの外部評価の結果に対しても課題意識を持って取り組んできたことから、今後も、このサービス評価の結果をもとに、サービス向上への取り組みをひとつひとつ計画的に進めていくことが期待される。

## 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)	<p>理念の共有と実践</p> <p>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</p>	<p>経営・運営理念及び基本方針を事務所に掲示し、利用者第一を考えて、日々実践している。</p>	<p>“人間尊重”や“地域貢献”、“高い専門性と深い人間性”等をキーワードに法人代表者の思いを明文化した経営理念とそれに基づく運営理念が作成されている。さらに理念を基に、現在ホームに必要なことを意識して管理者が年度の基本方針を立てるとともに、ユニットごとの目標も作っている。しかし、理念は新採用時に、方針は年度初めに職員に説明されているが、実践されているかどうか具体的に検証や振り返りを行う機会は特に設けられていない。</p>	<p>理念は、ホームの運営や利用者への支援を行う上での基盤や拠り所になるものである。理念がめざすものが何か、理念を実現するためにはどのような取り組みを行うべきか、理念に関する研修を行う等して職員全員で検討・共有し、実践していくことを期待したい。また、ホームの実践の基礎となるマニュアルについても理念を反映させたものとなるよう点検してはどうか。</p>
2	(2)	<p>事業所と地域とのつきあい</p> <p>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</p>	<p>日常的な付き合いは不十分で、買物や散歩等で地域の方々と接する機会があるのも一部の入居者のみとなっている。</p>	<p>運営推進会議には地域の代表者の参加を得ている。また、年1回近くの保育園の園児の来訪がある。散歩や買い物など地域社会に出かける機会も日常的に設けているが、地域の方と交流するには至っていない。</p>	<p>地域向けの広報紙の発行など、より多くの地域の方にホームについて知ってもらえるよう積極的な働きかけを期待したい。また、ホームも地域の一員であるということや地域の方に認識してもらえるよう、町内会への加入等についてもその意義を踏まえて検討してほしい。</p>
3		<p>事業所の力を活かした地域貢献</p> <p>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</p>	<p>地域の方々へ向けて、発信できていない。</p>		
4	(3)	<p>運営推進会議を活かした取り組み</p> <p>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</p>	<p>運営推進会議での話し合いはサービスの向上に活かされているが、十分とは言えない。</p>	<p>利用者や家族代表、地域の代表、地域包括支援センター職員の参加を得て、2ヶ月に1回開催している。利用状況や活動状況の報告を中心に行い、参加者からも災害時の避難方法等についての意見や助言を得ている。しかし、参加者の都合がつかず参加人数が少なくなったり、意見等がなかなか出てこないことも多く、管理者は、運営推進会議を十分に活用できていないと認識している。</p>	<p>運営推進会議をどのように活用したいのか目的や意義を明確にし、参加者と共有することでより効果的な会議運営につながると考えられる。また、その目的や会議の議題に応じてメンバーを検討したり、例えば写真や映像を用いた資料を使用したり食事を食べてもらう機会を持つなど、開催方法の工夫も期待したい。さらに、議事録は職員や他の家族、区役所等、関係者と共有することが望まれる。</p>
5	(4)	<p>市町村との連携</p> <p>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</p>	<p>運営推進会議への参加や必要に応じた連絡を行なっているものの、密な連絡という所までは行かない。</p>	<p>ホームにとっての行政窓口は主に地域包括支援センターとなっており、センターには運営推進会議への参加を得るとともに、連絡や相談を行っている。生活保護受給者に関する相談など、適宜行政に報告・連絡・相談を行っている。</p>	

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	身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	平成23年度から年間研修計画の中に身体拘束に関する研修を位置づけ、4月に実施した。直接的な身体拘束は行われておらず、玄関やユニット入口の施錠はされていない。しかし、1階玄関の自動ドアは内側からは自動で開かず、手動スイッチも利用者に見えない場所にある。また、2階から1階へは階段を使わなければならない、歩行が難しく車椅子を使用している利用者にとっては行動の範囲が限られている状況である。	ホームの目の前が国道である状況や、改築型の建物でありもともとエレベーターがないという状況から、すぐには改善が難しいと考えられる。しかし、自動ドアの制限や建物構造により利用者の行動を制限していることも身体拘束にあたるということを常に意識して、日々の自分たちのケアやホームの環境について振り返りや話し合いを行い、継続的に改善に向けて取り組んでほしい。
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	カンファレンス時に勉強会を行い、防止に努めている。	平成23年度から年間研修計画の中に高齢者虐待に関する研修を位置づけ、10月に実施した。職員の対応や言葉かけに気になる点があれば、カンファレンス(ユニットごとの会議)で管理者から説明・注意喚起をしている。また、管理者は、勤務形態に工夫をしたり、職員の意見を聞くようにする等、職員がストレスを溜めないように配慮している。	
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	制度を利用されている方もいるが、学ぶ機会は確保されておらず、制度の詳細を知らないスタッフもいる。		
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	契約時にはご家族等へ説明を行うと共に、不明な点等があればその場で聞いて頂けるように努めている。		
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	苦情相談窓口の設置及び面会時にご意見を尋ねる等で実践している。	利用者の意向や要望は日々の関わりの中や、介護計画更新時の再アセスメントの際に把握するよう努めている。家族については、年1回の家族会でテーマを設けて意見交換や交流を行うほか、家族の面会時には声をかけ意見や要望等を確認している。また、年1回、センター方式のアセスメント表の一部を活用して、本人の生活やケアへの意向、ホームへの要望等を記入してもらっている。苦情相談の受付者についても契約書やホーム内の掲示物で明示している。しかし、日々の細かな意見、要望に関しては記録に残すなどの取り決めがなく家族との間に行き違いがあった。	家族の面会時に聞いた意見や要望等情報の伝達・共有のルールが明確に定まっていない。情報伝達の必要性を職員個々で判断するのではなく、どんな小さな情報も確実に伝達・共有がなされるよう、記録や申し送りの方法を定めマニュアル化し、職員全員で徹底することが求められる。家族の信頼や安心感を高め意見等の表出につなげられるよう、広報紙等を利用して苦情受付窓口の活用を継続的に促したり、意見や苦情の対応プロセスを示すなどの取り組みに期待したい。

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
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	スタッフ間で解決できない内容等の場合、社長や管理者が話を聞き、反映できる部分は反映されている。	毎月ユニットごとに「カンファレンス」と「ケース検討会」をそれぞれ1回ずつ開催している。カンファレンスではホームの運営に関する話の話し合いや勉強会、ケース検討会では利用者一人ひとりのケアについて話し合いを行っており、職員は、意見や提案を出し合っている。また、年1回、法人代表者・管理者と職員との個別の面接機会も設けられている。	
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	給与水準は高いとは言えないが利用者		
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	研修を受ける機会は確保されているが、積極的に推進しているとまでは行かない。		
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	管理者間の交流が徐々に増えているが、スタッフ間の交流までは至っていない。		
<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	入居前の事前面接 カンファレンスを通じ、必要な情報収集・提供に努めている。		
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	事前面接や施設見学の前後に本人及び担当の介護支援専門員の方からも情報を頂いている。		
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	事前面接の中で本人・家族の要望や不安等を把握し、支援の方向性を探る様にしている。		

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
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	気を付けてはいるが、受け身になっている部分もあり、改善していきたい。		
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	面会時や行事への参加等に留まっており、前回の外部評価時に提案された大掃除への参加等も実施できなかった。	利用者の様子や受診結果を毎月書面でお知らせしたり、面会時に伝えるなどして家族との情報共有に努めている。また、年1回定期的に、本人の生活やケア、終末期に対する意向やホームへの要望を書面で確認しており、ケアに関するアイデアや本人への理解を深める情報をもらっている。年1回の家族会も実施しており、平成23年度は地域の花火大会に合わせて行うなどより多くの参加を得られるよう工夫している。	
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	開設当初に比べ、人・場所共に関係性を継続できる方が少なくなっている。	家族へは定期的に本人の様子を書面で伝えたり、居室担当職員から年賀状や暑中見舞いを出し、ホームに入居したことにより本人と家族との関係が希薄にならないよう努めている。アセスメントシートに本人の馴染みの関係を把握するための項目も設定しているが、情報把握が十分でなく、また、以前は外泊時の送迎やお墓参りへの同行等支援していたが、職員体制や利用者の重度化から馴染みの関係継続の積極的な支援には至っていない状況がある。	馴染みの人に会いに行ったり、お店等馴染みの場所に出かけるなどの支援のほか、好きだったことや趣味活動をホームの生活に取り入れるなどの取り組みにも期待したい。ホームでは終末期ケアにも取り組んでいるが、利用者により良い終末期を過ごしてもらおうという支援に「馴染みの関係」という視点も取り入れて考えてはどうか。
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	食堂の座席を入居者の関係性に応じて変更したり、場合によってはスタッフが間に入る事で努めている。		
22		関係を断ち切らない仕組み 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	時には手紙を出す事もあるが、多くの場合、スタッフ間で回顧する程度で終わってしまう。		
<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	希望や意向を表出して頂ける様に努めていると共に、検討会議の中でケアに反映できる様に努めている。	センター方式のアセスメントを取り入れた様式を用いて、3ヶ月に1回アセスメントを行い、本人の意向や希望の把握に努めている。家族には、本人の生活やケア内容、終末期などについて書面を用いて毎年1回意向を確認している。	

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
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	ご家族や他施設のスタッフなどからそれまでの生活状況を可能な限り聞きだせる様にしている。	入居時に、本人のこれまでの暮らしについて家族や担当居宅介護支援専門員等から情報を得ている。その後も、3ヶ月に1回の再アセスメント時や日頃の関わりの中で本人・家族から情報を得よう努めている。	
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	日々の関わりの中でスタッフ個々が現状把握に努めると共に、記録や会議を通じてスタッフ間での共有にも努めている。		
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	担当者を中心にスタッフ全員で計画を作成し、その際に本人・家族の意見を反映できる様に努めている。	介護計画については3ヶ月に1回の評価・見直しを行っている。見直しに合わせて、利用者一人ひとりの居室担当職員が再アセスメントを行い、ユニットごとに行う「ケース検討会」にて支援内容を話し合い、それを基に計画作成担当者が介護計画を作成している。支援が的確になされるよう、介護計画に位置付けられた支援の目的や方法を具体的に示した「ケアシート」も作成している。作成した介護計画は家族に説明し、同意を得ている。しかし、介護計画に沿ったサービス実施状況は「個人介護記録」に記入されているが、「〇〇介助を行った」と言った書き方が多く、利用者の“様子”がわかりづらい。また、介護計画には短期目標の設定のみであり、そのベースとなる長期目標が設定されていない。	利用者の生活における長期的な目標も設定して支援を行う“目的”をより一層意識しながら、利用者がどのような様子だったのか、どのような反応をしたのか等の具体的な記述を行うことで、支援の成果が検証しやすくなり、より良い介護計画作成に結び付くと考えられる。また、アセスメントやケース検討など計画作成の過程に家族からも参画してもらうなど、利用者への支援を家族と一緒に考える具体的な仕組み作りにも期待したい。さらに、これらの一連のケアマネジメントプロセスが確実に実施されるようマニュアル化してはどうか。
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	記録に残してはいるが、変化等の記録・伝達・共有という面では少し立ち遅れている。		
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	受診の代行等、家族の状況に応じ取り組みを行っている部分もあるが、枠に収まってしまっている様にも感じる。		
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	地域資源の範囲を理解していない為、間違った評価がかも知れませんが、季節毎に咲く花を見に行ける様にしたり、行事等で認知症の方・ADLの低下された方に優しい資源を把握・活用出来る様にしていますが、日常的な部分では少ない。		

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
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	入居時に本人・家族の意向を確認し、希望に沿った医療機関を受診できる様に努めている。	医療機関は本人・家族の希望を確認して決めている。家族による受診支援が難しい場合は、話し合いの上ホームの協力医への変更をお願いしている。家族が協力医以外への受診を行う場合、ホームでの生活の様子や受診結果について情報交換している。協力医とは24時間365日連携がとれる体制となっている。	
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	往診・受診時に体調等の変化を報告し、必要に応じて助言をもらっている。		
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。	入院中も2～3日に1回の割合で面会に伺い、本人の状態確認や関係者から情報を聞ける様にしている。		
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	重度化や終末期のあり方については、契約時に一度説明を行い、対象となった際に再度説明を行った上で本人・家族の意向に沿った支援を行える様にしている。	協力医、訪問看護ステーションの協力を得て重度化・終末期の支援をホームで行う体制を構築している。「重度化・看取り介護に関する指針」を作成して本人・家族へ説明するとともに、年1回、書面で家族に終末期の意向を確認している。重度化が進み看取りケアの対象となった際は改めて話し合い、関係者間で方針を共有して支援をしている。	
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	勉強会等で話し合いを行っているものの、訓練は実施していない。	緊急時や感染症発生時の対応についてホーム内で勉強会を行っているが、書面に基づいて対応方法を説明するにとどまっており、実技を取り入れた訓練は行われていない。	いざという時に迅速に行動できるためには、実際に起こり得る場面を想定した実技訓練を継続的に行うことが求められる。
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	避難訓練は実施しているが、万が一の場合に実践できるか不安がある。	年2回避難訓練を行っている。利用者の参加を得て屋外への避難訓練、夜間の連絡・通報訓練という形で実施しており、消防署からの助言も得ている。食料の備蓄、石油ストーブ等も準備している。開設当初は地域の自衛消防団長と面識があったものの、経年と共に交流が希薄となり、管理者は課題意識を持っている。	建物の設備上、2階にはエレベータがない状況なので、災害時の対応は喫緊の課題である。今後は、運営推進会議を活用して助言を得るなどしながら、地域との協力・連携体制の具体的な構築に向けた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
<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	人格の尊重・プライバシー確保に最大限の注意を払っている。	接遇や認知症ケアのマニュアルが整備されており、職員の新採用時にはこれらのマニュアルを配布し説明している。利用者への対応や言葉かけに気になる点がある場合は、毎月のカンファレンスを活用して管理者から問題提起をしている。	接遇や認知症ケアマニュアル、個人情報保護規程など各種のマニュアル・規程が整備されているが、職員への周知・活用が十分ではない。マニュアル等の遵守がされているか、マニュアル等に沿って具体的に振り返る機会を持つことが望まれる。
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	自己決定に至る過程としての自己表出を促し、自己決定の実現に結びつける様にしている。		
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	スタッフの都合を優先しないよう、入居者と対面する時間を多く取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	日常的ではないが、行事等でお化粧をして頂けるようにしている。また、服装の乱れ等にも注意し、整髪等は随時行っている。		
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	普段は食事時のコミュニケーションにて、行事等では食事形式を変更する等で、食事を楽しく頂ける様に努めている。	献立は1日毎に利用者の好みを考慮しながら作成し、食材の買い物にも毎日利用者と一緒に出かけている。また、職員は利用者と一緒に食事をし、利用者のペースで食事ができるようゆったりと関わっている。使用する器や盛り付けは目で見て楽しめるものである。	
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	栄養バランスは考えて献立を作成しているが、不十分とも感じられる。また、水分摂取量が少なくなりがちな方もおり、努力したい。		
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	介助が必要な方への支援に終始してしまっている。		



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
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	トイレ誘導等を行い、可能な限りトイレで排泄して頂ける様に努めているが、誘導がパターンではなく、時間になっている場合もある。	利用者一人ひとりの排泄状況をチェックしたり、行動や様子を見ながら、その人に応じた時間や方法で支援をしている。	
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	食物繊維の多く含まれている食事を献立に入れる等、心掛けてはいるが前述の通り水分摂取量が少ない等、足りない部分も多く、下剤に頼る事も多い。		
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	スタッフの人数等から時間帯が決まってしまっており、以前の生活習慣等から入浴を拒否される方への対応も見出せていない。	毎日利用者に声をかけて入浴の希望を確認し、支援している。できるだけ今までの生活パターンを崩さないよう時間帯にも配慮している。	
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	夜間に限らず、日中でも本人の体調や希望に合わせて休息して頂ける様に努めている。また、眠剤の安易な服用は避け、自然な形で睡眠導入を心掛けている。		
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	全ての薬について作用・副作用を把握できていない面もあるが、処方薬に変更があった際には処方目的や服用後の体調等を確認している。		
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	嗜好品や役割を取り入れているが、一部の入居者のみとなってしまっており、全員への対応がまだできていない。		
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	行事や買物での外出に限られてしまっており、日常的な支援はできていない。	食材の買い物には希望する利用者とともに毎日出かけている。また、毎月ユニットごとに外出行事を企画し、日帰り入浴施設や演芸場、水族館、花火鑑賞や初詣などを楽しんでいる。	

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
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	買物へは出ているが、支払いはスタッフが行ってしまっており、支援できていない。		
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	電話・手紙ともに支援ができていない。		
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	壁面の飾りで季節感を採り入れ、分かり易い掲示で混乱を避ける様にしているが、時に匂いが気になる部分もある。	割烹だった建物を改築しているため、共用空間は広く、テーブルの配置やコタツの設置などにより利用者が好きな場所で過ごしてもらえるようにしている。共用部は毎朝掃除機をかけることとなっているが、フロアのカーペットや階段部分の汚れ等が目につく状況があった。	食後の食べこぼしなどの清掃が徹底されるよう、方法を明確に定めることが望まれる。また、喫煙スペースが設けられているが仕切り等がないので臭いが感じられた。家族や来訪者、喫煙習慣のある利用者等の意見も聞きながら、分煙環境の整備についても検討してほしい。
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	食堂の座席以外にも、こたつやソファ等を配置し、その方に合った場所を提供出来る様にしている。		
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	希望に応じ、必要な物を居室に配置して頂けるようにしている。個人差もあるが、殺風景な居室もあり、そういった方への対応も今後進めたい。	ベッドとテレビ台はホームで準備しているが、その他の家具や小物など馴染みの物品を持ち込んでもらっている。また、ホームで撮った写真なども飾り、一人ひとりの居室づくりを行っている。	居室の清掃について、週1回のリネン交換時に合わせて掃除機をかけることが定められているが、洗面台の清掃などについては特に定められおらず、また、テレビ台等の清掃が十分でない状況も見受けられた。どの職員によっても統一した対応が行われ、利用者の居室が居心地よく保たれるよう、清掃の方法をより具体的・明確にすることを期待したい。
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	案内・表札の掲示で理解し易い工夫をしている。		

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