

(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	1595800010		
法人名	社会福祉法人 苗場福祉会		
事業所名	グループホーム雪割草(立柄山ユニット・飯土山ユニット)		
所在地	新潟県南魚沼郡湯沢町大字土樽151-116		
自己評価作成日	平成23年7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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社団法人新潟県介護福祉士会		
所在地	新潟県新潟市中央区上所2-2-2		
訪問調査日	平成23年8月31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)】

小規模多機能型居宅介護事業所との複合施設であるが、年1回、合同のバスハイクで入居者、家族、地域の人々と親睦を深めている。また、地元保育園児との定期的な交流、「納涼祭」、「喫茶の日」などを通じ地域交流を図っている。
医療連携においては、入居されている方のほとんどは、かかりつけ医が町の協力病院のため、休日や夜間も何かあれば、電話で連絡した上で早期受診に繋げることができる。基本的に、町内の医療機関であれば、無償で受診に付き添うことが可能であるとしているため、入居者の受診介助のほとんどを職員が行っている。

【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)】

事業所開設から4年目を迎え、昨年の外部評価で達成できなかった点に対し積極的に取り組み成果をあげている。

- ・理念の共有化について
話し合いを重ねていくことで職員の意識が変わり、達成できずにいた事項にも前進が見られてきている。
- ・二つのユニットの職員交流について
幅広く利用者とふれ合うことで風通しが良くなり、職員の発言にも積極性が出てきている。今後は地域からの意見や苦情に対して、質の向上に繋がるよう期待したい。
- ・重度化に伴う終末期の看取りへの取り組みについて
協力病院との日ごろの連携により緊急時の対応も可能である。カンファレンスでの話し合いには医師も同席し、本人、家族の希望に沿った援助方針を共に進めており、今後大きく期待したい
- ・防災災害対策について
運営推進会議で防災面の現状を説明共有しており、現在、町内防災担当者との具体的話し合いを近々持つまでに至っている。

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	職員全員で作成した理念を、見やすい場所に掲示し、意識している。「住みなれた地域とのつながりを大切にします。」については実践している。	事業所は三つの事項を掲げている。なかなか実践できずにいた「お一人お一人の個性を大切に支援します」について、均等のサービスから抜け出し、個々のニーズに添えるサービスへと意識を変えることで前進している。	
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	保育園行事はじめ、地域の行事に誘いを受け参加している。また、施設の納涼祭などには地域の方々から協力や参加をいただいている。地域のボランティアの受け入れも行き交流している。	事業所は町内会の一員となっている。地域の行事や施設行事には積極的な交流体制ができており、利用者は無理なく参加している。また、町の介護者教室や中学校の体験学習も協働で行っている。	
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	介護者教室の開催や地域の中学校の体験学習の受け入れを行っている。		
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、サービスの質に関する意見や要望などをいただき、職員会議で話し合っている。	小規模多機能施設と合同で行っている。メンバーは1年を任期としている。身近な区町や家族もメンバーに入っており、情報の伝達や具体的なサービスの意見や要望を議題にし、質の向上に繋げている。	
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	役場福祉課、地域包括支援センターの担当者が運営推進会議のメンバーになっており、事業所の実情やサービスの実施状況を伝え、指導を受けている。	町との連携は事業所運営にとって重要と考え、日常的な現場や利用者の実情などを伝え、理解と支援をいただいている。また町からいただく助言やアドバイス等は見直しの良いきっかけにしたいと捉えている。	今後も町からいただく助言やアドバイス等は職員会議等で共有し、さらなるサービスの質の向上に繋げていかれることを期待したい。
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	法人委員会を通じてマニュアル整備と勉強会を行い、職員の理解を深めている。	玄関入口には方針が掲示されている。各ユニット入り口はさりげなく出入りを知らせるベルや風鈴飾りで工夫されている。職員会議等で“不適切ケア”の具体的な不快行為の事例検討を行い、レベルアップが図られている。	
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	行政が行う研修会や法人の勉強会に積極的に参加し、学びを深めている。ミーティング、職員会議等で日々のケアについて確認し合い、虐待防止に取り組んでいる。	外部、法人内の研修会議参加の機会はあるが、全職員への徹底に向けた具体的な取り組みに苦慮している。これからの課題である。	H18. 施行の「高齢者虐待防止関連法」について再度学ぶ機会を設けること、また身近な具体例を挙げて研修を重ねる等して、質の高いサービスに繋げていくことを期待したい。

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
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	日常生活自立支援事業、成年後見制度を活用している入居者を通じて制度について理解している。		
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	説明し、納得を得てサインを頂いている。		
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	年1回、お客様アンケートを実施し、意見や要望の収集に取り組んでいる。結果と改善策について、利用者、ご家族、運営推進会議に公表している。	「年1回のお客様アンケート」を定例化している。結果について利用者・家族の目につく場所に掲示し、運営推進会議に公表している。全職員は素直に受け入れ改善策に取り組んでいる。	
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	日頃の業務に対しての意見を、ミーティング時に話し合い、反映させている。また、年2回以上、所長と管理者が職員一人ひとりと面談し、個人目標や要望について話し合い、運営に反映するよう取り組んでいる。	二つのユニットの職員交流を行うことで、風通し良く新しい雰囲気生まれ、ミーティング時の発言も多くなってきている。所長、管理者との面談も定期的に行われており、利用者個々の要望等反映されてきている。	
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	半期毎に職員各自が個人目標を設定し、それに対し期末に自己評価と上長との面接を通じ評価するシステムがある。成果主義に基づき、職場への貢献度など、給与水準に反映するようになっている。		
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	法人の年間計画による研修、外部の研修などに参加する機会がある。事業所でも定期的に勉強会を行っている。また、委員会活動を通じ新人育成するシステムがある。		
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	管理者はグループホーム協議会、グループホーム連絡会に参加し、情報交換を行っている。また、法人内のグループホーム連絡会では、毎月、職員同士の交換研修を行い、サービスの質の向上に取り組んでいる。		

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
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	事前訪問、面接を実施し、本人、ご家族から不安や要望等を聴いている。また、居宅ケアマネとの連携で情報収集している。		
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	事前訪問、面接を実施し、本人、ご家族から不安や要望等を聴いている。また、居宅ケアマネとの連携で情報収集している。		
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	サービス導入の前には必ず、包括支援センターと連絡を取り合い、情報交換しながら、本人、家族が必要としている支援を見極めるよう努めている。		
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	掃除、食事の準備、後片付け、洗濯たたみ等、その人の能力に応じて家事を職員と協力して一緒に行っている。		
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	ケアプランモニタリング時には、ご家族に参加してもらったり、遠方の場合は電話等で意見、要望を聞き、共に支える関係を築くよう努めている。また、職員、利用者、家族と一緒に参加できる行事を実施している。	家族とはケアプラン作成時に直接話し合いが出来るよう調整するとともに、都合で来れない家族には、面接時や電話等で近況を伝え、また家族の意見・要望を聞き、プランに活かしている。	利用者の入所期間の長期化・状態の安定化でご家族より「安心と信頼」を得ている。今後もより一層、ご家族と共に支える取り組みを期待したい。
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	町と協力し、地域行事や介護予防事業への参加、馴染みの理美容室の利用を継続できるよう支援している。(敬老会、「いきいきサロン」等)	地域との入所前からの繋がりが保たれた生活支援をしている。その中でも敬老会への参加はほぼ全員が希望しており、重度の方には職員2名で付き添うなど支援に努めている。	
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	職員が間に入って適切な声かけや調整を行うことで、ほとんどの利用者が、リビングで会話を楽しんだり、家事作業を分担して行うなど、互いに関わりあって生活している。		

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
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	法人内の別の施設へ退居された方が、昨年度2名いるが、本人の面会に行ったり、初期の段階においては特にケアに関する相談に応じるなどフォローに努めている。		
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	定期的なカンファレンス時に本人、家族から希望や意向を確認している。センター方式のシートを活用し、居室担当者を中心に本人の暮らし方の希望や意向の把握に努めている。	センター方式の事項を活用して、居室担当者が中心となり時間をかけながら把握に努めている。入所時把握できなかったことも、日々の生活の中で、よりそうことで知ることができている。	
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	入居時にまず、本人、家族、居宅ケアマネ、医療機関などから得た情報を職員間で共有している。入居後は、日々の関わりの中で本人や家族に話しを聞くなどして情報を得ている。	入所前は独居で、家族は遠方にいる利用者が多く、入所時の十分なアセスメントが出来ずにいる。地元出身者が多く、馴染みの顔もあり、交流を続けていく中で個々の利用者の全体像をつかむ一助になっている。	
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	利用者一人ひとりの生活パターンを把握して、本人のペースで生活できるよう配慮している。また、心身の状態に変化があった時は確実に申し送り、変化に対応できるようにしている。		
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	定期的に居室担当者を中心に、できるだけ多くの職員が参加してモニタリング、カンファレンスを行っている。本人、家族の意向を確認し、看護からも意見を聞きながら、現状に即した介護計画の作成に努めている。	日々のケアの実践状況を対応した職員がチェックリスト一覧表に記入し、職員間で情報を共有している。各担当者が個別台帳に転記し、介護計画、モニタリングに繋げている。	モニタリングが行なわれ、利用者の状態が安定していくことで家族の安心感を得ているが、介護計画の意向や意思の確認が電話で行なわれている場合が多い。今後は家族が参加するカンファレンスの持ち方への工夫に期待したい。
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	日々の様子やケアプランに添った記録、変化や気づきなどを毎日、ケース記録、日誌などに記入し、職員間で情報共有しながら、介護計画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	町外の受診は基本的には家族に対応してもらうことになっているが、単身世帯、老老世帯、家族がいても、対応が難しい場合などは職員が付き添っている。		

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
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	町との連携で、町の介護予防事業「いきいきサロン」などに参加している。		
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、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	利用者のほとんどが地域のかかりつけ医に継続して受診している。受診は職員が介助しており、適切な医療を受けられるよう支援している。	入所前から町の医療機関に継続受診している利用者が殆んどである。受診付添いはほぼ職員が行っている。受診後の経過は家族に報告している。緊急時・夜間の受診については、協力病院と連携がとられており、早期受診に繋げている。	
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	職員は、日常の関わりの中で個々の利用者の情報や気づきを看護師に伝えて相談し、適切な指示を仰ぐ体制をとっている。		
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。	利用者が入院した際は安心して治療できるよう、また、出来るだけ早期退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。		
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	医療依存が高くなり、重度化している2名の方に、終末期の過ごし方について家族と話し合いを重ねている。	本人・家族の希望より、入院していた要介護5の方の退院後の生活の場として受け入れている。退院時のカンファレンスには医師が同席し、終末期の方針について話し合っている。利用者の入退院や重度化で移動・食事形態・入浴に困難性が出てきても看護師と連携し介護の工夫をしている。	
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	年1回、全ての職員が救急法の勉強会に参加している。	小規模多機能施設とAEDを共有している。日課の中に設置場所の確認と電池の点検が習慣化されている。応急手当については、全職員習得できるよう、勉強会を積み重ね自信に繋げている。	
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	年間防災計画に従い、避難訓練を施設全体で年2回実施している。地域との協力体制はまだ出来ていないが、運営推進会議や町内会と相談しながら検討を進めている。	運営推進会議や町内会の防災担当者に現状を提案したことにより、今秋、具体的な話し合いをもてることになった。地域との協力体制作りに取り組んでいる。	

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
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	各居室の扉は、特別な理由のある場合を除き、常に閉めておき、入室時は必ずノックをしている。名前で同姓の方が多く、下の名前で呼ぶ方もいるが、本人の意向を確認して対応している。	利用者との対応にはゆっくり丁寧な言葉かけがなされている。共同の場での利用者間の会話が混乱しないよう、目配り、気配り、代弁がさりげなくなされておりうまく調和されている。	
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	食事の献立を立てる時に利用者の希望を聞いたり、飲み物を幾つかの種類の中から選べるようにしている。また、レク、外出、行事など、参加の希望を本人に確認している。		
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し、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	リハビリ体操など、1日の生活リズムとして日課となる活動にお誘いするが、本人の希望を優先し、強制にならないように注意している。		
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	本人の希望に添って、馴染みの美容院や出張理容を利用できるよう支援している。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	調理の下ごしらえ、食事の盛り付け、片付けを職員と一緒にやっている。また、毎食の献立を利用者に書いてもらうなどしている。	献立は利用者の希望を取り入れながら職員が行っている。年1回同法人施設の栄養士が点検し、具体的アドバイスを貰っている。時期には畑の手作り収穫物を調理する等、職員・利用者が一緒に日々の食事を楽しむ努力がなされている。	利用者が書いた献立表が貼られてあり、利用者の生活への参加が見られた。今後、より利用者側に立った生活の場所とする為に献立表の字の大きさ・濃さ・貼り出す位置(高さ)等ター層の工夫が望まれる。
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	医師の指示に従い、制限のある方は特に注意している。		
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、一人ひとりの口腔状態や本人の力に合わせて口腔ケアを行っている。		

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
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、介助が必要な方にはその人に合わせた方法で支援している。	本人の要望に添った援助方法で行われている。トイレ入口は大きく表示され、匂いもなく、清潔に保たれている。排便はチェック票に記入し、全職員で状態把握されている。	
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	野菜や海草類をバランスよく摂れるよう工夫して食事作りしている。また、毎食と10時、3時のお茶の時間に水分をしっかりと摂っていただくようにしている。		
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	入浴の曜日や時間は特に決まっていないため、できるだけ個々の希望に合わせて週に3回程度入浴していただけるよう支援している。	毎日入りたいという方の意見も受入れ、個々の希望に添った入浴が出来るよう支援している。大半は日中の入浴である。重度の利用者は2ユニット職員で調整し行っている。	
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	一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて支援している。		
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	薬の目的や用法用量については概ね理解している。受診時の医師の指示を確実に申し送り、症状の変化の確認を行っている。副作用については、全ての薬について理解しているわけではない。		
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	本人の意向や残存能力を考慮し、家事作業を利用者、職員が協力して行っている。また、外出企画、買い物支援など楽しみや気分転換の支援を行っている。		
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	天候の良い季節はその日の希望に応じ、日常的に散歩を楽しんでいる。また、地域のボランティアに協力してもらい、介護予防事業「いきいきサロン」に毎週2名の方が参加している。	毎朝1人で散歩を希望する人には、家族と話し合いルールを決め、許可している。季節によって花見・収穫祭・納涼会・正月行事等希望者と戸外に出る支援をしている。	

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
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	本人の希望や能力に応じて、お金を所持していただいている。現在、2名の方が自分で現金を管理されている。		
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	希望時は電話の取次ぎをしている。毎晩、決まった時間に家族に電話することを日課にしている方がおり、職員が支援している。		
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	毎月、利用者と季節感を採り入れたカレンダー作りをしたり、キッチンカウンターに湯飲み茶碗やポットを置いて、生活感が感じられるようにしている。	玄関廊下には絵画や生花が飾られ、一般家庭の雰囲気作りが見られる。居間(畳室)と食堂は、手作りの壁掛けや思い出の写真等を貼り、対面式キッチンとつながっており安心感がある。居室、トイレ、浴室への移動は延長線上にあり、スムーズである。	
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	共用空間では食事の時以外は、思い思いの場所で過ごしていただいているが、共用空間では一人になれる場所はない。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室は、家族と相談しながら、馴染みの品や家族の写真など飾り、居心地よく生活できるような環境整備を行っている。	荷物の量、調度品等には特に制限していない。入居年数の経過で思い出の品が増えている人もいるが、個々の希望が尊重されている。掃除は毎朝の日課になっている。職員は掃除機、利用者はモップ掛けを協働で行っている。	
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	居室入口に表札があり、自分の居室がわかり易いようにしている。また、トイレも迷わないよう、解りやすい表示をしている。		

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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)
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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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