

(様式2)

平成 21 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 (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21年10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21年11月25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)】

地域との繋がりにおいては、小規模多機能型居宅介護事業所との複合施設のため、定期的なボランティアの訪問なども含め、地域の人同士が交流する機会が多く、グループホーム入居者も地域の中で暮らしているという安心感を持ってもらえるようである。入居後も、週1回、町の介護予防事業に参加している方が何人もおり、地域の中でなじみの関係を継続できている。施設の花壇や地域の方から施設のすぐ前にお借りした畑では、入居者を中心に、楽しみながら野菜や花をそだてているが、農作業を通じ、地域の人との交流がある。また、地域の方から時期の山菜やキノコ、新鮮な採れたて野菜の差し入れがあると、入居者が協力して下ごしらえして下さるため、早速その日のメニューに取り入れ美味しくいただいている。今年からは町内会に仲間入りし、清掃に参加したり、お花見にもお誘いを受けている。また、昨年春に引き続き、今年も公園の花植えに元気な入居者5名、職員3名がボランティアとして参加し、地域の方と一緒に汗を流してきた。今年度は地元保育園児との交流を行い、たくさんのかわいい保育園児を施設に迎えたり、保育園行事に招待いただいた他、施設行事として、地域の人にも参加を呼びかけ、納涼祭を行った。また、年1回小規模事業所と合同で入居者、家族、職員参加のバスハイクで親睦を深めている。医療連携においては、ほとんどの入居されている方は、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ている。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、現在ほとんどの入居者の受診介助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)】

管理者・職員は、「我が家のようにすごしていただける」ことを理念とし、利用者の個性や好みを大切にするとともに、地域との関わりを継続できる生活を支援している。利用者は、畑で野菜を収穫したり、地域の方から頂く野菜やきのこ類を食事に取り入れるなど、自然や季節に触れながらゆったりと生活している。ホームのある地域出身の利用者が多く、ホーム入居後も、地域の介護予防事業である『いきいきサロン』や『お達者倶楽部』に継続的に参加したり、馴染みの商店や理美容院、かかりつけ医との関係を継続している。ホームとしても地域と密に交流できるよう多様な取り組みを行い、地域の保育園・小中学校との交流やボランティアの受け入れ、地域行事への積極的な参加等を行っている。ホーム1階のロビーは町の絵画ボランティアの展示会場にもなっており、利用者や家族、地域住民が交流する場ともなっている。訪問調査時にホームの場所を電話で確認した折、到着すると、利用者がホームの前で待っていて手を振ってくれた。このような光景は日常的とのことで、利用者が日頃から家族や地域住民等と関わりながら暮らしていることがうかがえた。法人としては、職員の育成にも力を注ぎ、年間を通じて研修計画が立案され、職員が段階に応じて継続的に研修を受けられる仕組みがある。職員一人ひとりの目標も設定され、管理者等が個別面談でアドバイスを行うなど目標管理体制が確立している。運営者・管理者は、職員を押さえつけるような言動をせず、個々を伸ばすよう心がけており、管理者を中心とした職員間のコミュニケーションも良く取られている。地域に密着したグループホームとして、併設の小規模多機能型居宅介護事業所とともに、ますます地域の福祉拠点としての役割を担っていくことが期待される事業所である。

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	グループホーム理念を全職員で作成した物を掲示し、意識して取り組んでいる。	ホームの理念は全職員で作成した。日々のサービスが理念に沿っているか、迷ったら理念に照らし合わせながらミーティング・ユニット会議・職員会議等で確認し、全職員で実践に取り組んでいる。	
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	町内会・敬老会などの行事、植花ボランティアへの参加。保育園児との交流の機会を設けている。	町内会活動(清掃・公園の花植え)や、地域の介護予防事業である『生き生きサロン』への参加等、地域とのつながりを継続できるよう支援している。保育園・小中学校との交流、町の敬老会などの行事への参加もしている。ホーム前の花壇や畑の世話を通して、日常的にも近所の方と交流している。	
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	認知症専門施設として、地域に認知症の理解を深めたり、介護者の相談を聞けるよう年2回(秋・冬)介護者教室を開催する予定。		
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	隔月に実施し会議録を回覧することで全職員に周知している。意見が挙がった事柄については部署会議で検討している。	併設の小規模多機能型居宅介護事業所と共に開催している。利用状況や活動の報告を行い、日々のサービスへの意見を得たり、行事への協力を働き掛けるなどしている。外部評価結果や改善点への取り組み状況も報告しており、それに対する意見も得て運営に活かしている。	
5	(4)	市町村との連携 市町村担当者とは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	役場福祉課や地域包括支援センターの担当者とは連絡を取りあったり、地域ケア会議へ参加して事業所の実情を報告している。	町が2ヶ月に1回開催する地域ケア会議や介護支援専門員の部会に参加し、事業所の実情や日々のサービス実施状況を伝え、指導を受けている。また、町の行事活動に参加するなど、密に連携を取っている。	
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	研修会への参加、勉強会の実施。法人委員会を通してマニュアルの整備をしている。	法人として年間計画により定期的に勉強会を行うとともに、法人内に委員会を設置して身体拘束をしないケアについて検討している。ホームのユニット会議等でも、日々のケアの振り返りや検討をしている。	
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	研修会への参加、勉強会の実施を行い法律について学ぶ機会を作っている。職員同士でも対応について注意し合い虐待防止に努めている。	行政が行う研修会や法人での勉強会等に職員が積極的に参加し、学びを深めている。ミーティングやユニット会議、職員会議等で日々のケアについて全職員で確認し合い、虐待防止に取り組んでいる。	

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
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	制度についての理解は不十分だが、制度を利用されている方を通して少しずつ学習している。		
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	お客様アンケートを実施。結果の公表および意見や要望については対応策を話し合っている。	年に1回、利用者・家族を対象にアンケートを行い、意見や要望の収集に取り組んでいる。結果はホーム内に掲示するとともに、日々のケアや運営に反映している。	
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	職員と個別面接する機会を設けている。ユニット会議・部署会議を開催して自由意見をいう機会を設けている。	年に2回、管理者が職員一人ひとりの面談を行い、個別の目標や要望について話し合ったり、会議等では出せない意見・提案等を聞き取る機会とし、運営に反映す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	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を進めている	研修・勉強会に参加している。 プリセプタ 制度にてOJTの実践。		
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	地域ケア会議への参加で、町の福祉ネットワークについて共有している。		

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
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	事前面接の実施。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	事前面接の実施。 サービス担当者会議への参加で意向等の確認をしている。		
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	清掃・食事の準備・洗濯たたみ等の家事を一緒に行っている。		
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	行事へのお誘い、ケアプランモニタリング時に参加を呼びかけ、利用者について共に考え、関係を継続して保てるように配慮している。	介護計画のモニタリング時には、家族にも検討会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、共に利用者を支える関係を構築するよう努めている。利用者と家族、職員と一緒に参加する行事(バスハイク)も実施している。	
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	地域行事への参加、ボランティアの受け入れを行い、地元の方々と触れ合う機会を持っている。馴染みの美容院の継続利用を支援している。	利用者の多くは事業所がある地域の出身であり、『いきいきサロン』等の地域活動への参加や、商店・美容室等の利用を継続できるよう支援している。	
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	居室担当を配置することで個々の性格や好む活動について細やかに観察し、生活のペースを崩さないように配慮しつつ利用者が関わる活動や行事・日課を支援している。		

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
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	退居されてからもご家族に近況確認の電話をさせていただいたり、死亡時には施設職員、利用者で葬儀にも参列している。		
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	居室担当を設けることで一人一人をより知り、馴染みの関係作りを行い、希望や意向を聞き出し、プランに反映できるよう努めている。	包括的自立支援プログラムのケアチェック表を活用し、一人ひとりの希望や意向をきめ細かく把握している。さらに、居室担当職員が個々の利用者より密に関わりながら希望・意向を把握し、サービス計画に反映して全職員で共有している。	
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	日々の雑談の中からも情報を収集し、センター方式に書き込んでいくことで、その情報を全員で共有できるようにしている。	日々の関わりの中で本人から聞き取ったり、家族にも話を聞くなどしながら利用者の生活歴の情報を得ている。また、これまで利用していたサービス事業所や医療機関などからも情報収集し、支援に生かしている。情報はセンター方式のアセスメント様式を使って集積、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	一人ひとりの生活のペースを大切に、日課を無理じいしない生活を送れるようにしている。		
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	家族とのサービス担当者会議の日程の調整や不参加の場合は電話で意見を聞いている。モニタリングには居室担当の職員が参加している。	利用者・家族との関わりや日々の記録等から、居室担当職員が中心となり、計画作成担当者、他の職員の意見を聞きながらモニタリングを行い、現状に則した介護計画を作成している。サービス担当者会議には、利用者・家族にも参加してもらえるよう日程調整したり、参加できない場合は電話で意見を聞く等している。	
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	ケアプランに沿った記録、取り組みについての記録はまだまだ不十分で改善の余地がある。		
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	地域支援事業のいきいきサロン・おたっしゃ倶楽部などへ参加している。		

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
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	家族関係や利用者の近隣者、友人など支えとなる資源について職員に周知されていないため実践としては不十分な状況。		
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	入居時にかかりつけ医の確認をしている。湯沢町医療センターには協力医をお願いしている。	利用者の多くは地域のかかりつけ医に継続して受診している。ホームの協力医も、利用者や家族に馴染みのある地域の病院である。受診はほとんどの場合職員が支援し、適切な医療を受けられるようにしている。	
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	特変時は看護師に報告し指示を仰いでいる。また、週1回看護師による訪問あり体調管理や指示を受けている。		
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。	協力医と連携している。		
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	今年春、終末期について家族と話し合いを重ねていた2名の方が入院退居となった。そのうち1名の方は、看取りの希望があり、医療機関とも連絡を取り合っており職員間で支援の体制を検討していたが、入院中亡くなり実施には至らなかった。	かかりつけ医や総合病院等医療機関との連携体制が確保されている。看取りケアについては、早い段階から家族と話し合い同意書を取り交わして、支援方針を共有している。	
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	救急時の対応について訓練を行っていない状態であり、早急に救命法について研修を開くよう調整している。	消防署・病院主催の救急法等の研修には職員が参加し、研修報告を行って職員間での共有を図っている。	併設事業所の管理者が看護師であるので、その協力を得ながらホームの実態を踏まえた実技訓練を定期的に関催するなど、全職員が実践力を身に付けるための取り組みが望まれる。
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	防災計画に沿った避難訓練の実施。地域の消防団が活動していないため地域の協力についてはこれからの開拓となる。	防災計画に従い、消防署の協力を得て、避難訓練を年2回行っている。訓練には利用者も参加している。	今後の災害時に備え、地域の協力が得られる体制づくりができるよう、運営推進会議や町内会等と相談しながら検討を進めてほしい。

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
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	ケアを行う際には各室のドアをきちんと閉めて介助している。また、利用者の名前をあた名でなくきちんと呼ぶ、子供扱いした言動にならないように等注意している。	地域的に同姓の方が多く下の名前でお呼びすることもあるが、本人の意向を確認した上で対応することとしている。各居室の扉は常に閉めておき、入室時は必ずノックをしている。	
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	飲み物を選んだり、更衣の衣類を自分で選べるように、選択肢を出したりしながら個々に合わせて支援している。		
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	本人に聞きながら1日の生活リズムとして日課となる活動にお誘いはするが、強制にならないように注意している。また、いくつかの選択肢を出して自発的に発言しない方の希望を聞き出せるように少しずつつながってきている。		
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	馴染みの美容院の利用を支援したり、衣類の補充は本人の好みに合うよう、なるべくご家族に依頼したり、色柄は聞きながら購入の介助をしている。		
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	嗜好チェック表を用いて好き嫌いの把握をし、代替えをしている。できる調理補助や片付けは一緒に行っている。	献立は利用者と相談し作成している。畑で収穫した野菜や近隣の方からいただいた野菜も取り入れ、利用者と職員と一緒に楽しみながら準備や食事をしている。後片付けも利用者と職員が協力して行っている。	
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	医師の指示に従い、指示のある方はケアプランに入れて周知・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、一人ひとりの介助の必要度に合わせて介助している。		

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
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	必要者には排泄チェック表を用いることで排泄パターンを把握し、排泄の自立や向上に取り組んでいる。	利用者の状況に応じて排泄状況やトイレの使用回数等をチェックし、排泄の自立を意識しながら、一人ひとりへのきめ細かな支援が行われている。	
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	繊維質の食品を取り入れたり、体操・散歩など運動を勧め下剤に頼らずに便秘が改善されている。		
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	個々に確認しながらも、不衛生にならないようにお誘いしている。時間帯などは利用者の意向に沿いきれていないところもある。	ユニットごとに浴室が設置されている。利用者の希望により、概ね週3回程度入浴を支援しており、毎日夕食後に入浴を楽しむ利用者もおられる。	
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	状態を観察しながら日中は休息を勧めている。現在、夜間不眠者はいない。		
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	薬の目的や副作用については理解している職員は少ない。しかし、医師の指示通りに服薬できるように4重のチェック体制をとって支援している。		
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	地域支援事業への参加。本人の意向や残存能力を考慮し、外出や家事の手伝いを一緒にやっている。		
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に支援している	外出の希望にはできるだけ沿えるように対応している。毎年、家族や地域ボランティアに協力してもらい日帰り旅行を実施している。	ホームの周りの道路は交通量が少ないので、天候の良い季節は午前中を中心に日常的に散歩を楽しんでいる。本人の希望に応じて、地域活動に継続的に参加したり、誕生会での外食など、個別に外出支援が行われている。	

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
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	ご家族に確認し、持参金のある方については本人の能力や金額によって手元や金庫で管理し、お菓子の購入や、おたっしゃ倶楽部の支払いなど自分でできる方には行ってもらっている。		
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	希望時には電話の取次ぎをしたり、年賀状を出している。		
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、利用者とカレンダー作りをして貼り出している。また、月毎に写真や壁の飾りを季節に合ったものに変えている。	利用者で作った季節ごとの作品を廊下や食堂に飾り、親しみやすい空間づくりをしている。畳コーナーもあり、利用者は好きな場所で過ごすことができる。キッチン是对面式で、カウンターの高さも利用者が活動しやすいものとなっている。	
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	共用空間が狭いため独りのスペースは確保し難いが利用者は席を移動したり、自室に招いたりして思い思いに過ごしている。		
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	馴染みの品や物を自宅から持参していただいたり、環境については居室担当中心に整理・整備している。	居室の表札は、写真や好きな花のプレートなどで飾られて、一人ひとりの居室がわかりやすいようになっている。居室は、馴染みの品や家族の写真・手づくりの作品等で、心地良く生活ができる環境づくりをしている。窓からは湯沢の山々が見え、利用者ご自慢の居室になっている。	
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	危険箇所(薬品保管・階段)は鍵や鳴鈴を使用しながら注意するが、ホームの中については自由に行動できるように行動制限はしていない。		

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