

(様式2)

平成 28 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	1590200539		
法人名	社会福祉法人 あいあい		
事業所名	グループホーム小国あいあい(2ユニット共通)		
所在地	新潟県長岡市小国町太郎丸1520番地1		
自己評価作成日	平成28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.kaigokensaku.jp/15/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益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28年12月14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)】

地域密着型施設として開設し4年が経過しました。近隣施設との交流をはじめ、地域のお祭りへのご利用者の参加や施設内での行事、イベントには地域の方々からも協力を頂きボランティアとして参加して頂く事で、ご利用者の笑顔や楽しそうに会話される場面も多く見られています。運営推進会議には地域の方への参加を働きかけ、地域の方との交流を図っています。地域に密着した施設の良いところを伸ばし、ご利用者一人ひとりが安心して環境の中、生き活きたした生活を過ごして頂けるよう支援しています。また、日々の支援としましては、歌謡曲にあわせた独自の体操や様々なレクリエーション、季節を感じる行事や催し物を充実して、ご利用者様が楽しみながら身体機能・認知機能の維持と向上を図れる様、職員一同で工夫し実施しています。個別支援にも取り組み、ご利用者様それぞれが今、望んでいる希望を実現できるように日々、ご利用者様の気持ちに寄り添い支援しています。今後もご利用者様のユニットでの生活が向上していけるよう日々の業務や研修に努めていきたいと思っております。

【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)】

「グループホーム小国あいあい」は、平成24年に地域密着型の特別養護老人ホームに併設して開設され、5年目を迎える事業所である。
事業所の位置する場所は、元々小学校や企業の跡地で地域の中心的役割を担ってきた場所である。それにより地域からは大きな期待が寄せられている。
近年、職員の入れ替わりがあったが、経験豊かな管理者やユニットリーダーが中心となって意見交換や情報共有を積極的に行っており、職員が「チーム」として日々の支援に取り組むまでに力量を高めている。
利用者が楽しみのある生活を送れるように、カレンダーをちぎり絵で作成するなどの創作活動やレクリエーションなどに力を入れている。毎月、行事も計画し、敬老会では家族にも参加を呼びかけて利用者へ感謝状を贈ったり、職員の余興などで大勢の方が楽しむことができています。
地域交流では、園児や小学生、中学生との世代間交流に積極的に取り組んだり、俳句の講師を招くなど地域との交流を大切にしている。
今後益々地域との関係性を深め、地域の福祉の拠点として様々な取り組みがなされる事業所になっていくことに期待したい。

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	法人の理念を職員、来訪者が見やすい場所に掲示し、職員が常に確認、意識できるようにしている。	法人理念と事業所理念があり、毎朝の全体ミーティング時に唱和することで職員に意識付けを行っている。また、各ユニット毎に理念に対してどのように向き合うか話し合い、年間目標を立てている。利用者にも見えるように理念を掲示し、日頃から理念の振り返りができるようにしている。	
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	地域の中学生ボランティアを定期的に受入れたり、地域の行事やイベントなどに参加して地域とのつながりを持っている。	地域には4ヶ月に1回法人の広報誌を回覧し、事業所の紹介を行っている。園児や小学生による演奏会があったり、中学生が定期的に余暇活動や畑仕事の手伝いに来訪するなど交流しており、また、俳句が好きな利用者のために俳句の講師を招くなど、地域資源も活用している。	
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	中学生ボランティアを受入れ、認知症の方の支援方法を学んだり、実際の関わりの体験をする機械を設けている。		
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	運営推進会議ではご利用者様やご家族様にも参加していただき、支援の様子やホームの運営状況を報告し、サービス向上につながる様に意見を頂きながら話し合いを行っている。	運営推進会議は、利用者、家族、地区総代、市担当課職員、地域包括支援センター職員、事業所関係者の参加で年6回実施されている。地域から事業所の役割を知るために情報発信をしてほしいとの要望があり、地域で認知症サポーター養成講座を企画して30名ほどの参加を得るなどの取り組みをしている。	運営推進会議は地域とのつながりを深める有効な手段である。構成メンバーに民生委員や地域住民を加えることにより、さらに広く第三者の意見を聞く機会となることを期待したい。
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取り組んでいる	市役所担当者への相談や連絡、必要時には出向いての相談、情報の収集、書類のやり取りを行ない、必要なアドバイスを頂きながら、連携をとれる様に取り組んでいる。	運営推進会議を通じて市の担当者や地域包括支援センター職員と連携している。また、市が年3回実施している地域密着型サービス事業所の管理者研修に参加し、「地域でどんな貢献をしているのか」など様々なテーマでグループワークを行い、取り組み状況を伝えている。	

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
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	身体拘束排除宣言を来訪者や職員が見やすい所に掲示し、常に意識できるようにしている。また、具体的な身体拘束事案を職員に指導し、職員は身体拘束排除を日々実践している。	法人内に「身体拘束について」というマニュアルがあり、外部講師を呼んで研修を行っている。ユニット会議では、オムツを外す利用者に対して身体拘束をしないようにするにはどうしたらよいかなどを話し合っている。身体拘束について不透明な点は市に確認を行っている。	身体拘束に関するマニュアルはあるものの、内容について見直しが望まれる。具体的な手続きや手順等を明文化し、全職員に周知することで身体拘束防止のさらなる徹底が図られることを期待したい。
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	法人内の研修委員会が中心となり、内部研修を実施している。ご利用者様への不適切な対応などに対して管理者は適宜、指導を行っている。	市からの提案で、現在、マニュアルを具体的な内容にも改訂中である。職員間では適切な言葉遣いをするようにお互いに注意し合える環境になっている。法人にはメンタルコンサルタントがおり、年4回事業所に来て職員の悩み等の相談に乗るなどメンタルヘルスにも取り組んでいる。	現在改訂中の高齢者虐待に関するマニュアルを早急に整備し、マニュアルに基づいた研修を行うことで、職員の高齢者虐待に関する理解を深め、虐待防止の徹底が図られることに期待したい。
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	法人内の研修委員会が中心となり、内部研修を行っていく予定。		
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	利用契約の締結・解約・改定の際は、ご利用者様・ご家族様に書類を提示しながらの十分な説明に努め、疑問点などないか確認しながらご納得をいただいた上でやっている。		
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	ご家族様には面会や電話連絡の際、ご利用者様には普段の関わりにて、意見、要望を出していただけるように配慮している。ご意見箱も設置している。また、その内容は運営会議でも議題として取り上げている。	意見箱が設置されているが、家族からの意見は少ない。日常の会話の中で利用者から「外食がしたい」との要望があり、職員間で協議したうえで行事としてお寿司を食べに行ったり、そばの出前を取るなど、利用者の意見を運営に活かすように取り組んでいる。	事業所は、利用者や家族にとっては事業所に対して意見や要望を出しにくい場合があることを理解し、利用者や家族が匿名で意見を表出できる満足度調査の実施など、サービスの質の確認や意見等を把握できる取り組みに期待したい。
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	管理者参加のユニット会議を毎月実施し、職員相互の意見交換を行ったり、管理者等へ直接、意見や提案を行なう機会がある。	管理者は日頃から現場に入って職員と同じ目線で話ができるように心がけ、職員が相談しやすいように配慮している。月1回のユニット会議での話し合いで、制服の支給に関する職員の要望を法人に上申してポロシャツの支給が可能になるなど職員の意見が反映されている。	

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
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	管理者は随時、現場にて職員の業務実績を把握し、職員個々の状況を聞いたり相談し、職員各自が向上心ややりがいを持てるように努めている。労働条件も可能な限り対応している。		
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、ホーム内の研修委員会が中心となり、内部研修を実施している。また、必要に応じて管理者は職員に介護技術、知識の指導を行っている。		
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	外部機関による学習会を不定期ではあるが実施している。		
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	これまでの環境や現状をご本人様やご家族様から教えて頂き、現在、困っていることや今後の不安について共に解決していける信頼関係構築に努めている。		
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	インテーク訪問からサービス導入段階で現在ご家族が困っていることや今後の不安を伺い、解決に向け信頼関係構築に努めている。		
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	ご本人様、ご家族様から現在の状況をお聞かせいただき、多角的な視野から必要な他のサービスや社会資源の活用も提案している。		
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	無理のない範囲でご利用者と共に調理や盛り付けなどの食事準備や洗濯干しなどの家事作業を行ない余暇活動ではご利用者と共に楽しむ雰囲気を実施している。		

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
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	面会時や電話連絡等にて近況報告や相談を行ない、さらにホーム便りにて日々の様子の写真を掲載し、ご家族に近況報告を行っている。必要に応じてご家族様にも支援の協力を仰いでいる。	家族には入居契約時に、利用者との関係性を継続するために面会などの協力を依頼している。ホーム便りに担当職員が利用者の様子や家族に依頼したいことを記載し、家族から支援の協力を得ている。	
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	ご希望に応じた外出や買い物同行などできる限りの支援を行っている。地域の祭りや行事にも参加して楽しんで頂いている。	買い物は利用者と一緒に地域の商店に行くなど、地域との関係が途切れないようにしている。身元引受人以外にも孫や親戚などの面会があり、その際には居室でゆっくり話ができるように湯茶を提供したり、写真を撮ったりして次の来訪につなげる工夫を行っている。	
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	ご利用者様同士がお互いに関わりを持てるように食席を工夫したり、共に行なう創作活動やレクリエーションで職員が間に入りながら、ご利用者様同士の関係づくりを支援している。		
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	サービス終了後も必要に応じて、相談や情報提供を行っている。		
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	独自のアセスメント様式を使用し、居室担当者が中心となり、ご利用者様の意向やご家族様の希望を把握して介護計画に反映させている。	2年前に変更した独自のアセスメントシートに利用者や家族の思いや意向を記載しており、年1回、介護認定の更新月に合わせてシートの更新している。日頃から本人の思いを把握するように心がけるとともに、家族にも意向のすり合わせを行って利用者本位の計画になるように努めている。	
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	これまでの生活歴や職歴、在宅での暮らし方や趣味などを把握して、馴染みの暮らしに近づけられるように工夫したり、ご家族様と連携し対応している。	入居前の自宅訪問で、利用者、家族、担当居宅介護支援専門員からこれまでの暮らしや支援内容について聞き取りを行っている。利用者の自室の環境も確認して、居室の家具等の配置などの参考になっている。	

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
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	独自の様式を使用して全職員が統一したケア内容で対応が出来るように工夫している。また状態の変化があった場合、随時カンファレンスを行ない情報共有と必要に応じたケア内容の変更を行っている。		
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	ご本人様やご家族様と随時話し合い、要望や意向を聞き、計画作成担当者が中心となり、居室担当者を含めて、カンファレンスを実施し介護計画を作成し、定期的にモニタリングを行っている。	利用者や家族の意向を把握した上で、担当職員と計画作成担当者がアセスメントを実施している。サービス担当者会議には利用者も参加し、利用者の意向を確認しながら支援内容を決定している。計画の実施状況は毎日確認し、毎月モニタリングを行っている。	家族には事前に介護計画の説明をしているが、介護計画の同意日がサービス開始後1ヶ月を経過していることもある。今後は早めに同意が得られるように業務管理の工夫が望まれる。
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	日々のご利用者様の様子や気づきを介護記録に記入して職員間で情報共有を行ない、必要に応じてカンファレンスを実施して介護計画の変更、見直しを行っている。		
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	ご利用者様、ご家族様からのニーズにお応え出来るように職員間で情報を共有し、カンファレンスを実施して職員からの多角的意見を柔軟に生かしている。また、ご意見箱も設置してニーズの把握に努めている。		
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	地域の行事などへの積極的な参加や、近隣施設や店舗などに外出、外食する機会地域との結びつきを楽しめるように支援している。また、これまでの趣味などを通しての脈が途絶えないよう面会や外出支援を行っているケースもある。		
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し、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	ご本人様、ご家族様の意向を優先して相談の上でかかりつけ医を決めている。要望がない場合は施設嘱託医を紹介し、2週間に1回以上の往診を受けられ必要時は通院同行の支援も行っている。	入居時にかかりつけ医の希望を確認しているが、併設施設の嘱託医が2週間に1回、訪問診療に來ていることから、事業所の嘱託医に変更する方が多い。受診付き添いは家族を基本とするが、必要に応じて職員が付き添うこともある。受診の際は日頃の本人の様子を家族に説明している。	
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	必要に応じて、介護職は看護師に個々のご利用者様の情報や気づき、往診や受診の報告や相談を行っている。		

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
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。	病院ソーシャルワーカー、担当看護師と入院中のご利用者様について連絡を取り合っ て情報共有をしている。また、担当者が病院 へ訪問してご利用者様の状況確認、カン パレンス参加を積極的に行っている。		
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	利用契約時に終末期のあり方についてご家 族様の意向を確認している。重度化、終末 期のご利用者様のご家族様とは随時、話し 合いの場を設けて情報共有とできるだけ意 向に沿える終末期の支援に努めている。	契約書には、看取りの場合は家族等と協議して行 うと記載されており、重度化に伴って事業所として 可能な限り支援が継続できるように職員間で意識 の共有を図っている。また、必要に応じて特別養 護老人ホーム等への移行支援も行っている。	今のところ看護師の配置がなく、看取りの 支援ができる体制ではない。だが、併施設 設と連携を図り、重度化や終末期の対応 方針を検討して明文化し、利用者や家族 の意向に沿って看取りの支援ができるよう にすることを期待したい。
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	地域の消防署と連携しての定期的な救命講 習、内部研修にて誤嚥や急変の対応、応急 処置についての勉強会を行っている。	年1回は消防署の協力でAEDの取り扱い方法など 救命救急講習会を開催し、職員が対応できるよ うにしている。また、事業所内でも誤嚥やノロウイ ルの対処法などについて、全職員が参加できるよ うに何回も研修を行っている。	
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	地域の消防署と連携しての定期的な救命講 習、内部研修にて誤嚥や急変の対応、応急 処置についての勉強会を行っている。	年1回、消防署の立会いの下で、地域の防災協力 員も参加して避難訓練を行っている。災害時には 他法人の事業所と連携が図れるように協力体制を 整えている。事業所で自家発電を用意しており、 非常食も賞味期限を確認しながら常備している。	
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	地域の消防署と連携しての定期的な救命講 習、内部研修にて誤嚥や急変の対応、応急 処置についての勉強会を行っている。	個人情報保護に関するマニュアルが整備されてお り、職員には誓約書を取り交わして再確認を促して いる。接遇マニュアルには「マナー基準10か条」が あり、利用者に対する接し方が細かく記載されて いる。管理者やユニットリーダーは、職員に対して、 利用者への対応がスピーチロック(言葉による行動 制限)にならないように注意を促している。	
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	ご利用者様とは、日々の関わりの中で、気軽 に思いや希望を職員に伝えられる関係づく りをさせて頂いている。		

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
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	ご利用者のこれまでの生活習慣を尊重しながら、その人らしい暮らしを送れるように支援している。		
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	ご利用者が着たい服を選んで頂いたり、毎朝、居室内の鏡にて整容することができるように支援させて頂いてる。希望に応じて毎月、理容師が来所して散髪も行って頂いてる。		
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	職員が手作りでご利用者の嗜好に合わせて調理している。またその際、味付けや盛り付け、下膳、片づけなど、無理の無い範囲で共に行っている。	業者が献立を立てて必要な食材を届けている。毎月1回は特別食の日として、利用者の意向を確認して献立を決めている。利用者にはご飯やみそ汁の盛り付けなど、できる力を活かすようにしてもらっている。また、希望によっては、主治医と相談のうえでお酒も飲むことができるようにしている。	
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	個々のご利用者様に合わせた調理法、食事形態にて提供させて頂き、献立は必要な栄養を摂取できるよう栄養士が管理している。出来るだけ好みの飲み物を提供し、十分な水分量が摂取できるよう支援している。		
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	ご利用者の状態に合わせて声かけ、見守り、介助にて毎食後、口腔ケアを行って頂いている。義歯の洗浄は職員が行っている。		
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	個々のご利用者の排泄パターンを把握できるようにチェック表を活用して、その方にあったトイレ誘導、排泄介助を行っている。随時、排泄介助に関するカンファレンスも実施してらる。	可能な限りトイレで排泄できるように、毎月、排泄チェック表を確認し、パターンを把握した上で一人ひとりに合ったトイレ誘導のタイミングや排泄用品の検討をしている。トイレ誘導によってトイレでの排泄が可能になった事例もある。	
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	毎日の排便状況をチェックし、個々のご利用者にあった適切な排便サポートを行っている。また便秘の原因や及ぼす影響、予防法など職員に指導している。		

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
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	目安として入浴の曜日はある程度決めているが、ご本人の希望、都合、体調、気分を尊重して入浴して頂いている。	入浴は週2回、午前入浴を基本としているが、希望によっては週3回入浴も可能であり、また、利用者のその日の意向や状況に合わせて午後からの入浴にも対応している。月に1回、ゆず湯や菖蒲湯などの季節風呂を実施したり、温泉の入浴剤を活用するなど、入浴を楽しめる工夫をしている。	
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	個々のご利用者の生活習慣、その時々状況に応じて休憩や安眠ができるように支援させて頂いている。居室環境も希望に沿えるように工夫して安心して気持ちよく休んでいただけるように支援している。		
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	服薬支援については、マニュアル、チェック表を活用してダブルチェック制にて事故防止に努め、内服薬の内容を職員がその都度、把握し、服薬後の様子観察を行っている。		
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	今までの生活や趣味などに合わせて、ご利用者が個々の余暇活動を行ったり、無理のない範囲での軽作業にて役割意識を持っていただき、張り合いや気分転換に繋がるよう支援している。		
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支援している	希望に応じて近隣への散歩や外食行事を職員付き添いにて行っている。また、定期的な外出やドライブなどの行事を計画、実施している。	近くのスーパーへ買い物やアイスを食べに行ったり、季節に合わせて初詣や花見に出かけるなど外出を楽しめるように取り組んでいる。「自宅に行きたい」という利用者の要望があればドライブで出た時に近くに寄るなど個々の要望にも可能な限り対応するように努めている。	
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	ご本人の希望に応じて金銭管理を行っている。必要な買い物が適切にできるように金銭所持をして頂き、外出や買い物の機会を設けて支援、助言をさせて頂いている。		
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	ご希望に応じて、電話連絡ができるように電話をお貸ししている。手紙や郵送物も必要な支援ができるように職員経由にてやり取りできるようにしている。		

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
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	室温、湿度が常に適切であるか確認している。また、日付を見やすく掲示したり、共用スペースの掲示や装飾はご利用者様と共に、その時期に合わせたものを工夫したり創作し季節感を感じて頂けるようにしている。	食堂のテーブルはテレビの見やすさなどに気を配った配置にしており、椅子が高い場合には足台を用意するなど、個々に合わせた配慮がなされている。廊下には季節の飾りや行事の写真が飾られている。また、事業内は乾燥しやすいため時間を決めて定期的に空気の入替えを行っている。	
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	ご希望を尊重しながら、共用スペースのテーブル配置や設えを随時、工夫している。		
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	これまで自宅にて慣れ親しんだものや家具など持ち込んで頂き、思い思いの居室環境や装飾が出来るよう居室担当が中心となり、その為の支援をしている。思い出の写真や創作作品などを飾っているケースも多くある。	居室には、利用者、家族と相談して自宅で使用していたテーブルや家具などを持ち込んでもらっている。家族の写真を飾るなど利用者の意向に合わせて模様替えを行い、本人にとって居心地が良いように配慮している。居室の表札は職員が趣向を凝らして作成している。	
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	共用スペースやトイレ、浴室など、ご利用者の動線に必要な手すりはあらかじめ設置されている。その他、場所や自立行為にて必要な事項を見やすくわかりやすく表示している。		

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)	○ 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)	○ 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
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)	○ 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
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)	○ 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
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)	○ 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
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	○ 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
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	○ 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
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			