

(様式2)

平成 29 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	1572300141		
法人名	医療法人 魚野会		
事業所名	グループホームせせらぎ		
所在地	新潟県魚沼市原虫野433番地3		
自己評価作成日	平成29年7月27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.mhlw.go.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29年9月29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)】

当法人の会長がご利用者の主治医となっており、ホームへの往診のほか、ご家族への病状連絡を行ったり、夜間もホームからの相談に対応している。また、母体病院や訪問看護ステーションとも連携し、24時間医療面での対応が可能となっている。また、職員はグループホームせせらぎが、利用者にとって「第2の家庭」になるにはどうすれば良いか、常に意識しながらご利用者に接している。

【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)】

事業所は、母体法人の病院を中心とした施設等の建物の一角にあり、平屋の造りである。周囲を水田や山々など自然に囲まれ四季の移り変わりを感じることができる環境にある。各居室の大きな窓からベランダに出ることができ、利用者はお気に入りの風景を眺めながら過ごすことが出来る。

日々利用者が安心して過ごせるように、健康管理や医療体制については法人が一体となったバックアップ体制が整えられており、主治医から利用者や家族に直接連絡があるなど、重度化した場合も利用者・家族の意向をくみ取りながら安心できるように支援している。重度化や終末期のケアについても、法人の他事業所や母体病院と連携しながら利用者の状態に合わせて対応でき、また、災害時においても地域を形成してサポート体制を構築するなど、組織的な取り組みを行っている。

また、接遇委員会や虐待防止委員会などを中心に目標や活動内容が具体化され、利用者主体のケアの実践が行われている。また、事業所では職員間で互いに良いところを見出す企画を通じて職員の関係性も深まってきている。

開設から17年目を迎え、法人理念を基本として事業所の理念にある「利用者にとっての第2の家庭」となるように、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
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	運営理念を基軸としながら、毎年職員で話し合いせせらぎ目標を立てている。また職員全員で運営理念、せせらぎ目標を毎朝復唱し実践に取り組んでいる。	法人の基本理念の「優しさと思いやり」に基づいて、年度末に事業所の運営理念について職員で話し合い新年度の目標を立てている。法人の介護看護部の基本理念の「個々を大切にすること」も意識し、「馴染みの関係を作る」ことや「第2の家庭」となることを日々の申し送りや職員会議で話し合い、実践につなげている。	
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	本年春先まで地域の方がボランティアで畑作業を手伝ってくれていた。また、近隣にある老人福祉センターでの催し物にも参加させていただき、地域の方との交流を深めている。また、地域の祭りでは神輿が立ち寄ってくれるなど交流の機会がある。	近隣の老人福祉センターの催しには年3回程度参加して地域の方々と交流している。中学生の総合学習の受け入れ、夏のお盆の祭りへの参加、秋は地域の祭りの神輿が立ち寄るなど、地域の方々と交流やふれあいを大切にしている。また、法人の病院・施設が一つの地域を形成している環境にあり、相互の催しものには積極的に参加している。	
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	教育機関や他施設の実習生を受け入れ、ご利用者との交流やふれあいを通じ、認知症の方の理解を深めていただけるように努めている。		
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	運営推進会議は2ヶ月に1回、市職員、地域住民、家族代表、ご利用者代表、法人事務長、代表者、管理者が参加して開催しており、運営状況やご利用者の状況を伝え、ご意見をいただきサービス向上に活かしている。	運営推進会議には新しく委員として地域住民に出席をお願いし、運営状況や利用者の状況を伝えている。法人全体の話や行政との情報共有の場となることもあり、直近では、局地的な水害があったことから災害対策についての話し合いも行われた。利用者にとっては、身だしなみを整えて出席する場でもあり、主体性ある参加となっている。	
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に取り組んでいる	定期的に市の区分別会議が開催されており、市の担当者も参加し行政説明や困難事例の検討が行われている。また日頃より市の担当者から相談にのってもらい、電話や直接市に出向くなど、お互いの顔が見えるような協力関係を築いている。	市の担当者とは、運営推進会議への出席を通じて、事業所の状況を把握してもらいながら、日頃から相談できる顔の見える協力的な関係を築いている。市主催のグループホーム等の事業所が集まる定期的な会議にも参加しており、運営に関する様々な情報を得たり困難事例等の検討を行っている。	

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
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	外部研修や法人研修で身体拘束について学び、参加できなかったスタッフについてはホームでの復命研修を通じ理解を深めている。防犯上、夜間のみ施錠を行っているが、日中は自由に出入りできるよう開放している。	身体拘束をしないという方針を契約書に明記しており、法人研修や事業所内研修で職員の意識を高めるとともに、法人の「身体拘束廃止委員会」を中心に拘束の条件を掘り下げて拘束をしない徹底した取り組みを実践している。事業所内研修では、禁止されている具体的な行為や手続きについて学び、参加できない職員にも資料の閲覧と捺印で周知を図る仕組みになっている。	
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	外部研修や法人研修を通して虐待防止について学ぶ機会をもっている。また、ホームでの復命研修等でも学ぶ機会をもち、職員同士で相互監視し、虐待が絶対に行われないように努めている。	外部研修や法人研修に参加し、利用者への言動を記載した虐待防止チェック表を使用して全職員がケアを振り返っており、事業所でそれを集計し事例を作成して職員間で話し合いを行うなど、虐待が見過ごされることがないように注意を払っている。また、「接遇委員会」では、職員の都合でケアをしないことやNGワードに気をつけることなどを職員に周知する多様な取り組みを行っている。	
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	法人のケースワーカーと連携を取りながら、必要があれば検討し支援するようにしている。		
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	契約前に事前にホームを見学していただき、不安なことや疑問点を伺い解消に努めている。また、解約時も退居先の確保を支援している。改定時は便りを通じて事前説明し、同意書を得ている。		
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	ご家族の面会時には、積極的に声をかけ意見や要望など会話の中からくみ取るように心がけている。また、法人で年1回家族会を開催し、そこでの話し合いなどからも意見を得るよう努めている。	家族の面会時など直接話を聞く機会を大切にしており、職員から積極的に声をかけて話しやすい雰囲気づくりを心がけている。利用者や家族との会話の中から要望等を引き出すことに努め、聞き出した要望等はケース記録に記載して職員間で共有している。年1回の法人主催の家族会では出された意見を大切にして、運営に反映させている。	

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
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	職員会議や、毎日の朝、夕の申し送りの中で職員からの意見や提案が出されている。業務改善など職員の意見が運営に取り入れられている。	毎日の職員間の申し送りは、午前、午後、夕方の3回行われており、職員の意見や提案が積極的に話し合わせ、それらは確実に職員間で共有するように取り組んでいる。概ね月1回程度、職員会議が設定されており、職員は自分の考えを出し合い話し合っている。	
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	毎年法人で全職員に対して異動希望調査を実施している。職員一人ひとりの状況を確認し、働きやすい職場環境の整備を図りながら、職員が目標を持って仕事に取り組めるよう配慮している。		
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	法人研修、外部研修に積極的に参加できるよう配慮している。また参加後は、ホームでの復命研修をもって個々のスキルアップにつなげている。		
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	市内の地域密着型サービス事業所が定期的集まるお楽しみ交流会や区分別会議等で情報交換会できる機会をもちサービスの質の向上につなげている。		
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	入居時は、環境の変化に伴い、精神的に不安定になりやすいので、ご本人の困っていることなどを伺い、希望されていることなどを個別記録に記載し、実現可能な部分については意向にそえるようご家族にも協力を得ながら調整している。		
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	契約段階でご家族からの要望や不安などを伺い、意向にそえるよう努力している。また、日頃よりご家族と電話やお便りなどで連絡を取りながら信頼関係の構築に努めている。		
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	介護支援専門員やご家族と連絡を取り合い必要としている支援を見極めるよう努めている。		

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
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	食事の準備や後片付け、洗濯干し、洗濯したみ、自室の掃除など、できる能力を活かしながら、日々の暮らしの中で一緒に生活する者として支えあう関係を築けるよう努めている。		
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	ご利用者とご家族と一緒に過ごせる時間がつくれるような企画をしたり、可能な限り面会に来てもらえるよう働きかけをしている。また、ホーム便りを発行したり電話等でご利用者の生活情報を共有している。	利用者と家族と一緒に食事を楽しめるように食事会を行ったり、面会時に一緒に過ごせる時間を持てるよう配慮するなど、本人と家族との関係を大切にしている。「せせらぎ便り」を発行して利用者の現状や事業所からのメッセージを伝え、家族との関係性の維持を支援している。	
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	ご家族に協力してもらいながら、なじみの人や場所との関係がとぎれないよう共に支援している。また、毎月のドライブ等を通してご利用者の希望に沿ったなじみの場所にも行けるよう柔軟な対応をしている。	友人や親戚、近所の人など、これまでの交流が途切れないように、面会時に声をかけたり、電話や手紙などでの交流を支援している。日曜日には、利用者の要望や状況によって馴染みの道路を通過して商店やカフェなどヘッドライブに出かけている。	
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	ご利用者同士のコミュニケーションの状況を把握し、適宜職員が仲介に入ったりしながら、孤立することのないように、共にホームでの暮らしを楽しんでいけるよう努めている。		
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	サービス利用が終了しても、ホームに立ち寄ってくれるご利用者やご家族もおり関係が継続している。必要があれば相談にもものったりしている。		
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	ご利用者とご家族を含めた思いや意向の把握に努め、日々の行動や言動からもご本人の思いを読み取る努力をしている。センター方式の一部を活用し情報共有に活かしている。	職員と利用者には深い信頼関係が築かれており、職員は、日々の生活の中で利用者や家族の思いを細かなことまで把握しよう意識して関わっている。センター方式のアセスメントシートを活用して新しい情報を追記していき、職員同士の情報共有に努めている。	

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
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	可能な限りサービス利用前に自宅を訪問し、その方の暮らしぶりを確認している。ご本人やご家族から聞き取りを行い、ご本人の生活歴や大切にきた事等これまでの暮らしの把握に努めている。	入居前に管理者が自宅訪問をし、基本状況シートやアセスメント様式を使用して日頃の生活の様子を把握している。本人や家族からこれまでの暮らしぶりを聞き取ったり、居宅のケアマネージャー等からも情報を得て、これまでの生活歴や趣味、大切にしていること得意なことなどを把握している。	
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	一人ひとりの日々の過ごし方や健康状態、残存機能を把握し、本人らしく生活できるように現状の把握に努めている。		
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	ご利用者やご家族の希望を取り入れ介護計画を作成をしている。状況に応じて医師や看護師からも意見を伺っている。	入居時に暫定計画を作成し、2週間から1ヶ月をめぐりにアセスメントして正式な介護計画を作成している。3ヶ月ごとにモニタリングを行い、家族に面会時や電話で確認をして意見をもらうようにしている。6ヶ月目には再アセスメントを行って利用者の細かな状況を把握し、より現状に即した介護計画の作成に努めている。	介護計画は、アセスメントの段階から手順に沿ってそれぞれの意見を取り入れて作成されている。だが、利用者主体の介護計画作成のためには、担当者会議に利用者自身を交えて家族や職員との話し合いの機会とすることが望ましい。担当者会議が、利用者のよりよい暮らしのためのケアの在り方を考える機会となることを期待したい。
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	個別記録に毎日の関わりの中での気づきやご本人の声、生活状況等を記録し、職員間での情報を共有しながら、より良いサービスにつなげていけるよう努めている。		
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	ご本人やご家族の意向に沿えるようにホームの機能を活かした柔軟な対応を心がけ、取り組んでいる。		
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	ボランティア、知人、地域住民とのふれあいを大切にし、楽しみのあるひと時を過ごせるよう支援している。		

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
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	主治医は法人の会長を基本としながら、ご本人やご家族の希望があれば、在宅時からのかかりつけ医の受診を継続し、適切な医療が受けられるよう支援している。	母体法人が病院であることから、かかりつけ医からの紹介が多いが、眼科などの専門科についてはこれまでのかかりつけ医を継続している。主治医の訪問診療が3ヶ月に1回あり、外来受診も職員の付き添いで可能である。病状の説明が必要な時は、直接医師から家族に連絡を入れて説明している。訪問看護師や外来看護師と連携しながら適切な医療が受けられるように支援している。	
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	同一法人内の外来看護師、訪問看護ステーションと連携を常に取り合っており、適切な医療が受けられるよう支援している。		
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。	病院関係者との情報交換を小まめに行いながら関係を構築している。主治医、法人の外来看護師等の協力を得ながらスムーズに入退院ができるよう支援している。		
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	入居時の契約の段階でご家族の終末期に向けた意向を確認し、ホームでできることを説明し、方針の共有を図っている。また、病状の変化時には、主治医からもご家族への病状説明を行っていただき、今後の方向性を確認している。	入居時に、重度化した場合や終末期の対応指針を記載した冊子の内容を利用者、家族に説明し、同意書をもって共有を図っている。病状に変化があると主治医が家族等へ病状の説明を行い、今後の方向性を確認して事業所で出来ること・出来ないことを改めて説明している。また、状況に応じて法人内の他施設等の説明を行い、本人にとって適切な場所で生活が送れるように支援している。	
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	急変時の適切な行動がとれるよう、法人研修に参加している。また、ホームで必要な手当てや対応について内部研修を行い、ご利用者や職員の安心につなげられるよう取り組んでいる。	法人の医師や看護師、消防署職員を講師とした利用者の急変、事故等に関する法人主催の研修会に参加している。また、事業所では、訪問看護師を講師として年1回転倒や窒息などの場面を想定した内容で初期対応について学ぶ機会を持っている。	

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
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1回消防・避難訓練を行い、避難誘導方法など職員で確認し合っている。また、法人全体としても年2回の消防・避難訓練を行い、協力体制を確認している。	法人内に防災委員会を組織し、敷地全体を地域として連携体制を整え、防災訓練を行っている。毎月1回は、消火訓練や通報訓練、防災知識、設備の点検などを行い、実践力が身につくように多様な内容の訓練に取り組んでいる。また、直近に近隣の川で水害が起こったこともあり、再度マニュアル等の確認も行った。	
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	入浴や排泄介助は同性介助となるよう配慮している。また接遇委員会にてNGワードを設定し、一人ひとりの人格や尊厳を傷つけないように配慮した関わりや言葉かけに努めている。	利用者一人ひとりを尊重してその人に合わせた言葉かけを行い、プライバシーに配慮した関わりを行っている。また、法人の接遇委員会を中心に設定した禁止ワードを職員だけが目にするドアに掲示し、意識を常に持って対応するように努めている	
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	ご本人の思いや希望、好みを意図的に引き出したり、十分に意思表示できない場合にも表情や全身での反応からご本人の意向がくみとれるよう努めている。		
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	職員側の都合を押し付けるのではなく、ご本人のペースに合わせてながら見守りを行い、必要であればお手伝いさせていただくように心がけている。		
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	ご本人の着たい服を一緒に選んだり、季節にあった洋服、好みの色など、個性や希望に応じた支援に努めている。日々の身だしなみ(爪切り、整髪)にも配慮している。		
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	毎月お楽しみメニューを取り入れ、ご利用者の好みの物を取り入れたり、季節の行事に合わせた献立を考えている。また、食事の準備や後片付けはご利用者と一緒に行い、個々の力を活かせるよう支援している。	利用者の得意なことに力を発揮してもらい、職員と共に食事の準備や後片付けを行っている。法人の栄養士が献立を作成しているが、毎月のお楽しみ献立は利用者の好みや希望を聞いて、外食や出前なども利用したり、いただきものや収穫物が食卓に乗るなど、食事が楽しみになるように支援している。	

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
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	管理栄養士が献立を作成しており、栄養バランスの取れた食事を提供している。また、その日の体調や咀嚼、嚥下に応じた食事形態を個別に検討している。		
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、ご利用者の力に応じた口腔ケアを行っている。		
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	ご利用者の状況に合わせ、声かけ、誘導を行うことで失禁の回数を少しでも減らし、トイレでの排泄で気持ちよく排泄ができるよう支援している。	利用者の状況に合わせて介護用品を利用し、出来るだけトイレで排泄できるように支援している。一人ひとりの排泄パターンのほか、態度や仕草なども把握してトイレ誘導するなど、少しでも気持ちよく排泄できるように取り組んでいる。	
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	個々の便秘の原因を探り、できる限り自然排便できるよう工夫している。(食事、水分、運動、薬による副作用等)		
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	週3回の入浴が基本となっているが、一人ひとりの希望に極力応じ支援している。入浴を希望しない場合には、時間や日にちを変えたり柔軟に対応している。また、季節によってゆず湯などを取り入れ入浴を楽しめるよう工夫している。	利用者一人ひとりの石鹸やシャンプーが用意されており、入浴後に使用する化粧品等にも気を配って自宅のようにリラックスできるよう環境を整えている。希望に合わせて入浴の回数を増やしたり、また、入浴を希望しないときには時間をおいて関わるなど、利用者のタイミングに合わせて入浴が楽しめるように支援している。	
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	一人ひとりの意向を踏まえながら状況に応じた対応をしている。日中の活動時間を増やし、夜間の良眠につなげられるよう努めている。		
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	ご利用者一人ひとりの服薬一覧表を作成し、薬の目的、用法、用量について確認できるようになっている。誤薬、飲み忘れ防止に努めるとともに、本人の状態の経過や変化を主治医に情報提供している。		

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	ご利用者の好きなこと、興味のあることを見つけ、楽しみ、気分転換できるよう支援している。また、ご利用者の持っている力を活かしながら役割を持って生活できるよう努めている。		
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	散歩やドライブを取り入れながら、戸外に出かけたり、1年に1回は外食行事を取り入れている。また、ご家族の協力も得ながら、ご利用者の思いに沿った場所にいけるよう外出や外泊の機会をつくっていただいている。	週に1～2回は利用者の希望や体調によってドライブや散歩に出かけている。希望があれば買い物にも出かけ、利用者が自分で選んで購入することを支援している。年1回は、家族も一緒に楽しめるような外食行事を企画している。建物の周辺での日光浴や、近隣の老人福祉センターの行事への参加、地域密着型サービス事業所の交流会への参加など、家族の協力も得ながら外出を支援している。	
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	財布を管理できるご利用者には、買い物時に自分で支払いをできる機会を設けている。金銭管理できないご利用者に対しても、希望や力に応じてお金を支払う機会をつくっている。		
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	電話や手紙のやり取りができるよう、ご本人の有する力に応じて外部との交流を支援している。		
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	ホーム全体に木をふんだんに使用し、和室には掘りごたつもあり家庭的な雰囲気を出している。また、花を生けたり、掛け軸をかけるなど落ち着いた空間づくりに努めている。	建物は平屋で木がふんだんに使われた和風の造りであり、リビングには掛け軸や掘りごたつを置いて落ち着いた空間となっている。リビングの中心にキッチンがあり、全体が見渡すことができる。テレビを見る人や洗濯ものをたたむ人、手作業をする人など、利用者は思い思いに過ごしており、また、季節の花々を飾ったり、職員と共に季節ごとの掲示板の飾りを作成したりしている。	
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	共用空間の中にリビングと和室があり、一人になれる環境を作ったり、気の合う仲間同士で楽しく過ごせるような環境作りも行っている。		

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
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	ご利用者が安心して過ごせるよう、家電製品や寝具、時計など使い慣れた物や思い出の品々を自由に持ち込んでいただいている。	利用者は、使い慣れた時計や調度品などを自由に持ち込んでいる。その人の動線に合わせて家具や物品の配置を工夫し、外の風景を見ることも大切にしている。職員は、介護用品が目につれないようにしたり、床で滑ることがないように細かな気配りに努め環境を整備している。	
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	一人ひとりの身体状況に合わせた安全な環境づくりに努めている。ご利用者の認識間違いをできるだけ減らせるように、必要な場合はご利用者が分かりやすいような目印をつけできる限り自立した生活が送れるように努めている。		

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、安心して暮らせている (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				