

(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	1590100051		
法人名	社会福祉法人 うぐいす福祉会		
事業所名	認知症高齢者グループホーム おおやちの家 (梅ユニット)		
所在地	新潟県新潟市江南区うぐいす2-7-5		
自己評価作成日	平成28年10月12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11月10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)】

おおやちの家には、現在18名の利用者様が生活されています。その利用者様お一人おひとりが、自分らしく、健やかに、安心した生活が営めるように、「至誠と慈悲」「道経一体」「三方善し」の【経営理念】、5つの【介護理念】を目指すところとし、全職員で共有し、実践へと繋げております。特に、利用者様の「～したい」という主体性を大切にしたいと考えております。又、職員に関しては、外部での研修にも積極的に参加することで、福祉・介護に関する知識と技術を習得し、なおかつ専門的資格を取得している職員も多くおります。地域との繋がりにおいては、防災訓練、忘年会等には地域の方も参加して下さったり、近隣の小学校、中学校においては福祉学習の受け入れ、町内会の子供行事への参加等により、子供達が遊びに来てくれる機会も多くなっております。そして今年で3回目になりましたが、自治会との共催による「うぐいす地区敬老会」も開催しており、少しずつではありますが、地域の方との顔見知りのお付き合いも広がってきております。利用者様、ご家族様、知人の方々、職員、地域の方々等、互いに支え合える関係を築いていけるよう、これからも理念にぶれることなく、支援して参ります。

事業所は閑静な住宅街の中にあり、敷地も広く、利用者はさつま芋掘りや近隣で竹の子堀り等を楽しみながら自然を楽しみゆったりと過ごす事ができている。開設して11年目を迎え、地域の一員としての役割を担いながら地域に溶け込んでおり、子ども達が気軽に訪ねてくれたり、近隣の住民は災害時の協力や花の苗の差し入れなど、日常の中での交流も年々広がって来ている。また、理念の中に「地域と共にある事業所」と謳っているように、事業所の強みを活かして自治会と共催で敬老会を開催したり、認知症の方が住み慣れた地域で暮らし続けられるように運営推進会議等を活用しながら事業所の活動を報告したり、近所のガソリンスタンドや理髪店、米店などに見守りの協力応援を働きかけるなど、地域全体で認知症への理解を深めてもらえるように取り組んでいる。

事業所には3つの経営理念と5つの介護理念があり、利用者の「～したい」という気持ちを大切にして自立支援に向けた取り組みがなされている。地域に貢献できる活動として、この法人が設立された経緯を理事長から、法人の理念を管理者から、丁寧に職員へ伝えており、支援の場面で悩むときには理念に立ち戻り、利用者主体の支援の実現に向けてチームで検討し、実践に繋げている。

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	各ユニット、エントランスに理念を掲示している。また内部研修等でも理念の大切さを学び実践に繋げている。	事業所開設からの理念は、3つの経営理念と5つの介護理念から作られており、利用者の主体性を大切にしたサービスのあり方が示されている。新人職員のオリエンテーションの際には、管理者が理念の成り立ちから目指す方向性を丁寧に伝え、現任職員に対しては年2回の個別面談において、理念の振り返りを行っている。	
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	地域行事への参加や小・中学校の福祉学習の受け入れ、または「敬老会」を自治会と合同開催をしている。年々交流が増えてきている。	地区の敬老会の存続のため、自治会と共催の敬老会を平成26年から事業所にて実施している。また、地域の祭りの神輿の休憩所として事業所を活用してもらう等、事業所自体が地域の一員として役割を担えるように取り組んでいる。小学生の福祉学習の受け入れをきっかけに近隣の小・中学生が事業所に来る機会が増え、ピアノを弾いたりすごろくゲームをしたりして利用者と一緒に楽しい時間を共有するなど、地域との交流が広がっている。	
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	消防訓練等の行事や回覧板などで、ホームの理解を深める働きをしている。利用者様が一人で外に出られた時、車に乗った近隣の方が、「利用者様が一人で外に出たのでは」と気づいて下さった。		
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	管理者を中心にホームの状況を詳しく説明している。また多くの意見をもらえるよう努めており、取り入れられるものは取り入れている。	利用者・家族、地域代表、地域包括支援センター職員、近隣の小規模多機能型居宅介護事業所職員をメンバーに、2ヶ月に一度開催している。状況報告の他、事業所の課題として災害時の地域住民の協力体制、認知症の方への地域での見守りの体制等について具体的な意見をもらい、実践に繋げている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	ホーム長、管理者を中心に行政の窓口へ出向き顔を覚えてもらい、相談、アドバイスをもらっている。	地域包括支援センターの職員とは運営推進会議や事例検討会を通して定期的に情報交換を行っている。新潟市の地域包括支援センターを訪問して情報交換するなど、連携が図られるように積極的に取り組んでいる。	

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
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	研修で学ぶ機会もあり、身体拘束をしないよう取り組んでいる。また当ホームの理念を意識し、第三者が見た時に身体拘束と捉えられないようにも心掛けている。	防犯管理体制上、夜間は時間帯を決めて玄関等の施錠をしているが、基本的には自由に出入りができるようにしてある。外出しそうな利用者は無理に止めず、遠くから見守るように寄り添ったケアを実践している。また、日々の支援においてもセンサーマットの使用法や言葉かけ、個々の利用者の状態等を職員間で共有し、一人ひとりに向き合いながら身体拘束をしないケアの実践に取り組んでいる。	
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	具体的にどのような事が虐待にあたるのか、会議にて話し合いを行うなど、虐待防止に努めている。また管理者は、職員がストレスをためないように、働きやすい環境を作る努力をしてきている。	利用者の表情や、内出血などがないか身体状況を丁寧に確認している。管理者は主任等とも連携しながら年2回の個人面談の機会等に職員の表情等を確認し、ストレスが溜まっていないか声を掛けてフォローしている。	「虐待とは」、「身体拘束とは」といった基本的な知識について繰り返し研修を行うことで、全職員が虐待防止についての正しい理解を得られるのではないだろうか。高齢者虐待防止関連法等について定期的な研修の機会をもつことが望まれる。
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	必要な方には制度利用を行っている。また制度について、内部研修で学ぶ機会があった。		
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	契約に関する説明は、管理者が入居時に時間をかけ行っている。またその後変更などがあれば、都度説明を行っている。		
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	苦情・相談・要望シートの活用や「家族会」での意見などを、職員で情報共有し反映している。また必要であれば、ご家族からの意見や要望を運営推進会議で話している。	利用者や家族からの意見・要望等は職員が事業所独自の「苦情・相談・要望対応シート」に落とし込み、会議時に職員間で話し合っている。居室の掃除の方法や衣類の着方などへの意見には、即対応している。家族会の開催時にはアンケートを実施しているが、結果や内容、対応方法の開示までは実施していない。	意見を言うことをためらう利用者や家族の心情を察して、言いやすい雰囲気作りと引き出せる機会をより多く持つことが望まれる。今後はさらに、寄せられた意見等を前向きに活用する仕組みづくりと、サービスの質の向上を図るために、他の家族や外部の人にも伝える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	基本的に運営に関して職員が意見する事はないが、管理者は年2回の個人面談にて話を聞いてくれている。代表者に関しては、意見や要望を伝えても理解してもらえない事が多い。	毎月の会議では職員の活発な意見が聞かれている。管理者は年2回、職員との個別面談の機会を設けており、職員の意見を聞くようにしている。また、主任以上の役職職員には理事長との面談の機会もある。	
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	代表者が職員の努力や実績、勤務状況の把握をしているとは思えず、給料体系にも反映されているとは思えない。職員が将来不安にならないようして頂きたい。		
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	職員全員が、最低年一回は研修に行けるよう努めてくれている。		
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	外部研修や研修の受け入れの中で交流を図っている。		
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	入居間もない方には特に安心して暮らして頂けるよう、関わる時間を増やしている。また職員間で情報を共有し、関係作りに努めている。		
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	要望等には耳を傾けている。また遠慮させるご家族も多い為、話しやすい環境を作るよう努力している。		
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	どのような支援を必要としているのか、ご本人、ご家族から話を聞き、必要としている支援を提供出来るよう努力している。		

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	人生の先輩として、尊敬を忘れないよう心掛けている。また出来る事は行ってもらっているが、重度化してきている事で、支え合う関係が難しくなっているのも現状である。		
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	ご家族との情報交換を大切にしている。また行事等にも積極的に参加を勧め、ご本人とご家族がゆっくり過ごせる時間を提供できるよう心掛けている。	入居後も家族からの協力が必要であることを伝え、面会のお願いや家族参加型の行事を企画・開催している。担当職員が中心となって日常の様子や家族面会後の利用者の落ち着いた様子等を伝えて、家族が面会に来やすい雰囲気作りに努めている。	
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	一部の利用者様ではあるが、ドライブの際、ご自宅の近くに行く事はある。しかし馴染みの場所や人を断ち切る事はしていないが、こちらから積極的に支援しているとは言えない。	馴染みの床屋の利用や自宅周辺へのドライブを行っており、また、自宅の隣の方が面会に来た際には居心地良くゆっくりと過ごしてもらえるような空間作りに努めている。サービス担当者会議や、年1回のフェイスシート(利用者一人ひとりに関する情報を記録する様式)見直しの時には、再度家族等から生活歴などの情報を得るように努めている。	
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	利用者同士良い関係が作れるよう、個々の性格や相性など職員間で話し合い関係作りに努めているが、上手く行かない事も多い。		
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	管理者、主任を中心に退所時に「何かあればいつでもご連絡下さい」と、声は掛けている。また退所後も、行ける範囲で顔を見に行くよう心掛けてはいる。		
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	意向や希望を声に出す方は少ない為、生活歴や日常会話の中から意向を引き出すよう努め、本人本位に検討している。しかし、全ての意向は、把握しきれではないと思う。	夜間帯などに利用者の傍に寄り添って話をじっくりと聴き、思いや意向を把握するように努めている。カンファレンスでは利用者の思いや意向を職員間で共有し、支援に繋がるように検討している。	

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	情報シートや過去のサービス利用時の記録、ご家族からの情報収集等にて把握に努めている。また日々の会話の中からも、これまでの暮らしぶりを聞き出すようにしている。	入居時及びサービス担当者会議の際に、家族から生活環境や本人の好みの物などの情報を得るようにしている。馴染みの場所等の情報も得て外出支援に繋げるとともに、記録用紙(フェイスシート)を見直して馴染みの人の把握に特に力を入れて取り組んでいる。	
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	日々の様子は、申し送りやケース記録を活用し現状の把握に努めている。しかし利用者様がどのように過ごしたいのかもっと想いを掴んでいきたい。		
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	ご家族、ご本人の意向は勿論、毎月の会議、日々のカンファレンスにて支援を検討し、それに基づき、計画作成者が介護計画を作成している。	担当職員と介護支援専門員が中心となり、日々の関わりの中で確認した利用者の意向を反映させた介護計画を作成している。日々のカンファレンスでのモニタリングと、6ヶ月毎の評価を実施している。サービス担当者会議には家族の参加を呼びかけており、参加が難しい家族には電話等で思いの把握に努めている。	チームで作る介護計画作成のための方針を今一度、職員全員で話し合い確認し合っただけでなく、介護計画作成の一連のプロセスをこなすだけでなく、チームに関わり、入居前の情報だけにこだわらずに今の事業所での生活にも視点を置いて、今その人が望んでいる暮らしの実現に向けた計画書が作成され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	ケース記録や報告書を元にカンファレンスや会議にて話し合い、支援の検討を行い、情報を共有し、計画作成者が介護計画の見直しの際反映させている。		
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	可能な限り柔軟な支援が行えるよう努めているが、現状出来ていない事も多い。また、サービスの多機能化には取り組めていない。		
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	地域資源の把握は、殆ど出来ていない。また、利用者様にとっての地域資源の意味が理解出来ていない職員も多い。		

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	ご本人、ご家族が希望された際は、今までのかかりつけ医の継続を行っている。しかし認知症の薬の調節が必要な方に関しては、ご本人の負担を考え、提携医への移行を勧めさせてもらう事もある。	入居後もこれまでのかかりつけ医を継続している方もいる。毎週事業所の協力医の訪問診療があり、状態変化等があればすぐに対応してもらっている。専門医への受診は家族の付添いを基本とするが、その際は医療機関へ適切に情報が伝わるよう書面にして家族へ渡している。利用者の状態等、状況に応じて職員が受診の支援を行うこともある。	
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	些細な変化でも看護師に報告、相談を行っている。また看護師不在時でも、電話での指示がもらえ、必要時には受診し、適切な医療が受けれるようになっている。		
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。	管理者・主任を中心に、治療が終わったら認知症の進行を防ぐ為にも早目の退院が出来るよう、相談員や医師に相談している。		
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、事業所ですべての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	重度化しそうな時は、早目に今後についての話し合いを持つようにしている。また終末期ケアに関しては、最後まで揺れるご家族の気持ちに寄り添い、その時々で必要な支援を柔軟に提供出来るよう努めている。	終末期における対応については入居契約時に説明しており、状態が変化した段階で終末期支援の指針を提示して家族へ説明し意向を確認している。これまでに3人の利用者を看取るなど、事業所では積極的に終末期支援に取り組んでいる。家族は利用者に付添って泊まることもでき、最期の時間を家族と共に過ごせるように支援している。	事業所で最期を看取ることの意味や目的について職員間で意識統一を図ることが望まれる。これまでの終末期支援を職員全員で振り返り、職員が支援するうえで感じた不安や迷い、利用者や家族の思いを共有し、チームで終末期支援ができるように、定期的な研修の機会を作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	定期的に訓練は行っているが実践力が身につけているかは少し不安である。	ヒヤリハットや事故報告書等により、個別に対応策を検討しており、また、「リスクマネジメント委員会」で事故・ヒヤリハットを集計して検討している。フェイスシートを見直して緊急連絡先や疾患、既往歴といった個別の情報を整理したことにより、緊急時にスムーズな対応に繋がった。	事故発生時の対応策は検討しているが、発生時の初期対応の研修が不十分である。職員が不安に感じていることを聞き、シミュレーション形式で研修会を行うなど定期的に事故発生時に備えた訓練を実施することが望まれる。

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	火災訓練は行っているが、十分ではないと感じる。今後水害時の訓練も必要と思う。また勤務の関係上、訓練にあまり参加出来ない職員もいる。	地震や水害等の事例をもとに災害時の職員行動マニュアルを作成した。年2回避難訓練を実施し、地域住民からも参加してもらって災害時の協力体制など具体的なアドバイスをもらった。3日分の備蓄を用意し、家具等にはつかえ棒をするなど日頃から災害に備えている。	
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	自尊心を傷つけないよう、言葉掛けや対応には気を付けている。	外出時には利用者の意向を確認し、着たい服を着てもらったり、希望があれば化粧の支援もしている。トイレへの声掛けは大きな声でしないなど、一つ一つの支援について職員間で気付いたことは注意し合い、なれ合いの言葉かけや支援にならないように努めている。	
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	利用者様の意思が上手く表現されている時は、出来る限り行っているが、十分ではないと感じる。また認知症の為、混乱を招かないよう自己決定せず、職員の判断で決める事も多い。		
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	出来る限りその人のペースを大切にしようと思心掛けてはいるが、実際は職員ペースになっている事が多い。また、どのようにその日を暮らしたいのか利用者様に聞く事も少ない。		
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	お好きな方には時々、口紅やマニキュアを塗ってあげている。起床時には髪をとかすなど整容に努めてはいるが、完璧ではない。時々服に食べこぼしが付いていたり、寝癖がついたままの時もある。		
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	準備や片付けは出来る方をお願いしている。また食事に関しては、一人ひとりの好みを把握し、嫌いなメニューの際は出来る範囲でメニューの変更をしている。	献立は「栄養管理委員会」が作成しているが、季節の野菜を使ったり、利用者の希望に応じて献立を変更することもある。持病等で食事に制限のある人はおやつを野菜に替えるなどカロリーや塩分の管理も行っている。利用者と一緒にちまきやおはぎを作ったり、誕生会には手作りケーキを出して皆でお祝いして楽しんでいる。	

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
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	食事、水分チェック表を活用し、また看護師にも相談しながら支援を行っている。		
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	利用者様の性格や習慣で毎食後は行っていない方もいるが、以前より口腔ケアは徹底出来てきている。		
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	定期的にトイレ誘導は行っているも、失敗やオムツの使用を減らす自立に向けた支援は行えていない。	排泄チェック表やその日の体調を観察し、時間誘導や排泄後の後始末の支援をしている。排泄状況を見て、リハビリパンツから布パンツとパット使用に変更したり、夜間帯はポータブルトイレを使用するなど、トイレでの排泄に向けて支援している。	
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	便秘の方に個々に応じた運動や食事での工夫は出来ていない。下剤にて排便コントロールしているのが現状である。		
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	入浴の希望時間等がある方は、希望に添えるよう支援しているが、その他の方は職員がその日入浴の方を決めている。今後、入浴が楽しめるよう入浴剤を入れるなど工夫していきたい。	基本的には午後からの入浴が多いが、希望があれば毎日でも入浴できるようにしている。入浴を嫌がる利用者に対してはこれまでの生活歴から自宅で入浴していた時間帯に入ってもらうように支援したケースもある。季節に応じてゆず湯等の変わり湯も提供している。	
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	ご本人の状態を見ながら必要であれば休んで頂いている。また特に朝、良く寝ている方には声を掛けず、自然に目覚めた時に声を掛けるようにしている。		
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	全ての薬の目的や副作用が頭に入っている訳ではないが、必要時にはお薬カードを確認し、理解に努めており、症状の変化には日々留意している。		

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	レクリエーションやドライブ、散歩等で気分転換は図っているがまだ不十分である。今後楽しみ事が増えるよう検討していきたい。		
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	散歩やドライブ、買い物で外出支援はしているが、一人ひとりのその日の希望に合った所へは行けていない。	事業所の敷地内を利用者が自由に散歩できるように職員はそっと見守りを行っている。天気の良い日には、季節に合わせて近くの公園や隣の市の湖などへ外出したり、利用者の馴染みの場所へのドライブなど外出支援を行っている。近くのレストランでの食事は毎年の恒例行事になっており、ゆっくりとした時間を楽しめるよう、利用者は、3～4名の小グループに分かれて出かけている。	
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	お金を持つ大切さは理解しているが、金銭を持つ事でトラブルになり、結果的にご本人が不快な気分になってしまう事も多い為、基本的に金銭の自己管理は行っていない。しかし、金銭の自己管理が必要な方に関しては、ご家族と相談し支援を行っている		
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	電話の希望があった際は、基本的には自由にかけてもらっているが、日々電話の訴えがある方に関しては、ご家族と相談し、個々に支援を決めている。		
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	充分とは言えないが、壁に季節の飾りを貼り、季節感を出している。また利用者様の作品や写真を飾る事で、暖かな雰囲気が出るようにしている。	共用空間は広く、各ユニットには畳のコーナーのほか、テーブル式のこたつも設置されている。ソファなど家具の配置を工夫して癒しの場所づくりに努めている。利用者はテレビを見たり、ソファで休んだり、こたつに入って外の景色を眺めたりと、それぞれの好みの場所で過ごしている。	
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	食席の他にソファやテーブルを置き、自由に過ごせる居場所作りは行っている。しかし自由に過ごす事で、入居者様同士のトラブルもあり、空間作りで悩む場面も多い。		

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
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	入居時に管理者より、ご本人、ご家族に使い慣れた物の持ち込みの話はしているが、実際は使い慣れた物の持ち込みは少なく、新調された物が多い。居室の配置には、ご本人のADL等も考慮し、ご家族に相談しながら決めている。	家族には実際の居室を見学してもらい、入居時に必要なものを説明しており、自宅から家具などの持ち込みを依頼している。入居後も利用者の好きな花や小物を持参してもらい、家族と共に居心地の良い居室作りに努めている。	
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	福祉用具を使用する等、安全に暮らせるような環境づくりは行っている。		

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				