

(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 (竹ユニット)		
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。

【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掘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	理念は、ユニット・エントランスに掲示されており、研修を通して共有している。日常の支援に反映できるように心がけている。	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	経過年数とともに、交流の幅が広がっている。地域合同の敬老会や学校との交流や、以前利用者様が外へ行かれた際、地域の方が探して下さったりすることもあった。地域の一員としての存在を受け入れて下さっていると感じる。	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	交流の中で、理解し感じとって頂けていると思う。利用者様を尊重した対応に理解して下さっていると感じる。具体的な困難事例などはお伝えしていない。		
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	地域の方・ご家族代表・福祉関係者など様々な方に参加してもらい、質問や意見を言ってもらえる雰囲気になるように努めている。会議の意見は全職員へ回覧している。	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に取り組んでいる	より良いサービスが提供できるように、サービス内容を相談している。また、なるべく窓口へ行き顔を合わせるようにしているが、面識は多いとは言えない。	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	内部研修や日々の指導で、拘束しないケアに取り組んでいる。日中は、玄関・サッシともに施錠をしていない。	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	内部研修などで学ぶ機会を持ち、ヒヤリハットも活用して防止に努めている。日常的に職員の様子を観察し、注意を払っている。	利用者の表情や、内出血などがい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	成年後見について、外部研修を受けた職員からの内部研修により、学ぶ機会を持った。必要のある方への支援は、主に管理者・ケアマネが行っている。		
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	契約は充分時間をかけて行っているが、改定は決まってから説明することが多い。しかし、一方的な関係にならないようとは思っている。		
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	日常的に、意見・要望を言いやすい雰囲気を作っている。要望などは、「要望・苦情シート」を活用し、会議などで話し合い、支援に活かしている。	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	年に一度運営に関して、全職員参加の研修にて説明があり、意見・提案をする機会でもある。日常の中でも、意見を聞いてもらえる雰囲気がある。	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	個々の努力や状況などを把握し、それに合わせ職場環境や条件を臨機応変に整備している。		
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	全職員が外部研修を受ける機会があり、定期的に内部研修も受けている。研修後、成長したり意欲が向上する職員も少なくない。		
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	交流をする機会は、外部研修の場などで持つことができている。ネットワーク作りをしている職員もいると思う。		
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	本人の状況に応じ、本人の言葉に耳を傾け、少しずつ施設の生活を受け入れて頂けるよう、個別に細かく対応している。		
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	導入する段階で、管理者・ケアマネを中心として、家族の要望等に耳を傾け、職員にも伝え共有し、関係づくりに努めている。		
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	初期対応後、必要な支援を受け、生活できるように努めている。急ぎの方は、他グループホームやサービスを紹介することもある。		

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	ご本人の得意なこと・働いてこられた職業などから教えて頂くことは多く、助けられている。家事を一緒にするなど、出来ることはして頂くよう努めている。		
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	ご家族へはご本人の思いを伝えており、支援については相談し、共にご本人を支えていけるようにしているが、もっとたくさんの希望や思いはあるだろうと思う。	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	馴染みの方が来訪された時は、感謝を伝えつつ、さりげなく次の来訪をお願いしている。こちらから支援をしていることは、少ないと感じる。	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	気の合う方と一緒に過ごせたり、やすらげるように普段過ごされる食席環境を工夫している。散歩なども、一緒に出かける方の相性などを考慮している。		
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	契約終了後も、訪問して下さるご家族がいらっしゃる。管理者やケアマネを中心として、入院先・入所先などへ出来る限り会いに行っている。		
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	日常の会話や行動から、希望の把握に努めている。それをもとに、カンファレンスや会議で本人本位に検討している。	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	入所時の事前情報、定期的に更新するフェイスシートから、生活歴を知ること努めている。ご本人からは情報をお聞きし、ご家族からは担当者会議でお聞きしている。	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	良く観察し、現在の状態を把握するよう努めている。カンファレンスで情報の共有もできていると思う。		
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	日々のカンファレンス・ユニット会議・情報伝達を通じ、想いや必要に応じた計画作成ができるよう努めている。	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てはどうか。介護計画作成の一連のプロセスをこなすだけでなく、チームで関わり、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	プラス・マイナス面どちらも記入している。全職員で協力し合い、記録に残したい出来事をメモ等に残し、その日の記録者が記録をしている。		
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	受診の支援・介護タクシーなど、より良いサービスをお伝えしている。医師からの文書や説明を支援に活かすなど、様々な試みを行っている。		
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	地域資源の把握はできておらず、幅は狭いと思う。		

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	ご本人のかかりつけ医への受診が、ご家族で困難な場合は、ホームで柔軟に対応している。かかりつけ医とホームの提携医との連携をとり、ご本人を支えている。	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	こまめに相談・報告をし、お互いに相談できる関係が築けている。必要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。	入院した翌日には、情報シートを持参するように努めている。認知症予防のため、早期に退院できるようにしている。		
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	ご本人との会話の流れで、終末期についてお聞きすることもある。ご自分から意向を話される方はおられるが、ご家族とは終末期に至ってから話すことが多い。終末期の支援は、ホームで積極的に取り組んでいる。	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。家族は利用者へ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	AED・救命の訓練は定期的に行っている。その他の急変(ケガ・窒息など)に対しての訓練は少ない。	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	昼夜どちらも避難訓練を行っているが、最近では想定以上の災害が多いので、訓練内容の工夫が必要である。訓練には近隣住民の方にも参加して頂き、協力体制を築く努力をしている。	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	尊重やプライバシーは、とても大切にしている。職員一人ひとりが心掛けるとともに、気付いた点は職員どうしで伝え合い、今以上に対応を良くする努力をしている。	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	職員に任せると選ばれない方も多いが、選択したり思いが言えるような声掛けの工夫をし、意向に添った支援ができるように努めている。		
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、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	その日をどのように・・・と考えることは少ないが、レク・散歩・家事などで、その人らしい表情や感情が出せればと思っている。		
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	今までの習慣を継続し、ご本人の好みの服を着て頂いている。ご家族からのプレゼントの服も着て頂いている。		
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	一人ひとりのできる事・得意なことを活かして準備等を行い、好みによりメニューの変更も行っている。	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	水分量は、必要と思われる時にはチェック表を使っている。食事・水分の形態は、一人ひとりの状況に応じ支援を検討し、対応している。		
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	一人ひとりの習慣・状態に応じて、ケアを行っている。必要時は、歯科受診をし、アドバイスも頂いている。		
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	一人ひとりの身体の状態に応じつつも、ご本人の思いに添って、十分検討し支援している。リハビリパンツなどの使用は、限界までしないようにしている。	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	便秘時には、下剤に頼ることが多い。食事は野菜を多くし、散歩などの運動も心がけているが、十分ではないと思う。また、自立の方も多く、排便確認がとりにくい現状がある。		
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	入浴の時間・間隔など、希望に添えるように支援している。夜の入浴は、できていない。	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	居室で眠れない方には、フロアの長イスにご案内したりして、その方・その時に合った支援をしている。		
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	薬すべてについて理解しているとは言えない。新しく内服される薬などは、申し送りで副作用を伝達するなど、注意している。		

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	好みや状態に合わせて、家事などの役割・散歩・レクなどを行っているが、能力を引き出した支援は不十分だと感じる。		
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・外気浴・ドライブは出来る限り行っているが、同じ場所へ行くことが多い。特別な場所へ、行って下さるご家族もいらっしゃるが、ホームと協力しての支援には至っていない。	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	ご本人・ご家族と相談のもと、少額を持ちこまれている方はおられるが、お金の持ち込みはなるべく遠慮してもらっている。お金は大切である上、対応の難しさを感じる。		
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	希望がある時、電話して頂くことはあるが、ご家族の事情などもあり、難しさを感じる。ご本人が安心されるように、ご家族へ手紙をお願いすることもあった。		
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	その方に合った方法で混乱を招かないように工夫している。花を飾ったり、壁を飾ることで、季節感を取り入れているが、生活感是不十分だと感じる。	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	畳コーナーで過ごされる方・ソファで横になられる方等おられるが、上手く居場所の工夫ができていないかといえ、充分ではないと思う。		

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	使い慣れたものの持ち込みは少なくなっているが、その人らしい部屋になるように工夫している。ご家族の写真を飾るなど、安心してできるようにしている。	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	トイレなど場所を分かりやすく表示しており、福祉用具なども活用している。		

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				