

(様式2)

令和 1 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	1590101455		
法人名	社会福祉法人亀田郷芦沼会		
事業所名	グループホームふもとの奏(さえずり)		
所在地	新潟県新潟市東区中山8-19-11		
自己評価作成日	令和1年7月10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	令和1年8月23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)】

開設以来、「ふもと」の地域で思いやりの心を奏できるように、ご利用者様、ご家族様、地域の皆様、職員が共に心地よいメロディーが流れるような居場所を目指してきました。基本方針として『共に語り、支え、歩む…その人らしい暮らしのお手伝い』を掲げています。具体的には①お一人おひとりの当たり前の生活、ふと感じる小さな幸せを大切にします。②お一人おひとりの喜怒哀楽を心で受け止め、表情や言葉の持つ意味合いを大切にします。③ご利用者様と職員が地域の一員として地域活動に参加し、互いに支えあうことができる関係づくりを大切にします。と3つの項目を掲げ取り組んできました。方針にもあるように、地域とのつながりをもっと深めることを目標に、月1回のカフェの内容の見直しや、ふもとの奏主宰のお祭りを開催する計画を立てています。

【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)】

事業所は幹線道路から少し入った閑静な住宅街に立地しており、小規模多機能型居宅介護事業所を併設している。元々、地域の人々の出資で医療生活協同組合を発足させ、地域の病院を開院するなど地域で医療を中心とした街づくりを行ってきたが、時代のニーズと公募に応じて高齢者介護の問題に取り組むために当法人を設立した。高齢者福祉施設や福祉事業、障がい者福祉事業を展開する中で地域密着型サービス事業所の開設に至ったものである。こうした経緯から、地域の住民も協力的であり、日常的な回覧板のやり取りのほか、町内行事である夏祭りや草取りなどの町内活動に利用者と共に積極的に参加して交流を深めている。

建物は2階建てで、2階部分には休憩室と少量の物を置くスペースがあり、サービスは全て1階部分で提供している。小規模多機能型事業所に通じる扉は常に開放されており、双方の利用者はいつでも行き来することができ、それぞれが思い思いの場所で楽しい時間を過ごしている。敷地が広く雑草の処理に困ることもあるが、法人のサービスを利用している障がい者に協力を依頼し、有償で除草をしてもらっている。

職員同士何でも言い合える職場環境にあり、事業所名の通り、風通しが良く心地よい音色が流れるような印象の事業所である。

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	事業所理念に基づいて職員の個人目標の設定をして、理念を共有して実践につなげています。法人理念と事業所理念を職員の見えるところに掲示し、意識付けを行っています。	開設時に作成された理念を礎としていくつかの具体的な運営方針を設定している。前回の外部評価以降、年度を四半期に分けた中で、個々の職員が更に具体的な個別目標を設定し、それぞれが期間ごとに実践、評価、目標の見直しを行うことで、理念の実現を目指している。	
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	町内会に入会させていただき回覧板も回してもらっています。草取りや納涼会などの行事にも参加させていただいています。また、散歩の際には挨拶をするように心掛けています。	月に1回「ふもとカフェ」を開催して近所の住民に足を運んでもらい、お茶やコーヒーのもてなしのほか、体操や踊り、勉強会なども企画して楽しんでもらっている。また、町内会の催事に参加したり、日常的な回覧板のやり取りで情報交換するなど地域とは良好な関係を築いている。今秋は、事業所で祭りを企画し、地域へ案内をする予定である。	
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	地域の方とご利用様の交流を目的に認知症カフェを月に1度開催しています。今年度はボランティアの受け入れにも力を入れています。	/	/
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	2ヶ月に1度運営推進会議でご利用様の状況や運営状況を報告させていただいています。職員にご意見や要望を伝達しサービス向上に活かしています。	小規模多機能事業所と合同で会議を開催している。利用者、家族、町内会長、民生委員、地域包括支援センター職員、他法人の事業所管理者という多彩なメンバーの参加により、活発な意見交換が行われている。地域の情報や感染症の対策などを聞き、事業所の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	市町村担当者の方とは必要時に連絡を取るようになっています。包括支援センターの職員の方には運営推進会議に出席いただき、協力関係を築くよう取り組んでいます。	市の担当者とは必要時に電話やメールでやり取りをしている。地域包括支援センターは同じ法人であることもあり、顔の見える関係で、運営推進会議への参加以外にも、何でも相談や助言をもらえる協力関係にある。	

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
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	昨年度より身体拘束防止の委員会を設けて、職員への意識付けを行っています。小規模多機能居宅介護支援事業所と併設ということもあり、玄関の施錠は行っている状況です。ご利用者様のストレスにならないように、散歩や外出はその都度行っています。	マニュアルの整備を行うと共に、定期的な研修会により学ぶ機会を持っている。「身体拘束防止委員会」を中心に、あらゆる身体拘束を想定した話し合いや意見交換を行い、身体拘束をしないケアに努めている。	
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	高齢者虐待については法人全体で全職員対象の研修を行っています。また、会議などで不適切なケアがないように考える機会を持つようにしています。	経験の浅い職員にもわかるようにマニュアルを作り直し、定期的な研修会により学ぶ機会を持っている。「虐待防止委員会」を事業所内にも設置して、虐待の起きない職場環境づくりを進めている。また、職員のストレスにも配慮しており、定期的な個別面談やストレスチェックによりメンタルケアを実施している。	
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	今年度はまだ行っていませんが、年度内に行う予定です。		
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	契約や改定等の際は個別に説明をして、不安や疑問点のないように、十分な説明を行い理解・納得をしていただくようにしています。		
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	ご利用者様には日々の生活の中で意見や要望を伺っています。ご家族様には面会時や運営推進会議の際に伺い運営に反映させています。	利用者および家族とのコミュニケーションを大切に、常に意見や要望の聴取に努めている。遠方にいる家族とはメールを活用して円滑に連絡が取れるように工夫している。また、年に1回、法人でアンケート調査を実施し、集計結果を本人、家族にフィードバックしている。	
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	管理者は毎日の申し送りや月一回の会議で意見や提案を聞く機会を設けています。また、管理者は職員の意見や提案を適宜施設長に報告をしています。	職員間で何でも意見を言い合える環境であり、会議などでも活発な意見交換が行われている。年に2回、管理者が職員個々と面談する機会を設けている。職員不足で業務に支障をきたすような場合でも、単に職員の補充を願うだけでなく、業務を改善することで補えるよう前向きに検討を重ねている。	

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	管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し昇給、資格手当、残業手当また夏季休暇(3日間)の支給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ます。		
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	管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量などを把握して、法人内外の研修を受ける機会を全職員対象に実施しています。		
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	平成30年度は認知症実践者研修の実習生を積極的に受け入れました。また、地域の病院や包括支援センター主催の地域連携研修などの勉強会への参加を促し、サービスの質を向上させていく取り組みをしています。		
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	入居前に計画作成担当者、介護職員等の2名でご自宅やご利用されているサービスの場所に訪問し、困っていること、不安なこと、要望等お話を伺い関係づくりに努めています。		
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	入居前に計画作成担当者、介護職員等の2名でご家族様が居られる場所に訪問し、困っていること、不安なこと、要望等お話を伺い関係づくりに努めています。		
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	入居前に事前面談をさせていただき、「その時」に必要としている支援を確認させていただいています。また、必要な福祉用具などの相談させていただいています。		
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	ご本人様のできることを大切にし、なるべく生活の中で料理や掃除、洗濯などできることを一緒にさせていただいています。		

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	ご家族様には月1回「ふもと便り」を発行し、ひと月の様子をお伝えしています。また、受診は基本的にご家族様に協力をしていただき、ご本人様との関係性の維持ができるようにしています。	家族の面会が比較的多く、その都度、家族に協力を依頼したり、家族からお願いごとがあったりと相互に支え合っている。毎月送付している「ふもと便り」には、事業所での生活状況を知ってもらえるように、利用者全員の写真を載せるように配慮している。	
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	ご本人様がこれまで大切にしてきた関係性を維持できるように町内会や集まりなどには積極的に出かけていただいています。また、知人・友人の方には気軽にいつでも来ていただけるようにしています。	近隣から入居した利用者が多く、おのずと馴染みの関係が保たれている。家族や親戚、友人や知人、昔の仕事仲間が訪ねて来たりしている。入居してからも、ふもとカフェや町内行事で地域の方との交流の機会が多く、新たな馴染みの関係が築かれている。	
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	職員はご利用者様同士の関係性を理解し、お一人おひとりが孤立しないように配慮しています。時には職員が間に入って関係が維持できるように関わっています。		
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(契約)が終了しても、必要に応じて相談や支援に努めています。		
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	毎日の会話などから些細なことを見逃さないように思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めています。	MDSのシートを使ってアセスメントを実施しており、6ヶ月ごとに更新している。利用者との日々の会話の中で知り得た思いや意向については、ケース記録に記載し、担当職員が情報の集積および把握に努めている。	
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	入居時にはご本人様やご家族様、ご利用していた施設職員から情報収集をしています。入居後も継続して情報収集をして職員に周知するようにしています。	入居前に本人、家族、サービス事業所等と面談し、情報収集に努めている。必要に応じて自宅にも訪問している。入居後に知り得た情報は、主にケース記録に記載して情報を集積することで、これまでの暮らしの把握に努めている。	フェイスシートの情報は、事前面接の際に記載された情報のまま滞っている。ケース記録に集積した情報をフェイスシートに上乘せしたり、知り得た情報をその都度追記しながら定期的にシートの更新ができるような仕組み作りを期待したい。

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
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	毎日の申し送りや毎月の会議で職員間で情報共有をしています。心身状態などは変化があった時にすぐに管理者を含め共有するようにしています。		
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	ご利用者様やご家族様の意見や要望をお聞きし、介護計画に反映できるように努めています。見直しは担当職員、計画作成担当者を中心に他の職員にも意見を聞き作成しています。	介護計画の作成には、担当職員、計画作成担当者、管理者が関わっており、毎月、モニタリングを行い、6ヶ月ごとに介護計画の更新、見直しを実施している。介護計画には、訪問看護や医師、家族の役割も位置づけられており、本人の意向が反映されるように、本人本位の介護計画作りを進めている。	介護計画更新時に実施しているサービス担当者会議では、利用者、家族に事前の確認を行うのみで参加は得られていない。誰のための介護計画であるのか、もう一度原点に立ち返って担当者会議の在り方について検討することを期待する。
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	ご利用者様の日常の様子やケアの実践・結果などを個人記録に記入しています。職員の気づきや工夫などは職員間で共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしています。		
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	その時々ニーズにご本人様とご家族様と相談して柔軟な対応をしています。訪問診療や訪問歯科、訪問美容などはご希望により依頼しています。		
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	日頃から町内の回覧板で情報を得たり、自治会の行事に参加させていただいています。また、歌や踊り、体操、傾聴などボランティア様に来ていただき交流をしています。		
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	以前からのかかりつけ医の受診は、ご家族様ご付き添いで受診していただいています。ご家族様の受診同行が難しい場合は、職員が受診介助したり、ご希望により月1回の訪問診療を受けていただいています。	週2回の訪問看護による健康チェックと月に1回、協力医療機関の訪問診療も行われているが、ほとんどの利用者が入居前からのかかりつけ医を継続しており、受診付き添いも基本的には家族にお願いしている。市の「結び合い手帳」や書面での情報提供も行いながら、医療機関との連携に努めている。	

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
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	職場内の看護師に状態変化があった時などに相談をしています。また、急変時や相談があるときは訪問診療の先生や医療機関や、契約した訪問看護師と連絡をとり助言、指示をもらっています。		
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。	ご利用様が入院された時には病院の相談員と電話や直接訪問して情報提供や情報交換をして、退院後の支援がスムーズにできるように努めています。		
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、事業所の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	入所時に重度化した場合のあり方についてお伝えしています。また状態に変化がみられた際にはご家族様と連絡を取り合い、今後の方針をご相談しています。	職員間で「どういうグループホームにしていこうか」話し合い、事業所の設備面や職員体制から現状では看取り対応は行わない方針を決め、入居の際に契約書の中の文言でしっかりと説明している。開設から3年が経過し、利用者の重度化も進んできている中で、今年度の初めに家族に集まってもらい、今後の方針について説明を行っている。	
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	急変時や事故発生時のマニュアルを作成し、定期的に学習会をしています。AEDは開設時より設置しており、今年度も講習会を行う予定です。	急変や事故の具体的な内容の対応手順をまとめたマニュアルが整備されており、それを基に研修会を実施している。訪問看護は24時間オンラインで連絡でき、職員の安心感につながっている。定期的に行なわれているAED講習会では、専門の資格を取得した法人職員が講師となり、各施設を巡回指導している。	
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	年2回の避難訓練を行っています。消防署の指導の下に避難方法や消火器の使い方の訓練を実施しました。また、地域の方にも実際の訓練に参加していただき、反省点などを話し合いました。昨年は地震等の災害時の訓練も行い、地域の方と反省点を話し合いました。	年に2回、火災想定避難訓練を実施しており、近隣住民の参加協力を得ている。昨年度は地震を想定した訓練も行なったことで、いくつかの課題も見えてきている。風水害を含む災害マニュアルをしっかりと整備して有事に備えている。毎年9月に行われる地域の防災訓練にも参加していく予定である。	非常時の避難場所が徒歩で数分かかる小学校となっている。過去の災害時の避難中に2次災害を負った例もあり、事業所として不安を感じていることから、近くのコミュニティセンター等への避難場所の変更について、早急に行政等地域関係者との検討を行うことを期待したい。

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
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	丁寧で分かりやすい言葉かけを心掛けています。方言などの使い過ぎに注意しプライバシーに配慮した対応を心掛けています。	利用者がくつろいでいるフロアで記録や申し送りを行うことが多いため、申し送り用紙やチェック表など個人情報は利用者の目に触れにくいように配慮している。プライバシーや個人情報保護、接遇などのマニュアルが整備されており、時々、読み合わせを行って職員の意識の向上を図っている。	
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	ご本人様が自己決定できるように言葉かけで、2者選択で何うような工夫をしています。食事などは何が食べたいなどの希望を何うようにしています。		
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	ご利用者様個々のその時々気持ちを尊重しながら支援をしている。思いを伝えられないご利用者様に対してはご本人様が納得するまで一緒に付き添うようにしています。		
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	ご自身で身の回りのことをできる方は洗顔後に化粧水をつけたりされている。支援が必要な方は職員がお手伝いをし、外出の際にも必要なものの準備の支援をしています。		
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	献立はご利用者様の希望を取り入れ作成しています。ご利用者様と一緒に野菜を刻んだり、盛り付け、食器洗い等を行っています。	献立は利用者の希望を取り入れながら職員が作成しており、臨機応変に変更することもある。食事の準備から調理、後片付けまで利用者ができることは手伝ってもらっており、決して無理強いすることなく自立支援を進めている。利用者は職員と一緒に会話しながら、楽しい食事のひと時を過ごしている。	
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	食事は栄養バランスの良い食事を心掛けています。また、状態に応じて刻み食にも対応しています。入浴後は特に気を付けて水分補給をしていただいています。		

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
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	毎食後にご利用者様に声掛けをして歯磨きをしていただいています。また口腔ケアについての研修会を、協力医療機関の訪問歯科より行っていただくよう毎年計画を立てています。		
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	トイレでの排泄を基本として、ご本人様の状態に応じてリハビリパンツやパットのを使用しています。排泄パターンやご本人様の行動を把握して、トイレでの排泄を実施しています。	ほとんどの利用者がリハビリパンツを着用しているが、排泄チェック表を活用して個々の排泄パターンの把握に努め、可能な限りトイレ誘導を行なって排泄方法の改善を図っている。それにより自立につながった利用者もいる。	
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	排便チェック表を利用して、排便コントロールを行っています。また、食事面なども野菜など多く取るようにしたり、朝食時には牛乳やヨーグルトなどの乳製品を毎日摂取していただくようにしています。		
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	入浴日はほぼ決まっていますが、ご本人様の体調や気分などに応じて変更をしています。入浴を楽しんでいただけるように入浴剤なども利用しています。	入浴は1日の中で午前に入る人、午後から入る人とそれぞれの体調や気分を見ながら調整している。重度化により事業所の個浴槽で入れない方には、小規模多機能型事業所にあるチェア浴槽を利用してもらい、負担なく入浴ができています。また、入浴は職員と利用者が1対1で行うため、リラックスした中で楽しく会話が弾んでいる。	
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	申し送りやご様子から休息した方が良くと思われる方は休んでいただくようにしています。昼寝の習慣のある方やその日の体調に合わせて休んでいただいています。		
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	ご利用者様の薬剤情報は個人ファイルに入れ把握に努めています。万が一、服用忘れや間違いがないようにチェック表を使用して2重チェックを行っています。調剤薬局と連携して薬の一包化や相談など随時行っています。		

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	床拭き、手すり拭き、洗濯干しなど自主的に行ってくださる方もおられ、他の方にもいい影響を与え一緒になって行ってくださっています。また、歌の好きな方は音楽に合わせて歌詞カードを見ながら歌われています。		
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	その日の希望にそって外出できるように支援に努め、散歩や買い物などに出かけています。定期的にご家族様と外食に出かけられるご利用者様もおられます。また、ご利用者様のご希望を伺い計画を立て花見、紅葉、外等に出かけています。	季節ごとに計画された外出のほか、天候のよい時期には事業所で用意したお弁当を持って公園へ出かけ、外で食事を摂ることもある。利用者個々の必要品の買い出しや個別のニーズには、その都度一緒に出掛けている。週に1、2回の食材の買い出しも利用者と一緒に出掛け、食材選びも楽しんでいる。	
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	ご本人様の管理能力に応じてお金を所持していただいている。管理が難しい場合はお預かりをして、買い物などの際に、日用品やご希望のものを買っていただいています。		
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	ご利用者様の要望に応じてご家族様や友人の方に電話をかけていただいています。ご家族にはいつでも電話をかけていただいている。年賀状はなるべく全員が書いていただくように支援しています。		
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	居室の温度調整などに配慮しています。居室の窓に遮熱するシートを貼り、過ごしやすくなるように工夫しています。中庭にはベンチを置いて畑を眺めたり季節を感じていただいています。	両ユニットの中央にある広い中庭にはウッドデッキが設置されており、日光浴やお茶飲みが出来るスペースとなっている。フロアの大きな窓からは中庭が見渡せ、採光は抜群である。壁の至る所に外出や行事の時の写真が飾られており、また、移動式のカラオケセットで利用者は余暇のひと時を楽しんでいる。	
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	細かい日課は決めていないため、体操の時間以外ほぼ自由に過ごしていただいています。リビングで会話されている方やソファで自由に休んでいただいたりしています。		

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	居室にはご本人様の慣れ親しんだ椅子やテーブルなど置いている方や家族と選ばれた好みの家具などを使用されています。また小物なども自由に置いておられます。	居室にはテレビや冷蔵庫などの家電製品の他、仏壇や位牌など思い思いの馴染みの物品を持ち込んでもらっている。それぞれが、自分らしい居心地の良い空間づくりをしている。	
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	手すりを設置し、ご利用様が安全に移動できるようにしています。動線には障害物がないように配慮しています。ご利用様が部屋が分かるように名前や目印等で工夫しています。		

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				