

(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	1590800015		
法人名	社会福祉法人 ほのぼの小千谷福祉会		
事業所名	グループホーム ほのぼの (愛染ユニット)		
所在地	新潟県小千谷市大字川井1690番地		
自己評価作成日	平成29年9月14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10月26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)】

- ◎小規模事業所の利点を生かし、食事は地産地消を基本に化学調味料を出来るだけ省き、だし汁(昆布+鰹節)を使用した家庭料理を提供しています。
- ◎地域行事には積極的に参加させていただき地域の方との交流を深め地域住民のみなさんからも協力をいただいています。
- ◎平成28年度から小千谷市より認知症カフェ(オレンジカフェ)の委託を受けて認知症の理解を深めていただくと共に、認知症サポーター養成講座も積極的に開催し開かれたグループホームを目指しております。

【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)】

事業所は中山間地域という立地条件を活かし、自然と共存して四季の移り変わりを実感できる取り組みを行っている。かつて敷地内にありシンボルとなっていた櫨の大木は長椅子とテーブルに姿を変え、利用者や地域住民がお茶会などをする際に活用されている。事業所は集落内を通過する道路に面しており、民家やガソリンスタンドも近くにあって地域住民との交流に協力がもたれる良い関係を築いている。

食事は地産地消を基本とした家庭料理で、事業所の畑で収穫した野菜や地域からのおすそ分けを使用してその都度献立を変更しながら、その時季に美味しいものを美味しくいただいている。

運営法人は当初任意団体としてスタートし、2001年にNPO法人なり、当事業所を民家改修型グループホームとして開設した。2004年の中越地震を機に社会福祉法人となり、事業所も2ユニットのグループホームとなって現在に至っている。地域密着型サービスであることを意識しながら、これまで一つ一つの実践を積み重ねて事業を展開してきた法人の歩みや法人の思いは、職員の今につながっている。

地域との交流を大切にし、地域に根差し、地域の中で事業所の果たすべき役割が何であるかを常に考えながら、謙虚に日々研鑽し、利用者支援に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	法人の理念及び対人援助職員としての心構えを基本編・処遇編として示し、朝の申し送り時に復唱し、再確認を図り業務に従事している。また4月には「法人の使命について」として全職員に法人の成り立ちや理念の説明を行っている。	法人理念を掲げ、職員の採用時及び毎年、理念研修を繰り返し行っている。年度初めには事業所の成り立ちや歩みをスライドで学び共有している。職員は朝の申し送り時には対人援助職員としての心構えを復唱し、また、研修で学んだ「高齢者の心の気配り10か条」を熟読している。	
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	収穫祭などの施設の行事には地域の方々からも参加頂き、お祭りや運動会などの町内行事にも積極的に参加させて頂いている。町内会の班の一員にも加えて頂き回覧板もまわして頂いている。	近所の方とは、日頃から回覧板を届けたり、散歩の際に声をかけあったり、畑の収穫物をいただくこともある。地域の行事には積極的に参加して共に楽しんでおり、法人主催の収穫祭では地域の方々の特技を披露してくださっている。また、高齢化している地域の実状に合わせて「地域のお茶の間」も開催している。	
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	広報誌「ほのぼの通信」の発行や小千谷市より委託の認知症カフェ(オレンジカフェ)や認知症サポーター養成講座の開催を通じて地域貢献を行っている。		
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	2ヶ月に一回、運営会議を開催し地域の町内会長、保健推進委員、民生委員、家族会の会長、副会長、入居者、市担当職員の参加を頂き、状況の説明意見交換をさせて頂き、サービス向上に活かしている。特に町内会との結びつきの強化は認知症の理解に結びついています。	会議は2ヶ月に1回開催され、利用者、家族会役員、地域関係者、行政担当者等が参加している。会議では事業所の取り組みや現状報告、外部評価の報告、家族からの希望などへの対応等を中心に話し合われている。また、利用者の食事を試食してもらい意見を聞いてケアに活かしている。地元の方の要望により非常ベルを外向けに設置したり、町内のニーズなども聴いて地域での事業所の役割の発見にもつながっている。	
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	運営推進会議に市の担当者より参加を頂き、市の福祉の状況の説明やアドバイスを頂いている。また、市の認知症対策推進会議に委員として管理者が参加している。	市の担当者とは、運営推進会議や認知症対策推進会議等でも情報交換したり助言を得ている。認知症サポーター養成講座や徘徊搜索模擬訓練などにも参画しており、また、虐待予防についても協力要請に応じるなど、行政との連携を密にしている。	

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
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	外部講師による研修を受けたり内部研修でDVDや具体的な事例を取り上げて職員間で話し合い、身体拘束の行為や弊害について理解を深めている。また、専門医から指導を頂き徘徊や不穏症状を示す方に対し、その原因を探りつつ危険のないように見守りや介助を行っている。	身体拘束廃止マニュアルが整備されており、DVDを用いた職員研修も行われている。日々のケアの場面で利用者の身体に異常があればすぐに報告し対応をしている。防犯上、夜間のみ施錠をし、転倒防止のため利用者と家族の了解のもとでセンサーマットを使用している方もいる	
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	毎年、内部研修で虐待防止の研修を行い職員同士で振り返る機会を作り、防止に努めている。また入浴時や更衣時に身体観察を行い原因不明の外傷を発見した場合はヒヤリハットや周知報告を提出し、職員全体に周知している。	毎年虐待防止についての外部研修に参加したり、報道等の記事も利用して振り返り研修を行っている。職員のメンタルヘルスにも力を入れており、精神保健についての講演を精神科医からしてもらったり、厚労省の所定のチェック項目でストレス状況の確認をして面談等でフォローしている。	
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	すでに二名の方が成年後見制度を利用された。いずれもリーガルサポートの司法書士が後見人に選任されたが、本人の状況説明書の提出書類の記入や必要書類のご家族への支援の取り組みを通じ制度の理解や活用を行っている。また地域包括ケア部会の「法テラスの利用について」の研修を受けるなど職員間で理解を深めている。		
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	入居される時、契約に関する内容を十分に説明しご家族に理解、納得をして頂いている。また改定等の際にもご家族に十分説明を行っている。		
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	ご家族・入居者様の代表が運営推進会議に参加し、意見を述べて頂いている。ご家族には、家族会総会を年一回、または適宜開催し、意見を求めている。苦情や相談をホームだけでなく、第三者委員、外部機関、家族会会長、副会長も受けられることを説明している。	今年度も無記名アンケート調査を計画しており、家族会で研修会や意見交換会も行うなど、家族との良い関係が築かれている。また、第三者委員やボランティアとも意見や感想などが寄せられる関係ができています。改善点などは運営推進会議や家族会などで報告してさらに意見等をもらっている。	
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	毎月1回管理会議、スタッフ会議をそれぞれ行い、必要に応じ理事長も出席し、職員の意見・提案を発信できる場に行っている。また施設内委員会の活動を通して利用者様により良いケアを提供する意見交換の場としている。	毎月のスタッフ会議やユニット会議で、意見交換したり、家族からの意見等を共有しており、職員からも提案等が出されている。法人の委員会では職員の自主的な意見を基に活動がされている。研修会に参加した際は、良いものは事業所で共有してそれを自分たちではどう活かせるかなど提案もされている。職員のメンタルヘルスにも力を入れ、面談を行って意見や話を聞いている。	

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
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	年二回、管理者による職員面談を行い、職員の思いや将来に対する展望について聞き取りを行い、その確認や助言を行っている。また、今の職場でどのように実力を発揮してもらいたいかな等を伝え、本人との意思確認を行っている。		
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	外部より講師を招き研修を行ったり、キャリアアップに向けての外部研修にも積極的に参加してもらう機会を設けている。		
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	新潟県グループホーム協議会に所属して情報提供をいただいている。また市内施設との相互訪問や交流を通じネットワークづくりを図っている。		
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	入居後は本人の意向を確認し、ご家族からの情報を頂きながら関係構築に努めている。ご本人の馴染みの習慣や行動などを尊重し、入所してからも不自由がないよう配慮している。		
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	特に入所された初期は入所後のご様子をできるだけ頻回に、ご家族にお知らせするとともに、ご家族が抱えている課題にも十分傾聴す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	ご本人とご家族の意見を傾聴し、入所前の事前面談においても、それまで使われていたサービス担当者とも連携を行い、状態及び状況の把握に努めている。		
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	入居者様が生活歴の中から得意とされてきた料理や裁縫、農作業などは職員にも教えて頂き、入居者様との関係作りが持てるよう心掛けている。そして職員も積極的に労いの言葉掛けを行い感謝の気持ちを伝える様にしている。		

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
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	ケアプラン作成時には、ご家族の意向や思いを確認し、ご家族にも納得して頂けるようプランに反映させている。遠方のご家族には通信や写真を送ったりして状況を共有するよう努めている。また、個々にホームでのアルバムを作成し、ホームでの日常生活を理解して頂けるよう努めている。	遅い時間でも家族から連絡があればいつでも面会ができるように配慮している。介護計画作成時には、家族にも参加してもらって意見を聴き、共に支え合う関係づくりに努めている。認知症について家族も学ぶ機会を設け、それにより事業所の出来る役割や家族の出来る役割を理解してもらっている。	
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	行きつけの美容院を利用したり、外出時に以前住んでいた場所やお店にお連れしたりして関係が途切れない努力をしている。また、御近所だったお友達や民生委員もホームを訪ねられる。	馴染みの知人や家族の面会時には、ゆったりと気兼ねなく話ができるように、居室にテーブルやお茶セットを用意するなど配慮している。行きつけの美容室に家族と出かけたり、その帰りに自宅近所に寄るなどしてこれまでの関係が途切れないように支援している。	
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	レクリエーション活動や外出、外食など集団行動では日常的に入居者様同士で支え合う関係作りに努めている。また、コミュニケーションがとり難い方には職員が間に入って支援している。		
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	重症化される認知症の方も多くなり、専門病院に入院される方もおりますが、病院のケースワーカーとも連携し、ご家族の支援を行っている。		
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	日々の会話や関わりからその人の意向を記録し包括的自立支援プログラムを使い希望、意向を把握する様努めている。又、カンファレンスでお一人お一人の意向を検討・把握・共有し、できるだけその人にとって良い支援が出来る様努めている。	「包括的自立支援プログラム」を用いてアセスメントを行っており、日頃の会話や表情からも本人の意向や思いを汲み取って職員間でも共有している。リビングに「私の好きな時間」のコーナーを設け、利用者の楽しかった様子がうかがえる写真やコメントを掲示して、利用者の思いや意向を引き出せるよう取り組んでいる。	職員は生活を共にする中で日頃から利用者にとたくさん話しかけて利用者の思いなどを把握しようと努めている。現在使用しているアセスメントツールのほか、センター方式など利用者や家族の思いが把握しやすいアセスメントツールの使用なども検討し、誰でもが同じ理解ができるようなさらなる工夫を期待したい。
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	入所前に事前面談を行い、生活歴や人間関係の把握に努めている。また、日常の会話の中から不明な点は担当職員がケアマネジャーや関係機関などの情報を得ながら共有を図っている。	入居前の事前面談は可能な限り自宅を訪問して行い、利用者の今までの生活環境等を把握している。関係機関からも情報を得てフェイスシートに記載して職員間で共有し、新たに得た情報で追記変更があれば記載している。	

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
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	一人ひとりの生活リズムに合わせて、それぞれの思いに添えるよう、状況把握し、出来る事は可能な限り行って頂いている。		
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	カンファレンスなどには、ご本人とご家族にも参加してもらい、思いや意向を聞き、職員の「気づき」も踏まえて利用者の方が快適に生活出来る様に検討し、介護計画を作成している。定期的に振り返りを行い、ご本人の現状に即して介護計画を見直ししている。	カンファレンスには本人や家族にも可能な限り参加してもらっており、やむを得ず参加できない時は面会時などに家族から意見をもらっている。介護記録には介護計画やモニタリング結果が一覧で見やすく分かりやすい文章で記載されている。家族とのやり取りなどの記録を活用してアイデアを出し合い、現状に即した介護計画を作成している。	
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	介護記録に日々の様子、気づきなどを記載し、適宜カンファレンスを行い情報を共有している。スタッフ会議時のユニットの話し合いや朝夕の申し送りの際にも気づきを話し合い、実践を行っている。		
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	デイサービスや介護予防事業の「お茶の間」の利用者の方々とも今まで懇意にされていた方もあり、合同の行事を通じ関係性の持続に努めている。		
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	地域の行事にも積極的に参加させて頂いている。ご近所の方々とも顔なじみの関係が出来ているので、散歩時にも入居者様の名前を覚えて下さり、声かけをして頂いている。		
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、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	ご本人ご家族の意向を確認して、かかりつけ医より事業所まで、月1回～2回の往診を定期的に行っている。また体調の変化時にはいつでもかかり医と相談できる体制をとっている。また認知症の専門医とも連携を図り受診して頂いてる。	入居時に利用者や家族の意向を確認し、かかりつけ医への受診の際は家族に協力をお願いしているが、家族の付き添いが難しい時は事業所に対応している。連絡シートを用いて医療機関と情報交換をし、必要に応じて医師の病状説明時に同席して事業所での生活について相談して留意点などを聞いている。協力医療機関である地域の開業医や歯科医院は往診も可能で、普段から健康相談等をしている。	

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
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	スタッフに看護師資格者を配置しており、また日中は常に看護師が施設内にいるので日々の生活に異変が見られた時は即報告し相談している。必要時にご家族と連絡を取りながら適切な受診が受けれるよう支援している。また、夜間看護師が不在の場合にも常に連絡が取れるようにしている。		
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。	入院された入居者様の方に対しては病院職員やご家族と連絡を密に取り合い現在の状況などを把握し、連携出来る様にしている。「介護要約」を必要時には「介護サマリ」として利用し、医療関係機関に情報提供として役立てている。		
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	入居者様の重度化による状態変化など、または今後、重度化が予測される際には、ご家族に医療受診に同行して頂き、ご家族・主治医・専門医・事業所とで今後の治療方針を確認している。その上で事業所での対応できることについて再確認し、介護方針についてご家族のご希望を取り入れながら対応している。	契約時に、重度化や終末期の対応について事業所の出来ること、出来ないことの範囲を説明している。協力医療機関とは普段から連携を密にしており、重度化が進み事業所での対応が難しい時の対応については早めに関係者間で協議している。職員は、終末期のあり方などについて研修で学んでいる。	
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	看護師の配置や夜勤者のほかに、夜勤助手の配置を行い、緊急時に迅速に対応出来るようにしている。救命法の内部研修も定期的に行っており、ノロウイルス等の感染症については文書を示すだけでなく具体的な場面を想定した実施訓練を行っている。	感染症対応や救急対応のマニュアルが整備されており、ノロウイルス対応やAED操作法の訓練など実践に即した研修も行われている。いざという時に慌てないように電話の近くにわかりやすい手順等が掲示されている。ヒヤリハットや事故報告も毎月の職員会議で報告し、それを分析評価して研修や事故防止等に活かしている。	
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	消防署の指導を仰ぎ、毎年訓練を行い連携を図っている。また夕食後に夜間想定での避難訓練を地域消防団やご近所住民の参加の元、行っている。施設内の構造や入居者様の状況を把握して頂き、地域との協力体制を築いている。	震災の経験を活かし、備蓄や避難誘導への備えがなされている。毎年1回、夜間想定で地域消防団や消防署、近隣住民との合同訓練を行い、建物の構造や利用者の様子などを把握してもらってスムーズな避難ができるようにしている。また、停電になることも多い地区であるため、停電マニュアルも作成している。	水害の際には避難勧告も出る地区であるため対策はなされているが、マニュアル化されていない。職員が確実に避難誘導できるように水害の際の対応マニュアルを整備することを期待したい。

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	個人情報マニュアルに従い十分配慮している。人権に関する施設内研修を行い全職員に徹底を図っている。	居室に入る際にはノックをして了解があってから入室し、トイレ誘導の際もそっと声かけををするなど、利用者のプライバシーや自尊心に配慮している。職員は個人情報保護の教育を受けており、携帯電話やUSBメモリなどの取り扱いに十分配慮している。	
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	自発的に希望を表出できない方には、側に寄り添い傾聴し、表情・態度などからご本人の希望や意向を受け止めら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、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	ご本人の意向を尊重し、その方のペースを大切にして一律の介護にならない努力をしている。また、ご本人が日々どのように過ごしたいか希望を伺い可能な限り対応している。		
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	地元の理美容室、出張理美容を利用。馴染みの美容室を希望される方には外出して利用頂いている。夜間はパジャマに着替えて頂き、日中はご本人の意向を聞き、洋服を選んで着て頂いている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	ホームの畑と一緒に野菜を作ったり地域の方から季節の野菜を頂いたり地場産の新鮮な野菜を食事に取り入れ喜んで頂いている。誕生日にはリクエストメニューを献立に取り入れている。野菜の下ごしらえや食器洗いなどが出来る入居者様には行って頂いている。	事業所の畑の収穫物や地域からのおすそ分けも献立に取り入れたり、栄養士の助言を受けて献立のバランスに配慮しており、化学調味料をできるだけ省くようにして味噌汁は出汁から取っている。ちまきやぼたもちなど、季節ごとに楽しめる行事食や地域の産物を利用したおやつ作りをしており、職員も一緒に皆で楽しい雰囲気の中で食事をしている。	
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	食事量は毎食チェックしており管理栄養士による献立にはカロリー(栄養)計算も行っている。水分量にも十分注意し本人の好みに応じて緑茶、ほうじ茶、麦茶、コーヒー、紅茶、を用意して飲んで頂いている。盛夏には特に水分摂取量に注意し、スポーツドリンク、カキ氷等を提供している。		

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
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、歯磨きなど口腔ケアを行っている。歯科医の往診も受け入れており、必要時には治療も行っている。		
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	排泄チェック表を活用したり、自宅での様子も参考にしながら、利用者様一人ひとりの排泄状況を把握し、それに合わせた対応を検討している。自宅でオムツを利用していた方に対しても本人の能力などを考慮しながら職員間で話し合い、オムツを使用しない生活を支援している。	おむつを使用しない生活を目標にしており、一人ひとりの排泄チェック表を用いて排泄状況を把握し、その人に合わせてトイレ誘導を行っている。水分も多くとってもらい、歩ける方は運動も兼ねて手引き歩行でトイレにお連れしている。	
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	身体を動かすことや、水分量を多めに摂るなど工夫している。また、繊維質の食品の献立も取り入れている。個々に応じて、入浴時の腹部マッサージやウォシュレットによる刺激なども行なっている。		
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	ご本人の意向や健康状態に合わせて入浴を勧めている。隔日の午前中に入浴がほとんどですが状況によっては午後入浴も行っています。(ご本人が拒否があった場合、受診やご家族との外出及び汗をかいたり便失禁など)。時には香りの入浴剤や花卉や葉っぱを浮かべて季節を楽しんでいただいています。	基本的には隔日の午前中に入浴をしているが、本人の希望などにより臨機応変に対応しており、必要に応じて足浴や清拭なども行っている。入浴を拒否する方には声かけの時間を変えたり、気分の良い時に声をかけるなど、工夫しながら対応している。	
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	ご本人が慣れ親しんだ寝具を利用して頂いている。定期的な布団干しや寝具の洗濯を行っており、ご本人が清潔で快適な環境で安眠できるように努めている。		
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	自宅での内服習慣を入所してからも実施し、飲み忘れや服用間違いがないか見守り、安全に内服できるよう支援している。また内服に介助が必要な場合は確実にご本人が飲み込みを行うまで見守りをしている。		
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	個人の生活歴から得意な事、不得意な事、趣味のものをを見つけ、ご本人に合った役割を提供している。また、感謝の言葉や労いの言葉を職員や他の入居者の方が掛ける事で満足感を持って頂けるように努めている。		

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
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	周囲は自然豊かな環境であり、散歩や地域の方との交流、作物の収穫などを日常的に楽しんでいる。時にはドライブや外食、地域行事などへも出掛けている。また家族にも依頼し、受診の前後に自宅に立ち寄り誕生日外食等の外出に協力して頂いている。	天気の良い日は近所に散歩に出かけて畑の作物や庭を眺めたり、隣近所に回覧板を届けた際に地域の方との交流を楽しんでいる。また、弁当を持って近隣のお花見ツアーやお寺参り、足湯など地域の行事にも積極的に参加して楽しんでいる。	
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	ご本人のお小遣いをホームで預かり、外食や買い物の際は職員が同行し、ご本人がお小遣いを使用する事で、ご希望をかなえられるよう支援を行っている。		
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	ご本人の意向を確認して年賀状や暑中見舞い・近況報告をご家族や友人に出せるよう支援している。また、ご家族や友人からかかってきた電話も取次を行い、お話して頂いている。		
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	季節毎に空間作りを行っている。利用者様と職員と一緒に壁面装飾やカレンダーを作成している。利用者の方々の日々の写真や作成した作品、季節の花々、季節のカードなどを飾り、季節感や温かみのある空間作りに努めている。	事業所は、日当たりが良く見晴らしの良い2階に位置しており、窓からは季節を感じられる風景を楽しめる。日中、利用者はホールのソファやカーペットに置かれた座椅子など好きな場所で過ごしている。「私の好きな時間」と名付けた利用者の素顔が垣間見える写真コーナーを設けたり、玄関前には樺の木で作られた椅子やテーブルを置いてお茶会などに活用している。また、利用者が使いやすいよう異なる高さの洗面台を設けるなど、様々な面に配慮がなされている。	
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	共有のリビングにおいても、ソファや椅子などの配置を工夫し、一人でも、利用者の方同士でもくつろげる室内作りを心がけている。		
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	ご本人が以前暮らしていた部屋と違和感がない空間になるよう、ご家族からも協力を頂き、使い慣れた家具や仏壇などを持ち込んで頂いたり、ご本人やご家族の写真などを壁に掲示し、居室がくつろげる環境になるよう努めている。	居室にはエアコンやクローゼットが備え付けられており、それぞれが使い慣れた家具や馴染みの品を自由に持ち込んでいる。パソコンやテレビなどを置いたり、写真や作品を飾って本人がくつろげる環境が作られている。事業所では家族等の面会時には居室でゆっくり過ごせるようにテーブルを置いてお茶セットを用意している。	

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
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	手すりの配置や障害になるものは除去したりして工夫している。居室も単純に名前を掲示する方法ではなく、お一人おひとりに合った好む目印をつけて対応し、不安や混乱なく過ごして頂けるよう努めている。		

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				