

(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	1591300122		
法人名	社会福祉法人 つばめ福祉会		
事業所名	グループホーム 白山町 ユニット燈		
所在地	新潟県燕市白山町3丁目26番17号		
自己評価作成日	平成29年12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	<a href="http://www.kai gokensaku.mhlw.go.jp/15/">http://www.kai gokensaku.mhlw.go.jp/15/</a>
----------	---

### 【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30年1月30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)】

当事業所は、設計当初より地域密着型事業所の職員も加わり、そこで生活を送るお客様が気持ちよく暮らせる空間づくりや働く介護職員の動線について検討を行った。  
平成24年10月の開所後、自治会長のご協力をいただき、市民農園での農業活動や、地域子供会との合同行事などを催し、地域に開かれた施設づくりを進めてきた。  
サービス面では「個別ケア」を推進すべく、個別介護留意事項の作成をはじめ、カンファレンスを通して、お客様一人ひとりにあったサービスの在り方を検討している。  
また、管内の地域密着型事業所との情報交換を行いつつ、法人内事業所のサービスの質の標準化をすすめる為、内部研修や法人が主催する各種研修への参加を通して、職員一人一人の質を高めている。  
これらを通して、当事業所のモットーである「これまでの暮らしや人生を大切にすけるケア」を目指し、個別対応や安全で安心して過ごすことができることをすすめている。  
今年度は、昨年度と同様に、自治会・子ども会、小学校との継続的な交流機会を持ち「地域の拠点」となるよう取り組んでいる。

### 【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)】

事業所の母体である社会福祉法人は、古くから高齢者や障害者の福祉施設や福祉サービス事業を多数展開してきており、この地域の福祉の拠点としての知名度は高い。  
事業所は、地域密着型サービス事業所として小規模多機能型居宅介護事業所と一緒に開設された。開設して6年目であるが、地域に求められて開設されたこともあって計画時より地域とは密接な関係づくりに努めており、自治会や子供会、小学校等との連携が図られ、行事や日常的な交流を通じて地域との良い関係が築かれている。  
日々の暮らし中で、職員は利用者のそれぞれの思いや希望を大切にし、利用者中心のケアを基本に事業所づくりを行っている。利用者のできることだけに着目するのではなく利用者のやりたいことを大切にして、それを実現するために何をすればよいか、どうすればよいかを職員全体で検討し、実現していくことを目指す雰囲気が醸成されている。  
毎月のグループホーム会議の前に職員に対してアンケートを取り、職員が意見を出しやすい環境づくりを行っており、管理者を含め職員全体で利用者支援に当たるように日々努力している。  
また、利用者や家族の要望・意見などに対しても十分に配慮し、利用者のみならず皆が住みやすい環境づくりに日々取り組んでいる。

## 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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	法人経営理念に基づいた職員行動指針をスタッフルームに掲示し、共有を図っている。また、人事考課の評価時に理念に沿って指導を行い、実践に繋がるようすすめている。 施設独自に作った、「スローガン」と「職員の約束事」について、定期的にその意味を振り返る場を設け、各フロアの扉に掲示していつでも確認できるようにしている。また、広報誌にも掲載し家族に周知する。	開設時に法人の経営理念を基に事業所の理念である「スローガン」を作成し、それを具体化した「職員の約束事」も作成して職員が実際の行動としてわかるようにしている。平成28年度は、これらを確認する意味で勉強会を行って職員と再確認を行い、3月に発行した「ぼっぼや通信」にも「スローガン」や「職員の約束事」を載せて家族や地域へも周知を図っている。平成29年度は、職員の提案で事務所から居住スペースに入るドア等に「スローガン」や「職員の約束事」を掲示して、より職員への意識づけになるようにした。	
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	自治会に加入し、地域の各種行事に参加している。また、子ども会と行事や、ワークショップ(体験教室)を毎年開催している。子ども会では、開催内容を企画の段階から相談しながら役割分担をしている。	自治会とは開設当時から連携が図られており、地域の清掃活動に参加したり、子供会の行事を共に行うなど協力関係ができています。小学校とは音楽会や運動会に声をかけてもらい参加するなど、関係づくりをしている。昨夏の事業所の5周年祭には地元のお店から出店してもらったり、そうめん流しやバーベキューは子供会と連携して行い、竹の準備などをワークショップにして子供や地域の方々を巻き込んで行っている。	
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	地域包括支援センターの認知症の人の捜索声掛け体験に協力スタッフとして参加する。		
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	自治会長、民生委員、学区の小学校校長から出席してもらい、定例で開催をしている。 事業所の概要や「地域に開かれた施設づくり」について、ご助言やご協力を得る場になっている。	会議には利用者、家族、地域の代表、行政担当者、学校関係者等多彩な顔ぶれが参加している。事業所としては地域の関係者と協力関係を作ることが大事と考えており、民生委員の意見で地域の課題等を話し合うなど、会議が参加者同士の情報交換の場になっている。	

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
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	運営推進会議をはじめ、近隣の地域密着型事業所の情報交換会に出席し、事業所の実情やサービスの取り組みを伝え、共有を図り助言をもらっている。	運営推進会議に市の担当者がオブザーバーとして参加しており、その時に情報をもらうなど適切に連携している。行政が協力して年3回開催している燕市、弥彦村地域密着型サービス情報交換会にも参加し、他事業所や行政とも連携している。	
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	玄関の施錠設備について、無断外出の未然防止に努め、外に出たい要求や行動がある場合は、思いを聞き取る、施設周辺を散歩するなど個別の状況、状態に対応している。	職員会議や内部研修で身体拘束について学ぶ機会を設けている。マニュアルだけでなく、事業所で接遇委員会を設置し、介護記録の中から発言や行動を抽出して傾向を把握して振り返りを行っている。玄関の施錠についても、利用者の行動をきちんと把握して、外に出たい場合には職員が付き添ったり、玄関先でお茶のみをするなど、利用者の行動制限にならないようにしている。	
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	事業所に接遇委員会を設けている。接遇委員会の取り組みとして、不適切なケアが虐待のはじまりになり得るため、接遇マニュアルを基に取り組み、振り返りを行っている。	接遇についての法人マニュアルが整備されており、年度替わりには職員に接遇の振り返りのアンケートを取ったり、マニュアルの穴埋めテストを行ったりして職員の考え方や、理解度を把握している。「職員の約束事」でも取り上げ、グループホーム会議などで職員で話し合いを行ったりしている。	
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	新任職員研修等で権利擁護に関する研修を行っている。 お客様には成年後見制度を活用されている方がいる。お客様の要望について、成年後見人と協議しながら対応している。		
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	契約前に契約書をお渡しし、ご家族で内容の確認のできるようにしている他、説明時には、パンフレットや事業所の適応している加算も含めて料金表等を活用し説明を行っている。 また、その後も不明な点等は都度ご説明を行っている。		

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
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	サービス担当者会議などを通して、お客様、ご家族の意向についても確認を行っている他、来所時にお話を聞いて、随時の確認も行っている。	家族からは、サービス担当者会議や運営推進会議、家族交流会のほか、面会時や受診付き添い時に話を聞いている。法人として3年に一度満足度調査を行っており、日々の生活や職員の対応などについても意見を聞いている。利用者や家族から聞いた意見は、グループホーム会議等で話し合い、取り入れられるものは、実行に移している。	家族等からの意見をできるだけ聞くように努力をしているが、その内容をきちんと記録に残し職員間で共有することについては十分ではない面がある。家族からの話や伝えられたことを、日々の申し送りやグループホーム会議に参加していない職員にもきちんと伝わるような仕組みについて検討することを望みたい。
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	職員から施設の課題や意見を聞き取り、それをもとにグループホーム会議を開催し協議している。協議した内容を職員が実践しているかについて、年2回の人事考課で確認している。	毎月行うグループホーム会議では、事前に次第とアンケートを職員に配布し、記入してもらって集計したものを示している。管理者は、できるだけ職員の意見を聞ける環境を作り、出された意見は事業所全体の課題として話し合い、業務の見直しや改善につなげている。個別な意見は、人事考課面接等で聞き、個人の意見も反映できるようにしている。	
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	労働時間管理表で個々の労働時間、超勤の把握を行い、職員指導に活かしている。 また、年2回の人事考課時には面接を行い、意見の聞き取り、職員個々の目標管理を行っている。		
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	人事考課・キャリアアップシートなどで個々の職員の力量の把握と資質向上のため、目標設定やその進捗状況の確認を行っている。 また、本部の教育研修室の各種研修や外部研修、内部研修を行っている。		
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	燕市・弥彦村地域密着型情報交換会を年3回程度開催している。		
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	お客様・ご家族とのカンファレンスを行い、職員間で共有している。お客様担当職員を決め、気になることや不安な事柄を相談してもらうよう、お客様に伝えている。		

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
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	サービス調整だけでなく、思いを聞き取り、その結果をカンファレンスで共有している。ケアプランを作成後、ご家族に確認してもらい、了解を得ている。その時に、気になることを協議している。		
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	事業所を利用することのメリット・デメリット、他事業所の状況なども併せて伝えている。また、サービスを使う必要性等を探りながら、カンファレンスで支援内容を検討している。		
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	生活を送るうえで、行っていること、大切にしていることを確認している。そのうえで、できることや、昔得意としていた事、好きであった活動を踏まえ、食事作り、片づけ、掃除をはじめ、生け花や畑作業等をやっているよう支援をしている。		
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	ケアプラン上でご家族にも役割を担っていただいたり、密に情報交換を行う中で、お客様を取り巻くチームの一員として、協力をお願いしている。	家族による受診付き添いや外出支援などを介護計画に明記して協力を得ている。家族が利用者を外出や外食に連れて行くのに不安がある場合には、法人内の理学療法士などが移動方法等を指導するなどし、利用者の希望が叶えられるように支援している。	
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	契約時には、なじみの人との関係が切れないように、ご家族に依頼し、面会に来ていただけるようお願いをしている。	「暮らしの情報シート」を活用して普段から馴染みの人や場所に関する情報を収集するようしており、理美容院やお墓参り、買い物等で馴染みの場所に出かけられるようにしたり、家族に協力を依頼している。近所への散歩や買い物などで、事業所の近くに新たな馴染みの場所ができるようにも考えている。	
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	趣味の活動や昔からの知り合いの関係を続けていけるよう支援を行っている。また、食事席等も、お客様同士の関係を考慮して必要に応じ随時変更をかけている。		

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
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	施設入所になったお客様及びご家族に現在の様子を確認する。		
<b>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</b>					
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	面接時の聞き取りをはじめ、個別介護留意事項の暮らしの情報シートなどをお渡しし、ご家族に記入や聞き取りをお願いしている。 その結果を踏まえた、自宅での生活状況などをモニタリング会議などで共有しあい、個別介護留意事項に整理して、把握に努めている。	利用者や家族から面会時や普段の会話の中で聞き取ったことを確認し、「個別介護留意事項」の各項目に記録して職員間で共有している。利用者の言葉を具体的に記録することにより、どのような言葉が多く使われているか、その言葉の前後にどのようなことがあったか、記録からデータを整理し分析することで、より利用者を理解し、意向の把握が難しい利用者にも希望に沿った支援ができるようになっている。	
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	居宅介護支援事業所の介護支援専門員からの情報提供や、ご家族、お客様との話し合いを通して行っている。また、面接時の聞き取りをはじめ、個別介護留意事項の暮らしの情報シートなどをお渡しし、ご家族に記入してもらい、生活環境、生活歴の把握に努めている。	入居前に家族や居宅のケアマネージャー、それまで利用していたサービス事業所から聞き取ったことを「個別介護留意事項」に記録し、これまでの暮らしの情報を集約している。モニタリング会議で見直しを行って追加情報を記載し、定期的に担当職員が全項目を更新して集めた情報を日々のケアに活かしている。	
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	入所時に確認をしている個別介護留意事項の暮らしの情報シートを基に、日々の関わりの結果を記録に残し、モニタリング会議などで整理する中で、一日の過ごし方、心身状態、有する力等をまとめ、把握・共有に努めている。		
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	モニタリング会議を、計画作成担当者を中心に複数の介護職員で毎月開催している。 計画立案時には、現在の状況やお客様・ご家族の意向についての確認を認定調査時、来所時に行っている。モニタリングの結果を踏まえて、計画を立案している。	介護計画は、サービス担当者会議で利用者や家族とともに介護支援専門員や担当職員が話し合って作成しており、利用者のやりたいことに着目して立てられ、必要に応じて理学療法士などの専門職の協力も得ている。モニタリングは毎月モニタリングシートを確認することによって行われ、介護計画の見直しは半年ごとにサービス担当者会議を開催して行っている。	

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
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	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ている。また、日々の記録を整理し、その情報を基に、モニタリングを行い、会議で協議し、見直しを行っている。		
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	お客様の状況や希望などから、ニーズにどうしたら対応することができるのかを検討している。 必要時、法人内の機能訓練指導員や管理栄養士など専門職も交えて、支援方法を検討している。		
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	これまでの暮らしの情報を基に、普段買い物に行っていたスーパーなどへの買い物など継続的に通えるよう支援を行っている。		
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	かかりつけの医師に「受診依頼書」をお渡しし、診察後には所見や助言を書いていたなど、相互のコミュニケーションを行いながら、関係を築いている。	基本的には家族の付き添いでかかりつけ医を受診しており、受診の際には「受診依頼書」を作成して家族を通じて医師に渡し、必要があれば医師からコメントをもらうこともある。利用者の状態によっては、職員が付き添うこともある。利用者の状態に変化があればすぐに医師に連絡するなど、日ごろからコミュニケーションを取ることを心掛け、よい関係づくりに努めている。	
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	観察により異常がある場合は、看護師へ報告を行っているほか、医療連携看護師と、医療的なケア方法や受診の必要性などについて相談している。		
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。	入院時速やかに病院関係者と連絡を取り、今後の対応等を話し合えるように調整を行ってきた。		

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
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	契約時には事業所において、施設の設備や人員配置上からできること、できないことの説明をしている。 また重度化する前に、ご家族と話し合い、施設利用の方向性についても共有できるように取り組んでいる。	入居時に、事業所でできることと、できないことを説明し、同時に本人や家族の意向も確認している。利用者の状況が変化した際には、家族と話し合う機会を設け、必要に応じて住み替え等の提案もして、法人内の他の施設を紹介したりしている。	利用者に対してできるだけこの事業所で支援しようとする努力がうかがえるが、医療面など難しい面もある。まずは、職員間でどこまでこの事業所で支援するかを話し合い、意思統一を図ることが望まれる。そのうえで「重度化の指針」等を作成し、本人や家族に具体的な説明をすることで方針の共有を図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	容体急変訓練を経験が少ない職員を中心に行った。	「緊急時持ち出しファイル」に緊急時の連絡先やマニュアル等をまとめている。嘔吐物の処理や容体急変からAEDの使用など、具体的な状況を想定してシミュレーション訓練を行っている。応急手当等は、併設の小規模多機能型居宅介護事業所の看護師から定期的に指導を受けている。	
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	運営推進委員や消防署から立ち会い、日中・夜間の時間帯、火災・地震という想定で年2回の避難訓練を行っている。1回目は9月に実施終了し、2回目は3月の実施予定としている。	運営推進会議の参加者や消防署の立ち合いのもとで避難訓練を行い、その後に意見交換を行っている。運営推進会議を通じて民生委員や近くの住民に火災等があった場合に駆けつけてもらえるように依頼している。法人内の「BCP(事業継続計画)委員会」を中心に法人としての共通マニュアルを作成し、事業所ごとに図上訓練を行ってそれぞれの事業所の特性をマニュアルに反映させている。	
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	接遇委員会を設け、個々の接遇目標の振り返りを行うと共に、「職員の約束事」を各フロア入口に掲示し、意識付けを行い対応している。	「職員の約束事」に具体的な行動をあげ、各フロアに掲示して職員自身で自分の行動を振り返ることができるようにしている。接遇委員会を中心に研修を行い、日々のケアの中で適切な対応ができ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	日々の関わりの中で、思いや希望を聞き取るほか、行事の企画や参加の有無、食事などの嗜好についても選択の機会を作り、確認を行っている。		
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	個別援助計画や介護留意事項に沿って支援している。		



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
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	個々の希望に合わせて、おしゃれが楽しめるよう支援している。		
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	参加しやすい環境として、洗い場の高さを変えている。 盛り付けなどの準備から後片付けなどをお客様の活動に併せて行ってもらっている。 また、ご希望でお酒、パンや補食(ヨーグルト)などもお出ししている。	昼食は、同法人の障害者施設で調理されたものを配食してもらっており、必要に応じて温めなおすなど適温での提供を心掛けている。朝、夕食は事業所で作り、食材は配達してもらいが足りないものや調味料などは週2回利用者と買い出しに行っている。献立は栄養士が立てているが、利用者の好みや希望に合わせてできる範囲で変更している。職員で話し合い、ゆっくりと利用者が食事できるように環境整備に努めている。	
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	特別養護老人ホームの管理栄養士と協議をしながら、食事メニューなどを相談し、身長や体重、疾患など個々に併せて、栄養摂取・水分量の確保に努めている。		
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	歯磨きや義歯の洗浄を毎食後行い、ご自分でできないところは支援を行っている。 加えて実施状況などについて記録も残している。		
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	排泄の記録データ(時間や量・排泄状況)に基づいた誘導のタイミングを検討し、実際に紙パンツから下着を使われるようになったお客様もいられる。	利用者一人ひとりの排泄パターンをチェックし、統計処理に基づいた誘導のタイミングを検討してトイレ誘導を行うなど、できるだけ気持ちよく排泄できるように配慮している。	
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	看護師と協議し、個別に1,000ml~1,500ml程度の目標値を設定し、水分摂取を勧める・ホットタオルなどで腹部を温める・歩行機会を増やすなどし、できるだけ下剤を使わずに排泄ができ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
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	各担当職員が本人及びご家族に、入浴についての希望や、これまでどのように入浴を楽しまれていたか等を聞き取り、希望の時間に合わせた勤務体制についても会議で検討した。	入浴は週2回を基本としているが、できるだけ本人の希望に合わせて入浴形態や時間を選べるようにしており、夕食後の入浴に関しても対応できるように話し合っている。また、併設の小規模多機能型居宅介護事業所の少人数で入浴できる大きな浴槽と事業所の個浴槽とを好みで選択できるようにしている。	
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	お客様同士の関係性などを踏まえ、フロアの使い方を協議し、環境の変更を行っている。また、テラスや廊下ソファを活用して日光浴を行う等して夜間安眠できるように支援を行っている。		
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	個別の薬ファイルに説明書を入れ、作用・副作用をいつでも確認できるようにしている。 また、症状の変化から、現在服用している薬の必要性などについて、主治医に随時相談している。		
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	食事や洗濯の一部を役割として行ってもらっている。また、楽しみとして、読書や歌・生花・裁縫などの機会を持っている。買物を行う際、嗜好品を購入している。気分転換では、ドライブを行っている。		
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	お墓参りなどの個別の外出や地域の祭りへの参加など個々の希望を聞き取り、ご家族から協力してもらい、外出ができるように支援をしている。	天気の良い時や職員の配置が十分なときには、できる限り出かけるようにしており、家族の協力も得ながら外泊やお墓参り、誕生日の夕食など利用者の希望に沿って出かける場所を決めている。併設の小規模多機能型居宅介護事業所と一緒に出掛けるなど、できるだけ外出する機会を持つように努めている。	
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	一人ひとりの希望や能力に応じて、現金を持ち、管理している。管理が不十分な方には、施設の小口現金を準備し、希望に応じて、買い物や金銭の使用ができるように支援も行っている。		
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	ご家族と協議し、希望に応じて電話を行えるよう、支援を行っている。		

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
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	各居室に空気清浄器・加湿器を設え、快適な空間となるよう設えている。また、時期に合った花を飾るなど季節感を大切にしている。また、室温・湿度の管理等も行っている。フロアがテラスに面しており、光を取り入れやすい他、季節も感じられる。	居間やフロアの随所にソファーやマッサージチェアを置き、利用者がそれぞれ好きな場所で過ごせるようにしている。また、中庭のプランターで野菜を作っており、利用者がお世話をすることによって役割や季節感を感じられるようにしている。天気の良い日はテラスや中庭で日向ぼっこをするなど、利用者がくつろいで過ごせる環境になっている。	
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	テラスや廊下にソファを置き、1人になれる場所や気の合う利用者同士が思い思いに過ごせる場所づくりを行っている。		
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	お客様自身が安心し、快適に過ごすために必要としているものを、ご本人、ご家族と相談をしながら、調整し、持参してもらえよう、支援をしている。	利用者の希望に合わせて家族の協力も得ながら、居室の環境整備に努めている。居室にはそれぞれ仏壇や神棚、人形、タンス、テレビなどが持ち込まれている。年度末の大掃除に合わせて家族と職員が話し合う時間を設け、一緒に居室の模様替えなどに取り組んでいる。	
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	表示しているものは、視線の高さを考え、概ね120cmで統一をしている。またのれんなど視覚的にわかるように配慮・工夫をしている。		

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広がったり深まり、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				