

(様式2)

平成 26 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	1591300098		
法人名	社会福祉法人 吉田福祉会		
事業所名	グループホームあさひ		
所在地	新潟県燕市吉田旭町1丁目6-23		
自己評価作成日	平成26年8月22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26年10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)】

市街地中心にあった閉園状態の保育園を、平成24年10月1日に小規模多機能センターを併設しオープンしました。市街中心部では初めての介護施設であり地域の拠点的存在として展開している。当施設の名前も保育園当時の名前であり、また地域の地名でもあるため地域の方には慣れ親しんだ呼称となっている。商店街に囲まれ、「市」もすぐそばに開かれ、駅にも3分と若い頃に出掛けた場所である。介護が必要になった状態で足が遠のいた今、「あさひ」に入居することによって今まで交流のあった友人や知り合いが訪ねてきたり、会いに行ったりして本人の楽しみになっている。また地域からはいろんな行事や催し物の案内や声掛けがあり、参加をして地域住民の一員として日々を送っている。

【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)】

旧吉田町を拠点として多様な福祉事業を展開している母体法人が北地区、南地区に続いて中央部に開設した当事業所は、駅から徒歩3分と旧吉田町の中心市街地に位置している。駅前的大通りで開催される朝市や周辺の商店などに歩いて行けるなど、地域の人々が行き交う生活の利便性の良い環境にある。

中心市街地では初めての介護施設ということで地域住民の関心も高く、見学や介護相談などで事業所を訪れている。開設して2年目となり、地域と防災協定を締結し、地域とのつながりをさらに深めている。

現在、法人全体の取り組みとして、事業所を福祉避難所にしていくことや認知症カフェ等の計画を進めており、今後さらに高齢者、障がい者はもとより地域全体の福祉を支えていくことが期待できる事業所である。

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	管理者・職員が一緒に作り上げ、理念に基づいてケアを実践しているかあさひ会議で確認している。	開設時に管理者が作成した理念をもとに職員全員で検討して現在の理念を作成した。理念は玄関に見やすいように掲示して意識付けをしており、年度初めには理念についてのふり返りと理念の変更の検討を行っている。	
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	自治会への加入。地域交流への参加(公園の草取り、地域の茶の間への参加等)。また、買い物はできる限り地域を利用している。	近所に散歩に出たり、地域の商店で買い物をすることで地域とのつながりを深めている。隣家や近所の方が読み聞かせやフラダンスのボランティアに来てくれている。	
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	地区の認知症研修会の主催(当法人の地域密着事業所合同)。掲示板に認知症に関することや、感染情報・熱中症予防など掲示し、地域の方に情報を提供している。		
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	利用者の状況の報告や困難事例に対するアドバイスをもらいながらサービス向上に活かしている。また、今年6月から自治会長を委員に委嘱し、地域情報などを利用者サービス向上につなげている。ブックスタンドに運営推進会議議事録をファイル化し誰もが観覧できるようにしている。	会議には利用者・家族の各代表、自治会長、民生委員、市職員、地域包括支援センター職員が参加しており、併設の小規模多機能型居宅介護事業所と合同で開催している。事業所の活動内容や研修、利用者状況等の報告がなされ、委員から地域行事の連絡も受けている。	
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取り組んでいる	市の介護保険担当者が運営推進会議の構成員であり、会議はもちろん日頃から連絡を取り合い協力関係を築いている。	市職員は運営推進会議に参加しており、また、日常的にも情報交換や意見交換を行って協力しあえる関係を築いている。	
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	法人のコンプライアンス・マニュアルのなかで謳われており、身体拘束をしないケアを当たり前として取り組んでいる。	新人職員には新任職員研修を受講してもらい、業務の中で職員同士が確認し合うことで意識付けをしている。管理者が気になった場面があればその都度個別に話をしている。日中は玄関の施錠はせずセンサーを活用している。	

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
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	法人のコンプライアンス・マニュアルのなかに謳われており、虐待についての意識づけを行っている。	研修に参加したりマニュアルを活用して学ぶ機会を設けている。また、職員が自分自身のストレスに気付くことができるよう、年1回カウンセラーによるストレス調査が行われており、職員のメンタルヘルスにも配慮がなされている。	
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	会議等において権利擁護と成年後見制度についてケアマネ研修の資料等を活用し知識の向上を図っている。		
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	契約の際には、利用者及び家族に十分に説明し、理解納得を得ている。		
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	面会時や電話連絡時等において意見・要望を伺っている。また、法人全体で利用者・家族に定期的にご意見承り書を発送し、意見・要望をお聞きし、それに対する回答を示している。	利用者からは日頃の関わりの中で話を聞いており、食事や外出の希望がほとんどであるが、その都度希望に沿えるよう対応している。家族には面会の際にも話を聞くようにしている。また、利用者、家族からの「ご意見承り書」の内容は、誰もが見られるよう法人施設に掲示している。	
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	あさひ会議や朝礼などにおいて、自由に意見や提案を出してもらい運営に反映させるよう努めている。年に1回、『自己申告書』を提出し、意見や要望が直接代表者に届く機会を設けている。必要に応じて、管理職層の会議で検討されている。	月1回の会議では事前に職員が挙げた議題について話し合いをしており、職員中心の会議となるようにしている。また、職員が年末に提出する自己申告書の意見は、上司に伝えるかどうかの選択ができるようになっており、職員が意見を言いやすい環境がつけられている。	
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	総合職には人事考課制度を導入しており、客観的に事実に基づき、本人の役割や勤務態度、仕事に取り組む姿勢等評価している。一般職員には、自らの取り組みたい事を伸ばしてもらうよう、面接し、目標を決め、また育成面接も行っている。		

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
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	法人の各専門部会の研修や法人外の研修を、本人の役割や経験を考慮して、できるだけ参加の機会を作っている。		
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	燕市と弥彦村で地域密着サービス連絡協議会があり、情報交換や職員交流研修を行っており、質の向上の取り組みの一つになっている。		
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	サービス開始前にご自宅に訪問し、本人の不安要素や困っていることに耳を傾け、安心のための関係作りに努めている。必要なら見学を勧めている。		
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	本人との信頼関係同様、困っている事、要望等に耳を傾け、また、施設見学などを提案し信頼関係作りに努めている。		
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	本人の状態や介護レベル、医療面の内容等を検討して、医療連携を結んでいる訪問看護サービスや専門医の紹介など対応している。		
18		○本人と共に過ごしえあう関係 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	利用者のできる事を見極め、食事の準備や洗濯物干し、食器洗いなどできる事、また畑を作ったり収穫したり共同作業を行っている。		
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	体調崩した時とか必ず家族に意向を聞き、時には様子を見に来ていただく等家族とともに本人を支えるよう努めている。	受診や外出時の対応など、家族ができることは対応してもらって家族の足が遠のかないようにしている。担当職員は、家族と顔のわかる関係を築けるよう面会時などにはできるだけ関わりを持つように努めている。	

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
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	昔からお世話になっている方が、入居してからも顔を出し、農作業の手伝いや仲間との交流等声をかけてくれており、参加するよう支援し、関係性の継続に努めている。	もともと近所に住んでいた利用者が多いので、散歩や買い物の際に知り合いに再会し、その後の面会につながっている。定期的に馴染みの方と一緒に外出している利用者もおり、意識して様々な機会に地域に出ていくようにしている。	
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	利用者同士の相性を考慮しながら、一人ひとりが孤立しないよう、利用者同士が関わりあえるよう、支援に努めている。		
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	夫婦で入居し旦那様亡くなったが、妻のために夫の供養や墓参りなど、家族と協力しながら本人の思いをかなえている。		
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	日々の関わりの中でひとりひとりの思いや意向の把握に努めている。困難な場合は、家族等から本人の人の人柄や性格、こだわりを聞いたりして把握に努めている。	担当職員が利用者との日頃の関わりの中で意向を聞きとったり、家族の面会時にも聞いて記録に残し、職員間で情報共有している。サービス計画書にも「暮らしの中でのこだわり」として記録し、生活の様々な場面での利用者のこだわりや意向がわかるようにしている。	
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	他の事業所を利用していた場合は担当ケアマネからと家人・本人との面談により情報の把握に努めている。また、実際にサービス利用を提供している関わりの中で新たに発見した情報は記録し、以後のサービス提供の内容に盛り込むよう努めている。	利用開始時に、それまでの担当居宅介護支援専門員などから提供された情報を個人記録のケースファイルに整理している。その後に本人や家族、面会者から得られた情報はケースファイルに追記して全職員で情報共有している。	
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	ご家族からの情報、職員の関わりの中かで得た情報は他職員への伝達や日誌へ記入する等して、最新情報の共有、現状の把握に努めている。		

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
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	専任のケアマネージャーによる独自のアセスメントシートや計画様式を使用し作成している。	平成26年4月から独自の書式に変更しており、暫定個別支援計画は生活の各場面の利用者の意向やケア内容、留意点が見やすいよう工夫されている。介護計画は担当職員が利用者、家族の意向を聞き、会議でカンファレンスを行って作成しており、半年ごとに評価している。現在は担当職員が行っているアセスメントを、今後は全職員がそれぞれ行い、より統一したケアが提供できるよう取り組んでいく予定である。	
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	日々の記録は事実やケアの気づきを具体的に記し、情報として共有し、見直しに活かしている。		
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	買い物がしたい、床屋に行きたい、墓参りがしたい等できる限り柔軟に対応し、少しでも生活の場として支援を行っている。		
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	すぐ近くに「市」が立ち、時々顔を出している。また町内を含む協議会から行事の案内をいただき、可能な限り参加し楽しんでいる。		
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	かかりつけ医とは連絡を取り合っており、いままでもかかりつけ医がいなかった利用者については、紹介したりしながら適切な医療を受けられるよう支援している。	利用開始時にかかりつけ医について確認を行っており、希望に沿うよう対応している。受診の付添いは基本的に家族に行ってもらい、医療機関には書面で最近の利用者の状態を伝えている。緊急の受診など必要時には事業所で受診対応している。	
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	訪問看ステーションと医療連携の契約を交わし、その都度相談や連絡を取っている。また、介護職は日々の関わりの中で普段の利用者のちょっとした変化を看護師に報告し、適切な看護を受けられるよう支援している。		

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
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。	入院した場合は介護支援専門員を通して病院の相談員と連携をとっている。また、入院先に訪問し、本人の状態や家族・看護師からの情報を収集している。本人にセンターに早く戻れるよう励ましたり、仲間の事を伝え退院の意欲を高めるよう努めている。		
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	看取りの加算は取っていないため本格的に看取りについて取り組んでいない。昨年7月2日104歳の男性を当施設にて主治医・訪問看護の協力を得て看取ることが出来た。特段見守るだけで急変時の連絡体制の確認だけを徹底した。	過去に看取った事例もあり、入浴は機械浴槽があるので重度化した場合でも柔軟に対応することができるが、看取りケアについて体系化はなされていない。入居時に緊急時の対応について説明を行っており、本人の状態の変化に応じて家族と相談をし、必要があれば法人内の別サービスにつなげる支援をしている。	口頭で説明や相談を行っているが、看取りの指針を文書化するなど、利用者や家族がきちんと理解し事業所と共通認識をもてるような取り組みに期待したい。
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	全職員救命講習を定期的に受けており、急変時対応や事故発生時の対応はマニュアル化されており、会議等で確認している。	マニュアルを整備しており、急変や事故発生時の行動が迅速にできるよう対応のフローチャートを事業所内に掲示している。救命救急法の講習を定期的に通っている。	
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	消防計画(災害計画)に従い避難訓練(夜間想定・日中)や点検を定期的に行っている。避難訓練は利用者にも参加していただき実施している。また今年8月に地域と災害時の協力に関する協定を締結した。	年2回避難訓練を行っている。今年度は地域との防災協定を締結しており、11月に行われる市の防災訓練に職員、利用者が参加する際に地区住民や消防団との協力体制について具体的に決め、それをもとに今後の事業所の避難訓練には地域の人にも参加してもらえよう取り組んでいる。災害発生時には法人の全職員に緊急メールが届き、数名の地域住民に駆けつけてもらえるよう依頼してある。また、事業所を福祉避難所とすることについて市に相談をしている。	今後は、地域との防災協定を具体的にすすめていく中で地域住民や消防団等との協力体制を構築し、より具体的で実践的な避難訓練を行うなど災害対策のさらなる充実を期待したい。
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	ケアの場面ではその都度声かけを行い、その方の意思を尊重し、プライバシー保護の意識を持って接するよう努めている。また、プライバシー保護については、事業所内で研修を行っている。	排泄ケアの際の声かけは他者に聞こえないように配慮し、居室には利用者に断ってから入室している。気になることがある場合には職員間で指摘したり意見を出したりしており、居室の名前表示も職員の気付きから表札風のものに変更した。	

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
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	思いや希望を表わせる利用者には、自分で決めたり納得しながら暮らせるよう支援している。また、自分で思いや希望を表わせない利用者には、家族等や職員の気付きによるところから支援している。		
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	その日その日の趣味や興味に合わせて、散歩、塗り絵、料理、ゲーム等希望に沿って支援している。自由にゆったりと一人ひとりのペースに合わせたケアに努めている。		
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	就寝時の着替えの支援や衣類選びの支援を行い、時にはお化粧品等の支援もし、精神活動の向上に努めている。		
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	利用前アセスメントや利用後の食事の状況を確認しながら、好みのものを提供するよう努めている。また、食材の下準備や盛り付けを一緒に行っている。	献立は職員が利用者の希望を聞きながら作成し、法人の管理栄養士に見てもらっている。利用者一人ひとりの力に合わせて食事の下ごしらえや洗いものなどの役割をもってもらうよう配慮している。菜園で育てた野菜を収穫して食卓に載せたり、忘年会などの行事食を取り入れたり、外食にも出かけている。	
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	食事量の観察のほか、体重の推移でも栄養状態を評価している。また、家族との連絡帳に食事量を記入し受診時の参考にしてもらっている。献立は法人の管理栄養士アドバイスをもらい、バランスの良い食事提供を心掛けている。		
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	毎食後歯磨きを行っている。できるだけ自分で行うよう支援している。また、口腔ケアの研修に職員を派遣し、それを事業所会議に反映している。		
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	トイレで排泄できる方には出来る限りトイレでの排泄を継続してもらっている。尿意・便意がはっきり認識できない方には、日々の関わりの中で排泄のサインを見つけ出し、不快な思いをさせないように早めに対応している。	排泄チェック表を活用して利用者一人ひとりの排泄リズムを把握しており、できるだけトイレでの排泄を支援している。うまく訴えられない利用者には声かけしたり、定時でのトイレ誘導を行っている。	

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
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	繊維質を含む料理の提供を意識している。また、重度の便秘の方には排便状況をチェックし、ご家族や医師と連携し、看護師により下剤の加減や浣腸を行っている。		
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	小規模との併設のため入浴設備も共有している。そのため曜日や時間はある程度決めさせていただいているが、その日の本人の体調や希望などにより柔軟に対応している。個浴と機械浴を設置し、本人の状態に合わせる事が可能である。	併設事業所と共用のため、入浴日はおおむね週2回で曜日や時間がある程度決まっているが、利用者の希望に応じて柔軟に対応している。一般家庭と同様の個人浴槽と機械浴槽があり、利用者の状態に合わせて入浴できる環境になっている。季節に応じて菖蒲やゆずを使った変わり湯にしたり、入浴剤を使用して利用者が入浴を楽しめるよう配慮している。	
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	小規模スペースに畳コーナー(こたつ、座椅子)があり、利用者の状態や好まれる場所で思い思いに休んでもらっている。		
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	各個人のファイルに薬剤情報とどじ込み、受診時に発行された薬剤情報は必ずどじ込んでいる。自己管理能力のある方には、職員がすべて管理するのではなく、確認をすることによって自立支援を促している。		
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	各自の趣味や楽しみを聞きだし、可能な限り支援している。また、スーパーへの買い物や、家族の協力を得て新潟までコンサートに出かけてこともある。また配達物の受け取りを自分の役割となり配達業者とも顔なじみになっている。		
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	地域の行事や催し物などを把握し、ご利用者の希望をもとに外出支援を行っている。また、気候のよい季節や天気の良い日は近所を散策している。	日常的な散歩や買い物のほか、外出への意欲を引き出せるよう利用者に催し物や観光の情報を積極的に伝えている。そこで出た利用者の希望をもとに外出を計画し、可能であれば家族にも協力を依頼するなどして外出の機会を設けている。	
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	個人の嗜好品の購入やお祭り、行事で外出した際に、本人にお金を所持してもらい、買い物を楽しんでいただく機会を作っている。		

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
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	本人から要望のある時は電話の使用の支援を行っている。手紙は要望があれば、いつでも支援できるよう努めている。		
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	季節に合わせた装飾をご利用者と共に作成し、装飾している。空調については季節に合わせて最適な温度になるよう調整している。	玄関からホール、トイレ、浴室など、ほとんどの空間は小規模多機能型居宅介護事業所と厳密には区分けしておらず、二つの事業所の共有となっている。ホールは広く開放的な空間で、畳コーナーなど小さなスペースもあり、双方の利用者が自由に行き来したり、仲のよい利用者同士と一緒に過ごせるような環境がつくられている。	
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	オープンキッチンを挟んで、小規模スペースとグループホームと別れているのだが、本人が好きな方に過ごしていただいている。		
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	本人の意向や様態、あるいは在宅での様子等を加味して畳の部屋やベッドの部屋を提供している。使い慣れたもの等を持参され、居心地良く過ごして頂くよう勧めている。	居室ドアには表札風に名前が掲示しており、共有空間と個々の空間との区分けが明確になされている。ベッドとタンスは備え付けであるが、利用者それぞれがテレビや仏壇を置いたり、写真を飾ったりして自分の好みの居室づくりをしている。自分で模様替えが難しい利用者には職員と一緒に模様替えを行うなど支援をしている。	
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	トイレ、浴室など大きな字やマークで示している。畳の部屋には布団が置いてあり、いつでも好きな特に布団を敷いて横になれるよう配慮している。		