

(様式2)

平成 30 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	1595800010		
法人名	社会福祉法人 苗場福祉会		
事業所名	グループホーム雪割草(立柄山)		
所在地	新潟県南魚沼郡湯沢町大字土樽151-116		
自己評価作成日	平成30年10月6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30年12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)】

1. 毎年併設の小規模多機能居宅介護事業所と合同でバスハイク、納涼祭を実施している。バスハイクは大型バスと施設車を利用し、ご家族様や行政、町内のボランティアを含め今年度は総勢57名で群馬県沼田市「道の駅田園プラザ川場」に行った。納涼祭は地元消防団・ボランティアの協力で地域のお祭りとして根付いてきていて、地域より大勢の方が立寄るイベントになって来ている。
2. 施設内で毎月1回第2水曜日に「苗場カフェゆきわりそう」を開催し、喫茶ボランティア、ハーモニカボランティアなど今年度は外部の方々の参加が多くなった。7月に出張カフェを近くのお寺(瑞祥庵)を会場に借り、方丈様に依頼し法話カフェを行った。
3. 湯沢町が行っている介護予防事業「アクション農園」に毎週火曜日、「いきいきサロン」に毎週月曜日参加し地域の方と交流している。
4. 毎月防災訓練を行っている。上期、下期に行う総合防災訓練では消防署、地元消防団、地元住民も参加している。今年度は下期の訓練を夜間に実施した。
5. 入居者と一緒に毎日スーパーに買い物に出かけたり、誕生日は希望するところへ外出に出かけたり、地域の行事(地区花見、町敬老会、ふれあいコンサート等)に出かけ外出の機会を多くし地域の方との交流が多い。
6. 地域のボランティアの積極的な受け入れを行い入居者の楽しみが増え地域の方との交流になっている。1ターンのシニアボランティアに運営推進会議委員として会議に参加していただいている。
7. 行政と協力し専門知識を活かし認知症サポーター養成講座(商工会、郵便局、湯沢町のタクシー協会、NEXCO東日本)を行った。
8. 今年度はご家族様の提案で味噌作りをご家族様が講師で実施した。

【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)】

事業所が立地する越後湯沢は、温泉はもとより、スキー、キャンプなどが盛んな自然豊かな観光地であり、主要国道と高速道路、在来線と新幹線など新潟と首都圏を結ぶ交通の利便性が高いエリアでもある。

地域では少子高齢化や単身世帯の増加など社会基盤の維持が課題となっているものの、事業所は行政機関との連携を進め、地域包括ケアの推進に向けて取り組んでいる。

母体である社会福祉法人全体の研修体制をもとに、事業所においても自己研鑽に努める職員の姿勢が利用者主体のケアにつながっている。

開設以来培ってきた地元地域との関係性が事業所の取り組みへの賛同者を増やすことにつながっており、職員の前向きな姿勢が地域に根差したケアにしっかりと還元されている。

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	基本的に誰が見てもわかり易い事を念頭に開設時の職員が作った。意識しやすい目につく事務所に掲示し、毎月のおたよりに掲載している。	事業所の理念は法人としての考え方に基づいており、理念を大切にケアに活かしていこうという姿勢で常に理念を念頭に置いてケアに当たることができるように工夫されている。理念を身近なところに掲示したり、毎朝の朝礼で唱和して浸透を図っている。	
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	町の敬老会や町内会の一員として地区の花見会などに参加している。施設で行う苗場カフェにも多くの地域の方が来てくださる。	この地域はもともと祭事がなかったことから、事業所が始めた納涼祭には地域の方の参加が増え続け、地域の大人から子供まで幅広い年代層の親睦の機会となっている。また、地元保育園との交流のほか、町内会の催しや、認知症カフェ、アクション農園などで地域の方と交流したり、地元ボランティアの受け入れも積極的に行っている。	
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	苗場カフェで利用相談や介護相談窓口を設けたり専門知識を活かし町と協働して認知症サポーター養成講座を行っている。		
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	小規模多機能と合同で行っている。家族、利用者、町内会長、行政、地域ボランティア等がメンバーにはいっており、利用状況や取組状況について報告している。サービスに関する意見や要望をサービス向上に活かしている。	併設の小規模多機能型事業所と合同で行っており、利用者の参加もある。事業所からの報告事項に加えて、バスハイクや認知症カフェなどの活動について話し合いを行っている。会議録を家族に郵送して事業所の現状を伝えるとともに、意見や要望を聞く機会としている。	事業所としての幅広い活動から、地域の方の協力が得やすい状況がつけられている。今後は、地域の協力者や地域の他の事業所の会議参加を得ることで、地域の課題解決やサービスの質の向上へとつながっていくことを期待したい。
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	町の地域ケア会議に参加し利用状況等の定期報告や事例検討を行い情報交換している。他職種連携にも参加し情報交換している。日常的にも情報交換や毎月の「雪割草たより」を回覧している。	毎月行政主催で開催されている地域ケア会議に参加し、情報交換や事例検討などを行っている。行方不明者を捜索する訓練は対応を行政に引き継ぐまでを想定して行い、地域ケア会議でも見学者を募るなどの協力が行われている。	

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「介護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	法人委員会が中心となって不適切ケアひやりはつの実施と検討、マニュアル整備と勉強会を行っている。	法人全体で行われている委員会活動で、職員自身が学ぶ機会も作られている。今年是不適切ケアによるヒヤリハット報告書を作り、職員自らの気づきと職場全体への啓発を促す取り組みが始まっている。	
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	委員会が中心となり虐待防止の標語を毎朝礼時に唱和している。不適切ケア報告書や不適切ケアアンケートを行いその中から事例検討会を行っている。	虐待防止に関する姿勢をわかりやすくまとめた標語を策定し、毎朝の朝礼で唱和している。マニュアルは法人全体で管理されており、センサーマット等の介護機器の使用についても見直しが行われている。	
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	日常生活自立支援事業から成年後見制度に移行した利用者を通じて理解している。		
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	契約時十分な説明を行い理解、納得を得てからサインいただいている。		
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	年1回お客様アンケートを実施し、意見や要望を収集し運営に反映させている。アンケート結果と改善については利用者、ご家族、運営推進会議で公表している。	毎年利用者・家族を対象としてアンケートを実施している。回答結果は法人全体で集計・分析して事業所での改善策につなげている。取りまとめた結果は家族へ配布するとともに、運営推進会議でも報告している。	
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	日頃の業務に対する意見や提案はミーティング、部署会議、職員会議等で話し合い反映させている。また所長、管理者が職員の一人ひとりと面談し個人目標や要望について話し合い運営に反映させている。	部署単位の会議から法人全体の会議まで、話し合いの機会が体系的につくられている。保健師である法人職員が月1回各事業所を巡回して職員の相談に乗ったり、管理者が職員一人ひとりの相談に応じる仕組みもある。	
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	半期毎に職員が個人目標を設定し、それに対し期末に自己評価と上長の面接を通じ評価するシステムがある。成果主義に基づき職場への貢献度等給与水準に反映するようになっている。		

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
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	法人の教育研修システムに沿った研修、レベルアップのための外部研修などに参加する機会がある。研修に参加した職員が講師となり事業所でも毎月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	管理者は県のグループホーム協議会、法人のグループホーム連絡会に参加し情報交換を行っている。		
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	事前訪問、面接を実施し本人や家族から不安な事、要望を聴いている。また居宅ケアマネとの連携で情報収集している。		
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	事前訪問、面接を実施したり見学に来ていただいたりし家族の不安や要望を聴き関係作りをしている。		
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	サービス導入前に必ず包括支援センターと連絡を取り合い、情報交換しながら本人や家族が必要としている支援を見極めるよう努めている。		
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	利用者は花壇やプランターで野菜作りや花を育てたり、掃除、食事作りから片付け、洗濯、買い物等その人の能力や得意なことや好みの家事作業を職員と一緒にしている。		
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	カンファレンスに参加してもらったり、面会時に本人の様子を伝えたり、意見・要望等聴くように努めている。また本人、家族、職員と一緒に参加できる行事を実施している。	家族とは入居後もバスハイクや納涼祭などの行事に参加してもらうことで、つながりを継続している。家族の提案を受けて味噌作りを行ったが、その際は家族を先生として指導役を担ってもらい関係をより深めることができた。	

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
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	町の行事や地域行事、介護予防事業へ参加している。(敬老会、コンサート、いきいきサロン、アクション農園等)。 馴染みの理美容室の利用が継続できるよう支援している。	行政が行っている介護予防事業「アクション農園」での作業を、入居後も継続してもらっている。農園を介した近所づきあいから収穫した野菜を互いに分け合うなどの交流につながっている。	
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	職員が仲介し適切な声掛けや調整を行うことでほとんどの利用者がリビングで会話を楽しんだり家事作業を協力して行ったり互いに関わり合って生活している。		
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	別の施設に入居されてからも必要に応じて家族からの相談に応じている。		
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	定期的にカンファレンスや遠方の方は事前に連絡し面会予定等確認し面会時に本人、家族の希望や要望、意向をその都度確認している。またセンター方式のアセスメントシートを活用し居室担当者を中心に本人の暮らし方の希望や思いの把握に努めている。	センター方式のアセスメントシートを活用して、入居の際と入居した後に本人の意向などの把握を行っている。介護計画の見直しに際しても、担当職員が中心となって暮らし方や生活環境について改めて意向を確認している。	
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	入居時、本人、家族、居宅ケアマネや医療機関等から得た情報を職員間で共有し入居後は本人家族、関係のあった地域の人や知人等の関わりの中からその人の暮らしの把握に努めている。	入居前の情報や入居に至るまでの経緯について、個人票に記録している。入居前に利用していたサービスについての情報や、関わりのあった地域の方からの情報を含め多方面から収集して把握に努めている。	
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	常に身体の状態を観察する中で気づいた事は申し送り、情報共有しながらその人の暮らしの現状把握に努めている。		
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	定期的にモニタリングやカンファレンスを開催し、本人、家族や関係者の意見を反映し、現状に即した介護計画を作成している。また変化があればその都度見直しをし修正している。	計画作成担当者が中心となって介護計画を作成しており、作成過程には本人や家族にも参加してもらっている。家族が遠方で都合がつかない場合は電話で相談をしており、その際には本人にも家族と話をしてもらい考えを共有できるようにしている。	

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
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	日々の様子やケアプランに沿った記録、変化や気づきを毎日ケース記録、日誌などに記入し職員間で情報共有しながら介護計画の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	受診は基本的には家族に対応してもらっているが、遠方の家族や高齢の家族等状況に応じて職員が付き添い、送迎するなど柔軟に支援している。		
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	毎週月曜日いきいきサロンや毎週火曜日の午前、町の介護予防事業「アクション農園」に3~4名の方が参加している。毎月ロープウェイ町民無料日を利用して外出している。		
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	利用者のほとんどが入居前からの地域のかかりつけ医に継続して受診している。受診は家族か職員が付き添い、困ったことや家族の意向など相談できている。	ほとんどの利用者が地域の中心的な医療機関をかかりつけ医として継続しており、事業所も協力医療機関として日頃から連携している。本人の状態によっては往診が可能であり、受診前にミーティングを行って診療を適切に受けられるよう協力している。	
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	職員は日常の関わりの中でとらえた個々の利用者の変化や気づきを職場内の看護師に相談し指示に沿って適切に対応し受診に繋げている。		
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。	利用者が入院した際は安心して治療ができるよう、またできるだけ早期退院ができるよう病棟の看護師、担当医師との情報交換、相談に努めている。		
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	重度化した場合や終末期のあり方について本人、家族や病院関係者と話し合いを行い事業所で出来ること、できないことを十分に説明し、方針を共有しながら支援に取り組んでいる。	重度化対応や看取り介護については入居時に説明しており、それらが必要となった際は医師や管理者を含めて改めて家族と相談を行っている。看取り介護ではクリティカルパス(診療計画表)の導入や個別フローチャートの作成などチームで支援するための方法を取り入れるとともに、法人全体で職員研修も行っている。	

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
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	普通救命講習修了証、上級救命講習修了証の資格を持つ職員が多く施設でも定期的に訓練を行っている。今年度も新人が普通救命講習を受講し資格取得予定。	救命講習には力を入れており、すべての職員が受講することとしている。日常的には看護師が毎週、利用者の状態確認を行い、オンコールにも対応している。事例から導いた再発防止策も、事故対応の備えに活用している。	
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	年間防災計画に基づき総合防災訓練を年2回実施し初期消火訓練や煙体験を行った。下期に夜、夜間想定総合防災訓練を行った。また毎月地震、水害想定等のミニ防災訓練を実施している。地元消防団、住民にも訓練に参加してもらい協力体制を築いている。	地域の防災訓練への参加はしていないが、事業所の訓練には地元の消防団の参加協力を得て実施している。普段から、避難誘導に備えて利用者ごとの状態を色分けし対応方法を視覚化したトリアージ表を避難口に掲示するなどの取り組みも行われている。	
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	居室の扉は特別な理由のある場合を除き常に閉め、入室の際はノックと声掛けをしている。また自尊心に配慮し丁寧でゆっくりとした声掛けや対応に努めている。	法人研修では接遇や認知症ケア、利用者の尊厳などを取り扱っており、職員はプライバシーの確保や意向の尊重について学んでいる。	
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	献立にセレクトメニューを取り入れたり、飲み物も毎日いくつかの種類から選択してもらっている。またレク、外出、行事等の参加も希望を確認し自己決定できるよう働きかけている。		
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	一人ひとりのペースを大切にし本人の希望に沿って過ごすことができるよう支援している。食事、入浴、体操など生活リズムとして日課となる活動にお誘いする時も希望を確認して強制にならないよう注意し支援している。		
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	利用者の希望に沿って馴染みの理容院や出張理容を利用できるよう支援している。買物企画で町外の大型店に洋服など買い物に出かけたりスーパーに出かけ好みの物を購入している。		
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	一人ひとりの好みや力を活かしながら、毎日の食事作り、盛り付け、配膳、片付け等職員と一緒にやっている。	管理栄養士の職員が献立や調理の助言を行っている。利用者は献立を考えたり、調理や配膳、後片付けまでそれぞれが役割を担いながら食事作りに参加しており、食事が生活の張りあいのひとつとなっている。	

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
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	職員の中に管理栄養士がいるため栄養バランスや利用者個々の運動量に合わせ調整している。1日の水分量確保のためチェックし医師から指示が出ている場合は特に注意して支援している。		
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	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行っている。口腔ケア実地研修を行ったり職員に歯科衛生士がいるので歯磨き指導の勉強会を行い実施している。		
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	一人ひとりの排泄パターンを把握し置き型手摺や夜間居室にポータブルトイレを設置し排泄の自立にむけた支援を行っている。介助が必要な方も定時トイレ誘導やその人に合わせた方法で支援を行っている。	介護計画のモニタリングの機会に合わせて一人ひとりの排泄パターンの評価を行っている。日々の体調や暮らしぶりから得られた情報をもとに、一人ひとりに合わせた支援を行っている。	
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	野菜や海藻類などバランスの摂れた献立を管理栄養士がチェックしている。水分量チェックし個々に応じた飲み物を工夫したり週3回ヤクルトの提供とオリゴ糖等取り入れている。ラジオ体操、リハビリ体操や散歩等運動にお誘いし便秘予防に取り組んでいる。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴の曜日や時間など決めていないためできるだけ個々の希望に合わせ、週3回程度入浴していただけるよう支援している。本人の希望で毎日夕食後に入浴している利用者もいる。同性介助希望者はプランに入れ交代して対応している。	プライバシーへの配慮から、ユニット間の職員協力により同性介助に対応している。入浴時間は特に決めておらず、利用者と相談しながら夕食後の入浴にも対応している。利用者のできることを活かす取り組みがあり、自分で湯を張る利用者もいる。	
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	居室の室温や照明、布団や枕等一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて気持ちよく生活していただけるよう支援している。		
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	受診時の医師の指示を確実に申し送り、薬の目的や用法用量について職員は理解している。症状の変化についても申し送り早期受診や次回受診に繋げている。		

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	個々の意向や生活歴、力を活かした役割をプランに入れ得意なことや好みの嗜好品(タバコやお酒)や楽しみごとで気分転換の支援をしている。		
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	一人ひとりの希望に沿って散歩やアクション農園、自宅や買い物等家族や地域の人と協力しながら外出の支援をしている。	季節によっては、畑仕事や近くの公園に散歩に出掛けている。買い物にも毎日行っており、事業所の中だけに留まらない生活が送れるよう配慮している。近年は家族の協力を得て、隣接する県外にもドライブに出掛けている。	
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	個々の能力に応じてお金を所持していただき、希望に応じて買い物の支援を行っている。		
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	希望時に電話を掛けたり取次ぎをし、手紙のやり取りができるよう支援している。希望者は年賀状等も送っている。携帯電話を持っている利用者もいる。		
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	思い出の写真や作品や花を飾り見えやすい日めくりカレンダーや季節感を取り入れ居心地よく過ごせるよう工夫している。リビングではいつでもお茶が飲めるよう道具を置いて畳スペースは冬はコタツにし寛げるようにしている。	共用空間には楽しかった出来事などを日々の暮らしの中で思い起こせるよう、写真が見やすく掲示されている。利用者が集う共用空間は適度に片付いており清潔感がある。気になるような騒音はなく、心地よい静けさで居心地よく過ごせるよう配慮されている。	
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	共有空間では食事の時以外は思い思いの場所で過ごしていただいている。利用者は気の合った方と過ごせるようユニット相互や小規模を自由に行き来している。		
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	居室に持ち込む荷物や家具に特に制限はなく、設えも本人、家族の自由に任せて居心地よく過ごせるようにしている。掃除は毎朝職員と一緒にやっている。	各居室は、利用者ごとの生活スタイルがよく検討されて環境づくりがなされており、利用者に合わせて安全や快適性が確保されている。窓からの眺めも利用者の感性に合わせて暮らしの中に活かされており、写真も丁寧に飾られてその人らしい居場所となっている。	

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
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	居室入口には表札があり、自分の部屋がわかりやすいようにしている。トイレ、浴室等迷わないよう大きくわかりやすい表示をしている。また利用者が安全で自立した生活ができるよう状態に合わせて手摺を増設したり移動式手摺を設置したりしている。		

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				