

(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	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29年 9月 28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.kai gokensaku.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11月21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入居定員6名でオープンしました。市街中心部でははじ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ます。当施設の名称も保育園当時の名称であり、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ます。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地域です。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、こちらから会いに行ったりして本人の楽しみになっています。また地域からはいろんな行事や催し物の案内、声掛けがあり、出来るだけ参加し地域住民の一員として日々を送っています。また、燕市の防災訓練にも地域の一員としてご利用者・職員ともども参加し、避難場所としてのあさひの活用や地域との災害協定の締結など地域防災に取り組んでいます。28年4月1日増床により入居定員を6名から9名に増員いたしました。昨年8月から認知症カフェ「サンカフェ」を開始し、毎月3日に開催しており、大勢の地域住民の方が来所しご利用者や職員、住民同士の交流の場になっています。

【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)】

特別養護老人ホームを母体とし、高齢者、障害者、児童など多岐に渡る福祉事業を展開する社会福祉法人が運営する地域密着型サービス事業所である。事業所は小規模多機能型居宅介護事業所を併設して一体的に運営され、開設して5年目を迎えた。法人はこれまでも複数の地域密着型サービス事業所を運営しており、培ってきた地域密着型サービスの豊富な経験値を活かして地域に根ざした事業展開が進められている。

事業所は駅に程近い市街中心部に立地し、周囲を商店や民家に囲まれている。事業所の前身が保育園であることから、事業所名の「あさひ」は保育園の名前を引き継いでおり、また、道路の向かいに産科医院が診療を行っていることもあって地域住民の知名度は高く、広く周知もされている。自治会に加入し、知名度を活かした地域交流や事業運営が進められている。昨年からは開催している認知症カフェは地域住民の拠り所として順調に発展しているところである。また、地域の一時避難所として各自治会と協定を締結しており、有事の際の地域との協力関係を築くなどの取り組みにより地域での存在感が増している。

事業所は、開設時より「いそがず、あせらず、ゆっくり」と利用者へのケアを行うことを理念に掲げ、その人らしい生活環境で、利用者の能力や意思を尊重し、地域社会の一員として地域とのふれあいを大切に過ごしていくことに取り組んでいる。理念が文章で終わることなく、職員一人ひとりが体言化できることを目指し、さらなる資質の向上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	管理者と職員が一緒に作った、理念に基づいてケアを実践している。日々の集礼やあさひ会議で確認している。	開設時に職員が話し合って作成した理念には、利用者一人ひとりの個性を追求し、事業所での暮らしが本人ペースでできるようにケアをしていこうという願いが込められている。職員の目に触れさせ意識して業務に取り組めるように、理念を玄関前や職員の休憩室前に掲示している。「あさひ会議」では、利用者のケアについて話し合いを行い、理念に沿った視点で提供できているか確認している。	
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	自治会への加入。地域交流への参加(公園の草取り、地域の茶の間等の参加)。また、買い物はできる限り地域を利用している。市全体の防災訓練では地域の一時避難所として役割を果たしている。	自治会に加入し、回覧板を回したり、自治会の総会や清掃活動などに参加して地域交流を進めている。地域の民謡教室に参加したり、地域の方から野菜等をいただくなど日常的な交流に取り組んでいる。昨年からは毎月開催している認知症カフェに力を入れて取り組んでおり、事業所前の掲示板や回覧板を活用して地域へ周知している。認知症カフェは地域住民の集う場であり、なじみの場所となっている。地域の小中高の各学校との相互交流を通じて幅広い世代に認知症ケアへの理解を広めていくことを管理者は考えている。	
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。また月1回のペースで認知症カフェを実施し地域と交流を図っている。		

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
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、委員の自治会長からは地域情報などを頂き、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。	併設の小規模多機能型事業所と合同で2か月に1回開催しており、家族は任期が切れたため現在は参加していないが、利用者、自治会長、民生委員、介護の見識者、市担当者、地域包括支援センター職員、事業所職員が参加している。会議では事業所の取り組みを伝えたり、自己評価、外部評価についての報告を行っている。委員からは避難に使用するヘルメットの設置や、花植えボランティアの活用など運営に関する意見が出され、サービス向上に活かしている。また、事業所周辺の高齢者の様子や空き家の状況など地域の実情を情報交換する場としても活用されている。	
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。事業所の住民向けの勉強会や行事の案内の配布についても協力を頂いている。	制度や運営上の確認事項は積極的に市担当者へ連絡してアドバイスを受けるようにしており、申請書類の提出時も言葉をかけ連携が図りやすい関係づくりに努めている。市担当者には運営推進会議に参加してもらい実情を伝えて運営に関する意見を求めるようにしている。事業所のイベントを回覧版で回覧する際は別担当課の許可が必要となるが、市担当者を通じて回覧を依頼することで手続きがスムーズに行えている。	
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・マニュアルのなかに謳われており、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。外に出たがるご利用者には閉じ込めるのではなく、一緒に外で過ごすよう努めている。身体拘束についてのマニュアルも整備している。また、あさひ会議にて内部研修を実施している。	身体拘束をしないケアを当たり前のこととしており、管理者はケアの場面で職員の言動に気になることがあればその場で指摘している。また、「あさひ会議」では入浴の誘い方など実際の事例を挙げケアの方法を考える機会を設けている。さらに、コンプライアンスマニュアルを職員に配布し、職員が自主的に活用するように働きかけている。事業所ではこれまで研修の機会を設定できなかったため、今年度は身体拘束と高齢者虐待の外部研修への参加を予定している。外部研修参加後は、「あさひ会議」で復命研修を行い身体拘束をしないケアについて職員への周知と理解を深めることを予定している。	身体拘束をしないケアを継続し、さらに理解や意識を深めるためにも、地域包括支援センターの研修などを活用してはどうか。研修計画に組み入れて実施することで職員が自ら提供するケアを振り返る機会や研修の定期的な実施が確保され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
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	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。虐待が疑われるケースについては包括支援センターと連絡を取り共同で対処するよう取り組んでいる。また、身体拘束同様あさひ会議にて内部研修を行い、外部研修も検討している。	職員に配布しているコンプライアンスマニュアルは虐待防止関連法について触れており、管理者は「あさひ会議」で介護職員の報告義務について説明し不適切なケアが日常的に見過ごされないように注意喚起を行っている。また、管理者は職員が利用者のケア方法で行き詰まり悩みを抱えないように、職員間の良好な関係により気軽に話し合っ解決できるように自らも職員に積極的にコミュニケーションを取っている。	
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。	利用者や家族の思いや考えを会話の中で積極的に聞き、迅速に対応するように努めている。法人では年1回法人サービス全利用者家族へアンケートを実施しており、母体の特別養護老人ホームに結果を掲示している。日常的な取り組みについての事業所に対する意見や要望はあがっていないが、管理者はケアの向上に向けて、利用者、家族への職員の言葉が気になる時などは個別に面接しよりよい対応について話し合っている。	
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	あさひ会議や集札などにおいて、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。	イベントや行事を併設の小規模多機能型事業所と合同で行うことが増えたことから、今年度はグループホームの利用者と職員で外食に行きたいとの職員の意見を受けて「あさひ会議」で話し合い実現できた。職員の意見や要望は気兼ねなく管理者へ伝え検討することができている。法人では、地域密着型事業所の管理者や介護支援専門員が集う職種別の委員会を設置し、事業所間で積極的に意見交換できる機会を設けている。年末には自己申告書で意見や要望を運営者に伝える機会が設けられている。	

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
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。		
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。また職員個人個人に研修記録簿を渡し資質向上に努めている。		
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の支援、また施設の畑で野菜・果物を収穫したり共同作業を行っている。		

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
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、あるいは行事参加は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。	利用者の体調変化や転倒などの事故発生時には早急に家族へ電話するようにしている。面会時や受診時など家族が来訪した際は、直接日常の様子を伝えるようにしている。また、家族の受診支援を介護計画に位置づけたり、特別養護老人ホームの夏祭りや事業所のクリスマス会など行事の案内をして家族の関わりを大切にし、利用者を支えあう関係が深まるように働きかけている。	家族と事業所が利用者への思いを共有できるように事業所での暮らしぶりを家族へ書面で伝えることを計画している。その実現に向けて、家族へ暮らしぶりが伝わるように写真や手紙を活用した情報提供のより良い手段を検討し、共に支え合う家族との関係がより深まることを期待したい。
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。	地域密着型サービスとして、行政が設定した日常生活圏域の利用者から優先的に入居してもらっている。その為、事業所の周辺に利用者の馴染みの場所が多く、散歩で市に行った際に豆腐屋や喫茶店に立ち寄ったり、床屋や美容院へ行くなどこれまでの関係を途切れさせることなく継続させている。昔の知人や地域住民が訪問するなど街の中心部にある事業所の立地条件を有効に活用した関係継続に取り組んでいる。	
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	入居していた利用者がなくなった後も認知症カフェに参加されている家族もおり、思い出や相談など関係を続けている。		
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柄や性格、こだわりを聞いたりして把握に努めている。	利用者が話しやすいように、居室でケアする時や他に人がいないような時に、じっくり時間をかけて本人の思いや意向を聞き取るように取り組んでいる。把握した思いや暮らし方の希望は支援記録にまとめ、介護計画に反映できるようにしている。意向や思いがうまく伝えられない利用者には、家族や知人など関係者から話を聞き、「あさひ会議」で職員が本人本位に検討している。	

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
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。	入居前に自宅を訪問し、暮らし方や生活環境について家族や知人などから話を聞いている。一人ひとりのこれまでの暮らし方が事業所でも続けられるように、また、昔得意だったことや仕事としていたことを活かし、事業所での役割につながるように支援している。事業所の暮らしで新たに把握した情報は支援記録にまとめ、計画作成時に「あさひ会議」で話し合って暮らし方に反映できるように取り組んでいる。	
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。		
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	職員とケアマネが情報を共有し。ケアマネが作成した介護計画をお互いに確認し必要であれば修正し、より良い計画になるよう努めている。	介護支援専門員は計画に利用者や家族の意見や意向を反映させることを大切にしており、計画作成の際には家族の意向を確認し、利用者職員で担当者会議を開催して話し合っている。受診の際は介護支援専門員が同席して医師の意見や訪問看護の意見ももらい計画に組み入れるようにしている。完成した介護計画は、家族へ説明して同意を得たうえで実行している。モニタリングは毎月実施し、「あさひ会議」で計画変更の必要性を職員同士で話し合っており、現状に即さなくなった場合は、現状に即した計画に作り直している。	
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	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。		

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
30	(11)	<p>○かかりつけ医の受診支援</p> <p>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</p>	<p>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。</p>	<p>入居前のかかりつけ医を主治医としているが、遠方で通院できない場合などは希望により主治医の変更や訪問診療についても支援している。利用者が重度化していることもあり、職員が受診支援を行うこともある。受診の際は事業所での様子を文書にまとめて事前に主治医へファックスしている。フォーレや褥瘡処置など専門的な相談や確認が必要な場合は、連携する訪問看護ステーションに医師への連絡を依頼して指示を得るなど治療に関する調整が円滑に図られている。受診結果は家族へ報告している。</p>	
31		<p>○看護職との協働</p> <p>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</p>	<p>訪問看護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。</p>		
32		<p>○入退院時の医療機関との協働</p> <p>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。</p>	<p>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「あさひ」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。</p>		
33	(12)	<p>○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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</p>	<p>重度化や終末期については、主治医や提携先の訪問看護ステーションと連携を取り、できるだけ「あさひ」で対応できるよう当事者間で連携確認している。また、重度化や終末期の意向については文書化し説明・意向を書面化する準備をしている。</p>	<p>利用者や家族の希望により、これまで4名の看取りケアを実践した。看取りケアでは利用者、家族、主治医、訪問看護ステーションと話し合い連携を確認しながら対応した。4例目ではデスカンファレンスを開催し実施した看取りケアの振り返りを行っている。点滴など医療処置が増加したり、住み替えを希望する場合は法人の特別養護老人ホームのショートステイを利用しながら長期入所を待機するなど具体的なバックアップ方法を説明し支援している。昨年より、看取りケアの指針や同意書、マニュアルの作成に取り組んでおり、今年度中の完成を目指している。</p>	

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	全職員救命講習を定期的を受けており、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。	誤嚥、転倒、意識消失などの対応をマニュアルでフォロー化して整理しているが、訪問看護ステーションとの医療連携により24時間の対応が可能であるため、利用者の急変時は一時的に訪問看護ステーションに連絡し対応の指示を受けることとしている。事故が発生してしまった場合は、職員が話し合った対応策を管理者と介護支援専門員が確認し、申し送りや日誌などにより職員へ周知している。また、全職員が消防署で行う救急救命法の講習を3年に1回受けることとしており、全職員が対応を身に付けるように取り組んでいる	
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。また地域と災害時の協力に関する協定を締結し避難場所としても周知している。今年度新たに災害行動(火災・地震・風水害)をまとめ災害行動マニュアルとした。	消防計画に年2回の避難訓練を組み入れており、実施方法を「あさひ会議」で話し合い、運営推進会議で開催を地域へ周知している。今年度は消防署の立会いのもとで利用者と職員による昼間想定避難訓練を実施している。また、自治会とは事業所が地域の一時避難所とする協定を締結している。市内の避難訓練では、地域住民がいったん事業所に集合してから指定の避難所へ移動した。	避難訓練を年2回実施しているが、夜間想定訓練には取り組んでいない。夜間に生じた有事の際に限られた職員と地域の協力により、避難が安全かつ円滑に実施できるように夜間想定避難訓練にも計画的に取り組むことを期待したい。
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。	利用者を尊重し、会話の際は目線の高さを合わせることを意識している。管理者は、ケアの際に相手の立場になって考えることを基本とし、自分がされて嫌なことは相手にもしないように職員に話している。利用者と移動する際は何をするか・どこに向かうかを事前に説明し同意を得ることに努めている。また、利用者の動作の見守りについては、見守りセンサーのある介護ロボットを導入して活用している。	
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	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	その日その日で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。		

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	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に努めている。また、食材の下準備や盛り付けを一緒に行っている。	主菜は法人の就労支援事業所から届けられ、事業所ではご飯と味噌汁、副菜を作っている。下ごしらえには利用者も参加しており、食事が出来上がったときに配膳し一人ひとりのペースで食べることにしている。利用者は併設の小規模多機能型事業所の利用者と一緒にテーブルを囲み、食事を楽しんでいる。職員は利用者の食事介助などの都合で利用者と一緒に食べていないが、テーブルについて職員は料理の説明や利用者への言葉かけを行い楽しい雰囲気づくりに努めている。鍋や炊き込みご飯、冷やし中華なども提供し季節感が伝わるような話題作りも行っている。	
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、食事量や水分量を記入し受診時の参考にしている。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。	利用者のサインを見逃さずにトイレ誘導を行いトイレでの排泄を支援している。尿取りパットの違和感を軽減したパンツなど介護用品を工夫し、利用者がトイレで排泄しやすいように取り組んでいる。重度化してトイレへ通うことが困難な利用者にも職員が2人で移乗介助してポータブルトイレでの排泄を支援するなど、オムツに頼らないケアを実践している。トイレは使用後に消臭剤を使用したり、自動換気を行う換気扇を設置するなどして気持ち良く排泄できるように環境整備にも取り組んでいる。	

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、下剤の加減を行っている。		
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。	毎日の午前中を入浴時間として、週2回の入浴を基本としているが、希望があった際は回数多く入浴でき、また、汗や排泄等で汚れてしまった時は時間に関係なくシャワー浴を提供している。入浴を拒否するときは、利用者の特性を理解して早めに言葉かけを行うなどし、気持ちよく入浴できるように支援している。季節により柚子湯、菖蒲湯などのかわり湯を提供しており、浴室には1人で入浴する家庭浴槽と、重度化にも対応可能な機械浴槽も設置されている。	
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をとじ込み、受診時に発行された薬剤情報は必ずとじ込んでいる。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。スーパーへの買い物やお寿司などの外食に出掛けている。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。		

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	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。	町内の祭りの際は民謡流しを見物に出かけたり、町内の運動会に利用者とともに参加するなど季節に応じた外出を楽しんでいる。また、法人の保育園の行事に招待されて参加し、園児との交流を楽しんでいる。昨年事業所の畑に居室を増築したため、畑仕事に出かけることはなくなったが、市の日に出かけたり天気の良い日には駐車場で日光浴を行うなど日常的な外出支援が行われており、また、一人ひとりの希望により薬局や衣料品店への買い物にも出かけている。	
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。		
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。	玄関近くに、職員のにこやかな顔写真が掲示され、事業所を訪問する人を出迎えている。各居室から食堂が見渡せることもあり、利用者は自然と食堂に集まっている。食堂は開放的なフロアとなっており中央のキッチンを囲むようにテーブルが置かれ、利用者や来訪者は、キッチンに立つ職員と会話しながら和やかに過ごすことができる。時には食堂でにぎやかに「サンカフェ」などイベントが開催され、地域住民との交流スペースとしても活用されている。	
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	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、本人居心地が良い場所で過ごしていただいている。		

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
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。	居室は窓が東側に面しており、日当たりが良く時間の流れを感じながら過ごすことができる。ベッドは備え付けであるが希望すれば畳に変更することもでき、また、箆笥や布団、衣類など使い慣れた物を持ち込んで自宅で過ごしていた環境と同じようにすることができる。プライバシーが確保されるように利用者が居室の内側から鍵をかけられるようになっている。また、家族や知人が面会に来た時にはゆっくりできるように、居室にサイドテーブルや椅子を用意している。	
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、いつでも好きな時に布団を敷いて横になれるよう配慮している。		

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、安心して暮らしている (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				