

(様式2)

令和 5 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	1590102123		
法人名	(株)はあとふるあたご		
事業所名	はあとふるあたごグループホームゆたか(2ユニット共通)		
所在地	新潟市東区豊2丁目7番44号		
自己評価作成日	令和5年4月30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	令和5年6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)】

<ul style="list-style-type: none">・テラスを利用した地域住人との交流・共用型DSを活用し、地域資源の一助となっている。在宅サービス経験者(訪問介護サ責、DS相談員)の知識を活かした、自宅で生活を送る上での介護助言・「お客様が〇〇したい」「職員が〇〇したい」と、心の動きを大切にした支援。・世代別価値観にアプローチした認知症ケアの実践(戦時中、団塊の世代)

【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)】

<p>福祉複合施設として1階に小規模多機能型居宅介護事業所を、2階に2ユニットの認知症対応型共同生活介護事業所を運営している。1階部分にはキッチンを備えた地域交流スペースを設け、毎月2回、こども食堂として活用し、毎回20人以上の子どもたちが利用している。また、共用型認知症対応型通所介護事業を実施し地域の認知症高齢者を日中受け入れるなど、地域に根ざし、地域社会に貢献しようとする姿勢がうかがえる。</p> <p>事業所の開設は2021年5月で、新型コロナウイルス感染拡大により家族の面会、外出、地域との交流が制限されるなかであった。現在は感染拡大が落ち着いてきたことから、対面での運営推進会議の開催、ボランティアの受け入れなどを再開し、更なる地域との交流を模索している。</p> <p>利用者支援にあたっては、それぞれの生活ペースを尊重し、やりたいことに着目し、できることを提供して活躍の場を作るよう心がけている。また、家族との絆を大切にしており、家族との居室での面会も早めに再開し、居室担当職員が毎月、利用者の写真を載せた手紙を送るなどしている。</p> <p>管理者は着任して間もないが、職員とのコミュニケーションを大切にし、できるだけ職員の意見を聞いて業務を進めていきたいと考えている。経験の少ない若い職員も多いが、管理者、ユニットリーダーを中心に活力ある明るい事業所作りに取り組んでいる。</p>
--

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	フィードバック面談、全体会議を通し、介護保険法上にあたる「地域密着型サービス」の定義やそもそもの「理念」の言葉の意味を職員全体が理解認識できるように努めた。	法人の理念と事業所の年度の目標を事務室や各ユニットに掲示し、理念や地域密着型サービスの意味について管理者が職員に伝えている。理念については新任職員の研修や職員の年2回のフィードバック面談でも触れるようにし、様々なケースで課題が生じた際にも理念に立ち返り、目指す支援につなげている。	
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	近隣への買い物同行や、町内会の回覧板に交えて頂き地域の一員として働きかける。ただコロナ禍、複合施設という面から自粛をしながら今年度活動制限をしてきた部分がある。	大型スーパーがすぐ近くにあり、日常的に買い物に出かけている。コロナ禍に開設した事業所であるが、1階の地域交流スペースで月2回こども食堂が開かれ、利用者もそこに参加したり、今年度から地域の回覧板を回してもらっており、今後は地域向けの行事案内も回覧してもらおう予定である。また、マージャンや傾聴のボランティアの受け入れも行き、地域との交流を進めている。	
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	現状、近隣住民向けに何かしら活動はなされていないが、共用DS活動を通じて在宅CM、認知症を有する家族へのアプローチは行っている。		
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か月に1回の会議にて活動報告実施。また、回覧板を回していただきたい事や、地域行事を開催していることを報告し、参画に努めている	運営推進会議は、併設の小規模多機能型居宅介護事業所と合同で行っている。メンバーは家族代表、自治会長、副会長、民生委員、地域包括支援センター職員と事業所の管理者、職員である。新型コロナウイルスの感染状況も落ち着いたことから、現在は対面で会議を行っている。事業所からは運営や利用者の状況、事故・ヒヤリハットの報告等を行い、参加者からは防災訓練など地域の情報を得ている。	前回の外部評価の際に、「今後は利用者代表も参加の予定」と報告があったが、実現には至っていない。サービス利用の当事者である利用者は会議の大切な構成メンバーであり、利用者も参加できる会議運営方法について検討することを期待したい。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	虐待ケースへの会議参加と日々の関わりを報告し連携を図った。	運営推進会議に地域包括支援センター職員が参加しており、事業所の運営、利用者の状況等について理解してもらっている。市主催の研修会や新型コロナウイルス関連の事業など、市の事業を積極的に活用している。	

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
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	理解している。防犯上の夜間帯玄関施錠以外は施錠を行ってはいない。	身体拘束に関するマニュアルがあり、「身体拘束廃止・虐待防止委員会」の委員が講師になるなどして、事業所内の研修、法人の研修を行っている。市主催の研修にも参加し、身体拘束のない支援に取り組んでいる。利用者一人ひとりの状況を把握し危険を予測して対応するよう努め、センサーマットについてもユニット会議で検討しながら使用している。	
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	代表者が虐待研修に出席し、伝達講習にてメンバーに実施。	虐待防止や接遇に関する研修が行われ、言葉遣いなど適切でないと思われる対応については管理者がその場で注意している。管理者は職員と定期的な面談や短時間の面談を行ったり、業務以外にも職員間の交流を図るようにし、職員がストレスを溜めず、悩みを表出できるような雰囲気作りに努めている。	
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	現状左記制度に関して理解されている職員は一部に留まっている。現在利用されているお客様に関しては左記制度に該当するケースはない。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約または改定等の際は、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	サービス利用前に十分に説明し、わかりやすく伝えるように努めている。また、利用期間中の料金変更、加算の変更等についても書面同意を用いて行っている。		
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	現状、要望に関しては都度対応を行っている。例えば通院同行、往診医への切り替えなど。お客様個別においては要望がある事柄で叶えられる事は対応している。例えばパソコンを使って調べものをしたい。など	介護計画の作成時や受診の付き添い、面会時、電話など様々な機会に家族に意見、要望を聞いている。利用者からは普段の会話等で聞き取っている。寄せられた意見、要望は連絡ノートに記載したり個人記録に入力して職員間で共有し対応している。要望等を言いやすい雰囲気作りに心がけており、よく「パソコンで調べ物をしたい」という利用者には、都度、一緒に調べるなど対応している。	

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
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	全体会議、ユニット会議を通じて業務改善、要望に関して反映できるものは行っている。	毎月1回、全体会議とユニット会議を行っている。事前に会議次第を示し、他に検討事項があれば挙げてもらっている。管理者は職員とのコミュニケーションに心がけ、できるだけ職員の意見を聞いて業務を進めたいと考え実践している。また、毎月法人の会議があり、事業所の状況、取り組みが法人全体に伝えられている。	
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	職員個々に面談機会を設定し、本人のモチベーション、目標を把握。達成度合いを双方で握り合っている。		
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	外部研修への参加、Eトレーニングを活用し実施している。またOJTの中で目標設定し「できること」の機会を創出し、職員一人ひとりのスキルの底上げを行っている。		
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	自社、他社GHとの連携や交流機会を創出するために挨拶回りを行った。		
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	担当者を設定し、アセスメントシートを用いて本人のしたいこと、できることを把握。ユニットで対応周知を行っている。		
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	契約前の事前訪問などで情報収集に努め実践している。		
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	入居ではなく共用型DSの提案も入れつつ行っている。		

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
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	ひとりひとりの「できること」の機会、役割の機会を設けている。		
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	通院の支援など、定期的に繋がりを作っている。また面会、外出の支援を行っている。	毎月、居室担当職員が一人ひとりの利用者の様子を写真入りで書いて送るなど家族との情報共有に努めている。新型コロナウイルス感染が落ち着いた現在は、居室での面会を再開している。受診の付き添い、衣類・寝具の入れ替え、馴染みの理美容室への送迎や外出・外泊など家族に協力してもらい、本人と家族の絆を大切に、本人と共に支え合う関係を築いている。	
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	ドライブで出身地を巡ったり、生活歴を把握して過去赴いていた場所へお連れしている。またICTを利用してテレビ電話などを機会を作った。	馴染みの人や場について、入居時に本人・家族から聞き取りをし、アセスメントシートに記録している。入居後に得られた情報も職員間で共有している。家族や兄弟、親戚等の面会を歓迎し、ドライブ時に自宅の近くを回ったり、家族に馴染みの理美容室への送迎や外出・外泊の協力をお願いするなど、馴染みの関係が途切れないよう支援している。	
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利用者が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	状況に合わせて食席の変更やフロア、居室の環境を整備して努めている。また共同作業の機会を作っている。		
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	入院→退去となったケースについても、居宅CMや相談員と連携し支援に努めている。		
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	周辺症状に注目せず、中核症状のケアができるように生活歴、趣味嗜好の把握をコミュニケーションをとりながら抽出している。	「センター方式」のアセスメントシートを活用しながら利用者の思いや意向の確認に努めている。自分の希望を言葉で伝えられる利用者が多いが、伝えることが難しい利用者については日ごろの様子や家族等による情報から把握するようにしている。	

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	
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	過去の生活パターンをご家族、本人から確認している。地域性、年代に応じて価値観が違うため、個別に合わせて対応。例:食メニューなど	入居時に家庭訪問を行ったり、本人、家族、居宅介護支援専門員から情報を得てこれまでの暮らしについて把握に努め、入居後に得られた情報についても記録し職員間で共有している。それらの情報は調理などの家事や、折り紙・刺繍など趣味の活動の継続支援にも活かされている。		
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	基本的にしたいことを表出できる方には支援を行っている。表出できにくい方については1日の中で体操や交流、レクなどを通じて状況把握を行っている。			
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	ネガティブにアプローチするのではなく「できること、したいこと」に着目しポジティブなアプローチを行っている。	介護計画は居室担当職員が3か月ごとにモニタリングを行い、それをもとに計画作成担当者が作成している。計画は日ごろの本人、家族の意向やユニット会議での職員の意見が反映されたものとなっており、本人、家族の確認を得ている。また、看取りの段階にある利用者については看護師にも確認してもらい作成している。介護計画は6か月ごと、あるいは状態変化のあった際に見直され、現状に即した計画となっている。		
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	定期的にモニタリングを実施。本人の活躍の機会の創出や、本人が快と感じることを共有し実施している。			
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	家族と触れ合う機会の提案や、重度化において複合施設の強みを生かしたハード対応を行っている。			
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	外周の清掃や、地域のボランティアとお客様の生活歴をマッチングさせて生活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
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	住所地から、定期的に通院の支援ができない家族に関しては往診医への切り替えニーズに対応。その他に関してはかかりつけ医で医療を受けられるように働きかけている。	かかりつけ医は本人、家族の意向によって決められている。これまでのかかりつけ医の継続が難しい場合は事業所の訪問診療医を提案している。受診の付き添いは家族にお願いし、利用者の状況を記載した書面を持参してもらい、受診結果を報告してもらって家族、医療機関との情報共有を行っている。訪問看護ステーションによる24時間の対応もあり、適切な医療を受けられる体制を整えている。	
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	毎週連携先の訪問看護師へ状況を用紙にまとめ状態共有に努めると共に、日々の中であった気づきの相談を行っている。		
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。	入院先の相談員と退院後の支援、退去後の支援も含め総合的に相談対応を行っている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	基本的に、食べられない、飲めない状態になった際の家族支援、医療体制支援、事業所体制を勘案しながら対応に努めている。	「重度化対応・終末期ケア対応指針」があり、入居時に本人、家族に説明している。状態の変化があった際はその都度家族と話し合い、今後の対応について確認している。看取りに関する研修を行い、職員間で意識の統一が図られるよう努めている。医療機関、訪問看護ステーション等の連携を整え、現在、利用者1名の看取り介護を行っている。	
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	BCPの作成、緊急連絡網、連絡先の更新と配備を行い、緊急時対応できるように実施しているが、「経験値」として新卒2年目社員が全体の3割ということもあるので実際には実践力は限られている。	BCP(事業継続計画)が作成され、また、急変や事故発生時のマニュアルや利用者個々の特性を考慮した対応マニュアルが整備されている。緊急時対応のフローチャート、連絡先が各ユニットに掲示され、消防署の救急救命講習の受講や事業所内での感染症等の研修も計画的に実施されている。	
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	BCP共有、避難訓練、ハザードマップを共有している。また年2回避難訓練を実施している。災害備蓄品についても共有でき、用意ができています。	これまで年2回、日中、夜間の火災を想定した避難訓練を実施してきた。利用者の人数分の防災リュックを揃え、カセットコンロや水、食料等の備蓄を行っている。BCP(事業継続計画)も作成されている。運営推進会議で町内の防災訓練の情報を得ることができ、今後は地域との協力体制についても相談し、訓練内容を充実させていく予定である。	

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
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	本人の気持ち、生活リズムを尊重し、職員目線の声掛け、誘導にならないように努めている。	接遇研修を行い「ホスピタリティ委員会」を置くなど一人ひとりの人格や生活リズムを尊重し、利用者の気持ちに寄り添った支援の実践に努めている。同性介助の希望があれば対応している。個人記録は事務室の鍵のかかる棚に適切に保管されている。	
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	編み物がしたい、パソコンで調べものをしたいなど、家族と話したいなど、日常で出た言葉に対する支援の他、したいことに対して支援を行っている。		
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し、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	基本的なルーティン部分はあるが、状況に応じ個々のペースに沿って支援を行っている。例:お茶の時間、お風呂の順番、出かけたときなど		
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	着替えの選択肢を本人に聞きながら行っている。訪問理美容室と提携し整容の機会を作っている。		
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	季節の食材を活用したり、お客様と台所に立って調理や片づけを行っている。	朝食と夕食は業者から食材が届き、ご飯と味噌汁は事業所で作っている。昼食はユニットごとに夜勤者が翌日のメニューを作成している。食材はできるだけ季節のものを使うようにし、職員も一緒に同じものを食べ、行事食やおやつ作り、外食など食事を楽しむ工夫をしている。とろみをつけるなど利用者の状態に合わせた食事の提供や嫌いなメニューの代替食の提供を行っている。利用者にも食事作りや片付けなどできる範囲で手伝ってもらいやりがいにつなげている。	
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	記録を付け管理している。お客様に応じて食器携帯や、飲食形体(トロミを使用したり)して対応を行っている。		

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
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	食後の声掛け、誘導にて実施している。ご自身で行い、磨き残しのある方には職員が仕上げを行っている。		
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	記録を付け排泄パターンを確認している。自己で表出できない方に関しては定期的に声掛け誘導を行っている。	トイレでの排泄を基本とし、利用者全員について排泄チェックを行い、排泄パターンの把握に努め必要に応じて声かけ、誘導を行っている。便秘に対しては食事や水分量に配慮したり、主治医と相談し下剤を使用するなど気持ち良い排泄ができるよう支援している。	
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	適切な下剤の活用、サプリメントや飲食物、水分量、運動の機会を作り予防に講じている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	基本的な時間はあるが、状況に応じてお客様に追声掛けし入浴していただいている。入浴剤を使用しリラックス効果も図っている。	入浴は曜日を決めず2~3日に1回程度の頻度となっている。身体等の状況に応じて階下の小規模多機能型居宅介護事業所の特殊浴槽の利用も可能である。数種類の入浴剤を準備し、ゆず湯やしょうぶ湯にしたりと入浴を楽しめるよう工夫している。入浴を嫌がる方の場合は場面を変えて声かけしたり、時間や人を変えるなど柔軟に対応している。	
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	居室環境、動線を確認。リネン交換も管理し清潔な生活環境で過ごせ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	薬情や個人ファイルで管理して情報共有。薬の変更や追加の際は経過に注視している。使用後の様子を主治医や薬剤師と相談しながら対応あっている。		
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	余暇としては、麻雀、歌、手芸、体を使ったレクを提供している。台所仕事、掃除仕事など生活を行う上で在宅で行っていた「できること」を提供し活躍の機会を作っている。		

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
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	定期的に計画した外出支援の他、その日の天気、状況、要望に応じて外出支援を行っている。	年間行事計画を立て、初詣や花見、紅葉狩りなどに出かけており、今年度はサーカスにも出かけている。日常的にはドライブや散歩、食材の買い出し等で外出したりテラスに出て過ごしたりしている。個人的な買い物などの希望に対応したり、家族の協力で外出の機会を作るなど工夫している。	
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	移動販売車とくし丸を活用して買い物の機会を設けていた。		
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	携帯電話の使い方が分からない方に関しては支援を行ったり、手紙のやり取りや年賀状の送付など機会を設け支援に努めた。		
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	動線環境の把握、物的環境、レイアウトなどをお客様視点で快適になるように整備を行うように努めた。	共用空間には加湿器が置かれ、温度、湿度、光などに配慮されている。また、利用者の手伝ってもらいながら毎日清掃、消毒され清潔に保たれている。食事の席は人間関係等を配慮し決められている。壁面の装飾は過度ではなく、落ち着いた雰囲気となっている。	
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	建物のレイアウト上、間仕切りはないが気の合うお客様同士で居れる環境や、一人で過ごせる環境を整備するように努めた。		
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	テレビや、箆笥、位牌など本人にとって大事な物を持ち込みできるだけ安心できる環境設営に努めた。	各居室にはベッド、カーテン、タンス、エアコン、洗面台が備え付けられており、その他の家具などは使い慣れたもの、愛着のあるものを持ってきてもらうよう利用者・家族にお願いしている。居室は毎日掃除され、エアコンは職員が管理・調整し、その人らしい居心地よい空間となっている。	
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	トイレの場所、台所、物の場所など本人の能力が発揮できるように環境を整え、能力を発揮できる機会を設けている。		

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				