

(様式2)

2019 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	ふれあいステーション白山町 ユニット紡		
所在地	新潟県燕市白山町3丁目26番地17号		
自己評価作成日	令和1年12月13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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/15/">http://www.kaigokensaku.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	令和2年1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)】

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)】

事業所の運営母体は古くから高齢者、障害者の施設や在宅サービスを多数展開しており、当事業所は平成24年に小規模多機能事業所に併設して開設された。開設当初から自治会や地元小学校と連携して行事に相互で参加し合ったり、自治会との協力関係の構築に努めてきた。市民農園での農業活動や地域のこども会との合同行事を行ったり、地域の方がボランティアとして月に3～4回来所するなど、地域に開かれた事業所として認知されている。  
事業所の玄関前には自動販売機やベンチを置き、地域の方が散歩の途中で休めるようなホッとできる空間を作り、いつでも地域の方が訪れることができるようにしている。  
法人理念とそれを基に作成された事業所のスローガンや職員の約束事を掲げ、ケアの際の指針としている。職員間のコミュニケーションは良好で、情報や気付きを共有し、意見を出しやすい職場の雰囲気ができている。職員は利用者の入居前の生活や思いを把握し、生活の継続性と一人ひとりに寄り添ったケアを大切にして「その人のこれまでの暮らしや人生を大切にすけるケア」をモットーに、職員の利用者への対応や声掛けをスローガンに沿って見直し、職員一人ひとりがより良いケアを目指してその実現に向けて取り組んでいる。

## 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>事情書独自に作った、「スローガン」と「職員の約束事」を各フロアに掲示していつでも確認できるようにしている。</li> </ul>	法人の理念をもとに事業所の理念である「スローガン」と具体化した「職員の約束事」を作成し、職員の実践の指針としている。年に2回全体会議で理念に基づいて振り返りを行っており、人事考課の際も理念に沿って自己評価を促している。スローガン及び職員の約束事を居住スペースにも掲示して日常的に職員に意識付けができるようにしている。	
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>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)を開催している。</li> <li>子ども会のバーベキュー行事では、企画の段階から相談しながら役割分担をしている。</li> <li>地域の小学生が生活科の学習で施設へ来て、お客様と触れ合っている。</li> </ul>	自治会とは開設当時から連携が図られている。年2回の「組長会議」に参加して事業所の取り組みをアピールしたり、「ぼっぼや通信」を地区の回覧版に入れたり、地域の清掃活動に利用者が参加したりしている。また、小学校の児童が体験学習で来所し利用者と触れ合ったり、小学校の音楽祭や運動会に招かれ参加している。地域の子供会の行事では、企画段階からともに協力し役割分担をして実施している。	
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>運営推進会議で委員である民生委員や自治会長及び小学校校長、市役所職員に対し、事業所の役割を伝えと共、困りごとなどに対し相談窓口としての役割もある事を発信している。</li> <li>施設の廊下や相談室には事業所が行っている内容を写真付きで分かりやすく掲示してある。</li> <li>地域包括支援センターの認知症の人の搜索声掛け体験に協力スタッフとして参加している。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>事業所の取り組みや「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。また、地域の困り事について活発な意見交換ができています。</li> </ul>	運営推進会議には、利用者・家族の代表、民生委員、地区の代表、小学校長、行政職員、地域包括支援センター職員などの関係者が参加している。地域の情報交換の場となり、時には個別ケースの相談の入口になることもある。事業所での取り組みを推進会議の参加者に報告し意見をもらう機会になっている。	

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。	燕市、弥彦村情報交換会が年に2回開催されており、他の事業所の運営状況を知る機会でもあり、情報交換や懇親を深める場となっている。市主催の「燕市認知症部会」では、市の制度政策を理解するとともに、事業所から市へ発信する場となっている。「お帰りつばメール」の登録事業所として、認知症高齢者の徘徊行方不明の捜索活動にも協力している。	
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。 ・身体拘束適正化委員会を設け定期的に会議を行い運営推進会議でも報告を行っている。	2019年に身体拘束適正化委員会を設け、定期的に会議を行っている。職員会議や法人主催の研修会で基本的な接遇や身体拘束について学ぶ機会を設けている。研修は複数回開催し、職員全員が参加できる体制を整えている。また、利用者の行動を抑制せず、事業所内は2つのユニットを自由に行き来できるようにしている。	
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仕組み、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いる。不適切ケアについては、職員がどのような場面での声掛けが不適切であったかを具体的に振り返り文章にまとめている。職員の負担が大きくなりすぎないよう、副主任が意識して職員に声をかけるようにしている。また、職員の交流を図りストレスの軽減にも配慮している。	
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	・契約の説明時には、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その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、ご利用者、ご家族の意向についても確認を行っている他、来所時や認定調査の際にお話を聞いて、随時の確認も行っている。	家族からは、受診時や面会時に話を聞くようにしており、受診の際は事業所の中に入ってもらい話す時間を作るようにしている。入居時に居室の環境をどのようにするかを話し合う中で家族から本人への思いが語られることがある。家族の意見はグループホーム会議で話し合い、取り入れられるものは実行に移している。	
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	・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。 ・年2回の人事考課で職員個々の思いや意見の聞き取りも行っている。	月に一度のグループホーム会議の前に、すべての職員からアンケートに記載してもらい意見を反映できるようにしている。研修希望、物品購入、修繕等様々な意見が出されている。年2回の人事考課でも職員の意見を聞き取っており、勤務状況や超過勤務の実態を把握して業務の効率化を図っている。	
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、超過の把握を行い、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、内部研修情報を公開し参加機会を設けている。		
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。		
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。		

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
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、他の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、食事の片づけ、掃除をはじめ、裁縫、生け花、畑作業等を行っていただけ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	・家族と外食をしたり、自宅へ外泊する機会を設けるため、相談や支援を行っている。 ・受診や必需品の購入などは主に家族へ依頼している。 ・敬老会行事では家族へ案内し、参加を呼びかけている。	家族による受診や外出の支援などを介護計画に盛り込み、家族に説明し協力を得ている。外出の際は家族が安心できるよう、介護タクシーなどのサービスについて情報提供している。併設の小規模多機能事業所から入居する利用者もあり、入居前から家族との関係ができていた場合がある。担当職員がこまめに家族に連絡して日頃の状態を伝えるよう努めている。	
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	・本人の希望を通じて、外食、外泊や美容院などの外出の支援をご家族にも協力いただいている。また、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」を用いて馴染みの人や場所に関する情報を収集している。入居前から利用している美容院や自宅への外出、外泊について家族の協力を得ながら支援している。福祉用具などは、馴染みの業者に相談することで安心感を持ってもらえるようにしている。	
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。		
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	・施設入所になった際は、その施設職員と必要に応じて、相談支援及び情報交換を行っている。 ・本人、家族や入所した施設等からの要請があれば相談に応じたり協力している。		

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
<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	<ul style="list-style-type: none"> <li>日々の関わりの中で希望や思いのヒントとなる言動について記録を残しニーズの分析に役立てている。</li> <li>入所前のアセスメント時に確認したり、入所後も必要に応じて面談などをして確認している。</li> <li>個別介護留意事項の暮らしの情報シートなどを使用し、ご家族に記入や聞き取りをしている。</li> </ul>	<p>情報シートを家族に書いてもらったり、家族から聞き取りをしている。日々のケアでの気づきを赤字で書き込み、年に1度はデータを更新している。利用者の言葉を具体的に記録に残しており、「個別介護留意事項」の各項目に記載したことは職員間で共有している。</p>	
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>	<p>入居前に事前カンファレンスを行っている。また、家族や居宅のケアマネジャー、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」に記録して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い、追加情報を記載している。</p>	
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>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生活パターンや確認をしている。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。</li> </ul>	/	/
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<p>毎月モニタリング会議を実施しており、計画作成担当者が課題をチェックし、モニタリングの観点を確認して14項目に沿って必要な内容を確認している。その結果を踏まえて次の介護計画の作成に取り組んでいる。また、介護計画の見直しの際は半年ごとにサービス担当者会議を実施している。</p>	
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>	/	/
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、その時々にも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	<ul style="list-style-type: none"> <li>お客様や家族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随時検討している。また、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。</li> </ul>	/	/

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
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、美容室等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、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は必要に応じて「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だくなど、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いる。利用者の状況を口頭で家族に伝えたり、「受診依頼書」を作成して家族から医師へ渡してもらっている。事前に事業所から医師に電話をしたり、必要があれば受診に同行している。利用者の状態に変化があればすぐに医師へ連絡するなど、日ごろからよい関係作りに努めている。	
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いる。 ・入院前に医療機関への情報提供や、退院前のカンファレンスなどを通じて情報共有をしている。		
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、事業所です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。	入居の契約時に、終末期の対応について事業所ができることとできないことを伝えており、その際に家族、利用者に見取りについての意向の聞き取りをしている。利用者の状態変化が生じたときは、家族と話し合う機会を設け、必要に応じて住み替えの提案や移行先の施設等の紹介をしている。	
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	・11月7日グループホーム会議にて感染症対策について伝達を行った。 ・容態急変訓練は1月に実施予定としている。	「緊急時対応マニュアル」に沿って夜間対応訓練を行っており、吐物処理訓練(毎年)、心肺蘇生訓練(隔年)も行っており緊急時に備えている。応急手当等は併設施設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	・運営推進委員会が立ち合い、年2回の避難訓練を行っている。7月に1回目の避難訓練を実施し、2回目は3月に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会いのもと避難訓練や消火設備の点検、避難経路の確認を行っている。避難訓練の後は意見交換を行い、運営推進会議を通じて災害時の協力を近隣に要請している。火災に加えて、地震、水害のマニュアルも作成している。	

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
<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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・接遇委員会を設け、不適切なケアが行われないように取り組みを行っている。また「職員の約束事」を各フロアに掲示し、意識付けを行っている。</li> <li>・各フロアに「不適切ケアとは？」を掲示し、日々お客様と接している中でも視界に入ることにより「今の自分はどうか」と常に再確認している。</li> </ul>	<p>接遇委員会を設け日々のケアで適切な対応ができるように努めている。日々の生活の中で利用者が「にっこり」する場面や「ほっと」する空間を見つけ記録して検討することで職員の意識に変化が見られるようになり、利用者の良い点に着目し、出来ることを認めるという視点が大切にされるようになった。職員は常に「不適切ケア」を意識して振り返りながら日々のケアに取り組んでいる。</p>	<p>日々の生活の中で職員が利用者に向き合い観察して見えた利用者の良い点は、家族へ伝えることでさらに家族の事業所や利用者への関心が深まるのではないだろうか。今後も利用者個々に向き合って「にっこりする場面」や「ほっとできる空間」を意識して観察することを期待したい。</p>
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個別援助計画や介護留意事項に沿って支援している。</li> <li>・徘徊されるお客様に対し無為に制止するのではなく、思いやペースを優先し見守ったり、タイミングを見て声をかけるなどの対応を行っている。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・衣類を自分で選べる方には選んでもらい季節にあった衣類を着ていただいている。</li> <li>・身だしなみに乱れがあった際は声を掛けて直してもらい、又は介助で整えている。</li> <li>・ご本人が着やすい衣類をご家族へ依頼し、ご本人と共にダンスやクローゼット内を整理することで日々の衣類が選びやすいように工夫している。女性の方には入浴後に髪を希望に応じて編んでいる。</li> </ul>		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>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。</li> </ul>	<p>朝・夕食は事業所で調理しているが、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い、事業所で温めて盛り付けをしている。個々の状態に合わせて食事形態も変えており、全員が安全に食べやすいように配慮している。食材は配達してもらい、調味料などについては利用者と一緒に買い物に行っている。食器洗い、盛り付けなど出来ることを個々の介護計画に位置付けその人の役割としている。また、利用者と一緒におやつ作りなども行っている。</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
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	・口腔ケアについての研修へ参加した職員から報告会を行い、個別ケアの方法について他職員も学ぶ機会を設け、口腔ケアの必要性について再確認し実施している。		
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	・個々に排泄パターンを分析し、必要に応じて誘導する時間の見直しを随時行っている。また夜間帯では覚醒状態にも考慮して誘導を行っている。 ・下着に汚染がある方に対して、すぐに紙パンツへの移行をせず本人の羞恥心や思いも大切にして対応を行っている。 ・トイレでの排泄を継続できるよう支援している。	できるだけトイレで排泄できるよう、利用者個々の排泄パターンをチェックし誘導している。1か月の排泄記録を分析してモニタリング会議で職員が共有し、排泄介助に役立てている。	
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	・水分提供、体操などを行い腸の動きを良く出来るように実施している。 ・便秘をしやすい方について、排便コントロールを個別運動、水分の量、水分の種類等も含めて分析をして支援している。		
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	・個別に体調や気分を確認して誘っている。 ・希望される方には入浴剤を使用して入浴を楽しんで頂いている。	入浴は週2回を基本としており、併設施設の大きな浴槽と事業所の個別浴槽とを選択でき、本人の好みに合わせて入浴できるようにしている。入浴時間や同性介助など、利用者の希望に合わせて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	・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。		

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
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・誤薬がないよう随時個介の修正、薬ファイルの修正を行っている。また服薬もれがないようダブルチェックも行っている。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家事作業を職員と一緒にいき、役割りをもった生活を過ごしてもらえよう支援している。</li> <li>・一人一人の楽しみとして、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。</li> <li>・廊下にCDプレイヤーを設置し、好きな音楽が聴ける環境となっている。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・季節が楽しめる場所への外出支援を行っている。</li> <li>・個々の希望を聞き取り、ご家族から協力してもらい、外泊や外食ができるよう支援を行っている。</li> </ul>	季節を感じられるような場所を意識して外出先を選び、初もうで、アジサイ見物、菊祭りなどに出かけている。日常的に交流している小学校の運動会や音楽祭にも参加して楽しんでいる。介護計画に家族の外出支援を位置付け、協力を得ながら実施している。また、近隣の公園や薬局などへも散歩を兼ねて外出ができるよう支援している。	
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・基本的に個々に現金を管理してもらおう支援はしていないが、希望時には買い物や金銭の使用ができるよう施設の小口現金を準備している。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎月ご家族から手紙が届く方がいるので、届いた際は手紙を渡している。</li> <li>・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。</li> </ul>		

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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・季節の花や飾り付けを行っている。また、お客様が軽作業で作品を作りフロアや居室に飾っている。</li> <li>・ご家族やご本人の了承を得た上で居室の扉に、名前を貼り、解かりやすいように目線の高さにも気を付けている。</li> <li>・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、室温・湿度の管理等も行っている。</li> <li>・フロアがテラスに面しており、光を取り入れやすくなっている他、気軽にテラスへ出て外気を感じる事ができる。</li> </ul>	<p>利用者の視点に立って居間や廊下にソファやマッサージチェアを置き、利用者が自分の好きな場所でくつろげるようにしている。また、壁には利用者の目線の高さを意識して装飾を飾っている。利用者はユニット間の移動も自由であり、中庭ではプランターに植えた花々を世話をしたり、日向ぼっこができるようにしている。</p>	
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・施設内の小規模多機能型居宅介護のお客様と日常的に交流を行っている方もいる。</li> </ul>		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>	<p>利用者の希望に合わせ、家族の協力を得ながら居室の環境整備をしている。利用者は、自宅から持ち込んだタンスの衣服の出し入れや整理を自由に行っている。居室には家族の写真を飾っており、職員や来訪者と言葉を交わすきっかけとなっている。</p>	
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>		

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				