

(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	1590100697		
法人名	社会福祉法人からし種の会		
事業所名	グループホーム マナの家		
所在地	新潟県新潟市西区西有明町2番5号		
自己評価作成日	平成30年3月2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3月24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)】

・ひとりひとりの方のできること持てる力を活かせるようなケア、パッチワークや陶芸、笹団子作りなど地域の方の力も借りながら得意なことができる場の用意等職員全員で心がけ支援しています。

・開所当初からの地域ボランティアの方の訪問が継続されており、行事や歌の会等の活動を共に行うなかで顔馴染みの関係を築いている。年単位で継続してくださっているボランティアの方も何名かおられ、ボランティア、ご利用者、職員が共に心地よく過ごせるよう雰囲気作りに努めています。

・同一ホーム内の地域交流スペースで開催される「たまり場」や「みんなの食堂」に参加するなかで子ども達や地域の方々との交流を継続できるよう支援しています。

・外部研修、内部研修、出前研修等の実施や初任者研修、実務者研修、認知症介護実践者研修受講のための勤務調整や受講料補助を行い各職員の経験に合わせて資格取得ができるよう職員の自己研鑽にも力を入れています。

・毎日の申し送りやケース検討を通してご利用者それぞれの心身の状態を話し合い、適切なケアができるようご家族、主治医とも連携をとりながら支援しています。

【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)】

当事業所の運営母体は、介護保険制度施行前から制度の狭間に苦しむ人々に寄り添い、新潟市西区小針地域を中心に先進的な社会福祉実践を展開してきた社会福祉法人であり、当該事業所以外にもグループホームや介護保険外の自主事業を運営している。当事業所は有明福祉タウンに隣接した木造2階建ての建物で、グループホームの他に共用型デイサービス事業も行っている。また、地域の方々が誰でも立ち寄れる「たまり場」や「みんなの食堂」等の自主事業を運営しており、赤ちゃんから障害のある方、お年寄りまでの幅広い世代間交流や地域での支え合い活動を行っている複合施設である。

開設して8年目であるが、開設当初から地域との繋がりを大切にしており、現在では日常的な交流だけではなく、防災等の有事の際の協力体制から行事の開催、自治会活動まで、福祉事業を通して地域づくりの一端を担う掛け替えの無い事業所となっている。住宅街の中にあるものの、建物が東南に面しているため陽当たりが良く、敷地内にある畑では利用者が近所の方と協力しながら季節ごとの花や野菜を育てている。

ボランティアの協力も多く、日常的な食事作りから趣味活動、笹団子作りや干し柿作り、自家製みそ作り等の家庭的なものまで、昔から馴染みのある活動を一緒に楽しみながら行っている。また、事業所で作った物を近所に配るなどして、地域に支えられるだけでなく、地域を支える一員として互いに支え合う関係づくりにも積極的に取り組んでいる。

また、利用者の終末期の際には、自主事業の「宿泊提供サービス」で必要なサービスを利用しながら最期まで今までの生活を継続して過ごせる環境を整えている。

平成30年度からはグループホームを2ユニットに増床する予定であり、今後さらに地域福祉の中心としての役割が期待される事業所である。

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	「住み慣れた地域の中でその人らしく最後まで」の理念をいつでも確認できるよう玄関とリビングに掲示し、職員間での話し合いの中で確認し、ケアに活かすようにしている。	「住み慣れた地域の中でその人らしく最後まで」という設立当初からの理念を継承し、それを具体化した基本方針を定めている。また、毎年、年度初めには基本方針をもとに重点目標を定めた行動計画を作成し、理念の実現に努めている。理念や方針等は共有できるように見やすい場所に掲示して、日々の実践に活かしている。	
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	回覧板を回してもらったり、自治会主催の七夕祭りや防災訓練に参加している。大雪のため地域のごみ箱が壊れたが一緒に除雪をしたり、地域の方々の顔が見える関係になっている。笹団子づくりやクリスマスは地域の人たちにとっても楽しみな企画となっており、クリスマスには地域のお出し物(語り部、ブラックシアター)があったりと子供から高齢までの地域住民の参加の機会が多くあった。	地元のボランティアや近所の方など地域からの来訪者も多く、利用者と一緒に笹団子や味噌作りをして近所に配ったり、行事に声を掛け合うなど、一方的に支えられるだけでなく、地域の一員として積極的に地域支援活動を行っている。また、事業所に設けられたスペースで自主事業として「たまり場」や「みんなの食堂」を開催しており、大人から子供、障害がある方まで幅広く世代間交流が行われている。	
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	市の事業の元気力アップサポーターのボランティアや見学、実習生の受け入れも随時行っている。		
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	会議は、2カ月に1回開催し、地域包括支援センター職員、自治会長、ボランティア、ご家族、ご利用者などにも参加して頂き、サービス状況の報告と検討事項について話し合いを行っている。今年度は特に増設工事とそれに伴う地域のごみ箱の移動・設置等についても情報提供や意見交換を行っている。	会議は2ヶ月に1回の頻度で開催しており、利用者、家族、自治会代表、近隣の福祉会館の館長、ボランティアの代表、地域包括支援センター職員から出席してもらっている。事業所から運営状況の報告を行うと共に、多角的な視点からの助言や意見・要望等を得て、サービス向上に活かしている。	
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に取り組んでいる	運営やサービスについて不明な点があれば市の担当者に問い合わせ、アドバイスを受けるようにしている。	地域包括支援センターとの連携を密に取っており、運営推進会議にも出席してもらって助言等を得ている。その他にも、市が主催する研修会へ参加したり、制度上の手続きや職員の勤務時間の変更についてのアドバイスをもらう等、協力関係の構築に努めている。	
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	身体拘束となる行為について職員会議で確認し、ケアを振り返り、話し合う機会をつくっている。マニュアルを職員が見やすい所に置いてある。玄関の施錠は夜間のみとしている。新採用の職員には施設長より説明行っている。	玄関の施錠は防犯の為に夜間のみとしており、日中は自由に入出りできるようにしている。安全管理の必要性が高い利用者がある場合は、職員の見守りの回数を見直したり、福祉用具の工夫をする等、日々のミーティングや職員会議で検討を重ねて身体拘束をしないケアを実践している。	

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	マニュアルを職員が見やすい所に置き、申し送りや職員会議にて虐待や不適切なケアがないよう話し合っ、防止に努めている。研修等参加は今年度行えなかった。新採用の職員には施設長より説明行った。	虐待に関する外部研修に参加した職員が講師となって復命講習を行い全員に周知している。普段の業務の中でも、対応に苦慮する場合はチームで関わる等の工夫をしたり、普段の関わりの中で気になるところがあれば、すぐに職員会議で話し合う等、日頃から虐待防止の実践に努めている。	
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	現在は制度利用されている方はいないが、お子さんがいらっしやらない方も多くなっており、必要性がでている。制度を勉強する機会必要と思われる。		
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	契約時は質問を受けながら説明を行い、理解・納得して頂いた上で署名、捺印して頂いている。		
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	日常のご利用者とのやり取りの中で耳を傾け意向を伺うようにしている。ご家族とは来訪時や電話連絡時に、ご様子をお伝えしながら意向を伺うよう心掛けている。玄関に置いてある面会票に意見要望の記入欄を設けている。頂いたご意見を職員間で共有し、検討事項は話し合い、改善に努めている。	利用者からは普段の関わりの中で聞かれた意見だけでなく、生活の様子のごまめな観察からも希望や要望をくみ取り、ケア内容に反映させるようにしている。家族からは、意見箱や面会・電話連絡時、行事等の際に聞くようにしたり、定期的なお知らせの案内文に意見を書ける項目を付け足すなど、様々な方法で意見や要望を言い易い環境作りにも努めている。	
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	日々の業務の中で職員から意見・提案があれば毎日の申し送り、毎月の職員会議で話し合い、業務に反映させている。その他、施設長、副施設長、管理者での毎月のリーダー会議で職員からの意見について話し合い改善に努めている。	普段のコミュニケーションだけでなく、毎月の職員会議の中でも職員から提案を聞き出し、可能な限り反映させている。また、資格の取得や研修の希望も、全体の研修参加状況を把握して平等に研修の機会が与えられるように努めている。会議以外にも、職員が意見や悩みについて理事長と直接話ができる機会を作るようにしている。	平成30年度から2ユニットになることに伴い、職員体制にも大きな変化が現れることが予測される。現在行われている振り返りの面談の機会を活用するなどして定期的に個別の面談ができる機会を確保し、より一層、現場の職員から運営に関する意見や提案を聞き取る仕組みを作っていくことを期待したい。
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	毎月リーダー会議を行い、就業環境等についても検討し、改善に向けて取り組んでいる。育児、介護等家庭の状況に合わせて柔軟に対応できるよう勤めている。個々の能力に合わせた研修への参加や資格試験受験への支援等行っている。		

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	職員の希望や経験年数等に合わせて研修計画をたてている。外部研修、見学研修、出前研修等必要と思われる研修を実施した。ご利用者の状態にも対応し、口腔ケアや褥瘡予防の法人内研修も行った。		
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	同業者の研修受け入れを積極的に行っている。南魚沼市グループホームとの視察で重度化対応への実践的工夫や地域のグループホームとの自主的連絡会を開催していること等取組を知った。また、同業者同士の意見交換の機会があり、質の向上につながった。		
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	事前面談を行い、ご本人の不安に思われていること、希望等お聞きし、介護計画作成やケアに活かしている。職員で情報共有しながら関わり、思いをくみ取り、安心して暮らせるよう努めている。		
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	事前面談時にご家族から今までの経過や不安な事、要望をよくお聞きし、意向に沿った介護計画を作成、説明している。入居後もこまめに連絡をとるよう心がけている。		
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	利用希望時には見学に来ていただき、ホームの様子を見てもらい、サービスについて説明を行っている。介護保険や他のサービスについてもお話ししている。必要に応じて担当のケアマネジャーとも連絡をとっている。		
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	日常生活の中でご本人ができることを探し出すよう関わり、家事をしていただいたり、風習を教えてもらったり、できることはできるだけご自分で決め、ご自分ででき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
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	こまめに連絡し、ご家族に相談しながら一緒に考えている。事業所の行事への参加をお誘いし、ご本人との関わりが継続されるよう努めている。3か月に1回暮らし日記、6か月に1回機関誌をお送りし、ご様子をお伝えしている。	家族も参加できる行事を企画したり、受診の付き添いや衣類の交換、物品の購入等、家族にお願いできるところは協力を依頼するなど、本人と家族の関係を継続しつつ、共に本人を支えていく関係作りに努めている。また、3ヶ月に1回、利用者の様子を文書にまとめ写真を添えた「暮らし日記」や6ヶ月に1回機関誌を発行して、家族との繋がりが途切れないように努めている。	
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	友人との面会や外出の支援をしている。今まで利用されていた美容院や友人宅への送迎を行った。ご近所の方が、ボランティアとしても関わって下さり、定期的に交流が続いている。	入居時に家族や本人から馴染みの人や場所について聞きとり、聞き取った情報をもとに、行きつけの美容院へ出かけたり、通い慣れたスーパーへ買い物に行くなどの支援に活かして入居前からの生活や人間関係の継続に努めている。	
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同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	ご利用者同士の関係を職員間で把握し、気の合う方と会話や活動ができるよう支援している。席を様々に配置し、いつも同じにならないよう日や時間によって環境設定している。職員も会話や活動の輪に入ることで孤立しないよう配慮している。		
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	(入院された場合は病院と情報交換、面会しながら)ご家族、ご本人との話しあいを行い、サービス利用が可能か検討し、難しい場合は退居先等の相談支援に努めている。		
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	ご本人からお話を聞いたり、表情や仕草から思いをくみ取っている。職員間でも検討を行い、意見を出し合っている。ご家族とも相談している。	アセスメントにはナイチンゲール看護思想を基盤とする「KOMIチャートシステム」を使用して暮らしの希望や意向を把握したり、日常的な関わりの中の会話やしぐさ、表情等から要望や意向をくみ取るように努めている。内容は随時シートに追記され、ミーティングや会議等を通じて職員間で情報共有が図られている。	
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	入居前の事前面談でご家族・ご本人からお話をお聞きしている。その情報の記録や担当ケアマネージャーからの情報を職員に報告、閲覧してもらい、把握できるようにしている。入居後もご本人やご家族からの情報の把握に努めている。	入居前に本人と面談をしたり、家族や居宅のケアマネージャー、利用していた事業所等の協力を得て、これまでのサービス利用の状況や暮らしの様子、希望等の確認を行っている。また、自宅に向いて生活環境の確認や実際の生活場面を確認するなどして情報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
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	一人ひとりの方の毎日の様子、過ごし方をケース記録に記入し、情報を共有している。心身状態等に変化があれば申し送りでも伝えたり、日誌にも記入し、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	担当職員の6か月毎のモニタリング、ケース記録と職員会議での話し合い、サービス担当者会議をもとにご本人・ご家族の要望を反映させて現状に即した介護計画の作成に努めている。	「KOMIチャートシステム」を使用して、職員の日々の関わりから得た情報や気づきなどから課題を抽出し、本人や家族の意向を基に計画作成担当者が原案を作成する。その原案をもとに担当職員や専門職等、可能ならば本人や家族も一緒にケア内容について検討して介護計画を作成している。計画の実施状況は日々記録し、半年ごとに担当職員の意見をふまえて計画作成担当者がモニタリングを行い、計画書の見直しを行なっている。	
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	ご本人の様子や言葉、職員の気付きや対応、ご本人の反応、ご家族からの情報等を記入し、情報の共有を行い実践に活かし、介護計画の見直しにも活かしている。		
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	金銭管理はその方の状況に合わせた支援を行ったり、受診や外出もご家族、ご本人のニーズに合わせて対象外サービスの利用や往診対応にするなど柔軟に対応している。ご本人、ご家族のニーズにできる限り対応できるよう検討、支援するよう心がけている。また、共用型デイサービスのご利用者との交流や、同一建物内で行われるたまり場・みんなの食堂事業への参加により地域住民等との交流する機会が増えている。		
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	普段利用していた美容院やお店に希望時に行けるよう支援している。ボランティアの方の力を借り、縫い物や歌の時間を設け、生活が豊かになれるよう支援している。		
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し、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	今までのかかりつけ医への受診をお願いし、往診可能な協力医への変更も希望に合わせて支援している。受診時にはご家族に様子をお伝えしたり、医師宛の手紙を書いてご本人のホームでの状態をお伝えし、適切な医療が受けられるよう支援している。ご家族から受診結果をお聞きし、薬の変更等情報の共有にも努めている。状態に変化があり、受診が必要と思われる場合にはご家族に報告、相談し、受診できるよう努めている。	入居前からのかかりつけ医の継続が基本であるが、利用者や家族の希望で事業所の協力医をかかりつけ医とすることもできる。受診は今までの関係性を継続してもらう為に家族による受診支援を基本としている。受診の際は生活状況をまとめた連絡票を家族を通じて医師に提供したり、必要があれば職員が付き添いを行うなどして、家族と共に利用者本人が適切な医療を受けられるように協働体制を築いている。	

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
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	日常の中での体調の変化や、気になる点は職場内の看護師に報告し、医療機関へ繋げたり、処置や指示を受けている。夜間や不在時でも気になることがあれば電話で確認している。看護職員も健康チェックを行ったり、日々の関わりの中でご利用者の状態把握に努めている。		
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。	入院時すぐにホームでの状態、ご本人の様子が分かる介護サマリーを病院に渡し、情報の共有を図っている。入院時には面会に伺ったり、ご家族と連絡をとり、状況の把握に努めている。		
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	入居時に重要事項説明書にて「重度化及び看取りに関する指針」について説明、同意を得ている。ご利用者の状況に合わせて必要時サービス担当者会議を開催し、緊急時や終末期に関する意思確認表を記入していただいている。	できる限り望むケアが実施できるように、入居時や重度化が予測される時期に「重度化及び看取りに関する指針」について説明している。実際に重度化や看取り対応が必要になった場合は、医療、家族、職員間で十分な連携をとりながら、最期まで事業所で今までの生活が維持できるように支援を行っている。本人・家族の希望により、同じ建物内にある自主事業の宿泊サービスを利用して看取りに対応する場合もある。	
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	消防署主催の応急手当研修会に全ての職員が参加できるよう順番に予定を組んでいる。新採用時の研修でも急変、事故発生時の対応について説明している。緊急要請時のアクションカードも掲示している。	定期的にAEDの取り扱い方法や感染症についての研修を行っている。また、有事の際に全ての職員が適切に行動できるように、計画的に消防署主催の応急手当研修会に参加している。その他、急変時の対応フローチャートやマニュアルを見やすいところに設置して、全ての職員が安心して対応できる体制を整えている。	
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	地域の地震の防災訓練に参加したり、火災時の避難訓練を行っている。地域の方との協力体制は高齢化しているとのことで課題。	火災だけでなく津波や地震等に関するマニュアルも整備している。有事の際に適切な避難が行なえるように年に2回、日中・夜間を想定した防災避難訓練を実施している。地域主催の津波を想定した防災避難訓練にも参加し、災害時の地域との協力関係の構築にも努めている。	日常的な関わりの中で地域との関係作りを行ったり、地域の防災避難訓練に参加するなど、有事に備えて積極的に地域との関係作りに取り組んでおり、地域からの福祉避難所としての期待も大きい。今後、益々周辺地域の高齢化が進行していくことが予測される為、消防機関等との協力関係の構築や具体的な役割分担、備蓄のあり方など、地域の特性に合わせた災害対策を講じていくことを期待したい。

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
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	ご本人の言葉や行動を尊重した丁寧な言葉かけや対応を行い、無理強いないよう職員は心がけている。持ち物や居室の出入り等プライバシーに配慮し、ご本人への意思確認を怠らないよう意識して関わっている。	禁止や強制等を行わず、本人の思いに沿った対応を心がけている。記録や職員同士で情報交換をする際も利用者の見えないところで行うなど、プライバシーの配慮に努めている。実際の排泄支援の場面でも、本人の羞恥心に配慮したさりげない誘導方法が行われていた。	
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	日頃からご本人の様子や言葉を観察し、思いや希望を汲み取れるよう努力している。ご本人からの希望にはできるだけ添うことで、希望を表しやすい雰囲気作りや、自己決定できる声かけを心がけている。		
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	入浴、食事、睡眠等できる限り一人ひとりのペースを尊重するよう柔軟な対応を心がけている。職員の方から希望を聞くよう適宜声かけを行っている。		
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	季節や場に合う洋服を選んだり、今までの髪型を継続できるよう職員が支援している。化粧品も一緒に買いに行くようにしている。メイクボランティアの方が来訪し、お化粧品を楽しむ機会も用意している。		
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	食べたいものを話したり、調理もできる部分を見極めながら下ごしらえ、調理、盛り付けと手伝っていただいている。カウンターで調理の様子を見て過ごされる方もいる。食事は職員も一緒に皆で食べている。後片付けも下膳、洗い物、食器拭きとできる部分で力を貸していただいている。	食事のメニューは、毎食ごとに冷蔵庫の中身や何気ない会話を基に利用者と相談しながら柔軟に決めており、利用者のその時その時に食べたいと思った食事が提供できるようにしている。また、メニューを考えることだけでなく、食事の準備も職員やボランティアと一緒に行うことで、利用者が主体的に食事が楽しめる工夫している。	
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	献立、食事は毎食記入し、摂取量の把握に努めている。体調不良時等は水分量なども細かく記入し、摂取量を把握している。一人ひとりの状態や習慣等に配慮して食事の形態や食器類を工夫している。食事量や水分量が少ない方にはこまめにお出ししたり、お好きな食品、飲み物等で補えるよう用意している。		

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
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	食後の口腔ケアの声かけ、介助、義歯の手入れ等ご本人の状態に合わせて支援は行っているが、拒否が強い方は毎食できていない場合がある。一人ひとりの方の力や状態に合わせてスポンジや拭き取りガーゼ等も使用している。		
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	排泄チェック表を記入して、一人ひとりの排泄間隔に合わせて声掛けし、トイレで排泄できるように支援している。またご本人の様子や訴えにより行きたい時にトイレに行けるよう支援している。ご本人の様子に合わせ、小さくすいパットや紙パンツにするなど配慮している。	利用者一人ひとりの細やかな観察を行い、個別に排尿パターンの把握に努めている。観察記録を基に誘導の回数や時間間隔を利用者一人ひとりに応じて変更する等の工夫をすることで、実際に排泄の失敗が減った事例もあり、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援ができています。	
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	テレビ体操や室内外の散歩、掃除等にお誘いし、体を動かせるよう働きかけている。水分をこまめにお出ししたり、好きなものをお出ししている。		
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	ご本人の希望や状態に合わせ、時間や日にちは柔軟に対応している。お一人で入られる方は洗濯や衣類の用意のみお手伝いしたり、その方に合わせて支援している。	入浴の回数や時間については特に制限を行っていない為、利用者の中には毎日入浴する方もいる。また介助の際は、利用者の希望に合わせて、同性介助にしたり、夜間に足浴をする等、柔軟な対応をしている。季節に合わせた変わり湯を行ったり、拒否が強い方には時間を置くなどの工夫をしたり、自宅での環境や習慣の把握に努めて、気持ち良い入浴ができるように支援をしている。	
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	ご本人の希望や様子を見ながら休息の声かけや、案内をし、就寝時間もご本人の習慣に合わせて、一人ひとり異なっている。室温や明るさの調整や眠れるまで一緒に過ごしたりと、一人ひとりの方の状態に合わせた支援を行っている。不安な方はリビングで休まれることもある。		
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	薬の説明書は職員が見れるところに置き、各自確認している。セット時間違いないよう2人チェックをしている。薬の内容が変更された場合は申し送り、状態に変化がないか注意して見られている。看護師とも情報共有している。		

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
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	生活歴、職歴を把握し、家事や日常の活動に取り入れ、それぞれの方が楽しみや張り合いを持って生活できるよう支援している。刺し子やパッチワークを行えるよう道具の準備、見守りを行っている。たまり場への参加等気分転換行えるよう支援している。		
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	買い物の希望時は一緒に行けるよう支援している。近所の散歩等気分転換できるようお誘いしたり、ご本人が馴染みのある地域へのドライブも行っている。ご家族との外出時も準備や車までの介助支援している。季節に合わせてお花見やぶどう狩り等の外出支援もしている。	一緒に近所のコンビニやドラッグストアへ買い物に出かけたり、季節に合わせた外出行事を行う等、その日その日の希望に沿ったものから計画的なものまで、利用者の希望に合わせた外出支援を実施している。日常的な散歩や買い物はもちろんのこと、家族にも協力を仰ぎながら馴染みの場所に行くなど、希望やこれまでの生活習慣を考慮した外出支援を行っている。	
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	日用品や食べたいもの、嗜好品、洋服等が買えるよう、買い物時に支援している。ご家族の理解のもとご本人管理のお財布を持っていたき、お好きなものが買えるよう支援している。		
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	携帯電話を持っている方には、希望時にかける事ができるよう使用方法の支援している。ご家族から手紙や品物が届いた際は返事を書いたり、電話でご家族とお話ができるよう支援している。		
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	季節の花を生けたり、飾り付けを行う、調理の音や匂いを感じられるよう工夫している。音量や温度、明るさはご利用者の意見を聞きながら皆さんが過ごしやすいよう調整している。	共有スペースは天井が高く開放的で、建物は住宅街に囲まれているが、天窓からの自然の採光によって明るい空間となっている。壁面には大きな手作りのカレンダーや季節に合わせて利用者や地域の方が作った作品や花が飾られ、季節感が感じられる演出がされている。台所は対面式のキッチンになっており、食事の前には利用者と職員が会話をしながら食事の準備を楽しむ様子が見られた。	
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	テーブルやソファ、カウンター席があり、その時々状況や気持ちに合わせて、お好きな場所で過ごせるようお声かけ、場の用意をしている。		

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
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	入居時にご家族と相談しながらご自宅と同じような空間となるよう使い慣れた棚やタンス、こたつ等持ってきていただいている。ご本人が作られた作品やご家族の写真等も飾られ、居心地のよい空間となるよう支援している。	居心地の良い空間となるように自宅で使っていた家具や家族の写真、思い出の物等、利用者が使い慣れた物や馴染みのある物を持ち込んでもらっている。入居前には自宅を訪問し、実際に過ごしていた居室を確認し、利用者それぞれの身体状況を考慮しながら、本人、家族と相談して居室のレイアウトを行っている。	
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	トイレや居室の案内を表示したり、エレベータにも1、2階がわかるよう表示している。廊下や必要な方には居室内にも手すりを設置し、ご自分で移動できるようにしている。		

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	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. 利用者の2/3くらいの				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいの				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	66	職員は、活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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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				