

(様式2)

平成 28 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28年 8月 17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.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28年11月22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・職員と子どもも参加し、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。今年8月から認知症カフェ「サンカフェ」を開始し、毎月3日に定催しており、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)】

事業所は、旧吉田町(現在の燕市吉田地区)の中心部に立地しており、駅に近く周囲には昔からの商店や医院があり、毎月1、6日には「市」が立つなど生活の利便性に恵まれている。中心部でありながら少子高齢化が進み、地域の核であった保育園が閉園する状況になっていたところ、吉田地区を中心に「地域で暮らす喜びをいつまでも」という経営理念を掲げて高齢、障害、保育の分野で事業展開してきた社会福祉法人が地域住民の要望を受けて市と協議を重ね、中心部では初の介護施設となる地域密着型事業所を開設した。地域住民に馴染みの深い元保育園の名称「あさひ」を受け継いで地域の新しい核となっており、街に灯りや住民の行き来が戻って街の安心と活性化の役割を果たしている。事業所は、認知症カフェや介護教室等の開催及び福祉避難所の指定など地域に根差した取り組みを進めており、事業所への来訪者が増えて住民の集いの場、出会いの場となり、地域福祉の拠点として地域を支えている。

事業所は小規模多機能型居宅介護事業所を併設し、一体化したワンフロアの広い造りになっているため、小規模多機能型居宅介護事業所の利用者とは常に一緒に過ごすことができ日常的な交流が行われている。その一方で、職員はグループホーム利用者には生活の場であるとの意識を共有し、備品や衝立を用いてプライバシーに配慮した空間作りを行っている。小規模多機能型居宅介護事業所との一体的な運営の中で職員はグループホームの理念である「急がず・焦らず・ゆっくと」を大切にして実践に取り組んでいる。利用者一人ひとりのペースを守り、できることとできないことを見極めて、笑顔あふれる日々の生活を支援している。

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	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。	事業所開設時に職員で話し合っって理念を作成した。理念は正面玄関の廊下に掲示し、意識付けと共有を図っている。管理者は年度初めに理念について触れる機会を作り、また、日々の支援の中でも職員に問いかけて振り返りや考えることを促し、理念の実践につなげている。	
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	自治会への加入。地域交流への参加(公園の草取り、地域の茶の間への参加等)。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。	自治会に加入しており、地域活動に利用者と一緒に参加して地域との交流に取り組んでいる。屋外の掲示板には「あさひ通信」や医療・福祉に関する情報を掲示して事業所の取り組み等を発信している。散歩や商店街での買い物の際は挨拶を交わし、また、地域の人から野菜の差し入れがあるなど地域の人と気軽につきあい、訪ねてくれる関係性ができている。	
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8月より月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。		
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、昨年6月から自治会長を委員に委嘱し、地域情報などを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。	運営推進会議は小規模多機能型居宅介護事業所と合同で2ヶ月に1回開催しており、利用者・家族代表、自治会長、民生委員、市担当者、地域包括支援センター職員が参加している。自治会長の参加により地域の動きや情報が詳細に得られるようになり、自治会との協力関係が深まった。また、参加メンバーから住民の声が届けられ、介護教室を開催することにつながった。	

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
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。	市担当者や地域包括支援センター職員は運営推進会議に出席しており、事業所の取り組みについて情報共有し理解が得られている。市や地域包括支援センターと連携して認知症カフェや認知症サポーター養成講座を企画・運営したり、また、市の広報に事業所が企画した行事の案内等の広告の手続きを代行してもらえる関係が築かれている。	
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。	管理者は身体拘束に関する意識が高く、ことあるごとに職員に指導している。職員は毎月の「あさひ会議」や日々の申し送り時に利用者の行動の心理的背景をアセスメントし、個別の対応方法を検討している。職員間で声をかけ合いながら利用者の見守りを行って安全確保に努め、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	マニュアルは職員がいつでも確認できるようにしており、研修の機会も設けている。今後も身体拘束をしないケアを実践していくために、事業所として内部研修を定期的・計画的に実施して基本の理解を深めると共に、現状の支援方法を振り返って確認する機会を設けるなど、さらなる取り組みを期待したい。
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を防止が予見される場合は事業所として関与するよう努めている。	管理者は日頃から不適切ケアについて問題意識を持っており、不適切な言葉がけがあった時には注意している。職員は自由に記載できる「あさひノート」に意見や気づきを表出しており、それを共有して支援を振り返ることで虐待防止について意識付けを図っている。法人でも職員の心のケアに取り組んでおり、職員が直接カウンセラーに相談できる体制がある。	
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。		

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	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。	利用者との日々の関わりを大切にして、意見や要望を汲み取るようにしている。法人では年1回「ご意見承り書」として利用者・家族に聞き取りを行い、意見を表出できる機会を設けている。家族から通院支援について要望があり、事業所の支援に反映させている。	
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	あさひ会議や集礼などにおいて、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。	日々の申し送りや月1回の「あさひ会議」においてケース検討や業務改善等についての意見交換が行われている。職員がいつでも自由に意見や提案を表出できる「あさひノート」や「自己申告書」により、職員の意見等が運営や利用者への支援に反映される仕組みになっている。職員の意見により、脱衣室に手すりが設置され洗濯物干しの取り付けが行われた。	
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おう、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、安心のための関係づくりに努めている。必要なら見学を勧めている。		

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
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。		
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。	家族の面会時には密にコミュニケーションを図るとともに、年4回「あさひ通信」を送付して定期的に本人の生活の様子を伝え、情報共有している。家族には受診支援や季節ごとの衣替えの協力や、クリスマス会への参加・協力をお願いするなど、利用者の生活には家族の協力が不可欠であるとの考えから、家族と共に本人を支援するよう努めている。	
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	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。	認知症カフェの開設をきっかけに地域の人たちの来訪が増えており、馴染みの人との関わりが自然と持っている。利用者の昔を知る地域の人たちから情報を得て、馴染みの人や場所の把握に努めている。これまでの暮らしの中で慣れ親しんだ商店街や「市」へ買い物に出かけたりして関係継続ができるよう支援している。	
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	夫婦で入居し旦那様亡くなったが、妻のために夫の供養や墓参りなど、家族と協力しながら本人の思いをかなえている。		

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
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、家族等から本人の性格や性格、こだわりを聞いて把握に努めている。	利用者個々の担当職員が中心になって思いや意向、希望を引き出すように努めている。利用者との日々の関わりの中で言葉や仕草、表情等を観察し、気づいたことを「あさひノート」に記載して日々の申し送りで共有し支援に反映させている。	
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	他の事業所を利用していた場合は担当ケアマネからと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、今後のサービス提供の内容に盛り込むよう努めている。	入居の際に利用者・家族、関係者から情報を得て把握に努めている。入居後も継続して本人や家族、関係者との関わりの中から生活歴や生活習慣、趣味、嗜好等、把握しきれなかった情報を得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	ご家族からの情報、職員の関わりの中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。	利用者個々の担当職員がアセスメントを行い、「あさひ会議」で利用者・家族の希望やこだわり等を確認して職員間で話し合い、計画作成担当者が意見をまとめて介護計画を作成している。利用者の状態に応じてかかりつけ医や訪問看護師から意見聴取して介護計画に反映させている。モニタリングは毎月「あさひ会議」で行い、随時見直しをしている。	利用者の生活歴や暮らし方の意向等が基本情報として記録に整理されておらず、アセスメントの内容が日常動作機能に重点が置かれ情報として不十分である。介護計画についての会議録がなく、利用者・家族に説明・同意を得ていないケースもあった。サービス提供の根本となる介護計画の作成過程に利用者・家族が参加し、説明と同意は不可欠である。利用者のその人らしい暮らしに着目した介護計画作成のために、ケアマネジメントの一連の業務についての再検討が望まれる。
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。		

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	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。		
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。	利用者・家族が希望するかかりつけ医の継続を支援している。受診は基本的には家族対応であるが、重度化や状態悪化時には事業所で支援している。受診時は家族に普段の様子等を口頭や文書で伝え、結果の申し送りを受けるなど利用者の健康状態を家族と共有している。	
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	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。		
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。		
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。	事業所としては、医療的処置が必要なく利用者・家族が希望する場合には最期まで支える方針であり、状態変化に応じて随時話し合いを行っている。職員は法人の研修に参加して重度化や看取りの支援について学んでいる。実際に看取りを経験した際は、かかりつけ医や訪問看護師と連携して支援した。	重度化や終末期をどのように過ごすかは利用者・家族にとって大きな不安である。事業所の方針を口頭だけでなく文書化して利用者・家族に説明することで、共通理解が図られ安心につながるのではないだろうか。事業所としてのさらなる取り組みに期待したい。
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。	3年に1度消防署主催の救命救急講習を全職員が受講し緊急時の初期対応を学んでいる。事業所でも高齢者に起きやすい誤嚥や感染症等について実技研修を行っており、緊急対応表を整備して職員がいつでも確認できるようにしている。今年度から福祉避難所の指定を受けたことを鑑み、AEDの設置について検討を進めたいと考えている。	

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
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。	自治会や消防署の協力を得て、年2回火災を想定した避難訓練を行っている。災害時は母体の特別養護老人ホームのバックアップや、近隣社会福祉法人との防災協定による支援体制が整備されている。自治会との防災協定により双方の協力関係が深まり、地域の防災訓練にも参加している。	
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	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。	利用者の誇りを損ねる言葉遣いはしないよう気づいたことを職員間で話し合っている。フロアから見えやすいトイレには衝立を用いて配慮しており、フロアに干してある利用者の下着は人目に触れにくい配慮がなされているが、職員は課題として、脱衣室に洗濯物干しを取り付けるなど改善に取り組んでいくことにしている。	
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。		
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、好みのもを提供するよう努めている。また、食材の下準備や盛り付けを一緒に行っている。	利用者の好みや食べたい物を把握して利用者と一緒に相談しながら献立を作成し、利用者と一緒に地元商店街へ食材の買い出しに行っている。野菜の皮むきや味付け、盛り付け等に利用者が参加できるように支援している。利用者の状態に応じて食事形態を配慮しており、職員は介助しながら言葉をかけ、和やかな雰囲気の中で食事をしている。	

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
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もっている。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に、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。	利用者一人ひとりの排泄パターンを把握してトイレで排泄できるように支援している。利用者に適した下着や排泄用品を検討して時間誘導を行い、日中は全員がパンツで過ごしている。排泄時の姿勢にも着目し、姿勢を整えることで気持ちよく排泄できるように支援している。	
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	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ことが可能である。	浴室は広く、利用者の身体機能低下にも対応できるように特殊浴槽を整備している。利用者の体調や希望等を把握しながら週2回以上で午後から入浴できるよう支援している。入浴剤を使用したり、菖蒲湯やゆず湯等の季節ごとの変わり湯も楽しんでもらっている。	
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。		

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	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。		
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。	天気の良い日には商店街や「市」への買い物や、事業所周辺の散歩に出かけている。事業所の畑では利用者と一緒に野菜を育てている。利用者の外出ニーズを把握して、家族に協力をお願いしながら外出支援を行っており、できる範囲で個別の対応にも努めている。	
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。	共有フロアにはゆったりと過ごせるソファを設置し、備品の配置を工夫したり衝立を活用して一人で過ごせる空間を作っており、利用者はその日の気分場所で変えて居心地良く過ごしている。季節の装飾品や利用者の写真、献立表等は利用者に見えやすい高さに掲示し、温かみのある環境作りがなされている。	
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。	自宅で使い慣れた物や馴染みの物品の持ち込みが少なめだが、過度な飾りつけは行わずに本人・家族と相談しながら落ち着いて過ごせる居室作りに努めている。プライバシーが守られるよう全室内鍵が設置されている。	
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、いつでも好きな特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				