

(様式2)

平成 30 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 吉田福社会		
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30年10月7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11月17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改修し、平成24年10月1日に入居定員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外出の機会が減った方、「あさひ」に入居することにより、地域のいろんな行事や催し物に出来るだけ参加し地域住民の一員として楽しく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。毎月3日には認知症カフェ「サンカフェ」を開始し、大勢の地域住民の方が来所し歯科衛生士による口腔ケア、理学療法士による体操、脳トレ等を提供しご利用者や職員、住民同士の交流の場になっています。グループホームあさひはオープンと同時に、小規模多機能センターも併設しております。

【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)】

事業所は駅に程近い市街地の中心部にあり、周囲を商店や民家に囲まれた環境となっている。事業所を運営する母体法人は、この地域で長年、高齢者、障害者、児童など多岐に渡る福祉事業を展開してきた実績を持ち、地域の信頼も厚い社会福祉法人である。

小規模多機能型居宅介護事業所を併設して開設し、今年で6年目を迎えた。職員は積極的に地域と関わる努力をしており、自治会に加入して地域の行事や清掃活動等にも参加している。

事業所はグループホームであるが、法人のスケールメリットを活かして緊急時には同法人の訪問看護の支援を受けることができるなどバックアップ体制が構築されている。その為、身体状態が悪化した場合でも特別な医療処置等が必要な場合以外は、希望すれば看取りまで事業所で過ごすことができる。

2年前からは認知症カフェを定期的開催しており、また、近くの保育園や小学校の子供たちや地域の人達など、幅広い年齢層との交流が行われている。自治会とも災害時の協定を結んで、有事の際の地域の一時避難所として事業所を開放している。

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
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。	現在の理念は、開設時に管理者と職員で話し合っ作られた事業所独自の理念である。理念は、ミーティングの中で振り返ったり、玄関や休憩室前など常に職員の目に触れるところに掲示し、理念の周知徹底に努めている。	
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、地域の運動会の参加)。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、地域の活動や季節の行事などに参加することで地域の一員として交流を深め、一方的に支えられるだけでなく、地域の支えとなるように日常的な交流に取り組んでいる。また、認知症カフェの定期的な開催や、法人内の地域交流委員会のメンバーで結成する劇団が介護に関する芝居を地域で行うなど、地域福祉の拠点として積極的に活動を行っている。	
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。		
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のファイルを誰もが観覧できるようにしている。	会議は、家族、利用者、自治会長、民生委員、介護の知見者、市担当者、地域包括支援センターの職員、事業所職員が参加し、併設の小規模多機能型居宅介護事業所と合同で2ヶ月に1回開催している。会議では事業所の現状を伝えるだけでなく、地域活動や同じ地域で暮らす高齢者の生活に役立つことがないかについても話し合い、取り組んでいる。	
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。	市の担当者とは日常的に制度や運営に関する相談をし合える関係が築けており、災害時や緊急時の受け入れもスムーズに行えている。また、事業所の広報誌なども、市担当者を通じて広く配布されている。	

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
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。	身体拘束に関するマニュアルを作成し、職員がいつでも手に取れるところに設置している。高齢者虐待の外部研修への参加後は事業所内で復命研修を行い、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ようにしている。今年度は新人フォローアップ研修の中に身体拘束に関する研修を盛り込み、新人職員と入職2～3年目の職員が受講している。	日頃から身体拘束防止の意識を持ち、職員の言動で気になることがあれば、その場やミーティング内で話し合いを行っている。また、居室内にいても離床を感知する最新の機器を導入してプライバシーに配慮した安全対策を講じている。今後さらに、虐待に関する知識や理解を深める為にも身体拘束等に特化した定期的な会議の開催や研修体制について検討することを期待したい。
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実施している。	マニュアルを整備し、身体拘束と合わせて虐待に関する研修を実施している。また、利用者の気持ちに気付けるよう職員役と利用者役に分かれて、日常的な介護場面を想定したロールプレイを行い、普段の状況では気付けない利用者心理の理解に努めている。	身体拘束と同様に日常的に虐待防止の意識を持って支援を行っている。また、職員のストレスチェック等を定期的に行い、必要時はカウンセリングを受けることができるサポート体制を整えている。今後さらに、虐待に関する知識や理解を深める為にも、ケアの振り返りに特化した定期的な会議の開催や研修体制について検討することを期待したい。
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。	利用者や家族の意見、要望を普段の関わりの中で積極的に汲み取るようにしている。また、意見が出しやすいように毎年1回、法人本部で利用者家族へアンケートを実施しており、アンケートの結果を掲示して誰もが確認できるようにしている。得られた回答から職員の顔と名前がわかるように入り口付近に顔写真を掲示する等、意見や要望をサービスに反映させている。	

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	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。	毎日行われる集礼や月1回の「あさひ会議」で出た意見だけでなく、日頃から職員間でコミュニケーションを図るよう心がけ、出された意見は管理者と相談しながら運営に反映させるようにしている。毎年年末には、『自己申告書』で職員が管理者を通さずに直接代表者に意見を伝える機会が設けられており、事業所だけでなく、法人全体で職員の意見が反映される仕組みがある。	
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	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。		
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。		

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	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。また、今年から2か月1回本人の状況や生活ぶりのお知らせの書面でを郵送し報告している。	受診支援や行事への参加を働きかけることで、本人と家族の関係が切れないように配慮している。また、今年からは2ヶ月に1回、生活の様子を記載したお便りに写真等を添えて家族に送り、共に支え合う関係が深まるように努めている。	
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	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。	事業所が商店街に近いので、周辺には利用者の馴染みの場所が多く、意識的に買い物や美容院などは昔から馴染みのある店へ行けるようにしている。また、繋がりがある知人との関係が入居後も継続できるように来訪時にはその交流を支援している。	
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	小規模多機能の利用者を巻き込み、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したり買い物のついでにあさひに立ち寄り、思い出や相談など関係を続けている。		

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
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。	普段の関わりの中から得られた情報をフェイスシートやケア記録に記して職員間で共有している。職員は、日頃から利用者が話しやすいように心がけ、本人の思いや意向を聞き取るように努めている。意向や思いの把握が困難な場合は、家族や知人など関係者から話を聞き、本人本位に検討するようにしている。	
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、実際に生活していた居室環境や生活習慣等の確認をするようにしている。また、センター方式のアセスメントシートの一部を活用して、本人のこれまでの暮らし方等について把握するよう努めている。得られた情報はフェイスシート等に記録され、職員間で共有すると共に介護計画に反映させるようにしている。	
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。	計画作成担当者と職員で話し合っって介護計画原案を作成し、それを基に、本人と家族を含めた担当者会議で話し合いを行って計画書を完成させている。また、より細密な支援の方法等を定めた計画を作成して個別の対応が統一して行えるように努めている。モニタリングは3ヶ月に1回を基本としているが必要時には随時見直しを行っている。	
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	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	買い物やしたい、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。	かかりつけ医は基本的に利用者や家族の意向で自由に選択することができる。受診対応は家族の協力を得るようにしているが、家族が遠方で支援が難しい場合は、職員が対応したり、事業所の協力医の訪問診療を受けることができる体制になっている。家族が受診対応する際は、本人の生活の様子等を文書にまとめて必要な情報を提供し、適切な医療を受けられるように支援している。	
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、事業所の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、家族、ケアマネが協議し対応を確認している。訪問看護にはその内容を報告し連携している。また、職員になその協議内容を説明し支援の統一を指示している。	重度化や終末期の対応については、入居時および状態悪化時に利用者・家族に説明を行っており、特別な医療処置が必要な場合を除いて、意向に合わせて最期まで事業所で過ごすことができるようにしている。同法人内には訪問看護や特別養護老人ホーム、短期入所などのバックアップ体制もあり、今までにも看取り対応の実績がある。	同法人内にある訪問看護や特別養護老人ホームとの連携体制が構築されており、今までに事業所での看取りケアの実績もある。今後は、本人や家族だけでなく職員も安心して看取りケアに取り組めるように、指針やマニュアルの作成及び研修体制のさらなる充実に期待したい。
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に受けており、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。また、今年からAEDを設置し、ホームページや運営推進会議等で地域へ発信している。	全職員が消防署で行われる救急救命講習を受けることとしており、3年毎に更新をしている。様々な事故や急変時の対応マニュアルを整備するとともに、同法人の訪問看護ステーションの24時間対応のバックアップ体制もあり、急変や事故があった際は指示を仰いだり、直接看護師が駆け付けるなどの対応が行われている。	

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
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。災害(地震、水害)時のマニュアルの整備を行った。	年2回、日中と夜間の火災を想定した避難訓練を消防署の立会いの下で行っている。また、事業所と自治会で災害時の協定を結んでおり、事業所が地域の一時避難所となっている。実際に地域の避難訓練では、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するという訓練も行われている。	火災だけではなく、地震や水害についてもマニュアルが整備されており、地域の防災にも取り組んでいる。今後、さらに地域との連携が図れるように、運営推進会議のメンバーや地元消防団の協力を得ながら避難訓練を実施するなど、より密接な協力体制を構築していくことを期待したい。
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。	管理者は日頃から職員の言動に気を配り、気になることがあれば、ミーティング等で随時話し合うようにしている。また、日常的な声かけや排泄介助の場面を想定したロールプレイを実施し、普段何気なく行っている事が尊厳の侵害になっていないかについて職員間で話し合いを行っている。	
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、好みのもの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。	利用者が重度化してもできる事を見出し、下ごしらえ等の準備に参加してもらうようにしている。また、近所の八百屋から届いた野菜を確認したり、食事メニューを考えるなど利用者と一緒にいることで食事が楽しみなものになるように取り組んでいる。	

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
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もらっている。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、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。	排泄に関しては、排泄の有無を記録するだけに留まらず、排便についても細かく記録して分析し、排泄の自立に向けて支援している。短期間実施するための個別の暫定ケアプランを作って排泄の支援方法などを実施・検証し、成果があったものは随時、介護計画や個別支援計画に盛り込むケアマネジメント体制が構築されている。	
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事が可能である。	週2回の入浴を基本としているが、希望があれば状況に応じて回数を増やすようにしている。また、入浴を拒否する方には無理強いをせず、時間や日程を変えるなど柔軟に対応している。浴室には1人用の家庭浴槽のほか、重度化にも対応できる機械浴槽も設置されており、季節によりゆず湯やしょうぶ湯などのかわり湯にして入浴を楽しめるようにしている。	
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	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。	自治会長の協力を得て町内の祭りや運動会に参加し、昔馴染みの方との交流を楽しんでいる。また、一人ひとりの希望に応じて事業所近くで開かれる市日に出かけたり、近所の薬局や衣料品店、昔馴染みの店への買い物にも出かけている。自宅訪問や墓参りなど、日常の会話の中で出てきた行きたい場所や行事に、家族の協力も得ながら外出の支援を行っている。	
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	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。	食堂兼リビングは事業所内全体が見渡せる開放的な造りで、その中央にキッチンが設置されており、利用者はキッチンに立つ職員と会話しながら和やかに過ごしている。共有空間の温湿度管理は意識的に温湿度計を見ながらこまめに行っている。また、共有空間では定期的に「サンカフェ」など認知症カフェ(オレンジカフェ)の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。	

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
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。		
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。	居室は自宅の環境を確認したうえで、本人や家族と相談しながら身体状態に合わせて環境を整えている。ベッドは備え付けであるが、希望や身体状態に合わせて畳敷きに変更することもでき、馴染みのある家具や思い出の品を持ち込んで自宅と同じように過ごせるよう配慮している。終末期等の際は希望があれば家族が泊まることも可能である。	
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				