

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	0990800195		
法人名	社会福祉法人 洗心会		
事業所名	サンフラワーグループホーム		
所在地	栃木県小山市大字出井1933-1		
自己評価作成日	平成30年11月7日	評価結果市町村受理日	令和元年5月29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.wam.go.jp/wamapp1/hvoka/003hvoka/hvokanri.nsf/aHvokaTop?OpenAgent
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 栃木県社会福祉士会		
所在地	宇都宮市若草1-10-6 とちぎ福祉プラザ3階 (とちぎソーシャルケアサービス共同事務所内)		
訪問調査日	平成30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)】

併設の小規模多機能型居宅介護事業所と利用者同士の日常的な交流があり、職員も協力・情報共有しながら一体的な運営を行っている。また、同一敷地内には、クリニック、保育園、障がい者施設があり、医療との連携、子供との触れ合い、介護保険外事業にも対応出来るようになってきている。法人全体での行事、高齢者施設及び事業所等全体での行事等もあり、職員同士も協力し合いながら、利用者同士交流も深めている。法人として「豊かな環境づくりに取り組もう」という基本理念のもと、敷地内には木々や草花に溢れており、散歩をしながらいつでも四季を感じられるよう整備している。テラスでは、天気の良い日にはベンチに座り、日向ぼっこしながら談笑したり、歌を歌ったり、園芸活動等、居間からいつでも出入り出来るよう職員が配慮している。

【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)】

・当法人は、敷地内に障害者事業や高齢者事業、保育事業、医療事業など多岐に渡る事業を展開している。
 ・法人で毎年開催している納涼祭とバザーには地域住民やボランティアなどの参加もあり、盛大に執り行われている。地域の老人会のメンバーが事業所に来所して、利用者と一緒にやつ作りをするイベントも行われている。
 ・利用者の一人ひとりのできることに着目し、日々実践できるように支援している。本人の気持ちや思いを把握できるよう情報収集シートを活用し、本人・家族・職員の意見を取り入れた介護計画を作成している。入居後もかかりつけ医を継続的に通院できる。法人の敷地内に医師、看護師がおり連携体制が整っているため、インスリン投与などの医療行為が必要な方の利用が可能である。

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 ↓該当するものに○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 3. 利用者の1/3くらい 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の拡がりや深まりがあり、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		

自己評価および外部評価結果(平成30年度)

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	「豊かな福祉の実現をめざして」という基本理念を居間に掲示し常に意識出来るようにしている。また、それを柱に年度毎に事業計画の重点目標を立てて、達成出来るよう実践している。	毎年、理念に沿った重点目標が立てられており、今年度は、①食事の準備や後片付けまでの自立支援②重度化した利用者の残存機能を活かした生活上の自立支援の2つが挙げられている。毎月の会議では、実施状況の確認と評価を行い目標を達成するために取組んでいる。	
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	法人内の行事(納涼祭、チャリティーバザー)や、高齢者施設及び事業所の行事等で、地域の老人会との積極的な交流を行っている。入居者の馴染みのあるご近所の方も気軽に来てくださっている。	法人で行われる納涼祭には、模擬店の出店や打ち上げ花火などが行われ、地域住民も参加して盛大に行われている。また秋のチャリティーバザーでは、衣類などのバザー、保育園園児の歌やお遊戯の披露があり、地域住民も参加できるイベントである。地域の老人会のメンバーが事業所に来所して、利用者と一緒におやつ作りをするイベントも行われている。	
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	地域貢献活動の1つとして、法人全体でいちごハートねっとというお困り相談事業を実施している。認知症相談にとどまらず、それ以外の相談に対しても法人内の各分野の職員が相談対応出来るような体制を整えている。		
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践、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ヶ月に1回(奇数月)開催し、サービス状況等の報告や事故・苦情、事例報告等を行い、評価・助言をいただき、サービス向上につなげている。	2か月に1回、開催しており行政の担当者、地域包括支援センターの職員、民生委員、老人会会長、家族の参加がある。会議では事業所の行事や防災訓練などの活動内容の報告が行われている。また、地域に住む独居高齢者の情報や成年後見制度の活用方法などの話し合いが行われている。	
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	市担当職員に、疑問や報告事項がある場合は管理者やケアマネジャーが連絡して確認している。運営推進会議にも参加していただき、運営等の報告に対して助言等いただいている。	市には事業所に関する相談や報告が行われており、日ごろの連携が図れている。市の出前講座を依頼したりと協力関係が築かれている。また、市が行う認知症の相談事業に協働で取り組み、地域の福祉相談の窓口となっている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	「身体拘束その他の行動制限についての取扱い要領」があり、法人として原則身体拘束は行わない。また、日々のミーティング等で支援について検討する際、身体拘束に該当しないかどうかを確認しながら取り組んでいる。部門の事故対策委員会の中で身体拘束委員会を設け、各事業所の状況確認を行っている。	2か月に1回、身体拘束委員会が中心となり、事業所内での身体拘束に当たる事例がないか確認と振り返りが行われている。日中は玄関を施錠せず、自由に入出入りが出来るようにしている。	
7		○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等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逃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	介護職員による虐待を予防する為、部門内で虐待防止3ヶ条を掲げたり、「高齢者虐待発見チェックリスト」を活用した自主点検を行って予防、早期発見に努めている。また、日々のミーティング等で支援について検討する際、虐待に該当しないかどうかを確認しながら取り組んでいる。		

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
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	成年後見制度を利用される方がいない為、事業所全体で学ぶという形になっていない。一部の職員のみが制度を理解している程度である。		
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	パンフレット、重要事項説明書、利用契約書に基づいて分かりやすく説明を行い、理解を得た上で契約を行っている。質問等についてもその場や後日返答させていただいている。		
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	面会時にケアスタッフが等がご家族に、ご本人の様子や日用品の依頼等をする際に、会話をする時間を多く持ち信頼関係を築いていく事で意見を言いやすい雰囲気作りを心掛けている。ご意見があった場合、個別記録や連絡ノートへ記録し、運営に反映させている。	利用者には日々のケアの中で、意見を聞き、可能な限り意向に添えるようにしている。家族には面会の際に、職員から状態報告をするともに、意見を聞くようにしている。また職員の連絡ノートを活用し、全職員が利用者・家族の意見や要望を共有できるようにしている。	
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	日々の連絡ノートや部署単位の職員会議(毎月)や、部門としての職員会議(年2回、上・下半期に1回ずつ)を開催し、意見や提案を聴き、日々の業務改善に反映させている。	毎月の会議や日々の業務の中で職員の意見を聞く機会を設けている。管理者は定期的に職員の個人面談を行い、仕事に対する気持ちや悩みなどを聞いて、働きやすい環境に努めている。	
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	人事考課を取り入れ、職員1人1人に目標を設定させる事によりやりがいをもたせたり、上司評価後に面接もを行い、良い所、悪い所、今後どうしていったらいいかのアドバイス等を行っている。		
13		○職員を育てる取組み 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	ケース担当や各係・行事等の担当者役割をもつ事で、PDC Aを踏まえた業務遂行をOJTで学びながらスキルアップを図っている。また、認知症に関する内部研修を毎年予定して行っている。外部研修は、実践者研修への参加も進め、スキルアップにつなげている。		
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組みをしている	法人内での研修や福利厚生として野球やバスケットボール等クラブ活動での交流等を行っている。 法人外では、管理者や計画作成担当が他事業所等に訪問し情報交換を行っている。		

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
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 サービスの利用を開始する段階で、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	入居前はご自宅等に伺い、本人・家族のアセスメントや生活の希望を伺い入居に向けて相談対応を行う。入居開始後は、職員全員で気付いた点や言動、対応等の細かい内容をケース記録に記入。その後の支援に役立てる。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	ケアマネジャーを中心に、自宅での様子や病歴、気を付ける点等を聞き取りし、職員全員で共有する事でその後の情報交換がスムーズになるようにしている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	相談時、グループホームへの入居が妥当かどうかを見極め、入居が妥当でない場合は、法人内の居宅サービスや施設サービス担当者連携し、サービスの選択が出来るよう提案している。また、本人の拒否あり、ケアセンターへの利用につなげたケースもある。		
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	洗濯物干し・たため、食事準備・片づけ、シーツ交換、掃除等、暮らしを共にする者同士、職員と利用者が一緒に行っている。		
19		○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	1年の行事の中で、出来る限り参加の呼びかけをし、本人、家族、職員が交流出来る機会を提供している。面会時には、リビングや相談室、自室等を自由にお使いいただき、ゆっくり過ごしていただけるよう配慮している。		
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	地域の行事や初詣に出かけ、ご近所、知人等に会おう機会を作っている。本人の友人や知人等の面会や外出は、希望の連絡があったときは、実現している。	親戚の方が、来所して利用者と会話をする機会がある。神社の秋祭りに出かけ、顔なじみの人や知り合いなどと交流することもある。また、以前から通っていた美容室に職員が送迎をして関係継続の支援をしている。	
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	様々な集団レクリエーションを提供し、交流出来る場を提供したり、座席の工夫をし、良好な関係が築けるよう努めている。		

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
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	退居する場合、退居先へ「退居時情報提供書」にて入居中の情報提供を行い、退居後でもいつでも相談受け付ける事を退居時にお伝えしている。		
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)	○思いやりや意向の把握 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	1人1人どのような状況でどのような声掛け、対応をしたかをケース記録に記入し、職員全員で共有する事で、希望、意向の把握に努めている。	本人から意見を求めたり、家族から以前の生活の様子を聞いてよりして意向を聞き出している。職員は利用者の意向を実践して、本人の発言や表情から満足度を読み取り確認している。	全職員が更なる利用者の思いや意向を汲み取れるように、声掛けの仕方や認知症状を理解する研修などの取り組みを期待します。
24		○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	ケアマネジャーを中心に家族や本人の会話から新宿版アセスメントを用いて、これまでの暮らし方を把握するよう努めている。		
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	1人1人のADLを把握し、掃除、洗濯、調理、食事準備、軽作業等をどこまで出来るのか、センター方式シートや生活リハビリを基にアセスメントを行い、ADL向上に繋がられている。		
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	センター方式のアセスメントシートを活用し、本人らしく暮らせるよう情報収集し、ケアプランに反映出来るように取り組んでいる。モニタリングについては3か月に1度で予定しており、本人・家族・担当職員で出た意見をケースカンファレンスで話し合いケアプランへ反映させる仕組みとしている。	3か月に1度、カンファレンスを行い、本人・家族の意向把握とケアの見直しについて話し合っている。またモニタリングや評価表と照らし合わせることで、個別的、自主的な介護計画になるよう努めている。理念に沿った重点目標と連動して、介護計画を作成している。	
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	入居者本人の行動・言動・気づき等を個別記録に残し、共有し、それぞれが対応してよかった事、失敗等も記入して寄り添った支援が出来るように活かし、ケアマネジャーは記録を元に計画の見直し、医療機関への情報提供の資料として活かす事が出来ている。		
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	隣接の小規模多機能のご利用者同士の交流を図っている。また、法人内の高齢者施設・障がい者施設及び事業所、保育園の行事等に積極的に参加をし交流を図っている。敷地内の医療機関への受診支援や近隣商店への買い物支援等もやっている。		

自己	外部	項目	外部評価		
			自己評価 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	運営推進会議では、老人会会長や民生委員の方々に委員になっていただき、地域でのお困りごとがあれば相談対応している。 また、地域のお祭り(年2回:春・秋)に出掛けたりして、地域との関係を断ち切らないように支援している。		
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、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	これまで関わってきた馴染みのかかりつけ医を受診できるよう配慮している。家族同行で受診した際には診察内容や投薬について聞きとりしている。また、「主治医・介護支援専門員連携連絡票」にて計画作成担当者が情報提供をし、主治医との連携を図っている。	契約時に主治医の継続や変更について意向を聞いている。利用後にも月2回の訪問診療などに切り替えることもできる。また、法人内で医療との連携が構築できているため、インスリン投与などの医療行為の方の対応が可能である。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	介護職員は、入居者のバイタルサインや入浴時の全身チェックなどで変化や数値・様子等の異常が見られた場合は、看護職員へ報告し連携を図っている。同一敷地内にサンフラワークリニックがあり、必要時はすぐに受診できる体制が整っている。		
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、また、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。また、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。	入院した際、管理者とケアマネジャーが連携し、病院やご家族との連絡調整を行い情報共有に努めている。また、日頃から主治医等の医療機関へ情報提供を行う事により、関係作りにつなげている。		
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	「重度化した場合における対応に係る指針」があり、入居時に説明の上同意をいただいている。 それにより、重度化した場合の連絡・指示系統を書面にて明確にしている。また、随時家族等との話し合いの場を設けるようになっている。終末期介護の要望があった場合には事業所、医療機関、家族等が共にチームとして支援に取り組めるような体制は整えている。	契約時に重度化・終末期についての説明と同意を書面で行っている。身体機能が低下しないように、日常的に可能な限り体操や生活リハビリを行ない重度化しないように支援している。また、看取りに関しては、事業所内での経験がないため今後の課題である。	全職員が重度化や看取りに対する知識や対応が行えるよう、事業所内での研修会などの開催を期待します。
34		○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	緊急時対応マニュアルはあるが、全ての職員が応急手当や初期対応の訓練を定期的に行えてはいない。		
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	防災訓練年間計画表をもとに、昼間、夜間を想定した総合訓練を各事業所が協力し合って行っている。特に隣接事業所のケアセンターと連携を図れるよう訓練を予定している。火災時の自動通報には民生委員の方の連絡先も入っており、訓練時にも連絡が入る事を事前に伝えたと上で実施している。	災害に対する消防計画があり、それに沿った防災訓練を実施している。また、法人内で合同の避難訓練を行うなど、災害時の連携の訓練も行われている。緊急連絡網には職員だけでなく民生委員の連絡先が入っており、協力が得られるようになっている。非常時のための3日分の備蓄や法人内に自家発電の整備がされている。	

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
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	接遇に関する研修を行い、各個人が意識して入居者に向き合い、丁寧な言葉の声掛け、自己決定しやすい言葉かけが行えるよう努めている。	入浴や排泄は1対1の対応を心掛け、本人の羞恥心や自尊心に配慮している。利用者が日中、リビングで過ごすときには、居室に鍵を掛け他者が入らないようにプライバシーの確保に努めている。また、日々のケアでの声掛けや言葉遣いにも留意するよう努めている。	
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	思いを表わせるような機会を設け急がず、ゆとりを持って自己決定ができるよう努める。		
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	自宅で着替える習慣がない方に対しては、無理に着替えを強要せず、混乱、不穏等の要因とならないよう配慮している。また、一人ひとりの住み慣れた生活環境に出来る限り合わせて支援している。		
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	本人や家族に家庭での生活習慣を聞き取りする事によって、起床時、入浴時等、その人らしい整容を整えている。また、外出支援では出かける事を意識していただきながら着替え等を支援している。希望ではあるが理美容をりようしている。		
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	ご利用者様の身体状況・その日の様子を見ながら食事の準備・片付け等を行なっている。家庭菜園を実施し、収穫をご利用者様と一緒に楽しんでいる。	3食ともに委託業者が調理して、盛り付けや配膳などを職員が行っている。利用者の中には、おしほりを配ったり、食後の食器洗いを自分で行うなど、一人ひとりの能力を活かした役割がある。また、菜園の野菜を料理に加えることや月1回のおやつ作りなどの取り組みも行っている。	
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	食事量・水分摂取量は毎食ちょうじゆシステムを用いて記録している。また、その人が好きな飲み物などは家族に持参していただくことで、日頃から水分摂取できるよう支援している。		
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、口腔ケアの声掛けを行い、歯磨き・うがいするところを見守りし、清潔保持に努めている。就寝前は義歯を外して水に浸けるよう声掛けを行っている。		

自己	外部	項目	外部評価	
			自己評価 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
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向けた支援を行っている	排泄チェック表を利用して排泄時間の把握を行い、失敗が多い時間帯にトイレへの声掛けを行うなどしながら、不快感なく排泄へ導けるよう職員間で相談しながら支援している。	座位や立位が保てる人は基本的にトイレでの排泄を支援している。個人の排泄表を活用し、適切な時間でのトイレ誘導を行っている。夜間はトイレに行ける方には付き添ったり、歩行が難しい方はパット交換をしたりとその方の状態に合わせた排泄ケアを支援している。
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	個人の身体能力にあった運動の声掛けを行ったり、腹部の張り具合の様子観察を行っている。水分が不足しがちな方へは好みの飲み物やゼリー等家族へ相談し持参していただくなどで工夫している。	
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、個々に応じた入浴の支援をしている	湯温など希望に近づけるよう努めている。又、グループホームの浴室を使用した支援を行うことにより、家庭的で落ち着いた雰囲気を入浴を楽しめるよう支援している。	可動式の浴槽を設置しているため、利用者の状態に応じて4方向からの介助が可能である。隣の事業所には機械浴があり、重度化した方にも安全に入浴できる環境である。週2回の入浴を予定しているが、希望に応じて入浴の回数を増やすことができる。
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	昼間、夜間の睡眠時間の観察、分析しながら一人ひとりに合った生活リズムを把握する。日中の活動を促したり、コミュニケーションを図ったり、部屋の明るさを調整するなどして気持ちよく眠れるよう支援している。	
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	利用者一人一人が服用している薬を薬情を用いて、用途や効果など理解している。看護師と連携を図り、日々の変化に注意している。	
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	張り合いのある暮らしを考え、潜在する記憶を活かしながら、自宅に居た頃の役割や趣味などを本人、家族等から聴き取りし、馴染みのある生活が継続できるよう支援している。生活家事の面でできる事を行っていく。	
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、家族や地域の人手と協力しながら出かけられるように支援している	外出レクを行い、日常に必要な物品と一緒に購入したり、家族との外出支援を援助している。	事業所の敷地内で木々の季節の変化を感じながら散歩ができる。季節に応じた花見や外食、お買い物などの外出計画を立てて実施されている。定期的に家族や友人の協力を得ながら、外食に出掛けている。

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
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	外出支援時、食事代や買い物での支払いの際には、本人の能力に応じて自分で支払う事が出来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	ご家族や友人・知人からの電話に対応し本人との取り次ぎを行ったり、届いた手紙を読んだり、外部との関係が保て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	共用の空間は、入居者にとって不快がないよう毎日の掃除は必ず行う。また生活感、季節感を感じられるよう、バルコニーでは園芸、野菜作りを行っている。	リビングは太陽光が入り、とても明るい空間となっている。バルコニーは、日常的に日向ぼっこができたり、菜園の手入れができるよう作られている。トイレは脱臭機を設置し、不快な臭いを出さないように工夫している。室温管理もエアコンや加湿器を使用することで年間通して適温に保たれている。	
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	座席の配置を工夫し、気の合う入居者同士で会話したり、自由に座れるリビングスペースを設けている。天気の良い日にはバルコニーに出て、ベンチに座りながら日向ぼっこや歌を歌ったりして過ごしている。		
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	テレビやダンス等、自宅ですべての物を持ち込み、入居者が居心地良く過ごせるよう支援している。	居室は筆箱とベッドが備え付けられている。自宅で使用していた椅子や思い出の写真など、利用者の好みの物を自由に持ち込むことができる。希望する方にはベッドではなく、布団を持ち込むこともできる。	
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」や「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	居室やトイレの位置が分かるよう大きな文字で掲示したり、自立している方に関しては、自分で鍵の開錠・施錠が出来るよう配慮している。それ以外の方は自室にいない場合、職員が施錠し、入居者が他の部屋へ入れないよう安全配慮している。		