

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1月29日	評価結果市町村受理日	平成30年5月11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	www.wam.go.jp/wamapp/hvoka/003hvoka/hvokanri.nsf/aHvokaTop?0
----------	--

【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2月16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)】

・同法人は保育部門・障害福祉部門・老人福祉部門と多岐に渡る福祉事業を行い、その中でグループホームは特に地域に根差した取組みと医療との連携を強化した活動をしている。
 ・法人主催の納涼祭とチャリティーバザーには近隣住民の協力の下、毎年500名の来場者で大変な賑わいを見せている。また、学生による演奏会を開いたり、近くの神社のお祭りに利用者を連れて行くなど地域交流が行われている。
 ・基本的にかかりつけ医が継続できるようにしている。本人の意向や家族の送迎が難しい場合は法人内のクリニックに受診することも可能である。同一敷地内の施設の看護師が1日1回は利用者の健康チェックをして、変化があればすぐに主治医に確認するなど医療連携の体制が構築されている。また、看取りに関しては、法人のクリニックや近隣の在宅医療の先生に繋げることも可能なため、可能な限り最期までの支援ができる体制が整備されている。

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		

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	「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。	法人の基本理念を基に、事業所の生活信条、品質方針、重点目標が作成されている。月1回のカンファレンスや会議等で目標の評価や方針にズレがないか、全職員で振り返りをしている。	
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	法人内の行事(納涼祭、チャリティバザー)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。	法人主催の納涼祭とチャリティバザーには近隣住民の協力の下、毎年500名の来場者で大変な賑わいを見せている。また、学生を招き演奏会を開いたり、近くの神社のお祭りに利用者連れて行くなど地域交流が行われている。	事業所での大きな行事以外でも、日頃から地域との付き合いが行われる取り組みを期待します。
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。	事業所での出来事や報告の他、地域での関心事にも触れ、情報交換をしている。事例に基づいたケースを紹介し、参加者が分かりやすく、意見が出しやすいよう工夫して取り組んでいる。法人のホームページに議事録を掲載し、多くの方が閲覧できるようにしている。	
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	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。	事業所で抱える問題や事業加算についてなど、運営から入居者の生活全般を相談している。市の担当者は運営推進会議に参加し、情報提供している。	
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要領」があり、法人として原則身体拘束は行わないので、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。	普段からのケアについて、身体拘束に当たらないかの確認を会議等で行っている。勉強会も定期的に開催し、全職員で統一したケアができるよう努めている。また、今後はパソコンやスマートフォンから虐待防止の動画講義を受けられるための環境整備に取り組んでいる。	職員が何時でもパソコンやスマートフォンから、虐待防止の動画講義を受けられるための社内インフラ整備を期待します。

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		○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	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。		
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、解約又はや改定等の際は、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。	利用者からは普段の生活の中から要望等が多く、その都度、記録に残して会議等で話し合うようにしている。家族には、面会時や介護計画の見直し時などに要望を聞いている。	
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。	定例会議の前に、普段悩んでいることや支援内容についての職員アンケートを行い議題を決めて開催している。実際に出された意見で、調理面での効率化や内服薬確認の役割分担などが議題に上がり話し合いが行われ、運営に活かされている。	
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行き、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・行事等の担当者の役割をもつ事で、PDCA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。		

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
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。		
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	入居開始前は、ご自宅等に伺い、本人や家族のご希望等を伺い入居に向けての相談対応を行っている。また入居開始後は、職員全員で気づいた点や言動、対応等の細かい内容をケース記録へ記入し、その後の支援に役立っている。		
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と連携し、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・たみ、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やっている。		
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、知人等に出会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。	入居後も外泊や外出は可能であり、実際にお盆やお正月に自宅に戻られる方もいる。また、家族と一緒に外出し、食事をしてきたり、友人が訪ねてきて談笑したりと、馴染みの人との継続支援も行われている。	

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
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。		
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、退去先へ「退去時情報提供書」にて入居中の情報提供を行い、退居後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。	各個人の24時間生活シートを作成し、その人の習慣や思いを可視化している。意思疎通が難しい人でも思いの把握に努めている。また、支援者の主観を入れずに、利用者のありのままの言葉を記録するように徹底している。	
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、センター方式シートを用いてアセスメントを行い、これまでの暮らし方を把握出来るよう努めている。		
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。	介護計画に合わせて、各担当者が3か月に1回評価をしている。介護計画は基本的に6ヶ月に1回見直しをしているが、状態変化があれば随時、話し合いをして現状に即した介護計画づくりに努めている。また、ケアマネジャーが主体になって介護計画を作成しているが、本人・家族の意向も聞き取り計画に反映させている。	
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。		

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	
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	隣接の小規模多機能の機械浴槽を活用したり、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。			
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。	基本的にかかりつけ医が継続できるようにしている。本人の意向や家族の送迎が難しい場合は、法人内のクリニックを受診することも可能である。同一敷地内の施設の看護師が1日1回は利用者の健康チェックして、変化があればすぐに主治医に確認するなど医療連携の体制が構築されている。		
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・指示システム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している。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。	本人と家族へ利用時に事業所のできる最大限のケアについて話をしている。また、重度化時の対応方法や希望などを書面に残し、双方で確認が出来るようにしている。その後も書面内容の変更も可能である。また、看取りに関しては、法人のクリニックや近隣の在宅医療の先生に繋げることも可能なため、可能な限り最期までの支援ができる体制が整備されている。		

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
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で確認している。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上で実施している。	年2回、昼夜を想定した避難訓練を行っている。同敷地内の幾つかの施設の連携を確認して、災害に対する協力体制が整備されている。利用者には実際の訓練に参加してもらい、現実味のある避難訓練の実施をしている。	
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	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が行えるよう努めている。法人の考え方として入居者の名前を呼ぶ時は苗字に、さんをつけて呼ぶよう統一している。	各部屋の施設は利用者の希望に沿って自由に行うことができる。自室が分からない人には、職員の付き添いや声掛けで利用者間のトラブルがないようにしている。その他、トイレや入浴時には不快や不安にならない言葉掛けを徹底している。	
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	うまく言葉として出せない入居者に対して、思っている事、伝えたい事は何かを傾聴し、様子、表情などを他職員と共有し、理解出来るよう日々のミーティング等で話し合うようにしている。		
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	自宅に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、一人ひとりのこれまでの生活習慣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る事が出来ている。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。		
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	月に1回、翌月の献立を入居者と職員で話し合う場を設け、その意見が反映できるよう栄養士が献立を立てている。また、一人でも多くの方が食事の準備に関わることができるよう、それぞれの能力に応じて配慮している。	食事は委託業者に任せているが、副菜などは事業所で作るようにしている。利用者の咀嚼や嚥下状態に合わせて食事形態を変えている。利用者の状態に合わせて、テーブル拭きや野菜の皮むきを一緒に行うこともある。	

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・水分摂取量は毎食ちようじゅ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、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。		
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	センター方式シートを活用した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。	基本的にトイレでの排泄支援を行っている。一人ひとりの排泄時間や排泄動作の分析を行い、支援を明確にして行っている。また、管理者は排泄支援が職員の都合にならないように、繰り返し職員に伝えている。	
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	好みの時間帯、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、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。	午前と午後の時間帯で入浴することができる。週3回の入浴を基本としているが、希望すればより多く入浴することが可能である。浴槽を左右に移動できるため、利用者の身体の状態などに合わせて、安全に入浴支援を行うことが出来る。	
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	認知症薬、眠剤、降圧剤、糖尿病薬、便秘薬、その他の薬について、それぞれの効果や副作用を理解し、日々の様子観察を行い、介護・看護職員間で情報共有することにより、体調管理に努めている。		

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
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。一人一人のADLに見合ったレクリエーションを提供し、気分転換が図れるよう努めている。		
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	日常で使用するもの、調理で使用するもの等と一緒に買い物に行ったり、入居者の希望を確認し、家族との外出調整等も行っている。	天気の良い日などは敷地内を散歩するなど日常的な外出をしている。2か月に1度は近隣のレストランや商業施設などに外出する企画を取り入れている。また、選挙の投票を希望される利用者を、投票場まで付き添いの支援をしている。	
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	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。	リビングの大きな窓からは外の景色が眺められ、四季折々の風景が見渡せる。また、バルコニーでは、園芸や野菜づくりができ、季節感を感じることができる。共用トイレには匂いがこもらないよう脱臭機を設置し、気持ちよく快適に使用できる配慮している。	
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	テレビやタンス等、自宅で使っていた物を持ち込み、入居者が居心地良く過ごせるよう支援している。	ベッドと箆等は備え付けているが、それ以外は自宅で使っていたものを自由に持ち込めることができる。本人や家族で配置やレイアウトを決めるよう支援しているが、転倒や事故につながるような場合は改善している。	
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」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。		