

(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	1595800010		
法人名	社会福祉法人 苗場福祉会		
事業所名	グループホーム雪割草(立柄山)		
所在地	新潟県南魚沼郡湯沢町大字土樽151-116		
自己評価作成日		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9月25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)】

- 1、開設以来毎年、併設の小規模多機能居宅介護事業所と合同でバスハイクを実施している。、ご家族様や行政、町内のボランティアを含め総勢56名で群馬県沼田市「道の駅田園プラザ川場」に行った。
- 2、施設内で毎月1回(7月～10月は2回)手作り菓子、飲み物を用意し「苗場カフェゆきわりそう」を実施している。7月には近くのお寺(瑞祥庵)で出張喫茶を開催し入居者の活躍の場や近隣の方が気軽に足を運んでくださり地域の方との交流の場となっている。
- 3、湯沢町が行っている介護予防事業「アクション農園」に毎週火曜日参加、「いきいきサロン」に毎週月曜日参加している。また入居者と一緒に町内のスーパーに毎日買い物に出かけたり、買い物企画で町外の大型店に洋服を買い物に出かけたり、誕生日には利用者が希望するところへ出かけ外出の機会を多くし地域の方とのふれあいの機会となっている。
- 4、地域ボランティアの積極的な受け入れを行うことで利用者の楽しみが増え地域の方との交流になっている、またIターンのシニアボランティアが毎週定期的に来て喫茶や企画、食事作りなど利用者との交流している。
- 5、現在看取りの利用者を家族の希望もあり退院し受け入れ取り組んでいる。

事業所は、市外・県外の旅行者が年間を通じて訪れる越後湯沢という温泉観光地に立地している。娯楽や湯治といった癒しの風情と、スキーや登山などの活気あるレジャーが共存しており、地域のエネルギー源となっている。また、これらの産業を支えてきた地域の力と、人々の培ってきた土地柄が、認知症高齢者を支えていく資源となり得る環境にある。

その中で事業所は、利用者の立場を中心に据えた事業方針を具体的に掲げ、法人レベルから事業所レベルに至る人材育成を土台として、さまざまな実践に取り組んでいる。

中でも地域交流については、開設以来一つひとつ積み上げてきた取り組みが職員の自信に繋がり、今後のさらなる展開を期待させるものとなっている。

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	基本的で誰が見てもわかり易い事を念頭において職員で作った。意識しやすいよう目につく場所に掲示し毎月のおたよりも掲載している。	法人の基本理念をもとに、事業所としての理念を3つの項目にまとめ、開設時から継続して掲げている。理念の実践については研修体系にも含まれており、年次の事業計画にも反映させて3ヶ月ごとに実践状況をグループワークで振り返っている。	
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	町の敬老会に毎年参加している。町内会の一員として花見、地区清掃などに参加している。畑、散歩や買い物などでも地域の方に気軽に声をかけてもらっている。	古くからの地域活動が少ない地域ではあるが、事業所の活動への参加の働きかけや毎日の買い物のほか、小規模多機能型居宅介護事業所との一体的な取り組みによって、地域住民と声を掛けあったり、協力し合える関係が構築されている。	
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	喫茶ゆきわりそうで利用相談や介護相談や認知症サポーター養成講座を行っている。湯沢町のSOS探索訓練でも依頼を受け認知症サポーター養成講座を行った。		
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	小規模多機能と合同で行っている。家族、行政、町内会長、地区の民生委員などがメンバーにはいっており、利用状況や取組状況について報告している。サービスに関する意見や要望をサービス向上に活かしている。	会議では、報告や連絡の議案だけでなく、事業所の困っていることや利用者や地域のコミュニケーションについても話し合い、出された意見を運営に活かしている。	
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取り組んでいる	町の地域ケア会議に参加し、利用状況など定期的に報告したり事例検討を行い情報交換している。多職種連携プロジェクトにも参加し情報交換や仲間作りの場となっている。日常的にも担当者や情報交換したり「雪割草たより」を回覧している。	地域包括支援センターなど地元行政が認知症ケアにも主体的に取り組んでおり、医療機関や事業所間の連携を目的とした会議を主催している。そうした会議に参加することで、行政との連携に努めている。行政担当者には運営推進会議に参加してもらうほか、日頃から情報交換を行っている。	
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	法人委員会が中心になってマニュアル整備と勉強会を行い全職員に周知している。	法人で作成したマニュアルを、具体的にまとめて事業所のマニュアルとしている。高齢者虐待防止と同様に委員会を設けて日頃からケアの振り返りを行い、外部の事例を含めた研修も行っている。	

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
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	委員会が中心に作った虐待防止の標語を毎朝朝礼時に唱和したり、毎月第2第4土曜日に不適切ケアを考える週間としミーティングで話し合い意識しあうことで防止に努めている。不適切ケアアンケートを行いその中から事例を基に検討会をおこなっている。	法人で作成したマニュアルをもとに、事業所においても虐待防止及び不適切ケアの防止に努めている。委員会が、アンケート形式で職員が自らのケアや利用者への対応を振り返るための機会を設けている。	
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	日常生活自立支援事業を活用している利用者を通じて理解している。		
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	十分な説明を行い理解、納得を得てサインをいただいている。		
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	年1回お客様アンケートを実施し、意見や要望を収集し運営に反映させている。アンケート結果と改善については利用者、ご家族、運営推進会議で公表している。	顧客満足に対しては積極的に取り組んでおり、法人全体でお客様アンケートを行っている。その結果から各事業所の傾向を掴むとともに、法人内の同種事業所の全体像も把握している。それらを分析し運営に反映させており、結果は事業所内に掲示したり運営推進会議等で公表している。	
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	日頃の業務に対する意見はミーティングや部署会議、職員会議の場で話し合い反映させている。また所長、管理者が職員ひとりひとりと面談し個人目標や要望について話し合い運営に反映させるよう取り組んでいる。	日々のミーティングのほか、部署単位やリーダーレベル、管理者レベルの会議が体系的に行われている。同時に半年に一度、面接して行う人事考課があり、職員が役割や仕事ぶりなどについて管理者等と話し合い、課題を共有している。	
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	半期毎に職員が個人目標を設定し、それに対し期末に自己評価と上長との面接を通じ評価するシステムがある。成果主義に基づき職場への貢献度など給与水準に反映するようになっている。		
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	法人の教育研修システムに沿った研修、レベルアップのための外部研修などに参加する機会がある。事業所内でも毎月研修を行っている。		

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
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	管理者は県のグループホーム協議会、法人のグループホーム連絡会に参加し情報交換を行っている。また法人のグループホーム連絡会を通じ職員同士の交換研修を行いサービスの質の向上に取り組んでいる。		
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	事前訪問、面接を実施し本人や家族から不安なこと、要望を聴いている。また居宅ケアマネとの連携で情報収集している。		
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	事前訪問、面接を実施し家族から不安や要望などを聴いている。		
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	サービス導入の前には必ず包括支援センターと連絡を取り合い、情報交換しながら本人や家族が必要としている支援を見極めるよう努めている。		
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	利用者は施設で借りている畑や花壇、ベランダのプランターなどで野菜や花を育てたり、掃除、食事作りから片付け、洗濯、買い物等その人の能力や好みの家事作業を職員と一緒にやっている。		
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	カンファレンスに参加してもらったり、面会時に本人の様子を伝えたり、意見・要望等聴くように努めている。また本人、家族、職員と一緒に参加できる行事を実施している。	県外在住の家族が多いため、日頃からの協力関係の構築は難しいが、文書での連絡の他、電話等で日頃の様子を伝えるよう努めている。少ないながらも家族の協力が得られ、利用者の個別のニーズや機会に合わせた支援を行った事例もある。	
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	町と協力して地域行事や介護予防事業へ参加している。(敬老会、いきいきサロン、アクション農園等)また馴染みの理美容室の利用を継続できるよう支援している。	毎日の買い物の際には、これまで付き合いのあった自宅の近所の方とコミュニケーションをとっており、事業所で行っている喫茶「苗場カフェ」にも足を運んでくれている。また、友人らも後日に来訪してくれることもある。	

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
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	職員が仲介し適切な声掛けや調整を行うことでほとんどの利用者がリビングで会話を楽しんだり、家事作業を協力して行うなど互いに関わりあって生活している。		
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	別の施設に入居された本人に面会したり、必要に応じて家族からの相談に応じている。		
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	定期的カンファレンスを行い、本人、家族の希望や要望や意向をその都度確認している。またセンター方式のアセスメントシートを活用し居室担当者を中心に本人の暮らし方の希望や思いの把握に努めている。	センター方式の複数のシートを活用してアセスメントを行い、利用者ごとの基本情報と共に思いや意向の把握に努めている。利用開始時のほか、介護認定の更新の際など介護計画の見直しに合わせて追記または修正している。	
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	入居時に先ず、本人、家族、居宅ケアマネ、医療機関などから得た情報を職員間で共有し入居後は本人、家族、関係のあった地域の人などの日々の関わりの中からその人の暮らし把握に努めている。	センター方式のアセスメントの活用により、暮らし方や生活習慣などの把握を行っている。家族の協力が得られる場合は、必要なシートへの記入をお願いし、利用開始時期の支援に活用している。	
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	常に心身の状態を観察する中で、気づいたことを日々の申し送り、ミーティングで情報共有しながらその人の暮らしの現状把握に努めている。		
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	定期的モニタリングやカンファレンスを行い、本人、家族、関係者の意見を反映し、現状に即した介護計画を作成している。また変化があればその都度見直し、修正を行っている。	介護計画は定期的または随時に見直しを行っているが、県外在住の家族が多いため話し合いの場に家族等の参画が少ない。介護計画の検討・立案の過程が事業所内のみで行われる傾向がある。	遠方の家族は話し合いの場に参画しにくい状況にある。だが、利用者の暮らしをより良いものにしようという意図を繰り返し伝え、家族の思いを介護計画に反映させられるよう、家族が計画の作成過程に参画できる工夫を期待したい。
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	日々の様子やケアプランに沿った記録、変化や気づきなどを毎日ケース記録、日誌などに記入し職員間で情報共有しながら介護計画の見直しに活かしている。		

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
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	町外の受診は基本的には家族に対応してもらうことになっているが、状況に応じ対応が難しい場合は職員が付き添うなど柔軟に支援している。		
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	毎週火曜日の午前、町の介護予防事業「アクション農園」に3～4人の方が参加している。毎週月曜日午前、「いきいきサロン」に1名の方が参加している。		
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	利用者のほとんどが、入居以前からの地域にかかりつけ医に継続して受診している。受診は職員が付き添い介助し、困ったことや家族の意向などあれば相談できている。看取りの利用者は訪問診療している。	入居後もそれまでのかかりつけ医を継続しており、通院にも職員が付き添っている。認知症や専門的な医療が必要になった際は基幹型の医療機関を紹介し、診察状況や医師の所見、処方内容については、その都度家族に報告している。	
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	職員は日常の関わりの中でとらえた個々の利用者の変化や気づきを職場内の看護師に伝えて相談し指示に沿って適切に対応したり受診ができるようにしている。		
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。	利用者が入院した際には安心して治療できるよう、またできるだけ早期退院できるよう病棟の看護師、担当医師との情報交換、相談に努めている。		
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	重度化した場合や終末期のあり方について本人、家族、病院関係者と話し合いを行い、事業所で出来ること、出来ないことを十分に説明し、方針を共有しながら現在看取りの方が退院し受け入れている。	看取り介護を前提とする場合は、入居または利用再開の際に、事業所の体制などについて説明している。家族の思いと協力、かかりつけ医の診療体制、地域の医療機関の支援体制など、事業所と関係者の連携を確認し、方針を共有して看取り介護に取り組んでいる。	
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	職員全員救急法の講習会に参加し普通救命講習修了証を取得している。	応急手当など介護職員ができる医療行為について、具体的な手順を図解で示したマニュアルを作成している。また、作成しやすく工夫した「アクシデントレポート」で事故事例を蓄積し、職員全員で確認している。	

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
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	年間防災計画に基づき総合防災訓練を年2回実施している。また毎月地震、水害想定等のミニ防災訓練を実施している。地域消防団、住民にも訓練に参加してもらい協力体制作りに取り組んでいる。	運営推進会議の際に、防災訓練の実施について相談しており、すでに地域の方や消防団との協力関係が構築されている。また、災害伝言ダイヤルの活用など、個別具体的な訓練も行っている。	
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	各居室の扉は特別な理由のある場合を除き常に閉め、入室の際はノックと声掛けをしている。また自尊心に配慮し丁寧にゆっくりとした声掛けや対応に努めている。	法人の委員会活動として、事業所間で互いに評価し合う仕組みがある。利用者の尊厳やプライバシーへの配慮や、理念に基づいたケアができているかを確認し、サービスの質の確保に繋げている。	
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	食事の献立を立てるときは利用者の希望を聞いたりセレクトメニューを取り入れたりしている。飲み物もいくつかの種類の中から選択できるようにしている。またレク、外出、行事など参加の希望を本人に確認し自己決定できるよう支している。		
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	ひとり一人のペースを大切にし本人の希望に沿って過ごすことができるよう支援している。食事や入浴、体操など生活リズムとして日課となる活動にお誘いする時も希望を確認して強制にならないよう注意している。		
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	利用者の希望に沿って馴染みの理・美容院や出張利用を利用できるように支援している。買い物企画で年2回町外の大型店に洋服等買い物に出かけ好みの物を購入されている。		
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	ひとり一人の好みや力を活かしながら、毎日の食事作り、調理、盛り付け、配膳、片付け等職員と一緒にやっている。	地場野菜や季節の山菜などを使用したり、風邪予防など特色ある企画を食事に取り入れている。キッチン周りは利用者が作業しやすい造りになっており、個々の利用者の得意な作業を役割に繋げて食事作りを楽しめる工夫をしている。	
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	職員の中に管理栄養士がいるため栄養バランスや利用者個々の運動量に合わせ調整している。1日の水分量確保のためチェックし医師や看護師から指示が出ている場合は特に注意して支援している。		

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
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	毎食後ひとり一人の口腔状態や本人の力に口腔ケアを行っている。口腔ケア実地研修を行ったり職員に歯科衛生士がいるので歯磨き指導など実施している。		
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	ひとり一人の排泄パターンを把握し置き型手摺を置くなど排泄の自立に向けた支援を行っている。介助が必要な方もトイレでの排泄でその人に合わせた方法で支援を行っている。	排泄の自立を排泄行為だけの視点で捉えず、生活していく上での自立という視点で考えている。センター方式のアセスメントシートを活用し、食事量・水分量の確認など細かく評価して、個々に応じた自立の支援に取り組んでいる。	
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	野菜や海藻類などバランスの摂れた献立を管理栄養士が立てている。水分摂取量をチェックしたり個々に応じてゼリーやジュースなど工夫して提供したり、ラジオ体操や散歩など運動にお誘いしたりし便秘予防に取り組んでいる。		
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	入浴の曜日や時間決まっていなかったためできるだけ個々の希望に合わせて、週3回程度入浴していただけるよう支援している。本人の希望で毎晩夕食後に入浴する利用者もいる。同性介助希望者は交代して対応している。	生活していく上での自立という視点のもと、入浴時間や回数、曜日などに制限は設けず、更衣の機会や浴室の見直しなどによって入浴意欲に繋げている。生活の中での入浴を重視し、浴室の清掃などについても配慮している。	
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	居室の室温や照明や布団の調整などひとり一人の生活習慣やその時々状況に応じて気持ちよく過ごせ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	受診時の医師の指示を確実に申し送り、薬の目的や用法用量について職員は理解している。症状の変化についても申し送り次回受診や早期受診に繋げている。		
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	個々の意向や力に合わせた家事作業と一緒にいたり、畑や花壇、ベランダで野菜や花を育てている。毎日の買い物で好みの物を購入されたり外出企画やレクなどで気分転換の支援を行っている。		

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
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	ひとり一人の希望に沿って散歩やアクション農園や自宅や兄弟の家に行くなど希望にそって家族と協力しながら外出の支援をしている。	日常的に近所へ出掛ける機会を作り、近所の方と交流している。また、近所の方とは、これまでの積み重ねによって関係が深まっており、利用者が一人で散歩する際の見守り支援にも繋がっている。事業所としての外出も毎月行って、暮らしの中での楽しみの一つとしている。	
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	個々の能力に応じて本人希望のお金を所持していただき、希望に応じて買い物の支援を行っている。		
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	希望時は電話をかけたり取次ぎして支援している。		
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	思い出の写真や利用者の作品や絵、花を飾り居心地よく過ごせるような工夫をしている。リビングではいつでもお茶が飲めるよう道具を置いて寛げるようにしている。	リビングからはベランダへも出やすく、大きな窓からの採光で全体的に明るい雰囲気がある。装飾品や掲示物はその意図やねらいがわかるように飾られており、テレビも無意味に付けっ放しにはしていない。利用者がそれぞれのペースで過ごしたり、集える空間となっている。	
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	共有空間では食事の時以外は思い思いの場所で過ごしていただいている。また利用者は日常的にユニット相互や小規模を行き来している。		
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	居室に持ち込む荷物や使い方に特に制限はなく、しつらえも本人、家族の自由に任せている。掃除は毎朝職員と一緒にいきいき気持ちよく過ごせるようにしている。	入居の際には利用者自身の家具や装飾品、生活必需品を持ち込んでもらい、個々の利用者に合わせた居室づくりに取り組んでいる。居室以外の場所で他の利用者と共に過ごす時間が長く、それにより関係性が保たれている一方で、居室においては一人で過ごすに留まっている。	個室という利用者の生活習慣をしっかりと確保できる環境ではあるが、自宅での近所の人を呼んだり出掛けたりする関係性も大切である。自宅と同じように、他の利用者で過ごす要素も含めた居室づくりを期待したい。
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	居室入口には表札があり、自分の居室がわかり易いようにしている。トイレ、浴室、洗濯室等迷わないようわかり易い表示をしている。また利用者が安全で自立した生活が送れるよう状態に合わせ手摺りを増設したり移動式の手摺りを設置している。		

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				