

## 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	1591300189		
法人名	社会福祉法人 桜井の里福祉会		
事業所名	グループホームつどいの家・桜町		
所在地	新潟県燕市分水桜町3丁目3番16号		
自己評価作成日	令和1年11月11日(月)	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	<a href="http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/15/">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/15/</a>
----------	---

## 【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	2019年12月12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)】

グループホームつどいの家・桜町では『住み慣れた地域でいつまでも暮らしたい』を支援します。を理念に掲げ、常設のカフェや足湯を地域の方々に開放し、ご利用者・ご家族、地域住民の皆様がいつでも集える場として提供し、地域に開かれた施設を目指しております。

小規模多機能居宅介護事業所を併設し、ご利用者同士が自由に行き来されており、昔なじみの友人やご夫婦、ご家族、ご利用者同士など、楽しい時間を一緒に過ごされています。また、施設内行事である祭りやクリスマス会等の行事や各種訓練等を一緒に、職員同士協力・連携を図りながらご利用者の生活が豊かになるよう努めております。

地域との交流では、自治会に加入して地域の主だった行事や祭りには積極的に参加しています。事業所広報誌やさくらまちカフェ、地域交流会のチラシなどは回覧板を活用して地域に発信し、交流の機会となっています。

運営推進会議には、自治会長や地域住民、消防署、交番、民生委員の方々に委員となつていただき、施設での取り組みや実践状況を報告して理解をいただけるよう取り組んでいます。

職員はご利用者お一人おひとりの想いを汲み取りその想いが実現するよう、できることから取り組んでいます。また、馴染みの生活の継続と、暮らしの中で役割をもって張り合いのある生活が送れるよう、常にご利用者の傍らで寄り添いながら支援しております。

## 【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、行政や地元住民からの要望を受けて地域住民が気軽に集い、地域での生活を支える拠点として旧分水町役場の跡地に平成27年に開設された地域生活支援施設「つどい」の中に所在する2ユニットのグループホームである。地域密着型事業所として小規模多機能ホームを併設し、常設の認知症カフェと足湯は地域に開放して地域住民がいつでも集える場となっている。「住み慣れた地域でいつまでも暮らしたい」を支援するという理念のもと、事業所はもとより利用者一人ひとりが地域の一人として暮らし続けるために地域との交流には積極的に取り組んでいる。自治会に加入して地域の行事や活動に参加したり、事業所の広報誌や「さくらまちカフェ(認知症カフェ)」、地域交流会の開催案内を発信して交流の機会をつくっている。

利用者の支援にあたっては、毎月「利用者の会」を開催して利用者の意向を多く聞く機会を設け、それを介護計画に反映させてできることから実現されるよう個別支援に取り組んでいる。

また、共用空間の食席などの配席は利用者同士の関係性に配慮して柔軟に対応し、一人ひとりがゆつくとくつろいで過ごせるようにしている。重度になってもその人らしく安心して過ごせるように、家族と協力関係を築きながら利用者の好きなことや心地良いことを把握してきめ細やかな支援が行なわれている。

職員同士の連携も良く、不適切ケアを見かけた時には職員同士で注意し合える関係性ができている。管理者は職員の経験年数に関わらず意見や提案に耳を傾け、運営に反映させている。それにより、職員は主体的に考え行動することができている。現在、「生産性の向上」に向けて業務やケアの見える化を図り、利用者との関わりに重点を置いた業務改善に取り組んでおり、利用者へのサービスの質の向上に向けて事業所は丸となって日々努力を重ねている。

## 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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	正面玄関に事業所の理念を掲示して外部の方へも発信している。また、職員ロッカー室には法人全体の『職員の信条⑩』をそれぞれ2週間ごとに貼り替え、いつでも確認できるようにしており、毎月のユニット会議の中で振り返り、具体的なケアについて確認し合っている。	理念は、法人の理念をもとに開設時の職員で話し合っ作り上げたものであり、年度ごとに理念に基づいた重点目標を立てている。毎月のユニット会議などで振り返りを行い、目標に添ったケアができるよう確認をしている。また、法人全体で『職員の信条⑩』を掲げており、利用者・家族への接遇に力を入れている。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	地域の方が気軽に集える場所として、常設の『さくらまちカフェ(認知症カフェ)』を毎日開き相談や情報交換の場、交流の場として地域に提供している。地域の祭りや子ども会の夕涼み会、草取り等の地域行事に利用者と一緒に参加している。また、地域の消防団員として職員が活動に参加している。	事業所も地域の一住民であるとの考えから地域とのつきあいを大切にしており、『さくらまちカフェ』を毎日開設している。毎月の地域交流会や年に1回のつどい祭りには地域の方に気軽に足を運んでもらっている。また、地域の祭りや草取りなどの行事や活動に利用者とともに参加したり、散歩時に地域の方と挨拶を交わすなど地域と日常的に交流がなされている。	
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	さくらまちカフェやボランティアに来られた方にグループホームでの生活について実際に見て頂き、相談や質問があればお答えしている。地域の方に認知症について理解を深めて頂き、地域に根ざした事業所を目指すことを目的として『笑顔でささえ愛♡便り』を3か月毎に作成・回覧している。		
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	定期的開催されており、年に1回同法人内の地域密着事業所合同の運営推進会議も開催されている。地域住民の方も委員になっておられ、会議ではご利用者の様子やサービスの取り組み・状況等を伝え、意見やアドバイスを多方面より頂き、サービスの向上に努めている。参加していないご利用者、家族に対しても会議の内容や結果を報告している。	会議は、利用者、家族、市職員、地域包括支援センターの職員、自治会長、民生委員、交番署長、消防署長をメンバーとして開催されている。外出時の見守り方法や、災害時の事業所と地域の役割について意見交換が行われ、サービス向上に活かされている。年に1回、法人内の地域密着型事業所の合同会議では認知症ケアの学習会や情報交換を行い、各事業所の会議の精度が上がる取り組みがされている。	
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	運営推進会議や、地域ケア会議、地域密着型サービス情報交換会等を通して、燕市の担当者に直接グループホームの実情について伝えている。特に運営推進会議ではお互いに情報の交換もできている。	市の職員とは運営推進会議への参加の際に情報交換を行っており、制度に関することや事故の報告など何でも相談できる関係がつくられている。地域包括支援センターとは運営推進会議のほか、地域包括支援センター主催のケース会議や地域ケア会議に参加して地域の課題や支援についての相談をしている。	
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	委員会が中心となって、法人内研修や施設内研修で理解を深めて意識の統一を行っている。『自分がされたらどうか?』を考え玄関及びベランダの出入り口は施錠せず自由に入出入りしてもらっており、危険のないよう見守り、付き添いを行っている。また毎月ユニット会議の中で『不適切ケア』について確認、振り返りを行っている。	マニュアルを整備し、研修で確認を行ったり、また、家族とは予測されるリスクについて話し合っている。玄関や居室は施錠せず、外に出たい方には外履きに履き替えてもらい職員と一緒に付き添って出かけたり、家族に相談して自宅で少し過ごすなど、安全に過ごせるように支援している。	

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
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	身体拘束同様に委員会が中心となって定期的に研修を行っており、ユニット会議でも『不適切ケア』の確認や、気になる事があればお互いに話合っている。また年に2回『言葉遣い・態度等』チェック表に基づいて自身の振り返りも行っている。	職員は「不適切ケアチェックシート」を使用し、70項目の具体例に該当していないかを確認している。また、職員は虐待をしないためにどうしたら良いかかを研修で学んでおり、実際の場面で見かけたらお互いに注意し合える関係性ができている。職員のストレス対策としてストレスチェックの実施や管理者との面談、計画年休の取得などが行われており、虐待の防止に努めている。	
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	現在、成年後見制度を利用されている方が1名居られる。制度についての研修は定期的には行っていないが、新人研修や中途採用研修で行っている。		
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	サービス利用開始の際は、契約書・重要事項説明書に基づいて丁寧に説明を行っている。制度改定時についても、事前に書面で説明をした後に説明会を開き、ご理解頂けるよう努めている。説明会に参加できない方には、個別に説明している。		
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	毎月、月初めにご利用者の会を開催し、当月の予定等情報をお知らせしたり、生活の中での意見や要望を伺っている。ご家族には面会時や電話、メールにて生活の様子を伝えながら、意見や要望をお聞きしている。また年に1回ではあるが、サービス向上のためのアンケートをご利用者、ご家族に対して実施している。	「利用者の会」で毎月聞き取りが行われている。利用者からは外出や食べ物の要望が多いが、過ごし方についての意見も出されている。家族からは、面会や家族会総会の際やメールで意見を聞いている。また、アンケートも実施しており、多様な方法で意見を聴取して運営に反映させている。	
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	日常の申し送りや関わりの中で、意見や提案、気づいた事等を管理者を含め職員間で共有、検討している。生産性向上についてユニット会議で話したりアンケートを実施する中で、できる事から取り組み運営に反映させている。また人事考課の面接等で上司と話をする機会がある。	物品の購入やパソコンの活用など業務改善について様々な意見が出されており、職員の意見は可能な限り反映できるよう検討している。担当職員を中心に全職員が新人職員のことをあえて提案したり、新人職員の意見に耳を傾けたり、普段から意見交換を行って職員が働きやすい環境づくりに努めている。	
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	毎月、代表者、管理者、理事、評議員が参加する事務局会議が開催されている。また職場風土向上委員会のアンケートから出された問題を取り上げ、課題を明確にし職場環境の改善に向けて取り組み、働きやすい職場づくりに努めている。		
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	経験年数に合わせて法人内階層別研修があり、対象職員は全員出席している。また、職員の力量を見ながら内外研修への出席を適宜促しており、研修後は復命研修を実施し内容を共有している。		

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
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	他法人との交換研修や、情報交換会、定例地域ケア会議、事例検討会等に参加し、ネットワークづくりや勉強会等の活動を通じて、サービスの質の向上に取り組んでいる。		
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	サービスを開始するにあたり、担当ケアマネージャーや以前利用されていた事業所から詳細な情報を得て、事前カンファレンスを開催し職員で情報の共有を行っている。また、自宅に伺いご本人と直接お話を聞く機会を持つことで安心して利用して頂けるよう努めている。		
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	利用申し込みの際や、利用前のサービス担当者会議で、ご家族が困っていること、不安なこと、希望等をお聞きしており、利用後も生活の様子を伝えながら、随時希望や要望を伺い、担当だけでなく全職員が信頼関係を築くように努めている。		
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	利用前のサービス担当者会議にご本人、ご家族、担当ケアマネージャーに同席して頂き、これまでの生活の様子やサービス利用中の様子等の情報を基に、どのような支援が必要か検討し利用前カンファレンスでも職員間で話し合っている。		
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	職員ではなく、ご利用者が常に生活の主であるということを意識し支援している。ご利用者お一人おひとりのできる力を大切に日常生活を共にする同士の関係を築いていけるよう努めている。		
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	受診の付き添い、必要物品の準備、行事への参加や外出、外泊など、ご家族に協力できることはお願いしている。また、家族会へ入会して頂き、窓ふきや研修会への参加を通して、共にご本人を支えていく関係が築けるよう努めている。	家族会では、意見交換を行ったり行事への参加協力を得ており、家族と共に利用者を支えていきたいとの考えを伝えている。家族が踊りの披露や夕食のおつまみを持ってきて利用者や晩酌を楽しんだり、自宅に帰りたい利用者には外泊の協力を得るなど家族の支援も多い。毎月、利用者の様子を写真を添えて伝え、家族との情報共有に努めている。	
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	地域のスーパーや床屋等、馴染みの場所への外出や、馴染みの人との関係が途切れないよう支援に努めている。友人・知人の方が面会に来られた時には、ゆっくりと落ち着いて過ごしていただける環境づくり、配慮をしている。	家族の他に友達など馴染みの人が来訪したり、併設の事業所や他の施設に出かけて友人と過ごしている。また、行きつけの美容室やスーパーを利用したり、ドライブの際に自宅の前を通ったり、お墓参りの支援をするなど、馴染みの人や場所との関係継続の支援を行っている。	
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	ご利用者お一人おひとりの特性や利用者同士の関係性を大切に食席等に配慮している。職員で情報の共有や必要時橋渡しをすることで、仲の良い関係を大切にしてい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	共用デイサービスから小規模多機能ホームへ利用が移られサービス終了となった方がおられたが、併設されていることもあり時々会いに行き様子をお聞きしたり、行事の際は遊びに来ていただいている。		
<b>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</b>					
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	日々の関わりでの会話やモニタリング、カンファレンスの際でも、その時その時で希望や要望、意向を伺うよう心がけており、その方の想いを尊重している。また必要時にご家族へ相談もしている。	介護計画を作成する時には、担当職員が本人や家族に意向を確認しており、入浴時やお茶の時などその方が意思表示しやすい機会に意向を聞き取っている。意向を表出できない利用者には、家族に聞いたり、生活歴や表情から読み取って把握に努めている。	
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	その方の生活歴や馴染みのもの、習慣や嗜好などをご本人やご家族からお聞きしながら、センター方式のアセスメントシートを記入し、情報の把握に努めている。また、新しい情報もアセスメント用紙に記入し職員間で共有している。	入居前に、自宅や利用していたサービス事業所を訪問したり、趣味や生活歴を家族から聞いてセンター方式のアセスメントシートに記載し把握をしている。書道コンクールに出展したり、家族と晩酌を楽しむなどこれまで楽しみにしていたことを継続できるように支援している。	
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	日々の生活の中で本人の状態や過ごし方をケース記録に残している。状態の変化が見られた時は随時カンファレンスを開催し、申し送りを行い、情報の共有を行っている。		
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	担当職員と計画作成担当者が中心となりケアプランを作成し、3か月毎に見直しを行っている。カンファレンスには必ずご本人に参加して頂いており、なるべくご家族にも参加して頂けるよう、面会時や受診に合わせて日程調整をしている。参加できないご家族には事前に要望等をお聞きし、意向をプランに反映できるよう努めている。	介護計画は、本人・家族の意向を基に担当職員と計画作成担当者が中心となって作成している。短期間で達成できるよう具体的な目標と支援内容が組み込まれ、3ヶ月毎に見直しが行われている。サービス担当者会議には職員だけでなく本人にも参加してもらい、必要に応じて管理栄養士、かかりつけ医、看護師からも意見をもらい介護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	ご本人、ご家族の言葉を専門用語を使用せず、誰が見ても分かりやすいように記録し、その方のケアプランに沿った記録も残している。申し送りで記録について情報を共有し、実践や介護計画の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	担当ケアマネジャーと連携して、主にデイサービスご利用者に柔軟な支援が行えるよう取り組んでいる。既存のサービスだけでなく生活に必要な援助や支援を行っている。		
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	地域行事への参加、ボランティアの受け入れ、訪問理容の活用や、ヤクルト・パン屋・スーパーの移動販売等を活用し、豊かな暮らしを楽しめるよう支援している。		

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
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	ご家族の協力を得ながら、今までのかかりつけ医を継続しているが、利便性から事業所の協力医に変更される方もいられる。受診はご家族にお願いしているが、緊急時等でご家族が付き添いできない時は、職員が付き添いを行っている。必要に応じて普段からも連絡を取り、状態の変化、詳しい情報を口頭や書面にてドクターに情報提供を行うことで適切な医療を受けられるよう支援している。	協力医院による訪問診療を受けることもできるが、今までのかかりつけ医を継続している方が多い。受診付き添いは家族にお願いしているが、必要時は職員が付き添ったり、家族と職員と一緒に付き添っている。また、事業所では直接電話や情報提供書でかかりつけ医と情報を共有し、適切な医療を受けられるよう支援している。	
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	常勤ではないが、週に3回看護師が出勤し内服薬のセットや適宜必要な処置、些細なことでも状態の相談を行っている。看護師が不在の時も連絡が取れる体制であり、医療面について助言や指示を受ける等、必要な支援が提供できるよう連携を密に取っている。		
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、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。	入退院時はソーシャルワーカーやご家族と連絡を取り合い、早期退院ができるよう情報交換をしながら調整してきました。また、退院後は入院前の生活に近づけられるよう、現在の状態を考えながら受け入れ準備をしてきた。		
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	ご本人、ご家族と意向の確認を行い、早い段階でしっかりと対応や、今後に向けての話し合いができるよう努めている。職員も今後の方針を共有しながら『最後までその人らしくいられるように』関係者と共にチームで支援に取り組むことができていた。	契約時や状態の変化があった時に家族の意向を聞き、事業所のできることやできないことについて説明し、利用者や家族と話し合っている。看取りを希望する場合は協力医院とも相談して支援している。本人が元気な時の好きなことや心地良いことを把握してその人らしく過ごせる環境作りに努めている。看取りが終わった後には、家族や職員で「偲ぶ会」を行い、支援の振り返りを行っている。	
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	消防署にて応急手当やAEDの使用方法について具体的な対応について研修が行われていた。また緊急時に情報提供がスムーズに行えるよう『救急隊引き継ぎ用紙』の備えや、緊急時のフローチャートの整備を行っている。	消防署が近くにあり、緊急時はすぐに駆けつけてもらえる環境にある。救急隊への引き継ぎがスムーズに行えるよう引き継ぎ用紙を用意しており、AEDも設置して全職員が取り扱いをできるように研修を行っている。	消防署が近くにある環境ではあるが、急変や事故が発生した時は1分1秒を争うこともある。初期対応について日頃から研修等で学び、職員間で確認し合うなど、実践力を身につけるための取り組みが望まれる。
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	防災委員を中心に、毎月、火災や地震、水害を想定した避難訓練を実施しており、それぞれに対応した避難方法の確認を行っている。地域の方にも参加して頂いただき協力体制が取れている。10月に水害の恐れがあり実際に避難を行っている。	火災、地震、水害を想定した避難訓練を毎月実施しており、その都度反省点を次回の訓練に活かしている。訓練時は地域の方の協力もあり、2019年10月の水害時は近所の方が駆けつけてくれるなど協力が得られた。また、職員が地元の消防団に加入したり、地域の総合防災訓練に参加している。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	日々の関わりの中で失礼な言葉遣いをしないよう十分に注意を払い、その方の尊厳を尊重するよう心がけている。またプライバシー保護についても年に数回研修が開かれており、学ぶ機会が持っている。	職員は利用者を主体として、失礼のない言葉遣いをするようにしている。また、地域性を考えて親しみを込めた方言での言葉かけも行っているが、なれ合いにならないように注意している。記録についても「言葉の使い方、記録の書き方についての見直し」を掲示しており、利用者主体の記録の書き方を心がけている。	
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	職員が支援させていただく時は、必ずご本人へ了解をいただいている。会話の中からご本人の思いがお聞きできるよう努めており、毎月のご利用者の会でも希望を伺っている。ご本人の自己決定を尊重して日々関わらせていただいている。		
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	一日の大まかな日課はあるが、その日の予定を伝えながら、ご利用者の意向や希望を大切に過ごしていただけるよう努めている。またその方らしい暮らし方も理解、尊重し日々関わらせていただいている。		
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	起床時や、入浴時の着替え、外出時等TPOに合わせた衣類をご本人と一緒に選んだり、化粧やおしゃれが楽しめるよう支援している。		
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	食べたい物をお聞きしたり、季節の食材をメニューに取り入れている。食材の買い出しから下ごしらえ、調理、盛り付け、片付けまでなるべく皆様と一緒に、食事の匂いや雰囲気を楽しんでいただいている。ご家族を招待してのバーベキューや鍋パーティー、誕生日会等、職員も一緒に食卓を囲んで楽しんでいただけるような支援をしている。9月より朝食のみ外部の宅配サービスを取り入れている。	当日出勤の職員が利用者の意見や季節の食材を取り入れて食事を作っている。食材の購入や材料を切る、片付けるなど利用者ができることはお願いしている。鍋やバーベキューを家族や職員と一緒に楽しんだり、外食に出かけたり、店屋物をとったり、おやつ作りをしたりと、食事を楽めるよう支援している。	
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	食事や水分量の確認が必要な方には、一日を通して摂取量をチェックし記録に残している。サプリメントを朝食としている方やパン食を好む方等これまでの習慣を継続して頂けている。また、食事内容がなるべく重ならないようにメニューを確認しながらその日の献立をご利用者と一緒に考えている。		
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	個々に応じて毎食後に口腔ケアの声掛けをし、なるべくご自分の力を大切にしており、必要部分の支援を行っている。口臭予防のマウスウォッシュを使用されている方もおられる。義歯使用の方は夕食後にボリデント洗浄を行っている。		

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
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	夜間紙おむつ使用の方がおられるが、日中はリハビリパンツに着替えてトイレ利用してもらっている。個別の排泄パターンを把握し、トイレへの声掛けや必要に応じて付き添いやパットの交換等援助を行っている。	一人ひとりの排泄状態を把握しており、適切な排泄用品の使用や時間誘導を行うことで、夜間も含めてトイレでの排泄を支援している。紙パンツから布パンツの使用に変わるなど状況が改善している利用者もいる。	
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	水分の摂取量に気を付け、運動や体操を行い身体を動かす機会を提供したり、乳製品や食物繊維を取っていただいたり、なるべく自然な排泄を促している。		
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ず、個々にそった支援をしている	提供できる時間の中ではあるが、なるべくその方の希望に沿った時間に入浴していただけるようお声がけし、外泊や受診、その日の体調等を見ながら、日にちが空くことの無いよう気を付けている。	概ね週に2回は入浴できるようにしており、本人の希望に合わせて湯温や入浴時間を調整したり、入浴剤の使用や湯上りの化粧など、気持ちよく入浴できるよう支援している。入浴を拒む方には無理強いをせず、タイミングを見計らって支援している。また、重度化した利用者には併設事業所の機械浴槽を使用して安全に入浴できるようにしている。	
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	その方の生活習慣やリズムに合わせて、時には遅くまでテレビ番組を楽しまれたり、朝はゆっくりと起きてこられたりとその時々気分や体調に応じて、休息していただいている。また、日中はなるべく外出や活動に参加していただく事で安眠に繋がるよう努めている。		
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	個々の薬ケースの中に処方箋を入れており、いつでも職員が確認できるよう工夫し、その薬が処方されている背景も確認している。また、薬が変更になった場合は申し送りを必ず行い、周知している。服薬支援は必ず最後まで飲み終えたことを確認し、ダブルチェックで飲み忘れや誤薬防止に努めている。		
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	その方の生活歴を理解しながら、お一人おひとりの趣味や得意とすることの中から希望を確認して、ケアプランを作成、実践に繋げている。例えば食事の準備や、掃除、書道、編み物、のんびりとテレビを見て過ごす等、喜びや張り合いのある生活が送れるよう支援している。		
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支援している	牡丹園や白藤、菊まつり等、季節の外出を大切にしている。また近所の散歩やスーパーへ出かけたり、ドライブ等できる限り戸外へ出かけられるよう、ユニット間で協力し合っている。個別の外出では、お盆のお墓参り等ご家族の協力も得ながら行えている。	季節ごとに花見やドライブに出かけて季節を感じてもらえるよう支援している。利用者の希望に合わせて買い物や海岸に行ったり、法人の施設で行っている喫茶へ出かけている。日常的には近くの公園や事業所で行っている認知症カフェへ出かけたり、事業所の玄関前の椅子に腰かけて外気浴をするなど自由な暮らしを支援している。	



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
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	基本的にはお金はすべて自己管理していただいております。移動販売や買い物、外出時などは職員が同行し、好きなものを選んで支払いもご自分でしてもらえよう支援している。		
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	ご本人から希望が聞かれた場合は、ご家族や親戚、知り合いの方へ気軽に電話ができるよう支援している。また、母の日のプレゼントのお礼をお手紙で出したり、手紙を書く練習をしていただいた。		
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	生活感、季節感を取り入れた四季折々の装飾を心がけ、ご利用者主体で目線に気を付けた環境作りをしている。また、室温の調整や換気、テレビの音等に配慮し、生活の場として心地の良い空間となるようにした。	共用空間には毎月担当職員が中心となって季節感を取り入れた装飾を行っており、過度な飾り付けはせず落ち着いた雰囲気がつくられている。また、不快な気分にならないよう臭いにも気をつけている。座席は利用者間の関係性を考慮して、一人ひとりが落ち着ける場所でゆっくりと過ごせるように配慮している。	
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	フロア内は気の合う方と一緒に過ごせるよう食席やソファの位置に配慮している。また、施設の玄関先の椅子で日向ぼっこをしたり、ロビーやカフェスペース、和室などの共用空間を活用していただいたり、同じ空間でもソファ等を用意し一人ずつくつろげるよう準備し、思い思いに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	ご本人、ご家族と相談しながら、自宅ですぐに慣れた家具や衣類、愛用の寝具、大切な方々の写真や思い出の品々を自由に持ち込んでいただいている。家具の配置はご本人の動きに配慮し安心・安全で居心地良く過ごせるようにしている。	各居室にはテレビやタンスなど自宅ですぐに慣れた家具や物品のほか、仏壇、マッサージチェア、家族との写真など思い出の品が持ち込まれており、その人の生活感が溢れている。居室のレイアウトは本人、家族、担当職員で話し合って安全で居心地良く過ごせるように配慮されている。	
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	居室の入り口の飾り棚に皆様それぞれ思い思いの物を飾って頂いたり、表札を活用することでご自分のお部屋が分かるよう工夫をしている。また担当職員が中心となりご本人と一緒に居室の整理を行い安全や生活の質にも配慮している。		

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 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広がったり深まり、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				