

(様式2)

2019 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	1590101372		
法人名	社会福祉法人苗場福祉会		
事業所名	グループホームこもれびの家		
所在地	新潟市中央区本馬越2丁目15-34		
自己評価作成日	令和1年10月10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 にいがたユニゾンプラザ3階		
訪問調査日	令和元年11月18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)】

平成27年5月1日に開設をし4年が経ちました。お客様主体となれる環境づくりを目指し、お客様の日々の健康管理を徹底する為、部署内や嘱託医との連携を密に、体調不良者や入院者を出さない事を目標としています。お客様はもちろんのこと、勤める職員一人一人が楽しめるよう、季節の行事や外出など毎月企画を立て実施しています。ご家族への報告相談をこまめに行い、体調の変化だけではなく、日常のご様子や楽しまれたこと、喜ばれていた事等も共有できるよう努めています。

【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)】

事業所は新潟市内住宅街に特別養護老人ホーム、短期入所施設、小規模多機能居宅介護施設と併設し、開設から5年目を迎えている。複合施設の機能と法人のバックアップ体制が充実しており、建物内の施設全体で一人ひとりの利用者を支援している。また、法人全体で接遇研修をはじめとする研修体制、目標管理制度、資格取得の奨励など職員育成に力を入れており、さらに職員のストレスチェックや相談体制も充実しており、働きやすい職場環境が構築されている。

事業所では利用者のアセスメントに力を入れて、利用者に向き合い、寄り添いながら日々の暮らしを支援している。また、家族との関係性が入居後も継続できるように、介護計画作成の過程の中で必ず家族から参加が得られるように取り組んでいる。

複合施設内では、地域住民が開催する体操教室に場所の提供を行い、地域交流スペースを利用して認知症カフェを運営している。認知症カフェでは地域住民が誰でも参加できるように情報発信し、毎回講座を計画するなど地域交流の拠点となるように工夫している。また、今年度は地域の自主防災訓練に参加し、災害時の協力を依頼するとともに、施設の機能を活かした地域貢献を行えることも確認し、相互の協力体制づくりに取り組んでいる。

管理者・職員は、自らが受けたいサービスの提供を目指してチームケアに取り組んでいる。

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	法人の理念である、「自らが受けたいと思う、医療と福祉の創造」を念頭に、お客様の体調管理や職員育成に取り組んでいる。朝礼時に理念の復唱を行い、研修等の場面でも理念と結び付けた内容で職員教育を行っている。	法人設立時に創り上げた理念を事業所の目指す方向性として継続し、全職員が日々実践を行っている。また、目標達成のために「こやまケア行動指針」を定め、毎朝職員は唱和を行うことで共有が図られている。	今後はさらに地域密着型サービスを展開する事業所としての具体的な目標を定めて取り組んでいくこと及び、理念を利用者や家族、来訪者にも分かりやすく公表していくことを期待したい。
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	参加人数はまだまだ少ないが、認知症カフェの取り組みを継続している。毎月第3火曜日にカフェを行っている内容を地域の回覧板を活用し、お知らせしている。地域の清掃活動や防災訓練等にも参加し地域との交流を図る事で、施設のお祭り行事等に、多くの地域の方々が足を運んで下さった。	事業所は地域の一員である事を認識しており、積極的に町内公園の清掃や自主防災訓練に参加している。また、「栗の木祭り」の際には子どもみこしの休憩所として事業所を開放したり、運動教室への会場提供、「認知症カフェ」の開催等により地域住民との交流が広がって来ている。	
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	本年度はキャラバンメイト養成研修にグループホームより1名参加し、実際に中学生へ認知症サポーター養成講座の実施を行った。認知症基礎研修、実践者研修等も法人のキャリアパスと照らし合わせながら随時参加出来ている。		
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	2か月に1回の運営推進会議では以前よりご意見ご要望を遠慮なくいただける雰囲気が出来てきたと感じている。地域の民生委員、自治会長をはじめ、包括支援センターの方からもご参加頂きながら、意見交換できている。11月には地域に向けた認知症サポーター養成講座を企画している。	2か月に1回開催する会議には民生委員、区長、地域包括支援センター職員その他、家族は代表を決めずに毎回開催時には全家族に案内をして自由な参加を呼び掛けている。毎回、積極的に意見交換が行われる会議となっている。終了後に防災訓練の様子を見てもらう機会も設定した。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	地域包括支援センターの方に運営推進会議に参加して頂いている。今後、認知症カフェで行う講座においても包括支援センターの方より助言頂けるよう相談が出来ている。	運営推進会議の委員である地域包括支援センター職員には、認知症カフェの開催にあたって講座の講師を依頼したり、サポーター養成講座開催の際にも協力を得ることが出来ている。地域ケア会議に参加し、地区の高齢者の状況や住民構成などの情報提供を受け、保育園児への食育等にも取り組んでいる。	

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
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	高齢者虐待・身体拘束防止委員会を設置しており、委員会主催で年1回の勉強会を行っている。センサーマット等の介護機器についても使用の必要性を随時検討しながら活用している。	委員会を中心に研修計画・実施を行い、全職員が身体拘束の弊害を理解し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。また、不適切なケアについての職員アンケートを実施してさらに意識づけを図るとともに、リスク説明書の作成や法人全体で指針・マニュアルの見直しを年1回実施している。	
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	高齢者虐待・身体拘束防止委員会を設置しており、委員会主催で年1回の勉強会を行っている。特に「グレーゾーン」となる「不適切ケア」に関してグループワークや事例を通して自分の接遇はどうなのかを振り返る事が出来る。	研修会の実施や、日頃から言葉かけやケアの振り返りを行うことで不適切なケアを行わないように取り組んでいる。今年度は講師を迎えて研修を実施しているが、参加できない職員はビデオで学習する等、必ず全職員が学ぶ仕組みが確立している。法人全体でストレスチェックを実施し、移動保健師を配置して職員がストレスを抱え込まないように取り組んでいる。	
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	現状成年後見制度を活用する事例はないが、必要に応じて権利擁護に関する制度の活用の必要性を認識できている。		
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	契約書・重要事項説明書等の説明を行い、同意いただいた方に署名捺印をいただいている。施設利用時におけるリスクの説明や、報酬改定等についても随時ご説明の上、了解を得ている。		
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	毎年法人で行っているお客様アンケートにてご意見ご要望をいただき、改善策を検討の上、書面にてご報告している。3ヶ月に1度モニタリングの際もご家族にお越し頂き、ご意見・ご要望を確認できている。	利用者には日頃から意見・要望について申し出るように声掛けている。家族には面会時や、モニタリング参加の際に丁寧に聞くことを心掛けている。また、法人で実施するアンケートからも意見等を把握できるように取り組んでいる。	
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	部署会議やミーティングで職員の意見や提案を発言する機会を設け職員間で積極的な意見交換を行っている。職員一人一人、上期下期に目標を掲げ、進捗を確認しながら運営に反映できている。	全職員が出席する部署会議をはじめ、各種委員会、施設会議等の会議体系が確立しており、現場職員の意見が運営に反映される仕組みがある。職員一人ひとりの意見・アイデア等は部署会議で積極的に話し合われるほか、目標管理制度の中では、個々の働き方に対する希望や、意見・要望などを聞く機会を設けている。	

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
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	年1回(12月)自己申告書で仕事(就業)に関する意向調査をしている。意向に沿った就業が出来るよう配慮している。有給についても個々の要望に合わせて、取得できている。		
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	事業方針に基づき、各職員が自身の目標を設定し、職員のスキルに合わせた研修受講を計画的に行っている。研修スケジュールを一覧にし、研修の目的や動機づけを行なった上で、各自研修に参加出来ている。		
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	包括支援センター等が行っている、地域ケア会議への参加や、自施設で行う認知症カフェ、講座の場面を活用し、同業者との交流を図り、意見交換できている。		
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	相談受付の場面から、ご本人はもちろんのこと、ご家族や、前任のケアマネージャーとも情報共有を密に行い、関係づくりに努めている。		
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	相談受付の場面から、ご本人はもちろんのこと、ご家族や、前任のケアマネージャーとも情報共有を密に行い、関係づくりに努めている。		
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	グループホームというサービスに縛られず、複合型施設の特色を活かし、お客様のニーズをしっかりとアセスメントした上で必要なサービスを見極め、ご案内できるよう努めている。		
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	ご本人がご自身でできること・できないことをしっかりとアセスメントし、ご自身で出来る動作を継続頂きながら生活を継続できるようケアプランに沿ってサービスを提供できている。		

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
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	単に体調変化に応じたご連絡だけでなく、日常のご様子、ご本人のご希望等もしっかりとご家族にもお伝えし、ご家族にもご協力いただける部分も大切にしながら、支援を行っている。受診時の付き添いや、行事等へご参加頂けるようお声がけしている。	家族へは利用者の事業所での暮らしの様子や家族への思いを伝え、家族からはこれまでの暮らしの様子や背景を聞き、利用者・家族・事業所との関係を良好に築いている。買い物や外出等の希望があれば家族から協力を得て、利用者の思いが実現するように支援している。	
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	お客様のご家族だけではなく、ご友人やご親戚がいらっしゃった時にも居室や相談室等を活用し、安心して面会できる場所を提供している。	日々の暮らしの中での気づきや会話から、入居時に把握した情報に、馴染みの場所や得意なこと等の情報を積み重ねている。面会時の声掛けや誕生日の外出支援、編み物やお茶出し、亀の飼育、野菜づくりなど好きなことが継続できるように支援している。	
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	食席の配慮や、会話の仲介を行い、良好なコミュニケーションが図れるよう支援できている。家事動作においても、お互いの会話を楽しみながら取り組めるよう、環境を整えている。		
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	他施設へ利用が変更になられたお客様については、利用中のご様子を情報提供用紙にまとめ、連携を図っている。		
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	普段の会話の内容や、表情や言葉などからお一人お一人のご希望やご意向をくみ取れるよう気を付けている。モニタリングの場面にご本人にも同席頂き、意向の確認を行っている。	利用者の日々の暮らしの中から希望や思いを把握している。介護計画のモニタリングや担当者会議にも出席してもらい意向の確認を行っている。言葉での表出が困難な利用者には、表情や行動からの読み取り、家族からの代弁を通じて把握できるように努めている。	
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	事前面談や契約の際に、ご本人・ご家族から伺える情報と担当者が実際に目で見えた情報を基に環境やケア内容を検討した上で、ケアプランを作成できている。	入居以前の状況により、病院職員、居宅のケアマネージャー、施設職員、家族から情報を得ている。入居前には自宅訪問を実施し、自宅での暮らしや環境、習慣等について情報を得るように努めている。	

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
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	ケース記録を使用し、お客様の状態把握を行っている。記録した情報を基に、毎月の部署会議でケア内容を振り返り、随時変更できている。		
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	毎月の部署会議の場面を活用し、職員間でのモニタリングを行えている。その内容を基に計画書を作成・更新し、担当者会議時にお客様・ご家族様へ提案を行っている。	事前訪問での情報を基に、計画作成担当者が暫定プランを作成し、入居後に全職員で見直し、意見を寄せながら正式プランを作成している。介護計画は、短期目標を達成するように援助内容と実施計画が連動しており、職員、家族、医療スタッフなどがチームで支援する内容となっている。担当者会議には必ず家族に参加してもらえるように努めている。	
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	ケース記録を使用し、お客様の状態把握を行っている。記録した情報を基に、毎月の部署会議でケア内容を振り返り、随時変更できている。		
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	必要に応じて他部署との連携や、外部の訪問マッサージの活用などを行ないながら、お客様のニーズに対応できている。		
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	民生委員の方や町内会の方が積極的に施設の防災訓練や催事に参加・協力して下さっている。地域交流室での体操教室や認知症カフェでは地域の保育園児・小学生の皆さんと入居者の方達との交流がある。		
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し、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	協力医療機関以外のかかりつけ医に関してはご家族の協力を得て受診に行かれる。その際は最近のご様子やバイタルを報告している。必要時には書面で情報提供をお渡ししている。	入居時に利用者・家族の希望を確認し、かかりつけ医を決めている。受診は家族の付き添いを基本としているが、事業所での暮らしの様子や心身状態などは文書等で伝え、受診結果も共有できるように努めている。協力医による往診体制も整っており、利用者・家族の安心につながっている。	
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	毎日のバイタル測定と健康状態の把握に努め体調不良時には速やかに主治医や看護師に相談できている。またその後の経過に関してもきちんとご家族へ報告している。		

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
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。	入院の際には情報提供を行っている。また、1週間以上の入院時は定期的に訪問し、お客様の回復状態を常に把握している。そして退院予定日や退院後の受け入れに関して病院職員に状態を確認の上、受け入れできている。		
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	普段のモニタリングの場面を活用時、ご本人の状態をご家族と共有している。複合型施設の特徴も活かしながら、ご本人が安心・安全にお過ごし頂ける方法や方針を共有出来ている。	入居時に終末期や看取りについての事業所の指針を利用者・家族に説明し、同意を得ている。担当者会議には家族の出席が得られていることから、利用者の状況を日々共有できている。状態変化が見られた場合には、早い時期から住み替えについて話し合い、移行への支援が実施出来ている。	
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	法人内でも救命講習の講師を務める職員を配置し、毎年救命講習を受講している。緊急時には他部署者や宿直担当者との連携が図れるよう、仕組みを構築している。主治医とも連携し、早めの受診を心がけて対応できている。	利用者の状態が急変した場合の行動について、フローチャートに図案化して整備している。マニュアルの内容周知とともに、夜間帯の通報・連絡体制も確立し、全職員が対応できるように力をつけている。また、心肺蘇生、応急手当についても法人内の看護師等によるシミュレーション訓練を実施し、実践力を付けている。	
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	年2回の防災訓練を行い、そのうちの1回は夜間想定で行っている。地域の方にもご参加頂いている。今年度は災害対策のほかに防犯対策についても委員会を中心に取り組み、各職員が研修を受講している。9月には地域の防災訓練に職員が参加し、施設の車椅子を貸し出して、避難経路の確認を行った。	地震・火災を想定した避難訓練を実施している。今年度は地域の自主防災訓練に参加し、市が指定する避難場所までの経路等の確認を地域住民と一緒にやった。事業所が行う訓練時にも地域住民の協力が得られ、住民が避難誘導の際に利用者の状態が分かるようにシールで色分けして試みている。備蓄も栄養課とも相談して準備し、自家発電設備も整備している。	
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	接遇や虐待防止の勉強会を毎年受講している。毎月の部署会議内では、各自対応に困っていることを共有し、ケア方法を見直すことで、日常のストレスの緩和に繋げ、不適切ケアを予防している。	法人全体で接遇に係る研修を定期的に行い、利用者主体の暮らしが実践できるように取り組んでいる。事業所では毎年2月に利用者のアセスメントを更新することで、常に利用者を理解し、向き合いながらケアを行うように努めている。	
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	業務優先とならず、お客様の要望や自己決定の大切さを職員に日々教育している。業務の遅れに焦りが生じないよう、随時業務改善や職員間の声掛け・連携を大切にしている。		

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
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	「自らが受けたいと思う、医療と福祉の創造」という理念を各職員が念頭に入れ、日課に縛られず、お客様の気持ちを優先できるよう、対応している。		
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	更衣や整容の際はお客様のご希望を伺いながら支援できている。		
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	食席に配慮し、お客様同士の会話を大切にお食事を召し上げて頂いている。ソフト食の方にも配膳時にメニューをお伝えしている。食後の後片付けなどもお客様にご協力いただきながら行なっている。	献立は施設管理栄養士が利用者の意向も組み入れて立てている。副食は調理室での調理となっているが、ご飯は事業所内の台所で炊いている。利用者は下膳や食器の後片付けに参加する他、ちまきやおやつ作りを職員と一緒に行うことを楽しみにしている。毎月1回は外食やケーキ等を食べに出かけている。	職員体制もあり、ゆったり利用者に関わる時間を確保するために、事業所単独での食事作りは行われていないが、季節をより感じたり、職員と一緒に食事作りを楽しむことのできるグループホームの特性を活かし、わずかの日数からでもそうした機会作りに取り組むことを期待したい。
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・水分摂取量を記録している。その記録を基に、摂取方法や食形態を検討し、柔軟に対応している。水分がすすまない方には多量・頻回・少量ずつの提供を行っている。また高栄養飲料も組み合わせている。		
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	食後の口腔ケアを促し、磨き残しのある方には職員が仕上げ磨きを行うプランになっている。状態によっては、スポンジブラシや舌ブラシも使用している。		
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	排泄の記録を残し、より良いタイミングで誘導が出来るよう健康チェック表を作成している。ご本人の負担を考え、尊厳を守ったお声かけをしている。	健康管理の中で排泄に関するアセスメントを正確に行い、一人ひとりの排泄状況や習慣を確認しながら排泄ケアを実践している。時間誘導や、声掛けを行うことでトイレでの排泄を支援している。	
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	より自然排便に近いお通じを目指し、水分ケアや腹部マッサージを大切にしている。主治医と相談し内服薬の調整を行っている。		

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
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	入浴予定表はあるが、その方の気持ちにそった臨機応変な対応を行っている。また、好みの湯温や時間帯、細かい嗜好を把握し職員間で情報共有している。	大まかな予定は立てているが、利用者のその日の状態や思い、気分などに配慮し臨機応変な対応を行っている。入浴を楽しめるように、一人ひとりの嗜好を把握しているほか、浴室壁面に富士山をタイルで表したり、ゆず湯で季節を感じるなど楽しんで入浴することを支援している。	
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	夜間帯よく休めるように、日中の活動量を増やすため、体操や身体を使ったレクを工夫している。天気の良い日には外出し、外気や日の光を浴びて頂いている。また、居室の温湿度・寝具・照明などの睡眠環境を整えている。		
47		○服薬支援 一人ひとり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	薬示表ファイルを作り内服の際、確認しながら与薬している。受診時には内服の様子や状態を報告している。嚥下状態によっては服薬ゼリーの使用や薬の形態変更を医師に相談している。		
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	家事作業や日々の暮らしの中で役割意識を持って出来る仕事を支援している。又お好みのテレビ番組を録画し、くつろぎタイムに視聴して頂いている。		
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	4月お花見ドライブ、5月海を眺めに、6月神社参拝や7月水族館、9月食い処見への外出企画を実施した。ご家族と外出外泊されるお客様もいらっしゃり、外出時援助を行っている。	天気の良い日は近くの公園まで散歩したり、事業所の庭に出て過ごしている。行事計画の中では利用者の希望を反映しながら、毎年花見やスポーツ公園、外食などに出かけている。誕生月には職員と利用者が希望する場所に外出したり、家族の協力を得て、買い物や外食に行けるように支援している。	
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	施設の運営上、ご利用者様の金銭所持はご遠慮頂いている。必要時には立替対応をしている。		
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	ご家族やお友達に自由に電話でき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
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	共有の空間の環境美化、整備、不快な臭いの無いように努めている。また季節の設えはお客様と一緒に作っている。	共有空間は広く明るい造りとなっている。利用者の状況に応じてソファや食卓の配置を行っており、一人ひとりが居心地良く過ごせる工夫が施されている。随所に観葉植物が置かれて目を休ませてくれ、季節が感じられるように、利用者・職員と一緒に壁面の飾りつけを行っている。空気清浄機や濡れタオルを使用して乾燥防止を図るなど加湿に配慮している。	
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	共有空間にはソファが置いてありそこでくつろいだりテレビを観たりされる。又テーブル席でおしゃべりされる時は必要に応じて席の移動や追加を行っている。		
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	自宅で使用されていた家具を持参されている方もいる。面会時に撮ったご家族との写真を印刷し室内に飾っている。入居時には、以前の居住空間に出来るだけ近くなるよう情報収集しレイアウトを整えている。	入居時にこれまでの生活状況や環境をアセスメントし、入居後も自宅に近い環境の中で暮らせるように工夫している。また、一人ひとりの暮らし方を尊重し、身だしなみに気を配る利用者は常にベット上に鏡や櫛を置き、亀の飼育を希望する利用者は継続して飼うことが出来るなど、居心地よく過ごせるように支援している。	
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」「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	必要時には施設内の理学療法士にも助言を求め、福祉用具やケア内容を定めている。		

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				