

(様式2)

令和 元年度

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	1570301778		
法人名	社会福祉法人 上越市社会福祉協議会(安塚支所)		
事業所名	グループホーム安塚やすらぎ荘		
所在地	新潟県上越市安塚区安塚2549-5		
自己評価作成日	令和元年9月26日	評価結果	
		市町村受	

※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.kaignkensaku.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 新潟ユニゾンプラザ3階		
訪問調査日	2019年11月24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. ご利用者と共に活動し支えあう自立支援
日常生活の様々な場面で、利用者同士、また利用者と職員とが協力し、毎日楽しく生活をしています。利用者を一方的に介護される対象と考えるのではなく、日々の生活において、一人ひとりに合った役割を持ち、互いに助け合っ中で、生き活きと輝いて生活していけるような支援のあり方を目指しています。
2. 建物・立地
平成24年8月に開設した2階建ての複合施設で、グループホームは2階にあります。安塚区の中心部に位置し、周辺はのどかな景色に囲まれ、四季折々に豊かな自然を楽しむことができるほか、診療所や総合事務所、小学校、スーパーなどの地域資源が近くにあり、地域に根ざす上越市社会福祉協議会が設置運営母体となっています。施設には、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、ヘルパーステーション、デイサービスセンター、ショートステイの各事業所を備え、社協安塚支所事務局が設置され、地域福祉の拠点として様々な福祉サービスが提供されています。
3. 地域との連携
運営推進会議をはじめ、地域防災協力員、地域住民の方や行政、医療機関とも連携できる体制づくりを進めています。地元ボランティア団体の来所も多くあります。地域とのつながりを大切にしながら、互いに支え合う関係づくりを大切にしていきたいと考えています。

【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)】

事業所のある地域は中山間地に位置し、事業所の周辺は豊かな自然に囲まれている。事業所は、長野県北部地震での被災によって一度は閉鎖したが、平成24年8月に現在の場所に再び開設した。2階建ての建物は上越市社会福祉協議会安塚支所になっており、当グループホームのほか、デイサービスセンター、ショートステイ、ヘルパーステーション、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等が併設された複合施設となっている。運営母体である社会福祉協議会としての地域福祉への取り組みが地元で理解され、地域住民の協力を得て運営に取り組み、地域から求められる期待に応えながら地域福祉の役割を担っており、地域福祉の拠点として複合的にサービスを提供することが定着してきている。

法人で掲げる理念や方針等をまとめたブックレットを基に、全職員があるべき姿や目指す方向性を理解し、共有してそれらの定着を図っている。利用者を一方的に介護される立場に置かず、一人ひとりが役割を持ち利用者同士、利用者や職員が互いに助け合っで日々の生活を生き生きと過ごしている。

また、地域活動にも積極的に参加し、地元ボランティアの来訪も多く、地域との繋がりを大切にして関係づくりに努めている。

管理者と職員は一人ひとりの利用者をより深く理解するよう努めており、事業所での暮らしが生きがいのあるものになるよう工夫をし、明るい雰囲気づくりにも取り組んでいる。

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	法人理念を目につくところに掲示し、毎朝の全体朝礼で唱和している。グループホームでは、法人の理念に沿ってグループホームの目標を設定し職員で共有している。	すべての職員が持つブックレットに法人の理念や方針等が記載されており、朝礼での唱和により理解を深めている。さらに事業所としての目標を職場会議で定め、地域に向けて発信するとともに、年度ごとに振り返りを行っている。	
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	学生の職場体験の受け入れ、地域のボランティアとの交流、高校文化祭への利用者作品の出展、地域の祭り、町内会避難訓練への参加などを通じて地域とのつながりを大事にしている。	地域との交流は、併設する在宅サービスを含めて法人全体で取り組んでいる。地域のごみ拾いや清掃美化活動などに職員と一緒に参加したり、地域のお祭りや避難訓練にも地域の一員として参加している。事業所のある建物は災害時の福祉避難所の役割を担っている。	
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	運営推進会議内で、認知症や身体拘束、虐待について共有したり、学生の職場体験では認知症高齢者との関わり方について共有、代表職員は地域ケア会議に出席しグループホームの認知症高齢者の状況について紹介している。		
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	年6回定期開催している。GHの状況報告や身体拘束に関する話し合いを行っている。毎回活発な意見質問が出ている。毎年1回 昼食交流会を実施し、委員とグループホーム利用者が食事や歌唱などを通して交流している。	利用者の参加も得ながら、地域の方との協議の場を定着させている。会議では身体拘束に関するテーマも含め、事業所の活動報告を行い、活発な意見交換が行われている。利用者との食事会や避難訓練への参加等を通じて委員間のコミュニケーションを図り、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	市の福祉担当職員にも運営推進委員として定期的に来所いただいている。地域ケア会議でも行政職員や町内会長、民生委員との交流があり、必要があれば行政サイドのアドバイスや協力が得られるような関係ができています。	地域ケア会議に出席することで地域課題への関わりを担っており、行政からも保健師の協力を得ながら利用者への支援につなげている。地域の中ではそれぞれの役割や機能が理解され協力関係が構築されている。	
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	DS・SSとGHの合同研修で最低年1回は身体拘束について学ぶ機会を持っている。運営推進会議内で身体拘束をしないための話し合いを行い、同じ内容を職場会議で職員と共有している。	研修計画に必須の研修として位置づけ、身体拘束について学ぶ機会を確保している。日常の支援の中で振り返ることの大切さを理解し、職場会議で検討している。	

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	現在GHではフィジカルな身体拘束を行う必要のあるケースはないが、言葉や薬による抑制や身近な対応により利用者に拘束感を与えていないか機会ある毎に振り返りを行っている。	研修計画に位置付けるとともに、職場会議での振り返りを行っている。ホーム管理者だけでなく施設全体の責任者との面談を定期的に行い、職員のストレスや職場の様子を把握してもらっている。	
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	具体的に学ぶ機会は現在までに得られていないが、法人において日常生活支援事業及び法人後見を受任しておりいつでも情報が得られ活用できる体制になっている。		
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・重要事項説明書の他「入所に関する留意事項」などわかりやすい案内を提示するなど内容に理解が得られるように努めている。料金改定の際にはその都度文書を作成、交付し十分な理解が得られるように努めている。		
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	サービス担当者会議を開催し、管理者、場合によっては看護師、居室担当職員も同席し家族の意見を直接伺うようにしている。定期的に家族向けアンケートを実施し、家族が参加できる外出行事を開催している。家族が面会に来られた際は不安や希望を表出しやすいよう声かけをしている。	毎年、家族向けのアンケート調査を行い、結果を集計して運営に反映させている。サービス担当者会議に担当職員を同席させて意見を聞く機会を設けており、また、意見箱を事業所の入口に置いていつでも受付が可能にしている。	
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	1～2か月に1回の職場会議では、事前に職員にアンケートを実施し利用者対応や業務の中で困っている事や話し合いたい内容を集め、全職員が思いを表出しやすいよう努めている。年2回、支所長と全職員の個人面談が行われている。	毎月の職場会議では、職員と管理者が課題を設定して協議している。改善すべき事案は施設全体の責任者に報告して、設備や勤務形態等の改善につなげている。	
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	職員組合の代表が法人との折衝役となり、給与水準などの労働環境が守られている。職場の就業規則にて給与体系や待遇が定められている。		
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	今年度、県の実践者研修に2名、認知症介護基礎研修に1名参加している。新人職員に対しては法人の新人職員研修が実施されている。支所内では救急救命講習、感染症、認知症、身体拘束・虐待、クレーム対応、プライバシー等の研修が行われている。		

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
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	互助会行事や法人研修、区外の地域行事に職員が参加することで他事業所職員との交流も得られている。今年度はまだ行っていないが、他施設に移られた元利用者を現利用者と共に訪問したり他支所のデイサービスに参席することがある。		
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	入所前の聞き取り調査をもとに本人の性格などを把握し、それに応じた声かけや安心していただけるような関係づくりを心掛けている。		
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	サービスを導入するにあたり、利用者だけでなく、ご家族の要望や不安にも耳を傾け、安心してサービスを利用していただけるように配慮している。		
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	サービスを導入する以前に、居宅や包括と話し合い、ご本人やご家族のニーズとグループホームサービス利用が合っているか見極めるようにしている。		
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	グループホームの目標にもなっている通り、大事にしている視点である。全員で行うレクリエーションだけでなく、利用者個々の能力や個性に応じた活動の提供を心がけ、達成できた時には共に喜び、それぞれの利用者が主人公になって活躍されるよう心がけている。		
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	入所される前の説明の中で、入所後も家族との関わりを大切に継続いただきたい旨を必ずお話するようにしている。入所後、関係が遠のいてしまう家族もあるが、面会や外出支援、一時帰宅などをきっかけに呼びかけ関係維持を支援している。	サービス担当者会議には担当職員も出席して、家族の役割や関わりについて相談している。家族を招いて行われる交流昼食会や交流外出なども毎年実施し、家族との関係づくりに努めている。	
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	家族との関係のみならず、馴染みの友人・知人の面会や共に過ごす外出を歓迎し、馴染みの美容院への外出などを支援している。	利用者一人ひとりのアセスメントに力を入れており、個々の人や場所等の関係性を理解するよう努めている。事業所を訪れる地元の方も多く、併設する在宅サービスの利用者との交流も行われている。	センター方式のシートをもとに具体的なアセスメントが行われ、馴染みの関係などの情報が支援の土台となっている。今後はそれらを活用して支援の選択肢を拡げ、さまざまな可能性につなげていくことを期待したい。

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	利用者同士の関係性に気を配り、一人一人に声をかけ適切な活動を提供するなど、個々の利用者が人間関係のストレスやトラブルに悩まず生活できるように工夫している。孤立する利用者が生じないように和やかな空間づくりを心掛けている。		
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	外出行事の中で、元利用者を訪ねる企画を何度か行っている。関東の特養に移られた利用者の家族が退所後に訪問くださり現況を知らせてくださったことがありお話を伺ったり手紙のやり取りをした。		
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	多職種で連携し日常的に聞かれる利用者の希望や思いを把握するようにしている。サービス担当者会議を開催し利用者の直の声を聴いて、介護計画の作成に活かしている。	入居の際にセンター方式のアセスメントシートを活用して、さまざまな視点で希望や意向を把握し記録に残している。日々の支援の中で把握できたことは記録に追記していき、それらを担当職員が定期的にまとめて介護計画の作成に活かしている。	
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	アセスメントシートはセンターパーソンドケア方式を使用し把握を図っている。主に管理者・計画作成でアセスメントを行うが必要に応じて居室担当職員や全職員での状態把握に努める。	センター方式のアセスメントシートを用いて利用者のこれまでの暮らし方などを把握している。利用者のできることにも着目し、これからの暮らしにつながるように情報をまとめている。	
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	ケース記録や職員間の申し送りにより、過ごし方を把握し、変化する心身の状態把握に努めている。職場会議ではそれぞれの利用者について、現状や課題について検討する場も設けられており、職員間での情報の共有が行われている。		
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	日々の生活支援で得られる成果を介護員、計画作成者、管理者で共有し、現状に即した介護計画が作成できるように取り組んでいる。	計画作成担当者と担当職員が中心となって、センター方式のシートにまとめた記録や日々の記録をもとにアセスメントを行い、家族と一緒に介護計画を作成している。モニタリングは看護師を含めた多職種で行っている。	
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	ケース記録は、ノート形式になっており、職員の細かな気づきやご利用者の様子について記載でき、職員間で情報を共有するようにしている。日々のケース記録は、毎月、居室担当が支援経過としてまとめ、介護計画の見直しにも活かしている。		

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	利用者の支援を「介護の提供」という画一的な視点で考えるのではなく、それぞれ違ったニーズや意向を持っている個人であることを意識し、その時々利用者の声や家族の声を聴いての対応を職員間で協議するなど心掛けている。		
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	一人一人に合った地域資源とのつながりを意識し、関係性が保たれるように家族とも協力しながら支援している。(温泉施設利用、馴染みの食堂での外食、買い物外出等。)		
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	かかりつけ医は本人と家族の希望により決定している。必要に応じてかかりつけ医から総合病院や専門医への紹介状を頂き受診されることもある。かかりつけ医は4週間に1度の往診と、2週間に1度の状態に応じた薬処方に対応してくれている。	利用者ごとのかかりつけ医と連携を図るため、利用者のその時の状態だけでなく日頃の状況も含めて情報提供をしている。処方された薬の管理や健康管理は看護師と協力して行っている。	
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	看護師は毎日、個々の利用者の体調を把握し、相談が必要な時は24時間対応し指示を出せる体制にある。職場会議やサービス担当者会議にも必要に応じて出席し、介護員との情報共有や協議を行っている。		
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。	利用者が入院した際には、必ず管理者・計画作成担当者・看護師が病院担当者から状況を聞き取り、退院後の受け入れがスムーズに行われるようにしている。入院した病院からかかりつけ医に医療情報をいただいている。		
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	契約時に、契約書に則り別紙により重度化した場合の対応に関する指針を明示している。その時々サービスの利用中の利用者の状態変化は家族に伝えこの後の支援について家族と共に協議している。	利用契約時に重度化した際の対応について文書で説明している。重度化が予測される場合は、早い段階で事業所で対応できることやできないこと、状態に適した施設等への移行などを検討し、家族に相談している。	
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	支所で年1回は消防署を招いて救急救命とAEDの使用に関する講習を実施している。その他に看護師による緊急時の対応について全職員で共有している。	緊急時のマニュアルを職員の目につきやすいところに掲示して適切に対応できるようにしている。職場会議の際に看護師から指導を受ける機会を設け、さまざまな事例に対応できるように備えている。	

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3回の防災訓練(1回は消防署を招いての訓練。1回は夜間想定。)を実施している。防災訓練のうち1回は運営推進委員や地域の協力員を招いて実施している。町内会の避難訓練には毎年グループホーム全利用者が参加させて頂いている。	事業所のある建物の一部が福祉避難所に指定されており、また、地域の避難訓練に参加して地域との協力関係を築いている。事業所の避難訓練でも地域の方の参加があり、協力を得ている。	
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	年1回「プライバシー」に関する研修を行い、各場面で利用者のプライバシーや羞恥心に配慮することの大切さを共有している。個人情報保護については、職員は入職時に誓約書を提出している。利用者からは入所時に項目ごとの個人情報に関する同意書を頂いている。	研修計画にプライバシー尊重と個人情報保護が組み込まれており、学ぶ機会が持たれている。法人の理念等を掲載したブックレットにも職員が守るべき行動指針が記載されており、職員に周知が図られている。職員はそれらをもとに排泄や入浴、更衣の際に自尊心に配慮したケアに努めている。	
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	日々の会話や様子観察の中で本人の思いや希望に耳を傾けるようにしている。全体活動をしながらかも、一人一人の嗜好やその時々々の心身の状況に合わせて好きな過ごし方を選択できるよう支援している。		
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	日程、全体活動の内容、食事の内容、入浴予定がある程度定まっても、利用者が義務的に動かされている気持ちにならないよう、多様に柔軟に対応するよう心掛けている。		
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	毛染めする／しない、化粧、ヘアカットの形や長さ、整容、好きな衣服の選択が職員本位、施設本位にならないよう利用者の願いに沿うように心掛けている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	栄養士が立てた献立以外に、利用者の好みのものや昔ながらの献立、外食などを楽しめるように配慮している。地産野菜は切る前に見て触れて匂いを楽しんでいる。プランターできゅうりやミニトマトを栽培し収穫の喜びも感じていただけるようにしている。	利用者には実際に食材に触れることで新鮮さや季節感を感じてもらい、利用者同士の会話につなげている。利用者は育てている野菜の成長を見ながら、収穫から調理までを楽しんでいる。季節に合わせた献立も取り入れ、また、カウンターキッチンのある食堂で利用者が心地よく過ごせるように配慮がされている。	

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
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	栄養士が献立を立てており、栄養バランスやカロリーが考慮されている。体重増加傾向、高血糖の利用者もあり医師・看護師とも相談しつつ食事を提供している。		
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	年に一度は歯科医師による検診が行われている。月に一度は法人の歯科衛生士が介護員に対して、利用者別の口腔ケア指導を行い、その指導をもとに毎日の利用者の口腔ケアに当たっている。		
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むけた支援を行っている	トイレでの排泄維持を図ってゆくため、一人一人の排泄パターンを把握し、必要に応じて声掛けや定時誘導、下着の確認を行っている。	一人ひとりの排泄リズムを把握することで、すぐにオムツ等の使用にならないように取り組んでいる。声掛けのタイミングや排泄時の見守りにも配慮し、自立に向けた工夫を重ねている。	
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	排泄表により、全員の排便パターンを見ながら、必要に応じて看護師・医師と連携を取りつつ、対処している。薬の処方もあるが、食事内容や毎日の体の動き、水分摂取によって極力自然な排便を促せるよう配慮している。		
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	デイサービスの一般浴、椅子浴、機械浴、グループホームの家庭浴があり、一人一人の体の状態や希望に合わせて柔軟に対応している。入浴頻度は毎日～1日起き程度となっている。	併設する事業所と連携して、椅子浴や機械浴など利用者個々の状態に合わせた入浴設備を提供している。季節に合わせた素材で変わり湯も準備し、温まりながら楽しめるよう工夫している。	
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	清潔な寝具と適温・適湿の静かな環境の中で休んでもいただけるよう配慮している。不安や興奮なく休んでもいただけるような声かけ、対応に努めている。		
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	看護師が内服薬を管理しており、注意事項などは全員で気をつけるように申し送りなどを行っている。心身の状態変化があればその都度看護師に報告し、主治医に相談の上、内容や量を調節している。		

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
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	それぞれの利用者の嗜好や得意分野を考慮し、集団での体操、レクリエーション、歌唱、カラオケ、塗り絵、折り紙、貼り絵、裁縫、調理など、多種の活動提供により、メリハリある1日を過ごしていただくようにしている。		
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に支援している	日常的に一人一人の希望に沿って外出することは難しいが、利用者の希望を聞きながら外出行事の計画を立てている。必要に応じて家族と旅行に出かける方、外食に出かける方もある。施設の玄関先やテラス、館内の他事業所には職員見守りのもと自由に入出入していただいている。	事業所の周辺に出て過ごすこともあるが、定期的な外出については毎月の担当を決め、計画を立てて実施している。家族が自宅や外食、旅行など外出に連れて行ってってくれるなど協力的である。	
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	実際に自己管理できる利用者は少ないが、家族と相談の上、ある程度所持している方もある。今春、全利用者での外出行事の際、自由に店内を巡り買い物をしていただく企画を行った。		
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	たまに家族に電話で話したくなるのは当然の願いであり、いつでも電話できる安心感を持って生活できるように応じている。手紙を書くことが趣味の方、親子で交換日記をしている利用者もある。個々の希望に沿って支援している。		
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	季節が感じられる壁飾りや花を置いている。ハード面の制約はあるが、その中で、利用者同士が居室を訪問し合ったり、テラスでのんびり外気浴を楽しんだり別の事業所との行き来が出来る。利用者の相性などを見極めコミュニケーションが図りやすい配席にしている。	事業所内は明るく、清潔が保たれている。適度な広さを確保した食堂と居住空間との使い分けができる造りで、利用者は食堂に集うことが多く、カウンターキッチンから自然に聞こえる調理の音や匂いに家庭的な雰囲気を感じている。	
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	居室以外で、落ち着いて過ごせる空間は限られているが、個別に声をかけて他の事業所へお誘いしたりテラスにお誘いし、気分転換しながら9名の利用者が狭い空間内で息が詰まらないよう工夫している。		
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	動線を確保しながら、テレビやぬいぐるみ、家族の写真など馴染みの物を置いて頂いている。	居室に持ち込んだ家具や物品は、利用者が暮らしやすいように配置されている。思い出の写真や趣味の物、関心のある物を掲示し、利用者が自分らしさを感じられるように設えている。	

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
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	動線に物を置かないよう、段差にはスロープを設置するなどして、安全に自由な動きができるようにしている。トイレや居室の名前の表示を大きくわかりやすくする工夫をしている。		

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				