

(様式2)

令和 5 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	1570105112		
法人名	社会福祉法人 正瑛会		
事業所名	グループホーム翠風園 萌木ユニット		
所在地	新潟県新潟市南区高井東2丁目13番33号		
自己評価作成日	令和5年5月31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 外部評価機関「あいエイド新潟」		
所在地	新潟市中央区上所2-2-2 新潟ユニゾンプラザ3階		
訪問調査日	令和5年7月31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)】

入居者様お一人おひとりの想いを尊重し、望む暮らしが叶えられるよう、日々の生活の中での要望を取り入れ、ケアに反映している。日常の掃除や食後の片付け、行事、外出等で役割を持って自分の力を発揮できるよう支援している。

勤続年数の長いスタッフが多く、経験やスキルの豊富なスタッフが携わっている。看取りケアも行い、ターミナル期に於いて最期の最後まで入居者様が安心して過ごせるよう医療と連携を図り、ご家族の意向を確かめながら、ご家族と共にかかわっている。

併設する各事業所管理者や、理事長が出席しての経営会議を毎月開催するなど、法人事業所間の連携を図り、「報恩・感謝・奉仕」の理念のもと業務を遂行できるよう話し合いを重ねている。

また、入居者様、職員ともに1人ひとりが年の初めに自身の今年一年の目標を立て、年末には目標の振り返りをし日々成長していけるよう取り組んでいる。

【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)】

法人理事長の「地域に恩返しをしたい」という考えのもと、2005年に設立された事業所である。デイサービス、ヘルパーステーション等が併設されており、法人全体でこれまで地域との関わりを大切にしてきた。「報恩・感謝・奉仕」の基本理念のもと、職員・利用者一人ひとりが一年の初めに目標を立て実践に取り組んでいる。いくつもの「心得」、「基本目的」等があり、理念の理解をさらに深めるものとなっている。

住み慣れた場所で最後まで暮らせるように、家族、医療関係者とうまく連携を図り、職員一丸となって何度も看取りケアを行ってきた実績がある。開設当初から関わった経験豊富な職員も多く在籍し、本人、家族の安心につながっている。

開設以来18年を経過した事業所であり、これまでの外部評価には前向きに取り組み、改善を積み重ねてきた。今後も、利用者の思いを汲み取り、寄り添うケアの実践が期待できる事業所である。

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	法人の理念に基づいたケアをどのように実践するかを念頭に、職員一人ひとりが目標を立てている。また事業所の目標も年に一度設定し、実践に繋げている。	法人の理念をもとに、その内容をかみ砕いた心得がある。年4回理念を振り返る機会があり、理念への理解を深めている。毎年2月に職員全員で話し合っ、事業所としての年間目標を立てており、今年度は「入居者様の尊厳を大切にする」と言う目標を掲げている。「入居者ファースト」を心掛ける等、実践に活かされている。	
2	(2)	グループホーム翠風園 萌木ユニット 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	地区の自治会に加入しており、例年は夏祭りの参加や子供神輿の子供たちと入居者の交流がある。コロナ禍で地域との交流の機会に制限がある。	コロナ禍以前は、地域のイベントに参加したり、ボランティアの受け入れを行ったり、活発な地域交流があった。今後は少しずつ以前のような関係に戻したいと考えている。花や野菜、梅をいただく等の日常的な交流は継続されている。	
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	運営推進会議で認知症についてや施設に事例の紹介をするなど、現状を理解してもらえよう努めている。現在は書面にて報告している。		
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	会議の開催はコロナ禍の為、書面での開催となった。運営会議委員は、自治会長、地域包括支援センター職員や、他事業所の管理者に参加いただいている。常日頃より、相談や情報交換などお互いやり取りをしている。	併設されているデイサービスの相談室を会場に、定期的に会議が開催されている。広報誌などを使用して事業所の状況が伝わりやすいよう工夫している。他法人のグループホームの管理者が会議に参加していることもあり、活発な意見交換がなされている。会議録を家族に郵送する等、前回の外部評価であがった意見が活かされている。	
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取り組んでいる	生活保護受給の入居者もあり、日頃より連絡を取り合っている。地域包括支援センター職員には運営推進会議へ参加いただき、相談に応じていただいている。	地域の高齢者福祉事業所でつくるネットワークに行政担当者がメンバーとして参加しており、事業所の実情を把握してもらう機会となっている。日常的には、制度についての問合せや、感染症の対応等の相談にのってもらっている。行政による実地指導での意見を参考に、非常口付近の整理整頓を行う等している。	

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
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	年間の内部研修で、身体拘束について学ぶ機会を設けており、管理者から職員に向け伝達している。玄関の施錠は夜間のみにし、入居者が外に出て気分転換したい思いに寄り添う支援を行っている。	定期的に研修が行われており、身体拘束を行わないケアへの理解を深めている。屋外に出たがる利用者に対してやむを得ず一時的に玄関を施錠することがあるが、一緒に外を歩いたり、その人の歴史をひもといて行動の理由を考えるなどして、安易に身体拘束を行わないケアに取り組んでいる。センサーマットについては限定的に使用し、適宜使用に関して評価を行っている。	
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	身体拘束研修と共に、職場内研修で学ぶ機会を設けている。管理者が身体拘束と虐待防止研修を行い、職員に周知している。	身体拘束と同様、定期的に研修が行われている。不適切な言動が見られた場合は職員間で指摘あっている。アザなどの皮膚の状態にも気づけるようにヒヤリハットの書式を変更する等、虐待や不適切なケアを見過ごさないよう工夫している。	
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、複数の入居者が成年後見制度を利用されており、保佐人、後見人との関わりがあり、その中で職員が制度を学んでいる。		
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	申し込み時に施設の概要を説明し、入居前の見学やお試し宿泊も可能である。ご本人や家族が疑問、不安を口に出しやすいよう考慮している。		
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	管理者はじめ職員は、家族の面会時の対話を大切にし、家族の気持ちや要望を傾聴している。連絡ノートや業務日誌にて共有し、日々の支援に活かすよう努めている。	家族との間の情報に行き違いが無いように、メールや電話連絡のほか、面会時に細かく報告を行うようにしている。家族からの意見は業務の見直し等に役立てている。利用者からは日常的に意見を聞いたり、簡単な選択肢を設けるなど意思を表明しやすいよう工夫をしている。出た意見をもとに、会話や余暇が充実するように食事席の配置を変更する等している。	
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	毎朝の申し送り時間に管理者も参加し意見交換をしている。早急に検討が必要な事項も対応ができています。各事業所の管理者、施設長、理事長で構成されている経営会議が毎月開催されており、職員の要望を取り上げ反映させている。	朝の申し送りや午後3時のミーティングの時間が、職員の意見や提案を聞く機会となっている。光熱費高騰の折は空調の効率向上のためにサーキュレーターを設置したり、非常時のスムーズな避難のために屋内外の環境を見直す等、職員から出た多くの意見が運営に反映されている。	

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
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	毎月一回、代表者、理事、施設長、法人各事業所の管理者、評議委員が参加する経営会議が開催されている。その中で、事業所の問題や課題を取り上げ、職場環境の改善に取り組んでいる。職員の要望、現状を伝え反映している。		
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	コロナ禍において外部研修の参加の機会は減ってしまった。職員も希望者はリモートで外部研修の参加もしている。認知症介護指導者による内部研修を行っている。		
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	「みなふくネット」「新潟市南部地区地域医療連絡会」のネットワークがあり、同業者や多職種との交流や勉強会が行われている。今は、殆どがオンライン研修となっている。		
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	本人や家族からの聞き取りで様子を考慮して職員が接した状況などの情報を共有している。入居する前の施設やサービス事業所からも情報収集し参考にしている。		
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	入居が決定してから、面会時、家族と話をすることで、抱えている不安や困りごとを引き出して、理解している。その後も必要に応じて連絡を取り合っている。		
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	家族や入居前に担当していたケアマネジャーからの情報、以前のサービス内容などの情報を得て支援に活かしている。本人や家族の意向をよく聞き、可能な限り応えている。		
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	職員は、共に暮らす家族と考え、掃除や洗濯、食事の片付けなどを共に行い、入居者主体の生活が送れ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
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	面会や電話でのやり取りの際に、ご本人の様子をお伝えしている。また、予防接種や通院が必要な時には、家族による通院介助の依頼や、受診時の報告等をし共に支えあう関係を築いている。	家族の役割として、日用品の補充、通院、お小遣いの充当などをお願いしており、介護計画に盛り込まれているケースもある。「便り」を定期的に送ったり、居室担当の職員から、行事の際の写真を付けて手紙を送るなど、施設での生活の様子ができるだけ伝わるよう工夫している。	
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	入居時に家族から情報収集をしている。親戚との面会、墓参り、自宅で利用していたヤクルト宅配や歯医者との継続等、関係を継続出来るよう支援している。	自宅で生活していた頃に利用していたヤクルトの配達を継続できるようにしたり、日課として行ってきた「日報抄」の書き写しを継続できるようにするなど、利用者に合わせて支援している。本人や家族との会話の中で得られた情報をもとに、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。	
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	入居者一人ひとりの性格やお互いの相性を考慮して席や行動順を考え、良好な関係が保てる様に見守っている。トラブルになりそうな時は、職員が間に入っている。		
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	退所後も関係性を大切に、必要に応じて相談や支援に努めている。「いつでもお立ち寄り下さい」と声掛けをしている。近くに来たからと立ち寄られる方もいる。		
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	日々の生活での会話や様子から、願いや希望を受け止め、提供に努めている。意思表示の難しい方はご家族からの情報や生活の様子から本人の願いを汲み取るよう努めている。	毎年2月に、1年の目標を利用者本人に聞いている。日常生活の中では、入浴時などリラックスした場面での言動を本人の言葉で記録し、「連絡ノート」やミーティングで情報を共有し意向の把握に役立てている。意向の把握が困難な場合は、簡単な選択肢を設けたり、本人の反応を確認するなどして、本人本位に検討している。	
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	本人や家族への聞き取り、入居時、家族にセンター方式シート等から家族構成や、仕事、日々の暮らしぶりや人となり把握している。	入居前の担当ケアマネージャーや関係者からこれまでの暮らしに関する情報を得ている。入居した後も、本人や家族から得た情報を「センター方式」のアセスメントシートや介護記録に記録し、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。	介護記録や「連絡ノート」を活用して、情報の収集は十分に行っているが、情報が集約されておらず、ケアに活かしきれていないケースも見受けられた。得た情報が十分活用できるものとなるようさらなる工夫をお願いしたい。

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
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	業務日誌やケース記録、職員間の申し送りなどから、一人ひとりのその日の現状を把握している。本人から発せられた言葉や様子などもよく観察している。		
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	今年一年をどのように過ごしたいか、お一人お一人目標を決めていただき、プランに盛り込んでいる。その実現のために健康や日常生活、ケアについて考慮している。目標は家族に伝え、共有している。	介護計画は半年毎に作成されている。居室担当職員と計画作成担当者が、本人と家族の意見をもとに原案を作成し、全職員と看護師、デイサービスの栄養士等の意見を踏まえて介護計画を作成している。日々サービスの実施状況を確認し、介護計画を日常的に意識して支援を行っている。	
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	個別のケース記録、業務日誌、申し送りなどで情報を共有し、プランの実践ができていないかチェックをしている。モニタリングを行い、計画の見直しを行っている。		
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	入居者、家族の状況を把握し、ニーズについて随時家族と相談して対応できるように努めている。通院の同行や、買い物支援など、個別のニーズでの外出支援に応じている。		
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	ヤクルトの宅配サービスを契約し、本人が配達員から直接品物を受け取り世間話ができる環境を整える。訪問理美容、訪問歯科を利用する。地域の新聞を契約するなど、一人ひとりに合わせた地域資源を利用している。		
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	本人家族の希望を聞き、協力医、かかりつけ医の診療を受けている。通院が必要な医療機関への受診時や状況によって、家族の協力を得ている。往診時は、職員が立ち合い状況を伝えている。	入居時に本人及び家族等の希望を聞き、主治医を決めている。半分以上の利用者が、往診がある等利便性の高い協力医に主治医を変更している。内科以外は基本的に家族の受診同行となるが、医師に情報が伝わりやすいように情報提供書を提出している。状況に応じて職員が同行することもある。	
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	週に一度、看護師がバイタルチェックや皮膚トラブルなど全身状態を観察している。その際、介護職への助言や相談に乗っている。必要時は、受診に繋げている。		

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
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。	入退院時にはサマリーを用意し、病院関係者と連絡を取り合い、本人の身体状況を把握出来るようにしている。早期退院に向け家族、病院関係者と情報共有し、連絡を取り合っている。		
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	本人や家族の意向を尊重し、身体状況の段階に応じて重度化した場合や、終末期についての話し合いを重ねている。「看取りに関する指針」を本人、家族に説明し同意を得て、その都度話し合いを重ね、ケアの充実を図っている。	入居時だけでなく、利用者の身体状況の変化を見ながら、家族に事業所としてできること、できないことをしっかり説明したうえで、「看取りに関する指針」の説明を行っている。家族、主治医とうまく連携して開設以来何度も看取りを行ってきた。看取りをした後は、故人を偲ぶ会や、看取りに関する研修を行うことで、職員の心のケアを行っている。	
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	緊急時、事故発生時のマニュアルを作成し、整備している。研修を行いAEDの取り扱い方や、救急車を呼ぶ訓練を行っている。	緊急時、事故発生時に備えてマニュアルが整備されており、台所や脱衣室に緊急時の対応の手順が掲示されている。定期的に研修や心肺蘇生、通報訓練等が実施されており、職員は実践力を身に付けている。	
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	火災や地震、昼夜を想定し、避難訓練を行っている。地域の中学校を避難所として避難経路、移動手段の検討をしている。食料の備蓄や発電機など必要な備品を準備し災害に備えている。	火災や地震、水害等のマニュアルが整備されており、定期的に訓練が実施されている。消防署立ち合いの訓練の結果、のれんを防火用に変更する等の改善を行った。また、地域の避難場所である白根北中学校に協力をもらい、模擬的な避難を試みた結果を踏まえて、有事の際の検証を行った。	事業所内の災害に対する訓練は実施されているが、地域の人と交えた防災訓練は行われていない状況である。有事の際は近隣住民の協力が不可欠であり、地域との協力体制を築くためのさらなる取り組みをお願いしたい。
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	1人ひとりの人格を尊重し、温かみのある声掛けや、相手を敬う気持ちを持って対応をしている。勤務前に翠風園の心得や言葉使いに気をつける事を唱和してから勤務にあたる。	倫理や認知症、ユマニチュードの研修により、一人ひとりの尊重とプライバシーの確保について学ぶ機会がある。また、今年度は「入居者様の尊厳を大切に」と言う目標を掲げており、振り返る機会がある。不適切な対応が見られた場合は職員間で指摘し合える関係を目指しており、都度話し合ったりミーティングの際話題にしなが、利用者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。	
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	「私の願い記録」を使用している。職員が利用者の要望を聞き、行事計画をご本人と一緒に考え、外出をするなど、喜びを感じられるよう援助している。		

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	日常生活の中で本人の望む事が続けられる様、情報を記録し共通認識をもって援助している。一人ひとりのペースを大切に活動支援をしている。		
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	外出や行事の参加時や入浴後の着替え等一緒に選んでいただいている。整容に抵抗や拒否のある方には声かけや接し方を工夫するなどして納得してから髭剃りなどの支援をしている。		
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	食事の片付けなど、出来る範囲で一緒に行っている。入居者の嗜好に応じたメニューを取り入れた献立表を作成している。食べ物の好み等を聞きとり、献立やおやつに反映している。	栄養バランスが保てるよう献立は栄養士に確認をしてもらっている。利用者の嚥下状態、嗜好に合わせて食形態を変え、見た目にも配慮して食事を提供している。パンのバイキングやラーメンの出前をとる等の楽しみもある。近隣住民からいただいた梅を使って梅ジュースを作ったり、ハーブティーを作るなど、食事への関心と楽しさが高まるような支援を行っている。	
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	個々の状態に合わせて、刻み食やミキサー食を提供している。水分は起床時、毎食事、10時、15時、入浴後に必ず提供している。いつでも要求時に好きな飲み物が飲めるよう対応している。		
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	個々に合わせ、毎食後口腔ケアを行い、就寝前には、義歯をポリドント洗浄している。希望者は、歯科医師による定期検診、メンテナンスを行っている。		
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むけた支援を行っている	排泄チェック表で個々の排泄パターンを把握している。随時トイレ誘導を行い、トイレでの排泄、清潔保持ができるよう支援している。	利用者一人ひとりの習慣を踏まえて、簡易トイレを夜間使用してもらったり、自分で尿取りパッドの処分ができるように環境を整えるなどして、排泄の自立に向けた支援を行っている。その結果、リハビリパンツから布パンツへと改善した利用者もいる。	
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	主食に玄米を取り入れ、野菜を常時提供すると共に水分摂取を必ず行っている。椅子に座った体操や、園庭の散歩等、便秘予防に取り組んでいる。		

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
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、個々にそった支援をしている	入浴は個々の体調や気分を考え、希望に応え入浴を楽しんでもらえるよう努めている。入浴表を記入し、週に2～3日は入浴できる様声掛けをしている。	曜日を決めず、週2～3回の入浴としているが、排泄時に汚れてしまった際など適時入浴することができる。季節に応じて変わり湯や入浴剤を使用する等、入浴が楽しみなものになるよう取り組んでいる。入浴を好まない利用者に対しては、足浴を実施するなど無理強いしない対応を行っている。	
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	個々の睡眠パターンを把握し、夜間眠れない状況の時は昼寝をしていただく等、安心して眠っていただけるように努めている。		
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	各個人ファイルに服薬明細が記されており、職員全員で共有できるようにしている。当日の担当者が服薬の支援をしている。症状の変化に応じて主治医に連絡をとり相談し、継続変更などの対応をしている。		
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	食器拭きやテーブル拭き、タオル、衣類のたたみ物など積極的にして下さっている。歌が好きの方、塗り絵やパズルが上手な方、コーヒー、紅茶が好きの方等、一人ひとりが楽しめる事を見つけ支援している。		
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に支援している	コロナ禍の為、家族や地域の方との外出の機会が少なくなってしまったが、園庭の花や桜を見ながら散歩をしたり、車でドライブへ行ったりと気分転換を図れるよう、支援している。	利用者の希望を聞きながら車で外出できるようにしている。また、毎日敷地内を散歩したり、ゴミ集積所にゴミを出したり、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。	
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	お金は事務所の金庫で預かり、一部の方は、自己管理で少額を手元におくことで安心されている。使用時は職員が同行し、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	本人が希望された時に、事務所の電話を使用し家族等に電話ができるよう支援している。一部の方は携帯電話を持ち、家族と電話でのやり取りをしている。		

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	共用フロアーには季節ごとに桜や紅葉、ひな壇など時期のものを飾り、季節感を感じられる様に配慮している。また、共用スペースから中庭が眺められる様になっており、季節の花や草木を眺めて過ごせる様に工夫している。	リビングには、テーマを決めて季節ごとの花の工作が飾り付けられている。また、さりげなく季節の花も飾られている。大きなテーブルが3つあり、「外を眺めたい」等、利用者の気分に応じて座る席を変えることができる。トイレなどの表示は、認知症の理解の程度に応じてその人にとってわかりやすいものにする等の工夫もしている。	
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	共用フロアーで気の合う方同士で会話や趣味を楽しめるよう、また、1人になりたい方、2人で話をしたい方にも、要望に合わせて職員が席を作るなどして快適な居場所作りをしている。		
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	入居の際、本人、家族と相談し、使いなれたタンスや写真、仏壇、テレビ等、持ち込んでいただいている。ご本人が居心地よく過ごせるよう、花や家族の写真を飾るなどしている。	テレビ、ベッド、写真、携帯電話、仏壇等、本人が居心地よく過ごせるような物品を、本人や家族と相談しながら持ち込んでもらっている。入居時に本人や家族の意見を聞きながら室内の配置を行い、エアコンの風が気になる等の入居後の意見を受けてベッドの位置を変更したり、「トイレまでの距離が長い」等の要望に対して、下肢筋力の低下や利用者の身体状況に合わせて居室を柔軟に変更するなど、本人が居心地よく過ごせるよう様々な工夫を行っている。	
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	トイレ、浴室、居室等に名札を付け、場所が分かるように工夫している。ご本人の状況に合わせて食器拭きや洗濯物たたみ等されている。夜間は、足元灯をつけ、安全に一人での移動ができるようにしている。		

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				