

(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	1570400505		
法人名	報徳福祉会		
事業所名	グループホームこころつくし		
所在地	新潟県三条市西大崎二丁目4番10号		
自己評価作成日	令和5年11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	<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 外部評価機関「あいエイド新潟」		
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	令和5年12月14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)】

事業所は建物の二階にあり、一階はデイサービスと居宅支援事業所が併設された複合施設である。近隣に同法人が運営する保育園があり、園児が散歩途中に立ち寄り、歌やお遊戯を披露してくれたり、年間の様々な行事を園児と一緒に楽しみ触れ合う機会を沢山設けている。開所より23年が経ち自治会長を始め地域の方々や民生委員さんからご協力を得て掃除や地域行事のサポートの下、豊かで当たり前の生活を送って頂けるよう努めている。施設内は全体に広くゆとりのある造りとなっておりベランダでは茶話会や体操等が楽しめる程の広いスペースがある。施設を囲うようにベランダが続いており入居者はいつでも外気に触れ四季の移り変わりを感じながら歩く等運動する事が出来る。広い空間を生かし、お一人で過ごしたい方、気の合う方と過ごしたい方等関係性を考慮したスペース空間や入居者の動線に合わせた家具の配置を工夫している。また施設全体で入居者を見守る体制があり、デイサービスのレクリエーションへの参加や、不穏状態で一階へ下りた入居者を事務や居宅職員が見守ってくれたり、体調の急変や怪我等があった場合はデイサービスの看護職員がいつでも相談に応じてくれている。職員はここが入居者にとって心地よい居場所となるよう一人ひとりが入居者を取り巻く環境の一つであることを自覚して支援に努めている。

### 【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)】

事業所は、1階に通所介護事業所と居宅介護支援事業所を併設している建物の2階にあり、三条市で最初に開設したグループホームである。三条市から認知症カフェ事業の委託も受けており、平成12年10月の開設から23年に渡り地域で認知症介護の普及に努めてきた。地域の理解を得られるよう開設時から地域との交流に努め、草取り等に地域から協力を得たり、ボランティアの受け入れなど、積極的に連携を図ってきた。長年の認知症ケアの取り組みにより地域と深くつながっており、地域資源としてなくてはならない事業所となっている。

事業所は、1ユニットのグループホームとしては広く、ゆとりがある造りである。ベランダも広く、ひと回りできるような構造になっており、外出ができない場合もベランダを歩くことで外を散歩している気分になれる。事業所内の廊下にはソファや椅子を多く配置し、利用者がその時の気分で過ごしやすい場所が選べるようになっている。

管理者と職員には、普段からいろいろなことが話し合える関係が作られている。介護計画を作る際も、職員全員が自分の思うことを付箋に記入し、それを整理・分類しながらまとめるなど、職員全体で協働して利用者のケアに取り組み、常に利用者の笑顔や居心地の良さを第一に考え、できるだけ住みやすい環境づくりに努めている。

## 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	理念は開所当時に作られたものであるが、毎年職員で見直しを行い日々のサービス提供が理念の実践に繋がっているか確認している。また職員は常に尊厳や権利を損なわないケアを意識して実践している。	開設当初に作成した理念の基、毎月の部署会議などで理念の振り返りを行い、職員一人ひとりが今まで培ってきたものを大切にし、継続できるようにしている。理念はエレベーターの脇や職員が使うトイレの中に掲示して、いつでも確認できるようにしている。	
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	自治会長よりお声掛けを頂き地域の運動会やお祭りに参加し、ボランティアで参加している学生や住民との交流の場になっている。また買い物や行事の際は地域のスーパーや仕出し屋等のお店を利用し顔馴染みの関係が築けており、利用の際は声を掛けて頂き交流している。	今年度は、地域で行われた運動会や夏祭りに参加した。近隣の中学校の職場体験にも協力をしている。老人会の方々が年2回、草取り等の協力をしてくれたり、市からの委託で毎月認知症カフェ「こころ茶屋」を開催し、地域の認知症への理解を深める活動をしている。同じ建物の中にある3事業所が協力して、地域から依頼を受け、介護関係の出前講座も行っている。	
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	毎月開催する認知症カフェ「こころ茶屋」では利用する方々のニーズに合わせた講義や講座を開催し地域の方々へ認知症に対する理解や啓発に努めている。また相談窓口を設け常時対応にあたっている。	/	/
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	二か月に一回開催してホームの現況報告を行っている。日々の業務での疑問等に対しご家族や地域の方に意見を頂きサービスの向上に繋げている。頂いた意見は部署会議等で職員に報告している。	運営推進会議の出席者は、利用者とその家族、地域住民の代表、民生委員、自治会長、地域包括支援センターの職員、事業所職員である。2か月に1回の開催とし、今年度は新型コロナウイルスの感染状況も落ち着いたことから対面での開催にしている。会議では、事業所の状況や取り組みを伝えるほか、出席者から地域の行事などの情報を得ている。法人内の保育園との行事の開催場所について地域の公民館を利用してはどうか、などの具体的なアドバイスをもらっている。	
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	市より支援型認知症カフェの委託を受け必要な連絡を取りながら運営している。また介護保険等理解できない事は連絡を取り合いサポートして頂いている。	市から認知症カフェの委託を受けたり、市主催の虐待等の研修会に参加するなど連携している。認知症カフェ「こころ茶屋」の開催時には市の担当者が様子を見に来るなどの協力体制が取られている。	

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
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	定期的に研修を行い「禁止の対象となる具体的な行為」を理解している。施設職員全体で見守り体制が整っており玄関を含め施錠は行っていない。	コロナ禍を機にオンラインでの研修を取り入れ、部署会議などで受講者が資料を用いて復命を行っている。 事業所の入口にはセンサーが設置されているが、出入りの動きを確認するもので、利用者の行動を制限することにならないよう気を配っている。行動制限、身体拘束のないケアを実践している。	
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	施設内外で研修の機会を設け繰り返し研修を行う事で意識付けし不適切ケアがあった場合はその都度話し合い見過ごすことのないよう努めている。	身体拘束と同様にオンラインでの研修を行っている。部署会議の中でも不適切なケアの実例をあげながら研修を行っている。ケアを行う中で不適切と思われることがあれば、その場で管理者や職員同士で声を掛け合ったりしている。	
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	近年該当者が無く、制度の理解は不足しているが家族構成等の変化から必要性は感じている。12月に管理者が権利擁護に関する研修を受講予定である。		
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	契約を結ぶ際は十分な説明を行い、ご家族の疑問や不安事に答え、両者が納得した上で契約している。		
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	各入居者には担当職員がおり、責任を持ってご本人やご家族と向き合い意見や要望が言いやすい関係性を築けるよう努めている。得た情報は全職員が共有して運営に反映するよう努めている。また施設玄関に苦情・意見箱が設置されている。	利用者からの意見要望は、居室担当職員が普段の生活の中での気づきをもとに、「連絡ノート」や「要望・希望受付票」に記入し、職員間で共有を図っている。家族からは、面会時や受診で訪れた際、介護計画の説明等で電話をした時などの機会に聞きとっている。	
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	管理者は日々の業務で職員の意見や相談等を常に聴くよう努めている。また業務上の気づきや意見等は、部署会議で提案、検討して反映に努めている。	職員全員参加の部署会議を毎月開催している。会議の内容は事前に掲示して意見が出やすいよう配慮している。日々のことが書かれる「連絡ノート」で職員から意見があがることもある。職員からの意見は、施設内のリーダー会議で検討したり、施設長から評議会にかける等、検討を行っている。	

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
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	職員は年2回の自己評価で自己の振り返りを行い施設長、管理者による人事考課の後面談を行い職員の意向、相談等意見交換をしている。資格取得や研修参加の意欲も評価している。		
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	職員の経験や能力に見合った外部研修へ参加を勧めている。また普段より介護リーダーを中心にOJTを行ったり、部署会議内で研修時間を確保し施設内研修を実践している。		
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	市内のグループホーム連絡会や支援型カフェ連絡会等で同業者と交流の場があり、その場で得た情報や意見は持ち帰り業務に反映している。また昨年度は支援型カフェで相互訪問を行い、交流や情報交換が出来た。		
<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	事前面接でご家族と一緒に話を伺った後アセスメントシートを作成して職員間で情報を共有、把握している。また現在までの生活歴や性格等踏まえ意向、不安等を傾聴しながらご本人の理解に努めている。		
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	センター方式シートを用いてご本人、ご家族の要望、意見を伺い職員間で周知している。面会時や毎月のお手紙等で普段の様子を伝え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	入居前のサービス関係者からの情報交換やご家族の不安、困りごと、要望等詳しく聞き取り、ご本人とご家族が必要としている支援を見極め、サービス内容を説明している。		
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	ご本人が得意とする事や昔ながらの知識を發揮できる環境作りに努めている。また入居者同士の関係が良好に保たれるよう配慮し見守っている。		

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
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	ご家族には毎月お手紙で健康状態や日々の様子、写真等を添付して共有している。また衣替え等と一緒に頑張って頂き、本人の現状把握と関係性の継続に繋げている。コロナが5類になってからは積極的に外出、外泊支援も行っている。	毎月事業所から写真入りのお便りを発行し、利用者の様子を家族に伝えている。家族の役割として、受診同行や衣替え、必要物品を持ってきてもらうなどのことをお願いしている。行きつけの美容室に連れて行ってもらったり、外出や外泊をお願いする場面もある。必要に応じて、家族をお願いしていることを介護計画に盛り込んでいる。	
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	馴染みの美容院等がある場合はご家族の協力を得て継続し関係が途切れないよう支援に努めている。また馴染みの方に年賀状を出したり、本人の希望で故郷へ里帰り等も行っている。	昔馴染みの美容院へ行ったり、自宅の近くや馴染みのある場所へのドライブに行くなど、利用者に応じた対応をしている。また、新たな馴染みの場所を作るために、事業所の近くの神社やスーパーに買い物に行くなどの取り組みもしている。	
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	日々の様子や性格、認知症の進行状況等を考慮して一緒に作業を促したり、相互が助け合える場所を提供している。時には職員が仲介に入り円滑に関係性が築けるように支援している。		
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	退去後にご家族より現在の様子をお手紙で教えて頂いたり、お雛様のご寄付を頂いた。		
<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	センター方式シートを用いて、ご本人、ご家族のこれまでの生活歴、趣味趣向を記載して頂き本人の意向の把握に努めている。また意思表示の難しい方は、日常の言動より思いをくみ取り職員間で検討、共有している。	「センター方式」のアセスメントシートを用いて、利用者や家族から聞き取ったことを職員間で共有している。意向や思いを伝えることが難しい利用者に関しては、普段の行動や会話の中から読み取っている。家族からは、受診の同行時や面会の時に話を聞いている。聞いた内容は随時シートに追記しており、居室担当職員が変わったり、介護計画が変更になったときにはアセスメントシートを作り直している。	
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	入居時に本人やご家族からセンター方式のアセスメントシートに記入してもらい、思いや意向の把握に努めている。入居後新たに得た情報については随時センター方式に追記したりケア記録に記載し職員間で共有している。	入居時に、利用者や家族からアセスメントシートに記入してもらっている。入居前に利用していた事業所やケアマネージャーからも情報を得ようとしている。入居してからも利用者から新たな情報を聞くためにアセスメントシートの質問をうまく普段の会話の中に入れるなどして把握に努めている。	

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	日々の会話や作業の様子から個々の生活リズムや拘り、心身状態、有する力等観察、現状の把握に努めている。		
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	介護計画は一年に一回見直しを行っている。その際は全職員の意見を反映できるよう事前の部署会議で意見交換を行っている。また計画には家族、ボランティア、主治医、保育園等の役割も計画書に記載しチームで支援していくよう努めている。	介護計画の見直しは年1回、モニタリングは毎月行われている。 介護計画見直し時は、居室担当職員が利用者の希望や意向を確認した後に、職員全員が付箋に本人の様子や気づいたことを記入し、それを分類し貼り付け、全部が見えるようにして話し合いを行い、最終的には計画作成者と居室担当職員で介護計画を作成する仕組みとなっている。家族に対しては、面会に来てくれる方には直接、それ以外の家族には電話等で意向を確認している。モニタリングは居室担当職員が行い、全員に回覧して確認している。	介護計画の作成時に、利用者・家族、職員の意見を丁寧に聞き取り、家族への説明・同意は行っているが、利用者への説明の機会が持たれていない。介護計画は利用者主体での作成・同意のもと、実施されるものであることから、利用者も交えた担当者会議の開催や説明の機会が持たれることが望まれる。
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	生活記録はパソコンに記録して職員はいつでも確認出来る。また連絡ノートを活用して気づきや工夫、日々の情報を共有し実践や介護計画の見直しに努めている。		
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	ご本人とご家族の関係性や状況を踏まえ通院や外出等の支援を行っている。また衣類や必要物品等の購入を職員が代行する時もありご家族の状況に合わせ柔軟に対応している。		
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	地域行事の参加や地域住民が定期的にボランティアに来訪、保育園や学校生徒との交流の場が持っている。また日々の買い物店の協力や馴染みの美容室への継続等支援している。		
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	契約時、施設協力医による月一回の往診を説明しているが入居者、家族の希望によってはこれまでのかかりつけ医を継続できる。また内科以外の専門医は協力医と話し合い継続を依頼する場合もある。協力医以外の受診に関しては基本的にご家族に付き添いを依頼しているが、状況によっては職員が同行する場合もある。	事業所の協力医が月1回往診をしている。入居時に利用者や家族に希望の医療機関を確認し、協力医をかかりつけ医に変更することもできる。協力医以外の医療機関への受診は基本的に家族にお願いしている。家族が受診同行する際には利用者の症状を伝えており、メモなどを渡したり、病状によっては職員が受診同行することもある。	

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
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	併設のデイサービス看護師に入居者個々の情報を提供し状態を把握してもらっている。状態の変化に伴い相談、アドバイスを受ける事が出来る。		
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。	入院時は病院関係者へ入院時情報提供書を作成し情報提供を行っている。また入院後は退院へ向けての情報交換を行い居室内の配置等受け入れ態勢を整える等に役立っている。		
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	入居時に契約書に記載した事項に沿って、終の棲家ではない中間施設であることを丁寧に説明し本人や家族と方向性を共有している。状態変化があった時などは家族と随時相談して適切に住み替えができるよう支援している。また方針を明文化する事でさらなる理解が得られるよう検討中である。	入居時に契約書の内容に沿って、事業所の方針や限界を踏まえ、どこまで対応できるかの説明をしている。利用者の状態の変化に合わせて、適宜家族との相談を行い、必要に応じて特別養護老人ホーム等への入所申請も勧めている。	事業所としてできること、できないことやケアの限界も理解し、利用者の状況に応じ家族等への説明も行っているが、重度化の指針を作成することで、家族等の理解を進めることになり、より信頼関係が深まると考えられる。検討をお願いしたい。
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	緊急時対応マニュアルを職員は周知しており、年一回消防署職員による心肺蘇生法やAED使用方法の訓練を受けている。また急変や事故発生等が発生した際は職員間で対応の確認、再発防止に努め実践力向上に繋げている。	年1回消防署員による救急救命講習を受けている。緊急時は日中であれば1階デイサービスの看護師の支援も受けられる。緊急時のフローチャートも用意されており、部署会議の中でも具体的な対応や判断ができるように研修もしている。	
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、消防署の協力を得て火災を想定した避難訓練を実施している。また水害、地震等に備えた訓練などあらゆる災害に対応できるように体制を整えている。また日頃より備蓄品の整備と確認を行い、訓練時には非常食を使用する訓練も行っている。	避難訓練を年4回(火災2回、地震2回)実施している。自家発電設備や備蓄も3日分備えている。近くの河川の氾濫による水害時は、施設の2階で待機することを想定している。また、災害時に備え、施設長が近隣住民に対して協力をお願いをしている。	
<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なわない言葉かけや対応をしている	入居者一人ひとりの生活習慣や性格、思いの把握に努め、自尊心を損なわない声掛けを意識して日々のケアを実践している。	今年度接遇マナー研修を行った。トイレ誘導や排泄ケア、お風呂に誘うときなどの声掛けも他の人にわからないように気を付けている。耳の遠い利用者もいるので、声が大きくならないように心がけている。不適切な対応があった場合などは、その場で注意したり、部署会議などで話したりしている。	

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
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	日々の会話を大切に職員が個々に合わせ働きかける事でご本人の思い、望みをくみ取り、自己決定を直接的、間接的に導き支援している。		
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	施設側の一日の流れは在るが、個々の状態に合わせた生活のペースは大切に支援している。好む事や活躍の場の提供に努め、心地よい居場所となるよう支援している。		
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	洋服は季節に合わせた好みの洋服が選択出来るよう支援している。自ら選ぶ事が難しい方は職員と一緒に選んだり、起床時は洗顔や髪を整える等促している。		
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	献立は入居者の意向を聞きながら郷土食や行事食も多く取り入れ作成している。また畑で採れた野菜でおやつ作りや地域の方を講師に招いて笹団子作りや干し柿作り等行い今迄の習慣が継続できるよう努めている。また入居者は食事の準備や片付け等出来る事を担っている。	給食担当者が主菜のメニュー決め食材の発注を行っている。その他の食材は、週2～3回利用者と一緒にスーパーへ買い物に出かけている。食事は、主菜は決めてあるが、副菜に関してはその日の調理担当者が冷蔵庫の中にあるものや買い置きしてある食材を見て、利用者とともに毎日決めている。利用者の体重の増減や血液検査の結果を見て足りない栄養素等を摂るようにメニューを考えるようしている。	
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	食事量、水分量、食事形態等個々の状態に合わせて対応を行っている。また食事量の確保が困難な方は嗜好品等補食を提供したり、医師や薬剤師へ報告、相談に応じてもらっている。		
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	毎食後の口腔ケアは個々の力に合わせて声掛け、見守り、介助を行っている。また3か月毎に訪問歯科の口腔ケア、診察を受け異常があれば歯科医師に報告、連携している。		
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	職員は個々の排泄状況を把握し、入居者の羞恥心やプライドに配慮しながら、排泄の確認や必要な支援を行っている。	排便チェック表を使ったり、利用者の行動から排便等のリズムを把握して、必要に応じて声掛けを行っている。紙パンツや尿取りパッドなどは利用者の部屋に置いてあり、利用者自身が取りに行ったり、職員が持ってくるようにしている。	

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
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	便秘が及ぼす影響を職員は理解しており、食事量、水分量、排便は毎日チェックしている。また医師より処方のお薬は必要に応じて調節して自然な排便を促している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	浴室の構造上、曜日、時間帯は施設の都合となっているが、本人の気持ちに充分配慮して対応している。浴槽が広く、気の合う方でゆっくり楽しまれたり、ゆず風呂や菖蒲湯等季節を感じられるよう工夫している。	入浴は基本的に週3回は入れるようにしている。浴室には富士山の絵を飾るなどして、銭湯の気分を味わえるような工夫もしてる。浴室は個室ではなく、数名が同時に入れる大きさの掘立式の浴槽である。この特徴を活かして利用者が誘い合って一緒に入浴することもある。ゆず湯や入浴剤を使って変わり風呂も楽しんでいる。	
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	個々の心身の状態、習慣に合わせて休息を促している。夜間安眠出来るよう日中の活動量の確保やお部屋でなく、共同生活の空間内で人の気配を感じながら安心して休息出来るスペースを設置、提供している。		
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	薬局より居宅療養管理指導を受け、医師との連携や薬の知識、理解に努めている。変化があった場合はいつでも相談に応じて頂ける。		
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	個々の生活歴や得意とする事を把握して家事作業、裁縫、畑作業等役割を持つ事で力を発揮、嗜好品、楽しみごとは本人に合わせて気分転換が出来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に支援している	個々の体調や状態に合わせて近所へ散歩や日々の買い物で外出支援している。また誕生日等の特別な日は本人の希望する場所へ出掛けたり、近所のお店へ好きなケーキを買いに行っている。	道の駅や食堂へお昼を食べに行ったり、レストランでスイーツを楽しんだり利用者の気分転換になるように外出している。誕生日には個別に、利用者の希望に合わせた外出を行っている。日常的には近くの神社へ散歩に行ったり、近隣のお店にケーキや花を買いに行ったりしている。職員体制等により外出が難しい場合には、事業所の広いベランダを使ってお茶会や体操を行い、気分転換を図っている。	
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	個々の金銭管理は行っていないが、日々の買い物時や外出行事等でお金を所持して買い物を楽しむ機会を設けている。		

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
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	近年は携帯電話を持ち込む方が増えておりご家族や友人と電話が出来るように必要な方は支援している。		
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	壁には共同で制作した季節に合わせた作品を飾り季節感を感じて頂いたり、個々の生活リズムに合わせ音、光、温度等配慮に努めている。共有空間はそれぞれの動線を観察して家具の配置等工夫している。	事業者内の廊下は広く、窓も大きくて光が良く入り明るい。廊下の両側に居室があるため手すりの設置が難しいが、広い廊下の中央にソファや椅子などを置いて、伝いながら歩けるようにしたり、利用者が思い思いにくつろげる場所を用意している。事業所内の飾りつけは季節感を大切にあまり華美にならないようにしている。春から秋はベランダにプランターを置いて季節の花を植えている。プランターに植える花を利用者と一緒に買いに行き、水やりなどもお願いしている。	
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	ソファやベンチ、テーブルを随所に配置して独り心穏やかに過ごせたり、気の合う方同士で過ごせるような居場所作りを工夫している。それぞれの居場所が定着しており、お互いの関係性を観察して良好に保てるよう支援に努めている。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居時にご家族と相談しながら馴染みの家具を配置する等住み慣れた環境を意識して配置している。また心身の状況に合わせ担当職員と一緒に居心地の良い環境作りを工夫している。	入居時に自宅から馴染みのものを持ってきてもらうようお願いし、できるだけ自宅と同じレイアウトになるように家具等を配置している。利用者の希望に合わせ、ベッドを置いたり、畳を敷いて布団で寝ることもできる。部屋が広いので、利用者の生活に合わせてベッドを縦にも横にも置くことが可能である。	
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	建物内部は手すりが無く、個々の能力を生かし、個々の動線に自然な形で家具を配置して身体機能をカバーできる工夫をしている。随所に視覚支援を行い自立を促している。		

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				