

(様式2)

令和 4 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	1591300098		
法人名	社会福祉法人吉田福社会		
事業所名	グループホームあさひ(2ユニット共通)		
所在地	新潟県燕市吉田旭町1丁目6-23		
自己評価作成日	令和4年11月15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1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)】

・市街地中心にあった閉園した保育園を改修し、平成24年10月1日にオープンした6名定員でスタートしたグループホームです。地域名称も地域と同じなため、地域の方に慣れ親しんだ呼称となっています。商店街に囲まれ「市」もすぐそばで開かれ、駅にも3分と人が集まりやすい立地となっています。街中は独居の高齢者が増加傾向で、支援が必要となる方が多くなってきている。併設している小規模多機能居宅介護施設とグループホームにて地域を支えられるように工夫している。法人の理念である「住み慣れた場所でいつまでも・・・」を目標に支援している。平成28年4月には定員を9名に、今年度4月からは2ユニット11名に増床を行っている。

【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、平成24年10月に保育園の建物を改修し、小規模多機能居宅介護事業所と併設した形で開設された。開設当初は定員6名でスタートし、現在は地域の実情やニーズをふまえて、2ユニット・定員11名の事業所として運営をしている。

もともと商店街の中にあつた保育園の建物を改修した事業所であるため、開設当初から地域住民の認知度は高く、地域の自治会にも加入し、今年は班長も務めている。地域の認知症高齢者や障害者の災害時の福祉避難所としても指定されている。

利用者や職員の中には、町内の出身者や居住者もあり、併設の小規模多機能型居宅介護事業所に通ってくる利用者とは活動フロアが隣接しているため、顔見知りの利用者との交流も容易にできる環境である。食材や日用品も近隣商店から購入しているほか、現在はコロナ禍であり自粛しているが、利用者と一緒に散歩がてらおやつ等の買い物に出かけるなどしていた。

また、地域の医院が協力医となっており、訪問看護ステーションとも医療連携が図られているため、健康管理や希望者に対する看取り対応等についても、医師・訪問看護師・家族・事業所間の連携がしっかりと取られている。

このように、地域に根ざした運営がされている事業所である。

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	管理者と職員が一緒に作った、理念の基づいてケアを実践している。日々のミーティングや月1回のあさひ会議で確認している。	事業所の理念「急がず、あわてず、ゆっくりと」は、開設時の職員全員で話し合い作成したものである。玄関や事業所内に掲示され、年に1度職員会議等で共有がされている。	
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、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	自治会への加入。地域交流への参加。または、買い物はできる限り地域を利用している。燕市全体の避難訓練にも参加。地域の一時避難所としての役割を果たしている。	町内の自治会に加入しており、本年は町内の班長を務めている。また、事業所は、地域の認知症高齢者・障害者の災害時の福祉避難所として登録されているほか、事業所の駐車場を地域住民に必要なに応じて一時的な駐車場として開放するなどしている。地元の商店街から食材を配達をしてもらったり、利用者の作品を事業所前の掲示板に展示してみてもらうなど日常的に交流している。	
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	当法人の地域交流委員会にて認知症の研修を行っていたが、コロナ禍では難しく行っていない。月一で認知症カフェを行っていたも実施していたが、今現在は行っていない。		
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	運営推進会議は昨年度・今年度ともに書面報告にて行っている。事業所の報告とや困難ケース、の報告を書面にて伝え、意見を求めている。	コロナ禍以前は、利用者代表も推進会議のメンバーとして出席し会議が開催されていたが、現在は書面報告が中心であり事業所の活動内容等の報告や利用者の困難ケースを中心に書面での意見交換を実施している。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者や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	市の介護保険係や包括支援センターが運営推進会議の構成員になっていて、助言や指導を頂けている。困難な事例や相談事も積極的に行っている。	市の福祉課介護保険係や地域包括支援センターの職員は事業所の運営推進会議の構成員にもなっており、事業所の状況を共有できている。利用者の状況の共有や生活保護や緊急で利用が必要な方など困難ケースの相談、その他感染症対策等事業所の運営に必要な情報の提供を受けることができている。	

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
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	身体拘束はしなことが当たり前と認識し支援を行っている。日中は玄関の施錠はせず、自由に入出りができるようにしている。	「身体拘束・虐待適正委員会」を事業所内に設置し、身体拘束をしない支援について話し合いをしている。委員会は3ヶ月に1回開催されており、その内容は事業所の会議等で周知され共有されている。	
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逃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、虐待についての意識づけを行っているが虐待が疑われるケースについては包括支援センターに連絡を取り合い共同にて対処できるようにしている。身体拘束同様に研修を行っている。	「身体拘束・虐待適正委員会」で不適切なケアや利用者への言葉かけのあり方等について話し合っている。地域包括センターの職員等を講師としての権利擁護に関する職員研修を企画するなどの取り組みをしている。職員のストレス軽減に向けて、上司が話を聞いたり、産業カウンセラーが相談に乗る体制がとられている。	
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	会議等において権利擁護と成年後見制度について実例を挙げて話を行っている。		
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	契約の際には、利用者家族に十分に説明をして理解や納得を得ている。		
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	面会時や電話連絡等にて意見要望を伺っている。また、法人全体で利用者・家族に定期的にご意見承り書を発送し意見・要望をお聞きして、それに対する回答を示している。	基本的に居室担当職員を中心に、面会時や電話連絡時等を利用して家族から意見や要望を聴くなどしている。法人としても年1回、利用者・家族に対してアンケート調査を実施し、意見や要望に対応している。	
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	事業所会議や毎日のミーティングにて、自由に意見や提案を出してもらっており、運営に反映させているように努めている。	目標管理制度の個別面談の機会を活用し、職員から意見を聞く機会を設けたり、毎日のミーティングや職員会議等で意見を出し合い検討し、運営に反映させるようにしている。	

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
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	管理者は毎月職員の前月の勤務時間を確認している。やりがいを持って働けるように、法人内で福祉職員キャリアパス研修を実施しキャリアデザインシートを活用し各自目指すキャリアデザインを示してもらい面接にて確認してもらっている。		
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	キャリアデザインシートの活用で自分が目指した職業人としてのキャリアビジョンを確認しそれに向けたアクションプランを相談し決めている。		
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	コロナ以前は、燕市・弥彦村で地域密着サービス連絡協議会あり情報協交換や研修を行っていたが現在は休止中。いつでも連絡や相談・情報交換ができるようになっていく。		
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	サービス利用前にご自宅訪問し、本人の不安要素や困っていることに耳を傾け、安心のための関係づくりに努めている。入所前の見学も行っている。		
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	本人との信頼関係同様、困っている事、要望等に耳を傾けまた、施設見学などを提案し信頼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	本人の状態介護レベル、医療面の内容等を検討して、医療連携を結んでいる訪問看護サービスや専門医の紹介など対応している。		
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	利用者のできる事を見極め、食事の準備や洗濯もの干したり、食器洗いなどできる事の継続や楽しみながらでき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
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	受診もできる限り家族の協力をお願いしている。必要な物の購入や嗜好品の購入を家族の役割として定期的に持参をお願いしている方もいる。本人の状況を2か月に1回写真付きでお便りを送っている。	現在はコロナ禍のため面会の制限もあるが、定期的にお便りとして利用者の様子を写真や文書で伝えるようにしている。状態や日々様子が細かく書かれており、家族から感謝されている。利用者の通院等受診については、基本的に家族にお願いしているが、症状や場合によっては事業所が対応するようにしている。	
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	コロナ禍で難しい状態であるが、入居してから面会に来てくれたり、関係が途切れないようにしている。小規模多機能が併設しているため、通いのご利用者に昔からの仲間がいられ話が出来る環境にはなっている。	コロナ禍以前は、希望があれば墓参りに行くなど馴染みの関係が途切れないように取り組んでいた。現在は感染症に配慮した中で、知人との面会、併設事業所を利用する友人等との面会ができるようにしている。	
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	グループのご利用者同士の人間関係の把握だけでなく併設した小規模多機能のご利用者との関係も考えての支援に努めている。		
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	契約終了があっても、その後の経過の報告や相談を行っている。死亡退所が多く、なかなかその後の来園の機会も少ないのが現状。		
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	日々の関わりの中でひとりひとりの思いや意向把握にと努めている。困難な場合は、家族等から本人の人柄や性格、こだわりを聞いたりして把握に努めている。	職員は日頃から、利用者との関わりの中で、思いや要望を話しやすい雰囲気づくりに努めている。食べ物の希望や、「歩けるようになりたい」「物忘れが心配…」など意向が聞き出されており、介護計画のもとになっている。	
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	他の事業所を利用していた場合は担当ケアマネからと、家族・本人との面談により情報の把握に努めている。また、実際にサービス利用を提供し関わる中で新たに発見した情報は記録し以後サービス提供の内容に盛り込むよう努める。	入居前の担当ケアマネジャーや利用していた事業所からの情報提供、本人・家族・関係者からの情報提供を受けるようにしている。また、入居後に新しく把握した情報はアセスメントシート等に随時追記して、支援に活かしている。	

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
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	ご家族からの情報、職員の関わりの中で得た情報は他の職員への伝達や日誌へ記入する等をして最新情報の共有、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	職員とケアマネが情報を共有し、ケアマネが作成した介護計画をお互いに確認している。必要であれば修正し、より良い計画になるように努めている。	介護計画の作成にあたっては、入居前の面談等で利用者・家族の要望を聞き取り計画案を計画作成担当者が作成し、それを基に職員間で検討をし修正をするなどしている。これまでの生活歴や本人の意向をもとに計画がつくられている。毎日のサービス提供記録、及び居室担当者が月1回実施するモニタリングの結果等をもとに、月1回計画作成担当者が評価し、計画の見直しや修正につなげている。	
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	日々の記録は、事実やケアの気づきを具体的に記し、情報として共有し見直しに生かしている。		
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	○○が食べたい。○○したいが聞かれた時には柔軟に対応し、自ら発言できない方には会話の中からしたいことを聞き出している。○○に行きたいは、今は対応が難しいことが多いが、今後対応ができるように考えていきたい。		
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	コロナ流行前には、近くの市に買い物に行ったりしていたが今は少し休んでいる。町内の行事には参加している。		
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	入所しても以前からのかかりつけ医への継続した受診を行ってもらい、可能な限り家族に同行をお願いしている。受診が困難になった時には、家族と相談し往診できるところに変更も可能とお伝えしている。	入居後も引き続き、これまでのかかりつけ医への受診も可能であり、受診は原則家族にお願いしている。家族が遠方で対応できない等の事情や症状に応じて、職員の同行も実施している。家族による付き添いの際も、医療機関への情報提供と共有を適切に実施している。	

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
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	訪問看護ステーションと医療の連携を行い、その都度相談や連絡を取っている。また介護職員は日々の関わりの中で普段の利用者のちょっとした変化看護師に報告し、適切な看護を受けられるように支援している。		
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。	ご利用者が入院した場合は、介護支援専門員を通し病院の相談員と連携をとっている。また、入院先に訪問できる時には訪問し目で見て、看護師からの情報を頂き、退院後の生活の準備を行っている。		
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	重度化や終末期については、主治医、家族、ケアマネが協議し対応を確認している。訪問看護にはその内容を報告し連携している。職員は本人の状態を見ながら家族と相談しながら最後の最後まで安心して暮らせる支援を行っている。	利用者・家族の希望があれば最後まで安心して暮らせるように「看取りに関する指針」やマニュアルを作成し、事業所内での急変時の対応体制、地域の内科医院、訪問看護ステーションとの連携体制を整備している。看取りの研修をしたり、看取り介護を終えた後に支援方法について振り返りが行われている。	
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	職員は、救急救命講習を定期的に受けている。(コロナの流行にて休んでいる。)3年1回は受講。施設内にはAEDを設置している。地域にも設置場所であることを伝えている。	コロナ禍のため現在は実施できていないが、職員全員が3年に1回救急講習を受けることになっている。また、事業所にはAEDが設置されており、地域に向けても利用可能であることを周知している。	救急講習の受講を定期的実施しているが、全職員が利用者の事故発生時等の対応をより適切に実施するためのスキル向上にむけて、応急手当等の講習会の企画が期待される。
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	災害計画に沿って避難訓練や点検を計画的に行っている。避難訓練は利用者も参加して実施している。また、地域とも災害時の協力に関する協定を結んで	災害発生時のマニュアルの整備が実施されている。災害計画に従って、利用者も参加して年2回の避難訓練を実施している。また、所在地の自治会長とは災害時に備えて、避難訓練の実施状況などの情報の共有をしている。また、事業所は、地域の認知症高齢者や障害者の福祉避難所にもなっている。	災害時の食料や日用品は、ある程度は備蓄にされている。今後は、備蓄品のリスト化や定期的なチェックなどの管理体制づくり、関係事業所との連携等の仕組みの整備が望まれる。
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	ケアの場面では、その都度声をかけてから支援を行うこと、返答を待って同意を得てから支援を行うことを心掛けている。	プライバシーの配慮が必要な場面では、利用者の不安をおったり尊厳を損なわないように言葉かけに注意している。接遇等に関して、現在はオンラインで研修を受講している。	

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	思いや希望を口に出して言える人は、希望に沿った支援を行い、言葉で表現が難しかったり表現自体が困難な方には家族と相談したり、今までの生活を考えこの人ならばを考え支援を行っている。		
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	その人・その日を大事にし、趣味や興味に合わせ天気の良いときの散歩・塗り絵・ゲームや歌等を相談し支援している。 外出・買い物等は現在制限を行っている。		
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	自分の着る服は入浴時や朝の着替え時に相談ができるようにしている。 自力で着替えが可能な方は、好きなものを選び着替えている。 現在買い物に出かけることが困難なため、家族等の購入はお願いしている。		
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	大根やジャガイモ等の皮むき・カットをしてもらったり、ゴマを擦ってもらったり、和えただく手伝いをお願いする。 お盆を洗ってもらったり、茶碗を吹いていただくことは役割のようにしてくださる。	日頃から利用者一人ひとりの好き嫌いを確認し、できるだけ好みのものを提供するように努めており、代替品を提供することもある。月1回、利用者のリクエストメニューを提供している。また、野菜の皮むき等の下準備や食事後の片付け等、個々の利用者のできることを職員と一緒にするようにしている。	
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	食事量の確認や毎月1度は体重測定を行い栄養状態の評価している。急に体重が減った場合には主治医に相談する。必要によって法人内のST等に相談し食事形態も指導を受ける。		
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	食事後は毎食後歯磨きを行っている。できる限り自分で行っていただいている。 希望の方には訪問歯科診療も活用している。		
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	トイレでできる限り排泄ができるように、本人に合わせた排泄方法について相談をしている。リハビリパンツやパットについても本人に合ったものを使用している。	排泄表等を活用して、個々の利用者の排泄パターンを把握しながら、トイレでできる限り排泄ができるように取り組んでいる。また、リハビリパンツや尿取りパットについても、本人の体に合わせた物を使用するようにしている。	

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	排便コントロールについては主治医と薬剤師と連携して行っているが、水分や乳製品等での工夫を家族と相談して行っている。		
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	小規模多機能と併設しているため入浴設備も共有している為、曜日や時間はある程度決めていただいている。しかしその日の体調や希望を聞いて対応も可能である。	併設の小規模多機能型居宅介護事業所と入浴設備を共有しているため、入浴設備や入浴日、時間に制約があるが、本人の身体状況に合わせた入浴設備を使用し、入浴日や時間などについてもできるだけ希望に対応している。また、季節に応じてしょうぶ湯やゆず湯を楽しんでもらえるような日も設定している。	
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	自分の部屋は自分の好きなように配置し、自分の空間づくりを行っている。壁にお気に入りの絵や写真を貼ったり、クローゼットの中も自分の好きなように整理したりしている。		
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	個人用ファイルには薬剤状況も閉じている。内服は療養管理指導を行い主治医・薬剤師・事業所で共有できるようにしている。		
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	各自の趣味や楽しみを聞き出し、可能な限り支援している。現在は外出が限られているが、食べたいと希望したものの購入したり手芸や折り紙、歌詞カードを見て歌をうたったりと自分の楽しみの時間を作っている。		
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	地域の行事に可能な限り参加し、気候の良いときには近所に散歩に来るときもある。以前は花見や紅葉を見に行っていたが、ドライブにいき車中から眺めている。	コロナ禍ではあるが、天気の良い日には近所への散歩や感染症対応をしながら地域の行事に可能な限り参加するようにしている。敷地内での花見やドライブに出かけて車の中から紅葉などの四季を楽しんだりしている。	
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	個人のおこずかいは事業所にて管理し、外出時には自分で財布から支払ってもらっている。なかなか支払いが困難な時には声掛け等に支援を行っている。		

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
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	本人から希望があったり、家族や親せきから荷物が届き、到着やお礼の連絡は電話連絡を行っている。手紙の希望あれば、支援しだすことができる。		
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	季節に合わせて壁面がかざってあったり、壁には写真を飾り、楽しかった行事の様子が見てわかるようにしている。室温は換気をしながら適温になるように調整している。	共有空間は、小規模多機能居宅介護事業所の共有空間と隣接しており、定期的に換気をしながら適温になるよう配慮がなされている。利用者・職員が共同制作した季節感のある装飾が壁に飾られ、明るい雰囲気がつくられている。共有スペースのやや死角になる場所には2人がけの長椅子を用意し、少人数で落ち着ける空間を設けている。	
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	オープンキッチンを挟んで、小規模スペースとグループホームと別れているが、本人の居心地のよい場所で過ごすことができている。		
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	本人の意向や状態に合わせての部屋づくりを行っている。在宅で過ごしてきた時と同じようにや、使い慣れた物の持ち込み等も行って自分らしく居心地の良く過ごせるようにしている。	居室にはベッドと収納スペースが備え付けられており、使い慣れた家具なども自由に持ち込まれている。家具等の配置は、認知症の症状等に合わせた工夫をしている。居室内の清掃等は基本的には職員が実施しており、室温も含めて適切に管理がなされ、居心地よく過ごせるように配慮がなされている。	
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	トイレや浴室には大きい字やマークで示している。ご自分に好きな時に行き、横になることもできる。一人になりたいときや作業を一人で行いたいときにはお部屋で過ごしていただけている。		

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 ↓該当する項目に○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				