

(様式2)

令和 3 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	1591300205		
法人名	社会福祉法人 吉田福祉会		
事業所名	グループホーム長善のさと(2ユニット共通)		
所在地	新潟県燕市粟生津55番地		
自己評価作成日	令和3年11月6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4年1月16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)】

開設して5年が過ぎました。小規模多機能サービスと併設のため家庭的な雰囲気とは少し違う環境ですが「壁・仕切りのない間取り」を活かしてご利用者同士の交流にも重きをおいています。忙しくてもバタバタしない・大きな耳障りな声は出さない・ゆったりとした環境作りを大切にしていこうという開設時の思いを職員は日々心がけており、その成果かご家族や外部の方から「ゆったりしているね。」とよく言われます。また、良い技術を持つ前に良い心と温かいケアが提供できる職員であってほしいという開設時の管理者の言葉も大切にしています。しかしながら避けては通れない重度化という現実も年々表面化・深刻化してきており、良い技術も兼ね備えた職員になれることを今は目指しています。R1/12より3名分増床し、2ユニットのグループホームになりました。ユニットとしては分かれましたが、環境は変えずにこれまで通りご利用者各々の思いを第一に考えたケアを継続しています。もともとこの地域は、子どもから高齢者まで地域の皆で支えようという団結力があり、様々な行事や交流があります。当施設も地域行事はもちろん、小学校や保育園も近所なので様々な交流をしてもらっており、一言で「良い地域だな」と実感しています。このところコロナ禍の影響で地域の行事が中止や規模縮小となりました。そんな中でも全く関係を持たないのではなく、事業所の情報誌は今まで通り回覧したり、小学校や保育所とはプレゼント等のみを交換したり、できることを継続しています。

### 【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)】

空き家になっていた古民家の譲渡を受けリノベーションののち、平成28年に事業所を開設した。庭園や蔵もそのままに、平屋建ての広い施設内には所々に民家当時の梁や柱、引き戸などが再利用されている。

開設当初はグループホーム9名、小規模多機能型居宅介護18名でスタートしているが、地域のニーズに照らし合わせグループホームを12名(2ユニット)に変更している。敷地内にはシェアハウス(福祉型住宅)が隣接されており、介護保険対象外の方や低所得者などの福祉ニーズにも応えられるように取り組んでいる。

母体法人は燕市の旧吉田地域を中心に、30年以上に渡り、高齢者、障がい者、児童などの福祉全般を担ってきた社会福祉法人である。主に小学校区を拠点とした地域密着型サービスの展開により、地域に根差した事業運営が行われている。

事業所の職員はあえて、グループホーム、小規模多機能型居宅介護のサービスごとに分けられず、全職員で丸となり全利用者のケアにあたっている。利用者も事業所内の好きな場所で好きな人同士、それぞれ思い思いに自由に過ごしている。法人の理念である「地域で暮らす喜びをいつまでも」を念頭に置き、地域とのかかわりを大切にしながら利用者主体のケアが行われている。

## 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	開設時に理念を職員で考えた。その後は年度当初に理念を振り返り、共有している。異動や産休等で開設時と職員もほとんど入れ替わっており、職員の中でずれ違いが起きることもある。必要時は理念やその考え方を確認しあっている。	開設時に立てられた理念を、毎年度始めに振り返りながら継続してきている。管理者の変更に伴い改めて理念について検討していくことを考えているところである。理念を念頭に置いた中で、利用者のペースを大切に、職員は慌てず急がず落ち着いて行動できるように配慮している。	
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	行事が多い地域だが、コロナ禍によりご利用者の参加はなし。行事自体も中止や縮小となった。保育所や小学校から壁飾りが送られたりといったお互いできる範囲での交流は行なっている。	隣近所に事業所の関係者が居住していることもあり日常的な交流は現在も続いている。コロナ禍ではすぐ近くの小学校とも直接の交流は出来ないが、特別支援学級の生徒さんが作ったカレンダーを頂いたり、保育園児の作った貼り絵を届けてもらっている。地域の行事やイベントがあれば積極的に参加している。	
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	例年、認知症についての勉強会を民生委員と協力して行なっていたがコロナ禍以降行えずにいる。事業所の情報誌発行は継続しており地域の回覧板でも回覧し、支援方法等を発信している。	/	/
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	今年度は書面による開催だが、運営推進会議の委員からは、意見や助言を頂いたり、地域の情報交換ができています。日常的に関わりのある方も多く会議時以外でも意見交換の機会がある。	コロナ禍により書面開催を余儀なくされているが、会議録を委員に直接届けることで顔の見える関係を継続している。地域の行事が再開した時に参加できるように情報収集に努めている。以前の会議の中で防災訓練についての意見を得て、事業所周辺の消火栓の場所の確認を行なっている。	
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	密な連絡は取り合っていない。運営推進会議に市の担当者が参加しているので運営等の報告はできている。	市役所が近いので運営推進会議の資料などは直接担当者に届け手渡している。日常的なやり取りは電話やメールで行なっているが、訪庁することも多い。コロナ禍以前は市の管轄する事業者の連携会議なども活発に行われていた。	
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	身体拘束は行なっていない。事業所の研修計画で年1回は身体拘束の研修を実施している。他、事業所内の委員会や事業所会議で3か月に1度身体拘束について話し合っている。	身体拘束防止マニュアルが整備されており、定期的な学びの機会が計画されている。最近ではオンラインで配信された「不適切ケア」についての研修を視聴し、身体拘束の防止に努めている。	

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
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	事業所の研修計画で年1回、虐待の研修を実施している。(身体拘束についてと兼ねて委員会があり、定期的に話し合っている。)	虐待防止マニュアルが整備されており、定期的な学びの機会が計画されている。管理者からは常々、言葉掛けが威圧的にならないように、利用者のペースで急がずゆっくりと対応することを職員に伝えている。	
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	虐待防止の研修に関連付け、大まかではあるが権利擁護に関する研修を管理者を中心にこなした。		
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	内容をわかりやすく説明するよう努めている。不明な点等ないか、確認しながら進めている。		
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	意見箱が玄関に設置してある。法人で年1回ご利用者、ご家族に意見や要望等のアンケート「ご意見承り書」を送付している。意見をもとに事業所のケア等の改善に努めている。	年に1回、法人として利用者家族にアンケートを実施しており、集計結果を各事業所にフィードバックしている。今のところほとんどの利用者が意思表示が可能であるため、毎日のケアの中から意見や要望の聴き取りが行なっている。	
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	職員会議を毎月開催している。職員が意見を言える場になるよう、事前に用紙に意見を記入してもらっている。年2回の面接の他、年1回法人に対して直接意見を言える機会もある。	人材育成制度の一環として6ヶ月毎に自己評価を元にして上司との面接が行われている。また年に1回、意見や要望、それぞれの思いなどを書面により法人上層部に提出する機会が設けられている。毎月の職員会議では事前に議題を募り検討できるようにしている。	
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	年2回の上司との面接で目標や実績を評価し向上心を持って働けるよう、思いを聴きとる努力はしている。職員のストレス緩和のために法人でカウンセラーを配置している。		
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	通常は外部研修や近隣の法人のGHとの交換研修を実施しているが、コロナ禍により中止となっている。法人内で企画されている研修は可能な範囲で参加している。		

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
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	燕・弥彦地区の全GHとの意見交換が定期的に行なわれていたが、コロナ禍により休止中。必要な情報交換は電話やメールで行なうようにしている。		
<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	事前面接において、ご本人、ご家族の現状と意思を確認させて頂く。資料を鵜呑みにしたり、先入観を持たないよう気を付けている。また要望にはできる限り応えるようにはしているが、できないことは伝えている。		
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	ご家族のこれまでの苦勞を受け止めて話を伺うように心がけている。特に入所後等はご家族に安心して頂けるよう、様子をこまめに報告するよう努めている。		
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	入所申込みに来られても、即入所に結び付けることなく、緊急性によって他のサービスを紹介・提案することもある。		
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「介護者の立場」ではなく「一緒に暮らす立場」であることは共有している。上からではなく常に「隣にいる立場」でありたいと考えている。人生の先輩であるご利用者に対して尊敬の気持ちを持ちながら「共に過ごす」という形を作っている。		
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	入所後もご家族との関係が保たれるよう、毎月状態報告書を郵送している。現在は面会に制限があるが、面会の際には極力居心地よく過ごしてもらえるよう配慮したり、ご本人の近況を伝えてご家族の思いもお聞きするようになっている。	担当職員が直筆で書いた利用者の「状態報告書」を家族宛に送付し、グループホームでの生活状況を知ってもらえるように努めている。事業所で預かっている小遣い金の持参をお願いしたり、日用品の購入、趣味の活動に必要な材料を持ってきてもらうなど、家族と協働のもと利用者を支えている。	
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	ホームに入所しても今までの暮らし続けた地域から切り離さないよう、馴染みの場所に出かけられるよう心掛けている。今年度はドライブや散歩を中心に、馴染みの場所へ出かけるようにした。	小規模多機能型居宅介護の利用者が区別なく毎日一緒に過ごしているため、馴染みの関係が築かれている。事業所のすぐ近くの家から入居されている利用者があり、畑仕事をする家族の姿をいつでも見かけることができ、畑で採れた野菜の差し入れなどのやり取りがあり、馴染みの関係が継続している。	

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
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	対職員との関係性だけでなく、ご利用者同士の関係性を大切にしたいと考えている。職員が皆さんを巻き込んだコミュニケーションやご利用者の間に入り意識して良い関係性が作られるよう努めている。		
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	ほとんどのご家族との関わりは少ないが、野菜を届けてくれたりと言った交流はある。以前は踊りのボランティアの一員として来所してくれたこともあったが、現在はコロナ禍にてほぼ関わらず。		
<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	思いを具体的に伝えられない状態の方も中にはいらっしゃる。寄り添いながらご本人の思いを探っている。ご本人らしい暮らし方が送れるよう心掛けている。ご本人のことをわかったつもりにならないよう意識している。	アセスメントは「センター方式」のシートを利用し本人の思いや意向の聴き取りを進めている。ケアプランは事業所独自の書式であり、直接、利用者および家族からの言葉を記載できるような内容になっている。意思表示の難しい利用者には、情報をもとに思いを推察しながら把握に努めている。	
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	利用開始時にご家族・ケアマネ等により情報収集をしてはいるが、利用開始時に全てを話せるものではない。入所後も折に触れて話を聴いている。	基本的には自宅に訪問し生活環境を目で見て確認することでこれまでの暮らしの把握に努めている。日々の関わりの中で知り得た情報については、ケース記録やフェイスシートへの追記により集積し、職員間での情報共有を行なっている。	
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	ご利用者のその日その日の暮らし方は、その日その時によって変わる。ご本人のペースに合わせながら、その時々状態を見極めるようにしている。		
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	介護計画を作成する場合はご家族の意見を確認し、さらに毎月のスタッフ会議でカンファレンスを実施している。自分の思いを上手く伝えることができない場合もあるので、できるだけ日々の中でご本人の言葉を聴きとるようにしている。	毎月のモニタリング実施と通常6ヶ月ごとにケアプランを更新し、利用者の現状に即した計画作成が行われている。更新時のサービス担当者会議には利用者本人および家族にも可能な限り参加をお願いしている。利用者の状態を一番把握している担当職員の意見が十分に反映された計画となっている。	

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
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	情報の共有が滞らないよう日誌や日々の申し送りの方法等配慮している。毎日のミーティングでミニカンファレンスをしたり、見直しや共有をしている。		
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	ご利用者、ご家族のニーズには応える努力はしている。		
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	ご利用者が長年暮らし続けた地域に出向くことは全員にはできていない。しかしご本人が〇〇に行きたい、したいという要望にはできる限り応えるよう努めている。		
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	納得の得られた医療機関からフォローももらっている。入所前からのかかりつけ医を継続している方も多し。また入退院の際にはスムーズにやり取りが進むよう、医療関係者との連携をとっている。	基本的には家族の役割としてかかりつけ医への受診をお願いしている。重度化に伴い受診が難しくなっている利用者も多く、往診の出来る個人医への移行を希望する家族が増えてきている。受診の際はグループホームでの状態を記載した連絡書を用意し、医療機関との連携を図っている。	
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	訪問看護ステーションと契約している。週2回の訪問と必要時の助言等をお願いしている。24時間体制なのでいつでも対応してもらっている。介護の視点を大切に相談に乗ってもらっている。		
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。	入院した場合は、ケアマネから病院に情報提供している。面会ができなくとも、電話で看護師や病院の相談員と連絡を取り合う等病院関係者と連携を図っている。		
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	身体状況の変化に伴い、チームでケアの方向性を検討したり、ご家族とも話し合いを行なうように努めている。ご家族の気持ちはその時々で変化するものと思っているので、ご家族の思いを大切にしながらご家族と一緒にケアするという思いで取り組んでいる。	基本的な方針としては看取りまで行なう方向で、看取りの指針や同意書を準備している。ケアプランの備考欄にも本人、家族の意向について必ず記載している。重度化やターミナルケアに関する研修会も実施しながら職員への方針の周知と実践力の向上を図っている。	

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
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	法人職員全員が救命講習を定期的に受けている。必要時には訪問看護師から処置の方法等気になる点について、具体的に助言や指導を受けている。想定される事故に対する対応方法は、各職員に書面でも渡している。	各職員が3年に1回は救急救命講習を受けられるよう計画している。想定される事故や急変への対応をマニュアル化し、いつでも確認できる場所に設置すると共に職員にも配布している。非常勤の看護師から助言や指導を受け有事に備えている。	
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	避難訓練は定期的に行なっている。避難訓練の回数と災害の数は比例せず、これで安心ということはない。機会がある毎に話し合いをしていくしかないのが現実。地域との協力体制についてもその具体策が長年の課題となっている。	防災マニュアルを整備し、年に2回、日中・夜間の火災を想定した避難訓練を実施している。地域の防災訓練が実施されればその都度参加している。事業所周辺のハザードマップを確認し今後の防災計画について検討している。	昨今の自然災害の発生状況を見ると、どんなに備えても安心出来ない状況にある。高台に位置する当事業所においても想定外の災害の可能性はないと言い切れない。まずはしっかりと利用者の安全が担保できる防災マニュアルを整備し、マニュアルに基づく火災、地震、水害、その他の訓練を実施してほしい。また、運営推進会議等を利用し地域からの協力が得られる体制を築いていくことを期待したい。
<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ねない言葉かけや対応をしている	標題の対応を心がけてはいるが、その時々で場面でスタッフ主導になっていることがあるかもしれない。権利擁護や虐待防止とからめて研修は行なっている。	不適切ケアに関するオンライン研修を視聴し、正しい言葉掛けについて学んでいる。管理者からは常々、利用者のペースを大切にし急がずゆっくりと対応するよう指導が行われている。離れた所から大声で利用者に話している場面が見られた場合は、利用者の近くに行き耳元で話しかけるように指導し、プライバシーへの配慮を促している。	
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	認知症のために自分の思いを表現しづらくなっていることを職員は理解し、思いを引き出すような関わりをするよう努めている。		
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	日課等は特にない。食事の時間はおおよそ決まっているが、1人1人の暮らしのペースに合わせ一日が流れることを目標にしている。		
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	ご本人の好みの装いをしてもらおうようにしている。女性は女性らしく身支度し、男性は髭が伸びていないか等整容に時間をかけて行なっているが、食後に口の周囲が汚れていたり、服が汚れていること等見かけることはある。		

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
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	1人1人能力にあった作業ができる関わりをしているが全員にはできていない。作業しながら会話が弾むよう心掛けている。入居者が調理を行なうことは現状では制約が多く作業は主に片づけとなっている。人数は少ないが積極的に関わってくれる入居者がいる。	毎日の昼食、夕食の主菜(メインのおかず)は主に、法人内の障がい者施設の配食を利用している。その他の食事も献立はなく、冷蔵庫の中の食材を見ながら職員がその都度作っている。定期的に法人内の管理栄養士から食事チェックと栄養指導を受けている。食事の準備から後片付けまで無理のない中で利用者に役割を持ってもらえるよう心がけている。	
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	献立を見て食材が重複しないようにしたり、ミーティング等で水分量や食事形態が適切か話し合っている。		
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	毎食口腔ケアをしている方、そうでない方がいる。毎食後にするよう職員から指示はしていないが、口腔内の状態によって必要そうな方には毎食後に勧めてみたり、歯科受診につなげたりしている。		
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	紙パンツ等の使用を一概に減らした方が良いとは考えていない。使用することで安心して活動の場が広がるのであれば、使用すべきとも考えている。排泄のパターンをつかみ、個々の状態に合わせた支援に取り組んでいる。	利用者の安心、安楽を一番に考え適切な紙パンツ等の使用を検討し実施している。排泄チェックを行ない利用者個々の排泄パターンを把握することで、排泄が失敗なくスムーズに行えるよう進めている。	
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	便秘予防のために良いとされる飲み物や食べ物を個別に取り入れている。また排便の有無の確認を行ない、訪問看護の協力を得て必要な処置等が行われている。		
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	入浴日は決まっているが、入浴前に「お風呂に入りませんか?」と意思確認をしている。無理強いするはせず、時間や曜日を変えて誘ってみる等気持ち良く入浴してもらえよう工夫はしている。	週に2回の入浴機会を基本とし、希望があればその都度検討している。個浴のほか特殊浴槽も整備されているため、寝たきりの状態の方でも無理なく入浴対応ができる。入浴剤や季節の変わり湯で気持ち良く入浴できるように考えている。	
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	日中は自由に休息してもらっている。就寝も個々で違い、眠れない方には無理に休んでもらうようなことはせず、一緒にテレビを観たりお茶を飲んだりゆっくりと過ごしてもらっている。		

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
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	全員ではないが調剤薬局の居宅療養管理指導を活用している。処方箋をセットして届けてもらい、必要時には相談・問い合わせも行なっている。		
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	生活歴の中から得意だったことを聴いたり、日々の関わりで取り組んでみたいことなど一緒に探しながら、生き活きとした場面を見つけるようにしている。		
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	今年は地域の行事が中止。ご利用者から○○に行きたいという要望があれば、状況を確認して行くように対応している。	コロナ禍においても可能な限り利用者の要望に応えられるよう外出を進めている。人混みを避けた中での花見や個々の利用者の行きたい場所には感染対策をしっかりして外出支援を行なっている。スーパーへの買い物が増えたため、移動スーパーに来てもらい事業所前で買い物を楽しんでもらっている。	
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	お金の自己管理をしている方はごく少数。現状ではご利用者と買い物に出かけることは少なく、代行することが殆ど。		
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	電話をかけたいと希望すれば手伝っている。年賀状は担当スタッフと一緒に毎年作成している。		
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	季節感や心地よい雰囲気を作り出すようには努めている。職員が最も影響する環境であることを理解し、声の大きさや物音には配慮している。	事業所内はほぼワンフロアで天井も高いため広々としており、グループホームの利用者も小規模多機能型居宅介護の利用者も一緒になってそれぞれ思い思いの場所で過ごしている。壁には利用者の作成した季節ごとの貼り絵や天皇家のポスターなど利用者の思い入れのある物が飾られ、居心地の良い空間となっている。玄関口には民家だったころの調度品が飾られ、所々に梁や柱、引き戸なども再利用されている。	
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	仕切りのない広いフロアなので、思い思いに過ごせる場所にはならないかもしれない。いすやテーブルの配置を工夫し、できるだけ各ご利用者が自分の居場所を持てるように配慮している。		

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
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	入所時は使っていた家具類のご持参をお勧めするが大半の方が新しいプラスチックのタンスを用意される。担当がご本人と安心して過ごせるお部屋作りをしたりしている。	居室には大きな窓があり自然光が十分に差し込むためとても明るい。利用者の馴染みの物を持ち込んでもらい、それぞれ居心地の良い環境が作られている。模様替えや季節の衣替えなどは居室担当職員が中心となり家族の協力を得ながら行なっている。	
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	トイレや浴室には表示があるが、目に入りにくい高さでもある。今のところわからずに危険な状態になるご利用者がいないため、不必要な目印は付けていない。必要が生じた際には、何らかの工夫はしていきたい。		

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				