

(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	1590102073		
法人名	株式会社 東日本福祉経営サービス		
事業所名	グループホーム スミール亀田(ユニット1)		
所在地	新潟県新潟市江南区船戸山1-1-10		
自己評価作成日	令和5年12月1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6年1月27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)】

入居者様一人一人の個性と生活ペースを大切にしながら、職員が寄り添い一緒に家事などの作業や趣味活動などのしたいことが楽しんでもできる家を目指します。  
職員の意見を集めて作成したスローガンは  
1,ホスピタリティマインド、笑顔の花を咲かせましょう(幸せを感じられ自然と笑顔になれる家 入居者様・職員同士が助け合う)  
2, 地域と信頼関係を築く(地域の交流を大切にします 入居者様がグループホームから地域へと活動の場を広げます)  
3, 心を込めた優しさのシャワー(入居者様が職員と過ごす事で温かい気持ちになれる。自分の居場所ができて、自分が大切に思われている事が感じられる事・パーソンセンタードケア等の認知症ケアの実践)として職員一人となり目指しています。  
介護予防・認知症進行防止の為、日々のレクリエーションや毎月のイベント・毎食前の口腔ケア体操にも力を入れている。また、カラオケ機器を利用して、エルダーシステム(歌と音楽の力を使って、楽しみながら継続できる効果的な機能訓練)を導入し、楽しみながら健康の維持・脳トレーニングが出来るように取り組んでいます。  
食の楽しみへの提供にも力を入れており、毎月、お弁当などのテイクアウト食や手作りおやつ、季節の食材などの提供をしております。

### 【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)】

「グループホームスミール亀田」は、信越本線亀田駅から、徒歩約10分の距離にあり、住宅街の中に建っている。建物の東側は道路と駐車場で空間があるため、日当たりは良好である。駅周辺はスーパーやホームセンター・ドラッグストア・食堂・レストランなど多数あり生活に便利な場所であり、利用者にとって外出する楽しみの選択先が多いところである。  
法人は新潟県の他、埼玉県・千葉県・東京都で有料老人ホームやグループホーム・短期入所・通所介護等介護サービス事業を広く展開してそれぞれ連携を図っている。「3つの心(心温まる介護、心豊かな生活、心からの笑顔)」を運営理念としている。事業所・職員には、経営意識を持たせるとともに、接遇研修をはじめとする各種研修(eラーニング含む)制度や環境を整え、学び続ける組織づくりを行い人材育成に力を入れている。  
事業所では、「笑顔の花を咲かせましょう」をスローガンにしている。家族とともに職員が、利用者が自然と笑顔となるようなその人を中心としたケア、個別の支援や関わりを心掛けている。笑顔でいることで穏やかな心持ちとなり、ここでの豊かな生活につながるという方針をケアの指標にしている。また、非常勤ではあるが看護師や事務員が在籍しており、手厚い支援体制がある。

## 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
<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	開設時に職員で集まり意見交換を行い、目指すグループホーム・目標とするケアはどのようなものか考えてスローガンとしてまとめた。それを各階のフロアや事務所に貼り、毎日の朝礼で意識するようにしている。	企業理念と運営理念から、事業所のスローガンを打ち出している。開設当初から継続し、管理者と職員は「笑顔の花を咲かせましょう」等のスローガンに沿った実践を行なっている。	
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	運営推進会議では町内会長・民生委員・包括支援センター職員の参加を頂いている。その中には、防災やサービスの向上に関する意見をいただいている。	近隣住民が集まる機会がない地域であり、また、コロナ禍での事業所開設であったため、地域との付き合いはこれからである。担当地域の民生委員が福祉関係の仕事をしていたので、事業所には高い関心を持っている。	感染症がおさまったら事業所は地域とつながる行事やイベントを計画しており、今後発展し日常的な交流へとつながることを期待したい。
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	新型コロナウイルスが5類になったこともあり、今後は小学校の文化祭に私たちの紹介の作品を出品し存在を知って頂くとともに認知症についても興味をもって頂けるように実践をする。	/	/
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践、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	運営推進会議を事業所で開催し、その際に自治会長様や民生委員の方に、地域の避難場所についてアドバイスを頂いた。また、サービスの質(事故報告や研修・外部からの意見)についてご助言を頂いた。	参加メンバーは運営について意識が高く、各報告や設備環境等に対する意見やアドバイスなど提言している。以前、近隣で火災があった際に事業所として初期消火に協力し、それに対して運営推進会議で自治会長から感謝の言葉をいただいた。	
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	事故が発生した場合は、市町村に報告を欠かさずに行っている。行政が開催の研修にも参加をしている。	運営面での報告や相談は区の担当者であるが、サービス内容等に関しては基幹型地域包括支援センターとの話し合いや会議・研修会への参加を行なっている。	
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	三か月に一度の身体拘束の委員会や研修を行い拘束しない為の日々のケア方法を考え意見交換している。身体拘束をしない為に定期的なカンファレンスを実施して、日々の心のケア・寄り添いケアを行う。	研修は虐待防止と合わせて法人本部の資料を活用して法令に基づいた回数を行なっている。身体拘束につながらないように不適切なケアや言葉遣いを職員間で話し合える高い意識を持っている。	

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
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	三か月に一度の高齢者虐待の委員会や研修を行っている。職員は虐待の定義などを伝えて、どのようなことが虐待になるか、知らず知らずに虐待になっているということのないように研修している。また、職員のストレスマネジメント・アンガーマネジメント研修も実施している。	研修や委員会を開催している。日頃より個別ケアに力を入れ、利用者が不穏にならないよう職員の対応を含めた環境・雰囲気づくりや、早期発見チェックリストを活用するなどして虐待防止に努めている。	
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	現在は対象の方がいない為、機会はないが、今後研修を行っていく。		
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	契約締結に関しては、重要事項説明書・利用契約書等に沿って説明を行い、ご理解・同意を得てからの署名捺印を頂いている。		
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	ご家族から電話連絡時や来所時にご意見・ご要望を頂いた際はノートやタブレットに入力して、職員に周知出来るように徹底している。玄関の意見箱やご家族アンケートの実施も実施している。	コロナ禍における面会制限があった中で、家族から意見や要望等が出やすいように、事業所広報紙やSNS、毎月送付する利用者の暮らしぶりが分かる個別の手紙等で情報を発信している。問い合わせや意見もありサービスに活かしている。また、日々の生活支援の中で利用者本人から出された意見や要望を運営に反映させるよう努めている。	
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	職員全員参加の全体会議(月に2回どちらか参加)を開催している。全体会議は事前に目標の提案・意見を記入してもらい会議で周知して実施するようにしている。また、毎月ユニットミーティングも開催している。	法人独自の「重点項目シート」を使って、サービスに関することや収支・経費、課題などについて、職員が具体的な考えやアイデアを表出できる仕組みがあり、管理者は運営に反映させている。	
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	人事考課制度(年2回)を用いて本人の目標達成度合いを適正に評価する。目標の設定や振り返りの実施もしている。		
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	毎月の全体会議の後に研修の時間を30分とり行っている。また、職員それぞれの職種・経験を考慮して外部研修・内部研修の実施をしている。三幸福社カレッジのオンライン介護技術研修やe-ラーニング研修も職員全員が行っている。		

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
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	系列会社の職員とオンライン研修会を開いたり、運営推進会議では同業他社のグループホームの方にも意見を募っている。新潟市などが主催する、オンライン研修にも参加している。今後は認知症実践研修の研修生の受け入れも行っていきたい。		
<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	入居前にはグループホームの見学や、自宅の訪問しグループホームで自宅のように過ごすような環境づくりと一緒に考えている。また、生きがいつくりの為に、生活歴・趣味・好きな食べ物のアセスメントを大切にしている。		
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	見学・自宅訪問の際にご家族から本人のご様子や困りごとの話をする事で、ケアのヒントを得ながら、家族にグループホームのケアを説明して信頼関係の構築に努めている。		
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	ご本人・ご家族・担当ケアマネジャーの話を聞いた上で、生活・認知症ケアとしてながが必要か見極めてご家族に説明してから、サービスの提供に努めている。		
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	ご本人の出来る事を大切に、それを日課にして掃除・洗濯・趣味活動を職員が一緒にすることを認知症ケアとしている。常に誰かが隣にいて会話をする事で感情が不安にならないように先手のケアを心掛けている。		
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	令和5年6月から面会の制限をなくしている。事前の相談があれば外食も可能としている。かかりつけ医の内科以外の受診はご家族様をお願いしている。また、毎月ご家族様にはホームでの様子を伝える写真付きのお手紙を個々に出している。	利用者に家族との関係が途切れたと感じさせないように、家族の役割を大切に、介護計画に盛り込み、共に利用者への支援を行なっている。	
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	令和5年6月の面会制限がなくなって以降は、様々な親戚・友人と面会や外食ができるようになっている	馴染みの人や場所については、事前面接時や家族の面会時等で情報収集に努めている。訪ねてきた知人と一緒に外出したいという要望があれば、送り出しの支援をしている。	
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	独りぼっちにならないよう、他者や職員と手作業・レクリエーションをしたり、食事の席を考えて同じ空間・思いを共有できる仲間がいるようにしている。また、職員が間にはいることで会話や手作業がより出来るように支援を心がけている。		

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
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	退所した方の施設転居時の連携を行っている。		
<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	生活歴・趣味・好きな食べ物を会話の中で引きだしてそれを担当者が、アセスメントシートに記載して全員で共有しケア・生活に活かすようにしている。担当の職員がその方の思いを引き出すように会話に努めている。	入居前から、本人または家族から事業所での生活の意向の把握に努めている。利用当初は自ら言い出せない方も多いため、そのような時は焦らず、落ち着いて、ホームでの生活になれた頃に丁寧に生活の意向を把握するよう努めている。	
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	入居前の面談ではその人の趣味・生活歴・性格の把握を重視している。また、入居後もケアマネや担当者がその方との会話の中で知ったことをフェイスシートに書き込み職員で共有して日々のケアに活かすようにしている。	利用者の多くは入居以前も介護サービスを利用しており、担当の居宅ケアマネジャーや入院先の担当者から情報を得ている。また、できる限り自宅へ事前訪問し、生活環境や生活習慣、雰囲気把握し支援に活かしている。	
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	毎月のユニットミーティングでは皆様の状態・対応の変化についてのカンファレンスをしている。認知症進行防止のためにも入居者様の保有能力を重視してそれを生活のなかで活かせるように皆様に役割を持ってもらっています。		
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	入居者様が何を望まれているか、それを可能にするためにはどうすればよいか、ケアマネ・介護職員・家族と話し合う機会を設けている。そして、より個性が反映された介護サービス計画書の作成を心がけている。	通常、月1回の担当者会議、3ヶ月に1回のモニタリング、6ヶ月ごとにケアプランの見直しを行なっている。担当者が中心になり、本人の思いや意見を日々の中で拾い上げ、計画やモニタリングに反映させている。計画は家族からも意見やアイデアを出してもらい、利用者確認している。	
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	PC・タブレットでの記録を導入し日々の気づきを職員で共有・こまめな記録をして対応、家族に報告できるようにしている。介護計画書とも連動している為、評価・モニタリングに活かしやすくなっている。		
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	事業所で対応しきれない事案があればご家族に協力を依頼したり、系列の有料老人ホーム等に協力を仰いだり、臨機応変に対応しています。		

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
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	散歩好きな方は散歩に出かける支援をしたり、外出して歩行が心配な方もドライブでなじみの場所に行き楽しめるように支援している。		
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	内科は、入居前に説明して協力連携医の訪問診療をお願いする事の上承を得ている。他、皮膚科や整形外科などはご家族の付き添い受診として今までのかかりつけ医もしくはこの地域の開業医に受診している。	入居契約時に、事業所と契約している医療機関による訪問診療体制を利用者・家族に説明し、内科については主治医の変更を上承している。定期診察は月2回であるが、24時間の連絡体制を構築しており、医師はグループホームの機能を理解している。	
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	非常勤で看護師の配置をして、入居者様の状態把握を介護職員と連携して行い異常の早期発見・早期対応をしている。また、看護師はかかりつけ医・家族との連携して必要な医療機関の受診に努めている。入居者様に異常があればかかりつけ医にいつでも相談できるような体制もある。		
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。	入院時は週に1回くらいのペースで看護師・ソーシャルワーカー・ご家族と連携して情報の共有して退院時の対応について話し合っている。		
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、事業所です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	入居前に施設での方針は説明して上承を得ている。入居後に重度化した場合は主治医・家族と対応について十分に話し合い検討する。現状、看取りの体制は出来ていない為、重度化していく場合はその都度、連携して、可能な支援方法を話し合っていくことにしている。	法人の方針として、現在事業所では看取りケアは行っていない。入居契約時に事業所での生活の限界の程度を、利用者の身体状況や事業所の設備環境で具体例を示して説明して同意を得ている。退所後の行き先の支援を行なっている。	
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	緊急時対応の研修したりやフローチャートを目的のつく箇所に掲示して周知をしている。マニュアルも整備して対応に支障がないようにしている。AED使用の研修も実施している。eラーニングで実践の研修もしている。	利用者の急変時や事故が発生した時に備えて、応急対応、連絡体制、初期対応など個別の研修を行なっている。また、かかりつけ医とは24時間の連絡体制を取っており、利用者・職員の不安軽減となっている。	
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	災害対応の研修やマニュアルの整備・避難経路図やハザードマップの掲示を行い周知している。避難訓練や緊急連絡網の訓練も行っている。	法令で求められている訓練内容や回数・研修は行なっており、非常食は2階に備蓄している。火災や地震、水害などの災害別避難計画方針が整備されている。	地域住民に避難訓練に参加してもらったり、地域の災害訓練が行われるようなら共に参加するなどして、地域との協力体制が進むことを期待したい。

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
<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	接遇マナー研修や身体拘束・高齢者虐待防止研修の中で人生の先輩である入居者様に敬意をもって接する事・スピーチロックにならないようにする事。排泄などの言葉かけはプライバシーに配慮する事等を研修している。	利用者の権利と人格の尊重のために、接遇マナー研修を必須の研修として実施したり、接遇マナーについて月間目標に組み込んでいる。委員会も組織している。法人本部も研修の主催や事業所チェックなどの支援をしている。	
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	生活の中の意思決定は全て入居者様の意思を聞いてから行っている。役割・入浴・レクリエーションをする・しないという意思の決定を尊重し大切にしている		
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し、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	職員は入居者目線、立場に立って対応・言葉かけをするようにし、業務をするのではなく、生活を共にすることを意識するようにしている。入居者様とともに過ごし生活して、ペースに合わせ、希望に沿うようにしている。		
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	入浴時など、自己選択を尊重し服装は自身で服・下着を選ぶように支援している。整髪や髭剃りなど自身で出来るように支援も心がけている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	飲みたいのみ物を聞いて提供したり、食事の盛り付けや配膳・後片付けと一緒にすることで食事を楽しんで過ごす時間になるようにもしている。個々の食事形態・量の把握に努めてその方にあった食事の提供に努めている。ご家族から以前から好みの食べ物を聞き提供も行っている。毎月、季節の食材やテイクアウトの昼食・おやつを提供もしている。	食事は外部委託業者に依頼し、献立についても業者の管理栄養士が栄養バランスに考慮して作成している。月に1回は行事食等で利用者の意向も反映させた献立を事業所で作成し、一緒に食事を楽しんでいる。テイクアウトや手作りのおやつ作りも行ない、利用者の楽しみになっている。	
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	栄養バランスの考えられた食事の提供をし入居者様の食事量と水分量を把握して健康観察を行っている。毎月の体重測定をみて食事の量も考えている。		
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	毎食後の口腔ケアの言葉かけを行っている。必要な方には仕上げ磨きや口腔ケア道具を使用する。歯科の訪問診療があり必要な治療と口腔ケアのアドバイスを頂き、対応している。		

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
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	排泄チェック表を使いながら、排泄リズムの把握と必要な支援を考えている。支援が必要な方でもできることは自身でもらえるようにしている。	利用者の安心と排泄の失敗予防のために、利用者の状態に合わせて、尿取りパットや薄型のリハビリパンツ等を使用している。声掛けや誘導により、トイレで排泄できるよう支援している。現在、おむつやポータブルトイレを使用している利用者はいない。	
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	食事や水分をすすめたり、以前からの習慣で乳製品をご家族からの差し入れて飲んだりして便秘予防に努めている。また、連携医・看護師・介護職員で連携し排便の見られない方は下剤の調整を行っている。		
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	ご本人の体調や希望を尊重して入浴をしてい頂いている。定期的な入浴で気分転換・清潔保持が出来るようにしている。季節を感じられる菖蒲湯の提供もしている。	入浴は週2回を基本として午前と午後を実施している。さらに入浴したい人には希望回数に浴うようにしている。その日の気分が入りたくない場合は、無理強いをせずに違う時間や翌日に変更したり、誘い方を工夫して、入浴を楽しんでもらえるようにしている。	
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	就寝時間・起床時間はその方の意思に任せている。体調を考慮して昼間休養を勧めたり、体操やレクリエーションして夜間の安眠を支援してたりしている。		
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	一人一人の薬を把握して、介護職員・看護師・医師と状態と薬について相談・連携している。訪問診療の際は、介護職員・看護師・医師とで情報共有する用紙を用いて連携している。		
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	計画作成・介護職員が担当の入居者様のアセスメント・ストレングス・生活歴の把握に努めてフェイス・アセスメントシートの作成をして、生きがい・楽しみのある生活の支援に努めている。認知症進行予防・ケアの為に入居者様が主役となつての生活を目指している。		
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	ご家族様と外出・外食する方がいらっしゃいます。希望される方は散歩やドライブをして外出の支援をしている。	ワゴン車がないので大勢で出かけることはできないが、個別または少人数で買い物や公園、神社等へ出かける機会を設けている。近くの散歩を希望される利用者には職員が同伴して出かけている。家族や知り合いの方からの外出の誘いに対しては、制限することなく送り出しをしている。	

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
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	入居前に説明して同意を得て、原則、金銭はホームでの立て替えを行っている。金銭の持ち込みはご遠慮のお願いをしている。		
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	携帯電話をお持ちで、ご家族と電話・メールで連絡されている方もいらっしゃる。お持ちでない方もホームの電話で家族と会話したり、手紙での交流している。ズームでの面会もしている。		
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	その季節の装飾を掲示し季節を感じられ、清潔で温度・湿度管理をした空間づくりをしている。空気清浄機や空間除菌も設置してウイルス対策もしている。	食堂フロアは明るく適度な広さがある。加湿空気清浄機や温度計・湿度計が設置され、利用者に配慮した温度・湿度管理がされている。運営推進会議のメンバーからも明るい空間であるとの評価を得ている。利用者が気分転換できるように、階段やエレベーターの踊り場にも椅子が用意されている。	
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	食事の席は気の合った方と会話し一緒に楽しめるよう配置にしたり職員が間に入りコミュニケーションを支援をしている。		
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	居室のタンスや物品は使い慣れたなじみの物を持参いただけるように提案したうえで、ご本人・ご家族が考えて持参・設置しています。自宅のようにくつろいで過ごせるような空間づくりを支援しています。	事業所では入居にあたり、本人・家族に対し、馴染みの家具等を持参してもらうことの目的を説明している。馴染みの家具などの持ち込みが難しい場合は、家族の写真や作品などの小物を持参してもらって飾り、その人らしく安心できる居室環境づくりを支援している。	
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	建物全体に手すりの設置し自立歩行の支援をしている。また、キッチン是对面となっており、そこからラウンジを見守りができるようにしている。トイレや居室を間違わないように表示を工夫している。		

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				