

(様式2)

令和 6 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	1572400172		
法人名	医療法人社団 萌気会		
事業所名	萌気園グループホーム「ふきのとう」		
所在地	新潟県南魚沼市市野江甲2-3		
自己評価作成日	令和6年10月8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11月20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)】

<p>・医療との連携 定期往診、臨時往診、夜間・休日対応と自法人の診療所と訪問看護で日常の健康管理から看取りまで支援をしている</p> <p>・職員の確保と雇用調整 キャリアのある嘱託社員や子育て期の有資格者が働きやすいようにライフワークバランスに配慮した求人と在籍職員の契約変更など雇用調整を行っている</p> <p>・職員のキャリアアップ研修と専門職との連携 法定研修以外にも行政通達の研修に参加している。また、自法人他部門の専門職(医療・リハビリ・管理栄養調理)からの助言や指導で入居者に合った支援方法を学び実行している</p>

【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)】

<p>事業所は南魚沼市で地域医療を展開している医療法人が運営しており、法人内の訪問診療や訪問看護と連携がとられている。医師とは24時間365日いつでも連絡が可能で、利用者は不安なく適切な支援を受けることができている。事業所では看取りも行っており、実際に、今年は数名の利用者を事業所で看取っている。利用者・家族にとって、住み慣れた地域で最後まで安心して生活を送りたいという希望がかなえられている。</p> <p>法人内のリハビリ職員が毎月訪問して利用者の身体機能を評価している。専門職によるアドバイスを普段の活動に活かしており、2階建ての階段を上り下りしたり、トイレまで歩いて排泄を行うなど利用者の機能維持・向上に取り組んでいる。</p> <p>また、法人内のサービスから当事業所に移ってくる利用者については、利用していた事業所職員が事業所に来て本人の情報を詳しく伝えており、これにより適切な移行支援が実施されている。複数のサービス事業所を持つ法人のため、法人内の連携によるメリットが多く、隣のデイサービスの車両を借りて多人数でドライブに出かけたり、災害時の協力体制が整っているなど、利用者の生活の向上につながっている。</p> <p>食事は、季節の食材を取り入れ、毎食手作りで提供している。個別担当職員を中心に利用者の声を日々の生活に反映できるように取り組んでおり、一人ひとりの利用者がある人らしく、ゆったりとした雰囲気の中で過ごすことができている。</p>

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	法人理念を基にふきのとうの在り方をミーティング等で話し合い理解を深めている。R6年度事業所スローガンの「心にゆとり 目と目をあわせて 優しい笑顔」を心掛けている	法人の理念をもとに、次年度に向けた目標を年度ごとに管理者が考え、スローガンを作り上げている。毎月の定例会やミーティングで理念について話し合ったり、事業所内に掲示して職員間で共有している。「心にゆとり 目と目をあわせて やさしい笑顔」というスローガンの実践に努めている。	
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	日常の挨拶や近所付き合い、互いの行事参加などで交流している	地域の祭りではお神輿が事業所に来たり、カラオケ大会などのイベントや防災訓練には事業所として参加している。また、踊りのボランティアを受け入れたり、こども園の児童が遠足に来て敷地内でおやつを食べたりするなど、交流が図られている。隣接するデイサービスの職員を通じて、地域の情報を得たり、区長への相談をしながら、日常的なつきあいが行なわれている。	
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	運営推進会議での報告や地域行事への参加を通して事業所への理解を深める活動の他に地域の認知症サポーター(H6年度は中学校訪問)としての活動にも参加をしている		
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	運営推進会議構成員の方々の意見や助言が、業務改善への取り組みや防災意識の向上に繋がっている	市の担当者、区長、民生委員、近隣住民、地元消防団、法人の他事業所管理者が構成メンバーとして参加している。会議では、メンバーから災害対策や事故報告についての提案を受けて検討したり、地域の感染症の状況、地域行事の情報提供などが行われており、事業所のサービス向上に活かしている。	サービスを利用する当事者である利用者、家族等にも参加してもらうことで、会議メンバーの事業所への理解を促進し、さらなる意見交換につながることを期待したい。
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	毎月中旬のSMS配信での連絡会議や随時、メール送付される行政通達をみながら相談しアドバイスをもらっている	市の担当者が運営推進会議に参加しており、意見交換を行っている。市からのメールで介護保険制度等に関する情報を得ている。また、市主催のリーダー研修には職員も参加している。地域包括支援センターとは連絡会議を通じて連携しており、市主催の健康フェアで介護ブースに共同参加するなどしている。	

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	e-ラーニング視聴と法人内委員会からの資料で研修を実施。拘束にあたる言動について職員間でも話し合いを行っている	身体拘束について、研修計画に則り、職員各自でe-ラーニングを視聴したり、事例検討による研修を実施している。玄関は夜間のみ施錠しており、外出をしたい利用者には職員と一緒にドライブや散歩をするなどの対応をしている。	転倒防止のために、滑りにくい床材へ変更するとともに、センサーを使用している。センサーの使用については、利用者の行動パターンの把握や環境の整備等を行い、どのようにしたらセンサーを外すことができるかを定期的に検討する機会をもつことが求められる。
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	e-ラーニング視聴と法人内委員会からの資料で研修を実施。虐待防止マニュアルを作成し職業倫理としても啓発を実施している	法人で虐待防止マニュアルが整備されており、職員は研修にも参加している。さらに、不適切ケアについてのセルフチェックシートの使用を通じて、定期的な振り返りを行っている。不適切なケアをみかけた場合は管理者が注意している。職員のストレスマネジメントとしては、管理者が面談したり、休養が必要な時には長期の休暇がとれるよう勤務体制への配慮がされている。	
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	e-ラーニング視聴を実施している。以前、成年後見人制度を活用されている入居者の方がいたことにより必要性への理解はある		
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	契約時の説明は前任ケアマネの情報と利用者・家族聴取からのニーズを基に説明をしていたが、有事の際に誤った認識を持たれていた事例があった為、丁寧なアセスメントと確認からの同意が重要と再認識した		
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	介護報酬改定や管理者変更など運営・体制に係る同意や周知文書は、SNS・郵送・電話で行いご家族からは返信や面会時にご意見・ご要望を伺い反映できていることもある	家族からは、主に面会時に近況報告をした際に意見を引き出せるよう、話しやすい雰囲気づくりに努め、いただいた意見は真摯に受け止めるようにしている。また、「LINE」を活用して相談を積極的に受けるよう努めている。利用者からは日常生活の中で意見を聞いている。	
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	定例会や個別面談で意見や提案を聴いている。業務改善などは全体の意見を集約しPDCAサイクルで取組めるように管理をする	毎月の定例会や個別面談時に意見を聞くよう努め、面談では1on1(ワンオンワン)。上司と部下が定期的に1対1で面談を行い、部下の成長を促すマネジメント手法)を用いて積極的に意見の把握ができるように取り組んでいる。具体的には、エレベーターの故障による業務の見直しや勤務シフトの相談、業務の分担内容について改善意見が出され、運営に反映している。	

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	同一労働同一賃金の観点から正社員とパート職員との業務分掌を実施している。また、個々の実績から役割を決めやりがいの醸成に努めている。年に1回の就労意向聴取も職員の希望により随時実施している		
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	eラーニングを導入し毎月テーマを決めて研修の機会を設けている。また、個々の役割や職責に応じてOFF-JTへの参加も実施し業務改善への取り組みについて検討をしている		
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	地域のグループホーム連絡会や行政イベントへの参加で関係性の構築に努めている。また、同業態の事業所を訪問して管理や取り組みについての意見交換を実施している		
Ⅱ.5 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	認知症対応が職員によって差異があるため、入居者の方々の安心の確保が十分とは言えない場面も見受けられるため個々の関わり方を注視し指導をしている。概ね入居者の方との関係づくりに努めている		
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	施設での日常生活や体調面に関する医療的な情報についても随時報告をしてる。費用面に関することや面会・外出・外泊の相談があり面会時相談やSNS・電話相談を行い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・家族の話や前任ケアマネージャーの情報を基に支援を決めて実践している。また、環境の変化に戸惑い不安に感じている時は思いに寄り添い不安緩和への関わりを行っている		
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	日常生活の中での家事や季節ごとの行事の準備、食材の下ごしらえなど入居者の意向を確認しながら「できること」を「できる範囲」で教え合いながら一緒に作業をしている		

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
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	毎月、事業所での様子が分かる写真掲載が あるお便りを送付している。面会・外出・外 泊などご家族の計画に合わせ対応を調整し ている	家族からは面会や外出、外泊の協力を得ている。 毎月、利用者の写真やエピソードを載せた手紙を 発送し生活の様子を知らせている。また、状態変 化があった場合は、電話やLINEなど家族の状況 に合わせた方法で報告している。	定期的な利用者の状況報告の中に、健康 状態や、より詳細な日常生活の様子も加え ることで、さらに利用者の事業所での暮ら しづりを知っていただけるのではないだろ うか。これにより、家族からの思いや意向を さらに引き出し、一緒に支え合う関係づくり と取り組みに期待したい。
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	同居家族以外の親族の面会・外出も事前に 連絡をもらい対応している。地域行事へ参 加や馴染みのある場所巡りのドライブで入 居者の笑顔がみられている	地域行事参加時の馴染みの方との交流、思い出 の場所へのドライブなど、利用者との、馴染みの人や 場所との関係が継続されるよう支援している。県外 から親族が面会に来られたり、家族と外出時に馴染 みの本屋に出掛けたり、外食を楽しんだりする 機会もある。	
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	個々の特性や身体状況に応じて配慮しなが らも共有スペースでの入居者同士の交流に 努めている。協同での作業やレクリエーショ ン活動など職員の仲介で関係づくりを支援 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	ご家族からの手紙のお礼や立寄ってくだ さった際に互いの近況を話したり亡くなった 入居者の方の思い出話しをすることがある		
Ⅲ. 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	環境の変化でも諦めることなく、やりたい事 や家族との時間を設ける事などご本人の意 向を聞いて実現できるよう調整に努めてい る。日常生活においても意向確認を必ず行 い支援をしている	利用者の希望や意向は担当職員が日々の会話な どを通じて聞き取っており、食べたいものや外出へ の希望、安全に暮らしたいなどの意向を把握して いる。表出が難しい方には、「はい」「いいえ」で答 えられるよう質問を工夫し、さらに表情や動作を通 じて確認している。把握した希望や意向は「セン ター方式」のアセスメントシートに記載して職員全 員で確認し、情報を共有している。	

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
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	ご本人・ご家族・関係者からの情報や、日々の気づきを職員間で共有して把握に努めている	入居以前に利用していたサービス事業所を訪問し、これまでの暮らしに関する情報を確認している。また、法人内のサービスを利用していた場合には、前事業所の職員から情報提供を受け、「原案シート」に記載している。情報の内容は「センター方式」のアセスメントシートにも記載し、随時更新している。昔行っていたちまきの作り方を教利用者から教わったり、手先が器用な利用者は塗り絵を楽しむなど、生活の中でこれまでの活動を継続できるよう支援している。	
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	ご本人の生活リズムを大切にしている。ミーティング等で情報を共有して状態把握に努めている		
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	ご本人・ご家族・関係者の意見を踏まえて計画を作成している。日々の変化やミーティングの情報で柔軟に対応している	個別担当職員が本人・家族から意向を聞き取り支援内容を立案し、介護支援専門員が計画を作成し家族から同意を得ている。事業所職員だけでなく、家族や訪問リハビリ職員など多職種なメンバーの役割が支援内容として計画に位置づけられている。毎月のカンファレンスで内容を確認するとともに、3か月ごとに個別担当職員がモニタリングを実施している。	
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	個別記録の他に業務日誌・送りノートを活用しミーティングで情報を共有している。軽微なヒヤリハットなのか状態変化に伴う事例なのかを判断するために日々の情報を積み介護計画に活かしている		
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	職員や関係者との調整で対応できる内容であれば柔軟に支援を行っている		
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	地域行事への参加やボランティアの受入れなど他事業所と共同して地域資源を活用し支援をしている		

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
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	2回/月の往診、必要時の受診を行っている。入居者に変化がある時は診療所へ報告し指示を仰ぐなどの連携している	入居時に、かかりつけ医を事業所の協力医療機関へと変更してもらうよう依頼している。2週間ごとに協力医療機関による往診があり、必要時には24時間医療相談ができる体制になっている。また、訪問看護師により、定期的に健康観察をもらい、適切な医療につながる体制となっている。	
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	診療所の看護部門は定期・臨時往診、訪問看護部門とは毎月の健康チェックで入居者の状態や対応を相談し共有をしている。また、適宜SMSや電話での診療所看護部や同一敷地内事業所の看護師へ相談し支援につなげている		
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。	医療・家族と連携をしている。家族の承諾があれば病状説明への同行し退院カンファレンスへの参加もしている。看取り退院も実施可能		
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	入所時に看取り支援の方針説明をしいる。有事の際は、ご家族の意向を再確認し主治医・関係機関と協同で対応する	本人・家族の意向をもとに、事業所でできること、できないことを説明し、家族の同意を得たうえで、看取りの支援を行っている。医療機関とは24時間連携が取れる体制を整備し、住み慣れた場所で最期まで生活出来るよう支援している。利用者が永眠されたあとは家族にグリーフケアが実施されており、家族にも最後まで支援が行われている。	
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	OJT研修や緊急時対応の手順シートを掲示している。発生後は振り返りミーティングを行っている。応急手当は、今後診療所看護部と連携し実地訓練の調整を行う予定	夜間対応や緊急時のマニュアルを整備し、職員間で読み合わせを行い周知している。事務所に緊急時のフローチャートを掲示しており、医師にオンコールで繋がる体制を整えている。事業所内にあるAEDの取り扱い方法については、消防署からきってもらい、近隣住民も参加して行う研修会の実施を予定している。	

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
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	BCPを策定し研修と訓練を実施している。災害時は事業所単独体制だけではなく法人内エリア別協力体制を構築している。また、運営推進会議で有事の際の地域への協力依頼も行っている	火災や地震を想定した避難訓練を年2回実施している。これまで災害時での非常食使用の訓練も実施しており、法人内でエリアごとの協力体制も整備し有事の協力体制が確立している。地域住民へは、利用者の避難誘導や見守りの協力を依頼している。水分は事業所内に備蓄し、食料はローリングストックをして備えている。	
IV. 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	職員の声掛けや対応力に差異があり、不適切な言動が見られた時には、冷静な態度で指導や助言をしている。また、職員全体が声掛けし合える関係づくりを構築していきたい	接遇については、e-ラーニングで研修を行っている。管理者は、利用者に寄り添い、じっくり話をするように職員に伝えている。言葉掛けで、不適切な発言が聞かれた場合はその場で管理者が指導をしている。	
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	日常生活支援の中で意向確認や希望を選択できる言葉かけをするように心掛けている		
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	他者との共同生活をする中で入居者側が職員都合を理解し配慮した言動が見受けられることがある。そのため個々の関わり時間を設けて希望にそった支援を心掛けている		
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	着衣はご本人が体調や環境から選べるように支援したり、訪問理容師の予約希望を取りスタイルオーダーの意向伝達などの支援している		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	季節毎の食材を用いた食事の提供している。食事を楽しみにされ喜んで召し上がられている。時には馴染みのある食材の下処理を慣れた手つきで作業をされている	毎食、職員が手作りの食事を提供している。メニューは法人の管理栄養士が季節感を取り入れた献立を作成しており、利用者の希望メニューは行事の時に取り入れている。利用者は菊の花もぎやさつま芋の皮むきなどの下ごしらえ、テーブル拭きなどを担当している。食器を工夫して利用者が自分で食べられるようにし、一人ひとりが食を楽しめるように支援している。	

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
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	管理栄養士の監修で栄養バランスや塩分に配慮した献立を提供している。個々の状態に応じて食形態を工夫することで安心して安全に召し上がっていただけるように支援をしている		
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	毎食後一人ひとりに合わせた口腔ケアを行っている。義歯のある方は夕飯後は、義歯を付け置き除菌洗浄をしている		
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	一人ひとりの意向や排泄周期に合わせた支援を行っている。また、夜間帯など身体状況に応じてポータブルトイレを設置し失禁なく自立での排泄支援を実施している。日頃の排泄パターンからパットの大きさも使い分けしている	一人ひとりの排泄パターンを分析し、タイミングをみてさりげなく声かけを行い、トイレで排泄できるよう支援している。毎月来訪するリハビリ職員のアドバイスを受けて筋力トレーニングを行い、トイレまで歩いて行く力を維持できている。このような支援により、ほとんどの利用者がトイレでの排泄を行えている。	
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	食事摂取量の確認や水分摂取量の確保と毎日の軽体操で自然な排泄が出来るよう支援をしている。また、必要に応じて医療と連携して負担少ない与薬での排便コントロールも行っている		
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	入居者の体力面や往診時刻を考慮して午前入浴としているが、体調や失禁等の汚染状況に合わせて時間を問わず対応している。少人数ならではのゆっくと好みに合わせた入浴時間を確保している	概ね週2回、午前中に入浴を行っており、同性介助を希望する利用者には対応している。車椅子対応の利用者には、シャワーチェアを使用しシャワーで洗体を行っている。本人のペースでゆっくり入浴してもらうよう支援しており、また、季節ごとに菖蒲湯などを用意して入浴を楽しんでもらっている。	
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	眠気がある時、入浴後、午後の休息タイムなど一人ひとりの状態や希望に合わせて支援している。また、調光や室温、寝具の調整で安眠できるよう環境整備も行っている		
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	状態の観察を行い不安がある時は主治医・薬剤師に報告・相談等を行い連携を取っている。処方変更の際は、主治医の説明と観察のポイントを聞き記録を付け共有している		

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
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	これまでの生活から馴染みのある家事(洗濯物たたみ、野菜の下処理、掃除、自室のゴミ捨て、封筒詰めなど)を負担のない程度に取り組んでもらっている。共に楽しめるイベントの企画を日々考え実行している		
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	希望がある際は、出来るかぎりドライブや散歩、地域のイベントへ参加している。また、家族との関係性の継続のため心身状態をお伝えし家族との時間の確保のための調整をしている	利用者の希望時や天気の良い時に、隣のデイサービスの車を使ってドライブにでかけている。利用者が仕事をしていた場所など、馴染みのある場所に出かけるようにしている。また、近くの神社に散歩に出かけてお参りをしたり、玄関の外でお茶を飲んだり、日常的に戸外へ出られるよう支援している。	
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	現在、対象者なしのため支援は行っていない		
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	携帯電話を所持されている方が1名おり、自室でのみ使用されている。その他の難聴や読み書きが困難な方への支援は、面会・外出・外泊の機会を設け家族との関係継続に努めている		
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	清潔と整理整頓に努めている。四季の草花を活けたり、四季の飾り付けをして明るく和める雰囲気づくりを心掛けている。室温・湿度・調光にも配慮をしている	季節に合わせた飾り付けを利用者と一緒に行っている。また、リビングには季節の花が飾られており、また、窓からは自然豊かな景色を眺めることができるなど、利用者は四季の移ろいを感じることができる。外出やドライブに出かけた時の写真をスライドショーを鑑賞し、その時の思い出話を楽しんでいる。日中はリビングでくつろぐ利用者が多く、居心地よく過ごせている。	
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	利用者同士の関係性や意向から配席していて個々の居場所も確立している。職員の事務スペース横のイスや人の気配が感じながら休める1階の休憩部屋も設置している		

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	ベッド以外は使い慣れた物を使用している。居室の家具は、ご本人の身体状況や使い勝手により配置している。持参した家族の写真などを飾られたり好きな色合いのカーテンや寝具で馴染める雰囲気づくりしている	ベッド以外は、自宅で使い慣れた物を持参してもらっている。居室は収納スペースが広く、テレビや家財道具などが使い勝手良く配置されている。家族との思い出の写真や好きな雑誌や本なども持ち込まれ、その人らしい居心地よく過ごせる居住空間がつくられている。	
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	日常生活動作の中で日々の心身状態をみて声掛け確認や分かりやすい1動作ごとの口頭指示で不安なく安全に支援を行っている		

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				