

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	「毎日楽しく暮らしたい」という理念の基、入居者様には出来る事を職員と一緒に頂くことで、生活の中にメリハリや生きがいを感じて頂けるよう職員同士の申し送りや話し合いを大切にしている。	事業所理念をもとに職員間で話し合い目標と方針を立て、掲示して共有している。1人ひとりの役割や楽しみをアンケートを取ったり職員間で検討することで、毎日を楽しそうに暮らせるよう支援している。またAユニットは「外出支援」、Bユニットは「食事作りの全員参加」をユニット目標に掲げ実践している。	
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	地域の作品展や祭りなどの行事を通じて交流を図る事が出来ている。施設の広報紙を回覧板で回して頂き、グループホームを知って頂いたり、地域の方がボランティアで畑を耕してくださったりの関わりが出来てきています。	クリーン作戦や作品展への出品・さいの神などの地域行事、地区の総会やオトなどの集会に参加している。広報紙を回覧板で回したり、ぢりめき祭りを開催して地域の方を招いている。またフラダンスなどのボランティアや保育園児の訪問を受け入れている。日常的にも庭作りを手伝ってもらったり、散歩中の挨拶や近所のコンビニのカフェコーナーに立ち寄るなど交流している。	
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	地域の行事に入居者様と一緒に参加させて頂くことで、地域の方から話しかけて下さることも増えてきている。地域の福祉会議にも参加させていただき、グループホームと認知症に関して説明し地域の方の理解への取り組みをしている。		
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	会議での意見交換を行い「地域の行事への参加について」、「救命救急の講習の依頼について」などアイデアを聴きサービス向上に活かしている。	自治会長・地域包括職員・他のグループホーム管理者・入居者などが参加して開催し、活動報告・意見交換を行っている。現在地域の方と一緒に救命救急法の講習会の開催を計画している。また家族会や祭りの開催についてそれぞれの立場から提案や意見をもらいサービスに活かしている。	
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に取り組んでいる	地域密着サービス向上の取り組みに対して担当者が熱心に相談に応じて下さっており、運営方法についても相談できる関係にあるので、継続していきたいと考えている。	市の介護保険運営協議会・地区福祉懇談会・地域ケア会議などに参加し市職員と協力関係を築いている。市主催の認知症カフェに出かけ現状を伝えたり、2ヶ月に1回介護相談員を受け入れている。	
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	身体拘束に関する事についての定義や基準を研修や職員へ説明をして可能な限り実践している。ご利用者様の行動に対して、職員の見守り方法が確立していないため、日中の玄関の施錠をしているが、事務所に職員がいて玄関の見守りができる時は開錠するようにしている。	マニュアルをもとに学び理解している。日々のケアの中で拘束にあたるか気になる事例があれば、その都度振り返り話し合いや指導を行っている。施錠は本来してはいけないという共通認識のもと見守りの強化などの対策を考えている。また行動を制限するような言葉がけや対応がないよう気をつけている。	定期的に研修を行うことで日々のケアを振り返る機会を持ち、身体拘束をしないケアについてより理解を深め、サービスの更なる向上に努められることに期待したい。

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
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されることがないように注意を払い、防止に努めている	左記に関して研修会を定期的に行い、虐待の防止の観察力を高めて行けるように伝えている。	全職員がユマニチュードを学び相手の立場に立って考えケアを行なうことで、不安などの症状を改善している。入居者が日々穏やかに過ごせることが、虐待の防止につながると考えている。また人員を多く配置することで職員のストレスに配慮している。	
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	権利擁護についてのマニュアルがあり、職員に成年後見人制度の研修を受講してもらい、入居時に活用できる体制を築いている。		
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	契約には、正確な説明を行う事と相手様が心配な点を漏らさない事を念頭に置き、管理者と主任の2人にて実施し、補い合って実施できている。		
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、行事、家族会などで意見交換を行っている。アンケートも年1回実施しており、要望内容の「歯科受診」「健康診断の実施」の説明を行えた。	面会時や年1回家族会を開催しアンケートを実施することで意見を聞いている。スクリーンに画像を映して活動報告することで家族会の参加率を上げるなど、より多くの意見をもらえるよう工夫している。歯科受診や市の健康診断に行くことが難しくなってきたという意見から歯科の訪問診療や医療機関での健康診断が行えるようにした。またケアカンファレンスは本人と家族の意向を聞いてから行っている。	
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	管理者が全職員との面談の時間を設けたり、ユニットリーダーに職員の意見や考えを吸い上げてもらい、リーダー会議や全体会議で検討を行っている。その後で会議等で改善状況を振り返るようにしている。	ユニット会議・リーダー会議・全体会議で意見を聞いている。各係から出された意見も会議で検討している。個人面談も行っており、意見を集約して業務改善を行なった。足元灯の設置やアロマセラピーの導入など職員の意見や提案をとり入れサービスに活かしている。	
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	管理者、主任、ユニットリーダーで現場職員の面談を行い、結果を代表者へ報告して、現場職員の実態を把握するようにしている。		
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	27年度は職員でチームを組み「ヒヤリハット」の検討を行い、改善策等実施の報告会でお互いに発表しあった。取り組みを通しチームで考え話し合い実践、振り返りなどの大切な部分のトレーニングが出来るようにしている。		

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
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	外部研修などを通じて交流の機会を積極的に設けている。勉強会までは至っていないが、他事業所への訪問や運営推進会議等で意見交換を行い、サービスの向上に取り組んでいる。		
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	入居前には、可能な限り見学に来ていただける様にお声掛けさせて頂いている。ケアプラン作成前に本人様の気持ちや思いを聴くために家族様と分かれて話す機会を設けている。		
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	ケアプラン作成時に自身や他者様の体験を話しながら、共感の気持ちでご家族様の胸の内をおたずねるようにしている。		
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	入居相談や申し込みの際に本人様とご家族様にお話しを伺い、必要な情報を提供できるようにパンフレットや相談に乗るようにしている。		
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	日常の関わりの中で、生活支援をできる関係を築き、入居者様と一緒に家事や掃除等を積極的におこない暮らしを共にしている。また利用者様同士の支え合いも見受けられている。		
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	月に1回のお便りを郵送したり、訪問時、行事、家族会等でご家族様と最近のご様子をお伝えして、介助方法や対応方法などの相談を実施している。外出の機会を可能な限りお声掛けして本人様を共に支えられる関係作りに努めている。	月1回写真入りの手紙を郵送し様子を伝えている。ホームページを開設し、遠方の家族の方にも普段の様子を知ってもらえるよう随時情報を発信している。また行事やボランティア訪問の際には案内を送り、一緒に過ごす機会を作るなど関係が継続できるよう支援している。草取りや畑作業・運動ボランティアなどホームに協力してくれる家族もいる。	
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	ご家族様や先方への許可を頂いてからですが、新しく入居された入居者様が前に通っていた施設へ遊びに行き、そこでの顔なじみの方と話をしたりと、その方のこれまでの人間関係を大切にしています。	入居時馴染みの人や場について本人・家族から話を聞いて、センター方式に記入し把握している。以前利用していたサービス事業所や競馬場・新潟市の百貨店など要望に応じて馴染みの場所に行けるよう支援している。また自宅や墓参り・友人の家など家族の協力を得て出かけている。知人の訪問時にはゆっくり過ごしてもらえよう配慮している。	

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
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	利用者様同士が関わる中で小競り合いといったトラブルが生じることもあるが、職員が全面的に関わり解決するのではなく、利用者様同士の関係性を築くことでの解決方法を相談するようにしている。		
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	他施設、病院、ご自宅等へ移られても連絡やご家族様の許可を得てから様子を伺い、ご家族様からの相談があれば応じる体制となっている。退去後に亡くなられた方のご家族様とも良好な関係を保っている。		
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	センター方式を取り入れてご本人様の希望や意向を本人様の行動、言動やご家族様等におたずねして探り、アセスメントに努めている。	「傾聴能力強化」研修で学んだ事を活かし思いや希望の聴き取りに努めている。日頃からゆっくりと関わる時間を設けて会話する機会を多く持ち、話をしてもらえような雰囲気作りを心がけて接し、しっかりと視線を合わせて心を込めた聴き方を実践し、希望・意向の把握に努めている。アンケートも活用している。会話での把握が困難な場合は家族から聞いたり、生活歴・職歴等も参考に総合的なカンファレンスを行い推測している。把握した情報はケース記録や申し送り簿、センター方式のシートに記録し、職員間で共有している。	
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	生活歴やご家族様の話しなどから馴染みの暮らし方を探り、入居に際して使い慣れた(家具、道具)やご家族様の写真等を持参されるように依頼し、一人一人にあった環境作りに努めている。	入居前に自宅や利用中の施設を訪問し暮らしぶりや生活環境を確認するとともに、センター方式を活用して本人・家族等から詳細な聴き取りを行い把握している。これまでの介護サービス利用の経過についても前の介護支援専門員や施設等から情報提供を受け、把握している。把握した情報を基に馴染みの暮らし方に近づけるよう配慮し、その人らしい暮らしの継続に活かしている。入居後も日頃の会話等を通じて把握に努め、新たに得た情報は記録して共有し、また介護計画にも反映させている。	
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	モニタリングを通して、出来る事ややりたい事を探り、職員全体で情報を共有してケアに活かしている。		
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	カンファレンスにてユニット職員と話し合い、ご家族様の面会や連絡時に日頃の様子を伝えてケア方法について相談して介護計画を作成している。	モニタリングは居室担当者が入居して間もない時期は1ヶ月毎に、その後は3ヶ月毎に実施し、モニタリングシートを作成して現状や新たな課題等を把握している。モニタリング結果は計画作成担当者が評価を加えた上で全職員に回覧し意見を募っている。必要時にはサービス担当者会議を開催し、本人・家族・職員、それぞれの意見や要望等を反映させて介護計画を作成している。また、職員は日々の関わりの中でも介護計画への反映を常に考えながらケアにあたっており、現状に即した介護計画作りに努めている。	

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
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	日々の様子や気づいた事を個別ケース記録や連絡ノートに記録し、職員全員が目を通して。重要な事に関しては、口頭での申し送りを行い情報共有している。		
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	ご本人様やご家族様のニーズに対して、全てを応えられなかったとしても、可能な部分や工夫によってサービスの提供を行っている。		
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	地域の町内会長様や行政区長様と相談する機会を持ち地域の社会資源の把握に努めている。地域の作品展への出品や地域のさいの神にご利用者様と一緒に参加させて頂けた。		
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	受診は、本人様とご家族様の意向に沿う形でかかりつけ医を決定して頂いている。本人様の体調に合わせて受診支援をご家族様と医師と相談して行っている。嘱託医とは往診時に状態報告書を用意する工夫やコミュニケーションをとり密接な関係を築き、急変時の往診対応やかかりつけ医との相談も行っている。	本人・家族の希望するかかりつけ医となっているが、嘱託医とは密接な関係が築かれており、日頃から医療に関する相談に乗って頂いたり、週1回の往診や緊急時には夜間でも対応してもらえる体制であり安心感に繋がることから、かかりつけ医を事業所嘱託医に変更される方が多い。医師との連絡票や受診記録など医療に関する情報を整備し、適切な医療を受けられるよう支援している。看護師による週1回の健康管理も行われている。	
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	27年4月より医療連携の訪問看護を導入し、週に1度の訪問を受けている。入居者様の体調の相談や過ごし方のアドバイスを受けている。必要があれば連絡、駆けつけてもらえる。		
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。	入院した際には、病院と情報交換を速やかに行い、身体状態や状況を確認する。本人様、ご家族様、病院関係者との相談の機会を持ち、安心して治療ができる体制をとっている。地域連携室の方と入退院の際の相談を行い、関係づくりに努めている。		
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	入居契約時にご本人様やご家族様より意向を十分に伺うようにしている。本人様の状態変化が見られた時はご家族様へお伝えするようにしており、重度化した場合は、本人様やご家族様、協力医、看護職と相談し今後の方針を共有している。	契約時に「看取り同意書」を用いて重度化した場合や終末期の意向を本人や家族に確認している。事業所のできることで、できないことを説明しながら、意向を尊重した支援につながるよう取り組んでいる。状態変化時にはその都度、医師・看護師や家族と相談し、情報提供も行いながら意向を確認して方針を定め、安心が得られるよう適切な対応を行っている。	

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
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	緊急時のマニュアルを会議や研修等で再確認し、特に新人に対しては、個人別に内容を伝えるようにしている。電話の脇にも提示して速やかに対処できるようにしてある。年に1回外部より講師を招き救命救急の研修を行っています。	AED操作等の救急救命訓練を定期的実施しているほか、緊急時の対応手順があらかじめ定められていて電話の脇に掲示すると共に新採用職員に説明し周知されている。また、会議時に応急手当のマニュアルの読み合わせを行ったり、職員が資料を用意して喉詰まり時対応等、応急手当の勉強を行ったりして、事故発生時等に備えている。持病のある方も居り、看護師から観察ポイントや対応の講習を受け、緊急時に備えている。併設のショートステイと夜間をはじめ緊急時の連絡・連携体制が構築されている。	
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回の災害訓練を実施し、その内1回は新発田エリアとして連携の強化を図る為に併設されたショートステイと合同で行っている。地域の方とは協力体制までは至っていないが、町内会長様と相談し、水害時の対応について確認をおこなった。	併設のショートステイとは災害時の連携体制が構築されている。年2回、昼夜を想定した災害訓練を実施し、うち1回は併設のショートステイと合同で実施し、連携体制の確認訓練も行っている。水害時の対応等については、地域のハザードマップを確認しており、また町内会長と相談するなど地域の方と連携し、対策を進めるよう取り組んでいる。	地域との協力体制の構築がまだ不足していると思われる。職員だけでの対応の限界を具体的に確認し、日頃より地域住民との連携を図りながら、ホームの災害対策に関する理解を求め、災害時の協力依頼を予め行ったりホームの避難訓練に参加してもらったりするなど、より深い協力体制を構築する取り組みを期待したい。また、冷蔵庫や棚類を耐震固定し、安全性をより高めることが望まれる。
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	27年度は認知症委員会でユマニチュードを学んでおり、職員もユマニチュードのDVDを観たり、人格を尊重した言葉かけの大切さを話し合い実践している。	接遇やプライバシー保護の研修を定期的実施したり職員に直接指導し、全職員に適切な言葉かけや対応を周知している。今年度「ユマニチュード」という新しい認知症ケアの手法を法人研修に参加したりDVD視聴したりして学び、人格を尊重した声掛けや対応の大切さをより深く理解し、話し合ったり自己の振り返りを行ったりしながら実践に繋げるよう努めている。職員は学んだ事に則り、人生の先輩として敬意を持ち、相手の気持ちを考えた対応を心掛けている。	
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	日常生活の中で、ご本人様におたずねして確認を行いながら、選択の機会を作っている。		
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	利用者様のペース、体調や気分に合わせて支援するように心がけている。食事や入浴に関しては、時間を意識している場面も見られるので、改善していきたい。		
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	定期的に美容師に散髪を依頼し、ヒゲ剃りや爪切りは定期的に職員が確認して行っております。おしゃれとまではいかないものの、その方の好みや暮らしに合った身だしなみを本人様と一緒に実施している。		

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
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	27年度は「食事作りの全員参加」をユニット目標に、準備や調理、片付けも入居者様と職員で一緒に行っています。職員が付き添いながらですが、1品を完成させた入居者様が誇らしげにされておられました。	利用者個々の力により役割表を設け、買い物、調理、準備、後片付けなど職員と共に行い、出来立ての美味しい料理を利用者と職員が同じテーブルを囲んで会話を楽しみながら食べている。献立は給食係の職員が、利用者の希望やホームの畑で収穫した旬の野菜を採り入れながら、栄養バランスを考えて立てている。週に数回は献立を予め決めておらずに、その時に食べたい物を聞いて用意するなど、一般家庭内のような対応も行っている。また、少人数で外出に出かけ好きな物を食べたり、出前や行事時の特別メニューの実施、おやつ作りなども行ない、普段と違う雰囲気での食事を楽しむ工夫もなっている。	
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	栄養バランスを考慮しながらメニュー作成している。状態に合わせた食事形態に対応し、水分摂取量を勘案しながら、トロミやゼリー等も取り入れている。定時提供と不定時提供をその方に合わせて実施している。		
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	自立支援を考えながら毎食後実施できている。利用者様の状態に応じて口腔ケア方法を職員間で検討し、対策をとっている。		
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	排泄チェック表、ご本人様の動作や表情などを勘案し排泄パターンを見極めた上でトイレへお連れしたり声掛けを実施している。職員間で介助方法を自立に向けた方向で検討し実施している。	排泄チェック表を活用して利用者の排泄パターンを把握し時間を見計らって誘導したり、表情や動作にも注意して声かけや誘導を行ない、トイレで排泄し続けられるよう自立に向けた支援を行なっている。排泄時の介助は過剰介助にならないよう気を付け、一人ひとりの状態に合わせ職員間で統一した方法で介助している。適切な支援により、紙オムツからパッドに改善した利用者もいる。誘導・介助時は羞恥心に十分に配慮して行っている。	
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	できるだけ薬に頼らずに食物繊維の含んだ物をとっていただけるようにして、水分量増加のために好みの飲み物を提供し、体操をとり入れて便通がよくなるように心がけている。		
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ず、個々にそった支援をしている	基本となる時間帯は決めてはいるものの、ご本人様の気分や希望に合わせて提供できるように心がけている。入浴剤やアロマを使用したりハンドマッサージ、フットマッサージ、足浴を実施したりと楽しめる工夫もしている。	週に2～3回、午前中の中入浴を基本としているが、利用者の希望があれば回数や時間帯の変更には柔軟に対応している。入浴の順番や同性介助などの希望にも沿うようにしている。入浴中は職員と一対一で話すことができる良い機会であり、利用者は会話しながら入浴を楽しんでいる。拒否する利用者には無理強いをせず、拒む原因を検討して対策し、気持ちよく入浴が出来るよう支援している。入浴剤やアロマを使用したり、手や足のマッサージも行っており、気持ちが良いと利用者にも喜ばれている。	

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
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	利用者様の生活パターンを把握し出来る限り希望に沿う形で臥床支援を実施している。終日臥床しがちな方に関しては、夜間の安眠に影響が出ないように適時、お手伝い等を声掛けを実施し、離床の機会も保つようになっている。		
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	嘱託医や調剤薬局との連携により、薬の使用法、副作用についてご指導いただき、分からない事があれば、確認を取る様努めている。薬内容表を作成し、一目で内容を確認出来るように工夫をしていて、変化があった場合には、症状を記録し施設で検討し対応を実施している。		
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	ユニット目標である食事作りに関するお手伝いをお一人お一人の役割りや生きがいにつながるように職員で話し合い支援しております。		
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	本人様の希望に合わせて、ご家族様の協力を仰いで外出したり、職員間で時間を設けて散歩、買い物、ドライブ、外食等へ利用者様の外出の機会を作るように心がけている。	散歩や食材の買い出し、ドライブ、外食、併設のショートステイとの交流等、日常的に戸外へ出る機会を多く設けるよう取り組んでいる。テラスで茶菓を楽しんだりもして外の空気に触れる機会が増えるよう支援している。また、季節に応じた外出行事を行い、花見やイチゴ狩り、水族館、キノコ園、温泉など、普段行けないようなところへも出かけている。ドライブ等の行き先は利用者の希望も取り入れつつ、季節を感じられる場所や昔なじみの場所などを選択し、利用者に喜んでもらえるよう工夫している。	
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	買い物については、本人様とご家族様の希望と意向を勘案しながら実施している。高額な物に関しては、あらかじめご家族様に確認してから購入するようにしている。今後は利用者様自身に支払いをする取組みを検討している。		
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	本人様の希望に合わせて、電話や手紙ができるように支援している。年末には、ご家族様に年賀状を出せるよう必要な支援を行いました。		

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
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	家庭的な雰囲気に留意しながら、花や季節の飾り等を用意し四季を感じて頂きながら、利用者様にとって居心地よい空間作りを心掛けている。少人数でくつろげるスペースを作るなどの工夫もしている。	リビングダイニングは広くて解放感があり、利用者作品や行事時・外出時の写真、利用者の好みの小物や花などで飾られ家庭的な雰囲気が作られている。談話コーナーや畳コーナーも設けられており、利用者は思い思いの場所で過ごすことができる。今年度は畳コーナーにソファやTVを増設して居場所を増やすなど、利用者の状況に合わせて設備・配置の見直しを随時行っている。また認知症リハの一環としてアロマセラピーを行っており、昼は脳を活発に働かせる香りを、夜はリラックスを促す香りを使用し、利用者は香りを楽しんでいる。室温は適切に調整され、清潔が保持されており、利用者が心地よく過ごせるよう配慮されている。	
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	1人になりたい際には、1人で過ごせるよう居室や畳みコーナーなどへ案内している。気の合う利用者様同士で過ごせるように席を近くに配置したり、好みの場所で過ごせるように声掛けを実施している。		
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	入居前における面談にて自宅居室内を拝見させていただき、使い慣れた生活用品や好きな物などを持参して頂くように依頼している。入居後も本人様やご家族様と置きたい物や飾りたい物を相談して持参して頂いている。	本人・家族の希望に応じ、馴染みの家具や写真、装飾品等は自由に持参してもらい、その人らしい居室作りを支援している。室内の装飾も本人の好みに添うよう支援し、ベッドの配置や向きも本人に合わせ、居心地良く過ごせるよう配慮している。利用者は掃除やリネン交換を出来る範囲で行い、居室に愛着を持って暮らしている。室内は清潔に保たれている。	
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	転倒や異食行為の危険がある方が数人いらっしゃるので、家具や椅子等の物の置き場所の検討し配置している。		

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				