

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	月1回各部署が集まり理念を確認したり、また各部署においては年度のスローガンを掲げ相互で達成出来る様取り組んでいる。	毎年度、年度目標とユニット毎のスローガンを作成し、理念としている。全職員で話し合い作成した職員それぞれの思いが盛り込まれた理念となっており、職員は利用者の個性を大切にし明るく笑顔で過ごせることを重視した理念を大切にしている。目に付く場所へ掲示して共有し、また会議等で実践状況の振り返りをおこない、理念の達成に向け取り組んでいる。	
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	毎月の茶話会やボランティアによる歌う会の開催、納涼祭等のイベントに招待するなど交流している。	ホームで数年前より継続して毎月開催している「地域お茶のみ会」は地域の方々の楽しみにもなっていて、毎回多数の方々が参加し、利用者で交流している。グループホーム新聞を毎月発行して回覧板に載せ情報発信したり、ホームの10周年祭や納涼祭などを開催して地域の方々にも参加を呼びかけたりしている。また、地域の新年会等の集まりにも積極的に参加して交流し、泥上げや集金の手伝いなど地域で必要とされる役割も担うよう努めている。ボランティアや保育園児の訪問も定期的にあり、利用者の楽しみとなっている。様々な取り組みを通じて地域とは馴染みとなり、また交流の輪も広がってきていて地域とは良好な関係が築かれている。	
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	茶話会での地域交流や新聞における認知症に関する記事などによる発信を地域の人々に行っている。		
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	利用者の日常生活の実際、サービスの提供状況事故、ヒヤリハットの事例と対策、苦情の実態について報告し、各出席者から意見を頂戴し今後の対応に活かしている。	2ヶ月に1回、利用者代表、家族代表、自治会長、民生委員3名、市職員、地域包括職員等のメンバーで定期的に開催している。ホームの活動状況や各種の取り組み、事故・ヒヤリハットの発生状況及び対策、外部評価の結果などを報告し、メンバーより意見やアドバイスを頂き、サービス向上に役立てている。また、他施設の情報や地域情報の提供を受け参考にしたり、家族からは思いや気持ちをお聞きして職員にも伝え、家族の気持ちを職員にも承知してもらいケアの更なる向上に役立てている。	
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	随時施設での事故や苦情の報告を行い意見、指導を頂いている。それらに対する改善報告の下更なる良質なサービス提供に心掛けている。	市の高齢介護課の職員が運営推進会議のメンバーであり、会議の場で事業所の実情や取り組みを伝えている。また、日頃から報告や相談などこまめに行なっているほか、市のボランティアスタンプの取り組みに受入機関として登録しボランティアを紹介してもらったり、市主催の研修等にも積極的に参加したりしながら、関係の構築に努めている。	

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
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・高齢者虐待防止委員会を中心に各種具体的な事例を理解させ、それらを絶対に行わないケアを全職員に周知徹底しており、結果身体拘束をしないケアを実践している。	併設施設と合同で身体拘束・高齢者虐待防止委員会が設置されており、毎月、委員会を開催し身体拘束をしないケアの実践状況を確認している。また、委員会メンバーが中心となり定期的に研修会や事例を用いた話し合いを実施し、全職員は身体拘束をしないケアが身に付いており、些細な事でも疑問を持ち考えて行動し、拘束しないケアに取り組んでいる。今年度は法人による拘束・虐待に関する職員アンケートが実施され、職員の更なる知識・意識の向上に役立てられている。	
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	委員会や、内・外部の研修を中心に各職員は虐待防止の意義を学んでおりそれらを実践に日常のサービスに反映させている。	身体拘束と同様に、委員会を中心に研修等で虐待にあたる行為の具体例などを学び、虐待防止について周知徹底されている。職員は研修等を通じて虐待に対する問題意識が高まり些細な事でも気づくようになっており、気づきがあれば皆で話し合い防止に努めている。職員のストレスにも配慮しており、日頃から何でも話せる環境を整えコミュニケーションを良くとり職員の状態や気持ちの把握に努めたり、勤務体制も負担が大きくなるよう休出・残業が発生しないようにしており、ストレスの軽減に努めている。	
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	この項目に関しては各職員が学び、話し合う機会が少ないのが現状である。		
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	本人や家族が不安を抱かれることがない様、十分な説明を行い理解を得ていると考える。		
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	意見箱に自由に書いてもらっているが十分な活用はできていない。家族へのアンケートや面会時にこちらから話して頂ける雰囲気を作ったりして本音の部分を引き出せる様努めている。	利用者には、日々の関わりのなかで意見・要望の把握に努めて接している。家族には面会や受診支援等で来訪した際に積極的に声をかけ、意見等を引き出せるよう努めている。把握した情報は「要望(相談)対応記録」に記録し全職員に回覧して共有し、検討のうえ運営に反映するよう努めている。今年度はより幅広く率直な意見を募るため家族アンケートを実施する予定である。	
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	日常の中で意見や提案を聞く機会が開かれてきていると考える。それらに対してのフィードバックが確実に出来る様今後も進めていきたい。	管理者やリーダーに対し日頃から相談や意見・提案などがしやすい環境づくりがなされており、職員も話しやすさを感じていて何かあればすぐに相談や意見等を上げている。出された意見・提案には些細な事でもすぐに対応するよう努めている。また、毎月、ユニット会議と全体会議を行い、出された意見・提案を検討し、運営に反映させている。職員の提案により「投薬カレンダー」を作成し両ユニットの職員同士でも情報共有し、利用者の服薬の安全性がより高まった例がある。	

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
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	個別面談による聞き取り、普段からの業務に取り組む姿勢の評価を客観的に勘案し、相互が納得できる環境で業務遂行できるよう心掛けている。		
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	各職員のレベル、適正に合った研修会への出席を奨励しスキルアップ出来る様支援している。OJTに関しても個別に適したサービス業務を訓練している。		
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	支社内における同業者とは内部研修やイベント交流を通じてその機会を作っている。外部の同業者とは外部研修時に情報交換する等で学び、サービスの向上に努めている。		
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	入居前に本人、家族から要望・不安・意見を十分に聞き、安心して新しい生活に入れる様考慮している。また実際グループホームを見学してもらい事前に雰囲気を感じて頂いている。		
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	一番初期の信頼関係作りの時であり、入居後に対しても大切な時間である事を認識し、少しの不安も解消出来る様努めている。		
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・家族の情報を整理・分析しチーム内での意見交換、アセスメント後喫緊のサービスを提供している。		
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	尊厳の気持ちを常に忘れず、共に生活する楽しさ、悩み、不安を共有しながら人生の教訓を教えてもらいつつ信頼関係の構築された関係作りに取り組んでいる。		

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	本人の状態や生活の様子を定期的な手紙や随時面会時に報告し相互理解を深めている。また苦情・意見も丁寧にお聞きし本人へのサービスの反映、向上に努めている。	周年祭・納涼祭・新年会・敬老会などの行事には家族にも参加を呼びかけ、共に過ごす時間を設けるよう努めている。敬老会は市内の料亭で開催し、利用者と家族が共に食事や職員による出し物を楽しみながらゆっくりと過ごすことができ、利用者・家族共に喜ばれている。また毎月、家族へ手紙を送り生活状況を伝えたり、変化時にはこまめに電話し、家族への情報提供を積極的に行ないながら情報共有し、協力関係の構築に努めている。	
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	在宅時からの友人や活動の関係継続へは本人の希望を聞き、出来る限りの支援を行っている。	入居時に本人や家族からこれまでの人間関係や馴染みの場所などについてくわしく聞き取り、情報を集めている。入居後も把握に努め、友人等が面会に来た際はゆっくりしてもらい話を伺っている。収集した情報は記録して共有し、具体的な支援につなげている。友人宅へ連れて行ったり、電話や手紙の手助け、馴染みの美容院の利用支援、外出支援など、関係が途切れないよう支援に努めている。	
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	食席の配置など共有スペースの環境を随時調整し、特定の利用者だけでなくユニットを構成する色々な他者と交流し支えあえる様努めている。		
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	契約終了後も病院や次の入居先へ面会に行ったり、手紙を書く等で本人・家族との関係継続を図っている。また相談をお受けし関係の継続に努めている。		
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	本人の快適な生活支援を図るべく、相互のコミュニケーションを大切にし希望する生活様態の提供に努めている。意思疎通が困難な利用者とは表情や発語、家族からの情報を基に今必要なサービスが行える様努めている。	日頃のコミュニケーションを大切にしている。思いを言葉に出来ない方は、日々関わる中で推測し、本人の視点に立って職員間で話し合い検討している。また家族と情報を共有することで、より明確な把握に努めている。利用者のニーズは変化するものであることを踏まえ、今現在の思いを常に把握し支援に活かしている。	
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	本人・家族を始め各関係者からの情報を活かしサービス支援を行なっている。特に実地調査からは本人の暮らしの環境や馴染みの物を知り入居後の生活支援に役立てている。	入居時自宅に訪問したり家族から話を聞き把握している。また以前利用していたサービスの関係者から利用経過について情報を得ている。入居後本人と関わる中で知り得たことは周知ノートなど記録に残して共有し、その人らしい暮らしに活かしている。	
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	日常生活での観察は言うに及ばず、カンファレンス、モニタリング会議等を有効に活用しその人の現状把握に努めている。		

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
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	定期的にモニタリング、アセスメントを行い現状に即した支援計画の見直しを行い、本人のニーズに的確なプランを作成出来る様努力している。本人家族の声もプランに反映される様な関係作りにも配慮している。	3か月毎にモニタリング実践記録表・介護援助計画表に沿ってモニタリングしている。6か月毎にアセスメントを行わない計画を見直している。サービス担当者会議に家族に参加してもらったり、ユニット会議で職員間で話し合うことで、それぞれの意見を計画に活かしている。また状態変化があればその都度計画を見直している。	介護計画の見直しやモニタリングの根拠となるものとして個別記録は重要である。介護計画に沿って実践されたか、それでどうだったかの評価を日常的に記録し、情報を蓄積することで介護計画に活かされることに期待したい。
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	毎日の実践記録はされているが、記録の仕方が型にはまったもので、利用者本人の個性が必ずしも詳細に記録されていないのが現状であり今後の課題である。		
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	日々変化のある利用者の状態に柔軟に即したサービスができていくかと言えそうでない部分も多いと考える。日々の情報収集・モニタリング・アセスメントの正確性を重んじ柔軟なサービス提供を心掛けたい。		
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	随時行っている地域資源の活用が、果たして一人一人が楽しめるものになっているのかを検証してみる必要がある。こちらかの自己満足に終わってはならない。		
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	本人や家族のご希望のかかりつけ医への受診を行っており、当事業所との関係も良好である。受診後は家族に結果を報告し承諾して頂いている。	希望のかかりつけ医へ職員が同行している。可能な方には家族に同行してもらい文書で情報提供している。また状態変化のあった時は主治医に電話で聞いたり、看護師に相談して適切な医療が受けられるよう支援している。医療に関する情報は医療連携ファイルに記入し情報共有している。	
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	職場内の看護師とは随時、訪問看護師とは週一回状況を報告し指示を仰いでいる。その際利用者本人の詳細な変化、状況を説明し適切にサービスが受けられるよう支援している。		
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。	入院時はほぼ毎日病院に伺い、本人の状態の確認、医師・看護師からの情報提供を受け相談を行っている。医療相談員との関係も密に取り、できるだけ早期の退院が出来る様連携を強めている。		

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
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	特に長期の入院後は重度化して退院されてくる事が多く、再受け入れ時はカンファレンス、アセスメントを念入りに行い、ここで出来る事の範囲を家族に理解を得ている。またその後の経過も家族と連絡を密に取り、支援方針の共有化を図っている。	入居時家族に指針に基づいて説明を行い同意を得ている。状態の変化に応じて主治医や家族と話し合い、医療機関での治療を望まれるのか、グループホームで終末期を過ごすことを望まれるのか確認している。協力医・看護師との連携や職員教育など看取りの体制を整えており、出来る限りの支援に取り組んでいる。	
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	定期的な研修の中で急変時の対応を学習しており、マニュアルに沿って行動する事を全職員に周知している。	消防署の協力を得て救急救命法を学んでいる。誤嚥・転倒など応急手当について看護師が講師となり研修で学んでいる。職員が不安に思っていることや判断に迷うことは、すぐに看護師に確認し指導を受けることで、急変や事故発生時に対応できるよう備えている。	
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	定期的な避難訓練や、春の市が主催する水害訓練にも参加し災害時の対応を学習している。地域との協力体制もまとまっている。	今年度は避難訓練を3回行った。全職員が昼夜の訓練を経験できるよう配慮している。両ユニットは日頃から行き来し全利用者を把握しており、災害時連携できる体制を整えている。地域にも協力を呼びかけ訓練に参加してもらっており、実際にどこから避難するのか見てもらうことができた。	
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	一人一人の尊厳を守る事は当然至極の事と認識している。言葉掛け一つにも常に相手を尊重した接し方に取り組んでいる。	接遇委員会が中心となり研修で学んでいる。人生の先輩として敬意を払い呼び方に気をつけている。自分がされてイヤなことはしないことを徹底し、不適切な声のかけ方や対応で誇りを損ねないよう配慮している。個人情報事は事務所で保管し、記録は利用者の目に触れないように書くなどプライバシーに配慮している。	
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	接遇の中で自己決定できるヒントを出したり、本人の希望される事を知ろうとする努力をしている。中々自分の気持ちを表出できない利用者に対しては表情やサインからそれらを汲み取っている。		
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	出来る限り利用者の希望に沿った過ごし方を支援しているが、業務の都合で我慢して頂く場面もまだ多くみられる。		
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	利用者の望む服装やおしゃれは大いに支援しているが殆どそれらの希望は見られないのが現状である。		

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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	一緒に調理をしたり、食事準備をする機会は意識的に働き掛けなくても利用者から自発的に行われる場面が多く見られる。	昼食は併設のデイサービスの厨房から配食され、朝食と夕食は利用者の好みを取り入れ一緒に調理している。日曜日の昼食作りは利用者で行っており、一緒に献立を考えて買い物に行ったり、出前や外食・手作りおやつなど食事を楽しむ工夫をしている。	
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	毎日の栄養摂取量、水分摂取量は個別に記録し確保している。主治医、訪問看護師とも連携し必要量の確保、アドバイスを受け対応している。		
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	口腔ケアの重要性を認識し、励行している。自身で出来ない利用者に対しては職員が援助して行っている。		
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	個々の排泄パターンを理解し、定時のトイレ誘導を行っている。自力で排泄出来ない利用者に対しては排泄サインを見逃さず、トイレでの排泄を促している。	排泄チェック表でパターンを把握している。また排泄のサインを察知し、失敗の無いよう誘導している。パットなどの使用は本人・家族と相談し検討している。身体機能に応じ介助することでトイレでの排泄を大切にしている。また介助されることに抵抗のある方もおり、安全を確保した上でプライバシーや本人の気持ちに配慮した支援をしている。	
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	水分を多く摂ってもらったり、繊維質の摂取。又主治医、訪問看護師に相談、指示を仰ぎ下剤を服薬して頂いている利用者も居られる。また、毎朝ヨーグルトを提供する事を習慣としている。		
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	業務の都合でおおまかな入浴時間は決まっているのが現状であるが、希望があればその時間に入浴出来る様配慮していきたい。	時間帯など希望に応じ入浴できるよう配慮している。同性介助や仲の良い方と一緒に入るなど楽しく入れるよう個々にそった支援をしている。併設デイサービスのミネラル温浴やチェアー浴を利用することもできる。	
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	その時々状況に応じて休息して頂いている。本人の生活習慣を重んじ、生活リズムを崩さないよう安眠支援している。		

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
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	服薬一覧をファイルし、全職員が個々の服薬内容効用、副作用を理解している。服薬による変化は日々観察し、随時主治医、訪問看護師に相談し指示を受けている。		
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	本人の能力に応じた役割を分担してもらい、それが生活リズムの構築、気分転換になっていると考える。嗜好品、楽しみごととも個々で楽しんで頂いている。		
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	外出支援は大いに推奨している。出来る限り行きたい所に行きたい時に、家族の協力も得ながら実行しているが、どうしても職員の勤務状況で行けない時は日をずらしたりしてもらっている。	利用者の希望を聞きながら、弥彦神社や国上の足湯・しらすぎ森林公園など外出している。また三条新聞から情報を得て、行きたい催しものがあれば出かけている。日常的にも散歩やベランダでのお茶飲み・洗濯干し・花の手入れなど短時間でも戸外に出て気分転換でき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	お金の管理や支払いは、概ね職員が行っており、それ故実際本人がお金を持つ機会は殆ど無いが、外出では欲しい物を買って頂いている。		
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	その様な要求があれば家族、友人などへの仲介を行っている。		
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	フロアにソファを配置しくつろげる環境作りを行っている。また共有スペースには季節感のある壁画を飾り季節の移り変わりを実感して頂いている。	フロアの外には広いベランダがあり開放的である。光が入りすぎないようカーテンで調節し、エアコンの風も直接当たらないよう工夫している。利用者と季節毎に作品を作って飾るなど季節感を大切にしている。食事をするテーブルとテレビのあるソファコーナーを分け、目的に応じて移動することで生活にメリハリが出るよう工夫している。	
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	フロアでの座席やソファの位置を工夫して、個々の希望に沿った空間の確保が出来る様配慮している。		

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	昔から馴染みのもの、大切にしてきたものを居室に置いたりして気持ちが落ち着ける様工夫している。	使い慣れたベットや布団・テーブル・時計など自由に持ち込んでもらっている。好きな写真などを飾り、本人が居心地良く過ごせるよう工夫している。	
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	バリアフリー、手擦りの位置などは安全な環境作りに配慮しているが、自立して生活が送れるまでにはまだまだ工夫すべき課題があると考え、引き続き検討していく。		

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、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (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				