

# 1 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	3790200046		
法人名	医療法人社団 田村クリニック		
事業所名	グループホーム なぎさ		
所在地	香川県丸亀市中府町4丁目12-19		
自己評価作成日	平成28年8月31日	評価結果市町受理日	

※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.jp/37/">http://www.kaigokensaku.jp/37/</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人香川県社会福祉協議会		
所在地	香川県高松市番町一丁目10番35号		
訪問調査日	平成28年10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)】

1. 母体の田村クリニックが協力機関となっていることで、医療連携を取りやすく体調不良時の対応が迅速に実施できる。
2. 介護職員7名管理者1名の8名体制で業務にあたり、1日に3人以上の職員が確保できている。
3. 介護職員7名の内、半数以上の4名が介護福祉士資格を取得しており、専門的ケアを実施できる。
4. 職員が一丸となり、入居者一人ひとりの人生について考え、支援する視点がもてるよう、日々の職員会議を通して情報共有・勉強を実施している。

2

理念の「明るく笑顔の絶えない大きな家族を目指します」を基に、利用者・家族・職員・地域が一体となり一つの大家族として助け合って楽しく穏やかな表情で日々の生活を送っている様子がうかがえる。地域の行事への参加や、ボランティアや高校生・小学生・幼稚園児が毎年訪問に来て利用者とは交流している。医療連携も整っており、看取り介護の経験もあり家族の希望に沿った支援をしている。職員は、研修・行事の年間計画を立て担当者を決めている。責任感と主体的に取り組み勉強になる。利用者の担当を決めて月2回の職員会議で状態を発表することで情報の共有と共に「そういう見方もあるのか」など職員教育につながっている。
---

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 ↓該当するものに○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 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、生き生きと働けている (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		

## 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	認知症実践者研修後、職員会議にてGHの理念を定めた。朝礼時に唱和を行い、理念の意識付けを行っている。また、一日の流れを伝え、意見することで実践に繋げている。	事業所の理念「明るく笑顔の絶えない大きな家族を目指します」は、職員会議で作成している。毎日、朝礼時に唱和して共有している。その日のケア計画（例えば、入浴者等）を具体的に話し合い実践につなげている。	
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	地域行事は必ず参加している。GH行事には、地域の方を招待し交流を図っている。また散歩等により、日常の中で地域の方と交流する機会がある。	地域行事のふれあい祭りに参加や、事業所行事に地域の方を招待、また、高校生・小学生・幼稚園・三味線のボランティアが継続的に訪問され交流している。散歩や買い物・神社へ出かけ、地域の方と挨拶を交わしたり日常的に交流している。地域から認知症勉強会の依頼を受け講演に出かけ交流している。	
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	地域の認知症予防の会より依頼があった場合は、認知症の勉強会を開催する。(実践あり)認知症普及啓発の為、イベント等への参加を通して地域貢献している。		
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	1回/2か月、運営推進会議を開催。会議の中で、指摘されたことは、必ず改善にむけて取り組んでいる。	運営推進会議を2か月に1回開催し、市担当者・民生委員・自治会長・家族は常時4名は参加している。事業所の活動状況を報告後、意見交換がなされたいだいた意見は職員で話し合いサービス向上に反映できるよう取り組んでいる。	
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	運営推進会議、GH連絡会時に、困難事例や運営について相談している。また、疑問点等は、その都度、電話をするなどして確認している。	市担当者は、運営推進会議に参加と市主催のグループホーム連絡会を開催し市全体のケアサービス向上を図っている。事業所は会議に参加時、また状況に応じてその都度、相談・助言・情報交換できる関係を構築している。	
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	法人全体の虐待防止委員会での勉強会とGH独自の勉強会の中で取り上げている。入居者の立場に立ったケアの意識統一を図り、現在身体拘束はない。	職員は毎月、法人全体の虐待防止委員会で身体拘束・接遇等の勉強会、事業所勉強会で話し合い身体拘束について正しく理解し、利用者の安全を確保しながら自由な暮らしができるよう支援している。玄関は夜間のみ施錠している。	

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
7		○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	法人全体の委員会での勉強会とGH独自の勉強会の中で取り上げている。2回/月の職員会議時、ケアの方法を相談し合える場を設けている。		
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	法人全体の委員会での勉強会とGH独自の勉強会の中で取り上げている。(成年後見人制度利用者は1名) 外部研修にも積極的に参加し、理解を深めている。		
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	契約時は分かりやすい言葉で表現している。質問に対して、その都度受け付ける旨を伝えている。利用中の料金改定(消費税増税等)時は、一人ひとりの家族様に説明を行い、書面にて同意書を頂いている。		
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	運営推進会議の中で家族様の意見を頂いている。指摘されたことは、必ず改善にむけて取り組んでいる。また、面会時には、必ず近況報告を行い家族の気持ちをいち早く汲み取る努力をしている。玄関に「ご意見箱」を設置し、直接意見を言いにくい方への配慮を行っている。	家族の面会時、必ず利用者の状態を報告している。会話の中から意向を察知し、改善に取り組む結果を迅速に報告すると、家族から驚かれることも多くある。職員の対応は家族の安心・信頼関係につながっている。	
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	隔週、職員会議を開催している。事業所の運営に対する決定事項の周知を行っている。現場に関わる運営の問題点は、業務の実情の聞き取り調査を行い、改善策と一緒に考えている。	日頃から、管理者と職員は気づき、悩み、困りごとを気軽に相談できる体制である。意見・提案等の内容により法人の各委員会に提起、話し合い職員の意見を運営に反映している。毎月2回の職員会議・勉強会の出席者も多い。また、年2回、個別面談をしている。外部研修にも積極的に参加し、情報を共有しサービス向上につなげている。	
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回の人事考課にて勤務状況・研修状況・業務状況について把握し、賞与・昇給等に反映させている。		

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
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	職員に合った外部研修を勧めている。認知症介護実践者研修等の外部研修に参加しやすい環境作りを行っている。		
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	顔見知りの他事業所への見学の実施を不定期で行っている。互いに向上できるよう情報交換を適宜行っている。また、職員は自発的に外部研修参加時等に他事業所の同業者との交流を図っている。		
<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	入居相談時は、ご家族が入居を考えた原因や、それに至るまでの気持ちを聞き、受容する姿勢で対応している。また待機者となる場合でも、他事業所の紹介や介護保険制度説明を詳しく行うことで不安感を軽減できるよう努めている。		
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	来荘時には、必ず出向き、日常の様子のご報告を行っている。会話の中で、ご家族の思いを汲み取り、ケアの方向性を考えている。ご本人とご家族の意向が違う場合も、会話をする事で、中間点を見つけ出し対応している。		
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・事前訪問で得た情報をもとに、カンファレンスを実施、職員間にて情報共有や注意点等を話し合っている。家族が見れない＝入居ではなく、かかり付けの医療機関等と相談することで適切なサービスが利用できるように調整している。		
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	「認知症の入居者」ではなく「入居者の〇〇様」として尊厳の保たれたケアを提供する。また職員と一緒に行動することで、同じ時間を共有する顔なじみの関係を形成している。		
19		○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	「施設内外行事開催時に家族参加を呼びかける事で、入居後も家族の繋がりを保つ手伝いを行っている。食事介助を共に行うなど、家族間の絆を築ける様に配慮している。		

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
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	一時帰宅支援や馴染みの場所への外出を企画し実施している。入居者の古い友人が来荘される事もあり、また行きたいと思って頂けるようにコミュニケーションを図っている。	家族の協力を得て、馴染みの場所へ出かけたり、一時帰宅などできている。家族の面会は多く、利用者の知人・友人等は年齢とともに頻度は減っているが、面会に来られ馴染みの関係が継続できるよう支援している。	
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	気が合う・合わないを見極めながら、利用者同士の関係づくりに努めている。随時、食堂座席の変更を行っている。支え合うが過度にならないような注意も必要だと考えている。		
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	転居される場合は、介護要約の作成を行い情報提供を行っている。また、退居後の訪問を行っている。ご家族に対する精神的ケアとして、手紙や・行事案内等を実施している。		
<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	本人から意向調査ができる場合はコミュニケーションを取りながら行う。困難時は、家人との会話で、家族の思いと本人の思いを合わせて検討している。	利用者との会話やさりげない行動・表情から思いや意向を把握している。困難な場合は、家族から情報を得て、職員会議で話し合い連絡ノートに書いて共有し、利用者の意向にあった過ごし方ができるよう努めている。	
24		○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	入居事前調査を職員に周知している。加え、ご家族面会時、日々の様子を伝えると共に、ご本人の生活歴を聞き出す努力を行っている。得た情報は職員会議や連絡ノートにて職員全体に周知している。		
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	介護記録を24時間シートに変更し状態の把握を行っている。また、担当者による、毎月のモニタリングに加え、会議時に報告する事で新しい情報の共有ができている。		
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	日頃から、ご本人・ご家族の意向を会話の中で確認している。また、業務中の気づきを職員から聴取し介護計画に結びつけている。ご本人の状態変化時はカンファレンス・介護計画の変更を行っている。	面会時の会話の中から、利用者・家族の意向と職員の気づき・24時間シート・担当職員のモニタリング(ケアチェック表から)をカンファレンスで話し合い介護計画を作成している。見直しは3~4か月ごとに行っている。状態が変化した場合は随時見直している。	

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
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	24時間ベースの介護記録の記入を行い、毎日の観察に生かしている。これと別に、ケアチェック表を作成し、日々の様子の観察に役立てている。また、会議時のモニタリング発表により、計画の見直しを行っている。		
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	本人の希望と主治医の診断がある場合は、法人内セラピストが身体機能の評価を行いリハビリを実施。また、個別ニーズを可能にする為の外出企画など、その都度検討し実施している。		
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	地域イベントへの参加や、地域ボランティアの慰問により、住み慣れた町で、いつまでも生活してる事の実感が持てるよう支援している。馴染みの場所への外出の機会を設けている。		
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	入居時の主治医変更は、家人・本人の意向の確認を行っている。他科(専門医)受診時は、主治医の紹介状にて情報提供を行っている。	利用者・家族の意向を大切に、希望する医療機関で適切な医療が受けられるよう支援している。利用者全員、協力医療機関の往診を月2回受けている。他院(専門医)への受診は、原則家族の協力を得て、情報を共有している。法人の訪問看護師と連携し、毎日2回(朝・夕)利用者の状態報告と週1回訪問され、状態により医師に報告している。	
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	訪問看護師と連携し、2回/日の申し送りと、1回/週の定期訪問により状態報告を行っている。介護職員の疑問点などを教えて頂いている。急変時には、速やかに主治医に連絡する体制も確保できている。		
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。	協力病院との医療連携を図っている。入院時には介護要約などの情報提供を行い、入院期間中は、定期的訪問を行い、状態の把握に努めている。		

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
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	終末期ケア実施の際には、適宜、家人への意向の確認を行っている。看取り希望時は、どの程度の医療ケアを希望するか確認を行っている。 職員に対しては、看取り介護に於ける事業所の指針の勉強会を実施している。	入居時、利用者・家族に重度化・終末期の事業所のできることを説明し意向を確認している。事業所は医療連携が整っており、看取り介護も行っている。職員は利用者の状況に応じて随時、家族と話し合い看取りを希望される場合は、同意書をもらい職員は方針を共有し対応している。	
34		○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	法人内にてAED使用の研修に全員参加している。GH内研修でも緊急時の対応を確認している。		
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	ご家族・地域の方を招き、法人内訓練を実施(2回/年)している。GH内勉強会でも、手順の説明を行っている。また、地域の防災訓練に参加し、地域の住民であることを意識付けている。	年2回、隣接する法人施設と合同で防火・避難訓練(日中・夜間想定)を実施している。地域の協力体制はできているが参加は少なく、利用者も参加していない。近くに川があり避難水位も決められている。職員は、常にシュミレーションを心掛けている。備蓄等は法人が一括管理している。	特に、夜間想定訓練時、地域の方に避難した利用者の見守りなど、具体的な役割のお願いするなど協力体制の構築を期待する。避難訓練に利用者が一人でも参加できることが望まれる。
<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	介助が必要である入居者に対して、排泄時、陰部が直接見えないように工夫する等、プライバシーへの配慮を行っている。直訴できない入居者に対しても、他者と変わらない声かけの実施。	利用者一人ひとりの思いを大切に受けとめて、生活を主体的に自由に楽しく過ごせるよう支援している。職員は、接遇について勉強会を行い利用者の誇りやプライバシーを損ねない声かけや対応に細やかな配慮がうかがえる。	
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	衣類の決定など、質問方法を工夫し、小さな事でも自分で決められるように心がけている。その日、その時に、ご本人がしたい思いを叶えられるよう努めている。		
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	一人ひとりにあった過ごし方を考えている。また、その日その時に合わせた対応を実施している。業務優先にならないよう、日ごろから職員間で話合うようにしている。		
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	入居者様、自らモーニングケアを実施することの重要性を理解し鏡を見て自分で整えるよう促している。 理美容や買い物では本人の希望を聞き、自己決定できるよう支援している。		

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
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	一人ひとりの状態に合わせて食事形態の見直しを適宜実施している。月1回クッキング等の行事を取り入れ、調理する事で作って食す喜びを感じて頂いている。	献立は法人の管理栄養士が作っている。利用者の嗜好は給食委員会で伝えている。調理は全て法人で行い、事業所では朝食と主食のご飯(朝・昼・夕)を作り、盛り付け、後片付けをしている。月1回の利用者とするおやつ(の食材も法人から届いている。利用者と職員は同じテーブルで同じものを楽しそうに会話しながら食べている。	
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	毎日の食事量・水分量の把握を行う。また、本人の嗜好に合わせ、摂取しやすい物を提供している。管理栄養士との連携を行い、ご本人に適しているプランを模索している。		
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	自立を促している。介助が必要な方には3回/日の口腔ケアを行っている。習慣が無い方も居るが、声かけはしている。定期訪問歯科で口腔内の状態は適宜観察できている。		
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	9名全員、トイレでの排泄を実施できている。介助が必要な方でも、職員2名介助にて実施している。介助が必要な部分と自分で実施可能な部分を見極め対応する。	一人ひとりの排泄パターンを把握しており、排泄チェック表を使用し、声かけやトイレ誘導を行い排泄の自立支援に取り組んでいる。日中は、全員トイレで排泄しているが、介助が必要な場合はプライバシーを配慮しながら支援している。	
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	便秘予防として適度な運動と水分摂取量の把握を実施している。排便の形状等の確認を行い、看護師に相談し助言頂くこともある。		
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	毎日入浴を実施し、入浴頻度の少ない方から声かけし誘導している。一人ひとりの好む時間帯を把握し、個々に合わせて実施している。また、入浴時は湯温等も個々の好みに合わせている。	その日の体調や意向を確認しながら、最低でも週2回は、入浴できるよう支援している。嫌がる利用者はおらず、全員週2～3回は、楽しんで入浴している。状態に応じて2名で介助する場合もある。	
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	散歩や日光浴、適度な運動により日中の活動を促し、良民できるよう支援している。また、不眠傾向の強い方に対しては睡眠リズムの把握を行い、改善策を検討している。		



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	内服薬変更時は特に状態の変化に注意し記録に残す。また看護師へ報告をしている。 服薬介助について、誤薬を防ぐ為、独自のルールを作り実践している。		
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	コミュニケーションの中から生活歴・嗜好を把握し、個々に合った役割を検討している。また、残存機能が失われない支援を心がけている。		
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	本人の希望を聴取し、外出を企画している。企画時には家族の出欠を確認し、負担にならない程度に協力を頂いている。日常の外出としては、近所の農園やコンビニに出かけ地域との交流を図るよう努めている。	日常的に、近隣散歩や農園・コンビニエンスストア・神社に出かけ地域の方と交流できるよう努めている。季節に合わせた年間行事企画で、初詣・花見・お城まつり・菖蒲園など外出の機会を設け気分転換や季節感を味わっている。状況に応じて家族の協力を得て、一緒に外出している。利用者の希望で買物(大型ショッピングセンター・スーパーマーケット)やケーキ屋さんなど個別の外出をも支援している。	
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	移動販売時や買い物の外出では、可能な入居者については、自分の財布の中から、自分でお金を払うように促している。困難な方に対しては、職員が管理している。		
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	本人希望時には、電話をかけることができる体制をとっている。年賀状・暑中見舞い等はレクとして取り入れ実施している。		
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	清潔を心掛けている。季節感のある壁画作りを行っている。また、座席の変更など、気持ちよく過ごせる工夫を行っている。	大きな窓で明るく、木の温もりのある共用空間に畳間がある。ソファで食事と団欒スペースに分けられ季節のお花や絵・写真・作品などが飾られ、利用者一人ひとりが好みの場所で居心地よく過ごせるよう工夫されている。	

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
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	パーティーション等を使用しての一人の居場所作りは、空間の広さの問題もあり困難である。ソファの設置により、食事スペースと団欒スペースを分けて確保している。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室は、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	過ごしやすく、安全な環境を目指している。家人と相談し、居室づくりを行っている。昔の写真や、配偶者の写真を飾っている人が多い。	居室には、洗面設備がある。ベッドと寝具・押入れの他は家族の協力を得て、馴染みのタンス・コタツ・テレビなどの生活用品が置かれ、手づくりカレンダー・写真・書・飾り物などその人らしく落ち着いて安心して過ごせるよう支援されている。	
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	個人の動線に合わせ、危険箇所はないか検討する。座席の検討を適宜行い、安全且つ過ごしやすい空間作りを行っている。		

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 ↓該当するものに○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	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広がったり深まり、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、活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				

## 自己評価結果

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
<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	
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	
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	
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	
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	
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	
7		○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	

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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	
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	
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	
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	
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	
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	
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	

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
<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	
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	
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	
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	
19		○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	
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	
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	

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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	
<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	
24		○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	
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	
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	
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	
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	

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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	
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し、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	
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	
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。	
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	
34		○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	
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	



自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
<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	
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	
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	
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	
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	
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	
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	

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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	
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	
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	
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	
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	
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	
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	

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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	
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	
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	
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	
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	
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	