

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	3770500290		
法人名	有限会社 ルネス		
事業所名	グループホーム たんぼぼ		
所在地	香川県観音寺市吉岡町960-10		
自己評価作成日	平成25年8月8日	評価結果市町受理日	平成24年11月27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.kaijokensaku.jp/37/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&JirvosyoCd=3770500290-00&PrefCd=37&VersionCd=022
----------	---

【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25年9月10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)】

<ol style="list-style-type: none"> 1. 一人ひとりに合った体力づくりのために、散歩やできる運動を積極的に取り入れている。 2. 利用者様同士の関わりの中で、利用者様が場面を作り上げることができており、職員はその雰囲気や壊さないように対応している。 3. 利用者様同士が和気あいあいと暮らせるように見守っている。 4. 趣味や得意なことの継続支援をしている。
--

【外侮評価で確認した事業所の優れている点、工夫点】

<p>職員は利用者のありのままを受け入れ、ふれあう・親切・笑顔での対応に努めている。</p> <p>火災避難マニュアルなど、事業所の実情を踏まえ、分かりやすいマニュアルを作成しており、実践につなげている。火災避難訓練は年2回実施しているが、1回の訓練で全職員が経験できるよう、2~3日かけて実施し、落ち着いて判断・行動できるよう努めている。</p> <p>排泄支援については、「パッドを汚さない」、「トイレで排泄できる」ことを目標としている。健康チェック表に排泄時間を記入して排泄パターンを把握し、利用者個々にあった声かけ・誘導をしたり、段階的にリハビリパンツになるよう、排泄の自立に向けて支援している。</p>
--

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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		

グループホームたんぼぼ(すみれ)

自己評価および外部評価結果(すみれ)

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	理念は月1回の全体ミーティング時、職員全員で意識向上チェックシートの読み合わせをし、共有している。また、理念が日々のケアに反映されるよう、ユニットミーティングなどでも話している。	理念は、職員のアンケートから利用者のありのままを受け入れ、対応する上で大切なことを言語化している。毎月の全体ミーティングで理念の理解、職員自身の行動、専門性等を明記した意識向上シートの読み合わせや、自己評価により理念を共有している。理念の具体化を意識し、日々の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	地域活動をしているボランティアが来てくれる。また、普段は、近隣の方と挨拶を交わすことで、馴染みの関係を築けている。地元文化展やお祭りなどに参加し、交流している。	近隣の方とは散歩時に挨拶をしたり、すずらんの鉢植えをもらったり、また子ども達とは道路で話したり、ボランティアの方がフラダンスを披露してくれるなど、馴染みの関係を築いている。地域の文化祭に利用者の作品を出展したり、祭りには獅子舞やちょうさが来てくれる。職員が地域の川ざらいには参加しているが、地域の役割を積極的に担うまでには至っていない。	職員が地域の川ざらいに参加しているが、近隣地域に若い世代が多いことなどから、子ども達を含め、地域の人達と交流できる行事(夏祭り等)を計画し、利用者が地域で暮らし続けられるように事業所自体が地域の一員として交流していくことが望まれる。
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	年4回、たんぽぽ便りを公共機関、他事業所、家族などに配付し、認知症の方の理解に努めている。		
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	内部評価、外部評価の結果を踏まえ、また、研修時の資料の意見をもらうなどしている。外部評価家族アンケートの結果についても話し合い、一層満足いただけるよう努めている。	運営推進会議は地域代表や家族を含めた構成メンバーで、内部・外部評価、家族アンケート結果を踏まえ意見交換している。また、餅つき等に参加後、情報・意見交換する時もある。前年度は予定どおり実施できず、4回の開催に留まっている。	サービス評価と運営推進会議を結びつけてはいるが、構成メンバーが継続的、積極的に関わられるよう働きかけ、基準省令に示す2か月に1回以上開催し、課題について話し合い、サービス向上に活かすことが望まれる。
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	地域包括支援センターが開催する連絡会に出席、情報収集や情報交換を行っている。また、介護更新の手続きなど週に1程度は訪問している。	地域包括支援センターが2か月に1回開催する勉強会に出席し、居宅介護サービスとグループホームの連携等について情報交換している。市担当者とは、介護認定更新時や退居ケースの相談等、協力関係を築いている。	

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	勉強会を開催し、どのような場合、どういったことが身体拘束になるのかを事例検討し、職員の知識の向上と意識を深めている。	毎月定期的に勉強会を開催し、身体拘束にあたる行為の理解や、利用者個々の予測されるリスクを話し合い、見守り対応を心がけている。全ユニットでの事例検討会で、拘束をしない実践を共有している。「待つてね」等の言葉も拘束と意識し、対応を話し合っている。	
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	新人研修で虐待防止について研修を行っている。普段は朝礼時、ニュースの報道などをふまえ、理解を深めている。		
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	新人研修で行っており、制度の理解をしてもらっている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	ケアに関する考え方や取り組み、退居を含めた事業所の対応可能な範囲について、また、解約の場合、家族に十分な説明と今後について理解と納得をしてもらっている。		
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	利用者、家族の苦情等について、全体に周知し、運営に反映させている。事業所に意見ポストを設置している。苦情申し立て先があることを契約時に伝えている。	意見箱の設置や、入居契約時に苦情等の申し立て先やその対応について説明している。利用者からは日々の生活の中で、テレビの音量やチラシを見て楽しいことの要望など、利用者双方の意見を聴くなど調整している。家族からは面会時に話しやすい雰囲気作りに努め、出された意見等はミーティングで周知・検討し、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	職員の意見や提案はリーダーが聴き、リーダー会で取り上げ、話し合いをしている。また、リーダーは日頃からコミュニケーションが図れるよう努めている。	管理者は常に職員とコミュニケーションをとり、意見や提案をユニットミーティングで話し合っている。ユニットレベルでの解決が難しい時はリーダー会で話し合い、職員の意見を運営に反映させている。また、職員との個別面談の機会をもうけ、希望等は調整し、働きやすい環境に反映させている。	
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	現場に顔を出し、業務状況の把握に努めている。具体的な実績で職員処遇への反映をしている。		

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
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	外部研修出席者は、その内容を全体ミーティングの場で発表してもらっている。また、研修を受けた職員が講師役となり、勉強会を行い、事業所でできることを実践している。		
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	研修に参加し交流を深めている。情報交換は電話や訪問時に行っている。 県グループホーム協議会に所属し、研修会等に職員が参加できるように配慮している。		
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	本人の主訴、困りごと、要望などの傾聴をし、受容、理解するよう努め、対応するようにしている。また、事業所見学をし、雰囲気を感じ取ってもらったり、何度か来所してもらうことで、少しでも不安の解消に結びつくように心がけている。		
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	傾聴し求めていることを理解し、事業所としてどのような対応ができるか真摯に話をするように努めている。		
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	利用者や家族の状況、思いを確認し、専門医への受診アドバイスや介護サービスのみでなく、他にも利用できるサービスの説明や対応を行っている。		
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	利用者は人生の先輩であるという考えを職員が共有しており、普段からそういった場面が多く持てるよう、声かけに工夫をしている。		
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	利用者の様子や職員の思いを伝えることで、本人を支えるための協力関係を築いている。また、家族、利用者の思いや状況から、外出・外泊など、一緒に過ごせる時間を持てるよう努めている。		

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
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	昔から利用していた美容院にお連れしたり、知人や親戚等に電話や手紙での連絡を取り、馴染みの人との関係が途切れないよう支援している。	馴染みの美容院を定期的に利用できるよう支援したり、知人や親戚等へ電話や手紙を出すことを職員が促し、写真を送ったりしている。兄弟姉妹の面会を依頼したり、利用者の実家を訪問できるよう調整している。また、利用者が今まで住んでいた所や以前勤めていた所をドライブするなど、馴染みの場と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利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	お茶や食事の時間に、一緒に多くの会話が持てるようにしたり、役割や活動を通して、利用者同士の関係が円滑にいくよう努めている。		
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	解約後は面会に行ったり、利用施設の相談員を通して情報のやりとりをしている。		
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	日々の関わりの中で、一人ひとりの思いや希望を言葉や表情から汲み取り、把握に努めている。困難な方には家族から情報を得て、本人の視点に立ち、考えている。	利用者一人ひとりの思いや暮らし方の希望等は、日々の対話や利用者の行動、表情から把握している。把握が困難や不確かな場合は家族の面会時に話し合い、確認している。また、申し送り時、利用者の言葉や行動等から本人の視点で話し合い、利用者の真の思い・意向の把握に努めている。	
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	家族・関係者と馴染みの関係を深め、プライバシーに配慮しながら、必要な情報の把握に努め、本人の全体像を知る取り組みをしている。		
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	一人ひとりの生活リズム、状態把握に努め、持てる力を十分に発揮できるように職員間で話し合う機会をもっている。半年に一度ずつ、センター方式のD-1、D-2を活用している。		

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
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	本人本位の考え方、職員の気づきやアイデア、本人・家族の意向をふまえ、個々の計画作成をし実践したら必ずモニタリングを行い、現状に即した介護計画になるようにしている。	入居前にリーダーが利用者の自宅まで行き、本人や家族等から状況、意向等を把握して暫定的な計画を作成し、職員と話し合っている。入居後1か月～2か月間モニタリングを行い、本人、家族、職員と話し合い、それぞれ意向、気づき、アイデア等を反映した介護計画を作成している。介護計画は3か月ごと、利用者の状態変化時、病院からの退院時等にカンファレンスで見直している。また、ユニットミーティングで状態変化の確認、介護の必要等を確認している。	
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	健康チェック表で個々の状態を記入し、個人記録にはサービス内容のチェックや、状態の変化とその気づきを記入し、情報の共有をしている。これを基に介護計画を見直している。		
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	往診や訪問理容などがあり、希望者が利用している。状況に応じ、通院介助・外出支援を行っている。その他医療連携体制を活かし、医療処置を受けながら生活の継続をしている。		
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	警察・消防・タクシー会社などの地域資源を活用し、安全・安心に生活できるようにしている。		
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	入居時、あらかじめ家族と受診病院について話をしている。希望するかかりつけ医を継続してもらっている。新たに受診の必要のある場合は、家族と相談して決めている。	入居時、家族から受診病院について把握し、希望するかかりつけ医への受診を継続している。また、新たな診療科に受診が必要な時は、受診医を家族と相談している。かかりつけ医への受診は家族の協力を得ている。適切な受診に向けて家族に状況を説明したり、専門医、外科系医受診時は職員が付き添い、医師に直接状況を説明している。受診結果は口答及び文書での申し送りでも共有し、実践している。	
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	同法人職員である看護師が、日常の健康管理の相談・助言を行い、医療機関の受診に繋げている。		

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
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。	病状により受け入れ医療機関の担当者と連絡を取り、状況・状態の把握に努めている。		
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	家族と密に連絡を取り、受診に同行し医師との連携を図ることもある。事業所としてできることを十分に説明し、理解を得ている。点滴など家族の協力のもと、できる限りの生活の継続を支援している。	重度化した場合や終末期のあり方について、職員と家族が今後どうするか話し合ったり、職員が受診に同行し、家族が医師と話し合えるよう連携を図っている。家族に、重度化して食事が摂取できない状態になった際には、家族の協力を得たいことを説明し、方針を共有して、できる限りの支援をしている。	
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	職員がいざというときあわてずスムーズな対応が行えるよう、年間計画を立て実践している。また、年一回消防による救急蘇生法の訓練を受けている。		
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	夜間火災避難訓練の重要性を感じ、マニュアルをすぐ見える所に貼っている。また、近所にも協力の声かけをしている。	火災避難マニュアルを作成し、昼・夜を想定して年2回訓練を行っている。職員全員が経験できるよう、1回の訓練に2～3日かけている。消防立会いのもと訓練することもあり、意見・アドバイスをもらっている。地震時の初期行動については決めているが、訓練実施には至っていない。水害時の訓練は未実施。近所に火災時の協力依頼はしているが、協力内容の具体化までには至っていない。水、米、乾パン等の備蓄はしている。	火災訓練は実施しているが、消防のコメントにもある水害、地震についても災害時に職員が落ち着いて判断・行動できるよう、定期的な訓練が望まれる。また、災害時、近所に協力依頼はしているが、職員だけの誘導の限界を考え、具体的な協力内容を話し合い、利用者の安全につながることを望まれる。
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	さりげない声かけや口調、態度に気を付けて対応するように努めている。個人情報については職員が意識し、電話での問い合わせや来客者には、本人のプライバシーに関することは話さないようにしている。	職員は、利用者のその人らしく尊厳のある姿を大切にしている。利用者の誇りを損ねないようにさりげない声かけや態度に心がけ、会話の中で気づかないかもしれないが、本人が気になることを話してしまうような馴れ合いや決めつけ的な言葉に注意している。電話や来客者に個人情報を話さないことや、トイレ誘導時の声かけなど、プライバシーを損ねない対応をしている。	
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	日常の中で利用者の希望を聞き出せるように個々に話をする時間を持ち、些細なことでも表情やしぐさなどを注意深く探り、決定している。		

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
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	一人ひとりの体調に配慮し、本人の気持ちを一番に尊重して、それに合わせた対応をしている。		
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	朝起床し、自分の好きな服を着用している。化粧をする習慣のある方には化粧水や乳液等を揃え、いつでもできるようにしている。また、時々職員と一緒に買い物に行き、好みの服を購入している。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	一人ひとりの能力に合わせ、食材の下ごしらえから調理、配膳、下膳と一連の流れをできるように支援している。時々、利用者の意見を聞き、外食に出掛けたり、好みのメニューを作ったりしている。	昼・夕の献立は調理員が作成しているが、4か月に1回の自由メニューや外食、行事食などは、利用者が希望できる。昼食の副菜は3ユニット分を調理員が作り、夕食は利用者の有する力を活かし、職員と一緒に準備、片付け等をしている。湯のみ、箸は各自の物を使い、毎食職員と一緒に味つけ、具合などを話しながら食事を楽しんでいる。	
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	咀嚼力低下気味の方には、メニューによりミキサー、刻み等の形態だけでなく、食欲増進となるよう、彩や盛り付けに工夫し、摂取に繋がるよう努めている。		
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	義歯を外して洗う習慣のない人には、洗うように声かけをしている。洗面所近くの壁に、「口腔ケアの手引き」として利用者に意識してもらうよう、貼り紙を掲示している。		
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	プライバシーに配慮し、一人ひとりの排泄パターンを把握し、その方に合った声かけや誘導をしている。	職員は排泄の自立について、パッドを汚さない、トイレで排泄できることを目標に支援している。健康チェック表に排泄時間を記入し、排泄パターンを把握して、利用者個々に合った声かけ・誘導をしたり、パッドサイズの変更や段階的にリハビリパンツに移行できるように支援している。また、入居時、排泄を困難にしている要因をチェックして、職員間で対応方法を共有し支援している。	
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	腸の動きを良くするため、朝夕と散歩に出かけたり、こまめな水分補給を日々心がけている。また、繊維質の多い大豆食品、野菜、整腸作用のある乳製品などの摂取を心がけている。		

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
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	一番風呂に入りたい方には湯を入れ替えて対応している。また、好みの温度に気を付けている。	入浴日は週3回を予定しているが、生活習慣や希望により、毎日入浴できるよう支援している。一番風呂を希望する方には湯を入れ替えたり、散髪の後に入浴を希望する場合は、午後に入浴できる等、個々に応じて支援している。湯の温度や利用者の見守りなど、安全保持に努めている。	
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	一人ひとり起床時間・就寝時間が違い、その方に合ったペースを重視している。		
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	用法・用量については、個人記録に記入し、内服の内容はいつも目にする薬箱に張り、確認している。変化は個人記録に残し、医師に伝えている。服薬の変更があれば申し送りノートを活用し、全員に周知している。		
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	家族から生活歴を聞き、料理の好きな方は野菜切り等をしたり、畑仕事の好きな方は草抜きや水やり等、個々の得意分野を活かせるよう支援している。		
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	外出の好きな方に対しては積極的に声かけをしている。また、季節が感じられる場所や地域の行事などに行けるよう努めている。家族に協力してもらい、外出する機会を増やしている。	外出は精神的にリフレッシュできる効果があるので、積極的に声かけしたり、外出一覧表を作り、嫌いな人にも声かけしている。日用品の買い物や馴染みの利用者との外出など、時間帯や行き先を固定せず、外出支援している。季節を感じる紫陽花、牡丹などを見に車椅子の方も一緒に外出したり、月1回はドライブしている。また、家族の協力で家族遠足に行くこともある。	
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	お金を使わなくても自分で所持できていることで安心したり、事業所が預かっていることを理解した上で、買い物に出かけている方もいる。いずれの場合も家族の理解や協力を得ている。		
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	家族・友人の電話は落ち着いて話ができるようにコードレス電話で対応している。近況報告を兼ねて、個人的にハガキを書き、郵便局まで出しに行け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
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	玄関・リビングには季節の花を飾り、夏場は直射日光を遮る工夫をしている。温度・湿度計で確認しながら室内環境を整えている。	職員は、共用空間は利用者が自分の好みで心地よく過ごせる空間づくりを意識している。リビングは天井の梁によらずを張り、天窓からの日光が当たらないよう工夫している。利用者と一緒に掃除をし清潔感を感じたり、壁には職員と作った利用者の作品を飾り、季節感、生活感が感じられる。また、畳の場所があり昼寝をしたり、冬には炬燵を置いて団欒の場になっている。利用者同士でお茶を飲んだり、テレビ観賞など、好みでゆっくりできるよう家具の配置を工夫している。	
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	食卓・畳スペース・リビングなど、いくつかの空間を上手く配置し、一人で過ごせる場所や集まって談話できる場所など、心地よく過ごせるような工夫をしている。		
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	使い慣れたタンスや鏡台などを用意できるよう、本人や家族と相談しながら環境づくりをしている。写真やお位牌など大切なものを持って来て、安心して過ごせるよう支援している。	事業所は、居室にベッド、たんす、エアコンを整備している。また、安全のため夜間畳を利用する場合は事業所が準備している。居室には利用者により、整理タンス兼スタンドハンガー、机と椅子、テレビ等、使い慣れた家具を配置したり、家族の写真や自分の作品を飾るなど、家族と相談し、馴染みの環境づくりを工夫している。	
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	歩行不安定な方には、夜間一人で行けるようにポータブルトイレを設置している。また、職員の見守りのもと、老人車を使用して行きたい所へ行ける。		

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	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	グループホームたんぽぽ(ふじ)			

自己評価結果(ふじ)

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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	理念は月1回の全体ミーティング時、職員全員で意識向上チェックシートの読み合わせをし、共有している。また、理念が日々のケアに反映されるよう、ユニットミーティングなどでも話をしている。
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	地域活動をしているボランティアが来てくれる。また、普段は、近隣の方と挨拶を交わすことで、馴染みの関係を築けている。地元文化展やお祭りなどに参加し、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	年4回、たんぼぼ便りを公共機関、他事業所、家族などに配付し、認知症の方の理解に努めている。
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	内部評価、外部評価の結果を踏まえ、また、研修時の資料の意見をもらうなどしている。外部評価家族アンケートの結果についても話し合い、一層満足いただけるよう努めている。
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取り組んでいる	地域包括支援センターが開催する連絡会に出席、情報収集や情報交換を行っている。また、介護更新の手続きなど週に1度程度は訪問している。
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	勉強会を開催し、どのような場合、どういったことが身体拘束になるのかを事例検討し、職員の知識の向上と意識を深めている。
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	新人研修で虐待防止について研修を行っている。普段は朝礼時、ニュースの報道などをふまえ、理解を深めている。

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	新人研修で行っており、制度の理解をしてもらっている。
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	ケアに関する考え方や取り組み、退居を含めた事業所の対応可能な範囲について、また、解約の場合、家族に十分な説明と今後について理解と納得をしてもらっている。
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	利用者、家族の苦情等について、全体に周知し、運営に反映させている。事業所に意見ポストを設置している。苦情申し立て先があることを契約時に伝えている。
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	職員の意見や提案はリーダーが聴き、リーダー会で取り上げ、話し合いをしている。また、リーダーは日頃からコミュニケーションが図れるよう努めている。
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	現場に顔を出し、業務状況の把握に努めている。具体的な実績で職員処遇への反映をしている。
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	外部研修出席者は、その内容を全体ミーティングの場で発表してもらっている。また、研修を受けた職員が講師役となり、勉強会を行い、事業所のできることを実践している。
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	研修に参加し交流を深めている。情報交換は電話や訪問時に行っている。 県グループホーム協議会に所属し、研修会等に職員が参加できるように配慮している。

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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	本人の主訴、困りごと、要望などの傾聴をし、受容、理解するよう努め、対応するようにしている。また、事業所見学をし、雰囲気を感じ取ってもらったり、何度か来所してもらうことで、少しでも不安の解消に結びつくように心がけている。
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	傾聴し求めていることを理解し、事業所としてどのような対応ができるか真摯に話をするように努めている。
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	利用者や家族の状況、思いを確認し、専門医への受診アドバイスや介護サービスのみでなく、他にも利用できるサービスの説明や対応を行っている。
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	利用者は人生の先輩であるという考えを職員が共有しており、普段からそういった場面が多く持てるよう、声かけに工夫をしている。
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	利用者の様子や職員の思いを伝えることで、本人を支えるための協力関係を築いている。また、家族、利用者の思いや状況から、外出・外泊など、一緒に過ごせる時間を持てるよう努めている。
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	昔から利用している美容院に行ったり、子供や親戚に電話や手紙での連絡が取れるよう、また面会時は居室でゆっくり話ができるようにしている。
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	お茶や食事の時間に、一緒に多くの会話が持てるようにしたり、役割や活動を通して、利用者同士の関係が円滑にいくよう努めている。

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	解約後は面会に行ったり、利用施設の相談員を通して情報のやりとりをしている。
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	日々の関わりの中で、一人ひとりの思いや希望を言葉や表情から汲み取り、把握に努めている。困難な方には家族から情報を得て、本人の視点に立ち、考えている。
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	家族・関係者と馴染みの関係を深め、プライバシーに配慮しながら、必要な情報の把握に努め、本人の全体像を知る取り組みをしている。
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	一人ひとりの生活リズム、状態把握に努め、持てる力を十分に発揮できるように職員間で話し合う機会をもっている。半年に一度ずつ、センター方式のD-1、D-2を活用している。
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	本人本位の考え方、職員の気づきやアイデア、本人・家族の意向をふまえ、個々の計画作成を實踐したら必ずモニタリングを行い、現状に即した介護計画になるようにしている。
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	健康チェック表で個々の状態を記入し、個人記録にはサービス内容のチェックや、状態の変化とその気づきを記入し、情報の共有をしている。これを基に介護計画を見直している。
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	往診や訪問理容などがあり、希望者が利用している。状況に応じ、通院介助・外出支援を行っている。その他医療連携体制を活かし、医療処置を受けながら生活の継続をしている。

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	警察・消防・タクシー会社などの地域資源を活用し、安全・安心に生活できるようにしている。
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	入居時、あらかじめ家族と受診病院について話をしている。希望するかかりつけ医を継続してもらっている。新たに受診の必要のある場合は、家族と相談して決めている。
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	同法人職員である看護師が、日常の健康管理の相談・助言を行い、医療機関の受診に繋げている。
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。	病状により受け入れ医療機関の担当者と連絡を取り、状況・状態の把握に努めている。
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	家族と密に連絡を取り、受診に同行し医師との連携を図ることもある。事業所としてできることを十分説明し、理解を得ている。点滴など家族の協力のもと、できる限りの生活の継続を支援している。
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	職員がいざというときあわてずスムーズな対応が行えるよう、年間計画を立て実践している。また、年一回消防による救急蘇生法の訓練を受けている。
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	夜間火災避難訓練の重要性を感じ、マニュアルをすぐ見える所に貼っている。また、近所にも協力の声かけをしている。

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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	さりげない声かけや口調、態度に気を付けて対応するように努めている。個人情報については職員が意識し、電話での問い合わせや来客者には、本人のプライバシーに関することは話さないようにしている。
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	個々の得意なことを職員全員が把握し、それぞれが活躍できる場面で、活動参加の自己決定ができるよう、声かけの工夫をしている。
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	一人ひとりの体調や気持ちを尊重し、個性のある支援をしている。行きたい所への外出や休息場面を作る等、個別対応をしている。
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	TPOに合った身だしなみができるよう、さりげなく支援している。また、一緒に買い物に行き、おしゃれを楽しんでいる。散髪は希望を聞き、好みのスタイルにしている。
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	その日のメニューを書いてもらい、皆に分かるよう表示している。食事一連の作業を利用者とともに行い、職員と一緒に食事を味わいながら楽しい会話や音楽をかけ、雰囲気作りをしている。
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	咀嚼力低下気味の方には、メニューによりミキサー、刻み等の形態だけでなく、食欲増進となるよう、彩や盛り付けに工夫し、摂取に繋がるよう努めている。
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	毎食後に歯磨きの声かけを行い、義歯は毎晩洗浄液に浸けている。必要に応じて専門医の口腔ケアを受けている。

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	一人ひとりの排泄パターンやリズムを把握し、失敗の軽減に努めている。トイレでの排泄を大切にしながら、パッドの大きさも個々に合ったものを用意している。歩行できず車椅子対応の方も残存能力を活用し、排泄の自立支援をしている。
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	水分補給や繊維質の多いおやつを取り入れている。腸の働きを良くするためにも、ラジオ体操や散歩を積極的に行っている。
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	入浴日は決まっているが、その日に希望を聞いている。また、入浴を拒む人に対して、声かけや対応に工夫し、チームプレイ等により、一人ひとりに合わせている。
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	日中の活動量を増やし、生活リズムを整え、夜間の良眠に繋げている。体調や表情を見ながら休息の声かけをしている。眠剤を飲まれている方には睡眠状況を把握し、日中の活動の妨げになっていないか確認している。
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	用法・用量については、個人記録に記入し、内服の内容はいつも目にする薬箱に張り、確認している。変化は個人記録に残し、医師に伝えている。服薬の変更があれば申し送りノートを活用し、全員に周知している。
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	家族から生活歴を聞き、得意分野を知ること、存分に力が発揮できる場面を毎日の生活に取り入れられるよう、ケアプランに組み込んでいる。いつも感謝の言葉を伝えるようにしている。
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	日用品の買い物に声かけし、希望者には同行してもらう。また、季節の花を見に行く、景色を見る等、外出の機会を増やしている。家族との外出支援もケアプランに組み込んでいる。

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	お金を使わなくても自分で所持できていることで安心したり、事業所が預かっていることを理解した上で、買い物に出かけている方もいる。いずれの場合も家族の理解や協力を得ている。
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	家族や友人からの電話には子機を利用し、居室で気兼ねなく会話ができるよう支援している。また、年賀状作りや、思い出の写真を送れるよう支援している。
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	花壇に咲いた花を生けている。季節感のある装飾を共に作り、リビングに施して季節を感じられるよう工夫している。また、日差しが強い所は日除けやカーテンを張り、快適に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	ソファやタンス、サイドボード、畳スペースを配置することで、仲の良い人が寄り添い合える空間作りをしている。
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	家で使い慣れた家具など、その方の生活スタイルに合うものを本人や家族と相談しながら決め、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	一人ひとりの身体機能の状態に合わせ、老人車や杖を使用し、危険を防止している。また、行きたい所へ行けるよう分かりやすく表示をし、自立した生活ができるよう支援している。

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 3. 利用者の1/3くらい 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	グループホームたんぽぽ(れんげ)			

自己評価結果(れんげ)

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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	理念は月1回の全体ミーティング時、職員全員で意識向上チェックシートの読み合わせをし、共有している。また、理念が日々のケアに反映されるよう、ユニットミーティングなどでも話している。
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	地域活動をしているボランティアが来てくれる。また、普段は、近隣の方と挨拶を交わすことで、馴染みの関係を築けている。地元文化展やお祭りなどに参加し、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	年4回、たんぽぽ便りを公共機関、他事業所、家族などに配付し、認知症の方の理解に努めている。
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	内部評価、外部評価の結果を踏まえ、また、研修時の資料の意見をもらうなどしている。外部評価家族アンケートの結果についても話し合い、一層満足いただけるよう努めている。
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取り組んでいる	地域包括支援センターが開催する連絡会に出席、情報収集や情報交換を行っている。また、介護更新の手続きなど週に1度程度は訪問している。
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	勉強会を開催し、どのような場合、どういったことが身体拘束になるのかを事例検討し、職員の知識の向上と意識を深めている。
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	新人研修で虐待防止について研修を行っている。普段は朝礼時、ニュースの報道などをふまえ、理解を深めている。

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	新人研修で行っており、制度の理解をしてもらっている。
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	ケアに関する考え方や取り組み、退居を含めた事業所の対応可能な範囲について、また、解約の場合、家族に十分な説明と今後について理解と納得をしてもらっている。
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	利用者、家族の苦情等について、全体に周知し、運営に反映させている。事業所に意見ポストを設置している。苦情申し立て先があることを契約時に伝えている。
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	職員の意見や提案はリーダーが聴き、リーダー会で取り上げ、話し合いをしている。また、リーダーは日頃からコミュニケーションが図れるよう努めている。
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	現場に顔を出し、業務状況の把握に努めている。具体的な実績で職員処遇への反映をしている。
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	外部研修出席者は、その内容を全体ミーティングの場で発表してもらっている。また、研修を受けた職員が講師役となり、勉強会を行い、事業所のできることを実践している。
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	研修に参加し交流を深めている。情報交換は電話や訪問時に行っている。 県グループホーム協議会に所属し、研修会等に職員が参加できるように配慮している。

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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	本人の主訴、困りごと、要望などの傾聴をし、受容、理解するよう努め、対応するようにしている。また、事業所見学をし、雰囲気を感じ取ってもらったり、何度か来所してもらうことで、少しでも不安の解消に結びつくように心がけている。
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	傾聴し求めていることを理解し、事業所としてどのような対応ができるか真摯に話をするように努めている。
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	利用者や家族の状況、思いを確認し、専門医への受診アドバイスや介護サービスのみでなく、他にも利用できるサービスの説明や対応を行っている。
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	利用者は人生の先輩であるという考えを職員が共有しており、普段からそういった場面が多く持てるよう、声かけに工夫をしている。
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	利用者の様子や職員の思いを伝えることで、本人を支えるための協力関係を築いている。また、家族、利用者の思いや状況から、外出・外泊など、一緒に過ごせる時間を持てるよう努めている。
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	馴染みの美容院に定期的に行くことができるように家族に声をかけたり、兄弟姉妹の面会も継続していただけるようお願いしている。
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	お茶や食事の時間に、一緒に多くの会話が持てるようにしたり、役割や活動を通して、利用者同士の関係が円滑にいくよう努めている。

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	解約後は面会に行ったり、利用施設の相談員を通して情報のやりとりをしている。
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	日々の関わりの中で、一人ひとりの思いや希望を言葉や表情から把握するだけでなく、本人の視点に立ち、考えたり想像しながら検討している。
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	家族・関係者と馴染みの関係を深め、プライバシーに配慮しながら、必要な情報の把握に努め、本人の全体像を知る取り組みをしている。
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	一人ひとりの生活リズム、状態把握に努め、持てる力を十分に発揮できるように職員間で話し合う機会をもっている。半年に一度ずつ、センター方式のD-1、D-2を活用している。
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	本人本位の考え方、職員の気づきやアイデア、本人・家族の意向をふまえ、個々の計画作成を实践したら必ずモニタリングを行い、現状に即した介護計画になるようにしている。
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	健康チェック表で個々の状態を記入し、個人記録にはサービス内容のチェックや、状態の変化とその気づきを記入し、情報の共有をしている。これを基に介護計画を見直している。
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	往診や訪問理容などがあり、希望者が利用している。状況に応じ、通院介助・外出支援を行っている。その他医療連携体制を活かし、医療処置を受けながら生活の継続をしている。

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	警察・消防・タクシー会社などの地域資源を活用し、安全・安心に生活できるようにしている。
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	入居時、あらかじめ家族と受診病院について話をしている。希望するかかりつけ医を継続してもらっている。新たに受診の必要のある場合は、家族と相談して決めている。
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	同法人職員である看護師が、日常の健康管理の相談・助言を行い、医療機関の受診に繋げている。
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。	病状により受け入れ医療機関の担当者と連絡を取り、状況・状態の把握に努めている。
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	家族と密に連絡を取り、受診に同行し医師との連携を図ることもある。事業所としてできることを十分説明し、理解を得ている。点滴など家族の協力のもと、できる限りの生活の継続を支援している。
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	職員がいざというときあわてずスムーズな対応が行えるよう、年間計画を立て実践している。また、年一回消防による救急蘇生法の訓練を受けている。
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	夜間火災避難訓練の重要性を感じ、マニュアルをすぐ見える所に貼っている。また、近所にも協力の声かけをしている。

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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	さりげない声かけや口調、態度に気を付けて対応するように努めている。個人情報については職員が意識し、電話での問い合わせや来客者には、本人のプライバシーに関することは話さないようにしている。
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	外食の機会には好みの物を注文することができている。上手く伝えられない方には、いくつかの中から選ぶことができるような場面を設けている。
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、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	利用者の気持ちを尊重しつつも、生活のリズムが整えられるよう働きかけている。
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	自分で着たい服を選んだり、なじみの美容院で髪を染めたりと、身だしなみやおしゃれを楽しめている。
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	個々の力を活かしながら、職員と一緒に食事準備をしたり、後片付けができている。
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	咀嚼力低下気味の方には、メニューによりミキサー、刻み等の形態だけでなく、食欲増進となるよう、彩や盛り付けに工夫し、摂取に繋がるよう努めている。
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、義歯をきちんと外して洗えており、歯茎マッサージができるよう声かけ、見守っている。また、理解できなくなった方にはジェスチャー等で対応し、自分でできるよう見守っている。

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	日中、失禁回数が多くなっても、安易にパッドとリハビリパンツを着用するのではなく、排泄時間の把握に努め、布下着とパッドなど、リハビリパンツへの移行も段階的に行っている。また、個々の時間帯による失禁量に合わせて、パッドのサイズを変更している。
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	繊維質の豊富な食べ物を提供したり、こまめな飲水を心がけている。また、散歩や踏み台、リハビリ体操等、毎日少しでも運動ができるよう声かけをしている。
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	拒否がある場合でも無理強いはず、時間を置き、再度声をかけている。それでも入浴できない時は翌日に変更している。
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	日中でも一回ぐらいは居室で横になってもらうことで、疲れや足の浮腫の軽減に繋がっている。他の利用者との関わりによる高揚感が、ストレスにならないよう休息に努めている。
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	用法・用量については、個人記録に記入し、内服の内容はいつも目にする薬箱に張り、確認している。変化は個人記録に残し、医師に伝えている。服薬の変更があれば申し送りノートを活用し、全員に周知している。
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	個々に合った楽しみごとが見つけれ、気分転換できている。
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	馴染みの利用者と一緒に外出でき、生き生きと過ごしている。また、季節を感じられる場所や外食にも出かけ、社会との関わりを持っている。

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	お金を使わなくても自分で所持できていることで安心したり、事業所が預かっていることを理解した上で、買い物に出かけている方もいる。いずれの場合も家族の理解や協力を得ている。
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	手紙を上手く書けない方も絵手紙を送ることができている。時折、家族からの返信もあり、交流が計れている。
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	その場にいる利用者の人数や状態により、光・音・温度等の調節を行っている。また、季節の絵や花を飾ることで季節感を出している。
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	利用者のその時々楽しみ方で、自ら幾つものスペースを作り上げている。職員はその雰囲気壊さない対応に努めている。
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	家族が時候に合った飾り物を持参し、季節感を出したり、亡くなった配偶者の写真を飾っている。
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	個々の身体機能の状態に合わせ、低い机での調理作業や、高さ調節のできるハンガーラックを使い、洗濯物を干している。