

# 1 自己評価及び外部評価票

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	3771300393		
法人名	医療法人社団一真会		
事業所名	グループホームまごころ		
所在地	香川県木田郡三木町井戸533-3		
自己評価作成日	令和元年 9月6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.mhlw.go.jp/37/index.php">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/37/index.php</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	令和元年10月23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)】

併設医療機関との連携により、受診や緊急時において迅速に対応ができ、利用者や家族の安心感を得ている。また利用者の高齢化・重度化を受け止め、終末期の方針についても、医師や関係職員、家族等と十分話し合い、家族や利用者の希望に添えるよう取り組んでいる。職員は日々の気づきのケアを重視し、一人ひとりの要望やペースを考え、その人らしさを大切に、利用者主体のサービスに取り組んでいる。家族への報告も密に行い、家族との関係も大切にしている。住み慣れた地域での生活を支えられるよう、医療・介護の連携を図り、より良質な介護サービスの提供に努めている。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点】

田園地帯の中にあり、県道に面して同じ法人の医療機関や高齢者施設が隣接しており、医療と介護の連携体制が機能している。事業所は4階建ての建物で、1階がデイケアセンター、2、3、4階がグループホームである。管理者が3ユニットを統括し、各ユニットにリーダーを配し、グループホーム職員全員が協力して利用者に安全・安心を提供している。事業所理念にある「思いやり」を盛り込んで各ユニットが理念を掲げ、利用者中心のより良いケアの提供に取り組んでいる。  
家族との連絡は、毎月の「お便り」に行事予定や利用者の近況を個別に加えて送付すると共に、面会時は話しかけて意見を伺う等、信頼関係を築いている。

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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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票

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	申し送り前に経営理念・目標・当階の理念を唱和し、その理念を共有し実践している。	事業所理念の中の「思いやり」を盛り込んで、各ユニット独自の理念を作成している。特に言葉遣いに気をつけ、感謝の気持ちを持って利用者に接する等、日々の介護にあたって	「理念」は抽象的な表現が多い。事業所理念の基、各ユニットの問題点を出し、より具体的な年度目標・年間行動計画を策定して共通認識を持って取組むよう期待したい。
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	近隣のお店に買い物や外出に出かけ、知り合いに会うと懐かしく話をして交流している。秋祭りの獅子舞が来た時には自治会の人達と交流している。	ハーモニカ、ピアノ、歌のボランティアの月1回の訪問や、秋祭りの獅子舞の訪問があり、交流している。地域の人から認知症の相談の電話や来訪があり、管理者等が対応している。その為、事業所の理解と共に入居申し込み者は多い。	
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	地域の民生員も運営推進会議に参加していただき、地域との支え合いを大切にしている。		
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	会議での報告や話し合いを職員一人一人が把握してサービス向上に活かしている。	2ヵ月毎に町職員、包括支援センター職員、地域の民生委員2人、事業所職員4人の出席で会議を開催。入居者状況、行事、委員会や研修会を、資料や写真を用いて報告している。質疑応答や情報交換が活発に行われ、それを職員で共有し実践に活かしている。	
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取り組んでいる	介護保険の更新時や身体障害者の医療受診の手続き・毎月の入居者数の報告時の機会に町の担当者に利用者の暮らしぶりを報告したり情報交換を行うようにしている。	運営推進会議の中で情報交換するとともに、介護保険の更新手続きや運営上の質問等は役場に出向いて相談する等、連携体制を築いている。	
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	身体拘束排除理念を掲げ、勉強会を実施し理解している。同じ建物内のデイケアにも協力してもらいながら鍵はかけないケアに取り組んでいる。やむを得ない場合を除き身体拘束はしないケアに取り組んでいる。	身体拘束防止委員会と勉強会を3ヶ月毎に開催している。職員も参加して学び、不参加の人も資料や会議録で共有している。家族から安全の為に拘束を希望する事があるが、拘束の弊害を説明し拘束をしない事に理解を求める場合もある。施錠しない、拘束しないケアに工夫を凝らして取り組んでいる。	

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	高齢者虐待防止の勉強を通して虐待について学び、虐待のないケアに取り組んでいる。		
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	成年後見制度や日常生活自立支援事業を活用されている利用者があり、成年後見人や社会福祉協議会職員と連絡をとっている。		
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	契約時には利用者・家族に十分説明を行っている。オムツなどの料金改定がある場合は毎月のお便りでお知らせし面会に来られた時にも話している。		
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	玄関にご意見箱を設置し、利用者・家族の意見や思いを伝えられる機会を作っている。また面会時にも意見や困っていることなどを聞き、希望に沿うようにしている。	利用者は個別対応で思いを引き出し、面会時に家族に話しかけ意見を伺っている。毎月のお便りに、利用者の様子を書き加え、信頼関係を築いている。傾聴ボランティアが月2回訪れ、利用者の話を聞いてくれている。	
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	代表者・管理者・各リーダーが月一回集まり職員の意見や提案を聞く機会を設けている。決定事項は申し送りノートに記入し、職員に伝えている。	管理者は日常的に3ユニットを巡回しており、職員の思いをタイムリーに聴く機会が多い。職員から1階の特殊浴槽の更新要望があり、利用者の安全・安楽と、職員の負担軽減につながった。	
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	なるべく残業をしないよう会社全体で取り組んでいる。		
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	研修会などに参加し職員の向上を高めている。		
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	研修会以外は同業者との交流は少なくネットワークは出来ていない。		

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	事前にケアマネから情報提供を受けたりホームの見学時に困っている事や不安に思っている事等を本人からも聴き取りするように努めている。	
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	電話での相談やホーム見学時に家族が困っている事や不安に思っていることを聞き、家族との信頼関係を築き協力している。	
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	ケアマネージャーと連携を持ち、必要とされる支援ができるよう努めている。	
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	利用者にしてはしてもらい、出来ない事はスタッフと一緒にして家庭的な雰囲気を作るよう努めている。	
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	毎月お便りを発行し状態の報告をしたり面会時には家族の意見も聞き家族の協力もあり、その人らしい生活を送れるよう支援している。	
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	他の階に入居されている知人や近所の方へ会いに行ったり、行事などで交流できるようにしている。	1階のデイケアに来た人が面会に来たり、他のユニットから会いに来られることが多く、交流を図っている。
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	利用者同士の支えが出来るように入居者の状態で席替えをしたり、同席以外の人とも関わりも持っている。	

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	退居された方が入院された時は見舞いに行きその後の様子を聞き、関係を断ち切らないようにしている。		
<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	利用者の希望を聞き、話し合いを持ち思いや意向の把握に努めている。その内容をカンファレンスで話し合い職員で共有している。	入浴介助や夜勤時の個別対応で、利用者の思いを引き出す事が多い。例えば、明るく振舞っているが、「寂しい、此处に居ていいの」と言う。皆で検討し、利用者にグループホームで役割を作る、気分転換を図る等の働きかけをしている。	
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	今までの暮らしや生活歴を家族に聞き本人には昔の話を聞き把握できるように努めている。		
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	毎日の声かけにより体調や心身状態の把握をし記録に残し報告している。気づいたことは申し送りノートに残し共有している。		
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	定期的なカンファレンスにてモニタリング実施、日々の生活での状況把握して問題点を見出し、職員・家族・多職種間で情報共有・検討し、随時プラン変更行う。	家族の面会時等に得た意見や毎月のカンファレンスで情報を共有し検討している。担当者会議では家族、医師、看護師、理学療法士、栄養士、管理者、計画作成担当者等で検討しプラン変更している。	
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	毎日の申し送りと記録により細かいことも記録として残し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	急変時の対応、医療の充実、特別浴槽が確保されており多機能を十分に生かした柔軟な支援をしている。		

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	運営推進会議には地域の民生委員にも参加していただき情報交換している。地域の理髪店の出張を利用している。傾聴ボランティアにも来ていただいている。		
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	本人や家族の意見を聞き、かかりつけ医の受診を行っている。専門の治療が必要な場合は家族と協力し受診している。毎月の訪問歯科も実施している。	本人・家族の意向を聞き、同法人の医療機関がかかりつけ医となり、月2回の往診がある。必要時は随時受診支援を行い、診療結果は家族に報告している。専門医の治療が必要な時は、家族の協力を得て受診している。	
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	看護職員に毎朝利用者の体調を伝え必要に応じて受診ができる体制を整えている。		
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。	医療機関との情報や相談を行うとともに家族との連絡を取り合い状況をお聞きし早期に退院できるよう努めている。		
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	看取りに関しての事前確認書類を作成し、本人や家族の意向を聞き本人にとってより良い環境が保たれるよう方法を考え全員で共有している。	入居時、看取りについて説明をし、本人・家族の意向を聞き「事前確認書」を作成している。その後、状態変化に応じて説明し家族の意向を確認している。終末期に際し説明して「同意書」を作成すると共に、主治医の指導のもと、家族と連絡を密にとりながら、看取りケアに取り組んでいる。	
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	マニュアルの作成や緊急連絡先の明示などを行っている。		
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	防災訓練の実施や119番通報システムを完備している。運営推進会議で協力を呼び掛けている。	年2回、夜間の火災を想定し訓練を実施している。地形や建物の構造上、非常階段に続く廊下に緊急避難するよう、消防署の指導を受けて行っている。法人内の連絡・協力体制をとっている。地震に備え、各部屋備え付けの収納タンスはつっぱり棒で補強している。	

**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	一人ひとりのプライバシーを尊重したり、言葉かけや対応に気を付けている。知られたい話はない話は居室で話し、考慮した言葉かけを心掛けている。	法人内の年間研修計画で接遇研修を行い、特に言葉遣いに気を付けて、職員同志お互い注意し合う等努力している。「思いやり」の理念のもと、尊厳やプライバシーを損ねない様、排泄支援や生活支援の場面で留意している。	
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	利用者に合わせた表現で話しやすい環境を作るよう努め、自己決定を尊重している。		
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	一人ひとりのペースを大切にし、利用者のペースに合わせた生活を送れるよう心掛けている。		
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	出張理髪店を利用し、本人の希望の髪型にして、おしゃれができるよう支援している。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	同席の人で協力し食器を重ねたり台拭きをしていただいている。下膳は安全の為職員が行っている。	食事は1階の厨房で調理・盛り付けて届く。利用者に応じた食事形態にしている。米飯は各ユニットで炊き、その匂いは利用者に好評で、炊きたてを配膳している。おやつは基本手作り、月に一度昼食も利用者と調理し、月に一回程度希望の夕食を楽しんでいる。	
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	管理栄養士によりカロリー計算した食事を提供している。ミキサー食、キザミ、トロミを活用し、個々に応じた形態の食事の提供をしている。お茶だけでは水分摂取が不足するのでおやつ時に他の飲み物を提供している。		
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	一人ひとりの状況に応じて声かけや見守り必要に応じて口腔ケアの介助を行っている。訪問歯科にて口腔ケアのアドバイスを得られる。		

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	排泄チェック表を活用し一人ひとりの排泄パターンを把握している。定期的にトイレのタイミングを図り、排泄の失敗やおむつの使用を減らし、気持ちよく排泄できるようにしている。	理学療法士が週2回訪問リハビリに来ている。立位やポジショニングの指導や排泄介助のアドバイスを受けている。排泄パターンを把握し、トイレ誘導やポータブルトイレを利用して排泄自立支援を行っている。	
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	食物繊維の多い食事やこまめな水分補給に努めている。対応の難しい利用者には医療と相談し薬による対応をしている。		
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	一人ひとりの体力や身体状況に合わせた入浴形態にも取り組んでいる。足浴やシャワー浴など、利用者の希望に合わせて入浴は楽しめている。	週2回以上の入浴を目標に、利用者の希望に合わせて柔軟な対応で支援している。重度の利用者は、1階のデイケアセンターの特殊浴槽に3ユニットの職員が協力して安全・安楽な入浴支援を提供している。	
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	一人ひとりの生活やリズム、希望に応じて照明や温度など調整し、安眠の確保に努めている。		
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	個々のケース記録に薬の効能や副作用などを綴じているのでいつでも参照できる。薬は毎食後手渡し飲み忘れがないようにし、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	体操や塗り絵、パズルや計算ドリルなど好きな事、得意な事ができるように、一人ひとりの好みに合わせた支援をしている。		
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	一人ひとりの状況や希望に合わせてショッピングや外食の参加、場所を決めている。	ショッピングや外食は、利用者の希望により、個別に対応して支援している。桜や菖蒲、紅葉等の季節の花見は数人ずつ分かれて車で出かけて楽しんでいる。家族も一緒に参加する事もある。	

50		<p>○お金の所持や使うことの支援</p> <p>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</p>	<p>基本的にホームで預かっているが、本人や家族の希望に応じて所持・使用の支援をしている。</p>		
51		<p>○電話や手紙の支援</p> <p>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</p>	<p>親類や知人からハガキや手紙・小包などが届いた時はお礼の電話をしたりし支援している。</p>		
52	(19)	<p>○居心地のよい共用空間づくり</p> <p>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</p>	<p>季節の花を植えたり、植物や野菜に水やりを手伝ってもらったりと季節感を取り入れている。</p>	<p>南に面した、大きな硝子戸の入ったホール(台所・食堂・居間)は田園風景が見渡せ、温かい陽ざしが差し込んでいる。換気に留意していて、落ち着いた気持ちの良い空間である。壁には職員と一緒に利用者が作った貼り絵等の作品を飾り、季節感が感じられるよう工夫している。</p>	
53		<p>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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</p>	<p>テレビの前にソファを置き、横になりテレビを観たり、車椅子の人は並んで話をしたりとゆっくりとできる場を設けている。</p>		
54	(20)	<p>○居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>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</p>	<p>使い慣れた机や椅子を置き、思い出の品を飾り、居心地の良い居室作りをしている。</p>	<p>居室はベッドと布団、収納タンスは備え付けであり、使い慣れた椅子等を置いている部屋がある。また、車椅子生活となり部屋で動きやすい様に荷物を整理して、広い空間を確保している部屋もある。窓からの眺めも良く、居心地の良い部屋作りをしている。</p>	
55		<p>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>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</p>	<p>建物全体がバリアフリーになっており手すりを多く設置している。居室には分かりやすい表札をかけるなどして自立した生活が送れるよう配慮している。</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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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、安心して暮らせている (参考項目:28)	<input type="radio"/>	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票

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	事業所理念と各階独自の理念を作り、理念を意識し実践につなげた取り組みをおこなっている。
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	季節の行事やショッピング、外食時に地域の人と交流を図っている。
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	地域の民生委員も運営推進会議に参加していただいております、地域との支えあいを大切にしている。
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	2ヶ月に一回開催し、活動報告を行い、気軽に意見交換もできるようになり、サービス向上に役立っている。
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	介護保険の更新の機会に町の担当者に利用者の暮らしぶりを伝えたり、身体障害者の医療費受給の手続きや毎月の入居者数の報告なども出来る限り訪問し情報交換に努めている。
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	同じ建物内のデイケアにも協力をしてもらい、鍵をかけないケアに取り組んでいる。やむを得ない場合を除いて身体拘束をしないケアに職員全員で取り組んでいる。

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	グループホーム独自の勉強会を持ち、虐待のない介護に努めている。
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	地域包括支援センターや社会福祉協議会から日常生活支援事業や成年後見制度について教えていただいております、必要と思われる利用者がいれば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	契約時には利用者・家族に重要事項説明書等で十分に説明を行い、納得してもらった上で契約していただいております。オムツ料金改定などがある場合には毎月のお便りで伝えると共に面会時にも口頭でお伝えしている。
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	玄関にご意見箱を設置し、苦情・意見等を伝える機会を設けている。また、家族会を開催し意見や不満などをお聞きし、運営に反映させるよう努力している。
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	運営者・管理者・各ユニットリーダーが月一回集まり、職員の意見・提案を聞く機会を設けている。決定事項は申し送りノートに記入し、全職員に伝えている。
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	代表者と管理者は職員の勤務状況について話し合う機会を持ち、職場環境の改善に努めている。
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	県や町主催の研修会の参加を推奨し、職員の向上心を高めている。
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	研修以外での同業者との交流の機会はなく、ネットワーク作りは出来ていない。

II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援			
15		<p>○初期に築く本人との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>事前にケアマネから情報提供を受けたり、ホームの見学時に困っている事や不安に思っている事、要望等、本人からも聴き取りをするよう努めている</p>
16		<p>○初期に築く家族等との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>電話相談から実際に見学していただき、グループホームの特徴などを説明し、家族の相談を受け止め信頼関係が築けるように努めている。</p>
17		<p>○初期対応の見極めと支援</p> <p>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</p>	<p>ケアマネージャーとの連携を保ち、可能な限り必要とされる支援が出来るように努めている。</p>
18		<p>○本人と共に過ごし支えあう関係</p> <p>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</p>	<p>利用者にしてできる事はしてもらい、できない事は支え利用者・スタッフで家族的な雰囲気を作るようにしている。</p>
19		<p>○本人を共に支えあう家族との関係</p> <p>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</p>	<p>毎月お便りを発行して状態の報告をしたり、面会時には家族の意向も聞き、家族の協力の下、その人らしい生活を送っていただけよう支援している。</p>
20	(8)	<p>○馴染みの人や場との関係継続の支援</p> <p>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</p>	<p>知人・友人の訪問を歓迎している。他の階に入居されている近所の方と行事で交流できるようにしている。</p>
21		<p>○利用者同士の関係の支援</p> <p>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</p>	<p>利用者同士の支え合いができるようその時の入居者の状態で席替えをしている。同席以外の人とも関わりをもっている。</p>

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	退居された方が入院時には見舞いに行き、話をしたりご家族にその後の様子を聞いた りして関係を断ち切らないよう努めている。
<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	利用者の希望を聞き、その都度話し合いを持ち、思いや意向の把握に努めている。定期的に家族の意向も確認している。
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	今までの暮らしぶりや生活歴を家族にお聞きしたり、本人に昔の話をお聞きしたりして、把握するように努めている。
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	毎日の声かけにより体調や心身状態の把握をし記録し、朝の申し送りで報告している。
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	本人や家族の意向をもとにカンファレンスで話し、意見を出し合い、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	毎日の申し送りとメモや申し送りノート、記録により介護計画の見直しに活かしている。細かいことも記録し、情報の共有に努めている。
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	急変時の対応・医療の充実・特別浴槽が確保されており、事業所の多機能性を十分活かした柔軟な支援をしている。

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	運営推進会議には地域の民生委員にも参加していただき情報交換をしている。毎月1回地域の理髪店の出張理容を利用している。また、定期的に傾聴ボランティアにも来ていただいている。
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	当施設は医院の併設施設であり、適切な対応が出来るよう整えてあるが、希望があれば他病院の受診も可能である。訪問歯科診療や歯科衛生士による口腔ケア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	看護職員に利用者の体調を申し送りし、必要に応じて受診することができる体制を整えている。
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。	医療機関との情報交換や相談を行うとともに家族とも連絡を取り合い、回復状況をお聞きするなどして早期退院に向けた努力をしている。
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	看取りに関しての事前確認書類を作成し、医師・家族・職員で話し合いを行い、最善の策を考えている。重度化した場合にも本人にとって、良い環境が保たれるよう全員で話し合い支援を行なっている。
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	マニュアルの作成や緊急連絡先の明示などを行っている。 体調不慮の利用者がいる場合、各階で情報共有し、他の階の協力が得られるようにしている。
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	防災訓練の実施や119番通報システムを完備している。運営推進会議で協力を呼びかけている。

IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援			
36	(14)	<p>○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保</p> <p>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</p>	<p>一人ひとりの人格を尊重しプライバシーを損なわないよう配慮している。</p>
37		<p>○利用者の希望の表出や自己決定の支援</p> <p>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</p>	<p>利用者の思いや希望を汲み取れるよう声かけに工夫をしたり、話しやすい環境を作るよう努め、自己決定を尊重している。</p>
38		<p>○日々のその人らしい暮らし</p> <p>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</p>	<p>一人ひとりのペースを大切に、個人のペースに合わせた生活を送るような希望に沿った支援をするように心掛けている。また、その日の心身の状態をみながら臨機応変に対応している。</p>
39		<p>○身だしなみやおしゃれの支援</p> <p>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</p>	<p>出張理髪店を利用し、身だしなみには気をつけている。</p>
40	(15)	<p>○食事を楽しむことのできる支援</p> <p>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</p>	<p>同席の人で協力して食器の片付け・台拭きをしてもらい、下膳は安全の為職員が行っている。</p>
41		<p>○栄養摂取や水分確保の支援</p> <p>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</p>	<p>管理栄養士によるカロリー計算した食事を提供している。必要な人にはミキサー食、キザミ食、濃縮栄養飲料、とろみなどを活用し、個々に応じた形態の食事提供をしている。</p>
42		<p>○口腔内の清潔保持</p> <p>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</p>	<p>個々の状態に応じて声掛けや見守りを行い、必要な人には介助にて支援している。訪問歯科来所時には歯科衛生士による適切なアドバイスも受けられる。</p>

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把握し、定期的なオムツ交換やトイレ誘導を行い、排泄の支援に努めている。
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	食物繊維を多く摂れるよう心掛け、水分補給に努めている。食物や運動による対応が難しい利用者には医療と連携を取り、薬による対応もしている。
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	一人ひとりの希望や体調に合わせて、入れるように支援している。身体状態に応じて機械浴での入浴もできる設備がある。
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	日中の活動を促し、生活リズムを整え、熟睡が出来るようにしている。夜間は、照明や空調に配慮し、安眠や休息を妨げないように努めている。
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	ケース記録に薬状をファイルし、一人ひとりの服薬について理解し、利用者に合わせた服薬の支援をしている。
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	洗濯物干しや洗濯物たたみ、カレンダー作り、言葉取り、魚釣り等、個々での役割やレクリエーション等の楽しみを生活の中に取り入れて支援している。
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	一人ひとりの状況や希望に沿って、ショッピングや外食の参加、場所を決めている。

50		<p>○お金の所持や使うことの支援</p> <p>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</p>	<p>基本的にはホームで管理しているが、家族の協力を得て少額を本人が持っている人もいる。</p>
51		<p>○電話や手紙の支援</p> <p>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</p>	<p>本人の希望に応じて、自宅や知人に電話をかける支援している。</p>
52	(19)	<p>○居心地のよい共用空間づくり</p> <p>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</p>	<p>共用の空間のホールには壁画を飾り、居心地のよい空間を作り出している。また、不快な臭いがしないように換気・清潔を心がけている。</p>
53		<p>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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</p>	<p>テレビの前にソファと椅子を置き、ゆっくりくつろいで見ることができる場を設けている。</p>
54	(20)	<p>○居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>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</p>	<p>使い慣れた家具を自由に配置し、写真や思い出の品を飾り、居心地の良い居室作りをしている。</p>
55		<p>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>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</p>	<p>建物全体がバリアフリーになっており、ホールには手すりが多く設置されている。トイレの手すりは可倒式になっており、利用者に合わせた使い方ができ自立した生活が送れるよう配慮している。</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)	<input type="radio"/>	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ます (参考項目:9,10,19)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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、安心して暮らせている (参考項目:28)	<input type="radio"/>	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票

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	事業所理念に加え各階で個別の理念を掲げ、その実践に向けて取り組んでいる。地域への外出や買い物を通して交流の場を持ち、利用者が地域で安心して生活出来るよう心がけている。
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	利用者の希望を取り入れつつ、買い物や外食をして地域と交流できる環境を提供している。秋祭りには獅子舞がきてくれている。
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	運営推進会議では地域の民生委員に毎回参加していただき、地域への理解・情報提供を心掛けている。
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	2ヶ月に1回開催し、活動報告や情報提供の場として機能している。具体的な質問やご意見もいただきサービス向上の参考にしている。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	介護保険の更新時や、身体障害者の医療費受給の手続き、毎月の利用者数の報告時に、役場の担当者に利用者の状況を伝えたり、情報交換を行うようにしている。
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「介指定義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	1階のデイケアにも協力をしてもらい鍵をかけないケアに取り組んでいる。やむを得ない場合を除いて身体拘束をしないケアに職員全員で取り組んでいる。

7		<p>○虐待の防止の徹底</p> <p>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</p>	<p>グループホーム独自の勉強会を持ち、虐待のない介護に努めており、維持されている。職員間でも常に注意を払っている。</p>
8		<p>○権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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</p>	<p>地域包括支援センターや社会福祉協議会から日常生活自立支援事業や成年後見制度について教えていただいております、必要と思われる利用者がいれば活用出来るように支援している。</p>
9		<p>○契約に関する説明と納得</p> <p>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</p>	<p>契約・解約時には利用者・家族に重要事項説明書等で十分に説明を行っている。料金の改定等がある場合には事前にお便りで伝えるとともに面会に来られた時にも伝えている。</p>
10	(6)	<p>○運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>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</p>	<p>家族面会時に苦情・意見を聞き、会議などで周知して運営に反映させている。</p>
11	(7)	<p>○運営に関する職員意見の反映</p> <p>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</p>	<p>代表者・管理者・各ユニットリーダーが月一回集まり、職員の意見・提案を聞く機会を設けている。決定事項は申し送りノートに記入し全職員に伝えている。代表者とは個人面談もある。</p>
12		<p>○就業環境の整備</p> <p>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</p>	<p>代表者と管理者は職員の勤務状況について話し合う機会を持ち、職場環境の改善に努めている。</p>
13		<p>○職員を育てる取り組み</p> <p>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</p>	<p>県や町主催の研修会に順次参加し人材育成に努めている。職員も積極的に参加している。</p>
14		<p>○同業者との交流を通じた向上</p> <p>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</p>	<p>研修以外での同業者との交流の機会は少なく、ネットワークづくりは難しい。</p>

II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援		
15		<p>○初期に築く本人との信頼関係</p> <p>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</p> <p>事前にケアマネからの報告を受けたり、ホームの見学・話し合いにより不安要素や要望を本人から汲み取るよう努力している。</p>
16		<p>○初期に築く家族等との信頼関係</p> <p>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</p> <p>初期の電話相談から実際に見学していただき、グループホームの特徴などを説明したり不安要素や要望を聴かせていただいている。</p>
17		<p>○初期対応の見極めと支援</p> <p>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</p> <p>家族やケアマネとの連携を保ち、可能な限り必要とされる支援が出来るように努めている。</p>
18		<p>○本人と共に過ごし支えあう関係</p> <p>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</p> <p>職員と共に話し合いながら家事を行ったり暮らしの中で安全に行える役割を持つことで、職員や利用者との支え合いの関係作りに努めている。</p>
19		<p>○本人を共に支えあう家族との関係</p> <p>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</p> <p>毎月個別にお便りを書いて状態の報告をしたり、面会時には本人にとってより良い介護についての相談、話し合いをして家族と共に支えている。</p>
20	(8)	<p>○馴染みの人や場との関係継続の支援</p> <p>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</p> <p>知人・友人の訪問を歓迎している。デイケアとも連携しており地域や近所の人が訪ねてくることも多い。</p>
21		<p>○利用者同士の関係の支援</p> <p>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</p> <p>利用者の性格や相性、精神状態を把握し、利用者同士の支え合いが期待できるよう配慮した役割分担や席替えを支援している。</p>

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	退居後入院された方のお見舞いに行ったり、ご家族にその後の様子をお聞きしたりして関係を断ち切らないように努めている。
<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	利用者の意向を聞き逃さないように心がけ、職員間ですぐに話し合いを持ち、把握・対応に努めている。利用者と一対一で話し合える機会を作るよう配慮している。
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	アセスメントや日々の会話から一人ひとりの生活歴を探り、把握するよう努めている。また、家族の面会時に以前の暮らしぶりや生活歴を尋ねたりしている。
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	過ごし方や心身状態を個別に記録として残しており、職員全員がいつでも見直すことが出来る。有する力の気づきがあれば申し送るようになっている。
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	本人や家族の意向に沿った介護計画を作成するよう努めている。会議や他職種との情報交換を活用して意見を出し合っている。
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	毎日の申し送りと記録により実践や介護計画の見直しに活かしている。気づきも記録し、情報の共有に努めている。
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	一人ひとりの状況やニーズに合わせて前例がない事案でも話し合い、柔軟に対応している。

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	運営推進会議には地域の民生委員や役場の担当者も参加して頂き情報の交換をしている。また、地域の理髪店の出張理容を利用している。傾聴ボランティアにも来ていただいている。
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	本人や家族の希望があれば、かかりつけ医の受診を支援している。毎週1回訪問歯科診療を受けられるよう支援している。
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	必要に応じて看護職員や医師に利用者の体調を伝え、適切な受診をすることができる体制を整えている。
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。	入院した医療機関との情報交換や相談を行うとともに家族とも連絡を取り合い、早期退院に向けた支援をしている。
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	入所時の話し合いに加え、重度化した際には医師が家族にその都度話し合いを行い、最善策を考え共有している。また、看取りについての事前確認書を作成し家族の意向を共有できるよう努めている。
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	マニュアルの作成や緊急連絡先の明示などを行っている。また、急変時や事故発生時には後日対応について反省や情報共有に努めている。
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	定期的な防災訓練の実施や119番通報システムを完備している。運営推進会議では地域に協力を呼びかけている。

IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援			
36	(14)	<p>○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保</p> <p>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</p>	<p>一人ひとりの人格や誇りを尊重した言葉かけ・対応に努めている。他人に知られたくないような話は個別にしたり、生活歴を考慮した言葉かけを心がけている。</p>
37		<p>○利用者の希望の表出や自己決定の支援</p> <p>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</p>	<p>利用者の状況に合わせた選択肢を提案し、自己決定を尊重している。</p>
38		<p>○日々のその人らしい暮らし</p> <p>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</p>	<p>一人ひとりのペースや体調を大切にし、本人の希望にそった生活が送れる支援をするように心掛けている。</p>
39		<p>○身だしなみやおしゃれの支援</p> <p>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</p>	<p>出張理容店を利用しており、本人の希望に対応している。買い物では一緒に洋服を選ぶこともある。</p>
40	(15)	<p>○食事を楽しむことのできる支援</p> <p>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</p>	<p>個人の好みや能力に合わせた作業を振り分け、楽しみながら安全に職員と準備・食事・片付けが出来るよう支援している。</p>
41		<p>○栄養摂取や水分確保の支援</p> <p>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</p>	<p>管理栄養士による指導や相談のほか、摂取量の記録・食事形態の変更・濃縮栄養飲料の活用などで支援している。</p>
42		<p>○口腔内の清潔保持</p> <p>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</p>	<p>一人ひとりの状態や希望に応じて介助・見守りを行っている。残存能力の維持に努めている。また、週一回の訪問歯科による衛生アドバイスを受けることが出来る。</p>

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	一人ひとりのパターンを把握することで気持ちのよい排泄の支援に努めている。個人の自立度に合わせて随時おむつの種類を変更している。
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	食物繊維を多く摂れるよう心掛け、水分補給に努めている。食物や運動での対応が難しい利用者には医療と連携をとり薬による対応もしている。
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	利用者の希望もあり、身体状況を考慮した上で曜日や時間を決めているが、本人の要望に合わせて当日の変更にも対応している。また、職員と利用者のコミュニケーションの場にもなっている。
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	一人ひとりの生活リズムや希望に配慮し、照明や空調の調整をして自由な休息の確保に努めている。
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	個々のケース記録に薬の効能・副作用・用法などを綴っており、いつでも参照できる。変更等があれば情報共有している。
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	翌日の献立をボードに記入したり好きな計算をしたりパズルをしたりと、一人ひとりの生活歴や好みに合わせた支援をしている。
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	家族の協力も得て一人ひとりの希望に沿って外出や買い物を支援している。また、必要に応じて個別ケアの機会を設け、個人の要望に応えられるよう努めている。

50		<p>○お金の所持や使うことの支援</p> <p>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</p>	<p>基本的にはホームで預かっているが、本人や家族の希望に応じて所持・使用の支援をしている。</p>
51		<p>○電話や手紙の支援</p> <p>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</p>	<p>県外で暮らしている家族などに手紙や年賀状、暑中見舞いを書いたり電話をかけることは本人の希望に応じて支援している。</p>
52	(19)	<p>○居心地のよい共用空間づくり</p> <p>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</p>	<p>季節の花や植物をホールや玄関に活けたりして季節感を採り入れている。また、不快な臭いがしないように衛生面に留意している。</p>
53		<p>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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</p>	<p>馴染みの利用者同士でゆっくり過ごすことが出来る空間作りに努めている。</p>
54	(20)	<p>○居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>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</p>	<p>使い慣れた家具を自由に持ち込んでいただいたり、レクリエーションで作成したものを好きな場所に飾ったり本人らしい居室になるよう工夫している。</p>
55		<p>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>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</p>	<p>建物全体がバリアフリーになっており、ホールには手すりが多く設置されている。トイレの手すりは可倒式になっており、身体状況に合わせた使い方ができる。</p>