

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	各ユニットの入り口に理念を掲示して意識しながら働ける環境をつくっています。毎月のユニット会議でも目標についての振り返りを行っています。	理念の実践ができるように、4半期毎に、ユニット別に目標を設定し、毎月の会議の際に定期的に振り返りの機会を設けています。	
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	周年祭や季節行事には近隣の幼稚園や小中学校、大学から参加いただいています。散髪や買い物で近隣のお店との交流を図っています。	市内の大学生のブラスバンドに事業所の納涼祭に来ていただいているほか、近隣の保育園とは定期的に交流の機会を持っています。また、地域のボランティアに定期的に来てもらったりする等、地域との交流に努めています。	
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	運営推進会議や行事の案内を町内会長や民生委員に送り、都度説明を行っています。また、町内の行事に参加した際は、介護や認知症に関するお話をさせていただいています。		
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	偶数月で定期開催し、平日と土日を交互に実施しています。平日は地域包括支援センターの担当者も参加して頂き、地域では民生委員が参加しています。利用者ご家族の参加は徐々に増えています。	運営推進会議は地域包括支援センター職員、町内会長、民生委員、ご家族から出席してもらっています。参加者へ事業所の状況報告を行い、会議で頂いた意見はしっかり受け止めて向上するように努力しています。	今年度の運営推進会議の参加割合が少なくなっており、職員以外の参加が無かった回もありましたので、今後参加割合を増やせるように検討されることを期待します。
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に取り組んでいる	サービス運営について疑問があれば電話で問合せをしたり、市役所に直接相談しています。10月24日には上越市の総合事業発表会にも参加しました。	地域包括支援センター職員には運営推進会議に参加して頂いているほか、地域ケア会議に参加したり、疑問な点については市の担当者に連絡し相談するなどして、連携を図っています。	
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「介護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	毎月のリーダー会議で身体拘束が行われていないか確認し、各階にもマニュアルを設置して年間の研修計画で定期的に研修を行っています。また、看護師、DS相談員を含む委員会を組織して3ヶ月に1回会議を開催しています。	身体拘束は今のところ行なっていませんが、事業所内研修や毎月のリーダー会議で検討の機会を設け、職員の理解度を深めています。また、職員にもチェックシートを使用し確認する機会を持つなど、身体拘束をしないケアを実践しています。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
7	(5-2)	○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見逃されることのないよう注意を払い、防止に努めている	毎月のリーダー会議で虐待が行われていないか確認し、各階にもマニュアルを設置して年間の研修計画で定期的に研修を行っています。また、看護師、DS相談員を含む委員会を組織して3ヶ月に1回会議を開催しています。	虐待や身体拘束については事業所内研修や事例検討を行い、毎月のリーダー会議で定期的に確認する機会を設けています。また、職員にもチェックシートを使用し確認する機会を持つなど、虐待の防止に努めています。	
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	新規採用時の初期研修時に日常生活自立支援事業や成年後見制度について、上越市のパンフレットを使用し研修を行っています。		
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、解約はセンター又はご自宅で内容を説明しながら締結しています。法改正がありサービス内容の説明が必要なときは面会時、電話、文章等で説明を行っています。高齢者世帯や要望があった場合はご自宅に訪問しています。		
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	苦情相談窓口の掲示や意見箱の設置と、ご家族が面会に来られた時にサービスについてのご意見を聞かせていただいています。家族や利用者からの意見等は個人の申し送りノートに青字で記載して目立つよう工夫しています。	運営推進会議の場だけでなく、面会時や電話連絡の際に気付いたことや要望は無いか確認しています。ご家族とのやりとりは申し送りノートに記載し、職員間で共有できるようにしています。	
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	契約の更新時にセンター長が面談を行い、職員の意見や提案を聞いています。また、管理者は介護職員を兼務している為、日々の介護現場で職員の意見や提案を聞いています。ユニット会議で意見交換ができるように努めています。	毎月のリーダー会議、ユニット会議にて情報の収集を行なっているほか、定期的にセンター長が個人面談も行って、職員の意見や提案を聞く機会としています。	
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	給与査定時に各職員から自己評価や目標を提出してもらい、それを参考に評価を行なっています。また、同時に個人面談を行い、目標に対しての達成度や、業務への姿勢についても評価しています。		
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	年間計画に基づいた毎月の社内研修を中心にトレーニングを行っています。人員の関係もあり社外研修を受けることが消極的になっていますが、両ユニットでスケジュール面でも協力しながら色々な知識を身に付けていけるように努めたいと思っています。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	上越市内のサービス事業者で組織されており、上越介護サービス事業者協議会に参加しています。市内の色々なサービスの方と意見交換することができます。上越市高齢者支援課の担当者の方も参加されています。		
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	利用者の思いにより共感できるように、事前にご家族から利用者の生活状況をお聞きしてからご本人にお会いするようにしています。利用者に話がしやすい環境をつくるようにできるだけご自宅での聞き取りを行っています。		
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	利用者様の日常をしっかり把握し、ご家族の望む支援を行えるように電話や訪問を行っています。時には複数回の話し合いの場を設けて情報収集しています。		
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	入居申し込み時点で担当のケアマネージャーや利用している介護サービスの担当者とも話し合い、グループホームの入居が妥当かどうか検討しています。		
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	「出来る事」を本人様と一緒に本職員が探しながら、集団生活に馴染むように支援しています。毎日の日課を継続しながら自分からやりたい事も本人のペースで取り組めるように支援しています。		
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	入居していても利用者がご家族の身近な存在であることを感じる事が出来るように、電話や手紙等の支援をしています。毎月の郵送物には生活状況のご報告と写真を同封し、グループホームでのご様子を見ていただいています。	居室担当が毎月の様子を伝えるお手紙を送付しており、面会時などにも普段の様子を伝えながら、ご利用者の様子を知ってもらえるようにしています。また、事業所広報も2ヶ月に1度作成し、ご家族に送付されています。	
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	家族や友人等への電話や手紙の支援、ご家族同行での自宅への一時帰宅などを行っています。また自宅付近の馴染みのある場所へのドライブや買い物等も行っています。	知人の方に面会に来て頂いたり、生活暦を把握し、馴染みの関係が継続できるようにご家族にも協力して頂き外出の機会を設け、個別の外出支援、お墓参りなどのご利用者に合わせて支援を行なっています。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	難聴の具合やADL、年齢や性格等を考慮しながらリビングでの席を決めています。お互いの気持ちが伝わりにくい場合は職員が間に入り、利用者同士が誤解なく良好な関係が築けるように支援しています。		
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	基本的に他サービスをご利用していれば、その事業所にお任せしていますが、在宅生活になり介護サービスを利用しなくなったような場合については、時折電話をして近況をお聞かせいただいたりしています。		
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	計画作成担当者と居室担当者が中心に、利用者ニーズの把握に努めています。何気ない会話の中から要望や思いを汲み取り、日々の利用者とのコミュニケーションの時間を大切にしています。	日々の生活の中での会話からご利用者の希望を見つけ、対応するようにしています。また、意思疎通が困難なご利用者に対してはどんな時に喜んでいるかなど様子を観察しながら、また介護計画に対するご家族の要望も確認し、支援を行なっています。	
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	事前調査でご家族からお聞きした利用者の生活履歴を職員間で情報共有し入居の準備をしています。今まで利用していた介護サービスからも情報を収集して利用者対応に役立てています。日常会話の中からの情報収集も多くあります。	これまでの暮らしの把握は契約時にご家族やご利用者本人からの聞き取りを中心に行なっています。介護サービスの利用が過去にあった場合はその利用機関に連絡をし、生活状況の聞き取りを行なっています。その内容は生活シートに記入し職員で共有できるようになっています。また、作成されたアセスメントシートも6ヶ月に1度は見直し、情報の更新をしています。	
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	日報や夜勤の記録、また申し送りノート等に記載し、朝夕の申し送りで利用者情報を共有しています。ケアプランでもその利用者の状態に合わせたプランの実施を毎日チェックしながら行っています。		

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	計画作成担当者と居室担当者がケアプランの原案を作成し、ユニット会議で他職員と一緒に再検討しています。家族の意見は面会時にお話を伺い、プラン内容を説明しながら同意をいただいています。作成後はセンター長の確認をもらいミスを無くすよう努めています。	計画作成担当者が居室担当者とモニタリングを3ヶ月に1回行ない、同時に他職員からも情報を収集しています。6ヶ月に1度、期間に応じて介護計画の見直しを行うほか、転倒などの事故が起こった時や早急に対応を変えていかなければならない時など、随時職員間で話し合いをし、ご家族からの意見も取り入れながら対応を決めています。	調査時点で介護計画書に記載漏れがある箇所がありましたので、今後ミスの無いように改善されることを期待します。
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	日々の利用者状態は個別に記録し、日勤報告書、夜勤報告書等に記録しています。シフトが替わる際には申し送りが行われ、その日の利用者状態について報告が行われます。ケアプランの実施も毎日チェックされており、計画作成担当者が確認しています。		
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	受診の代行や病院までの送迎など、ご家族の要望にできる範囲でお手伝いさせていただいています。利用者からの要望もできるだけ後回しにせず、当日の予定を調整しながら対応しています。		
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	レクリエーション等では近隣の施設やイベント参加、買い物や散歩などできるだけ、近隣のお店を利用するようにしています。		
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	新規入居者は主治医を施設医に変更するか話し合っています。施設医は月に2度回診があり、外部受診も家族に代わって行くこともできます。利用者の状態に変化があった場合は、看護師と主治医に報告しています。	受診支援は職員も状況に合わせて行っており、医師との状況の確認が行われているほか、ご家族へ内容の報告もしています。入居時に今までの主治医を継続するかそよ風の提携医に変更するか、ご利用者の病状によってご家族と決めています。提携医は月に2度、ホームで回診を行なっていただいています。	
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	看護師を職員として週1日程度配置し、日常的な医療処置や介護職員への指導・相談・会議への参加を行っています。主治医との連携も看護師が中心に行い、適切な医療対応ができるようにしています。		

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。	利用者が入院した際には病院へ、管理者、介護職員が定期的に面会をしています。治療方法や経過を医師や看護師とカンファレンスを行います。退院時には職員が病院に行き、グループホームに帰ってからの指導も受けています。		
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、事業所ですることが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	看取りについての方針は入居時にご家族へ説明し同意していただいています。看取り介護を行うかどうか入居時にある程度の方針を確認させていただき、重度化する前に主治医、看護師、ご家族、介護職員でカンファレンスを行い看取りへの意向やケア内容について定期的に確認と同意をいただいています。	実際にホームでも看取りを行ったケースもあり、重度化した場合のグループホームでの対応については法人で定めた一定の基準があり、入居時にご家族へ説明していますが対象者の身体的な状況、医療状況、ご利用者・ご家族の希望を踏まえその都度検討しています。	
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	事務所内に救命救急マニュアルを掲示しています。救命救急講習のDVDがあり、いつでも観ることができるようになっています。	消防署員による救命救急講習のDVDを定期的に観たり、緊急時の対応について状況を想定した事例研修を行なうなどして、職員が実践できるようにしています。	
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	6月は自然災害想定、10月は夜間想定で避難訓練を行いました。また、11月17日に行われました、社会福祉施設防火管理者研修会(上越市消防本部開催)にも参加しております。研修内容は全館で観覧しました。	年に2回、日中・夜間を想定した避難訓練を行い、管轄の消防署に避難訓練を通じて内部の様子と防火対策についての指導を受けています。また、近隣の方にも災害時は協力していただけるようお願いしており、避難訓練の案内もお送りしています。	
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	居室やトイレ、脱衣場といったプライベートの空間では細やかな配慮に心掛けています。言葉遣いや声掛けも一人一人に合った声掛けを行い、自分のペースで生活していただけるように支援しています。	ホームでも職員研修を行い、ご利用者のプライバシーに配慮したケアが徹底されており、広報への写真の掲載についても契約時に確認が得られています。	
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	認知症により自分の思いが上手く伝えられない方であっても、食べたい物、食べたくない物ややりたい事、したくない事を自分で決めることができるように傾聴しながら行っています。職員本位にならない様に気を付けています。		

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	食事と入浴以外は基本的に自由に過ごす事ができます。職員から促しがないと「何をしたらいいかわからない」という利用者も多いですが、そこで職員が決めるのではなく、いくつかの候補の中から自分で決めていただくようにしています。		
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	起床時の整容や、外出時のお化粧品や洋服選びを支援しています。クシや化粧道具を持っていない利用者でもユニットで準備し、職員が支援しています。		
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	食事の準備は皮むき等の下ごしらえ、味付け、盛り付けを職員と一緒にしています。食後はテーブル拭きや茶碗拭きは利用者が担当し、毎日の日課にもなっています。食事を食べるだけではなく、作る楽しさも感じていただけるようなイベントも毎月あります。	ご利用者にも出来る範囲で調理や味付け、後片付けも行ってもらっています。また、レストランやお寿司屋に外食に出かけたりする等、食事を楽しんで頂けるよう努めています。	
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	カロリーと栄養バランスが計算された調理レシピが本社より送られてくるので、それを元に調理していますが、季節の食材も盛り込みながら買い物や調理をしています。硬さや形状にも注意しながらその方に合った食事を提供し、食事量も記録しています。		
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	自分で口腔ケアができる利用者は声掛けによって食後に行っており、自力で行えない利用者は、職員が介助しています。義歯は夕食後に外していただき、夜間帯で洗浄しています。		
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	定期的にトイレ誘導を行い、できるだけトイレ内で排泄ができるようにしています。また、その都度記録しながらパターンやタイミングを把握し、その方に合った誘導ができるようにしています。	全てのご利用者に対して排泄チェックを行い、定期的なさりげないトイレへの声かけによって失禁回数を減らしています。失禁がご本人の自尊心に悪影響が及ばないよう出来るだけ時間で誘導し便器で排泄できるように心掛けています。	
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	水分量の確保で自然な排便ができるように支援しています。NSと連携し腹部の張りの観察や排泄状況の確認で下剤を服用することもあります。その際は職員間で申し送りを行い、トイレ誘導のタイミングを計っています。		

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ず、個々にそった支援をしている	概ね毎日14時30分頃から入浴の時間となっています。定期以外で入浴を希望された場合は入浴スケジュールを調整しながら、できるだけ希望通りに入浴していただいています。また、希望があれば1階デイサービスでの入浴も行っています。	毎日入浴の要望を聞きながら行なっています。希望されない方には足浴・手浴・清拭で対応しています。また、入浴剤を入れたり、デイサービスの大きな浴槽で入浴するなどし、入浴を楽しんでもらっています。	
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	就寝介助や夜間帯のトイレ誘導等はその利用者の生活習慣によって行われています。不眠症の利用者については、日中の活動を促したり就寝前に温かい飲み物等も提供したり様々な工夫を行っています。		
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	利用者の日頃の様子は看護師へ報告し、回診時には主治医へ伝えられています。内服薬の変更があった場合は専用の記録用紙に変更後の様子を記録し、定期的な主治医へ報告しながら介護職員も確認しています。		
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	日常生活の中で利用者それぞれに日課があり、自分の役割が毎日ある利用者が多いです。散歩やドライブで気分転換をしていただき、日常生活の中では出来ない事出来るようにする事より、出来ることが更に上手できるように職員が支援しています。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	月間行事では利用者全員でドライブや外食を行っており、その他に個別で本人の希望により外出等を行っています。事前に計画されていなくても、利用者の希望があれば、可能な範囲で当日でも対応するようにしています。	ご利用者と一緒近くのスーパーに食材の買物に出かけたり、天候がいい日は散歩へ一緒に行ったりもしています。また、季節に合わせたお花見や菊祭り見学、蓮見学やあじさい見学、ご利用者の要望に合わせて外食やドライブに行くなどの外出支援も実施しています。	
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	お金の所持については、入居時に利用者と家族で話し合っただき決めていただいています。買い物希望者については職員と同行し会計時は食委員が見守ります。		
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	自らできる方については思いに添えるよう電話や手紙を支援しています。希望がなくても年賀状や暑中見舞いのハガキが本社から届きますので、定期的に入居者の方には直筆で記入していただいています。		

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	利用者が季節毎に共同作成した作品や外出時の写真等を毎月廊下の壁に飾っています。個人で作った作品も廊下や居室内に飾りつけ、その作品をご家族に送ることもあります。歩行や車椅子で利用者の導線上に危険な物がないかの確認も行っています。	建物の2・3階部分がグループホームになり、日当たりが良く、大きな窓から採光により、明るく開放感のあるスペースになっています。また、季節に応じた装飾が適度に行われ、落ち着いた生活空間が演出されています。	
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	リビングの椅子は、利用者の関係性を重視し、仲の良い者同士が話しやすいように席をセッティングしています。テーブルだけではなく、ソファや畳の小上りをも利用し、利用者が一人でも数人でも過ごせるようにしています。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居時に思い出の品や使い慣れた品を持ち込んでいただき、少しでも住み慣れた環境に近づけるようにしています。また、自分の部屋と感ぜてもらえるようにご家族からのプレゼントや本人様の作品も飾っています。	入居時に今まで使っていた馴染みの物を持ち込んでもらっています。入居前に事前訪問した際、ご利用者の部屋を見せてもらいグループホームに入居したときにできるだけその部屋に似ているような配置をしています。	
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	車椅子や歩行器の利用者が多ですが、自分で行きたい場所へ移動できるように案内表示をしたり、障害物がないか確認しています。また、職員はその利用者が意思決定しやすいようにゆっくり丁寧に説明し自立して生活が送れるように支援しています。		

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	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. 利用者の2/3くらいの				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいの				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	66	職員は、活き活きと働いている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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				1. ほぼ全ての利用者が
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				4. ほとんどいない