

(様式2)

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 25 年 1 月 11 日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3491100099		
法人名	社会福祉法人尾道さつき会		
事業所名	グループホーム 星の里・にしぎこの家		
所在地	広島県尾道市吉和町5116-1 (電話) 0848-44-6471		
自己評価作成日	平成24年10月24日	評価結果市町受理日	

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL	
-------------	--

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	(社福) 広島県社会福祉協議会
所在地	広島県広島市南区比治山本町12-2
訪問調査日	平成24年11月15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）】

- ・利用者個々のニーズに合わせたケアプランを作成し、それに基づいた個別ケアができています。
- ・家族、地域、利用者本人が関わりを継続し、協力することで楽しみのある生活を支援している。
- ・介護と看護が協力し、可能な限りグループホームでの生活を継続してもらうよう、他の機関とも連携を取りながら支援している。

【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点（評価機関記入）】

グループホーム星の里・にしぎこの家（以下、ホーム）は、緑の山々に囲まれた自然豊かな環境の中で、法人が運営する小規模多機能型居宅介護事業所と併設されています。ホームでは、積極的に地域に出向く姿勢を持ち、これまで法人が培ってきたノウハウを活かしながら、高齢者の居場所づくりを働きかけ、地域ぐるみの福祉活動に取り組まれています。

月1回、入居者全員が参加する運営会議を開催し、行きたい所、食べたい物などを話し合われています。日々の暮らしの中で入居者の思いを汲み取り「やりたいこと」を大切にしたい支援に努めておられます。

また、入居者一人ひとりのケアプランは、どの職員が見てもすぐ実施ができるよう、書き方や記載内容を工夫したり、本人の思いに柔軟に対応したりすることも特徴の一つとなっています。

自己 評価	外部 評価	項目	自己評価	外部評価		
			実施状況	実施状況	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ユニット)						
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏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。	介護職員全員で、勉強会を通じてにしごこの家の理念を作成している。また、その理念は掲示し日々確認出来るようにしている。	ホームの理念は、併設の小規模多機能型居宅介護事業所と合同で職員が協議し、自分が受けたいケアに置き換えて作成されています。各職員の名札に理念を記載し、浸透を図っておられます。また、職員は就業前に各自理念を確認し、日々のケアに努めておられます。		
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。	地域で畑を借りて農作物を作っているが、そこでの作業中に地域の方が気軽に声かけをしてくれている。また、町内会に加入し地域行事へ参加している。	地域の行事に積極的に参加し、とんどの飾り付けを入居者が手伝われています。開設1年目に始まった、幼稚園児との交流が継続されています。また、ホームは地域に住む独居の高齢者の見守りを行い、緊急時にはホームに通報が入るなど、地域での役割も担っておられます。		
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。	地域で畑を借りて農作物を作っているが、そこでの作業中に地域の方が気軽に声かけをしてくれている。また、町内会に加入し地域行事へ参加している。			
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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。	運営推進会議を積極的に活用するため、毎回運営に関する資料を提出して自由に意見を述べてもらっている。また、会議の場で地域主催の行事(ふれあいサロンや敬老会)を紹介してもらったり、施設の行事(秋祭り、みなとまつり)に参加してもらい、交流促進に努めている。	会議は、併設の小規模多機能型居宅介護事業所と合同で、2か月に1回開催されています。メンバーは、家族、町内会長、民生委員、地域包括支援センター、同じ地区にある別法人のグループホーム職員のメンバーで行われています。ホームの活動報告以外にも、地域の状況、問題点、見守りについて情報共有を図っておられます。		
5	4	○市町との連携 市町担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実績やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取組んでいる。	本部と市役所とは日常的に連携をとっており、会議等の場で運営実態について理解促進に努めているほか、市役所の担当者に勉強会への参加を呼びかけるなど、関係が深い。	法人本部を介して、行政と連携されています。運営推進会議に市担当課からの参加が得られていません。行政には、運営推進会議に参加の呼びかけを現在行っておりません。	今後は、法人本部を通して行政に運営推進会議の参加の呼びかけなどを行い、ホームの状況や実績等を直接伝える機会を設け、情報交換や共有を得て、より連携が深められるよう期待します。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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。	本部と市役所とは日常的に連携をとっており、会議等の場で運営実態について理解促進に努めているほか、市役所の担当者に勉強会への参加を呼びかけるなど、関係が深い。	職員は、研修を通して身体拘束の考え方について理解を深められています。また、管理者は職員に対応や声かけの大切さについて正しいアドバイスをを行い、拘束のない支援に取り組まれています。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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。	職員会議や実際の業務にあたる中で具体的に説明し、防止に努めている。また、資料を配布して理解を促している。		
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。	管理者は制度を理解しているため、利用者の中で必要な人には制度を利用してもらっている。		
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。	契約時点に管理者またはリーダーが契約内容を十分に説明しており、改定についても家族会の場面などで説明を行っている。		
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並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。	玄関に意見箱を作成し、要望がある場合には迅速に対応出来るようにしている。また家族会を行うことにより、気軽に意見を述べる機会を設けたり、各担当職員が家族に連絡を取ることで意見を確認している。	開所当初から設置されている家族会は年2回開催され、運営面に関する要望、意見などが伝えやすくなっています。月1回、入居者全員が参加する運営会議を開催し、行きたい所、食べたい物、行事食弁当のレイアウトなどを決めておられます。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	1か月に1度はフロア会議を開催し、意見を集約して運営に反映している。また、毎月開催されるリーダー会議や小規模との合同会議で全体の意見を集約して運営に反映している。	職員は、朝、夕礼時に意見や気づきなどを言われています。また、フロア会議で検討したい内容について職員に意見や提案を事前に出してもらい、ユニットリーダーを中心に集約されておられます。各種委員会を設置し、職員はいずれかの委員会に属し、それぞれの分野で意見や提案を挙げやすい環境を整えておられます。	
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。	目標管理シートを年度初めに作成し、最低年3回は面接をして上司が評価している点や事業所の運営方針などを具体的に伝えるようにしている。また、人事考課結果を給与や賞与に反映するシステムを導入している。		
13		○職員を育てる取組み 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。	介護技術などの自主勉強会を定期的に開催し、介護のレベルアップに取り組むよう支援している。また、職員会議のたびに勉強会も開催している。		
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つくり、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組みをしている。	広島県老人福祉施設連盟に加入し、研修会を通じて職員間の交流促進に努めている。また、市内の同業者との交流会を開催する等取り組みをしている。また、今年は近所に開所したグループホームとの交流を行っている。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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。	利用前に管理者とフロアリーダーが直接面接を行い、不安な点や要望などを聞くようにしている。また、それを暫定ケアプランや以後のプランに反映するようにしている。		

自己 評価	外部 評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて 期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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。	利用前に十分に時間をかけた面接を行ない、家族が介護で苦勞した点や不安な点、要望等を聞くことで、信頼関係作りに努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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。	利用当初は1か月のお試し期間を設定して実際に利用してもらい、その後、本人や家族と話をし今後の利用や支援内容を検討するようにしている。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	職員は本人と他の利用者との関係作りを第一に考え、日々のサービスの展開やケアプランを考えている。具体的には、ケアプランに個別での外出を位置づけ、数人で外食する等、関係づくりのきっかけを作っている。		
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置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。	本人と家族との関係が継続できるよう、いつでも訪問可能であることを伝え、一緒に外出や一時帰宅などを呼びかけている。また、行事やご本人の誕生日会などには家族の積極的な参加を呼びかけている。		
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、本人が住んでいた家や通っていた病院を訪問するほか、家族や知人に会い行ったりすることをサービスの中に組み込みむことで、馴染みの関係が途切れないように努めている。	センター方式をもとに作成したホーム独自の「わが人生に歴史あり」シートを活用し、入居者のこれまでの生活や習慣などを職員全体で情報共有されています。また、ケアプランに会いたい人の名前や場所を詳しく入れ、日々の記録にも会いに行けた日行けなかった日が一目でわかるように工夫されています。ホームには、家族や友人などの訪問もあります。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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。	ケアプランにて相性を考えて、具体的に他者とのかわりを持てるように支援している。また、定期的にユニット間の交流行事を行い、ホーム全体で利用者同士の関係作りができるよう支援している。		
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。	GHを退所して特養や病院に行った場合も、必要に応じて情報を提供したり、ご家族を行事に招待する等の交流を行っている。		
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。	利用者ニーズを基本に考え、日常生活からも推測しながらケアプランを作成している。また、本人からの意向確認が難しい時には、家族からの意見や生活歴を参考にしながら作成している。	入居者ごとに担当を決め、本人の思いや希望を日常の会話や表情などから把握されています。また、得た情報は職員間で共有できるよう取り組まれています。	
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。	入所時に家族や本人からの聞き取りにより、個人史を調査して情報として残している。また、それをケアプランに反映するようにしている。		
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。	「援助内容統一シート」を作成して利用者一人ひとりの残存能力を把握することで、個別ケアの実施に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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。	モニタリング用紙に主治医や職員すべての意見を記入してもらい、それに基づいて介護計画を立案している。また、家族にも日頃より意向等を確認し、いろいろな立場の意見が反映する介護計画の立案に努めている。	モニタリングから把握できる入居者の状況を整理し、6か月ごとに計画の見直しが行われています。ケアマネジャーと担当職員が協力し、家族や医師などの意見も取り入れながらケアプランを作成されています。また、どの職員が見ても誰の計画かわかるように、行きたい場所や会いたい人などを詳細に記載するよう工夫されています。	
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。	勤務前の連絡指示の確認を徹底しているほか、朝と夕の引継ぎの場での情報交換を行い、結果や気づきをケース記録に記入している。また、ケース記録は1週間単位で見ることができるため、体調の変化や、気持の変化に気づきやすいようになっている。		
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。	個別のニーズに対して、対応できるように個別対応の日を作っている。また、併設の小規模多機能型施設と協力し、サービスを提供している。		
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。	地域のふれあいサロンに参加したり、近所の商店で買い物をしたり、近所の方から一部畑を借りて野菜作りをしたり、一人ひとりの役割や得意なことが地域の中で活かせるよう取り組んでいる。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 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。	本人の意向を確認し、希望があれば以前から通っていた病院へ継続して通っている。それ以外の利用者は事業所で連携する内科や歯科、その他を紹介し、専門的な高齢者医療の提供が可能となっている。	かかりつけ医への受診は、家族の付き添いを基本に行われています。職員が同行する時は、症状や様子などについて医師に説明し助言を受けた内容を家族と共有しながら支援されています。また、定期的に協力医療機関の医師による往診があります。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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。	GHの看護師が不在時にも対応できるよう、日常的に併設の小規模多機能の看護師と連携しているほか、在総診契約をしている病院から必要があれば訪問を受けている。また、看護師は一般業務にも入っているため、日常の変化を医療的な視点で観察できている。		
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、また、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。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院時には入院先の病院の地域連携室と緊密な連絡を取り、情報交換を行っているほか、必要時には退院前のカンファレンスを行うことがある。		
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。	終末期において家族の希望を確認し、事業所として何ができるか明確にし、その上でどのように対応していくのか話し合いをしている。	本人、家族の意向に沿って、最期までホームで看取りをする方針を持っています。これまでに、看取りを行った経験があります。重度化の兆候が見られる場合には、早い段階で家族と相談されています。また、医師や看護師と連携を図りながら、職員全体で綿密な話し合いを繰り返し、チームで支援するよう取り組まれています。	
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。	年に1回は勉強会を開催し、緊急時や急変時の対応方法を学んでいる。		
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。	避難訓練は年3回実施している。また、地域との協力体制について運営推進会議で協議をし、今年度より避難訓練に住民代表と近隣施設が加わって行っている。	今年度、近隣にある別法人のグループホームと合同で避難訓練を実施されています。訓練には地域住民も参加し、地域や他のグループホームとの協力体制が築かれています。また、町内会の緊急連絡網にもホームの連絡先が記載され、地域との連携が図られています。	

自己 評価	外部 評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて 期待したい内容
Ⅳ その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格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。	利用者の人格を尊重し、行動だけでなく言葉でも人格を否定することがないよう、勉強会を行っている。その勉強会では、認知症のケアやプライバシー保護など各分野それぞれ職員が担当して他の職員に教えている。	法人が実施する接遇研修に職員は参加し、入居者一人ひとりの人格を尊重し敬うことに配慮しながら、ケアの実践に努めておられます。また、職員一人ひとりに配布される法人の「職員ハンドブック」に遵守事項が記載してあります。	
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。	日常活動の場面で利用者の選択肢を増やし、その中で自分がやりたいこと、出来る事を選んでもらっている。(体操・レク・食事・休憩など)また、毎月利用者と職員の運営会議を開催して、希望を聞き取っている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、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。	業務の流れは最低限しか決めておらず、日々の日課の場面で利用者のペースに応じて弾力的に対応するようにしている。		
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。	毎日必ず更衣し、パジャマで過ごすことはない。また、美容室の定期訪問でカットやパーマをしている。そのほか、ご本人がこだわって使用している化粧水を注文したり、外出時は化粧をする手伝いをしている。		
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。	一緒に食材を切ったり、洗い物をしたりしている。また、週に1回程度は買い物に出かけ、その時に食べたいと思った食材を選んでもらっている。	ホームで調理した温かい食事が提供されています。入居者からリクエストされたメニューをもとに献立を立てておられます。職員は入居者と同じ食卓で同じ物を摂り、昼食後のコーヒーまたは紅茶も一緒に飲み、共通の話題を楽しまれています。そうめん流しや忘年会の鍋などには、家族も一緒に参加し楽しまれたりもします。また、頻繁に外食に出かけておられます。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	食事時間は幅を持たせ、利用者のニーズに合わせるようにしている。食事量も水分摂取量も毎日記録し確認している。摂取が難しい人には個別対応(ゼリーにする、本人の嗜好に合わせる等)を実施している。		
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に、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、特に就寝前には必ず口腔ケアを実施している。また、かかりつけ歯科医と歯科衛生士の指導の下、利用者本人に応じた用具などを選定し、ケアを実施している。		
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向けた支援を行っている。	常時のおむつ使用者はおらず、トイレでの排泄を主に実施している。また、個々の利用者に応じた排泄パターンを把握し、パットやパンツ等を使用している。	トイレには十分な介助スペースがあります。また、ファンレストテーブルを設置し、自分で座位を取り、自然な排泄ができるよう工夫されています。入居者一人ひとりの時間管理表を職員全体で共有し、声かけの必要な時間帯の確認と様子を見ながら声かけによりトイレ誘導されています。	
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。	腹圧をかける体操への参加の呼びかけと、目標水分量の摂取に努めている。また、必要な利用者には食物繊維の摂取やゼリーによる水分補給を行っている。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている。	職員の都合や日課ではなく、本人希望や状況に応じて毎日どの時間でも入浴することができる。また、入浴時に歌を歌ったり、本人との会話を楽しみながら入浴したりすることがある。	お風呂は個浴です。床には冷たくなならないタイルを使用し、浴槽は入居者の状態に合わせた位置に設定できます。また、脱衣所は浴室との温度差がないよう配慮されています。また、個浴での入浴が難しい入居者には、法人が運営する施設の特浴を使用するなどして、気持ちよく入浴できるよう支援されています。	

自己 評価	外部 評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて 期待したい内容
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。	以前からの習慣やGHでの生活の中で出来た習慣を大切にすることなどにより、本人中心の支援をしている。必要場合はケアプランにも反映している。		
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。	服薬中の薬の目的や副作用、用法や用量が理解できるよう、薬局で受け取る説明書を保存し、いつでも見ることができるようにしている。また、服薬による変化があれば、速やかにかかりつけ医に報告している。		
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。	事前に本人の生活歴や嗜好などを聞き取って、ケアプラン立案時にはご本人の役割や楽しみ事を反映し、利用者のさまざまなニーズに対応することが可能となっている。		
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。また、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。	本人や家族の外出希望があれば全体で調整し、必ず実現するよう支援している。また、家族の事情が許せば、同行してもらうこともある。	天気の良い日は、ホーム周辺の散歩や畑に出かけておられます。また、庭の草取りや花の植替えを入居者と職員が一緒に行い、外気に触れる機会をつくられています。ドライブや梨狩り、温泉などさまざまな外出行事が、職員の念入りな計画、下見により実行されています。また個別での外出支援にも積極的に取り組まれています。	
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。	自分で支払う事が出来る利用者には買い物場面を設定し、自分で支払うようにしてもらっているほか、通院時にも自分で支払ってもらい、のちほど職員と一緒に出納帳をつけている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	遠方におられる家族からの電話があれば気軽に話してもらうよう配慮している。また、施設から絵手紙や年賀状を出す際、可能な利用者にはコメントを書いてもらうよう支援している。		
52	19	○居心地の良い共用空間づくり 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。	整理整頓には気をつけて、職員全体に徹底している。また、壁飾りには写真を飾ったり、季節を感じられるよう工夫している。そのほか、建物設計時に十分協議し、部屋以外に寛げる空間を用意している。	事務スペースやキッチンから居間全体を見渡せる造りになっています。また、人目を気にせずソファでゆったりと過ごすことのできるスペースがあり、家族や友人と会話を楽しむ入居者もおられます。	
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。	自室以外にも食堂や複数のリビングを設け、テレビを見たり、くつろいだり、花れをしたりと利用者が自分の気に入った場所で過ごすことができるようにしている。		
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。	家族に対し、入所時に本人の馴染みの家具や使いなれたものを持ってきてもらうようお願いしている。また、家族や担当職員が一緒になって、居室の整理をしたり、足りないものは自宅にあるものを持ってきてもらったりしている。	居室には、エアコン、ベッド、筆筒が備え付けられ、全室洋室となっています。また、畳を希望する入居者は、床に畳かれています。中には、位牌を持ち込む入居者もおられ、一人ひとり生活習慣を大切にできるよう支援されています。	
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」や「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。	家族に対し、入所時に本人の馴染みの家具や使いなれたものを持ってきてもらうようお願いしている。また、家族や担当職員が一緒になって、居室の整理をしたり、足りないものは自宅にあるものを持ってきてもらったりしている。		

V アウトカム項目(1ユニット)			
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。	○	①ほぼ全ての利用者の ②利用者の3分の2くらい ③利用者の3分の1くらい ④ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある	○	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
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
60	利用者は、戸外への行きたいところへ出かけている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
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	○	①ほぼ全ての家族と ②家族の3分の2くらいと ③家族の3分の1くらいと ④ほとんどできていない

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	○	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
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係やとのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている	○	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
66	職員は、生き活きと働けている	○	①ほぼ全ての職員が ②職員の3分の2くらいが ③職員の3分の1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3分の2くらいが ③利用者の3分の1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3分の2くらいが ③家族等の3分の1くらいが ④ほとんどできていない

自己 評価	外部 評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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(2ユニット)					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏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。	介護職員全員で、勉強会を通じてにしごこの家の理念を作成している。また、その理念は掲示し日々確認出来るようにしている。		
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。	地域で畑を借りて農作物を作っているが、そこでの作業中に地域の方が気軽に声をかけてくれている。また、町内会に加入し地域行事へ参加している。		
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。	地域で畑を借りて農作物を作っているが、そこでの作業中に地域の方が気軽に声をかけてくれている。また、町内会に加入し地域行事へ参加している。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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。	運営推進会議を積極的に活用するため、毎回運営に関する資料を提出して自由に意見を述べてもらっている。また、会議の場で地域主催の行事(ふれあいサロンや敬老会)を紹介してもらったり、施設の行事(秋祭り、みなとまつり)に参加してもらい、交流促進に努めている。		
5	4	○市町との連携 市町担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実績やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取組んでいる。	本部と市役所とは日常的に連携をとっており、会議等の場で運営実態について理解促進に努めているほか、市役所の担当者に勉強会への参加を呼びかけるなど、関係が深い。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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。	本部と市役所とは日常的に連携をとっており、会議等の場で運営実態について理解促進に努めているほか、市役所の担当者に勉強会への参加を呼びかけるなど、関係が深い。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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。	職員会議や実際の業務にあたる中で具体的に説明し、防止に努めている。また、資料を配布して理解を促している。		
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。	管理者は制度を理解しているため、利用者の中で必要な人には制度を利用してもらっている。		
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。	契約時点で管理者またはリーダーが契約内容を十分に説明しており、改定についても家族会の場面などで説明を行っている。		
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並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。	玄関に意見箱を作成し、要望がある場合には迅速に対応出来るようにしている。また家族会を行うことにより、気軽に意見を述べる機会を設けたり、各担当職員が家族に連絡を取ることで意見を確認している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	1か月に1度はフロア会議を開催し、意見を集約して運営に反映している。また、毎月開催されるリーダー会議や小規模との合同会議で全体の意見を集約して運営に反映している。		
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。	目標管理シートを年度初めに作成し、最低年3回は面接をして上司が評価している点や事業所の運営方針などを具体的に伝えるようにしている。また、人事考課結果を給与や賞与に反映するシステムを導入している。		
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。	介護技術などの自主勉強会を定期的に行き、介護のレベルアップに取り組むよう支援している。また、職員会議のたびに勉強会も開催している。		
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つくり、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。	広島県老人福祉施設連盟に加入し、研修会を通じて職員間の交流促進に努めている。また、市内の同業者との交流会を開催する等取り組みをしている。また、今年は近所に開所したグループホームとの交流を行っている。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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。	利用前に管理者とフロアリーダーが直接面接を行い、不安な点や要望などを聞くようにしている。また、それを暫定ケアプランや今後のプランに反映するようにしている。		

自己 評価	外部 評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて 期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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。	利用前に十分に時間をかけた面接を行ない、家族が介護で苦勞した点や不安な点、要望等を聞くことで、信頼関係作りに努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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。	利用当初は1か月のお試し期間を設定して実際に利用してもらい、その後、本人や家族と話をし今後の利用や支援内容を検討するようにしている。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	職員は本人と他の利用者との関係作りを第一に考え、日々のサービスの展開やケアプランを考えている。具体的には、ケアプランに個別での外出を位置づけ、数人で外食する等、関係づくりのきっかけを作っている。		
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置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。	本人と家族との関係が継続できるよう、いつでも訪問可能であることを伝え、一緒の外出や一時帰宅などを呼びかけている。また、行事やご本人の誕生日会などには家族の積極的な参加を呼びかけている。		
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、本人が住んでいた家や通っていた病院を訪問するほか、家族や知人に会い行ったりすることをサービスの中に組み込みむことで、馴染みの関係が途切れないように努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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。	ケアプランにて相性を考えて、具体的に他者とのかかわりを持てるように支援している。また、定期的にユニット間の交流行事を行い、ホーム全体で利用者同士の関係作りができるよう支援している。		
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。	GHを退所して特養や病院に行った場合も、必要に応じて情報を提供したり、ご家族を行事に招待する等の交流を行っている。		
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。	利用者ニーズを基本に考え、日常生活からも推測しながらケアプランを作成している。また、本人からの意向確認が難しい時には、家族からの意見や生活歴を参考にしながら作成している。		
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。	入所時に家族や本人からの聞き取りにより、個人史を調査して情報として残している。また、それをケアプランに反映するようにしている。		
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。	「援助内容統一シート」を作成して利用者一人ひとりの残存能力を把握することで、個別ケアの実施に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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。	モニタリング用紙に主治医や職員すべての意見を記入してもらい、それに基づいて介護計画を立案している。また、家族にも日頃より意向等を確認し、いろいろな立場の意見が反映する介護計画の立案に努めている。		
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。	勤務前の連絡指示の確認を徹底しているほか、朝と夕の引継ぎの場での情報交換を行い、結果や気づきをケース記録に記入している。また、ケース記録は1週間単位で見ることができるため、体調の変化や、気持の変化に気づきやすいようになっている。		
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。	個別のニーズに対して、対応できるように個別対応の日を作っている。また、併設の小規模多機能型施設と協力し、サービスを提供している。		
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。	地域のふれあいサロンに参加したり、近所の商店で買い物をしたり、近所の方から一部畑を借りて野菜作りをしたり、一人ひとりの役割や得意なことが地域の中で活かせるよう取り組んでいる。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 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。	本人の意向を確認し、希望があれば以前から通っていた病院へ継続して通っている。それ以外の利用者は事業所で連携する内科や歯科、その他を紹介し、専門的な高齢者医療の提供が可能となっている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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。	GHの看護師が不在時にも対応できるよう、日常的に併設の小規模多機能の看護師と連携しているほか、在総診契約をしている病院から必要があれば訪問を受けている。また、看護師は一般業務にも入っているため、日常の変化を医療的な視点で観察できている。		
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、また、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。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院時には入院先の病院の地域連携室と緊密な連絡を取り、情報交換を行っているほか、必要時には退院前のカンファレンスを行うことがある。		
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。	終末期において家族の希望を確認し、事業所として何ができるか明確にし、その上でどのように対応していくのか話し合いをしている。		
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。	年に1回は勉強会を開催し、緊急時や急変時の対応方法を学んでいる。		
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。	避難訓練は年3回実施している。また、地域との協力体制について運営推進会議で協議をし、今年度より避難訓練に住民代表と近隣施設が加わって行っている。		

自己 評価	外部 評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて 期待したい内容
Ⅳ その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格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。	利用者の人格を尊重し、行動だけでなく言葉でも人格を否定することがないよう、勉強会を行っている。その勉強会では、認知症のケアやプライバシー保護など各分野それぞれ職員が担当して他の職員に教えている。		
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。	日常活動の場面で利用者の選択肢を増やし、その中で自分がやりたいこと、出来る事を選んでもらっている。(体操・レク・食事・休憩など)また、毎月利用者と職員の運営会議を開催して、希望を聞き取っている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、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。	業務の流れは最低限しか決めておらず、日々の日課の場面で利用者のペースに応じて弾力的に対応するようにしている。		
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。	毎日必ず更衣し、パジャマで過ごすことはない。また、美容室の定期訪問でカットやパーマをしている。そのほか、ご本人がこだわって使用している化粧水を注文したり、外出時は化粧をする手伝いをしている。		
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。	一緒に食材を切ったり、洗い物をしたりしている。また、週に1回程度は買い物に出かけ、その時に食べたいと思った食材を選んでもらっている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	食事時間は幅を持たせ、利用者のニーズに合わせるようにしている。食事量も水分摂取量も毎日記録し確認している。摂取が難しい人には個別対応(ゼリーにする、本人の嗜好に合わせる等)を実施している。		
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に、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、特に就寝前には必ず口腔ケアを実施している。また、かかりつけ歯科医と歯科衛生士の指導の下、利用者本人に応じた用具などを選定し、ケアを実施している。		
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向けた支援を行っている。	常時のおむつ使用者はおらず、トイレでの排泄を主に実施している。また、個々の利用者に応じた排泄パターンを把握し、パットやパンツ等を使用している。		
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。	腹圧をかける体操への参加の呼びかけと、目標水分量の摂取に努めている。また、必要な利用者には食物繊維の摂取やゼリーによる水分補給を行っている。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている。	職員の都合や日課ではなく、本人希望や状況に応じて毎日どの時間でも入浴することができる。また、入浴時に歌を歌ったり、本人との会話を楽しみながら入浴したりすることがある。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	以前からの習慣やGHでの生活の中で出来た習慣を大切にすることなどにより、本人中心の支援をしている。必要な場合はケアプランにも反映している。		
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。	服薬中の薬の目的や副作用、用法や用量が理解できるよう、薬局で受け取る説明書を保存し、いつでも見ることができるようにしている。また、服薬による変化があれば、速やかにかかりつけ医に報告している。		
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。	事前に本人の生活歴や嗜好などを聞き取って、ケアプラン立案時にはご本人の役割や楽しみ事を反映し、利用者のさまざまなニーズに対応することが可能となっている。		
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。また、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。	本人や家族の外出希望があれば全体で調整し、必ず実現するよう支援している。また、家族の事情が許せば、同行してもらうこともある。		
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。	自分で支払う事が出来る利用者には買い物場面を設定し、自分で支払うようにしてもらっているほか、通院時にも自分で支払ってもらい、のちほど職員と一緒に出納帳をつけている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	遠方におられる家族からの電話があれば気軽に話してもらうよう配慮している。また、施設から絵手紙や年賀状を出す際、可能な利用者にはコメントを書いてもらうよう支援している。		
52	19	○居心地の良い共用空間づくり 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。	整理整頓には気をつけて、職員全体に徹底している。また、壁飾りには写真を飾ったり、季節を感じられるよう工夫している。そのほか、建物設計時に十分協議し、部屋以外に寛げる空間を用意している。		
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。	自室以外にも食堂や複数のリビングを設け、テレビを見たり、くつろいだり、花札をしたりと利用者が自分の気に入った場所で過ごすことができるようにしている。		
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。	家族に対し、入所時に本人の馴染みの家具や使い慣れたものを持ってきてもらうようお願いしている。また、家族や担当職員と一緒に、居室の整理をしたり、足りないものは自宅にあるものを持ってきてもらったりしている。		
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」や「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。	家族に対し、入所時に本人の馴染みの家具や使い慣れたものを持ってきてもらうようお願いしている。また、家族や担当職員と一緒に、居室の整理をしたり、足りないものは自宅にあるものを持ってきてもらったりしている。		

V アウトカム項目(2ユニット)			
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。	○	①ほぼ全ての利用者の ②利用者の3分の2くらい ③利用者の3分の1くらい ④ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある	○	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
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
60	利用者は、戸外への行きたいところへ出かけている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
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	○	①ほぼ全ての家族と ②家族の3分の2くらいと ③家族の3分の1くらいと ④ほとんどできていない

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	○	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
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係やとのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている	○	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
66	職員は、生き活きと働けている	○	①ほぼ全ての職員が ②職員の3分の2くらいが ③職員の3分の1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3分の2くらいが ③利用者の3分の1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3分の2くらいが ③家族等の3分の1くらいが ④ほとんどできていない

(様式3)

2 目標達成計画

事業所名 グループホーム 星の里・にしぎこの家

作成日 平成 25 年 2 月 1 日

【目標達成計画】

優先順位	項目番号	現状における問題点，課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1		行政との連携不足。	・行政との連携を深め，運営状況を伝え適切な運営を継続する。	・運営推進会議への参加の呼びかけを報告。 ・市の研修への参加。	1年間
2		家族と各担当者との連携，信頼関係が十分でないことがある。	職員一人ひとりが担当利用者や家族と信頼を築けるようレベルアップを図る。	・接遇研修の実施。 ・職員間で連携を図るため，記録方法の改善。	1年間
3					
4					
5					
6					
7					

注1) 項目番号欄には，自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は，行を追加すること。