

(別紙の2)

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

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
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	法人の理念に基づいた事業計画に沿ってサービスを提供し、施設の理念を念頭において日々利用者様と関わっている。	法人の理念を踏まえたホーム独自の理念があり、夜勤明けの職員の声掛けにより唱和している。「自分の家族だったら」の気持ちを常に持ち、全体会議や申し送り時等に振り返り、話し合いの機会を設けている。利用前の家族等に理念についての説明もしている。理念にそぐわない言動が職員に見られた場合、内容にもよるが、全体会議において職員全員で話し合い検討し改善に努めている。	
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	地域の商店での買い物や月1回の地域サロンへ利用者様と一緒に参加し、地域の方と交流を行っている。地域の祭礼等行事にもできるだけ参加したり、地域感謝祭を開催して地域の方に参加して頂いている。	自治会に加入しており、回覧板が回ってくる。区の総会にも出席し、公民館祭の手伝いとともに利用者の作品も出展している。区の清掃活動は地区の開催時間が早朝のため、日中に利用者やゴミ拾い等に出掛けている。利用者が毎月20日に行われる「下町サロン」に出かけ、体操やゲーム、参加者とお茶を飲み会話を楽しんでいる。6月に中学生の職場体験を2日間で4名受け入れ、利用者と一緒に洗濯たたみやおやつ作りの体験をしていただいた。	
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	地域サロンや認知症カフェにて認知症予防の体操やゲームを紹介し、一緒に行って頂いたり、会話の中で認知症や介護についての助言等をさせて頂いている。		
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回運営推進会議を開催し、各行政や地域の代表の方、ご家族に参加頂いて、活動や事故報告を行い、それに対する貴重なご意見を頂き、サービスに生かしていけるよう努めている。	運営推進会議は家族代表、区長他区の関係者、木曽消防署北分署署員、木曽町保健福祉課職員、木曽広域連合職員等の出席をいただき、活発な意見交換を行っている。ホームからは現状の報告をし、日々のホーム運営等に理解を深めて頂いている。また、会議で防災上の対応や町の福祉課から診療所との連携などについてのアドバイスをいただき運営に活かしている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	木曽広域連合および木曽町の地域包括支援センターへの各種報告、また施設からの問い合わせ等にアドバイスを頂きながら連携を取っている。上記のように運営推進会議や木曽地域の運営連絡協議会にも出席して頂いている。	町の保健福祉課、地域包括支援センター、日義支所、木曽広域連合等に相談、報告をする中でホームの実情やケアサービスの取り組みに理解を頂き、助言等をいただいている。介護認定の変更手続きは、調査員が来訪し行われている。町から委託されている「認知症カフェ」に職員が出向き、認知症予防の話をしたこともある。	
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	身体拘束は行っていない。玄関の施錠に関しては、複数の職員が勤務する時間帯に職員が玄関の外に出られる利用者様に付き添える場合は施錠しない。	日中玄関の施錠は基本的にしていない。夜間のみホームの周りをセンサー対応している。身体拘束、虐待等の研修は法人長野エリアとして行い、今年度は、紙媒体で質問に答える筆記形式で行い、各自が自己採点をして結果を確認した。離脱傾向にある利用者の行動を見かけたときは近くの商店へ買い物に出かけたり、回覧板を渡しに出かけたりと、職員は利用者の気持ちを推し量り、気分転換を図っている。	

グループホームグレイスフル日義・ユニット1

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	利用者様の身体・精神状況を職員間で申し送り、不適切な行為がなかったかどうか、常に振り返りを行っている。外傷等を発見した場合は原因が特定できない場合もご家族に報告する。法人内にて虐待防止の研修を定期的に開催している。		
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	現在日常生活自立支援事業や成年後見制度を活用したり、活用を希望される方はおられないが、今後ご希望があった時のために知識を得ておく。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約の際や入居オリエンテーション時、または退居の際には十分に説明を行い、ご家族やご本人からのご質問に答え、安心して入退居していただけるよう努めている。		
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	日頃利用者様からの要望を「つぶやき」として拾い上げ、行事や活動に生かしている。また、年2回の満足度調査を実施し、ご家族からのご意見を集め、運営に反映させている。	ほとんどの利用者は自身の要望等を表出できる。家族には年2回の「満足度調査」を実施し、春に質問した問いを秋に再度行い、希望や要望通りにできているか判断し、運営の改善に繋げている。また、家族等にアンケート結果を報告し、課題の共有化にも繋げている。レクリエーションの紅葉狩りに利用者と家族と一緒に掛け職員との意思疎通を図っている。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	月1回グループホーム会議を行い、活動の計画や評価と共に運営全般に関する意見や提案を集め、反映できることは取り入れている。	全体で行う月1回のグループホーム会議前に、更衣室や事務所に記入用紙を置き、職員の意見を取りまとめその月の司会者がレジメを作成している。レジメを準備することにより時間の有効利用と職員の思いや要望をつぶさに把握することができ、運営にも活かすことができている。職員は事業計画に基づき年度初めにスーパーシートを使用し目標を立て、また、年度末に振り返りを行っている。	
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	法人独自のキャリアパスの仕組みがあり、職員が各々が自分自身のレベルアップをめざしながら勤務できる環境がある。職員が安心してできるだけ長く働けるよう個々の面接の中で定期的に勤務状況や今後の働き方などについて確認を行っている。		
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	法人内の研修が充実していることに加え、外部研修への参加も積極的に進めている。各種資格取得への支援体制も整っており、活用して資格取得に励んでいる職員が多い。		

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	管理者の地域の事業所連絡会や病院連絡会への出席により、地域の課題の共有や他事業所のサービス状況などの情報を得て、事業計画や施設の取り組みに反映している。		
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	入所前の段階でご本人と面会し、お話を聞く中でご本人の不安や要望を把握して暫定介護計画書等へ反映し、それに基づいてケアを実施する。		
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	入所前の面接や契約時にご家族の不安や要望などをお聞きし、ご本人の要望とすり合わせを行って実際のサービスに反映する。		
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	ご本人やご家族の状況や要望について、居宅ケアマネや地域包括支援センター等行政からの情報も得て、場合によっては医療の導入など、相談しながら支援を行っていく。		
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	日常の中での様々な場面において(食器選びや食材選び、日課の選択等)利用者様に意見を求め、職員と共に選択して頂く機会を持つようにしている。		
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	月1回のお便りや面談などにおいて利用者様の状況をご家族にこまめにお伝えし、ご家族と職員にて一緒に考え、支援して頂けるよう、入居の段階よりお願いしている。		
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	ご家族の了承のもと、地域の方、利用者様のお知り合いの方の面会や外出は自由に行って頂いている。	友人や知人の訪問は関係の継続支援の一つと考え、気軽にお越しいただき、居室や共用スペースで歓談していただいている。馴染みの店や美容院へ家族と出かける利用者もおり、地域の美容院2軒には毎月交互で来訪していただいている。職員は「つぶやきシート」から利用者の思いを汲み取り、地域の馴染みの行事等に利用者とともに参加している。	
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関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者様同士の関係は日々、また一日の中でも変化があるため、その場面場面でよく観察を行い、職員が間に入って取り持つなど関係作りに配慮している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	退居の際には病院や次の施設に対し、十分な情報提供を行いながら連携し、支援を行う。法人内のサービスを利用される際は特に緊密に連携をとることができる。		
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	ご本人からお聞きしたり、ご家族からプロフィールを頂いたりする中で、ご本人の従来の暮らしやご希望を把握し、可能な限り生活の中に反映できるよう、支援している。	ほとんどの利用者が自身の思いを表出できるが、日常の自己決定の場面を今後増やしていこうと考えている。利用者の体調により出来ることと出来ないことが毎日の生活の中であるが、今日できることの実現に向けて職員は支援しており、思いや意向をアセスメントシートやつぶやきシートに記録し、カンファレンスで検討を加え意向に沿えるようにしている。	
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	入居前の状況や生き立ち・プロフィール等の情報を頂いている。入居してからご本人ともお話の中で少しずつ情報を得ていくようにしている。		
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	入居1ヶ月間はご本人の心身の状況や日課、できること・できないことの把握に努め、職員間で共有して検討し、介護計画書への反映を図っている。		
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	ご本人やご家族の意向・要望を踏まえ、カンファレンスを開催し、アセスメントに基づいて介護計画に反映している。場合により行政・医療者からの助言等を頂いている。	各職員は利用者2名の居室を担当している。3ヶ月に1回、モニタリングが行われ、半年に1回、担当者がアセスメントシートを使い状態を把握し、計画作成担当者が見直しか否かの判断を行い、継続あるいは変更を掛けている。期間の途中で状態に変化が見られた場合には家族等との話し合いを行い、随時、見直しをしている。	
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	利用者様各個人の記録はポイントケアの個別記録に入力し、業務日誌やPC内にて各職員が確認し、情報を共有しているモニタリング・アセスメントとともにその情報も使い、ケアカンファレンスにて介護計画の見直しを行っている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	ご家族の要望等は面会時やプラン提示の際などに常にお聞きし、施設にて対応できることは可能な限り支援させて頂いている。		

グループホームグレイスフル日義・ユニット1

自己	外部	項目	自己評価		外部評価	
			実践状況	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
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	地域で活動されているボランティアの方や利用者様の友人の方などの力をお借りして、生活の中で楽しい時間を持って頂いたり、行事にて一緒に活動して頂く機会を作っている。			
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	基本的にはかかりつけ医による定期受診をご家族対応にてお願いしているが、ご希望があればひよし診療所からの往診を依頼している。体調に変化が見られたときはすぐ相談し、治療へ繋がる体制ができています。	協力医の往診が月1回あり、ホームにて検診を行っている。家族対応になるが、利用前からのかかりつけ医を継続している利用者も数名いて、体調管理を行っている。歯科の往診も希望により行われている。緊急の際の連絡については情報の一本化としてハウスマネージャーが取りまとめ、家族への対応に当たっている。土・日の健康管理はパート看護師が行い、平日は併設のデイサービスの看護師が相談等を行い、適切な医療を受けられるようにしている。		
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	利用者様の心身の変化について介護職員より施設の看護職に随時報告し、看護職による個別の身体観察や、個別リハビリ、医療への情報提供、介護職員への受診の指示などを行っている。			
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。	医師の治療方針がご家族に示される際に可能な限り同席させて頂き、その後の状況を病棟の職員や相談員等病院関係者との連携の中で共有し、スムーズな退院と、退院後のケアに繋げられるよう支援している。			
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	入居時に、重度化した場合の対応について施設でできることや方針をお伝えし、利用者様の身体状況等に変化があった場合、その都度ご家族と今後のケアのあり方について相談していく中で再確認している。	利用契約時に、重度化や終末期の対応について法人の方針を説明している。方針を理解いただくと共に、利用者の状態に変化が見られた場合には、家族、医師、看護師、職員等の連携により、利用者の状態に合わせ移行できるよう支援している。		
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	緊急時の対応について、法人内にてマニュアルが定められており、常に確認できるようになっている。また定期的に研修会も行われている。			
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	地域の方や消防団等に協力して頂き、火災・水害・地震等の発生を想定した避難訓練を年2回以上実施している。	年2回避難訓練を行い、そのうち1回は夜間想定で行っている。地域消防団の応援参加と消防署からの指導、ホーム近隣の人々の参加をいただき、充実した訓練を行っている。ホームの一部が土砂災害警戒区域にかかっているため、同じ敷地内のデイサービスセンターに避難するようになっている。また、地域との防災協定も取り交わしている。備蓄は三日分の準備があり、賞味期限の管理は法人の栄養士が行っている。		

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
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	利用者様お一人お一人の生きてこられた人生や性格、価値観を職員間で共有してご本人の最も大切にされている部分を把握し、結果としてご本人を傷つけてしまうことがないよう、関わりの中で留意している。	呼び掛けは名前に「さん」を付けてお呼びしている。居室に入る時はノックや声掛けを行いプライバシーへの気遣いもしている。法人の長野エリア研修会で人権の尊重とプライバシー保護について話し合いもしている。新規採用職員の入職時研修で管理者が尊厳について話をし徹底している。	
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	日常の中で自立にてできることはご自分で決めて行って頂いている。介助が必要な場面においても洋服を選んで頂くなど、可能な限り自己決定できる場面を増やすことを図っている。		
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	起床・就寝は可能な限りその日のご自分のペースで決めて頂き、食後等も居室で過ごされる方、ホールで過ごされる方、とご自由に選択されている。活動への参加も押し付けにならないような声掛けを工夫している。		
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	自立の方に関してはご本人におまかせし、必要時一部支援させて頂く。介助が必要な方については洋服を選んで頂いたり、ご自分でできることを行って頂き、以前からのご本人の見だしなみについてのこだわりを尊重し、対応している。		
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	調理の中の様々な場面で、下ごしらえや盛り付け、食器拭き等、その方のできることに関わって頂き、できるだけ大勢の方が関わって食事作りや片付けができるよう取り組んでいる。	ほとんどの利用者は自力で食事ができる。お茶碗、箸、湯呑みなど、自宅から持参した食器を使い食べている。献立は法人長野エリア共通のものであり、栄養士が確認しているが、希望献立や行事食、近所や家族からのいただきもの等により変更したりアレンジして作ることもある。近所の店へ利用者と職員で散歩を兼ね買い物に出掛け、気分転換もしている。正月明けには七草がゆを利用者と一緒に作り美味しくいただいたという。	
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	栄養バランスを考えた3度の食事の時間の他、1日2回のお茶の時間、入浴後の水分補給で十分な水分量と栄養摂取の機会を設けている。お茶をあまり飲まれない方にはジュースやイオン飲料を提供したり、個々の好みや習慣に対応している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	自立の方には朝・昼は声かけを行い、就寝前は見守り・介助、週2回の洗浄剤実施を行っている。その他の方には、自歯の仕上げ磨きや義歯洗浄・義歯管理など、個人個人に合わせたケアを行っている。		

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
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	排泄パターンや失禁の状況を把握し、可能な限り布パンツの使用やトイレでの排泄を念頭に、適切なパット選びやトイレ誘導等のケアについてカンファレンスや申し送り等にて随時検討している。	介助なしで排泄ができる利用者も数名いる。ホームでは長野エリアでの奨励事業の一つでもある肌にも良い布パンツ使用を増やしていこうとしている。排泄状況は4台あるパソコンの端末で入力業務日誌に反映している。スムーズな排泄を促すためヨーグルトやホットミルクの摂取と体操を毎日の日課としている。トイレの場所が大きな字で分かりやすく示されている。	
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	野菜を多く摂取できる献立、ヨーグルトや十分な水分の摂取、また毎日の運動を実施している。記録の中で排便が3日以上確認できない方を把握し、医療につなげ、必要時下剤等の使用を行う。		
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	ほとんどの方の在宅時の習慣から、基本的には夕方からの入浴時間となっている。ご本人のご希望を尊重し、無理強いをせず、入りたい方は毎日の入浴も可能である。	毎日、入浴支援があり、週3~4回入ることができる。入浴時間は午後の利用者が入りやすい時間帯になっている。入浴を拒む利用者には無理強いすることなく、職員を変えたり、時間をおいて再度声掛けをし誘っている。入浴を楽しんでいただくためと危険防止のため湯舟が見渡せるクリアな入浴剤を使ったり、ゆずを浮かべたりして工夫をしている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	お一人お一人の就寝・起床時間を尊重している。介助の必要な方はその時の心身状況に合わせて安眠できるよう、介助の時間や声かけを工夫している。		
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	お一人お一人の薬について、薬剤情報及びお薬手帳にて把握し、疑問やご本人の状態についての相談など、主治医や薬剤師と連携をとっている。		
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	日々の中で新聞購読・テレビ鑑賞・編み物・お化粧品など、ご自分で楽しんでこられた習慣をできるだけ施設でも続けて頂いている。		
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	行事として全員で出かけるドライブの他に、日常的に小人数で出かけるミニドライブや、気候が安定している時はできるだけ施設周りの散歩など、ご希望に沿って、外に出かけられるよう務めている。	年間計画を立てており、2~3人で買い物やドライブへと気軽に出掛けている。花が咲いたと情報が入ると、桜、花桃、近所の庭の芝桜等の見学に職員と出掛けている。天気の良い日にはホームのベランダで食事をしたりお茶を飲んだりして楽しんでいる。	

グループホームグレイスフル日義・ユニット1

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
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	ご本人やご家族のご希望によりお金を持たれる方はご自分で管理され必要時、買い物などの支援を行っている。		
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	ご家族の了承の下、ご自由に施設の電話を使って頂いている。また、お手紙のやりとりについてもご自由に行って頂いている。職員の支援により年賀状やはがきを出して頂くこともある。		
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	整理・整頓・清掃により、常に清潔を保ち、季節感のある装飾や花を飾るなど、利用者様が気持ちよく落ち着いて過ごして頂けるよう務めている。安定した体調で過ごして頂けるよう、室温管理や加湿、換気にも配慮している。	ホームは一部2階建ての平屋造りでゆとりのある設計で、共用スペースは雨天や寒暖の差が厳しい季節でもゆっくりと歩くことができるようになっている。共用スペースは明るく、キッチンコーナー中心に廊下から居室へとひと回りできる造りで使い勝手が良い。食堂兼居間の共用部分は床暖とエアコンで快適に過ごすことができる。	
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	居室で過ごされたり、食堂の隅にソファを設置しており、そこで過ごされる方や、自由に行き来できるユニット間の廊下にあるソファで一人の時間を過ごされる方もいらっしゃる。		
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	できるだけ居心地良く落ち着いた空間となるよう、居室にはご自宅よりなじみのものや使い慣れたものを持ち込んで頂き、安全面に配慮したうえでご自由に使っている。	各居室は天袋が物入れとなっているため広いスペースを確保でき、使い勝手も良く気持ちの良い空間となっている。ユニット1は洗面台、ユニット2には洗面台とトイレが付き、両ユニットとも居室にエアコンが備え付けられておりオールシーズン快適に過ごすことができる。思い出の品や手作りの飾りを壁に掛け、思い出の暮らしをしていることが窺えた。	
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	ユニットには4箇所のトイレを設置し、トイレや浴室のドアには分かりやすく表示を行っている。それでも場所が分からなくなる利用者様にはその都度職員がご案内したり、利用者様同士で教えあう場面も見られる。		