

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	ホームの基本理念は開所後職員が全員で考えたもので、管理者だけでなく職員も同じ目標としている。また、2年前に「基本理念に基づいた利用者支援の実践」について内部研修を実施し、職員全員で基本理念を再確認した。ケアサービス指針を作成し支援の統一化を図っている。	開設時からの理念を職員会議などで共有している。グループホームとは何か職員で話し合い、理念に基づき利用者主体の暮らしを大切にすることを再確認した。利用者が明るく楽しく日常生活が営めるよう支援し、家族のように一緒に過ごすことで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	地域の床屋や美容院を利用されたり、新聞や牛乳を配達による個人購入している。毎日、地域のスーパーへの買い物と散歩しながらのゴミ拾いを行っている。月1回程度、近所で外食など実施。ご利用者の中には買い物の際の知人と再会することもある。地域のボランティアや実習生などの受け入れを通して、「グループホーム」や当事業所の理解をしていただいた。法人で地域に向けてのお祭りを実施グループホーム利用者・職員も参加している。今年から、町内会に加盟しご利用者と一緒に回覧板を届けている。	町内会に加入しており、回覧板を利用者と届けている。毎日の買い物や外食に行く際にも近隣の店を利用し、地域の方と触れ合う機会を持っている。また法人で地域ふれあい祭りを開催し地域の方々を招いている。歌や紙芝居などボランティアや中学生の職業体験の受け入れなど交流に努めている。	回覧板を利用してグループホームをもっと知ってもらえるよう情報発信したり、近所の方や保育園などに声をかけ気軽に立ち寄ってもらえるような機会を作り、地域と日常的なつきあいができるように期待したい。
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	昨年より認知症対応型デイサービス(共用型)を開始。地域の方々にご利用されている。毎年法人主催の「家族介護者教室」(年4回)で職員は、地域の人々へ介護や認知症の理解について伝える機会がある。		
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	運営推進委員会では地域の方や包括支援センター職員、家族、利用者、他のグループホーム管理者から助言・意見等いただいている。	家族・利用者・民生委員・地域包括職員・他のグループホーム管理者・施設長などが参加し2ヶ月に1回開催している。家族より当日勤務している職員が分かるようにしてほしいと要望があり、掲示している。民生委員から情報提供を受けたり、地域交流についてアドバイスをもらっている。	
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	市内のグループホームとは連絡を取り合い、また運営推進委員会に出席するなどつながりを持っている。市内のグループホームに実習の受け入れをしていただき、実習を行った。しかし新潟市担当者とは必要時の連携となっている。	何かあれば市と連絡を取り合っている。また市主催の研修に参加している。ホームの実情や要望については理事長を通じて行政に伝えている。	
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	身体拘束については内容を内部研修において職員間で周知しており、拘束しなくてもできる支援をカンファレンス等で検討しあっている。	研修で学び、言葉による抑制など拘束をしないケアに努めている。施錠による弊害については入居時家族にも説明し、鍵をかけず抑圧感のない暮らしを支援している。外に出たい方には職員が付き添い気分転換している。	

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
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の虐待が見逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待については内部研修において職員間で具体的なチェックポイントの確認などを用い周知している。認知症の人の支援はご本人だけでなく家族の支援も必要であることを理解し、実践している。	研修で学び、正しく理解している。不適切な言葉がけがないか職員同士で注意し合い、自分がされて嫌なことはないなど防止に努めている。余裕のある人員体制が整えられており、残業もなく休憩を1時間確保していて、ストレスを溜めずにゆとりをもって利用者とは接することができることも防止につながっている。	
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	ご利用者の支援を検討する中でふれているが職員全員が制度について理解し、活用できてはいない。		
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	契約時は契約書・重要事項説明書と合わせて入居にあたっての確認とお願いを書面と口頭で説明し疑問にも対応している。介護保険更新時介護度が変わったときも疑問に対応できるよう日頃からご家族との関わりを重視している。		
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	家族会と運営推進会議の開催や玄関に意見箱を設置しているが、ご家族がちょっとした疑問を言えるような関係性を大切にしている。また、法人の苦情対応委員会が作成した苦情ヒヤリハットも活用している。	面会時に意見を聞いている。また年1～2回家族会を開催し、意見を聞く機会を設け、要望があれば職員で話し合い検討している。管理者は毎朝利用者の居室を挨拶してまわり、1対1になる機会を作り意見を聞いている。	
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	月に1回ずつ職員会議と内部研修の日をもうけ、職員が意見を言いやすく検討しやすいようにしている。業務を固定化せずに職員の意見やご利用者の状況に合わせて柔軟に業務も変更しご利用者により良い支援が出来るようにしている。	意見や提案があれば連絡ノートに記入し、月1回の職員会議で話し合っている。管理者には何でも話しやすくいつでも意見を出している。意見を反映し生活記録の様式を変更したことで、記録時間が短縮できた。また役員会議では職員の意見を代表者に伝え、委託業者の変更などサービスの向上につながる要望を取り入れた。	
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	施設長は職員会議に出席し、職員の業務や事業所に対する疑問や問題について共に検討している。また職員の業務に対する振り返りの書面なども確認している。		
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	職員会議や生活記録の確認等で管理者と職員の力を確認したり必要な内部・外部研修の機会を与えスキルアップすることを考え実施している。		
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	包括支援センターの主催する地域ケア会議を通じて交流。毎年夏に他グループホームと合同で花火見物をしている。今年度は職員全員が他グループホームの実習を実施した。		

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
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	入居前に本人より見学をしていただくことや、環境の変化によりとまどうご利用者の話を傾聴し本人が不安や困ったことができるだけ軽減できるよう支援している。また職員間でも情報や思いの共有をしている。		
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	入居申し込みの際から出来るだけ見学していただきご家族の困っていることや不安が軽減できるよう関係づくりに努めている。		
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	入居時は特に在宅時の様子や在宅時に利用していたサービス内容を確認することで本人と家族が何を必要としているか、ベッドや福祉用具の使用についても相談、確認している。		
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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	ご利用者がそれぞれ役割を持つことで共同生活のなかで職員とご利用者の協力し支えあう関係が構築されている。1日2回職員と利用者がゆったりとお茶を飲み、話す機会を設けており、ご利用者の「思い」を大切にしながら職員は支援している。家事を通じて職員はご利用者から学ぶ姿勢を大切にしている。		
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	本人の近況を定期的には手紙にてお伝えし、また、ご家族が「寄りやすい」グループホームになれるよう配慮している。受診の同行など病気についての理解も含めご利用者の生活課題と一緒に考えていただけるよう協力していただいている。	定期的には手紙を送付し様子を家族に伝えている。パーベキューに家族を招いてコミュニケーションを図り情報交換したり、受診支援を家族にお願いするなど、職員と家族と一緒に本人を理解し支える関係を築いている。また誕生日などの行事に来てもらったり、外泊して家族と過ごすなど、本人と家族の関わりを大切にしている。	
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	なじみの床屋やよく行っていたラーメン屋に行く、買い物は地元の商店やスーパーを利用するなど以前の生活の継続を考え支援している。在宅時の趣味の継続など家族の協力のもと実施している。	入居時センター方式を用い馴染みの関係について把握している。知人がホームを訪れた時は部屋でゆっくり過ごしてもらったり、手紙や電話のやり取りを支援している。また通い慣れたスーパーやラーメン屋・知人のお見舞いに行くなどこれまで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	ご利用者は自身の役割から自然と他利用者とのかかわりが持っている。共同生活の中で自然と相手を思いやり助け合い、支えあっている。しかし、開設から7年目に入りご利用者の中には認知症の進行により関係を築けなくなってきた。		

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	契約終了後本人・家族からの相談や入居中の写真の依頼などを受けている。		
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	ご利用者一人一人の生活スタイルを大切にしている。職員は、献立や行事内容をご利用者と一緒に考えご利用者主体のホームづくりに取り組んでいる。	日々の関わりの中で、話をする機会を多く持つように心がけて接し思いや意向の把握に努めている。管理者が毎日、各居室を訪れ一対一で話をしたり、おやつやコーヒータイムでリラックスしている時や手作業時に何気なく希望を聞くなど、工夫してその人の本心を聞き取るよう心掛けている。思いがうまく伝えられない利用者には、本人の表情や行動から汲み取ったり、過去の情報から推測したりしながら、本人本位に検討している。把握した情報は記録し、職員間で共有している。	
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	入居時や入居後に知り得た情報からご本人のいままでの暮らしを把握している。また書面におとすことで職員間の周知をしている。またご本人に確認が難しいときはご家族から情報を得ている。	入居前に自宅を訪問し生活環境や過ごし方を把握するとともに、本人・家族から詳細に聞き取りを行い、これまでの暮らしを把握している。また、サービス利用の経過等は前の介護支援専門員や介護施設などから情報収集している。利用を開始してからも把握に努め、得た情報はセンター方式で記録し共有している。	
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	職員間の1日の中の連絡・報告や申し送りや連絡帳などを活用し、情報の共有をすることでよりご利用者の現状の把握に努めている		
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	ご利用者・ご家族の要望を基本に職員の意見やアイデアを反映し現状に即したプランを作成している。必要に応じて随時、カンファレンスを行っている。プランは職員が常に確認出来るように対し職員全員でその実践に取り組んでいる。	3か月毎の定期的なモニタリングを実施している。また、センター方式を活用しながら状態変化の確認を行ない、本人・家族の希望があった場合や状態変化時にはその都度カンファレンスを実施し職員意見を反映させながら介護計画の見直しを行なっている。介護計画の変更が必要となった場合は本人・家族にも参加を呼びかけサービス担当者会議を開催し、話し合いの上、現状に即した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	職員で意見を出し合い一日の様子を把握出来、支援の実施を記録出来る内容の記録に努めている。記録から介護計画に反映し易いように工夫している。		
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	利用者の満足につながるサービスの提供の視点のもと業務内容を変更し対応している。グループホームの特性からもともと日課を詳細に決めずにご利用者に合わせ柔軟に対応している。		

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
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	地域の資源については法人内の包括支援センターから会議や必要時情報収集している。その他、地域の情報を町内の回覧板や民生委員から得るなどして行っている。地域の催し物や防災訓練の参加を行っている。		
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	在宅時のかかりつけ医を希望される利用者には引き続き継続していただいている。家族の受診介助が難しい場合はホームの職員が受診介助を実施している。専門医への受診も職員が同行することで本人の課題を相談出来ている。	本人・家族が希望するかかりつけ医での受診となっている。本人と家族の維持の観点から家族による通院介助を基本としているが、困難時は職員が代行している。必要時には医師に本人の状態を知らせる文書を用意し、また、認知症専門医やリハビリテーション病院には職員が同行して説明・相談を行なうなどしながら情報共有し、適切な医療を受けられるよう支援している。近隣の薬局とも密に連携しており、日頃から薬に関する相談に乗ってもらっている。	
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	週一回看護師に情報を伝え健康チェックを行っている。疑問や緊急時は看護師に相談・対応してもらっている。看護師による内部研修を行っている。		
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	ご利用者の入院時は病院の相談員への相談や情報交換、またリハビリ担当者との情報交換により、退院後の支援がスムーズにいくよう努めている。		
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	重度化した際に当事業所として出来ること等を書面に起こし、家族との話し合いを行うなどしている。重度化した際の手立てとしての他施設申し込み手続きなどは家族と話し合い、不安や疑問などにはその都度対応している。	「重度化対応・終末期ケア対応指針」が作成されており、契約時にホームで対応し得る範囲を説明し、本人・家族と話し合いのうえ方針・対応方法を決定し、同意を得ている。現体制の中で看取り対応は困難な状況であるが、複数の医師に看取り対応の協力を依頼するなどの取り組みを行なっている。状態に変化がみられた場合は早めに家族と話し合い、意向を確認し他施設の提供もいながら安心を得られるよう取り組んでいる。	
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	年に1回AED講習会を実施。事業所にAEDを設置している。また警備会社と契約し緊急通報システムを導入している。その他、職員間で急変時の対応についても、対応や連絡方法・連絡内容の確認、救急時の必要物品袋も用意している。	マニュアルが整備されており、対応・連絡等について職員に周知されている。AEDが設置されており、毎年AED講習会を実施している。また、各利用者の持病や状態を把握し、前兆・発症を早期発見するポイントや発症時の対応方法など看護師より指導を受け急変に備えている。警備会社の緊急通報システムも導入されている。	
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	様々な状況を想定した避難訓練を消防署の指導の下実施。法人合同訓練も実施している。地域の防災訓練に参加している。	年2回の昼夜を想定した避難訓練を実施している。また、近隣の同法人のケアハウスと合同で年2回の避難訓練を実施し、協力体制の確認を行なっている。その他、地震発生時の対応訓練を実施したり、グループホームの防火安全対策のDVDを利用者と一緒に視聴しグループホームの特性をふまえた防火安全対策について学習している。ヘルメットや個人別の避難袋も準備し、災害時に備えている。	

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	人生の先輩として、経験を積んで来た方々として、丁寧語を使用しての言葉かけやプライバシーに配慮した対応を行っている。	「接遇・サービス向上係り」が設置されており、同係りが中心となり定期的に勉強会を実施し、職員は適切な言葉かけや対応、プライバシー保護等について学んでいる。また、15ヶ条の「グループホーム職員の心得」が掲示及び全職員に配布されており、職員は心得に沿った対応を心掛けている。個人記録類はプライバシーに配慮し別室で記入している。	
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	生活全般に渡って自己決定できる言葉かけに努めている。献立を一緒に考えたり行事などの希望を聞いて計画している。		
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、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	入浴時間や回数など多少ご利用者の満足に添えられていない部分があるかと思われる。できるだけ希望に沿えられるよう業務変更など実施している。		
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	季節やTPOにあわせた身だしなみやおしゃれが出来るよう、外出の際など利用者にはアドバイスしながら支援している。外出の際はお化粧をしたり装飾品を付けたりとおしゃれを楽しんでいる。		
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	季節のものや行事食、外食、時には仕出しや、お弁当などを織り交ぜながら食事を楽しんでいる。買い物で食べたい物を購入したり献立を一緒に考えている。本人が好みで無いものや苦手な食べ物は代替りのものを準備したり調理の工夫をしている。準備やあとかたづけなど利用者がそれぞれの役割を持って積極的に実施している。	以前は職員が献立を決めていたが、利用者の好みをより取り入れ喜んで頂けるよう利用者と話し合っって献立を立てる取り組みを推進中であり、一環として嗜好調査も改めて実施した。利用者は買い物や調理、後片付けなど食事に関する一連の作業は自分の役割として張り切って行っており、持てる力を発揮する場ともなっている。職員も同じテーブルを囲み会話を楽しみながら一緒に食事している。ホームで収穫した旬の野菜を採り入れたり、季節のおやつ作り、バーベキュー大会の実施、誕生日には手作りのホールケーキを用意し、行事食や外食、仕出しの実施など楽しむ工夫も行っている。	
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	法人の管理栄養士と連携しながら食に関する場面について検討している。水分摂取が少ない方にはその方の嗜好を探ったり摂取量等を表につけるなどして改善策を検討している。今後、管理栄養士から献立を見てもらいアドバイスを受ける予定。		

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
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	訪問歯科診療を利用しながら、歯科のスタッフと連携し口腔ケアについて支援している。本人の不快にならない口腔ケアについても工夫して支援しているが本人任せの方もいる。		
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	トイレの場所の認識が難しいご利用者には個別排泄表を利用し、本人の様子を見てトイレ誘導を実施。蒸れによる皮膚疾患や夜間の睡眠との関係性などを踏まえながら排泄支援を実施している	排泄チェック表を活用してパターンを把握して定時誘導したり、仕草などサインを見逃さないよう配慮して誘導し、なるべく失敗がないよう支援している。排泄の自立に向け、職員による介助は必要最小限度にして過介護にならないよう心がけて支援している。紙パンツやパット類については、安易な使用は避け、その人の状態に合わせ十分に検討してから使用するようになっている。羞恥心への配慮も適切に行われている。	
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	水分や運動との関係性を考えながら排便について取り組んでいる。野菜やきのこ類イモ類や寒天などをおやつに利用することでできるだけ自然な排便が可能になるよう考え実施している。また飲むヨーグルトや牛乳、野菜ジュースを個人購入されている方もいる。		
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ず、個々にそった支援をしている	毎日の入浴や就寝前に入浴を希望される方もいるが希望に添えられていないため、利用者が本来希望される入浴は出来ていない。デイサービスの入浴もあるため課題である。	週に最低3回の入浴を基本としているが、外出予定がある場合は事前に入浴できるよう配慮している。毎日の入浴や夜間入浴の希望への対応は難しいが、入浴の曜日や時間帯等は決めておらず、可能な限り個々に合わせた対応を行なっている。	
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	申し送りや生活記録、様子から、休息の時間を把握し、その方によって睡眠不足等休息が必要と思われる場合には随時、休息していただく声かけを実施。リビングでのお昼寝も必要時実施している。		
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	利用者の内服薬についての理解はほぼ、されていると思われる。近所の調剤薬局と連携し相談や薬の一包化などの協力をお願いしている。		
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	家事全般の継続により自主的な役割になっているご利用者もいる。生活歴や力を活かした役割、趣味などを介護計画にのせて支援をしている。		

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
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支援している	一人ひとりの行きたいところへ個別外出や買い物などの支援を実施。外出はカラオケルームや飽きないように行先を考えてご利用者が楽しめる外出を企画している。毎日、買い物に出掛けたり天気の良い日には散歩やドライブに外出している。	日頃から利用者の希望・体調・天候に応じて、散歩や買い物、ドライブなどに出かけ、外出する機会が増えるよう支援している。個別の外出希望にも柔軟に対応している。普段は行けないような場所でも、利用者の希望を聞いた上でぶどう狩りなど季節を感じられる場所や、水族館やカラオケ店など五感を刺激できるような場所に出かけ、利用者には喜ばれている。	
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	お金を所持している方もおり、日用品やお菓子を購入するなどされている。個別の外出で欲しい物を買物している。レジで支払いが出来るご利用者には自ら支払って頂いている。		
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	事務所の電話で必要時に家族や知人と電話している。ご利用者が自ら手紙を書いて近所のポストから投函している。		
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	騒がしい音や気ぜわしい空気にならないよう職員は気をつけている。照明もやわらかい色のものを選んで、リビングの外に面した窓から四季折々の風景を眺められる。利用者が育てる花で季節を感じ、天気の良い日は毎日散歩に出かけ近隣の花々を楽しんでいる。施設内に季節ごとの利用者の共同作品や外出時の写真を飾っている	居間・食堂は広くてゆったりとしており、天井も高く大きな窓から表通りや中庭が見渡せ開放感がある。畳コーナーがありソファやテーブル・椅子が随所に配置され、利用者は思い思いの場所で過ごすことができる。施設内には季節感のある装飾や、利用者作品、外出時や行事時の写真が多数飾られ、生活感があり楽しい雰囲気である。また、ピアノやカラオケ設備も用意されており、楽しむ方も多い。空調や照明にも配慮が行き届いており、日中は利用者の好みのBGMを流すなど、利用者が居心地良く過ごせるような工夫も行われている。	
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	細かい日課を決めていないため、自室で過ごせる方は自由に過ごしていただいている。ご利用者同士で居室で過ごされる事がある。リビング以外の廊下にもソファや椅子が置いてありお一人過ごすことができる。		
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	利用者の居室のしつらえは本人とご家族にすべてお任せにしてある。ご家族の写真や大切なものを飾ったりし、自身がくつろげる空間を作っている。認知症の進行により検討が必要な場合も本人・家族と相談しながら実施している。	馴染みの家具やベット、テレビ、コタツなど自由に持ち込んでもらっている。居室内の家具の配置や装飾などは、本人・家族に任せ好きなようにしてもらい、居心地良く過ごせるよう配慮している。状態変化時には本人・家族とも時間をかけてよく話し合い、安全性確保に配慮した部屋作りを行なっている。	
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	ホーム内は、死角が多く目配りがしにくい状況にある。時折危険箇所を職員全員で確認している。必要な表示をし自身で認識できるようにしている。また利用者の移動範囲の環境整備などに配慮し事故の無い生活を支援している。		

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 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 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)	○	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、その時々々の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)	○	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				