

(様式2)

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 28 年 2 月 12 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) 0848-21-3072		
自己評価作成日	平成27年10月19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27年11月12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）】

・ 個別のニーズに合わせたプランを作成し、計画的に実施している。 ・ 地域の行事に積極的に参加し、にしぎこの家と地域との関係作りを実施している。 ・ 施設で最期までその人らしい生活を支援するために看取りまで対応している。
--

【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、社会福祉法人尾道さつき会が運営するホームです。民生委員児童委員をパイプ役に、地域との関係が良好で、互いに協力し合える関係を築かれています。 ホームでは、人材育成に力を入れ、先輩職員が後輩職員の指導を行ったり、職員同士で互いに学び合ったり、職員全員のスキルアップにつながる仕組みづくりに努めておられます。管理者は、法人が運営する他施設での経験を活かし、入居者の健康管理の徹底とケアの質の向上に向けて、職員個々の持つ能力を活かした運営に取り組まれています。また、ホームの課題を把握し、運営推進会議を通して、外部の意見も取り入れながら改善に向けて努力されています。
--

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
I 理念に基づく運営（1F）					
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。	職員全員で考えた理念を掲示し、朝の朝礼で唱和をしている。理念に基づいて毎年事業目標を作り、職員で共有している。	理念は、玄関や共用フロアに掲示されています。玄関にはユニット目標や職員の顔写真と個人目標が掲示されています。職員は、自身の目標を意識しながら理念に添ったケアに努められています。入居者と職員の笑顔から、入居者一人ひとりの思いに寄り添った支援に取り組まれていることが伺えました。	
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。	施設の秋祭りに地域の方が楽しんで参加できる内容を考え、地域の方からにしごこの3大祭りの一つと言われている。また、町内の方から野菜をもらったり、シティクリーニングに参加し交流を深めている。	民生委員をパイプ役に、地域との協力関係が築かれています。併設の小規模多機能型居宅介護事業所と共同で秋祭りを開催し、子どもから大人まで多くの地域住民が参加し賑います。また、ボランティアや幼稚園児の訪問があり、入居者の楽しみの一つになっています。専門学校から実習生の受け入れを積極的に行われています。	
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。	ふれあい支援事業として緊急通報装置の連絡先として登録してもらっている。また、にしごこの家が主催するサロンを2ヶ月に1回、公民館で開催し地域の方からの要望で制度や介護技術の勉強会を開催している。		
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、防災訓練など地域からの意見を活かしてマニュアルや連絡網を作成している。	会議は、家族代表、地域住民、民生委員児童委員、町内会長、地域包括支援センター職員の参加があります。会議では、家族との普段の関わりや職員間での情報共有の大切さについて意見や提案が出され、職員全体で業務に反映できるよう努力されています。また、玄関に掲示されている職員の顔写真は、会議メンバーの意見をきっかけに取り組みされました。	
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り組んでいる。	職員の状況等変更があった場合はすぐに事業所変更申請を行い、相談を行っている。介護支援専門員連絡協議会に参加し市町の職員との意見交換を行っている。	介護保険の説明会やケアマネジャー連絡協議会などを通じて連携されています。また、介護保険制度に疑問が生じた場合は、その都度、市の担当課に相談されています。	

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
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。	玄関の鍵は夜間以外はかけていない。入所者の1人の方が骨折後、家族の強い要望でベッドを壁付け2本柵にしているが、毎月カンファレンスを行い、拘束を廃止する取り組みを行っている。家族には拘束禁止について説明を行い理解が得られている。また、身体拘束防止について職員会議で勉強会を予定している。	やむを得ない場合を除いて、身体拘束は行わない方針を持っています。ホームでは、身体拘束ゼロ手引きを基に研修を実施し、職員全体の理解を深めておられます。職員は、入居者の行動を制限するような言葉を使わないように心がけ、不適切な対応が見られた場合は注意されています。ベッド転倒の危険性がある場合は、ベッドで休んでいる時間帯のみセンサーマットを利用するなど、職員間で検討しながら拘束のない生活をめざしておられます。	
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。	管理者は高齢者虐待についての研修に参加し、利用者と職員、家族の状況も把握するよう努めている。		
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。	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い、文書も配布している。		
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。	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。	家族会や忘年会などで意見を聞く機会を設けられています。職員は、入居者や家族と昼食をともにし、スライドショーで入居者の日々の様子を見てもらいながら交流を楽しまれています。室内でできる運動をさせてほしいという家族の要望があり、ロードランナーやエアロバイクを設置した事例があります。	

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
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、リーダー会議や各委員会の会議での意見を集約して運営に反映し、必要時にはその都度相談できる時間を作っている。	職員間の関係は良好で、意見が言いやすい環境です。また、管理者も職員が気軽に声をかけられるように雰囲気づくりを大切にされています。リーダーが中心となり、職員の意見や提案を聞く機会を持たれています。さらに、職員が気兼ねなく休憩できる場所の整備など、より働きやすい環境をめざし努力されています。	
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。	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行い、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。	市内の同業者との交流会、介護支援連絡協議会等に参加し、情報収集を行っている。また、市内、外の実施設見学をして業務の見直しを行っている。		
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、家族が介護で苦労した点や不安な点、要望等を聞く。又、入所後はできるだけ面会をお願いし、本人の様子をしっかりと伝えている。		
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か月の仮入居期間を設定して実際に利用してもらう。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仲介する立場を大事に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。本人の体調面等の変化は随時電話連絡を行って情報を共有している。		
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。	昔、本人が住んでいた家や通っていた病院に通院するほか、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。	入居前のアセスメントや、日頃の会話から、好きだったことや馴染みの場所を把握されています。家族の協力を得て定期的に自宅へ帰ったり、墓参りに行ったりする入居者もおられます。地域のふれあいサロンに出かけ、顔馴染み人との交流を楽しまれています。	

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
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。	相性の合いそうな利用者同士の席を考えて、関わりを持てるように支援している。また、合同レクリエーション等での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声かけ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。	ケアプラン更新時のアセスメント等、今の状態に合った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。	入居者との運営会議や普段の会話の中の表情や様子から思いや意向の把握に努められています。行事や外出、日々の生活の中で、入居者一人ひとりの思いに寄り添った支援となるよう取り組まれています。ホームが借りている畑で野菜作りをされている入居者もおられ、これまでの習慣を継続できるよう支援されています。	
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。	「援助内容情報シート」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必要時には家族参加のカンファレンスを行うなど、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。	6か月ごとに計画の見直しをされています。家族や医師から事前に意見を聞き、担当者が原案を作成されます。計画作成担当者は担当職員が作成した計画を確認し、リーダー、看護師、管理者、職員から意見を聞かれています。また、職員全員に計画の原案を回覧したり、カンファレンスで再度確認したり、入居者一人ひとりの現状に即した計画作成に取り組まれています。	
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援助プランに位置付けている。また、併設の小規模多機能型施設と協力し、対応できる範囲を広げるよう努めている。		
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、地区の民生委員と連携し地域活動の情報交換や施設の困りごとを気軽に相談してアドバイスをもらっている。		
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、その他を紹介している。通院などに付添い、直接職員と家族で医師に相談している。	入居前からのかかりつけ医を受診する入居者がおられます。通院は、家族の付き添いを基本とされていますが、対応が難しい場合はホームで支援されています。医療に関する情報は、毎月送付する請求書と一緒に家族に提供されています。週1回、協力医療機関と協力歯科医の往診があり、医療面で安心できる環境が整えられています。	

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
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、現在往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、看護師は介護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に連絡を取り、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っている。		
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。	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看取りを希望する場合は説明の上、同意書をもっている。退去した後も、家族の支援を行っている。	ホームで看取りを行った経験があります。重度化した場合は、かかりつけ医の判断のもと、家族と相談して方針を決めておられます。また、ホームでできること、できないことを説明し、家族の同意を得て支援されています。年1回の看取りに関する職員研修や緊急時の連絡体制など、いざという場合に職員が冷静に行動できる体制を整えておられます。	
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。	新人研修と年に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2回を予定し1回は既に実施している。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、マニュアルを作成している。また、地域と近隣施設合同で訓練を行っている。	年2回のうち1回は夜間を想定した訓練を実施し、消防署が立ち合われています。ホームは、一時避難場所として地域に開放され、台風の際は地域住民が避難し、一晩を過ごしたことがあります。近隣の他法人のグループホームと災害時における連絡訓練を行うなど、災害時に協力し合える体制を整えておられます。	

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
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、接遇について職員会議で話し合ったり勉強会を行っている。また、言葉遣いなど、日常の対応について課題があれば個別に指導している。	接遇研修を実施されています。接遇チェックシートを利用し、自身の振り返りを行い評価をされています。職員は、入居者を人生の先輩として尊重し、「いけんよ」など、言葉による否定や馴れ馴れしい言葉は使わないよう注意されています。また、入浴時の同性介助を要望に合わせて実施されています。	
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。	毎月利用者と職員の運営会議を開催し希望を聞き取っている。会議で聞き取った行きたい場所への外出やたべたい物の献立を昼食づくりに取り入れ提供している。		
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。	業務の流れは最低限しか決めておらず、朝食の時間は本人に合わせる等、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。	昼食づくりには職員と一緒に食材を切ったり、食器洗い・拭きを行っている。必要に応じて利用者と買い物に出かけ、食べたい物やご本人の好きなお菓子など購入している。ケアプランにも反映している。	料理は、陶器の食器に盛りつけられ、温かさが感じられます。毎月実施する入居者の運営会議では、食べたい物などの意見を聞かれています。意見を反映し、庭でサンマを焼いたり、外食に出かけたり、楽しく食事できるように取り組まれています。	

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
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。	食事量・水分摂取量は毎日記録して一人ひとりの状態を確認している。食事形態（カット・ミキサー等）など個々に把握し対応している。水分補給もいろいろな種類を用意して好きなものを飲んでもらうようにしている。		
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。	常時のカバータイプ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、状態の変化に対応・検討しパットやパンツ等を使用している。	トイレは4か所あり，車いす対応可能です。また，可動式の手摺やファンレストテーブルが設置されています。昼間は紙パンツの使用を控え，綿素材の布パンツにパッドを使うようにされています。入居者一人ひとりの排泄パターンを把握し，リズムに合わせて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。	毎朝、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、利用者ひとりひとりの状況を把握し、看護師と相談しながら飲食物を工夫したりなど取り組んでいる。		
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入浴することができる。また、銭湯に行きたいと希望する利用者と一緒に出かけている。	脱衣室，浴室は冷暖房が完備されています。前後移動式の浴槽が設置されており，介助方法に合わせて2方向や3方向に変更可能です。週3回，午後の入浴が基本ですが，時間帯は希望に応じて臨機応変に支援されています。入浴を好まない入居者には，様子を伺いながら言葉かけの工夫や浴室まで仲の良い入居者に付き添ってもらうなどの工夫をされています。時には，入浴剤やミカン風呂を楽しまれることもあります。また，職員と一緒に銭湯に出かける入居者もおられます。	

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
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。部屋にこだわらず、本人が気に入ったソファでの休息も支援している。		
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。	服薬している薬の目的や副作用、用法・用量が理解できるよう、薬局で受け取る説明書を保存し、いつでも見て確認す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、看護師と相談し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。	運営会議や日常会話で聞いた本人の行きたい場所や家族の外出希望があれば調整し、実現するよう支援している。また、外出実施が決定した際ご家族に連絡し事情が許せば同行してもらっている。	日頃はホーム周辺や庭を散歩されています。地域の一員としてふれあいサロンに参加する入居者もおられます。ファミリーレストランや回転寿司へ外食に出かけたり、気晴らにカラオケやお茶を飲みに出かけたりし、入居者一人ひとりの要望に添った支援に努めておられます。	
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時に自分で支払うような場面を設定している。また、通院時や毎週のパンの宅配時など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ただいている。		

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。ご本人から要望があればこちらからもかけている。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。	日々、整理整頓には気をつけて職員全体に徹底している。環境整備カレンダーを作成し、毎日の掃除・整理整頓を振り分けている。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。	リビングは程よい明るさで清潔感があります。壁には、入居者の笑顔の写真がたくさん掲示されています。食卓以外に、入居者が自由に寛げるスペースを設け、思い思いに居心地良く過ごせるよう工夫されています。訪問日には、ソファでテレビ鑑賞している人、別の場所で将棋を楽しむ人など、家庭的で明るく穏やかな雰囲気が伺えました。	
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。	季節の花を活けてもらったり整理整頓を心がけている。朝は空気の入替えとできるだけ光を浴びてもらうようにし、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。	ご家族に、入所時本人の馴染みの家具や思い出の物などを持ってきてもらうようお願いしている。また、利用者・担当職員が一緒になって、居室の整理をしたり、足りないものはご家族にお願いして自宅から持ってきてもらったりしている。	居室には、エアコンとカーテンが備えつけられ、ベッドは持ち込み自由となっています。入居者は、使い慣れた家具や好みの品を持ち込まれています。テレビや冷蔵庫を持ち込まれている入居者もおられます。自作の手芸品や、家族の写真、本人の思い出の写真を飾るなど、個性に合わせて居心地良く過ごせるよう工夫されています。	
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。	建物内部はバリアフリーであり、家で出来なかった事も施設では少しの援助や援助なしでも出来る環境となっている。(トイレ、お風呂など)また、必要な福祉用具も選定するなどの支援をしている。		

V アウトカム項目（1F）			
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くらいが ③利用者の3分の1くらいが 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（2F）					
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。	職員全員で考えた理念を掲示し、朝の朝礼で唱和をしている。理念に基づいて毎年事業目標を作り、職員で共有している。		
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。	施設の秋祭りに地域の方が楽しんで参加できる内容を考え、地域の方からにしごこの3大祭りの一つと言われている。また、町内の方から野菜をもらったり、シティブリーニングに参加し交流を深めている。		
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。	ふれあい支援事業として緊急通報装置の連絡先として登録してもらっている。また、にしごこの家が主催するサロンを2ヶ月に1回、公民館で開催し地域の方からの要望で制度や介護技術の勉強会を開催している。		
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、防災訓練など地域からの意見を活かしてマニュアルや連絡網を作成している。		
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。	職員の状況等変更があった場合はすぐに事業所変更申請を行い、相談を行っている。介護支援専門員連絡協議会に参加し市町の職員との意見交換を行っている。		

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
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。	玄関の鍵は夜間以外はかけていない。入所者の1人の方が骨折後、家族の強い要望でベッドを壁付け2本柵にしているが、毎月カンファレンスを行い、拘束を廃止する取り組みを行っている。家族には拘束禁止について説明を行い理解が得られている。また、身体拘束防止について職員会議で勉強会を予定している。		
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。	管理者は高齢者虐待についての研修に参加し、利用者と職員、家族の状況も把握するよう努めている。		
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。	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い、文書も配布している。		
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。	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、リーダー会議や各委員会の会議での意見を集約して運営に反映し、必要時にはその都度相談できる時間を作っている。		
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。	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組みをしている。	市内の同業者との交流会、介護支援連絡協議会等に参加し、情報収集を行っている。また、市内、外その他施設見学をして業務の見直しを行っている。		
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、家族が介護で苦労した点や不安な点、要望等を聞く。又、入所後はできるだけ面会をお願いし、本人の様子をしっかりと伝えている。		
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か月の仮入居期間を設定して実際に利用してもらう。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仲介する立場を大事に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。本人の体調面等の変化は随時電話連絡を行って情報を共有している。		
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。	昔、本人が住んでいた家や通っていた病院に通院するほか、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。	相性の合いそうな利用者同士の席を考えて、関わりを持てるように支援している。また、合同レクリエーション等での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声かけ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。	ケアプラン更新時のアセスメント等、今の状態に合った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。	「援助内容情報シート」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必要時には家族参加のカンファレンスを行うなど、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くなっている。		
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、その時々にも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援助プランに位置付けている。また、併設の小規模多機能型施設と協力し、対応できる範囲を広げるよう努めている。		
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、地区の民生委員と連携し地域活動の情報交換や施設の困りごとを気軽に相談してアドバイスをもらっている。		
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、その他を紹介している。通院などに付添い、直接職員と家族で医師に相談している。		

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
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、現在往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、看護師は介護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に連絡を取り、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っている。		
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。	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看取りを希望する場合は説明の上、同意書をもっている。退去した後も、家族の支援を行っている。		
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。	新人研修と年に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2回を予定し1回は既に実施している。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、マニュアルを作成している。また、地域と近隣施設合同で訓練を行っている。		

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、接遇について職員会議で話し合ったり勉強会を行っている。また、言葉遣いなど、日常の対応について課題があれば個別に指導している。		
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。	毎月利用者と職員の運営会議を開催し希望を聞き取っている。会議で聞き取った行きたい場所への外出やたべたい物の献立を昼食づくりに取り入れ提供している。		
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。	業務の流れは最低限しか決めておらず、朝食の時間は本人に合わせる等、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。	昼食づくりには職員と一緒に食材を切ったり、食器洗い・拭きを行っている。必要に応じて利用者と買い物に出かけ、食べたい物やご本人の好きなお菓子など購入している。ケアプランにも反映している。		

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
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。	食事量・水分摂取量は毎日記録して一人ひとりの状態を確認している。食事形態(カット・ミキサー等)など個々に把握し対応している。水分補給もいろいろな種類を用意して好きなものを飲んでもらうようにしている。		
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。	常時のカバータイプ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、状態の変化に対応・検討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。	毎朝、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、利用者ひとりひとりの状況を把握し、看護師と相談しながら飲食物を工夫したりなど取り組んでいる。		
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入浴することができる。また、銭湯に行きたいと希望する利用者と一緒に出かけている。		

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
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。部屋にこだわらず、本人が気に入ったソファでの休息も支援している。		
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。	服薬している薬の目的や副作用、用法・用量が理解できるよう、薬局で受け取る説明書を保存し、いつでも見て確認す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、看護師と相談し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。	運営会議や日常会話で聞いた本人の行きたい場所や家族の外出希望があれば調整し、実現するよう支援している。また、外出実施が決定した際ご家族に連絡し事情が許せば同行してもらっている。		
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。	自分で支払う事が出来る利用者には買い物時に自分で支払うような場面を設定している。また、通院時や毎週のパンの宅配時など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ただいている。		

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。ご本人から要望があればこちらからもかけている。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。	日々、整理整頓には気をつけて職員全体に徹底している。環境整備カレンダーを作成し、毎日の掃除・整理整頓を振り分けている。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。	季節の花を活けてもらったり整理整頓を心がけている。朝は空気の入替えとできるだけ光を浴びてもらうようにし、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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	ご家族に、入所時本人の馴染みの家具や思い出の物などを持ってきてもらうようお願いしている。また、利用者・担当職員が一緒になって、居室の整理をしたり、足りないものはご家族にお願いして自宅から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。	建物内部はバリアフリーであり、家で出来なかった事も施設では少しの援助や援助なしでも出来る環境となっている。(トイレ、お風呂など)また、必要な福祉用具も選定するなどの支援をしている。		

V アウトカム項目（2F）			
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くらいが ③利用者の3分の1くらいが 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 星の里・にしぎこの家

作成日 平成 28 年 3 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	1	ホームの理念は毎日唱和しているが，流れ作業になり，業務優先になっていることがある。	法人理念と自身の目標を意識しながら業務が行える。	毎日の唱和（理念）と今日の自分の目標も発表する。	1年間
2	13	職員の力量のバラツキがあり，入居者・家族が不安になることがある。	力量の低い職員を支えるシステムがある。	技術，コミュニケーションの項目のチェックシートを作成し，リーダーがチェックし，できない所はやって見せ，やらせてみて，褒めて育てていく。	1年間
3					
4					
5					

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。