

# 1 自己評価及び外部評価票

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	3770102907		
法人名	医療法人社団緑洋会		
事業所名	グループホームアダージオ泉		
所在地	高松市春日町1336-1		
自己評価作成日	令和元年10月9日	評価結果市町受理日	

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	<a href="http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/37/index.php">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/37/index.php</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人香川県社会福祉協議会
所在地	香川県高松市番町1丁目10番35号
訪問調査日	令和元年11月1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)】

全室個室で一人一人のプライベートを保ちながら、ホールなどでは利用者様同士や職員などと談笑できる機会をもうけており、そうした中で事業所理念としている老いを受け入れ、暮らしの中で喜びを感じていただける支援を目指しています。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点】

事業所は明るく中庭や周囲の景色が眺められ、季節を感じられる静かな環境である。職員は事業所の理念を具現化するため1か月間の週毎の目標を立案し、1か月後には評価を行い、次月の目標を作成している。職員は理念を共有して、一人ひとりが生き生きとした生活を送れるように、利用者本位の視点に立ったケアに努めていこうとする姿勢から、利用者も安心した雰囲気を感じられる。事業所は運営推進会議や職員からの意見・提案について前向きに検討を行い、次のステップアップに繋げていこうとする姿勢がうかがえる。

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 ↓該当するものに○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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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 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 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		

## 自己評価および外部評価票

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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	一人一人に合った穏やかな生活が送れるよう、毎月業務ミーティングで理念に沿った目標を定め、実践している。	事業所の理念をより具現化するために職員間で話し合っ、1か月間の週毎の具体的な目標を設定している。1か月後には目標の振り返りを行い、次月の目標を立て、職員間で理念を共有して実践に繋げていくように努めている。	
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	運営推進会議を開き、地域の問題や当施設への要望などを話し合っている。また、保育園のバザーなどに入居者・職員が参加している。	自治会に加入し、職員は地域の清掃活動や自主防災訓練に参加している。また地域の獅子舞や近隣の保育園児の訪問があるほか、施設見学会も定期的実施している。散歩中に近くの神社に集まった方達との声かけを行うなど地域との交流に努めている。	
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	見学会を実施して当施設の理念や認知症についての理解を得られるよう実践している。		
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	運営推進会議では、日頃の取り組みを理解していただく為に報告・情報・意見交換を行い、サービス向上につなげている。	利用者・家族代表者や自治会長、民生委員、歯科医師・衛生士、近隣の企業、福祉業者、行政職員等をメンバーとして2か月に1回開催している。利用者の状況や活動報告、意見交換を行いサービスに活かせるように取り組んでいる。	
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	市介護保険課や生活福祉課、地域包括支援センターの担当者に入居前の担当者会議への参加、困難事例の相談、介護保険に関する問い合わせを行い、協力を得ている。	市の関係部署と連携を密に図り、必要に応じて介護保険制度や困難事例等について相談や助言を得るなど、協力関係の構築に努めている。	
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	年2回、身体拘束の研修・勉強会を開催して虐待のない施設運営に努めている。	身体的拘束等適正化対策検討委員会を3か月に1回開催するとともに、必要時にはその都度、申し送り時に話し合っ身体拘束をしないケアに努めている。外部・内部研修に参加し、職員の意識向上に努めている。	

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	虐待防止や身体拘束に関しての外部研修会などに参加し、施設内の研修・勉強会に活かしている。また、各職員が意識をもって支援できるように努めている。		
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	地域包括支援センターをはじめとする関係各所に相談するだけでなく、職員それぞれが学習するよう努めている。		
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、契約内容について詳しく説明し、疑問が生じていないか確認しながら行っている。契約後も理事・職員が細かく対応している。		
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	利用者・家族等からの意見・要望は介護記録の特記に書き全職員が把握できるようにしている。また、運営推進会議で事例を報告し、出席者からの意見を今後につなげている。	玄関に意見箱を設置、面会時や運営推進会議等で意見や要望を聞く機会を設けている。提案された事は事業所内や運営推進会議で検討を行い、結果に関しては家族に説明するとともに、職員間でも情報の共有を図っている。	
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	代表者や管理者と密に連絡をとり、職員の意見や提案をする機会を設けている。それらの意見や提案は概ね前向きに検討され、反映されている。	職員は理事や管理者に意見や要望を言いやすい雰囲気である。提案した事は、随時軒下カンファレンスを行い、内容により理事に相談、報告を行い、意見や要望を反映するよう努めている。	
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	理事長・理事は、日ごろの職員の努力や具体的な実績・勤務状況などから、職員処遇へ反映し、向上心を持って働ける環境・条件の整備に配慮をしている。		
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	代表者は職員一人一人の力量を鑑み、内外の研修に参加する機会をもうけ、技術の向上に努めている。		
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	医療連携会議や他のグループホームなどに訪問し、意見交換の場をもうけてサービス向上に取り組んでいる。		

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	入居前には必ず本人と面談し、生活歴や困りごと、不安なことなどを聞き取り、ケアに活かすと共に家族やケアマネージャーからの情報を基に寄り添うケアができるよう努めている。		
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	入居前に見学に来ていただき、本人・家族の困っていることを傾聴し、それに対する対応策などを提案している。また、入居後も同じように細かくフォローを行っている。		
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	相談時より必要としている支援について考え、フォーマルサービスだけでなくインフォーマルサービスも含め検討し、本人・家族に提案し対応している。		
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	穏やかに生活ができるよう、本人も含め全員で話し合いながら介護する者される者の垣根を超えた信頼関係を築くよう努めている。		
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	1か月に1回状況報告を郵送すると共に、家族の面会時に介護記録やケアプランなどを見てもらい、本人のニーズと家族のニーズを把握し、よい家族関係が築けるよう支援している。		
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	家族の了承・協力のもと、友人・知人の面会や電話等でのやりとりなどなじみの関係が途切れないよう支援している。	家族や友人の面会、月1回の近況報告の便りの発行や電話の支援を行い、馴染みの人との関係性を大切にしている。家族の協力を得て馴染みの美容院や店等に出かけるなど、馴染みの場所の関係維持にも努めている。現在、利用者に馴染みのある屋島や食事会の外出を計画中である。	
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	一人一人が孤立しないよう食事の席などに配慮し、時には見守り時には間に入りながら支えあえるような関係性を保て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	退去後も家族・本人からの再入所相談、他の施設への相談援助を行っている。		
<b>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</b>					
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	各職員が一人一人のニーズの把握に努めている。また、困難な入居者の場合は、表情や仕草、家族の情報などを検討しケアに活かせるよう努めている。	入居時の聞き取りや家族の情報、日頃の関わりの中から一人ひとりの思いや希望を把握している。意思疎通が困難な場合には表情や態度、筆談等により意向を把握して本人本位のケアに努めている。	
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	相談時だけでなく、ケアの場面でも各職員が生活環境などを聞き取り、全体に周知するよう努めている。		
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	申し送りや軒下カンファレンスを活用し、一日の過ごし方等全職員が把握できるように努めている。		
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	アセスメントとモニタリングに基づき、3か月に1度担当者会議を開催し、活発な意見交換の中で意見やアイデアを検討し、介護計画書を作成している。	医師や薬剤師等の意見を参考に、本人や家族、職員、ケアマネジャー等をメンバーとした担当者会議を3か月に1回開催し、現状に即した介護計画の作成に努めている。担当者会議に参加できない家族には電話で確認を行い、結果を説明している。	
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	毎日、日中・夜勤帯の記録を作成し、職員間での情報を共有している。チームで意見交換をし、実践や介護計画の見直しに努めている。		
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	フォーマルサービスに偏ることなく、インフォーマルサービスを柔軟に取り入れ、支援やサービスに活かしている。		

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	近くの保育園より園児がお花を持参し、入居者と談笑したり、秋祭りの季節には地域住民が獅子舞を披露してくれたり交流が楽しめるよう支援している。		
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	相談援助時や契約時などに本人・家族の意思を尊重し、かかりつけ医を決定している。	本人や家族が希望する医療機関の受診は家族の協力を得ており、受診時には本人の状態を記載したメモを渡し、受診結果は相互に共有している。協力医療機関や診療科も多いので緊急時の対応は行いやすい。	
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1度の訪問看護時だけでなく、常に連絡を取り連携を図っている。また、週1度の歯科往診時は口腔ケアや嚥下などの相談を行っている。		
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。	入院時は介護サマリー等で連携を図り、入院中は早期に退院できるよう病院を訪問し、情報交換や相談に努めている。また、病院などに定期的に足を運び、信頼関係を築いている。		
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	入居後早い段階から本人や家族と話し合う中で共通認識を深め、関係各位と相談しながらその人らしく終末期を迎えられるよう、チームで支援に取り組んでいる。	入居時に事業所でできる終末期に向けた説明を行い同意を得ているが、本人や家族の状況変化により、随時、確認を行っている。外部研修に参加して、看取りに関する知識を深めており、看取りの実績もある。現在は看取り加算の申請中である。	
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	急変や事故発生時は一人で対応することなく、各職員がマニュアルにそって動けるよう定期的に勉強会などを行っている。		
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	年1回避難訓練や地域防災の勉強会などに参加し、災害が起こったら各職員が動けるようマニュアル化している。	火災訓練と浸水時の訓練を年に1回ずつ実施しており、その内1回は消防署の協力を得ている。水や米、レトルト食品等の備蓄品を1週間分確保している。地域の防災の勉強会に参加しており、避難場所は近隣の企業の協力を得ている。	火災・浸水訓練に震災も含めた訓練の検討と訓練実施後の課題や問題点については運営推進会議の意見を得るなど、地域との協力体制の構築を期待したい。

**IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援**

36	(14)	<p>○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</p>	<p>介護職という枠にとらわれず、人生の先輩として尊敬の念をもって接することができるように言動などに配慮している。</p>	<p>職員は介護の職務を重視するとともに、する・される側の関係でなく、利用者は人生の先輩であり、一人の人間として接するように心がけている。外部研修や接遇の内部研修の機会もあり、職員の資質向上に努めている。</p>	
37		<p>○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</p>	<p>一人一人に合わせたコミュニケーションを図り、その人の希望が表出できるよう働きかけている。</p>		
38		<p>○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</p>	<p>一つ一つケア時に意思確認を行い、希望にそって支援している。</p>		
39		<p>○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</p>	<p>本人の希望の服や日用品を家族に連絡して持ってきてもらったり、買い物と一緒にいたりしている。</p>		
40	(15)	<p>○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</p>	<p>食事の準備などを手伝ってもらったり、おやつなどは嗜好を聞き、一緒に作ったりしている。</p>	<p>食事は外部委託であるが、主食と汁物は各ユニットで調理している。誕生日や敬老会、季節毎の行事には海鮮寿司や握り寿司、冷やしそうめん等を食べる機会を設けている。利用者と職員と一緒に食事の準備や後片付けを行っており、団子やホットケーキ、ゼリー等のおやつ作りは楽しい一時となっている。</p>	
41		<p>○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</p>	<p>一人一人の食に対する状態を把握し、一口大にきざんだり、量を調整したりしている。</p>		
42		<p>○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</p>	<p>週1回の往診時、口腔ケアの仕方を相談・習得し、その人に合った口腔ケアを実施している。</p>		

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	おむつゼロを目指し、その人に合った時間に誘導を行い、できるだけトイレで排泄できるよう支援を行っている。	一人ひとりの排泄状況を確認しながら、おむつ使用者も日中はトイレ誘導の支援に努めている。尿失禁への配慮を行いながら、リハビリパンツへの変更を目指して頑張っている利用者もいる。	
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	排泄表とは別に排便状況表を作成・記入し、排便の間隔などを把握し、その人に合った飲食物などを検討し予防に取り組んでいる。また、リラックスした環境で排便ができるよう環境整備を行っている。		
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、個々にそった支援をしている	日中は希望にそった時間帯に入浴できるよう配慮している。	入浴の曜日や時間帯、回数は本人の意向に沿った支援に努めている。温泉の素等の入浴剤の使用により、利用者が入浴を楽しめるように工夫をしている。	
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	体力がある人などはできるだけ日中起きてもらい、居室やホールで過ごしてもらう。体力がなく、休息を希望される方には時間を決め、臥床してもらっている。		
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	処方された薬を確認し、副作用や用法・用量を理解し、変更があれば申し送りなどで周知を行っている。		
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	本人の希望や家族の協力を得て、外泊支援を行ったり、嗜好品を持ってきていただいたり、年間行事を通して四季を感じていただいたりしている。		
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	気候がいい日などは近所の散歩に出かけたり、外出・外泊の支援を家族の協力を得て行ったりしている。	希望者は近隣の神社やその周辺の散歩を行い、地域の方と会話も交わしている。買い物等の個別支援や家族の協力を得ての外出や外泊支援を行っている。現在、ピストン運転による花見等の外出支援を行っているが、利用者全員での外出も検討中である。	



50		<p>○お金の所持や使うことの支援</p> <p>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</p>	<p>基本的には金銭を持たせず、預かりもしない。日用品など必要な物は家族に許可を得て立て替えて購入している。</p>		
51		<p>○電話や手紙の支援</p> <p>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</p>	<p>本人・家族の希望があれば、電話や手紙の代筆などを行っている。</p>		
52	(19)	<p>○居心地のよい共用空間づくり</p> <p>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</p>	<p>温度管理リストを活用し、温度設定をしている。夏はエアコン、冬は床暖房により快適に過ごせるよう配慮している。また各部屋からは中庭が眺望でき、季節感がわかるようになっている。</p>	<p>温度管理リストによりエアコンや床暖房の温度設定ができ、快適に過ごせる環境である。壁面には絵画がすっきりと飾られ、広い廊下は自由に行き来ができる。ソファや畳の間がありゆっくりと過ごせるように配慮されている。また、共用室や廊下から眺められる中庭や周囲の景色からは季節感が感じられる。</p>	
53		<p>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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</p>	<p>ソファで談笑したり、畳でくつろいだり一人一人が各場所でリラックスできかつ孤立しないよう環境を整えている。</p>		
54	(20)	<p>○居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>居室は、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</p>	<p>入居する前に使用していた物や家族写真など、その人が愛用していた物を持ってきてもらい、居心地よく過ごせるよう支援している。</p>	<p>洗面台が設置されており、ベッドやタンス、机、椅子、寝具等も準備されており、本人の意向を尊重して、仕様や配置は自由に変更ができる。テレビや写真、小物等と一緒に、本人が居心地よく過ごせるように工夫されている。</p>	
55		<p>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>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</p>	<p>施設内はバリアフリーにしており、浴室やトイレ、廊下などに手すりを完備し、備品等は安全面を配慮した位置に設置している。</p>		

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 ↓該当するものに○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 3. 利用者の1/3くらい 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	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広がったり深まり、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 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				

## 自己評価および外部評価票

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
<b>I. 理念に基づく運営</b>			
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	一人一人に合った穏やかな生活が送れるよう、毎月業務ミーティングで理念に沿った目標を定め、実践している。
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	運営推進会議を開き、地域の問題や当施設への要望などを話し合っている。また、保育園のバザーなどに入居者・職員が参加している。
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	見学会を実施して当施設の理念や認知症についての理解を得られるよう実践している。
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	運営推進会議では、日頃の取り組みを理解していただく為に報告・情報・意見交換を行い、サービス向上につなげている。
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	市介護保険課や生活福祉課、地域包括支援センターの担当者に入居前の担当者会議への参加、困難事例の相談、介護保険に関する問い合わせを行い、協力を得ている。
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	年2回、身体拘束の研修・勉強会を開催して虐待のない施設運営に努めている。

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	虐待防止や身体拘束に関しての外部研修会などに参加し、施設内の研修・勉強会に活かしている。また、各職員が意識をもって支援できるように努めている。
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	地域包括支援センターをはじめとする関係各所に相談するだけでなく、職員それぞれが学習するよう努めている。
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、契約内容について詳しく説明し、疑問が生じていないか確認しながら行っている。契約後も理事・職員が細かく対応している。
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	利用者・家族等からの意見・要望は介護記録の特記に書き全職員が把握できるようにしている。また、運営推進会議で事例を報告し、出席者からの意見を今後につなげている。
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	代表者や管理者と密に連絡をとり、職員の意見や提案をする機会を設けている。それらの意見や提案は概ね前向きに検討され、反映されている。
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	理事長・理事は、日ごろの職員の努力や具体的な実績・勤務状況などから、職員処遇へ反映し、向上心を持って働ける環境・条件の整備に配慮をしている。
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	代表者は職員一人一人の力量を鑑み、内外の研修に参加する機会をもうけ、技術の向上に努めている。
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	医療連携会議や他のグループホームなどに訪問し、意見交換の場をもうけてサービス向上に取り組んでいる。

II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援			
15		<p>○初期に築く本人との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>入居前には必ず本人と面談し、生活歴や困りごと、不安なことなどを聞き取り、ケアに活かすと共に家族やケアマネージャーからの情報を基に寄り添うケアができるよう努めている。</p>
16		<p>○初期に築く家族等との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>入居前に見学に来ていただき、本人・家族の困っていることを傾聴し、それに対する対応策などを提案している。また、入居後も同じように細かくフォローを行っている。</p>
17		<p>○初期対応の見極めと支援</p> <p>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</p>	<p>相談時より必要としている支援について考え、フォーマルサービスだけでなくインフォーマルサービスも含め検討し、本人・家族に提案し対応している。</p>
18		<p>○本人と共に過ごし支えあう関係</p> <p>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</p>	<p>穏やかに生活ができるよう、本人も含め全員で話し合いながら介護する者される者の垣根を超えた信頼関係を築くよう努めている。</p>
19		<p>○本人を共に支えあう家族との関係</p> <p>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</p>	<p>1か月に1回状況報告を郵送すると共に、家族の面会時に介護記録やケアプランなどを見てもらい、本人のニーズと家族のニーズを把握し、よい家族関係が築けるよう支援している。</p>
20	(8)	<p>○馴染みの人や場との関係継続の支援</p> <p>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</p>	<p>家族の了承・協力のもと、友人・知人の面会や電話等でのやりとりなどなじみの関係が途切れないよう支援している。</p>
21		<p>○利用者同士の関係の支援</p> <p>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同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている</p>	<p>一人一人が孤立しないよう食事の席などに配慮し、時には見守り時には間に入りながら支えあえるような関係性を保てるよう支援している。</p>

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	退去後も家族・本人からの再入所相談、他の施設への相談援助を行っている。
<b>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</b>			
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	各職員が一人一人のニーズの把握に努めている。また、困難な入居者の場合は、表情や仕草、家族の情報などを検討しケアに活かせるよう努めている。
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	相談時だけでなく、ケアの場面でも各職員が生活環境などを聞き取り、全体に周知するよう努めている。
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	申し送りや軒下カンファレンスを活用し、一日の過ごし方等全職員が把握できるように努めている。
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	アセスメントとモニタリングに基づき、3か月に1度担当者会議を開催し、活発な意見交換の中で意見やアイデアを検討し、介護計画書を作成している。
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	毎日、日中・夜勤帯の記録を作成し、職員間での情報を共有している。チームで意見交換をし、実践や介護計画の見直しに努めている。
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	フォーマルサービスに偏ることなく、インフォーマルサービスを柔軟に取り入れ、支援やサービスに活かしている。

29		<p>○地域資源との協働</p> <p>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</p>	<p>近くの保育園より園児がお花を持参し、入居者と談笑したり、秋祭りの季節には地域住民が獅子舞を披露してくれたり交流が楽しめるよう支援している。</p>
30	(11)	<p>○かかりつけ医の受診支援</p> <p>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</p>	<p>相談援助時や契約時などに本人・家族の意思を尊重し、かかりつけ医を決定している。</p>
31		<p>○看護職との協働</p> <p>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</p>	<p>週1度の訪問看護時だけでなく、常に連絡を取り連携を図っている。また、週1度の歯科往診時は口腔ケアや嚥下などの相談を行っている。</p>
32		<p>○入退院時の医療機関との協働</p> <p>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。</p>	<p>入院時は介護サマリー等で連携を図り、入院中は早期に退院できるよう病院を訪問し、情報交換や相談に努めている。また、病院などに定期的に足を運び、信頼関係を築いている。</p>
33	(12)	<p>○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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</p>	<p>入居後早い段階から本人や家族と話し合う中で共通認識を深め、関係各位と相談しながらその人らしく終末期を迎えられるよう、チームで支援に取り組んでいる。</p>
34		<p>○急変や事故発生時の備え</p> <p>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</p>	<p>急変や事故発生時は一人に対応することなく、各職員がマニュアルにそって動けるよう定期的に勉強会などを行っている。</p>
35	(13)	<p>○災害対策</p> <p>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</p>	<p>年1回避難訓練や地域防災の勉強会などに参加し、災害が起こったら各職員が動けるようマニュアル化している。</p>

IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援			
36	(14)	<p>○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保</p> <p>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</p>	<p>介護職という枠にとらわれず、人生の先輩として尊敬の念をもって接することができるように言動などに配慮している。</p>
37		<p>○利用者の希望の表出や自己決定の支援</p> <p>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</p>	<p>一人一人に合わせたコミュニケーションを図り、その人の希望が表出できるよう働きかけている。</p>
38		<p>○日々のその人らしい暮らし</p> <p>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</p>	<p>一つ一つケア時に意思確認を行い、希望にそって支援している。</p>
39		<p>○身だしなみやおしゃれの支援</p> <p>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</p>	<p>本人の希望の服や日用品を家族に連絡して持ってきてもらったり、買い物に一緒に行ったりしている。</p>
40	(15)	<p>○食事を楽しむことのできる支援</p> <p>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</p>	<p>食事の準備などを手伝ってもらったり、おやつなどは嗜好を聞き、一緒に作ったりしている。</p>
41		<p>○栄養摂取や水分確保の支援</p> <p>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</p>	<p>一人一人の食に対する状態を把握し、一口大にきざんだり、量を調整したりしている。</p>
42		<p>○口腔内の清潔保持</p> <p>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</p>	<p>週1回の往診時、口腔ケアの仕方を相談・習得し、その人に合った口腔ケアを実施している。</p>



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	おむつゼロを目指し、その人に合った時間に誘導を行い、できるだけトイレで排泄できるよう支援を行っている。
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	排泄表とは別に排便状況表を作成・記入し、排便の間隔などを把握し、その人に合った飲食物などを検討し予防に取り組んでいる。また、リラックスした環境で排便ができるよう環境整備を行っている。
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、個々にそった支援をしている	日中は希望にそった時間帯に入浴できるよう配慮している。
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	体力がある人などはできるだけ日中起きてもらい、居室やホールで過ごしてもらう。体力がなく、休息を希望される方には時間を決め、臥床してもらっている。
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	処方された薬を確認し、副作用や用法・用量を理解し、変更があれば申し送りなどで周知を行っている。
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	本人の希望や家族の協力を得て、外泊支援を行ったり、嗜好品を持ってきていただいたり、年間行事を通して四季を感じていただいたりしている。
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	気候がいい日などは近所の散歩に出かけたり、外出・外泊の支援を家族の協力を得て行ったりしている。

50		<p>○お金の所持や使うことの支援</p> <p>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</p>	<p>基本的には金銭を持たせず、預かりもしない。日用品など必要な物は家族に許可を得て立て替えて購入している。</p>
51		<p>○電話や手紙の支援</p> <p>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</p>	<p>本人・家族の希望があれば、電話や手紙の代筆などを行っている。</p>
52	(19)	<p>○居心地のよい共用空間づくり</p> <p>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</p>	<p>温度管理リストを活用し、温度設定をしている。夏はエアコン、冬は床暖房により快適に過ごせるよう配慮している。また各部屋からは中庭が眺望でき、季節感がわかるようになっている。</p>
53		<p>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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</p>	<p>ソファで談笑したり、畳でくつろいだり一人一人が各場所でリラックスできかつ孤立しないよう環境を整えている。</p>
54	(20)	<p>○居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>居室は、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</p>	<p>入居する前に使用していた物や家族写真など、その人が愛用していた物を持ってきてもらい、居心地よく過ごせるよう支援している。</p>
55		<p>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>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</p>	<p>施設内はバリアフリーにしており、浴室やトイレ、廊下などに手すりを完備し、備品等は安全面を配慮した位置に設置している。</p>