

(様式2)

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 25 年 8 月 26 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25年6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25年7月17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）】

<p>・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。また、それを継続できるよう努めている。</p> <p>・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。</p> <p>・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。</p>

【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）】

<p>グループホーム星の里・にしぎこの家（以下、ホーム）は、尾道市吉和町にあります。法人の理念を大切にしながら、ホーム独自の理念のもと、チャレンジ目標を定め、日々のケアで理念を意識しながら具体的に実践できるよう努められています。ホームでは、近隣のグループホームと合同で避難訓練や行事を一緒に行ったり、散歩の休憩場所としてお互いのホームを利用するなど、日常的に交流を図っておられます。</p> <p>また、入居者主体の運営会議では、入居者一人ひとりがやりたい事や行きたい事など入居者と職員が話し合うなど、入居者が笑顔で過ごせるホームづくりに努力されています。</p> <p>さらに、外部評価の家族アンケート結果について職員全体で話し合い、運営やケアに反映するとともに、運営推進会議で報告・検討もされています。</p>

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。	職員全員で考えた理念を掲示し、確認できるようにしている。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。	法人の運営方針を基に、ホーム独自の理念を職員全体で話し合い作成されています。職員は、一人ひとりの「我が人生に歴史あり」の思いを尊重した支援を日々の暮らしを通して理解し、地域の中でその人らしく生活することを支える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。	ホームは、町内会に加入されています。地域住民に畑の土地を借り、野菜づくりを楽しまれています。また、秋祭りには、ホームの中庭でボランティアと職員と一緒に出店を出したり、職員オリジナル劇を披露したりするなど、地域の人と一緒に楽しめる行事で付き合いを大切にされています。	
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。	毎月地域のふれあいサロンに利用者と一緒に参加し、認知症の人に対する接し方などを自然に伝達している。また、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。		
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。	運営推進会議には、地域の関係者が多く参加されています。会議では、ホームの駐車場の砂利石が歩道に乗りあげて危険であるとの意見が出され、一部をコンクリートで固めるなど、率直な意見や提案を運営に反映されています。また、地域の同業者同士で協働しながら、緊急時のネットワークづくりに取り組まれています。	
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。運営推進会議への参加を呼び掛けている。	市主催の勉強会や事例検討に参加されています。地域密着ケアマネ部会のケアプラン様式の指導や地域ケア会議で行われる事例検討にも参加されています。また、必要に応じて、ホームの実情や現状を理解してもらう努力もされています。	

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	<p>○身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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。</p>	<p>玄関の鍵は職員が一人になる夜間以外はかけないようにしている。それ以外の身体拘束は行っていない。また、何が拘束にあたるのかは、勉強会を実施し資料で伝えている。</p>	<p>職員会議で身体拘束について発表する機会を設け、職員の理解を深めておられます。また、カンファレンスにおいて、不眠などの事例をもとに検討したり、家族の理解と協力を得ながら、ホームで拘束のない支援に努めておられます。</p>	
7		<p>○虐待の防止の徹底</p> <p>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。</p>	<p>管理者は高齢者虐待についての研修に参加し、利用者や職員、家族の状況も把握するよう努めている。</p>		
8		<p>○権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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。</p>	<p>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。</p>		
9		<p>○契約に関する説明と納得</p> <p>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。</p>	<p>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。</p>		
10	6	<p>○運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>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。</p>	<p>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。</p>	<p>年1回、家族会を開催されています。家族アンケートから、認知症について不安の声があがり、家族へ資料提供する機会を設けるなど、家族が何を知りたいかを常に考えながら、丁寧な対応を行うと共に、信頼関係づくりにも努力されています。</p>	
		<p>○運営に関する職員意見の反映</p>		<p>日1回、フロア会議を開催し、意見を交換</p>	

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	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各委員会の会議での意見を集約して運営に反映している。	月1回、フロア会議を開催し、意見交換が行われています。行事や環境等、各分野で職員が委員会に属し、意見や提案を出されています。また、「人事考課制度」を設けられています。管理者は、職員と個人面談を実施し、職員からの生の意見を聞く機会を設け、現場の声がケアに反映されるように積極的に取り組まれています。	
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で開催し、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。	市内の同業者との交流会、事例検討会を開催するため取り組んでいる。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。		
		○初期に築く家族等との信頼関係			

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		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、又、分からないことは連絡を取り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。	利用者のこれまでの暮らしや習慣、思い出のある場所へ出かけるなど、関係継続の支援に努めておられます。馴染みの場所への外出は、ケアプランにも位置づけられています。定期的に自宅に行ったり、懐かしい友人に会いに行ったりする入居者もいるなど、これまでの関係が途切れないよう支援されています。	
		○利用者同士の関係の支援	ケアプランにて相性を考えて、具体的に他		

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。	者とのかか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。	入居者と職員が一緒に話し合う場として、月1回、入居者主体の運営会議を実施されています。会議では、コミュニケーションを図りながら、入居者の希望や意向の把握ができるよう取り組まれています。アセスメントでは、センター方式を活用し、一人ひとりの生活歴の違いを把握しながら、個別対応に努めておられます。	
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。		
		○チームでつくる介護計画とモニタリング			

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	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。	入居者の状況に応じて、介護計画の見直しが行われています。入居者ごとに担当職員を決め、モニタリングをもとに話し合いをされています。その人らしい暮らしの実現のため、本人や家族、関係者の意見が反映された計画を作成されています。また、入居者の意向や心身の状況の変化にも応じた計画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、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、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、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。	月1回、医師による往診があります。病状の悪化や急変時には、協力医療機関と24時間体制で連携が図れるよう環境を整え、適切な医療が受けられるよう支援されています。	
		○看護職員との協働	GHの看護師が不在時にも対応できるよ		

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		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。	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、その上でどのように対応していくのか話し合いを行っている。退去した後も、家族の支援を行っている。	重度化した場合や終末期のあり方について、入居時に家族や入居者の希望を聞かれています。また、ホームが支援できる範囲を家族に説明し、入居者がその人らしく過ごせ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、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。	想定される災害は、火災、地震、土砂崩れです。消防署指導のもと、年3回のうち1回は地域住民と合同で訓練を実施されています。また、避難訓練に加え、非常サイレン設置について運営推進会議で提案が出され、反映に繋がっております。	

IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援

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
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に、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。	職員は、日々の暮らしの中で、プライバシーを傷つけない言葉かけや行動に配慮されています。また、言葉遣いについて半期ごとに評価を実施し、不適切な対応が見られた場合には、職員一人ひとりの課題として取り組むよう努めておられます。	
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や食べたい物を取り入れた外出や献立を考え、提供している。又、日中活動では利用者に声をかけ、1日の過ごし方(体操・散歩・レク・入浴等)を自己決定できるよう促している。		
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、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。	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一緒に買い物に出かけ、食べたい物やご本人の好きなお菓子など購入している。	献立は、入居者主体で行う運営会議で料理本を参考に、入居者自らが希望する物をメニューとして決めるなど、食事を楽しむための工夫をされています。時には、ラーメンや回転寿司、ファミリーレストランへ外出に出かけるなどの楽しみも支援されています。	
		○栄養摂取や水分確保の支援	食事量・水分摂取量は毎日記録して一人		

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		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。	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、パットやパンツ等を使用している。	利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、職員全体で共有されています。さりげない動作や仕草から、トイレに行きたいという気持ちを汲み取るよう努めておられます。また、夜間においては、3パターンに合わせてパッド使用方法を工夫するなど、睡眠を妨げることなく気持ちよく過ごせるよう取り組まれています。	
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、必要な利用者には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入浴することができる。また、2ヶ月に1回銭湯に行きたいと希望する利用者と一緒に色々な場所の銭湯へ出かけている。	入浴は、週3回を基本に支援されています。入浴を好まない入居者には、声かけに成功した職員の方法を全体で共有しながら、言葉かけやタイミングを見ながら柔軟に対応されています。また、希望や習慣に応じて、健康ランドやみろくの里、銭湯などに出かけ気分転換を図りながら入浴を楽しめるよう工夫されています。	
		○安眠や休息の支援			

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		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。	本人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たり、以前からの知り合いと一緒に外出したりできるよう支援している。	近隣のスーパーマーケットに買い物に出かけたり、天気の良い日にはホームの中庭を散歩されています。また、ホーム向かいの畑に出かけ、野菜作りを楽しむ入居者もおられます。入居者の行きたい場所へドライブに出かけたり、四季の変化を肌で感じながら気分転換できるよう支援されています。	
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ただいている。		
		○電話や手紙の支援			

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		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。	人目を気にせずソファでゆっくりと過ごせる空間を整備されています。家族や友人が訪問した際にも、周囲を気にせず会話を楽しめられるスペースを確保されています。明るく開放感のある広いリビングでは、体操やゲームなどを楽しまれています。	
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・担当職員と一緒に、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。	入居者は、自宅で愛用していた化粧道具や親しみのある写真、置物などを持ち込まれています。入居者一人ひとりが居心地良く落ち着いて過ごせるよう配慮されています。	
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(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くらいの ③利用者の3分の1くらいの 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と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
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	○	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。	職員全員で考えた理念を掲示し、確認できるようにしている。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。	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。	毎月地域のふれあいサロンに利用者と一緒に参加し、認知症の人に対する接し方などを自然に伝達している。また、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。		
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。運営推進会議への参加を呼び掛けている。		

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
6	5	<p>○身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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。</p>	<p>玄関の鍵は職員が一人になる夜間以外はかけないようにしている。それ以外の身体拘束は行っていない。また、何が拘束にあたるのかは、勉強会を実施し資料で伝えている。</p>		
7		<p>○虐待の防止の徹底</p> <p>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。</p>	<p>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。</p>		
8		<p>○権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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。</p>	<p>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。</p>		
9		<p>○契約に関する説明と納得</p> <p>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。</p>	<p>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い、文書も配布している。</p>		
10	6	<p>○運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>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。</p>	<p>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。</p>		
		○運営に関する職員意見の反映			

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	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各委員会の会議で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、事例検討会を開催するため取り組んでいる。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。		
		○初期に築く家族等との信頼関係			

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		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、分からないことは連絡を取り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、数人で夕食する等、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。		
		○利用者同士の関係の支援	ケアプランにて相性を考えて、具体的に他		

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。	者とのかか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。		
		○チームでつくる介護計画とモニタリング	モニタリング用紙に主治医や職員すべて		

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	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。	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、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、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。		
		○看護職員との協働	GHの看護師が不在時にも対応できるよ		

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		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。	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、その上でどのように対応していくのか話し合いを行っている。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。	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、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。		

IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援

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
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に、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や食べたい物を取り入れた外出や献立を考え、提供している。又、日中活動では利用者に声をかけ、1日の過ごし方(体操・散歩・レク・入浴等)を自己決定できるよう促している。		
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。	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。	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一緒に買い物に出かけ、食べたい物やご本人の好きなお菓子など購入している。		
		○栄養摂取や水分確保の支援	食事量・水分摂取量は毎日記録して一人		

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		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。	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、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、必要な利用者には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入浴することができる。また、2ヶ月に1回銭湯に行きたいと希望する利用者と一緒に色々な場所の銭湯へ出かけている。		
		○安眠や休息の支援			

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		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。	本人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たり、以前からの知り合いと一緒に外出したりできるよう支援している。		
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場面を設定し、自分で支払うよう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ただいている。		
		○電話や手紙の支援			

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		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・担当職員と一緒に、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(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くらいの ③利用者の3分の1くらいの 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と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
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	○	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・にしごこの家

作成日 平成 25 年 9 月 14 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組み内容	目標達成に要する期間
1		接遇, 言葉遣いが不適切な時がある。	利用者・家族に対して, 適切な言葉遣いや態度で関わる。	接遇チェックシート活用。	1年間
2		職員間でしっかり意見交換ができないことがある。	全職員が生き活きと働ける職場にする。	リーダーと職員が毎月面接をする。	1年間
3		利用者の周辺, 症状への対応や知識不足。	利用者個別に適した対応のためのチームケア。	①認知症勉強会。 ②個別ケアのためカンファレンスをこまめに実施する。	1年間
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。