

(様式2)

2019 年度

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	1590100341		
法人名	社会福祉法人 遊生会		
事業所名	高齢者グループホーム まいらいふ西川		
所在地	新潟県新潟市西蒲区川崎1246-2		
自己評価作成日	令和2年1月20日	評価結果市町村受理日	

※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	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/15/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益社団法人新潟県社会福祉士会		
所在地	新潟県新潟市中央区上所2丁目2番2号 新潟ユニゾンプラザ3階		
訪問調査日	令和2年3月27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)】

施設はJR越後曾根駅から徒歩2分程度の場所にあり、日々、フロア・各居室から通勤・通学の様子を感じることができます。ボランティアさんの積極的な受け入れ、地域のイベントへの参加により、地域の方々との交流を深めています。ご利用者様には、買い物・調理・ホームの清掃・洗濯・野菜作り・お花の世話など、一人ひとりが出来る事、好みの活動をして頂きながら、その方にとって無理のないペースで生活して頂けるよう心掛けています。法人内施設のグループホームや、小規模多機能型居宅介護施設、地域密着型特別養護老人ホームとの交流やイベントへの参加も行っています。また、職員の教育にも力を入れており、法人が外部から講師を招いて主催するキャリアパス研修への積極的な参加やテーマを決めて施設内部でも研修を行うなど、職員の知識・ケアの向上に努めています。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

事業所は、地域の中で様々な役割を担うことによって、地域との良好な関係を築いている。昨年は、10年に1回交代で回ってくる町内の班長の役割を果たした。日常的には、散歩などを通じた交流の機会を作っている。

職員間の関係も良好であり、管理者や計画作成担当者がリーダーシップを発揮し、毎日の申し送りの機会や個別面談の機会を活用して職員の意見や提案の把握に努めている。また、管理者は月に1回のスタッフ会議、月に2回の法人内の管理者会議に参加し、事業所間の情報を共有する機会としている。

介護計画は、利用者本人の思いや家族の思いをふまえて作成している。計画の見直し・作成時には、サービス担当者会議や毎月のチェック表による評価の内容が反映されている。

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	玄関やフロアに理念を掲げています。ご利用者様一人ひとりの生活リズムを考えたケアについて、日頃から話し合いを行っています。	理念は、設立時に職員へのアンケートと話し合いにより作成したものである。理念を共有スペースやスタッフルームに掲示するとともに、ミーティングなどで読み合せて職員間の共有に努めている。	
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	自治会に加入し、回覧板を回したり、地域の清掃活動や防災訓練など、イベントには積極的に参加しています。また、地区の班長を務めることで、配り物や回覧板を通じて、地域の方と交流を深めています。	日常的に散歩などを通じた交流の機会を作っている。事業所は、町内会費を払い、ごみ当番の役割を果たしている。昨年は、10年に1回交代で回ってくる町内の班長の役割を果たした。地域との交流を深めることに努めている。	
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	地域ケア会議に出席し、地域の方々に認知症やグループホームについて話す機会を設けています。地域包括支援センター主催の家族向け介護教室でも認知症について話をする機会がありました。		
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か月に1回、運営推進会議を開催し、活動内容・利用者状況の報告を行っています。参加者から意見・情報を頂き、サービス向上につなげています。	利用者、家族、町内会長、地域包括支援センター、地域の代表の参加を得て開催している。会議では事業所や利用者の状況報告を行い、事業所及び町内の防災訓練運の振り返り等も行っている。会議の際は事業所見学も実施して理解を深めてもらっている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	市の担当者からメール情報を頂いています。介護保険で不明点があれば、市の担当課に電話で相談しています。	行政担当者とはメール等で情報を共有している。地域包括支援センターからは研修会やイベント等の情報を得て、参加している。	
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	マニュアルを作成し、事故・ヒヤリハット検討の際にスタッフ会議の中で話し合いを行っています。日中は玄関の施錠は行わず、安全確保のためセンサーを設置することで対応しています。	身体拘束適正化委員会(3か月に1回)や法人内研修を実施し、ケアの向上に努めている。朝6時30分～夜7時までは玄関の施錠はしておらず、センサーも設置しながら利用者の出入りに目配りしている。自転車等で外へ出かける利用者もおられるが、職員間で配慮して安全確保に努めている。	

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	研修に参加し、伝達を行っています。日頃から話し合いを行ったり、お互いが注意し合うなどし、虐待防止に努めています。また、夜勤者の精神的な負担を軽減できるよう日中の業務を組み立てています。	法人内で虐待防止についての研修を実施している。利用者が夜よく眠れるよう日中の活動を工夫したり、体調不良が見られる場合は日中の間に受診するなど、夜勤者の精神的な負担軽減を考えた対応を行っている。また、夜間は、訪問看護ステーションに24時間対応してもらえる体制となっている。	
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	対象となるご利用者様はいらっしゃいませんが、今後に備え、関係する研修には参加するよう努めています。		
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	契約締結・解約の際には、十分な説明を行い納得された上で捺印して頂いています。改定等の際には書面により説明を行っています。		
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	家族面会時や電話などで状態を伝え、ご利用者様・ご家族様からの意見や要望があれば、申し送りや連絡ノートを活用し情報の共有に努めるとともに必要時は改善を行っています。	利用者や家族からの意見や要望を受け止め、連絡ノートを活用して職員間及び管理者が内容を共有している。実際に、おやつに関してやリハビリ体操への参加に関してなどの利用者・家族の意見を運営に反映させている。	
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	月一回のスタッフ会議では、個々の意見を聞き、ケアの見直し・業務改善につなげています。日頃から話しやすく、意見を言いやすい環境づくりに努めています。	管理者は月に1回のスタッフ会議、月に2回の法人内の管理者会議に参加し、事業所間の情報を共有する機会としている。毎日の申し送りの機会や個別面談の機会を活用して職員の意見や提案の把握に努めている。	
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	昇給・給与は、一律を避け、勤務実態を反映させているほか、処遇改善なども利用し、やりがいのある職場環境の整備に努めています。法律を順守し、サービス残業などはありません。		
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	月二回の管理者会議で、業務の進捗状況、管理者及び職員の取り組みを把握しています。研修は、法人内での交換研修やキャリアパスへの積極的な参加を推進しています。資格取得には、補助制度で応援しています。		

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
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	代表者は、管理者や職員が、地域の研修会・勉強会などへ参加することを積極的に応援しています。運営推進会議では、同業者と情報交換を行っています。		
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	入居前の事前訪問・面談により、本人・家族から現在の状況や想いを聞き取り、安心できる環境作りに努めています。センター方式のアセスメントを活用しています。		
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	家族の苦労・想いを受け止め、今後について話し合う機会を持っています。		
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	管理者・ケアマネージャーが、本人・ご家族様から話を聞き、現在必要な支援を見極め、できる限り柔軟なサービスを心掛けています。法人内外の他施設・事業所のサービス利用も提案しています。		
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	家事活動や畑・花の世話などをご利用者様と職員と一緒に行動することで、一人ひとりが役割を持ち、人の役に立っているという喜びを感じて頂けるようにしています。		
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	2か月に1回、広報誌・お便りを送付しています。お便りは、各利用者の居室担当者が作成し、日頃の生活の様子や状態を伝えています。また、来所時や電話でも状況を伝えています。	利用者の小遣いの報告を行ったり、衣替えや受診等の役割をお願いすることによって、家族とともに本人を支える関係を継続できるよう努めている。墓参りの機会を作ってもらったり、電話も活用している。	
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	馴染みの関係が途切れないように、友人や親戚の方が気軽に来て頂けるよう配慮しています。また、ご家族様には外出の機会を作ってもらえるようお願いしています。	知り合い等の面会の際は、部屋でゆっくり過ごしてもらうようにするなど、気軽に面会できる雰囲気を作り、入居前からの馴染みの関係が継続されるよう努めている。毎日面会に来られる方もいる。また、レストランやスーパーなどの馴染みの場所への外出も支援している。	

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
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	気の合う方同士で、居室やフロアで過ごされる姿も見られます。ご利用者様同士で声を掛けあい、一緒に作業をされたり、できない事をお互い助け合えるよう、環境作りに努めています。		
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	必要に応じて、相談や援助を行えるよう努めています。退居後に他施設・病院などで亡くなった場合、葬儀に出席させて頂くこともあります。		
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	居室担当者を中心に、本人の希望・意向の把握に努めています。連絡ノートにて職員間の情報の共有を図り、プラン作成時には担当者の意見と共に活用しています。	マンツーマンで対応できる入浴や散歩の場面を活用し、本人の思いや意向などを聞き取っている。把握した内容はアセスメントシートへ記入し、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	本人・ご家族様・知人からの情報や、日々の生活の様子から、生活歴の把握に努めています。	入居前の家庭訪問の際に家族から情報を得るほか、担当の居宅ケアマネージャー、利用していた事業所や医療機関などからも情報を得ている。アセスメントシートはセンター方式を使用し、年に1回更新するとともに、随時追記している。また、本人の言葉をそのまま記録して客観的情報として活用できるようにしている。	
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	記録や連絡ノート、申し送り等で現状の把握に努めています。		
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	本人・ご家族様の思いを聞き、居室担当者、他職員を交えカンファレンスを行い、介護計画を作成しています。プランチェック表を利用し、毎月評価を行い必要時見直しを行っています。	介護計画の見直し・作成前には、ミニカンファレンスで職員から情報や意見を得たり、事前に家族等に話を聞くなどの工夫をし、また、サービス担当者会議には家族の参加も得られるよう調整している。介護計画の評価は、独自のチェック表を使用して担当職員が月1回実施している。	
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	介護記録や連絡ノート、申し送りを活用しています。日々、問題があれば、その場で話し合い見直しを図っています。連絡ノートを活用し、情報の共有を行っています。		

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
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	必要に応じて、通院や外出の同行など、本人やご家族様の状況に応じた対応を行っています。		
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	外に出ることにより、近隣の方々と顔馴染みになるようにしています。生活歴や趣味などを把握し、地域の中で楽しみを持ち、生きがいを感じながら過ごして頂けるように努めています。		
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	かかりつけ医の受診は、口頭や文書でご家族様に丁寧に状態を伝えてます。また、往診の際は職員が付き添います。特変時には、電話で医師に問い合わせることで職員が受診に付き添うなどの対応をとっています。	入居時に、距離的な理由からこれまでのかかりつけ医から事業所の協力医療機関へ変更する方が多く、現在、9名の利用者中、5名の方が協力医療機関の往診による診療を利用している。受診の際には、口頭や文書で事業所から医療機関へ連絡をとっている。	
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	状態の変化に気付いた時は、訪問看護師に連絡して指示を仰ぎ、早めに家族に伝え、受診をお願いしています。		
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・看護師・相談員にGHが対応できる範囲を理解して頂き、病院関係者と情報交換や相談を行います。		
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	重度化した場合の対応について、利用者や家族が理解しやすく、安心して頂けるよう、重度化対応に関する指針を作成し、家族の説明や話し合いに活かしています。	重度化や終末期に向けた対応に関する指針を作成し、入居時や面会時に本人や家族へ説明することで利用時の安心感につながっている。	
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	緊急時対応マニュアルを作成しています。特変時には、職員間で連絡がとれる体制をとっています。	訪問看護ステーションと契約することにより、24時間看護師との連絡が可能な体制をとっている。また、年に1回消防署にきてもらい、消火訓練や搬送訓練と併せて、誤嚥の対応やAEDの操作等の研修を行っている。	

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
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	年に2回(内1回は夜間想定)、防災対策マニュアルに基づきホーム内で防災訓練を行っています。地域の防災訓練には、ご利用者様と参加し、町内新聞には当GHの情報を載せて頂き地域の方の協力を得られるようにしている。	火災や地震の際のマニュアルに加えて、水害時のマニュアルを作成した。事業所の避難訓練を年2回行うとともに、毎年春には地域の防災訓練にも利用者数名と職員2名が参加している。また、災害発生時の備えとして、3日分の食料と水の備蓄をしている。	地域の広報誌を通じたグループホームの紹介等、地域とのつながりを深めるよう取り組んでいる。町内では要配慮者への対応について、当グループホームの利用者の災害時の対応も含めて協議中である。今後の取り組みに期待したい。
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○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	年長者であることを常に意識し、一人ひとりの状態や性格を考慮し、言葉掛けを行っています。職員同士の会話では、イニシャルを使うようにしています。また、否定する言葉は使わずに、話はゆっくりと最後まで聞くように心掛けています。	利用者に寄り添って、一緒に行動する対応を心がけている。丁寧に言葉をかける、命令口調や指示的な言葉を使用しない、小声で話す、必要に応じてイニシャルを使用するなどの配慮を行っている。	
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	本人の思いや希望が引き出せ、また、本人が意思決定しやすい言葉掛けを行っています。その際、表情や行動にも気を配り、思いを読み取るようにしています。		
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	日々の状態に合わせて、本人のペースに合った過ごし方が出来るように支援しています。		
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	衣類は本人の好みに合わせて選んで頂いたり、相談しながら選ぶようにしています。		
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	買い物や食事の準備・後片付け等、無理のない範囲で一緒に行っています。ホームの畑で採れた野菜や家族から頂いた野菜を使用し、季節感を味わって頂きます。誕生日には、本人の好みのメニューを取り入れ、提供しています。	普段は利用者と近くのスーパーへ買い出しに行っているが、訪問調査時は新型コロナウイルス感染症が発生していたこともあり、実施していなかった。食事には、季節の食材や畑の野菜、プランターで育てたミニトマト、ピーマン、オクラなども利用している。利用者ができる範囲で、配膳の手伝いやもやしのひげ取りなどに参加してもらっている。飲み込みの状態に応じてとろみをつけるなど、利用者一人ひとりに合わせた食事支援を行っている。	

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
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	一人ひとりに合わせた食事量となるよう配慮しています。好き嫌いのある方には、代替メニューや調理の工夫を行っています。また、体調に合わせたメニューや水分の提供を行っています。		
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、口腔ケアの声掛けを行っています。拒否のある方には、声掛けを工夫しています。できるところは自分でして頂き、介入が必要な方には仕上げ磨きや口腔内の確認をしています。		
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	排泄チェック表を使用し、一人ひとりの排泄パターンを確認し、声掛け・付き添いを行っています。	チェック表を使用して利用者の排泄パターンを確認し、排泄の自立に向けた支援を行っている。必要に応じてリハビリパンツと尿取りパットを使用しながら、トイレで排泄できるように対応している。	
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	水分・乳製品の摂取や腹部マッサージを行っています。また、改善が見られない場合には、主治医に相談し薬の処方など検討する場合があります。		
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	一人ひとりの希望や生活リズムに合わせて、入浴を行っています。好みの湯温にし、入浴剤を使用することで入浴を楽しんでいただいています。拒否のある方には、タイミングを図ったり、声掛けを工夫しています。	ほとんどの利用者が入浴を好んでおり、一人ひとりのタイミングに合わせて楽しんで入浴してもらっている。入浴時は、利用者と職員がマンツーマンでゆったりと関われる時間となっており、思いや希望を聞く機会にもなっている。	
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	一人ひとりに合った生活リズムで休んで頂いています。判断の難しい方には、身体状況に配慮し、声掛けを行っています。		
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	処方薬のファイルを作成し、常に確認が出来るようにしています。処方内容の変更や状態変化は、連絡ノートにて情報を共有しています。必要時は、医師・薬剤師へ連絡をとっています。		
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	趣味や生活歴を把握した上で、楽しみややりがいを感じて頂けるよう支援しています。力を発揮できる役割を持つことで、喜びや張り合いを感じて頂いています。お茶などの飲み物は好みを聞いて提供しています。		

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
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	散歩や買い物の他、季節に合った外出計画を立てています。また、日ごろから短時間でもホームの外に出る機会を作るよう努めています。ご家族様には受診と合わせ、外出や食事の機会を設けて頂けるようお願いしています。	日常的に散歩や買い物に出かけている。日中の職員が多い日には、お茶などを持って少人数でドライブにも出かけている。また、年間の行事計画をたて、花見や紅葉狩りなど季節ごとの外出行事も実施している。	
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	お金の所持・使用ともに、できる方にはご自分で頂くことを基本としています。ご家族様からの預り金は施設側で管理し、買い物や外出行事などで飲食や物品購入を希望された際には、そのお金を使用して頂いています。		
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	毎年年賀状をご家族様や知人に出しています。本人より、電話の希望がある場合は、ホームの電話を利用して頂いています。		
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	フロアや廊下の壁には季節を感じて頂ける手作りの作品を飾っています。畳スペースは、談話や作業の場所だったり、思い思いに過ごして頂ける場所になっています。	日中はほとんどの利用者が、畳コーナーのある食堂兼ダイニングで過ごしている。床は夜勤者、トイレ・洗面台は日勤者など清掃の担当を決めて清潔保持に努めている。どの席からもテレビが見やすいようテーブルの配置を工夫し、季節の花やポランテアの方の作品を飾り、居心地の良い空間づくりを工夫している。また、加湿器を設置して湿度にも配慮している。	
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	フロアの畳スペースやソファ、玄関の長椅子にて、仲の良いご利用者様同士で、時には独りで思い思いの時間を過ごせるよう環境を整えています。		
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	ご家族様にも趣旨を説明し、使い慣れた家具や物品を持って頂くようにしています。居室が少しでも自分らしく、また、居心地良い場となるよう、家族の写真や好きな花、ぬいぐるみや趣味の作品などを持ち込んで頂いています。	各居室には洗面台、タンスが備え付けられている。椅子やテーブルは自身のものを持ち込み、仏壇を持ちこんでいる方もいる。家族や職員により、絵や写真なども飾って、居心地よく過ごせるよう配慮している。朝に居室の掃除機がけを行って清潔を保持し、可能な利用者には自分でモップがけを行ってもらっている。	
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	手すりを設置し、段差が無く安全に生活できるように考慮されています。また、ご利用者様に分かりやすいように、各居室の表札や浴室・トイレの表示を行っています。		

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				