

## 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 |
| <b>I. 理念に基づく運営</b> |     |  |   |   |                   |
| 1                  | (1) | ○理念の共有と実践<br>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                             | 3つの理念を掲げ、管理者及び職員間においてその意識に齟齬が生じないように努めて実践につなげている。   | 事業所独自の理念を開設時に作成し、理念の実践ができるよう玄関・ユニットにも理念を掲示し、理念を意識した業務ができるように努めています。   |                   |
| 2                  | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>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                             | 地域の行事等への参加ボランティアの受入などを実践している。特に最も身近な町内会の皆さんとのつながりを大切にし、交流も深めている。  | 地域のお祭りやバーベキュー大会に参加したり、中学生の体験学習やボランティアの受け入れたり、事業所のお祭にも地域の方にも参加して頂くなど、積極的に地域とのふれあいが心がけられています。                   |                   |
| 3                  |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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                           | 認知症の方への理解や支援の方法は、職員の実践の範囲にとどまっている。  |   |                   |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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カ月に1回開催の運営推進会議には、利用者の状況や行事、運営、サービス提供などを報告をしている。一方、テーマを決め、自主的な審議を展開するよう努めている。それに対する意見や提言はサービス向上に活かすようにしている。 | 運営推進会議は町内会長、民生委員、ご家族代表、老人クラブ会長、包括支援センター職員、消防団員から出席してもらっています。参加者へ事業所の状況報告を行い、会議で頂いた意見はしっかり受け止めて向上するように努力しています。 |                   |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>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                   | 介護保険に関する事、市の助成サービスに対して個別の相談があれば行っている。   | 地域包括支援センター職員には運営推進会議にも参加していただきアドバイスを頂いているほか、地域ケア会議にも参加するなどし、連携が図られています。                                       |                   |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者および全ての職員が「介護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 | 会社全体での身体拘束について研修を通して、理解を深め、職員会議でも、身体拘束のないケアの実践に努めている。   | 事業所では身体拘束は行わない方針のもと、玄関の施錠も夜間のみとし、ホームでも身体拘束に関する研修の機会を持つなど、身体拘束をしないケアに努めています。                                   |                   |

| 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 |
| 7  | (5-2) | ○虐待の防止の徹底<br>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     | 身体拘束と同様に、虐待の防止の徹底についても会社全体での研修を通し、共通認識をもって、虐待防止を目指し、職員会議でも注意を払い、防止に努めている。                                 | 事業所にて日々注意をし虐待の防止に努めており、ホームでも虐待防止に関する研修の機会を持つなどし、職員の理解を深めています。                            |                   |
| 8  |       | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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 | 職員会議では、権利擁護について資料を添付し、共有を図る。現在、対象となる利用者さんもいらっしゃらない。   |  |                   |
| 9  |       | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又はや改定等の際は、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                     | 契約締結時には、当該契約内容説明のほか、グループホームの理念、施設を取り巻く環境の説明や施設内見学なども併せて行うなどし、理解・納得を得るよう努めている。                             |  |                   |
| 10 | (6)   | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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                  | 面会時や電話連絡の際などに気付いたことや要望はないか確認し、随時、職員と管理者、代表者との面談・協議を行い、家族会が設立されたことで、運営に反映させることがこれまで以上に可能となる。               | 運営推進会議の場だけでなく、面会時や電話連絡の際などに気付いたことや要望は無いか確認しています。また、家族会も設立し、ご家族との交流を図り意見が出易くされています。       |                   |
| 11 | (7)   | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                   | 随時、職員と介護主任、副主任が職員の意見や提案を聞き、管理者は、職員会議で、聞く機会を設け、協議を行っている。   | 1年に1回は社長が個人面談を行い、個人の要望や悩みを聞いています。また、日常の業務の中で職員から改善提案があれば、毎月の職員会議の場で職員同士で検討が行われ、改善されています。 |                   |
| 12 |       | ○就業環境の整備<br>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    | それぞれの施設の管理者と打ち合わせ会を持ち職員の就業状況等の把握に努めている。また、職員個々には、社会保険労務士の立ち合いのもとで面接し、(社労士の立ち合いは全員ではない。)意見を聴き改善を図るよう努めている。 |  |                   |
| 13 |       | ○職員を育てる取り組み<br>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      | 職員の力量・経験年数等を考慮し、特に外部研修会の参加や資格取得を奨励している。   |  |                   |

| 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 |
| 14                         |       | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | 新潟県認知症高齢者グループホーム協議会に参加している。また、妙高ネットワーク(JCAN)にも参加している。上越市、妙高市で、社会福祉法人以外の事業所の集まりの会が今年発足された。               |  |                   |
| <b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |       |  |   |  |                   |
| 15                         |       | ○初期に築く本人との信頼関係<br>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           | 個々の職員が、入居者様と触れ合う時間を多く持つように努めている。さらに、職員間で、入居者個々について、日々の打ち合わせ時、朝ミーティング時や職員会議の時間帯を利用し、状況把握と支援内容の検討を行っている。  |  |                   |
| 16                         |       | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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                      | 面談時や電話でなるべく時間をとり、ご家族様の話を聴き、要望や意見、困っていることなどを把握するように努めている。  |  |                   |
| 17                         |       | ○初期対応の見極めと支援<br>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                  | 多くの場合、新しく入居されるときには、居宅介護支援専門員から紹介される場合がほとんどである。入居希望依頼があった段階で面談して判断している。                                  |  |                   |
| 18                         |       | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>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                                  | 高齢だったり、介護度の高い方が多い現状では、なかなか暮らしを共にするもの同士という意識をもつことは難しいが、一人ひとり意識を持つことが大切であり、プロとしての誇りを意識すれば、いい関係を築いていける。    |  |                   |
| 19                         | (7-2) | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>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                   | 家族に月1回本人の状況をお知らせするお便りを出したり、えがおの広報の発行するなどし、家族への情報提供に努めている。イベント実施時には、家族の参加もあり、家族・職員とともに本人を支えていく関係を構築している。 | 事業所広報も年に4回送付しているほか、ご利用者の生活の様子をまとめたお手紙も毎月送付しており、日頃からよくご家族とコミュニケーションが取れており、ご家族には事業所の行事に参加していただいたり、受診・外出・外食の支援もご家族の協力をいただくなど、一緒に支えあうことができるよう関係づくりに努めています。 |                   |

| 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   |
| 20                                 | (8)   | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                                       | 利用者様個々の状況に応じて支援に努めている。   | ご家族の協力も得て、自宅への外泊やお墓参りに出かけたり、温泉旅行に出かけるご利用者もいる等、今までの関係継続支援に努めています。                       |   |
| 21                                 |       | ○利用者同士の関係の支援<br>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                                   | 利用者様同士の関係については、日々注意を払っている。職員全体で状況を把握し、職員会議やミーティングで問題点や検討を要する点について取り出し、日常の場で適切な対応が取れるようにしている。 |  |   |
| 22                                 |       | ○関係を断ち切らない取組み<br>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                    | サービス利用(契約)が終了しても、職員一同で色紙に寄せ書きを書いたりして、関係性を大切にしている。  |  |   |
| <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<br>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   | 居室担当が思いや意向を聞き取り、月1回の職員会議で把握するようにしている。聞きとる事が困難な場合は、生活歴・言動表情にて思いを予測している。                       | 日々のケアの中での表情や会話の中から思いの把握が行われており、その情報はカンファレンスの場で連絡され、ケアプランの検討に活かされています。                  |   |
| 24                                 | (9-2) | ○これまでの暮らしの把握<br>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                                       | その人らしい暮らしを、グループホームで対応できるよう入居前からご本人・ご家族と関わりをもち、情報収集を行っている。在宅中のケアマネジャーや病院のMSWからも情報収集するよう努める。   | ご本人やご家族からの聞き取りにてこれまでの暮らしの把握が行われ、ご本人の生活歴や嗜好を確認しています。認定期間に合わせアセスメントを行い、定期的な情報の更新も行っています。 |   |
| 25                                 |       | ○暮らしの現状の把握<br>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   | ご利用者様が皆同じ時間の流れにならないように、一人一人の過ごし方を職員間で検討し、その日の状態に応じた対応を行っています。                                |  |   |
| 26                                 | (10)  | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | サービス担当者会議は、可能であれば、主治医にも参加いただき、ご本人、ご家族、多職種で課題や対応を話し合い計画書の作成に努めている。                            | ケアプランの検討は職員全員で実施しています。居室担当職員が日々の目標の達成状況を評価し、モニタリングも毎月行っています。                           | 調査時点で介護計画書の日付の誤りや、介護計画の見直しに合わせたモニタリングができていない方もいましたので、今後改善されることを期待します。 |

| 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 |
| 27 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                                     | 介護記録にケアプランの短期目標を記入する事で実施状況を把握できるようにした。スタッフ会議や月1回のモニタリングで意見を検討しケアの実践へつなげている。                         |  |                   |
| 28 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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                            | 定期的に届けられる食材ばかりでなく、「麺」の日を設け、食事がすまない方をフロア全体で支えている。急な受診で家族が対応できない場合は、個別に対応している。                        |  |                   |
| 29 |      | ○地域資源との協働<br>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                                      | ある程度の地域資源の把握は可能であるが、それらを活用し、取り組むことには至っていない。地域での活動団体がボランティアとして、定期的に来ていただくことは、深く感謝している。               |  |                   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>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                                  | かかりつけ医から月1～2回の往診を受けている。往診前には、看護師から医師に利用者の情報を提供している。   | かかりつけ医はご本人の希望するかかりつけ医となっており、往診にも来てもらっています。受診時は原則ご家族が付き添いますが、必要に応じ職員が同行し、医師との状況の確認が行われているほか、ご利用者の情報をまとめた書類を医師に渡すなどの情報提供も行っています。 |                   |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>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                          | 看護職、介護職と連携のもと、利用者様の健康管理にあたっている。また、緊急時には駆けつけたり、往診前に利用者の状態を医師に知らせたりしている。往診後は、医師の指示を看護師が受け、介護職に伝達している。 |  |                   |
| 32 |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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、入院して数日後、あるいは、退院時には、必要に応じて連絡をとったり、面会に行ったりしている。   |  |                   |

| 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 |
| 33                               | (12)   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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、事業所ですることが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 | 利用者様のご家族のほとんどが看取りまでを希望していることから、入居契約段階で看取りに関する当施設の方針を説明し、利用者・家族の意向を確認している。職員は、主治医とも連携を密にして支援に努めている。 | 契約段階で管理者はホームの方針を伝えています。実際にホームでも看取りを行ったケースもあり、ご利用者の状態に応じて話し合いの場を持ち、ご利用者・ご家族の意向を確認し、ホームですることができることを伝え、主治医とも連携し支援しています。 |                   |
| 34                               | (12-2) | ○急変や事故発生時の備え<br>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  | 職員は普通救命講習修了証を持っている。職員の中に応急手当普及員認定証の研修を行っており、第2回目の総合訓練時にAEDの講習や救急講習を行うことにしている。                      | ホームにて普通救命の講習会やAEDの使用講習を行っているほか、緊急時の対応に関する個別の確認事項も作成するなどし、急変時に適切な初期対応ができるようにしています。                                    |                   |
| 35                               | (13)   | ○災害対策<br>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  | 施設の消防計画に基づき、避難誘導訓練及び総合防災訓練を実施している。地域の消防団、町内会への非常時の協力要請は済んでいる。                                      | 定期的に火災を想定した避難訓練を隣接するデイサービスと合同で行なっています。非常用の食品も準備されているほか、避難訓練には地域の消防団員にも参加して頂いています。                                    |                   |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |        |   |  |  |                   |
| 36                               | (14)   | ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保<br>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  | 言葉がけ、接遇に関しては、職員間の話し合いなどで、日々の介護や見守りを振り返る機会を設けている。   | 言葉かけ等が馴れ合いにならないよう、ご本人の人格を重視したケアが行えるように職員会議の場等で徹底されています。また、広報への写真の掲載についてもご利用者に同意を得ています。                               |                   |
| 37                               |        | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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  | 利用者との会話や思いを感じ取ることは、大切なことと捉えているし、できる限り自己決定ができるように努め働きかけをしている。                                       |  |                   |
| 38                               |        | ○日々のその人らしい暮らし<br>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  | 一日のうちで、食事、おやつ、お茶の時間以外は、一人ひとりのペースに合わせて過ごしてもらっている。職員は、本人の意向を伺ってから支援するように努めている。                       |  |                   |
| 39                               |        | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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   | 一人ひとりの清潔感の保持の支援をしている。  |  |                   |

| 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 |
| 40 | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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    | 利用者さんには、できる範囲内で食事の後片付けを、職員と一緒にしてもらっています。また、職員と一緒に食事をとるなどしています。                     | ご利用者に合わせ出来る範囲で後片付けも行ってもらっています。また、ホームで流しそうめんを行ったり、ご利用者と一緒にホットケーキ作りやちらし寿司作りも行うなどし、ご利用者に食事を楽しんで頂けるよう取り組んでいます。 |                   |
| 41 |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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         | 食材・献立メニューは、食材業者に依頼している。そのため栄養バランスは業者の栄養士の管理任せている。食べる量や水分量は、一人ひとりの体調や献立、好み等考慮して決める。 |  |                   |
| 42 |      | ○口腔内の清潔保持<br>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                  | 毎食後、職員が一人ひとりの状態を考慮しながら口腔ケアを行っている。さらに、定期的に歯科医院の歯科衛生士からケア指導を受けている。                   |  |                   |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援<br>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  | 排泄パターンやオムツ交換のタイミングについては、職員がその人なりのリズムを把握し、それぞれの利用者様に適した方法で支援している。                   | 必要にご利用者には排泄チェックを行ない、一人ひとりに合わせた適切な誘導、支援をしています。  |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>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                  | 職員は毎日利用者様の便チェックの確認をし、個々の体調に合わせて、食事の管理を行い、便秘の方は、看護師に報告している。                         |  |                   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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 | 入浴は、利用者ひとり一人につき週2回の予定で取り組んでいるが、個々の体調や状況に応じて対応している。                                 | ご利用者の体調や希望に合わせて入浴支援しています。入浴を嫌がるご利用者にも職員がうまくタイミングを考え声掛けし、入浴して頂いています。  |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>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                   | 利用者様個々の生活パターンに合わせてながら対応している。本人の意向を確認したり、その日の体調に配慮して、職員側から睡眠をお勧めすることもある。            |  |                   |

| 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 |
| 47 |      | ○服薬支援<br>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   | 往診後、受診後など薬の変更時には、特注意を払っている。一人ひとりの状況に応じて服用支援を行っている。   |   |                   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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  | カンファレンスやアセスメントにより、その人に適した対応や役割について話し合いを持ち検討している。食事作りや後片付け、縫い物、清掃、小物作り、得意なことができるよう支援している。           |   |                   |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>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                      | 本人の希望に応じて散歩、買い物やドライブなどに出かけている。また、季節ごとの行事として、お花見などドライブに出かけている。外出・外泊を行っている家族もある。                     | ご利用者と一緒にお花見やあじさい見学、菜の花見学や山菜採りなどの外出も実施しています。 |                   |
| 50 |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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  | 本人がお金を所持されているのは、数名の方である。ほとんどの方は、施設がご家族からお金をお預かりし、本人の希望や日用必需品の購入に充てている。                             |   |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>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   | ご本人からの申し出により、その時々状況を勘案し、対応している。  |   |                   |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 清潔感と整理整頓に心がけ、季節感や行事によって飾りつけにも気配り、目配り、心配りを行っている。  | リビングは広々として開放感があります。飾られている写真や作品も季節に合わせてあります。 |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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  | テーブルの席の配置や並びについては、ご利用者同士の相性や状態により組み合わせを考えながら行っている。建物のつくりとして、共有の空間で独りになれる場所は少ないが、テレビ前のソファが唯一の空間である。 |   |                   |



| 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 |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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 | 自宅で使われていた家具や物品を使用されている方もいる。家族や施設での本人の写真、行事の際の写真を貼ったり、ぬいぐるみや観葉植物を置いたり、自由に使っている。 | 居室には、使い慣れた家具や化粧台などをご自宅から持ち込んでもらっています。また、ホームでの写真やご家族の写真、カレンダーを飾るなどして、その人らしい部屋作りの工夫をしています。 |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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    | 建物内は、バリアフリーになっており車椅子、押し車、歩行器の方も自身の能力に応じて対応可能な工夫がされている。                         |  |                   |

**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<br>↓ 該当するものに○印 |                | 項 目 |   | 取 り 組 み の 成 果<br>↓ 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<br>(参考項目:23,24,25)     | ○                            | 1. ほぼ全ての利用者の   | 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<br>(参考項目:9,10,19)   | ○                            | 1. ほぼ全ての家族と    |
|     |  |                              | 2. 利用者の2/3くらいの |     |   |                              | 2. 家族の2/3くらいと  |
|     |  |                              | 3. 利用者の1/3くらいの |     |   |                              | 3. 家族の1/3くらいと  |
|     |  |                              | 4. ほとんど掴んでいない  |     |   |                              | 4. ほとんどできていない  |
| 57  | 利用者職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:18,38)            | ○                            | 1. 毎日ある        | 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<br>(参考項目:2,20)                     | ○                            | 1. ほぼ毎日のように    |
|     |  |                              | 2. 数日に1回程度ある   |     |   |                              | 2. 数日に1回程度     |
|     |  |                              | 3. たまにある       |     |   |                              | 3. たまに         |
|     |  |                              | 4. ほとんどない      |     |   |                              | 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<br>(参考項目:38)                 | ○                            | 1. ほぼ全ての利用者が   | 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<br>(参考項目:4) | ○                            | 1. 大いに増えている    |
|     |  |                              | 2. 利用者の2/3くらいが |     |   |                              | 2. 少しずつ増えている   |
|     |  |                              | 3. 利用者の1/3くらいが |     |   |                              | 3. あまり増えていない   |
|     |  |                              | 4. ほとんどいない     |     |   |                              | 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した表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)   | ○                            | 1. ほぼ全ての利用者が   | 66  | 職員は、活き活きと働いている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○                            | 1. ほぼ全ての職員が    |
|     |  |                              | 2. 利用者の2/3くらいが |     |   |                              | 2. 職員の2/3くらいが  |
|     |  |                              | 3. 利用者の1/3くらいが |     |   |                              | 3. 職員の1/3くらいが  |
|     |  |                              | 4. ほとんどいない     |     |   |                              | 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<br>(参考項目:49)                | ○                            | 1. ほぼ全ての利用者が   | 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 |     |   |                              | 2. 利用者の2/3くらいが |
|     |  |                              | 3. 利用者の1/3くらいが |     |   |                              | 3. 利用者の1/3くらいが |
|     |  |                              | 4. ほとんどいない     |     |   |                              | 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<br>(参考項目:30,31)       | ○                            | 1. ほぼ全ての利用者が   | 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. 利用者の2/3くらいが |     |   |                              | 2. 家族等の2/3くらいが |
|     |  |                              | 3. 利用者の1/3くらいが |     |   |                              | 3. 家族等の1/3くらいが |
|     |  |                              | 4. ほとんどいない     |     |   |                              | 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<br>(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     |     |   |                              |                |