

(様式2)

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 23年 1月 7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	星の里・にしごこの家認知症対応型共同生活介護事業所		
所在地	広島県尾道市吉和町5 1 1 6 番地 1 (電話) 0848-21-3072		
自己評価作成日	平成22年10月18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	http://www.hksjks.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=3491100099&SCD=320
-------------	---

【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22年11月10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）】

<ul style="list-style-type: none">・利用者個々のニーズに合わせたケアプランを作成し、それに基づいて支援する。・家族や地域との繋がりを密にし、在宅サービスとしての位置づけを念頭に置く。・人生の最後まで利用者が安心して暮らすことができ、希望者には看取りを行う。

【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>平成20年6月の開所以来、地域との交流を深め、利用者が地域の行事への参加や、年に2回のシ ティクリーニングや溝掃除、竹やぶ刈り、ゴミ拾い等に参加し、地域住民として活動をされてい ます。現在ではホーム主催の行事に地域住民が参加するなど、地域の理解と協力を得ながら運営 されています。地域から声をかけてもらう機会が増えている中、今後はさらにグループホームか ら積極的に声をかけ地域の一員として関わりを持っていきたいと願っておられます。また、認 知症になっても普通に暮らせる場所であると職員自らが地域の発信源になりたいと考えておられ ます。利用者が住みやすく、利用者にとって必要な職員が働きやすいという職場環境がよりよい ケアにつながるとの信念も持っておられます。</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(ユニット1)					
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。	介護職員全員で、勉強会を通じてにしごこの家の理念を作成した。また、その理念は職員の名札の裏に入れて、日々確認出来るようにしている。	毎年職員で理念を作りあげ、職場全体の理念としてよく周知徹底しておられます。5S(整理、整頓、しつけ、清掃、清潔)について職員全員が実施に向け取り組んでおられます。「わが人生に歴史あり」の理念に照らし、家族に生活歴等を直接書いてもらい介護計画に活かしておられます。	
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、地域住民が気軽ににしごこの家に立ち寄り、かかわりをもってくれている。	グループホーム主催の秋祭りを地域の祭りとして位置付け、地域やボランティアと共に実施しておられます。自治会に入り、町内会長、前町内会長とも協力し、「お接待」等の地域行事へ参加する等、日常的に地域とのつながりを持っておられます。	
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。		
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、会議の場で地域主催の行事(ふれあいサロンや敬老会)を紹介してもらったり、施設の行事(秋祭り、みなとまつり)に参加してもらい、交流促進に努めている。	地区社協、民生委員、社協、町内会長、前町内会長、家族会、管理者などが参加して運営推進会議を行われています。会議では防災や行方不明、孤独死について話し合い、地域の課題を具体的に把握し、解決に向かって協議しておられます。	
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。	本部と市役所とは日常的に連携をとっており、会議等の場で運営実態について理解促進に努めているほか、市役所の担当者へ勉強会への参加を呼びかけるなど、関係が深い。	一人暮らしの老人の見守りを行うことで孤独死の予防に向け「見守り隊」を作りたいとの前町内会長の提案を受け、地域の核となって町内との連携に取り組む方向で話を進めておられます。	運営推進会議を土曜日に開催しているためか行政の参加がまだありません。引き続き粘り強く行政との連携に取り組まれ、成果が出ることを期待しています。

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、日常的に職員に伝えている。</p>	<p>新人職員には、身体拘束について現場の中で介護を通じて教えておられます。看取りと医療・安全と拘束の違いなども細部にわたって話し合い、拘束をしないケアに取り組んでおられます。</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>職員会議や実際の業務にあたる中で具体的に説明し、防止に努めている。</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>管理者は研修会に参加し、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、事後でも家族会の場面などで説明を行っている。</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>玄関に意見箱を作成し、要望がある場合には迅速に対応出来るようにしている。また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、結果を運営に反映している。</p>	<p>年1回開かれる家族会での意見や、入所時や家族の訪問時にも意見を伺っておられます。看取りをしてほしいという家族からの提案を受け、実施しておられます。</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
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。	2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小規模との合同会議で全体の意見を集約して運営に反映している。	フロア会議、リーダー会議、合同会議で活発に意見交換が行われています。日常にも職員が意見を言い合える関係を作っておられます。	
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。	介護技術などの勉強会を定期的に開催し、介護のレベルアップに取り組むよう支援している。また、OJTにより、気づいたことはその都度伝えるようにしている。		
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。	広島県老人福祉施設連盟に加入し、研修会を通じて職員間の交流促進に努めている。また、市内の同業者との交流会を開催する方向で話し合いを進めている。		
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、家族が介護で苦勞した点や不安な点、要望等を聞くことで、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か月のお試し期間を設定し、実際に利用してもらい、その後、本人や家族と話をして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、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、ケアプランに利用者が誰と一緒に行動することで互いの関係性が広がるのかを考え、サービスを展開している。		
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、積極的にかかわるようお願いしている。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。		
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を訪問するほか、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むことで、馴染みの関係が途切れないように努めている。	家族は遠方にいるものの、全員が尾道出身者であり、近所に引っ越した感じで暮らしておられます。かかりつけ医も継続されています。正月には職員と家に帰り家族と過ごす等、馴染みの人や環境を大切にしておられます。	

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
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。</p>	<p>ケアプランに相性を考えて具体名をのせ、より具体的に他者とのかわりを持てるように支援している。また、定期的に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。</p>		
22		<p>○関係を断ち切らない取組み</p> <p>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。</p>	<p>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、機会を捉えて訪問するよう努めている。</p>		
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	<p>○思いや意向の把握</p> <p>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。</p>	<p>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。</p>	<p>家族にアセスメントや生活歴を直接記入してもらおう等、暮らし方や生活歴等からも、本人の意向を的確に把握しておられます。</p>	
24		<p>○これまでの暮らしの把握</p> <p>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。</p>	<p>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。</p>		
25		<p>○暮らしの現状の把握</p> <p>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。</p>	<p>「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。</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
26	10	<p>○チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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。</p>	<p>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、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。</p>	<p>スタッフが2人程度の担当を持ち、計画の原案を作り、計画作成担当者がアドバイスをしながら介護計画を作っておられます。主治医の意見は通院時に、家族の意見は電話や面会、家族会の時に、意見を吸いあげて介護計画に反映させるようにしておられます。</p>	
27		<p>○個別の記録と実践への反映</p> <p>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。</p>	<p>連絡指示ノートを作成して勤務前の確認を徹底しているほか、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。</p>		
28		<p>○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>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。</p>	<p>併設の小規模多機能と日常的な交流を行い、希望者にレク等に参加してもらっている。また、利用者の個別ニーズになるべく対応するよう工夫している。</p>		
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>以前から通っていた病院への通院など外部をや、地域的美容院からの訪問美容や訪問歯科診療等の外部サービスもある。</p>		
30	11	<p>○かかりつけ医の受診診断</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>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特養のかかりつけ医を紹介し、専門的な高齢者医療の提供が可能となっている。</p>	<p>本人、家族の意向に沿って、以前からのかかりつけ医で受診されています。また、希望があれば登録医と契約を行い、24時間対応の在宅総合診療所の受診を支援しています。</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
31		<p>○看護職員との協働</p> <p>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。</p>	<p>GHの看護師が不在時にも対応できるよう、日常的に小規模の看護師と連携しているほか、在総診契約をしている病院から看護職員の訪問を受けている。また、看護師は一般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。</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、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。</p>	<p>入院時には入院先の病院の地域連携室と緊密な連絡を取り、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うことがある。</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>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している。</p>	<p>実際に看取りを行った事例が2件あります。医師と家族を含めたカンファレンスを開き、ホームでできることを十分に説明しながら今後の方針を共有しています。また、自宅に帰りたいといった本人の希望に応えていこうと、一時帰宅やお墓参りも行っています。</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>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。</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>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、今年度より避難訓練に住民代表が参加することになっている。</p>	<p>年3回の避難訓練が行われています。運営推進会議での提案により、今年度から避難訓練に住民代表の参加や地域との協力体制が敷かれることとなっています。</p>	<p>避難訓練をされていますが、実際はパニックが予想されます。すぐ近くにある消防団や隣近所にどのように助けを求めらるか等、実際の災害を想定した訓練と地域の協力を得られるよう期待します。</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
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、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、勉強会を行っている。とりわけ、昨年度は適切な言葉遣いや認知症の理解促進に重点をおいた学習を行った。	耳元でささやくように伝えたり、声の大きさや強弱、信頼関係に裏打ちされた親しみやすい声をかけたり、微妙な言葉加減についてまでも対応に心を込めておられま	
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。	日常活動の場面出利用者の選択肢を増やし、その中で自分がやりたいこと、出来る事を選んでもらっている。(体操・レク・食事・休憩など)		
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。	昼間必ず普段着に更衣し、パジャマで過ごすことはない。また、美容室の定期訪問やパーマで外部の美容室を訪問している。そのほか、以前より使用していた化粧水を注文し、毎朝使用することが定着している利用者もいる。		
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。	一緒に食材を切ったり、洗い物をしたりしている。また、週に1回程度は買い物に出かけ、その時に食べたいと思った食材を選んでもらっている。	洗い物、切り物、テーブル拭き等を利用者が自ら役割意識を持って行っています。週1回の鍋料理やすき焼き、お好み焼き、うどん作り、流しそうめん、餅つき等、季節に応じた家庭的な雰囲気です元調理師の職員を中心に行っておられます。	

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
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>食事時間は幅を持たせ，利用者のニーズに合わせるようにしている。水分確保についても，最低ラインを下まわらないよう個別対応(ゼリーにする，本人の嗜好に合わせる等)を実施している。</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。</p>	<p>就寝前には必ず口腔ケアを実施している。また，かかりつけ歯科医の勉強会を開催し，利用者本人に応じたケアを確認している。</p>		
43	16	<p>○排泄の自立支援</p> <p>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。</p>	<p>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。</p>	<p>一人一人の排泄パターンを把握し，パットやパンツ，テーナパンツ等を利用して対応を行っています。</p>	
44		<p>○便秘の予防と対応</p> <p>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。</p>	<p>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，必要な利用者には食物繊維の摂取やゼリーによる水分補給を行っている。</p>		
45	17	<p>○入浴を楽しむことができる支援</p> <p>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。</p>	<p>職員の都合や日課ではなく，本人希望や状況に応じて毎日どの時間でも入浴することができる。また，入浴時に歌を歌ったり，本人との会話を楽しみながら入浴したりすることがある。</p>	<p>利用者の希望や状況に応じて毎日どの時間でも入浴することができます。週3回から毎日と入浴回数を選ぶことができます。また，1対1で介助により入浴しておられます。</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
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。		
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。	服薬中の薬の目的や副作用、用法や用量が理解できるよう、薬局で受け取る説明書を保存し、いつでも見ることができるようになっている。また、服薬による変化があれば、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専用の用紙に記録しているので、ケアプラン立案時には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全体で調整し、必ず実現するよう支援している。また、家族の事情が許せば、同行してもらったこともある。	畑や散歩等の外出希望を実現するように支援しておられます。近所のカルガモを見学に行ったり、花見や行事に参加したりされています。	近所の店が閉店したのをきっかけに外出の頻度が減ったそうですが、今後も継続的に外出できるように新しい外出先を探されることを期待します。
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、自分で支払うように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。	遠方に在住す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。	理念にある5S（整理、整頓、しつけ、清掃、清潔）に沿って環境が整えられています。共有空間が2か所あり広々としてくつろげる環境です。1階は2階に比べ少し暗いので電球を取り替える等、明るいつらえに気を配っておられます。汚物を頻繁に処分し、匂いを全く感じさせない住まいにされています。	
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、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。	家族に対し、入所時に本人の馴染みの家具や使い慣れたものを持ってきてもらうようお願いしている。また、家族や担当職員と一緒に、居室の整理や雰囲気作りを行っている。	利用者の馴染みの家具や使い慣れたもの、仏具などが居室にあり、居心地よく過ごせるような工夫がしてあります。家族や担当職員と一緒に、居室の整理や雰囲気作りを行っておられます。	
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)		

V アウトカム項目(ユニット2)			
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(ユニット2)					
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。	介護職員全員で、勉強会を通じてにしごこの家の理念を作成した。また、その理念は職員の名札の裏に入れて、日々確認出来るようにしている。		
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る。また、地域住民が気軽ににしごこの家に立ち寄り、かかわりをもってしてくれる。		
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。		
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、会議の場で地域主催の行事(ふれあいサロンや敬老会)を紹介してもらったり、施設の行事(秋祭り、みなとまつり)に参加してもらい、交流促進に努めている。		
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。	本部と市役所とは日常的に連携をとっており、会議等の場で運営実態について理解促進に努めているほか、市役所の担当者に勉強会への参加を呼びかけるなど、関係が深い。		

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
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、日常的に職員に伝えている。</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>職員会議や実際の業務にあたる中で具体的に説明し、防止に努めている。</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>管理者は研修会に参加し、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、事後でも家族会の場面などで説明を行っている。</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>玄関に意見箱を作成し、要望がある場合には迅速に対応出来るようにしている。また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、結果を運営に反映している。</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	○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。	2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小規模との合同会議で全体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、OJTにより、気づいたことはその都度伝えるようにしている。		
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。	広島県老人福祉施設連盟に加入し、研修会を通じて職員間の交流促進に努めている。また、市内の同業者との交流会を開催する方向で話し合いを進めている。		
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、家族が介護で苦勞した点や不安な点、要望等を聞くことで、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か月のお試し期間を設定し、実際に利用してもらい、その後、本人や家族と話をして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、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、ケアプランに利用者が誰と一緒に行動することで互いの関係性が広がるのかを考え、サービスを展開している。		
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、積極的にかかわるようお願いしている。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。		
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を訪問するほか、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		<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。</p>	<p>ケアプランに相性を考えて具体名をのせ、より具体的に他者とのかわりを持てるように支援している。また、定期的に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。</p>		
22		<p>○関係を断ち切らない取組み</p> <p>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。</p>	<p>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、機会を捉えて訪問するよう努めている。</p>		
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	<p>○思いや意向の把握</p> <p>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。</p>	<p>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。</p>		
24		<p>○これまでの暮らしの把握</p> <p>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。</p>	<p>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。</p>		
25		<p>○暮らしの現状の把握</p> <p>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。</p>	<p>「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。</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
26	10	<p>○チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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。</p>	<p>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、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。</p>		
27		<p>○個別の記録と実践への反映</p> <p>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。</p>	<p>連絡指示ノートを作成して勤務前の確認を徹底しているほか、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。</p>		
28		<p>○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>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。</p>	<p>併設の小規模多機能と日常的な交流を行い、希望者にレク等に参加してもらっている。また、利用者の個別ニーズになるべく対応するよう工夫している。</p>		
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>以前から通っていた病院への通院など外部をや、地域の美容院からの訪問美容や訪問歯科診療等の外部サービスもある。</p>		
30	11	<p>○かかりつけ医の受診診断</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>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特養のかかりつけ医を紹介し、専門的な高齢者医療の提供が可能となっている。</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
31		<p>○看護職員との協働</p> <p>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。</p>	<p>GHの看護師が不在時にも対応できるよう、日常的に小規模の看護師と連携しているほか、在総診契約をしている病院から看護職員の訪問を受けている。また、看護師は一般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。</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、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。</p>	<p>入院時には入院先の病院の地域連携室と緊密な連絡を取り、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うことがある。</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>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している。</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>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。</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>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、今年度より避難訓練に住民代表が参加することになっている。</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
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、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。とりわけ、昨年度は適切な言葉遣いや認知症の理解促進に重点をおいた学習を行った。		
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。	日常活動の場面出利用者の選択肢を増やし、その中で自分がやりたいこと、出来る事を選んでもらっている。(体操・レク・食事・休憩など)		
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。	昼間必ず普段着に更衣し、パジャマで過ごすことはない。また、美容室の定期訪問やパーマで外部の美容室を訪問している。そのほか、以前より使用していた化粧水を注文し、毎朝使用することが定着している利用者もいる。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	一緒に食材を切ったり、洗い物をしたりしている。また、週に1回程度は買い物に出かけ、その時に食べたいと思った食材を選んでもらっている。		

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
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>食事時間は幅を持たせ、利用者のニーズに合わせるようにしている。水分確保についても、最低ラインを下まわらないよう個別対応(ゼリーにする、本人の嗜好に合わせる等)を実施している。</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。</p>	<p>就寝前には必ず口腔ケアを実施している。また、かかりつけ歯科医の勉強会を開催し、利用者本人に応じたケアを確認している。</p>		
43	16	<p>○排泄の自立支援</p> <p>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。</p>	<p>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。</p>		
44		<p>○便秘の予防と対応</p> <p>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。</p>	<p>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、必要な利用者には食物繊維の摂取やゼリーによる水分補給を行っている。</p>		
45	17	<p>○入浴を楽しむことができる支援</p> <p>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。</p>	<p>職員の都合や日課ではなく、本人希望や状況に応じて毎日どの時間でも入浴することができる。また、入浴時に歌を歌ったり、本人との会話を楽しみながら入浴したりすることがある。</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
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。		
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。	服薬中の薬の目的や副作用、用法や用量が理解できるよう、薬局で受け取る説明書を保存し、いつでも見ることができるようになっている。また、服薬による変化があれば、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専用の用紙に記録しているので、ケアプラン立案時には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全体で調整し、必ず実現するよう支援している。また、家族の事情が許せば、同行してもらうこともある。		
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、自分で支払うように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。	遠方に在住す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、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。	家族に対し、入所時に本人の馴染みの家具や使い慣れたものを持ってきてもらうようお願いしている。また、家族や担当職員と一緒に、居室の整理や雰囲気作りを行っている。		
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」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)		

V アウトカム項目(ユニット2)			
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る	○	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2)

2 目標達成計画

事業所名 星の里にしぎこの家グループホーム

作成日 平成 23年 2月 3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	5	施設へ直接的な行政の参加が無い。	運営推進会議に年に1度以上は行政の参加がある。	開催日を固定せず, 年に1度以上は平日に開催する。	1年間
2	35	地域との協力体制が具体化されない。	地域との協力体制を築く。	運営推進会議等で災害時の連絡網や訓練の為に要綱作りを行い, 模擬訓練を行う。	1年間
3	49	毎日の外出支援が実施できていない。	日常的に買い物や散歩に出掛ける。	毎日買い物や散歩などの機会をまずは業務として定着させる。	半年間
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。