

(様式1)

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 令和 6 年 8 月 13日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3491502450		
法人名	有限会社ユー・アンド・ミー		
事業所名	グループホームYOKOSHIMA		
所在地	広島県福山市内海町625番地1 (電話) 084-966-3804		
自己評価作成日	令和6年7月1日	評価結果市町受理日	令和6年9月17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	https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/34/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=3491502450-00&ServiceCd=320&Type=search
-------------	---

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	一般社団法人広島県シルバーサービス振興会
所在地	広島市南区皆実町一丁目6-29
訪問調査日	令和6年7月30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）】

内海町横島初の介護事業所です。長年地域に愛され、地域の拠点であった医院跡地に2023年9月1日、開設致しました。時間がゆったり、ゆっくり流れている横島で、海と山を感じながら穏やかな生活を送ることができます。皆さんの憩いの場であるデイルームは、ゆったりとしたソファがあり、テラスでは季節を豊かに感じることができます。また、綺麗な環境で過ごしてもらうこともケアの一つであるという考えから室内の清掃、換気には特に気を配っています。ケアについては、普通の生活、それぞれの利用者に思い思いの生活をしてもらえるよう心がけ、常に利用者の心を尊重し、何気ない介護と自立した生活ができるよう気を配り、利用者や家族の立場に立って物事を考え、支援するようにしています。また子育て中の職員から70代の職員までが、それぞれのペースで活躍できるよう働きやすい環境作りにも配慮しています。

【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点（評価機関記入）】

施設理念の一つ「普通の生活をしていただきます」は管理者及び職員に共有しており、調理や清掃といった生活の一部を利用者と共同で行えるよう支援している。また運営推進会議には家族代表や、地域包括支援センターの参加があり、地域事情などの情報交換も行っている。医療連携では、診療所や訪問看護ステーションと情報交換を適宜行っており、終末期及び重度化支援の体制も整えている。災害対策では、BCP（業務継続計画）の作成を行い地域と共同で進めたい意向があり、万一の時への備えも行っている。
--

自己評価	外部評価	項 目（ ユニット1 ）	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の（ ）内へユニット名を記入願います	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	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。	地域との関わりや連携を含んだ「普通の生活をしていただく」という理念を掲げている。玄関に理念を掲示している。また、困ったことや、問題に直面した際には、管理者による面談等を行い、理念に立ち戻り支援するようにしている。	事業所としての理念は4つ掲げている。「普通の生活をしていただく」は、特に意識している理念で、朝の申し送り時など適宜、職員と共有している。昨年9月に新設したばかりの事業所で理念の見直しの機会はまだないが、自宅での生活の延長線上での生活を意識してケアの実践にあたっている。	法人が作成した理念となっており、事業所の管理者及び職員に共有している。一方、職員個々の目標設定の場面が設けられていない。事業所の理念を意識して職員目標を立案することで、より理念が浸透して、地域との繋がりやケアの実践が、より充実することを期待する。
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。	利用者と共に敬老会や散歩等、地域住民との交流に努めている。毎月、ダンスの講師を招いて、他事業所の利用者も招待している。また、地域の方が育てた野菜や果物、切り花を頂いたりといった交流を日常的に行っている。敷地内に自動販売機があり、地域の方々も買いに来られている。	地域と日常的な付き合いを意識して取り組みを行っている。事業所近くの散歩は毎日行っており、地域の方と出合った際には挨拶は欠かさない。町内会にも加入しており、清掃活動にも参加して地域の一員として交流を深めている。	
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。	運営推進会議、地域の行事等の関わりを通して認知症の人の理解や支援の方法を伝え、認知症の人が地域で普通に暮らせるようなネットワーク作りに努めている。		
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。	通常時は職員、家族会、自治会、民生委員、行政、地域包括支援センター、消防団、福祉を高める会等参加により定期的に開催している。利用者や事業所の現状報告や意見交換を行い、出された意見はサービス向上に活かしている。又外部評価結果の報告もしている。	参加要請しているのは、利用者家族、自治会、民生委員、行政、地域包括支援センター、消防団、地区社会福祉協議会となっている。主には家族会や地域包括支援センターの参加率が高く、意見としては高齢化率が高く地域の行事を引き継いでいく若者がいないなど、地域事情などの情報交換も行っている。	
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り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。	常時、市町村担当者とは行き来する機会をつくり、事業所の実情を伝えたりし、協力関係を築けるよう心がけている。また、市の福祉担当者からの介護困難者（独居高齢者等）を受け入れている。	施設運営のことで、制度確認などで適宜、連絡をとっている。また、市より介護困難者ケースの相談を受け付け、実際に入所に至った事例もある。市が開催する研修会などへの参加も行い、積極的に連携を図っている。	

自己 評価	外部 評価	項 目 (ユニット1)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の()内へユニット名を記入願います	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	○身体拘束をしないケアの実践 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。	身体拘束適正化のための指針を定め、全職員が正しく理解できるよう勉強会（年2回以上）を行っている。また、身体拘束適正化検討委員会を3ヶ月に1回以上開催し、具体的な行為がなされていないか等を点検している。玄関は常に解放し、夜間のみ防犯上施錠している。	指針を作成し、職員が閲覧・確認できる。身体拘束適正化委員会は毎月行っており、より頻回に身体拘束防止の強化を図っている。委員会では、ケアの現状確認の他にも勉強会を行っている。委員会での内容は議事録を回覧するなど全職員に共有している。	
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。	職員勉強会の中で社会福祉士による高齢者虐待防止関連法の勉強会を実施し、どのような行為が虐待になるのか具体的な知識の周知を図っている。また、法人独自のコンプライアンスルールをつくり、スタッフルームに掲示している。		
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。	成年後見制度については、契約時に必要な方には制度について説明を行っている。職員勉強会等で成年後見制度、日常生活自立支援事業について社内研修を実施している。		
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。	十分な説明を行い、理解を得てもらった上で、契約書等の署名をしてもらっている。ケアマネはグループホームの入所困難者や一人暮らしの人等の次の入院、入所先を決め、相談に乗り、定期的に後の支援もしている。		
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。	利用者からの意見や苦情は記録し、問題点や改善策を利用者相談委員会の中で協議し、対応している。家族からの意見は運営推進会議の協議の中及び家族訪問時に召集し、真摯に受け止め、できる限り運営に反映させている。	利用者や家族からの意見、要望は電話・対面などで収集している。これまで、外出や外泊の希望を確認し実践した例もある。事業所内の取り組みについては、法人ホームページ内のブログなどに掲載している。	

自己評価	外部評価	項 目(ユニット1)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の()内へユニット名を記入願います	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。	カンファレンスの中で意見や提案を聞き、職員間で話し合った上で可能な限り実施している。職員から運営者及び管理者に口頭で言いにくい意見等は毎日の「気づき」ノートに記入を実施し、意見を文書で聞く方法も実施している。定期的な個人面談や随時の個人面談を実施し、職員の意見や提案を運営に反映させている。	職員からの意見収集は適宜、管理者等が直接聞き取りを行っている。また「気づき」と記載されたノートを準備し、職員が思ったことやアイディアを書き込みできるようにしている。また、個人面談は6か月に1度行っており、研修など学びの場も設けている。	
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。	代表者は個々の努力や実績、勤務状況を把握し、個人面談をするとともに、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。また、管理者は、各職員がやりがいを持って働けるよう役割を分担している。また育休からの復職にも処遇を考慮している。		
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。	基本的に内部研修（勉強会）eラーニングによるオンライン研修も実施。職員各自の時間に応じて取り組んでいる。外部研修や資格取得についても職員の希望により参加を奨励している。		
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。	認知症実践者研修やリーダー研修等の外部研修に参加させて頂くことにより、同業者と交流する機会があり、また定期的に地域ケア会議に出席し、地域の同業者と意見交換し、サービスの質向上に向けた取り組みをすすめている。		
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。	本人から困っていることや不安なことは、相談時に聴ける場合は聴き、できる限り希望に添えるよう努力をしている。		

自己 評価	外部 評価	項 目 (ユニット1)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の()内へユニット名を記入願います	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。	相談時から利用に至るまで随時、家族の困っていることや希望を聴き、出来る限り希望に添えるよう努力し、関係づくりに努めている。		
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。	利用者判定基準チェックリストにより、より入居が必要な方を見極め、他のサービスによる支援が必要であると思われる方については他のサービスを紹介したり、医療機関（精神科等）受診をすすめたりという対応を行っている。		
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、洗濯物を一緒に干したり・たたんだり、掃除を一緒に行う、食材の下処理（もやしの芽取り）等、共に時間を過ごし、信頼関係構築に努めている。		
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。	イベント時はそれぞれの家族に声をかけ、家族は参加してもらっている。家族訪問時には本人の最近の様子等の報告を行い、共に本人を支えていく関係を築いていくことに努めている。毎月1回、担当職員から家族に「お手紙」を送付し、離れて暮らしている家族も本人の様子が分かるよう工夫している。		
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。	普段は日中のドライブ時に各利用者の住んでいた地域に出かけ、その地域の場所や人を説明してもらったり、行きつけの美容院等に行ってもらったりし、馴染みの人や場所との関係継続の支援に努めている。	馴染みの場の把握として、利用開始時のアセスメントや日常の会話の中で聞き取りを行っている。個別の計画でドライブにて馴染の場に行く支援など行っている。また、面会についても家族以外の友人・知人に会えるように設定し、関係継続支援を行っている。	

自己 評価	外部 評価	項 目 (ユニット1)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の()内へユニット名を記入願います	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。	月1回の職員カンファレンスや朝、夕の申し送り事項の中で、利用者同士の関係に変化があったことなどは職員間で確認している。また、日中活動やイベントにて、利用者同士が関わりあえる場をつくり、支えあえるよう努めている。		
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。	医療機関長期入院等による契約終了者は、医療機関を訪問した際に立ち寄りコミュニケーションをとったりし、付き合いを大切にしている。感染症の影響で面会が困難な場合は、担当者に様子を伺う等、情報共有している。退院後再入所のケースもある。		
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。	本人及び家族の希望や意向を聴き、介護計画を立案している。日常のケアの中で意向の把握に努め、困難な場合は、本人の表情や行動を観察し、意向を汲み取れるよう努めている。月1回のケアカンファレンスで、本人の立場にたち検討している。	思いや意向確認は、アセスメント時や日常の会話の中で適宜行っている。利用者に担当職員を配置しており、本人の意向をより深く聞き取りができる体制となっている。困難な場合は、家族に確認し、聞き取っていた生活歴からひも解くなどの工夫をしている。	
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。	利用申し込みの際、アセスメントを行い、生活歴や生活環境、サービス利用の経過などを本人及び家族に聞き、記録している。記録は各利用者のファイルに閉じ、全職員が把握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。	各利用者ごとに担当職員を決め、把握するよう努めている。各利用者の日々の様子や心身状態などを介護日誌に記録して、暮らしの現状を把握するよう努めている。		

自己評価	外部評価	項 目（ ユニット1 ）	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の（ ）内へユニット名を記入願います	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	○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。	本人及び家族の意向や医師の指示を反映し、介護計画を作成している。モニタリングで、期間内での利用者の変化や現状等を、計画作成担当者、担当介護職員で確認し、内容等を検討したのち、現状に即した介護計画を作成している。	介護計画は計画作成担当者がアセスメントを行い、担当介護職員などに聴き取りを行い原案を作成している。また家族等にも確認をとって有効なものとしている。個別性を重視し画一的なプランにならないように、「楽しみ」への支援も行えるように心がけている。	
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。	日々の様子等、タブレットに時間帯別に個別の介護日誌に記入し、情報を共有している。介護日誌を介護計画の見直しにも反映するようにしている。また毎日の「気づき」を記入することにより日々の様子の把握に役立っている。		
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。	自宅帰省時のライフサポートの利用等、多機能性を活かした柔軟な支援をしている。		
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。	できるだけ多くの地域資源と関わりが持てるよう心がけている。地域の警察署には利用者不明時の協力をお願いしている。消防署には消防訓練の協力依頼や点検報告など定期的に訪問し、アドバイスをいただいている。		
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し、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。	やむを得ない場合を除き、入居時に主治医を変更してもらうことはない。現在2病院の往診がある。また、往診のない医院が主治医の場合や看護師判断による受診必要時には受診支援をしている。さらに、訪問看護ステーションの看護師による健康管理も行っている。	以前からのかかりつけ医を継続できる支援を行っている。加えて、訪問診療がある医療機関の情報提供も行っている。訪問看護ステーションの支援もあり、医療との連携を強化している。事前に体調やお薬等の情報をFAXで伝え医療機関に情報提供している。	

自己評価	外部評価	項 目（ ユニット1 ）	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の（ ）内へユニット名を記入願います	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		○看護職員との協働 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。	訪問看護ステーションの看護職員及び往診医療機関の看護職員と気軽に相談しながら、健康管理や医療活用の支援を行っている。訪問看護、医療記録をつくらせている。		
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。	管理者等が入退院時も含め、定期的に医療機関に訪問し、本人への心のケアや病院関係者との情報交換をしている。また、往診時に主治医、看護師と情報交換や相談をし、連携をとっている。		
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。	重度化した場合の指針を契約時に説明し、署名してもらっている。重度化した場合は、本人、家族、主治医と協議し、方針を確認している。また、家族、主治医、訪問看護ステーションとの連携のもと、ホームでの看取りも行っている。	開設したばかりで看取りの実績はないが、支援の体制は整えている。指針の説明、確認、24時間相談等が可能な訪問看護ステーションとの契約、勉強会の開催など、準備を行っている。状態に変化があれば、その都度意向の確認をしている。	
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。	看護師や管理者による応急処置、緊急時の対応についての勉強会を行い、実践力を身につけている。また、事故発生時のマニュアルをスタッフルームに掲示し、全職員に理解をしてもらっている。		
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。	地域及び他施設と連携し、万が一のための避難場所を確保している。消防計画、災害計画のもと災害時を想定した避難訓練を年2回実施。地区自治会や消防団との協力体制も築いている。夜間想定避難訓練も定期的に実施している。福山市のハザードマップを利用した勉強会やBCP作成、運用し全職員にハンドブックを配布している。	年2回のうち1回は夜間を想定した避難訓練を行っている。同法人の他事業所と協力体制を築き、避難場所の確保などを行っている。BCP（業務継続計画）の作成も行っており、職員には連絡体制や災害発生時の初動時の心得を記載したハンドブックを配布するなど、工夫している。	

自己 評価	外部 評価	項 目（ ユニット1 ）	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の（ ）内へユニット名を記入願います	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。	法令遵守責任者による利用者のプライバシー保護についての勉強会を行い、全職員に理解をしてもらっている。また、法人内で利用者権利擁護指針(コンプライアンスルール)を制定し、人格の尊重と、プライバシーの確保に努めている。	勉強会は年1回の計画で行っており、外部研修なども受講している。ミーティング時や適宜、プライバシー保護の観点で職員と共有を図っている。現在は、排泄ケア時などの「言葉がけ」に特に意識を持って取り組んでいる。	
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。	希望を表せるような声かけをしたり、認知症の状態等によりその人に合わせた説明等を実施し、自己決定できるよう働きかけている。		
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。	散歩したい、ドライブに行きたい等できる限り各利用者の希望に添えるような支援をしている。また、理念にもあるようにそれぞれの利用者の歩調に合わせた支援をしている。さらに朝食は決まった時間を設定せず思い思いの時間（朝6時以降）に食べてもらっている。		
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。	介護者側の都合による衣類は可能な限り使用してもらわず、思い思いの衣類を着てもらっている。お化粧品も職員と一緒にすることもある。整容面では、ホーム内散髪を定期的に行っている。		
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。	野菜の下処理や配膳、下膳、茶碗ふき等は可能な方には職員と共に実施してもらっている。食事（昼、夕食）は現在利用者と職員は別の時間帯にとっている。おやつ作りなどイベント時は共に食事をし、食事の楽しみを共感している。	食事はユニットにあるキッチンで職員、利用者と共同で調理している。行事食やおやつ作りなど月1回行っている。献立は当日調理担当者が決めたり、日常会話で利用者の意見も聞き、決めている。後片付けなども利用者と共同で行い、自立支援の観点で支援している。	

自己評価	外部評価	項 目 (ユニット1)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の()内へユニット名を記入願います	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		○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。	食事量は、利用者ごとに毎食後記録して 確認している。摂取量が不足している方 にはエンシュア等を摂取してもらい、栄 養摂取の支援をしている。水分について は、定期時間及び有熱時等は随時行くと 共に、希望者にはペットボトルにお茶や 補水塩を入れ、所持してもらい、1日最 低1回は交換している。		
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、 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。	入居者の状態に合わせ、毎食後口腔ケア を行っている。また、入れ歯は、最低週 一回は消毒し、清潔保持に努めている。 口腔内に変化が生じた場合は、随時、歯 科医院に連絡し、往診してもらっている。		
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。	日中はできるだけ自立によるトイレでの 排泄をするよう支援している。必要な方 にはポータブルトイレを置いて安心して 排泄が出来るようにしている。居室に臭 いのこもらないよう換気や掃除も定期的 に実施している。日中・夜間共おむつの 使用をできるだけ減らし、気持ちよく排 泄できるよう支援している。	個別に排泄チェック表を作成し排泄パ ターンの記録を行っている。それをもと に、声掛け、誘導など排泄ケアを実施し ている。オムツから紙パンツへ変更及び パッド等の使用枚数を減らした実績もあ り、自立支援の取り組みを行っている。	
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。	確実な水分補給、散歩等の適度な運動、 服薬による予防等を行い、便秘の予防に 努めている。補水塩による水分補給もし ている。嚥下状態が悪い利用者や水分摂 取が難しい利用者には、トロミの使用に よる水分補給を実施している。		
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。	基本的に週2回以上午前中に入浴してい る。希望があればその都度健康状態確認 後、入浴を楽しんでもらっている。また 、身体、衣類が汚れたりしたときは、 夜間等必要に応じた入浴支援をしてい る。	浴室はほとんど毎日稼働している。基本 的には午前の入浴となっているが、希望 があれば、午後や夜間帯でも入浴支援を 行っている。入浴剤の使用、本人の好み に合わせた温度調整を行うなど、楽しみ の支援も行っている。入浴後は保湿剤な どを塗布するなど肌トラブルにも留意し ている。	

自己 評価	外部 評価	項 目(ユニット1)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の()内へユニット名を記入願います	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 の状況に応じて、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。	就寝時間、起床時間は決めてお らず、個々の習慣や状況にあわ せている。また、居室の換気や 空調にも配慮し、休息や安眠が できるよう支援している。		
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。	服薬状況は処方箋を個別ファイ ルし、各職員が確認。薬の変 更があった場合は、連絡事項と 生活記録に記載し朝夕2回伝 達し服薬状況を確認している。 変更により、状態に変化した 場合は、訪問看護の看護師や 職員から主治医に連絡を行っ ている。法人内の薬剤師による 勉強会も実施している。		
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。	洗濯物干しやたたみやカラオ ケ、散歩、テラスでの日光浴 等、それぞれの生活歴や力を いかしたことを実施してもら い、気分転換等の支援をして 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。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。	通常時は外食ツアーや買い物 、ドライブ、散歩、日光浴、 地域行事への参加等、できる かぎり戸外へ出かけられる よう支援している。また、墓 参り等利用者からの希望が あれば、家族にお願いしたり 、家族の了承を得て、ホーム 職員が同行したりし、外出 支援を実施している。	普段は施設周辺の散歩などで 外出支援を行っている。外出 については計画を立て実施 している。利用者が行きたい 場所については、アセスメン トや日常の会話などで把握 している。最近では墓参りに 家族と行きたい希望があり 、支援した実績がある。	
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 るよう支援している。	一人ひとりの希望や力に応じ て、可能な範囲でお金を所 持してもらい買い物などで 使えるよう支援している。		

自己評価	外部評価	項 目(ユニット1)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の()内へユニット名を記入願います	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。	事業所の電話を利用し、家族等に話していただいている。基本的に自由に電話をしていただいている。手紙については、字がうまく書けない人の代筆も行っている。		
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。	ソファやダイニングセット等、家庭的なものを使用し、デイルーム等共有スペースには常に季節の草花を飾るようにしている。また、常に、家庭的な雰囲気の中で利用者が心地よく快適に過ごせるよう工夫し、気配りを行っている。汚物の容器はフット開閉できるものを使用している。	共用空間では、静かで居心地のよい空間を心掛けている。窓も大きく開放的で、テラスや芝生の庭もあり、利用者の憩いの場所となっている。ダイニングでの席は自由となっており、ユニットで配置など工夫している。利用者と職員共同で清掃しており、生活の場を意識した支援を行っている。	
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。	テラスや庭スペースのベンチ、デイルームのソファ等、入居者がそれぞれゆったり過ごせる居場所を確保している。		
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。	本人及び家族にできるだけ使い慣れたものや好みのものを居室にいられてもらうことを勧めている。また、ベッドではなく布団が好きな利用者には居室に畳を用意し、布団を敷いてもらうという配慮をしている。	ベッド・エアコン・チェストなどが備え付けの物となっている。利用開始時に、使い慣れた物を持参いただくように声掛けを行っている。時折、担当職員と一緒に衣替えなどの整理や片づけなどを行っている。	
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。	玄関入り口、廊下、浴室、トイレなど生活の主要箇所には手すりを設置し、できるだけ自立した生活が送れるよう工夫している。また、各居室のクロス1面は部屋ごとに変え、自らの部屋であることが分かりやすいようにしている。		

V アウトカム項目(ユニット1) ← 左記()内へユニット名を記入願います			
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者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（ ユニット2 ）	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の（ ）内へユニット名を記入願います	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	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。	地域との関わりや連携を含んだ「普通の生活をしていただく」という理念を掲げている。玄関に理念を掲示している。また、困ったことや、問題に直面した際には、管理者による面談等行い、理念に立ち戻り支援するようにしている。		
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。	利用者と共に敬老会や散歩等、地域住民との交流に努めている。毎月、ダンスの講師を招いて、他事業所の利用者も招待している。また、地域の方が育てた野菜や果物、切り花を頂いたりといった交流を日常的に行っている。敷地内に自動販売機があり、地域の方々も買いに来られている。		
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。	運営推進会議、地域の行事等の関わりを通して認知症の人の理解や支援の方法を伝え、認知症の人が地域で普通に暮らせるようなネットワーク作りに努めている。		
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。	通常時は職員、家族会、自治会、民生委員、行政、地域包括支援センター、消防団、福祉を高める会等参加により定期的に開催している。利用者や事業所の現状報告や意見交換を行い、出された意見はサービス向上に活かしている。又外部評価結果の報告もしている。		
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。	常時、市町村担当者と行き来する機会をつくり、事業所の実情を伝えたりし、協力関係を築けるよう心がけている。また、市の福祉担当者からの介護困難者（独居高齢者等）を受け入れている。		

自己 評価	外部 評価	項 目(ユニット2)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の()内へユニット名を記入願います	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	○身体拘束をしないケアの実践 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。	身体拘束適正化のための指針を定め、全職員が正しく理解できるよう勉強会（年2回以上）を行っている。また、身体拘束適正化検討委員会を3月に1回開催し、具体的な行為がなされていないか等を点検している。玄関は常に解放し、夜間のみ防犯上施錠している。		
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。	職員勉強会の中で社会福祉士による高齢者虐待防止関連法の勉強会を実施し、どのような行為が虐待になるのか具体的な知識の周知を図っている。また、法人独自のコンプライアンスルールをつくり、スタッフルームに掲示している。		
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。	成年後見制度については、ホーム入り口にパンフレットをおいて必要な方には持って帰ってもらい、契約時に必要な方には制度について説明を行っている。職員勉強会等で成年後見制度、日常生活自立支援事業について社内研修を実施。		
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。	十分な説明を行い、理解を得てもらった上で、契約書等の署名をしてもらっている。ケアマネはグループホームの入所困難者や一人暮らしの人等の次の入院、入所先を決め、相談に乗り、定期的に後の支援もしている。		
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。	利用者からの意見や苦情は記録し、問題点や改善策を利用者相談委員会の中で協議し、対応している。家族からの意見は運営推進会議の協議の中及び家族訪問時に召集し、真摯に受け止め、できる限り運営に反映させている。		

自己評価	外部評価	項 目（ ユニット2 ）	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の（ ）内へユニット名を記入願います	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。	カンファレンスの中で意見や提案を聞き、職員間で話し合った上で可能な限り実施している。職員から運営者及び管理者に口頭で言いにくい意見等は毎日の「気づき」記入を実施し、意見を文書で聞く方法も実施。定期的な個人面談や随時の個人面談を実施し、職員の意見や提案を運営に反映させている		
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。	代表者は個々の努力や実績、勤務状況を把握し、個人面談をするとともに、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。また、管理者は、各職員がやりがいを持って働けるよう役割を分担している。また育休からの復職にも処遇を考慮している。		
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。	基本的に内部研修（勉強会）e-ラーニングによるオンライン研修も実施。職員各自の時間に応じて取り組んでいる。外部研修や資格取得についても職員の希望により参加を奨励している。		
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。	認知症実践者研修やリーダー研修等の外部研修に参加させて頂くことにより、同業者と交流する機会があり、また定期的に地域ケア会議に出席し、地域の同業者と意見交換し、サービスの質向上に向けた取り組みをすすめている。		
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。	本人から困っていることや不安なことは、相談時に聴ける場合は聴き、できる限り希望に添えるよう努力をしている。		

自己 評価	外部 評価	項 目（ ユニット2 ）	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の（ ）内へユニット名を記入願います	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。	相談時から利用に至るまで随時、家族の困っていることや希望を聴き、出来る限り希望に添えるよう努力し、関係づくりに努めている。		
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。	利用者判定基準チェックリストにより、より入居が必要な方を見極め、他のサービスによる支援が必要であると思われる方については他のサービスを紹介したり、医療機関（精神科等）受診をすすめたりという対応を行っている。		
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、洗濯物を一緒に干したり・たたんだり、掃除と一緒に、食材の下処理（もやしの芽取り）等、共に時間を過ごし、信頼関係構築に努めている。		
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。	イベント時はそれぞれの家族に声をかけ、家族は参加してもらっている。家族訪問時には本人の最近の様子等の報告を行い、共に本人を支えていく関係を築いていくことに努めている。毎月1回、担当職員から家族に「お手紙」を送付し、離れて暮らしている家族も本人の様子が分かるよう工夫している。		
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。	普段は日中のドライブ時に各利用者の住んでいた地域に出かけ、その地域の場所や人を説明してもらったり、行きつけの美容院等に行ってもらったりし、馴染みの人や場所との関係継続の支援に努めている。		

自己 評価	外部 評価	項 目（ ユニット2 ）	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の（ ）内へユニット名を記入願います	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。	月1回の職員カンファレンスや朝、夕の申し送り事項の中で、利用者同士の関係に変化があったことなどは職員間で確認している。また、日中活動やイベントにて、利用者同士が関わりあえる場をつくり、支えあえるよう努めている。		
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。	医療機関長期入院等による契約終了者は、医療機関を訪問した際に立ち寄りコミュニケーションをとったりし、付き合いを大切にしている。感染症の影響で面会が困難な場合は、担当者に様子を伺う等、情報共有している。退院後再入所のケースもある。		
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。	本人及び家族の希望や意向を聴き、介護計画を立案している。日常のケアの中で意向の把握に努め、困難な場合は、本人の表情や行動を観察し、意向を汲み取れるよう努めている。月1回のケアカンファレンスで、本人の立場にたち検討している。		
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。	利用申し込みの際、アセスメントを行い、生活歴や生活環境、サービス利用の経過などを本人及び家族に聞き、記録している。記録は各利用者のファイルに閉じ、全職員が把握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。	各利用者ごとに担当職員を決め、把握するよう努めている。各利用者の日々の様子や心身状態などを介護日誌に記録して、暮らしの現状を把握するよう努めている。		

自己 評価	外部 評価	項 目（ ユニット2 ）	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の（ ）内へユニット名を記入願います	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	○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。	本人及び家族の意向や医師の指示を反映し、介護計画を作成している。モニタリングで、期間内での利用者の変化や現状等を、計画作成担当者、担当介護職員で確認し、内容等を検討したのち、現状に即した介護計画を作成している。		
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。	日々の様子等、タブレットに時間帯別に個別の介護日誌に記入し、情報を共有している。介護日誌を介護計画の見直しにも反映するようにしている。また毎日の「気づき」を記入することにより日々の様子の把握に役立っている。		
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、その時々にも生じ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。	自宅帰省時のライフサポートの利用等、多機能性を活かした柔軟な支援をしている。		
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。	できるだけ多くの地域資源と関わりが持てるよう心がけている。地域の警察署には利用者不明時の協力をお願いしている。消防署には消防訓練の協力依頼や点検報告など定期的に訪問し、アドバイスをいただいている。		
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し、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。	やむを得ない場合を除き、入居時に主治医を変更してもらうことはない。現在4病院の往診がある。また、往診のない医院が主治医の場合やNS判断による受診必要時には受診支援をしている。さらに、訪問看護ステーションの看護師による健康管理も行っている。		

自己評価	外部評価	項 目（ ユニット2 ）	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の（ ）内へユニット名を記入願います	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		○看護職員との協働 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。	訪問看護ステーションの看護職員及び往診医療機関の看護職員と気軽に相談しながら、健康管理や医療活用の支援を行っている。訪問看護、医療記録をつくっている。		
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、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。	管理者等が入退院時も含め、定期的に医療機関に訪問し、本人への心のケアや病院関係者との情報交換をしている。また、往診時に主治医、NSと情報交換や相談をし、連携をとっている。		
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。	重度化した場合の指針を契約時に説明し、署名してもらっている。重度化した場合は、本人、家族、主治医と協議し、方針を確認している。また、家族、主治医、訪問看護ステーションとの連携のもと、ホームでの看取りも行っている。		
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。	看護師や管理者による応急処置、緊急時の対応についての勉強会を行い、実践力を身につけている。また、事故発生時のマニュアルをスタッフルームに掲示し、全職員に理解をしてもらっている。		
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。	地域及び他施設と連携し、万が一のための避難場所を確保している。消防計画、災害計画のもと災害時を想定した避難訓練を年2回実施。地区自治会や消防団との協力体制も築いている。夜間想定避難訓練も定期的実施している。福山市のハザードマップを利用した勉強会やBCP作成、運用し全職員にハンドブックを配布している。		

自己 評価	外部 評価	項 目（ ユニット2 ）	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の（ ）内へユニット名を記入願います	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。	法令遵守責任者による利用者のプライバシー保護についての勉強会を行い、全職員に理解をしてもらっている。また、法人内で利用者権利擁護指針(コンプライアンスルール)を制定し、人格の尊重と、プライバシーの確保に努めている。		
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。	希望を表せるような声かけをしたり、認知症の状態等によりその人に合わせた説明等を実施し、自己決定できるよう働きかけている。		
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。	散歩したい、ドライブに行きたい等できる限り各利用者の希望に添えるような支援をしている。また、理念にもあるようにそれぞれの利用者の歩調に合わせた支援をしている。さらに朝食は決まった時間を設定せず思い思いの時間（朝6時以降）に食べてもらっている。		
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。	介護者側の都合による衣類は可能な限り使用してもらわず、思い思いの衣類を着てもらっている。お化粧品も職員と一緒にすることもある。整容面では、ホーム内散髪を定期的に行っている。		
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。	野菜の下処理や配膳、下膳、茶碗ふき等は可能な方には職員と共に実施してもらっている。食事（昼、夕食）は現在利用者と職員は別の時間帯にとっている。おやつ作りなどイベント時は共に食事をし、食事の楽しみを共感している。		

自己 評価	外部 評価	項 目 (ユニット2)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の()内へユニット名を記入願います	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		○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。	食事量は、利用者ごとに毎食後記録して 確認している。摂取量が不足している方 にはエンシュア等を摂取してもらい、栄 養摂取の支援をしている。水分について は、定期時間及び有熱時等は随時行くと 共に、希望者にはペットボトルにお茶や 補水塩を入れ、所持してもらい、1日最 低1回は交換している。		
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、 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。	居者の状態に合わせ、毎食後口腔ケアを 行っている。また、入れ歯は、最低週一 回は消毒し、清潔保持に努めている。口 腔内に変化が生じた場合は、随時、歯科 医院に連絡し、往診してもらっている。		
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。	日中はできるだけ自立によるトイレでの 排泄をするよう支援している。日中・夜 間ともにおむつの使用をできるだけ減ら し、気持ちよく排泄できるよう支援して 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。	確実な水分補給、散歩等の適度な運動、 服薬による予防等を行い、便秘の予防に 努めている。補水塩による水分補給もし ている。嚥下状態が悪い利用者や水分摂 取が難しい利用者には、トロミの使用に よる水分補給を実施している。		
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。	基本的に週2回以上午前中に入浴してい る。希望があればその都度健康状態確認 後、入浴を楽しんでもらっている。ま た、身体、衣類が汚れたりしたときは、 夜間等必要に応じた入浴支援をしてい る。		

自己 評価	外部 評価	項 目 (ユニット2)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の()内へユニット名を記入願います	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 の状況に応じて、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。	就寝時間、起床時間は決めてお らず、個々の習慣や状況にあわ せている。また、居室の換気や 空調にも配慮し、休息や安眠が できるよう支援している。		
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。	服薬状況は処方箋を個別ファイ ルし、各職員が確認。薬の変 更があった場合は、連絡事項と 生活記録に記載し朝夕2回伝 達し服薬状況を確認している。 変更により、状態に変化した 場合は、訪問看護の看護師や 職員から主治医に連絡を行っ ている。法人内の薬剤師による 勉強会も実施している。		
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。	洗濯物干しやたたみやカラオ ケ、散歩、テラスでの日光浴 等、それぞれの生活歴や力を いかしたことを実施してもら い、気分転換等の支援をして 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。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。	通常時は外食ツアーや買い物、 ドライブ、散歩、日光浴、地 域行事への参加等、できるか ぎり戸外へ出かけられるよう 支援している。また、墓参り 等利用者からの希望があれば、 家族にお願いしたり、家族の 了承を得て、ホーム職員が同 行したりし、外出支援を実 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。	一人ひとりの希望や力に応じ て、可能な範囲でお金を所持 してもらい買い物などで使 えるよう支援している。		

自己評価	外部評価	項 目 (ユニット2)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の()内へユニット名を記入願います	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。	事業所の電話を利用し、家族等に話していただいている。基本的に自由に電話をしていただいている。手紙については、字がうまく書けない人の代筆も行っている。		
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。	ソファやダイニングセット等、家庭的なものを使用し、デイルーム等共有スペースには常に季節の草花を飾るようにしている。また、常に、家庭的な雰囲気の中で利用者が心地よく快適に過ごせるよう工夫し、気配りを行っている。汚物用の容器はフット開閉できるものを使用している。		
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。	テラスや庭スペースのベンチ、デイルームのソファ等、入居者がそれぞれゆったり過ごせる居場所を確保している。		
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。	本人及び家族にできるだけ使い慣れたものや好みのものを居室にいれてもらうことを勧めている。また、ベッドではなく布団が好きな利用者には居室に畳を用意し、布団を敷いてもらうという配慮をしている。		
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。	玄関入り口、廊下、浴室、トイレなど生活の主要箇所には手すりを設置し、できるだけ自立した生活が送れるよう工夫している。また、各居室のクロス1面は部屋ごとに換え、自らの部屋であることが分かりやすいようにしている。		

V アウトカム項目(ユニット2) ← 左記()内へユニット名を記入願います			
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者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 グループホームYOKOSHIMA

作成日 令和6年9月13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り組み内容	目標達成に要する期間
1	1	職員個々の目標設定。	目標を設定し、より理念の実践を高める。	現状を分析し、目標を設定する。	6ヶ月
2					
3					
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。