

平成28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	1473201240	事業の開始年月日	平成18年3月1日
		指定年月日	平成18年3月1日
法人名	株式会社アイシマ		
事業所名	グループホームずうずう		
所在地	(241-0825) 神奈川県横浜市旭区中希望が丘165-3		
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	通い定員	名
		宿泊定員	名
		定員計	18名
		ユニット数	2ユニット
自己評価作成日	平成28年2月10日	評価結果 市町村受理日	平成29年5月8日

基本情報リンク先 <http://www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokanri.nsf/pSearch3?Open>

【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)】

ずうずうは閑静な住宅街にあり、近くには緑の多い公園やスーパーがあります。また敷地内に広い畑がありご利用者様と職員がともに野菜や花を育て、収穫した新鮮な野菜は食材となり食事の際の話題作りにもなっています。ご利用者様お一人、お一人尊重し安心して楽しい暮らしを支援しております。また、季節行事に力を入れており、近隣の保育園や幼稚園との交流や地域の行事には積極的に参加し地域の方とのふれあいを大切にしております。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鵜沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成29年3月4日	評価機関 評価決定日	平成29年4月13日

【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、相鉄線「希望ヶ丘駅」から徒歩で10分の閑静な住宅街にあり、平成18年に開設した定員18名のグループホームです。利用者との出会いを大切にし、居心地のよいホームを目指すことを理念に掲げ、職員は利用者の笑顔が絶えないように日々の生活を見守っています。

<優れている点>

利用者一人ひとりが、地域住民として地域の人とのふれあいを大切にしています。自治会に加入し、季節の祭りや運動会、親睦バス旅行などに積極的に参加し、住民と交流を図っています。近隣の保育園や幼稚園の子ども達がよくホームを訪問し、歌や遊戯、折り紙などで楽しいひと時を過ごしています。子ども達と手を取り合う利用者の顔に笑いがはじけています。隣接の小規模多機能事業所と連携し、地域住民も参加して年2回避難訓練を実施しています。安全に訓練に参加できるよう住民が利用者を見守っています。認知症介護に関する地域住民の相談に応じています。地域ケアプラザと連携し、地域住民の認知症への理解が深まるように支援しています。

<工夫点>

多くの看取り介護の実績があります。本人や家族の意向を尊重し、職員の心を込めた看取り介護への取り組みが、利用者・家族の安心感につながっています。主治医や看護師、家族、職員がチームを組み、カンファレンスで看取り介護に関する意識を共有し、支援にあたっています。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
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 ~ 35	9 ~ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	グループホームずうずう
ユニット名	1階 ほたる

V アウトカム項目			
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
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
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
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
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
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
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

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。 (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
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：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように 2, 数日に1回程度ある 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。 (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
66	職員は、生き活きと働いている。 (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
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
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					
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。	毎月の全体会議、ユニット会議でも確認し理念を共有しています。事務所内にも提示して常に確認できる状況にあります。	地域との交流を図りながら、笑顔の絶えないホームを目指すことを理念に掲げています。理念を玄関や事務室に掲示し、職員に周知しています。理念の実践に向けてホームの行動目標を設定し、年度末の全体会議で達成状況を評価し、次年度の課題を定めています。	
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。	自治会にも加入し町内会の催し（祭り、防災訓練、日帰りバス旅行、敬老会）等に参加し、地域住民との交流を図っております。また、保育園との定期的な交流も積極的に行なっております。	年に6回近隣の保育園の子ども達がホームを訪問し、歌や遊戯、折り紙などで入居者と楽しい時間を過ごしています。地域の自治会に加入し、夏祭り、運動会など地域行事に参加して地域住民との交流を図っています。地域と連携し避難訓練を実施しています。	
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。	地域の方から（認知症のご家族と生活されている方）介護サービスを受けるにはどうしたら良いかを相談され、説明させて頂きました。		
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。	運営推進会議で活動状況報告書を配り、ホームの活動状況を報告しています。会議で出された意見を取り入れサービスの向上を図っています。	民生委員や区役所、地域包括支援センター職員、家族代表などが参加し、2ヶ月ごとに開催しています。会議では、ホーム運営の状況について説明し、地域行事への参加や、避難訓練の車いす入居者への対応などについて話し合っています。	
5	4	○市町村との連携 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。	生活保護を受けている入居者様がおりますので、必要に応じて生活保護担当のケースワーカーと連絡を取り合っています。	グループホーム連絡会に参加し、関係機関との情報交換を図り、区主催の緊急時の救急搬送などの研修を受講しています。地域ケアプラザと連携し、アルツハイマーデーでパンフレットを配布するなど、地域住民の認知症の理解に努めています。	

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	○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。	身体拘束などの研修に参加した職員が、他の職員にも会議などを通して内容を報告して理解に努めています。玄関の施錠は防犯のため施錠しております。	身体拘束防止マニュアルを整備し、拘束をしないケアを実践しています。全体会議、ユニット会議で身体拘束の事例を取り上げて話し合い、注意を喚起しています。職員の何気ない言葉が入居者を拘束していることがないか、ケアの現場での気付きを相互に注意しあうようにしています。	
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。	虐待防止に関する研修に参加した職員が、他職員にも会議などを通して報告し、理解し防止に努めています。		
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。	制度の知識・内容について外部研修や内部研修で理解出来るように学びを深めている。		
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。	契約時には丁寧な説明を行ない、ご家族様からのご不明な点などを話し合い、納得された上で契約締結を行っております。		
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。	ご家族様からの意見や要望等を伺う相談窓口を設置しております。面会にいられた時に、声を掛けさせて頂き、要望等を伺っております。	年2回開催の家族会や随時の面会でホームへの家族の意見・要望などの把握に努めています。季節ごとに「ずうずう新聞」を発行し、春の花見や冬のクリスマス会など各種イベントや、ホームにおける入居者の状況を家族に知らせ、コミュニケーションを図っています。	

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
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。	全体会議、ユニット会議を行ない、ケアと業務の見直しについて話しあっております。	全体会議などで管理者は職員の意見・要望の把握に努めています。入居者の高齢化に伴うADL（日常生活動作）の変化に関する職員の意見を取り入れ、職員配置の見直しを行っております。また、職員間の申し送り時間の効率化に関する意見を取り入れ、反映しております。	
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。	管理者は職員と同じ現場で動き、個々の職員と話すことで、職員の状況や問題等を把握し、必要にもじて問題解決を図り、働きやすい環境作りに努めております。		
13		○職員を育てる取組み	定期的に社内勉強会を行なっております。外部の研修等にも参加させて頂き、職員の育成にも努めております。		
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。	会社内で、勉強会や職員旅行、ゴルフコンペ等を実施して交流を図ったり、グループホーム連絡会等に参加し、同業者との意見交流をし、サービスの質の向上が出来るように励んでおります。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
ります		○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。	入居までの段階で専門の部署で（総合相談室）が行ない、ご本人様の不安や要望を把握し対応しております。管理者、職員も不安や要望があった際は解決出来るように努めております。		

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
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。	入居までの段階で専門の部署で（総合相談室）が行ない、ご本人様の不安や要望を把握し対応しております。管理者、職員も不安や要望があった際は解決出来るように努めております。		
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。	相談時にご本人やご家族様が必要としている状況を確認し、必要であれば他施設への移動対応を行なうなど、ご利用者本意に柔軟に対応しています。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 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。	人生の大先輩であるという気持ちを常に持ち、寄り添いの気持ちを大切にしてお応えさせて頂いております。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 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。	面会時や電話でご本人様の状況をお話しさせて頂き、ご利用者様を共に支えていくようにしております。		
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。	ご家族様との面会（時間制限無く）や外出を自由にして頂き、関係の継続の支援をしております。	認知症によるADLの低下と高齢化により、従来からの友達関係の継続が困難になっています。職員は友達や家族関係が継続するように、年賀状作成などを支援しています。また、地域の馴染みの理髪店などにできるだけ長く通えるよう職員が見守っています。	

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
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。	行事、レクリエーションなどを行なって、孤立することなくご利用者様同士が関わりを持つことが出来るように支援しております。		
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。	サービス終了後もご家族様から時折連絡を頂き、近況を伺うなどをお付き合いを大切に続けております。		
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。	ご本人様と関わる中で、ご利用者様の希望を伺い、意思疎通の難しいご利用者様については、ご家族様から情報を収集したり、行動、言動などから思いを把握するようにしています。	3ヶ月ごとにアセスメントを実施して入居者支援のニーズを把握し、個別支援計画の見直しに反映しています。また、入居者の日常生活の状況をケース記録に書きとめ、定期的にカンファレンスで振り返り、個別支援計画に反映しています。	ケース記録に入居者の状況や何気ない言葉など詳細に記述しています。加えて個別支援計画の課題に沿ったケース記録の作成も期待されます。
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。	入居前の事前面接から生活歴や趣味などを聞き経過等の把握に努めております。生活歴の不明な入居者様は会話を通して把握出来るように努めております。		
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。	日々の生活の中で（言動・行動・バイタルサイン等）変動がないかを確認し、状態把握に努めております。		

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
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。	入居者様やご家族様からの希望を反映し、課題等を把握して介護計画を作成しています。	個別支援計画の目標に沿って、3ヶ月ごとにモニタリングを実施し、目標の達成度と入居者の変化に応じた課題を明記しています。モニタリングやアセスメントの結果及び本人・家族の意見を尊重し、3ヶ月ごとに個別支援計画の見直しを行っています。	
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。	個人のケースファイルに日々の様子を記録しています。ケア内容の変更等は申し送りや、会議等で全職員が情報の共有を出来るようにしています。		
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。	入居者様の状況に応じて対応しています。		
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。	運営推進会議を行なう中で、ご利用者様が安心して生活出来るよう、活用出来る支援を地域住民と話すことで把握しております。		
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。	かかりつけ医による月2回の往診を受けております。(状態によっては増えます。)、主治医、訪問看護との医療連携ノートを作成し、情報の共有を行なって、適切に対応できるよう支援しております。	協力医は内科・歯科・精神科で家族の了解を得て往診を行っています。訪問看護は週1回健康状態を確認しています。医師・看護師との連携や情報共有を図る為にノートを活用しています。他科受診は提携病院へ家族や管理者が同行しています。	

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
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。	医療連携ノートを作成し、入居者様の情報を伝え、助言、アドバイスを受け入居者様への対応に役立てています。		
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、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。	入院時は担当医師、担当看護師、ソーシャルワーカーと相談して情報交換を行ない早期の退院が出来るように努めています。		
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。	入居時にご家族様にはターミナルケアが可能ということをお説明しております。ターミナルケアが必要になった場合は、ご家族様、主治医、訪問看護、職員が連携して対応しています。	契約時に重度化した場合や看取りに対する考え方、基本方針をお説明しています。重度化に際し家族と再度話し合いの場を設け、十分に説明し、方向性を決めて関係者と共有を図り、チームで支援に取り組んでいます。多くの看取りの経験があります。	
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。	急変時や事故発生時の対応についてはマニュアルに定めて対応しています。		
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2回の防災訓練を行なっております。非常食の備蓄も3日分用意し災害に備えております。消防訓練には町内会の方にも参加して頂き協力をお願いしております。	消防署や町内会の人に参加してもらい災害・防災訓練を行っています。入居者は避難した場所で1ヶ所に集り、町内会の人が見守っています。非常食を3日分用意し、毛布などの備品には近くの法人本社で備蓄しています。	

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
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。	入居者様の誇りやプライバシーに配慮した言葉かけやケアを行なっております。	職員は入社時にプライバシー保護などに関する研修を受講し、現場では日々管理者が助言や指導を行っています。入居者の心身の状況に応じて言葉掛けを工夫し、時には親しみを込めて言葉を崩したりしながら、メリハリをつけた声掛けやケアを行なっています。	
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。	レクリエーション参加の確認や、何を行ないたいのかを確認・決定して頂けるよう声掛けを行なっております。		
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、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。	一人ひとりのペースを尊重し、希望をお聞きして対応しております。		
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。	ご自分で対応できない方には、希望をお聞きして介助させて頂いております。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	どんな料理を召し上がりたいかをご利用者様にお聞きして調理したり、ご利用者様にも下ごしらえを行なって頂くこともあります。	食材は外部業者に委託しています。毎日冷蔵庫の中を確認し、入居者の希望を聞いて職員が献立を考えています。下ごしらえを行ったり、配膳・下膳・片付けを行う入居者がいます。食事中はテレビを観ながら、そこから話題を見つけ、入居者同士で会話を楽しんでいます。	

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
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。	水分・食事摂取チェック表を確認し不足がないようにしています。水分量が少ない方に対してはご本人様が召し上がりやすい形態（水分をゼリー状にしたり、飲みやすい物）にして提供しております。		
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。	毎食後口腔ケアを行なえる環境を作っています。毎週水曜日に訪問歯科による口腔ケアや治療を行なっております。		
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向けた支援を行っている。	排泄チェック表から入居者様の排泄状況を把握し、失禁が少なくなるようトイレ誘導支援を行ない、トイレでの排泄を行なうことにより排泄の自立に向けて支援しております。	排泄チェック表を活用しています。排泄パターンを把握し、失禁が多い時間帯をチェックし、声掛けや誘導を行うことでトイレでの排泄が可能になった入居者がいます。職員は声掛けや見守り際にはプライバシーに配慮し、優しく丁寧な声掛けを心掛けています。	
日々		○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。	食事内容に注意し（野菜を多くをしたり、ヨーグルトを提供したり）日々の動的レクリエーションを多くすることにより、自然排便出来るよう支援しております。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	基本毎日でも入浴は可能ですが、最低でも週2回は入浴出来るよう言葉かけを行なっています。一人で入浴を希望される方は必ず見守りを行なっています。	週2回が基本ですが、希望があれば毎日でも入浴が可能です。4～5回入浴する入居者もいます。一般浴・機械浴と身体状況に合わせて選択しています。入浴介助は1対1で対応し、入居者と職員がゆっくり会話出来る時間になっています。	

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
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。	安心してお休み頂けるよう、不安で眠れない方には寄り添ったり、会話をすることで落ち着いて休んで頂けるよう支援しております。		
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。	個人ファイルに薬剤情報をファイルして常に確認出来るようにし、薬の変更がある場合には、申し送り等で周知しております。		
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。	入居者様の希望されるレクリエーションをお聞きして実施したり、洗濯物たたみや掃除などの役割を持って頂くことで日常生活の活性化を図っております。		
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。	散歩を実施したり、ご家族様の面会時には、近隣へ買い物に外出頂いたりして支援しております。	天候の良い日は数人が近隣へ散歩に出かけています。入居者は、毎月、法人が運営するレストランでの外食を楽しんでいます。食事会で数人ずつ寿司屋へ行ったりする事もあります。また自費対応で個別に外出を楽しむ人もいます。	
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。	個人での金銭管理は困難なため、ご家族様かホーム側で管理しております。		

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
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。	各ユニットに電話がありいつでも電話出来るようにしております。尚、ご利用者様の中には携帯電話をお持ちになっている方もおります。		
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。	共有空間には入居者様の作品や楽しめる飾りつけをしています。空調管理は入居者様の希望などを聞き快適に過ごせるようこまめに管理しています。	リビングに書道の作品や外出時の写真が飾られています。テーブルやソファなどは車いすなどの動線を考え、安全な配置になっています。テレビが見やすいようにテーブルの配置を工夫しています。畳敷きのスペースがあり、また、浴室やトイレは十分に広く、快適な空間になっています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 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。	共用フロアにはソファを設置したり、和室などでゆったりと過ごせるように配慮しております。		
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。	入居時に、愛用されていた家具等を持ってきて頂くようにし、少しでも安心して過ごして頂けるようにしています。	エアコンや大型のクローゼットが設置されています。居室は入居者ごとに個性的です。入居者が自宅で使用していた家具やテーブル・椅子が持ち込まれ、仏壇を置いている人もいます。居室は隅々まで綺麗に掃除が行き届いています。	
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。	必要な箇所には手摺を設置して身体機能を生かせる環境作りをしています。トイレ、居室には看板、表札などを付け生活しやすい環境作りをしています。		

事業所名	グループホームずうずう
ユニット名	2階 にじ

V アウトカム項目			
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
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
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
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
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
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
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。 (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

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。 (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
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：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように 2, 数日に1回程度ある 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。 (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
66	職員は、生き活きと働いている。 (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
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
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					
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。	毎月の全体会議、ユニット会議でも確認し理念を共有しています。事務所内にも提示して常に確認できる状況にあります。		
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。	自治会にも加入し町内会の催し（祭り、防災訓練、日帰りバス旅行、敬老会）等に参加し、地域住民との交流を図っております。また、保育園との定期的な交流も積極的に行なっております。		
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。	地域の方から（認知症のご家族と生活されている方）介護サービスを受けるにはどうしたら良いかを相談され、説明させて頂きました。		
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。	運営推進会議で活動状況報告書を配り、ホームの活動状況を報告しています。会議で出された意見を取り入れサービスの向上を図っています。		
5	4	○市町村との連携 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。	生活保護を受けている入居者様がおりますので、必要に応じて生活保護担当のケースワーカーと連絡を取り合っています。		

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	○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。	身体拘束などの研修に参加した職員が、他の職員にも会議などを通して内容を報告して理解に努めています。玄関の施錠は防犯のため施錠しております。		
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。	虐待防止に関する研修に参加した職員が、他職員にも会議などを通して報告し、理解し防止に努めています。		
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。	制度の知識・内容について外部研修や内部研修で理解出来るように学びを深めている。		
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。	契約時には丁寧な説明を行ない、ご家族様からのご不明な点などを話し合い、納得された上で契約締結を行っております。		
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。	ご家族様からの意見や要望等を伺う相談窓口を設置しております。面会に来られた時に、声を掛けさせて頂き、要望等を伺っております。		

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
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。	全体会議、ユニット会議を行ない、ケアと業務の見直しについて話しあっております。		
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。	管理者は職員と同じ現場で動き、個々の職員と話すことで、職員の状況や問題等を把握し、必要にもじて問題解決を図り、働きやすい環境作りに努めております。		
13		○職員を育てる取組み	定期的に社内勉強会を行なっております。外部の研修等にも参加させて頂き、職員の育成にも努めております。		
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。	会社内で、勉強会や職員旅行、ゴルフコンペ等を実施して交流を図ったり、グループホーム連絡会等に参加し、同業者との意見交流をし、サービスの質の向上が出来るように励んでおります。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
ります		○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。	入居までの段階で専門の部署で（総合相談室）が行ない、ご本人様の不安や要望を把握し対応しております。管理者、職員も不安や要望があった際は解決出来るように努めております。		

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
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。	入居までの段階で専門の部署で（総合相談室）が行ない、ご本人様の不安や要望を把握し対応しております。管理者、職員も不安や要望があった際は解決出来るように努めております。		
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。	相談時にご本人やご家族様が必要としている状況を確認し、必要であれば他施設への移動対応を行なうなど、ご利用者本意に柔軟に対応しています。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 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。	人生の大先輩であるという気持ちを常に持ち、寄り添いの気持ちを大切にしてお対応させて頂いております。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 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。	面会時や電話でご本人様の状況をお話しさせて頂き、ご利用者様を共に支えていくようにしております。		
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。	ご家族様との面会（時間制限無く）や外出を自由にして頂き、関係の継続の支援をしております。		

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		○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。	行事、レクレーションなどを行なって、孤立することなくご利用者様同士が関わりを持つことが出来るように支援しております。		
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。	サービス終了後もご家族様から時折連絡を頂き、近況を伺うなどをしてお付き合いを大切に続けております。		
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。	ご本人様と関わる中で、ご利用者様の希望を伺い、意思疎通の難しいご利用者様については、ご家族様から情報を収集したり、行動、言動などから思いを把握するようにしています。		
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。	入居前の事前面接から生活歴や趣味などを聞き経過等の把握に努めております。生活歴の不明な入居者様は会話を通して把握出来るように努めております。		
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。	日々の生活の中で（言動・行動・バイタルサイン等）変動がないかを確認し、状態把握に努めております。		

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
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。	入居者様やご家族様からの希望を反映し、課題等を把握して介護計画を作成しています。		
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。	個人のケースファイルに日々の様子を記録しています。ケア内容の変更等は申し送りや、会議等で全職員が情報の共有を出来るようにしています。		
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。	入居者様の状況に応じて対応しています。		
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。	運営推進会議を行なう中で、ご利用者様が安心して生活出来るよう、活用出来る支援を地域住民と話すことで把握しております。		
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。	かかりつけ医による月2回の往診を受けております。(状態によっては増えます。)、主治医、訪問看護との医療連携ノートを作成し、情報の共有を行なって、適切に対応できるよう支援しております。		

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
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。	医療連携ノートを作成し、入居者様の情報を伝え、助言、アドバイスを受け入居者様への対応に役立てています。		
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、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。	入院時は担当医師、担当看護師、ソーシャルワーカーと相談して情報交換を行ない早期の退院が出来るように努めています。		
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。	入居時にご家族様にはターミナルケアが可能ということの説明しております。ターミナルケアが必要になった場合は、ご家族様、主治医、訪問看護、職員が連携して対応しています。		
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。	急変時や事故発生時の対応についてはマニュアルに定めて対応しています。		
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2回の防災訓練を行なっております。非常食の備蓄も3日分用意し災害に備えております。消防訓練には町内会の方にも参加して頂き協力をお願いしております。		

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
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。	入居者様の誇りやプライバシーに配慮した言葉かけやケアを行なっております。		
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。	レクリエーション参加の確認や、何を行ないたいのかを確認・決定して頂けるよう声掛けを行なっております。		
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、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。	一人ひとりのペースを尊重し、希望をお聞きして対応しております。		
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。	ご自分で対応できない方には、希望をお聞きして介助させて頂いております。		
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。	どんな料理を召し上がりたいかをご利用者様にお聞きして調理したり、ご利用者様にも下ごしらえを行なって頂くこともあります。		

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		○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。	水分・食事摂取チェック表を確認し不足がないようにしています。水分量が少ない方に対してはご本人様が召し上がりやすい形態（水分をゼリー状にしたり、飲みやすい物）にして提供しております。		
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。	毎食後口腔ケアを行なえる環境を作っています。毎週水曜日に訪問歯科による口腔ケアや治療を行なっております。		
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向けた支援を行っている。	排泄チェック表から入居者様の排泄状況を把握し、失禁が少なくなるようトイレ誘導支援を行ない、トイレでの排泄を行なうことにより排泄の自立に向けて支援しております。		
日々		○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。	食事内容に注意し（野菜を多くをしたり、ヨーグルトを提供したり）日々の動的レクリエーションを多くすることにより、自然排便出来るよう支援しております。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	基本毎日でも入浴は可能ですが、最低でも週2回は入浴出来るよう言葉かけを行なっています。一人で入浴を希望される方は必ず見守りを行なっています。		

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
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。	安心してお休み頂けるよう、不安で眠れない方には寄り添ったり、会話をすることで落ち着いて休んで頂けるよう支援しております。		
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。	個人ファイルに薬剤情報をファイルして常に確認出来るようにし、薬の変更がある場合には、申し送り等で周知しております。		
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。	入居者様の希望されるレクリエーションをお聞きして実施したり、洗濯物たたみや掃除などの役割を持って頂くことで日常生活の活性化を図っております。		
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。	散歩を実施したり、ご家族様の面会時には、近隣へ買い物に外出頂いたりして支援しております。		
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。	個人での金銭管理は困難なため、ご家族様かホーム側で管理しております。		

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
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。	各ユニットに電話がありいつでも電話出来るようにしております。尚、ご利用者様の中には携帯電話をお持ちになっている方もおります。		
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。	共有空間には入居者様の作品や楽しめる飾りつけをしています。空調管理は入居者様の希望などを聞き快適に過ごせるようこまめに管理しています。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 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。	共用フロアにはソファを設置したり、和室などでゆったりと過ごせるように配慮しております。		
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。	入居時に、愛用されていた家具等を持ってきて頂くようにし、少しでも安心して過ごして頂けるようにしています。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 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。	必要な箇所には手摺を設置して身体機能を生かせる環境作りをしています。トイレ、居室には看板、表札などを付け生活しやすい環境作りをしています。		

目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくなならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【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	20	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ている方が多い。	ご家族様やご友人との関係の継続を支援していく。	ご友人や家族関係が継続するように年賀状や手紙作成 通して関係を継続するとともに昔、通っていた馴染みの理髪店や喫茶店、百貨店などにできるだけ長く通える	3か月
2	40	利用者と職員と一緒に準備や食事・片付けをする時間が減っている。	利用者様とのコミュニケーションの一環としてどんな料理を召し上がりたいかをお聞き一緒に調理や下ごしらえを行って頂く。	毎日、冷蔵庫中を確認し入居者様の希望を聞いて職員が献立を考えて、可能な方に下ごしらえを行って頂く。また車椅子の方にもテーブル上でお手伝いできることを行って頂く。	2か月
3	49	自立している入居者様の外出支援はできているが車椅子やADLの低い方の外出支援が難しくなっている。	認知症進行している方やADLの低い方の外出支援を行う。	散歩や近くのお店にリフト車をしようし外出する。	2ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。