

平成30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30年10月26日	評価結果 市町村受理日	平成31年3月5日

基本情報リンク先 <http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/>

【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もあります。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自治会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 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	平成30年12月5日	評価機関 評価決定日	平成31年2月27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、相鉄線希望ヶ丘駅より徒歩10分程度の閑静な住宅街にあります。平成18年に開設した定員18名のグループホームです。職員は利用者の思いを傾聴し、利用者のリズムで自立して生活が送れるよう、家族の目線で優しく見守っています。

<優れている点>

理念に、「利用者一人ひとりとの出会いを大切にし、地域交流を図り、笑顔の絶えない居心地の良いホームを目指すこと」を掲げています。自立支援を個別支援計画の目標に設定し、利用者職員は目標を共有しています。職員は、本人のやりたい事や方法を尊重し、生活リズムを見守っています。一人ひとりの利用者を理解し、信じられる関係を大切にしています。また、地域住民としての利用者への支援をしています。夏祭りでは利用者が盆踊りの輪に入っていきます。婦人会の芋煮会にも参加し、地域住民の一人であることを実感しています。年に6回、地域の保育園の園児が事業所を訪問し、7月には園児と利用者が一緒に七夕飾りを作っています。子どもたちが少しずつ成長していく姿を利用者は楽しみにしています。

<工夫点>

冬の晴れた日はホームのベランダから富士山がみえます。広い庭の畑でミニトマト、ピーマン、ナス、キュウリ、ジャガイモなどの季節の野菜が育っています。ベランダでバーベキュー大会を開き、季節の味と香りと景色を楽しんでいます。

【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)	レ	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)	レ	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)	レ	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)	レ	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
		レ	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)	レ	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)	レ	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)	レ	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
		レ	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
		レ	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、生き生きと働いている。 (参考項目：11, 12)	レ	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。	レ	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。	レ	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近づけている。	地域密着サービスの意義をスタッフ全員で確認し、理念について話しあい具体的なケアについて意義の統一を図っている。	「出合いを大切に地域交流を図り、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。理念の実践に向けて、チームケアの確立など5項目の年度目標を定め、年度末に職員アンケートを行って成果を評価し、理念の実践状況を確認しています。	
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。	地域の行事などに積極的に参加し、また近隣の保育園の園児さんと定期的に交流を図っている。	自治会主催の夏祭りや敬老会、防災訓練、婦人会主催の芋煮会などの地域行事に積極的に参加しています。また、地域の保育園の園児が2ヶ月ごとにホームを訪問し、利用者と一緒に楽しいひと時を過ごしたり、一緒にミカン狩りに行ったりしています。	
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。	運営推進会議、消防訓練に地域の方々の参加がありその際、認知症についてや認知症の人の理解や支援方法を伝えている。		
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。	運営推進会議ではホームの運営状況を報告し、意見、感想を頂いている。意見等は運営に活かすようにしている。	2ヶ月ごとに運営推進会議を開催しています。自治会々長や民生委員、家族の代表、地域包括支援センターや区役所職員が参加しています。ホームの活動状況や認知症の利用者支援について説明し、事業所への地域理解が深まるように努めています。	
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。	運営推進会議、横浜高齢者グループホーム連絡会、旭・瀬谷ブロック会議で実情を伝えたり、高齢支援課、保護課と連絡を取りながら情報を頂いたり、連携に努めている。	3ヶ月ごとに開催のグループホーム連絡会に参加し、介護保険制度の変更などに関する情報交換を図っています。また、区が主催する感染症研修などに積極的に参加しています。生活保護の利用者に対し、区保護課と連携し、最適な支援に努めています。	

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。	身体拘束に関する研修会に参加し、職員の共有認識を図っている。	身体拘束適正化委員会を立ち上げ、「身体拘束適正化指針」を整備し、身体拘束をしないケアを実践しています。法人全体の勉強会で毎年身体拘束を取り上げ、身体拘束防止に関する職員の意識の強化を図っています。	
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。	内部研修を実施し虐待に関する理解浸透や遵守に向けた取り組みを行なっている。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している。	成年後見制度などについて研修を行なっている。		
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。	契約時には事業所のケアに関する考え方や取り組みを時間を取って丁寧に説明している。		
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。	利用者の要望や意見は常に聞く機会を設けている。尚、ご家族には、訪問時、家族会等で常に問いかけ何でも言ってもらえるような雰囲気作りに留意している。	家族会を年2回開催し、家族の要望や意見の把握に努めています。利用者の安定した生活が家族に喜ばれています。広報紙「ずうずう新聞」を3ヶ月ごとに発行しています。日々の利用者の表情や、行事に参加している時の笑顔の写真が家族に好評です。	

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。	ミーティング時の他、個別にも意見、提案を聞くよう努めている。管理者はスタッフと意見交換が出来る場を設けている。	管理者は、毎月実施するフロアカンファレンスや全体カンファレンスで、職員の意見や提案を把握しています。職員の意見を取り入れて、週に1日、入浴のない日を設定し、散歩など利用者がホームの外に出る機会の増加につながった事例があります。	
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。	職員が向上心を持って働けるよう職能評価を行なっている。		
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。	事業所内で行なわれる研修等には多くの職員が受講できるように努めている。それらの研修報告は報告書を提出してもらい、全職員が共有できるように会議等で伝達している。		
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。	管理者がネットワーク作りを進め、その活動から職員が学び、サービス向上へ繋げていくように取り組んでいる。		
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。	入居前に本人と面会しお話しをして入居時の不安を軽減するようにしている。入居後もご本人から伺い内容を記録し情報共有し職員全体でご本人が安心して暮らせる支援を考えている。		

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。	入居前にはご家族とじっくり話しをするようにしている。入居後も本人の様子を伝えたり、来て頂いたりして関係作りを行なっている。		
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。	本人、家族と話しをする中でニーズを把握し、現在必要な支援をご一緒に考え、受けられるサービスの情報を提供するように努めている。		
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。	ご本人の今までの生き方、考え方を大切にし、ご本人と話し合いながら、安全に活動出来る場を支援するように努めている。		
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。	本人、家族、ホーム三者が一体となって本人の生活を考えることを基本にしている。家族来所時、散歩に出たり、外出や外泊をして本人の精神的支えになっている。来所が少ない家族にも電話、お便りなどで様子をお伝えしている。		
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。	いつでも面会が出来ることを事前に説明し、近所の方や、知人の方に来てもらっている。年賀状を家族や知人に送ることもしています。	10年ぶりに古いともだちがホームを訪ねてくれた事例があります。職員は、年賀状の作成や手紙の代筆などで友達関係の継続を支援しています。また、利用者の地域の馴染みの人が気軽にホームを訪問してくれるよう雰囲気作りに努めています。	

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
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。	日頃より一人ひとりの言葉や表情、行動に注意を払い、フローには最低1名のスタッフが必ずいるようにし利用者同士の関係に配慮しながらそれぞれが心地よく過ごせるように考えている。		@
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。	退去されたあとも管理者が本人・家族と電話連絡や手紙等でやり取りをしている。		0
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。	本人の希望や意向を直接聞いたり、日常会話の中や表情で把握したりしている。これをスタッフ間で共有している。困難な場合は、家族、職員で話し合い、本人本位に検討している。	個別支援計画の見直しに合わせ3ヶ月ごとにアセスメントを実施し、利用者支援ニーズの把握に努めています。また、日々の利用者の発言や思い、支援の内容をケース記録に書きとめ、計画の見直しに反映しています。	
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。	これまでの暮らし方を把握するために家族等にお話しを伺っている。また本人との会話の中から把握し、スタッフ間で共有するようにしている。		
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。	一緒に過ごす中で現状の把握に努め、記録や申し送りによりスタッフ間で本人の情報を共有している。有する力により異なる家事活動を支援したり、心身状態に合わせた対応を行なっている。		

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
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、家族と話し合ったり、意見を求めたりしながらケアのあり方、介護計画を作成している。本人の心身の変化に応じた見直しを行いまた定期的に会議で話し合い作成をしている。	3ヶ月ごとに個別支援計画を見直し、また必要に応じて随時見直しを行い、利用者・家族の同意を得ています。3ヶ月ごとにモニタリングを実施し、成果を評価しています。評価欄に目標ごとの評価結果を明記し、計画の見直しに反映しています。	
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。	個別の記録は、本人の言葉や行動を記入している。個別の記録、申し送り記録、朝、夕の申し送りや話し合いで職員間の情報を共有し、それを支援につなげ、見直しにも生かしている。		
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。	本人やとりまく状況の変化に応じて生じるニーズに対応した支援を行なっている。		
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。	地域の行事などに参加することで楽しんだり、ご本人の力を発揮している。地域の子供たちとの交流もある。		
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、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。	受診は本人、家族の希望を第一にしている。医師により必要な情報を提供したりもったりしている。通院支援も必要に応じて行なっている。家族、主治医、ホーム三者での話し合いも必要時行なっている。	利用者の通院に、「医療連絡ノート」を使用しています。医師に診断内容を記入してもらい、家族へ報告しています。場合によっては、医師がその場で家族に電話して伝えることもあります。	

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
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。	日常でとらえた気づきを訪問看護師に伝え、受診や往診につなげたり、指示、アドバイスを受けていたりする。		
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。	入院時には、本人の支援方法に関する情報を医療機関に提供し、頻繁に職員が見舞うようにしている。また家族とも情報交換しながら回復状況等速やかな退院支援に結びつけている。		
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、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	本人や家族の意向を踏まえ医師、職員が連携を取り、急変した場合にはすぐ対応して頂けるように医療機関とも密に連携を図っている。	「ターミナルケアマニュアル」を整備しています。マニュアルには、職員が果たす役割から看護師・医師・家族の連携、状態への対応まで網羅していません。毎年看取りに関する研修を行い、チームケアによる看取り介護に努めています。	
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。	緊急時対応についてマニュアルを整備し周知徹底を図っている。		
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。	地域の消防訓練に参加したり、消防署の協力を得て、避難訓練、消火器の使い方などの訓練を定期的に行なっている。	年2回、消防署と協力し、避難訓練を実施しています。緊急時の連絡網を整備し、掲示して職員に周知しています。日中の災害は隣接する小規模多機能型居宅介護事業所「ブルメリア」と連携しています。	地域との協力体制をより密にすることや災害時の備蓄品一覧の整備と管理の徹底などの対策も期待されます。

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
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。	日常会話や声掛けに対しては職員へ日々指導を行なっている。職員間でも注意を払い適切な声掛けが行なえるように話しをしている。	利用者は人生の先輩として接するように心がけています。外出時の服装も利用者の希望を尊重して選んでいます。声かけについては、「○○さん」と呼ぶようにしています。居室に入る際も利用者の確認を取っています。	
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。	本人が思いを伝えたり、選択出来るように働きかけている。表現が困難な利用者には本人本位で考え、促してその様子を見ながら自己決定できるようにしている。		
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、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。	基本的な一日の流れはあるが、体調に配慮しつつ本人のペースで生活出来るよう支援している。一人一人行いたいこと、出来ることを一緒に考え、支援している。		
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。	近所の理美容を利用したり、着替えの時、衣服を一緒に選んだりしている。		
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。	個々の咀嚼や嚥下状態に応じた食事内容にしている。食器等も本人が食べやすい物を利用し、配膳を工夫し食事が楽しくなる工夫をしている。また個々の心身の状態に応じた家事活動を行なっている。	食材を週2回、スーパーマーケットから仕入れ、職員が調理しています。利用者の希望で夏場を除き刺身を出すこともあります。利用者も調理に参加し、配膳下膳などを手伝っています。料理に使用した食材を日々記録し、好みのメニューに活かしています。	

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
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、水分量を記録しスタッフで共有している。主治医の指示、アドバイスを得ながら食事内容、形態を個別に工夫して対応している。又、盛り付けや無理なく摂取できる大きさの容器に変えるなど工夫している。		
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。	訪問歯科医、歯科衛生士による定期的な口腔ケアを行なっている。起床時と毎食後は、利用者に合わせた口腔ケアを支援し、夜間は義歯を洗浄、消毒し保管している。		
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。	排泄チェック表により排泄状況やパターンを把握している。トイレでの排泄に向けた支援を行ない、動作や表情から察したさりげない支援も行なっている。その人に合わせたパットを支援することでトイレの自立に向けた支援を行なっている。	利用者の排泄パターンを把握して声かけし、自立支援に取り組んでいます。排泄パターンは伝達ノートに記載して職員間の情報共有を図っています。医師や看護師と相談し、体に負担の少ない薬を選んで服用することで排泄の状況が向上しています。	
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。	排便表により毎日の排便確認を行なっている。身体を動かすこと、水分、食事摂取に気を配ることにより促しを図り、必要に応じてマッサージを行なっている。便秘薬も主治医と相談しながら、状況に応じて増減量を随時行なっている。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている。	入浴をその日の楽しみとしてもらえるようなタイミングをはかり声掛けを行わない入浴を支援している。体調やその日の気分、同性による支援も考慮している。	入浴は基本的に週2回で1日3名としています。毎日シャワー浴を希望する利用者や、気分転換に入浴剤を入れて楽しむ利用者もいます。利用者の希望を尊重し、同性介助も実施しています。入浴時は会話も弾み、気持ちよく過ごせ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。	生活リズムを整えるように努め、室温や湿度に注意して安眠が出来るように支援している。また体調を見ながら休息できるようにしている。		
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。	薬局にて服薬管理を行ない、薬変更の際は申し送りや診察の記録にて伝え、個人別薬表により用法、副作用の把握が出来るようにしている。服薬時はマニュアルに沿って行うことで、誤薬予防に努めている		
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。	個々の心身状態に合わせ、日々の生活の中で楽しみながら出来る役割を支援している。一人ひとりに合った「出来ること」から「やりがい、生きがい」につながるよう支援したい。		
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。	それぞれ異なった心身状態の入居者であるため、一人ずつ近くを散歩したり、個別又は小グループで買い物、外食に行っている。家族の協力を得て行事等で外出に参加をしていただいている	散歩は週に1～2回です。近隣には広くて緑の多い公園が複数あります。外食を兼ねた外出も月2回あり、ユニットごとに寿司屋へ行ったりしています。散歩ができない時は外気浴を行い気分転換をしています。	
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。	個人所持については、家族、本人と相談して決めている。私物購入は本人と相談しながら時には一緒に買い物に行きご自身でお金の支払い等をしていただいています		

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
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。	利用者の希望に応じて日常的に電話や手紙を出せるよう支援している。		
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。	利用者が自分の住んでいる家だという意識を高めてもらえるような空間の工夫をしている。	リビングは季節を感じる飾り付けをしています。席は利用者の相性の良い人同士となるよう配慮しています。共用フロアの温度・湿度は、快適な状態を保つように気を付けています。廊下の壁には各種イベントに参加している利用者の笑顔の写真を飾っています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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。	一人で過ごしたり、仲の良い利用者同士でくつろげるスペースを作っている。		
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。	利用者の好みや馴染みの物などを生活スタイルに合わせて居心地の良い居室作りに取り組んでいる。	居室は、エアコン・照明器具・クローゼットが備えられています。その他、利用者の馴染みの物や転倒防止用の手すりの設置など、居心地良く過ごせるように工夫しています。居室入り口には、一人ひとり異なる表札を職員が作り、掲げています。	
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。	生活環境のあらゆるところに利用者の自立を意識した工夫をしている。		

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)	レ	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)	レ	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)	レ	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)	レ	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
		レ	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)	レ	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)	レ	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
		レ	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
		レ	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
		レ	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)	レ	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。	レ	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。	レ	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。	地域密着サービスの意義をスタッフ全員で確認し、理念について話しあい具体的なケアについて意義の統一を図っている。		
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。	地域の行事などに積極的に参加し、また近隣の保育園の園児さんと定期的に交流を図っている。		
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、消防訓練に地域の方々の参加がありその際、認知症についてや認知症の人の理解や支援方法を伝えている。		
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。	運営推進会議ではホームの運営状況を報告し、意見、感想を頂いている。意見等は運営に活かすようにしている。		
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。	運営推進会議、横浜高齢者グループホーム連絡会、旭・瀬谷ブロック会議で実情を伝えたり、高齢支援課、保護課と連絡を取りながら情報を頂いたり、連携に努めている。		

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
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。	身体拘束に関する研修会に参加し、職員の共有認識を図っている。		
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。	内部研修を実施し虐待に関する理解浸透や遵守に向けた取り組みを行なっている。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している。	成年後見制度などについて研修を行なっている。		
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。	契約時には事業所のケアに関する考え方や取り組みを時間を取って丁寧に説明している。		
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。	利用者の要望や意見は常に聞く機会を設けている。尚、ご家族には、訪問時、家族会等で常に問いかけ何でも言ってもらえるような雰囲気作りに留意している。		

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
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。	ミーティング時の他、個別にも意見、提案を聞くよう努めている。管理者はスタッフと意見交換が出来る場を設けている。		
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。	職員が向上心を持って働けるよう職能評価を行なっている。		
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。	事業所内で行なわれる研修等には多くの職員が受講できるように努めている。それらの研修報告は報告書を提出してもらい、全職員が共有できるように会議等で伝達している。		
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。	管理者がネットワーク作りを進め、その活動から職員が学び、サービス向上へ繋げていくように取り組んでいる。		
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。	入居前に本人と面会しお話しをして入居時の不安を軽減するようにしている。入居後もご本人から伺い内容を記録し情報共有し職員全体でご本人が安心して暮らせる支援を考えている。		

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。	入居前にはご家族とじっくり話しをするようにしている。入居後も本人の様子を伝えたり、来て頂いたりして関係作りを行なっている。		
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。	本人、家族と話しをする中でニーズを把握し、現在必要な支援をご一緒に考え、受けられるサービスの情報を提供するように努めている。		
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。	ご本人の今までの生き方、考え方を大切にし、ご本人と話し合いながら、安全に活動出来る場を支援するように努めている。		
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。	本人、家族、ホーム三者が一体となって本人の生活を考えることを基本にしている。家族来所時、散歩に出たり、外出や外泊をして本人の精神的支えになっている。来所が少ない家族にも電話、お便りなどで様子をお伝えしている。		
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。	いつでも面会が出来ることを事前に説明し、近所の方や、知人の方に来てもらっている。年賀状を家族や知人に送ることもしています。		

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
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。	日頃より一人ひとりの言葉や表情、行動に注意を払い、フロアーには最低1名のスタッフが必ずいるようにし利用者同士の関係に配慮しながらそれぞれが心地よく過ごせるように考えている。		
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。	退去されたあとも管理者が本人・家族と電話連絡や手紙等でやり取りをしている。		
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。	本人の希望や意向を直接聞いたり、日常会話の中や表情で把握したりしている。これをスタッフ間で共有している。困難な場合は、家族、職員で話し合い、本人本位に検討している。		
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。	これまでの暮らし方を把握するために家族等にお話しを伺っている。また本人との会話の中から把握し、スタッフ間で共有するようにしている。		
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。	一緒に過ごす中で現状の把握に努め、記録や申し送りによりスタッフ間で本人の情報を共有している。有する力により異なる家事活動を支援したり、心身状態に合わせた対応を行なっている。		

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
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、家族と話し合ったり、意見を求めたりしながらケアのあり方、介護計画を作成している。本人の心身の変化に応じた見直しを行いまた定期的に会議で話し合い作成をしている。		
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。	個別の記録は、本人の言葉や行動を記入している。個別の記録、申し送り記録、朝、夕の申し送りや話し合いで職員間の情報を共有し、それを支援につなげ、見直しにも生かしている。		
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。	本人やとりまく状況の変化に応じて生じるニーズに対応した支援を行なっている。		
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。	地域の行事などに参加することで楽しんだり、ご本人の力を発揮している。地域の子供たちとの交流もある。		
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、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。	受診は本人、家族の希望を第一にしている。医師により必要な情報を提供したりもらったりしている。通院支援も必要に応じて行なっている。家族、主治医、ホーム三者での話し合いも必要時行なっている。		

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
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。	日常でとらえた気づきを訪問看護師に伝え、受診や往診につなげたり、指示、アドバイスを受けていたりしている。		
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。	入院時には、本人の支援方法に関する情報を医療機関に提供し、頻繁に職員が見舞うようにしている。また家族とも情報交換しながら回復状況等速やかな退院支援に結びつけている。		
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。	本人や家族の意向を踏まえ医師、職員が連携を取り、急変した場合にはすぐ対応して頂けるように医療機関とも密に連携を図っている。		
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。	緊急時対応についてマニュアルを整備し周知徹底を図っている。		
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。	地域の消防訓練に参加したり、消防署の協力を得て、避難訓練、消火器の使い方などの訓練を定期的に行なっている。		

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
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。	日常会話や声掛けに対しては職員へ日々指導を行なっている。職員間でも注意を払い適切な声掛けが行なえるように話しをしている。		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。	本人が思いを伝えたり、選択出来るように働きかけている。表現が困難な利用者には本人本位で考え、促してその様子を見ながら自己決定できるようにしている。		
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、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。	基本的な一日の流れはあるが、体調に配慮しつつ本人のペースで生活出来るよう支援している。一人一人行いたいこと、出来ることを一緒に考え、支援している。		
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。	近所の理美容を利用したり、着替えの時、衣服を一緒に選んだりしている。		
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。	個々の咀嚼や嚥下状態に応じた食事内容にしている。食器等も本人が食べやすい物を利用し、配膳を工夫し食事が楽しくなる工夫をしている。また個々の心身の状態に応じた家事活動を行なっている。		

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		○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、水分量を記録しスタッフで共有している。主治医の指示、アドバイスを得ながら食事内容、形態を個別に工夫して対応している。又、盛り付けや無理なく摂取できる大きさの容器に変えるなど工夫している。		
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。	訪問歯科医、歯科衛生士による定期的な口腔ケアを行なっている。起床時と毎食後は、利用者に合わせた口腔ケアを支援し、夜間は義歯を洗浄、消毒し保管している。		
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。	排泄チェック表により排泄状況やパターンを把握している。トイレでの排泄に向けた支援を行ない、動作や表情から察したさりげない支援も行なっている。その人に合わせたパットを支援することでトイレの自立に向けた支援を行なっている。		
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。	排便表により毎日の排便確認を行なっている。身体を動かすこと、水分、食事摂取に気を配ることにより促しを図り、必要に応じてマッサージを行なっている。便秘薬も主治医と相談しながら、状況に応じて増減量を随時行なっている。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている。	入浴をその日の楽しみとしてもらえるようなタイミングをはかり声掛けを行ない入浴を支援している。体調やその日の気分、同性による支援も考慮している。		

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
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。	生活リズムを整えるように努め、室温や湿度に注意して安眠が出来るように支援している。また体調を見ながら休息できるようにしている。		
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。	薬局にて服薬管理を行ない、薬変更の際は申し送りや診察の記録にて伝え、個人別薬表により用法、副作用の把握が出来るようにしている。服薬時はマニュアルに沿うことで、誤薬予防に努めている		
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。	個々の心身状態に合わせ、日々の生活の中で楽しみながら出来る役割を支援している。一人ひとりに合った「出来ること」から「やりがい、生きがい」につながるよう支援したい。		
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。	それぞれ異なった心身状態の入居者であるため、一人ずつ近くを散歩したり、個別又は小グループで買い物、外食に行っている。家族の協力を得て行事等で外出に参加をしていただいている		
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。	個人所持については、家族、本人と相談して決めている。私物購入は本人と相談しながら時には一緒に買い物に行きご自身でお金の支払い等をしていただいています		

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
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。	利用者の希望に応じて日常的に電話や手紙を出せるよう支援している。		
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。	利用者が自分の住んでいる家だという意識を高めてもらえるような空間の工夫をしている。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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。	一人で過ごしたり、仲の良い利用者同士でくつろげるスペースを作っている。		
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。	利用者の好みや馴染みの物などを生活スタイルに合わせて居心地の良い居室作りに取り組んでいる。		
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。	生活環境のあらゆるところに利用者の自立を意識した工夫をしている。		

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	35	災害対策についての備蓄状況・管理について不足している点がある。	災害対策の備蓄品についての一覧表を作成し定期的にチェックを行い適正に管理できる。	備蓄品の一覧表を作成し、年二回の防災訓練時期に合わせてチェックを行い、賞味期限や不足品がないか注意し管理していくことができる。	6か月
2	46	外出や買い物に行きたいという希望に対応するまでに時間を要してしまう。	ご希望があった際に柔軟に対応と迅速にお連れできよう体制をつくれるようになる。	日々のケアの中で買い物や外出に対して希望をリサーチすることで、事前に把握と準備を行い柔軟に迅速に希望に対して対応できるようになる。また買い物や外出を定期的にお声掛けし満足を得れるように努めていく	6か月
3					
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、行を挿入して下さい。