

<認知症対応型共同生活介護用>
<小規模多機能型居宅介護用>

評価結果報告書

地域密着型サービスの外部評価項目構成

I. 理念に基づく運営	項目数	8
1. 理念の共有		1
2. 地域との支えあい		1
3. 理念を実践するための制度の理解と活用		3
4. 理念を実践するための体制		2
5. 人材の育成と支援		0
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援		1
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応		0
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援		1
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		5
1. 一人ひとりの把握		1
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し		1
3. 多機能性を活かした柔軟な支援		0
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働		3
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援		6
1. その人らしい暮らしの支援		4
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり		2
合計		20

事業所番号	1475001143
法人名	社会福祉法人 川崎市社会福祉事業団
事業所名	グループホーム こでまり 六郷
訪問調査日	平成22年12月3日
評価確定日	平成23年1月25日
評価機関名	株式会社 R-CORPORATION

○項目番号について
外部評価は20項目です。
「外部」の列にある項目番号は、外部評価の通し番号です。
「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する番号です。参考にしてください。

○記入方法
[取り組みの事実]
ヒアリングや観察などを通して確認できた事実を客観的に記入しています。
[次ステップに向けて期待したい内容]
次ステップに向けて期待したい内容について、具体的な改善課題や取り組みが期待される内容を記入しています。

○用語の説明
家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。
家 族 = 家族に限定しています。
運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者(経営者と同義)を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。
職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。
チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

平成 22 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	1475001143	事業の開始年月日	平成16年5月1日	
		指定年月日	平成16年5月1日	
法人名	社会福祉法人 川崎市社会福祉事業団			
事業所名	グループホーム こでまり 六郷			
所在地	(210-0001) 川崎市川崎区本町2-12-14 川崎市住宅供給公社六郷ビル1階			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
		宿泊定員	名	
		定員計	15名	
		ユニット数	2ユニット	
自己評価作成日	平成22年11月20日	評価結果 市町村受理日	平成23年3月3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	
----------	--

【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)】

今ある体力を維持するために外出や散歩の機会を多く持つようにしている。認知症を理解してご利用者が安心して暮らせるように、職員研修(外部・内部)の機会を多く持ち、月1回の会議の場でも対応の疑問や工夫について多く話を持つようにしている。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 R-CORPORATION		
所在地	〒221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町3-30-8 S Yビル2F		
訪問調査日	平成22年12月3日	評価機関 評価決定日	平成23年1月25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)】

◆こでまり六郷は、特別養護老人ホーム・通所介護・短期入所生活介護・居宅介護支援などが運営されている川崎市の社会福祉事業団の中のグループホームの一つである。川崎市特別養護老人ホーム ひらまの里 とは協力福祉施設としての関係を持っている。

◆川崎駅から徒歩15分、産業道路を挟み川崎競馬場に面する商住地区に在る、高層マンションの1階全フロアを使った2ユニットで構成され、生活、交通にも利便性の高いホームである。

◆町内会としての面的な横の繋がりと、高層住宅の立ての繋がりも持ち、入居者が地域とのつながりとして夫々に招かれる交流が豊富で、ホームの方針でもある「内にこもらず」「笑顔のある暮らし」の実現に活かされている。

◆管理者は外出等による人との出会い、ふれ合いが認知症中核症状の進行を緩和するとの確信から、散歩や買い物を兼ねた外出を多くして日々の支援が行われている。

◆ホームでは入居者の思いを尊重して、その実現に支援するとして、毎月一日は「希望することが出来る日」を設け、職員とのマンツーマンで思い出の場所訪問や馴染みの人との面会・食事などの支援が行われている。

◆管理者は重度化・終末期・看取り介護の実施を、本人、家族、医師の協力等の条件が整えば実施する方針を持っていて、更らに検討を深めての準備がされている。

【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 こでまり六郷
ユニット名	もえぎ

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、安全面で不安な区過ごせている。 (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、活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	理念は常に会議等で確認している。その旨で利用者の支援に繋げている。	1 私たちは皆と協力し合って明るく笑いの多い生活を造っていきます。2 私たちはその人らしい年を重ねられる生活を目指します。3 私たちはケアのプロとしての誇りを持ち日々努力を怠らず専門性を磨いていきます。と謳った、独自の理念をホーム内に掲げ、全スタッフで共有し、日々の介護に反映して支援が行われている。	今後の継続
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	町内会の行事に参加したり、地域のゴミ拾いなど行い、外出した際はお互いにあいさつを行っている。	自治会に加入して、町内会の行事でゴミ拾いなど入居者と一緒に行い、また、外出時には行き会う近所の方々に、こちらからの声掛け挨拶で地域交流に努めている。また、ホームが高層マンションの一階全フロアを使つての構造から、マンションの管理組合理事長から防災訓練やお茶会の招待を受け、入居者共々参加させて頂きマンション住民との交流が深まっている。	今後の継続
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	運営推進会議等で認知症の方々の支援方法や問題、課題等話している。その際、認知症についての相談等できる範囲で協力したい旨を伝えている。		
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	運営推進会議で支援方法、問題、課題について話し合い、助言をいただき支援に繋げている。	2ヶ月に1回の予定で民生委員、地域包括支援センター職員、マンション組合理事長、入居者家族、職員、管理者の出席の下で運営推進会議が行われ、ホームの活動報告と行事予定など発表し、更に入居者への支援方法に関する問題、課題について話し合い、意見や助言を頂いて結果を支援につなげている。	今後の継続
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	地域包括支援センターの方と連絡を取って空き情報など伝えたりしている。	地域包括支援センターとは運営推進会議への出席でホームの問題点や状況は、概ね理解されている。状況に応じて連絡を取り、空き情報など伝えたりしている。また、包括支援センターからは研修案内など頂いて、職員が参加し協力関係を築いている。	今後の継続

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	身体拘束については職員会議で身体拘束委員会として、拘束について話し合いを行っている。	身体拘束については、職員会議で身体拘束委員会として拘束について話し合い、拘束を行なう事でのデメリットと拘束に当たる行為は全スタッフが理解している。現在、玄関入り口は立地条件と構造上から家族の了解の下、必要な場合に限って施錠を行っている。その他の禁止行為は一切行っていない。	今後の継続
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	内部研修等でどういう場面が虐待に当たるのか等事例検討を行っている。		
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	職員だけではなく家族についても、成年後見制度について伝えている。		
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	説明を行い署名していただいている。		
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	意見箱を設置したり面会時に話を伺ったり家族会等で要望等を聞く時間を設けている。苦情については両ユニットの玄関に連絡先等が載っている用紙を貼り出している。	意見箱を設置したり、家族の面会来訪時に管理者や職員がこちらから声をかけて入居者の状況報告に加え意見要望を伺ったり、家族会等でも聴く時間を設けている。苦情については、両ユニットの玄関にホーム受付窓口と担当者、更に公的機関の連絡先などが記された用紙を貼り出している。受けた意見苦情の検討結果は、フィードバックの後運営に反映するように努めている。	今後の継続

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	1年に1回程度職員と面談を行う時間を設け、できる範囲で反映している。	日常的に管理者は、スタッフと気安く話し合うことを心掛け、意思疎通を心掛けていて、その中から意見要望を聴いている。また、1年に1回程度職員と面談を行う時間を設け、出された意見要望は検討の上で反映している。内容によっては管理者を通じて本部の決済を受ける。	今後の継続
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	法人より人事トータルシステムが導入され能力等が給与に反映されるようになってきている。労働時間については、会議や突発の休み等以外なるべく時間外がないよう配慮している。		
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	1年に1回以上外部研修に参加できるように配慮している。また勤務中であっても、対応等苦慮している時は一緒に考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	近隣の施設において介助技術の研修は数名であるが行った。今後も時間と機会があれば続けて行きたい。		
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	入所される前にご家族本人から情報をいただきアセスメントシートに記入し、ケアプラン作成に反映させ、職員が課題について共有し安心した生活を送れるように努めている。		

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
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	入所される前にご家族本人から情報をいただきアセスメントシートに記入し、ケアプラン作成に反映させ、職員が課題について共有し安心した生活が送れるように努めている。		
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	入所される前にご家族本人から情報をいただきアセスメントシートに記入し、ケアプラン作成に反映させ、職員が課題について共有し安心した生活が送れ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	共同生活を送る仲間として、本人の出来ないところを支援し、仲間意識が持てるように職員が間に入り、その方が暮らしやすいように配慮している。		
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	本人と家族と施設で本人の生活を支えていくことが大切であることをご家族に伝えている。本人が安心して生活を送る上でご家族の協力が大切であると伝えている。		
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	月に1回職員と外出や本人が行いたいことができる日を設けている。馴染みの床屋に行ったり、行きたいところにお連れしている。	これまで個々が大切にしてきた馴染みの人や場所との関係継続の支援を目的として、月に1回、職員とマンツーマンで外出や本人が「やりたい」事が出来る日を設けている。馴染みの床屋に行ったり、「行きたい」「食べたい」等の思いの所にお連れして、関係継続の支援をしている。	今後の継続

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	職員が間に入ったりし、関係が持てるように配慮している。		
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	契約が終了しても、ホームにボランティアにいられたりされるご家族もいる。入院が長引き退所にならざる負えないご家族についても連絡をとっている。		
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。	ケアカンファレンスなどで、本人のおもいを職員みんなで考え、理解に努め、施設として出来る限り本人の希望に沿った支援を行う努力をしている。	日頃の会話から、思いを聴いて記録に残し、また会話や表現がうまく出来ない入居者には仕草や表情から汲み取り、加えて家族の情報等で理解して、「その人の思い」をケアカンファレンスで話し合い、全職員で共有を図り出来る限り希望に沿う支援に努めている。	今後の継続
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	アセスメント情報をもとに把握に努めている。		
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	常に日々変化する状況を観察しケアプラン等に反映できるように記録を残している。		

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
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	ケアプランの遂行状況を記録に残しケアプランの見直し等に反映している。	ケアプランの遂行状況を記録に残し、全職員の参加で、日々の観察結果を通じての意見を出し合い、家族や医師などの意見を交えケアプランの見直し等に反映している。	今後の継続
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	ケアプランの遂行状況を記録に残しケアプランの見直し等に反映している。		
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	ケアプランの遂行状況を記録に残しケアプランの見直し等に反映している。		
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	町内会の方々との関わりや、お店での買い物、など今までの生活のように行えることは行っていただき、地域で生活をしていることを実感できるように地域資源を活用している。		
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	入居時にかかりつけ医の有無と継続の希望を聴いて継続希望の場合はホームから必用情報の提供と診療結果の情報は家族経由で頂き適切な医療支援を行っている一方契約医の受診には、看護師の助言や受診の必要性等を家族に話し、家族了承で受診の支援を行っている。		今後の継続

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	体調面での変化は緊急性がなければ医療記録に書きとめている。緊急性がある場合は看護師に相談している。		
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。	ソーシャルワーカーと早い時期に関わりを持ち、情報交換を行っている。		
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、事業所ですることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入所時にご家族の思いを聞き、施設の重度化についての方針を伝えている。利用者の状態が何らか低下してきた時はご家族と本人の現状を確認し合いご家族と本人が納得のいく方法をお話している。	管理者は、家族と本人の希望が有りまた、医師の支援、その他の諸条件が整えば、看取り介護を行なう思いを持っている。入所時に家族の思いを聞き、施設の重度化についての方針を伝えている。利用者の状態に何がしかの状態低下が見え始めた時は、家族と本人の現状を確認し合い、家族と本人が納得のいく方法をお話している。	今後の継続
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	会議等で事例検討を行ったり、急変時の連絡方法について確認している。		
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	年に2～3回災害時訓練を行っている。地域との共同で避難訓練を実施している。	年に2～3回入居者を交えての災害時訓練を行っている。また、地域との共同で避難訓練を実施している。今後は所轄消防署指導で夜間を想定した訓練も行なう事を計画している。	今後の継続

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	常に自分が掛けられて嫌な思いをする言葉かけは行わないように伝えている。	管理者が全職員に、入居者は人生の先輩であり、敬いの心を持って介護に当たるよう指導している。具体的には「自分が掛けられて嫌な思いのする言葉かけは遣わない」様に伝えている。トイレ誘導や食事時など様々な場面での職員の言葉遣いや接し方を、食事の同席で目線を合わせての会話と優しさのこもった言葉遣いで支援されていることが確認出来た。	今後の継続
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	本人の思いや希望が言えるような雰囲気を作ったり、何気ない話が聞けるように工夫している。		
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	個々に支援方法が違うので個々に目を向けるように心がけている。		
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	毎朝化粧が行えるように机に化粧セットを置いて自ら行えるように配慮している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	好みや形態、彩に配慮している。	食事作りは入居者が夫々自分の出来る事で、食材の下ごしらえで、モヤシの髭下取りやジャガ等芋類の皮剥き等を手伝って職員の手作りで行なわれている。また、盛り付け、配膳、下膳、片付け等も入居者が手伝い、食事に当たっては、夫々に合わせた刻み、軟らかめ等の調理法の食事を、職員と共に談笑しながら入居者のペースで行なわれているのを食事同席で確認した。	今後の継続

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	体調や体重など個々に把握し、配慮している。水分摂取が不十分な方についても必要に応じて声掛けを行ったり、水分のチェックを行っている。		
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	朝、昼はうがいをしている。夕食後は一人々口腔ケアを行っている。		
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	季節によっておむつ等の使用を考えたり、常におむつの必要性を個々に考え出来るだけ自立生活が送れるように心がけている。	入居者個々の排泄パターンを日々の介護で記録し、全職員で共有して定期的な声掛けで排泄の支援をしている。オムツ使用を減らすように心がけている。また、時に失敗があっても回りに気付かれる事のないよう、さり気ない下着交換で尊厳を損なうことの無い支援をしている。	今後の継続
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	便秘の解消として、水分摂取を心がけたり週に2～3回散歩や外出できる機会を持てるように心がけている。また食事もバランスを考えているが、どうしても便秘になってしまうようであれば、看護師に相談し下剤のコントロールを行っている。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	出来るだけ本人の希望に沿って行っている。	入浴は、曜日や回数など決めず、本人の意向を確認しながら進めるようにしている。全職員は入浴の効用として、単に清潔保持のみならず、身体観察による健康状況の把握など、重要な役割を持つことを認識していて、嫌がられる時も無理強いせず、時間を空け、また人を変えて声を掛けるなどの工夫をしている。更に出来るだけ同姓介助を基本にして入浴支援をしている。	今後の継続

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	就寝前にゆったり出来る時間を設け個々にあった時間で入床していただいている。			
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	看護師と相談しながら副作用や用量など確認している。薬の分封についても職員が行った後に看護師がチェックし、分封ミスを防止している。			
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	ケアプランに沿って一人ひとり役割や楽しみ、気分転換になる支援について共有し支援に繋げている。			
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	買い物については朝以外昼、夕食の買い出しに希望を聞いて一緒に出かけたり、月に1回ご本人の希望する場所へ外出を行っている。	日常の外出は、朝を除く昼、夕の食材の買い出しに入居者の体調を診て、希望を聞いて散歩を兼ねて一緒に出かけている。また、個人的な買い物の希望にも職員の同伴で支援し、外出を行っている。その他、月に1回、本人の希望する場所への外出を行っている。	今後の継続	
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	買い物時に支払いをお願いしたり、お金がないと不安な方は所持していただいている。			

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	ご家族からの電話の取り次ぎは行っている。今のところご本人から電話の希望がないが希望があれば叶えたいと思っている。		
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	絵画や季節の花を飾ったりと季節感を出す工夫は行っている。採光については構造上難しいが、外出の機会を増やしたり、日向ぼっこができるスペースを作っている。	ホームは、高層ビルの一階部分に在る関係から採光については構造上難しい面があるが、日向ぼっこができるスペースを作って配慮されている。リビングには絵画や花を飾って季節感を出す工夫をしている。また、壁面には入居者のスナップ写真なども貼られ、更にテレビを楽しめるようソファが設置され、利用者が寛げる工夫がされている。	今後の継続
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	現在はリビング以外に一人になれる場所は居室のみである。		
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	入所前にご家族にお伝えし、使い慣れたものを持ってきていただくようにしている。	入居時に、それまでに慣れ親しんだ家具類をお持ち下さいとの説明を行い、入居者各人の部屋には椅子、茶箆筒、手鏡や仏壇、ぬいぐるみ、家族写真などが持ち込まれて思いの設えが出来ている。また、家族の支援で部屋に畳を入れて和室の生活を楽んでいる方も居る。	今後の継続
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	安全に行えるように配慮している。		

事業所名	グループホームこでまり六郷
ユニット名	あさぎ

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、安全面で不安な区過ごせている。 (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、活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	理念は常に会議等で確認している。その旨で利用者の支援に繋げている。		
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	町内会の行事に参加したり、地域のゴミ拾いなど行い、外出した際はお互いにあいさつを行っている。		
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	運営推進会議等で認知症の方々の支援方法や問題、課題等話している。その際、認知症についての相談等できる範囲で協力したい旨を伝えている。		
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	運営推進会議で支援方法、問題、課題について話し合い、助言をいただき支援に繋げている。		
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に取り組んでいる	地域包括支援センターの方と連絡を取って空き情報など伝えたりしている。		

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
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	身体拘束については職員会議で身体拘束委員会として、拘束について話し合いを行っている。		
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	内部研修等でどのような場面が虐待に当たるのか等事例検討を行っている。		
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	職員だけではなく家族についても、成年後見制度について伝えている。		
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	説明を行い署名していただいている。		
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	意見箱を設置したり面会時に話を伺ったり家族会等で要望等を聞く時間を設けている。苦情については両ユニットの玄関に連絡先等が載っている用紙を貼り出している。		

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	1年に1回程度職員と面談を行う時間を設け、できる範囲で反映している。		
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	法人より人事トータルシステムが導入され能力等が給与に反映されるようになっている。労働時間については、会議や突発の休み等以外なるべく時間外がないよう配慮している。		
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	1年に1回以上外部研修に参加できるように配慮している。また勤務中であっても、対応等苦慮している時は一緒に考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	近隣の施設において介助技術の研修は数名であるが行った。今後も時間と機会があれば続けて行きたい。		
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	入所される前にご家族本人から情報をいただきアセスメントシートに記入し、ケアプラン作成に反映させ、職員が課題について共有し安心した生活が送れるように努めている。		

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
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	入所される前にご家族本人から情報をいただきアセスメントシートに記入し、ケアプラン作成に反映させ、職員が課題について共有し安心して生活を送れるように努めている。		
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	入所される前にご家族本人から情報をいただきアセスメントシートに記入し、ケアプラン作成に反映させ、職員が課題について共有し安心して生活を送れ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	共同生活を送る仲間として、本人の出来ないところを支援し、仲間意識が持てるように職員が間に入り、その方が暮らしやすいように配慮している。		
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	本人と家族と施設で本人の生活を支えていくことが大切であることをご家族に伝えている。本人が安心して生活を送る上でご家族の協力が大切であると伝えている。		
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	月に1回職員と外出や本人が行いたいことができる日を設けている。馴染みの床屋に行ったり、行きたいところにお連れしている。		

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
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	職員が間に入ったりし、関係が持てるように配慮している。		
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	契約が終了しても、ホームにボランティアに來られたりされるご家族もいる。入院が長引き退所にならざる負えないご家族についても連絡をとっている。		
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。	ケアカンファレンスなどで、本人のおもいを職員みんなで考え、理解に努め、施設として出来る限り本人の希望に沿った支援を行う努力をしている。		
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	アセスメント情報をもとに把握に努めている。		
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	常に日々変化する状況を観察しケアプラン等に反映できるように記録を残している。		

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
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	ケアプランの遂行状況を記録に残しケアプランの見直し等に反映している。		
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	ケアプランの遂行状況を記録に残しケアプランの見直し等に反映している。		
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	ケアプランの遂行状況を記録に残しケアプランの見直し等に反映している。		
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	町内会の方々との関わりや、お店での買い物、など今までの生活のように行えることは行っていただき、地域で生活をしていることを実感できるように地域資源を活用している。		
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	入居時にかかりつけ医の有無と継続の希望を聴いて継続希望の場合はホームから必用情報の提供と診療結果の情報は家族経由で頂き適切な医療支援を行っている一方契約医の受診には、看護師の助言や受診の必要性等を家族に話し、家族了承で受診の支援を行っている。		

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	体調面での変化は緊急性がなければ医療記録に書きとめている。緊急性がある場合は看護師に相談している。		
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。	ソーシャルワーカーと早い時期に関わりを持ち、情報交換を行っている。		
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	入所時にご家族の思いを聞き、施設の重度化についての方針を伝えている。利用者の状態が何らか低減してきた時はご家族と本人の現状を確認し合いご家族と本人が納得のいく方法を話あっている。		
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	会議等で事例検討を行ったり、急変時の連絡方法について確認している。		
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	年に2～3回災害時訓練を行っている。地域との共同で避難訓練を実施している。		

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
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	常に自分が掛けられて嫌な思いをする言葉かけは行わないように伝えている。		
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	本人の思いや希望が言えるような雰囲気を作ったり、何気ない話が聞けるように工夫している。		
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	個々に支援方法が違うので個々に目を向けるように心がけている。		
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	毎朝化粧が行えるように机に化粧セットを置いて自ら行えるように配慮している。		
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	好みや形態、彩に配慮している。		

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
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	体調や体重など個々に把握し、配慮している。水分摂取が不十分な方についても必要に応じて声掛けを行ったり、水分のチェックを行っている。		
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	朝、昼はうがいをしている。夕食後は一人々口腔ケアを行っている。		
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	季節によっておむつ等の使用を考えたり、常におむつの必要性を個々に考え出来るだけ自立生活が送れるように心がけている。		
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	便秘の解消として、水分摂取を心がけたり週に2～3回散歩や外出できる機会を持てるように心がけている。また食事もバランスを考えているが、どうしても便秘になってしまうようであれば、看護師に相談し下剤のコントロールを行っている。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	出来るだけ本人の希望に沿って行っている。		

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
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	就寝前にゆったり出来る時間を設け個々にあった時間で入床していただいている。		
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	看護師と相談しながら副作用や用量など確認している。薬の分封についても職員が行った後に看護師がチェックし、分封ミスを防止している。		
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	ケアプランに沿って一人ひとり役割や楽しみ、気分転換になる支援について共有し支援に繋げている。		
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	買い物については朝以外昼、夕食の買い出しに希望を聞いて一緒に出かけたり、月に1回ご本人の希望する場所へ外出を行っている。		
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	買い物時に支払いをお願いしたり、お金がないと不安な方は所持していただいている。		

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	ご家族からの電話の取り次ぎは行っている。今のところご本人から電話の希望がないが希望があれば叶えたいと思っている。		
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	絵画や季節の花を飾ったりと季節感を出す工夫は行っている。採光については構造上難しいが、外出の機会を増やしたり、日向ぼっこができるスペースを作っている。		
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	現在はリビング以外に一人になれる場所は居室のみである。		
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	入所前にご家族にお伝えし、使い慣れたものを持ってきていただくようにしている。		
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	安全に行えるように配慮している。		

目 標 達 成 計 画

事業所

こでまり六郷

作成日

平成22年12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	2	地域の関わりについてこでまりに地域の方が来る頻度が少ない。	地域にこでまりがあることを地域の方々に知ってもらう。	地域にこでまりの新聞を回覧してボランティアのお願いや、お茶会など企画して地域の方々が入りやすい施設にする	6ヶ月
2					

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。