

平成21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	1493200057	事業の開始年月日	平成18年11月1日	
		指定年月日	平成18年11月1日	
法人名	株式会社ウィズネット			
事業所名	グループホーム みんなの家 横浜上白根			
所在地	(241-0001) 神奈川県横浜市旭区上白根977-3			
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	18名	
		ユニット数	2 ユニット	
自己評価作成日	平成21年11月15日	評価結果 市町村受理日	平成22年3月31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	http://www.kaigo-kouhyou-kanagawa.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=1493200057&SCD=320
----------	---

【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)】

「利用者の望む事を習慣的に支援する」との当事業所の理念に基づき、日常の中で利用者様の意向や表面に現れない要望・希望をも含め、最大限に尊重し、利用者様の立場に立った支援を行う事を心掛け、日々努力している。また、当事業所に入居後も利用者様と御家族が接点を持ちやすい様、イベントには御家族も参加して頂けるものを企画している。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鵠沼橋1-2-4 クゲスマファースト 3階		
訪問調査日	平成21年12月10日	評価機関 評価決定日	平成22年1月23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)】

<p>【優れている点】</p> <p>1. 利用者本位の介護支援が徹底されていること 理念をはじめとして全職員が、一丸となって利用者の意向や要望を実現しようと常に努力しています。</p> <p>2. 地域住民の協力が得られやすい環境にあること オーナーを筆頭に、地域住民や商店街の方々、スタッフの家族知人などが非常に協力的で、地域に溶け込んでいます。</p> <p>3. 運営推進会議や家族会が定期的開催されていること 区の職員や地域包括ならびに家族の方々が2ヶ月に1回の会議に積極的に参加され、よりよい施設となるための提言(例えば災害時の備蓄をするなど)をしています。</p> <p>【工夫点】</p> <p>1. 利用者の誇りや尊厳を守るため職員だけに通じる言葉を使用していること 利用者の尊厳を守るために職員だけに通じる言葉(粗相をした時の言い方)を使用しています。</p> <p>2. 運営推進会議や家族会を参加しやすい曜日に設定していること 行政が参加しやすいように平日とし、次回は家族が出席しやすい土曜日とすることで交互に曜日を変更して出席しやすいような配慮をしています。</p>
--

【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 みんなの家 横浜上白根
ユニット名	1ユニット

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、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	職員同士で理念の共有を図り、新入職の方にも理念を説明している。また、目に付きやすい場所に掲示を行い、常に理念を意識して業務遂行出来る様にしている。	設立時に、全職員が話し合っって理念を定めています。 玄関ホール、事務室に理念を掲示し、職員は常に理念を念頭に利用者が望むことの実現を心がけています。	
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	町内会や地域の祭り等、積極的な参加を心掛けている。地域の方とすれ違い時に挨拶を交わす、近所の店では積極的に挨拶を心掛ける事で馴染みの関係が構築出来ている。	オーナーをはじめ、スタッフの知人などの地域住民が非常に協力的で祭りや、地域行事での交流は盛んに行なわれています。 先月は、地区の資源回収に施設全体で協力しています。	
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	運営推進会議を通して地域の方へ運営状況を報告する形で発信している。直近の運営推進会議では消防訓練を地域の方々と一緒に行う事でGH内における認知症御利用者様の状況を見て頂く事が出来た。	/	/
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	現在非常食の備蓄を行っているが運営推進会議での声を反映させたものである。また、運営推進会議で話し合った事を職員に報告し、情報の共有を図っている。	隔月置きに会議を開催しています。開催日を、参加者が出席しやすいように平日開催と土曜日開催を交互に企画しています。ここでの提案を受け入れて、災害時の飲料水、食糧を確保しています。	
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	包括での連絡会（月1回）に定期的に参加し、研修等にも出来るだけ参加をしている。ボランティアを紹介して頂いた実績もある。区役所に利用者様の作品を展示した実績有り。	区の担当者および地域包括とは、各種保険その他で常に連絡を取り合い、良好な関係が保たれています。 支えあい連絡会や、グループホームの会合には毎月参加しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○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	社内の拘束防止委員会主導により拘束に対しての意識付けを行っている。防犯の為の施錠を行っているが、利用者様・御家族の要望に応じて外出できる様に努めている。	社内の拘束防止員会に施設から委員を選出し、そこでの議事録をスタッフ会議で伝達周知を図っています。帰宅願望の強い利用者には、途中まで職員が付添い気分が和げるまで見守るようにしています。	
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	安全対策委員会主導による職員の意識付けを行っている。痣を発見した場合には外傷確認報告書を作成している。本社からの事例の掲示があり、職員の考える場を設けている。		
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	当事業所では制度の利用実績は無いが、研修を通じて権利擁護の取り組みへの必要性は理解している。今後制度の利用が必要な御利用者様がいらっしゃった場合は積極的に制度を勧めていきたい。		
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	契約時に御利用者様・御家族様が不安や疑問を感じていらっしゃる場合には、安心して利用頂ける様充分な説明を行っている。		
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	ホーム長並びに社長宛の提案箱を設置している。また家族会を2ヶ月に1回行い意見を伺う機会を作っている。医療機関からの報告が欲しいと家族会にてご意見を頂き服薬表を送付する様にした。	面会時、ケアプラン更新時、家族会開催日などで家族の意見を伺っています。また、年に1回アンケートを実施して意向を汲み取っています。そこでその意見を服薬表の送付など運営に反映させています。	

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	ミーティングにて職員の意見を吸い上げられる様に努めている。また、業務外においても普段からコミュニケーションを大切にし、意見の言いやすい雰囲気作りを行っている。	職員の意見は、直接メールで部長あてに提言できる仕組みとなっています。部長や管理者は職員の意見を取り入れて、避難用のスロープやセンサーを設置し、サービスの質の向上を図っています。	
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	半年に1回の割合で職員面談を行っている。その際今後の方向性や労働条件に関して等をヒアリングし、向上心を持って働ける様に努めている。		
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	社内外の研修案内を掲示し、参加を勧めている。また、交換研修等にも積極的に参加し、研修内容を発表する事で職員間のスキルアップに努めている。		
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	社内にてホーム長を集めた会議や安全対策委員会・ケアプラン委員会が機能している。地域のGH連絡会・包括主催の行事に積極的に参加し、社外にもネットワークを作る事でサービス向上を図っている。		
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	入居時の事前面談や見学時において御利用者様・御家族様の要望を伺い、サービス開始時には暫定プランを作成している。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	御家族様との連絡を密に取る様努力している。面会時や家族会、御家族様への毎月のお手紙等を通じてご意見・要望を伺える様努めている。		
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	アセスメントを通じて利用者様が何を必要としているかを見極める努力をしている。また、外部サービス（訪問マッサージ・シニアセラピー）のアナウンスを行い、必要な方には利用出来る様努めている。		
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	職員が御利用者様と一緒に買い物に行く、一緒に食事を作る事で御利用者様に役割を持っていただいている。		
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	通院時や介護保険の申請時等は御家族様をお願いしている。その様にする事でホームに預けたままという状態にはならず、御家族様も介護を担っていると感じて頂けていると考えている。		
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	地域において以前から通っているお店等に買い物に行ける様に支援している。また、友人の訪問も見られ、地域で孤立しない様支援を行っている。	利用者と馴染みの関係を維持するために、友人の訪問を歓迎し、馴染みの店での買い物の支援や、家族との買い物、外食、自宅での宿泊などにも配慮をしています。	

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	御利用者様同士が行っているレクリエーションなどにおいて、皆様で楽しんで頂ける機会を作り、集団の中で孤立してしまいそうな方に関しては会話の取り持ちを行う等の支援を行っている。		
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	入院等で退去を余儀なくされた御利用者様に対しては関係者に介護サマリーを作成して情報提供を行い、在宅に戻られる御利用者様には包括等に情報提供を行う様にしている。		
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。	カンファレンス時や個々の申し送りノート、生活記録を利用し情報の共有を図っている。プラン作成時に共有された情報を活かしている。	職員は、理念に基づき利用者一人ひとりの暮らし方や思いの把握に日々努力しています。 自己表現が困難な方には表情や仕草などから読み取るように努めています。	
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	入居の際の初回訪問において生活歴を伺い、介護計画に活かし、職員間で情報の共有を図る事でサービスに反映させる様努めている。		
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	日々の様子を生活記録に記載する事で職員間の情報の共有を図っている。生活記録以外にも申し送りノートを作成しており、情報の共有と把握に努めている。		

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
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	御本人様や御家族様からニーズを伺い、プランに反映させている。ニーズをうまく表現出来ない方に対してはアセスメントの中で本人のニーズを汲み取る様努めている。	家族アンケートおよび介護記録、モニタリングシートからスタッフ会議で情報の共有を図り、本人や家族および関係者と話し合い現状に即した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	日々の様子を生活記録や申し送りノートに記録する事で職員間の情報の共有を図っている。記録を基にモニタリング・アセスメントを行い、プラン作成時に活かしている。		
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	御本人様・御家族様より要望や希望が上がった際には、事業所として可能な限り対応している。		
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	地域包括やグループホーム連絡会と関係を密にし、必要時には協力を得られる様努めている。		
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	事業所指定のかかりつけ医が居るが、御本人様・御家族様の希望を尊重してかかりつけ医の受診が出来る環境を作っている。	ホーム指定のかかりつけ医は決めています。眼科、耳鼻咽喉科などの専門医および従来からのかかりつけ医の受診は可能です。この場合の通院介助は家族を基本にしています。	

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	内科往診や訪問看護師の方々に月々の状態を伝えて健康管理についての相談・質問に答えている。		
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。	入院時には受け入れ病院との連絡を密に取り、情報交換をする事で不安を感じる事無く静養して頂ける様努めている。		
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	御利用者様・御家族様の意向を最大限に尊重し、また医療の方々にも意見を伺い、事業所が出来る支援を検討していく。	利用者本人および家族の意向を尊重して、管理者は医療的に可能であれば看取り介護も対応して行きたい意向を持っています。	本人・家族の意向を尊重し、早い機会に重度化や、終末期に向けた方向性を相談、決定し、職員間で対応についての情報を共有し、意向に添うようにする事が期待されます。
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	急変時に備え、経験の浅い職員でも適切な対応が出来る様マニュアルを作成している。また、定期的に消防署等と連携し避難訓練や救急訓練等の取り組みを行っている。		
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	避難訓練を年2回のペースで行っている。連絡網は施設から近い順で作成し緊急時はすぐに駆けつける事が出来る体制を作っている。	消防署などの関連機関の指導協力を得て、避難訓練を年に2回実施しています。オーナーをはじめスタッフや地域住民の協力が得られやすい状況にあります。災害時用の飲料水や食料を確保しています。	

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	記録は鍵のかかる場所に保管している。御本人様以外の名前を記載する時はイニシャルにて記入し、個人が特定できない様に配慮している。	個人情報の記載された書類は鍵のかかる書庫で保管しています。利用者の尊厳や誇りを傷つけないようにスタッフだけに通じる言語（暗号）を使用しています。	
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	希望や要望を職員に伝えやすい環境を作る為に、常に信頼関係を築く努力をしている。		
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	予め決まった予定以外は利用者の意向・生活のリズム・ペース等に沿った対応に努めている。		
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	月に一度の訪問理美容やシニアセラピーを受けて頂いている。また、他の店に行きたいと仰られるご利用者様には御家族様の協力を得て希望に沿える様努めている。		
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	テーブル拭きを始め、配膳・下膳・食器洗い等、利用者同士が協力して行っている。また、塩分・カロリー等の医療的な制限の無い方に関しては味付け・分量も自由である。	利用者の持っている力を活かして、食事の準備や後片付けを職員や利用者同士が共同で行なっています。誕生日には中華料理などその方の好みの外食を食べに行く支援も行なっています。	

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
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	栄養バランスのよい献立を提供している。食事・水分摂取量を毎食記録し、体重も毎月定期的に測定する事で多角的な面から支援を行っている。		
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	毎食後口腔ケアの声掛けを行っている。また週一回歯科往診にて口腔内を診て頂き、情報交換を行っている。往診時以外でも行える事や注意点があれば本人や介護職員へ助言を得ている。		
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	御利用者様の自尊心やプライドを傷つけない様対応、また、排泄のパターンを把握した上でトイレ誘導する等、トイレでの排泄を継続支援する中で失禁の改善も見られる。	自尊心に配慮し、スタッフ間では、尿や便は言葉を換えて話しています。排泄のパターンを把握してトイレに誘導してますので失禁は減少しています。気分良くトイレで排泄できるよう、支援に心がけています。	
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	排泄の有無、食事量・水分量等を記録・把握し、便秘の原因をつかみ、予防に努めている。また、必要な時は医療機関に相談・指示を仰いでいる。		
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	最低でも3日に1回の入浴機会を作っており、拒否などあればその都度対応している。	入浴機会は3日に1回以上のペースです。入浴したがない利用者には、支援するスタッフを代えるなどして、対応しています。入浴に際しては、羞恥心に配慮し、同姓のスタッフが支援します。	

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	個々の生活のリズムや状況に合わせて対応している。また、環境を整える事で他の利用者に影響が出ない様努めると共に本人の意向を尊重している。		
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	一覧表を提示し、職員が何時でも確認出来る様になっている。急な変更や中止になった場合でもノートに書いたり申し送りをし、情報の共有に努めている。		
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	食事の配膳や後片付け、フロアの掃除など、役割と考え楽しみにしている方には積極的に行って頂いている。		
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	いつでも希望を叶えられる訳ではないが、なるべく希望を叶えられる様努めている。また御本人様の希望を御家族様にお伝えし、協力を求める努力をしている。	散歩は主に近辺ですが、年に1回ほど、皆で遠足をします。近くのコンビニにスタッフや家族と買い物に出かけています。外のテラスにベンチがあり、その前の菜園で利用者も収穫に参加し、作物は食材として使用しています。	
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	基本的に一括してお預かりしているが、希望される方には所持して頂いている。また、買い物時にはなるべく自分で支払って頂く様支援している。		

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
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	御利用者様と御家族様の連絡はプライベートの事を考え、自室内で子機を使用して頂いている。手紙は御利用者様が書いたものを職員が投函している。		
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	不快な刺激とならない様暖色系の電球を居室に使用している。フロアや居室に季節の花を飾ったり、描いて頂いた絵を貼っている。季節に応じ空調の管理等居心地良く過ごせる工夫をしている。	共用空間は電燈の光が暖色系なので、和らいだ雰囲気を醸しだしています。リビングはそれぞれの利用者自身の描いた絵が飾られています。大きなテレビに、録画した懐メロが放映され、和やかな空気が流れています。	
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	テラスにテーブルが設けられており、御利用者様が自由に過ごす事が出来る。皆で過ごせる空間や一人で過ごせる空間、一人で居ても寂しくは無いと思える空間、居場所の工夫・支援をしている。		
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	御利用者様の今まで使い慣れた家具を使用したり、居室内で植物を育てたり、本人の好みを活かし、居心地良く過ごして頂ける様工夫している。	居室には使い慣れた家具、家族や友人の写真、自分で書いた絵などに囲まれ、また草花を育てたりして、楽しく過ごせるように、工夫されています。	
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	居室のドアに名前を書いてご自分の部屋がすぐ分かる様にしている。また、トイレ・浴室のドアにすぐ分かる様にイラストを貼っている。		

事業所名	グループホーム みんなの家 横浜上白根
ユニット名	2ユニット

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、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	職員同士で理念の共有を図り、新入職の方にも理念を説明している。また、目に付きやすい場所に掲示を行い、常に理念を意識して業務遂行出来る様にしている。		
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	町内会や地域の祭り等、積極的な参加を心掛けている。地域の方とすれ違い時に挨拶を交わす、近所の店では積極的に挨拶を心掛ける事で馴染みの関係が構築出来ている。		
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	運営推進会議を通して地域の方へ運営状況を報告する形で発信している。直近の運営推進会議では消防訓練を地域の方々と一緒に行う事でGH内における認知症御利用者様の状況を見て頂く事が出来た。		
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	現在非常食の備蓄を行っているが運営推進会議での声を反映させたものである。また、運営推進会議で話合った事を職員に報告し、情報の共有を図っている。		
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	包括での連絡会（月1回）に定期的に参加し、研修等にも出来るだけ参加をしている。ボランティアを紹介して頂いた実績もある。区役所に利用者様の作品を展示した実績有り。		

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	社内の拘束防止委員会主導により拘束に対しての意識付けを行っている。防犯の為の施錠を行っているが、利用者様・御家族の要望に応じて外出できる様に努めている。		
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	安全対策委員会主導による職員の意識付けを行っている。痣を発見した場合には外傷確認報告書を作成している。本社からの事例の掲示があり、職員の考える場を設けている。		
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	当事業所では制度の利用実績は無いが、研修を通じて権利擁護の取り組みへの必要性は理解している。今後制度の利用が必要な御利用者様がいらっしゃった場合は積極的に制度を勧めていきたい。		
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	契約時に御利用者様・御家族様が不安や疑問を感じていらっしゃる場合には、安心して利用頂ける様充分な説明を行っている。		
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	ホーム長並びに社長宛の提案箱を設置している。また家族会を2ヶ月に1回行い意見を伺う機会を作っている。医療機関からの報告が欲しいと家族会にてご意見を頂き服薬表を送付する様にした。		

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	ミーティングにて職員の意見を吸い上げられる様に努めている。また、業務外においても普段からコミュニケーションを大切にし、意見の言いやすい雰囲気作りを行っている。		
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	半年に1回の割合で職員面談を行っている。その際今後の方向性や労働条件に関して等をヒアリングし、向上心を持って働ける様に努めている。		
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	社内外の研修案内を掲示し、参加を勧めている。また、交換研修等にも積極的に参加し、研修内容を発表する事で職員間のスキルアップに努めている。		
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	社内にてホーム長を集めた会議や安全対策委員会・ケアプラン委員会が機能している。地域のGH連絡会・包括主催の行事に積極的に参加し、社外にもネットワークを作る事でサービス向上を図っている。		
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	入居時の事前面談や見学時において御利用者様・御家族様の要望を伺い、サービス開始時には暫定プランを作成している。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	御家族様との連絡を密に取る様努力している。面会時や家族会、御家族様への毎月のお手紙等を通じてご意見・要望を伺える様努めている。		
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	アセスメントを通じて利用者様が何を必要としているかを見極める努力をしている。また、外部サービス（訪問マッサージ・シニアセラピー）のアナウンスを行い、必要な方には利用出来る様努めている。		
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	職員が御利用者様と一緒に買い物に行く、一緒に食事を作る事で御利用者様に役割を持っていただいている。		
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	通院時や介護保険の申請時等は御家族様をお願いしている。その様にする事でホームに預けたままという状態にはならず、御家族様も介護を担っていると感じて頂けていると考えている。		
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	地域において以前から通っているお店等に買い物に行ける様に支援している。また、友人の訪問も見られ、地域で孤立しない様支援を行っている。		

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
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	御利用者様同士が行っているレクリエーションなどにおいて、皆様で楽しんで頂ける機会を作り、集団の中で孤立してしまいそうな方に関しては会話の取り持ちを行う等の支援を行っている。		
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	入院等で退去を余儀なくされた御利用者様に対しては関係者に介護サマリーを作成して情報提供を行い、在宅に戻られる御利用者様には包括等に情報提供を行う様にしている。		
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。	カンファレンス時や個々の申し送りノート、生活記録を利用し情報の共有を図っている。プラン作成時に共有された情報を活かしている。		
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	入居の際の初回訪問において生活歴を伺い、介護計画に活かし、職員間で情報の共有を図る事でサービスに反映させる様努めている。		
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	日々の様子を生活記録に記載する事で職員間の情報の共有を図っている。生活記録以外にも申し送りノートを作成しており、情報の共有と把握に努めている。		

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
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	御本人様や御家族様からニーズを伺い、プランに反映させている。ニーズをうまく表現出来ない方に対してはアセスメントの中で本人のニーズを汲み取る様努めている。		
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	日々の様子を生活記録や申し送りノートに記録する事で職員間の情報の共有を図っている。記録を基にモニタリング・アセスメントを行い、プラン作成時に活かしている。		
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	御本人様・御家族様より要望や希望が上がった際には、事業所として可能な限り対応している。		
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	地域包括やグループホーム連絡会と関係を密にし、必要時には協力を得られる様努めている。		
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	事業所指定のかかりつけ医が居るが、御本人様・御家族様の希望を尊重してかかりつけ医の受診が出来る環境を作っている。		

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	内科往診や訪問看護師の方々に月々の状態を伝えて健康管理についての相談・質問に答えている。		
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。	入院時には受け入れ病院との連絡を密に取り、情報交換をする事で不安を感じる事無く静養して頂ける様努めている。		
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	御利用者様・御家族様の意向を最大限に尊重し、また医療の方々にも意見を伺い、事業所が出来る支援を検討していく。		
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	急変時に備え、経験の浅い職員でも適切な対応が出来る様マニュアルを作成している。また、定期的に消防署等と連携し避難訓練や救急訓練等の取り組みを行っている。		
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	避難訓練を年2回のペースで行っている。連絡網は施設から近い順で作成し緊急時はすぐに駆けつける事が出来る体制を作っている。		

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	記録は鍵のかかる場所に保管している。御本人様以外の名前を記載する時はイニシャルにて記入し、個人が特定できない様に配慮している。		
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	希望や要望を職員に伝えやすい環境を作る為に、常に信頼関係を築く努力をしている。		
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	予め決まった予定以外は利用者の意向・生活のリズム・ペース等に沿った対応に努めている。		
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	月に一度の訪問理美容やシニアセラピーを受けて頂いている。また、他の店に行きたいと仰られるご利用者様には御家族様の協力を得て希望に沿える様努めている。		
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	テーブル拭きを始め、配膳・下膳・食器洗い等、利用者同士が協力して行っている。また、塩分・カロリー等の医療的な制限の無い方に関しては味付け・分量も自由である。		

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	栄養バランスのよい献立を提供している。食事・水分摂取量を毎食記録し、体重も毎月定期的に測定する事で多角的な面から支援を行っている。		
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	毎食後口腔ケアの声掛けを行っている。また週一回歯科往診にて口腔内を診て頂き、情報交換を行っている。往診時以外でも行える事や注意点があれば本人や介護職員へ助言を得ている。		
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	御利用者様の自尊心やプライドを傷つけない様対応、また、排泄のパターンを把握した上でトイレ誘導する等、トイレでの排泄を継続支援する中で失禁の改善も見られる。		
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	排泄の有無、食事量・水分量等を記録・把握し、便秘の原因をつかみ、予防に努めている。また、必要な時は医療機関に相談・指示を仰いでいる。		
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	最低でも3日に1回の入浴機会を作っており、拒否などあればその都度対応している。		

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	個々の生活のリズムや状況に合わせて対応している。また、環境を整える事で他の利用者に影響が出ない様努めると共に本人の意向を尊重している。		
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	一覧表を提示し、職員が何時でも確認出来る様になっている。急な変更や中止になった場合でもノートに書いたり申し送りをし、情報の共有に努めている。		
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	食事の配膳や後片付け、フロアの掃除など、役割と考え楽しみにしている方には積極的に行って頂いている。		
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	いつでも希望を叶えられる訳ではないが、なるべく希望を叶えられる様努めている。また御本人様の希望を御家族様にお伝えし、協力を求める努力をしている。		
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	基本的に一括してお預かりしているが、希望される方には所持して頂いている。また、買い物時にはなるべく自分で支払って頂く様支援している。		

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
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	御利用者様と御家族様の連絡はプライベートの事を考え、自室内で子機を使用している。手紙は御利用者様が書いたものを職員が投函している。		
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	不快な刺激とまらない様暖色系の電球を居室に使用している。フロアや居室に季節の花を飾ったり、描いて頂いた絵を貼っている。季節に応じ空調の管理等居心地良く過ごせる工夫をしている。		
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	フロアにソファを設置しており、御利用者様が自由に過ごす事が出来る。皆様に過ごせる空間や一人で過ごせる空間、一人で居ても寂しくは無いと思える空間、居場所の工夫・支援をしている。		
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	御利用者様の今まで使い慣れた家具を使用したり、居室内で植物を育てたり、本人の好みを活かし、居心地良く過ごして頂ける様工夫している。		
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	居室のドアに名前を書いてご自分の部屋がすぐ分かる様にしている。また、トイレ・浴室のドアにすぐ分かる様にイラストを貼っている。		

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	33	ご本人様・ご家族様の意向を尊重し、重度化や終末期に向けた方向性を相談・決定する必要がある。また、決定した方向性を職員間で共有し、ご本人様・ご家族様の意向にそった対応をしていかなければならない。	重度化・終末期の方向性を相談・決定し、職員はその方向性に沿った対応を行う。	ご本人様・ご家族様に意向を伺い、重度化・終末期の方向性を決定する。 方向性を職員間で共有し、その方向性に沿った対応を行っていく。	6ヶ月
2	29	地域の社会資源の把握・活用がまだ充分ではない。	地域の社会資源を積極的に活用し、御利用者様の生活がより豊かになる様支援を行なっていく。	地域包括・社会福祉協議会等と今以上に密に連携を行い、地域の社会資源の把握・整理を行う。 御利用者様の趣味・生活歴などを考慮し、ボランティアの受け入れを行う。また、受け入れる事で地域との接点を作っていく。	6ヶ月
3					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 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。