

平成24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	1473300885	事業の開始年月日	平成17年5月1日
		指定年月日	平成17年4月1日
法人名	有限会社 タワラ		
事業所名	グループホーム 結の家		
所在地	(226-0017) 神奈川県横浜市緑区新治町1476-4		
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24年11月12日	評価結果 市町村受理日	平成25年2月28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.kaisokensaku.jp/14/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&IieyosyoCd=1473300885-00&PrefCd=14&VersionCd=022
----------	---

【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)】

たくさんの自然に囲まれ、公園や遊歩道の散歩、川沿いには鴨やカワセミが見られ、恵まれた環境で過ごしています。陽射しの暖かい日には、ウッドデッキでコーヒーを飲んだり合唱をしたり、入居者様、穏やかにゆったりとした生活を送っています。

【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 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成24年12月15日	評価機関 評価決定日	平成25年1月18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)】

ホームはJRまたは地下鉄中山駅からバスで約10分、終点から徒歩5分の所にあります。近くに市民の森のあり、森林や竹林、畑などの原風景が残っている住環境の中にあります。周辺の豊かな自然は、四季の移ろいを楽しませてくれます。近くの梅田川の両岸には遊歩道があり散歩コースとなっています。また、古民家を利用したコミュニティー広場があり、地域の人達との触れ合いの場所となっています。

<優れている点>
リビング兼食堂で毎日行われるテレビ体操や口腔体操などの運動と、ホームの横を流れる梅田皮のカワセミやカモ、カメを眺めながらの散歩は利用者の元気の源となっています。

<工夫点>
1階のリビングから外に出ると広いウッドデッキがあり、テーブルと椅子を置き、いつでも新鮮な空気に触れることが出来るようにしています。デッキでは、利用者同士や職員と湯茶などでゆったりとくつろぐことができ、玄関横には季節の花や野菜などを楽しむガーデンがあり、ハーブの香りと色づいたみかんが気持ちを癒しています。

【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 結の家
ユニット名	さくら

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	毎日の生活の中で「健康で穏やかに」過ごせるよう全職員、支援しています。「自立の日常生活」として残存機能を低下させない様、入居者一人一人の能力を尊重する介護を実践しています。	ホームの理念は3年前に見直し、わかり易い言葉に置き換え、玄関やスタッフルームに掲示し共有しています。職員は利用者が豊かな自然が残る、原風景の中で穏やかな暮らしができるよう支援しています。	
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	散歩時など近隣住民の方のご挨拶や、小学生がホームに遊びに来てくれたりしています。農家の方に野菜をいただいたり、地域交流センターでは「結の家さんですか?！」と言って下さいます。	町内会に加入し回覧版も回ってきます。日頃の散歩コースでは地域の馴染みの人達とのふれあいがあります。時どき近所の小学生が訪れたりオーナーや近所の農家から新鮮な野菜の提供などもあり、日常的に交流をしています。	
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	地域包括支援センターの方や電話の問合せがあった時など答えています。	/	/
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	2ヶ月に1回、ホームの活動状況、入居者の様子など報告しています。今年はメンバーも数人変わり、出席者同士が町おこしに積極的に取り組んでいるので、地域の話や防災など意見を頂いている。	会議のメンバーは家族や自治会長、民生委員、訪問看護師、地域包括支援センターです。ホームの活動や外部評価などの報告と相互の意見交換がなされています。AEDの訓練や認知症回想法、老人クラブへの加入など提案や意見などがあります。	現在のメンバーの他に時には地域の、老人会や婦人会、交番、消防署、学校、保育園などにも声を掛けメンバーに招き、会議の充実を図り併せて地域との交流を広げられることも期待されます。
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	区の生活保護担当者の方とは、電話連絡のみの対応。区分変更や生活保護費受給の件、生保入居者の特養申し込みなど相談をしています。	グループホーム研修会に参加し他のホームとの情報交換をしています。今後は区分変更の申請時や空き情報の提供など行政との連携を密にしホームの運営に活かそうとしています。	

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	生命の危険がない限り、拘束はしていません。もし拘束せざるおえない時は、家族の了解を得るようにしていますが、現在までなし。夜間ベッド横にタンパリンを置き呼んでもらうなどはしているが、身体拘束をしないケアを実践しています。	「身体拘束排除宣言」と掲示して職員の意識の啓発を図っています。玄関は夜間以外は施錠せず普通の暮らしを支援しています。不適切な言葉があった場合は会議で取り上げ、注意を喚起し、拘束のないケアに努めています。	
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	高齢者虐待防止のマニュアルにより、全職員に周知しています。普段においても意識しながらケアをするよう心掛けています。		
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	自立支援に対しては、ADLの中で自立を促せるように生活リハビリに努めています。成年後見人は地域包括センターの方や後見人補佐の話を伺い、学んでいます。成年後見人に関して費用面で難しい人が多いです。		
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	分かりやすい説明を心掛け、納得して頂き、同意を得ています。		
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	入居者様から言葉だけではなく、態度から会話から不安や気持ちをくみ取るようにしています。御家族には面会時や電話など気軽に話せる雰囲気、関係作り心掛けています。	家族の面会の時や運営推進会議などで要望、意見を聞くようにし、面会の少ない家族には電話や定期に送る家族への「結いの家だより」でコミュニケーションを図っています。意見や要望、苦情は自由に聞けるよう玄関に御意見箱を置いています。	

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
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	月1回のスタッフ会議や日々の会話の中で、意見を聞き、管理日誌などで、代表者に伝えています。	スタッフ会議で要望や意見を聞く機会を作っています。管理者は職員が日常自由に意見を言えるような雰囲気を作っています。職員から日誌やチェックシートの改善提案などはホームの運営に生かした事例があります。	
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	代表者と職員との意向が違うので、上手くかみ合っていない為、努力はしていますが、結果につながっていません。		
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	外部研修は稟議書を出し、最大限認めています。代表者からも指示され、参加させてもらっています。		
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	「結」グループ内で交換実習を始めました。		
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	入所前に、一日体験の機会を作り、皆と過ごしていただき、慣れてもらい、不安を解消出来る様努める。御家族にも不安が無くなるよう細かく説明し無理強いのないようにしています。		

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
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	入所前の見学時に抱えている問題をお聞きし、必要な助言をし、安心して入所が出来るように努めています。御家族との連絡は密にし、様子等を詳しく伝えています。		
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	ご家族、御本人がどのようなサービスが必要か、日常生活習慣から見極め、支援していく。		
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	入居者、個々の得意分野を見出し、それを生かした日常生活、機会を作るようにしています。共に過ごす時間を大切にしています。		
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	通院、外出、面会をお願いし、本人の状況を理解していただき安心感を得てもらうようにしています。		
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	大切な関係が継続するよう、手紙ら年賀状、を促しています。場合によっては電話を掛けたりしています。入所が長くなると関係の継続が難しくなっている方もいます。	入居後も墓参りや外泊、外食など家族の協力のもとに継続支援をしています。友人や知人の訪問、電話や手紙などの交流の支援も続けています。	

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	個人差が大きくなってしまい共同でするのは難しくなっていますが、食事や合唱、体操など一緒にする事に意義を求め毎日を過ごしています。		
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	退所後も異動先の施設に面会に行ったり、電話での相談等、関係を大切にしています。		
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。	ご本人の日々の会話やADLから安心して暮らせるよう、その方にあったケアをするようにしています。	利用者の思いや意向は日常生活でのコミュニケーションの中で把握しています。意思表示の困難な方は表情や仕草で把握に努めています。内容によっては計画の中に反映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	ご本人、御家族から直接聞いたり、回想法の中から、気持ちをくみ取るよう努めています。		
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	申し送りから様子を観察し、体調によって主治医や訪問看護師と連携をとり対応しています。		

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
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	日々の観察や記録をもとに、家族、主治医、看護師、薬局等連携をとり、作成している。	モニタリングはスタッフ全員が参加して毎月実施しています。計画の見直しは半年に1回行っています。利用者や家族の希望は計画に反映するようにしています。	
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	日中、夜間分かりやすく個別に記録をとり、職員間で情報を共有出来る様、努めています。また、カンファレンスによりケアに反映させています。		
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	介護の主体を本人にすることにより、スタッフ側の都合が優先しないように努め、その時々に合わせてサービスを提供しています。		
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	地域の催しに参加したり、地域の方と触れ合える公園に出掛け、楽しんでいただけるよう支援しています。		
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、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	月2回の往診、週1回の訪問看護と訪問歯科。往診クリニックは2か所あり、入所契約時、御家族の希望により選択していただいています。	内科は2ヶ所の内科医から家族（利用者）の選択により月2回往診しています。歯科、訪問看護は週1回来ています。眼科、皮膚科は必要に応じて家族の協力で外来で対応しています。家族の都合によってはホームで対応しています。	

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	週1回の訪問看護と契約しており、入居者の健康状況、主治医や薬剤師との意見も伝え、より良い看護が受けれるようにしています。急な電話対応にも助言や受診もして下さいます。		
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。	入院時には面会時など医療機関に状況を聞き、主治医との相談、助言を頂き、退院後の受け入れがスムーズに行えるようにしています。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化した入居者様はホームでの生活が可能な限りの範囲でご家族に状況を説明し、主治医、看護師、薬剤師との連携、可能な限りの支援をしています。	終末期の介護には未だ対応していませんが、重度化した場合、ホームでできること（医療連携体制あり）とできないこと（痰の吸引）を説明して、本人や家族の意向を汲み取り、最善の支援を行っています。看取り介護の実施は視野に入れていきます。	
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	緊急時マニュアルをスタッフの目の届くところに置き、救急、火災を呼ぶときの電話マニュアルも掲示してあります。		
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回の避難訓練を実施。一回は夜間想定。消防の方が来られ、今回は夜勤専従のスタッフにも参加してもらう。AEDの講習。スプリンクラー設置済み。	年3回、避難訓練を実施しています。夜間を想定した日中の訓練に、夜間専従の職員が参加しました。災害時に備えて、ライト付きヘルメット、ランタン、メガホンを購入し、居室の家具には転倒防止対策をしています。	東北の震災の事例もあり3日分の食料や飲料水などの確保と収納場所の検討を含め、早期の実施が期待されます。

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	親しみやすい言葉遣いを心掛け、プライドを傷付けない、失礼にならないように職員同士注意しています。	親しさのなかにも礼儀を重んじ、一人ひとりの人格を尊重して、誇りやプライバシーを損なうことのないよう言葉には細心の注意をしています。誘導などは目立たずさりげない言葉かけに努めています。	
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	日常から自己決定をする機会を作り、本人の意向を出しやすい環境作りを心掛けています。		
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	食事、お茶の時間は皆と過ごして頂き、基本的にそれ以外は本人の自由なペースで臨機応変に個別対応しています。		
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	季節にあった服装、髪型、薄くお化粧、本人の思いを聞きながら、適宜支援しています。		
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	生活リハビリとして出来る範囲の調理手伝い、配膳、下膳、畑の収穫した野菜を取り入れ、楽しんで食事が出来るようにしています。	食材は委託購入ですが、手作りの行事食やパン食を取り入れ、近隣で収穫した野菜をメニューに添えるなど食を楽しむ工夫をしています。献立表を書き掲示することや、嚥下予防の口腔体操、調理、配膳、下膳と利用者持てる力が活かされています。	

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	毎日の食事は、食材業者に委託し、バランスの良い献立、カロリー計算されています。おやつは、時々手作りにしています。食事量、水分量のチェックを記録しています。		
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、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、（義歯の方も）は歯磨き、うがいを徹底し、必要な方は介助しています。毎週1回、訪問歯科診療による口腔ケア、定期検診も実施しています。		
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	排泄表によるパターンの把握、それに応じたトイレ誘導や声掛けにより、出来るだけ失禁なく排泄が出来る様、支援しています。一人一人に合わせ、尿器やポータブルトイレの使用など。	排泄のパターンを把握し小声でさりげない声掛けで誘導しています。声かけは常に利用者との目線に配慮しています。失禁があった時は、素早い対応で自尊心を傷つけないように支援しています。リハビリパンツから自立に改善した人もいます。	
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	時には服薬や医療行為が必要な時がありますが、便秘の方には、牛乳、寒天ゼリー、ヨーグルト、お茶を摂取していただいたり、散歩、廊下の歩行などで、運動するようにしています。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている	大体の入浴日は決まっていますが、本人の希望や体調によって、入浴出来るようにしています。夜寝る前に入浴したい方もいらっしゃいますが、時々、温タオルや足浴で対応しています。	週2回午前中からの入浴です。浴室に掲示した入浴表で、個々の体調や希望に沿うように注意しています。寝つきの悪い方に、温タオルや足浴で対応しています。拒否がある場合は時間を置いて声かけしたり、無理せず翌日に変えたりします。	

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	個人の睡眠習慣を尊重して安易に薬を使用したり、過度な声掛けをしないようにしています。昼夜逆転ぎみの方には午睡してもらうなど本人の意向を大切にしています。		
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	薬剤師に服薬後の症状の変化など、配達時に細かく聞いています。症状によって服薬の変更なども主治医と相談。前スタッフが服薬管理だけでなく、知識の方も理解してもらうよう、薬剤師による、研修を予定しています。		
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	本人の得意としている事を引き出し、役割分担でいきいきと過ごして頂く。レクリエーションの参加を促し、支援しています。褒めることを大切にしています。		
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	買い物同行や、おやつ外食、四季折々の景色を見にドライブや散歩をしています。御家族の協力も得て、外出が出来る様、支援しています。	ホームに隣接する遊歩道、新治里山公園、里山交流センター、親水広場へと、車椅子の方をはじめ日常的な外出が行われています。散歩は動物や幼児とのふれあいの時間にもなっています。家族との外出や喫茶、季節のドライブも取り入れています。	
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	お金を所持している方もいますが、認知症の病態、不穏にもつながる為、職員の管理にしています。必要なものがあれば、立替で、一緒に買い物に出掛けたりしています。		

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
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	家族からの電話の取り次ぎや本人からの希望があれば電話を掛けれるように支援しています。本人の希望で手紙を出したいときは書いてもらい、郵送しています。		
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	毎日の掃除、ゆったりした気分音楽を流したり、消臭剤の使用。玄関先に花を飾り、ウッドデッキでお茶を飲む。手作りのカレンダーや散歩の際、季節の花を摘み飾ったり（ハーブ）フロアには季節にあった飾りなどで、居心地のよい空間を作るようにしています。	対面式の食堂兼リビングはウッドデッキ（2階はベランダ）を備え明るくゆったりとした共有空間です。水槽やテレビ、ソファが置かれ広い洗面所は食後の歯磨きも容易です。採光、室温ともに心地良く、清潔が保たれています。	
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	居間のソファやウッドデッキ。食事以外は椅子を移動して、レクリエーションをしたり、一人一人が自由に過ごせる空間を作れるようにしています。		
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	自宅で使い慣れた家具や好みの者を持参していただいています。家族の写真、小物、ホームで作成した工作、塗り絵、行事の写真など飾って、居心地良く過ごしていただいています。	エアコンとクローゼットは備え付けで、他は持ち込み自由です。仏壇や馴染みの家具や調度品を持ち込み、入居以前と変わらぬ生活を楽しんでいます。リビングで使用するカレンダーを居室で描かれている方がいました。	
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	建物内はバリアフリーを徹底、居室やトイレは分かりやすく大きな文字で表示し、事故のない様、支援しています。		

事業所名	グループホーム 結の家
ユニット名	さつき

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している。 (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、安心して暮らしている。 (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	毎日の生活の中で「健康で穏やかに」過ごせるよう全職員、支援しています。「自立の日常生活」として残存機能を低下させない様、入居者一人一人の能力を尊重する介護を実践しています。		
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	散歩時など近隣住民の方のご挨拶や、小学生がホームに遊びに来てくれたりしています。農家の方に野菜をいただいたり、地域交流センターでは「結の家さんですか?!」と言って下さいます。		
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	地域包括支援センターの方や電話の問合せがあった時など答えています。		
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	2ヶ月に1回、ホームの活動状況、入居者の様子など報告しています。今年はメンバーも数人変わり、出席者同士が町おこしに積極的に取り組んでいるので、地域の話や防災など意見を頂いている。		
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	区の生活保護担当者の方とは、電話連絡のみの対応。区分変更や生活保護費受給の件、生保入居者の特養申し込みなど相談をしています。		

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
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	生命の危険がない限り、拘束はしていません。もし拘束せざるおえない時は、家族の了解を得るようにしていますが、現在までなし。夜間ベッド横にタンバリンを置き呼んでもらうなどはしているが、身体拘束をしないケアを実践しています。		
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	高齢者虐待防止のマニュアルにより、全職員に周知しています。普段においても意識しながらケアをするよう心掛けています。		
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	自立支援に対しては、ADLの中で自立を促せるように生活リハビリに努めています。成年後見人は地域包括センターの方や後見人補佐の話を伺い、学んでいます。成年後見人に関して費用面で難しい人が多いです。		
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	分かりやすい説明を心掛け、納得して頂き、同意を得ています。		
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	入居者様から言葉だけではなく、態度から会話から不安や気持ちをくみ取るようにしています。御家族には面会時や電話など気軽に話せる雰囲気、関係作りに心掛けています。		

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	月1回のスタッフ会議や日々の会話の中で、意見を聞き、管理日誌などで、代表者に伝えています。		
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	代表者と職員との意向が違うので、上手くかみ合っていない為、努力はしていますが、結果につながっていません。		
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	外部研修は稟議書を出し、最大限認めています。代表者からも指示され、参加させてもらっています。		
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	「結」グループ内で交換実習を始めました。		
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	入所前に、一日体験の機会を作り、皆と過ごしていただき、慣れてもらい、不安を解消出来る様努める。御家族にも不安が無くなるよう細かく説明し無理強いのないようにしています。		

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
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	入所前の見学時に抱えている問題をお聞きし、必要な助言をし、安心して入所が出来るように努めています。御家族との連絡は密にし、様子等を詳しく伝えています。		
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	ご家族、御本人がどのようなサービスが必要か、日常生活習慣から見極め、支援していく。		
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	入居者、個々の得意分野を見出し、それを生かした日常生活、機会を作るようにしています。共に過ごす時間を大切にしています。		
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	通院、外出、面会をお願いし、本人の状況を理解していただき安心感を得てもらうようにしています。		
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	大切な関係が継続するよう、手紙ら年賀状、を促しています。場合によっては電話を掛けたりしています。入所が長くなると関係の継続が難しくなっている方もいます。		

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	個人差が大きくなってしまい共同するのは難しくなっていますが、食事や合唱、体操など一緒にする事に意義を求め毎日を過ごしています。		
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	退所後も異動先の施設に面会に行ったり、電話での相談等、関係を大切にしています。		
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。	ご本人の日々の会話やADLから安心して暮らせるよう、その方にあったケアを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	ご本人、御家族から直接聞いたり、回想法の中から、気持ちをくみ取るよう努めています。		
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	申し送りから様子を観察し、体調によって主治医や訪問看護師と連携をとり対応しています。		

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
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	日々の観察や記録をもとに、家族、主治医、看護師、薬局等連携をとり、作成している。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	日中、夜間分かりやすく個別に記録をとり、職員間で情報を共有出来る様、努めています。また、カンファレンスによりケアに反映させています。		
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	介護の主体を本人にすることにより、スタッフ側の都合が優先しないように努め、その時々に合わせてサービスを提供しています。		
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	地域の催しに参加したり、地域の方と触れ合える公園に出掛け、楽しんでいただけるよう支援しています。		
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、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	月2回の往診、週1回の訪問看護と訪問歯科。往診クリニックは2か所あり、入所契約時、御家族の希望により選択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
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	週1回の訪問看護と契約しており、入居者の健康状況、主治医や薬剤師との意見も伝え、より良い看護が受けれるようにしています。急な電話対応にも助言や受診もして下さいます。		
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。	入院時には面会時など医療機関に状況を聞き、主治医との相談、助言を頂き、退院後の受け入れがスムーズに行えるようにしています。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化した入居者様はホームでの生活が可能な限りの範囲でご家族に状況を説明し、主治医、看護師、薬剤師との連携、可能な限りの支援をしています。		
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	緊急時マニュアルをスタッフの目の届くところに置き、救急、火災を呼ぶときの電話マニュアルも掲示してあります。		
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回の避難訓練を実施。一回は夜間想定。消防の方が来られ、今回は夜勤専従のスタッフにも参加してもらう。AEDの講習。スプリンクラー設置済み。		

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	親しみやすい言葉遣いを心掛け、プライドを傷付けない、失礼にならないように職員同士注意しています。		
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	日常から自己決定をする機会を作り、本人の意向を出しやすい環境作りを心掛けています。		
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	食事、お茶の時間は皆と過ごして頂き、基本的にそれ以外は本人の自由なペースで臨機応変に個別対応しています。		
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	季節にあった服装、髪型、薄くお化粧、本人の思いを聞きながら、適宜支援しています。		
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	生活リハビリとして出来る範囲の調理手伝い、配膳、下膳、畑の収穫した野菜を取り入れ、楽しんで食事が出来るようにしています。		

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
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	毎日の食事は、食材業者に委託し、バランスの良い献立、カロリー計算されています。おやつは、時々手作りにしています。食事量、水分量のチェックを記録しています。		
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、（義歯の方も）は歯磨き、うがいを徹底し、必要な方は介助しています。毎週1回、訪問歯科診療による口腔ケア、定期検診も実施しています。		
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	排泄表によるパターンの把握、それに応じたトイレ誘導や声掛けにより、出来るだけ失禁なく排泄が出来る様、支援しています。一人一人に合わせ、尿器やポータブルトイレの使用など。		
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	時には服薬や医療行為が必要な時がありますが、便秘の方には、牛乳、寒天ゼリー、ヨーグルト、お茶を摂取していただいたり、散歩、廊下の歩行などで、運動するようにしています。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている	大体の入浴日は決まっていますが、本人の希望や体調によって、入浴出来るようにしています。夜寝る前に入浴したい方もいらっしゃいますが、時々、温タオルや足浴で対応しています。		

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
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	個人の睡眠習慣を尊重して安易に薬を使用したり、過度な声掛けをしないようにしています。昼夜逆転ぎみの方には午睡してもらうなど本人の意向を大切にしています。		
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	薬剤師に服薬後の症状の変化など、配達時に細かく聞いています。症状によって服薬の変更なども主治医と相談。前スタッフが服薬管理だけでなく、知識の方も理解してもらうよう、薬剤師による、研修を予定しています。		
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	本人の得意としている事を引き出し、役割分担でいきいきと過ごして頂く。レクリエーションの参加を促し、支援しています。褒めることを大切にしています。		
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	買い物同行や、おやつ外食、四季折々の景色を見にドライブや散歩をしています。御家族の協力も得て、外出が出来る様、支援しています。		
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	お金を所持している方もいますが、認知症の病態、不穏にもつながる為、職員の管理にしています。必要なものがあれば、立替で、一緒に買い物に出掛けたりしています。		

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
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	家族からの電話の取り次ぎや本人からの希望があれば電話を掛けれるように支援しています。本人の希望で手紙を出したいときは書いてもらい、郵送しています。		
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	毎日の掃除、ゆったりした気分音楽を流したり、消臭剤の使用。玄関先に花を飾り、ウッドデッキでお茶を飲む。手作りのカレンダーや散歩の際、季節の花を摘み飾ったり（ハーブ）フロアには季節にあった飾りなどで、居心地のよい空間を作るようにしています。		
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	居間のソファやウッドデッキ。食事以外は椅子を移動して、レクリエーションをしたり、一人一人が自由に過ごせる空間を作れるようにしています。		
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	自宅で使い慣れた家具や好みの者を持参していただいています。家族の写真、小物、ホームで作成した工作、塗り絵、行事の写真など飾って、居心地良く過ごしていただいています。		
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	建物内はバリアフリーを徹底、居室やトイレは分かりやすく大きな文字で表示し、事故のない様、支援しています。		

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	<ul style="list-style-type: none"> ・災害時に備え、備品の購入はしてあるが、食料や飲料水の確保はしていない。 ・避難訓練は実施しているが、入居者、スタッフ毎回慌ててしまう。 	<ul style="list-style-type: none"> ・食料・飲料水の確保。 ・慌てない為、速やかに避難出来る様にする事。 	<ul style="list-style-type: none"> ・開設者に、最低3日分の購入をお願いする。 ・災害時に備えてあるヘルメット等を使用し、訓練を行う。 ・地域の方の参加の協力を得て、避難訓練の実施。 ・玄関先にベンチを購入してもらった。(訓練時の座席用) 	12ヶ月
2	4	<ul style="list-style-type: none"> ・運営推進会議では、特に議題がなく、ホームの状況・活動報告でのみになってしまう回が多い。 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域密着活動を増やし、今以上の意見交換が出来る様にする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・新たな利用者家族のメンバーをお願いし、その他、地域の方々にも出席して頂けるよう声掛けをする。 	12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。