

平成25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	1475001432	事業の開始年月日	平成18年2月1日	
		指定年月日	平成18年4月1日	
法人名	医療法人啓和会			
事業所名	グループホーム渡田			
所在地	(210-0837) 神奈川県川崎市渡田2-7-1			
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26年1月31日	評価結果 市町村受理日	平成26年7月4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.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wp/Details.aspx?IGNO=ST1475001432&SVCD=320&THNO=14130
----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【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)】

母体の医療法人との連携を積極的推進し、24時間訪問看護体制を実施しています。ご利用様が重度化されても安心して生活出来る基盤があります。また、週1回の音楽療法と、週1回の健康運動指導士によるリハビリ体操を行っています。またご利用者様の身体機能等に合わせ、医師の指示により訪問マッサージを利用されている方もいらっしゃいます。その他地域交流を活発におこなっており、地域の町内会主催の夏祭りに参加したり、近所の小学校からの社会科見学の受け入れや、運動会・学校行事等に招待していただいたりと、交流を深めています。毎年実施している敬老会・クリスマス会には、ご家族会を開き、ご家族の要望・質問等を直接伺う機会を設けています。また、入居者様の毎月の様子を月報という形で、担当職員が文章を作成し毎月の個人の金銭出納帳の収支状況とともに郵送にて、お伝えしています。

【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 神奈川県藤沢市鵜沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成26年3月4日	評価機関 評価決定日	平成26年5月24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JR川崎駅東口から臨港バス26系統「富士電機行」で渡田中学校前バス停から徒歩3分の閑静な住宅街にあります。建物は木造2階建て、内部は全面バリアフリーで、1、2階を使用した2ユニット型のグループホームです。

<優れている点>

利用者を一人の“人”として尊重し、その人の視点や立場に立って、その人を理解してケアを行おうとする認知症ケア「パーソン・センタード・ケア」を実践する事で、持っている力を引きだし、その人らしい生活を支援しています。運営母体が医療法人であり、24時間在宅診療所としてオンコールで医師や看護師と常時連携が取れる体制にあります。また、地域の医療機関とのネットワークにより、緊急時は24時間入院医療体制が整っており、利用者は安心した生活を送ることが出来ています。利用者は職員と一緒に天気の良い日は毎日近くの公園や神社まで散歩に出掛け、地域の人と挨拶を交わし、車イスの人も、比較的元気な利用者に押ししてもらいながら出掛けています。

<工夫点>

毎月第1木曜日に避難訓練を実施しています。毎回、利用者には予告なしで実施し非常事態に備えています。避難時間、問題点、反省、今後の課題を必ず記録に残しています。夜間帯想定訓練や年2回消防署立ち会いの下での訓練も実施し消火器の扱い方やアドバイスを受けています。1週間分の食料や水、毛布、懐中電灯などを備蓄しています。

【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	グループホーム渡田
ユニット名	1F すみれ

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近づけている。	常に職員が、理念を念頭においてケアに取り組めるよう努めています。	事業所の理念を職員の目に付きやすい玄関ホール、1、2階のスタッフルームに掲示し周知を図っています。フロアごとの朝のミーティングで理念に基づく基本的な姿勢を確認し、利用者支援の中で疑問が起きた時には理念を振り返っています。	
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	自治会に加入し、祭りや行事には、ほとんど参加させていただいています。近隣の小学校等との交流を深めています。	地域の一員として多くの自治会行事に積極的に参加すると共に、近隣小学校との交流を深めています。こども110番にも登録しています。商店会や近隣の人とは買い物や散歩の際に挨拶を交わすなどして日常的に交流しています。	
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。	近隣の小学校の社会科見学の受け入れ等を通じて、入居者と話したり、車イスの使い方を説明したり、電動ベットの体験をしてもらったりしています。		
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。	地域の町内会・民生委員会・児童委員会と、家族の方とで、2ヶ月に1回運営推進委員会を、開催しています。地域の情報や、かかわり方のアドバイスをいただいています。	運営推進会議は2ヶ月に1度定期的に開催しています。民生・児童委員、町内会長、地域包括支援センター職員などの参加があり、事業所の現状報告に始まり意見・情報交換、質疑応答を行い、事業所の運営に活かしています。	
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。	川崎市事業推進課等、わからないことが発生した場合、相談にのってもらったり、川崎市の質問コーナーにて相談しています。	川崎市介護保険課担当者とは介護保険認定更新時などで連携しています。ケアサービスに疑義などが生じた場合は、市の質問コーナーにFAX送信票を用いて送付し、相談したり助言を得たりしています。	

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
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。	身体拘束をしないケアに取り組んでいます。職員の研修等で、身体拘束についての具体的な事例について勉強しています。	職員は身体拘束・虐待についての研修を受けると共に、ミーティングで具体的事例を上げて話し合い、身体拘束の無いケアに取り組んでいます。日頃から疑問に思っていることは管理者と話し合い解決を図っています。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている。	ケア会議等において、職員内で情報交換をし、再確認と理解をしい予防に努めています。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している。	ご利用者様で成人後見人制度を利用している方がいらっしゃいます。今後に向けて情報提供を行っていく予定です。		
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。	契約時・解約時ともにご家族と面談の上、漏れがないよう、十分な説明を行っています。疑問点はその場で、できる限り解決を図っています。その上で、契約書への記入・捺印を行っています。		
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。	玄関内に意見箱を設置したり、家族会やご家族の来訪時等に直接いただいたご意見・ご要望には真摯に耳を傾け、速やかに対応させていただいています。	家族会や家族の来訪時などで意見や要望を聞いています。家族会は年2回開催し、約半数の家族が出席しています。家族会の後には、利用者・家族、管理者、主任、居室担当者を交えた家族との個人面談を行い意見や要望を聞くようにしています。	

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
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。	カンファレンスや毎日の申し送りにおいて、職員が積極的に発言できる機会を設けています。意見には全職員で共有するよう、心がけています。	管理者は普段から意見や提案が出しやすい環境づくりに努めています。職員は積極的に業務やケアに関する意見・改善・提案を行っています。管理者は優先順位を考慮し、解決を図り運営に反映させています。	
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。	管理者や主任から個々の職員の評価や意見を把握し、就業環境の改善に努めています。		
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。	新規に入社した職員に対し、研修期間を定め、その期間はフロアの主任・副主任を中心に指導にあたっています。また、法人内研修や、外部研修にも積極的に参加してもらい、幅広い介護研修ができるよう配慮しています。		
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。	法人内の他グループホームとの交流や全体会議・勉強会等通じてサービス向上を心がけています。		
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。	ご本人からの訴え、希望等の傾聴、受容する気持ちを表し、信頼していただける関係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
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。	ご本人同様に、ご家族にも常にオープンな状態で、話しやすい環境作りを心掛けています。		
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。	見極められるよう、アセスメント、往診記録、介護記録、実際の第一印象等から総合的に判断するよう努めています。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	生活を共にするパートナーとして、意識し協力しあい、人生の先輩として、教えをいただきながら、ご利用者様の障害や不安要素を軽減できる関係を築いています。		
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。	月1回手紙で日々の様子や変化、要望などを連絡・報告しています。施設内で行うイベント等には、ご家族の参加を呼び掛け、一緒に支えている関係を再認識していただいています。		
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。	ご家族や知人等に自由に行き来できる支援や、出来る範囲での馴染みの場所への外出の支援に努めています。	利用者は近隣の方が多く、家族の訪問も多くあります。正月には自宅に帰る支援を行っています。カラオケに行きたい、ショッピングセンターで買い物をしたい、川崎大師に行きたい、外食がしたいなどの馴染みの場所への要望に応える支援を行っています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。	散歩やレクリエーション等の参加で、工夫しながら、関わりを持てるよう支援、団体行動が苦手な方も個々にできることに参加してもらい、孤立しないよう支援しています。		
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。	入院による契約終了後についても様子を伺いに訪問するなど、関係継続に努めています。		
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。	ご本人の言動や、表情など意向訴えは些細な面も見逃さないように努めています。	職員は居室担当制をとり、各人の思いや意向の把握に努めています。約半数の人が会話や意思表示が出来ますが、思いや意向を言葉にしにくい人には、二者択一の問い掛けをしたり、表情、仕草などから意向の把握に努めています。	
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。	入居時にご家族、ご本人からの聞き取り、更に生活していく中でのふとした時にでてくる習慣や会話の内容を聞き逃さず、把握に努めています。		
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。	日々の体調、精神的な変化の観察、その日に出来た事、出来なかった事など記録で確認し合い現状把握に努めています。		

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
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	職員からの課題や、ご家族からの意見を基本に、介護計画を作成しています。	介護計画の作成、見直しに当たっては利用者・家族の意向を聞くと共に、必要な時は医師、看護師の意見を反映し、ケアカンファレンスで協議して作成しています。3ヶ月ごとにモニタリング、評価を行っています。	日々の支援は介護計画に基づいて実施されるので、利用者個々の介護計画書をそれぞれの職員が把握し、いつでも確認して支援できる仕組み作りが期待されます
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。	毎日のバイタル、食事、水分摂取量、排泄状況の記録、生活面、医療面等、個別ノートに記録し、申し送りですらに引き継ぎ確認し合い、介護計画の見直しに活かしています。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	ご本人の状況に応じて、訪問マッサージ等のサービスを提供しています。また、ご家族の状況に配慮し、介護保険の更新等にも柔軟に対応しています。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	地域小学校の子ども110番の登録等しています。		
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し、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	かかりつけ医と連携し、健康管理や相談を受けています。緊急時の対応や必要に応じて、専門医の紹介受診支援も行っていきます。	従来のかかりつけ医を継続している方や納得の上事業所の提携医をかかりつけ医に変更した方など希望に合わせています。内科は週1回往診があり、看護師も週1回の訪問により健康管理や相談に応じています。提携医とは24時間オンコールで連絡が取れます。	

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
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。	24時間訪問看護ステーションと連携し、状況に応じて訪問依頼や相談などに対応しています。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院したご利用者様を定期的に訪問し、状況把握や、ご家族、訪問看護との連携、情報交換、退院後の対応に努めています。かかりつけ医と入院先の担当医とも直接情報交換し、医療ケア対応も同時に行っています。		
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。	終末期の在り方については、ご家族と対応の確認はできています。全職員も事業所の方針を理解しています。	入居時に重度化した場合や看取りについて説明をして、同意書を得ています。重度化した場合には、医師からの説明のもとに家族や看護師、職員も含めて話し合い、本人、家族の意向を尊重しています。事業所として看取り支援に取り組んでいます。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	急変時の連絡、連携は職員間で理解しています。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	毎月1回避難訓練の実施、緊急連絡網の活用等おこなっています。	毎月避難訓練をしています。避難時間、問題点、反省、今後の課題を必ず記録に残しています。また、年2回消防署立ち会いのもとでの避難訓練も実施し消火器の扱い方やアドバイスを受けています。1週間分の食料や水、毛布、懐中電灯など備蓄しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。	言動、訴えに対し傾聴し、人格プライバシーを尊重する対応に配慮しています。	職員は利用者と目線を合わせ、利用者に対する尊敬と温かみを持った丁寧な言葉遣いでケアをしています。利用者個人の介護計画や金銭出納帳など個人情報に関わる書類は鍵のかかるキャビネットにて保管管理しています。	
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。	個々の生活習慣や性格等を考慮しながら、思いや希望を表出できるように導ける声かけ等、常に話しやすい環境作りを努力しています。		
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。	可能な限り、ご本人の意思を尊重し柔軟な対応ができるよう心がけています。		
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。	月1回の訪問理容、外出して美容室に行かれる方等、個々で違います。ご自分で出来ない方は髪の毛のセット、お化粧品のお手伝い、コーディネートのおアドバイスなどを支援しています。		
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。	持病を考慮しながら、希望を取り入れた献立作りを心がけています。出前や外食などでの変化も楽しんでいただいています。野菜切りやお茶入れなど、ご利用者様と一緒にしています。	週6日、食材会社がカロリー計算したメニューを採用して、職員が手作りをしていますが、下ごしらえや味付けなど利用者と一緒にしています。週1日はリクエストメニューの日で、お刺身やお寿司、出前、外食など多彩な内容です。	

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
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。	食事摂取量、水分量は判り易く表にしています。水分が少ない方には、常に声かけして、必要な量を取っていただけるよう支援しています。		
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。	個々の状況に合わせて支援している。夕食後、義歯は外して薬剤で洗浄しています。		
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。	排泄リズムを把握し、声掛けにて誘導しています。必要な方には、介助し、失敗を減らす支援をしています。	排泄チェック表で利用者の排泄リズムを把握した上でトイレ誘導を行い失敗を減らしています。夜間、居室のポータブルトイレの利用によって、失敗が減った利用者もあり、排泄の自立に向けた個々の支援を行っています。	
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。	食事、水分摂取、便秘日数の記録で、情報共有し、個々にあった方法（服薬、水分、食事、運動等）で予防に取り組んでいます。		
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。	その日の体調等に合わせて、希望に柔軟に対応しています。	入浴は午前中から夕方まで利用者の希望やタイミングに合わせて柔軟に対応しています。長湯が好きで1時間位入浴する人もいます。湯船にひのきを入れて香りを楽しんだり、歌を歌ったり、おのおのが入浴を楽しんでいます。入浴後は肌のケアを支援しています。	

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。	日中に活動時間を多くして、夜間安眠できるように心掛けています。体調をみて休息が必要と思われる方には、その都度、休憩していただいています。		
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。	服薬内容が確認できるファイルを保管しています。服薬の変更等あれば記録にて周知しています。状況の変化があれば、すぐに医師へ相談報告しています。		
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。	洗濯物たたみ、拭き掃除、調理等手伝いが出来る範囲で役割見つけて、積極的に参加していただいています。歌、貼り絵などの作品作りも、楽しく参加できる環境作りで気分転換していただいています。		
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。	天気、体調に配慮しながら、公園や買物に出かけています。公園には、顔なじみの方がほとんどで、声をかけていただいています。	ほとんど毎日、近くの公園や神社へ散歩に出かけたり、商店街やコンビニへ買い物に出かけています。比較的元気な利用者が車イス利用者をサポートし、職員が見守りながら出かけています。受診帰りには蕎麦を食べたりお茶を飲んだりしています。	
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。	ご自分で所持したい方は、一定の額を渡しています。（お札を破いてしまう方もいるため）欲しいものがあれば、要望に可能な限り使えるように支援しています。		

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。	ご本人の希望に沿っての支援を行っています。遠方ご家族からの手紙等に対して、返信が困難な方には、電話で話せるように支援しています。		
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。	ご利用者様で作成した、季節感のある折り紙等の作品を飾り、季節を感じていただいております。	リビングにはテーブルとソファが置いてあり体操時、食事時、寛ぐ時など場面によってテーブルなどを移動し利用者がよりリラックス出来るように工夫しています。トイレマーク、お風呂マークなど絵によって場所が分かるよう配慮しています。	
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。	テーブル席を中心として、皆自由に集まり、一人になれる空間として、ソファの配置など工夫をしています。		
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。	入居の際に、慣れ親しんだ物を持参していただき、ご家族と共に配置していただいております。	ベッド、エアコンは備え付けです。使い慣れたタンスやテレビ、鏡台、仏壇などを持ち込み、写真や絵などを飾って、自宅の延長のような暮らしをしています。稼業で使用していた当時の店ののれんを飾っている居室もあります。	
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。	手すりの配置等、バリアフリー対応となっています。一部ポータブルトイレを使用している方は夜間自立して、排泄可能となっています。		

事業所名	グループホーム渡田
ユニット名	2F 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させている。 (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近づけている。	常に職員が、理念を念頭においてケアに取り組めるよう努めています。		
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	自治会に加入し、祭りや行事には、ほとんど参加させていただいています。近隣の小学校等との交流を深めています。		
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。	近隣の小学校の社会科見学の受け入れ等を通じて、入居者と話したり、車イスの使い方を説明したり、電動ベットの体験をしてもらったりしています。		
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。	地域の町内会・民生委員会・児童員会と、家族の方とで、2ヶ月に1回運営推進委員会を、開催しています。地域の情報や、かかわり方のアドバイスをいただいています。		
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。	川崎市事業推進課等、わからないことが発生した場合、相談にのってもらったり、川崎市の質問コーナーにて相談しています。		

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。	身体拘束をしないケアに取り組んでいます。職員の研修等で、身体拘束についての具体的な事例について勉強しています。		
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている。	ケア会議等において、職員内で情報交換をし、再確認と理解をしいあい予防に努めています。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している。	ご利用者様で成人後見人制度を利用している方がいらっしゃいます。今後に向けて情報提供を行っていく予定です。		
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。	契約時・解約時ともにご家族と面談の上、漏れがないよう、十分な説明を行っています。疑問点はその場で、できる限り解決を図っています。その上で、契約書への記入・捺印を行っています。		
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。	玄関内に意見箱を設置したり、家族会やご家族の来訪時等に直接いただいたご意見・ご要望には真摯に耳を傾け、速やかに対応させ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
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。	カンファレンスや毎日の申し送りにおいて、職員が積極的に発言できる機会を設けています。意見には全職員で共有するよう、心がけています。		
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。	管理者や主任から個々の職員の評価や意見を把握し、就業環境の改善に努めています。		
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。	新規に入社した職員に対し、研修期間を定め、その期間はフロアの主任・副主任を中心に指導にあたっています。また、法人内研修や、外部研修にも積極的に参加してもらい、幅広い介護研修ができるよう配慮しています。		
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。	法人内の他グループホームとの交流や全体会議・勉強会等通じてサービス向上を心がけています。		
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。	ご本人からの訴え、希望等の傾聴、受容する気持ちを表し、信頼していただける関係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
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。	ご本人同様に、ご家族にも常にオープンな状態で、話しやすい環境作りを心掛けています。		
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。	見極められるよう、アセスメント、往診記録、介護記録、実際の第一印象等から総合的に判断するよう努めています。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	生活を共にするパートナーとして、意識し協力しあい、人生の先輩として、教えをいただきながら、ご利用者様の障害や不安要素を軽減できる関係を築いています。		
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。	月1回手紙で日々の様子や変化、要望などを連絡・報告しています。施設内で行うイベント等には、ご家族の参加を呼び掛け、一緒に支えている関係を再認識していただいています。		
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。	ご家族や知人等に自由に行き来できる支援や、出来る範囲での馴染みの場所への外出の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
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。	散歩やレクリエーション等の参加で、工夫しながら、関わりを持てるよう支援、団体行動が苦手な方も個々にできることに参加してもらい、孤立しないよう支援しています。		
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。	入院による契約終了後についても様子を伺いに訪問するなど、関係継続に努めています。		
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。	ご本人の言動や、表情など意向訴えは些細な面も見逃さない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。	入居時にご家族、ご本人からの聞き取り、更に生活していく中でのふとした時にでてくる習慣や会話の内容を聞き逃さず、把握に努めています。		
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。	日々の体調、精神的な変化の観察、その日に出来た事、出来なかった事など記録で確認し合い現状把握に努めています。		

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
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。	職員からの課題や、ご家族からの意見を基本に、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。	毎日のバイタル、食事、水分摂取量、排泄状況の記録、生活面、医療面等、個別ノートに記録し、申し送りですらに引き継ぎ確認し合い、介護計画の見直しに活かしています。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	ご本人の状況に応じて、訪問マッサージ等のサービスを提供しています。また、ご家族の状況に配慮し、介護保険の更新等にも柔軟に対応しています。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	地域小学校の子ども110番の登録等しています。		
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し、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	かかりつけ医と連携し、健康管理や相談を受けています。緊急時の対応や必要に応じて、専門医の紹介受診支援も行っています。		

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
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。	24時間訪問看護ステーションと連携し、状況に応じて訪問依頼や相談などに対応しています。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院したご利用者様を定期的に訪問し、状況把握や、ご家族、訪問看護との連携、情報交換、退院後の対応に努めています。かかりつけ医と入院先の担当医とも直接情報交換し、医療ケア対応も同時に行っています。		
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。	終末期の在り方については、ご家族と対応の確認はできています。全職員も事業所の方針を理解しています。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	急変時の連絡、連携は職員間で理解しています。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	毎月1回避難訓練の実施、緊急連絡網の活用等おこなっています。		

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
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。	言動、訴えに対し傾聴し、人格プライバシーを尊重する対応に配慮しています。		
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。	個々の生活習慣や性格等を考慮しながら、思いや希望を表出できるように導ける声かけ等、常に話しやすい環境作りを努力しています。		
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。	可能な限り、ご本人の意思を尊重し柔軟な対応ができるよう心がけています。		
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。	月1回の訪問理容、外出して美容室に行かれる方等、個々で違います。ご自分で出来ない方は髪の毛のセット、お化粧品のお手伝い、コーディネートのおアドバイスなどを支援しています。		
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。	持病を考慮しながら、希望を取り入れた献立作りを心がけています。出前や外食などでの変化も楽しんでいただいています。野菜切りやお茶入れなど、ご利用者様と一緒にしています。		

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。	食事摂取量、水分量は判り易く表にしています。水分が少ない方には、常に声かけして、必要な量を取っていただけるよう支援しています。		
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。	個々の状況に合わせ支援している。夕食後、義歯は外して薬剤で洗浄しています。		
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。	排泄リズムを把握し、声掛けにて誘導しています。必要な方には、介助し、失敗を減らす支援をしています。		
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ます。	食事、水分摂取、便秘日数の記録で、情報共有し、個々にあった方法（服薬、水分、食事、運動等）で予防に取り組んでいます。		
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。	その日の体調等に合わせ、希望に柔軟に応じています。		

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。	日中に活動時間を多くして、夜間安眠できるように心掛けています。体調をみて休息が必要と思われる方には、その都度、休憩していただいています。		
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。	服薬内容が確認できるファイルを保管しています。服薬の変更等あれば記録にて周知しています。状況の変化があれば、すぐに医師へ相談報告しています。		
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。	洗濯物たたみ、拭き掃除、調理等手伝いが出来る範囲で役割見つけて、積極的に参加していただいています。歌、貼り絵などの作品作りも、楽しく参加できる環境作りで気分転換していただいています。		
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。	天気、体調に配慮しながら、公園や買物に出かけています。公園には、顔なじみの方がほとんどで、声をかけていただいています。		
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。	ご自分で所持したい方は、一定の額を渡しています。（お札を破いてしまう方もいるため）欲しいものがあれば、要望に可能な限り使えるように支援しています。		

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。	ご本人の希望に沿っての支援を行っています。遠方ご家族からの手紙等に対して、返信が困難な方には、電話で話せるように支援しています。		
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。	ご利用者様で作成した、季節感のある折り紙等の作品を飾り、季節を感じていただいております。		
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。	テーブル席を中心として、皆自由に集まり、一人になれる空間として、ソファの配置など工夫をしています。		
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。	入居の際に、慣れ親しんだ物を持参していただき、ご家族と共に配置していただいております。		
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。	手すりの配置等、バリアフリー対応となっています。一部ポータブルトイレを使用している方は夜間自立して、排泄可能となっています。		

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	28	日々の支援は介護計画に基づいて実施されるので、利用者の個々の介護計画書をそれぞれの職員が把握し、いつでも確認して支援できる仕組み作りが期待されます。	利用者様の介護計画書を介護日誌と一緒にファイルし、いつでも確認し支援できるようにしていきます。 また、月1回のミーティングで活用していきたいと思います。	① ミーティングにおける介護計画書の活用 ② 介護計画書を介護日誌と一緒にファイルし職員がいつでも確認でき、介護計画に基づくサービスの提供をできるようにしていきます。	12ヶ月
2					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。