

平成 28 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	1473001053	事業の開始年月日	平成17年6月1日	
		指定年月日	平成17年6月1日	
法人名	株式会社 カスタムメディカル研究所			
事業所名	グループホーム すみれの家			
所在地	(242-0013) 神奈川県 大和市深見台 1-10-15			
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28年10月28日	評価結果 市町村受理日	平成29年2月21日	

基本情報リンク先 <http://www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokanri.nsf/pSearch3?Open>

【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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・ 季節の物を取り入れた食事。 ・ ユニット合同遠足

【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28年11月29日	評価機関 評価決定日	平成29年1月31日

【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点(評価機関記入)】

事業所は、相鉄線、小田急線の「大和駅」から徒歩約15分ほどの閑静な住宅地にあり、建物は周りの住宅に溶け込んでいます。リビングに面した日当たりの良いテラスのベンチでは外気浴が楽しめ、隣接した庭には四季に応じた野菜が実る家庭菜園が設置され、入居者は職員と一緒に苗植えや収穫を行っています。

<優れている点>

管理者やリーダーは職員とのコミュニケーションに常に気を配り、何でも話し合える関係を築き、意見や提案を事業所の運営に生かしています。風通しの良い、チームワークが良く取れた明るい職場となっています。各種書類や記録の整備がしっかりしています。また、各種ノートや会議録などは全職員が必ず目を通し、押印することになっています。中でも個人別介護記録に記された特に重要な事項には、注意を喚起するため赤の付箋紙を付け、必ず確認するように周知し、入居者の支援に万全を期しています。地域行事に積極的に参加すると共に、事業所の「すみれ祭り」では案内を自治会掲示板に掲示し、ポスティングしています。ボランティアや多くの地域の人の参加があり、地域交流を深めています。

<工夫点>

天気が悪く散歩に行けない日のために、職員の発案で、屋内の回廊を周回する歩行運動を毎日行っています。入居者自らが決めた周回数(1回~10回)で自主的に歩行訓練を行い、「個人別室内歩行目標カード」のシートに達成シールを貼ってやる気を起こし、継続できる工夫をしています。

【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 すみれの家
ユニット名	つくしんぼ

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ます。 (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、生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。	家庭に近い介護を志し明るく元気で快適な生活を送れるよう、適切なサービスを提供しています。	5年前にブレイン・ストーミング法（テーマに基づき、既成概念にとらわれず、自由にアイデアを出し合う会議）を使い全職員で理念を上げています。理念に基づき、家庭にいるような支援、地域との触れ合いを大事にした支援を実践しています。	時流に沿った理念の再構築を検討中です。今後新しく作り上げた理念の下で、家族、地域との連携を更に深め、利用者の暮らしを支え続ける支援が期待されます。
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。	自治会に加入しており、納涼盆踊り大会や秋祭り、防災訓練に積極的に参加しています。	自治会の納涼盆踊り大会には利用者も参加し、秋祭りには神輿、正月には獅子舞が来所して利用者を楽しませています。また、防災訓練にも参加しています。事業所の一大イベント「すみれ祭り」にはボランティアや多くの地域の人たちの参加があり、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。	近隣の中学校の職場体験の受け入れを行っています。また、毎年夏に事業所にて「すみれ祭り」を開催し地域の方々との交流を図っています。		
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度、ご家族・民生委員などの方を呼びホームの事業報告また「介護保険制度」や「認知症について」など資料を作り分かりやすく説明、解説を行っています。	運営推進会議を2ヶ月に1度定期的に開催しています。会議で出た意見や提案について検討し事業所の運営に生かしています。毎回、介護に関係した資料を作成し、説明や解説を行っています。自己評価・外部評価の結果についても資料を基に報告と説明をしています。	
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。	情報交換をし連携を図っています。相談等にも応じてもらってます。	市の介護保険課や生活援護課、高齢支援課と連携を取り、相談、助言を得る関係づくりができています。空き室情報の提供や支援状況の説明、困難事例の相談をしています。運営推進会議やグループホーム連絡会でも情報交換をし、連携を図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
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。	玄関の開閉時に音楽の鳴るセンサーを設置しました。	「グループホームすみれの家における身体拘束その他の行動制限廃止マニュアル」を職員に周知し、身体拘束のない支援を実践しています。また、会議の中で身体拘束について折に触れ話し合い、確認しています。見守りを重視し、玄関の施錠はしていません。	
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。	スタッフ間で情報を共有しまた、入居者様の様子を注意深く観察し防止に努めています。		
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。	2ヶ月に1度の運営推進会議また年間研修予定に組み込まれている「成年後見人制度」にて学び、その他スタッフも個々に理解し学んでいます。		
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。	契約時は必ず切の良いところで不安・疑問点を尋ねるようにし、疑問点などはその場で答えるように努めています。解約または改定等の際も同じように行っています。		
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。	2ヶ月に1度、運営推進会議を開催し家族を始め参加者の方々から意見を聞く機会を設けています。	毎月、入居者の家族に送付する、「すみれの家」便りで入居者の生活状況を知らせ、また、家族の訪問時にも日頃の状況を説明し、意見を聞くようにしています。運営推進会議の場でも家族から意見や要望を聞いて対処し、事業所の運営に生かしています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	朝礼やスタッフ会議で意見や提案を聞き反映しています。	朝礼やユニット会議、全体会議で職員から出た意見や提案を協議し、運営に反映させています。管理者は普段から何でも話し合える職場づくりを心掛けており、職員は日常的に管理者と自由に話し合っています。年2回の職員面談でも聞く機会を設けています。	
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。	やりがいや向上心が持てるように外部研修などの情報を公開し職員は向上心を持って研修を受けている。また就業条件を把握し円滑に業務を行っています。		
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。	代表者は職員一人ひとりのケアと実際の力量を把握し研修を受ける機会の確保を進めている。		
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。	会社内のグループ施設また、地域の同業事業所で研修を行い相互間のサービスの質を向上させていけるように努めている。		
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。	本人が困っていることや不安なことをスタッフ間で共有し本人の話を傾聴して安心して頂き信頼関係を築いていく。		

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。	ご家族が不安に思うことまた、困っていることを聞きスタッフ間で話し合っ て要望等に伝えられるように努め関係 づくりに努めている。		
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。	サービスを開始する段階で本人、家族 に話を聞き職員間で話し合いニーズを 見極めて支援に努めています。		
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。	本人の出来ることを引き出して行きな がら継続できるよう支援しコミュニ ケーションを取りながら関係を築いて いけるように努めています。		
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。	本人が家族と連絡を取りやすいように 配慮し、その絆を大切にしながら本人 を家族と共に支えていけるよう努めて 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。	これまでの関係が途切れることの無い 様、友人などの訪問や一緒に外出など の支援に努めています。	友人が来訪し、入居者と一緒に買い物 や外食に出掛けています。また、事業 所の一大イベントの「すみれ祭り」に は友人が友人を連れて参加しており、 関係が途切れないように支援していま す。墓参りや馴染みの店での外食、買 い物に同行支援しています。	

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
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。	利用者同士の関係を把握しトラブルなどにならない様を考え支援に努め問題が発生した時には個別に話を聞き関係性が崩れないようにしています。		
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。	これまでの退所ケースは医療の必要性また多施設への入所だが出来る限り面会等に行き本人やご家族の話の傾聴、相談などを聞けるように努めています。		
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。	個人の意思を尊重し出来る限り希望に沿うよう支援に努めています。	入居者との日々の会話や表情、仕草、態度、家族の話などから思いや意向を把握するように努め、本人の意思を尊重し支援しています。常に「問いかけ、傾聴し」本人の意向を掴めるよう努め、「行きたい、食べたい、飲みたい」などの希望を把握しています。	
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。	生活歴や生活環境などは入居前の面談にて家族等に聞き取りや本人の言葉などから把握をするように努め介護計画に反映させてスタッフが共有しています。		
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。	ケアプランに沿って一人ひとりの現状を把握し、その人らしい時間を過ごせるように努めています。		

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。	本人の希望を聞き家族、必要な関係者と話し合い意見交換をしながら現状に合った介護計画を作成しています。	毎月カンファレンスを実施し、3ヶ月ごとにアセスメント、モニタリングを行い支援会議で協議し、ケアプランを作成しています。変化に応じ随時変更を行っています。本人、家族の意向を確認し、必要に応じて医師、看護師などの意見も取り入れています。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。	個別の介護記録やケアの進め方、気づいたことを申し送りノートに書きまた月に1回のカンファレンスでの気づきを共有しながら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。	その時々生まれるニーズには時々ミニカンファレンスを開きスタッフ間で共有し柔軟な支援に取り組んでいます。		
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。	一人ひとりの暮らしを支えている地域資源の一つである自治会開催のイベントに参加し楽しむことができ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支援している。	協力医療機関の往診、専門外来への紹介また入居前に受診を行っていた、かかりつけ医などへの受診を大切に本人及び家族等、納得が得られるよう適切に支援をしています。	月2回、協力医の往診があります。管理者は入居前のかかりつけ医への同行支援をしています。入居者や家族の意向により、協力医への移行を支援しています。受診情報は朝礼で共有し、特記事項に記録し、全職員が必ず確認するよう赤い付箋を付けています。	

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
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。	週に2回の訪問に加え入居者の変化などは電話にて24時間の相談をし適切な受診や看護を受けられるよう、支援をしています。		
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。	入居者が入院した際、病院の担当Dr、看護師など関係者と相談し合いながら安心して治療が行えるよう努め、早期退院に向けては入院状況などを生活相談員と情報交換しながら行っている。		
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。	重度化した場合や終末期を迎える早い段階で家族に説明し方針を立て共有し関係者と共に支援に取り組んでいます。	入居時に「利用者重度化に関する指針」を説明し同意を得ています。認知機能低下に際しては、入居者の尊厳に十分配慮しながら心を込めて支援しています。重度化した場合には、協力医や訪問看護師、家族と話し合いをし、方針を共有し適切に支援しています。	
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。	地域消防署の救命講習にほとんどの職員が参加し訓練を行い実践力を身に付けています。		
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。	年に二度の消防防災訓練を行い地域の方の参加を呼びかけ全職員が対応できるようにしています。	地域住民や消防団などの協力を得て、昼間や夜間想定避難訓練を実施しています。地域の協力者が一目でわかるよう、車イス利用者の居室に車イス表示をしています。人数分の防災頭巾やヘルメットなど、非常災害用の備品や食品を備蓄しています。	

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。	人格を尊重し、プライバシーを損ねない声掛けを工夫し考え具体的に行えるようにしています。	一人ひとりの内面をどれだけ見せてもらえるかを考え、全職員が日常的に傾聴し、入居者に関わりを持つと心掛けています。言葉の拘束がないよう、職員に徹底しています。人生の先輩に対して、馴れ馴れしくならないように言葉遣いに注意しています。	
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。	利用者の個性や性格を知ると同時にその人らしさを生かせる生活が出来、自己決定が出来るように働きかけています。		
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。	他の利用者との足並みも考えながら、出来る限り一人ひとりのペースで生活できるように支援しています。		
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。	入居前のご本人の身だしなみや、おしゃれを入居後も損なわないように支援しています。		
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。	一人ひとり出来る事を把握し職員と一緒に食事を楽しむ方法を取り支援している。	ユニットごとに職員が献立を立て、栄養のバランスも考え、家庭の味を大切に職員が3食手作りをしています。一緒に買出しに行ったり、庭で収穫した野菜が食卓に上がったりしています。入居者と職員が同じ食卓を囲み、一緒に食事を楽しんでいます。	

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。	訪問看護師、医師らと話し合いをし単調管理を行い栄養バランスは一人ひとりのカロリーコントロールを必要に応じて行っています。また水分量は一日の摂取量が摂れるようにチェック表を活用しています。		
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。	毎週決まった曜日に歯科往診がありその都度指導を受けています。毎食後の口腔ケアや夜は義歯の洗浄剤を使い清潔を保持しています。		
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。	一人ひとりの排泄パターンを排泄チェック表で把握し、失敗の無い様に時間を見て声掛けを行うなど、自立に向けた支援を行っています。	一人ひとりのパターンを考えて声掛けしています。失禁時は本人のプライドを傷つけないように対応しています。多少失禁があっても、家族と相談の上安易にリハビリパンツにはしていません。外出する事で本人の排泄意識を高め、布パンツに改善したりしています。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	適度な運動や水分摂取の促し、個人の排便コントロールを医師、訪問看護師と相談しながら行うなど便秘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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	その日の体調や希望に合わせて入浴支援を行っています。また、その方の好きな香りの入浴剤を使用するなど入浴を楽しめる工夫も行っています。	希望により週2～4回入浴しています。ゆずやヒノキなどの入浴剤をその日の希望で使用し、シャンプーやリンスは好みで持ち込みも出来ます。浴槽の湯や足ふきマットは毎回取り替えています。入浴方法は、職員間で相談し、家族の了承を得て対応しています。	

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の状況に応じて、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。	室温や寝具の調整をし、体調に合わせて日中も休息して頂いたり週に1度のリネンを行い気持ちよく眠れるように支援しています。		
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。	薬情により薬の副作用や内容の把握をし、朝と夕にその薬情で薬の読み合わせをダブルチェック、服用時も本人と一緒に日付、名前の確認し服用するようにしています。体調の変化に直ぐ気付けるよう、平常時のバイタル把握も行っています。		
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。	毎月の外食や季節ごとのイベントを行い特別楽しい日を設けています。また役割として、料理担当や食事の準備など個々の得意分野を活かし、気分転換できるように支援しています。		
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。	その日の希望にそって散歩や買い物に行き、普段は行けないような場所の希望に関しては家族などに相談をし、協力しながら希望に添えるよう、年に1回の遠足に置換えができるよう支援をしています。	季節を感じることは大切な支援と考え散歩に行ったり、外で体操したり、庭のベンチで日向ぼっこしたりしています。大型スーパーへの買い物ツアーもあります。遠足は2ユニット合同で、行先は、職員の提案で入居者が決め、家族の参加も呼び掛けています。	
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。	行事に買い物ツアーを組んだり、一人ひとりの希望に応じて買い物や外食など、所持金を使えるよう支援しています。		

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。	家族や友人とゆっくり電話が出来るよう環境作りに努めています。		
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。	共用の空間は清潔に保ち季節の花を飾ったり写真を壁に貼るなど工夫をし、居心地良く過ごせるように支援しています。	見晴らしのよい居間は、暖かな日差しが差し込み、ゆったりとした時間が流れています。壁には季節感のある共同作品を掲示しています。段差解消の為、畳をフローリングに変更しています。階段踊り場のソファは、互いのユニットの交流の場になったり、ひとりの時間を過ごせる場所にもなっています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 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。	共用のソファでテレビやDVDを観ながら談話をされたり、テーブルで新聞や本を読んだりなど自由に過ごせるように工夫をしています。		
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。	昔から使っていた家具や思い出のある物などが置いてあり、配置も昔住んでいた部屋に近づけるなど工夫して居心地良く過ごせるようにしています。	エアコン・ロッカー・照明器具は備え付けです。使い慣れたイスや机・テレビ・仏壇、壁に飾った家族の写真などが入居者に安心感を与えています。個室の名札やドアの小窓の目隠しは、本人と相談し、好みの布やフェルトを使って飾りつけをしています。	
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、風呂、トイレは、札を作り目で分かるように工夫し日常生活の中で出来るだけ自立した生活が送れるようにしています。		

事業所名	グループホーム すみれの家
ユニット名	どんぐり

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ます。 (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、生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。	地域の行事に参加したり、地域の方をホームにお招きする行事を行っています。		
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。	地域の行事などにホームの代表として、職員や利用者が参加しています。		
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。	運営推進会議で認知症についてなどの勉強会や認知症の方の接し方などを理解して頂き活かしている。また年に1度はホームを開放し入居者の方々とふれあいの場を設けています。		
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。	地域の方々に参加して頂き、日頃の活動状況や取組みを報告し、話し合いを行っています。また、災害時の対策については、避難訓練の強化等、連携に努めています。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる。	定期的に市のグループホーム連絡会に参加し、情報交換を行っています。また、行政の方々と交流を持ちホームの空き状況やケアサービスを伝えながら深い関係を築くよう努めています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	身体拘束について定期的に研修を行っています。また著しく危険な行動、行為が見られた場合に限り、家族に同意を得て実施しています。安全に過ごして頂く為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。	ホーム内で研修を行い、職員全員で防止に努めています。		
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。	ホーム内研修にて学び、また運営推進会議の中でも議題の中に成年後見制度について地域の皆様と理解を深め活用出来るように努めています。		
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。	利用者や家族には十分に時間をかけ説明を行い、理解、納得を得ています。		
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。	運営推進会議を2ヶ月に1度行い、家族や外部の方を招いています。		

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。	日々の朝礼やカンファレンスを行い、職員の意見を聞きます。また、全体会議も行います。		
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。	やりがいや向上心が持てるように外部研修などの情報を公開し職員は向上心を持って研修を受けている。また就業条件を把握し円滑に業務を行っています。		
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。	代表者は職員一人ひとりのケアと実際の力量を把握し研修を受ける機会の確保を進めている。		
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。	会社内のグループ施設また、地域の同業事業所で研修を行い相互間のサービスの質を向上させていけるように努めている。		
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。	日頃からコミュニケーションをとり、モニタリングを参考にしながら、本人と接しています。		

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。	ご家族が不安に思うことまた、困っていることを聞きスタッフ間で話し合っ て要望等に応えられるように努め関係 づくりに努めている。		
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。	サービスを開始する段階で本人、家族 に話を聞き職員間で話し合いニーズを 見極めて支援に努めています。		
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。	本人の出来ることを引き出して行きな がら継続できるよう支援しコミュニ ケーションを取りながら関係を築いて いけるように努めています。		
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。	本人と家族との絆を大切にしながら、 本人を家族と共に支えていけるよう努 めています。		
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。	入居時からの友人や知人との交流を大 切にし、ホームに招いて思い出話など が出来るように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。	利用者同士を尊重して、それぞれの性格などを見極めながらサービスに努めています。		
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、医療関係に入院また多施設への入所の場合、なるべく面会に行けるような時間を作り家族からの相談時には傾聴し解決方法を一緒に考えられるように努めています。		
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。	入居時の面接内容や生活歴を記入した入居前基本情報シートを基に、利用者の日々の仕草、言葉、表情などから本人の希望や意向を把握する様、理解検討に努めています。		
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。	入居前基本情報を本人または、家族に記入して頂いたアセスメントを参考にし、これまでの暮らしの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。	個人記録シートに朝のバイタルから24時間の生活の様子を記録しています。また、個人記録シートから1日のリズムを把握し日々の会話から心身状態や現状の残存機能の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。	本人、家族の意向を伺い、職員同士個人記録等を参考にケース会議で話し合った事を、より利用者本位の介護計画を作成し、3ヶ月に1度の支援情報を見る為、モニタリングを行っています。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。	個人記録にはセンター方式を用いて本人が話された事、ケアマネージャが話した事、気づいた事等を詳しく記入しています。また、職員同士申し送りノートを用いて、ケアの実践、見直しにも生かせるように努めています。		
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。	本人、家族のニーズや意向に沿って、出来る限り連携をとって努めています。		
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。	フラダンスや歌など地域のボランティアの方にいらして頂いています。また、地域の中学生の研修の受け入れも行っています。		
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。	連携医療機関の医師は、2週間に1度、訪問看護師は週に2度訪問して頂き利用者の体調管理をしています。また、今までのかかりつけ医の利用も出来るように配慮しています。		

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。	訪問日に細かい事も相談しています。また、訪問日以外や夜間にも相談にのって頂いています。		
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。	積極的に見舞いに伺い、病院関係者とも会話の時間を持っています。		
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。	入所時に家族には説明しており、方針を地域関係者とも共有しています。		
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。	公的機関での研修に定期的に全員が参加しています。		
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。	地域の方々にも参加して頂き定期的に訓練を行っています。		

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
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。	内部研修を行うなど、気持ちを傷つけない様努めています。		
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。	いつでも思いや希望を伝えられるよう職員に対し話しかけやすい雰囲気作りをしています。気になる方には声掛、話しを伺っています。		
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。	その日の気分や体調に配慮し、一人ひとりのペースに寄り添う事を優先しています。		
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。	髪をとかしたり、洋服を選んだり自分を表現出来る方は本人に任せます。意思表示の困難な方には、職員が意見を伺い選択しています。		
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。	好みの物や食べやすさを考慮して、提供しています。テーブル拭きや下膳などの片付けをして頂いています。		

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
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。	食事制限やミキサー食の利用者もおりすので、栄養バランスや量を考え支援しています。		
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。	毎食後、口腔ケアの声かけ、誘導を行っています。		
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。	一人ひとりの排泄状況を把握し、トイレでの排泄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。	チェック表を記録し、便のコントロールを行っています。また、便通に良い食事や運動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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	週2回入浴を基本に、希望があれば入浴を楽しめ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
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。	夜間ゆっくり休んでいただける様、イスにかけて出来る体操や室内運動を行っています。		
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。	薬情で一人ひとりの薬の内容を確認、把握し服薬時には必ず職員同士ダブルチェックを行います。また、本人の前で日付、錠数などを確認し支援しています。		
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。	ボール投げ、輪投げなどで遊び、時々ボランティアの方によるフラダンスなどで楽しめる機会をつくっています。		
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。	天気の良い日に、外気欲もかねて近くの公園やスーパーなどに出かけています。		
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。	事務所で金庫に保管し、必要に応じて一緒に買い物に行きます。		

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。	本人自らではないが、毎月の便りにて状態を伝え、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。	トイレや脱衣所などは、分かりやすく張り紙を貼っています。リビングには毎月合うものを飾り、工夫しています。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 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。	食事以外は入居者の好きな場所で過ごして頂いています。		
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。	家で使用していた物、見慣れた物などを置き、落ち着いて過ごせるように工夫しています。		
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。	本人のペースでレクリエーションや日常の事を行って頂いています。		

平成28年度

目標達成計画

事業所名 グループホームすみれの家

作成日： 平成 29年 2月 20日

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		各入居者様の今できていることを持続出来るように支援していく。(外部評価家族アンケートにて改善・気になる点より気付きを得た)	一人ひとりの入居者様を良く観察するようにし、気づいた点をスタッフ同士で共有できるようにする。	毎月1回の各ユニットカンファレンスだけではなく、気づきがあった時や不安なことがあった時には時間を置かずミニカンファレンスを行う。	3ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月