

1 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	3471503072		
法人名	NPO法人エルダーサポート協会		
事業所名	グループホーム愛の郷 水呑		
所在地	広島県福山市水呑町4571		
自己評価作成日	平成30年2月19日	評価結果市町村受理日	平成30年4月14日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 あしすと		
所在地	広島県福山市平成台31-34		
訪問調査日	平成30年3月8日		

【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)】

「ご利用者、ご家族、職員みんなが幸せになれる施設」をつくる。が私たちの目標です。入居されてからも、ご家族との関係が途切れることなくお便りや行事への参加などで支援させていただきます。職員は一番近くにいる安心できる存在になれるよう、利用者の方と接する時間を大切にしています。朝食、昼食は献立を決めず、利用者様のリクエストに応えられるようにしています。「おむつゼロ」を目指し、排泄の自立支援に取り組んでいます。

【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)】

事業所は住宅地の一角にあり、近くにスーパーや医院があり利便性が良い。事業所の優れている点は、職員と管理者との信頼関係ができており、職員の意見を反映し実践に繋げるなど、職場内の連携がよく取れていること。利用者は高齢で、介護度が高い人が多い中で排泄の自立支援に尽力していること。食事について、事業所で手作りをし、朝・昼食は利用者の希望に応じてメニューを決めて調理するなど柔軟な対応をしており、利用者の満足につながっていること。工夫点では、独自の記録用紙を考案し、時間をかけずわかりやすい記録になっていること等があげられる。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印		項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
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	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る (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
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	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:2,20)	○	1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 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	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が広がったり深まり、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
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	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
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	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
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	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. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (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				

特定非営利活動法人 あしすと

自己評価および外部評価結果

〔セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。〕

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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ふ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	各ユニットごとに独自の理念を掲げ、玄関やトイレ内に掲示し見る機会を多くしている。理念の共有が薄れていかないように努力が必要と考えている。	法人理念を玄関に掲げ、来訪者も職員も確認できるようにしている。各ユニットごとに独自の理念を掲げ、玄関やトイレに掲示し、職員が意識できるようにし、月間目標を明示して取り組んでいる。	変化している利用者や職員に即した理念であるか検討し、その理念に基づいて、日頃の実践を振り返る機会をつくることを期待したい。
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	地域の文化祭や近くのスーパーへの買い物、事業所主催の祭りへお誘いし、地域との交流が途絶えないようにしている。	地域住人による歌や踊りのボランティアがあり、幼稚園児の訪問、小学生の福祉の勉強、中学生の職場体験等、子どもたちを通して事業所を知ってもらっている。地域の祭りには、事業所の庭で神輿が回り、職員が地域で認知症について話をするなど、日常的に交流している。	
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	施設紹介や運営推進会議の際に参加されているご家族様の相談に答えている。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	運営推進会議の際は利用者様がおられる場で行き、実際にサービスを見ていただいています。みていただく事で率直な意見をいただける事があります。頂戴した意見は職員へ必ず伝えるようにしている。	運営推進会議は今年度4回開催し、民生委員、自治会長、町内会福祉係、地域包括支援センター、介護保険課、高齢者支援課、家族会会長等の参加がある。現場を見ることで意見が出され、災害時の避難場所を変更するなど、サービスの向上に活かしている。	運営推進会議の目的を明らかにして案内し、年間6回開催することを期待したい。
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り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	運営推進会議に介護保険課の職員、地域包括、居宅支援センターの職員の方に参加して頂き、意見や協力をいただくようにしている。勉強会へも顔を出し、関係を築けるようにしており、何かあった際は相談はしている。	介護保険課の職員が、運営推進会議に年2回参加し、事業所の実情やサービスの取り組みについて伝えている。また、「地域ケア会議」の勉強会に参加する事で、日頃から相談しやすい関係をつくり、入居時のサービスについての相談などしている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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	身体拘束排除宣言を職員、利用者様、ご家族、来所者の方に目のつく場所へ掲げ、身体拘束ゼロの手引きを参照しスタッフ全員が理解できるように、事あるごとに説明し話し合い拘束ゼロのケアに取り組んでいる。	本社や市主催のスキルアップ研修に職員が交代で参加している。身体拘束排除宣言を玄関に掲げ、定例会議では「身体拘束ゼロの手引き」をもとに話し合っている。特に、「行動制限をする言葉」について、使わないよう取り組んでいる。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法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	毎朝の申し送り、ミーティングの際に資料を配布し、職員と虐待について話し合っている。また、原因不明のアザなど発見した際は原因を探り、事故・ヒアリングハットを作成し防止に努めている。また、職員一人ひとりと話をす時間を作り見過ぎのないよう注意している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	制度について、学ぶ機会を持っていないのが現状。今後、制度について理解していきたい。		
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	申し込み、見学に来られた時点で説明を行い、また、契約時にも重要事項、契約書に基づき説明を行い、質問や問い合わせがあった際にはその都度説明し、納得を図っている。改定があった際には都度、書面でも連絡を行い伝えている。		
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なら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	毎月、お便りを送り意見があればいつでも連絡くださるようお伝えしている。また、法人独自のアンケートを作成し、家族の意見や要望を聞いている。意見や要望があった際は随時、職員に伝え改善や向上に努めている。	家族は面会時に意見や要望を伝え、利用者については日常の会話の中から職員がくみ取っている。食事内容、居室の掃除、外出や運動についての意見や要望があり、職員で共有し、改善やケアの向上に活かしている。	
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	月に一度、ミーティングの場を設け、職員の意見を聞き改善に努めている。また、個別に話をする時間も設け意見を聞き、運営に反映出来る様 努めている。	月1回のミーティング、また、管理者が職員と個別に話す機会を多く持ち、聴いた意見や要望を運営に反映させている。その1事例として、職員の業務がフリーの日を作り、担当の利用者のために、その日一日何かを支援する取り組みをしている。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	管理者も一緒に現場に立ち、職員の努力、不満、目標、やりがいなど個々の思いを会話の中で聞くようにしている。職員に目標を持つよう個別で話をしている。労働条件など意見や申し出があれば、会議で意見を伝えている。		
13		○職員を育てる取り組み 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	個々に合わせて研修内容を選んで研修に行ってもらっている。現場によく顔を出すようにし、助言や指導を行っている。		
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作り、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り組みをしている	月1回の地域包括の主催の意見交換の場に参加したり、研修や勉強会に参加し質の向上に努めているが、他施設との訪問などは現在は行っていない。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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 サービスを導入する段階で、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	相談があった後、必ず本人、家族にお会いし確認をしている。本人、家族から聞き出せない場合は関係者から意見を聞き、本人の安心確保に努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、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	契約を結ぶ前に困っていることや不安な事を書き出していただき、それを元に要望を聞かせてもらって、お話ししながら関係を築いていけるよう努力している。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、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	家族、今まで関わってこられた事業所の方に意見を聞き、一番良いサービスが受けられるよう情報を集めている。他のサービスも継続で利用できるよう支援している。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	料理の仕方、味きき、掃除の仕方、病気の時の対応、プライベートな相談など利用者の得意分野で意見を聞き暮らしを共にしている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、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	何かあれば必ず家族へ連絡し相談しながら共に支えあう関係を作っている。また、行事には参加して頂き、一緒に楽しんで頂いたり、お手伝いもして頂いている。		
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	年賀状は必ず毎年送り、関係を途切れないようにして近況を伝えるようにしている。地域の文化祭へ毎年出展されていた方もおられ、変わらず出展し文化祭も見学している。	毎年、年賀状を送り、関係継続の支援をしている。家族宛には、毎月、生活状況、身体状況、食事についてなどお知らせしている。家族や友達の面会時には居室でゆっくり話ができるように支援している。	
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	日常生活の中での役割(掃除・洗濯物・食事作り・後片付け)やゲームやレクリエーションを通し利用者同士が支え合えるように支援している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	ご家族へその後の様子を伺ったり、相談に乗ったりしている。ご本人にも会いに伺っている。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	何気ない日常の会話の中で希望を聞きだし、申し送り時やケアプランに記載し把握に努めている。本人からの聞き出しが難しい場合にはご家族や関係者から情報を集めて出来るだけ希望に添ったケアができるように努めている。	日常の会話の中から、職員が利用者の思いや意向を聞き出し、職員間で共有し、沿うように支援している。入浴を毎日一人でしたい人、起床は促すことなく、散歩したい思いを受け入れて手引きで散歩するなど、希望に沿ったケアをしている。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	入所されたばかりの方など、入所される前の利用施設や担当の方に情報を頂いたり、面会時や電話、お便り等でご家族へ、これまでの生活歴をお聞きしたり、ご本人と会話の中で聞き出し把握に努めている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	出来る事と出来ない事、好きな事、苦手な事を提供するレクや日常生活の中(料理・掃除・洗濯干し・洗濯たたみなど)で観察し、職員で意見を出し合い現状の把握に努めている。		
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	問題があれば、その都度カンファレンスを行い本人、家族、必要な関係者と話し合いを行い、現状に沿った介護計画を作るよう努めている。	担当者が中心になって、本人・家族、その他関係者から情報を収集し、職員でカンファレンスをして介護計画を作成している。モニタリングは3カ月毎に行い、3カ月ごとまたは必要時にカンファレンスをして計画の見直しをしている。	家族を交えたカンファレンスを行い、より現状に沿った介護計画となるよう期待したい。
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	1日の様子を記録に残し、毎日、申し送りを行ない情報の共有に努め見直しに活かしている。変更や気づきがあれば必ず閲覧する生活表へ記入し漏れの無い様に努めている。見直しの際は職員の意見を必ず聞くようにしている。		
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	その都度、ご家族へ相談したり、カンファレンスを行い、支援の方法を変えてニーズに対応している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	必要に応じて関係団体と協力し支援しているが、地域資源を活用できていない。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	入居時に、当施設の提携医かこれまでの、かかりつけ医かを選んでいただき、本人、家族等の希望や意思に完全に添った支援を行っている。	希望のかかりつけ医としているが、ほとんどの方が提携医にかかり、利用者の状況で月1~2回の往診がある。夜間、緊急時には提携医が電話や診察の対応をしている。主治医の指示でマッサージの訪問があり、必要時歯科医の往診もある。	
31		○看護職との協働 介護職は、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	何か変化があればその都度、施設看護師と提携医の看護師と相談している。また、看護師の気づきなど申し送り帳に記載し情報を共有し適切な受診が受けられるよう努めている。		
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、又、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。あるいは、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、本人と家族の意向を医師に伝え、ご本人の一番良い、状況、治療が出来るよう情報の共有随時連絡を取り早期に退院できるように調整します。		
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	主治医を中心として、家族・主治医・施設職員で集まり、話し合いを何度も行い、ご家族の意志も何度も確認しながら事業所でできる事の支援を行っている。	入所時に看取りについて説明し、承認を得ているが、実際に重度化した時には、家族・主治医・職員で話し合い、付き添いも含め、家族の思いを支援している。入居が長期の場合は、毎年、看取りについて意向の確認をしている。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	定期的な訓練が行なえていないが、話し合いの中で対応の仕方、連絡方法などは申し送りの際に随時教えている。来年度は定期的な訓練をしていきたい。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	年に2回、避難訓練を行っており、職員全員が避難方法を身につけられるように努めている。運営推進会議の場で協力して欲しいことなどをお伝えし協力を求めている。	年2回避難訓練を実施している。一度は消防署の指導で昼間想定で実施した。地震・津波の避難訓練では、既定の避難場所までは遠くて行きつかないため、近くの高い建物に避難することを町内会で交渉し同意を得て、実施している。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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	否定をしないように心がけ、必ず返事を返すように職員には指導している。何かあればその都度、言葉かけについて話をしている。	排泄の失敗時には静かに誘導するよう、言葉かけについて、職員の中で話をしている。自立している人には、一人で入浴してもらい、トイレや居室に入るときにはノックをするなど注意している。立位可能な方に対しては、排泄時にさりげなく見守りをしている。	
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	出来るだけ多く、自己選択、自己決定ができる場面を演出している。「何にしますか?」「どうしましょうか?」「どちらが良いですか?」など、選択肢のある声かけを行っている。		
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	とっさに出た本人の小さな希望でも聞き逃さないようにし、できるだけ望みを聞けるように努め、対応など工夫している。		
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、美容師の方に来てもらっているのでも、してもらいたい髪型などご自身で伝え好みのカットをしてもらえる様支援している。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	皆様に食べたいもの聞いたりリクエストに応えられるよう、献立を決めたりしている。後片付けや下準備、配食など一緒にしている。	朝・昼のメニューは利用者の希望でユニットごとにメニューを決めている。職員が利用者と一緒に調理の下準備や後片付けを行い、利用者は役割を持ちながら、日々の食事を楽しみにしている。	
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	食事量、水分摂取量は必ず記録し、摂取量の把握に努めている。状態に合わせた食事形態にしお出ししている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	朝と夜の習慣の方に対しては、毎食後を強制はしていませんが声かけ、介助等で行かれる方は、毎食後口腔ケアを行っています。希望者には歯科医による口腔チェックしてもらっている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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むけた支援を行っている	定期的にトイレの誘導を行ない、記録に残し排泄パターンの把握に努め、排泄の間隔が分かればオシメやリハビリパンツから布パンツへの変更を行っている。	ほとんどの利用者が布パンツで、トイレで排泄している。時間に沿って簡単に記録ができる用紙を利用して、排泄パターンを把握し、トイレ誘導している。また立位保持訓練を行い筋力維持を図ると共に、定期的に体力測定を行っている。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	毎日の排便を記録し食物繊維の多く入った食べ物や飲み物をお出ししている。また、毎日、適度な運動を行っている。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	曜日を定めることなく、本人の希望を聞いているが時間に幅がなく全員の希望を聞くのが難しい状態。入られた時は思いを聞き、ゆっくり入浴していただいている。また、拒否があった時には、声かけの工夫やタイミングを見るようにしている。	午後の時間に毎日入浴できるので、自立の人は毎日入っている人もいる。職員と利用者が1対1でゆっくり会話しながら入浴している。好みの湯温にし、時には入浴剤を使う等楽しんでいる。必要時、清拭、足浴、手浴をしている。	
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	独りになりたい時は個々の居室に戻られ、ご自分の時間を作られ休息されている。		
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	一人ひとりの薬の目的や副作用、用法や用量について分かりやすく個人記録に添付している。薬の変更があった際には変更が職員全員に伝わるよう日報に書き把握に努めている。		
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	編み物、折り紙、めだかの餌やり、など個々に楽しみがある。歌の好きな方はカラオケなど楽しまれています。おしゃべりが好きな方は肩を並べて話しておられる。		
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。又、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支援している	買い物・外食・受診・散歩・ドライブ・地域の文化祭・帰宅など必要に応じて関係者の方の協力のもと、支援している。	日常的に事業所の近隣で散歩や日光浴をしている。受診の機会を利用して、ドライブや買い物をすることもある。利用者の希望に沿っての外出は、家族の協力を得て行うよう支援している。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	個人でお金の管理ができる方は、お小遣い程度で所持されており、スーパーやデパートに行かれた際には本人が支払いできるようにしている。		
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	電話は自由に掛けていただき、かかってきた電話も取り次いでいる。手紙も季節ごとに送っています。書くことの難しい方は代筆を行ったりして送っている。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	天井を高くした作りなので圧迫感を少なくする工夫がされています。また、対面キッチンで料理をしているところも見え安心です。季節の飾りや花なども飾っています。	廊下には職場体験の生徒たちのメッセージや利用者が制作した壁画を飾っている。対面キッチンで料理をしている姿が見え、調理中の匂いが食欲を刺激している。リビングは、気の合ったもの同士が座れるよう工夫し、季節の飾りや花を飾り季節感を取り入れて、居心地よく過ごせるよう工夫している。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	気の合った利用者同士が肩を寄せ合って座れる空間があり、また、その同じ空間でも独りで寛げることができている。		
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	入居の際に家族、本人と相談しながら使い慣れた家具や装飾品・仏壇や遺影などを持ってきて頂き居心地よく過ごせるように工夫している。	使い慣れた家具や装飾品を持ち込み、家族の写真を飾り、本人が居心地よく過ごせるよう工夫している。仏壇や遺影を持参し、親族がお参りに訪れている利用者もある。	
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」「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	トイレや洗面所、居室には表札をつけ分かりやすくし、尋ねなくても分かるように、また、混乱しないように工夫している。		

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	1	変化している利用者や職員に即した理念であるか検討が必要。	既存の各ユニットの理念は残し、現職員で30年度の一年間の理念を掲げ実践に繋げていく。また、月間目標も決め、変化していく利用者、職員に合わせたケアができるようにする。	新年度の理念を現職員で考える。毎月の定例会議で理念の共有ができていくか日頃の実践を振り返る。理念に沿ってケアが実践できているか振り返る。	1年
2	4	運営推進会議の内容の見直し 内容がいつも同じになっていたり事業所の取り組みをしっかりと伝えられていない。また、意見交換の場として活用できていない。	運営推進会議を通して事業所独自の取り組み、実践をしっかりと伝え、参加して下さる方の意見をサービス向上に活かす。	2か月に1回の開催。事業所の取り組み、ケア実践など日頃、どのようなサービスを提供し努力しているかなど、伝えていく。	1年
3	26	本人・家族・必要な関係者のそれぞれのアイデアが活かされ介護計画になっているか？	家族・関係者・本人のそれぞれの意見が反映された介護計画書の作成ができる。	カンファレンスにはご家族に参加していただくか、作成前に必ずご家族や本人、関係者から意見をもらう。計画書の説明を丁寧にする。	1年
4					
5					

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。