

### 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	1176000451		
法人名	有限会社 かおる		
事業所名	グループホームかおる		
所在地	埼玉県坂戸市上吉田260-24		
自己評価作成日	平成23年1月13日	評価結果市町村受理日	平成23年5月18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	<a href="http://www.fukushi-saitama.or.jp/saitama22/">http://www.fukushi-saitama.or.jp/saitama22/</a>
----------	---

**【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 埼玉県介護支援専門員協会
所在地	埼玉県さいたま市浦和区仲町2-13-8 ほまれ会館3階
訪問調査日	平成23年1月26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)】**

当ホームは、緑豊かな自然に囲まれた閑静な住宅街にあります。しかし、一歩大通りに出ると、コンビニエンスストアもあり、国道407号線も近く、とても便利な環境にあります。調理専門のスタッフを配置して、手間と時間をかけた手づくりの食事を提供しています。また、清掃スタッフもあり、そのため介護スタッフの仕事は介護に特化され、密に利用者様1人ひとりと接することができ、質の高いケアを可能にしています。入居者様の通院は、職員がいたしており、ご家族の負担を軽減させています。毎週の音楽療法、さまざまなボランティアによる催しは多彩で、楽しんでいただいています。そして、毎週2回の医師の往診、看護師が毎週3~4回入居者の様子を診ており、医師、看護師と連携し、24時間のサポート体制が整っていて、入居者様、ご家族ともに安心していただいています。また、利用者様の支援を最期まで支える取組をしており、これまでに十数人を看取ってきました。

**【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)】**

医師で介護支援専門員である理事長は、利用者・職員が満足するグループホーム作りを目指し、職員を介護に専念させている。この目標を達成するために、いろいろな研修会を事業所内で開催し、また多くの事業所外の研修に派遣している。一方、薬剤師による薬の作用・副作用など事業所内で勉強会を行い、身近なことを学んでいる。理事長が医師であり、本人と家族の希望により事業所で看取まで行われている。又職員も24時間の看護体制があることにより安心してケアができています。さらに理解を深めるために終末期を学ぶ研修に出席し、基本的な看取りのケアを学んでいる。近所にあるデイサービスとの連携ができ、入所前まで利用した入居者が出かけ、馴染みの利用者や職員との交流が楽しみの一つとなっている。これは地域密着型サービスの地域との交流ができて良い例である。

**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 3. 利用者の1/3くらい 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拡がったり深まり、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. 全くない
59 利用者は、職員が支援することで生き生き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、生き活きと働けている (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		

# 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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	玄関、リビングに「利用者の個性を正しく認識しそれに合わせた介護支援を行う」という理念を掲示している。理念に基づいた目標を定期的に定め、自己評価を行うなどの取組を実施して、理念の共有に努めている。	管理者は各種会議において、理念を共有するために、繰り返しその意義を伝えている。そして、職員は理念を実践にいかすため、画一的なケアを行わないことを基本とし、個別ケアに努めている。	
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	町内会に入り、地域の清掃活動や集まりにも参加。出勤時や利用者との散歩の際などに、近隣の人達と挨拶を交わしたり、行事の際などに回覧を回すなどしている。近所にデイサービスがあり、催し物に利用者と一緒に参加している。	数人の入居者が以前に利用していたことがある近所のデイサービスと連携ができ、馴染みの利用者や職員との交流が始まり、訪問が楽しみとなっている。これは地域密着型サービスの好例である。 町内会に入会し、回覧版を回したりして、ごく普通の町内会の一員となり地域に溶け込んでいる。	
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	スタッフはいろいろな研修に参加し、認知症ケアの実践につなげている。 小学校・中学校の福祉体験学習やボランティアの受け入れを行い、ホーム内のありのままの様子をみていただいている。		
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	2ヶ月に1回行われている会議には、市の職員、家族代表、地域住民が参加。ホームでの状況報告を行っており、率直な意見を頂き、役立っている。外部の人にホームを理解して頂くことが、地域との繋がりを深める機会になっている。	定期的に運営推進会議が行われている。会議には、市の職員、家族の代表、地域の代表者、学識経験者等が参加されている。会議では、事業所の現況を詳しく説明され、助言や意見をもらい事業の運営に生かしている。	市の職員が参加されているが、多忙であるので、地域包括支援センターにも参加の打診をして欲しい。また、議事録を持参して市の担当者に直接報告され、アドバイスを受けられるとよい。
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	市の担当者とは、ことある度に相談し、グループホームを運営している。良好な協力関係にある。	市の担当者には、介護報酬に関する説明を受けたり、運営に関する助言を受けるなど、日ごろから連絡を密にしている。	
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	勉強会、資料などを通し身体拘束への認識を高め、出来るだけ身体拘束をしないケアを行うよう心がけている。玄関は施錠しているが、自由に入出入りしている入居者もあり、見守りながら1人ひとりに合わせた対応をしている。	身体拘束をしないケアに関して職員全員が研修を受けている。そして、講義だけに留まらず、何が身体拘束に当たるか、先輩や管理者から実地に指導を受けている。	
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	資料等を配布し、虐待への認識を高める機会を設け、虐待と見過ごしがないように注意を払っている。		

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
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	今のところ、対応が必要な利用者がいないので、勉強会は開いていない。ケアマネ更新研修等で学んでいる者もいる。その情報を共有したい。またスタッフ各自が各メディアで情報収集している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	入居時や相談時に、分かり易く丁寧に説明し、疑問点に答え、理解してから契約している。		
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	面会時や家族会では、常に問いかけ何でも言ってもらえるような雰囲気づくりを心がけている。基本的に利用者や家族の立場にたって考え、ちょっとした言葉や態度から、思いを察するようにしている。	敬老会など行事の後で、家族から要望や意見をお聞きし運営に生かしている。	
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	2ヶ月に1回全体会議を実施し、多くの職員の意見を聞く機会としている。「目標」に対する自己評価の時に、気がついた事として意見を聞き、全体会議に提案している。	全体会議、ケース会議など多くの会議があり、この機会に職員からの意見や要望を聞き運営に生かしている。ここ数年、退職者がいないことは、職員の意見や要望が反映されている一つの事例である。	
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	代表者は、常に管理者・職員の働きぶりを把握するよう努めている。給与水準を上げる努力をしており、職員の定着率はよい。		
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	法人内外の研修参加者が増えている。研修の成果を施設内で共有しようと努めている。ケアの向上に対する個別指導体制の整備が課題である。		
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	市のグループホーム部会(3か月に一度)に参加。事例検討やいろいろな情報交換を行って、サービスの向上につながるよう努力している。近所にデイサービスがあり、交流を進めようとしている。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入居前に情報収集をして準備をしている。実際に入居してからは、表情や反応を注意深く見ながら、ご本人の希望や不安をキャッチして十分な傾聴をしている。不安などときには、一緒に寄り添いながら安心していただけるよう努めている。		
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	入所前・直後にご家族とゆっくり話す機会をつくり、信頼関係を築く努力をしている。ご家族からは可能な限り、不安・要望をお聞きし、安心感を持っていただき、また些細なことでも相談しやすいような関係を築こうと努めている		
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	ゆっくりと話し合う場をつくり、必要としている支援を把握するよう努めている。 家族や利用者から、きめ細かく話を聞き、何を最優先すべきか、よく話し合っ、本人に適したサービスを提供できるよう努めている。		
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	利用者とコミュニケーションをとりながら、食事の支度、食器拭き、洗濯物たたみ等その人に出来ることを一緒にするようにしている。全体的には達成できていないが、共に何かをするよう努めている。		
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	家族の協力の必要性を伝え、共に本人を支援しようと努めている。面会時には現状報告、毎月のお便りでは、日々の暮らしの様子をお知らせし行事の予定を通知し、出来るだけ一緒に参加して頂き、協力してケアに当たるよう努めている。		
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	お盆やお彼岸には、かかさず墓参りに行っている方や、定期的に家族と過ごすために外出外泊される方もいる。また、お孫さんから毎年、年賀状が届く利用者もいる。なじみの関係が途切れないような努力をしたい。	新しい入居者には、前から利用している美容院に行ったりして馴染の関係が切れないようにしている。また、年賀状のやり取りの支援も行っている。	
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	その日、その日利用者様の心の置きどころが違い、スタッフが時により、間に入り、良好な関係作りに努めている。仲の良いひと同士が過ごせるよう配慮したり、世話役の人に、うまく力を発揮してもらい、利用者同士の関係や力・個性をうまく活かす配慮をしている。よい関係がつかれるように、必要に応じて声をかけている。		

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	退所後も一部のご家族から、手紙、電話をいただくことがある。ホームの様子等をお伝えしている。 一部の入居者のご家族とは、メール等で近況をお伝えしている。		
<b>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</b>					
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	入居時に、ご家族から可能な限りの情報収集を行い、ご本人にとって暮らしやすい状態になるようにしている。しかし、困難な方が多いので、その場の本人の意向に沿えるよう努めている。	あらゆる機会を通じて家族の意見や意向を聞いている。なかなか利用者に意向を聞きだすことが難しいので、日常の動作や、発した言葉などから意向を把握するように努めている。	
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	入居相談時に、生活歴・生活習慣・食生活等の聞き取りをしている。また、毎日の関わりの中で、再確認に努めている。そして本人の今までの生活に少しでも沿えるように努めている。		
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	生活日誌をつけており、スタッフ同士協力しあい、入居者の状態、変化等を見逃さないようにしている。入居者のペースを見守りながら、一緒に生活を送り、状態に合わせて必要なケアを行っている。生活のリズムに配慮しながら、本人なりのペースで行えるように、柔軟に対応している。		
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	本人や家族を含めた話し合いの場は、なかなか持っていない。面会時に、できるだけ利用者や家族の意向を聞きだして、利用者、家族の立場にたったの計画作成に努めている。	生活日誌には日常の支援や気づきを細かく記載されている。これを元にして、2回/月のケアカンファランスでプランの見直しを実施している。	ケアプランは個別に作成されているが、ケアプランに基づく介護計画とその支援が明確になっていない。ケアプランとケアが連動して誰にもわかりやすい個別ケアができるように検討して欲しい。
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	日々の様子は生活日誌にきめ細かく記録され、支援の実践に役立て、介護計画の見直しに活かしている。日報を活用して、体調管理の必要な方や変化のあった方の情報を、日々申し送り、情報の共有に努めている。情報の共有は、さらに工夫が必要である。		
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	利用者の通院は、ご家族に依頼することなく通院介助を行っており、家族の負担を軽くしている。 体調不良の利用者には、Dr.Nsの往診もあり、ご家族の立場にたった柔軟な支援を行っている。		

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
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	地域のボランティアの協力を得て、利用者の方たちと共に楽しむ時間を確保している。避難訓練時や行事の際には、地区の区長や公民館などと協力しながら支援している。		
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	協力医の医師により、週2回の往診などで健康管理をしており、毎日の様子も朝FAXで報告。異常等がみられた場合、往診や受診できる体制が整っている。協力歯科医もあり、かかりつけの整形外科医院もある。	理事長が医師であるので、往診され、健康管理が行き届いている。さらに毎日の利用者の様子や、バイタルサインをFAXにて報告され適切な管理がなされている。皮膚科や外科など専門医の診察が必要な場合には、事務長が同行して診察を受けている。	
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	週3～4回看護師による健康管理を行っている。利用者の訴えをすぐに看護師に伝えて、診てもらうことで、入居者に安心を提供している。入居者の体調変化、身体の様子は、細かく看護師に相談し、適切な看護を受けられるように努めている。		
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、事務長が家族と同行し、医師や看護師とよく相談し、見舞いに行った時も看護師や理学療法士などと情報交換をしている。退院後も電話などで相談し、それをもとに利用者の支援にあてている。		
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	入居時に重度化した場合や、終末期の事業所の方針を説明している。終末期に近づいた時には、Dr.から現状をご家族に説明し、事業所ができることを説明。医師、看護師、職員が連携し、利用者の終末期を支えている。「終末期のあり方」についての研修会に参加し、情報を共有している。	終末期のケアについては、理事長が医師であるので、家族や利用者に対応方針を伝え同意の上で、看取りが行われている。24時間看護との連携体制が取れており、職員も安心してケアができています。	
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	緊急時マニュアルがあり、ある程度身につけている。また個人的に講習を受けている職員もいる。看護師が身近にいるので、酸素の使用法や吸引の仕方などについて指導を受けている。		
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	定期的に避難訓練を行い、日頃からもしもの時に備えて、近所の方々との連携に努めている。近隣の方々に参加しての訓練は一度あった。ことある度に回覧を回し、地域にグループホームの存在を認識してもらい、訓練への参加を呼びかけている。	定期的に、避難訓練が実施されている。町内会に入会しているため、回覧版による、訓練参加の呼びかけを実施しているが、毎回参加までには至っていない。尚スプリンクラーはすでに取り付けられている。	避難訓練時、消防署の職員から実施可能な退避の仕方について指導を受けて欲しい。また、地域によっては協力体制ができているところもあるので、地元消防団があれば協力要請されては如何でしょうか。

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	言葉づかいには気をつけているが、時として親しみの感情から言葉遣いが軽くなることもある。人生の先輩として尊敬の気持ち忘れず、誇りや、プライバシーを損ねない言葉かけや対応を心がけている。	日常のケアにおいて、不適切な言葉使いがあるときは職場の先輩や上司がそのつど注意し、利用者の尊厳やプライバシーの保護に心がけている。	
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	利用者から、不満や訴え、希望を聞いた場合、話を聞き、問題解決に向けて支援をしている。止める言葉は使わないようにしている。「…しませんか?」「…しましょうか?」と本人が自己決定できるような声かけをするように努めている。		
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	極力利用者の意思を尊重しつつ、利用者のペースに合わせた支援を行うようにしている。しかし、その日をどのように過ごしたいか、ひとり一人の希望に沿った支援はできていない。一部、夕方に入浴したい方については、希望の時間に入浴していただいている。		
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	訪問美容では、希望にあわせたカットやパーマなどをしていただけるよう連携をとっている。日常の服装に関しては、ほとんどの利用者がその人を感じさせる個性的な身だしなみができている。希望のある利用者には、洗髪後髪に飾りピンをつけるなどしている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	調理については専門の調理員がいる。テーブル拭きや盛り付け、後片付けなど、出来る方には一緒にして頂いている。食事はその人の好き嫌いも考慮して、会話を楽しみながら和やかな雰囲気の中、職員も一緒に頂いている。	専門の調理員がメニューの作成から調理を行っている。事業所の前には畑もあり、職員が野菜を作り自給体制ができている。今の季節は大根がある。盛付や片付けなどできる方は職員と一緒にやっている。人気メニューは、家族会で提供し舌鼓をうっている。	
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	食事や水分摂取状況を毎日チェック表に記録し、職員がその情報を共有している。嚥下状態により刻み、ミキサー、トロミ剤使用などきめ細かく対応している。また、なるべく自力摂取して頂いている。水分量の少ない方には、ゼリー状にしたり、甘くしたり工夫している。		
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	利用者一人一人の自立度、口腔内状態により毎食後、声かけ又は介助を行っている。しかし、拒否があったり、一日一回と決めている方もおり、来ていない方もある。		

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	排泄確認表により、ひとり一人の排泄パターンを把握している。定期的な声かけ誘導で尿とりパッドの使用量が減少している方もいる。トイレでの立ち上がり移動が生活リハビリになっている方もいる。歩行トレーニングを兼ねてのトイレ誘導も行っている。	排泄チェック表で排泄のパターンを確認し、定期的なトイレ誘導を行っている。結果として、おむつの取り外した2事例がでてきている。	
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	予防対策としては、毎日の食事に食物繊維の多い食品が使われている。便秘者確認を朝夕に行い、入浴や歩行を促している。乳製品やオリゴ糖入りの飲み物を勧めるなど、水分量の少ない方には配慮している。その他生卵を飲まれる方もいる。体質や薬の副作用で便秘になる方には、薬剤も使用している。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴したい日、希望する時間にゆったり入浴して頂いている。毎日入浴される方もいるが、全体的にはチェック表により週2～3回は入浴して頂いている。入浴拒否の方への誘導工夫は、スタッフ各自努力しているが、なかなか安定した成果となって表れてこない。	入浴回数の制限はない。希望があれば夕食後入浴ができる。また、ゆず湯や、好みの入浴剤を入れ入浴を楽しんでいる。	
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	個々の状況に応じて、休息の促しと誘導を行っている。なるべく日中の活動を促し、居室、寝具の清潔を保ち、室温調整、明るさの調整に配慮。寝付けない時には、傾聴、談話を行い柔軟に対応している。		
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	個々の服薬に関するファイルは完備され、常に再確認できる。薬剤師による定期的な勉強会で、薬の作用・副作用について詳しく学んでいる。日々の変化や症状は申し送り帳を活用して、看護師や医療機関との連携を図れるようにしている。		
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	定期的な音楽療法・ボランティアの来園には、ほとんどの利用者が楽しんでいる。個々の「出来る」に応じて、仕事を依頼し、感謝の言葉を伝えるようにしている。また、散歩で摘んできた花を、利用者に生けて頂いたりもしている。毎月イベントを行うようにし、季節感や非日常を感じて頂けるよう工夫している。		
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。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に支援している	これまで一部の方は頻回に外出されていたが、より多くの方の外出支援を行えるよう、外出チェック表を作成した。ドライブ、買い物、散歩、日光浴等積極的に取り組み始めている。1月には初詣、春にはご家族と一緒にピクニックを行っている。	温かい時には、近くの土手が散歩コース。ほぼ毎日散歩に出かけている。桜の季節など、ピクニックにも出かけ楽しんでいる。	

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	家族からお金を事業所で預かって管理している。所持される方は少ない。 買い物の際、品物を選んだり、レジでの支払いをして頂いたり支援している。今後そのような機会を多くしていきたい。		
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	かかってきた電話は必ず取り次いでいる。要望があった時には、電話ができるように対応している。 最近クリスマスプレゼントを息子さんからもらい、お礼状を書かれた方がいた。		
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	リビング、廊下では、掲示物や置物等で季節感を出したり工夫している。 毎日清掃スタッフが清掃を行い、清潔を第一としている。共有空間はシンプルであるが、不快感や危険のないよう気配りしている。	廊下の壁には季節感がある飾りや、近くの小学生との交流写真など飾られている。また、誕生会の写真もあり日常の様子が一目でわかるようにしている。また、加湿器や、居室には消臭器も設置され、住みやすい工夫がしてある。	
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	居間に椅子、テーブル、ソファを置き、利用者同士居心地のよい空間をつくるよう心がけている。廊下にもソファを置き、ひとりで過ごしたい方には、そのようなスペースをつくるよう心がけている。 入居者の相性や希望に応じて席替えも行っている。また、階の異なる入居者を訪問する機会もついている。		
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	ご家族の協力により、それぞれの利用者の好み馴染みの家具や物など、生活スタイルにあわせて用意し、居心地の良さに配慮している。 しかし、ご家族の協力がほとんど得られないケースもある。	入居時、特に持ち込み制限は無い。位牌、家族の写真、お花を活けたりして、思い思いの生活が楽しめるようにしている。一方、ご家族の支援が少ない方には、職員が利用者の意向を聞いて居室でゆったりと生活ができるように支援している。	
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」「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	建物はバリアフリーになっており、共用部分には、手摺りがついていて、安全確保と自立への配慮を心がけている。トイレ入り口には「便所」と分かり易く貼り紙をしている。危険を認識できない方の行動を、できるだけ制限しないよう工夫している。		

## 目標達成計画

作成日: 平成 23年 5月 11日

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	終末期のケアに不安を抱えている職員が多い。終末期のケアについて、知識・技術が十分ではない。また、家族、医師、看護師、介護職員が連携して支える体制をもっと整える必要がある。	終末期のケアに関して事業所でできることを関係者が理解し、家族、医師、看護師、介護職員の話し合いで決まった方針にそってケアを行う。同時に知識・技術を習得し、関係者の連携体制を整備する。	医師、看護師、介護職員で終末期のケアについてのマニュアルを作成する。関係者の相互理解と現状の確認・問題点を明らかにするために、話し合いの機会を定期的または適時もつ。	12ヶ月
2	26	ケアプランにそった支援があまりできていない。	ケアプランとケアが連動して誰にも分かりやすい個別ケアを行えるようになること。	記録にケアプランが反映されるよう、番号や○×といった簡単な方法でどんなケアが行われたか、すぐにわかるようにする。職員は記録をとりながら、ケアプランをより意識し、個別ケアができるようにする。	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、行を挿入してください。