

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	8071400206		
法人名	有限会社 介 健		
事業所名	グループホーム やまもも		
所在地	茨城県高萩市安良川1843		
自己評価作成日	平成26年7月8日	評価結果市町村受理日	平成26年8月5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.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&JigyosyoCd=0871400206-00&PrefCd=08&VersionCd=022
----------	---

【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認知症ケア研究所
所在地	茨城県水戸市酒門町字千束4637-2
訪問調査日	平成26年8月5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)】

住み慣れた家に近づけられるよう、家庭的な雰囲気を大切に支援する事に努めている。各々違った造りの部屋の特性を生かし、その方らしい寛ぎの空間を本人、御家族、施設三つ巴で作し、支えられるよう努力している。安心した尊厳のある生活をめざし、可能な限り自立して生活できるように努めている。
職員間では、その方を支える為、率直な意見やアイデアを出し合い、どうすればその方らしく生活していただけるかを日々模索している。
近隣の方々から意見、知恵を出して頂ける環境も整いつつあり、この地に共生していく形ができてきた。

【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)】

閑静な住宅地でやまももの木など緑豊かな四季折々に楽しめる庭木に囲まれ、玄関前には車寄せや植え込みを配し、広さと落ち着いた雰囲気のある民家を利用した1ユニットのホームである。中庭の広い芝生や畑は利用者の外気浴など外の空気に触れる機会を多くしている。自治会の協力会員になり行事等とおして地域の方々とは親しい関係ができており、災害時の積極的な協力も得られている。また散歩では声をかけ合ったり、地域の高齢者が花をもってホームを訪れ利用者と一緒にお茶をのんでゆっくり過ごされる等日常的にも親しい関係が出来ている。
管理者を中心として職員間の連携も良く、今年度は全職員が関わり理念を新しく作り上げ、利用者との関わりをより一層明確にした。また家族との関わりも大切に考え、運営推進会議への参加を全家族に呼びかける等の工夫をしてホームとの連携も密になっており、近所に住む家族が庭の剪定をしてくれたり、利用者の外出支援などホームへの積極的な協力も得られている。
定期的に図書館から数十冊の本を借りてきてホームの中に図書コーナーを設け、本のある暮らしを利用者に楽しんでもらっている。

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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、活き活きと働いている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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)		

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	理念を共有し、利用者の立場に立ち、実践に移すよう努力している。	全職員で地域密着型サービスの意義や事業所の役割などを十分に意識し、本年度に全職員で話し合いをし、三つの項目を掲げた理念を新しく作り上げた。重要事項説明書にも明記し、利用者・家族・職員が共有して日々の実践につなげている。	
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人として日常的に交流している	自治会の協会員として、総会や地域清掃に参加する事により、近隣の方々に覚えていただき、日常的に声をかけていただけるようになった。その折に情報交換もできるようになった。	自治会の協会員になっており、年2回地域の清掃活動に参加したりして地域住民との関わりを深めている。駅のコミュニティでお茶を楽しんだり、ホーム周りの散歩では地域の方々と親しく言葉を交わす等自然な付き合いをしている。七夕には恒例の笹飾りを駅前通りやホームに飾る他、日頃のご苦労に感謝して消防署にも届ける等、ホームからの思いを伝える取り組みをしている。	
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	運営推進会議で認知症の勉強会をしたり、地域の草取りや、道端での会話で、「認知症」について聞かれたり、お話する機会が増えてきた。		
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	活動報告等を必ず行い、困難な事について積極的に報告をし、内情を理解いただき、ご意見をいただいている。昨今の認知症不明高齢者の話から、市の巡回等の情報を得たり、ホーム内離設対策を考え直す機会になったりしている。	民生委員や近隣住民・家族・市の担当職員などの参加を得て開催している。会議ではホームの取り組み状況などを伝えており、会議を通して地域に理解者や協力者が増えてきている。会議では「散歩が少ないのでは？」といった日常生活へのアドバイスなども頂きサービス向上に役立てている。	
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	困難事例等生じたときは、市の担当者と連絡を取り、実情や経緯を伝え、意見や助言をいただくようにしている。	運営推進会議も含め機会ある毎に市との関わりを随時もつようにしており、疑問に思った事・心配な事などがあれば何時でも相談出来る関係が出来ている。市内の3つのグループホームで構成されたグループホーム協議会のメンバーと協力して「認知症サポーター養成講座」を開催する等の活動もしている。	
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	身体拘束について職員会議等で学ぶ機会を持ち、職員全員で日々の対応を振り返り修正する場を設けている。	身体拘束についての勉強会を随時実施し、全職員が拘束による弊害も含めて正しい知識を身につけており、常に拘束のないケアを実践している。1ユニットの家庭的なホームで玄関から外に出て行く状況は居間や台所からも見えるようになってきていることから、常に施錠せず自由な出入りができるようにしている。	

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
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	「高齢者虐待の例」を用いて、それに類似する例がないか振り返る場を設けている。		
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	社会福祉協議会の方から、説明や資料をいただいたりして、学ぶ機会を持ち、該当者がいないか、また権利擁護に関わる事例がないか検討している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約締結前から不安や疑問点を解消できるように、可能な限り時間をかけ理解納得頂けるよう努めている。		
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	来訪時や、電話での応答時「何か意見や改良点等ないか尋ねる機会を設け、改良に努めている。	運営推進会議の開催は家族にも呼びかけ、都合のつく家族には出席していただき率直な意見や要望を出して頂いている。また訪問時や電話での連絡時にも出来るだけ時間をとって話しやすい雰囲気づくりを心がけている。毎月のホーム便りもホームと家族をつなぎ、会話の糸口になるよう写真等を載せて丁寧につくっている。利用者・家族からの意見・苦情などが出された場合には職員会議で法人代表も含めて検討し、解決する仕組みをつくっている。解決後は当事者も含めて全家族にも報告する事としている。	
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	職員の意見提案を聞く機会を常時設け、職員と共に検討し反映できるか図っている。外出時の車の乗降時の不便の声から、業者の意見を聞きながら改善につなげた。またそこから派生し「車いす寄贈」いただくことにもつながった。	管理者は毎月の職員会議や申し送り時など、どんな機会にでも職員が気づきやアイデアを出しやすいよう何時でも聴く姿勢を示しており、備品の購入、勤務表作成など職員の希望を取り入れながら進めている。今年度は全職員と話し合いながらホームの理念を作り上げている。	
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	職員の資格アップの為、勤務状況を考慮したり、資格習得時の給与アップを図ったりし、やりがいが持てるように整備に努めている。		
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	研修の機会確保がしにくかった為、外部業者にお願いをして、月1回の研修が内部でできるよう手配し実行できた。今後は継続できるか検討していく。		

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
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	市内のGHと連携を取り、認知症サポーターの講座を受講できる機会を図ったり、七夕等で合同で飾りつけを行い地域に飾って頂いたりしている。また今後職員同士の勉強会を実施していく事になっている。		
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	安心して暮らして頂く為本人の今までの経緯考えてきた事等を話して頂く場を設け、本人の不安が少しでも軽減できるように耳を傾け寄り添いながら信頼関係を深めている。		
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	御家族の都合にもよりますが、できるだけ時間を頂き、御家族のご要望や不安感をなくすように、ゆっくり耳を傾け寄り添いながら信頼関係を深めている。		
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	ご本人が一番安心できる、安心する事柄をしっかりアセスメントを行い支援をしている。		
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	本人の心身の状態を見極め支援が必要な所には援助を行い、また、本人の持っている力を引出し自立支援を行いホームの一員として共に生活を担っていただけるよう努めている。		
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	常に本人の生活状況の中で変化があった場合は連絡を密に行い、家族の支援もいただき、本人の安心につなげている。		
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	定期的カラオケ教室に通い昔からの方々と交流を楽しんでいたりと、馴染みの美容院に行ったりしている。	ホームに居ても長年付き合いのある人達にお中元を贈ったり送られたりして自宅に居た時と同じような付き合いをしている。また家族の協力を得ながらお彼岸やお盆、親しい人の命日には墓参りをしたり、空き家になった自宅の手入れに出かけたりしている。カラオケ・手芸などの趣味を継続したり、馴染みの化粧品を購入・使用する等これまでの人との繋がりがりや生活習慣等も大切に支援をしている。	
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	一人一人が孤立しないように声掛けをしたり、職員が間に入り、利用者同士が親睦を深められるよう支援をしている。		

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	入院されている方のお見舞い等を通じて経過をフォローし、関係をつなげるよう努力している。		
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	普段からの会話や生活の様子から一人一人の思いや、意向の把握に努めている。職員から情報を集め、定期的にあセスメントを行っている。	率直に話してくれる利用者には日頃から話を聞き意向の把握に努めているが、ストレートな表現の苦手な利用者の中には表情や日常会話の中からキャッチしたことをケース記録に残してカンファレンス等で話し合い把握するようにしている。家事をしたい、したくない、趣味を続けたい等の意向を伝えてくれる利用者の場合でも「本人の本当の気持ちはどうなのか？」を全職員で話し合い把握するようにしている。	
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	センター方式のシートを利用してこれまでの暮らしの把握をしている。職員や家族から情報を集めている。		
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	常日頃から利用者の表情、顔色、バイタルチェック、水分補給、排便排尿のチェックなどを行い健康管理を行っている。心身の状態により、一日の過ごし方を変化させている。		
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	家族からの要望、意見を頂き、定期的カンファレンスを職員全員で行い、本人の希望願、職員の意見を反映した介護計画を作成している。	利用者・家族の希望を聴きながら、センター方式を活用した丁寧なアセスメントを基に、全職員が気づきやアイデアを出し合い、一人ひとりの暮らしに反映できる介護計画を作成している。ケース記録やモニタリング実践記録を基に全職員でモニタリングを実施しており、定期的な見直しや利用者の状態に合わせた随時見直しを実施している。	
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	本人がよりよく生活ができるように、本人変化や対応などを個人記録に記入し、職員間で情報を共有し実践している。介護計画の見直しに活かしている。		
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	本人、家族の身体や精神面の変化に応じた適切なケアができるよう、迅速な対応に努めている。また、既存外の状態にも対応できるように、関係各所と検討をして前向きに対応できるよう努力している。		

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	地域資源の把握に努め、地域交流コーナーを利用したり、図書館で施設として図書を借りてきて、やまももの図書コーナーを作り興味のある事柄の図書閲覧ができるようにしたりしている。		
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、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	本人家族の希望を大切にしてその時の状況も鑑み柔軟な対応ができるよう努めている。受診に向いていたが体調により歯科医と相談をし、歯科往診していただけるようになった。	本人・家族の希望するかかりつけ医への受診は基本的に家族対応になっているが、家族の都合が付かない場合には職員が付き添うこともある。協力病院は定期的に(月1回)受診して利用者の健康状態を管理しており、必要に応じて往診の依頼も可能で、常に適切な医療を受けられるようになっている。歯科医の往診も含めて各医療機関での受診や往診の結果は「医療記録」で管理し、本人・家族・医師・職員が共有し、緊急の場合にも対応できるようにしている。	
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	看護職が不在の為、かかりつけの病院に日常の関わりからの情報等を電話や口頭や文書で伝え、相談するようにしている。		
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。	入院した場合は病院に回を重ね出向き、病院側、ご本人等と情報の交換ができるよう努めている。また、平時も定期受診等の機会にホームの状況を伝えるようにしている。		
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	看護師不在の為看取りが出来ない為、御家族と緊急時のかかりつけ医の確認、緊急措置の希望をお聞きし、書面を交わし、医療関係者に繋げられる様にしている。	看取りの実施はしていないが、利用者の重度化に伴うケア技術の向上を図り、医療機関との連携を充実させている。利用開始時に緊急搬送時に延命も含めてどのような処置を望むのか一人ひとりに確認して書面を作成しており、それぞれの意向を医療機関に繋げられるようにしている。	利用者の重度化に伴い、日々のケアに不安が生じた場合の医師や家族との話し合いを持つ時点(利用者の状態を具体的に示す等)を明確にした同意書の作成について検討されることを期待します。
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	応急処置マニュアルを作成し、教本を常備し勉強会を行っている。		
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	避難訓練を実施し、災害時に備えられるようにしている。また、災害時、運営推進会議等で近隣の協力を頂けるようお願いしている。	避難訓練や消火訓練、職員一人ひとりの消防署への通報訓練など実際の災害を想定しながら丁寧な訓練を実施している。運営推進会議をととしてホームへの理解も深まり、近隣住民の災害時への積極的な協力も得られている。	

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	一人一人を共に暮らす家族と思い、一人一人の尊厳を守る声掛けや生活態度で対応する様努めている。	利用者に対して批判しない・否定しない・恥ずかしい思いをさせない等のことについては全職員が意識して接するよう日頃から確認しあっている。食事中の会話は親しみを込めながらも静かで穏やかにされており、食後の後片付けも丁寧をお願いしていた。	
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	本人の何気ない言葉にも、思いや要望を察せられるよう信頼関係を深めている。		
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	一人一人の趣味や意向に合わせて過ごして頂いたり、希望が出ない利用者にはその方の生活歴や体調に合わせて、その方が楽しめたりリラックスできるよう支援をしている。		
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	定期的カットやパーマをかけている。自分好みの衣服を皆さん用意してある。支援が必要な方には季節に合わせた物や外出があるときには、それに合わせて対応している。		
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	一人一人の好みや体調を考慮し、食事を楽しんでいただけるよう支援している。利用者の後片付け、食器洗い、食器拭きは習慣になっており、職員は補助をしている。	献立づくりから始めて食材の買い物から調理まで職員がおこなっており、利用者も下ごしらえ等手伝いながら調理の段階から食事を楽しめるようにしている。誕生会や数々の行事に合わせたご馳走作り、外食等さまざまに食事を楽しんでおり、特に季節に合わせた手作りの草団子や月見団子、ケーキなどのスイーツは食事に彩を添えている。また食後の後片付けはそれぞれが協力しながら自然に行われていた。	
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	毎日毎回、食事や水分の摂取量を把握し、食事が足りない場合や、水分が少ない場合は、その方が摂取しやすい物に変えて摂取して頂いている。		
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	食後は必ず、口腔ケアを行なっている。自力でできない方には介助支援している。		

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
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	定時にトイレの声掛けをし、自力歩行出来ない利用者は介助してトイレで排泄できるように支援している。排泄量のチェックをしている。	それぞれのパターンに応じて声かけをしたり、トイレまで誘導したりして日中は全員がトイレで排泄している。トイレの数が4箇所あり夜間でも近くのトイレを利用し自立している利用者は多い。リハパンやパットの利用を工夫してオムツを使わない排泄の自立に向けた支援を丁寧に行っている。	
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	薬に頼りすぎないように多めの水分補給や、運動の働きかけ、お腹マッサージを行い、朝食時には前傾姿勢を保ち排便を促すよう努めている。		
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	毎日入浴ができる状態にしているが、一日おきの入浴は、利用者の皆さんに習慣化されており、自ら時間になると職員に声掛けしてしてくれる方もいる。体調や気候によりご本人の希望に対応できるよう支援している。	一日おきの入浴ではあるが、何時でも湯を沸かし希望があれば毎日でも入浴できるようになっている。介護5の利用者もいるがバスボードや浴用椅子を使い気持ちよく入浴出来るようにしている。ミスト浴の設備があり冬でも温かくシャワー浴が出来るようにしている。拒否のある場合には無理強いはいしないが、3日目には何とか工夫して入ってもらい、常に清潔な状態を保つようにしている。	
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	各自の好みの家具や寝具を配置して、安らげるよう環境を整え、室温も、その日のその方の体調に合わせて調整し、気持ちよく安眠できるように支援している。		
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	服薬処方時配布される説明書により内容用法等について確認をし、疑問のある際は薬局に問い合わせをしている。新しく処方された薬については、服薬時の症状変化を日常以上に注意し、申し送りする様している。		
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	その方の能力や意向により、散歩や買い物に出かけたり、新聞市報を読んだり、洗濯物を畳んでいただいたり、食器洗いをしていただいたり、力を発揮できるよう支援している。		
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	散歩や買い物は積極的に出かけられるよう支援している。家族と外食、自宅の手入れや、墓参り、地域の馴染みの方とのカラオケ等気軽に外出できるよう支援している。	ホーム近辺の日常的な散歩や庭にある畑の手入れ等戸外に出る機会も多く、家族と墓参りや自宅に出かけたり、友人とカラオケに出かける等、家族や地域の方々の協力を得ながら自由に外出を楽しんでいる。また花見や紅葉狩り、ドライブ等イベントとしての外出も毎月のように利用者と一緒に相談しながら計画しており、利用者の大きな楽しみとなっている。	

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
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	今まで生活していた習慣を断ち切らないよう、本人が自由に買い物ができるよう支援している。		
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	いつでも必要な時は、電話ができるよう伝えてあり、実際に自由にやり取りをしている。		
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	廊下などの導線には歩行の邪魔にならないよう、物を置かないようにしている。トイレの場所がわかるように大きな文字で掛札を下げている。トイレ、食堂、浴室は、清潔を心掛け、居間は季節の移り変わりが分かるよう季節の花等を飾っている。	トイレは2階、1階のそれぞれに2ヶ所あり何れも清潔で広々としており、使い易いように段差の解消などの工夫がしてある。浴室は脱衣所の左右に縦手すりをつけて安全に異動できるようにしたり、様々な浴用用具を揃えて機能低下に備えてある。広い玄関にはスロープを取り付け車椅子の出入りを容易にしてある。ホーム入り口の車寄せから玄関までの手入れされた庭を見渡せるリビングには図書コーナーやゆっくり寛げるソファ等が置かれ、食事・寛ぎの場がそれぞれゆったりと取られており、居心地良く過ごせるよう工夫してある。	
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	気の合う方や話の合いそうな方を隣席にし、談笑できるよう工夫している。また、自由に寛げるようソファを置いたり、好みの音楽をかけたりして思い思いに過ごせるようにしている。		
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	本人と家族で相談し、本人の馴染みの物や思い出の写真など居室に置くことで安心して過ごせるよう工夫している。	9室それぞれ広さや雰囲気は違っているが、各居室には収納力のあるクローゼット等がある。フローリングにベットの利用者や和室に座り机を置いて掛け軸をかけたたりして和風な暮らしをしている利用者等それぞれが部屋の特徴を活かした居室作りをしている。趣味のパッチワーク作品を飾ったり、家族の思い出の写真などを飾るなど安心して過ごせるようにとの家族や職員の配慮も見られた。	
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」「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	敷居の段差の解消を行い、廊下、階段、玄関の上り框に手摺を設置し転倒予防を行い、車いすでの移動を安楽にしている。		

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	33	利用者の重度化に伴い、日々のケアに不安が生じた場合の医師や家族との話し合いを持つ時点(利用者の状態を具体的に示す等)を明確にした同意書が作成されていない。 利用者の重度化に伴った日々のケアのレベル、知識を有しているか。	日々のケアに不安が生じた場合の医師や家族との話し合いを持つ時点(利用者の状態を具体的に示す等)を明確に文書化する。 同意書の作成をする。 利用者の重度化に対応した勉強会を開催し、介護技術の向上を図る。	医療機関より意見を聞く。 家族の意向を聞き取る。 職員間で利用者の状態を具体的に話し合う。 同意書の作成。 毎月1回テーマを決めて、勉強会を開催する。	24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、行を挿入してください。