

### 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	2370301315		
法人名	北医療生活協同組合		
事業所名	生協あじまの家グループホーム		
所在地	愛知県名古屋市北区中味鏡3 - 807		
自己評価作成日	平成22年12月1日	評価結果市町村受理日	平成23年3月29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.kaigo-kouhyou-aichi.jp/kaigosip/Top.do">http://www.kaigo-kouhyou-aichi.jp/kaigosip/Top.do</a>
----------	---

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 ケア・ウィル		
所在地	愛知県名古屋市中村区椿町21-2 第2太閤ビルディング9階		
訪問調査日	平成22年12月22日	評価確定日	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)】

「一人は万人のため、万人は一人のために」の生協の心を介護の分野で実現するために、北医療生活協同組合が設立したグループホームであり、安心の医療・介護・福祉のネットワーク体制ができている。建物は3階建てで、1階にはデイサービス、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーションが併設されており、2階、3階がグループホームとなっている。ホームの名称である「あじまのいえ」の頭文字を取った理念「あんきに暮らすふるとのよう じんわりほんわか陽だまりのよう まごころあふれる優しいひとみ のんびりゆったり いつだって 笑顔がひかるわたしのうち」を基に、地域の中でその人らしく暮らし続け、支えることを目指している。開設当初からの職員を始め、勤続3年以上の職員が半数を占めており、グループホームの信頼と安心に繋がっている。

#### 【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)】

「一人ひとりが大切にされる安全、安心の医療」を目指し、「健康と笑顔を応援する」北医療生協が設立したグループホームであり、各種医療、介護のネットワーク体制が確立されている。3階建ての1階部分にはデイサービスがあり、入居者はイベント開催時には参加もできる。毎月発行されるホーム便りやフロアには笑顔の入居者の写真が多く掲示されており、様々な行事での情景を見ることが出来る。症状悪化や加齢に伴う生活能力の低下、認知症の進行に備え、入居時に介護福祉施設への申し込みを勧めている。ホーム敷地内の訪問看護ステーションとの医療連携体制は入居者や家族だけでなく職員の安心にもなっている。外部評価の結果を受け、運営推進会議で目標達成状況を報告し、気候や職員体制を勘案しながらの希望に応じた外出の工夫、夜間想定避難訓練の実施や待機場所として、隣りのうどん屋さんの駐車場使用許可の協力を得たりと改善に向け取り組んでいる。職員のチームワークで個人の意思を尊重しながら暖かく笑顔のあるホームづくりを目指して支援しており、家族アンケートからも良好な関係がうかがえる。

#### サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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 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 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			

自己評価および外部評価結果

(セル内の改行は、(Altキ-) + (Enterキ-)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>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	ホームの頭文字「あじまのいえ」を取った分かりやすい事業所独自の理念がある。理念を廊下の壁に掲示し、業務日誌にも書いてあることで共有し、実践につなげている。	開設時に職員と生協組合員でつくりあげた、事業所独自の理念があり、主旨を理解し実践に繋げている。現場のケアで共通の理解と常に振り返る原点として具体的な目標「選択の余地と本人の意思の尊重」を職員と話し合い言葉に表したいと考えており、来年の完成を目指している。	
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	町内会に加入している。散歩時には地域のひとと気軽に挨拶を交わし、近隣の喫茶店、うどん屋、スーパーとも馴染みの関係ができています。保育園児が遊びに来たり、小学校の職場見学がある。	町内会に加入し地域情報を得て、散歩時に地域のひとと気軽に挨拶を交わしている。近隣保育園児との交流を楽しんだり、小学生の職場体験を受け入れている。隣りのうどん店とは食材や緊急時に協力を得られる馴染みの関係ができています。来年2月にはホーム1階のデイサービスで地域住民を対象に学習会の開催を予定している。	
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	地域の組合員で構成される班の単位で、グループホームの見学や紹介を行っており、認知症の人の理解や支援方法にもつなげている。		
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	家族代表、医師、町内組長、地域包括支援センター職員の参加で2ヶ月に1回開催している。事業所の活動状況や外部評価の報告などを行い、参加者からの助言を受け、サービスの向上に活かしている。	2カ月に1回、家族代表、医師、地域代表、地域包括支援センター職員、管理者、2階責任者が参加して開催されている。会議ではホームや入居者の状況や様子、行事予定等を報告し、参加者から質問、意見、助言を受け、サービスの質の向上に活かしている。詳細が記入された議事録で家族や職員も情報を共有している。	
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	運営推進会議には、地域包括支援センター職員にも参加してもらっている。	区へは各種届けの提出を行い、何か相談ごとや問い合わせ、状況報告は名古屋市介護指導課へ出向いたり電話をかけている。スプリンクラーの件も相談に乗ってもらっており、顔馴染みの関係にある。県の認知症グループホーム連絡協議会にも加入している。	
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	入口が自動ドアとなっているため、安全のため(勝手に開いたり、挟まったりする危険性)手動操作としており、開閉は職員が対応している。家族様の意向により、ベッド臥床時にベッド柵対応している方が1名いる。	安全のため玄関の自動ドアの電源は切って職員が手動操作で対応している。身体拘束に関して職員へは研修会を実施し周知を図っている。家族からの意向でベッドから転落の危険がある入居者には同意書を取ってベッド柵を使用している。3カ月毎に家族ときちんと契約の更新をしている。	
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	高齢者虐待に関する資料を職員会議で読み合わせて学習を行っている。		

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
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	現状は管理者が対応しており、職員の教育には至っていない。		
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	契約時には、入居者家族に対して、契約書や重要事項説明書について十分説明し、サインを得ている。また、改定の際は、説明文書を用意し、同意を得ている。		
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	入居者は日常的な会話から聴き取っている。家族とは年3回の家族会学習会で交流を図り、意見を聴いている。施設入口に意見箱「虹の箱」を常設し、開封は第三者が行い、中立性を保つよう配慮している。	年3回、家族会講習会が開催され、約半数の家族が参加している。ホームの様子を伝え、家族からの意見や要望を聞いたり、家族は介護の困難さを共有できる交流の場となっている。また、面会の折にも声をかけてコミュニケーションを図るようにしている。毎月ホーム便り「すずらん」に担当職員が入居者の様子を記入し送付している。	
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	毎月1回職員全員参加による会議を開いている。年間の方針、総括も職員会議で討議している。日常的には何でもノートを活用し、意見や提案を記入できるようにしており、カンファレンスで話し合うようにしている。	管理者は会議等で職員に声をかけ、話しを聞くようにしている。意見や要望を書き込める「なんでもノート」があり、内容は会議で話し合われ、階段掃除のレンタルモップ利用が実現した。希望する日に休みが取れるよう調整する等、働きやすい職場環境づくりにも努めており、契約更新時には非常勤職員からも個別に声を聞いている。	
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	管理者は職員と定期的に面接を行い、希望や意見を聴き出している。労働組合があり、代表者に要求を出し交渉することで、時給や手当の改善に繋がるという環境がある。		
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	事業所内でミニ学習会を行ったり、法人内での介護学習会、医療生協の通信教育を受講してスキルアップを図っている。法人内では1年目、2年目、3年目、主任研修など段階に応じた研修も充実している。		
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	近隣のグループホーム職員と交流を持つなど、互いにサービス向上に努めている。		
<b>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	入居前に必ず本人と面接し、面識を持つようにしている。入居後は生活に慣れるまで、中心に対応できる職員を担当に入れ、情報収集しながら対応を検討している。		

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
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	入居前に家族との面接を持ち、要望を聴いている。入居後は、電話連絡をいつでも可能にし、状況を伝えたり、来訪時にも声を掛け、入居者の様子や家族の要望などを聴いている。		
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	入居前の家族との面接にて、要望に対応できるか否かと、対応方法について話し合っている。		
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	もやしのひげ取りをしてもらったり、職員と一緒に掃除機をかけたりして、入居者本人とできることを一緒に行っている。		
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	家族が来訪された際には、入居者の生活の様子を伝えると共に、家族の様子も気にかけて様子を聴くようにしている。誕生日会や行事にも家族に参加してもらっている。		
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	近隣の友人が定期的に面会に来たり、毎月の命日に自宅に帰る入居者がいる。	入居前の本人面接、家族や知人の面会を通じて地域社会との関係の把握に努めている。体調に合わせて命日に自宅へ帰る方や昔からの行きつけの美容院へ家族と行く方もいる。家族とお盆に墓参りに行きたいという希望があれば、関係が継続できるよう支援している。	
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	入居者同士でソファーに座って談笑したり、洗濯物をたたんだり、もやしのひげ取りをするなど、職員は入居者同士の関わりが持てるような場を作っている。		
22		関係を断ち切らない仕組み 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	開設から現在に至るまで、自宅に帰られた方はいない。退所後には、家族が落ち着くまで、いつでも連絡を受けることができるように伝えてある。		
<b>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	職員は毎日の関わりの中で、さりげなく入居者の意見を聴くようにしている。勤務開始時には、ひとりひとりに声を掛けて挨拶しており、入居者の表情や顔色などから想いを推測している。	本人や入居者同士の日常会話、マンツーマンの入浴時や散歩等を利用して意向を拾い上げ、得た情報やつぶやきを記録に残し、情報を共有している。職員は一人ひとりに声をかけ、表情や顔色より想いを推測したり、個々の糸口を見つけるため、繰り返し行動する等意向に添えるよう努めている。把握が難しい場合は無理強いせず、反応や様子を観察し主体性のある暮らしの支援を目指している。	

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
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	入居前に自宅に訪問し、自宅での生活の様子を本人、家族より聴いている。担当のケアマネージャーも本人家族の了解を得て連絡し、様子を聴くようにしている。		
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	個人記録で入居者の熱、血圧、食事量、水分量、睡眠時間、排泄時間など記録し、把握に努めている。生活リズムを知るようしており、気になることは職員間で申し送りしている。		
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	介護計画の作成にあたっては、家族の意見や想いを入れることで、家族にも配慮するよう立案、実施している。また、職員間のカンファレンスにて、随時、意見やアイデアを反映させている。	ケアマネージャーが会議ノート、計画に基づいて職員が書いた支援経過、介護記録、計画に対する評価や家族より聞き取った内容等を基に、介護計画を作成している。介護計画の見直しは本人の状態に合わせて毎月、3～6カ月毎に行い、変化があれば随時計画の見直しが行われている。意向を出される方は反映しやすいが、個々に合った計画としては十分ではないと感じている。	前年度の外部評価で目標達成項目にあがっている。今後も継続して取り組み、一人ひとりに合った介護計画が作成されることを期待したい。
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	個人ファイル、個人介護記録を記入しており、職員誰もがいつでも見ることができる。		
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	緊急の外出や外泊など、家族や本人の要望に臨機応変に対応している。家族の状況に応じて、通院や送迎等支援が必要な場合は、柔軟に対応している。		
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	運営推進会議に地域包括支援センターの職員が参加するようになり、周辺情報や支援に関する情報交換、協力関係を築いている。		
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	入居時に在宅療養支援診療所を紹介し、理解の上、主治医となってもらっている。その他、歯科や眼科等、本人、家族が希望するかかりつけ医で、家族同伴の受診になっている。	母体が医療生協であり、系列の診療所との連携は密にされ、入居者、家族、職員の安心の基となっている。定期的な往診や健康管理もしっかりされており、当日も体調不良の入居者に往診が行われていた。歯科等、診療所内に無い医療の受診については、原則家族にお願いしている。	
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	同法人、同建物内にある訪問看護ステーションと医療連携の契約を結んでおり、毎日業務日誌の写しを渡したり、週1回の訪問健康チェック、24時間体制の電話相談など連携を図っている。		

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
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。	入退院の際には、訪問看護ステーションと連携を図り、手続きや情報交換に努めている。医師からの病状説明には、可能な限り、管理者が家族と一緒に聴くようにしている。		
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	入所契約時に文書で方針を説明し、同意を得ている。その上で、状況に応じ、本人、家族の希望を聴きながら医療機関と連携しているが、基本医療ができなければ対応は難しいと考えている。	看取りには基本的に対応できないのが現状である。管理者としては、医療行為が発生するまでは家族の意向を考慮し、その時点での状況を見極めて職員の対応能力の範囲内で、できる限りの支援を行っていきたいと考えている。	
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	ミニ学習会でテーマとして取り上げたり、年1回はAEDとダミー人形を使った救急蘇生法の学習会を開催、または参加している。		
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	11月に消防署職員立会いの下、夜間を想定した消防訓練(通報、避難、初期消火)を実施、指導を受けた。隣のうどん屋の駐車場を避難場所として協力を得ている。	前回11月の訓練では、消防署の協力を得て入居者、職員が参加して、職員が一人体制の夜間時を想定して行われた。地域との連携についてはこれからの課題と捉えられている。災害に備えて3日分の食糧や飲料水が備蓄されている。	
<b>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	プライバシーの配慮について話し合いができている。トイレ誘導や居室への入室、入浴介助などにプライバシーを損なう声かけや対応をしないよう心掛けている。	日常の介護中での言葉かけは、一人ひとりの羞恥心やプライドに配慮しながら行われている。訪問時には、入居者の分りにくい問いかけに対して、職員が笑顔で丁寧に対応しており、入居者に安心感を与える支援が実践されていることがうかがえた。	日々の現場では本人の人格を尊重した介護が実践されている。今後は現場に即したマニュアルの整備と共に、常に介護の原点に立ち戻るため、職員研修について検討されることを期待したい。
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	日常的な支援の中で、入浴の有無、毎日の体操参加の有無、飲物の選択など、本人の希望を聴きだし、取り入れるよう努めている。		
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	日常的に職員の決まりや都合を優先させた支援とならないよう心掛けている。一人ひとりのリズムやペースに配慮しながら、柔軟に対応するよう取り組んでいる。		
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	本人の希望に応じて近隣の美容室に出掛けたり、希望のない方については、月1回、美容師に来てもらって対応している。起床時など更衣の際にはいくつかの服から本人に選んでもらうなど支援している。		

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
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	盛り付けや配膳下膳など、できることを一緒に行うようにしている。食事は職員と入居者が一緒に同じものを食べており、好き嫌いがある方については、メニューを変更するなど臨機応変に対応している。	職員が立てた献立は栄養士に確認してもらっており、材料を2日分ずつ業者に届けてもらい職員が手づくりしている。夕食については、夕方入居者が不穏になることもあり、安全面を考慮して試行錯誤の末、現在は配食業者に依頼している。個々の好き嫌いに対応しており、入居者は配膳、下膳など自分のできる範囲で行っている。	今後はさらに職員と入居者が会話を楽しむ楽しい雰囲気づくりや、献立づくりに入居者も参加する等、張り合いや楽しみが増すよう取り組みに期待したい。
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	毎食の摂取量と1日の水分摂取量を記録し、把握に努めている。 栄養バランスについては、毎月メニュー担当で検討、見直しを行い、同法人内の栄養士から助言も受けている。		
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	毎食後に口腔ケアの促しと見守り、必要に応じて職員が誘導、介助している。 連携している歯科より往診を受け、歯磨き指導を入居者と職員と一緒に聴き、ケアに活かしている。		
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	毎日、排泄の状況、時間を記録しており、把握に努めている。誘導が必要な方については、一人ひとりのパターンに合わせてトイレ誘導している。	なるべくトイレで排泄してもらえよう、オムツやリハビリパンツを使用している入居者にも定期的に誘導し自立に向け取り組んでいる。また、排泄チェック表を利用して便秘などにも対応している。	
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、排便の有無確認に努め、時間も記入している。牛乳を飲んだり、散歩で運動するなど、各自必要な便秘対策を医師に相談し、対応している。		
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	入浴は希望があれば毎日行い、時間も希望に合わせてよう努めている。入浴は職員と1対1でゆっくり話をしたり、歌ったりとくつろげる楽しい時間になっている。	毎日午後から入浴しており、お風呂の好きな人は毎日入浴している。入浴の嫌いな入居者には、声かけのタイミングなど職員間で工夫しながら入浴を促している。入浴は職員とのゆったりできるコミュニケーションの場になっており、訪問時は冬至であり、ゆず湯が用意されていた。	
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	毎日、入眠状況を記録している。夜間なかなか眠れない方には、しばらく付き添って話を聴いたり、温かい牛乳を飲んでもらうなど工夫している。		
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	一人ひとりの内服薬について一覧表があり、職員間で情報を共有している。薬の変更があった場合には、変更理由とその後の状態変化観察項目について申し送り、詳細に記録するようにしている。		

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
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	雑巾縫いなど得意な力を活かしている入居者がいたり、塗り絵やパズル、かるたなど行っている。特にボール遊びや紙飛行機飛ばしは楽しみながら行っている。		
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	入居者一人に職員が一人つき、畑へ収穫の様子を見に行ったり、おやつの買い物など可能な限り外出を楽しんでいる。季節に合わせて、初詣、コスモス、菖蒲の花など計画して見に出掛けている。	職員の人員の状況を考慮をしながら、近くの畑への散歩や喫茶店に出かけている。買い物をしたい入居者にはホームの前にあるスーパーに職員と一緒に出かけている。1階にあるデイスターの車の利用が可能という利点もあり、初詣や花見に出かけている。	外出支援については既にホームの課題と捉えており、日常の気分転換やストレスの発散の機会としても、個別や集団を含めてできることから少しずつ取り組んでいくことに期待したい。
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	入居者本人がお金を持っている人もいる。喫茶店や買い物のお金は自分で払ってもらうよう支援している。		
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	いつでも電話がかけられる雰囲気を作っており、毎朝、自分で家族に電話する方や友人に電話する方もいる。		
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	共用場所が居心地の良い空間となるよう、ソファやテーブルの配置を工夫している。居間や廊下には、季節を取り入れた花や貼り絵を飾っている。行事などの写真コーナーもあり、入居者にも喜ばれている。	清潔が保たれた食堂とリビングのフロアの窓からは、明るい日差しが差し込み心地よい空間となっている。壁には職員と一緒につくられた季節の飾り物や行事の写真が飾られている。また、いくつか配置されたソファで、それぞれ好きな場所で寛いでいる入居者の姿が見られた。	
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	入居者全員がソファに座れるように配置を考えたり、変更したりしている。一人にもなれるように椅子を設置してある。		
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	入居時には家族に馴染みのある家具を持参してもらうよう話しており、使い慣れたタンスや洋服かけなどが置かれている。家族写真やテレビを置いている入居者もいる。	部屋の入り口には木製の表札があり、思い思いののれんが掛けられている。家具等の持ち込みは自由であり、使い慣れた家具や仏壇などを持ちこまれている入居者もいる等、本人が暮らしやすい環境づくりに配慮されている。	
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	日常の観察から、入居者それぞれのできることを、わかることの把握に努め、トイレの案内や居室入口には表札をかけるなど配慮している。		



### 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	
法人名	
事業所名	
所在地	
自己評価作成日	評価結果市町村受理日

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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	
所在地	
訪問調査日	

【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)】

--

【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)】

--

サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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 る (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)
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)	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、安心して暮らせている (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-) + (Enterキ-)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>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	ホームの頭文字「あじまのいえ」を取った分かりやすい事業所独自の理念がある。理念を廊下の壁に掲示し、業務日誌にも書いてあることで共有し、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員として日常的に交流している	町内会に加入している。散歩時には地域の人と気軽に挨拶を交わし、近隣の喫茶店、うどん屋、スーパーとも馴染みの関係ができています。保育園児が遊びに来たり、小学校の職場見学がある。		
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	地域の組合員で構成される班の単位で、グループホームの見学や紹介を行っており、認知症の人の理解や支援方法にもつなげている。		
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	家族代表、医師、町内組長、地域包括支援センター職員の参加で2ヶ月に1回開催している。事業所の活動状況や外部評価の報告などを行い、参加者からの助言を受け、サービスの向上に活かしている。		
5	(4)	市町村との連携 市町村担当者とは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取り組んでいる	運営推進会議には、地域包括支援センター職員にも参加してもらっている。		
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	入口が自動ドアとなっているため、安全のため(勝手に開いたり、挟まったりする危険性)手動操作としており、開閉は職員が対応している。		
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	高齢者虐待に関する資料を職員会議で読み合わせて学習を行っている。		

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
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	現状は管理者が対応しており、職員の教育には至っていない。		
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	契約時には、入居者家族に対して、契約書や重要事項説明書について十分説明し、サインを得ている。また、改定の際は、説明文書を用意し、同意を得ている。		
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	入居者は日常的な会話から聞き取っている。家族とは年3回の家族会学習会で交流を図り、意見を聴いている。施設入口に意見箱「虹の箱」を常設し、開封は第三者が行い、中立性を保つよう配慮している。		
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	毎月1回職員全員参加による会議を開いている。年間の方針、総括も職員会議で討議している。日常的には何でもノートを活用し、意見や提案を記入できるようにしており、カンファレンスで話し合うようにしている。		
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	管理者は職員と定期的に面接を行い、希望や意見を聞き出している。労働組合があり、代表者に要求を出し交渉することで、時給や手当の改善に繋がるという環境がある。		
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	事業所内でミニ学習会を行ったり、法人内での介護学習会、医療生協の通信教育を受講してスキルアップを図っている。法人内では1年目、2年目、3年目、主任研修など段階に応じた研修も充実している。		
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	近隣のグループホーム職員と交流を持つなど、互いにサービス向上に努めている。今後、入居者の交流会も検討している。		
<b>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	入居前に必ず本人と面接し、面識を持つようになっている。入居後は生活に慣れるまで、中心に対応できる職員を担当に入れ、情報収集しながら対応を検討している。		

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
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	入居前に家族との面接を持ち、要望を聴いている。入居後は、電話連絡をいつでも可能にし、状況を伝えたり、来訪時にも声を掛け、入居者の様子や家族の要望などを聴いている。		
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	入居前の家族との面接にて、要望に対応できるか否かと、対応方法について話し合っている。		
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	食事作り、洗濯物たたみ、掃除など、一緒にできることは声をかけ、入居者中心で行ってもらっている。		
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	入居者に何かあれば報告、相談し、家族と共に支援していくよう努めている。		
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	昔から利用している店と一緒に買い物に行き、懐かしんでもらえるように努めている。毎年、学生時代のクラス会に出掛ける入居者もいる。		
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	入居者同士の関係が上手くいかない時は、席替えを行うなど、孤立しないよう努めている。		
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	開設から現在に至るまで、自宅に帰られた方はいない。退所後には、家族が落ち着くまで、いつでも連絡を受けることができるように伝えてある。		
<b>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	日頃の表情、言葉に耳を傾けている。モニタリング時に課題検討している。		

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
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	入居前に自宅に訪問し、自宅での生活の様子を本人、家族より聴いている。担当のケアマネージャーも本人家族の了解を得て連絡し、様子を聴くようにしている。		
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	個人記録で入居者の熱、血圧、食事量、水分量、睡眠時間、排泄時間など記録し、把握に努めている。生活リズムを知るようにしており、気になることは職員間で申し送りをしている。		
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	介護計画の作成にあたっては、家族の意見や想いを入れることで、家族にも配慮するよう立案、実施している。また、職員間のカンファレンスにて、随時、意見やアイデアを反映させている。		
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	個人ファイル、個人介護記録を記入しており、職員誰もがいつでも見ることができる。日頃の気づき、変化を介護記録に残すことにより共有している。		
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	緊急の外出や外泊など、家族や本人の要望に臨機応変に対応している。 家族の状況に応じて、通院や送迎等支援が必要な場合は、柔軟に対応している。		
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	運営推進会議に地域包括支援センターの職員が参加するようになり、周辺情報や支援に関する情報交換、協力関係を築いている。		
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	入居時に在宅療養支援診療所を紹介し、理解の上、主治医となってもらっている。 その他、歯科や眼科等、本人、家族が希望するかかりつけ医で、家族同伴の受診になっている。		
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	同法人、同建物内にある訪問看護ステーションと医療連携の契約を結んでおり、毎日業務日誌の写しを渡したり、週1回の訪問健康チェック、24時間体制の電話相談など連携を図っている。		

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
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。	入退院の際には、訪問看護ステーションと連携を図り、手続きや情報交換に努めている。医師からの病状説明には、可能な限り、管理者が家族と一緒に聴くようにしている。		
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	入所契約時に文書で方針を説明し、同意を得ている。その上で、状況に応じ、本人、家族の希望を聴きながら医療機関と連携しているが、基本医療ができなければ対応は難しいと考えている。		
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	ミニ学習会でテーマとして取り上げたり、年1回はAEDとダミー人形を使った救急蘇生法の学習会を開催、または参加している。		
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	11月に消防署職員立会いの下、夜間を想定した消防訓練(通報、避難、初期消火)を実施、指導を受けた。隣のうどん屋の駐車場を避難場所として協力を得ている。		
<b>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	プライバシーの配慮について話し合いができています。トイレ誘導や居室への入室、入浴介助などにプライバシーを損なう声かけや対応をしないよう心掛けている。		
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	日常的な支援の中で、入浴の有無、毎日の体操参加の有無、飲物の選択など、本人の希望を聴きだし、取り入れるよう努めている。		
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	日常的に職員の決まりや都合を優先させた支援とならないよう心掛けている。一人ひとりのリズムやペースに配慮しながら、柔軟に対応するよう取り組んでいる。		
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	本人の希望に応じて近隣の美容室に出掛けたり、希望のない方については、月1回、美容師に来てもらって対応している。起床時にはいくつかの服から本人に選んでもらうなど支援している。		

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
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	盛り付けや配膳下膳など、できることを一緒に行うようにしている。食事は職員と入居者が一緒に同じものを食べており、好き嫌いがある方については、メニューを変更するなど臨機応変に対応している。		
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	毎食の摂取量と1日の水分摂取量を記録し、把握に努めている。 栄養バランスについては、毎月メニュー担当で検討、見直しを行い、同法人内の栄養士から助言も受けている。		
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	1日1回は職員介助で仕上げ磨きを行うよう努力し、その結果を記録に残している。 連携している歯科より往診を受け、歯磨き指導を入居者と職員が一緒に聴き、ケアに活かしている。		
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	毎日、排泄の状況、時間を記録しており、把握に努めている。誘導が必要な方については、一人ひとりのパターンに合わせてトイレ誘導している。紙パンツ+パッドから布パンツに戻せた方もいる。		
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、排便の有無確認に努め、時間も記入している。牛乳を飲んだり、散歩で運動するなど、各自必要な便秘対策を医師に相談し、対応している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴は希望に応じながら、2日に1回は入れるように努めている。時間は本人の希望に合わせている。入浴を拒否される入居者にも毎日声をかけ、入浴を促している。		
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	毎日、入眠状況を記録している。夜間なかなか眠れない方には、しばらく付き添って話を聴いたり、温かい牛乳を飲んでもらうなど工夫している。		
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	一人ひとりの内服薬について一覧表があり、職員間で情報を共有している。薬の変更があった場合には、変更理由とその後の状態変化観察項目について申し送り、詳細に記録するようにしている。		

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
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	掃除、台所仕事、洗濯物たたみと得意なものを把握しながら、誘い、一緒に行っている。		
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	天気の良い日には散歩に誘い、外の空気を吸いに出掛けている。買い物、外食を希望される方が多いため、昼のランチ、ショッピングセンターへ買物など計画して出掛けている。		
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	入居者本人がお金を持っている人もいる。喫茶店や買い物のお金は自分で払ってもらうよう支援している。		
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	職員室の電話を使って、自分でかける入居者がいる。本人が希望すれば、職員が代わりにかけるなど対応している。		
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	共用場所が居心地の良い空間となるよう、ソファやテーブルの配置を工夫している。居間や廊下には、季節を取り入れた花や貼り絵を飾っている。行事などの写真コーナーもあり、入居者にも喜ばれている。		
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	食事スペースとは別にソファを置き、一人で過ごしたり、仲の良い入居者同士がくつろげるように工夫している。		
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	入居時には家族に馴染みのある家具を持参してもらうよう話しており、使い慣れたタンスや洋服かけなどが置かれている。家族写真やテレビを置いている入居者もいる。		
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	日常の観察から、入居者それぞれのできること、わかることの把握に努め、トイレの案内や居室入口には表札をかけるなど配慮している。		



(別紙4(2))

事業所名 生協あじまの家グループホーム

## 目標達成計画

作成日: 平成23年3月20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	26	意向を出される方は反映しやすいが、個々に合った計画としては十分ではないと感じている。	入居者の意向を反映した、個々に合った介護計画を作成し、実践する。	入居者の想いや意向の把握に努め、本人の言葉などを具体的に介護記録に記入する。介護記録をもとにカンファレンスで話し合い、介護計画に反映させる。	12ヶ月
2	49	昨年度に引き続きの課題である。日常の気分転換やストレス発散の機会としても、個別や集団でできることから少しずつ取り組んでいく。	まずは、入居者一人一人が週1回は散歩などで外出できるようにする。 更には、日常的(決まった時間ではなく、できれば本人希望時)に、いつでも外出できるようにする。	限られた体制の中ではあるが、短時間パート職員の居る日を外出の日とするなど、工夫して外出する機会を増やす。 また、日常の業務内容を見直し、外出可能な時間を増やすことを検討する。	12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 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。