

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	4670103060		
法人名	医療法人 仁愛会		
事業所名	グループホームし笑顔の里(笑みの家)		
所在地	鹿児島市吉野町5221番地1		
自己評価作成日	平成22年4月15日	評価結果市町村受理日	平成22年5月26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.kaken-shakyo.jp/kohyo/
----------	-----------------------------------------------------------------------------------

【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 シルバーサービスネットワーク鹿児島		
所在地	鹿児島市真砂町34番1号南光ビル303号		
訪問調査日	平成22年5月1日	評価結果確定日	平成22年5月17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)】

○緑が多くあり、自然に囲まれて、過ごしやすい場所にある。
 ○生活の中で楽しく体を動かせる機会をできるだけ多く設けている。
 ○気候や天気の良い日は、利用者のペース・体調に合わせて広い庭で散歩・日光浴で、精神面の安定を図るようにしている。
 ○季節の行事・誕生会・敬老会など、利用者の要望を取り入れ、ご家族の参加を呼びかけ、利用者・ご家族・職員が一丸となり、楽しく過ごせるように取り組んでいる。
 ○毎月協力医療機関の主治医の往診で、健康管理の助言やご家族との会議に協力が得られている。
 ○避難誘導(訓練)に 力を入れていきたい。

【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)】

市郊外の高台に建てられた、開設から8年目を迎えるホームである。小中学校が近く、子供たちや教員が職場体験などに訪れたり、ホーム管理者が学校に講師に出向くなど、交流が盛んである。地域住民との関係も良好であり、行事情報の提供や災害時の連絡網にも加わってもらうなど、町内会長や民生委員の方を中心に協力体制が充実している。さらに災害対策として、年二回の消防署立ち会いによる訓練に加えて、毎月の自主避難訓練も実施しており、利用者の安全な暮らしのために日々取り組んでいる。

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)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 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)
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)
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)
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、活き活きと働けている (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)	○ 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
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
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		

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	4670103060		
法人名	医療法人 仁愛会		
事業所名	グループホームし笑顔の里(憩いの家)		
所在地	鹿児島市吉野町5221番地1		
自己評価作成日	平成22年4月15日	評価結果市町村受理日	平成22年5月26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)】

<ul style="list-style-type: none"> ○事前豊かな高台に立地しているので、眺めがとてもいい。 ○機構や天気の良い日は、広い庭で散歩・日光浴で、精神面の安定を図るようにしている。 ○職員は利用者思いで、人間関係がよい。 ○季節の行事・誕生会・敬老会など、利用者の要望を取り入れ、ご家族の参加を呼びかけ、利用者・ご家族・職員が一丸となり、楽しく過ごせるように取り組んでいる。 ○月2回 協力医療機関主治医の往診で、利用者の健康管理の相談や助言を 受けている。 ○避難誘導(訓練)に 力をいれていきたい。

【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)】

--

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)	<ul style="list-style-type: none"> 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)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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した表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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、活き活きと働けている (参考項目:11,12)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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、安心して暮らしている (参考項目:28)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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

グループホーム 笑憩の里(笑みの家)

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	○利用者の意思を尊重し、気持ちを受け止め一緒に行動したり見守りを行なっている。 ○理念に基づき、利用者の尊厳を念頭にいれ、ケアに当たっている。	当初の理念を見直し、地域密着型の役割をより明確にしている。ミーティング時に、実際のケアの場面を通して、理念に基づいた行動ができているかの振り返りがなされている。	
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	○小中学校の職場体験やボランティア受け入れ・地域の運動会やバザーに参加して地域の方々と交流している。 ○園外への散歩やドライブに出かけ楽しめるよう配慮している。	町内会長や民生委員との情報交換が活発に行われており、地域行事や学校行事の見学などを積極的に行うことで、地域との交流を深めている。また、小中学生および新任教員の職場体験やボランティアの受入も行っている。	
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	○同業者や地域包括センターと共同し、地域の方々に認知症の正しい理解や、サポーターとなっただけよう働きかけを行なった。 ○近隣の5年生を対象とした講演依頼に快く応じている。		
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	○奇数月第3(土)14時～運営推進会議を開催、資料を基に活動報告・利用者ご家族、町内会長、民生委員、包括支援センターの方々の意見や地域行事の情報を頂いてサービスに活かしている。 ○会議報告書をご家族関係者へ配布している。	運営推進会議の開催については、年間計画に基づいて定期的実施している。定例の報告事項に加えて、毎回テーマを決めて学習会の時間を設定している。	
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取り組んでいる	○介護相談員の受け入れ、利用者の意向を伺いケアに活かしている。 ○利用者によって、市町村担当者との連携を密にとり、利用者の介護券・医療権取得を支援している。	市の担当窓口には、必要な申請や手続きがある場合に出向いている。地域包括支援センターとの関係づくりは積極的になされており、定期的にホームの現状も報告している。	
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	○職員は、外部研修や内部研修で、拘束の弊害を学んでおり、居室や日中の玄関に鍵をかけるケアを実施している。 ○外出傾向のある利用者は、職員が見守り話を聞いたり一緒に外出するなど対応を工夫している ○施設全体で協議し、判断、記録を実施 利用者の尊厳保持に努めている。	身体拘束については、年1回勉強会を行っている。玄関は施錠せず、ブザーを設置して出入りがわかるようにしている。また、利用者の行方不明時などの対策として、顔写真が掲載されている台帳を作成し、近隣の医療機関や警察署にて活用できるように準備している。	
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	○職員は、外部研修や内部研修で、高齢者虐待防止法を学んでおり、安全への工夫をしている。○毎日の申し送り、職員同士は利用者の情報を共有し利用者の意思を尊重し、一緒に行動したり見守りを行なっている。		

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
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	○契約時に、利用者や家族の権利やグループホーム倫理綱領について説明している。 ○成年後見制度についても職員の見やすい場所へ掲示し勉強会などで学習している。		
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	○契約前に、家族や本人の見学を勧め、家族や利用者の困りごとを伺い、ホームで出来る事や、出来ない事などを説明し、理解を得ている。		
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	○意見箱の設置・運営推進会議・近況や状態変化の報告を小まめに行い、利用者や家族の意見や要望を運営に反映させている。 ○アンケートなど工夫して意見や要望を運営に反映させたい。	面会時の会話を通して、要望や意見などを聴くようにしている。運営推進会議の議事録を、「笑憩の里だより」や請求書と同封してご家族に送付している。	
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	○代表者も毎回職員会議に参加して、スタッフの意見を聞き、業務改善にむけて話し合い対応に努力している。 ○管理者は、職員会議・引継ぎ・ミニカンファで職員の意見や提案を聞き運営に反映させている。	代表者および管理者が出席する職員会議が、月に1回行われている。管理者が、改善点について職員に積極的に問いかけることで、職員からの質問や要望が出しやすい雰囲気がつくられている。	
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	○入社時と年2回職員検診を実施している。 ○代表者・管理者は職員個々の努力や実績勤務状況を把握している。 ○不完全な点も多いが努力していきたい。		
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	○入社時ボランティア研修で見きわめてもらう。 ○研修の受講など、推進している。 ○職員の資格取得に向け勤務調整を行なう ○年間スケジュールに沿って内部研修を実施している。		
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	○地域のグループホーム間の交流「よかど会」に参加しネットワーク作りに勉強会・情報交換を通じて向上できるよう取り組んでいる。		

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
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	○申し込みの段階で本人の見学を受け入れ、案内・困っていること不安なことをうかがい余裕を持って対応し関係つくえいに努めている。		
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	○家族の見学を受け入れ、介護で困っていることを伺い、ホームで出来る事・今後について気軽に相談を受ける体制がある等 余裕を持って対応し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	○家族や関係機関との連携・情報収集を行い、必要な支援の把握に努めている。 ○空きがない場合でも、要望を伺い他のサービス利用への情報提供を行い対応に努めている。		
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	○職員は、役割の大切さを理解しており、一緒に暮らすかぞくと言う思いで関わり、調理・洗濯物たたみ・掃除などスタッフと協働している。		
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	○家族は、利用者にとって最も存在が大きいこちよえお職員は理解しており、出来事や利用者の変化を細やかに報告・対応について相談し、共に支える関係・家族の絆を大切にしている。		
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	○馴染みの名前・関係の情報把握に努めている ○本人希望の場所へのドライブを企画実施している。 ○地域の運動会・フリーマーケットを見学している。 ○近隣の社会資源(ひまわり喫茶)を活用している。	近隣の散歩の途中や地域の行事に参加した際に、昔からの友人や馴染みの方に再会する機会がある。また、馴染みの場所へ行きたいとの希望があれば、日程を調整してドライブを企画するなどの支援を行っている。	
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	○新しい入居者が馴染めるようレクレーション・ドライブなど触れ合う機会を意識的に企画実施している。 ○利用者同士の関係を把握しており、席の工夫・トラブルにならないよう職員は介入している。		
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	○転居先への情報提供を行い継続ケアに努めている ○入院見舞い・不幸の際に顔をだしている。 ○ホームで過ごされた情報を家族へ提供し継続できるよう支援・家族の相談に乗る意思を伝えている		

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
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	○入所やプラン変更之际、カンファや担当者会議での意向をプランに反映させている。 ○24時間シートで本人の困っていること、思いを把握し、情報を提供している。 ○日常的に本人の意向を聞いて支援している。	24時間生活変化シートを活用し、利用者の習慣や思いに基づいた行動の把握に努めている。また各職員が得た利用者に関する情報については、カンファレンスの際に職員間で周知がなされている。	
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	○シート2・3の記載を家族に依頼し、くらしの把握につとめている。 ○本人に今までのくらしについて話を伺っている。		
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	○言動や行動を細かく観察し、カンファレンスで職員間の情報共有に努めている。		
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	○アセスメントやモニタリングで課題を明確にし、職員間の情報を共有している。 ○プラン変更時担当者会議等で本人や家族、関係者の意見を反映させている。	6ヶ月毎に計画の見直しを行い、職員からの意見も計画に反映させている。計画作成時のご家族への説明は面会時に行っているが、見直しの際に追加、修正された部分の説明が行われたことが十分に確認できない。	介護計画の見直しにより必要な追加や修正が行われた場合は、その都度新たに計画書を作成し、本人およびご家族に説明し同意を得たことが確認できるようにしていただきたい。
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	○個別記録にケアの実施・気づきなど記録している。 ○申し送りなど気づいた点があったらミニカンファして情報を共有し支援している。		
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	○緊急時、家族が病院に行けない場合、職員が同行している。		
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	○外部から弁当をとり、変化をつけている。 ○利用者の希望でドライブをしている。 ○地域の運動会・フリーマに出かけている。 ○近隣の社会資源(喫茶)を活用している。		

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
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	○本人家族の希望で病院を決めている。 ○定期往診の情報提供を行い連携を図っている ○利用者の状態に応じて専門医(歯科・皮膚科)の往診を支援している。	利用者およびご家族の希望により、協力医療機関をかかりつけ医としている。医療機関との情報交換は随時行われており、訪問診療や他科受診の支援を行っている。	
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	○変化に気づいたら、職場の看護師・不在の時は協力医療機関の看護師への情報を伝え相談している。 ○協力医療機関の紹介などで、利用者が適切な医療を受けられるよう支援している。 ○状態の変化は家族へ報告している。		
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。	○ケアマネや計画担当者は、医療機関への情報提供を行い継続ケアや早期退院への支援を行なっている。 ○入院3週目で、ご家族を交えた担当者会議を行い、家族の意向を伺い、本人本位の対応について話し合い、ソーシャルワーカーの支援を受けながら関係機関との連携を図っている。		
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、事業所の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	○契約時に、ホームで出来る事(重度化した場合の対応に係る指針)を、家族へ説明している。 ○状況に応じて、かぞくの以降を聞く機会を設け、本人本位の支援に向けて意見を出し合い方向性を決めている。	「重度化した場合の対応に係る指針」について、入居時に利用者およびご家族へ説明している。その際、「終末期生活支援に関する確認書」によって、看取りに関する意向を確認している。今のところ、看取りの事例はない。	
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	○緊急時や事故発生時に備えて、マニュアルを作成AEDの取り扱い・誤嚥時の初期対応・救急車の要請などを定期的に学んでいる。		
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	○防災訓練を消防署の協力を得て年2回実施している。 ○町内会長さんや民生委員さんとの連携を図っている。 ○緊急時の連絡網を作成している。 ○適切に対処できるよう、繰返し話し合い行動する場を設けていく。	年2回、消防署の指導のもとで避難訓練を実施しているほか、毎月自主訓練も行っている。災害に対するマニュアルも整備され、近接する母体医療機関との協力体制も整っている。また、災害時地域連絡網には、町内会長や民生委員の方にも協力していただいている。	

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	○利用者の方が触れて欲しくない事に関しては、触れないようにしている。	利用者が不快な思いをされないように、声かけの仕方や言葉使い、声の音量や周りの環境などに配慮している。居室について、日中、換気目的ではあるが出入り口が開かれており、中が見える状態となっている。	居室は住居費をいただいているプライベート空間であり、利用者の大切なものが置かれている場所である。換気等で必要な場合以外は、こまめに入り口の戸を閉めるように心がけるとともに、出入り際のノックや挨拶などについて、再度職員間で確認していただきたい。
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	○自分から希望や要望を言われたりするので、なるべくかなえられるよう心がけている。		
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し、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	○カンファレンスで話し合い、利用者の出来ることの情報共有し、職員側の決まりや都合でなく、利用者のペースに合わせて協働している。		
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	○日中はなるべく利用者にあった服装で過ごせるよう心がけている。 ○自からおしゃれされることを声に出してみとめるようにしている。		
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	○調理協働できる方と一緒にしてもらい、いろんな話をしたり、楽しんで食事が出来る様にしている。 ○職員も一緒にテーブルに着くなど雰囲気大切にしている。	利用者と職員が、一緒に食材の下ごしらえをしたり皿を洗ったりしている。職員も同じテーブルで食卓を囲み、同じものを食べるようにしている。	
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	○毎食食事量のチェックを行い分割摂取の支援・形状の工夫・捕食の工夫など個別に対応している。 ○水分確保も時間を決めて支援・入浴後など適時対応している。		
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	○利用者の能力に応じた口腔ケアを支援している。 ○紺人の持てる力を発揮しての口腔ケアを見守り、出来ない部分を支援・夜間は義歯を預かり、ケースに保管している。		

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	○入所1週間は、排泄パターンを観察・記録・職員間で情報を共有しケアに活かしている。 ○日中は時間的トイレ誘導を行なっている。○安全を配慮し、利用者に応じた排泄支援を行なっている。	利用者の状態に合わせて、排泄チェック表を活用しながら排泄の回数や排泄時間帯の把握に努めている。夜間、ポータブルトイレを使用している方についても、日中はトイレへ時間誘導して支援している。	
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	○排便チェックし、3日目の排便を支援している。 ○献立は野菜・芋類を多く取り入れている。 ○腹部マッサージを支援している。 ○カスピ海ヨーグルト支持に従い適時暖下剤の使用を支援している。		
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	○利用者の好みを把握し、時間にとらわれない入浴を個人別に支援している。 ○利用者の能力に応じた入浴支援をしている。	入浴時間は、基本的には午後のみとなっているが、失禁等で汚染がみられた場合は随時対応している。少なくとも週に2～3回は入浴できるように声かけしている。	
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	○無理のない範囲で、日中の離床時間を拡大できるように意識して話しかけや活動支援を行なっている。 ○パジャマへの更衣を支援し、生活リズムをつくり、湯たんぽ使用・足の拳上・体位交換など個別に対応し気持ちよく眠れる支援をしている。		
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	○入所の際は、カンファで情報を共有している。 ○誤薬防止のため、声にだし二人で確認と薬している。 ○指示に基づき、個別の服用を支援している。 ○症状の変化を主治医へ報告連携を図っている		
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	○入所時に個人の食の好みを伺い対応している ○利用者の持てる力を発揮できるよう環境設定し協働している。 ○個別の外出・庭散歩・ドライブなど柔軟な対応で気分転換を支援している		
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	○新たな入所者との親睦を図るため、ドライブに出かけている。 ○(4月)花見は家族の参加も呼びかけ、協働し実施している。	庭で日光浴をしたり、散歩や喫茶店へ出かけたりと、利用者の希望にあわせて日常的に外出できるように支援している。希望があれば、ドライブを企画して実施している。	

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
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	○職員は利用者がお金を持つことの大切さを理解しており、お金を所持できるよう家族へ説明し、能力に応じた支援をしている。		
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	○家族の電話対応し易い時間帯を聞いており本人の希望があれば、電話取次ぎをしている。 ○家族からの電話取次ぎなど、居室でも電話使用ができる・受話器の使用など能力に応じた支援をしている。		
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	○危険が無いよう物の配置・環境整備に注意している。 ○季節の花を飾り、利用者は出来る水かえをしている。 ○中庭があり、自然の光が差し込み明るい。 ○室温調整や空気の入れ替えなど適時対応している。	リビングや畳の部屋があり、日中はほとんどの利用者がこれらの空間で過ごされている。壁には随所に職員手作りの作品が飾られている。中庭からは明るい光が差し込み、遠く櫻島も眺めることができる。	
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	○個々の利用者は、椅子やソファなど自由に腰をおろし、共有スペースで一緒に集うことが多い。○自分のペースで居室で過ごしたり・家事協働・職員との話しなど思い思いに過ごしている。 ○利用者間のトラブルは、さりげなく職員が介入している。		
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	○家族へ馴染みの家具や使い慣れた布団などの持ち込みをお願いしている。 ○貴重品や思い出のものなど職員も把握に努めている。 ○状態によって、電動ベッドの使用を工夫している。	居室には、ベッドやエアコンなどが備え付けてあり、その他の家具等については、馴染みのものが持ち込まれている。災害時の避難経路確保のために一部制限はあるが、居心地良く過ごせるように、家具の配置は柔軟に対応している。	
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	○洗濯たみ・掃除・調理の協働し自主性を見守り、お礼を述べるなど対応している。 ○利用者の力に応じて立ち上がり支援・歩行器の使用・近位見守り・支え歩行など個別に対応している。		

自己評価および外部評価結果

グループホーム 笑憩の里(憩いの家)

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	○理念に基づき、御本人や御家族の思いを十分汲取りながら、尊厳保持に基づいたケアを行なっている。		
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	○小学校の職場体験やボランティア受け入れ・地域の運動会・バザーに参加して地域交流している。 ○園外への散歩やドライブに出かけ楽しめるよう配慮している。		
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	○小学校5年生を対象とした講演依頼に応じ認知症理解を呼びかけた。 ○吉野地区のグループホーム連絡会(よかど会)に参加、認知症サービスと協力し地域包括支援センター主催の「認知症教室」への参加、地域の方に理解と対応を呼びかけた。		
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	○利用者、ご家族、町内会長、民生委員、包括支援センターへの毎回呼びかけ、協力いただいている。 ○会議資料を作成し、報告・勉強会も取り入れサービス向上に活かしている。 ○会議の報告をご家族関係者に配布している。		
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・包括支援センターみ参加をいただき ご家族や地域の方々の相談や意見を汲み取れる場を提供している。		
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	○職員は施錠の弊害を理解して居室や日中の玄関に鍵をかけないケアを実践している。 ○外出傾向のある利用者は、職員が見守り話を聞いたり一緒に外出するなど対応を工夫している。 ○専門的見地から拘束の提案があっても施設全体で会議し判断記録を行い、利用者の尊厳保持に努めている。		
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	○虐待防止の他為の勉強会を実施し、問題行動の原因や真意を理解し虐待の阻止につとめている。 ○職員側の受け止め方や職員のストレス予防の為職員全体が話し合える雰囲気をつくっている。		

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	○契約時に、利用者や家族の権利を有することやグループホーム倫理綱領について説明している。 ○成年後見制度についても職員の見やすい場所へ掲示し勉強会などで学習している。		
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	○重要事項説明書に沿って説明し不安や疑問点は気軽に聞きやすい雰囲気作りに務め分かりやすく説明するように心がけている。		
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	○ご家族の意見や要望は真摯に受け止め改善に向けて努力している。		
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1回の職員会議で職員の意見や提案、困っていることなどを聞き、改善に向けて話し合う時間を設けている。		
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	○年2回の健康管理。 ○職員会議で職員の意見を聞き業務改善にむけて助言している。 ○業務内容に対して給与水準が低い。		
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	○月1回の勉強会の実施がされている。 ○外部の研修は参加できる時は参加し、研修報告書を提出し、参加できなかった職員にも教材として活用している。		
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	○吉野地区グループホーム(よかど会)の交流の場を設け情報交換、勉強会、交換実習などを実施している。		

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
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	○十分にコミュニケーションをとりながら、ご本人の生活歴、価値観などに配慮し、新しい環境になじめるようご家族と密に連絡を取り合い、ご家族の面会や電話の取次ぎ等、笑顔で接し関係づくりに努めている。		
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	○ご家族思いや希望を受け止め、不安を取り除けるようケアしている。 ○ご家族が不安を抱え込むことの無いように情報を提供し問題解決に向けて協力しあっている。		
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	○入所時の体調や現病状を詳しく情報を得ながら、主治医からの情報収集と今後の方針など、ご家族の協力を得ながら対応し努力している。		
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	○職員は、ご本人の持てる力を引きだしながら、ご本人のにとって生活の中で張り合いや楽しみのある暮らしが送れるよう努力している。		
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	○ご家族のいられる方は家族との繋がりを感じながら安心して暮らせるよう、手紙のやりとりや電話の連絡が取り合え円滑な関係が継続できるよう支援している。 ○家族間で心配事があるときは問題解決に向けて一緒にアドバイスしている。		
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	○馴染みの人の来訪を受けたり、体調がとければ同行外出も出来るよう支援している。 ○近隣の方々との交流もあり気軽に来訪を受け入れている。		
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	○健康体操や唄踊りゲームなどの時間を利用者同士で一緒に楽しみながら、回想などで共感しあえる時間をセッティングしている。 ○介護度の低い方々には力を合わせ、洗濯物たたみ等一緒に参加し支え合っている。		

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
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	○入院の際は情報を交換して、再び施設での生活が継続できる方向に働きかけている。 ○ご本人にとってよりよい方向性を選ぶようご家族・医療との連携を図っている。		
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	○生活面の要望やご家族に対する思いやり等を汲み取り、ご本人の要望が叶う方向に努力し働きかけ、安心して落ち着いた生活が送れるように支援している。		
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	○入所時、前利用機関や主治医、ごかぞくからの情報を十分に受けている。 ○生活の中で十分にコミュニケーションを取りながら情報収集を図り、スタッフが得た新たな情報は皆が共有できるように申し送りができています。		
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	○ご本人にとって無理のない範囲で、できる事や能力を引き出し、継続できるように働きかけている。 ○一人ひとりの状態観察により異常に気づき、ご本人の思いを傾聴し、安心して生活が送れるように働きかけている。		
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	○問題点に応じたご家族、主治医、スタッフが話し合える場を設ける努力がなされている。 ○問題点やご本人の思いに沿ったケアが出来ているかを話し合い、新たな情報や改善のための策を出し合い、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	○健康面や精神面の変化 ご本人の思いを汲み取り確認しながら情報を共有して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	○体調不良や病状が発症した時は、早めの受診の働きかけや情報提供ができるようご家族、医療との連携を図っている。		

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
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	○各行事・運営推進会議の実施で地域の方々とも交流があり、入居者の失踪時や火災時に応援や協力が得られる関係ができています。		
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	○往診や受診が必要な時に十分な情報を提供し、より早く改善が進むよう主治医との連携を図っている。		
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	○普段からバイタル測定や状態観察を行い、異常があれば管理者や主治医に状態報告し、指示の基づいた対応を行なっている。		
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。	○正確な情報提供と家族との連絡体制を円滑に行い、安心して治療や退院に向けての対応を支援している。		
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	○主治医の指示を受けながら、施設での生活が継続できるように努力し、医療・家族との連携を密にとっている。		
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	○AEDの使用方法・急変時の対応が出来るように勉強会を定期的実施している。		
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	○運営推進会議にて地域との交流により災害時の協力を得られるようにしている。また定期的に消防署の指導や災害時の訓練を受けている。		

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
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	○入社時に、人権・プライバシーの配慮の説明と同意を得ている。利用者さんの状態を考えながらプライドを傷つけないように言葉の使い方に気をつけている。		
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	○利用者の希望の話を聞いて職員間で情報を提供し対応している。		
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し、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	○一人一人の利用者さんのペースに合わせた活動の声掛けや協働の支援をしている。		
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	○朝夕のパジャマの更衣、声掛けにより洗面、洗髪などの支援をしている。		
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	○食事の形態を工夫し、好みの味付けなどしている。		
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	○スタッフ全員が好みを知り、食事・水分の摂取量を把握し、出来るだけ多く摂れるように調理や味付けに工夫している。		
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	○毎食後の口腔ケア(歯磨・義歯の洗浄・うがい)を支援し、確認し不十分な時は介助を行っている。		

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
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	○排泄チェックやスタッフの連携により時間を確認しながらトイレでの排泄で過ごせるように働きかけている。		
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	○水分摂取や繊維の多い食品・イモ類・野菜を取り入れ、適度な運動のセッティングにて参加を働きかけ、排泄チェックにより必要な場合は医療機関との連携を取っている。		
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	○本人の希望で毎日の入浴や支援の必要な方は声掛けによって、体を洗ってあげたり、コミュニケーションをとりながら、一人一人の意向を第一に くつろいだ気分で入浴できるよう支援している。		
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	○車椅子の方々は、ソファーに座っていただき、体調により入床して休息をはかれ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	○一人一人に渡す前に名前を確認しながらダブルチェック(二人確認)、誤薬などないように気をつけている。		
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	○本人の希望により甘い物をさしあげ、塗り絵をしたり、カラオケなどして、気分転換を図っている。		
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	○天気の良い日は体調に合わせて近くを散歩したり、ドライブに行ったり、気分転換してもらい支援している。		

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	○季節の衣類購入や必要物品の計画的な購入をアドバイスし管理の可能な範囲の金額・手持ち支援。		
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	○定期的または要望があった場合に個別に対応している。		
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	○危険が無いよう物の配置・環境整備に注意している。 ○季節の花を飾り、利用者は出来る水かえをしている。 ○中庭があり、自然の光が差し込み明るい。 ○室温調整や空気の入替えなど適時対応している。		
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	○天気の良い日は体調に合わせて近くを散歩したり、ドライブに行ったり、気分転換してもらい支援している。良い日は体調に合わせて近くを散歩		
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	○ご本人にとって、これまでの使い慣れた物や好みの物に囲まれ落ち着いた生活ができる環境づくりが出来るように、ご家族に協力得られるよう働きかけている。		
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	○居室やトイレの場所に分かりやすいように大きな文字や写真を貼るなど工夫をして、混乱や不安に陥らない為の配慮がされている。		

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	施設長 職員 皆で作った基本理念ではあるが、職員の異動もあり、職員全員が理念を深く理解するに至っていない。また利用者・家族や地域への働きかけが少ない。	利用者へのより良い支援を行う為の方向性を共通理解できるように取り組む。	基本理念を仕事を始めるに、ミーティングや職員会議・運営推進会議等全員で復唱する。何回も読み込んだり、話をする機会をつくる。	12ヶ月
2	33	契約時に「重度化した場合の対応に係る指針」について説明し、「終末期に生活支援に関する確認書」「医療連携加算」の説明を行い同意を得ているが、適切でなかった。	笑憩の里で出来る事を明確にしており、説明と同意が確認できるようにする。	「重度化や終末期に向けた方針」を重要事項及び 契約書に盛り込み、契約時に対応の説明を行い別紙としてそえる。	1ヶ月
3	36	プライベートな空間である居室の出入り口が開かれており、中が見える状態となっている。利用者が居ない居室への出入りの際、ノックや挨拶がなかった。プライベートな空間という意識が薄らいでいた。	職員は、利用者のプライベートな空間という意識を持ち、居室の掃除や換気等で必要な場合以外は、入口の戸を閉じるようにする。出入りの際ノックや挨拶ができる。	外部評価の結果を運営推進会議・職員会議で説明した。居室は利用者のプライベートな空間という意識を持てるよう、また非常口の確保・ポータブルトイレの利用者に適した配置など検討する。介助者用トイレのプライバシーを守る。	3ヶ月
4	26	介護計画の見直し(モニタリング)により必要な追加や修正を行った部分に関しての、ご家族への説明と同意が無かった。	介護計画の見直し(モニタリング)により必要な追加や修正を行った部分に関しての、ご家族への説明と同意を得る。	24時間シートで利用者の気分の変化を把握。暮らしの情報(家族シート生活史シート等)家族からの情報を共有し、家族の意向をプランに反映。モニタリングにおける修正部分の説明と同意が得られるよう様式を検討する。	12ヶ月
5	10	家族の知りたい情報や、家族の力をまだ十分に把握できていない。なぜ地域との連携が必要かをご家族に伝えられていない。	家族の意見や要望に気づき、運営に反映させる。	アンケートにより、家族の意見や要望を聞く機会を作る。家族の面会時の近況報告や、家族の気になっていることなどをコミュニケーションする。運営推進会議の際意見を聞く。	12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。