

(別紙4) 平成 24 年度

### 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	3171400405		
法人名	社会福祉法人 敬仁会		
事業所名	グループホーム ル・サンテリオン東郷		
所在地	鳥取県東伯郡湯梨浜町野花443番地1		
自己評価作成日	平成24年10月30日	評価結果市町村受理日	平成25年4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://fukushi-kouhyou.pref.tottori.jp/koukai/com/sys_top.aspx">http://fukushi-kouhyou.pref.tottori.jp/koukai/com/sys_top.aspx</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	社会福祉法人鳥取県社会福祉協議会		
所在地	鳥取県鳥取市伏野1729番地5		
訪問調査日	平成25年1月11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"> <li>・周囲が東郷池や果樹園等の自然豊かな環境の中で、四季折々の行事や外出の機会を持ち、地域との交流を図りながら生活しています。</li> <li>・1ユニットで家庭的な雰囲気の中、ご家族ご利用者との信頼関係を築きながら、お一人お一人を尊重し、安心して穏やかに生活出来るよう支援しています。</li> <li>・介護老人保健施設と併設のグループホームであり、医療連携、理学療法士、栄養士など専門職の協力体制も整っています。又法人施設内のグループホームと合同研修や交流の機会を持ち、職員の質の向上に努めています。</li> </ul>
--

**【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)】**

<p>地域の方や家族に対する認知症の勉強会を開催し、事業所の実践経験を地域に還元する取組みを積極的に進められています。</p> <p>現場職員からの運営改善提案を次年度事業に反映する仕組み「きらっと(AI)」を実施しているほか、職員全体会等において職員意見や提案を検討し改善に活かされています。また、日頃のケアでの気づき等を集約する「ひもときシート」を活用して、職員全員が利用者個々の課題を共有し、介護計画に反映するよう実践されています。</p>
---

**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)	○ 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

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	・理念に基づき、グループホーム独自の目標を設定し、係目標⇒個人目標へ繋げ取り組んでいる。 ・グループホームの理念、目標はステーション内に提示し朝の引き継ぎ時唱和し共有している。	事業所理念を共有スペースに掲示して、職員が毎日唱和し、職員間並びに管理者と理念の共有を図られています。また、パンフレット等により外部への周知が図られています。		
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	・地域行事への参加(清掃作業・納涼祭・運動会等)をしている。 ・地域の方を施設行事(夏祭り)に招待したり、らっきょや梅干漬けを行う等、交流を図っている。 ・ボランティアを受け入れている。	地域とのつながりを大切にし、地元の納涼祭や運動会に参加したり、味噌づくりや梅漬けを地区の公民館等と一緒にするなど、相互の交流が図られています。また、退所された利用者の家族から地元の果物などの差し入れがあるなど、普段から気軽に立ち寄れる関係が築かれています。		
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	・地域の方やご家族を対象に定期的に「知って得するサンQ会」を開催し、認知症の理解や支援の方法の情報提供を行っている ・実習生の受け入れをしている。			
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度、報告し意見を頂いている。 ・グループホームの取り組みや状況報告し、意見を頂き、サービス向上に繋げている。	運営推進会議は、家族代表、区長、住民代表(婦人会)、地域包括センター、近隣の小規模多機能施設などの出席のもと、2か月毎に開催されています。また、会議での意見を踏まえ、研修の実施体制の見直し等、運営改善に取り組まれています。	運営推進会議のメンバーとして、利用者の参加を検討されることを期待します。	
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	・市町村へ必要に応じて随時連絡をしている。 ・運営推進会議にて出席して頂き、情報提供・意見交換を行い協力を得ている。	市町村担当者と常に連絡をとり合い、事故報告や行事、研修等の情報を共有されています。		
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「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、玄関の施設を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	・全体会にて研修を実施しケアの向上に反映できるように取り組みを行なっている。 ・玄関にもチャームを設置し、不快感を与えず外出が出来るように工夫をしている。	定期的開催される法人全体の職員研修、コンプライアンス研修や施設人権委員会の研修、毎朝のミーティング、OJTなど、様々な機会を捉え職員への理解を深めておられるほか、ISO9001の認定を受け、「身体拘束廃止の手順書」に基づくケアの実践に努められています。	玄関のチャームについて、検討されることを期待します。	
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	・全体会にて研修を実施し、ケアの向上に反映できるように取り組みを行なっている。 ・研修会に参加している。 ・他施設の事例を周知し防止に努めている。			

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	・現在、権利擁護利用者1名活用しておられる。 ・勉強会を実施するなど学ぶ機会を持ち活用支援を行っている。		
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	・契約時は、契約書と重要事項説明書に沿って説明を行い、ご家族の方の疑問や不安な点を尋ね理解して頂けるよう対応している。		
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	・運営推進会議の委員として、利用者のご家族にも委嘱、受託して頂いている ・玄関に意見箱を設置し、又、重要事項説明書・機関紙にて苦情相談を受け付けている事を明記し積極的にサービス苦情を受け付けている。 ・施設で解決出来ないものは、法人第三者委員会にて審議を行い、法人で解決出来なければ県の運営適正委員会を紹介し、情報提供を行っている。	日々の関わりの中で、利用者の思いや希望を把握されています。家族に対しては、サービス提供内容、職員の対応等詳細なアンケートを実施され、その結果を運営推進会議で報告し協議するとともに、職員研修などにおいて改善点などの徹底が図られています。また、サービス苦情受付書を整備し、苦情内容は全体会で情報共有され事業所全体の改善につながられているほか、広報紙等において対応状況が報告されています。	
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1回のグループホーム会議には、管理者も出席し意見交換を行っている。 ・年度末に運営や質の向上に向けてのアンケート実施や意見を反映できる「きらっとI」を実施している。	職員からの運営改善提案を次年度事業に反映する仕組み「きらっとI」を実施しているほか、職員全体会において職員意見を検討し改善に活かされています。また、個人面接を年3、4回実施したり、毎月のグループホーム会議において、管理者との意見交換が行われています。	
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	・上司面接の機会を設け、意見や要望が言える場を設けている。 ・資格取得に向け、勉強会開催などの支援を行っている。 ・労働安全衛生委員会を設置し、職場環境の改善に努めている。		
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	・施設内外の研修を受ける機会を確保し、又、グループホームにおいても月に1回勉強会を実施して常にスキルアップに努めている。 ・個々の目標設定に合わせた研修内容の紹介や参加を呼びかけている。		
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	・法人内での研修会や部会などで情報交換や勉強会、相互研修の機会を設けている。 ・グループホーム協会主催の相互研修に毎年参加したりと、質の向上へ繋げている。		

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	・事前に相談・面接時に本人の不安や思いを相談表に基づいて把握するようにしている。 ・希望があればいつでも、施設見学を受け入れている。		
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	・担当者が相談表に基づき家族の思いを聞くようにしている。 ・ご家族の思い等が話しやすい環境作りに努めている。		
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	・面談を通して、家族のニーズを汲み取りながら、必要に応じて、提案や他機関から情報を得たりして対応を行っている。		
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	・意識の中で、「共に生活をする」気持ちで業務にあたっている。 ・食事、洗濯、掃除など一緒に行かない、又、人生の先輩として行事や食事づくりの場面などにおいて学ばせて頂いている。		
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	・家族総会・運営推進会議などで、ご意見を頂く機会を作っている。 ・面会時や家族カンファレンス時・通院や機関紙などで、常に情報交換を行っている。 ・外泊・外出や行事など日々のケア協力を頂いている。		
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	・帰宅外出や近隣外出時には馴染みの場所へ出掛けている。 ・家人の協力を得ながら、可能な限り外出・手紙・面会をして頂くようにしている。 ・送迎支援や外出時の付き添い等に努め、外出・外泊支援を行っている。	利用者の友人の来所があり、手紙、年賀状による交流を支援されているほか、行きつけの美容院や以前暮らしていた場所へドライブに出かけるなどこれまでの関係を大切にされた支援に努められています。	
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	・必要に応じて、職員が間に入りながら関係性が築けるようサポートしている。 ・ご利用者同士の関係性に配慮した食事の席や、入浴、外出その他対応を行っている。		
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	・入院に伴う退所や他施設への入所となった利用者の方でも、面会に行く等している。又、何かあればいつでも相談に応じている。		

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>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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日々のケアに携わりながら一人一人の思いや意向の把握に努めている。</li> <li>・生活歴・好みや習慣など、ご家族の協力を得ながら思いや意向の把握に努めている。</li> <li>・事例検討会を開催し、把握に努めている。</li> </ul>	<p>家族の訪問時や面談、利用者との日々のかかわりの中で、希望や意向の把握に努められています。また、利用者個々のノートを作成し、本人の思いや職員の気づきなどを記入して、職員間の情報共有も図られています。</p>	
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入居時、本人・ご家族・他機関から聞き取りを行い、又、利用者・ご家族との日々の関わりの中から聞き取るようにしている。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事例検討や、日々のケアの中での気づきや利用者・ご家族からの要望を基に、個々の生活リズムを把握し、個々にあった生活が出来るよう努めている。</li> </ul>		
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、必要の関係者と話し合い、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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者は日々の関わりの中で、ご家族には来所時や電話にて要望や相談を行い、毎月のモニタリング、半年毎の家族カンファレンスで見直しを行っている。</li> <li>・必要に応じて、併設施設の専門職にも協力を得ている。</li> </ul>	<p>本人、家族の意向を踏まえ担当職員が中心となって全職員でカンファレンスをし、係長(ケアマネジャー兼計画作成担当者)協議を経て介護計画が作成されています。なお、日頃のケアでの気づき等を集約する「ひもときシート」を活用して、職員全員が利用者個々の課題を共有し、介護計画に反映するよう実践されています。</p>	
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護計画に関する記録は青ペンで、医療に関することは赤ペンで日常的に記録を残している。</li> <li>・記録の書き方の研修を行い、効果的な記録が行えるようにしている。</li> <li>・「みるみるファイル」や会議等を通し、情報共有を図っている。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通院・送迎・外出・外泊など、利用者や家族の状況に応じて、臨機応変に対応を行っている。</li> <li>・突発的な体調変化などは、併設老健の医師・看護師の協力を得ている。</li> <li>・リハビリ専門職員の協力を得ながらパワーリハビリや、機能評価等アドバイス受けながらケアに活かしている</li> <li>・共用型認知症対応型通所介護サービスを行っている。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地区の行事(夏祭り、運動会)への参加を行っている。</li> <li>・町内のスーパーや移動理美容・地域や実習生ボランティアの受け入れを行っている。</li> </ul>		

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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用開始時、かかりつけ医の確認を行い、希望があれば優先して対応を行っている。</li> <li>・ご家族が通院される場合は、通院内容・現状を情報提供し(通院連絡表)、職員が通院する場合には、ご家族の要望があれば、併せて医師に相談し、結果を報告している。</li> <li>・ご家族対応の通院にも職員が同行し医師と直接情報交換が出来るようにする</li> </ul>	本人及び利用者家族の希望を優先して、かかりつけ医の受診を支援されています。通院は、家族対応を基本とし、必要に応じて職員が同行する対応もとられています。通院連絡票により、事業所、家族、医師との情報共有がされています。	
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・グループホーム看護師や老健看護師・医師に必要に応じて協力を得ながら、ご利用者の体調管理を行っている。</li> <li>・通院日以外でも、必要に応じて通院予約日以外でも通院が行える体制を整えている。</li> </ul>		
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。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院時は、「看護連絡表」を基に支援方法などについて病院へ情報提供を行っている。</li> <li>・入院中の様子をご家族・病院に確認しながら、更に直接面会に出向き、検査結果や経過の把握を行う事で早期退院が可能になるよう連絡を密に行っている。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・重度化した場合の対応を、ご家族に施設としてできる事を説明し、主治医の意見も含めながら今後の方針を話し合っている。</li> </ul>	事業所として「重度化した場合・終末期対応に係る指針」を定められています。本人の意向を尊重し、主治医・家族と話し合い、協力医療機関等とも連携を取る体制は整えられています。	指針を基に、重度化や終末期に関して、管理者を含め全職員で方針を共有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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急訓練のシミュレーション・他部署との連携方法など、定期的に訓練を行っている。</li> <li>・消防署での救命講習も全員が参加し、事故発生時に備えている。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年に2回防災訓練を実施し、消防署・地区の消防団の方にも参加を頂いている。</li> <li>・運営推進会議においても意見交換を行っている。</li> </ul>	地震対応マニュアルを作成し、消防署、区長をはじめとする地元住民参加のもと、年2回の避難訓練が実施されています。また、昨年度の台風水害の教訓を踏まえ「水害対応手順書」を整備されました。	

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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・継続的研修を実施し、又、マナーについての勉強会も行いながら、日々意識を持ちケアを行っている。</li> <li>・「マナー自己評価表」を活用しながら、振り返りを行っている。</li> <li>・事例検討会を持ちながらケアを振り返り、ケアの確認・検討・プライバシー保護に努めている。</li> </ul>	トイレへの誘導や食事介助時に、さりげない声掛けなど、一人ひとりの人格を尊重した対応をされています。また、法人の人権委員会での検討や職員研修における取組みも行われています。	
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日々の関わりの中より、ご本人の思いや希望を大切に、職員間で情報共有を行いながら、働きかけを行っている。</li> <li>・出来る限り本人のペースに合わせながら、自己決定できるような個々に合わせたコミュニケーションに努めている。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・すべてご利用者のペースで行う事は困難であるが、出来る限り可能な範囲で気分や状態に配慮しながら、食事時間や場所、午睡や入眠時間等個別のケアに努めている。</li> <li>・ご家族の協力も得ながら支援を行っている。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族や職員が対応して、馴染みの理容室にて髪を切られたり、毎日、髪を結う方もある。又、散髪をどこにしたいかなども選んで頂いている。</li> <li>・普段着の好み(色や形)など、ご家族に協力を得ながら対応をしている。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・調理・方付け・盛り付けなどご利用者と職員が一緒にいながら、作り方を相談したり、食事を一緒に摂っている。(ベランダの作物の利用)</li> <li>・食事の好みを把握し、日々の食事メニューに配慮し、食欲がない時は食べたい物を準備し対応を行っている。</li> <li>・行事食や、料理店やホテルの協力による特別メニューも充実している</li> <li>・食事の準備など出来ないご利用者も作業の輪の中に入り、作業を見て頂くなどの配慮を行っている。</li> </ul>	利用者へ食事アンケートを実施し、その結果をメニューに反映したり、食材の買い出しや食事の準備などを利用者と職員が一緒に行っています。また、地域の婦人グループのボランティアによる昼食づくり等、利用者が楽しんで食事づくりに参加できる機会を作られています。	
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個々の満腹感・食事量・水分量などを把握しながら、体調に合わせて支援を行っている。</li> <li>・食事や水分が十分に摂れないご利用者には、栄養補助食品や必要に応じて医師に相談し、点滴をするなど対応に努めている。また、栄養士にも相談し食事の工夫を行っている。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎食後、歯磨き・義歯洗浄・うがいなど、口腔ケアの支援を行っている。</li> <li>・必要時、訪問歯科や歯科通院を行っている。</li> </ul>		

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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・汚染状況・排尿量などを把握し、個々にあった案内や交換時間、使用物品の検討を行っている。</li> <li>・安心パンツへの移行検討や、必要時のみ(夜間)のオムツカバー使用を行う等の対応を行っている。</li> </ul>	利用者個々の水分摂取量や排泄パターンを把握して、様子をみながらさりげない声掛けによるトイレへの誘導を促されています。また、紙パンツから布パンツへの移行もあり、排泄の自立支援を実施されています。	
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食物繊維の豊富な食材など食事メニューに入れていたり、体操や散歩・外出など体を動かし機会を設けている。</li> <li>・必要に応じて医師や看護師に相談している。</li> <li>・便秘対策の一つとして、センナ茶の服用</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入浴日は決めず、その日の気分や体調に合わせて入浴を行っている。</li> <li>・入浴を好まない利用者には、日数を見ながら心情に配慮した対応に努めている。</li> </ul>	午後2時から4時を基本に、本人の希望に応じて入浴支援をされています。また、清拭や足浴など利用者の体調に合わせた支援も行われています。	
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・夜間、安眠出来るよう、日中の活動を支援しているが、日々の状況に合わせて休息を行って頂いている。</li> <li>・介助の必要な利用者には、随時、ご本人の意思を確認しながら支援を行っている。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「薬ファイル」を作成し、服用中の薬の内容や目的がすぐに確認できるようにしている。</li> <li>・薬の効果などについては、モニタリング時など情報収集しながら確認を行っている。必要に応じて医師へ相談している。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ご家族に協力を得ながら、生活歴や習慣、好みなどの情報を頂き、日常のケアやケアプランに組み込み、個人の好みに出来る限り応じれるように努めている。</li> <li>・個々に合った役割を提供し、生きがい作りに努めている。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・季節や天候を考慮しながら可能な限り、外出の機会を設けている。</li> <li>・お花見や紅葉狩り、喫茶外出を行っている。</li> </ul>	天気の良い日は、近隣の公園等に散歩に出かけたり、花見や紅葉狩り等、季節ごとに外出の機会を作られています。閉じこもりがちな方等にも馴染みの職員が声掛けをしながら、出来るだけ外出されるよう状態に合わせた支援が行われています。	

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
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	・日常、管理できない利用者は、事務所の金庫で管理を行い、買い物に出掛ける際にはお財布を持って買い物をして頂いている。(3名の利用者が個人でお小遣いを持っておられる) ・パソコン内で個人の預かり金管理の金額確認を行い、ご家族に1ヶ月に1度送付し報告を行っている。		
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	・電話希望があれば対応を行っている。 ・通院報告の際に、可能であれば電話を掛け、声を聞いて頂く等の対応を行っている。 ・手紙も、字が書ける人・書けない人も代筆などを行い支援を行っている。 ・手紙の代読を行う等の援助を行い、ご家族とのつながりを大切にしている		
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	・音楽を流したり、季節の草花・観葉植物などが身近に感じられるようにしている。 ・夏はすだれを活用し、季節感を出している。	共有の空間には、ソファ、テレビ、雑誌などがおかれ、畳のスペースもあり、利用者がくつろげる家庭的な雰囲気づくりがされています。また、観葉植物などを配置したり、採光、温度調整にも配慮し、利用者が落ち着ける空間となっています。	
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	・畳スペース・テレビコーナー・外の景色を見る場所など出来る限りの環境作り努めている。		
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・ご利用者と相談しながら、馴染みのタンスや椅子を使用して頂いたり、アルバムなどを持ってきて頂いたり、居心地よく過ごせるよう配慮している。	本人や家族と相談し、居室には、使い慣れた家具やテレビ、時計、アルバムなど馴染みのものが持ち込まれています。	
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	・トイレには「お手洗い」の案内や目印。お風呂には、温泉マークの暖簾、各居室には個々の暖簾や表札などを付け、分かりやすくしている。 ・ご本人の能力をモニタリング場面などで確認、情報を共有しながらケアを見直している。		

## 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	I 4(3)	運営推進会議のメンバーとして、利用者の参加を検討されることを期待します。	運営推進会議のメンバーとして、利用者の参加を検討する。	運営推進会議のメンバーとして、利用者の参加を勧める。	12ヶ月
2	I 6(5)	玄関のチャイムについて検討されることを期待します。	玄関のチャイムについても、利用者の人権や身体拘束に配慮し、利用者に安心して生活して頂けるよう検討していく。	玄関のチャイムについては、会議等で環境を含め検討していく。	12ヶ月
3	Ⅲ33 (12)	指針を基に、重度化や終末期に関して、管理者を含め全職員で方針を共有されることを期待します。	指針を基に、重度化や終末期に関して、管理者を含め全職員で方針を共有できる。	指針を基に、重度化や終末期に関して、会議等を利用し管理者を含めた全職員で方針を共有していく。	12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。