

# 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	2570300430		
法人名	医療法人あいち診療会		
事業所名	グループホームいろり庵		
所在地	滋賀県長浜市野瀬町743番地		
自己評価作成日	平成23年5月10日	評価結果市町村受理日	平成23年6月23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)】

グループホームいろり庵は、辺りを山に囲まれた緑と自然豊かな地に建っていた旧幼稚園舎を改装して開設しており、道を挟んだ向かい側には小学校が顕在し登下校する子供達の姿を見る事ができる。いろり庵ホールから外を眺めると小学校のプールが見え夏になると子供達の楽しそうに泳ぐ姿が見えるなど、季節を目で肌で感じる事ができる。又、その立地物件の良さを活かして、小学生との交流を深めていっており信頼関係は強いものとなっている。運営推進会議にも小学校の校長先生が参加してくださるようになり、今まで以上に交流の幅がひろがっている。今年は、小学校との交流の様子を滋賀夕刊に載せて頂く事が出来た。利用者様の健康面に関して訪問看護ステーションと契約を結んでおり、いつでもすぐに対応してもらえるようになっている。さらに母体であるあざいリハビリテーションクリニックに主治医が在籍しており認知症に詳しい最善の医師に医療を受ける事が出来る。

※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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2570300430&amp;SCD=370&amp;PCD=25">http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2570300430&amp;SCD=370&amp;PCD=25</a>
----------	---

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク滋賀福祉調査センター		
所在地	滋賀県大津市和邇中浜432 株式会社平和堂和邇店2階		
訪問調査日	平成23年6月16日		

## 【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)】

利用者の中には普通の上草野小学校が道路を挟んだ目の前に位置し、事業所自体も旧幼稚園を改造して建っている事から、利用者、地域の人々共に馴染みやすい環境にある。「利用者の一生が終わるまでの安住の地を提供し、家族および地域の人々と良好な関係を持ち続けられるよう支援する。」と謳った事業所の理念を直に感じることができる。家族には、毎月利用者近況報告書を送る一方、支払いは現金に限定して事業所に毎月訪問してもらい、接触を欠かさない。小学校とは、校長、教職員、児童と年々交流が深まって来て、この様子が夕刊滋賀に写真入で紹介された。地域に対しては、いろり庵の講堂を使用し母体のクリニック主催のリハビリ体操教室を週1回開催し、毎回30人強の参加があり(利用者も5名前後参加している)地域に貢献している。利用者にとって安住の地となるよう管理者と全職員が前進しようと努めている事業所である。

## 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ます (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. 全くいない
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	独自の理念を玄関に掲げ全職員が理解し住み慣れた地域で最期まで安心して過ごして頂ける様、努力、実践している。	「利用者にその一生が終わるまでの安住の地を提供し、利用者が家族及び地域の人々と良好な関係を持ち続けられるよう支援する」という理念を作り、玄関に掲示しケア会議で確認し合って実践に努めている。	
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	小学校の行事、運動会への参加やプレゼントの交換等、行き来の交流が多数ある。又、地元のお祭りやマラソン大会の応援等も積極的に行なっている。	自治会に加入し、地藏盆、秋祭り、マラソン大会の応援など利用者も積極的に参加している。向かいにある小学校とは、七夕、運動会、クリスマス、児童劇など頻繁に行き来し年々交流を深めている。老人会は未加入である。	運営推進会議メンバーの協力を得て、老人会との交流が実現することを期待したい。
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	小学校職員のいろいろ庵研修を通し認知症への理解を深め子供、子供の親、地域へと理解の輪が広がるよう事業所として常に開かれた施設を心がけている。地域との交流も理解、支援の一つとして積極的に行なっている。		
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	会議に小学校の校長を招く事で運動会参加が実現した。又、相好の深い交流が持てるようになった。自治会長を新たにメンバーに加え、地域のボランティア活動など情報を得て活動に生かしている。	行政、小学校長、駐在所警察官、民生委員、老人会長、自治会長、事業所職員で構成し、2ヶ月毎に開催している。活動状況を報告し質疑応答の中から小学校との交流を新聞に掲載をとのアイデア提供を受け実現させた。	自己評価及び外部評価結果を開示し、目標達成計画のモニター役をお願いし、運営推進会議メンバーによる更なる協力・支援を得て目標を達成して欲しい。
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取り組んでいる	事業所の小学校とのふれあいを新聞に載せてもらってはどうか？など意見をもらったり、事故が起こったときや対応などで分からない事を聞いたりして協力してもらっている。	高齢者介護福祉課には、広報紙「いろいろ庵便り」「日々草」を毎月提出し、相談したりアドバイスを貰っている。介護相談員は月1回2名の来訪を得て、利用者とのコミュニケーションやレクレーションの提供、協力を受けている。	
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	夜間の安全確保以外の目的で施錠はしていない。	職員全員が利用者の権利擁護や身体拘束禁止に関する内部研修を行い、意識の共有を図っている。安全確保からの夜間施錠以外は、鍵をかけていない。利用者の不意の外出にも、地域住民や、近くの交番に声掛けをし、見守りの協力を得ている。	
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	県の研修へ法人として出席し、内部研修として周知している。利用者に対し尊敬の念を忘れず、常に言葉掛け、言葉使いに注意を払い勤めている。		

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	研修へ法人として出席し、内部研修として周知している。		
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	契約の際は、十分な説明を行ない、納得されるまで繰り返し分かりやすくお答えするようにしている。分からない事がある場合は聞いてもらえる様声掛けしている。		
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	家族会を年に1回開催、又、運営推進会議に家族様に参加して頂き、意見を聞くようにしている。	年1回の家族会、運営推進会議の家族代表、毎月支払いが現金限定故必ず家族の来訪があり、その時を利用して意見や要望を聞くよう努めている。苦情相談窓口は、当事業所の他、公的機関2箇所を表記し説明している。	
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	月に一度、職員全員で集まるケア会議の場で考え方・意識の統一を図っている。又、職員の意見を聞き、活動案など良いものはすぐに採用し行動に移すようにしている。	月1回全員参加のケア会議で管理者は、職員からの意見聴取に努めている。交換日記提案があり即刻採用し、ケアカンファレンスを紙上で毎日行う様な効果を発揮している。ケアの質を高めようとする率直な記述が多い。	
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	労働時間や会議の時間など出来る限り職員の無理のないように配慮している。勤務時間の変更がどうしても必要になった場合、職員全員で時間を決め納得した上で勤務にあたるようにしている。		
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	職員の適正、実力、対応などの把握をし、認知症理解への研修参加の促しや直接指導をおこなっている。		
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	地域の事業所と密に連絡のやり取りがあり、お互いの活動の協力や勉強会など開催している。		

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	入所前に利用者様や家族様から聞き取りを行ない、本人の求めている事を理解する努力をしている。さらに元々入所していた施設からの情報提供などもしている。		
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	事前に実態調査や電話などで情報収集を行ない聞きたい事、不安に思われている事が解消されるよう時間をかけ相談にのっている。入所後も同様に対応し信頼を深めていけるよう努めている。		
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	今この方に一番何が必要なのか職員同士が情報を共有し理解しケアを統一させ安心して暮らして頂けるよう心がけながら努めている。		
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	味噌汁作りや皿洗い、洗濯たたみなど出来る事はして頂き、切り方やたたみ方を教わったりして一緒に活動するようにしている。		
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	職員は全ての事を支援するのではなくご家族様の役割を忘れず常に中立の立場で支援をおこなっている。ご家族様が又来たいと思える場所であるよう意識して勤めている。		
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	友人など馴染みの人との関係性が壊れない様プライベートな場所、時間を大切にしている。又、もう一度来たくなるような場所になるようとの思いを統一させ声掛けや対応をしている。	来訪者名簿では、1利用者に対し月平均5.1回の来訪があり、職員皆が受け入れに配慮している。友人との電話を希望する利用者には、ボリュームを上げて聞きやすくしたり、買い物の際便箋を購入し手紙を出せる様支援している。	
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	利用者様同士が協力し合い楽しめるレク(遊び)の提供。話が出来る場所を提供。利用者様同士が話せるよう職員が入り会話の橋渡しをしている。		

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	こちらから電話をかけるといった事はしていないが、かかってきた場合は今まで通りの対応をし相談にも乗っている。村の中であった場合挨拶や話をさせてもらっている。		
<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	各居室の家具は家で使われていたものを持ってきてもらうようにし模様替えや写真の飾り付けなど思うようにして頂いている。入浴の有無や外出なども可能な範囲で意向に沿うよう心掛けている。	アセスメントシートをベースに、その時の言葉、表情、行動などから、思いや意向の把握に努めている。ヒントとなった事例は、即刻交換日記に記入し、全職員で共有に努めている。把握困難の時は本人本位で進めている。	
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	入所までの生活歴はカルテに記載されており、職員全員が把握出来ている。馴染みの暮らしに近づける様努めている。		
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	一人一人の過ごし方は総合的に把握出来ている。無理強いせず。したいと思われる事を自分のペースですて頂いている。		
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	介護計画は本人、家族と話し合い、職員から見た考えを交え作成している。3ヶ月に1回介護計画の見直し、特変があった場合には同じく家族、本人、職員で話し合い作り直している。月に1回モニタリング全職員で行なっている。	介護計画は、本人、家族、医療関係者との話し合いケア会議で検討し作成している。毎月モニタリング表に状況確認と変化ある場合は赤字で内容を記入している。介護計画書の定期見直しは、6~12か月毎となっている。	介護計画書は、3か月毎の見直しと家族への報告、承認を得るよう期待したい。
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	日々の活動の様子やいつもと違う点、気になった事を記入しスタッフで共有することで個々にとって過ごしやすい環境となるよう実践に移している。又、介護計画書見直しに役立てている。		
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、その時々にも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、家族の要望があれば要望に合わせ外出など臨機応変に対応している。医療連携加算を取っており24時間連絡すればすぐに看護師がかけつけてくれる。家族様が病院への送迎が難しい場合、代わりに送迎も行なっている。		

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
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	年に2回消防署の方に必要時来て頂き、防災訓練を実施している。運営推進会議の方にも駐在所の警察官に参加して頂いており、利用者の顔を覚えて頂くなど交流がある。		
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	諸々の理由で従来のかかりつけ医に診てもらうのが困難な利用者様に限り、かかりつけ医を家族や本人の同意を得て変更している。本人が望めば従来のかかりつけ医のままでもいられるよう支援している。	協力医は、当事業所の母体となっているあざいリハビリテーションクリニックで、7人は元々かかりつけ医が協力医となっており、2名は現在本人、家族の希望も有って協力医に切り替わった。	
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	医療連携体制加算を取っており、電話連絡すれば24時間いつでもすぐに訪問看護師の処置・指導を受ける事が出来る。月曜から木曜まで訪問してくれ利用者の体調を診てくれる。		
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。	入院されたとしても関連医療機関が車で1分の所にあり短期での退院が可能で情報もすぐに入るようになっている。		
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	看取りに関しての指針があり契約時に説明をしカルテのアセスメント欄に同意した事のサインを頂いている。早期より医師、家族様と話し合い、医師、看護師と情報を共有させケアの統一を図っている。	重度化、終末期対応指針を作成し、説明できた利用者のカルテのアセスメント欄に同意サインを得ているが、全利用者には至っていない。看取りの実績もあり、より詳細な看取りの指針も用意していて、必要な段階では医師を含めて話し合い、方針の共有を図っている。	医療連携体制加算採用要件の一つとして、事業所の重度化・終末期方針を、利用者に説明し同意を得る事となっているので、未だの利用者は至急同意を得て欲しい。
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	初期対応マニュアルがあり、何かあった時にすぐに看護師や医師に応援を求められる。処置方法など看護師から指導を受けている。		
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	災害対策マニュアルがあり、運営推進会議にて当事業所の現状を理解して頂き、地域の方の協力を仰いでいる。年に2度防災訓練実施している。	訓練計画書を消防署に提出し、年2回の自主防災避難訓練を小学校校庭を避難場所に実施している。地域の参加はまだ実現していない。今年度は2回とも消防署立会いでない自主防災訓練であった。	年間2回の訓練の内1回は消防署参加、指導の下で行って欲しい。地域の住民の参加、協力も実現するよう期待したい。また夜間想定避難訓練も組み込んで欲しい。

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	誇りやプライドに配慮し利用者様の立場に立った言葉かけや対応を心掛けている。個人情報の取り扱いはシュレッターやハサミで切るなどして配慮している。	人生の先輩として、誇りを尊重し言葉かけや対応に注意を払っている。個人情報については、書庫に保管し、不用になったものはシュレッターにかけるなど注意を払っている。社内研修を行って、徹底に努めている。	
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	生活のリズム、入浴時間などこちらが決めてしまわずに本人に聞いたり思いのままに生活して頂いている。味噌汁作りなどして頂き具材を選んで頂いたり利用者様に決めて頂く時もある。		
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	業務を優先せず、やりたいと思われた事をその方のペースで行なえるよう職員間の情報交換を密に取り個々が自由に過ごせるよう支援している。		
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	本人と相談をして服を決めて頂いたり職員がその日の気候を伝えその方に合った服を選んだりしている。散髪は本人が望む所へ家族様と行かれたり、訪問理容を利用して頂いている。		
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	利用者様の食べたい物を出来る限り献立に反映している。日曜日の夕食は、いろり庵で作っておりクエストに答えている。味噌汁作りを利用者様と一緒にこなしている。	運営母体から栄養士の献立による配食を、盛り付けて提供している。介助食3人で職員は付き添い、食事を楽しんでいる。日曜の夕食のみ、皆で買出しから参加し楽しんで作っている。スシローやマックの持ち帰りもある。	
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	厨房に管理栄養士が1名おり、毎食栄養バランスのとれた食事の提供が出来ている。水分は1日1000以上を目安に計算しチェックしている。毎回カルテ記入行なっている。		
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	毎食後口腔ケアを必ず行なっている。夕食後のみ入れ歯預かり洗浄剤にて洗浄し翌朝返している。		

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	基本的に車椅子の方でもつかまり立ちが可能なのはトイレにて排泄して頂いている。一部の介助を行ない残存機能を活かせるよう心がけている。	排泄チェックシートを作成し、一人ひとりの排泄パターンを把握し、できるだけトイレ排泄を支援している。夜間の排便を昼間に戻そうとする工夫と努力が、交換日記帳に記入されている。	
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	訪問看護と連携し薬の調整・排便コントロールを実行している。朝水分を飲んで頂くなど工夫している。		
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	特に順番や決まりを決めず、その方の判断やタイミングに合わせて入浴して頂いている。月曜から土曜まで毎日午前午後と入浴出来るようにしている。入浴の入り方も人によって変えている。	基本的に日曜日以外は、利用者の希望で午前午後を通して毎日入浴している。利用者は全員入浴が楽しみの一つになっている。入りたくない意思表示された場合は、無理強いをしない方針で進めている。	
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	何事にも無理強いしないで本人の意見意思を尊重している。夜間の巡視や排泄介助などビックリされないよう慎重に行なうよう心がけている。		
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	服用されている薬に関して、用法、用量、副作用などが書かれた説明書をファイリングしており、全職員がすぐに確認出来るようにしている。又、分からない事があれば看護師、医師に確認でき、正確な情報を得る事ができる。		
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	個々の趣味や生きがいを活かした作業(血洗い、洗濯物たたみ、草むしり、そうじ、ぼろ布切り)などを生活の一部に盛り込み一人一人充実して暮らしていけるよう支援している。		



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
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	その日の天候や希望に応じて外出するようにしている。日曜日は夕食をいり庵にて作る為、食材を買いに毎週、利用者様と外出している。	天気の良い日は散歩に出かけている。毎週日曜日はドライブを兼ねて、日曜日の夕食をいり庵で作る食材の買い出しに出掛けている。また毎年春と秋には遠足を、遠くは岐阜県の養老公園の花見に行く等、利用者の状況に考慮しながら積極的に外出している。	出かけるには、安全と平等とをかねる必要上、外出回数を増やすには家族や地域の支援、協力を期待したい。
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	居室での金銭管理はしていないが、それぞれの家族様から預かったお小遣いを必要に応じて本人が使えるようにしている。		
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	電話をかけたりかかってきたら本人に取り次ぐようにしている。手紙のやり取りが出来るよう支援している。		
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	共有の空間には植物や絵、利用者様と一緒に持って撮った写真などを飾り見て頂けるようにしている。ホールに大きいソファ、廊下の2カ所に椅子を置き利用者様同士、利用者様と家族様、職員が座って話してできるようにしている。	共用場所の居間、台所、食堂は一体となって開放的なスペースを確保している。正面の壁には、毎月皆で作る大きな貼り絵(今は紫陽花の花)を飾っている。居間の一角には8畳の間があり、利用者が洗濯物を畳んだりしてくつろぐ場となり、バス、トイレも清潔である。	
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	畳のスペースやソファ、椅子などを設置しており、思い思いの場所で過ごされている。		
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	本人が喜ばれる物を飾ったり使い勝手の良い用にベッドの配置などされている。夜間ポータブルトイレを使用されている方でも日中はかたづけトイレでされるよう促し、居室を清潔に保っている。担当が掃除を定期的に行なっている。	居室は利用者の個性が活かされていて、家族の写真や、趣味のはり絵、小学校児童からのプレゼントの絵などを飾っている。小型タンスや使い慣れたテレビ等を持ち込み、馴染みのものに囲まれて安らぎの空間になっている。	
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	バリアフリー設計、廊下が広い為、冬など寒い時でも室内で運動やレク活動、リハビリが可能。ホールや廊下の壁には掴まって歩行出来るよう手すりが設置されている。		

## 2 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	事業所の重度化・終末期方針を作成しており家族にも契約時に口頭で説明をし納得頂いており、家族様の思いを受け同意書を作成していなかったが今回の説明を聞き、もう一度家族様にお話する必要があったと感じた。	今ある重度化・終末期方針に3択の意思確認と同意書を付け、家族様にもう一度説明し全利用者様の家族様から同意書にサインを頂く。	意思確認用紙の作成。同意書の作成をし近況報告書及び電話連絡にて今回の趣旨を説明。後日、お越しいただいた際に再度説明を行い、サインをして頂く。	3ヶ月
2	26	介護計画書は、本人、家族、医療関係者と話し合いケア会議にて検討し作成している。現在、介護計画の見直しは、6～12ヶ月毎となっているが今回、別紙「サービス計画書の見直し時期について」を受け見直し時期を検討する。	今年の外部評価終了時以降、3ヶ月に一度の見直し、更新となるよう努めていく。	計画作成担当者に別紙「サービス計画の見直し時期について」を見ていただき3ヶ月に一度の更新となるよう努めて頂く。	1ヶ月
3	4	運営推進会議の中で自己評価・外部評価の結果をお伝えして回覧していたが、目標達成計画に対して議論できておらず、メンバーからの提案、意見をもらい地域と一丸となって取り組むべきとこだと感じた。	地域の方々がいろり庵の実情を理解され愛され、様々な形で応援し合い深い繋がりが続いていく気楽に来て頂ける場所にしたい。	7月に開催される運営推進会議にて外部評価の結果報告にプラスしてそこで出てきた気付き、次のステップへ向けて取り組む課題・内容の説明を行ない様々な意見ご協力を頂き目標を達成していきたい。	12ヶ月
4	35	年に二回の防災訓練を実施しているが防火管理者が指導を行ない職員のための訓練が続いていた。消防署の職員による講習や訓練、地域の方も参加して確認し合える訓練も行いたい。	年に回のうち一回は、消防署の職員を呼び指導、訓練を実施し、地域の皆さんと共に協力し合って訓練していきたい。	消防訓練計画に消防署の職員の要請依頼を明記し協力して頂けるようにする。又、地域の方々、特に小学校との繋がりを活かし避難時に協力を仰げる、又、子供達の避難場所として役に立てるよう平常時に話し合い、訓練していきたい。	12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。