

## 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	4670104373		
法人名	社会福祉法人 恵会		
事業所名	グループホーム はっぴー		
所在地	鹿児島県鹿児島市下福元町9558番地27		
自己評価作成日	平成24年7月7日	評価結果市受理日	平成24年8月23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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/Top.do?PCD=46">http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/Top.do?PCD=46</a>
----------	---

### 【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	鹿児島市祇園之洲町5番		
訪問調査日	平成24年7月18日	評価結果確定日	平成24年8月20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)】

<p>①ご入居様が個別的に朝・昼・夕の散歩を日課としています。</p> <p>②ご入居様と職員と一緒に野菜や花を育てています。</p> <p>③2ヶ月に1回ホーム便りを発行し、ご家族にホームでの様子を報告しています。</p>
--

### 【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>郊外の自然豊かな環境の中に位置し、同一法人の特別養護老人ホームに隣接して建てられたホームである。夏祭りなどの行事開催や災害時の対応など、法人全体として職員の協力的体制が確立しており、特養やデイサービス利用者との交流も盛んである。</p> <p>ホーム内は静かで穏やかな時間が流れ、公園の小道のような廊下でベンチに腰掛けたり、隣のユニットを訪ねたりして、利用者は思い思いに居心地良く過ごしている。</p> <p>職員は、利用者の人生に寄り添うことを大切にしてサービスを提供しており、いつも笑顔で温かく接してくれることに対して、ご家族より感謝の声が多く聞かれる。</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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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、安心して暮らせている (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

## A棟

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	地域密着の視点を盛り込んだ独自の理念とホームの目のつきやすい場所に掲示すると共に、ミーティングや申し送り、ご入居者様との関わりや業務の中で日々のサービス場面において理念を反映させ考える様にしている。	月1回のスタッフ処遇会議で、理念に沿ったケアが実践できているか確認する機会を設けており、職員間で共有しながら取り組んでいる。	
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	近隣に民家が少なく地域とのつながりが難しい環境であるが、母体の特養やデイサービスの行事、夏祭りなどの行事などで交流の場や会う機会を増やす工夫をしている。近隣の方には散歩コースに利用してもらっている。	母体の特養やデイサービスに訪れた知人に立ち寄ってもらったり、法人で行う夏祭りなどの行事に地域の方々を招くなどして交流機会を増やしている。また、近隣の方には散歩の途中でトイレを使っていたいただいている。	
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	地域の方の見学や入居申し込み時など、認知症の方への支援の方法を説明し理解を得ている。法人全体で、地域ネットワーク委員会を設け、地域高齢者の集いの場に出かけ、実践を通して地域の人々に向けて活動している。		
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	地域包括支援センターの参加もあり、地域の方ご家族を含め意見交換を行い、その意見を反映させている。	会議は2ヶ月に1回開催されており、全てのご家族に開催案内を送っており、毎回数人が出席している。意見交換の時間には、食事や健康・医療に関する意見や質問が多く出され、運営に反映されている。	
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	書類の提出など日頃からコミュニケーションを取りながら連携を行っているが、十分とは言えない。	地域包括支援センターとは日常的に連絡を取り合っており、さまざまな意見交換や相談を行っている。	
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	原則身体拘束は禁止である。身体拘束について外部の勉強会に参加したりホーム内での勉強会で職員の意識を高めている。日中に鍵をかけない自由な暮らしを支援する為に、利用者の状態を把握しながら見守りを行っている。	法人で開催される身体拘束委員会に参加し、その内容をホームに持ち帰って勉強会を行い、理解を深めている。外出されそうな利用者には、話をしながら付き添うことで、自由な暮らしを支援している。	

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
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	虐待についての勉強会や外部研修への参加を行いながら随時症例を通して虐待がないかどうかを職員間で注意しながら防止を図っている。		
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	外部研修への参加を行い、ホーム内での勉強会を実施している。		
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	利用者や家族が不安にならない様に、契約や解約の際には、十分な説明を行い、理解・納得をして頂き同意を頂いている。		
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	運営推進委員会や面会の際に意見や要望を出してもらえるように、声かけをしている。また家族アンケートを実施、運営に反映させている。	利用者及びご家族に対するアンケート調査を実施しており、集計結果は運営推進会議で報告している。アンケート結果を基に、ご家族と意見交換を行うこともでき、ホームの運営に活かしている。	
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	毎月の処遇会議やスタッフ会議等で運営に関する職員間の意見交換を行っている。管理者は、運営に職員の意見を反映させるように心がけている。	スタッフ処遇会議の前に、管理者があらかじめ職員から意見を聞いておくこともあり、有意義な意見交換ができるように工夫している。行事の企画運営は職員が担当し、運動会の賞品包装などは利用者と一緒にやっている。	
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回人事考課を実施、自己評価をもとに上司は職能評価を行い、職員の意向や相談を受けながら向上心を持って仕事ができるよう職員の能力に応じて働きかけている。		
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	外部の研修やホーム内での勉強会などへ積極的に参加させ、研修報告会を兼ね、法人内での研修も定期的に参加できる体制を取っている。緊急時の対応や技術面においては随時、想定場面の事例を聞いて迅速に、確実に対応できるよう技術の向上を図っている。		
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	GH研修にて、他GHの利用者処遇対応を知る事で自分たちの利用者に対する関わりを振り返り改善意欲や問題意識を持ちながらサービスの向上に取り組んでいる。		

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
<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	利用者が自分の意見を率直に話せる声かけを始め、本人のペースで生活出来るよう職員は利用者との関わりを大切に信頼関係を築いている。		
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	ホーム見学時から入居に至るまでに居宅のケアマネを含め話し合いの場を設け家族がこれまでに困っていたことやこれから先不安に思うことなど聞きながら安心して入居できるように要望等には傾聴するように努めている。		
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	ショートステイやデイサービスを利用しながら出来るだけ利用者本人の負担を軽減できるよう努めている。		
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	利用者本人の気持ちを第一に考え喜びや悲しみも職員は理解しながら寄り添い共に支え合う関係を築いてい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	利用者の様子や変化を随時家族に連絡しながら利用者の為の協力体制を常にとり家族との良い関係を築けるかんづ教を提供している。		
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	家族はもちろんショートステイ・デイサービスの利用者との交流を大切にしている。また定期的に顔なじみの美容師の訪問もあり、これまでの関係が途切れないよう支援に努めている。	デイサービスやショートステイの利用者との交流を図ったり、入居後にご家族や友人に面会に来てもらうなど、これまでの関係が継続できるように支援している。	
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	利用者同士が一緒に生活する仲間としての受け入れ、支え合えるようにも環境作りにも努めている		
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	入院等でホームを退居されても医療機関への訪問を行い本人の経過を職員間でもきちんと把握し家族からの相談にも応じられるよう努めている。		

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
<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	利用者の希望や意向については日常生活の中で聞き逃さないよう努めている。自分で思いを伝えることが困難な方については簡単な質問や表情、態度から察したり、家族からの情報で把握するよう日頃から心がけている。	日々の関わりの中で利用者の意向をくみ取ったり、意思表示の困難な方の場合、質問を投げかけて、その反応から判断することで、思いを把握するように努めている。	
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	利用者のアセスメント情報を収集して利用者本人を知る事から始めるよう努めている。		
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	利用者の心身の動きや変化をこまめに記録し、出来る事、以前より出来なくなった事を職員が十分把握しながら総合的に支えて行けるよう努めている。		
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	ミーティングや処遇会議で意見を出し合い、1人ひとりの状況を分析し達成出来る限り具体的な計画を作成できるように努めている。	本人の言葉やアンケートの結果も参考にしながら、具体的な介護計画を作成している。毎月のモニタリングと3ヶ月毎の評価により、現状に即した介護計画の見直しが行われている。	さらなる質向上のために、介護計画に基づくサービス内容を、職員が常に確認できる仕組みを検討していただきたい。
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	1日を通して利用者の様子、健康状態、食事量や水分量など個別的に記録し職員間の情報の共有に努め介護計画の見直しに活かしている。また大事なことは周知事項に記録している。		
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	医療管理については、協力病院と委託契約を交わし、日々の健康観察を医師・看護師と連携を取りながら入院の回避、医療処置を行っている。		
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	社協のボランティア登録を利用し話し相手や園外活動のボランティアを受け入れている。夏休み等は、学生のボランティアを受け入れている。		

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
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	利用者、家族の希望する主治医となっている。受診の際は受診記録にて情報交換を行っている緊急時の連絡体制も整っている。	医療機関の受診や訪問診療の際、利用者の日々の状態について情報提供書を作成しており、医師からの指示も記録している。	
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	委託医療機関の看護師による定期的健康観察が行われ、異常の早期発見に努めている。変化が生じた場合は速やかに管理者は報告し、協力病院への連絡体制が整っている。		
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。	入院時の支援や入院後の状態の経過、情報を交換し早期退院が出来る様に努めている。		
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	入居の際、終末期における意向の同意書を作成するが、看取りケアとなった場合、再度話し合い作成する家族の意向があれば、その都度話し合い方針を決めている。	「重度化した場合における対応の指針」を作成してホームの方針を説明している。利用者及びご家族からは、「終末期生活支援に関する覚書」により意向を確認して同意を得ている。	
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	勉強会ミーティングを行ったり、マニュアルを作成し、応急手当や連絡対応など慌てずできる様に心がけている。		
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	スプリンクラーの設置や火災受信機119通報機の設置、年2回の法人全体での消防訓練を行っている。緊急時の応援体制や連絡体制も整っており、訓練後の総評を消防署の方から指導を受けている。	法人全体としての協力体制が整っており、利用者も参加する消防訓練を年2回合同で行っている。通報手順や避難手順、避難ルートなどをわかりやすく示している。災害時の備蓄については、隣接する特養にグループホーム利用者分として3日分が準備してある。	

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>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	声かけや対応については、勉強会を開き、個人を尊重できるような声かけ、対応が出来る様に心がけている。	尊厳や声かけに関する勉強会を開催して、職員全員で理解を深めている。些細なことでも利用者の自尊心を傷つけることがあるということを十分に理解した上で、日々のケアを行っている。	
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	日常生活の中で、入居者の意向を見つけ、入居者自身が決定出来る様に努めている。		
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	その日の天気や体調によって1日のペースが変化しやすいかたもいらっしゃるので、その日をどのように過ごしたらいいかを察しその希望に添えるようにする。		
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	入居者本人に服を見せ、その日着る服を職員と一緒に決めたりすることで、その人らしい身だしなみやおしゃれが出来る様にしている。		
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	食事が楽しみなものになる様に、準備や片づけと一緒にしたり、美味しそうに見える様に見える様な盛り付けの工夫、メニュー紹介などを心がけている。	利用者ができる範囲で配膳や下膳、食器洗いやお盆拭き、下ごしらえ等を職員と一緒にやっている。時には外食に出かけたり、誕生会では好きなケーキを選んでいただくなど、食事が楽しいものとなるように工夫している。	
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	食事量、水分量がなかなかすすまない方には器や盛り付けを工夫したりして、必要量が確保できるように努めている。		
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	残菌のある方には特にブラッシングを行い、不十分な場合には職員が介助している。		

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	トイレの声かけをさりげなく行う事で、排泄への自立を促している。薬が排泄の失敗に影響を与えている可能性が考えられる場合は、医師と連携を取り、支援を行っている。	排泄チェック表を活用することで、個別の排泄パターンを把握して失禁予防に努めている。さらに、オリゴ糖や乳製品を使用して、下剤を使わない自然な排便ができるように支援している。	
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	オリゴ糖やヨーグルトなど、排便を促すような食材を積極的に出すようにしている。適度な運動も取り入れている。		
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	その日の体調や気分に応じて声かけをしたり、入居者の希望を聞くことで、入浴を楽しめる様にしている。	朝、利用者に声をかけて、当日の入浴の希望を確認している。ゆっくり湯船につかったりシャワーで済ませたり、本人の希望や状態に合わせた入浴形態で入浴を楽しんでもらっている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	消灯、起床など入居者に合わせた対応にしている。		
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	投薬時には必ず職員2人で確認し投与している。入居者にも薬の袋を見せ、確認してもらう事で安心感を与える様にしている。		
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	入居者自身の楽しみを理解し日々の生活でそれらを生かせるようにしている。		
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	利用者と職員での外出や散歩を行っている。	月に1回程度、ドライブや外食などで外出する機会を設けている。日常的には、ホームの周囲をはじめ、隣接する特養やデイサービスセンターに散歩をかねて出かけている。	



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
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	個別支援の際など、入居者の理解力、能力に応じて財布を持ち、買い物などの支払いをしてもらっている。		
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	いつでも使用できるよう、ホーム内に公衆電話を設置している。		
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	玄関には、季節の花を飾ったり、廊下には写真や季節の飾りつけをし、あたたかい空間になる様にしている。	広いウッドデッキは各居室から出入りでき、開放的な雰囲気を醸し出している。公園の小道を思わせるような廊下にはベンチやソファが設置され、畳敷きの談話室とともに、居心地の良い空間となっている。	
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	ソファを置いて、他入居者とのコミュニケーションを取ったり1人で過ごしたりと出来る様にしている。		
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	入居者の好きな物を聞き、それを居室に使用する事で、居心地よく過ごしてもらえるようにしている。	居室の壁には、ご家族や行事の写真、馴染みの物が飾られている。入口には暖簾や目隠しを取り付けるなどして、光量の調整ができるように工夫されている。室内のレイアウトは、好みや心身状態に合わせて調整している。	
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	自尊心を傷つけない声かけや対応を心がけている。		

自己評価および外部評価結果

B棟

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	ミーティング、申し送り、スタッフ会議などで、理念を把握し実践しようと努力している。		
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	近隣に、民家、店など少ないが母体の特養などの行事に進んで参加し交流を深めている。		
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	地域の方のホームへの見学時などで認知症の方の理解や支援の方法を説明する様にしている。		
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回開催し、利用者の方の日常生活の様子や健康状態の報告をし、参加者で意見交換し、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に取り組んでいる	事務手続きの為に、出向いたり相談、情報交換をしながら協力関係を築く様にしている。		
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	原則、身体拘束は禁止である。身体拘束についても外部研修に参加し、職員の意識を高めている。		
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待についての勉強会、研修に参加したり、スタッフ会議などで症例を通して防止に努めている。		

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	研修会や勉強会に参加し、日常生活自立支援事業、成年後見人制度について学ぶ機会を設け理解に努めた。		
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	利用者、家族が不安にならないよう十分な説明を行い、納得され同意を得ている。		
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	面会時や運営推進会議、外部評価などでアンケートを取り、意見を伺い、反映させている。		
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	スタッフ、処遇会議、毎日のミーティングなどで職員同士で意見交換し反映させるようにしている。		
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	年2回人事考課を行っている。自己評価をもとに上司が職員の評価をする。また、職員からの意見をもとに運営に反映するようにしている。		
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	外部での研修やホーム内での勉強会に積極的に参加するようにしている。		
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	グループホーム研修に参加し、他グループホームでの利用者への処遇対応を知ることによってサービスの質の向上を目指している。		

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
<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	利用者が意見を話せるよう心がけ、傾聴するよう努め利用者が安心して生活できるように努めている。		
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	入居の見学から入居に至るまでにこれまでの生活で困っていたことや、これからの不安について話せる場を設け、傾聴するよう努めている。		
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	グループホームへすぐに入居するのではなく、ショートステイやデイサービス利用しながら本人の負担軽減に努めている。		
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	本人の思いに寄り添えるようまた理解できるよう話を傾聴している。		
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	月に1度ホームから連絡表や電話にて利用者の様子や変化を随時連絡し家族との協力体制を取っている。		
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	家族、兄弟、近所の方の面会やショートステイ、デイサービス利用者の方との交流を大切にしている。		
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	レクリエーションなどを通して利用者同士と一緒に生活出来る環境作りを努めている。		

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
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	入院等で、グループホームを退居した場合も面会し家族からの相談にも応じられるようにしている。		
<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	利用者の希望を出来る限り聞き入れなじみの暮らしが出来る様に努めている。		
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	利用者の生活歴、趣味などの過去の具体的な情報を聞きそれを記録に残し職員全員で把握する様に努めている。		
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	利用者の心身の動きは、日々変化しているので出来る事、出来なくなっている事を職員が把握しながら支えて行ける様に心がけている。		
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	ミーティングや処遇会議で、モニタリングを行っている。本人・家族や職員の意見を反映した介護計画を作成している。		
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	日々の様子をちょうじゅ入力し気づきや工夫を職員間で情報の共有を図っている。		
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	日々の健康観察を看護師・主治医と連携を取りながら、医療処置を行っている。家族からの要望があれば、病院の送迎や付き添いなどの対応をしている。		

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
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	レクリエーションや話し相手にボランティアなどを利用している。		
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	利用者及び家族が希望する主治医で体調の変化や医療に関する心配な事まで主治医に相談し指示を頂いている。		
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	気がついた事や異常があった時には、管理者に報告している。看護師へ連絡し医師からの指示を受けている。		
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。	利用者の主治医と情報交換を定期的に行い、入院後は病状の経過により早期に退院できるように主治医に働きかけている。		
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	本人又は、家族がホームでの看取りを希望された場合は終末期ケアの在り方について説明を行い家族に出来る事、して頂きたい事など、家族の役割についても触れて説明を行い、同意を受け入れたうえで受け入れている。		
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	勉強会やミーティングに参加し、マニュアルを把握し応急手当や連絡対応等をしっかり出来る様に心がけている。		
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	スプリンクラー、火災受信機、119番通報機を設置しており、緊急時の応援体制、連絡体制を整え、年2回訓練を行っている。		

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
<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	個人情報書類は鍵のかかる机に保管し、プライバシーを損ねない様に対応している。		
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	利用者の意志を尊重し、希望にそって暮せるように努めている。		
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	利用者の体調や希望に応じて、起床時間等、支援している。日中も希望に添える様に声かけを行っている。		
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	季節に応じて、声かけし一緒に服を選んだりしている。髪型は利用者の好みに合わせる様にしている。		
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	入居者の能力に合わせ、調理の下準備等をして頂いている。また旬の食材を使い、行事食や季節感を感じて頂ける様、工夫している。		
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	食事、水分摂取量の記録を行い、体調の変化等、早期に発見できる様に活用している。管理栄養士の助言、指導を受けている。		
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、残歯のある方は、口腔ケアを促しながら介助したり、義歯は夕食後取り外し洗浄したりしている。		

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	排泄チェック表を参考にし、利用者の排泄パターンを把握し、声かけ等でトイレでの排泄を促している。		
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	食材への配慮や、水分を十分に摂る様に声かけをし排便確認や、お薬の調整等に気をつけている。		
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	入浴中は出来るだけ、コミュニケーションを取る様にして、入浴が楽しい時間になる様に心がけている。		
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	個々の生活習慣を尊重しながら安心して休息したり眠れる様に支援している。		
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	誤薬防止の為、服薬前は常に職員2名で薬の確認をしている。		
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	台所の手伝いや洗濯物をたたんでいただくことなど、個々に応じた役割を果たして頂き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	本人の希望を把握して外出できる様に支援に努めている。		



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
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	個別支援の際など、入居者の理解力、能力に応じて財布を持ち、買い物などの支払いをしてもらっている。		
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	希望があれば、本人が電話したり手紙のやり取りが出来る様にしている。		
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	共用空間で会話や食事を楽しめる様に居心地よく過ごせる様に工夫している。		
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	共用空間で自由に楽しく過ごせる様な居場所作りの工夫をしている。		
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	居室は本人の使い慣れたものをたくさん置くようにして、本人が心地よく過ごせる様に工夫している。		
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	建物内部は個々の出来ることに合わせて、安全かつ自立した生活が送れるように工夫している。		

## 目標達成計画

作成日 平成 24 年 8 月 22 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	介護計画(ケアプラン)を職員全員が見たり、把握したり出来る様な工夫ができていない。	職員全員が、介護計画を見る様にし、本人の課題や目標が把握出来、目標達成できた時に共に喜びを味わう事が出来る。	ご入居者の日々の記録(PC管理である)を行う時に、介護計画を表示出来る様にし、介護計画を見ながら、日々のケア及び記録を行って頂ける様にする。	3ヶ月
2	49	毎日の散歩は日課として出来ているが、個別にご入居者のニーズに合わせた外出が十分とは言えない。	ご入居者一人ひとりの要望に沿った、個別的な外出の計画を立て機会を多くする。	本人の「行きたい所」「行ってみたい所」「会いたい人」等、ご入居者の思いをくみ、担当者は計画を立てていく。	6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、行を挿入して下さい。