

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	4670104480		
法人名	有限会社 友星メディカル		
事業所名	グループホーム唐湊の家		
所在地	鹿児島市唐湊三丁目2番4号		
自己評価作成日	平成22年10月1日	評価結果市受理日	平成22年11月22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.kagoshima-kaigonet.com/
----------	---

【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10月19日	評価確定日	平成22年11月15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)】

いつも笑顔で入居者の思いに耳を傾け、ささやかでも希望がかなえられるよう努力している。職員の異動も殆んどなく(17名中15名が3年以上の勤続者である)馴染みの関係もできており、戸外へ出かけ季節を感じたり、食事やレクリエーションを職員も一緒に楽しんでいる。また、車椅子の方も、散歩や買物に出かけホームに閉じこもることなく地域や家族と共に支え合い楽しく暮らしている。

【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)】

ホームの近辺には、スーパーやコンビニ、銀行、幼稚園、大学の学生寮等があり、活気のある生活環境に恵まれている。町内会の行事やお祭りには利用者も地域の一員として参加するなど、地元の人々との交流が盛んに行われている。また、近くの寮に住む大学生とは長年交流が続いており、外出時のボランティア協力やホーム行事への参加に加え、災害時の避難活動に対する協力体制も築かれている。健康管理の面では、協力医療機関や訪問看護ステーション、協力歯科医院等による支援体制が充実しており、利用者及びご家族にとって大いに安心できるホームである。

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。(グループホーム 唐湊の家-1階)

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				

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	4670104480		
法人名	有限会社 友星メディカル		
事業所名	グループホーム唐湊の家		
所在地	鹿児島市唐湊三丁目2番4号		
自己評価作成日	平成22年10月1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	http://www.kagoshima-kaigonet.com/
----------	---

【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	

【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)】

--

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。(グループホーム 唐湊の家-2階)

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

グループホーム 唐湊の家(1階)

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	毎朝理念を全員で唱和したりミーティング時に地域密着型サービスの意義を確認し合える場を設けたり年1回理念について振り返る機会を設け理念を意識しながらケアを行うように努めている。	日常的な理念の唱和やミーティング時の話し合いに加え、年に1回、全職員に対して理念の振り返りを目的としたアンケートを実施している。これらを通して、管理者及び職員は、お互いに理念を共有しながら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	町内会の一員として資源活動や夏祭り・おはら祭り等へ利用者と一緒に参加している。日頃から近所への買物・散歩時に挨拶を交わしたり、ボランティアを通じて学生や主婦と交流している。事業所の行事へも地域の方が参加して下さっている。	職員及び利用者は、資源回収や敬老会、夏祭り等に参加したり、町内会の一員として市の祭りに参加するなど、地域とのつながりを持ちながら生活している。また、利用者の中には近隣の出身者も多く、地域の方々がよく来訪される。	
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	運営推進会議を通じて認知症ケアについて話をしている。また人材育成の貢献として実習生の受け入れも行っている。		
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	地域の方から町内会の行事予定(資源回収等)を教えていただいたり地域との交流や事業所として地域に貢献出来る事はないか等提案・意見交換を行っている。又利用者の状況や活動報告・苦情相談・事故報告・評価の報告も行っている	会議は、定期的に年6回開催しており、多くのご家族や民生委員、町内会長、地域包括支援センター職員等が参加している。地域行事へのお誘いや、避難誘導時の参考となる利用者毎の身体状況を示す目印の件など、多くの提案や意見交換が行われ、サービスの向上に活かされている。	
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	年1回相談員の受け入れをしている。又入居待機者の報告・生活保護課への相談・報告、介護保険課への事故報告を行っている。	定例的な介護相談員の受入れや生活保護課との連携、地域包括支援センターとの空き状況の情報共有等を行いながら、行政との協力関係を築いている。	
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	毎月身体拘束についてマニュアルに添って確認し合い意見交換も行っている。日中は玄関は施錠せず、センサーにより出入りを見守り自由に家庭菜園を見に行ったり玄関先で外の空気を感じられるように自由な暮らしを支援している。	勉強会をはじめミーティングの中でも、日々のケアで身体拘束に該当する行為が無い意見交換しながら、身体拘束を行わないケアに取り組んでいる	
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	毎月日々のケアの中で虐待について振り返る機会や他事業所などでの事例を確認したりして意見交換を行っている。外部への研修参加や勉強会を通じて虐待の意味を理解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	内部研修にて職員の理解を深めるようにしている。現在、地域福祉権利擁護事業を活用されている入居者もおられる。		
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	入居契約前は利用者本人やご家族に直接会い話をし不安や疑問・思いを伺い又事業所を見学していただき雰囲気や状況を理解・納得した上で入居を進めるようにしている。契約時は重要事項説明書に基づいて十分な時間をとり説明している。		
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	ご家族には意見箱を設置したり、面会時常に問いかけ何でも言って貰える雰囲気作りを努めている。利用者は日々の生活の中で思いを受け止め、意見や要望があった場合は職員間で話し合い運営に反映させている。	ご家族の面会時や行事の際に、担当者や管理者が中心になってご意見を伺うように努めている。遠方のため頻繁に面会に来られないご家族には、電話等で近況を報告し、ご意見を伺うように工夫している。外出の希望や医療機関の受診支援については、利用者やご家族の希望に添えるように取り組んでいる。	
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	日頃からコミュニケーションを図り些細な事でも話せる関係性を築いている。申し送りやミーティング時等意見を聴くようにし、又年1回の個々の反省や抱負なども参考にし運営に反映できるように努めている。	運営者及び管理者は、職員の法人内異動や退職を少なくするよう努力しており、多くの職員が開設以来長年にわたり勤務している。その結果、円滑なコミュニケーションが図られ、運営に関する意見や提案が多く出されている。職員個々の仕事に対する反省や目標設定事項の中から、ホームの運営に反映させる取り組みも行っている。	
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	職員の資格取得に向けた支援を行っており、個々の努力や実績・資格取得に応じて昇格・手当を支給等の処遇改善や代表者も含めた親睦会で意見交換ができる機会を設け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	個々の反省や抱負をもとに外部研修の案内や内部研修を行っている。新人研修計画・年間研修計画を立て資質の向上に努めている。外部研修参加後は全体ミーティングで報告し全職員が共有できるようにしている。		
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	管理者は同業者が集まる管理者会議に参加し、交流・意見交換を行っている。他の事業所と合同で畑作りやスポーツ大会を行い職員が入居者と共に交流できる機会を設け質の向上・相互関係性の継続がスムーズに行えるようにしている。		

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
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	入居前に自宅や施設に出向き必ず本人と直接お会いして話しをし、本人が置かれている状況や不安を受け止める努力をしている。また本人にホームに足を運んでいただき一緒にお茶をのんだりしてホームの雰囲気を見ていただいている。		
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	本人が置かれている状況や経緯を踏まえ繰り返し話しをすることで家族が何を求めているかを受け止め事業所の運営理念やサービスを実際に見ていただき信頼関係を築く努力をしている。		
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	本人、家族の現況・思いを受け止め状況に応じて他のサービスを紹介したり、早急な対応が必要と思われるときは他の事業所への紹介をしている。		
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	利用者に方言や昔からのならわし、食材の調理の仕方などを教えていただき感謝の言葉を伝えるようにしている。また畑作りなど協働で行い、野菜の植え方・育て方等を教えていただき収穫まで一緒に楽しんでいる。		
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	ご家族には日々の生活ぶりや身体状況など小まめに報告を行うようにし、電話での報告時は入居者に代わって直接話しをしていただいたりしている。また行事の時は声をかけ一緒に参加していただいている。		
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	誰でも気軽に立ち寄れる雰囲気作りを行っており、近所の友人が婦人会などの帰りに寄ってくださる。近所のスーパーへ買物に出かけたり、散歩をし顔なじみの方に出会える機会を作ったり、ご家族への面会も一緒に同行したりしている。	日常的に近所のスーパーへ買物に出かけたり、行きつけの美容院を利用するなどして、馴染みの関係が維持できるように支援している。また、ご家族への面会の支援も行っている。	
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	毎日の食事は一緒に摂る様にし利用者同士の関係性を把握し状況に応じて席替えをしたり、会話の間に入って関係性が上手くいくように努めている。		
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	長期療養のため入院となり退去された方のお見舞いに行ったりその後の生活の為の相談に応じたり他施設を紹介するなどして支援に努めている。		

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
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	家族や本人とのコミュニケーションを深め家族との面会時の会話や本人が日常生活の中で発する言葉や表情、行動などを観察し意向や思いを受け止め「したい事、して欲しい事」ノートを使用し全員で共有し実現できるよう努めている。	利用者本人やご家族との会話の中から、意向を把握するように努めている。直接的に思いを表現されない利用者に関しては、日頃の言動から些細なサインを見逃さず、「したい事、して欲しい事」ノートを活用して、職員間で情報を共有しながら本人本位のケアに努めている。	
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	入居時のアセスメントシートを利用したり、ご家族や地域の方に話を聴いたり、本人の会話の中で見つけ把握している。		
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	食事や家事、レクレーションなど一緒に行いながら現状を見極め、アセスメントシートや身体状況表等によって現状把握に努めている。		
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	アセスメントシートに職員全員で気づきを記入しミーティングで現況や問題点、ケアの方法等意見を出し合い介護計画の作成へつなげている。また面会時や電話での現況報告時には家族の要望を聞き本人も含め意見交換を行っている。	3ヶ月毎のモニタリング、及び6ヶ月毎の評価見直しを行っている。日頃からセンター方式のアセスメントシートを使い、それぞれの職員が気付いた事を記入し、利用者及びご家族の意向を把握しながら、かかりつけ医の意見も参考にして介護計画を作成している。しかし、長年入居している利用者やご家族からの希望や要望がなかなか表出されず、計画がマンネリ化していることも運営推進会議で議題となり検討中である。	利用者一人ひとりがより良く暮らし続けるために、個々の課題やケアのあり方、本人やご家族の意向等を反映させた介護計画を作成することは極めて重要である。長期間の利用によりマンネリ化した感はあるが、利用者本位の生活実現のために、あらためて必要な関係者による話し合いを行っていただきたい。
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	介護サービス実施記録に日々の気づきや実践を記入し申し送りノートや朝の申し送り・ミーティングで情報を共有している。また身体状況表や医療の記録も職員が確認することとなり状況把握している		
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	受診支援やドライブ、外食、外出など本人の希望やご家族の状況に応じて柔軟に対応している。入院時ご家族に代わり洗濯物や食事介助の支援、送迎なども行っている。またご家族の宿泊・食事などについても対応している。		
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	災害時は近隣の学生との協力体制が出来ており担当分遣隊の指導の下、避難訓練にも参加していただいている。また事業所の行事を公民館で行い地域の方も参加下さり、学生ボランティアと共にお菓子作りやレクレーションも行っている。		

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
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	本人やご家族の希望のかかりつけ医となっている。協力医の受診支援やご家族の状況や希望に応じて以外の受診についても支援しご家族への報告を行っている。状況に応じてご家族の同行も頂き適切な医療を受けられるようにしている。	利用者及びご家族が希望されるかかりつけ医となっている。協力医療機関を中心とした受診支援に加え、年1回脳外科の医師による認知症の診断等も欠かさず行われている。他科受診等の支援は、日頃の状態を十分把握している管理者が付き添うことが多いが、結果は随時ご家族に報告している。また、必要な場合はご家族の同行も得ながら、適切な医療を受けられるように支援している。	
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	ホーム内の看護師を中心に入居者の健康管理を行っている。協力医の看護師や訪問看護師にもいつでも相談し、助言を受けられる関係作りが出来ている		
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。	入院時は本人の状況や支援方法等の情報を医療機関へ提供し面会等を小まめに行い本人の状態を確認したり経過を主治医や家族と直接話をしたりして速やかな退院支援につなげている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	「重度化や終末期における介護指針」を作成し入居時や状況に応じて説明や話している。基本的には看取りはしないこととしているが、本人や家族の思い、家族や医療機関の協力体制を踏まえ現実的な方針を繰り返し検討し可能な場合、安心して最期を迎えられる様皆で協力し支援している。	「重度化や終末期における介護指針」を作成しており、入居時及び状況に応じて、適宜ご家族に対する説明や話し合いを実施している。基本的には、医療的処置が必要無く、食事が摂れる利用者に対して、本人やご家族の希望に添って協力医療機関や訪問看護と連携した看取りを行っている。	
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	職員に応急手当普及員があり、殆どどの職員が普通救命講習を受講し応急手当や初期対応が出来るようにしている。またマニュアルに添って定期的に振り返り練習しながら実践力を付けている。急変時はホットラインを利用し支援している。		
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	担当分遣隊の指導の下、近隣の学生・入居者・職員で年2回避難訓練を行っている。地震や水害等の災害時の対応についてもアドバイスをいただいている。緊急連絡カードや持ち出し簿の作成、非常用の飲料水・備品の確保もしている。	地域を担当する分遣隊の指導の下、夜間想定を含めて年2回の避難訓練を実施している。また、地震や風水害時の対応に関してもアドバイスを受け、日頃から備えている。地域との協力体制についても、近くの学生寮や隣のタクシー会社等を中心に連携を図っている。	

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
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	倫理綱領や行動指針、プライバシー保護マニュアルに添って行動や思いの振り返り、勉強会を行っている。馴れ合いによる言葉遣いや心無い言動など気づいた時に注意し合っている。	利用者の人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねないような言動を心がけており、日頃から勉強会を開催して振り返りを行っている。	
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	入居者と一緒に献立を考えたり、行事や外出、入浴の希望など本人の思いに添ってできるだけ支援している。また会話の中で思いや希望を言える雰囲気作りに努めている。		
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	起床・就寝時間、朝食・入浴時間などは自由であり個々に過ごしておられる。外出や買物・外食などすぐに対応できるように努めている。すぐに対応できない時はしたい事ノートに記入し職員が把握し対応している。		
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	洋服は自分で選んで頂き、洋服や帽子等の買物へも職員と一緒に出かけている。また化粧品の購入や希望の美容院への送迎支援も行っている。また、地域の民生員さんの訪問理容も継続的に来て頂いている。		
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	野菜作りや収穫を一緒に行い、調理法等を教えていただきながら食事に取り入れている。個々の力量にあわせて買物から調理、片づけまで一緒に行っている。誕生日には本人の希望を聞き好みの物を提供し食事を楽しんでいただいている。	菜園で野菜作りや収穫を行ったり、利用者それぞれの力量に合わせて調理や配膳、後片付けや食器洗い等を一緒に行いながら、食事が楽しみなものとなるように支援している。	
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・水分の摂取状況を毎日チェック表に記録し摂取量に応じてジュースやゼリー、経口栄養剤などによって一定量を確保出来るように支援している。定期的な受診や体重測定、BMIの測定をし状態の確認を行っている。		
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	毎食後口腔ケアを行っている。定期的に歯科受診し口腔内のチェックをしていただいている。また西歯科の協力で勉強会に入居者と一緒に参加し個々にあわせた口腔ケアの指導も受けている。		

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
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	24時間の焦点シートの活用で排泄パターンを把握したり、個々の排泄サインや行動をみながら排泄の誘導や声掛けを行っている。全介助の方もトイレを使用し気持ちよく排泄できるように支援している。	『24時間焦点シート』を活用しながら、利用者毎に排泄の際のサインや行動、パターン等を把握し、必要に応じてさりげなく声掛けや誘導を行うなど、自立に向けた支援を行っている。	
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	繊維質の多い食品や乳製品等を食事に取り入れたり水分摂取量の確保に努めている。ラジオ体操や歩行運動の声をかけ行っているが身体的能力の低下により運動が十分に出来ているとは言えない。主治医と協力し服薬調整を行っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	曜日や時間を決めず入りたいと思うときにいつでもゆっくり入れるように支援している。本人の好みのシャンプーを使用したり、ゆず湯にしたりして入浴を楽しんでいただいている。	時間や曜日は決めず、利用者の希望に応じた入浴に対応している。回数にも制限は無いが、入浴を拒む方も多く、気持ち良く入って貰うために好みの入浴グッズを利用したり、声掛けのタイミングを工夫するなどして清潔保持に配慮している。	
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	個々の状態に合わせた寝具を使用し室温の調整や就寝前に暖かい飲み物と飲む等して心地よく眠れるように支援している。また個々の体調や希望を考慮し昼寝をしていただいている。		
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	内服薬ファイルを使用し効能や副作用などを職員が把握できるようにしている。処方の変更があった時は申し送りを行い状態の観察をしっかりと行い状況によっては医療機関に相談・報告を行っている。		
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	買物・調理・洗濯物たたみ・畑作り等個々の能力や得意分野について力を発揮できるように支援し感謝の言葉を伝えるようにしている。希望に添ってお酒を飲んでいただいたり行事等利用者の希望を聞きながら行っている。		

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
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	本人の希望によって近所のスーパーにお菓子や海苔・花など好きな物を買に行ったり、おやつや食事等を食べに出かけたりしている。また、近所にクリーニングを出しに行ったり散歩をしたりして地域の方と話しが出来るように支援している。	近所のスーパーやクリーニング店に出かけたり、外食や散歩などで日常的に外出する機会を設けている。また、年に2回はホーム全体の行事として外食を楽しむこともある。外出しない場合も、3時のお茶を屋外で楽しんだり、バーベキューをするなど、極力戸外に出るように働きかけている。	
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	以前は個々に財布を持ち買物へ出かけていたが能力や状況の変化によってホームで管理を行っている。買物に行く時は個々の財布を持って出かけられるように支援している。		
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	希望に応じて電話をかけたり、遠方のご家族や面会の少ないご家族には電話で話しが出来るように支援している。		
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	リビングや廊下の飾りつけ等入居者と一緒に季節に合わせて飾り付けを行ったり、花を飾ったりしている。玄関先に椅子や縁台を置いて外を眺めたり、金魚の世話をしながら眺めたりしてゆっくり過ごしていただいている。	エントランスや居間、廊下などは明るく十分な広さがあり、換気や清掃も行き届いている。また、季節の花々や飾り物が随所にしつらえてあり、居心地の良い共用空間となっている。	
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	和室にソファを置いたり、玄関周りに椅子や縁台を置き個々にゆっくり過ごせるような環境づくりを行っている。外の畑も見に行かれたりされ自由に過ごせるようにしている。		
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	家族の写真や思い出の写真、パッチワーク・花等を飾られたりテレビや冷蔵庫・雑誌を置いたり、大切にしていた位牌を持ち込んで手を合せたりされる方もおられ心地よく過ごせるように支援している。	利用者が使い慣れたタンスや家電製品、趣味の骨董品や位牌等が持ち込まれ、絵画やパッチワークも飾られた居心地の良い居室となっている。	
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	椅子にぬいぐるみを置いたり、トイレやお風呂場は目印やのれんをかけたりにわたりやすくしている。身体の状態や体調にあわせベッドをかえたり、手すりを設置するなどして安全に行動できるようにしている。		

自己評価および外部評価結果

グループホーム 唐湊の家(2階)

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	毎朝理念を全員で唱和したりミーティング時に地域密着型サービスの意義を確認し合える場を設けたり年1回理念について振り返る機会を設け理念を意識しながらケアを行うように努めている。		
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	町内会の一員として資源活用や夏祭り・おはら祭り等へ利用者と一緒に参加している。日頃から近所への買い物・散歩時に挨拶を交わしたり、ボランティアを通して学生や主婦と交流している。事業所の行事へも地域の方が参加して下さっている。		
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	運営推進会議を通じて認知症ケアについて話をしている。また人材育成の貢献として実習生の受け入れも行っている。		
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	地域の方から町内会の行事予定(資源回収等)を教えて頂いたり地域との交流や事業所として地域に貢献出来る事はないか等提案・意見交換を行っている。又利用者の状況や活動報告・苦情相談・事故報告・評価の報告も行っている。		
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	年1回相談員の受け入れをしている。又入居待機者の報告・生活保護課への相談・報告・介護保険課への事故報告を行っている。		
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	毎月身体拘束についてマニュアルに添って確認し合い意見交換も行っている。日中は施錠せず、センサーにより出入りを見守り自由に家庭菜園を見に行ったり玄関先で外の空気を感じられるように自由な暮らしを支援している。		
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注意を払い、防止に努めている	毎月日々のケアの中で虐待について振り返る機会や他事業所などでの事例を確認したりして意見交換を行っている。外部への研修参加や勉強会を通じて虐待の意味を理解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	内部研修について職員の理解を深めるようにしている。現在、地域福祉権利擁護事業を活用されている利用者もおられる。		
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	入居契約前は利用者本人やご家族に直接会い話をし不安や疑問・思いを伺い又事業所を見学して頂き雰囲気や状況を納得した上で入居を進めるようにしている。契約時は重要事項説明書に基づいて十分な時間をとり説明している。		
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	ご家族には意見箱を設置したり、面会時常に問いかけ何でも言って貰える雰囲気作りに努めている。利用者の日々の生活の中で思いを受け止め、意見や要望があった場合は職員間で話し合い運営に反映させている。		
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	日頃からコミュニケーションを図り繊細な事でも話せる関係性を築いている。申し送りやミーティング時等意見を聴くようにし、又年1回の個々の反省や抱負なども参考にし運営に反映できるように努めている。		
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	職員の資格取得に向けた支援を行っており、個々の努力や実績・資格取得に応じて昇格・手当を支給等の処遇改善や代表者も含めた親睦会で意見交換ができる機会を設け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	個々の反省や抱負をもとに外部研修の案内や内部研修を行っている。新人研修計画・年間研修計画を立て資質の向上に努めている。外部研修参加後は全体ミーティングで報告し全職員が共有できるように努めている。		
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	管理者は同業者が集まる管理者会議に参加し、交流・意見交換を行っている。他の事業者と合同で畑作りやスポーツ大会を行い職員が入居者と共に交流できる機会を設け質の向上・相互関係性の継続がスムーズに行えるようにしている。		

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
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	入居前に自宅や施設に出向き必ず本人と直接お会いして話しをし、本人が置かれている状況や不安を受け止める努力をしている。また本人にホームに足を運んで頂き一緒にお茶を飲んだりしてホームの雰囲気を見て頂いている。		
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	本人が置かれている状況や経緯を踏まえ繰り返し話をすることで家族が何を求めているかを受け止め事業所の運営理念やサービスを実際に見て頂き信頼関係を築く努力をしている。		
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	本人、家族の現況・思いを受け止め状況に応じて他のサービスを紹介したり、早急な対応が必要と思われるときは他の事業所への紹介をしている。		
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	職員は常に利用者一人ひとりその人らしい尊厳ある姿を大切に、暮らしの中で利用者の方々には得意分野で力を発揮する場面が多くお互いを支えあう関係性が自然に見られる。		
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	ご家族には日々の生活ぶりや身体状況などこまめに報告を行うようにし、電話での報告時は利用者に代わって直接話をして頂いたりしている。また行事の時は声をかけ一緒に参加して頂いている。		
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	以前、入院していた病院関係者や近所の知人の面会がありコミュニケーションをとって関係が維持できるように努めている。又、馴染みの場所に行き大切な人に会え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	独語や難聴の方など孤立しやすい利用者同士の関係を把握して、スタッフが間に入り支え合うような関わりをしている。		

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	長期療養のため入院となり退去された方のお見舞いに行ったりその後の生活の意の相談に応じたり他施設を紹介するなどして支援に努めている。		
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	利用者とコミュニケーションを図り、希望・要望のノートを作り、できる事から実践している。困難時、チームで意見交換をしている。		
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	本人や家族、又、他施設からの情報を集め、職員間でアセスメントシートに記載し把握している。		
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	生活リズム、バイタルサイン、表情、言動等を把握し今できる事を大切にして維持できるように努めている。		
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	介護計画について本人、家族、チーム間で話し合い、それぞれの意見を反映してよりよいプランを作成している。		
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	チームでケアプランの結果を見直しして、より良い介護計画が実践できるように個別に記録している。		
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	本人や家族の状況に応じてその時々ニーズに対して、それぞれのプランに柔軟性をもたせ事業所として個々に沿ったサービスに取り組んでいる。		

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
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	災害時は近所の学生との協力体制が出来ており担当分遺隊の指導の下、避難訓練にも参加して頂いている。また、事業所の行事を公民館で行い地域の方も参加下さり、学生ボランティアと共にお菓子作りやレクレーションも行っている。		
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	本人や家族が希望するかかりつけ医となっており状況に応じて受診や送迎の支援も行っている。又、協力医療機関については職員が代行することが多くその都度、結果を家族に報告している。		
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	ホーム内の看護師を中心に利用者の健康管理を行っている。協力医の看護師にもいつでも相談し、助言を受けられる関係作りが出来ている。		
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。	入院時には本人の看護・介護サマリーを医療機関に情報提供し、頻りに職員が他の利用者と一緒に見舞っている。又、なるべく早く退院できるよう医療機関や家族とも情報交換や相談を行っている。		
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	「重度化や終末期における介護指針」作成し利用者や状況に応じて説明や話をしている。基本的には看取りはしないこととしているが、本人や家族の思い、家族や医療機関の協力体制を踏まえ現実的な方針を繰り返し検討し可能な場合、安心して最期を迎えられるよう皆で協力し支援している。		
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	職員に応急手当普及員がおり、殆どどの職員が普通救命講習を受講し応急手当や初期対応が出来るようにしている。またマニュアルに添って定期的に振り返り練習しながら実践力を付けている。急変時はホットラインを利用し支援している。		
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	担当分遺隊の指導の下、近所の学生・利用者・職員で年2回避難訓練を行っている。地震や水害等の災害時の対応についてもアドバイスを頂いている。緊急連絡カードや持ち出し簿の作成、非常時の飲料水・備品の確保もしている。		

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
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	周囲の方にも配慮し排泄などプライバシーを確保し一人ひとりを尊重した言葉づかいを心掛けている。		
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	外出や行事・食事の献立など出来るだけご希望に沿えるように雰囲気作りに努めている。		
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	起床・就寝時間や食事・外出等に関しては自由であり、その時の本人の気持ちを尊重して支援を行っている。		
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	本人希望により家族の方が髪を染めたり、なじみの民生委員さんの訪問理容や本人が希望する美容室に行ったりしている。本人主体で身だしなみを整えられるよう支援し個々におしゃれを楽しんでおられる。		
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	利用者と野菜作りや収穫をし食事の下ごしらえや一緒に調理が出来るように工夫している。利用者と職員は同じテーブルを囲みBGMなどをかけながら楽しくゆっくり食事が出来るように努めている。		
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	一人ひとり食事・水分摂取状況を毎日チェック表に記録しチームが情報を共有している。水分・栄養が足りていない利用者に対しては栄養補助食品や好みの食品で補っている。		
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	定期的に歯科受診をし指示を受け口腔ケアの重要性を理解し毎食後に声かけ行い、口腔ケアをしている。又、介助が必要な方は一人ひとりの力に応じて介助を行っている。		

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	声かけする事で排泄の意識を高めてもらうと共に、その方の排泄パターンを把握し、行動から出るサインを見つけて誘導する事でトイレでの排泄をしている。		
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	食事に乳製品や野菜を中心に取り入れ、運動をする機会を設けている。運動量が少ない場合、個々に行っている。排便の状態を把握し、下剤の調整等を医師と連携している。		
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	入浴希望に沿えるようにし、リラックスしてゆっくりと会話を楽しめ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	なるべく日中の活動を促し、生活環境を整えるように努めている。又、その日の体調に合わせて個別にベッド、ソファ等の休憩を取り入れている。		
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	ファイルを作成し、全職員が薬の作用等を把握できるようにしており変更があった時は申し送っている。又、服薬後の状態も確認している。		
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	役割がある事で責任感や自信をもたれ自ら取り組まれている方や絵画や彫刻の趣味を楽しんでいる方もおられる。遠出の外出や地域の行事に参加する機会を設けている。		
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	希望に沿った外出と年間行事で計画した外出をしたりと職員で話し合いをしながら行きたい場所へ出掛けられるようにしている。又、地域や家族の協力を頂きながら支援している。		

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	家族の協力を得て自分の財布にお金を持っている方もいる。利用者の希望や力量に合わせて支援を行っている。		
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	家族や親族に電話をかけたい時はホームの電話を自由に使用して頂き、暑中見舞いのハガキなど書きたい人に送れるように支援している。		
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	季節の花や置物を置いて季節感を感じられるように利用者の方と手作りした物を飾っている。又、対面キッチンになっており台所から調理をする音や匂いを自然に感じている。ゆず湯・日光浴・バーベキュー・桜餅や鍋料理等で季節感を味わえる工夫をしている。		
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	テレビの前にソファを置いたり廊下に長椅子を置く事で思い思いに座っておられくつろげるスペースを作っている。		
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を活かし、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	本人が居心地よく居室で過ごせるよう使い慣れた物や飾りつけしている。家具の配置等を工夫し常に清掃、清潔に配慮している。		
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	トイレは分かりやすいように絵など目印をつけたり廊下はいつ休んで頂いていいように椅子を置いたりしている。一人ひとりの力や理解を把握して安全に自立して暮らせる工夫をしている。		

目標達成計画

作成日: 平成 22 年 11 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	48	色々な活動に自ら参加される方とあまり参加されない方がおられる。⇒職員の関わり方や工夫が足りないのでは？。職員側で出来ないだろう、してくれないと決め付けてしまっていることがあるのではないかと。個人の能力や可能性を見極めていく必要がある。	一人ひとりの出来ることやその日、その時の状況を見極めて出来ることを一つずつでも増やしていくことができる。(無理強いをせず、やりがいをもってすることができる。)	関わり方や手法の創意工夫を行う。アセスメントシートや個別サービス記録を活用し、出来ることを見極め職員間の意識を高める。	8 ヶ月
2	19	ご家族に対して、非日常的な事に関しての情報伝達はほぼ出来ているが、日常的な支援内容や本人の状態が上手く伝えられたいなかったり、ご家族の本人に対する思いの強さや、職員によっても受け止め方が違ったりして、情報の共有部分に差が生じてしまっている。	日常的な支援内容や本人の状態を定期的に連絡したり、状況変化時の連絡・面会時の連絡などの方法を統一しご家族と情報を共有する。また職員は常に本人の状況や状態を共有し、だれでも明確に状態報告が出来るようにする。	かわら版や身体状況表・個別記録などを利用し報告のあり方を明確化する。個別サービス記録の内容の見直しを行う。またご家族の思いや不安を把握する為にアンケートを行ったり、担当者会議の内容の再確認・公開などを行う。	6 ヶ月
3	26	長年入居している方や状態変化の少ない方の介護計画が利用者やご家族からの希望や要望がなかなか表出されず、マンネリ感がある。	利用者一人ひとりがより良く暮し続ける為に個々の課題やケアのあり方、本人やご家族の意向等を反映させた介護計画を作成する。	運営推進会議で取り上げたり、包括の指導を仰いだりする。上記2課題の達成に対しての取り組みの中から、活用できる物をヒントにしチームで検討しながら、個別の計画作成へとつなげていく。	10 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。