

## 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	4670105115		
法人名	有限会社 鹿児島メディカル		
事業所名	グループホームあらた		
所在地	鹿児島市荒田1丁目51番14号		
自己評価作成日	平成22年9月22日	評価結果市受理日	平成22年11月19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.kagoshima-kaigonet.com/">http://www.kagoshima-kaigonet.com/</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	鹿児島市真砂町34番1号 南光ビル303号		
訪問調査日	平成22年10月8日	評価結果確定日	平成22年11月5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)】

利用者の意思決定を尊重し、その人らしい暮らしを大事にしている。利用者、家族、職員の連携がとても良好な関係である。認知症の中核症状を理解して、日々向き合っているためBPSD(心理、行動障害)を出さないケアを実践している。災害時、特に夜間帯の人員配置が希薄なため「地域の力」の協力が得られて、強力な体制が確立されている。小学校、地域住民への認知症理解の普及活動を積極的に実施し地域との密着度も高い。

### 【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)】

市の中心部に位置するホームは、玄関前にベンチを置いて行き交う人々が休憩できるようにしたり、住民が避難訓練に参加するなど、地域との良好な関係が築かれている。掲示板では地域へ向けて様々な情報を発信しており、認知症サポーター養成講座の開催なども積極的に行っている。日常のケアにおいては、一人ひとりの個別性を考慮して、「できること できないこと」を検討しながら、状態に合わせた支援が行われている。母体となる医療機関が近接しており、日々の健康管理や重度化への対応など、医療面の支援体制も充実している。

## 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。(グループホーム あらたー2Fあじさい)

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	4670105115		
法人名	有限会社 鹿児島メディカル		
事業所名	グループホームあらた		
所在地	鹿児島市荒田1丁目51番14号		
自己評価作成日	平成22年 9月22日	評価結果市受理日	平成22年11月19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.kagoshima-kaigonet.com/">http://www.kagoshima-kaigonet.com/</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	鹿児島市真砂町34番1号 南光ビル303号		
訪問調査日	平成22年10月 8日	評価結果確定日	平成22年11月5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)】

利用者の意思決定を尊重し、その人らしい暮らしを大事にしている。利用者、家族、職員の連携がとても良好な関係である。認知症の中核症状を理解して、日々向き合っているためBPSD(心理、行動障害)を出さないケアを実践している。災害時、特に夜間帯の人員配置が希薄なため「地域の力」の協力が得られて、強力な体制が確立されている。小学校、地域住民への認知症理解の普及活動を積極的に実施し地域との密着度も高い。

## 【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。(グループホーム あらたー3Fひまわり)

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)	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)	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)	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)
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)	66	職員は、生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)	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)	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)		

## 自己評価および外部評価結果

グループホーム あらた(2Fあじさい)

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>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	地域密着型サービスの意義を捉えた独自の理念をつくり理念は飾りではなく、日々のケアに実践する重要性を職員は認識し実践に繋げている。	ホームの役割を踏まえた基本理念及びケア理念をつくり、玄関やステーションに掲示することで、いつでも確認できるようになっている。理念に基づくケアの方法をケアプランに反映しており、日々の実践に繋げている。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	事業所は孤立することなく、地域住民の一員として町内会に加入しクリーン作戦にも参加。幼稚園、小学校との交流も開設時から続いている。日常の散歩では地域の人達と挨拶を交わして話をしたりしている。	利用者と近隣の公園へ散歩に出かけ、地域住民との会話を楽しんでいる。また、小学校の運動会に出向いたり、幼稚園児との交流会を開いてレイや手紙をプレゼントされるなど、子供たちとの交流が盛んに行われている。防災訓練や運営推進会議の際には、地域住民の参加がある。	
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、地域住民に認知症サポーター養成講座を開催し、地域ケア会議で認知症ケアについて話し、相談も受けている。地域の福祉委員として活動している。		
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	会議で運営、利用者の暮らしぶりなど報告、課題をテーマとして検討し幅広い意見をいただく。時期によっては自己・外部評価を通しての意見交換。委員からの貴重な意見はケア現場に落とし、向上に繋げている。	運営推進会議には、利用者やご家族代表、地域代表、行政担当者に加えて、警察や消防からの参加もあり、ホームの検討課題について多くの立場から意見が出されている。提案や要望、検討事項等については積極的に取り組み、経過や結果の報告を行い、サービス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	事業所の運営に関すること、運営規定の改正、自己・外部評価を届け密な市との連携を図っている。市の介護相談委員の来訪も歓迎している。	年に1~2回、介護相談員を受け入れている。市が主催する研修会には積極的に参加し、意見交換の機会を設けている。また、市の担当者とは連絡を密にしており、報告や相談を行うなどして連携を深めている。	
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	内外研修で基準も含め拘束が及ぼす影響も理解し、利用者の尊厳ある生活を問いながら、開設以来、身体拘束ゼロである。身体拘束廃止委員会も定期的に開催、ミーティングで報告し職員の意識の継続を図っている。	日中は鍵をかけることなく、自由な暮らしを支えている。「身体拘束・高齢者虐待防止委員会」を設置しており、マニュアル作成や職員研修を実施している。さらに、日々の声かけについて、心理的側面からの検討会を開くなど、身体拘束をしないケアに熱心に取り組んでいる。	
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	内部研修で高齢者虐待防止法も学び、身体拘束廃止委員会とドッキングし定期的に委員会を開催し特に心理的虐待(言葉による虐待)は事例を通して、スタッフの言葉かけはどうなのか?振り返りを習慣化し委員会で検討して防止している。		

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
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	権利擁護の内部研修に参加し、制度の理解につなげている。利用者で制度を利用される対象は現在いない。		
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	重要事項説明を重視し、例えば料金、支払い法、リスク、医療連携体制など利用者、家族が安心して契約につなげるよう懇切丁寧に説明をしている。		
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	相談窓口を明記し、意見箱も気兼ねなく書ける環境であり、意見を出し安い雰囲気(信頼・関係性など)づくりを心掛けている。ご意見などは運営推進会議にも提示し意見をいただく。意見、要望など定期的に改善、対応策を文書にして開示している。	玄関に意見箱を設置している。利用者やご家族から出された意見や苦情に関して、三か月に一回の検討会議を開き、改善へ向けて積極的に取り組んでいる。さらに、アンケートを実施したり、行事に合わせてご家族との意見交換会を開催するなど、意見や要望を聞く機会を設けている。	
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	月一回の管理会議・全体ミーティングなどで職員の意見又、日頃色んな思いや意見を受け止めてくれる職員から伝えられる環境にある。運営者と現場が常に一体であり良好な連携ができています(現場の声は反映されている)。	行事やレクリエーションは担当職員が提案し、実施に向けた支援を行っている。全体ミーティングで職員から出された意見や要望は、早急に検討されて運営に反映されており、代表者及び管理者の理解と協力体制が築かれている。	
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	就業結果による昇給、休日である職員がミーティングに参加する時の時間外手当など適正な対応、健康診断も実施、有給も無理なく取れるため、資格取得にも役立っている。		
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	新人教育・フォローアップ研修など段階に応じた教育・研修プログラムを作成、又年間研修計画書もあり実施している。ミーティング時を利用して報告会も開催。ケア指導者の配置により色んな場面で知識を深められる環境にある。資格取得者も増えている。		
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	県GH協議会に加入して、他事業所との情報共有し見学交流もしている。年間を通して多くの研修生(実習)を受け入れ、その後、研修生とのネットワークができてケアの質向上に繋げている。		

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	利用開始までに来訪できる方とは、思いや不安を受け止め、安心していただけるよう信頼・関係性を大事にする。利用開始されたら、環境変化による不安を取り除くために、個別でゆっくりと向き合い安心な生活環境に馴染んでいただけるよう支援。		
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	家族の不安、悩みなど家族の立場に立って受け止め、信頼・関係性を大事にしている。職員の力量により、時には家族の思いとのズレが生じることもあるが、真摯に受け止め事業所全体の課題として「家族の満足度を高められる」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	利用者に今、何が必要であるか、困っていること不安を抱えていることなどを受け止め、適正なサービスを利用していただけるよう、見極め能力を重視し対応している。		
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	利用者の生活機能に視点を置き「できること」を大切にしている。例えば食事の味見などしていただき、美味しい食事ができた時、喜びを分かち合っている。生活は共にがモットーで利用者・職員がお互いに感謝の気持ちを自然に表現している。		
19		○本人と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	利用者のことを家族と常に情報交換している、行事などでは家族の支援もいただく機会もある(花見・敬老会・忘年会など)。面会時は利用者・家族が水入らずでゆっくり向き合い団欒される環境を作っている。		
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	長年付き合ってきた馴染みある地域の友人、知人などが気持ちよく来訪できる雰囲気気を大事にしている。長年利用している美容室などの支援。	知人や友人の訪問を歓迎したり、行きつけの美容室へ送迎するなど、馴染みの関係の継続を支援している。また、ご家族との外出や外泊についても支援している。	
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	利用者が孤立しないよう、個々に応じた仲間づくりを大事にしている。気の合った利用者同士が楽しく団欒できる雰囲気もある。お茶・食事の時間は皆でワキアアイとした笑いの中で、お互いにお茶を入れてあげたり支え合っの暮らしがある。		
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	退居され病院生活の利用者を、利用者・職員でお見舞いに行ったり、家族の相談ごとも気持ちよく受け入れている。退居された本人・家族が来訪された時、利用者と共に歓迎している。		

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>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	利用者の個々の思いを日頃の向き合いの中で受け止め、暮したいように支援。思い、要望などアンケートで聞き取りも実施。利用者によって、自分の思いを言葉に出すことができない方は「サイン・シグナル」で受け止め家族からも思い・意向を得ている。	観察による気づきについて職員への指導を徹底しており、利用者の表情やしぐさからも希望や意向を把握するように努めている。把握した内容は朝の申し送りの際に周知したり、ケアプランに反映している。	
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	アセスメントツール「センター方式」を活用し、基本情報は家族に記録に落としてもらい、利用者のバックグラウンドを知ることが重要としている。情報を得る時はプライバシー保護への配慮も欠かせないように努めている。		
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	利用者の個々の体力、理解力など総合的視点に立ち、その人らしく暮していただくよう、個々の生活リズムを把握し大事にしている。		
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	利用者・家族の意向、時には主治医の意見、職員の気づきやアイデアを反映し、アセスメント・モニタリングを繰り返し、利用者本位のより良い暮らしを支える介護計画を作成している。	介護計画作成時にはご家族への聞き取りを行い、利用者に関わりのある人たちからも意見を求めている。定期的にモニタリングを行い、必要な場合には現状に合わせた新しい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	日々の暮らしの様子など、介護サービス実施記録に記入し、実践したケアもチェック表を使用している。個別での健康記録には食事量、水分量なども記録している。記録は職員間で常に情報共有し介護計画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	病院受診・マッサージ利用・訪問歯科支援など個々に応じた柔軟な対応をし、利用者・家族の満足度を高めている。		

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
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	地域の交番所・民生員・地域包括支援センター・幼稚園児・小学校児童など多くの方々の訪問があり、利用者とは馴染みの関係となり安心して暮らす環境にある。		
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	利用者・家族などの希望する、かかりつけ医への受診が継続的に利用できている。又、専門医を利用する時も利用者・家族の希望を重視し適正な質の高い医療が利用できている。	ご家族の協力を得ながら、希望するかかりつけ医の受診支援を行っている。状態や必要に応じて専門医の診察を受ける際には、日々の生活状況や状態報告などの情報提供を行いながら、適切な医療が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	ホーム内に2名の看護師を配置、協力医の看護師の訪問も時々ある。医療面、予防の視点での看護師の役割が機能している。介護面でも看護の専門性も発揮され介護職との連携も良好であり、日常の健康管理も徹底している。		
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。	入院時の適切な対応。入院中の情報を家族又、職員が直接お見舞いを兼ねて訪ね、病院関係者から得ながら、早期退院できるようアプローチしている。		
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、事業所です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	医療連携加算に基づき重度化、看取り指針を定め、サービス開始時に説明・同意を得ている。医療ニーズが高まった時は主治医に説明を依頼し、家族との密な情報・連携ができています。	利用開始時にホームの方針を説明し、同意を得ている。重度化や終末期においては、本人及びご家族の意向を確認しながら、主治医のアドバイスを受け、関係する職員間で方針を共有してチームとしての支援に取り組んでいる。看取りマニュアルも作成している。	
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	職員は応急手当、救急救命法などの講習に参加し、急変時に対応することは一応身につけている。ホームに設置してあるAEDの取り扱いの研修も業者が担当して定期的実施。看護師からの専門的指導もある。		
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	定期的な災害訓練を実施。訓練時は、地域の方・家族の協力を得ている。夜間帯の人員体制が弱いため、発生時の協力者として「地域の力」を重視した連絡網をご理解と同意を得て作成し、強力な支援体制が確立した。	スプリンクラーが設置され、定期的に行われる防災訓練には地域住民も参加している。火災発生場所によって避難場所を設定しており、地図入りのマニュアルを作成して配布している。特に夜間の協力体制を重視し、近隣住民の役割分担も決め、協力の同意を得ている。	

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	介護支援をする中で大切にしなければならない「権利を保障し、人格を尊重する」重要性を内部研修で問い、プライバシーを損なわない声かけなどに留意したケアを実施。	入職時に、コンプライアンスに基づく誓約書を交わし、研修も実施している。現任の職員に対しては、プライバシー保護についての定期的な研修を実施している。さらに、日ごろの声かけについて、人格尊重の観点から見て適切であるかどうか検討するなど、利用者の尊厳確保に努めている。	
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	利用者が自由に表現できる関係性を構築している。自分の言葉で意思を伝えられない方は「サイン・シグナル」で感じ、自己決定を大事にしている。(権利擁護が守られた生活は、利用者本位の生活に繋がると職員は認識している)		
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	ホームとして一日の生活の流れはあるも、個々の生活を大事にしている。例えば、編み物をする人、折り鶴をする人、したいことをする生活環境にある。		
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	身だしなみやおしゃれは、とても大事にしている。衣服のみだれ・髪のみだれなどに注意しプライドに配慮しながら支援している。「ありがとう」の言葉を利用者よりいただき職員は喜びを感じている。		
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	利用者の楽しみのひとつは食事である事を職員は認識しているので、お茶の時間などで「何を食べたいですか？」問いながら、意見をすぐに反映できるようにしている。「できる方には一緒に盛り付けたり、片付けなど」できることのも楽しみも味わえている。	利用者の力量に応じて、食事の準備や後片付けを一緒に行っている。管理栄養士である職員が配置されており、利用者の意向をなるべく多く取り入れながら、栄養バランスに配慮した献立を作成している。	
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	栄養バランス、水分を十分に飲むことなどを重視し、個々の状態を把握し食事形態にも考慮している。摂取量、飲料水量など記録して個別支援に繋げている。		
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	食後の口腔ケアは欠かさず、個々に合ったケアを実施。義歯洗浄も徹底している。職員は美味しい食事ができるのも口腔ケアあってこそであり、口腔内の清潔保持が利用者の生命の質を高めることであると認識している。		



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	個々の排泄リズムを把握し、「行きたいときに行くことができるよう」支援している。尿意、便意を言えない方はリズムを把握、又、サインにて適切に支援をしている。リハパンツ使用はゼロまで目指すも、パット使用量が多いので検討し排泄に関するQOLの向上に努めたい。	利用者一人ひとりの排泄時間を記録に残し、排泄パターンの把握に努めている。水分摂取量や身体状態を観察するとともに、失禁で使用したパットの枚数を比較しながら個別の状況を考察し、自立へ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	便秘が及ぼす影響については、専門分野の看護師によるアドバイスも適時あり、利用者が便秘による苦痛はなく、個々に応じた予防策(繊維の多い食材、水分、毎日ヨーグルトを食べるなど)を重視している。		
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	一応入浴日は決まっているも、個々の希望を大事にし、無理のない支援(長く浴槽に入る方、温い湯の好きな方など)入浴を楽しむ・癒しのひとつとしていただいている。無理強いケアの本質からかけ離れ、利用者本位ではないと職員は認識している。	週三回の入浴日が決まっているが、希望や状態に合わせていつでも入浴できるように柔軟に対応している。健康管理記録に一人ひとりの入浴状況を記録し、湯加減や入浴時間などは一人ひとりの意向に沿って対応している。	
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	適度な活動により又、生活のリズム(利用者本位)を整え安眠支援を実施。今年など、猛暑が続いたので個々によっては、体力を消耗しないよう短時間の昼寝をして休息に繋がった。		
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	「薬の説明書」を常に目を通せる健康記録ファイルに綴じ、利用者の薬と病気との関係、副作用について理解している。又、副作用による変化も適切に把握し、適正な服薬支援が実施されている。		
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	生活の中で、楽しみや生きがいを見出すために「梅干しづくり、干し柿づくり、編み物、毎月のカレンダーづくりなど」利用者の特技が発揮できるよう支援し、気分転換には足湯、外食などホーム外に出掛けている。		
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	日常的には地域の店への買い物、公園への散歩、外食など支援。行事計画などでは利用者の声を聞きながら、日頃行けない所(花見・動物園・ソーマン流し・他)へ出掛ける。家族への声かけ、時には文書で案内を出し、参加していただき一緒に楽しみを味わっている。	レクリエーションでの外出や、近隣の公園への散歩、ドライブや買い物など、季節に合わせて戸外へ出かける機会を多く設けている。また、ご家族の協力を得ながら、墓参りや外泊の支援も行っている。	

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
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	利用者個々の力量に応じて家族と相談しながら、本人にお金を所持していただき、買い物時は支払いが自立できるよう支援している。		
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	家族からの電話、家族への電話、いつでも使用できる環境であり、家族からの贈り物に対するお礼の電話を本人が希望する時は温かく支援している。季節によってはハガキを出す支援も実施。		
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	共用空間のリビングは清潔で明るく綺麗な空気が流れることに配慮、食テーブルにはいつも季節感のある花が飾られている。トイレ・浴室なども清潔をモットーとしている。認知症ケアで「音・光・など」が不安、混乱を招く、周辺症状を引き出す要素であることも職員は理解して環境づくりを考えている。	明るい雰囲気のリビングの横には、畳のスペースやソファが設置されており、利用者が思い思いの場所で過ごせるように配慮されている。また、ホームのあちらこちらに季節の花々が活けられており、行事に合わせた装飾品と併せて、季節を感じられるような工夫がなされている。	
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	利用者同士でゆっくり会話できるソファがある。色んな所に椅子が置いてあり居心地の良い場所として使用している。		
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	利用者が安らぎを得るような、馴染みの仏壇、テレビ、テーブル、椅子などを持ち込まれている。物を持ち込むことで不安を感じる方は、家族と相談して不安のない環境づくりをしている。	テレビやドレッサー、仏壇や観葉植物など、使い慣れた物や好みの物を持ち込めるように支援している。居室の壁や箆笥の上には、ご家族の写真や手紙、手作りの装飾品などが飾られており、利用者が居心地良く過ごせるように工夫している。さらに、個別の身体状況に合わせた手すりの設置もある。	
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	極力自立した生活が送れるように、トイレ・廊下・浴室などに手すりを設置、「できること」が活かされるよう個々をアセスメント・リスクの検討もしながら、利用者が安全で安心して生きがいがある生活を送れるような環境づくりを目指している。		

自己評価および外部評価結果

グループホーム あらた(3Fひまわり)

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	地域密着型サービスの意義を捉えた独自の理念をつくり理念は飾りでなく、日々のケアに実践する重要性を職員は認識し、実践に繋げている。		
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	事業所は孤立することなく、地域住民の一員として町内会に加入しクリーン作戦にも参加。幼稚園、小学校との交流も開設時から続いている。日常の散歩では地域の人達と挨拶を交わして話をしたりしている。		
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、地域住民に認知症サポーター養成講座を開催し、地域ケア会議で認知症ケアについて話し、相談も受けている。地域の福祉委員として活動している。		
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	会議で運営、利用者の暮らしぶりなど報告、課題をテーマとして検討し幅広い意見をいただく。時期によっては自己・外部評価を通しての意見交換。委員からの貴重な意見はケア現場に落とし、向上に繋げている。		
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	事業所の運営に関すること、運営規定の改正、自己・外部評価を届け密な市との連携を図っている。市の介護相談委員の来訪も歓迎している。		
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	内外研修で基準も含め拘束が及ぼす影響も理解し、利用者の尊厳ある生活を問いながら、開設以来、身体拘束ゼロである。身体拘束廃止委員会も定期的開催、ミーティングで報告し職員の意識の継続を図っている。		

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
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	内部研修で高齢者虐待防止法も学び、身体拘束廃止委員会とドッキングし定期的に委員会を開催し特に心理的虐待(言葉による虐待)は事例を通して、スタッフの言葉かけはどうなのか?振り返りを習慣化し委員会で検討して防止している。		
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	権利擁護の内部研修に参加し、制度の理解につなげている。利用者で制度を利用される対象は現在いない。		
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	重要事項説明を重視し、例えば料金、支払い法、リスク、医療連携体制など利用者、家族が安心して契約につなげるよう懇切丁寧に説明をしている。		
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	相談窓口を明記し、意見箱も気兼ねなく書ける環境であり、意見を出し安い雰囲気(信頼・関係性など)づくりを心掛けている。ご意見などは運営推進会議にも提示し意見をいただく。意見、要望など定期的に改善、対応策を文書にして開示している。		
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	月一回の管理会議・全体ミーティングなどで職員の意見又、日頃色んな思いや意見を受け止めてくれる職員から伝えられる環境にある。運営者と現場が常に一体であり良好な連携ができて(現場の声は反映されている)。		
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	就業結果による昇給、休日である職員がミーティングに参加する時の時間外手当など適正な対応、健康診断も実施、有給も無理なく取れるため、資格取得にも役立っている。		
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	新人教育・フォローアップ研修など段階に応じた教育・研修プログラムを作成、又年間研修計画書もあり実施している。ミーティング時を利用して報告会も開催。ケア指導者の配置により色んな場面で知識を深められる環境にある。資格取得者も増えている。		

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
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	県GH協議会に加入して、他事業所との情報共有し見学交流もしている。年間を通して多くの研修生(実習)を受け入れ、その後、研修生とのネットワークができケアの質向上に繋げている。		
<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	入居前より利用者の状況や状態を把握し、ケアに生かせるよう取り組むとともに、入居後は細かな変化にスタッフが適切に対応できるよう情報交換を頻回に行い安心して生活が送れるよう努めている。		
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	ご家族の不安や要望など細かに聞き取り、面会時は利用者の状態を伝え、ご家族の安心につながるよう声かけしている。		
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	利用者にとって今、まず何が必要かを考え、必要時は他のサービスの提案をご家族に行い、一番必要とされているサービスが提供されるようにしている。		
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	人生の先輩として常に尊敬の念を持って接し、料理の味付けを教えていただいたり、掃除や洗濯物たたみ等できる所はしていただき、互いに協力し合っている。		
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	ご家族には面会時に入居者の近況を伝えるようにし、行事があるときは参加を呼びかけたりして、ホームへ訪れやすい雰囲気作りをしている。身体面で変化のあった時には電話で報告を行い、本人がホームで安楽に過ごせるよう家族との連絡もこまめに取っている。		
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	かかりつけ医や行きつけの美容院など極力変えない方向で支援し、友人の面会などスタッフも歓迎し、また来ていただけるよう声かけも行っている。		

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
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	入居者の性格を把握し、会話の少ない入居者にはスタッフが間に入ったりして会話をつなぎコミュニケーションがうまく運ぶよう支援している。またレクリエーションを通し互いに交流できるよう援助している。		
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	退居され入院となったときなど面会に伺ったり、ご家族の話を聞いたりして、少しでも本人家族の支えになるよう援助している。		
<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	利用者に年一回ホームでの生活に満足されているかアンケートを取っている。また入居者の言動に注意し、本人がどのようにホームで暮らしたいか考え、必要時にはカンファレンスを実施している。		
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	センター方式を活用する事により、入居者の長年馴染んだ習慣や好みなどを細かく把握でき、サービスの経過なども把握している。		
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	共通の申し送りノートを使用し、入居者個人の細かい変化や過ごし方を全スタッフが把握しケアに生かせるようにしている。		
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	ケアプランの見直しを必要時にも行い、本人、家族だけでなく他職種からも助言を得たりしながら、ケアに反映できるよう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	日々の利用者の変化や気づきを記録や介護サービスチェック表にチェックを行う事により、職員間のケアの統一につなげ、介護計画の見直しにも活かしている。		
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	本人の要望やご家族の意向もふまえマッサージや訪問歯科、外食に出かけるなど色々なサービスを取り入れている。		

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
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	利用者が安心して暮らせる生活を支援するため、地域の交番・民生委員・地域住民など地域資源との協働を大事にしている。		
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	利用者および家族の希望するかかりつけ医の受診を支援している。また適切な医療が受けられるよう他科受診の支援も行っている。		
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	ホーム内にいる看護スタッフに医療面で必要な事は報告相談し、早期発見、症状悪化予防に努めている。橘循環器科いやま病院からも看護師の訪問を受けている。		
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。	入院時はホームでのケア内容をサマリーに記入し、継続ケアをお願いしている。面会に行った際は、スタッフや家族から現況を聞き、ホームに戻られてからの生活の支援につながるようにしている。		
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	重度化した場合、かかりつけ医を中心に本人や家族の望まれる所で療養できるよう支援している。またホームで行えるケア内容を伝え、ホームでの看取りを希望される方には希望に添えるように支援している。		
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	応急手当についての外部研修に参加、報告することにより情報共有している。急変や自己発生時は主治医や看護師にすぐ報告するなど連絡体制も徹底している。		
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	定期的に防災訓練を実施。また日頃から地域交番や分遣隊、地域住民との交流を深め、緊急時地域の協力を得られるよう働きかけを行っている。		

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	管理者は入職者に対し個人情報の保護に関する説明を十分に行い、また日々のケアの中での自尊心に配慮した声かけや対応に関する勉強会も行っている。		
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	これから行う事に関してのyes、noを必ず問い、日常会話の中でさりげなく本人の重いや希望を聞くことで自己決定できるような働きかけを行っている。		
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	1日のおおきな生活の流れはあるものの、利用者一人ひとりが自分のペースで暮らす事を尊重し、本人の望む生活を送れ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	出張理容サービスや美容室利用の支援を行い、誕生月にはレディースカレッジの学生によるセット・メイク・ネイルのサービスを受けている。日々の身だしなみにおいては衣服の選択、整髪など入居者と職員がともに行っている。		
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	利用者の大きな楽しみ事である食事には重点を置き、入居者の好物は献立へ取り入れる回数を多くし、好き嫌いにも配慮している。食事の準備や片付けは出来るところをしてもらっている。		
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・水分の摂取量は毎日チェックし、記録に残して職員全員が把握できるようにしている。食事量を見ながら不足時は間食を考慮したり、各自の好みに応じた個別対応の食事を提供している。		
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	口腔内の清潔保持が生命の質を高める事を職員は認識し、個別性を捉えた口腔ケアを毎食後行っている。歯科医との連携を図り口腔内を良い状態に保てるよう努めている。		



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
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	利用者個々の排泄パターンをアセスメントし、個々に合った排泄支援を行い、少しでも自立して行えるよう援助している。		
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	食事は繊維の多い食材を使用するようにし、こまめな水分補給などに気をつけている。また、散歩や体操を取り入れ身体を動かし、自然排便につながるようにしている。予防を重視し、記録にもしっかりと残している。		
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	週3回入浴日を決めて援助しているが、他の曜日でも希望があればシャワー浴や足浴を行っている。嫌がる方には時間を空けて再度声をかけるなど無理強いしないようにしている。		
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	朝なかなか起きて来れない方など無理して起こしたりせず、昼寝を希望される方にも自由に休息を取っていただけるようにしている。		
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	健康記録に現在服用中の処方薬の薬剤情報をいつでも見れるようにはさんでおり、健康状態と比較しながら、また薬の副作用の発現にも注意しながら薬の管理も行っている。		
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	個々人の得意な事、好きなことを把握し、レクリエーションに取り入れたり、手伝ってもらったりしている。色々な行事を季節に合わせて取り入れ、楽しく日常生活が送れるよう支援している。		
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支援している	利用者の希望により散歩・買い物・ドライブ・外食を行い、戸外に出かけるよう支援に努めている。天候の良い日は戸外に出て季節感を味わえ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
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	家族と相談しながら本人に金銭管理を行ってもらっている。また、買い物に行くときは本人が支払えるようさり気ない声かけをし、自立支援を行っている。		
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	家族や友人にいつでも電話ができるようになっていく。季節の便り(葉書など)、手紙など職員と一緒に投函したりしている。		
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	共有生活空間は対面キッチンで声かけも自然にでき、テレビも大きなスクリーンでよく見えるようになっている。畳のスペースもあり、心が落ち着く空間作りをしている。テーブルには季節の花を飾り、季節を感じられるようにしている。		
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	ソファにゆっくりと腰をかけたり、畳のスペースで新聞を読んだり、心安らぐ環境づくりを行っている。また、利用者同士が楽しく談話しやすい雰囲気作りもしている。		
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	居室環境は本人、ご家族と話し合いながらテーブルや椅子、タンスなど利用者が使いやすいように配置している。家族の写真や好みの飾りなじみの置物などにより、利用者が居心地よく過ごせるよう工夫している。		
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	トイレや風呂場がわかりやすいように表示を工夫している。必要な所には手すりを設置し、可能な限り自立した生活を送れるよう環境整備を行っている。		

## 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	43	個々の排泄リズムを把握し支援をしている。尿意・便意をいえない方はリズムを把握、又はサインにて適切に支援している。リハパンツ使用はゼロを目指すも、パット使用量が多いので検討し排泄に関するQOLの向上に努めたい。	パットが汚染しないうちに利用者の排泄リズムを把握する。トイレでの排泄ができることで更なるQOLの向上に繋げたい。	排泄チェック表を活用しながらリズムを把握し、利用者のシグナルを適切に感じとり、トイレでの排泄を支援する	3ヶ月
2	40	配膳・下膳さらに盛り付け、調理など個々の能力を発揮されている。さらに食器洗いなども出来る利用者もいるので行う機会をつくる。	利用者の残された能力、潜在能力を引き出す環境づくりをすることで、生きがいを見出すことができる。	利用者一人ひとりのできること(生活機能の視点)の再々アセスメントをし、できる力を発揮してもらい、役割・達成感を味わい生き生きとした生活を送っていただく支援をする。	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、行を挿入してください。