

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	4673600104		
法人名	社会福祉法人 市比野福祉会		
事業所名	グループホーム きままの郷		
所在地	鹿児島県薩摩川内市樋脇町市比野3244-1		
自己評価作成日	平成22年12月10日	評価結果市受理日	平成23年3月7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23年1月19日	評価確定日	平成23年2月16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)】

入居者の皆様が、それぞれ自分の望む生活を実現できるよう手助けしたいと考え、援助を行っています。ご家族にも普段の生活を知っていただくため、毎月、写真入りで日頃の様子を手紙に書き送っています。
行事の際には案内状を差し上げ、できるだけご家族にも参加していただき家族のふれあいを大切にいただいています。
寄り添う介護を心がけています。(スタッフが行う作業は手早く行うこと、利用者と一緒に作業はゆっくりと。)

【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)】

歴史ある温泉郷に、豊かな自然に囲まれて佇むホームは、木のぬくもりが伝わる開放感のある造りとなっている。随所に骨董品や手作りの和風装飾品が飾られ、回想を促す刺激にもなっている。利用者毎のクローゼットは、1年中の洋服が収納できるスペースが確保されている。また、庭には足湯が整備され、地域交流の場として開放されている。関連の法人を含めて、地域の医療・福祉拠点として重要な役割を担っており、職員は、理念に基づく良質なサービスを目指し、研修会を開催したり個別の援助方法について頻りに話し合いを持つなどして熱心に取り組んでいる。

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 きままの郷-Aユニット)

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		

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	4673600104		
法人名	社会福祉法人 市比野福祉会		
事業所名	グループホーム きままの郷		
所在地	鹿児島県薩摩川内市樋脇町市比野3244-1		
自己評価作成日	平成22年12月10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	平成23年1月19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)】

入居者の好きな事、興味のあること、こだわりを理解して、その方らしい、心地よい生活ができるよう支援しています。
散歩や、好きな音楽、色かみや絵を描く事を通じて会話を広げ、その方をもっと深く知れるように気を配っています。
ご家族とのさりげない会話や、行事への参加によってご家族とも良い関係が保て、年々信頼関係が築けてきています。

【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 きままの郷-Bユニット)

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 きままの郷(Aユニット)

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
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	地域との交流を目指した理念を掲げています。毎朝の申し送り時に勤務者全員で斉唱。食堂の目に付くところにも掲示し、実現できるよう職員同士の話題にしています。	開設当初の理念を、事業所の役割や意義を踏まえて作り変え、玄関などに掲示するとともに朝礼の際に唱和している。勤務表にも“寄り添う介護をしましょう”と書き入れて、いつでも目にするができるようにしている。さらに、理念の実現に向けて、職員間で話し合う機会も設けている。	
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	散歩中の隣近所への挨拶は気軽に笑顔でできています。自治会に加入し、清掃活動や防災訓練に参加しています。地域のイベントにも積極的に参加しています。	小学校の運動会に参加したり、散歩の際に近隣の方々と挨拶を交わすなど、地域の人々との交流機会を作っている。また、庭の足湯を開放したり、自治会の清掃活動に参加するなど、地域への貢献にも努めている。	
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	運営推進会議の席で、入居者の行動障害への対応について説明しています。また、老人クラブの方々の見学の際、質問に応じて説明しています。		
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践、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回開催しています。会議には利用者代表にも出席していただき意見を述べていただくとともに、出席者からの意見をケアに生かせるよう考慮しています。郷便りに会議内容を記載し、家族にも見ていただいています。	運営推進会議には、自治会長や老人会長、行政担当者、ご家族代表などが参加され、事業所の活動や計画を報告している。会議では、それぞれの立場から提案や意見が出され、サービスの質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取り組んでいる	市の職員に運営推進会議のメンバーになってもらっており、会議の際や窓口に出向いて相談に乗ってもらっています。地域包括支援センターからの、入所相談も受けています。	行政担当者には、運営推進会議の前後に利用者と会話したり、生活ぶりを見学してもらう機会を作っている。市が主催する研修会に参加したり、入居相談を受けるなど、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	玄関には施錠することなく身体拘束もありません。毎月の身体拘束委員会も行っています。身体拘束についての勉強会にも参加し、全職員で共有するようにしています。	身体拘束廃止委員会が設置されており、報告や意見交換がなされている。勉強会にも参加して、さらに理解を深めるように努めている。職員の入職時には、「人権と尊厳」について研修会を開いている。	
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	虐待防止の勉強会には参加し、全職員で共有するようにしています。施設内での虐待は絶対にあってはならないものと職員全員で認識しています。万が一虐待があった場合、すぐに気づくよう利用者一人ひとりの観察を行っています。		

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
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	勉強会で学習していますが、現利用者に対しては必要ありません。今後必要があれば、在宅介護支援センターや社会福祉協議会に相談することになっています。		
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	入所時には時間をかけて重要事項の説明を行い、家族に持ち帰ってもらって再度読んでもらいます。その上で不明な点や気になることを質問していただき、十分納得されてから署名・捺印していただきます。		
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	年に2回、行事に合わせて家族会を開催し、ご家族からの意見や要望を聞くようにしていますが感謝の言葉だけが聞かれています。利用者やご家族からの意見や要望については改善できるよう話し合い、結果は報告しています。	花見や運動会に合わせて、家族会を年に二回開催しており、意見や要望を聞く機会を設けている。運営推進会議に参加されていないご家族には、議事の内容をホーム便りに掲載して報告している。また、面会時には日誌を見ていただき、日々のケアについて報告するとともに意見をいただくようにしている。出された要望や意見については、対応策を検討し結果を報告している。	
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1回の職員会議では、職員が自分の意見や要望を自由に発言しています。出された意見は改善できるよう皆で話し合っています。日頃から、気軽に意見が言えるような関係を築いています。	管理者が入居を希望される方の自宅に訪問する際には職員も同行し、処遇方法について話し合う機会を作っている。毎月行われる職員会議では、意見や要望を出し合いながら、運営に反映できるように取り組んでいる。	
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	職員が必要な資格を取得できるよう励ましています。経験年数の長い職員から順次介護福祉士資格の取得を促し、全職員が有資格者になるよう配慮されています。（雇用プログラムの活用）職員個々の仕事内容を観察し、優れているところを評価し、努力を認めています。		
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	入職時の苑内研修、毎月の苑内勉強会、協力病院での勉強会にも出席しています。外部の研修にもできるだけ出席するようにしています。学習したことは職員会議で報告、全職員で共有しています。資料はファイルし、いつでも閲覧できるようにしてあります。		
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	法人内や協力施設との定期的な交流を持つことにより情報交換を行っています。必要に応じて市内のグループホームに相談したり連絡を取り合っています。		

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
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	入所前に本人やご家族と面談を行うことにより、信頼関係を築くようにしています。また、施設見学に来ていただき利用者や職員との顔合わせを行うことにより、安心して入所していただけるよう努めています。		
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	本人に面談を行うと同時にご家族との面談も行っています。ご家族が施設に望んでいることをお聞きするようになっています。		
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	本人やご家族が今困っていること、不安に思っていることの状況を確認して、改善に向けての話し合いの場を設けています。必要に応じて入所前のケアマネジャーや在宅介護支援センターにも相談しています。		
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	利用者の生活歴を知り、得意分野を大いに発揮して生きがいを持って生活していただけるよう、お互いに感謝の気持ちを持って支えあう関係を作っています。		
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	日頃の利用者の様子を口頭や文書で報告し、家族と情報を共有できていると思います。身体的・精神的変化があった場合には、可能な限り家族に面会をお願いし（または電話連絡により）一緒に対応を考えるようにしています。		
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	馴染みの理美容室を利用したり、住み慣れた地域へドライブに出かけたりしています。地域のイベントに参加する事により、知り合いとの再会を喜ばれています。	馴染みの理容室や美容室、店などへ送迎したり、自宅近辺へドライブに出かけるなど、馴染みの場所や人との関係継続を支援している。また、同一法人のデイサービスでボランティアによる催しがある際には見学に出向き、知り合いの利用者同士で会話する機会を作っている。	
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	食事やお茶の時間は職員も一緒に会話しながら心身の状態、気分、感情の変化などに注意深く観察し見守っています。利用者同士の関係を考えた席も配慮しています。		

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
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	他施設への入所、入院のため利用が終了した利用者に対しても、機会を見つけて面会に行き関係が途切れないようにしています。ご家族に会った時には利用者の様子を伺い、継続的なかわりを持っていきます。		
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	日々の関わりの中で声をかけ暮らし方の希望や本心を話していただけるよう努めています。自分らしく生活していただくための最良の方法をご家族と話し合っています。	外出場所や行事についての計画は、利用者の意向を確認しながら進めている。意思疎通が困難な方に対しては、ご家族からの情報に加え、表情や言動から思いを汲み取り本人本位に検討している。	
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	入所時のアセスメントで聞くようにしています。入所後もご家族や知人の面会時に少しずつ把握するようにしています。		
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	利用者の生活リズム（起床・食事・排泄・入浴・就寝等）について把握するようにしています。できることを見つけて働きかけるようにしています。		
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	アセスメントや担当者を中心としたカンファレンス、計画の評価等を参考にしながら計画を作成しています。利用者やご家族からは日頃の関わりの中で思いや意見を聞き計画に反映させています。	毎月カンファレンスを開いて評価を行い、三ヶ月に一回、介護記録やカンファレンスの議事録を参考にしながらモニタリングを実施している。ご家族や医師の意見を取り入れ、担当者会議を経て現状に即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	日常生活の状況を記録するファイルと身体状況を記録するファイルを個別に用意し、利用者個々の様子を具体的に記載しています。月末には担当職員を中心にケアプランの評価を行い、見直しの参考にしています。		
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	本人やご家族の状況に応じて通院や送迎等必要な支援は柔軟に対応し、個々の満足度を高めるよう努力しています。定期的なハビリティ通院も援助しています。		
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	入所前に利用されていたサービス事業者からの聞き取りをしたり、在宅のケアマネや面会者から情報収集を行い、生活に生かせるよう努めています。		

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	
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	入所の際に本人やご家族と話し合い、了解が得られれば協力病院をかかりつけ医にしてもらっています。他の医療機関受診を希望される場合は家族同行をお願いします。急を要する場合は看護職員が同行します。	本人やご家族が希望するかかりつけ医となっている。専門医の受診時は、かかりつけ医からの紹介状やホームでの状態などの情報提供を行いながら、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	看護職員（管理者）が常駐しています。介護職員による日々の記録や状態変化の報告により必要な対応をとっています。週1回訪問する訪問看護師とは、気軽に相談できる関係ができています。			
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、医療機関に本人に関する支援方法についての情報を提供しています。洗濯物を取りに行くことを理由に毎日面会に行き病状の把握を行うとともに、早期退院に向けて主治医・看護職員・ご家族との話し合いを頻回に行っています。			
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	入所の際に、希望されれば終末期まで介護することを説明してあります。状態変化があった時には主治医の意見を参考にしながら本人・ご家族の希望を尊重した支援を行っています。必要に応じ訪問看護の利用を行い、ご家族との連絡も密に行っています。	入居時に看取りに関する事業所の指針を説明し、同意書を取り交わしている。利用者の状態に応じてご家族の意向を確認し、医師のアドバイスを受けながら職員全員で方針を共有して取り組んでいる。		
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	緊急時・事故発生時マニュアルを準備してあります。年に1回の救急救命講習を受講、また勉強会にも参加しています。感染症対策については協力病院より指導があり、その都度実演をしています。			
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	地域での防災訓練に職員が参加、万が一の際の協力を依頼してあります。年に2回避難訓練を行います。消防署の協力を得て消火器の使い方、土砂崩れの予測について学んでいます。夜間訓練も実施しています。	年に二回、消防署の協力を得て夜間想定のお知らせ・避難・消火訓練を実施している。地域住民の参加も呼びかけており、協力体制作りに取り組んでいる。また、スプリンクラーの設置が決定しており、備蓄については「備蓄管理表」と「災害時メニュー」を整備している。		

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
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	排泄の失敗時など、さりげなく声掛けしプライバシーの保護に努めています。利用者個々に応じた言葉を選んで声掛けしています。	トイレへの案内や排泄に失敗した際の声かけはさりげなく行き、自尊心を傷つけないように配慮している。職員の入職時には個人情報の取り扱いについての誓約書を取り交わし、意識付けを行っている。個人情報に関する記録物については、適切に管理されている。	
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	職員の意見を押し付けるのではなく、利用者本人が自分の意思を主張できるように働きかけています。その日着る服を選ぶ、外出の希望等。		
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	入浴の順番等可能な範囲で希望をかなえるようにしています。天気の良い日には、その日の気分でコースを選んでいただき散歩に行きます。レクリエーションも利用者の希望を聞くようにしています。		
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	利用者の好みを大切に、気に入った服を着てもらおうようにしています。外出の際にはおめかしし、薄化粧もしています。爪切りや髭剃りを心がけています。		
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	配膳や下膳等できることを手伝ってもらっています。皆で会話しながら和やかな雰囲気です。プランターで季節の野菜を一緒に栽培しています。誕生祝の手作りケーキや行事食も楽しんでいただいています。	管理栄養士と相談しながらメニューを作成しているが、利用者の好みに合わせて変更したり、近隣住民から野菜や果物をいただいた際には追加するなどしている。また、バイキングやソーメン流しなどの外食に出かけたり、誕生日に手作りのケーキを囲んで祝うなど、食事を楽しむ支援をしている。	
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、水分摂取量を記録しています。個々の利用者の状況に応じて量や形態を調整しています。入浴後や散歩後なども水分補給を勧めています。		
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	食後の口腔ケアを行うよう声掛けしています。自分でできない利用者には、必要性を説明して必要な介助を行っています。週1回は義歯をポリドントしています。		

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
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	排泄パターンを踏まえてトイレ誘導しています。リハパン使用者に対して随時見直しを行い、自立支援に取り組んでいます。	排泄記録を基に、時間を見ながらトイレに案内している。排泄の支援方法について随時見直しを行い、オムツからリハビリパンツへ移行するなどして自立支援に取り組んでいる。	
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	食材の工夫や水分摂取の勧め、散歩等体を動かすことにより自然排便を促しています。		
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	できるだけ利用者の希望される曜日や時間に合わせて入浴していただいています。体調の悪いときには清拭や足浴で対応します。皮膚科疾患のため毎日足浴している利用者もおられます。	毎日、日中に入浴可能となっているが、利用者の状態や失禁に合わせて、いつでも入浴できるように柔軟な対応がなされている。浴槽の湯はその都度交換して清潔を保ち、気持ち良く入ってもらえるように配慮している。	
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	散歩や外気浴、レクリエーションへの参加を促すことにより、日中の生活リズムを活性化させ安眠の支援を行っています。眠れず困っておられる利用者には静かに声掛け、眠くなるまで会話するようにしています。		
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	職員は利用者が服用する薬の目的や副作用について把握しており、きちんと服用できるよう手渡しして、確実に服薬できるよう見届けています。		
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	その人の役割や出番を見出し、活躍の場面を作り出しています。(配膳・下膳・洗濯物干しとたたみ・園芸等)梅干しやそばづくり等、経験や知恵を発揮してもらっています。特技を生かしてメニューや歌詞を書いてくださる利用者もおります。		
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	花見や市見学など、外出の行事を計画しています。散歩コースは職員が決めるのではなく、利用者にも考えてもらっています。日頃の会話の中から利用者の行きたいところを聞き出し、担当職員が連れて行くようにしています。	ご家族の同行で外出や外泊を行ったり、行事に合わせて外出する機会を設けるなどして支援している。また、日課としての散歩や、希望する利用者には病院のリハビリテーションや買い物、ドライブなど、日常的に外出支援を行っている。	

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
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	金銭管理の可能な利用者には財布を持ってもらっています。職員に必要な買い物を頼まれ、自分で支払いされています。自分で買い物希望はありません。		
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	居室に電話子機を持っていき、遠慮なくかけたいときにかけてもらっています。利用者の書いた手紙をポストに入れる援助をしています。		
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	天気の良い日には窓を開けて自然の風を感じてもらっています。テラスには洗濯物を干し、季節の野菜や花が眺められるようにしてあります。散歩の途中で摘んだ草花をテーブルに飾り季節を感じていただくようにしています。	ホール横の畳の間にはコタツがあり、廊下にはベンチが置かれるなど、利用者は思い思いの空間で過ごせるようになっている。明かり窓から見える竹林や庭の花木を眺めて、自然や季節を感じながら暮らすことができる。	
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	食堂の決まった自分の席の他に和室のこたつ、廊下やテラスのベンチなど思い思いの場所で過ごされています。仲のような利用者同士で寛がれる姿が見られます。		
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	自宅で使われていた家具や小物等を持ち込まれています。家族の写真も飾られています。寝具は、自宅で使われていたものを持ち込んでいただいています。	居室にはベッドと筆筒が準備されているが、なるべく使い慣れた物を活用できるように、本人やご家族に働きかけている。実際にテレビやコタツ、位牌、椅子などが持ち込まれ、趣味の習字や手作りの装飾品なども飾られて、居心地良く過ごせるように支援している。	
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、浴室、廊下には転倒防止のための手すりが設置してあり、移動時に支えられます。歩行に不安のある利用者にはシルバーカーや車椅子を利用いただいています。できるだけ自立歩行できるよう、職員が手添え介助するようにしています。		

自己評価および外部評価結果

グループホーム きままの郷(Bユニット)

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
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	「地域に開かれたホームの運営」を理念に掲げ、朝礼時に読み上げ毎朝意識付けを行っています。		
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	散歩や地域の行事や清掃に参加することで、地域の方々と挨拶を交わしたり、顔見知りになり、地域に溶け込むよう努力しています。		
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	地域の老人会の方々が施設見学に来られ、認知症の理解、グループホームの役割を説明する機会があります。		
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度開催され、行政担当者、地域代表、家族、入居者、職員と参加し意見交換がなされています。議題に上がる防災訓練など地域と連携して実施されている。		
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取り組んでいる	地域包括センターや国保介護課との連絡を取り情報交換を行っています。		
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「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	玄関の施錠をする事もなく、身体拘束も皆無です。言葉の虐待も含め、委員会の報告を毎26日の職員会議で行っています。		
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	院内勉強会で学ぶ機会があります。事業所内やご家族においても虐待がないよう気をつけています。		

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
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	市の介護課や院内勉強会で学ぶ機会があります。該当者がなく活用できていない。		
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	入退所の時、ご家族に対して契約書を提示し、十分説明し納得して頂いています。		
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	行事の際の家族会や日ごろ来苑の際に話しや環境づくりに努めています。ご要望やお願い事に関しては職員会議で話しあい、問題解決に努めています。		
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	職員会議に提案してもらい協議しています。		
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	年数に応じて必要な資格取得を目指して院内での勉強会などにも参加してもらっています。それぞれスキルアップを目指して向上心を持って働いています。		
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	院内勉強会を中心に、法人内外の研修も受けられるよう調整している。研修の報告は職員会議で発表し参加できなかった者にも資料を配布して		
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	法人内や協力施設との定期的な交流を持つことで情報収集に努めています。		

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
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	入所前の施設見学の時の職員との顔合わせの時に信頼関係を気付ける努力をしています。入所時に本音を話しやすい温かい雰囲気づくりに配慮し、困り事や不安を的確に把握できるよう心がけています。		
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	ご本人との面談と同時に家族との面談も行っています。望む暮らしや心配事を丁寧にお聴きするようにしています。		
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	ご本人とご家族と要望が食い違っている時もありますが双方の考えを調整しながら、前向きな方向への対応を心がけています。		
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	ご本人の生活歴を把握し、敬い昔話や苦労話を聴き、得意な分野が活かせる支援を心がけています。学ぶ姿勢をお示ししています。		
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	日頃の様子は月一回の家族への手紙でお知らせしています。病気や緊急を要する時は電話でご連絡し、相談できる良い関係が築けています。		
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	馴染みの美容室や、昔からある行事に参加することにより、馴染みの方との会話や関係性もいつまでも保たれている。		
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	入居者様同士が気軽に会話できるように職員も間に入って支えています。		

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
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	入院や他施設へ移動されても、たまに面会に行ったり、ご家族にお会いできた時は日頃の様子をお聞きして、関係が途切れない取り組みを行っています。		
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	日頃の日常会話の中で、さりげなくどんな暮らしをしたいのか、本心が聴きだせるよう心がけ支援に役立てています。		
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	入所時の面談でお聞きし、ご本人のこだわりが支援に活かせるアセスメントを行っています。		
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	日々の生活パターンを把握し、自分で出来る事をしていただき生活意欲を高めらるよう支援しています。		
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	カンファレンスを中心に、今までと違ってきている状況を特に把握しケアプランに反映しています。ご家族のご意見もプランに活かせるように聴きとりを行っています。		
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	日常生活の様子や身体の状態を介護日誌に毎日記載しバイタルや食事の摂取量も個人ごとに記録しており、情報の共有も出来ています。記録をもとにカンファレンスを行い介護計画に活かされています。		
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	本人やご家族の状況に合わせ、病院の受診や送迎を行っています。定期的なりハビリ受診も個人のニーズに合わせて柔軟に対応できています。		

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
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	入所前に利用されていたサービス事業所より聞き取りを行ったり、面会時に来られる近所や知人の方からも情報収集をし、より良い支援ができるように努力しています。		
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	協力病院のかかりつけ医が主ですが、他の医療機関を希望される場合はご家族にお願いしております。緊急を要する場合も医療機関との連携を密にしています。		
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	看護職員が常駐しています。日頃の様子観察は介護職も行い、いつもと違う状態の時は速やかに看護師に連絡し対応しています。週一回訪問看護師からの指導も受けています。		
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。	職員交代で入院先にお見舞いに行き、状態観察を行ったり、元気づける会話することで早く退院できるように励ましています。入院先の看護師からも状況を聞くようにしています。		
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	入所の際、希望されれば終末期までの介護をすることを説明しています。状態が急変した時は主治医の意見を参考に、ご本人、ご家族と話し合い、希望を尊重した支援を行います。		
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	救命救急の講習を年に1回受講しています。心臓マッサージやAEDの使い方、誤嚥などの対応も指導を受けています。		
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	年に2回消防署からの指導を職員全員受けています。夜間を想定した訓練も行っています。運営推進会議等で地域の方との話し合いの場も多く協力体制を築いています。		

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
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	思いやりと尊厳の気持ちを持って日頃の言葉かけに気を配り、特に排泄や入浴時等は自尊心を傷つけないよう特に配慮しています。		
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	日常生活中で「どちらにしますか？」と選んでもいただける様な言葉かけを行い、自己決定しやすい支援を心がけています。服選び、お菓子、飲み物の好みなど。		
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	入浴の順番や、散歩の時間やコースなど利用者本位の支援ができるように心がけています。		
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	散髪は定期的に行い、希望の髪型を美容師に相談して好みのスタイルでカットされている。爪切りや髭そりも剃り残しだけ職員が介助しています。外出時は薄化粧をし、身だしなみに気を配られています。		
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	野菜の皮むきやお茶を入れてもらったりと準備を職員と一緒にし、食事の際も入居者と同テーブルで楽しく食事をし、味付けの感想や好みを聞いています。食べ終わった食器をお盆にのせて片付けてもらっています。		
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	食事量や水分摂取量は毎日記録しています。希望される入居者にはペットボトル500mlの水を朝、夕と提供し水分量の確保ができています。		
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	毎食後口腔ケアの声掛けを行っています。介助が必要な入居者にはそばについて言葉かけや一部介助を行っています。		

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
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	排泄パターンをふまえてトイレ誘導しています。		
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	水分を多く摂ってもらい、散歩等で身体を動かすように促しています。		
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	できる限り利用者の希望するときに入浴してもらっています。体調によっては清拭や足浴と臨機応変に対応しています。		
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	一人ひとりのペースに合わせて休息したり、就寝もご自分の好きな時間に休まれています。		
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	薬を仕分けするときに処方箋を必ず読んで理解に努めています。薬は手渡しし、飲み終わるまで見届けています。		
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	出来ること、得意なことは率先してやっていただき、役割を持ってもらうことにより意欲や自信が見いだせる支援をしています。梅干しや漬物づくりなど昔取った杵柄で大いに活躍されます。		
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	地域の行事ごと、市や文化祭、祭りなど外出しています。家族が家に連れて帰られる時もあります。		

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	病院へ行った時など売店で好きなものを買って物し自分で支払されています。		
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	電話したいと希望がある時は、対応しています。毎月の家族へ送る手紙の中に、短い文面ですがご本人直筆の手紙も入れています。ポストへ手紙と一緒に出しに行くこともあります。		
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	天気の良い日には窓を開けて自然の風を感じてもらっています。テラスには洗濯物を干し、季節の野菜や花が眺められるようになっています。散歩の途中で摘んだ草花をテーブルに飾り季節を感じていただくようにしています。		
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	食堂の決まった自分の席の他に和室のこたつ、廊下やテラスのベンチなど思い思いの場所で過ごされています。居室が独りになれる空間、食堂は気の合った利用者との交流の場となることが多いようです。		
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	こたつやタンスなど使いなれたものを持ち込んで使われています。家族の写真も飾られています。レクリエーションで描いた絵を貼ったり思い思いの心地よい居室で生活されています。		
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	廊下、トイレ、浴室など手すりを利用され安全に自立支援ができるように工夫されています。		

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	49	外出支援について、満足されていない利用者やご家族がおられる	利用者の望む場所への外出支援ができる。	担当者が中心となって個々の利用者の行きたいところを聞き出し、月に1回は外出の援助を行う。	2ヶ月
2	35	年2回の消防訓練を行っており地域の方の参加も呼びかけているのだが、なかなか参加していただけない。	地域の代表の方や行政職員にも参加(見学)していただく。	消防訓練を運営推進会議の日程に合わせて行い、会議に出席されている家族代表や地域代表、行政職員にも見学していただき、一緒に講評を聞いていただく。	4ヶ月
3	5	地域包括支援センターとの交流が少ないのが問題です。もっと積極的に利用者についての相談ができる関係を作りたい。	地域包括支援センターとの連携が図れる。	運営推進会議の委員としての出席を依頼する。	2ヶ月
4					
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。