

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	4697200014		
法人名	(株)EGUCHI		
事業所名	グループホーム あじさい		
所在地	鹿児島県肝属郡東串良町1998-1		
自己評価作成日	平成23年11月30日	評価結果市町村受理日	平成24年2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	http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/Top.do?PCD=46
----------	---

【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12月13日	評価確定日	平成24年1月18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)】

地域に根ざした介護を行い、一人ひとりにあったケアをしていける様に月1回スタッフと意見交換をしています。地域で行われている行事に参加したり、今までで行っておられたお店で買い物を行い、出来るだけ今までの生活をして頂けるように心がけています。利用者様が毎日の生活の中でメリハリができてよ様に体操を行ったり、天気の良い日は近くを散歩したりし、月1回はドライブがてら昼食を食べに行っています。

【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)】

園芸の盛んな地域に、複数の介護事業所と併設して建てられたホームである。代表者の地域に対する貢献意欲は強く、入居受け入れや催し物への積極的な参加などに、地元への思いが体现されている。ホームで使用する食材はできるだけ新鮮な地元産を調達しており、利用者が収穫に参加する場面もある。職員は利用者とのコミュニケーション機会をなるべく多く持ち、家庭的な雰囲気づくりに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。

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

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	社長も含め職員一同で作り上げ理念は年1回の見直しを行い、毎月行っているミーティングの中で理念に基づく具体的なケアの方法を職員全員で話し合い、理念の実践に向けて取り組んでいる。	地域に根差した温かみのある介護を目指して、職員間でのミーティングや声掛けを大切にしながら共有している。利用者およびご家族、職員間の心のつながりを大切にするために、日頃の挨拶を重視した取り組みを行っている。	
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	散歩に出掛けた際に挨拶を交わしたり、近所の方の訪問があったりと日頃から関係作りを心掛けています。地域の行事には積極的に参加している。また、地域住民の介護等に関する相談には、誠意をもって支援を行っている。	日頃から近隣の方々と挨拶をかわして関係づくりを行い、地域情報を確認しながら運動会や文化祭にも参加している。また、地域のボランティアや中学生の職場体験学習を受け入れ、交流の機会を持っている。	
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	災害時等の避難所として利用していただけるよう運営推進会議で話し合いを行っている。また、救命処置の勉強会に積極的に参加し、市民救命士のいる事業所として地域貢献している。	/	/
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	利用者やサービスの状況だけでなく、施設サービスへの要望、助言の項目を設け、様々な意見を交換できるようにしている。また、取り上げられた検討項目等については、その経過を報告し合い、一つ一つ積み上げていくようにしている。	運営推進会議は、各分野からの委員で構成され、定期的開催されている。家族会と食事会を行うなど、ご家族が地域の方々と相談しやすい環境を作っている。職員ミーティング時に、会議の内容を伝え、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	経営者、管理者は市町村へ出向き、担当者との交流の機会を作っている。また、相談等もその都度行うようにしている。	日頃より、町に対してホームの状況に関する情報発信を行っている。運営推進会議以外にも、町の担当者や入居受け入れに関する相談や福祉行政の進め方について意見交換を行っている。	
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	身体拘束廃止委員会を設置し、ミーティング等で身体拘束に関する勉強会や事例検討を行っている。また、外部の研修会にも積極的に参加している。	身体拘束の事例はないが、行動の抑制や職員の声掛けが不適切にならないように、毎月委員会を開催して意識付けに努めている。マニュアルを作成するとともに外部研修にも積極的に参加しており、報告会で他の職員への周知を行っている。	新入職員に対する身体拘束廃止に関する研修や、現任職員に対するマニュアルの内容の再確認など、定期的な学習機会を設けていただきたい。

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
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	年間の研修計画の中で高齢者虐待防止教育を計画している。ミーティング等においては、常に話し合いの機会を設け、虐待の防止に努めている。		
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	新入職員に対しては、外部研修の機会を設け、必要な時に支援を行えるように努めている。現在のところ事例はない。		
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	契約時は十分な時間を取り解りやすく丁寧な説明を心掛ける。説明の際は一つ一つの項目を説明し、解らなかつたり理解出来てない所はないか確認して、詳しく説明していくよう心掛ける。		
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	利用者からの意見や不満、苦情についてはその都度、記録や報告の話し合いを行い、ミーティングや運営推進会等において報告をおこなう。年1回の家族会を開催し、意見や要望を聞く機会を設けている。	面会が少ない中でも、本人やご家族の要望をよく受け入れている。面会に来られないご家族には、便りと写真を同封するなどして活動に関心を持っていただき、要望や意見を出しやすい関係作りに努めている。	
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	ミーティングや勉強会、各委員会を定期的に行い職員からの意見や提案を聞く機会を多く設けている。また、日頃から、職員とのコミュニケーションを図るよう努めている。	職員の意見について、日々の申し送りや毎月のミーティングの機会を使って聴き取りながら運営に活かしている。普段からコミュニケーションの機会を持ち、良好な関係づくりに努めている。	
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	ミーティング、勉強会、各委員会を定期的に行い介護の質の向上に努めている。また、研修計画を立て、個々の職員に応じた学びの機会を提供出来るようにしている。		
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	年間研修計画を立て、職員の経験や役割に応じた研修受講者を決めている。外部研修に参加した職員は、ミーティングで報告し、職員間での共有に努めている。また、事業所内で委員会活動を行っており必要に応じて外部講師を呼ぶ等して知識・技術の向上に努めている。		

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
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	地区のグループホーム協議会に入会しており、研修会や勉強会を通して同業者との交流を持ち、サービスの質の向上に努めている。		
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	サービスの利用について相談があった場合は可能な限り事前面談として本人にお会いし、生活状況、身体状況、本人の思い等に向き合い、受け止めることが出来るように努める。		
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	初めてサービスの利用の相談に来られた際は、最初から利用の相談を進めていくのではなく家族とのコミュニケーションを大切に、家族の困っている事や不安な事をゆっくり聞くように努める。		
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	相談時、本人や家族の思い、状況等を確認しゆっくりと話を聞いた上で必要なサービスを提供出来るように努めている。必要があれば、他の事業所とも連携をとるようにしていく。		
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	食事の支度や洗濯等、家事全般にわたって出来る事を一緒に行えるように努めている。また、年配者の知恵や昔の習慣等、解らない事は尋ねるとうにし、共に支えあう関係を築いていくように努力している。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	職員は家族の思いに寄り添いながら、日々の暮らしの出来事や気付きの情報共鳴に努め、本人と一緒に支えるために家族と同じような思いで支援している。		
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	本人がこれまで大切にしてきた場所や馴染みの人を把握し、関係が途切れる事がないように出向いたり、来ていただいている。	地元の利用者が多く、人間関係のアセスメントも行っている。また、一人ひとりの出身地や職業などの生活歴が聴き取られ、それを基に馴染みの場所へ出向いたり、馴染みの人達との交流機会を持てるように努めている。	

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
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	皆同じ町内であり、顔見知りの方が多い為、関係を把握し共通の趣味や話題を提供出来るように配慮している。また、孤立しがちな利用者には職員が間に立ち、関わりがもてるように配慮している。		
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	サービス終了後も、必要に応じて本人と面会を行ったり家族に状況を聞く等して、相談や支援に努めていく。		
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	利用者の言動や表情を観察し、想いや意向の把握に努めている。さらに、毎月各担当者がモニタリングを行い、それぞれの気付きを記録に残し全職員が共有できるようにしている。また、誕生日会の食事メニューは利用者が選択できるようにしている。	暮らしの中で確認した利用者に関する事項を記録にまとめ、申し送りやミーティングを通じて職員間で共有している。お茶飲み時などにも気軽に話かけ、表情を見て一人ひとりの要望を聞き、本人が望む暮らしに近づけることができ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	利用開始の際、面談等により本人や家族、関係者からその方独自の生活歴やライフスタイル、個性や価値観等を聞き取りこれまでの暮らしの把握に努めている。		
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	定期的なモニタリング等により、利用者一人一人の好む生活スタイルを把握すると共に、行動や小さな動作から本人の全体像を把握するように努めている。また、出来ない事より出来る事に注目し、その方全体の把握に努める。		
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	本人や家族の意向や要望を聴取した上で、毎月のカンファレンスでの意見や担当職員のモニタリング、医師の意見やアドバイス等を反映した介護計画を作成している。また、ミーティングで計画の再確認を行うと共にその意義や必要性について話し合いをおこなっている。	利用者およびご家族、関係者の意見やアイデアを反映して介護計画が作成されている。サービスの実施事項について記録を行い、毎月、担当職員がモニタリングを実施し、職員ミーティングにおいて計画とのズレがないか確認するとともに変更の必要性を検討している。	
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	個別記録にて、身体状況や日々の暮らしの様子本人の言葉やエピソード等を記録しており、いつでも職員が確認できるようにしている。また、朝夕の申し送りや業務開始前の日誌の確認を義務づけている。		

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
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	本人や家族の要望に応じて、通院や外出の支援を行うなど柔軟に対応している。利用者が入院された場合は、医療機関の関係者と話し合いながら、早期退院に向けた働きかけを行っている。		
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	本人の意向や必要性に応じて、民生委員やボランティアとの交流協働を行うように努めている。消防、図書館、町内会との連携も取りながら、交流の機会を継続してもてるようにしている。		
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	本人や家族が希望するかかりつけ医を受診できるようにしており、受診の際はバイタルチェック表や個別記録を持参して、適切な医療が受けられるように支援している。	利用者およびご家族の意向を尊重しており、たとえ遠方であっても希望するかかりつけ医と連携している。受診には職員が付き添い、生活の様子を報告したり、新たな指示や専門科受診の必要性等を検討している。	
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	利用者の体調不良時や急変時等は常に看護職員と連携を取り、適切な対応が出来るように努めている。日々の体調管理においても、看護職員と相談を行いながら支援に努めている。		
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。	入院時は出来る限り病院に見舞いを行い、環境の変化に伴うダメージが少しでも軽減できるように利用者との関係の継続に努めている。また、医師や家族とも連絡を取り合い、利用者の早期退院と適切な看護が受けられるように情報交換を行っている。		
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、事業所の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	できるだけ早い時期から、本人やご家族、かかりつけ医等と話し合いを行い、その時々本人やご家族の意向を確認しながら、対応方針の共有を図っている。また、事業所が対応し得る最大のケアについての説明も行っている。	入居時に、重度化や終末期に関するホームの方針を説明している。状態の変化に合わせて、かかりつけ医を含めた検討を繰り返し、本人およびご家族の意向確認とホームで対応しうるケアの方針を共有している。	
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	急変時対応マニュアルにてミーティング時に勉強会を行っている。また、職員個々においてもマニュアルを繰り返し見直し学びを行うように努めている。		
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	消防署の協力のもと、避難訓練や救命訓練を行っている。運営推進会議において近隣住民の協力を呼びかけたり、逆に事業所を災害時の非難場所とすることを提案するなど、地域との協力関係を築けるように努めている。	消防署立会いのもとで、法定訓練を年2回実施している。近隣からも協力を得られるように努めるとともに、近隣に在住する職員の支援体制も整えている。	

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
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	言葉遣いや声かけに際して利用者の尊厳重視に努め、職員の意識向上や具体的な対応方法についてはミーティング等において勉強会を行っている。また、委員会においても定期的に話し合いを行い、一人ひとりの人格の尊重の重要性を学んでいる	利用者に対する言葉かけや態度について職員同士で声をかけあったり、ミーティングで話題にして話し合っている。利用者との会話では、身近に感じてもらうために方言も使っているが、年長者への敬意を忘れないように配慮している。	利用者を守る視点から、人権や情報、空間などについて話し合う機会を持ち、さらなるケアの質向上に取り組んでいただきたい。
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	日課を優先するのではなく、本人の希望を聞き取り、優先して行えるように努めている。また、支援の中で自己決定できるような場面をたくさん作れるよう声かけを行っている。		
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	基本的な一日の流れはあるが、時間を区切った過ごし方はしていない。一人ひとりの体調や状況に配慮し、本人の気持ちを尊重して、できるだけ個別性のある支援を行うように努めている。		
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	身だしなみやおしゃれについては、できる限り本人の意向で決めていただくように支援している。		
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	利用者のその日の状況に応じて、買い物、調理、盛り付け、片付け等を一緒に行うことが出来るよう努めている。食事の時間は、利用者と職員と一緒に食事や会話をしながら楽しい雰囲気を作るよう心がけている。また、定期的な外食も計画し、利用者楽しんでいただけるよう努めている。	月間の献立が作成されているが、菜園で収穫された新鮮な野菜やご家族からのおすそ分けを使った料理も並んでいる。利用者の力量により、片づけを一緒に行ったり漬物をつくるなどして参加してもらっている。月に1回はドライブがてらに外食に出かけており、喜んでいただいている。	
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・水分の摂取量を一日を通して記録し状態の把握に努め、必要に応じて栄養補助食品やゼリーの摂取を支援している。また、栄養士にアドバイスをもらいながら献立を作成し、食事が偏らないように配慮している。		
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	毎食後の歯磨きの声かけを行い、利用者に応じて見守りや介助を行っている。義歯の利用者には毎晩義歯洗浄剤の使用を行っている。		

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	一人ひとりに合わせたトイレ誘導を行い、出来るだけトイレでの排泄に向けた支援を行っている。また、それぞれの利用者に応じた排泄チェック表を利用し、心身の状態と排泄の関連性も考慮している。	利用者のしぐさや行動変容を理解し、タイミングのよい声かけやトイレ案内を模索しながら、トイレでの排泄に繋げている。夜間は、オムツ使用の方でも、日中はトイレを使用できるように支援している。また、排泄に重要な下肢筋力の維持にも取り組んでいる。	
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	毎食後やおやつ時に便通に良い食材を取り入れるようにしている。また、かかりつけ医に相談を行い、それぞれの利用者の状態に応じた服薬の介助を行っている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	基本的には週3回の入浴介助を行っているが、希望時や清潔保持の必要がある場合はいつでもシャワー浴が行えるようにしている。入浴状況は記録に残し、定期的な入浴が行えるように管理している。	利用者の体調や気分に合わせて、週3回程度入浴してもらっている。個浴(1人用浴槽)での介助が難しい方は、隣接するショートステイの特浴(機械浴用浴槽)を利用するなど、状態に合わせた安全な入浴を実施している。拒否気味の方については、好みの時間を選んだり声かけのタイミングを変えるなどして、気持ちよく入浴できるように支援している。	
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、生活リズムを整えるよう努めている。また、一人ひとりの体調や表情、希望等を配慮して、ゆっくり休息が取れるように配慮を行っている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	服薬説明書のファイルにて全職員が服薬の内容を把握できるようにしている。服薬時は誤薬がないように、個別のケースを用意し薬の管理を行っている。また、配薬後は服用までの確認を行い、チェック表にて記録を行っている。		
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	食事の準備や片付け、季節の行事等、利用者の知恵や経験を発揮できる場面を作るように努めている。また、外食やドライブ、誕生会等楽しみごとや気分転換の支援も多く行えるように計画している。		
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	本人の体調や希望に応じて、日常的に散歩や買い物、ドライブ等の機会を多く作り、心身の活性に繋がるように努めている。	天候や利用者の体調に合わせて、近隣への散歩や買い物に出かけている。車椅子の方も、玄関先を利用して戸外に出る機会を設けている。月に1度は、外食やドライブ、花見や地域のイベントへ参加などで気分転換をはかっている。	

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	自分の財布からお金を出すことで、社会性の維持に繋げており、一人ひとりの希望や力に応じ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	状況に応じて、本人の希望や必要がある場合は、いつでも電話ができるように声かけや援助を行っている。		
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	台所には仕切りが無く、調理の音や匂いを感じながら、家庭的な雰囲気でも過ごすことができるように配慮されている。玄関前には、季節感を味わえるように四季折々の花を植えるように心がけている。	共用空間は開放的なつくりとなっており、対面キッチンで食事づくりの時間も会話がはずんでいる。随所に置かれたソファや畳の間で、利用者は居心地良く過ごしている。また、植栽の工夫により、四季折々の花や木々を愛でて、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	ソファや和室等を設置し、その時その時の気分に応じて、好きな場所で過ごせるように配慮している。		
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	それぞれの利用者の好みや馴染みの物をご家庭に用意していただいたり、生活スタイルや本人の要望に応じて必要なものを職員が用意する等して、本人が居心地よく過ごせるように努めている。	ベッドと洗面台は備え付けとなっているが、その他の家具類は利用者の持ち込みである。壁の装飾やしつらえは、本人の好みや使い勝手を考慮して、居心地良く過ごせるように工夫している。	
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	居室、玄関、ホールやトイレ、浴室等の住環境においては、利用者が安全で自立した生活を送れるように、環境作りを行っている。また、利用者の状態に応じた環境整備の見直しを行っている。		

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	1	理念の中に地域に対する想いを付け加えるように職員一同話し合いを行う。	新しい理念とともに心機一転したホーム作りを行う。	次のミーティングで職員の想いを聞きだして、理念を決め毎朝理念を唱和することで、理念の意識づけを行う。	1ヶ月
2	5	新任職員に対する身体拘束廃止に関する研修や現任職員に対するマニュアルの再確認を行う。	身体拘束を理解し一人ひとりにあった介護を行うようにする。	内外部の勉強会に参加させ、他の職員にも報告する事で全員が理解できるようになる。	6ヶ月
3	14	一人ひとりの人権や情報、空間について担当職員に任せている事が多かったが職員の入れ替わりもあり、見直しを行う。	職員皆で利用者の人権・情報等を守るようにする。	定期的に話し合いを行い一人ひとりの人権の尊重の重要性を学んでいく。	6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。