

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	2170600437		
法人名	特定非営利活動法人 福祉サポートセンター さわやか岐阜みのじ		
事業所名	グループホームガーデン柳津		
所在地	岐阜県岐阜市柳津町本郷2丁目7番地3		
自己評価作成日	平成24年 9月20日	評価結果市町村受理日	平成25年 2月15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.kajigokensaku.jp/21/index.php?action=kouhyou_detail_2010_022_kani=true&jigyousoCd=2170600437-00&PrefCd=21&VersionCd=022
----------	---

【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 中部社会福祉第三者評価センター		
所在地	岐阜県関市市市賀大知洞566-1		
訪問調査日	平成24年10月 2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)】

家庭環境の延長上にある共同生活を行う上で、人員配置を厚くし個別対応をしながら、人間らしい当たり前の生活の継続を心がけている。また、医療依存度が上がってもできる限りホームで普通の暮らしができるよう対応している。ご利用者の希望があれば、看取りまで実施している。共用型デイも実施しており、在宅からスムーズな移行を実現している。 概要 職員数 10名(正職員6名、有期2名(常勤)、パート2名) 常勤換算人9.3(共用型デイサービス1.0含む)、5年以上勤務者5名、全員ヘルパー2級以上保持 介護福祉士3名、ケアマネージャー1名、看護師1名 入居者様 平均年齢 84歳(72歳～91歳)、平均介護度2.9、平均滞在年数 4年2か月、看取り数6名(総退去者数14名)

【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)】

管理者が職員と共に利用者の支援をしており、アットホームな雰囲気がある。法人が地域の役員を引き受けており、地域からの信頼も厚い。 長年入居している利用者も多いため、徐々に身体機能が低下してホームで終末期を迎えた事例も多い。身体介護の時間が増えつつある中、家族と協力してホームでの生活を支えている。 新たな情報は乏しいものの、アセスメントでは本人の思いを掴み取っており、介護記録の記録方法の工夫もある。職員から自発的な発想や工夫がでるようになれば、さらに支援の充実につながるであろう。今後のさらなる活躍を応援したい。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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

〔セル内の改行は、(Altキー)＋(Enterキー)です。〕

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	
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	厚労省の掲げるグループホームの指針の一語一語をよくかみしめ掘り下げ、それを実践している。	「お互いさま」を合言葉に、管理者・職員が一体となって日々の支援に努めている。入居時には、ホームの考え方を家族や利用者にも説明している。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	散歩や買い物等で地域に出かけ交流している。また、地域住民センターのカギ管理もまかされている。	管理者は、民生委員やPTA副会長などを努めており、地域との関わりも深い。また、近所に暮らす高齢者が入居している事例も多く、家族が気軽に訪問できる距離にある。	
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	ふれあいサロンなどで、介護教室の講師を行っている。共用型デイサービスの実施や岐阜市介護予防事業を受託し行っている。管理者が地域の民生委員をしている。		
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	法人の事業計画や、経営状況、日々のサービス状況、ホームの方針などを話合い理解していただくと共に、意見も頂いている。	利用者・家族の参加が約半数以上で、毎回活発な意見が出ている。管理者は、運営推進会議の趣旨を理解しているものの、現状の取り組みに関しては疑問を感じている。	ホームと関係性のある社会資源をメンバーに呼び込み、ホームの強みを引き出す取り組みに期待したい。
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	運営推進会議をはじめ、県内事業所の協議会役員でもあることから、日々交流をもっている。	管理者が市町村の役員や民生委員を務めており、行政とも安定した関係を継続している。そのため、行政機関から直接情報提供を受けることも多い。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	玄関施錠をはじめ抑制になる身体拘束はもとも行っていない。	家族の訪問を24時間可能にしている。また、介護記録を家族が閲覧しており、家族が本人の生活を把握している。ホームでの支援内容をオープンにして、閉鎖的になりがちな環境を排除している。	
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に注意を払い、防止に努めている	身体的虐待はもちろんのこと、言葉や態度による虐待もないように、日々注意を払っている。新しく、若い職員が入ってきていることから、再度教育の必要性を感じている。本年度実施予定。		

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	現在、成年後見制度1名、権利擁護事業1名利用中。職員会議等で教えている。		
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	入居時にホームの方針、できること、できないことを明確にしている。また、運営推進会議、家族会議で都度話し合っている。		
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	ほぼ週に1度は来訪されており、その席で話合いをもつようにしている。ご家族の要望等も吸い上げられるようにしている。また、便り等でも尋ねている。意見に対しては、職員会議で議論する。	家族が訪問する機会が多く、仕事帰りに気軽に立ち寄る家族もいる。管理者は利用者の家族とコミュニケーションをとり、出された意見はその都度検討し、家族と協力して支援に取り組んでいる。	
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	代表者、管理者とも現場の介護に入っており常に話せる環境にある。また、職員会議等でも話合っている。	管理者も直接支援に入っており、職員から出された意見には、その都度検討する機会がある。管理者は、職員が前向きな取り組みにつながるように、日々の支援を見守っている。	
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	職員配置数や、勤務時間、希望休の取得など環境整備している。また、習熟度に合わせて研修等にも参加してもらっている。資格取得にもバックアップしている。		
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	正職員に、年2日の外部研修(出張扱い)を目標設定している。全職員がヘルパー2級以上。介護福祉士4名。(昨年2名合格)。本年度ケアマネ2名受験。		
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	法人で県グループホーム協議会の事務局を受け持ち、管理者が役員をしていることから行政、同業者との交流は多い。短時間パートを除いた職員には名刺を作成し個人交流もすすめている。		

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
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	入居前に必ず面談をご本人としている。また、ホームにも入居前に御本人に来ていただき雰囲気を感じてもらっている。共用デイからの移行もあり、入居前より関係が構築できている。		
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	ご家族の状況をよく聴き、必ず複数のグループホームを見学していただき、当ホームを理解、納得されるまでじっくりと話し合い、ご家族との信頼関係を築くようにしている。(利用申し込み前に2時間程度必ず時間をとっている)		
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	必ず、お話を伺い、グループホームなのか他のサービスが必要なのかを一緒になって考え本当に必要なサービス提供になるようにしている。		
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	運営規定にもあるように、有する能力に応じてできる限り自立した生活が送れるように支援している。また、選択することをできる限りしていただいている。グループホームというコミュニティで利用者間の相互互助という精神を目指している。		
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	定期的に来訪いただき、利用者のケアについて一緒に考え話し合い、ときには、一緒にケアに参加してもらっています。また、介護記録ノートはすべて開示し、来訪時に確認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	自宅に行ったり、お墓参りに行ったり、行きつけのお店(美容院、喫茶店)に行ったりしている。	長年ホームの共用デイを利用して、信頼関係を構築した後に入居し、ホームで終末期を迎えた事例がある。利用者・家族にとっても、ホームが思い出深い場所となっている。	
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	職員が間に入り、会話を振ったりつなげたり、依頼したりして利用者同士のかかわりを持てるように支援している。利用者同士が相互互助の関係になれるように目指している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	過去11名しか退去者が無く、入院または、看取りであったが、手続きや、情報提供、退去時の荷物搬送等、お手伝いした。過去の入居者のご家族が当法人で働いていただいている方もある。		
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	1対1でゆっくりとお話を聴いたり、会話の中にそれとなく混ぜ込み希望や想いの把握につとめている。また、ご家族からも過去の生活史を聞き取り、あくまでも本人の視点に立ち職員で考えてケアにあたっている。また、ご家族にも、それを伝えて一緒に考えている。	介護度の高い利用者から思いを聞き出すことが難しい中で、声かけや家族との会話から意向をつかもうとしている。また、ホーム独自のアセスメント様式を用いて工夫してはいるものの、職員間での共有化には至っていない。	
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	事前の書類調査、聞き取り調査、入居後の利用者本人からの聴き取り、ご家族との会話のなかからの聴き取り等で把握に努めている。		
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	日々の記録やアセスメントシートの活用により把握に努めている。出来ないと思いきまず常に、挑戦していただき出来ることをひとつでも多く見つけられるように注意を払い、できたことを一緒に喜ぶようにしている。		
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	日々の暮らしのケアのなかから本人、ご家族の希望や想いを聴きだし、職員一同でカンファレンスをもち、介護計画に反映させるように取り組んでいる。今後は分担化を模索している。	利用間もない利用者や状態に変化が見られる利用者には、日内変動もグラフで記録して分析に努めている。介護度の高い利用者には、ADLを主体とした計画を立案して、安全に配慮した支援を実践している。	
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	個々の介護記録を作成し、一目で一日の様子がすべてわかるようにしている。職員は全員が記入し、就業前には必ず確認している。また、ご家族来訪時には必ず目を通してもらっている。これにより、情報の共有、ケアプランの基礎資料としている。		
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	個々の介護記録を作成し、一目で一日の様子がすべてわかるようにしている。職員は全員が記入し、就業前には必ず確認している。また、ご家族来訪時には必ず目を通してもらっている。これにより、情報の共有、ケアプランの基礎資料としている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	地域行政、警察、消防、民生委員に、利用者の許可を取った上で情報提供している。職員が、行政や社協の委員を行っているので日頃から協働している。		
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	当ホームでは全員が当ホームの提携医をかかりつけ医としている。決して強制したわけではなく、各御家族、本人がそれが一番良いと判断しているため。月2回の定期訪問受診及び24時間365日の対応を契約している。また、必要に応じて他の医療機関に受診する場合は、紹介状を作成の上職員が必ず同行している。	ホームのかかりつけ医と常時相談・往診可能な関係を構築しており、急変時の対応も可能である。利用者・家族からの信頼もあり、医療と介護の良好な関係を継続している。	
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	提携医のところの訪問看護ステーションと24時間365日対応のオンコール及び必要に応じての来訪、及び週1回の健康チェック、相談業務を契約しており、定期訪問していただいております、お互いによく協働できている。		
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	連携が取れており、極力、入院しなくても済む、もしくは短期入院で済むようになっている。		
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	過去1年で看とりを3件実施。来訪時、及び運営推進会議等にて、説明や、話し合いをもち、又、順次利用者家族とも、ドクターを交えて終末期に向けた話し合いを行っている。	主治医の強い医療支援もあり、終末期の対応実績も多い。利用開始の段階で、終末期についてのホームの方針を伝えている。家族はホームの方針を納得した上で契約しており、その後も状況に応じて主治医を交えた話し合いをしている。	
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	やらされるのではなく、本人が自発的にやれることを個別対応の中で、ひとりひとりにあったものを見つけれられるように常に試行錯誤している。		
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	年2回の避難訓練実施。運営推進会議等ではなしあっている。	「家族や多くの方に知ってもらいたい」との理由から、運営推進会議時に避難訓練を行っている。罹災時には、避難生活よりもホームで生活することを優先にして、備蓄やホームの災害対策を行っている。	

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
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	人生の先輩として、敬意を払い言葉使い、語調、言葉の内容になれあいになってしまわないよう常に注意し合っている。また、プライバシーの保護にも気を付けるよう、職員会議や日々の中で話し合っている。	利用者の個性を大切にしており、無理強いはさせずにゆとりある暮らしに向けて支援している。職員も、時間に追われない支援に取り組んでおり、ゆとりが感じられる。	
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	御本人の希望や思いをよく聴き、自己決定や、選択してもらうことを大事にしている。やらせるのではなく、自分ペースで過ごしていただく中で、それに合わせ支援している。		
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	自己決定や、選択してもらうことを大事にしている。やらせるのではなく、自分ペースで過ごしていただく中で、それに合わせ支援している。		
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	できる方においては、行きつけの理美容院に行く利用者もあるし、ホームの訪問理容を利用している利用者もある。髪型や、長さ、ヘアカラーなど利用者の希望に沿って援助している。また、服装においても選択支を用意して選んでいただいている。		
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	利用者の好み、状況によって、常に若干個別にアレンジしている。また、皮むき、とりわけ、片付けなど利用者に手伝っていただいている。	冷蔵庫の中身や、利用者と相談して日々の献立を考えている。体調が悪く食欲のない利用者に、「何が食べたいか」を聞き取り、メニューに反映していた。	
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	必要に応じて記入している。体重管理と血液検査を定期的にして、医学的データの結果から栄養や水分バランスを調整している。		
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	それぞれの利用者に合わせ、口腔ケアを実施している。歯科医師による定期訪問診療も一部利用している。		

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	基本的におむつ利用を減らす事を目標としている。が、現況リハビリパンツやパットの利用者は増えている。しかし、そうであっても個々排泄リズムに合わせて、トイレ誘導をして座って行っていたようにしている。介護4～5の方でも必ず、1日に5～7回トイレに座っていただく介助をしている。	利用者自身でポータブルトイレを掃除・管理している事例がある。職員がすぐに手を貸すのではなく、本人ができることを大切に支援を行っている。	
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	水分量や、寒天など食事内容での工夫や、動くことによる活性化、必要に応じては、薬や浣腸など医師看護師と連携もとっている。		
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	基本的に月、水、金実施している。自立見守り～全介助の方まで個々にあった入浴を実施。今年春、2か所のふろの内、1か所を介助浴に改装した。介護度の重い方でも安心して湯船につかれるようにした。	介護浴槽に改築して、安全な入浴ができるように工夫している。今までは、職員が抱えて湯船に入ることを怖がる利用者もいたが、現在は進んで入浴できるようになった。	
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	朝食の時間を基本7時30分にはしている。リズムを作る必要がある利用者が多くなってきており誘導している。体調の変化に対しても気をつけ誘導している。日中は、太陽の光を浴びリセットできるようにしている。点でなく線で生活リズムを見ている。		
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	全員分ファイリングしており、全職員が見て覚えるよう指示している。それによって、連絡ノートで変更や注意点が指示され全職員が意識できるようにしている。また、覚える為、日付けセッティングを全員でしている。		
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	やらされるのではなく、本人が自発的にやれることを個別対応の中で、ひとりひとりにあったものを見つけられるように常に試行錯誤している。		
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	随時個別に散歩にしている。また、喫茶店やドライブ、買い物、里帰り、近所の集まりなどで個別で対応している。	身体機能の低下により、外出を希望する利用者が少なくなってきた。しかしながら、利用者は職員に支えられて買い物に出かけるなど、生活の中でのささやかな楽しみを見つけて支援をしている。	

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
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	利用者には、各自自由に小額のお金を持ってもらっているが、使用するときはホームのお金を支払ってもらうようにして支援している。。		
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	手紙のやり取りを援助している。(ご家族に本人宛にだしていただき、返信を援助している。)また、電話も随時希望に応じて援助している。また、ご家族からの電話も取り次ぎ、本人にも話してもらっている。		
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	ハードとして、天然木材及び天然素材、健康素材を使用し、五感に訴えるものとしている。また、施設的なものを極力なくし家庭的な雰囲気をしつらえている。床の間の掛け軸は季節にあわせてとりかえている。季節の飾りや、季節の花で季節感が出るようにしている。保育園のような子供っぽい飾りつけはしない。大人の粋を感じられるように配慮している。	共有のスペースの食堂や和室の床の間には生花が活けられ、季節が感じられるように工夫している。過度に装飾はなく、落ち着いた雰囲気作りを大切にしている。	
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	廊下やテラスに椅子を置いたり、居間にコタツを置いたりしている。		
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	それぞれが、自分流の部屋になるように本人、家族、ホームでアレンジしてある。また、身体能力に合わせて必要なものを配置して、落ち着いて快適に生活できるようにしている。	本人の身体機能に応じて、手すりやエアマットの設置をしている。居室を自由にレイアウト・アレンジすることができるため、本人・家族の希望には柔軟に対応している。	
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	基本的にバリアフリーになっているが、利用者の状態に合わせて随時改造したり備品を付けたりしている。トイレや部屋にはわかり易いように大きな字で室名を貼っている。また、随時必要に応じて改良している。		

(別紙4(2))

事業所名

作成日: 平成 年 月 日

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	4(3)	運営推進会議において地域組織との連携が弱い。	自治会、町内会、老人会等ととりこんで、災害時に協力していただけるようにする。	参加協力を要請し、災害時の協力していただけるよう話し合い、協定書を作成する。	12ヶ月
2	23 (9)	一人一人の思いや意向に対して、本人本位での検討を全職員で行い共有できてない。	全職員が、一人一人の利用者の思いや意向をきちんと受け止め、考え、共有し取り組んでいけるようにする。	全職員がケアプラン作成に関わり、一人一人の利用者の思いや意向について、受け止め、考えるように意識付けを強化する。	12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。