

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	2090500105	
法人名	特定非営利活動法人 あおぞら	
事業所名	グループホーム 大門	
所在地	飯田市大門町22番地	
自己評価作成日	平成24年9月30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.kaijokensaku.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社マスネットワーク 医療福祉事業部
所在地	長野県松本市巾上13-6
訪問調査日	平成24年10月29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)】

グループホームを開所して、早2年が経過しました。この2年間は、当面する施設運営の課題に力を入れざるを得なかったのですが、ご利用者も職員も次第に「施設のあるべき姿」を考慮する雰囲気が出てきました。そうした中で、共同(協同)生活を基本に据えながら、「自分で出来る事は自分で」を合言葉に、食事準備や居室清掃など行いながら、一緒に暮らす楽しさを感じて、大切に生きる事を目指しています。
「人生最終章のケア」学習会を継続して行い、運営推進委員・同事業所等と一緒に学び、検討・共有を深めています。

【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)】

利用者の思い(座談会)や家族の願い(家族会・面会時)、職員の意見や提案(職員会・ケア会・個別面談・職員アンケート・学習会)、そして第三者の意見(運営推進会議)を聞いて、職員全員で話し合いながら、利用者にとって何が最も良いのかを探し出すよう真摯に課題と向き合っている。多くの人の力を借りて、独断にならず、輪を広げて、繋がりながら絆を作っていくという理念が実践されている。事業所は交通量の多い街中に位置しているが、利用者にとっては馴染み深い場所であり、これまでの暮らしが継続出来る環境にあるので、地域の資源を有効に活かし、利用者一人ひとりの力量に応じ、共に暮らす和やかな生活作りを支援している。センター方式を取り入れることにより、利用者理解を深めると共に職員の力量が上がり、事業所が活発に動きだしていることが感じられる。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目№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

ユニット名()		項目		項目	
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 ↓該当する項目に○印	項目
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)
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)
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広がったり深まり、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)	○	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、活き活きと働いている (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)	○	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
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
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

作成日 平成25年1月31日

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	理念について、職員会、ケア会時に、管理者、職員の全員で、学び、考え、創造しました。地域の中での生活を大切に、「和」「輪」「絆」を基本にして実践している。	全職員で作り上げた、事業所独自の理念を持ち、具体的取り組みとしての基本方針を掲げている。玄関や事務室に掲示するとともに、パンフレットにも明示し、職員会やケア会を通じて継続的な職員への共有化を図っている。	
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、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	自治会、組合に加入、地域清掃、地域の方々の認知症、介護保険、その他全般の相談を受けている。どんど焼きやふれあい広場に出かけたり、ボランティアさん達が近くの保育園との交流会を計画してくれて行われた。	施設を核にした地域作りを目指して、地域の諸行事(どんど焼き・ふれあい広場・神社の祭りなど)に参加、事業所の行事に招待、ボランティアの受け入れ、地域の方の諸相談に応えるなど地域に溶け込み、地域と共に暮らす活動に前向きに取り組んでいる。	
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	ヘルパー研修、中学生の職場実習、施設見学等の受入をしている。クリスマス会は、一人暮らしの高齢者を招待し、小学生やボランティアさん等と交流し、理解を共有している。	/	/
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	街づくり委員会、地域包括支援センター、学識経験者、地元の方、家族代表がメンバーとなり、開催している。職員研修に「人生最終章のケア」を継続しており、そこへ参加を呼び掛け、施設での看取りについて一緒に学び、意見をいただいている。	地域・行政・家族・有識者を構成員として、年6回開催され、評価や事故の状況など透明性のある議題が提出され、活発な意見交換が行われている。委員と共に学習会や防災訓練が行われ、事業所理解を促しながら、事業所運営を委員も含めて実践していこうとする姿勢がうかがえた。	
5	(4)	○市町村との連携 平成24年10月29日	毎月の事業者連絡会に出席して情報を得ている。市の介護相談員派遣事業を受託し、意見を取り入れていきます。	毎月行われる行政主催の事業者連絡会に出席し、各種の情報の共有化を図っている。行政に相談を持ちかけるなど良好な関係は出来ている。介護相談員派遣事業も受け入れが始まり、今後の関係作りが期待される。	

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
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	玄関の自動ドアについては、交通量が激しい交差点近くを理解してもらい、契約時に同意を得ている。ヒヤリ・ハット1例づつを職員会で話し合い、身体拘束とならない改善策を共有している。	ヒヤリハット事例の職員会での話し合いや勉強会が行われ、抑圧感のない暮らしの支援についての認識は職員に充分浸透している。玄関の施錠は交通量の激しい場所に位置していることによるが、見守りや連携プレーを強化するなどセンサーに頼らないケアの工夫を検討することも大切であると感じられた。	
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	職員会で虐待防止について学び、不適切な声掛け、介助について、どうしたら改善になるか話しあっている。		
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	現在、成年後見制度を利用しているご利用者はいませんが、制度研修会に参加し、会議報告で共有している。		
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	利用される前に、見学、体験をしていただいたり、契約の内容については、時間を摂って説明し、質問を受けながら、理解、納得を図っている。		
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	毎月1日はご利用者との座談会を行ったり、年2回の家族会の家族同士の意見・要望の場を設け、職員会で検討し、サービス向上に繋げている。介護相談員派遣制度を取り入れることになりました。	毎月の利用者との座談会や年2回の家族会、頻度よく訪れる面会時などを通じて利用者や家族の思いや意見等を聞いている。請求書送付の際には家族へのお便りとして事業所の様子等を伝え、信頼関係を築くよう取り組んでいる。諸々の意見、要望等は職員会で話し合い、速やかな対応をしている。	
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	毎月、職員会議・ケア会議は全職員参加で行い、その場では意見や提案が出しきれない事は、アンケート提出にし、1人ひとりの意見を大切にしている。	職員会やケア会議、必要に応じての個別面談、意見や提案を聞く職員アンケート等により、意見、提案、要望を聞く機会としている。諸意見等は会議を通じて全員で話し合い、解決策を見つめるよう取り組んでいる。年間の研修計画も作成されており、職員の向上心を引き出している。	

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
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	代表者は、介護員として働いており、ご利用者と過ごしている。キャリアパス導入、職員アンケートをして全体職員へのアプローチ又は、個別面談をしてやりがいのある職場づくりに努めている。		
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	年間計画による職員の資格やローテーションにより参加している。必ず、研修会出席者は職員会議の時報告をするようにしている。 資格取得の支援をしている。		
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	飯下圏域グループホームの集い、県宅老所・グループホーム連絡会に加入し、研修会・情報交換をしている。連続して人生最終章の学習会を行い、他事業者への参加を呼び掛け、意見交換をしている。		
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	サービス利用導入前に、ご本人、ご家族と会って、生活状況や心身状況、これから如何に生活したいのか要望や不安を聞き、施設説明、見学、体験利用など納得してから利用して頂くように努めている。		
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	ご家族の要望を受けとめながら傾聴し、要望はどうかやったら可能になるか、どのような対応が出来るか話し合いをしている。		
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	相談の段階で、ご本人、ご家族の意向を確認し、相談を受け、施設内のサービス以外のインホームなサービス提供への提案も行っている。		

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
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	人生の先輩として生活の知恵を会話の中で常に教えてもらい、回想法では自信を持って話せる場面を意図的につくる努力をしている。共同生活(家族)を、楽しむように努めている。		
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	ご利用者の健康状態の変化等は、ご家族に連絡し、支援対応の方法を共有している。人生の最後に本人も家族も共に生きた事に感謝できるように、生活歴を聞いたり、状態を伝えている。家族関係の修復努力も心掛けている。		
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	ご家族の協力の下、若い頃からのかかりつけ病院を受診、友人や家族で食事会、美容院など馴染みの人間関係、場所を大切にしている。	利用者は事業所周辺から入居している方が多く、これまで馴染んできた近くの神社、桜やりんご並木、公民館などに出掛けて、これまでの関係性が継続できるよう取り組んでいる。友人が訪ねて来たり、家族が食事や美容院に連れて行ったりと、馴染みの関係が途切れない支援もしている。	
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ご利用者が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	ご利用者同志会話が出来るように、雰囲気作りを大切にしている。時々、ホールの座席替えを行い、関わりや会話がスムーズにいくように心がけている。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	次のサービス先(医療機関)とも連携を摂り、ご本人、ご家族共々繋がりを持っている。		
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	人生最終章の学習会で、担当ご利用者のライフヒストリーを本人・家族と話し合い、一人ひとり発表し、講師や他職員の考えを聞き、意向の把握に繋げている。センター方式はご利用者一人ひとり担当職員を決め、ご利用者の理解を深め、新たな気づきを大切にしている。	利用者との座談会やセンター方式による基本情報の把握を行い、利用者の思いや意向を把握している。担当職員制による利用者のライフヒストリー作りを通して、全体像を把握することができて、利用者理解と共に職員のスキルアップに繋がっている。	

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
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	ご本人、ご家族、親戚、サービス事業所アセスメント等から情報収集により把握している。		
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	ご本人のペースに合わせた生活の中から、日々、勤務申し送りや記録によって情報を共有し、職員の気づき、工夫を大切に把握に努めている。		
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	ケアマネを中心に、ご本人、ご家族の要望、かかりつけ医の意見や、毎月のケア会議に於いて、日々の申し送りで気づきや工夫等をモニタリングし、介護計画に反映している。「計画実施表」は、職員が意識を持ってプランを共有する手段としている。	センター方式を取り入れた基本情報把握が行われ、利用者と家族の思いに沿った課題分析、介護計画が作られている。日々の計画実施状況の記録、毎月のモニタリング実施により、現状に即した計画になるよう見直しが行われている。日々の生活や利用者の言葉なども記録され、介護計画に活かされている。	
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	介護明細に本人の言葉を記入したり、職員間では連絡帖を活用して、情報を共有し、介護計画の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	緊急時受診、不定期に帰宅や買い物などは、職員の勤務を変更し、利用者のニーズに答えられるようにしている。全体の協力で、家族の最後のお別れに参加できました。		
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	豊かに地域で暮らし続けられるように、かかりつけ医、民生委員、理美容院、保育園、各ボランティアとの協力関係を築いている。		

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	ご本人やご家族が希望するかかりつけ医に受診を続けている。緊急時やご家族が不都合又は必要時は、職員が同行している。家族、病院へ日々の経過観察表の状況提供も必要により行っている。歯科嘱託医には歯科治療や定期歯科検診を受けている。	利用者の馴染みのかかりつけ医となっており、医院とは経過観察表による情報提示により協力関係を築いている。歯科医より定期検診や口腔ケアの指導も受けており、適切な食生活が出来るよう取り組んでいる。	
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	現在看護職員の配置がなく、医療連携訪問看護ステーションを利用している。		
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。	入院の際は、医療機関、ご家族、職員等カンファレンスにて、状況・治療説明、要望を相談し、退院の際は、リハビリ・栄養・生活・入浴方法を学んでいる。		
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	「人生最終章のケア学習会」を職員継続研修として、運営推進委員、地域の同事業所も参加して行っている。ご家族との学習会も計画に含まれている。職員個々の様々な思いをアンケート提出して、検討、共有を深めている。	重度化や終末期に向けての対応指針がある。終末期ケアの学習会を実施し、職員の認識の共有化を図ると共に、運営推進委員、地域の同事業所の出席を仰いで、共に考え、学んでいる。事業所で出来ること、出来ないことを精査して、利用者や家族の選択を待つ対応が必要と思われる。	
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	消防署、日赤奉仕団による救急法の勉強会を実施し、訓練を受けている。		
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	消防署による避難訓練・消火訓練・通報訓練を運営推進委員と一緒に、地域の社協委員訪問時、そのビデオを見て頂き、協力体制を共有する計画をしている。スプリンクラーを設置して安全対策を図っている。	スプリンクラー、感知器、防災頭巾、レトルト食品など防災設備や備品は整っている。10月に消防署の指導の元、地域住民参加(運営推進委員)により夜間想定による通報・消火・避難誘導訓練が行われ、さらに来年3月頃訓練を実施する計画である。地域の方の協力についても話し合いが行われている。	

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
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	援助が必要な時も、まずは本人の気持ちを大切に考えてさりげないケアを心がけ、自己決定しやすい言葉かけが出来るように努めている。職員が言葉づかいで苦慮する場面を例題に掲げ、対応検討をしている。	事業所で作成した「言葉遣いの適正に関する評価基準」によりテーマ毎に「現在の対応」、「適正な対応」を検討し、職員全員で利用者の誇りやプライバシーを損ねない対処方法を見つけ、実践に繋げるよう取り組んでいる。守秘義務や尊厳の維持は契約書や重要事項に明示されている。	
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	ご利用者が思いや希望を言える雰囲気づくりに心掛けている。また意志表示出来ない方にも、表情、反応を注意深くキャッチしながら、自己決定の場面づくりに努めている。		
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	一人ひとりの体調に配慮しながら、居室で自由に過ごしたり、食事、洗濯たみ、野菜採りなど個別の希望を大切に、共同生活する仲間と一緒に暮らす楽しみづくりに繋がるように心がけている。		
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	朝の身支度、入浴後の着替えはご本人の意向で選び、髪は馴染みの美容院へ行く方、職員が結い髪する方、出張美容を利用の方とご本人の希望に合わせている。		
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	献立表は利用者の食べたい物を聞きながら作成し、一緒に採ってきた畑の野菜と一緒に調理し、食器拭きや片付けをして、食事を1日の大切な活動としている。	調理から片付けまで「自分で出来ることは自分で」を踏まえて、利用者の力量に応じて職員と一緒にを行い、同じテーブルを囲んでの食事風景となっている。畑で採れた野菜、郷土料理、季節感のある調理などを取り入れ、利用者の意見を聞きながら献立を作っている。口腔ケアも心掛け、美味しい食事となるよう努めている。	
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	一人ひとりの体調と1日の摂取量を把握している。食べれない時の補助食品、嚥下低下の時、水分確保困難時、糖尿病食への栄養指導に対する対応など個々に対応している。		

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
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	口腔ケアの重要性を歯科嘱託医より学び、自立の方は声掛け、見守りを行い、支援が必要な方には介助で義歯を外し、清潔保持に努めている。		
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	日中はトイレでの排泄を基本に、パット等の使用量を少なくしている。排泄パターンにより声掛け、見守り、介助の支援を行い、個別の自立支援に向けている。。特に声掛けに注意している。	排泄パターンに沿った声掛けや利用者の様子を見て、羞恥心や不安への配慮をしながら、トイレ誘導を行っている。トイレは介助バーが設置され、利用し易くなっている。	排泄での自立者もおり、パット等の使用を減らす努力もしているが、排泄の失敗や常時の介護用品の使用は、利用者の精神の荒廃を招き、生きる希望や勇気を損ねる結果となり易いので、さらなる排泄の自立に向けた取り組みを積極的に行うことを期待したい。
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	排泄パターンを記録し、毎日牛乳かヨーグルト、水分補給と食物繊維の摂れる献立の工夫をしている。身体を動かす事を大切にしている。		
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	その日に入浴希望のある方を優先し、ゆず湯や菖蒲湯や外を眺め檜風呂で自由な個浴を楽しんでもらえるように支援している。	利用者の希望に沿った入浴が実施されている。1人週2～3回、1日3人くらい、午後行われている。個浴である檜風呂は随所に工夫が施され、浴室の窓からは季節の移り変わりが楽しめる、菖蒲湯やゆず湯も行い、利用者が喜んで入浴出来るよう配慮されている。	
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	生活のリズムをつけられるようになるべく日中の活動を促している。寝る時間をご利用者に応じて。室温に気を配り、気持ちよく眠れるように配慮している。		

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
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	ご利用者の薬の処方、効能、副作用の説明をファイルに保管し、全職員に分かるように徹底している。特に状態変化については、経過観察表を家族や医師に情報提供している。		
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	各自、趣味、やりたい事、得意分野で一人ひとりの力を発揮してもらえるようお願いし、職員も感謝のことばを大切にしている。		
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	地域へのイベント参加(どんど焼き・吹奏楽)、季節の外出(お花見・運動会・紅葉狩りドライブ)、庭散歩、野菜の収穫、家族やボランティアの協力で公民館の生花展、ふれあい広場、外食、美容院等出掛けている。	ウッドデッキでの外気浴、庭の散歩、野菜の収穫、計画に基づいた行事参加や季節の外出など外に出掛ける機会を多く持てるよう取り組んでいる。	一人ひとりの思いに沿った外出対応は勤務状態から難しいが、これまで自由に地域の周辺を散策していた暮らしが利用者の普通の姿であるので、日常的な個別の外出支援を検討されることを期待したい。
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	ご家族が遠方でお金を事業所が預かっている方がいますが、家族との外出時に買い物等してきている。		
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	ご家族への手紙、年賀状のやり取り、電話の授受の支援をしている。絵手紙教室を行い家族に郵送している。		
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	施設の窓を掃き出し式にしたり、ホールや廊下の天井を高くして気持ちの解放感に向けている。ウッドデッキから胡瓜やナスの収穫に出かけ、大輪のひまわりを数え、狭い庭を自由に出で楽しんでいる。	木製を主体にし、懐かしさと温もりを感じさせる作りになっている。天井が高く、採光も良く、掃き出し窓、ウッドデッキと開放感のある空間になっている。季節に応じた張り絵等の作品作りを行い、テーブルも状態に応じて移動し、居心地よく過ごせるよう工夫と配慮がなされている。調理から匂いや音が感じられるよう一体のフロアとなっている。	

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
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	ホール内のテーブルで、気の合う同士で過ごしたり、ソファでテレビを見たり、横になったり、自由に移動して過ごせるように工夫声掛けしている。		
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	今まで普段使っていたものや、家具を持って来て頂いたり、家族写真等を飾り、これまでの生活感を少しでも維持できるように努めている。	利用者との座談会で話し合っ、居室にのれんを付け、風を入れたり、上から目線にならないよう配慮している。ベッド、寝具を始め居室の調度品はすべて利用者の持ち物であり、自由な部屋作りをしている。備え付けの収納場所があるので、居室の整理整頓は行き届いている。「自分で出来ることは自分で」を目標にして清掃は利用者も行っている。	
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	廊下やトイレには手すりが付いている。風呂場は、重度化した時にも本人のできる力を活かして入浴できるように環境づくりに工夫しました。		

目標達成計画

作成日 平成25年1月31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	23	○トイレ誘導・声掛けをしているが、パット・リハパン内の排泄が多い。もう少し自立できるのではないか。	○パット・リハパン使用による利用者の精神の荒廃を少なくする。気持ちの良い排泄をする。	○気持ちの良い排泄学習会。 ○排泄パターンの再検討。 ○骨盤底筋群のトレーニング。 ○厚いパット・リハパン使用による転倒予防。	3～12ヶ月
2	33	○日常生活の中で利用者の思いに添った外出や散歩等を取り入れていく事が困難。	○日常的な個別の外出支援を行う。	○1日の生活の流れの中で、散歩、外気浴、野菜の収穫等の時間を設ける。 ○利用者の希望に沿った外出が出来るよう家族に協力して頂けるような声掛けをおこなう。	3～12ヶ月
3					
4					
5					

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。
目標達成計画