

平成23年度

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	1473300182	事業の開始年月日	平成9年1月28日	
		指定年月日	平成18年4月1日	
法人名	社会福祉法人 ふじ寿か会			
事業所名	高齢者グループホーム ことぶきの里			
所在地	(〒226-0021) 横浜市緑区北八朔町1856番地			
サービス種別 定員等	小規模多機能型居宅介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
定員等	認知症対応型共同生活介護	宿泊定員	名	
		定員計	9名	
		ユニット数	1 ユニット	
自己評価作成日	平成23年9月2日	評価結果 市町村受理日	平成23年11月29日	

事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先	http://www.kaigo-kouhyou-kanagawa.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=1473300182&SCD=320
----------	---

【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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・日誌や報告書、作成資料等の事務を軽減し、入居者との関わり、見守りやケア等の時間を出来るだけ多くしている。 ・散歩や外出行事等を多くし、入居者に外の空気を感じていただき、ホーム以外での「顔」を眺める様に努めている。 ・見守りや声掛けによる残存能力の維持向上と、コミュニケーションや共に作業を行うことで意思の疎通を図り、穏やかな関係を築き、要望を出来るだけくみ取り実現する工夫をしているという点で、家族(家庭)により近い雰囲気(入居者の心に寄り添う)をもったサービスの実現に力を入れている。 ・可能な限り、入居者一人一人に合わせた生活を、常に心掛けています。 ・見守り、声掛け、接する態度等、その都度対応を心掛けています。 ・認知症介護の基本である、「口出すな!」「手を出すな!」「目を離すな!」を常に再確認をしている。
--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鵜沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成23年10月6日	評価機関 評価決定日	平成23年11月8日

【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)】

<p>事業所は林や緑に囲まれた静かな環境にあり、平成9年1月に開所した1ユニットの平屋建てです。運営母体は介護老人福祉施設で、開設当時、横浜市のグループホームのモデル事業として全国に先駆けて発足し、見学者が多数来訪した歴史のある事業所です。</p> <p>事業所は「沈黙の誘導」を念頭に、認知症介護の基本として「口出すな」「手をだすな」「目を離すな」を常に心掛け日常の介護・介助に当たっています。</p> <p><優れている点></p> <p>開設時より「何でも一緒に入居者で行う」ことを理念とし、一人ひとりの尊厳を大切にし、毎日の生活を安心して暮らせるように努め、利用者の平均年齢は約86歳、最高年齢は100歳を迎えた方が一人で食事をするの見守り介助をしています。</p> <p>医療連携体制を敷き、医師と看護師との連携を図りながら、安心して医療を受診できる体制にあります。</p> <p>職員の人材育成に力を入れ、「平成23年度研修計画」「職員研修一覧表」「新入職員育成プログラム」を策定し、内外の研修に参加し、研修後は研修報告をして共有し、質の向上とレベルアップを図っています。</p> <p><工夫している点></p> <p>家族には運営法人4事業所の合同で、持ち回りで監修した写真入りの「里だより」を年4回発行して家族に送付して、運営推進会議や家族会も開催しています。</p>

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
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 ~ 35	9 ~ 13
その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	高齢者グループホーム ことぶきの里
ユニット名	

アウトカム項目	
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くらいの
	3. 利用者の1/3くらいの
	4. ほとんど掴んでいない
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
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
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
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
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
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

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ます。 (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
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：9,10,19)	1, ほぼ毎日のように
	2, 数日に1回程度ある
	3. たまに
	4. ほとんどない
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の拡がりや深まりがあり、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
66 職員は、活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
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
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. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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踏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	・事業所理念を事務所等へ掲示し、ケアカンファレンス等の機会に、確認し共有を心掛けている。また、職員の入職時に説明し、日々の業務へつなげる様にしている。	理念は「何でも一緒に入居者で行う」ことを職員と話し合いにより決め、運営規程の中に明示し、事務室に掲示しています。管理者は新入職員の研修時には理念を説明し、職員は朝・夕の申し送り時や日常業務の中で確かめ合い理解を深めています。	
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	・地域の行事や自治会行事等に参加したり、散歩や外出時に挨拶をし、日常的に交流を心掛ける様にしている。また、地域の方々を招いて、「花火大会」や「編み物ボランティア」「活け花ボランティア」を実施している。	自治会に加入し、地域の盆踊り、運動会、老人会、防災訓練と地域防災拠点訓練に参加し交流を深めています。自治会主催の月1回開催される「ふれあい昼食会」に出席し、隣接の運営法人合同の花火大会には、地域の方と家族が一緒に行い、ふれあいを持ちながら暮らしています。	
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	・地域の活動等へ参加し、認知症の人の理解や支援の方法を、地域の方々が我々職員に、聞き易い環境作りに努めている。地域自治会による認知症講習会への協力等。		
4	3	運営推進会議を活かした取組み 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	・運営推進会議を定期的に行い、参加者の方々より意見等をいただき、ケア(サービス)の質の向上に努めている。	運営推進会議は3ヶ月に1回定期的に、隣接の運営法人のグループホーム合同で開催しています。会議では事業所の行事の取組み内容、外部評価、情報公表制度の受審報告を説明し、質問、意見交換を行い、理解と支援を得てサービス向上に活かしています。	
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	・必要に応じて、役所等へ連絡や訪問し、日頃から協力関係を築ける様に取り組んでいる。	管理者は緑区役所サービス課へ事業所の運営面の実情などを報告し、助言や指導を仰いでいます。介護保険の更新手続きで家族に代わって出向いています。横浜市グループホーム連絡協議会や横浜市実践者研修会に参加し、職員の交換研修も行っています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	<p>身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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</p>	<p>・出来る限り、研修会等へ参加し、望ましいケアの実践に向け、日々取り組んでいる。基本的に施錠はせず、入居者やご家族の望みを考慮し、安全安心を最優先に考え、在宅ケアを最大限に意識している。</p>	<p>職員は身体拘束に関する研修を受講し、研修報告を行って共有化を図り、正しい理解に努めています。玄関は施錠せず、見守りと声かけに努め、居室の鍵も本人の希望に任せ、自由な暮らしを支援しています。</p>	
7		<p>虐待の防止の徹底</p> <p>管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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 overs されないよう注意を払い、防止に努めている</p>	<p>・出来る限り、勉強会や研修会等へ参加し、望ましいケアの実践に向け、日々取り組んでいる。また、個別ケアノートを活用し身体のアザや傷等を記入報告し、見過ごす事がない様に注意を払っている。</p>		
8		<p>権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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</p>	<p>・必要に応じて、勉強会や研修会等へ参加している。入居者個々の必要性に応じ、学んだ事柄や資料等を手配し、活用出来る様に支援している。</p>		
9		<p>契約に関する説明と納得</p> <p>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</p>	<p>・入居前に、不安や疑問点等を、十分に説明し話し合い、安心して入居し続けていただける様に、努めている。</p>		
10	6	<p>運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並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</p>	<p>・日々の来里時等に、家族からの用件や要望、意見を聞き必ず管理者へ伝える。また、家族会等にアドバイザーの方が参加し、本人や家族と交流し、話しや意見、要望を聞き、運営に反映させている。</p>	<p>苦情や要望の担当窓口は、重要事項説明書に明記し、契約時に説明しています。運営推進会議や家族会、家族の来訪時には利用者の生活状況を説明し、意見・要望を聞いて運営に反映するように心掛けています。</p>	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	・管理者や職員間も、日頃の申送り、ケアカンファレンス等で、コミュニケーションを常に取れる環境を作っている。また、業務やチームワーク等へ反映出来る様に心掛けている。	管理者は月1回のケアカンファレンスや申し送り時に日常業務の意見や提案を聞き、業務の改善や向上に反映しています。職員の提案により、浴槽の清掃には漂白剤や消毒液を使用して衛生面に配慮し、清潔さを保つように努めています。本部は、管理者の打合せ会議に要望や意見を傾聴して事業に反映しています。	
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	・各職員が、業務へ集中して取り組める様にしている。また、モチベーションや向上心を維持継続出来る様に、職場環境や条件の整備に努めている。		
13		職員を育てる取組み 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	・出来るだけ職員全員が、研修に参加し、学び得た内容を日々の申送りやケアカンファレンス等で報告をして、知識の共有を図っている。		
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つくり、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組みをしている	・緑区、横浜高齢者グループホーム連絡会、神奈川県認知症高齢者グループホーム協議会、日本認知症グループホーム協会等の活動や研修会等に参加。また、法人内勉強会等も実施し、サービスの質の向上に取り組んでいる。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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、不安や疑問点等を、十分に説明し話し合い、安心して入居し続けていただける様に、努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	・入居前に、不安や疑問点等を、十分に説明し話し合い、安心して入居し続けていただける様に、努めている。		
17		初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	・入居前に、不安や疑問点等を、十分に説明し話し合い、安心して入居し続けていただける様に、努めている。		
18		本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	・基本理念として、「何でも一緒に行い。」を心掛け、日常の家事や散歩、生活等を共にし関係を築いている。		
19		本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	・家族と共に、本人のケアへ最大限に取り組んでいる。本人と家族の絆を大切に、一緒に本人を支える様に心掛けている。		
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	・本人の声を聴き、馴染みの物や場所、活動等を維持出来る様に支援している。手紙、年賀状のやり取りや体操教室等。	利用者は家族と昔馴染みの回転寿司店、焼き肉店、ラーメン店に行き、家族と一緒に墓参りに出掛けることもあります。友人・知人から年賀状が届き返信を書き、ポスト投函に利用者と一緒に行くこともあります。プロ野球観戦に横浜球場へ出掛けたり、羽田空港へ飛行機を見に行く利用者もいます。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	・入居者同士の関係を最大限に把握(アセスメント)し、入居者同士の関係を築ける様に努めている。		
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	・サービス利用の終了をせざるおえない場合も、最大限に適切な誠意ある対応を心掛けている。		
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。	・入居者の話しをよく聴き、一人一人の希望や要望、意向を把握し、入居者本位を心掛けている。 観葉植物や花、熱帯魚の飼育等。	職員は日常の行動や会話の中、家族からの情報を得て意向や希望を汲みとるように努めています。意向を伝えにくい方には、入浴時や居室、夜間の静かな時間帯などのゆったりした時に、利用者から何げなくつぶやく話に傾聴することもあります。	
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	・入居時、以前の生活歴や情報等を家族よりいただき、事務所へ掲示し情報の共有を図っている。また、入居からの新しい発見や情報等があれば追加し、アセスメントやケアプラン、日頃の対応等へ反映している。		
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	・日々の生活の中で注意、把握している。アセスメントやケアプラン等にも反映し支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	・毎月、ケアカンファレンスを実施。アセスメントを抽出し本人に合ったケアプラン等を作成。また、3ヶ月ごとケアプランの見直しを実施している。	アセスメントを基に利用者の生活歴、認知症の症状を把握し、本人・家族の要望を聞き仮計画を作成します。往診医の所見を入れて、職員のケアカンファレンスを行い作成しています。通常は3ヶ月毎にモニタリングして見直し、現状に即したものとしています。	
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	・日誌、個別ケアノート、連絡帳等で、情報の共有を図っている。		
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	・最大限に取り組んでいる。		
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	・馴染みの教室、体操教室、地域の行事や自治会の行事等に、参加出来る様に支援している。		
30	11	かかりつけ医の受診診断 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、家族の要望や希望等を聞き、受診や往診等で細やかな対応を、していただける様に心掛けている。	かかりつけ医の医療を継続して受診できるようにし、職員が家族に代わって通院介助をすることもあります。大半が協力医療機関の内科医の訪問診療を受診しています。医療情報は個人別に記録し、情報の共有に努めています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	・本人、家族の要望や希望等を聞き、受診や往診等で細やかな対応を、していただける様に心掛けている。		
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、また、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。又は、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、医師や病院関係者等と連携し、本人の治療や経過等を良く観察し、退院後の生活を検討、支援している。		
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	・入居時より、今後起こり得る事柄等を説明し、話し合いが必要な関係者等と支援出来る体制を心掛けている。	入居時に重度化した場合における対応の指針を説明しています。ターミナルケアは家族の要望があり、協力を得られる場合は行う方針です。急変時は主治医・看護師、家族・職員が話し合い最善の方法を採る方針です。法人でターミナルケアの勉強会と往診医によるレクチャーも実施しています。	重度化や終末期ではなくとも、本人、家族の思いは揺れ動いていると思われます。様子を見ながら不安な心を和らげる話し合いも期待されます。
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	・定期的に確認し、応急手当の方法を事務所に掲示し、常時観れる環境を取っている。また、入職間もない職員等へ救命救急の講習会等へ参加、受講を実施している。		
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、日勤帯や夜勤帯の防災訓練を行ない、緑区の消防署の方が訓練に立ち会ってくださっている。また、自治会の消防訓練や研修等を受けている。	防災・避難訓練は年2回、消防署の指導を得て、夜間想定で、隣接の事業所と共同で実施しています。消防団、自治会の方が参加し、協力関係にあります。非常災害用の食料、飲料水は3日分程度の備蓄をしています。炊き出し白米・五目、ビーフカレーなどの消費期限を記した「非常食一覧表」にて保管管理しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	一人ひとりの人格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	・声掛け時、人格の尊重等を最大限に配慮している。	職員は入職時に守秘義務に関する誓約書を提出し、日頃よりプライバシーを損ねることのないように言葉づかいに配慮しています。個人情報の書類は、施錠のできる金庫に保管しています。	
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	・職員が決めるのではなく、選択出来る様に支援している。また、本人の希望、リーダーシップは入居者と心掛けている。		
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	・入居者の要望を聴き、希望に添える支援をしている。		
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	・出来る限り支援している。服選びや誕生日プレゼント等。		
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	・出来る限り、自立支援を促し、献立や外食等に反映している。	利用者は職員と一緒に、料理のもやしのひげとりや玉ねぎ・ジャガイモの皮むきなどの下ごしらえ、配膳、下膳、テーブル拭き、食器洗いを行っています。職員は利用者と一緒に食べ、食事介助もしています。誕生会では、ピザパイやケーキ、赤飯を提供し、小物をプレゼントしています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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、トイレの回数、水分量の確認等変化して行く習慣に応じた支援をしている。また、必要に応じて食事を別盛にしたり、飲物やゼリー、果物等で食事量や水分量が減らない様に工夫している。		
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	・出来る限り、支援している。また食後、個々の口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアを心掛けている。		
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向けた支援を行っている	・パットやオムツは、最終的に考え、排泄を支援している。	日勤日誌と夜勤日誌で排泄をチェックし、排泄パターンを把握し、一人ひとりに対応した声かけを含めた排泄の自立支援を行なっています。入居時排泄のリハビリパンツからパットへ、パットから布パンツへ変わった方もいます。	
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	・散歩や適度の運動等を心掛けている。また、食事は食物繊維、牛乳、ヨーグルトドリンク、コーヒー、プルーン等で予防に取り組んでいる。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている	・入居者の方々に合わせた対応を心掛け、ほぼ毎日入浴して下さっています。	家庭では毎日入浴していた習慣から、利用者全員が毎日入浴しています。毎日入浴するためにはどのように介護すれば出来るかと発想の転換を行い、検討し、定着しています。入浴前にバイタルチェックを行ない、清拭、シャワーになる方もいます。入浴をしたがらない方には、声かけの仕方などの工夫をしています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	・本人の意思を尊重し、生活のリズムに合わせて対応を心掛けている。また、入居者の日々の様子を日誌や個別ケアノート、連絡帳、申送り等で職員が把握し、状況に応じて休息や安眠出来る様に支援している。		
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	・薬の説明書を参考にし、把握している。家族や医師と相談し、必要以上の薬の処方を受けている。		
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	・家事、レクリエーション、外出、買い物、散歩、体操、趣味、編み物等、本人や家族よりいただいた情報を活かし、取り組んでいる。		
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。また、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	・入居者一人一人、車椅子の方でも手段等を工夫し、最大限に取り組んでいる。散歩、買い物、日向ぼっこ、外出、外食、個別外出等支援している。	天候や体調、一人ひとりの希望に沿って、車いすの方も、事業所の周りや近くの林の散策、富士山に見えるコースへ散歩しています。ウッドデッキで日光浴をする時もあります。チャペルコンサート・クラシックコンサート観賞、さつき観賞、イチゴ狩りなどへ外出支援しています。また外での食事会も行なっています。	
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	・可能な限り、取り組んでいる。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	・希望に対応している。		
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	・五感を刺激し、生活の音を大切にしている。掃除、テレビ、音楽、花を飾る、季節行事、年間行事、BGM等居心地のいい空間等をもも出し出す様にしている。	居間は天窓から明かりが採れ、“音”を大切にしています。利用者の声をメインにした静かな空間を意識し、安全を確保し、利用者の歩行の妨げにならないよう整頓に心掛け、清潔を保っています。利用者が落ち着いた雰囲気となるように、照明も明るすぎないように心掛けています。	利用者の高齢化による視覚機能の低下による視認性も考慮にいれ、明るさや色彩もあわせて工夫することも期待されます。
53		共用空間における一人ひとりの居場 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	・本人の気に入った場所で、過ごしていただける様に対応をしている。		
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	・馴染みの物、使い慣れた物や好みの物等を、本人の希望を考慮しつつ工夫している。	居室は使い慣れた整理タンス、テレビ、机を置き、家族の写真、仏壇やお位牌を飾っている方もいます。金魚鉢にグッピーを飼い、その人らしく生活しています。一人ひとりが居心地よく過ごせるように工夫しています。居室の掃除は職員と一緒にいる方もいます。	
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」や「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	・本人に合わせた対応や支援等を心掛けている。		

目標達成計画

作成日：平成23年11月22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	33	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	・一人ひとりに合った支援等を、ご家族や関係者の方々と確認し支援する。	・常日頃より、ご家族や関係される方々と話しをする。 ・現行通り、「報告・連絡・相談等」を行い、さらに情報の共有を図る。	6～12ヶ月
2	52	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	・より快適で居心地よく過ごせる様に、支援をする。	・一人ひとりに合った対応を、再度心掛ける。 ・ご家族と話しをする際、以前の情報等を聴き、アセスメントやケアプランへ反映する。	6～12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 を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入して下さい。