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	1492200256	事業の開始年月日	平成21年1月1日	
		指定年月日	平成21年1月1日	
法人名	シニアウイル株式会社			
事業所名	グループホームウイル長後			
所在地	(〒252-0807)			
	神奈川県藤沢市下土棚350-5			
サービス種別 定員等	☐ 小規模多機能型居宅介護 ☒ 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
		宿泊定員	名	
		定員計	18名	
		ユニット数	2ユニット	
自己評価作成日	平成24年1月16日	評価結果 市町村受理日	平成24年4月9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	
----------	--

【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"> ・利用者をお客様として尊重しチームで統一したケアを行っている ・職員の認知症の理解、介護技術の向上に努め地域でのNO1のグループホームを目指している ・毎日散歩に出かけボランティア、実習生の受け入れ等で様々な方と交流できる様努めている ・本人、家族の希望に添い可能時ターミナルケアをおこなっている ・ご家族も参加できる行事を多く開催して利用者との繋がりを深めている
--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	ナルク神奈川福祉サービス第三者評価事業部		
所在地	神奈川県横浜市西区南浅間町8-22-207		
訪問調査日	平成24年2月21日	評価機関 評価決定日	平成24年3月29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>【事業所の優れている点】</p> <p>◇開設2年目に自治会に入り、次のとおり着実に地域との連携を深めている。 ＊町内会の夏祭りや地区の防災訓練に、職員が利用者と一緒に参加している。 ＊自治会を通して「ういたより」を地域に配布し、事業所をPRしている。 ＊近隣の方が花を差し入れしてくれるなど、地域とのお付き合いが始まった。</p> <p>◇管理者が、地域や家族を対象にした「認知症サポーター養成講座」の講師を務め、認知症についての理解を深めてもらっている。</p> <p>◇事業所と契約している協力医は、内科医が月2回、精神科と皮膚科医が1回、必要に応じて整形外科医が訪問して、利用者の健康管理に当たっており、家族の受診対応の負担の減少にもつながっている。</p> <p>【事業所が工夫している点】</p> <p>◇ターミナルケアに関する研修を定期的に行うとともに、事業所で看取った事例を基に勉強会を行い、チームケアの意識を高めている。 これまでの実績をベースに、ターミナルケアマニュアルを作成し、必要に応じて見直し実践につなげている。</p> <p>◇日課の一つに散歩を取り入れ、車イスの方も一緒に支援している。駐車場脇のベンチで外気浴を楽しむこともあり、利用者にとって良い刺激と気分転換になっている。</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
I 理念に基づく運営	1 ～ 14	1 ～ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ～ 22	8
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 ～ 35	9 ～ 13
IV 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
V アウトカム項目	56 ～ 68	

事業所名	ウイル長後
ユニット名	ふじ

V 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、安全面で不安な区過ごせている。 (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

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、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
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
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	・開所時に職員全員で作りあげた理念を日常的に確認しあい実践している	・理念がいつでも確認できるように、玄関、各フロアと職員休憩室に掲示している。 ・理念の具体化に向け、年間目標を立てて理念の実践を図っている。今年度の目標は「チームケアに重点を置き支援する」である。	
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	・町内会の行事に積極的に参加し交流できる機会をつくっている ・地域のボランティアに定期的に訪問してもらっている	・事業所のPRの一環として、自治会を通して「ういたより」を地域に配布し交流を深めている。 ・町内会の夏祭りや地区の防災訓練に利用者と一緒に参加している。 ・お米は地元の農家から購入している。	
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	・地域や家族の方を対象に認知症サポーター研修を行ない認知症の理解、支援方法を学んでいただいている		
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、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこで意見やサービスを向上に活かしている	・運営推進会議を2ヶ月に一度開催し自治会、地域、家族の代表の方に情報を頂きサービスの向上に活かしている	・運営推進会議は2か月ごとに、市の介護保険課・地域包括支援センター・自治会役員・住民代表・家族が参加して開催している。 ・事業所の活動報告の後、地域の情報を得、インフルエンザの予防などなどの提案もありサービスに活かしている。	
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	・運営推進会議に出席をお願いし連絡や相談をしている ・グループホーム連絡会に参加し協力関係を築いている	・必要書類を郵送せず、介護保険課に持参して相談したり、また藤沢市グループホーム連絡会に参加して、協力関係を築いている。 ・今年度から藤沢市介護相談員2名が毎月事業所を訪問し、利用者と交流している。	

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
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	・スタッフ会議時身体拘束しないケアを確認し合い拘束する場合の行為を検討している	・藤沢市から入手した「ケア振り返り用チェックリスト」を職員間で実施した結果を基に、身体拘束のないケアの取り組みを予定している。 ・日中の玄関施錠は行っていない。	・「ケア振り返り用チェックリスト」の実施結果を基に職員間で検討され、身体拘束をしないケアに取り組まれることが期待されます。
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	・虐待の社外研修に参加する機会をつくり、研修内容をスタッフ会議で検討し 虐待をしないという意識づけをしている		
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	・代表者が成年後見人制度の研修に参加し必要性に応じて速やかな対応が出来る様備えている		
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	・契約時、解約時は管理者と事務担当者が同席し文章と口頭で十分説明し理解を得ている		
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	・毎月家族に利用者の様子をお知らせし意見、要望については管理者や職員で情報を共有しケアに活かしている	・玄関に設置しているご意見箱、毎月利用者の様子を伝える生活状況表の意見・要望記入欄、年数回の家族会開催時など、家族から意見・要望を聞く機会を設けている。 ・家族の要望や意見は、会議で検討して運営に反映している。	

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
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	・管理者は随時職員の意見や提案を聞く機会を作り内容については運営に反映する様努力している	・管理者は、会議の他現場で職員と話し合い、年2回の面談の機会に職員の意見や提案を聴いている。 ・提案の中から、事故報告書とヒヤリハット報告書を分けることとし、排泄チェック表を新たに設けるなど、実務に反映している。	
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	・仕事評価制度を実施し職員がやりがいをもって働けるようにしている ・勤務人員、処遇改善、社員登用等環境整備・労働条件整備に積極的に努めている		
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	・職員のレベルアップを目的とし外部研修への参加、内部での勉強会の実施、資格取得へのバックアップ制度を行っている		
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	・管理者や職員はグループホーム連絡会や勉強会に参加しケアの質の向上をはかっている ・ヘルパー2級研修の施設実習受け入れを実施している		
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	・入所前に伺った本人の思いや要望を理解し不安なくすごせる様支援している		

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
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	・ご家族の思いに耳を傾け不安感の強い家族には体験入居をお勧めし職員や雰囲気馴染んでもらう様努めている		
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	・家族の悩みや相談内容に応じ必要な支援を見極め介護計画を作成しプランにそったケアをしている		
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	・その方の出来るお手伝いを一緒にしながら職員が利用者から教わる機会を作っている		
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	・ご家族に面会や通院をお願いしたり外出や外泊をしてもらいご本人と家族との絆を大切にしている		
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	・家族や友人の面会や外出希望は随時受け入れ、本人の今迄の馴染みの生活が継続できる様支援している	・家族や友人との面会を支援し、関係が途切れないよう努めている。 ・音楽が趣味の利用者のために音楽療法を個人的に行っている。 ・散歩以外で、家族対応にて馴染みのデパートや外食、カラオケなどを楽しんで貰っている。	

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
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	・利用者同士の相性を把握し孤立せずに良好な関係の中で生活出来るよう支援している		
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	・ホームで看取りを行った家族とは連絡を取り合いボランティアに来ていただいたりしている		
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。	・日々の生活の中から思いや意向を汲み取っている ・意思表示が困難な方には家族から意向を確認してもらっている	・10時と15時のお茶の時間に、職員はおしゃべりしながら利用者の思いや意向を汲み取っている。 意思表示が困難な方には、様子を観察して把握に努めている。 ・得られた情報は申し送りや会議で共有して支援に活かしている。	
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	・入居時家族にセンター方式によるアセスメント表を記入してもらい馴染みの暮らし方が継続できる様支援している		
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	・日々の申し送り時に利用者の心身状態を確認しあい変化については情報を共有している ・一日の過ごし方は介護ケース記録に記入し把握している		

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	<ul style="list-style-type: none"> ・家族面会時に状況、課題等報告し介護計画作成時要望を取り入れている ・3ヶ月毎及び状態に合わせカンファレンスを行い現状に合った介護計画を作成している 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族と利用者の要望や職員の意見など取り入れて介護計画を作成している。 ・3か月ごとの定期的な見直しのほか、入院など状況に変化があった際は期間にかかわらず、随時見直しを行っている。 	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・毎日の支援の様子を個別に記録しており介護計画にそった支援については青色ボールペンで記録し介護計画の実践や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	<ul style="list-style-type: none"> ・本人や家族の状況要望に応じて通院、買物外出等の支援を行なっている ・主治医と24時間電話連絡がとれる体制ができています ・訪問看護師、看護職員の健康管理を受けている 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・野菜の苗を植えてもらい水遣りや草取りをしながら収穫を楽しんでいる ・農家の方にお米を届けてもらっている ・季節のフルーツ狩りをさせてもらっている 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・入所時本人及び家族の希望でかかりつけ医の継続を希望するか、協力医療機関への変更かを選択してもらっている 	<ul style="list-style-type: none"> ・入居時、家族の要望を聞き、かかりつけ医への受診を支援している。 ・月2回の内科医の往診のほか、精神科・皮膚科は月1回、整形外科は必要に応じての訪問がある。 ・週1回看護師の訪問があり、利用者の健康管理に当たっている。 	

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
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	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護師による健康管理が実施されており利用者の相談を受けてもらっている ・看護職員は職員と情報交換し日常的な医療的なケア、主治医との連携を行っている 		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ・入院中は定期的に病院へ訪問し本人が安心出来る様支援している ・病院の相談員と早期から連絡をとり症状の把握、退院時期について相談している 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・終末期ケアを希望される家族には主治医、訪問看護ステーションと連携し看取り介護を実施している ・ターミナルケアマニュアルをつくり情報の共有を行ないチームで支援している 	<ul style="list-style-type: none"> ・ターミナルケアに関する研修を定期的に行うとともに、事業所で行った看取りを事例とした勉強会を行い、チームケア意識を高めている。 ・ターミナルケアマニュアルを作成し、現状に即するよう必要があれば見直しを行っている。 	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・職員は定期的に救命救急講習に参加し職場内で研修を行い緊急時に備えている 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・避難訓練マニュアルを作成し、マニュアルにそった避難訓練を実施し地域の方にも参加してもらい協力体制を作っている ・夜間を想定した避難訓練を行っている 	<ul style="list-style-type: none"> ・地震や夜間を想定した訓練を年2回定期的に行っている。 ・地域の方々には訓練参加のほか、災害時に利用者が避難した際の見守り役を引き受けてもらっている。 ・3日分程度の水や食料などを倉庫にて備蓄している。 	

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
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	・利用者には丁寧な言葉使いでお客様として尊重した態度で接する様日々の申し送りやスタッフ会議時に職員に伝え確認している	・日頃より利用者を人生の先輩として尊敬の念を忘れることのないように、丁寧でやさしい言葉かけや対応でケアに当たっている。 ・個人情報を含む書類は、施錠のできる書庫に保管している。	
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	・10時や3時のお茶時自分の好きな飲み物を選択してもらっている ・入浴時、更衣時は好きな洋服を選んでもらっている		
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	・何度も散歩に行きたい利用者には可能な限り対応している ・一人ひとりのペースに合わせたお手伝いやレクを行なっている		
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	・定期的にボランティア美容師が来訪し好みのカットをしてもらっている ・洋服や物品の購入希望については家族の協力を得て支援している		
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	・季節に合った献立作りや誕生日には本人の希望を取り入れた献立作りを行い食事を楽しみ調理や片づけも一緒にしている	・職員は食事介助をさりげなくしたり、見守りに努めている。夕食は利用者と食事を共にしている。 ・利用者は職員とテーブル拭き、下膳、食器拭きなどを行っている。 ・誕生会には利用者の希望を入れた食事を提供して祝っている。	

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
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	<ul style="list-style-type: none"> ・食事量、水分量は毎日記録し状態に合わせた支援を行なっている ・嫌いな食品については代替え食を提供している 		
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に、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	<ul style="list-style-type: none"> ・毎食後その方に応じて口腔ケアが実施されており舌の汚れもスポンジブラシで洗浄している ・訪問歯科医による口腔指導を受けている ・毎食前口腔体操をしている 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・排泄記録表により一人一人の排泄パターンを把握しその方に応じた声かけを工夫しトイレでの排泄を支援している 	<ul style="list-style-type: none"> ・排泄チェック表から一人ひとりの排泄パターンを把握するほか、立ち上がりが多くなり、落ち着きのない様子などから察知してトイレに誘導している。 ・職員の的確な誘導により、日中の失禁がなくなった事例がある。 	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・便秘日数や排便回数を毎日確認し合い状態に合わせた支援をしている ・乳製品や繊維食品を提供し自然排便を支援している 		
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、個々に応じた入浴の支援をしている	<ul style="list-style-type: none"> ・週2回以上入浴出来るよう利用者の状態、希望に応じて支援している ・普通浴困難時はリフト浴にて支援している 	<ul style="list-style-type: none"> ・入浴は基本的には週2回以上としている。排泄の失敗時には随時シャワー浴を行い、主治医の指示がある場合は清拭にて対応している。 ・1階の浴室には、簡易リフトを設置して、介護度の高い利用者も入浴出来るよう支援している。 	

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
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	・今迄の生活習慣を尊重した支援を行ない就寝時間の遅い方には睡眠のリズムが出来るよう支援している		
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	・薬の処方時内容を個人ファイルに綴じ職員が情報の共有をし服薬の支援をしている ・薬変更時は申し送りし状態観察を行っている		
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	・一人ひとりの出来ることを把握し役割を担い満足感が得られる様支援している ・外出する機会を作り気分転換している		
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。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	・毎日順番に徒歩、車椅子で散歩に出掛けなるべく全員が戸外に出られるよう支援している ・外出希望については家族の協力を得ながら支援している	・日課として散歩を取り入れ、車イスの方も積極的に支援している。駐車場脇のベンチで外気浴を楽しむこともある。 ・特に計画を立てず、思い立った時のドライブを兼ねた外出も利用者の楽しみの一つになっている。	
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	・買い物時お金の支払いが出来る方についてはご自分で支払ってもらい様支援している		

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
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	・電話や手紙の希望時は本人の意思を尊重し支援している		
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	・居間は明るくピアノがあり開放感、清潔感があり温度、湿度も管理されている ・季節感のある花を活けたり飾りつけを工夫している	・リビングは明るく広々として清潔に保たれている。利用者の習字や季節の飾り付けを行い、温かい雰囲気がある。玄関下駄箱上には、定期的に利用者が活けた花を飾っている。 ・行事などの写真は、利用者の混乱に配慮して展示は行わない。	
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	・居間には食事用のテーブルの他にソファが2つ置いてありそれぞれ自由に過ごせるようにしている		
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	・TV、仏壇、三面鏡、テーブル、椅子等は利用者がそれぞれに馴染みの物やお好きなものを持ちこんでもらい安心して過ごして頂いている	・居室のレイアウトは利用者・家族に任せ、整理タンス、テレビ、仏壇や家族の思い出の写真などを飾り、居心地よく過ごせるように工夫している。 ・乾燥予防のために、加湿器を備えている方もいる。	
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」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	・居間、廊下には手すりを取り付け安全に生活出来るようにしている ・各居室には名前入りの表札を掛け混乱なく自立した生活出来るよう工夫している		

事業所名	ウイル長後
ユニット名	かわせみ

V 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、安全面で不安な区過ごせている。 (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

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、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
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
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	・開所時に職員全員で作りあげた理念を日常的に確認しあい実践している		
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	・町内会の行事に積極的に参加し交流できる機会をつくっている ・地域のボランティアに定期的に訪問してもらっている		
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	・地域や家族の方を対象に認知症サポーター研修を行ない認知症の理解、支援方法を学んで頂いた		
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2ヶ月に一度開催し自治会、地域、家族の代表の方に情報を頂きサービスの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	・運営推進会議に出席をお願いし連絡や相談をしている ・グループホーム連絡会に参加し協力関係を築いている		

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
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	・スタッフ会議時身体拘束しないケアを確認し合い拘束する場合の行為を検討している		
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	・虐待の社外研修に参加する機会をつくり、研修内容をスタッフ会議で検討し 虐待をしないという意識づけをしている		
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	・代表者が成年後見人制度の研修に参加し必要性に応じて速やかな対応が出来る様備えている		
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	・契約時、解約時は管理者と事務担当者が同席し文章と口頭で十分説明し理解を得ている		
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	・毎月家族に利用者の様子をお知らせし意見、要望については管理者や職員で情報を共有しケアに活かしている		

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
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	・管理者は随時職員の意見や提案を聞く機会を作り内容については運営に反映する様努力している		
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	・仕事評価制度を実施し職員がやりがいをもって働けるようにしている ・勤務人員、処遇改善、社員登用等環境整備・労働条件整備に積極的に努めている		
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	・職員のレベルアップを目的とし外部研修への参加、内部での勉強会の実施、資格取得へのバックアップ制度を行っている		
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	・管理者や職員はグループホーム連絡会や市の勉強会に参加しケアの質の向上をはかっている ・ヘルパー2級研修の施設実習受け入れを実施している		
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	・入所前に伺った本人の思いや要望を理解し不安なくすごせる様支援している		

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
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	・ご家族の思いに耳を傾け不安感の強い家族には体験入居をお勧めし職員や雰囲気にも馴染んでもらう様努めている		
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	・家族の悩みや相談内容に応じ必要な支援を見極め介護計画を作成しプランにそったケアをしている		
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	・その方の出来るお手伝いを一緒にしながら職員が利用者から教わる機会を作っている		
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	・ご家族に面会や通院をお願いしたり外出や外泊をしてもらいご本人と家族との絆を大切にしている		
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	・携帯電話を持っている利用者が家族やこれまでの友達と自由に連絡を取り合い関係を継続している		

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
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	・利用者同士の相性を把握し孤立せずに良好な関係の中で生活出来るよう支援している		
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	・ホームで看取りを行った家族とは連絡を取り合いボランティアに来ていただいたりしている		
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。	・日々の生活の中から思いや意向を汲み取っている ・意思表示が困難な方には家族から意向を確認してもらっている		
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	・入居時家族にセンター方式によるアセスメント表を記入してもらい馴染みの暮らし方が継続できる様支援している		
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	・日々の申し送り時に利用者の心身状態を確認しあい変化については情報を共有している ・一日の過ごし方は介護ケース記録に記入し把握している		

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	<ul style="list-style-type: none"> ・家族面会時に状況、課題等報告し介護計画作成時要望を取り入れている ・3ヶ月毎及び状態に合わせてカンファレンスを行い現状に合っ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	<ul style="list-style-type: none"> ・毎日の支援の様子を個別に記録しており介護計画にそった支援については青色ボールペンで記録し介護計画の実践や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	<ul style="list-style-type: none"> ・本人や家族の状況要望に応じて通院、買物外出等の支援を行なっている ・主治医と24時間電話連絡がとれる体制ができている ・訪問看護師、看護職員の健康管理を受けている 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・野菜の苗を植えてもらい水遣りや草取りをしながら収穫を楽しんでいる ・農家の方にお米を届けてもらっている ・季節のフルーツ狩りをさせてもらっている 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・入所時本人及び家族の希望でかかりつけ医の継続を希望するか、協力医療機関への変更かを選択してもらっている 		

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
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	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護師による健康管理が実施されており利用者の相談を受けてもらっている ・看護職員は職員と情報交換し日常的な医療的なケア、主治医との連携を行っている 		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ・入院中は定期的に病院へ訪問し本人が安心出来る様支援している ・病院の相談員と早期から連絡を取り症状の把握、退院時期について相談している 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・終末期ケアを希望される家族には主治医、訪問看護ステーションと連携し看取り介護を実施している ・ターミナルケアマニュアルをつくり情報の共有を行ないチームで支援している 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・職員は定期的に救命救急講習に参加し職場内で研修を行い緊急時に備えている 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・避難訓練マニュアルを作成し、マニュアルにそった避難訓練を実施し地域の方にも参加してもらい協力体制を作っている ・夜間を想定した訓練を行っている 		

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
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	・利用者には丁寧な言葉使いでお客様として尊重した態度で接する様 日々の申し送りやスタッフ会議時に職員に伝え確認している		
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	・10時や3時のお茶時自分の好きな飲み物を選択してもらっている ・入浴時、更衣時は好きな洋服を選んでもらっている		
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	・何度も散歩に行きたい利用者には可能な限り対応している ・一人ひとりのペースに合わせたお手伝いやレクを行なっている		
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	・定期的にボランティア美容師が来訪し好みのカットをしてもらっている ・洋服や物品の購入希望については家族の協力を得て支援している		
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	・季節に合った献立作りや誕生日には本人の希望を取り入れた献立作りを行い食事を楽しみ調理や片づけも一緒にしている		

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
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	<ul style="list-style-type: none"> ・食事量、水分量は毎日記録し状態に合わせた支援を行なっている ・嫌いな食品については代替え食を提供している ・飲み込みが悪く嚥下困難な方には個別対応している 		
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に、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	<ul style="list-style-type: none"> ・毎食後その方に応じて口腔ケアが実施されており舌の汚れもスポンジブラシで洗浄している ・訪問歯科医による口腔指導を受けている ・毎食前口腔体操をしている 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・排泄記録表により一人一人の排泄パターンを把握しその方に応じた声かけを工夫しトイレでの排泄を支援している 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・便困日数や排便回数を毎日確認し合い状態に合わせた支援をしている ・乳製品や繊維食品を提供し自然排便を支援している 		
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、個々に応じた入浴の支援をしている	<ul style="list-style-type: none"> ・週2回以上入浴出来るよう利用者の状態、希望に応じて支援している ・便失禁時や本人要求時は随時個別に支援している 		

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
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	・今迄の生活習慣を尊重した支援を行ない就寝時間の遅い方には睡眠のリズムが出来るよう支援している		
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	・薬の処方時内容を個人ファイルに綴じ職員が情報の共有をし服薬の支援をしている ・薬変更時は申し送りし状態観察を行っている		
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	・一人ひとりの出来ることを把握し役割を担い満足感が得られる様支援している ・外出する機会を作り気分転換している		
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。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	・外食や遠方の外出については家族の協力を得て希望に沿った支援をしている		
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	・買い物時お金の支払いが出来る方についてはご自分で支払ってもらい様支援している ・希望のある方は家族の了解を得て個人でお金を所持している		

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
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	<ul style="list-style-type: none"> ・携帯電話を所持している利用者は本人希望時いつでも電話をしている ・年賀はがきや手紙の依頼時は書けるよう支援している 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・居間は天井が高く開放的で明るく温度、湿度も管理されている ・季節感をとり入れた飾りつけを行わない居心地よく過ごせるよう工夫している 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・居間には食事用のテーブルの他にソファが2つ置いてありそれぞれ自由に過ごせるようにしている ・ 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・TV、三面鏡、テーブル、椅子等は利用者がそれぞれに馴染みの物やお好きなものを持ちこんでもらい安心して過ごして頂いている 		
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」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	<ul style="list-style-type: none"> ・居間、廊下には手すりを取り付け安全に生活出来るようにしている ・各居室には名前入りの表札を掛け混乱なく自立した生活出来るよう工夫している 		

目 標 達 成 計 画

事業所名

ウイル長後

作成日

平成24年4月5日

【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	5	・虐待防止についての社内教育や改善に向けての具体的な取り組みがない。	・職員全員が拘束、虐待をしてはいけないことを理解し実践する。	・身体拘束委員会を定期的 に開催して問題点を把握する。 ・職員に拘束をしないケアを意識づけ実践する。	6か月～1年
2					
3					
4					
5					

注) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。