

## 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	4670103730		
法人名	有限会社 友星メディカル		
事業所名	グループホーム 笹貫の家		
所在地	鹿児島市小松原1丁目1番2号		
自己評価作成日	平成22年10月12日	評価結果市受理日	平成22年12月10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	<a href="http://www.kagoshima-kaigonet.com/">http://www.kagoshima-kaigonet.com/</a>
----------	---

### 【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22年10月29日	評価確定日	平成22年11月26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)】

利用者も、家族も、職員もニコニコと笑顔のみられる、笑い声の耐えないホームを目指しています。レクリエーション活動や、外出行事にも力を入れ、家族や、地域の方々、他のグループホームとの交流などによって、開かれたホームであることををモットーとし、みんなの力で支えあい、利用者が、「ここで生活出来てよかった」と思えるホームでありたいと思います。

### 【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)】

ホームは市電の線路沿いに建てられており、商店街にも近く、にぎやかで便利な環境である。職員は地域との交流の大切さを理解し、独自で行っている地域の清掃活動や行事への参加を通して、地域の一員としての役割を果たしている。管理者及び職員は、利用者とともに笑顔で過ごすことができるように、日々検討を重ねながらケアに取り組んでいる。健康管理面においては、かかりつけ医以外の専門医とも連携を図り、適切な医療管理が受けられるように支援しており、利用者及びご家族にとって大いに安心できるホームである。

## 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。(グループホーム 笹貫の家-1階)

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)	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)	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)	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)
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)	66	職員は、生き活きと働けている (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)	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)	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、その時々々の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 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	4670103730		
法人名	有限会社 友星メディカル		
事業所名	グループホーム 笹貫の家		
所在地	鹿児島市小松原1丁目1番2号		
自己評価作成日	平成22年10月12日	評価結果市受理日	平成22年12月10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	<a href="http://www.kagoshima-kaigonet.com/">http://www.kagoshima-kaigonet.com/</a>
----------	---

【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22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)】

--

【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)】

--

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。(グループホーム 笹貫の家-2階)

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、生き活きと働いている (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

グループホーム 笹貫の家(1階)

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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	利用者が主体的に生活できるよう地域・家族とともに支えていく、という理念を掲げ、管理者と職員は理念の実践を心がけている。その為に、行事等でも家族や地域との連携をとるような努力を行っている。	事業所独自の基本理念及びケア理念を作成している。特に地域との交流や利用者が笑顔で過ごせる環境作りに重点を置き、職員同士で思いを共有しながら実践に向けて取り組んでいる。	
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	近隣の理髪店やスーパーを利用し顔なじみの関係になり、地域清掃など、日々の生活の中で、地域との交流を持てるような取り組みを実践している。また、敬老会や、運動会など町内会の催しにも参加している。	事業所周辺の清掃活動を定期的実施しているほか、地域の敬老会や小学校の運動会に参加して地元の方々との交流を図っている。事業所で行事を実施する際には、近隣住民にパンフレットを配布して参加を呼び掛けている。	
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	運営推進会議で、認知症についてのテーマで、地域の方や、家族も参加していただき理解を深めるよう働きかけている。		
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	外部評価や、情報開示に関する報告と、今後の取り組みについて、運営推進会議で話し合っている。そこでの意見をまた、笹貫便りに載せ、家族の共通理解を得るようにしている。	2ヶ月に1回のペースで運営推進会議を開催しており、事業所の近況報告や運営の改善に向けた話し合いが行われている。会議の開催日や内容については、ホーム便りでご家族に報告している。	
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取り組んでいる	担当地域の包括支援センターの職員とは、運営推進会議にて情報交換している。生活保護の担当者や、介護保険課、高齢福祉課には、役所に出向いて、サービス上の相談や、協力を得るようにしている。	日頃から市の担当者や地域包括支援センターの職員と連携を図り、利用者の受け入れや事業所の運営について相談している。	
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	身体拘束における具体的行為に関しては、マニュアル等の確認と、毎月のミーティングにより、職員の理解を深めている。玄関の施錠に関しても、緊急やむを得ない場合の3要件を満たした場合に限り行うようにしている。	職員が共通した理解のもとでケアができるように、毎月行われるミーティングで虐待及び拘束について話し合う時間を設けている。研修にも積極的に参加しており、身体拘束の正しい理解に努めている。	

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
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	虐待防止マニュアルを定期的に回覧し、常に虐待に当たることが何であるかを確認している。虐待防止については、入浴時の身体チェックや、ミーティングで、ケアの中で虐待に値する行為がなかったかの確認と、反省を行っている。		
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	管理者や職員は、成年後見制度の研修を受け、学びを深めている。権利擁護についての研修もミーティングで行っている。現在の利用者で後見制度の該当者はいないが今後必要となる可能性に備え、話し合うようにしている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約を行う際は、契約書の説明をし、疑問がないかを確認している。また、内容について、できるだけ分かりやすく、具体例を示すなどをしている。		
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	運営推進会議を活用し、家族や、利用者の意見を反映できるようにしている。意見箱や、相談苦情ノートを設けているが、何でも話せる雰囲気作りをし、直接管理者・職員に意見を言われる方も多く、ニーズに応えられる様心がけている。	苦情や相談の内容及び対応を苦情相談ノートに記録し、民生委員に報告している。対応した内容について、申し出のあったご家族には報告しているが、他のご家族への報告は行っていない。	守秘義務等に十分配慮した上で、苦情相談の内容及び対応状況を他のご家族にも報告することで、事業所の姿勢を理解してもらうとともに、ご家族からの意見がさらに表出しやすくなることを期待したい。
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	月に一度の管理者会議や、ミーティングにより、代表者や、管理者は、意見を聞く機会をもち、会議で決まったことを、運営に反映させている。	日頃から職員が意見を言いやすい関係を築いており、ミーティングで出された意見を取り入れることで、利用者にとってより良いケアが提供できるように話し合いが行われている。行事の企画・運営については、職員の担当制になっている。	
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	代表者は、管理者からの連絡相談を受け、職員の勤務状況や、実績などを把握している。配置転換や、各個人に見合った、職場への異動等を適宜行っている。		
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	法人内外の研修案内が、随時、管理部経由で情報発信され、職員・管理者は、それぞれのレベルに合わせ、必要とする研修に参加している。また、新人に対する研修は、日々の業務の中でベテラン職員により行われている。		

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
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	管理者会議により、管理者同士の交流や、情報交換が行え、また、お祭りや、運動会など他事業所との合同行事を開催することにより、相互のサービスの質の向上や、職員同士のスキルアップの刺激となっている。		
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	初回のアセスメントでは、本人、家族からの聞き取りを丁寧に行い、また入居1.2週間の生活状況を、24時間シートで記録し、本人の思いや、不安などの細かい情報を収集し、職員全員で共有し、関係づくりに努めている。		
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	初回のアセスメントでは、本人、家族からの聞き取りを丁寧に行い、ご家族からの要望や、ホームに望むことを、出来る限り反映するようにしている。また、こまめな電話連絡や、来訪していただくことにより、職員全員で関係づくりに努めている。		
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	管理者との面談によって、本人・家族が、何を必要とされているのかの見極めをし、デイケア・デイサービスの利用や、老人保健施設などグループホームの入居以外の提案も行っている。		
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	本人と同じ目線に立ち、掃除や、洗濯たみ、調理準備や片付けなど生活の中でできることを一緒におこなっている。また、昔からの知恵を借りて、職員が教えていただきながら暮らしを共にするという関係を築いている。		
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	面会などの機会を多く持ついただき、本人と家族の絆を大切に、職員は、家族にも、相談を投げかけ、あるいは、家族からの悩みを受け止め、共に喜び、悩み、試行錯誤しながら本人と一緒に支えていくという関係を築いている。		
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	今まで付き合いのあった方からの手紙や、電話、面会にて関係の継続を支援している。また、家族の協力を得ながら、行きつけの店、法事や、墓参り、お祝い事などに、出かけて頂けるよう支援している。	昔馴染みの関係を継続できるように、墓参りや行き慣れた美容院に行くなど、ご家族の協力を得ながら支援している。昔ながらの友人や親せきの訪問もあり、以前から築いてきた人間関係も継続することができる。	

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	利用者同士の関係性を把握し、相性などを考慮して、席替えなどを適宜行い、また、利用者同士での話し合いの場には、立ち入りすぎず、また、関係性を悪化させないように支援している。		
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	退居されたご家族からの連絡や訪問は歓迎し、近況をお聞きしたり、退居後の相談に応じている。また、入院された方のその後の経過についても、ご家族や、相談員より、様子を伺うように努めている。		
<b>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</b>					
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	本人の暮らし方の希望や意向は、日々の会話の中から、把握するよう努めている。また、会話が困難な方でも、しぐさや表情、行動よりアセスメントしている。睡眠時間・起床時間・入浴時間・嗜好など出来る限り本人本位に検討している。	職員は、利用者との関係を良好にすることで、安心してホームでの生活が送れることを理解している。日常会話や表情の変化、仕草などを介護記録に残すことで、利用者の思いや意向を共有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	入居時に、本人や家族より、それまでの暮らしぶりについての情報を得て、シートに記入し、職員が把握できるように努めている。また、日々の生活の中で得た情報がある時は、カンファレンスなどで、職員間での共有を図るようにしている。		
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	朝の申し送り、夜勤者への送りにて、その日の暮らしぶりや、心身状況について把握したことを他の職員にも伝え、情報を共有している。また日勤職員間でも、ちょっとした変化について、話し合ったり、伝えていくようにしている。		
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	毎月のカンファレンスで、課題の抽出とケアについての話し合いを行い、面会時や、担当者会議にて本人ご家族とも話し合い、介護計画を作成している。主治医には、定期受診や往診時・電話などで相談をしており、介護計画に反映している。	介護計画作成時には、ご家族への聞き取りを行うとともに、必要な関係者からの意見を反映させている。定期的にモニタリングを行い、必要な場合には現状に合わせた新しい介護計画に変更している。	
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	日々の記録は介護記録票とカードックス記録に個別に記録している。記録には実践したことのチェックと、特記事項を記入し職員間で情報を共有している。本人の言ったことや表情をとらえるような記録ができるよう努めている。		

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
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	要望に応じて、デイケアを利用したり、訪問理髪や、マッサージ、各科の往診の臨時依頼などをお願いしている。希望があれば、フットケアや、福祉用具の相談員にも来ていただくことができる。		
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	民生委員や、町内会の方の関わりにより、地域行事に参加することが出来ている。今後は地域の自主消防団設立予定であり、ホームとの連携を取っていく。ボランティアの受け入れも行き、本人の力を引き出すような関わりが持っている。		
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	利用者各々に希望のかかりつけ医があり、受診毎にホームでの状況報告を行い、かかりつけ医との連携は出来ている。緊急時でも、相談に乗ってくれる主治医が多く、適切な医療が受けられるよう支援している。	本人及びご家族の希望によりかかりつけ医を決めており、ご家族の協力を得ながら受診の支援を行っている。専門医への受診も必要に応じて行き、ご家族が同行される際には、ホームでの状況を記録した文書を準備し、医療機関との連携に努めている。	
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	職員に、看護職があり、日々の変化や気付きに対して、報告を受けるようにしている。状況により、受診が必要となる場合は適切に支援している。また、往診のかかりつけ医の看護師とも、連絡を細かく行き、信頼関係が築けている。		
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、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、ホームでのサマリーを送り、本人の状況を適切に伝え、情報交換を行っている。入院中も相談員との連絡を取り、状況確認に努めている。また、普段の受診時より、情報の提供を行い、入院時の受け入れが円滑となるよう関係作りをしている。		
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、事業所の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	まだ看取りの経験はないが、終末期を見据えた利用者とその家族とは、これからのことにつき、折に触れて話し合いを持つようになっている。往診の主治医ともそのときについての対応をチームとして取り組んでいけるよう協力依頼をしている。	重度化や看取りについての対応を定め、利用者及びご家族に説明している。身体状況の変化に応じて、その都度本人及びご家族の意思を確認している。希望があれば、医療機関との連携を図りながら看取りができるように体制を整えている。	利用者及びご家族が、より理解しやすいように、重度化や終末期に向けた事業所としての指針を明文化されることを期待したい。
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	急変時の対応については、防火訓練に合わせ講習を受けている。応急手当の方法については、マニュアルの定期的な確認を行っている。		

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
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	年に2回の防災訓練において、職員全員が参加することし、避難方法の研修を積んでいる。特に、新任の職員は、当事者役で、避難訓練を行う。また、その際、町内会や、民生委員などの参加も呼びかけている。	利用者及び職員に加えて、ご家族や町内会長、民生委員も参加して、定期的に消防署立ち会いのもとで訓練を行っている。地域における自主消防団の設立計画がある。	自主消防団の設立に協力するとともに、引き続き地域住民への働きかけにより、避難訓練への参加や災害時の協力が得られるように取り組んでいきたい。
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	利用者は、人生の先輩であるということを忘れず、子供に使うような言い方をせず、普通の丁寧な言葉を使うことをコンプライアンスルールとして守っている。各居室は、カーテンや、本人側からの鍵などで、プライバシーを確保している。	利用者に対する言葉かけのトーンや方法が命令口調にならないように、日頃から注意を払っている。また、居室は利用者のプライベートルームとして理解し、職員が入室する際は必ず本人の了解を得ている。	
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	外出時や、レクリエーション、食べ物の嗜好など日々の生活の中で、常に本人が何をしたいか、どちらを選択したいのかを聞き出すように声かけしている。意思の表出が困難な方は、行動や、普段の様子より、思いを推し量っている。		
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	食事の時間や、入浴、就寝時間など、その人ペースを大切にし、健康的な生活のリズムで過ごせるように関わりながら、できるだけ、希望に沿って支援している。		
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	その人が昔から好きだった洋服や帽子等の好みを把握し、季節や状況に添えるようにさりげなく声かけしている。行きつけの美容院や、理髪店にもご家族の協力を得ながら、行ける様に支援している。		
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	買い物同行から、食材の下ごしらえ、調理、配膳、食事、下膳、食器洗い、お盆拭きなど、一人ひとりのできること、やりたいことにあわせ、職員と一緒にやっている。また、お月見団子や、おはぎなど一緒に作って季節感を味わって頂く。	食材の買い出しや季節の行事のお菓子作りを、職員と利用者が一緒に行っており、食を通じた楽しみの機会となっている。栄養士資格を持つ職員が在籍しているため、栄養バランスにも十分配慮した食事が提供されている。	
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	栄養士が、一日1400Kcalを目安に献立を考え、食の細い人は間食で補い、嗜好に合わせメニューを変更する、食形態をその人にあわせるなど工夫している。水分は飲み物の種類を増やし一日1500ml以上摂取を目指している。		

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
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、必ずケアを行えるよう、声かけ、介助している。夜間は洗浄剤で消毒を職員に行っている。また、定期的な歯科受診支援を行い、一人ひとり医師からのアドバイスも受けている。		
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むけた支援を行っている	排泄時間のチェックを行い排泄パターンを職員が把握できるよう努めており、失敗を減らすようトイレ誘導や、声かけを行っている。リハビリパンツより、布パンツの使用を出来る限り支援している。	排泄の失敗状況に応じてチェック表を作成し、排泄パターンの把握に努めている。必要に応じて介護計画に反映させ、排泄の自立に向けた支援に取り組んでいる。	
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	一人ひとりの状況に合わせて水分摂取量を確保する、乳製品や野菜の繊維質を摂れるよう、食品を考慮する、腹部マッサージや簡単な運動を進めるなど、予防に取り組んでいる。習慣性の便秘の方は、医師と相談し、緩下剤も調整使用している。		
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ず、個々にそった支援をしている	曜日、時間帯は決めてしまわず、できる限り本人の希望に沿った入浴を提供している。入浴嫌いの方は、自宅に戻って入る、ご家族の来訪時に入るなど、協力を得て、本人の望む形で提供できるよう支援している。	入浴日や時間帯については、利用者の希望に応じて臨機応変に対応している。入浴拒否がある場合は、声掛けのタイミングを計り、時にはご家族の協力を得ながら、定期的な入浴が確保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	午睡をしたい方、朝早く起きられない方は、無理強いをせず、本人のペースに合わせて、気持ちの良い睡眠リズムが得られるよう支援している。就寝前はホットミルクの提供で安眠を促すようにしている。		
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	管理者と看護職員が中心となり、服薬確認表を作成し、一人ひとりの服薬状況を職員全員が把握できるように努めている。処方の変更時も全員に情報が共有できるように受診ファイルを作成し確認している。		
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	教師・助産師・看護師、専業主婦、洋服屋など一人ひとりの生活歴と、得意とすることを把握し、出来ることは主体となって行っている。嗜好品についても極力かなえられるようにしている。		

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
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	本人が出かけたい希望があるときは、できる限り支援している。墓参りや、冠婚葬祭、親戚の集まりなどには、ご家族の支援を受け外出していただいている。選挙等も、希望があれば同行している。	日常的に買い物や散歩に出かけており、地域住民と触れ合う機会になっている。また、毎月のドライブやご家族との外出で、屋外に出る機会が確保されている。	
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	お小遣いとして、預り金を職員が管理するが、使いたい希望があれば一緒に同行して買い物をする、または、代理で買い物に行くなどをしている。		
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	何時でも家族や、掛けたい人への電話は、できるように支援しており、受けるほうも、何時でも受けられるようにしている。手紙のやり取りも、本人の希望通りにし、できない部分への支援は行っている。		
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	温度調整は、常に心地の良い状態に設定し、利用者の希望にもあわせている。敏感な利用者にとって不快な音をたてないよう職員は配慮している。壁面の装飾は、利用者とともに作成し、季節感を盛り込んだものにし、視覚的にも楽しめ、満足感を得られるものとしている。	利用者の状況に応じて共有スペースのレイアウトを変更し、支障なく日常生活が送れるように配慮している。季節によって壁の飾りを変え、屋内でも季節を感じることができるよう工夫されている。	
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	ホールには、ゆったりと座れるソファを配置し、気の合う利用者同士が、歓談できるスペースを提供している。時に一人でソファに寛いでおられるかたはそっと見守り好きなように過ごしていただいている。		
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	家族の写真や、趣味の雑貨や絵画・花などを飾り、なじみの家具を家族の協力で持ち込んで頂き、落ち着ける空間作りを心がけている。テレビや冷蔵庫など、生活しやすい家電も希望があれば設置可能となっている。	利用者が使い慣れたものの持ち込みを依頼し、馴染みのある居室になるように働きかけており、利用者一人一人に合った過ごしやすい空間が作られている。居室にあるポータブルトイレは、使用しない時は布で覆い目につかないような配慮がなされている。	
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	本人の力が十分に発揮できるように、動線に沿って、手摺りの配置や、危険物を置かないこと、トイレに「便所」の看板や浴室に「湯」の暖簾、居室が分かるような表札の掲示などで、工夫している。		

自己評価および外部評価結果

グループホーム 笹貫の家(2階)

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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	毎朝の申し送りで「理念」を唱和し、利用者が主体的に生活出来る様に、地域・家族と共に支えて行くという認識を高め、利用者が安心して穏やかに生活出来る様に、職員同士協力し合っている。		
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	町内会主催のイベント(夏祭り、運動会、敬老会等)には、極力参加している。又、月一回地域清掃を利用者と共に行っており地域の方との会話の場面も見られる。		
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	運営推進会議で、認知症についてのテーマで、地域の方や、家族も参加していただき理解を深めるよう働きかけている。		
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	外部評価や、情報開示に関しての報告と、今後の取り組みについて、運営推進会議で話し合っている。そこでの意見をまた、笹貫便りに載せ、家族の共通理解を得るようにしている。		
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	担当地域の包括支援センターの職員とは、運営推進会議にて情報交換している。生活保護の担当者や、介護保険課、高齢者福祉課には、役所に出向いて、サービス上の相談や、協力を得るようにしている。		
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	身体拘束マニュアルを作成。月一回のミーティングにおいて、身体拘束をしない為の研修を実施している。外出希望の強い方の行動パターンを知り、1階・2階の職員間で情報を共有し、日常においても身体拘束を行わないケアに取り組んでいる。		
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	入浴時の身体チェックの徹底。ミーティングや外部研修等において、職員の認識を高めている。		

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
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	管理者や職員は、成年後見制度の研修を受け、学びを深めている。権利擁護についての研修もミーティングで行っている。現在の利用者で後見制度の該当者はいないが、今後必要となる可能性に備え、話し合うようにしている。		
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	契約を行う際は、契約書の説明をし、疑問がないかを確認している。また、内容について、出来るだけわかりやすく、具体例を示すなどを行っている。		
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	運営推進会議を活用し、家族や、利用者の意見を反映できるようにしている。意見箱や、相談苦情ノートを設けているが、何でも話せる雰囲気作りをし、直接管理者・職員に意見を言われる方も多く、ニーズに応えられる様心がけている。		
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	月に一度の管理者会議や、ミーティングにより、代表者や、管理者は、意見を聞く機会を持ち、会議で決まったことを運営に反映させている。		
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	代表者は、管理者からの連絡相談を受け、職員の勤務状況や、実績などを把握している。配置転換や各個人に見合った、職場への異動等を適宜行っている。		
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	法人内外の研修案内が、随時、管理部経由で情報発信され、職員・管理者は、それぞれのレベルに合わせ、必要とする研修に参加している。また、新人に対する研修は、日々の業務の中でベテランスタッフにより行われている。		
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	管理者会議により、管理者同士の交流や、情報交換が行え、また、お祭りや、運動会など、他事業所との合同行事を開催することにより、相互のサービスの質の向上や、職員同士のスキルアップの刺激となっている。		

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
<b>Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	本人自ら、不安・悩み・苦しみ・喜び・困っていることを訴えることが出来る場合は、ゆっくり話しを傾聴している。又、自ら訴えられない方に対しては、こちらが見極め、安心していただける関係作りに努めている。		
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	家族の要望・不安なことは、随時相談していただけるような機会を持ち、職員間で情報の共有に努め、同じように対応できるように心掛けている。		
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	現在の困り事や、身体状況等の情報を伺い、家族の負担が軽減出来る様、本人にとって一番適切と思われるサービス等を紹介している。		
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	日々の生活の中で、利用者と同じ目線に立ち、声かけし一緒に家事等を行う事で、同等の立場であることを認識してもらい、感謝の気持ちを忘れずに伝える。		
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	日々の生活の中での喜びや、不安を分かち合い、同じ立場で本人が、楽しく穏やかに過ごせるように、家族と協力して支援していく。		
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	家族の協力の下、外泊・お墓参り・買い物・食事等の楽しい時間を過ごしていただいている。入居前から継続して、通所サービスを利用されている方もいる。		
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	一人ひとりの個性を把握し、相性の関係等を考慮し、トラブルにならないように支援している。又、入居者同士がお互いを認め、それぞれができない事を支え合えるような、関係作りの支援に努めている。		

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
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	退居されてもいつでも相談や支援出来る様にしている。今でも、退居された方が立ち寄って下さっている。		
<b>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</b>					
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	日々の関わりにおいて、表情・行動からの「気づき」を大切に、利用者がどのような生活をしたのか把握出来るよう努めている。意思疎通の困難な方には、家族からも情報を頂くようにしている。		
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、本人・家族にお願いし、これまでの生活歴が把握出来る様、聞き取り等において、情報を得ている。		
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	一日の過ごし方・心身状況・変化・気づきを日誌等に記録し、出来たこと、嬉しかったことを含め、常に職員間で同じ情報を共有出来る様に努めている。		
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	日々の生活の中で、利用者の思いや必要としていることを汲み取る努力をしている。本人や家族の意思を確認し、担当職員を中心にアセスメントを行い、利用者にとって一番良いケアが出来る様プランを作成している。		
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	日々の様子や、ケアの実践・結果・気づきや工夫を介護記録に記入している。入居時や、状態変化の激しいとき等必要に応じ、24時間シートを使用し、職員間で情報を共有している。利用者の水分・排泄の記録を行い、個別にファイリングしている。		
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	臨時の病院受診の際の送迎支援を行っている。又、利用者の個別の外出にも職員が付き添っている。		

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
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	民生委員と意見交換する機会を設けている。校区の運動会、町内の夏祭り等に参加し、地域の方と接し、協働支援している。また、ボランティアも積極的に受け入れ、本人の力を引き出す手助けの一部を担ってもらっている。		
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	入居時に必ず、かかりつけ医の有無を確認し、本人・家族の意向をお聞きしている。通院や往診等希望される医療機関を受けられるよう支援している。		
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	日々の生活の中で得た気づきを、職場内の看護師に伝え、相談する体制が出来ている。訪問看護ステーションにも情報や気づきを伝え、相談し、助言をもらい必要があれば受診につなげている。		
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。	職員が入院先に出向いて状態などを伺い、情報交換し、ホーム側の意向を取り入れて、出来るだけ早く退院出来る様に努めている。		
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	終末期に向けてターミナルケアを希望されている利用者の家族がおられる。これまで経験がない為、地域の関係者と共に、要望にこたえられるよう今後、研修・ミーティング等で話し合いを繰り返しながら、取り組んで行きたいという意思はある。		
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	救命救急ファイルを作り、年2回消防署員により心肺蘇生法・応急手当・初期対応の指導を受け、研修・ミーティング等において実践を身に付くよう訓練している。		
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回の消防訓練の実施、職員間の連絡網の周知、ミーティング、研修においてマニュアルの確認を行っている。		

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	利用者に対しては尊敬の念を表し、傷つけてしまうことのないように、言葉遣いには細かい注意を払っている。個人情報等は目に付かないところに保管している。		
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	利用者の態度や表情の変化に気をつけ、何をしたいのか、何をしてもらいたいのか、声かけにて聞きだし、最終的に本人に自己決定してもらうようにしている。		
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、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	その人の性格や生活リズムを理解し、職員側の都合を無理強いしないよう心がけている。		
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	起床時に整容し、本人に服を選んで着替えてもらっている。家族の協力の下、行きつけの美容室に行ってもらったり、必要に応じてホームまで美容師に来てもらっている。		
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	野菜の下準備を一緒に行ったり、メニューを通して話をしたりしている。職員も同じテーブルを囲み、同じ食事を摂りながら、食事中も箸の進まない方・食べ方のわからない方に声かけし、楽しい雰囲気の中で食事して頂いている。下膳や皿洗い、トレイ拭き等も手伝ってもらっている。		
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	栄養士による献立により、バランスのとれた料理を提供している。食事と水分摂取量を記録し、全職員が把握している。		
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	毎食後の歯磨きの声かけを行い、見守りや介助を行っている。就寝前には、義歯を洗浄消毒している。定期的に歯科受診を行い、管理ファイルを作成し、全職員が周知するようにしている。		

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	一人ひとりの排泄パターンをチェックし、定時でのトイレ誘導を行いなるべく失禁のないようにしている。日中は布パンツを使用し、失禁時は下清拭・更衣をおこなっているが、自尊心を傷つけないように細心の注意を払っている。		
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	朝食時に牛乳、おやつ時にヨーグルトを提供している。日中の水分補給の充実や、散歩・廊下歩行・レクリエーション・家事参加・腹部マッサージを心がけている。又、主治医処方薬の緩下剤を使用されている方もいる。		
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	1日おきの入浴をもとに、その人の体調、希望をふまえながら、なるべくその人に合ったタイミングで入浴していただけるよう支援している。		
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	昼食後に短めの昼寝を促したり、夕食後ホールでくつろがれている時に、飲み物を勧めリラックスして頂いている。声かけにて入床を促し、精神的にも安心して頂けるよう寄り添い、声かけするよう心がけている。		
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	病院受診ファイルで管理し、職員が薬の目的や副作用・用法・用量等について正しく理解している。服薬時は、手のひらに渡し、きちんと飲み込むまで確認している。一人ひとりを良く観察し、変更のあった際はもちろん、変化のあるときはすぐに対応できるように努めている。		
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	それぞれが得意とすることで力を発揮してもらえるよう、一人ひとりに合った役割を設けている。		
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	ホームの買い物に同行してもらったり、買い物希望のある方については、出来る範囲で個別にお連れしている。又、家族に協力してもらい、外泊・墓参り・ショッピング等に出かけている。		

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
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	家族よりお金をお預かりし、管理しているが、何か欲しいものがある際は、いつでも使えるように支援している。		
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	利用者の希望に応じて電話や手紙が出せるように支援している。又、遠方の身内から贈り物が届いたら、お礼の電話をかけるなどの支援を行っている。		
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	光は、カーテンや照明で配慮し、室温は、空調等で調節している。利用者にとって不快となる音を職員がたてない努力をしている。入居者全員で、季節ごとに、季節感のある貼り絵や切り絵等を作って、飾っている。		
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	ホールにはソファが2つ置いてあり、利用者同士仲良く座り、談笑したり、歌ったりされ寛がれている。中には、ソファに座り、瞑想されている方もいる。		
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	自宅より馴染みの使い慣れた家具・生活用品・装飾品・仏壇等を持ち込まれ、安心して過ごせる環境づくりをしている。壁面には、写真・カレンダー等が飾ってある。		
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	建物内はバリアフリーになっており、至る所に手すりがついている。各居室の入り口には表札がある。トイレには入り口・ドアに「お便所」、浴室前には「湯」の暖簾が下がっている。ホールの自分の席には、テーブルに名前シールが貼ってある。		

## 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	33	重度化や終末期における指針を個人的には検討し対応しているが、事業所としての指針を利用者及びご家族全体に対して、きちんと明文化されていない。	重度化・終末期にどうして行くかと、事業所としての指針を経て、利用者及び、家族の理解を得ることが出来る。	重度化・終末期に対しての指針を文章としてご家族に公布し、承認を得る。また、それぞれのご家族の、終末期に向けての意向の把握と個別の対応について、個人面談あるいは書面により確認していく。	6ヶ月
2	35	災害時の地域との連携について、運営推進会議や、町内会との関わりの中で、すすめてはいるが今後どうしていくかを検討中の段階である。	引き続き地域・家族と連携をとり、実際災害が起こったときに戸惑う状況にならないような協力体制が得られるようになる。	運営推進会議においての話し合いの場を持つ。また、近隣の協力を得る為の関係作り、広報活動、協力依頼を行っていく。町内会の自主消防組織の立ち上げに関してはホームとして協力体制をとっていく。	12ヶ月
3	10	相談苦情のあった内容について、当事者への対応はしているが、その内容について、広く他の利用者・ご家族への周知、報告を行っていない状況である	苦情・相談について、広く、利用者・ご家族への周知・報告の形が取れ、情報の共有が図れるようになる。	運営推進会議・家族懇談会等多数のご家族の集まる場での、報告を行う。また、笹貫便り等で、近況報告として、個人情報の保護に留意しながら、このような相談や、苦情があったという公開をしていく。	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。