

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	4670101908		
法人名	公益財団法人 慈愛会		
事業所名	グループホーム 愛と結の街		
所在地	鹿児島県鹿児島市小原町9-28		
自己評価作成日	平成23年6月	評価結果市受理日	平成23年9月13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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/Top.do?PCD=46>

【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23年7月28日	評価結果確定日	平成23年8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)】

- ①地域との交流～運営推進会議、女性学級、消防訓練、町内会加入、実習生受け入れなど積極的に行っている。
 ②活力ある環境作り～利用者の楽しみのひとつとしてウッドデッキを活用して、畑に季節の野菜を植えている。
 ③併設の老健のPT、OT、STなどより必要時、評価 助言を頂いている。
 ④野菜販売～毎週木曜日、利用者・職員と一緒に老健にて野菜販売を実施している。

【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)】

幹線道路からやや入り込んだ住宅地に、同一法人の病院や老人保健施設と近接して建てられたホームである。医師や看護師、歯科衛生士、栄養士など、法人在籍の専門職による健康管理面での支援態勢が充実しており、入居者及びご家族にとって大いに安心できるホームである。職員は努めて優しい声で入居者に接しており、穏やかに安心して暮らしている様子が伺える。管理者は、町内会の班長を引き受けたり地域の勉強会で講師を務めるなど、地域との関係作りにも熱心に取り組んでおり、住民の方々も防災訓練に参加して消火器訓練を行うなど、災害時の協力関係も築かれている。

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。

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)	○	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、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
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				

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	4670101908		
法人名	公益財団法人		
事業所名	グループホーム愛と結の街		
所在地	鹿児島県鹿児島市小原町9-28		
自己評価作成日		評価結果市受理日	

※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.kagoshima-kaigonet.com/
----------	---

【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			

【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)】

- ①地域との交流～運営推進会議、女性学級、消防訓練、町内会加入、実習生受け入れなど積極的に行っている。
②活力ある環境作り～利用者の楽しみのひとつとしてウッドデッキを活用して、畑に季節の野菜を植えている。
③併設の老健のPT、OT、STなどより必要時、評価 助言を頂いている。
④野菜販売～毎週木曜日、利用者・職員と一緒に老健にて野菜販売を実施している。

【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№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)	○	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

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	毎朝の朝礼時に理念を唱和し、理念に沿ったケアを行うようにしている。	ホーム全体の理念のほかに、各ユニット毎に年度重点目標(目指す介護)を掲げており、朝礼やカンファレンスの際に読み合わせを行っている。	
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	地域の婦人学級に参加したり、またグループホームである行事には地域の方も参加してもらい交流を図っている。	町内会に加入しており、現在は班長も務めている。また、参加している婦人学級を通じて、地域向けのセミナーを開催したり、管理者が講師を務めるなどして協力している。	
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	地域の方の相談や困りごとは、ネットワークなどを活用して対応に応じている。		
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	2ヶ月おきに運営推進会議が設けられており、検討事項などはスタッフのカンファレンス時に意見を出し合ってサービスの向上に活かしている。	運営推進会議は定期的に開催しており、入居者の詳細な状況やホームの活動報告がなされている。参加メンバーからは質問や提案が出され、運営に反映している。ご家族をはじめ住民代表や民生委員、地域包括支援センター職員などが参加しているが、今のところ入居者は参加していない。	健康状態等を考慮した上で、入居者が運営推進会議に参加できる機会を設けていただきたい。
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	市の相談員の方には訪問してもらっているが、困り事があるときに電話相談をする程度である。	毎年、介護相談員を受け入れており、入居者からは食事の希望などが聞かれている。	
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	身体拘束を行わないケアに取り組んでいるが、家族からの要望で鍵を掛けているご利用者もいる。	法人内の身体拘束委員会と連携しながら、身体拘束を行わないケアに努めている。一部ご家族の要望もあり、庭に出入りできるサッシ窓を施錠している。	施錠が固定化しないように、一定期間毎に見直しを行い、鍵をかけない自由な暮らしを目指して支援を続けていただきたい。
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	研修などに参加して正しい理解をもち防止するように努めている。スタッフ同士が気軽に話し合える環境を作り、ストレスを溜めないようにも心がけている。(長期休暇の取得など)		

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	研修などに参加することで、個人・上司から学び、みんなで情報交換を行い支援している。		
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	入所時や面会・定期カンファレンス時に気になることなどを聞き、その都度納得していただけるように説明している。		
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	不安や困り事があるときは伝えることが出来るような環境作りを行い、家族とは、面会や家族会にて話をする機会を設けている。	家族会やレクリエーションの報告会などで、直接ご家族から話を聞く機会を設けている。その際、30分程度はご家族だけで意見交換できる時間を作っている。	運営推進会議で話し合われた内容は議事録を掲示して公開しているが、参加されていないご家族に向けて、広報誌や家族会場で情報提供することを検討していただきたい。
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	月に一度のカンファレンスや、1階・2階での話し合いでスタッフ同士の意見交換を行っている。	行事やレクリエーションに関しては担当が決められ、職員が企画・運営を行っている。また、ユニット毎に職員同士の話し合いの場を設けているほか、管理者が年に1、2回、職員との個別面談を行い、意見交換する機会としている。	
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	代表者は管理者や個々の職員が何でも話せる様に意識している。昇級や各手当の支給、有給以外に夏休・冬休もあり、職員の健康管理の実施に取り組んでいる。また、育児休暇・介護休暇があり、職員の環境整備に努めている。		
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	新人職員には、一年間担当の指導員が付き指導している。毎月法人内研修にも参加し、外部研修の参加も多く職員の技術を高めようとする意識が大きい。		
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	グループホーム連絡協議会に加入し、研修での交流を図ったり、谷山地区の勉強会にも交代で参加し、意見・交換を行うなどサービスの質の向上を目指した取り組みをしている。		

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
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	本人本位の意志の尊重。本人の困り事・心配事・要望を寄り添いながら傾聴し、スタッフも受け持ち制を導入し本人の意向を重視した支援を行っている。		
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	面会時や電話、カンファレンスなど、常にご家族の気持ちに配慮し随時対応する。関係作りの心がけを常に保ちながら努めている。		
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	サービス利用開始時は、暫定プランを作成し、初期カンファレンス後介護計画を作成している。見直しは6ヶ月毎だが、状況の変化があればその時点で臨機応変な対応をとっている。		
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	入居者は人生の先輩であるという考えを職員は共有しており、野菜作り・料理・らっきょ・梅干しづくりなど得意分野を発揮してもらう工夫をしている。職員は入居者と支えあ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	職員は家族が意見を言い易いように心掛けている。また、6ヶ月に1度のカンファレンスには、必ず家族の同席をお願いしており、家族の意見・要望を聞き出すようにしている。		
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	これまでの生活歴や習慣など馴染みのある家具や仏壇を置くなどして、暖かく安心した雰囲気の中で、ご利用者同士が仲良く過ごせる様に見守り支援を行っている。	年賀状を出したり知人から手紙をもらうことで、馴染みの関係が継続している。また、週に1回、同一法人のデイケアに出かけて“野菜販売”をすることで、デイケアの利用者との交流も図っている。	
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	ご利用者の思いや希望をよく聞き、また表情などから気持ちを把握し、個々の意向に添える様なケアと、週に1回の野菜販売・月に1度の外出レクリエーション等でご利用者同士の関わりが深める支援を行っている。		
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	入院などで退所となった場合でも居室費を払えば一ヶ月間は部屋を借りていることができる。サービス利用(契約)が終了してもこれまで通り本人並びにご家族の相談・要望を聞き、今後の行き先を考えたりしている。		

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	
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	職員が利用者の思いや希望を聞き、表情などから気持ちを把握し、個々の意向に添えるようにケアすることがグループホームの本質と捉え、安心できる生活を支援している。	意思表示が困難な入居者の場合は、永年勤務して本人を良く知っている職員やご家族からの情報により、その方の職歴や生活歴を考慮した対応をしている。それらの情報は記録に残し、職員間で共有している。		
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	インテークや家族からの情報収集をもとに今までのサービス利用の把握に努めている。			
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	日々の状態の変化を見極め、本人や家族と会話をし、現状を総合的に把握するよう努め、ケアプランに反映させている。			
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	定期的なカンファレンス以外にも本人や家族の意向を聞き取り、意見を出し合い、介護計画を作成している。	担当者会議には必ずご家族の出席をお願いして、本人及びご家族の意向を反映した計画の作成に努めている。経過記録には、担当者に加えて法人の医師や看護師も記入している。		
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	個別記録に記入し、情報を共有している。また、ケアプラン作成時にアセスメントとして活かしている。			
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	本人や家族の要望、希望に応じて、受け入れ可能な事には柔軟に対応している。			
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	必要があれば、他の事業所とも話し合い、安心してサービスを受けられるよう支援している。			
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支援している	月1回の往診があり、突発的な時の診察が充実している。また、状況に応じて他科受診をすすめる適切な医療を受けられるよう支援している。	かかりつけ医による月1回の訪問診療が実施され、日常的な情報交換はメールにより行われている。また、訪問歯科診療も実施され、法人の歯科衛生士とも協力して支援している。		

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
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	グループホームに半日看護師が一人勤務し日常の健康管理、医療の活用の支援をしている。看護師が不在の時又は夜間は、老人保健施設等の看護職員の応援をもらえる体制にある。		
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。	他の病院とも情報交換を行い、環境の変化による状態の低下とならないようにしている。また家族にも必要な支援を伝え、早期の退院や、ADLの低下が防げるようにしている。		
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、事業所で行え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	終末期のありかたについては約款の時や、必要時に再度話し合うという事で決めてある。また定期的カンファレンスの時に状態の変化や起こりうる事を話し、意向の収集ができるようにしている。	医療連携体制を構築し、重度化や終末期における対応の指針を定めている。本人及びご家族には利用開始時に説明するとともに、必要に応じて随時話し合い意向の確認を行っている。	重要事項説明書にも記載されているが、対応の内容がより具体的に記載されている指針を交付した上で、入居者及びご家族に説明することが望まれる。
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	救急法の研修会を年2回実施しており、職員は必ず参加し、習得できる様に取り組んでいる。		
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	緊急通報システムを整備し、避難経路・避難場所の確認を行うと共に、地域の方々にも協力をもらいながら年2回防災訓練を行っている。	防災訓練は消防署立ち会いのもとで、年2回実施しており、地域住民にも回覧板でお知らせして参加してもらっている。災害発生時には、避難誘導面での協力をお願いしている。	食料等の備蓄を準備中とのことであるので、早急な整備を期待したい。
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	プライバシー保護について、勉強会で取り上げ、徹底が図られている。個人記録などは、職員のみ入室できる部屋で管理されている。職員は利用者にプライバシーを損ねるような声かけはしていない。	入居者と職員が馴染みすぎて言葉遣いが馴れ合いにならないように、話し合いの中で指導改善しながら丁寧な対応に努めている。	
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	散歩や入浴など声かけを行い、本人の希望に添える様に対応している。野菜販売時に欲しい果物がある際には購入出来る様に支援している。		

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
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	掃除や調理時に業務優先になりがちな時は、職員間で声かけしフォローしながら、入居者のペースに合わせた支援を行うよう心がけている。起床や食事の時間・散歩・外出など希望に合わせた支援を行っている。		
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	外出時にはおしゃれ着の準備を行ったり、本人や家族の希望時には散髪が行えるよう支援し対応している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	入居者の個々のレベルに合わせて、野菜の下ごしらえ、食事の盛りつけ・配膳・下膳・食器洗いなど出来る事を一緒にしながら食事を楽しめるよう支援している。誕生会では本人の好みの物を把握し対応している。	可能な利用者には、買い物や調理の手伝いをしてもらい、メニューは希望を聞いている。また、法人の栄養士に1週間分の献立を確認してもらい、助言を受けている。	
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	食事や水分摂取状況を把握し食事形態も工夫している。法人の栄養士にアドバイスをもらいながら栄養バランスに配慮している。又家族からの本人への飲用希望のある時は持参してもらっている。(冷蔵庫保存)		
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	毎食後声かけにて口腔ケアを行える様支援しており、痛みや噛み合わせの問題などみられた際には法人の歯科衛生士に観察・アドバイスしてもらい対応している。又、口腔ケア委員会を通して歯科衛生士との連携により問題点などアドバイスもらい対応している。。		
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むけた支援を行っている	尿測を行い排尿量を確認し、適切な尿取りパットの使用を職員間でも話し合い、家族の了承のもと使用している。本人への声かけしも自尊心を傷つけないように配慮している。	一人ひとりの状況に応じて、排泄チェックシートを活用するなどしてパターンを把握し、トイレ案内やパッド等の使用を行っている。	
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	毎食の食材に繊維質を含んだ野菜、果物など活用しスムーズな便通に配慮している。散歩や体操など積極的に行っている。困難な場合はマッサージや下剤服用など取り入れている。		

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
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	入居者のタイミング・ペースに合わせ、ゆっくりゆったりとした、くつろいだ入浴支援をしている。(週3回)	木曜日以外は毎日入浴可能である。時間帯や順番に配慮しながら、気分良く入浴してもらえ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	夜間、安心安眠していただけるよう、昼間、個々に合わせ活動支援を行っている。		
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	処方された薬の説明書はカルテに綴じて、いつでも確認できるようにしてある。個々の服薬管理入れがあり、服薬の支援と症状の変化に努めている。		
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	入居者に合わせ、以前の生活歴や趣味、本人の力を活かした役割支援をしている。		
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	食材の買い物など、外に出る機会を作り支援している。毎月外出レクリエーション等計画し、楽しんでもらっている。地域の行事にも参加している。	ホーム周辺の散歩は、ほぼ毎日行っている。また、月1回の外出レクリエーションのほか、地域の婦人学級への参加やデイケアへの“野菜販売”にも出かけている。	
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	家族と相談しながら入居者の希望や力に応じて、お金を所持することで喜び安心感が得られ、本人自身で買い物をする喜びを大切にしている。家族からの預かり金は個人ごとの金銭簿で管理している。		
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	グループホーム玄関フロアに公衆電話が設置しており、いつでも電話がかけられるように支援している。		
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	庭や畑などに季節の花や野菜などを植え、家庭的な雰囲気作りを行っている。食堂には入居者手作りの壁画飾りが毎月飾られ、生活感や季節感を取り入れている。	食堂ホールには手作りの壁画が飾られており、季節を感じさせる。畳の間もあり、入居者が洗濯物をたたむなど、生活感を感じるスペースとなっている。	

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	共用空間にはソファなどを設置し、個々が自由に腰掛けたり、本を読んだり、入居者同士で気軽に会話ができるように工夫している。		
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	入居者本人の使い慣れた物や好きな物を置いたり、家族の写真などを飾っている。	ベットとタンス以外は入居者の持込である。これまでの生活パターンを考慮してベットの位置を検討するなど、本人が居心地良く過ごせるように支援している。	
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	掃除、食事準備、洗濯干し、洗濯たたみ等を通して、自立支援に向けて声掛け、見守りなど行いながら環境整備を行っている。		

自己評価および外部評価結果

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	地域福祉の実現に向けた独自の理念を掲げ、毎朝の朝礼時に理念を唱和し、理念に沿ったケアを行うようにしている。		
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	地域の婦人学級に参加したり、またグループホームである行事には地域の方も参加してもらい交流を図っている。日常生活の中でも、近所の方々との挨拶・付き合いを大切にしている。		
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	地域の方の相談や困りごとは、ネットワーク（老人保健施設、谷山病院、地域包括センターなど）を活用して対応に応じている。		
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	2ヶ月おきに運営推進会議を設け、検討事項などはスタッフのカンファレンス時に意見を出し合って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	市の相談員の方には訪問してもらっているが、困り事があるときに電話相談をする程度である。		
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	隣接している同慈愛会の老人保健施設の身体拘束委員会とも連携を図り、常に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	研修などに参加して正しい理解をもち防止するように努めている。スタッフ同士が気軽に話し合える環境を作り、ストレスを溜めないようにも心がけている。（長期休暇の取得など）		

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	研修などに参加することで、個人・上司から学び、みんなで情報交換を行い支援している。		
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	契約の際には、利用者や家族に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。		
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	定期的(半年に1度)、必要時に話し合いをする場を設けその要望を運営に反映させている。		
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	定期的に個別で面接を行い職員の意見を聞いたり、月に1度職員同士で話し合いする機会を設け、そこで出た意見や提案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	管理者は、職員個々の努力や実績状況を把握し、給与水準ややりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境を整えたり、リフレッシュ休暇を取り入れたりしている。		
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	管理者は、職員一人一人の能力に合わせ外部内外の研修を受ける機会ができるよう調整を行っている。		
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	管理者は、外部内外の勉強会などを通して他同業者との交流を図り、情報交換、意見交換を行っている。		

自己	外部	項 目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	実践状況
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	サービスを導入する前に本人から困っていることや要望を聞いてから十分話し合い関係づくりに努めながらサービスを導入している。		
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	サービスを導入する前に家族から困っていることや要望を聞いてから十分話し合い関係づくりに努めながらサービスを導入している。		
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	サービスを導入する段階で必要とする支援を見極め、必要に応じて他のサービス利用も出来るように努めている。		
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	職員は、本人とできる限り多くコミュニケーションを図り、信頼関係を築けるように努めている。		
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	職員は、面会時などできる限り家族とのコミュニケーションを図り、本人と家族との絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築けるように努めている。		
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	入所時や面会時に本人や家族から生活史を聞き、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生活の中にも工夫しながら支援をしている。		
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、支え合えるように日々の生活の中で支援している。		

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	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、必要に応じて本人や家族の経過をフォローし、相談や支援をするようにしている。		
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	一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努め、その意志をできる限り大切にしている。困難な場合は、本人本意に検討し、できるだけ意向に添えるようにしている。		
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	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を把握し、本人が安心して過ごせる環境を提供できるように努めている。		
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	申し送り、記録、連絡ノート、スタッフ会議など定期的に話し合い現状の把握に努めている。		
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	半年に1回のカンファレンス、職員同士で行うケースカンファレンスを開催し、安心して暮らせるための課題とケアについて考え日々のケアに取り組む。		
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	DARを明確に記入し職員間で情報を共有している。		
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	認知症の進行状態を把握し柔軟に対応出来るようにする。		

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	一人ひとりの持つQOLを大事にし、又発揮出来るように支援していく。		
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し、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	毎月1回ある主治医の往診を行うことで適切な医療を受ける事が出来ている。		
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	日常の関わりの中でとらえた、ちょっとした情報・気づきを看護しに伝え相談したで看護を受けられている。		
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。	利用者に変化があった時、薬が変更になった時などサマリーに記録し入院する場合に備えている。		
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	家族とスタッフとの話し合いを早い段階から行い、グループホームで出来ること・出来ないことを十分に説明し家族に理解してもらう。		
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	救急法の研修会を年2回実施しており、必修科目となっており、全員参加し習得できるように取り組んでいる。		
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	緊急通報システムを整備し、避難経路・避難場所の確認を行うと共に、地域の方々に協力をもらい年3回の防災訓練を行っている。内1回は、夜間を想定した避難訓練を行っている。		

自己	外部	項 目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	実践状況
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	接遇、個人情報について研修を行っており、徹底が図られている。職員は、利用者がわかりやすい言葉かけを心がけている。		
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	散歩や買い物などこえかけを行い、本人の希望に添えるように対応している。買い物、野菜販売時に欲しいものがある時は、適量を購入できるように支援している。		
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	業務を優先しがちになるが、本人の生活リズムを大切にし利用者のペースに合わせた支援を心掛けている。		
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	朝の更衣時に自ら服を選べるように支援を行っている。本人や家族の希望時には、散髪が行えるように動く散髪屋さん、美容室、家族によって散髪できるように対応している。		
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	入居者の個々のレベルに合わせ、野菜の下ごしらえ、食事の盛りつけ、配膳、食器洗いなどできることを一緒に行いながら食事を楽しめるように支援している。又、年1～2回は、外食も行っている。		
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	食事や水分摂取状況を把握し食事形態も工夫している。法人の栄養士にアドバイスをもらいながら栄養バランスに配慮している。		
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	毎食後、声かけにて口腔ケアが行えるよう支援している。3ヶ月ごとに口腔状態・摂食嚥下に関するアセスメントを行っており、口腔状態は、把握できている。		

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	一人ひとりの力や排泄パターンに合わせたパッドやリハビリパンツの使用を工夫し、排泄チェックシートを活用してトイレ案内や排泄状況の把握に努めている。		
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	水分補給や野菜類の多い食事を心がけ、日々の体操や散歩にできるだけ参加していただくようにしている。便秘時には水分補給や腹部の温め、看護スタッフによる便秘薬などのサポートを行う。		
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	毎回必ずバイタルをチェックし、入浴の声かけのタイミングにも注意しながら本人の気分に合わせて入浴の順番や時間を調整しながら支援している。		
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	眠気が強い時や、本人の気分や体調がすぐれない時には居室で休んでもらうなど、スケジュールに沿った生活の強制をすることなく臨機応変に対応している。		
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	日頃から看護スタッフとの連携を図り、服薬と症状の変化の確認につとめている。また服薬チェック表で一人ひとりについて毎日の服薬を確認している。		
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	入居者の生活歴を考慮し料理や手芸など得意な分野を見いだし生活を楽しめるようにする。外部より踊りやハーモニカ演奏書道なども楽しんでいる。		
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。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	天候により散歩や買い物など行っている。家族の方の協力をもらい外出レクリエーションでドライブなど外出の機会を計画している。地域交流で女性学級の参加もそている。		

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	お金を自分で持つ大切さを理解し買い物はスタッフと共に行けるようにしている。		
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	必要時には手紙や電話が出来るように支援している。		
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	皆が集まるホールはリビング兼食堂であり利用者と職員が日中ほとんどいっしょに過ごす場所である。音楽が流れる中食事や語らい手作り作業もいっしょにし思い思いの過ごし方をしている。		
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	個室になっており居室やホールで自由に過ごせるように工夫している。職員は居場所だけは把握している。		
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	居室は本人のプライバシー空間である。本人が居心地よく過ごせるようにお気に入りの写真や飾り物を置いている。		
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」「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	生活歴を見てそれぞれの方の得意とするものを見出しその素振りを見守りながら対処している。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム 愛と結の街

目標達成計画

作成日 平成23年9月13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	4	健康状態等を考慮した上で、入居者が運営推進会議に参加できる機会を設けていただきたい。	健康状態や本人の気持ちを大切にしながら、今後、声掛けを行っていく。	運営推進会議に出席される、ご家族と一緒に参加して頂く。	4ヶ月
2	6	施錠が固定化しないように一定期間ごとに見直しを行い、鍵をかけない自由な暮らしを目指して支援を続けていただきたい。	施錠を御希望されているご家族と相談し、安心・納得された上で、今後サッシの施錠をしない取り組みを実現していく。	ご家族の不安が解消されるよう、日々の生活の様子などを交え、面会時・カンファなどで伝えていく。	4ヶ月
3	10	運営推進会議で話し合われた内容は議事録を掲示して公開しているが、参加されていないご家族に向けて、広報誌や家族会の場で情報提供することを検討していただきたい	次回より、参加されていないご家族に対し、情報を提供していく。	請求書の中に、議事録も一緒に送付していく。	2ヶ月
4	33	重要事項説明書にも記載されているが、対応の内容がより具体的に記載されている指針を交付した上で、入居者及びご家族に説明することが望まれる。	指針の見直しを行い、定期のカンファ時に家族に説明していく。	①急性期における医師や医療機関との連携 ②入院期間中における居住費や食費の取り扱い ③看取りに関する考え方 など 具体化し家族会 やカンファ時に説明していく。	2ヶ月
5	35	食料等の備蓄を準備中とのことであるので、早急な整備を期待したい。	併設の老健と一緒に、現在、準備を進めている状態です。	・水(1日分)～2L×24名 48L ・災害用ごはん(1日分) 梅かゆ～2名 2名×3食分＝6食分 五目ごはん～11名 11名×3食分＝33食分 山菜ごはん～11名 11名×3食分＝33食分	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。