

平成22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	1472601333	事業の開始年月日	平成13年4月1日	
		指定年月日	平成13年4月1日	
法人名	社会福祉法人 恩賜財団 神奈川県同胞援護会			
事業所名	グループホーム相模原			
所在地	(252-0331) 神奈川県相模原市南区大野台5-13-7			
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	8	名
		ユニット数	1	ユニット
自己評価作成日	平成22年9月21日	評価結果 市町村受理日	平成23年1月23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=1472601333&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"> ・利用者を制限することなく、出来る限り自由な生活を送ってもらっている。例えば外に出て行く利用者にGPSを携帯はしてもらおうが、制限はしていない。 ・年に一度、利用者の希望を叶える企画。(行きたい場所や、やりたいことをやってもらう) <p>現在は回数を増やせるように検討中です。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・併設の特養や養護などの行事にも参加している。 ・家族会を設置し、本人、家族、職員と良好な関係を築けるようにしている。
--

【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1-2-4 ｸﾞﾙｰﾌﾟﾌｧｰｽﾄ 3階		
訪問調査日	平成22年10月21日	評価機関 評価決定日	平成22年11月7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>ホームはJR横浜線古淵駅から徒歩20分の住宅地の中にあります。敷地内には同一法人の運営する特別養護老人ホーム、ケアセンター、地域包括支援センターがあり、養護老人ホームとはドアでつながっており、レクリエーションや行事を通じた交流が日常的にあり入居者の生活を豊かにしています。建物はバリアフリーで1階部分を使用しています。畳の部屋と洋室があり、浴室にリフトもあります。広々としたリビングスペースで建物内外に季節の花が飾られ家庭的な雰囲気です。入居者の平均年齢84.8歳平均介護度2.6で花木の世話や調理、掃除などそれぞれの役割があり、利用者の希望を聞きながらその人の出来る力を奪わない介護が行なわれています。</p> <p>優れている点 詳細な角度から全人的分析を行なって、利用者や家族の希望中心のケアプランを作成しています。利用者の希望を叶えるための「里帰り企画」「お楽しみ食事会」により利用者の行きたい場所や逢いたい人との再会を実現しています。外出の機会も多く作りその人らしいストレスの少ない生活が継続できる様に支援しています。家族とのコミュニケーションを大切にして面会時や手紙で、毎月生活状況や、健康面などを知らせています。毎月決まって外泊される方もあります。家族会での集まり、家族旅行を通じて良好なコミュニケーションを図っています。</p> <p>工夫している点 利用者の外出したい希望に添えるよう「行方不明協力リスト」を作成して敷地内の事業所の協力のもとGPS機能付き携帯により1人で外出されている方もあります。理学療法士を招いてのリハビリ指導や精神的、身体的に制限をしない介護により入居時より、介護度が軽快した事例もあります。</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	グループホーム相模原
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	<ul style="list-style-type: none"> ・理念はあるが、職員間で話し合いは出来ておらず、共有されていない。 	ホーム理念は開設時に作成され「認知症を患う利用者に寄り添い・・・自由と尊厳を守り・・・個々に合った生活空間を演出」など5項目を謳い事務室、パンフレット、インターネットに掲示され実践されています。	理念はアセスメント、ケアプランに連動しており、ケアの場面で実践されていますが、今年は管理者が交替したこともあり、地域密着型サービスの意義も踏まえ共有の為に話し合いの機会が望まれます。
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	<ul style="list-style-type: none"> ・毎朝の散策で挨拶を交わしている。 ・夏祭りなどの行事参加をしている。 ・施設内の庭に遊びに来る子ども達と話をしたり散歩の犬を見せてくれる。 	自治会に加入して行事に参加したり、御嶽神社の子ども神輿に立ち寄ってもらい交流しています。法人主催の「納涼夏祭り」では総勢で1000人の参加があります。ボランティアや実習生の受け入れや近隣保育園児と相互交流もあります。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・活かされていない。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・地域行事への招待や、互いの施設を開放したり、情報を交換している。 	運営推進会議は年3回、自治会長、民生委員、市職員、家族、利用者が参加して行なわれています。ホームから状況報告が行なわれ、「納涼夏祭り」の駐輪場所を自治会より提供されることになりました。ホームの理解者が確実に広がっています。	
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取り組んでいる	<ul style="list-style-type: none"> ・市が行っている、実習の受け入れをするようになった。 	市グループホーム協議会、合同施設長会議に施設長などが出席しています。市からの要請でボランティアセンターや認知症グループホーム実践者研修の実習を受け入れています。介護相談員の受け入れも始まっており交流連携に努めています。	

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
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	<ul style="list-style-type: none"> ・研修（個人）参加や、勉強会（全体）を開催している。 ・人によってはGPSを携帯してもらうが、玄関は自由に出られるようにしている。 ・事例検討を行っている。 	管理者は家族会や運営推進会議で身体拘束の弊害を伝えて制限しない介護をモットーにしています。玄関チャイムや「行方不明協力リスト」GPS機能などの工夫で1人で外出されている事例もあり、身体拘束のないケアが実践されています。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・研修（個人）参加や、勉強会（全体）を開催している。 ・表情や入浴時の身体チェックを行っている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・資料は閲覧できるようにしてあるが、活用が出来るような話し合いは出来ていない。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・入所時や変更時に管理者が行っている。 ・契約更新時には意見交換をしている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者とは日常生活の中で個人的に話している。 ・家族会の総会時や家族会行事の時に意見交換でき、家族には運営推進会議に交代で参加してもらっている。 ・面会時に近況報告し要望等を話し合っている。 	玄関に意見箱があります。家族会の際や面会時に職員はコミュニケーションに努めています。重要事項説明書に内外の相談機関を明示しています。家族からの「歩く機会を増やしてほしい」などの要望にもリハビリを継続して応えています。	

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
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	・職員会議にて意見交換し、出来る限り『まずは実践してみよう』と言う考えで行っている。	管理者は毎月の職員会や個別でも意見や提案を言いやすい雰囲気を作っています。希望休には出来るだけ応えています。職員の離職は少なく、法人内での職員移動の際にもお散歩などで顔なじみの関係を作っています。	
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	・有給が取れず、体調不良時に休み辛い状況で、記録が勤務時間内には困難な時があるので、業務改善を話し合い中。		
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	・研修は年間計画を立てて実行しているが、本人の学びたい物をしっかりと把握できてはいない。		
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	・市のグループホーム部会で事例検討会や施設見学をしている。 ・神奈川県グループホーム協議会にて研修会に参加している。 ・他施設からの実習を受け入れており、情報交換している。		
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	・本人と日常生活の中で話しを聞く事で、気持ちを受け止めている。		

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	・申し込み時や面接時から本人、家族の話を傾聴している。		
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	・本人、家族、職員で話し合った上でサービス内容を検討している。		
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	・家族であるかの様に接しており、調理等の家事援助では利用者が先生になって教えてくれる。 ・反面、早朝や夜等時間帯によっては介護者と要介護者の関係になりやすい。		
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	・何かがあれば、その都度家族には連絡を入れ相談している。 ・家族会があり、大きな行事等には参加を促している。		
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	・本人の希望を叶える為に『里帰り企画』と題して年に1回行っており、更に回数を増やすように検討中。 ・日常会話ででてきた、土地に（相模原や上溝祭り等）に行っている。 ・コミュニケーションの困難な利用者には難しい。	家族や親戚、知人の面会も多く市の敬老会に職員支援で全利用者が参加しています。行きつけの美容室や墓参りに家族支援で外出したり、ホーム立案の「里帰り企画」により利用者の望む「歌謡ショー」の鑑賞や姉妹との対面が実現しています。	

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
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	・大きなテーブルで一緒に食事やお茶等の時間を過ごし、交流の機会になっている。 ・利用者間の好き嫌いもあるので悪化しないように間に入るように努めている。		
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	・退所者のお見舞いや亡くなられた利用者の通夜に参列している。		
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。	・利用者や家族からの情報を基に本人本位の検討をしているが、自分で意思を伝え難い方の場合は難しさを感じている。	居室担当が中心となって生活歴や体の機能、暮らし方の希望などを利用者や家族から聞きとっています。困難な場合は家族から聞いたり本人本位に汲み取っています。その後、職員会議やケアプラン会議で職員間で話し合い共有検討しています。	
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	・入所時、やその都度に本人や家族から情報を得て、サービスに取り組んでいる。		
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	・8人と言う少人数もあり、個人記録や日誌を具体的に記入でき、把握しやすい。その都度の申し送りで把握も出来ている。		

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	<p>チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・介護計画作成時は本人、家族、職員で話し合い作成している。 ・職員会議にてケース検討をしている。 ・Dr. やNS、PT等とは個別に話しを聞くだけで一緒に話してはいない。 	<p>担当が素案を作成し、利用者、家族にも出席してもらってケアプラン会議で6ヶ月毎に作成しています。主治医や理学療法士などからの意見も取り入れて、3ヶ月毎モニタリングも行なっています。介護記録もケアプランに連動させています。</p>	
27		<p>個別の記録と実践への反映</p> <p>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</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・気付いた事や変化等は個人記録に記録する等して共有し実践しているが、全職員には徹底されていない。 		
28		<p>一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>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</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・併設されている特用やケアセンターからの情報や地域からの情報で行事参加や外出などを行っている。 		
29		<p>地域資源との協働</p> <p>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</p>	・		
30	11	<p>かかりつけ医の受診診断</p> <p>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</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・2名は入所前のDr. に家族付き添いで通院しており、その他の利用者は近所のかかりつけ医が月2回往診し、24時間対応で常に相談も可能。場合によっては通院する事も可能。 	<p>本人、家族の希望のかかりつけ医となっており、24時間の対応も可能です。家族支援で受診される方もあります。受診結果はケース記録や連絡ノートに記載され毎月家族に連絡されます。家族支援で受診される方は家族を通じて連携しています。</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
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"> ・対応に困った時等は併設の特養看護師が相談、対応してくれる。 		
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"> ・入退院時は家族と同席し情報を得ている。入院中も定期的に面会し、家族と連絡、相談などを行っている。 		
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、事業所です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"> ・重度化してきた事等は家族と情報交換している。 ・終末期への方針等は明確にされていない。 	看取り研修に職員が参加しています。介護の緊急事態マニュアル、緊急事態の対応手順が整備され、法人内の看護師とは連絡体制が樹立しています。繋がった養護老人ホームにAEDが設置されており、使い方の研修も受講しています。	近隣の診療所の医師とは看取りの協定書を交わしています。入居者の重度化も進み、今後は重度化の指針やホームで行なえること等について早い段階からの話し合いや方針の統一が望まれます。
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	<ul style="list-style-type: none"> ・マニュアルで対応する事になってはいるが、全職員が定期的に訓練を受けてはいない。 		
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"> ・全施設での避難訓練は行われているが、グループホーム独自でも定期的に訓練する必要性は感じている。 	開設時よりスプリンクラーが設置され、火災・風水害など各種対応マニュアル、備蓄、連絡網が整備され「防災優良認定証」を受けています。避難訓練は利用者参加のもとで法人、ホーム単独合わせて5回実施され、訓練記録もあります。	

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	・尿失禁時、他者に気付かれないように対応する等心掛けている。 ・職員の行動、言動が気になった場面では互いに指摘し改善するように心掛けている。	昨年は課題として、職員間で話し合い、ケース記録の保管場所を鍵のかかるキャビネットに移しています。居室にはドアの他カーテンも配備して、排泄介護もさりげなく行なわれています。職員は接遇の状況の相互チェックを行なっています。	
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	自己決定できるような言葉掛けや選択できるような働きかけを普段から心掛け、表情等でも自己決定の参考にしていく。		
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	・大まかなスケジュールは決めているが、その中では出来る限り個人のペースに合わせている。 ・早朝や夜間等の時間帯によっては難しい事もある。		
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	・ほぼ毎日お化粧の時間を設けている。		
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	・食器の準備、盛り付け、食材を切る、焼いたり味見したりと職員が教わりながら行っているが、限られた利用者になりがちである。	利用者は週3回食品の調達から関わり、調理や盛り付け、お茶の用意など腕を振るっています。それぞれの食べられる量や大きさ、苦手なものにも配慮しています。食事内容は「献立及び検査日誌」として管理栄養士にチェックしてもらっています。	

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
41		<p>栄養摂取や水分確保の支援</p> <p>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</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・個人の食事量や適したサイズ、好き嫌いを考えて提供をしているが、職員間で統一が出来ていない。 ・栄養バランスはあまり考えられていないが、最近の特養の栄養士が考えた献立をベースに検討している。 		
42		<p>口腔内の清潔保持</p> <p>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</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・毎食後に介助（声掛け）にて口腔ケアされている。 ・異常があれば歯科往診が受けられ、年に1～2回検診を受けている。 		
43	16	<p>排泄の自立支援</p> <p>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</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・個人の排泄パターンを把握し誘導を試みている。 ・ADL低下等ですぐにオムツ対応ではなく2人対応でトイレ誘導したり、ポータブルトイレを使用し介助している。 	オムツを使用している利用者に対しても、時間をみて声をかけ、トイレに誘導し、自立に向けた支援を行っています。夜間についても、ポータブルトイレを用いるなどの工夫をしています。	
44		<p>便秘の予防と対応</p> <p>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</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・食事の工夫（食物繊維の多い物や牛乳、ヨーグルト等）をしたり、運動等で対応しているが、全職員に徹底はされていない。 		
45	17	<p>入浴を楽しむことができる支援</p> <p>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</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・入浴時間帯は15：00～18：00頃と大まかに決まっているが、その中では本人の意向に合わせている。 ・入浴剤を複数用意し選択できるようにしている。 	原則として、1日おきに4人ずつ交替で入浴していますが、希望すれば毎日でも入浴することが出来ます。入浴を拒絶した場合は無理強いせず、次の日に声をかけて誘っています。菖蒲湯、ゆず湯、入浴剤など、入浴を楽しむ工夫も行っていきます。	

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	・利用者の身体状況や生活習慣に沿うように支援している。 ・夜間良眠が出来るように散歩等で日中の活動を増やしている。		
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	・処方箋は常に見れるようにファイルされているが、全利用者の把握は出来ていない。 ・薬の内容確認や調整はDr.と相談している。 ・投薬忘れ防止に職員間で声かけし合っている。		
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	・個人の生活歴等からその人に出合った支援を心掛けたり、月に一回の外出では食べたい物を選択してもらっているが、全利用者には行えていない。		
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	・個人の意向に沿った外出は年に1回（里帰り企画）行っている。 ・天候にもよるが朝、AM,PMと散策したり、害清く、買い物と外出機会はある。 ・外食や地域行事、特養等の行事に参加している。	天気が良い日には、散歩、買い物、ベンチでの日光浴などで、ほぼ全員が外気に触れています。市の行事や季節の花見、イチゴ狩り、家族会の旅行など外出の機会が多いです。個々の意向に沿った外出（里帰り企画）に職員が付き添っています。	
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	・個々に家族より預かっており、個人的に購入したい物があれば一緒に行き、精算してもらうこともある。収支に関しては毎月家族へ報告している。 ・自分で持っていたい方は個人で持っている。		

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
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	・本人希望時には電話できるように家族とも話し合い決めてある。 ・家族や知人から電話があった時でも出してもらっている。		
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	・食卓に季節の花を飾ったり、写真等を飾っている。 ・毎日、一緒に掃除をする事により生活観と自分の暮らす場所と認識してもらっている。	エアコン、床暖房、空気清浄機などを用い、環境を整えています。壁に季節の花や絵、行事の写真などを飾ったり、テレビの前に畳のコーナーを設けたりして、居心地よく過せるよう工夫しています。	
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	・居間や、ベランダ、外等の共有スペースに椅子を設置している事で、一人になったり、2~3人で話しをしている。 ・居室のドアやカーテンも自由に開閉して調節できるようになっている。		
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	・使い慣れた家具や必要な家具を置いてある。 ・家族からの手紙や写真が飾ってある。	馴染みのものや写真、趣味の作品、仏壇などを持ち込み、一人ひとりの好みに合わせた居室が作られています。利用者と一緒に居室を掃除したり、居室前のテラスに好みの花を植えたりし、居心地良い空間作りを支援しています。	
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	・トイレまでの目印を貼る事で一人で歩いてトイレに行っている。		

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	23 25 26 27	利用者と職員の関係が良く築かれているが、反面慣れが見られる為、あらためて利用者を見つめ直すことが必要。また、介護計画がケース担当一人の思いに偏りやすい。	改めて個々の利用者を見つめ直し、個別対応の援助をより努めていく。また、職員間で統一した支援をしていく。	<ul style="list-style-type: none"> ・センター方式のフェイスシートを用い、職員全員の意見をまとめて新たなケアプランを作成する。 ・ケアプランをもとに個別でのニーズに応えていく。 ・ケアプランと連動した具体的なケース記録作成。 	6ヶ月
2	33	家族から「最後までこの施設で…」との強い希望もあり、重度化してきている利用者家族とは情報交換や対応をしているが、施設としての方針等が明確になっておらず、職員間でも対応が統一されていない。	本人や家族が安心して最期の時まで生活できるような体制作り。	<ul style="list-style-type: none"> ・重度化、看取り時の指針作成。 ・勉強会などを開催し、職員間の方針を統一していく。 	6ヶ月
3	1	理念はあり、実施もされてはいるが、理念を意識してのケアにはなっておらず、職員間でも理念についての話し合いは出来ていない。	職員一人ひとりが理念を意識し、あらためて理念に基づいたケアを共有していく。	<ul style="list-style-type: none"> ・職員会議時に理念について話し合う。 ・職員各々で理念のカードを持つ。 	1ヶ月
4	10	日常のなかでは利用者の意見は聞けているが、公な機会がもてていない。	利用者の意見を聞く機会を増やし、反映させる。	<ul style="list-style-type: none"> ・定期的に、施設長や、管理者も交えて利用者の意見を聞ける機会(懇談会)を設け、反映する。 	3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、行を挿入してください。