

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	1472700564	事業の開始年月日	平成17年12月1日
		指定年月日	平成17年11月1日
法人名	木村貿易有限公司		
事業所名	三浦市総合福祉センターグループホーム		
所在地	(238-0102) 三浦市 南下浦町 菊名 1258-3		
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
		宿泊定員	名
	認知症対応型共同生活介護	定員計	18名
		ユニット数	2 ユニット
自己評価作成日	平成23年10月6日	評価結果 市町村受理日	平成24年3月27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=1472700564&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)】

--

【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 神奈川県藤沢市鵠沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成23年10月18日	評価機関 評価決定日	平成24年12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)】

京浜急行線の三崎口駅からバスで10数分、引橋バス停から徒歩約1分に位置する三浦市総合福祉センターグループホームは、三浦市の中心地に位置し、自然に囲まれ落ち着いた雰囲気の中にあります。リビングの窓から東京湾や相模湾が見渡せ、西には富士山が見え、明るく解放感があるグループホームです。

<優れている点>

開所時に作成した理念は「私たちは、常に利用者の命と尊厳を守ることを第一に考えます。」「私たちは、尊厳ある心豊かで安らかな生活を送れる場所を提供します。」「私たちは、その人らしい当たり前の生活を保障する思想を持ちます。」「私たちは、利用者本人の心身の潜在能力を引き出して生活を再編し、喜びと誇りそして安定を取り戻せるように支援します。」です。パンフレットに「ご自宅での暮らしをそのままに、美味しい食事をして、ゆっくりとお風呂に入り、毎日を過ごせます」と謳い、職員が日々の支援に取り組んでいます。開設から6年目を迎え、職員と利用者の馴染みの関係も構築され、利用者が自分らしさを出して過ごせる環境となっています。

<工夫している点>

概ね2ヶ月に1回開催する運営推進会議は、管理者より運営状況を報告した後にフリートークの時間を設け、意見が言いやすい雰囲気作りに努めており、その内容をサービスの向上に活かしています。前回外部評価の結果を踏まえ「金銭出納帳」と「緊急時連絡先・主治医一覧表」を作成しました。

【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	三浦市総合福祉センターグループホーム
ユニット名	Aユニット

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させている。 (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、安心して暮らさせている。 (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
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繋がっている	理念を、ホーム内の見やすい場所に掲示し、理念に立ち返り、利用者の生活の援助を行なう。	5年前のホーム開設時に、管理者が作った理念を掲示しています。声かけを豊富にし、利用者との関係を大切にしています。	理念を実践につなげる試みは、職員各自に任せています。今後は職員全員で年度毎、月毎の目標を設定するなどしていきたいと、管理者は考えています。今後は期待されます。
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	地域で活動しているボランティアがウクレレやハーモニカの演奏活動を行なって入居者と交流している。	年2回のウクレレ演奏、ハーモニカ演奏ボランティアは利用者の楽しみとなっています。毎月理美容ボランティア、年1回傾聴ボランティアが来所しています。職員は地元出身者が多く、地域情報を得やすい環境です。地域の生産者から大根を頂く事もあります。	地域の中のホームとして、町内会への加入等、更に地域との交流を深めることが期待されます。
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	市内在住の方を職員として雇用している。	/	
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	概ね2ヶ月に1回運営推進会議を開催しており、推進委員から出された意見を参考に、サービスに反映させている。	運営推進会議には、市職員、民生委員、利用者家族が参加しています。会議ではホームの現状を報告するほかにフリートークの時間を設け、意見が言いやすい雰囲気作りに努めています。今回は、熱中症対策、水分補給、室温管理などについて話し合いました。	
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	生活保護受給者を受け入れており、担当ケースワーカーと連携を密にしている。	市のグループホーム連絡会に出席しています。運営推進会議には必ず市職員が出席しており、連携に努めています。生活保護のケースでは市の担当職員との連絡を密にとっています。	

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	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	身体拘束を行なうことのマイナス点を考え、出来るだけ見守りをおこない、身体拘束を行なわないようにしている。	法人が作った「認知症ケアマニュアル」の中の「ケアの留意点」を参考に、身体拘束をしない支援を実践しています。	身体拘束、虐待の防止、権利擁護等について、研修や勉強会の開催実績がありませんので、法人のマニュアルを基に、職員全員で学び、意思統一する機会を持つと、更に良いと思われます。	
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	職員同士が常に声をかけあい、危険防止や虐待防止に心がけている。			
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	特に無し			
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	契約を締結する際は、家族や本人を交え、話し合いをしながら行なう。			
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	利用者個々について、変化等があった場合、家族等との連絡を行い、家族等の希望を聞き、ホームの運営に反映させている。	運営推進会議に出席の家族から意見を聞いています。通院や利用者の変化は、その都度管理者から家族に報告し意向を確認しています。利用者からの要望は昼食時や居室で聞いています。ホーム便りの作成・家族への送付などについても検討事項となっています。	家族との連絡や、家族等から相談・要望があった場合は速やかに対応しています。今後はその内容を記録し、全職員で共有することも期待されます。	

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	管理者は職員が意見等を聞きやすい雰囲気をつくり、月に一度行なわれる常勤職員会議で代表者に対し、職員の意見を伝えられるように努力している。	管理者会議と、常勤職員の職員会議が月1回ずつ開催されています。夜は夜勤専門職員が担当しており、日勤者との連絡を密にするために、朝夕の申し送りは丁寧に行っています。その際、職員は積極的に提案し、意見を述べています。	管理者会議、職員会議に、非常勤職員は参加していませんが、会議録を読むことで情報を共有しています。非常勤職員も含めた職員全員が意見を交換し、討議する場の検討も期待されます。
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	特に無し		
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	ホームヘルパー2級研修や、認知症管理者、実践者研修など参加している。		
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	市内にはグループホーム連絡会があり、定例会等で情報交換等を行い、サービスの質の向上に努めている。		
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	入居当初は出来るだけ本人と会話がたくさんできるように努力して、本人の生活に対する希望や不安、思いなどを職員に対して話してもらえるように努めている。		

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	家族等の本人の介護に対する思い、考えを良く聞き、本人の性格等をよく把握するようにし、ホームでの生活に不安を持つことの無い様にする。		
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	本人の精神的・身体状態等を把握し、ホームでのサービス開始時期等を考慮する。		
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	入居者と職員はできるだけ気軽に会話ができるようにし、親しい会話の中から気軽に生活をよりよくできるようにしている。		
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	入居者一人一人の生活上の変化や体調の変化等できるだけ家族に報告するようにし、家族の必要な支援について話し合い、職員、家族とともに支援するようにしている。		
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	本人の生活歴を把握し、今まで交流のあった人たちには、本人の希望があれば連絡をして、ホームに面会にきてもらうように努めている。	本人の生活歴の把握に努め、馴染みの関係を絶たないように職員が支援しています。	生活歴の把握に努めていますが利用者個人のファイルに、生活歴等の記録がありません。入所時アセスメント等のフェイスシートの作成が期待されます。

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	居室で過ごすことを好む利用者に対しては、小まめに部屋に行き声かけをし、フロア等居室以外で過ごす利用者にはお互いが会話をし易いように、職員が中に入り一緒に会話をすようにしている。		
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	ホームを退去したり入院中の利用者に対しても現在の状態の把握をして、現在受けているサービスの把握や退院後のサービスを行うようにしている。		
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。	入居までの本人の生活の様子や性格の把握を本人や家族等とおして、把握し入居後の生活に不安がないように検討する。	買ってきて欲しいものや、食べたい物について、職員が丁寧に聞いています。大勢の中では意見を表明しづらい場合もありますので、部屋を訪ねてゆっくりと主訴を聞くこともあります。	
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	入居申込書や家族等や本人との会話の中で生活歴や入居前の生活について把握するように努め、入居以前のサービス利用についてもサービスを実施していた事業所等と連絡をとり、本人の様子を聞く。		
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	朝と夜、1日2回職員同士の申し送りを行い、利用者1人1人のその日や最近の生活状況などを情報交換している。		

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	<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>	<p>家族等の本人の介護に対する思い、考えを良く聞き、既往歴や本人の性格・生活歴などよく把握するよう努め、本人がホームでの生活に不安を持つことの無いようにする。</p>	<p>送り等で出た内容から計画作成担当者が介護計画を作成しています。介護計画の更新については、できる限り実施していますが、その時期は明確ではありません。作成された計画は事務室に置かれていますが、職員が常時見れる状態にまでには至っていません。</p>	<p>計画作成時には、直接介護にあたっている職員を含め、チームで評価し、次回の計画作成に繋げることが望まれます。モニタリング、担当者会議の実施と記録の作成が期待されます。</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>	<p>個別の介護記録をつけており、毎日の利用者の変化が理解できるようにしており、必要に応じて介護計画を見直す。</p>		
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>	<p>通院介助や病院での付き添いなど、家族が行うのが難しいサービスも実施している。</p>		
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>	<p>地域住民を職員として採用するよう努力している。</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>	<p>受診は主にホーム職員が対応しており、本人の健康上の変化等を担当医に話し、必要があれば服薬の変更や、生活上の注意点などを伺い、その様子を家族に報告し、本人の様子を把握していただく。</p>	<p>内科の往診があります。利用者の重度化に伴い、受診の回数も増加しています。眼科、皮膚科、内科、精神科、神経内科、婦人科、整形外科など、管理者と職員が対応しています。</p>	<p>受診結果を速やかに家族報告しています。処置、服薬等の変更など、職員への情報共有は口頭で伝えています。これらの内容を記録に残すと、更に対応が確実となりますので、検討が期待されます。</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	介護職員が日々の利用者との交流の中で気づいた本人の健康上の変化等を看護師に相談し、看護師より担当医師に相談して適切な受診ができるようにしている。		
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。	入院時にはサマリーを作成し、病院側に情報提供を行う。また、入院中の状況なども病院より報告を受け、円滑に退院後の生活に移行できるように努めている。		
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	看護師を職員として配置し、本人の担当医と連絡を密にし、重度化による入院に対しても退院後は出来るだけ	終末期については、適切に医療に繋げることとしています。「重度化対応、終末期ケア対応指針」に沿った対応を取り、状態に合わせ個別に相談することにしていきます。入所時には、管理者から家族に説明し、同意書に署名して頂いています。	看取りの実績もあり、指針も作成されています。今後利用者の重度化の予想されており、看取り、終末期の介護については職員研修、勉強会の開催等が期待されます。
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	職員が利用者の特徴を把握し、起こりやすい急変等の可能性を理解して、どのように対処すればよいか日ごろから話し合っている。		
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	平成22年からは、避難訓練を年2回実施を目標として、すでに1回実施した。訓練の内容もその都度別の設定をして職員が様々な状況に対応できるように訓練の実施をしていく。	スプリンクラーの設置が完了しました。この度の震災後、法人本部より緊急時対応の再確認に関する通知があり、ホーム内の各所に掲示しています。昨年の外部評価結果を受けて、「緊急時連絡先」一覧を作成し、広域避難場所の確認もしています。	災害備蓄品については、今後の課題となっています。その量と内容については、法人本部と検討し実施しようと、管理者は考えています。AED研修への職員参加等が期待されます。

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	ホーム入居以前の生活などを把握し、本人の生活歴に即した話などをして、会話しやすい状況にしている。	利用者と呼ぶ時は基本的に「さん」です。言葉遣い等、不適切な言動について、職員はお互いに注意し合える環境です。居室に入る時は、本人の許可を得ることにしています。	日々の支援は「認知症ケアマニュアル」に沿っています。入浴・排泄・移動など個人の尊厳に関する支援では、職員の誰もが高い水準の均一な介護が可能となるよう、手順書の作成が期待されます。
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	会話のなかで本人の希望や思いを聞くようにしている。		
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	利用者と職員が話しやすい状況にあり、どのようなことをしたいかなどを聴くようにしている。		
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	家族に本人が着ていた洋服や小物を持ってきてもらい、その人らしい身だしなみができるように支援している。また、定期的にヘアカットを行なっている。		
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	本人が食べやすいような状態にして食事をしてもらったり、職員と一緒に準備ができる利用者には一緒に準備をもらっている。	専門の職員により調理され提供される食事は、薄味で品数も豊富です。食材にも配慮し、季節感を取り入れたメニューを心がけています。むせ込みや、食事介助で配慮の必要な利用者も多く、職員は全員を見渡しなが、細心の注意を払っています。	

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		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	食事の形状などは、個人の嚥下状態や、嚙むちからにあわせ、決めており、糖尿病など摂取カロリー制限のある利用者の食事にも注意している。また水分摂取については、水分の摂取表をつけている。		
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	朝・昼・晩と3回の食事の後には必ず入居者全員の口腔ケアを行っており、本人が出来ない場合は、職員が補助し行う。		
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	排泄を自立で行えない利用者については、小まめにトイレに行きたいかなどの声かけをし、時間毎のトイレ誘導も行っている。	排泄チェック表により、時間を見計らい声掛けをしています。夜間は職員が見守りをして、トイレ利用の時は、誘導し、体操などを取り入れて、脚力をつけることで立位を安定させ、車いすから歩行器になったりする人もおり、トイレの自立を支援しています。	トイレは、A、Bユニットとも1ヶ所、洋式トイレが2個並んでおり、簡単なカーテンで仕切られています。プライバシー保護の観点、羞恥心への配慮等からも安心して使用できる工夫が期待されま
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	水分を十分に取っていただくようにして、排便の記録をつけており、必要に応じて下剤等の服薬を行っている。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴日は決めているが、その時入浴できなかった入居者や体調不良の入居者については、別の日に入浴してもらっている。	週に2回の入浴が基本ですが、不調により汚れた時は、必要に応じて対応しています。体調不良の時は清拭なども行います。お風呂場は個人浴槽で、リフトを使用しての入浴も可能です。季節感を感じさせるしょうぶ湯やゆず湯なども行っています。	リフト入浴のニーズにも対応しています。利用者の重度化に伴い、思わぬ事故も予想されます。入浴全般の流れを確認し、手順を明確にしたマニュアルの作成とその共有も必要と思われます。

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	基本的には、本人の生活のリズムを重視しているが、なるべく昼夜逆転しないように、本人と話したり、声かけをしながら、日中は起きていられるように誘導している。		
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	薬の内容等できるだけ服薬をしている利用者には説明をしており、服薬による体調の変化等、利用者には聞くようにしている。		
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	外出や、洗濯物たたみ、草刈り、食事の準備など、個人の力を活かした支援をしている。		
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。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	可能な利用者は外食や、散歩をかねた外出等行っている。	日常的な散歩は、体調からホーム近辺の5～6分ぐらいのところに限られています。桜の季節の花見はホームの近所で楽しむことができます。散歩が出来ない時にはホームの傍で外気浴を行い、気分転換を図っています。家族と連れ立って外食を楽しむ方もいます。	
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	一緒に、銀行へ行き、支払のお手伝いや、お小遣いの引き下げを行っている。		

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
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	本人が連絡したい人等に職員より連絡をとり、本人が希望すれば、電話での会話や面接にきていただくように促すようにしている。		
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、食堂は出来るだけ広くしてゆったりできるようにしている。また、花などを置き、居心地よく過ごせるようにしている。	リビングルームと食堂は、連続して約28㎡部屋となっており、4人用のテーブル3個、ソファが並び利用者がゆったりと過ごせる環境です。窓から東京湾や相模湾、西には富士山が見え解放感があります。壁面には行事の写真、切り絵などが飾られ温かな感じます。	
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	単独の椅子やソファを設置して、一人で座ることや、並んで座ることができるようにしている。		
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	入居時に本人と家族が相談し、必要なものを居室に持ってきていただいている。またその後も、本人が必要だと感じたものについては、家族に居室へもってきてもらうようにしている。	A棟の居間は約21㎡の板張りで、押入れ、ベット、馴染の整理ダンスや鏡台が置かれ、壁面に家族の写真などを飾り、利用者が好みを生かして使い易い様に工夫している様子が窺われます。B棟は各部屋9.6㎡で押入れがある畳の部屋で、昔懐かしい雰囲気です。	
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	トイレや風呂などは、理解しやすいように大きな文字であらわし、介助も本人の残った機能を活かした介助を行う。		

事業所名	三浦市総合福祉センターグループホーム
ユニット名	Bユニット

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させている。 (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、安心して暮らさせている。 (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
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	理念を、ホーム内の見やすい場所に掲示し、理念に立ち返り、利用者の生活の援助を行なう。		
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	地域で活動しているボランティアがウクレレやハーモニカの演奏活動を行なって入居者と交流している。		
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	市内在住の方を職員として雇用している。		
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	概ね2ヶ月に1回運営推進会議を開催しており、推進委員から出された意見を参考に、サービスに反映させている。		
5	4	市町村との連携 市町村担当者とは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	生活保護受給者を受け入れており、担当ケースワーカーと連携を密にしている。		

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
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	身体拘束を行なうことのマイナス点を考え、出来るだけ見守りをおこない、身体拘束を行なわないようにしている。		
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	職員同士が常に声をかけあい、危険防止や虐待防止に心がけている。		
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	特に無し		
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	契約を締結する際は、家族や本人を交え、話し合いをしながら行なう。		
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	利用者個々について、変化等があった場合、家族等との連絡を行い、家族等の希望を聞き、ホームの運営に反映させている。		

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	管理者は職員が意見等を聞きやすい雰囲気をつくり、月に一度行なわれる常勤職員会議で代表者に対し、職員の意見を伝えられるように努力している。		
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	特に無し		
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	ホームヘルパー2級研修や、認知症管理者、実践者研修など参加している。		
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	市内にはグループホーム連絡会があり、定例会等で情報交換等を行い、サービスの質の向上に努めている。		
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	入居当初は出来るだけ本人と会話がたくさんできるように努力して、本人の生活に対する希望や不安、思いなどを職員に対して話してもらえるように努めている。		

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	家族等の本人の介護に対する思い、考えを良く聞き、本人の性格等をよく把握するようにし、ホームでの生活に不安を持つことの無い様にする。		
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	本人の精神的・身体状態等を把握し、ホームでのサービス開始時期等を考慮する。		
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	入居者と職員はできるだけ気軽に会話ができるようにし、親しい会話の中から気軽に生活をよりよくできるようにしている。		
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	入居者一人一人の生活上の変化や体調の変化等できるだけ家族に報告するようにし、家族の必要な支援について話し合い、職員、家族とともに支援するようにしている。		
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	本人の生活歴を把握し、今まで交流のあった人たちには、本人の希望があれば連絡をして、ホームに面会にきてもらうように努めている。		

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
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	居室で過ごすことを好む利用者に対しては、小まめに部屋に行き声かけをし、フロア等居室以外で過ごす利用者にはお互いが会話をし易いように、職員が中に入り一緒に会話をすようにしている。		
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	ホームを退去したり入院中の利用者に対しても現在の状態の把握をして、現在受けているサービスの把握や退院後のサービスを行うようにしている。		
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。	入居までの本人の生活の様子や性格の把握を本人や家族等をとおして、把握し入居後の生活に不安がないように検討する。		
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	入居申込書や家族等や本人との会話の中で生活歴や入居前の生活について把握するように努め、入居以前のサービス利用についてもサービスを実施していた事業所等と連絡をとり、本人の様子を聞く。		
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	朝と夜、1日2回職員同士の申し送りを行い、利用者1人1人のその日や最近の生活状況などを情報交換している。		

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	<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>	<p>家族等の本人の介護に対する思い、考えを良く聞き、既往歴や本人の性格・生活歴などよく把握するよう努め、本人がホームでの生活に不安を持つことの無いようにする。</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>	<p>個別の介護記録をつけており、毎日の利用者の変化が理解できるようにしており、必要に応じて介護計画を見直す。</p>		
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>	<p>通院介助や病院での付き添いなど、家族が行うのが難しいサービスも実施している。</p>		
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>	<p>地域住民を職員として採用するよう努力している。</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>	<p>受診は主にホーム職員が対応しており、本人の健康上の変化等を担当医に話し、必要があれば服薬の変更や、生活上の注意点などを伺い、その様子を家族に報告し、本人の様子を把握していただく。</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	介護職員が日々の利用者との交流の中で気づいた本人の健康上の変化等を看護師に相談し、看護師より担当医師に相談して適切な受診ができるようにしている。		
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。	入院時にはサマリーを作成し、病院側に情報提供を行う。また、入院中の状況なども病院より報告を受け、円滑に退院後の生活に移行できるように努めている。		
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	看護師を職員として配置し、本人の担当医と連絡を密にし、重度化による入院に対しても退院後は出来るだけ		
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	職員が利用者の特徴を把握し、起こりやすい急変等の可能性を理解して、どのように対処すればよいか日ごろから話し合っている。		
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	平成22年からは、避難訓練を年2回実施を目標として、すでに1回実施した。訓練の内容もその都度別の設定をして職員が様々な状況に対応できるように訓練の実施をしていく。		

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	ホーム入居以前の生活などを把握し、本人の生活歴に即した話などをして、会話しやすい状況にしている。		
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	会話のなかで本人の希望や思いを聞くようにしている。		
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	利用者と職員が話しやすい状況にあり、どのようなことをしたいかなどを聴くようにしている。		
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	家族に本人が着ていた洋服や小物を持ってきてもらい、その人らしい身だしなみができるように支援している。また、定期的にヘアカットを行なっている。		
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	本人が食べやすいような状態にして食事をしてもらったり、職員と一緒に準備ができる利用者には一緒に準備をしてもらっている。		

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
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	食事の形状などは、個人の嚥下状態や、噛むちからにあわせ、決めており、糖尿病など摂取カロリー制限のある利用者の食事にも注意している。また水分摂取については、水分の摂取表をつけている。		
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	朝・昼・晩と3回の食事の後には必ず入居者全員の口腔ケアを行っており、本人が出来ない場合は、職員が補助し行う。		
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	排泄を自立で行えない利用者については、小まめにトイレに行きたいかなどの声かけをし、時間毎のトイレ誘導も行っている。		
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	水分を十分に取っていただくようにして、排便の記録をつけており、必要に応じて下剤等の服薬を行っている。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴日は決めているが、その時入浴できなかった入居者や体調不良の入居者については、別の日に入浴してもらっている。		

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
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	基本的には、本人の生活のリズムを重視しているが、なるべく昼夜逆転しないように、本人と話したり、声かけをしながら、日中は起きていられるように誘導している。		
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	薬の内容等できるだけ服薬をしている利用者には説明をしており、服薬による体調の変化等、利用者には聞くようにしている。		
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	外出や、洗濯物たたみ、草刈り、食事の準備など、個人の力を活かした支援をしている。		
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。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	可能な利用者は外食や、散歩をかねた外出等行っている。		
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	一緒に、銀行へ行き、支払のお手伝いや、お小遣いの引き下げを行っている。		

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
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	本人が連絡したい人等に職員より連絡をとり、本人が希望すれば、電話での会話や面接にきていただくように促すようにしている。		
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、食堂は出来るだけ広くしてゆったりできるようにしている。また、花などを置き、居心地よく過ごせるようにしている。		
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	単独の椅子やソファを設置して、一人で座ることや、並んで座ることができるようにしている。		
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	入居時に本人と家族が相談し、必要なものを居室に持ってきていただいている。またその後も、本人が必要だと感じたものについては、家族に居室へもってきてもらうようにしている。		
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」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	トイレや風呂などは、理解しやすいように大きな文字であらわし、介助も本人の残った機能を活かした介助を行う。		

目標達成計画

作成日: 平成24年3月27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	1	現在の理念が6年前に管理者が作成したものであり、職員間の理念の共有が充分でない。	職員間で理念の作成を行なう。	理念作成に向けた話し合いを職員間で行う。	12ヶ月
2	7	管理者会議、職員会議に非常勤職員の参加がなく、非常勤職員の意見が運営に反映されていない。	非常勤職員の意見を運営に反映させていきたい。	年に数回、非常勤職員の参加する会議を実施し、非常勤職員の意見を運営に反映させていきたい。	12ヶ月
3	8	利用者個人の記録に生活歴の把握が希薄な部分がある。	利用者個人の生活歴が把握できる書式を作成する。	利用者個人の生活歴が把握できるフェイスシートの作成をする。	12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、行を挿入してください。