

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	3170201101		
法人名	社会福祉法人真誠会		
事業所名	グループホーム青松庵		
所在地	鳥取県米子市富益町235番地の8		
自己評価作成日	平成24年9月1日	評価結果市町村受理日	平成25年2月1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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人鳥取県社会福祉協議会		
所在地	鳥取県鳥取市伏野1729番地5		
訪問調査日	平成24年10月24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)】

地域、家族、馴染みの方々との繋がりを大切に、健康的な生活の土台となる水分摂取と運動を無理なく楽しく取り入れ、地域の中で安心して、その人らしく生活できることを目指しています。運営推進会議では、自治会、社会福祉協議会、ボランティアなど多数の方から意見をいただくとともに、認知症の理解など、地域の方にも役立つ情報提供も行なって連携を深めています。今年度ご家族同士の交流を深め、ともに入居者の皆様を支えることを目的に、ご家族と職員との交流会を開催しました。今後も年2回定期的に開催していきます。常にご本人、ご家族の意向、希望をお聞きし、症状が落ち着き、環境が整って自宅での生活を希望される方には、在宅復帰も積極的に支援していく方針です。

【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)】

利用者が地域の一員として安心して暮らし続けられるように、利用者とともに回覧板を次の家に持っていくことや施設前のバス停清掃を行うなど、地域住民と親しむ努力をされており、顔を覚えてもらうことや避難訓練への近隣住民の参加などにつながられています。地元のボランティア(俳句・絵手紙・ハーモニカ)の協力や保育園との交流、いきいきサロンへの参加など、地域資源も積極的に活用されています。
運営推進会議にも前述のボランティアや駐在所員、いきいきサロン世話役など地域の関係者の参加を広く得られており、推進委員へのアンケートを実施し、その結果を運営の改善に繋がられています。日々の記録を詳細に記載しているだけでなく、その内容を項目ごとに整理しなおすなど、サービスの向上につなげやすくする取り組みもされています。

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 3. 利用者の1/3くらい 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	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

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

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	職員は毎朝運営理念を唱和し実践できるように確認し共有しています。地域の中で普通に暮らすとはどういうことが職員それぞれが具体的に考え自分のことばにして、それを実践するようにしています。	利用者が安心して心豊かに地域の中で普通の暮らしができることをふまえた理念がつけられています。職員は理念の実現に向けた「私の宣言」を、一人一人作成しており、実践につなげられています。	理念を地域にも理解していただけるように、パンフレットへや施設だより(現在一部のみ)へ掲載されることを期待します。
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	自治会に加入し、いきいきサロンなど地域の行事や活動に参加しています。青松庵前のバス停清掃を行い、近所の方と気軽に挨拶を交わしています。公民館祭への参加、保育園との日常的な交流もしています。	自治会に加入され、回覧板も利用者と一緒に次の家に届けておられます。日常的にも施設前のバス停清掃や散歩、近所のスーパーの買い物などで近所の方と利用者が挨拶を交わせるような関係づくりに取り組まれています	
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	職員は地域の方が訪問された時やいきいきサロンなど地域の行事に参加したときに認知症についての理解や支援の方法などについて話しをしています。必要時は地域包括支援センターに繋いでいます。		
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か月に1回開催し、サービス内容、評価への取り組みについて報告しています。毎回テーマを決めて学習会、情報提供、アンケート実施など、意見が出しやすくなるように工夫をしています。	運営推進会議には、ボランティアや駐在所員、いきいきサロン世話役など地域の関係者の参加も広く得られています。推進委員へのアンケートを実施し、行事の案内期間拡大など、出てきた意見を運営の改善に繋がられています。	
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	市の担当者に入居者や運営に関する相談を行っています。地域内の地域包括支援センターとは常に連絡や相談をして情報共有、情報交換を行っています。	市担当者や地域包括支援センター職員の運営推進会議への参加を得られているほか、地域住民の介護等に関する相談を市の担当者につないだり、その担当者に同行して訪問するなど、普段から協力関係が築けるよう取り組まれています。	
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	管理者は法人の身体拘束廃止取組班に所属し、身体拘束の弊害、具体的な行為を正しく理解し職員に伝達して、危険を予測した行動をとることで玄関の施錠を含め、身体拘束をしないケアに日々取り組んでいます。	管理者は法人の身体拘束廃止取組班に所属しておられ、参加した研修の内容を施設内研修で職員に伝達されています。利用者の心情や背景を理解して施錠しないケアに取り組まれています。	
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	管理者と職員は高齢者虐待防止法について学習し、理解し、虐待が見過ごされる事がないように注意を払っています。		

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	管理者と職員は制度について学習し、全員が権利擁護に関する理解と活用ができるように努めています。家族・親族へ制度の説明をして、必要な方には活用への協力、情報提供を行います。		
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	契約の締結、改定等の際は分かり易い言葉で具体的にゆっくりと説明を行っています。利用者や家族の不安や疑問が出しやすいような雰囲気を作り理解・納得がいただけるように心掛けています。		
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	満足度アンケートを毎年実施し、その結果を運営に反映させています。調査結果を玄関に設置しどなたでも閲覧できるようにしています。普段から気軽に意見をいただけるような関係作りを心がけています。	毎年満足度アンケートを実施し、その要望を受けて運営推進会議の議事録を家族にお知らせするなど運営に反映されています。家族がより意見を出しやすいように家族交流会を平成24年度から年2回開催されています。	
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	管理者は日々のミーティング、職場会、個別面談で職員から意見、提案を聞き、運営に反映できるようにしています。申し送りノート、ホワイトボードなどを活用し全員に伝達できるようにしています。	毎日のミーティングや月1回の職場会で職員の意見を聞かれています。年2回管理者による個別面談も実施されています。服薬管理の確認手順の変更など職員から出てきた提案を取り入れ、運営に反映しておられます。	
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	管理者は職員の状況を把握し、その実績を定期的、随時に評価し代表者に報告しています。管理者は職員のがんばっているところ、いいところを見つけて、やりがいにつながるように心がけています。		
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	法人全体の研修のほかに事業所内での教育を年間計画を立てて実施しています。施設外の研究会や勉強会に参加できるように支援しています。法人独自の資格取得勉強会があり、取得への支援をしています。		
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	グループホーム協会が行っている相互研修に参加し交流を深めるとともに研修で学んだことを伝達して、参考になる場所などを積極的に取り入れるようにしています。		

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	入居前にはこちらから自宅やサービス利用中に出向いて面会し、本人・家族の思いや疑問などを聞くようにしています。職員全員がその情報を共有して、関係づくりに努めています。		
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	家族の気持ちや感情を受容し、介護に対する労をねぎらうとともに、介護の課題を明確にすることで、家族の思いや望まれる事を共有し、信頼関係が構築できるようにしています。		
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	相談の時点から、本人・家族の思いを傾聴し、何が必要なのかを見極めるようにしています。必要であれば他の介護・福祉サービスについて情報提供、他の機関へ繋ぐこともしています。		
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	職員は利用者の方を人生の先輩として尊敬し、ともに支えあう関係を大切にしています。昔からの行事や工夫について教えていただいたり、喜びや悲しみ、つらさも共にできる関係を築くように心がけています。		
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	職員は本人と家族との関係を第一に考え、一緒に楽しく過ごせる機会を多く作っています。訪問時や電話、毎月の便りなどで随時状況をお伝えし、共に支えていく関係であることを常に意識して支援しています。		
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	馴染みの場所や家族との関係が途切れないように、以前の利用事業所に訪問して友人と会ったり、恩師への便りのやりとり、遠方に住む子どもさんへ毎月便りを送るなど支援しています。	いきいきサロンへの参加やデイサービスの訪問、地元スーパーへの買い物など、昔からの知人等に会える機会を作り、馴染みの人や場所との関係が途切れないように取り組まれています。	
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	ご利用者同士の繋がりを大切にし、調理や洗濯、掃除といった日常生活の中で協力できる場面を作っています。職員は補助である事を認識し、繋がりを大切にした声かけや場面作りを行っています。		

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	入院や他施設に移られる時には十分な情報提供をするとともに、仲の良かった方のところへ面会に行くなど関係の継続に努めています。退居されたご家族からの相談も受けています。		
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	センター方式アセスメントで、ご本人やご家族から聞き取った生活歴や情報を把握するとともに、日々の言動や表情などを見逃さず、職員間で共有し本人本位のケアを実現するようにしています。	利用者の日々の行動や言葉、関わりへの対応などを詳細に記録し、また、その記録を項目ごとに整理することで、本人の希望や意向などの把握に努められています。	
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	入居前から少しずつ、ご本人やご家族に生活歴や馴染みの暮らし方などについて伺い、共有しています。入居されてからもご家族や友人の方が面会に来られるたびに聴かせていただき把握に努めています。		
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	ひとりひとりのできること、得意とすることを把握し現在の力を見極めて、シートに記入、カンファレンスで共有しています。また「できないだろう」と決めつけず新しいことや楽しいことも体験していただくようにしています。		
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	毎月モニタリングを行い計画の評価、課題がないかを確認しています。家族にも希望、疑問などをお聞きし、適宜、主治医、看護師、リハビリ、栄養士、歯科衛生士など専門職に相談し計画に反映させています。	センター方式により本人・家族の意向が把握されています。週1回のケアプラン会議や毎月のカンファレンスには看護師や理学療法士、運動療法士などの参加を得て、利用者の状況を見ながらケアプランの作成や見直しをされています。家族には施設訪問時の面談等により説明され、話し合いの場を持たれています。	
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	毎日の実践の結果や変化、気づきを個別に記録し、毎朝のミーティングで共有し、毎月のモニタリングで評価を行って計画を見直しています。毎日チェック表で身体状況・水分・注意点を確認し、実践に役立てています。		
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	急な受診や金銭管理に関わることについて遠方のご家族と連絡をとって支援したり、美容院への外出や美術展に入選した娘さんの絵を見に美術館へ出かけたり、柔軟に対応しています。		

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	日頃からボランティア、保育園や小学校と交流したり、地域の集会所で開かれる「いきいきサロン」にも参加しています。地域の作業所の方に来ていただいたり作った紙すき和紙で年賀状を送ったりしています。		
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	かかりつけ医はご本人、ご家族の意向を尊重しています。受診の時は連絡票または電話で事前に身体・生活状況について情報提供し適切な医療を受けられるようにしています。	利用者は本人や家族が希望するかかりつけ医を受診されています。家族がかかりつけ医に連れて行くことが多く、その際には施設が普段の身体状況を詳細に記載した連絡票を用い、適切な治療を受けられるようにされています。	
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	訪問看護ステーションと連携して、週1回の定期訪問、24時間の相談体制をとり入居者全員の健康管理をしています。隣接の施設の看護職員にも相談しながら、適切な医療や看護を受けられるようにしています。		
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。	入院されたときは連絡票を作成し情報提供しています。また、入院中はたびたび面会に行き、情報交換をしながら安心して治療を受けられるようにしています。退院前にもカンファレンスに参加し退院後の生活がスムーズに再会できるようにしています。		
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	重度化、終末期までのあり方について、早い段階から本人・家族の意向を聞き取り、グループホームパスを用いて事業所でできることについて説明し、主治医とも相談して方針を共有、支援しています。	入居から退居までの支援計画を一覧にして共通認識するための書類である「グループホームパス」で、重度化・終末期までのあり方について利用者や家族と話し合い、支援の方向性が共有されています。在宅に戻ることができることについても、家族も含めた支援を始められています。	
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	全員が1か月おきに救急蘇生訓練と感染予防の嘔吐物処理手順のシュミレーションを行っています。急変時は緊急時対応マニュアルに沿って対応するようにしています。		
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	災害時に敏速に行動できるよう年2回の消防避難訓練を自治会の方と一緒に、今年度は2回の自主訓練も実施します。緊急時は自治会長から自治会のリレー電話で応援に駆けつける体制ができています	年2回の避難訓練を実施されています。夜間の避難訓練も実施されており、自治会のリレー電話や新設した非常用のランプ・警報の施設外からの確認など、近隣住民の協力も得て実施されています。	地震や津波についても、避難場所等、近隣住民や関係機関と協議、避難訓練を実施されることを期待します。

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
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	声をかけるときはそばに行き、親しみの中にも人格を尊重した言葉使いをすることを心掛けています。特に排泄に関することは他の人に気付かれぬように配慮しています。	職員は利用者に敬意を払った声掛けをされており、会話や表情により意思を確認され、尊重されています。振り返りシートにより、利用者本位のケアについて確認されています。	
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	日常生活の中で自分の思いや希望を表すことが可能になるように、提案や選択肢を示すようなことばかけをしています。		
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	常に本人の意思を確認して尊重して、時間がかかっても自分のペースで生活できるように見守っています。入浴や外出などは職員の都合を優先しないように希望を聞いています。		
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	洋服を選ぶ時は一緒に準備をして、外出や行事の前には化粧をして楽しい雰囲気作りをしています。美容院に行くのが困難な方は訪問理美容を利用していつもその人らしいおしゃれができるようにしています。		
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	買い物や食事の準備、片付けなどひとりひとりが得意とすることを一緒に行っています。季節感を取り入れ、畑で野菜を収穫して料理に使ったり、職員も同じ食卓で見守りしながら、食事や会話を楽しんでいます。	食事の際には、利用者ごとの能力によりそれぞれ一緒に下ごしらえや配膳、片づけをされています。職員も同じ食卓で、食事や会話を楽しまれています。敷地内に畑があり、そこで利用者が収穫した季節の野菜も献立に加わっています。	
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	食事や栄養に関しては栄養士に適宜相談しています。水分はその方の好きなものを把握して、無理のないように1日1500mlを目標に摂取していただいています。ゼリーやフルーツなども取り入れています		
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	口腔ケアは毎食後ひとりひとりの状況に応じて行なっています。口腔の状態を把握し、家族に報告して歯科受診を勧めたり、通院が困難な方は訪問歯科診療、歯科衛生士の居宅療養管理を利用されています。		

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	チェック表を用いて、ひとりひとりの排泄パターンを把握し、排泄の失敗やパットやリハビリパンツの使用を減らし、トイレでの排泄ができるようにしています。	介護記録で日々の排便、排尿、水分取得量が記録されており、一人ひとりの排泄パターンを把握され、トイレでの排泄ができるように支援されています。	
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	チェック表を用いてひとりひとりの排便状況を把握し食物繊維の多い献立の工夫や運動、水分補給を行っています。隣接施設の看護師に相談し腹部の状態確認やマッサージなども行っています		
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	なるべく本人の希望の時間や温度で入浴できるようにしています。季節により菖蒲湯やよもぎ湯など楽しみながら入浴できるようにしています。	入浴時間、温度は利用者の希望に応じて対応されています。菖蒲湯やよもぎ湯等、季節を感じながら入浴が楽しめる支援もされています。	
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	おおよその就寝時間はありますがひとりひとりの習慣を大事にしています。なかなか寝付けない方は温かい飲み物をお出ししたり、おしゃべりしたり添い寝して安心して眠る事ができるようにしています。		
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	内服薬は薬情報ファイルを作成し、全員が薬効、副作用について理解し、状況に応じた服薬支援をしています。看護師や法人の薬剤師、かかりつけ薬局に適宜相談、情報交換を行っています		
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	生活歴や趣味を把握し、畑や花壇、手仕事など個々に応じた楽しみができるように支援しています。隣接のデイサービスと交流したり、施設内外で気分転換ができるようにしています		
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	なるべくその日の希望に沿って戸外に出掛けていただけるように散歩や買い物を行っています。季節ごとに外食やドライブに出掛けています。ご家族や友人と外出されたり、いきいきサロンなどにも参加しています。	利用者の希望により施設周辺の散歩や近所のスーパーの買い物、いきいきサロン等に出かけられています。家族の方の訪問が多く、外食や美容院にも利用者と一緒に出かけられています。	

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	事業所が管理している方も、自分で支払えるように財布に小額のお金を入れて買い物のときに支払いをされます。		
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	自分で手紙が書ける方は毎月写真入の手紙をご家族に送っていただいています。家族や知人に手紙を書かれたときはいっしょにポストに手紙を出しに行きます。電話で話ができるように取次ぎもします。		
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	食堂や居間には花や飾り物をして季節感を出すようにしています。ブラインドや障子を使用し明るさを調節しています。日中は心地よい音楽や生活感を感じる音が聞こえるようにしています。	施設内には花や昔ながらの家具、利用者の作品などが飾られており、居心地良く過ごせるようにされています。大きい窓はブラインドにより明るさを調整できるようにされています。	
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	食堂にはテーブルが3卓あり、そのときの気分で好きなところに座っていただいたり、一人になりたい時はソファーに座ったり、畳に寝転んだり思い思いの場所で過ごしていただけるようにしています。		
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	馴染みの家具や布団、ベッドを持ってきていただきそれらを使用されています。また、家族の写真や好きな本、自分の作った作品を飾っておられる方など、それぞれに居心地よく過ごせるようにしています。	居室の家具、布団、ベッドは利用者が持参されたものを利用されています。家族やペットの写真が置かれていたり、趣味の練習ができるような机もあるなど、自宅の部屋のような雰囲気でも過ごせるようにされています。	
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」「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	新聞やカレンダー、時計等見やすい位置に置いたり、さりげなく季節や今日の日付を話題にしたり、花や畑を見て季節が感じられるように工夫しています。		

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	1	事業所理念を掲示し、職員は毎朝唱和して理念の実践に努めているが、事業の理念を地域にも理解していただくような工夫が必要	地域密着型サービスの理念を地域の方々にも理解していただき、入居者の皆様が地域の中で安心して心豊かに生活することができる	パンフレット、青松庵だより、運営推進会議資料など、地域へ広報する媒体に、運営理念を掲載する	1ヶ月
2	35	火災については地域の方も参加して避難訓練を行っているが、地震や津波など地域全体が被災するような自然災害について関係機関との協議や避難訓練が行われていない	火災や自然災害時において、地域や関係機関と連携し、入居者の安全確保ができる	富益北口自治会で25年4月に自主防災組織が立ち上がる予定。青松庵も自治会の構成員として協議、訓練等に参加する	12ヶ月
3					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。