

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	2570500377		
法人名	特定非営利活動法人		
事業所名	グループホームやすらぎの里永源寺		
所在地	〒527-0231 滋賀県東近江市山上町5045		
自己評価作成日	平成23年4月29日	評価結果市町村受理日	平成23年6月27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.kai gokouhou. ip/kaigosip/infomationPublic. do?JCD=2570500377&SCD=320&PCD=25
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク滋賀福祉調査センター		
所在地	滋賀県大津市和邇中浜432番地 平和堂和邇店2階		
訪問調査日	平成23年5月31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)】

国道の向かい側に畑があり、季節ごとの野菜の収穫や世話を利用者の皆さんにしてもらっていたが、昨年秋よりホーム前にも畑ができたので、気軽に野菜の収穫や草取りなどを行っている。天気が良いと畑へ弁当を持って気持ちの良い戸外での昼食やティータイムを楽しんでもらっている。慣れ親しんだ農作業や土いじりをしてもらうことで、昔話に花が咲き、利用者、職員間の交流の一つとなっている。職員全体が見守りケアを重視して、個々の言葉や行動からの気づきを養うことに取り組んでいる。それぞれの利用者が自身の持てる力を発揮できるよう支援し、何よりも明るい表情でいられるように心のケアを重点に関わっている。利用者ペースに合わせた穏やかで開放的な雰囲気の家です。健康管理では、協力医の定期的な受診と急変時には相談し指示を仰いでいる。また契約看護師に日常の健康相談や対応してもらっている。

【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)】

当事業所は田園風景の広がる地域にあり、最近西側には新興住宅が数軒立ち並んできたが、居間や居室から山並みが一望でき季節を肌で感じられ、住居としてはのどかで最適な環境にある。昨年、事業所用地を拡大し野菜作りのできる畑を増やし、四季を感じられる植木の植樹もしている。利用者9人に対して、職員12名が家族的な雰囲気の中で交代できめ細かいサービスを行っている。食事は居間の隣にあるキッチンでみんなで栽培した野菜を中心にした献立で利用者と職員が家族同様に食材の下ごしらえから調理まで全員が楽しんで行っている。デイサービスも併設しており利用者同士が行事や休憩時間に行き来して交流している。職員は外出支援以外に家族の都合が悪い時はかかりつけ医や馴染みの場所への送迎支援も柔軟に行っている。

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	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			

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	職員会議などで、ケアの根本として、話し合う機会があり、職員全体が理念を意識して、言葉掛けやケアに努めている。	事業所の基本理念の一つに「地域の中の拠点となり地域の一員として…」と謳っており、事務所、玄関、居間に掲示している。職員会議で常に理念について話し合い日常のケアの実践に活かしている。	
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	地域の行事に参加させてもらったり、事業所の行事に自治会等の皆さんを招待し参加していただいた。近くの人が野菜などを持って、お茶を飲みに来られる。	土地と建物の所轄が違い2つの町と良好な関係を保つために、あえて自治会に加入していない。しかし地域の盆踊りや秋祭りには参加しており、事業所の敬老会や誕生会に地域の方も参加している。	
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	研修等の依頼があった場合、積極的に受け入れている。出前講座を実施し地域の人にも参加していただいている。キャラバンメイトに参加し定期的に敬発運動を行っている。		
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ヶ月に1回、会議の場を持って取り組み内容を報告し、委員からも意見をもらっている。検討事項についても、経過報告を行い、理解と支援を得られるよう努めている。	運営推進会議は2ヶ月毎に開催し議事録も残している。地域や行政の担当者、家族の代表が出席している。会議では自己評価、外部評価の課題や改善計画を取り上げ、意見交換の内容をケアに活かしている。	
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	運営推進委員会に健康福祉部、担当者に出席していただき、意見交換、相談を行っている。	職員は行政の開催する会議や研修会に出席しケア相談をしている。窓口訪問した時に介護、予防接種等の相談をしている。市職員の来訪時に運営面のアドバイスを貰うなど連携を密にとっている。	
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	身体拘束の研修に参加し現場スタッフ全員でケア方法を共有し取り組んでいる。見守りケアの重要性を職員全体で認識し、言葉と態度に表される気持ちを理解するように努めている。	玄関の鍵は日中は掛けず通過時に鳴るチャイムを取り付けているが、見守りを基本としたケアをしている。身体拘束の外部研修に参加したりして職員全員が身体拘束をしないケアの考え方を共有してサービスを実践している。	
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	職員が県社協等の研修に参加して。勉強会で高齢者虐待防止法についての理解や高齢者の尊厳への取り組みを行っている。日頃のケアに気付かない虐待行為が見逃されていないかを話合った。		

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	県等の研修に参加している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約時に、重度化の対応や、リスク、退去についても説明を行い、了承を得ている。また、状態の変化により契約解除に至る場合もその後の対応を含め、納得、了承を得られるように努めている。		
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	家族の面会時に気楽に何でも言ってもらえるように伝え、また事業所側からも事あるごとに、連絡するように努めている。利用者の言動にも留意し、サービス向上のために職員会議で話し合っている。	毎週来訪する家族も多く面会時に意見や相談を聞き出すように取り組んでいる。玄関には意見箱を設置している。事業所及び外部の苦情相談窓口を重要事項説明書に明記し説明している。	意見箱に入れてある意見用紙を誰でも見ることができないよう工夫して欲しい。
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	毎月2回程度、職員会議を行い、ケアに関する提案や、業務内容の改善についての意見交換の機会を設けている。	職員全員参加の会議を毎月2回開催する中で、事業運営に関する報告を行い職員から意見を聞いている。隣接する土地の有効活用について職員からも意見を聞いて反映するよう努めている。	
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	職員個々の努力や実績、勤務状況を常に把握するように心掛けている。		
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	各種研修、資格修得の機会を設けている。講師を迎えての出前講座も実施し、全職員が受講できるようにしている。新職員に関しては、利用者との関わり方やケアについて、丁寧な指導を心掛けている。		
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	グループホーム部会や事例検討研修会に参加して、他の事業所の意見や経験を取り入れて、ケアの向上を目指している。		

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
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	事前に面接を行い、本人の生活状況を把握し、不安や思いを理解できるように努めている。また、ホーム見学の折に、活動体験してもらい、少しでもホームの雰囲気慣れていただくようにしている。		
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	相談時に、これまでの家族の苦労や、困りごとや思いをしっかりと聞くように努めている。ご家族が求めているものを理解し、事業所では、どのような事に対応できるのかを話し合っている。		
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	相談時に本人や家族の意向や状況を確認し、何が必要とされているのかを考えて、場合に依っては、他のサービスに繋げるなどの対応をしている。		
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	活動や感動を共有することで、思いを理解し支え合えるよう努めている。得意な事してもらい、料理方法や生活の知恵を教えてもらっている。日常の家事作業を利用者と職員共同で行い、互いに助け合っている。		
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	毎月、利用者の様子をお伝えしたり、事あるごとに、連絡してケアの場面で協力を仰いでいる。 電話や面会時に利用者の様子や職員の対応を伝え協力しあえ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	知人や友人に来訪していただいたり、電話等の連絡をつないでいる。 馴染みの場所へは、職員や家族等で時間を見つけ支援している。	利用者の入居前の生活状況はフェイスシートで把握している。近所の知り合いの人が良く訪ねて来る。馴染みの美容室や散髪店及び実家法事や近郊への訪問の場合は家族のほかには職員も送迎支援している。	
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	世話役的な利用者、他の利用者の手伝いをしてもらったり、みんなと一緒に協力できる関係作りを支援している。それぞれの心身状態や気分配慮しながら、利用者同士の関係が円滑であるように働きかけている。		

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
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	行事等には、声をかけて気軽に遊びに来て頂くようにしている。また、継続的に連絡を取っている。他の施設へ移られた場合には、本人の状況や支援情報を詳しく伝えている。		
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	日々の関わりのなかで、本人の発する言葉や態度から汲み取って把握するように努めている。また家族と相談し、本人にとって最適な方法を検討している。	利用者の日々の気付き点を業務日誌に記載し個人別に把握している。職員会議で内容を報告して全員が共有している。家族の来訪面談での意見も反映した本人本位のケアに努めている。	
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	家族からこれまでの暮らしぶりや、生活歴、趣味など過去の情報を収集し、本人の理解に努めている。これまでのサービス利用の経過や情報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	見守りケアを徹底し、個々の動静や言動、気分変化の把握に努めている。一緒に活動する中で、個々の心身状態や関心のあること、苦手なこと、できることの把握をしている。これらの情報を職員で共有できるよう記録している。		
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	本人やご家族からは、日頃の関わりの中で、思いや意見を聞き反映できるよう努めている。本人の状態変化や日々のケアの中での気づきなど職員全体で、意見交換し、モニタリング、サービス計画に反映させている。	介護計画は利用者や家族及び関係者から聞き取りと話し合いを十分に行い作成している。介護計画の見直しはほぼ2ヶ月毎に行っているが家族への報告及び承認を得ていない。	介護計画の見直しをした都度、家族への報告と承認を得るよう取り組んで欲しい。
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	ケース記録に、本人の言葉やエピソード、状態変化、気づきを記録して、情報の共有や介護計画に活用している。介護記録に、身体状況、排泄や食事、水分摂取量と活動内容を記載して、勤務時に確認してケアを行っている。		
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、その時々にも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	本人の状態変化に合わせ、受診の援助を随時、行っている。本人の要望で、理髪サービスへの支援を行っている。家族の意向に依って、墓参りや法事、一時帰宅をしてもらい、個々の満足度を高めるようにしている。		

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
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	ボランティアの方々に、必要に応じて協力を呼び掛けて利用者との交流を行っている。安心して地域の暮らしができるように、警察の巡回や消防訓練も実施している。オムツ券の活用の支援を行っている。		
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	入所時に、受診経過や今後の通院に関して家族と話合っ、希望の医療機関へ通院して頂いている。事業所の協力医の訪問診療や通院の情報を伝えて、希望されれば、転院の手続きの支援を行っている。	かかりつけ医を受診希望する利用者は2名で家族の送迎対応を基本としているが、必要に応じて家族と相談し職員が送迎支援している。他は毎月1回の協力医の訪問診療を受けている。	
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	看護職員に日頃の健康管理や医療面での相談、助言、対応してもらっている。普段から利用者の体調や様子の変化に気づけるように見守りケアに取り組んでいる。異変があれば直ちに協力医に相談し指示を仰いでいる。		
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。	入院時には入院目的を早く達成してもらえるように、協力医や家族と話合い連携している。サマリー等を医療機関に提供している。度々、様子を見舞い、地域連携室相談員や担当看護師、家族と回復状況等情報交換し、退院への支援を行っている。		
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	入所時に事業所での介護目的や体制を説明し、重度化や終末期は、相応の施設や病院への連携を行うことを理解、納得して頂いている。重度化時には、本人、家族や協力医で、方針を話し合っ、納得してもらっている。	事業所で重度化した場合や終末期ケアを行わないことは入居時に家族に口頭説明している。しかし、重度化や終末期を迎えた場合の退所条件について明文化していない。	重度化や終末期の方針について重要事項説明書か利用契約書に明文化して、入居契約時に同意印を得るようにして欲しい。
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	毎年、救命救急訓練を行い、心肺蘇生、骨折、止血、喉詰まりの対処方法を学んでいる。協力医には、夜間を問わず連絡を取れるようにしている。緊急時対応マニュアルを作っている。		
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	消防署の協力で避難訓練を年2回行い、避難訓練、避難経路の確認、消火器の使い方などの訓練を行っている。また、近隣への協力もお願いしている。防災、減災マニュアルを作成している。	年2回(春、秋)消防署の立会いで避難訓練を実施している。防災マニュアルを作成し緊急連絡網は見やすい場所に掲示している。近隣の住民と緊急時の協力体制を取っている。夜間を想定した訓練はしていない。	夜間は職員が1名体制の勤務であり、夜間を想定した訓練もして欲しい。

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	声のトーンや、タイミングに配慮し安心してもらえるよう言葉掛けを行っている。プライドを損ねないようにさりげない誘導や対応を心掛けている。対応の前には、言葉掛けをして、意思確認の様子から汲み取るよう心掛けている。	利用者の人格を尊重した対応や言葉かけを心掛けている。職員は個人情報保護の外部研修を受講して、職員会議で報告を兼ねて内部研修を行っている。個人情報資料は鍵の掛かる事務所に保管している。	
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	活動は本人の意思に任せ、日課等は複数の選択肢から選んで頂いている。また、食事のメニューは利用者にも決めてもらうようにしている。意思疎通の困難な方は、表情や態度からも読み取るよう努めている。		
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	一応の流れの中で、個々の能力に合わせ暮らせるよう支援している。体調や気分配慮し、本人の意思、希望を確認しながら、過ごして頂いている。外出等は状況や希望に合わせて行っている。		
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	身だしなみを整え、個々のこだわりのスタイルを把握して、その人らしさやプライドを保てるように、支援している。定期的に地域の理髪店を利用している。		
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	メニューは利用者と相談し決めてもらい、食材切りをしてもらっている。また収穫時期には、畑へ行き一緒に採った野菜を使い、調理している。配膳や後片づけを一緒に行い、楽しく食事できるように心掛けている。	献立、調理、配膳、後片付けを家庭的な雰囲気の中で利用者と職員が一緒に行い、食事と一緒にとっている。みんなで収穫した野菜や、貰い物の食材を利用するなど健康的な献立で食事を楽しんでいる。	
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	月1回、管理栄養士に栄養バランスを見てもらっている。それぞれの体調や状態を把握し、栄養と水分が摂れるように支援している。バランスの良い食事ができるように、個別に食事の介助を行っている。		
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	自分で出来る方は、声かけ見守りで、うがいや義歯洗浄を行っている。出来ない方には、気持ちに配慮しながら、歯磨きの手伝いをしたり、義歯洗浄を行っている。		

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
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	尿意のない方は時間を決め、拒否のある方は、行動とタイミングを見計らってさりげなくトイレ誘導を行い、状態に応じた介助を行っている。また、様子や表情などのサインを見逃さないようにして、トイレでの排泄を支援している。	利用者別の排泄実態の記録を取って状況把握に努めトイレ誘導出来るようにしている。行動や顔色から兆候を察知して排泄誘導と支援を行っている。	
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	畑仕事や散歩、体操などを行い、食事には乳製品や食物繊維を取り入れるようにして便秘対策に取り組んでいる。水分摂取の大切さを職員と利用者ともに認識をして、お茶を活動の合間、合間に飲んでもらっている。		
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、個々にそった支援をしている	湯の温度や体調、入湯時間や順番などの意向を把握し、拒否のある方には、誘うタイミングや声のトーンや言葉掛けなど、不安に配慮するなどしている。また柚子などを使い季節感を楽しめる入浴を行っている。	週3回位の入浴を基本として偶数日の午後1時30分から5時まで対応している。2名の利用者の入浴時には介助支援をしている。柚子湯など季節感を味わえる配慮もしている。	
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	日中の活動を活発にし、夕方は穏やかに過ごせる生活リズムとなるよう心掛けている。個々の状態によっては、午睡を取り入れたりしている。夜間頻尿や寝つきの悪い方は家族や医師と相談し、薬剤の調整をもらっている。		
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	処方箋を個別にファイルし内容の把握に努めている。薬剤の早見シートを作り、勉強会を行った。服薬は3重にチェックを行い、手渡して飲んで頂いている。処方の変更があった場合は、申し送り、状態観察に努めている。		
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	個々の得意なこと、できそうなことをしてもらって、感謝の言葉を掛けている。畑仕事、野菜の収穫、花いじり、裁縫、調理を日常生活に取り込み、力を発揮してもらっている。行事や外出の準備も相談し、協力してもらっている。		
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	日常的に畑へ出て、おやつやお茶を楽しんだり、季節によっては、お弁当を持って昼食会をしている。利用者の要望で、ドライブには随時出かけている。車椅子の方も体調を見て、外出している。買物に同行してもらったりしている。	天気の良い日は毎日のように畑に出てみんなで弁当を食べたりおやつタイムを楽しむようにしている。四季には利用者の希望を聞いて花見や紅葉、牧場の牛、羊の見学も兼ねたドライブや買い物に出掛けている。車椅子の利用者も職員同行で外出している。	

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
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	本人の希望や家族の意向に依り、数名の利用者は、現金を所持されている。 トラブル回避のために、多額の金銭は控えて頂いているが、手元に持つ満足感や安心感のための支援をしている。		
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	親戚、知人からの便りに対して返事を書いていただけるよう支援している。		
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	浴槽が個浴の割には広く、入湯の時は注意している。ドアの幅、トイレの入り口が車椅子対応には、設定されていないので、利用者の身体に当たらないように、気をつけている。エアコン、加湿器を使用し温度、湿度を調整している。	共用空間の居間、食堂、台所のテラス扉は大きく採光もたっぷりで外の景色も良く見え、四季の鉢植えや花が飾っており、季節の感じられる空間づくりをしている。車椅子の安全対応や温湿度調整などの環境面にも配慮している。	
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	玄関に長いすがあり、外を眺めながら数人の会話の場となっている。南側廊下に椅子を置いて、日当たりが良く落ち着ける場所となっている。和室にマッサージ機を置き、身体を休めたり足を伸ばしてもらっている。		
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	各居室の備品は、使い慣れた家具やベットを持参して頂き違和感がないようにしている。利用者と家族の意向に依って、写真や思い出の品を持って来てもらっている。	居室は11.38㎡の広さのベッドタイプでエアコンも取り付けられ明るく清潔感がある。馴染みの家具、備品を持ち込み思い出の写真などを飾るなど居心地よく過ごしている。	
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を送れるように工夫している	身体状況に合わせて、浴室の手摺を増設したり、ベッドの高さを調整した。見当識障害の方のために、トイレの案内表示を増やした。利用者が日常的に使うものは、使いやすく、混乱しないように置いている。		

2 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・終末期についての方針を明示し、家族・関係者と共有して利用者を支えたい。	利用者・家族・主治医・関係者と共に重度化・終末期に向けて、チームとして協力し取り組める。	①契約書等に重度化・終末期の方針を明文化する。 ②現入居者・家族にたいしては、早い段階から重度化・終末期のありかたについて話し合い、方針を理解し、共有できるように努める。 ③主治医とも連携し、方針に向けての相談や協力を仰ぐ。	6ヶ月
2	35	夜間の勤務体制の不安を減少したい。	職員全体が夜間でも地域の協力を得ながら、利用者の避難誘導ができる。	①夜間を想定した避難訓練を消防署立会いの元で行う。 ②夜間想定のマニュアルを作成し、職員全体で理解し行動できるようにしておく。	6ヶ月
3	19	家族同士の繋がりを持ち、色々な視点で利用者を支えたい。	それぞれの家族同士や事業所との繋がりを深め、色々な声を聞くことで利用者を支え合う力に反映したい。	①家族会の意義・目的を家族と話し合い、理解を得る。 ②どのような内容と方向性の会にするかを家族で話し合う。 ③まずは、年に1回集まりを実践する。	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。