

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	4270401195		
法人名	医療法人七久会		
事業所名	グループホームおこんご		
所在地	長崎県諫早市小長井町小川・浦656		
自己評価作成日	H21.11.13	評価結果市町村受理日	平成 22年 3月 15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://ngs-kaigo-kohyo.pref.nagasaki.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 福祉サービス評価機構
所在地	福岡市博多区博多駅南4-2-10 南近代ビル5F
訪問調査日	平成21年11月26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)】

--

【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)】

メロンなど、果物の形をしたバス停を横目に見ながら海沿いを走っていると、ホームが見えてくる。目の前の海の眺めは素晴らしく、外来の無い日曜日にはホーム前の医院の駐車場に出て、海を見ながら日向ぼっこをすることも多い。長年、小長井町の方々の健康管理を行ってきている医院の系列ホームでもあり、ホームと医院は中で行き来ができています。いつでも医療連携が図れる体制が作られており、併設医院の受診の帰りに知人の方が訪ねてきて下さることも多い。医院を通して地域交流が行われている。地域の民生委員の協力を得ながらボランティアの受け入れも行っているが、傾聴ボランティアの受け入れも始めている。また、今年初めて、併設の通所サービス職員の協力を頂き、ご利用者全員でコスモス見学に出かけることができた。“転倒をさせない”という、ご利用者の安全も常に配慮されているが、今後は更に、日々の生活がより自立して、役割を持った生活が送れるよう、取り組みを行っていく予定である。日々、温かく穏やかな生活が続けられているホームである。

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、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している (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

自己	外部	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	事業所内に、いつも見えるように掲示している。一日の中で、利用者お一人おひとりとスタッフ一人ひとりが、笑顔で過ごす時間を共有するように意識している。	安心して安らいでおだやかに過ごして欲しい、なんでも行ってほしい、その中で笑顔が出るような支援を目指して「安らかな笑顔の追求」という理念を前管理者が考えられた。花見等の行事を取り入れ、住み慣れた地域で過ごせ、笑って過ごせるよう支援されている。	“転倒をさせない”という、ご利用者の安全を主体としたケアになっている傾向がある。自立支援に向けた支援の必要性と合わせて、地域密着型サービスの意義を踏まえた理念であるかも含めて、もう一度全職員で検討していきたいと考えられている。
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	隣のグループホームや地域ボランティアの方々との交流を取り入れている。	町内会に加入し、地域のお祭りなどにも参加している。これまで、ご利用者の個人的なボランティア以外に、民生委員の協力を得ながらホーム全体としてのボランティアを受け入れるようにした。また傾聴ボランティアの受け入れを始めた。隣接のグループホームとの交流や、併設の病院を受診された方が面会にも訪れている。	今後は、ご利用者の知人や地域の方など様々な方に訪問して頂けるようにし、触れ合いながら認知症への理解を深めて頂けるような取り組みをしていきたいと考えている。
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	事業所として地域にむけた取り組みは行っていないが、外部との交流により、徐々に理解を得たいと思っている。		
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	運営推進会議で出された意見は、その日の夕方のカンファレンスにて全スタッフに報告、サービス向上に活かしている。	21年春から2ヶ月に1回、ご家族・自治会長・市の職員に参加して頂き開催している。参加者より、「散歩や行事参加を含め、戸外へ出る機会を多く取り入れて欲しい」等のご要望から、年間計画として散歩や外気浴などを組み込んで実施している。外部評価結果も報告しており、玄関周りに花を植えるなど、家庭的な雰囲気作りにも努めてきた。	地域の方に認知症という病気を正しく理解して頂き、地域でその人らしく暮らせるよう情報発信を予定している。運営推進会議の議事録に、頂いたご意見の回答を載せられると共に、会議へのご利用者の参加や、一緒に集える場を作って見られてはいかがであろうか。
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	介護保険の更新手続きや運営推進会議に出席していただくことにより、顔を合わせる機会も多く、グループホームの実情を伝えながら、協力体制をとっていただくようにしている。	運営推進会議や各種手続きの時や、研修時にホームの状況をお伝えしている。毎年、敬老の日には市からのお祝い品がホームに届けられている。ケアマネを中心に、市の窓口を訪れることが多く、いつでも相談できる関係にあり、相談への助言も頂いている。	
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	生命の危険がある場合においてのみ、家族の同意のもと行う場合あり、基本的に拘束のないように、取り組んでいる。	一方のユニットで、生命の危険があると判断された方に夜間帯のみ、四方のベッド柵使用を実施したことがあった。ご利用者の心身の状態を常に把握しながら、アドバイザーにあたる事務局長やご家族と相談を重ねながら、拘束が長期に渡らないように努めた。	
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	防止に努めている。		

自己	外部	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	家族の支援が受けられない利用者の方で、社協を通じて利用されており、定期的に面会あり、必要時には、さらに連絡を取り、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	契約時に説明書類を渡し、口頭でも説明をしている。また、その都度疑問点や気付きの時には、スタッフに声掛けをしてもらっている。		
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	運営推進会議や施設サービス計画書作成等の際、利用者や家族の意見を尋ねている。また、面会時や日常の中で気軽に声を掛けてもらうようにしている。また、意見箱を設置している。	ケアの在り方や戸外活動等への要望を頂き、運営推進会議にて検討し、戸外活動の年間計画を立案した。事故があった場合は、医師からも説明をして頂くことで、ご家族の安心納得につなげる様にした。外出を利用しての夕食や購入して居室で食べたいとのご要望も頂いたため、ご家族も一緒に過ごせるようにお誘いするようにした。	
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1度カンファレンスを開いている。その中の意見に対し、必要性がある時には、代表者に案を作成・提出し、活動に繋げている。	日々の業務の中で職員間で意見交換を行い、気づきやアイデアを出し合っている。わからないときには、みんなで話し合いを行っている。意見を言いやすい雰囲気であり、職員の意見を管理者に伝え、必要時は事務局長に伝え、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	行事の際、休日出勤のスタッフには、超勤書類を提出してもらい、給与にプラスしてもらっている。		
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	研修の声掛けは、カンファレンス等で行い、自由に内容を見てもらえるよう、掲示している。また、その日の勤務として、研修扱いになるか相談している。		
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や勉強会に参加、他施設スタッフと交流を図り、サービスの質の向上に努めている。		

自己	外部	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	
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	入居された段階で、本人の声に直接耳を傾け、ゆっくりと話ができる時間を確保し、家族からも出来る限りの情報を集め、支援に繋がる関係づくりに努めている。		
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	入居までにおける状況等を把握したうえで、家族の困っていること、不安、要望(具体的内容)も聞きながら、相談に乗れるように努めている。		
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	初期段階では心身の状態を把握するため、スタッフ間の情報交換を密にし、環境に慣れてもらえるよう働きかけるとともに、Dr. N s. リハスタッフの意見を聞いたり、相談している。		
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	本人の意思決定を第一にし、そのうえで必要に応じた介助に努めるよう心がけている。また、若いスタッフでは知らないような、生活の知恵を教えてもらうこともある。		
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	帰省や外出等の声掛けの際、家族の負担が大きく感じられないよう、歩み寄りの姿勢を求めながら、共に支えていけるよう関係づくりに努めている。		
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	夏冬の帰省や外出、家族への声掛けをはじめ、訪問された方との会話の橋渡し等に努めている。	一人暮らしだった方の帰宅支援や、自宅に帰りやすいように、周辺の草むしりをシルバー人材センターに依頼した。車中からの墓参りを提案し、乗降をスタッフが介助する事で外出が継続されている。ご友人が訪ねて来られたり、併設医院受診の帰りに訪ねて下さっている。ドア1枚隔てた病院に知人のお見舞いにも行かれている。	外出される方が一部のご利用者に限定されており、全員までは行っていない。また、出かける場所も、ホームから近い場所に限られている。地域のお祭りなどに、ご利用者が参加できるようにしていきたい。
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ご利用者が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	孤立しないよう、スタッフが間に入り、会話の橋渡しや気持ちの代弁をしたり、少数の係わり合いが出来るよう支援している。		

自己	外部		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	経過フォローに努めている。		
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	努めている。困難な場合には、家族からの情報を参考に、本人本位に検討している。	ホーム独自のアセスメントシートを活用し、情報共有に努めている。新規ご利用者のシートは気づきがあれば、いつでも書き込めるよう、場所を決めて掲示し情報収集に努めている。ご本人からご意向をお聞きするのが難しい場合は、ご家族に伺いながら、行動の背景にあるものを理解し、思いを汲むことができるよう努めている。	
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	独自のアセスメントシートを作り、本人や家族、第三者からの情報提供を書き込み、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	実際の関わり合いと日常記録記入、特変の有無、日常のスタッフの情報交換の中から、現状把握に努めている。		
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	カンファレンスで個別に話し合いを持っている。スタッフ間で情報交換し、プラン作成にあたっている。	全職員でアセスメントし、ケアマネが計画の原案を作成している。ご家族からご要望があった戸外活動の実施について、介護計画に取り入れ、スタッフ全員が意識して実践するようにしている。また、ご家族にも協力を呼びかけている。日常の関わりの中やカンファレンスの中で、計画変更の必要性について検討を行っている。	目標に“転倒防止”という、安全重視の視点でのプランが多く見受けられる。“転倒防止”を意識しながらも、短期目標を、より生活に即した目標を設定されることで、ご利用者の力を発揮して頂ける計画になるものと思われる。
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	個別記録の記入の仕方が、スタッフそれぞれで、箇条書きになることが多い。記録の内容から、本人の様子が伝わるような記入を心掛ければならない。		
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	その時々ニーズに対応しているが、サービスの多機能化については、今後の課題である。		

自己	外部		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	地域資源の把握とそれを利用したの支援は、今後の課題である。		
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	支援している。	併設医院がかかりつけ医の方が多く、何かあった時には、すぐにドア1枚向こうの医院へ受診できている。受診結果は、面会時ご説明したり電話報告をしており、必要に応じて医師からの説明も行われている。専門医の受診が必要な場合は、医師に紹介状を書いて頂き、ご家族の都合がつかない場合は、職員が介助している。	
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	支援している。		
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、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。	病院併設なので、Dr. により利用者・家族に説明を行い、その後の情報交換もできている。		
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	医療機関併設の為、Dr. と事業所の代表者、そして家族との間で話し合いを持ち、意向をお聞きし、事業所で終末期をむかえた方もいる。	重度化や終末期に向けた方針として、介護より看護に比重が大きくなってきた際に、事業所と主治医、家族間での相談を行いながら、併設医院への入院かホームでの看取りかが決められている。普段から体調が変化しているときは、併設の医院への申し送りも行っており、夜間は医院の看護師による巡視の協力が得られ、これまでに3人の方の看取りが行われた。	
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	医療機関併設の為、連絡・報告し、指示を受けている。定期的な訓練や実践力は全スタッフに身に付けているとは言いがたい。		
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	事業所だけでなく、併設の医療法人全体で取り組んでいる。	年に2回、併設医院と合同で、消防署職員に参加して頂き、ご利用者、ご家族、職員、地域の方と一緒に火災を想定した避難訓練が行われている。災害に備えて水の準備はされている。	水以外の備蓄品を、併設の医院と検討するとともに、地域の協力体制についても、運営推進会議で検討をしていきたいと考えられている。

自己	外部		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
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	一人ひとり、生きてきた人生があり色々な経験や思いがある。それを否定せず共に寄り添う声掛けや対応を心がけている。	ご利用者の思いを大切にしており、羞恥心やプライバシーに配慮した声かけやケアを徹底している。尿臭にも配慮し、必要時はその方のために浴槽にお湯を張り、入浴して頂いている。個人情報にも注意し、“おこんご通信”への写真掲載に対してもご家族に確認を頂いている。	
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	希望の表出は否定せず、また自己決定できるよう働きかけている。また、希望の表出が困難な方に関しては、こちら側から引き出すようにしている。		
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	希望にそっている。夜間帯では、対応スタッフが一人になる為、十分な支援に至っていない。		
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	外出時を含め、支援している。		
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	定着は出来ていないが、一部利用者の残存能力に応じて取り組んでいる。プランに落とし込み、全スタッフの統一した対応が課題。	併設医院の管理栄養士が献立を作成し、厨房で作られている。ご利用者は、盛り付けや後片付けに参加されている。また、季節を感じられる食材(豆や芋、竹の子)の皮むきなどを行って頂くこともある。食事の調理は実施できていないが、おやつ作りはご利用者と一緒に行っているように取り入れている。	スタッフは休憩時間に食事を摂っているが、ご利用者と一緒と同じ食事を摂るような機会が少ない状況にある。まずは、月1回でも行事に調理の日を設けられ、合わせて、ご家族も一緒に協力頂きながら、共に楽しむ時間を作られてはいかがであろうか。
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	出来ている。食べる量については、記録に残している。一人ひとりの状態に応じ、カロリー、食物の形状等、厨房スタッフとも連携している。		
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	毎食後までは定着できていないが、夕食後の口腔ケアは行っている。また、本人や家族からの希望があれば、地域の歯科医院より往診に来ていただいている。		

自己	外部		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	時間をみてのトイレ誘導を行っている。夜間帯に限り、ポータブルトイレを使用している利用者さんもある。	ご利用者の排泄感覚に合わせて、トイレ誘導している。夜はポータブルを使用される方も、日中はトイレを使用して頂いている。意思疎通が困難な方には、そわそわされる様子からトイレへ誘導している。オムツやパッドから、紙パンツに変わった方もおられ、自立に向けた支援が行われている。	
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	おやつでバナナを取り入れたり、飲料水を多めに摂る、野菜ジュースやヨーグルト飲料を摂る等工夫している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	事業所だけでなく、医療機関全体での入浴支援を行っているため、基本的な入浴日・時間が決まっている。必要に応じ、事業所内の浴室で入浴できるよう支援している。	隣の通所施設の大浴場を利用して頂いている。利用できる曜日と時間は決まっているが、ご希望があれば、ホームのお風呂はいつでも利用できている。入浴を嫌がられる方には「一緒に入りましょう」「一番風呂ですよ」など声かけの工夫をしたり、席を立たれたタイミングでお誘いするなど工夫している。	
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	支援している。		
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	個人カルテに薬状を挟んでおり、確認に努めている。ただし、臨時薬に関して、薬状が揃っていないため、あれば望ましい。		
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	基本的には、お一人おひとり支援しているが、意志の表出のある方が優先されやすい傾向にある。また、家族の面会が多い利用者へは事業所からも状況を伝えやすく、家族の支援も同時に得やすい。		
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。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	家族や地域の方の協力までには、至っていないが、本人の希望に沿って、戸外へ出かけられるよう支援している。その日の対応が難しい場合には、近いうちに出かけられるように、支援している。	桜やツツジ・コスモスのお花見や田植え見学などの外出行事を実施している。また小長井祭りに参加し、地域交流も図っており、命日に合わせてお墓参りへお連れしたこともある。ご家族との外出時は、車への乗降のお手伝いなど支援している。外来のない日曜日には、隣接医院の駐車場で日向ぼっこをしたり、デイスタッフの運転の協力を得て、今年初めてご利用者全員でのコスモス見学に出かけることができた。	

自己	外部	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	支援しているが、一部の利用者に限られていたり、使用する場が限られている。		
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	携帯電話を持参されている方もおり、希望のある一部の利用者への支援が多い状態である。年賀状は、毎年家族へ書いている。		
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	玄関の靴箱にはカーテンを掛け、棚に手作りの物を飾った。また、食堂兼居間は季節に応じた工夫をしている。	玄関入り口には花が植えられ、玄関を入ったところには、ご利用者がゆっくり休めるソファが設置されている。ホームの建物は、以前病院だったこともあり白壁が多いが、季節を感じる事ができる花や果物等を装飾した壁画を作る等の工夫がされている。また、外出や行事の際の写真を掲示して、思い出話をしている。音や光、温度や湿度への配慮も行われている。	2階までの廊下の壁面の活用など、今後も引き続き、ご利用者にとって心地良い共有空間となるよう、取り組みを続けていく予定である。
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	医院跡の事業所の為、個室以外の共用空間に余裕がなく、ハード面で難しいところがある。1階はソファの位置を工夫し、2階は畳を設置している。		
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	毛布や枕、お位牌など、一部利用者のみ持ち込んでいる。	ご利用者、ご家族と相談し、使い慣れた毛布や枕といった寝具類を持ち込まれたり、ご家族の写真を飾ったり、お位牌を供えておられる方もいらっしゃる。茶碗や湯飲み、お箸なども持参して頂いている。居室入り口には、お名前を額に入れて飾り、どなたのお部屋かわかりやすい工夫している。鶴などの装飾を吊るしている方もおられる。	
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	工夫している。		

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	1	スタッフそれぞれは、理念を理解、共有しているが地域密着型サービスとしての意義を踏まえているか考えてみる必要がある。	地域密着型サービスとしての意義を理解、共有しサービスにつなげていく	理念の再検討を行い地域とのつながりを保てるよう話し合いを行う。	12 ヶ月
2	26	利用者の安全確保、家族の要望など、本人の有する力に応じた介護計画の必要性	転倒防止が主になっているので、より生活に即した目標設定も同時に行い、利用者の持っている力を発揮して頂けるプランへかえていく。	利用者の安全を確保しながらも介護者と一緒に日常生活動作を行う、ゆとりの気持ちを持つ。	6 ヶ月
3	52	2階への廊下の壁、扉の色など、殺風景なかんじがする、温かみのある空間にしたい。	書道や絵を楽しまれている利用者も多いので作品を展示し、利用者、家族、デイケア利用者にも楽しんで頂ける空間作りをおこなう。	扉の色の塗り替え、季節ごとのテーマを設け、言葉、絵を飾る。	3 ヶ月
4	40	利用者と、一緒に同じ食事を、摂る機会がほとんどない、今年は、買い物～食事まで行う予定。	誕生会時に一緒に調理、食事出来る様にする。	3～4ヵ月1回から(春、夏、秋、冬)季節を感じてもらえる食事を、勤務者と一緒に摂る。	12 ヶ月
5	20	利用者、の高齢化に伴い馴染みの場所との関係継続は、一部の方のみである、人との関係継続は、医院内にてなるべく多くの利用者が知人と、接する機会をもうけるよう取り組む。	高齢化により利用者全員の外出支援が困難になってきているので、ホームを、地域の交流の場につくっていく。	平日は医院駐車場が混雑しているので、土、日、祝日等の天候の良い日に外で、過ごす機会をもうけ、面会者や近所の方に気軽に立ち寄りただけのようにする。	12 ヶ月