

### 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	4272200207		
法人名	社会福祉法人たけのこ会		
事業所名	グループホーム鶴亀		
所在地	長崎県五島市浜町73番地3		
自己評価作成日	平成22年1月7日	評価結果市町村受理日	平成 22年 3月 25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	<a href="http://ngs-kaigo-kohyo.pref.nagasaki.jp/kaigosip/Top.do">http://ngs-kaigo-kohyo.pref.nagasaki.jp/kaigosip/Top.do</a>
----------	---

【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 22年 1月 22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)】

<p>1. 利用者の人格、尊厳を尊重した対応・介護に努める。2. 利用者家族、医療機関と密接に連携を行い、早期の対応に努める。3. 利用者の意見・要望に必ず、何らかの対応を行う。</p>
---

【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>五島の海と山の両方が近くにある、のどかな地域に“グループホーム鶴亀”はある。保育園を改築して造られたホームの前には大浜小学校があり、屋間は子ども達の元気な声が聞こえてくる。年に4回、保育園児がホームに来て下さり、ご利用者は子ども達との触れ合いを楽しみにされている。地域にある2つのグループホームと合同でレクレーションもしており、地域に密着した交流も続けられている。母体施設との連携もとれており、職員の育成含めて、事務長が統括をされている。母体施設で収穫される無農薬野菜等も運ばれてきており、“美味しく新鮮で体に優しい食事”も提供されている。21年度、管理者が交代したこともあり、新たな取り組みを開始した。今後は、職員の気付きやアイデアをより多く運営に取り入れていき、職員が意見を伝えやすい環境を整えていきたいと考えられている。季節の花見や、買い物、夕食等にも出かけているが、近隣の散歩など、日常的な外出にも意識的に取り組んでいく予定である。</p>
---

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広がったり深まり、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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	・毎月のスタッフ会議、日々の介護の中で利用者個人々人に応じた支援、利用者の立場に立った介護の実践に向け、職員同志が意見交換・情報の共有化を図っている。	「1. 生命の尊厳 2. 慈愛のこころ 3. 常に最良、最新の介護 4. 第一に利用者、次に家族、最後に介護者が満足する介護」をホーム独自の理念として掲げ、職員は常にご利用者の心身の状況に応じた支援に努めている。会議や研修の場で事務長より理念について話をしており、理念の共有を図っている。	「自分が、このホームに入居するとしたら…」という視点を持って、引き続き、ご利用者やご家族に満足いただける介護が実践できるように話し合いを行っていく予定である。21年度、管理者の交代により新体制となっており、今後の取り組みを期待していきたい。
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	・地域のほとんどのイベントの案内があり、利用者の健康状態等を考慮し、積極的に参加している。また、地域住民も「鶴亀の入居者」と認識し、気軽に交流・懇談している。	年に4回、保育園児がホームへ訪問し交流しており、ご利用者は楽しみにされている。また、ご利用者は、地域の小学校の運動会や学習発表会を見学されたり、地域で行われる運動会や敬老会にも参加されている。昨年は、地域の2つのグループホームと合同でレクリエーションを開催し、地域のグループホーム間での交流を楽しまれた。	
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	・運営推進会議等を通じて「認知症」の勉強会を行ったり、一人暮らしの高齢者の相談受付も行っている。		
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	・地域の代表者、利用者・家族、五島市職員すべての意見・要望を聞き取り、質の高いサービスが提供できるよう取り組んでいる。	町内会や老人会の代表の方や市の担当者、ご利用者、ご家族が出席され、年に2回開催している。同地区に3つのグループホームがあることから、地域の代表者と話し合い、会議への出席依頼が重ならないように調整を図った。会議を通して、地域の情報を頂いたり、地域の高齢者の支援について、相談を受けることもある。	
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取り組んでいる	・月に2～3回は、市介護担当者を訪問し、入居者の状況、今後の介護事業の動向等について意見交換を行っており、何でも相談できる体制である。	月に2, 3回、事務長が市の窓口を訪問しており、ホームの状況を報告している。市の担当者とは顔馴染みの関係を築かれているが、今後も連携を強化していきたいと考えておられる。	
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	・身体拘束に関する研修会への参加、スタッフ会議による研修会等を通じて計画作成担当を中心に全員で身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	ホームでは「身体拘束は一切しない」方針であり、職員が見守りを行うことで身体拘束を行わないケアを実践している。ご利用者が車いすからずり落ちそうになられた時は、ご家族の了承を頂いた上で、安全のために一時期ベルトを着用して頂いたが、必要がなくなった時点で着用を中止している。	
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逃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	・法人責任者も高齢者虐待防止研修に参加するなど、「言葉による虐待」についてもスタッフ会議等で説明し、全員で虐待防止に取り組んでいる。		

自己	外部	自己評価		外部評価	
		実践状況	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	・社会福祉協議会や司法書士を通じて資料を取り寄せ、スタッフ会議等において制度の概要を説明し、それを活用できるよう支援している。		
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	・入居にあたっては、パンフレット、契約書、重要事項説明書等により十分説明し、入居者・家族の理解を得ている。		
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	・家族の訪問時又は通院の結果報告等を通じて意見・要望の聞き取りを行っており、利用者・家がに安心できる運営体制に努めている。	ご家族とは、面会時や通院の報告時など、日常を通して連絡を取り合っており、職員から「何かありませんか？」と声かけを続けている。ご家族から、“家族会”設立の希望を受け、昨年8月に家族交流会を開催した。法人・事業所には、第三者委員を設置しており、公的な相談窓口の紹介も行っている。	
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	・スタッフ会議又は日常から職員の意見・提案等ができる体制である。	日常の業務や会議を通して、職員から、行事の企画等の提案があり、事務長と全職員での検討がされている。職員の提案で、施設内の備品を補充したり、ホーム内の床の修繕が行われる等、ホーム内の環境の改善が図られている。	ホームでは、よりたくさんの職員の気付きやアイデアを運営に取り入れたいと考えている。気付きノートを取り入れる等、職員が、意見を伝えやすい環境を整えていきたいと考えておられる。
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	・今年度、職員の勤続年数、資格等に応じて給与改定を行うなど、職員が向上心をもって勤務できるよう環境整備に努めている。		
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	・職員個々に適した研修の受講、上位の資格取得の啓蒙など、利用者中心のケアに必要な質の高いサービスが提供できるよう支援している。		
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	・代表者、役員が同業者との交流を定期的に行っており、職員への交流活動の指導も行っている。また、五島市GH協議会主催のケアプラン検討会へも必ず参加している。		

自己	外部	自己評価		外部評価	
		実践状況	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
<b>Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	・利用者に対する対応方法、個々の悩みなど気軽に話せる環境づくり、日常生活の中から変化等を敏感に受け止めるよう努めている。		
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	・家族の訪問時、電話等により家族の悩み、希望等がないか積極的に話しかけ要望等をよく聞くよう努めている。		
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	・利用者、家族から相談を受けた場合は、今できること又はできそうな支援・サービスを説明し、不安がないように努めている。		
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	・利用者各人に応じた会話、笑いが絶えず、いろいろな人生経験を語る中から職員・利用者が一緒に生活しているという意識を共有し、安心して生活できるよう支援している。		
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	・ささやかなことでも職員がよく話し、利用者個々人の要望、認知症の程度に応じた対応に気をつけ、共に生活している環境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	・利用者の友人、知人等への手紙・訪問、馴染みの美容室の利用、お寺参りなど、できる限り要望に沿った支援ができるよう努めている。	日々の会話の中で、馴染みの関係の把握を行っている。お墓の掃除ができない事を気にされているご利用者の希望に応じて、ご利用者の知人に、お墓の掃除を依頼する支援を行うなど、ご利用者の馴染み場所や人との関係が継続できるよう、個別の支援を行っている。	
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	・たまに利用者同士の認知症の程度によるトラブルが見受けられるが、共に生活していること、理解できること、できないこと等を話、利用者同士に十分配慮した対応・会話に努めている。		

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
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	・入院時は、必ず訪問するなど、状態をよく把握し長期入院による退去の場合も利用者・家族と何でも相談できる体制としている。		
<b>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</b>					
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	・利用者全員の生活の状況をよく把握し、本人の希望・要望をよく聞くようにしており、必要に応じて家族と相談しながら、利用者中心のケアに努めている。	ケアマネが作成した新しいアセスメント書式を導入し、昨年の9月から11月を通して、ご利用者やご家族の生活へのご意向を再度まとめる作業を行った。言葉でご意向を伝えるのが困難な利用者には、ご家族から情報を頂いたり、一緒に過ごす時間の中で、表情からご意向を知る努力を続けている。	
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	・日頃から本人又は家族から、これまでも暮らしや生活環境及び他のサービスの利用等を聞き取り、今後のサービスへ反映されるよう努めている。		
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	・利用者個々人の日常生活の把握、健康状態、趣味、好み等現状の把握に努めている。		
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	・毎月、スタッフ会議の中で利用者個々の新たな情報を出し合い、必要に応じてケアプランに反映している。	ご利用者やご家族のご意向を取り入れながら、計画作成担当者が原案を作成し、会議を通して全職員で検討している。介護計画の見直しは、毎月の会議とあわせて、見直しの時期に応じて、職員全員で行っている。	ご利用者にとってよりよい計画が作成できるように、今後も職員の意見や日々の気付きをより多く計画に取り入れられるよう努力していきたいと考えておられる。
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	・個々の「個別介護記録」等により、必要な部分をまとめモニタリングに反映している。		
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	・長期の入院治療が必要な場合でも主治医、家族とよく話し合い、可能なかぎり部屋をあけておくなど、馴染みの関係を大切にしながら支援を行っている。		

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	
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	・地域の老人クラブ、民生委員、警察派出所等と協力して支援している。		
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	・診察にあたっては、利用者・家族の希望を大切に主治医と十分情報交換し、適切な診察ができるよう支援している。	通院介助は、計画作成担当者とホームの看護師が中心となって対応しており、主治医への報告は細かにされている。受診結果はその都度、ご家族へ電話で報告している。ご利用者の症状によっては、病院に駆けつけてくださるご家族も多く、ご家族への報告は密に行われている。	
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	ホームのケアマネージャー、准看護師を中心に利用者の状況をよく把握し、診察時も状況を十分説明し診察の参考となるよう支援している。		
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。	・入院した場合は、職員等が定期的に訪問し、洗濯物の支援及び家族との連絡など、早期退院ができるよう情報交換を行っている。		
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	・利用者が重度化した場合は、家族・主治医とよく相談し、他施設の入所も含めた相談を行い、利用者・家族が不安のないよう支援している。	入居時にホームの方針を説明し、意向の確認も行っているが、「最期は病院で…」と希望される方も多い。重度化した場合は、主治医の意見を伺い、ホームで対応できる支援を行っている。状況に応じて、他施設の利用も含めた相談を行い、入所申し込みの手続き支援も行っている。ホームの看護師は常時連絡が取れ、心身の状況の細かな変化にも早期に対応できる体制を整えている。	
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	・事故発生時、緊急時のマニュアル等により速やかに対応できる体制にしている。また、避難訓練や応急措置講習会を定期的に行っている。		
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	・火災等の発生時には、地域の消防分団、近隣のグループホームへの応援依頼するなど、日頃から協力を得られる体制にしている。	年に2回、消防署員と地域の消防団の立会いの下、避難訓練に取り組んでおり、夜間に対応した訓練も行っている。地域の消防分団や近隣のグループホームには、あらかじめ災害時の協力依頼をしており、連携が図れる体制を整えている。災害時に備えた食料品等の準備は、母体施設の方で行っている。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>						
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	・利用者の人格・尊厳を大切にした対応に配慮し、特に「優しく」声かけするよう常に指導している。	スタッフ会議の時に、事務長から、ご利用者の尊厳を大切にされたケアについての話があり、職員は常に、ご利用者へ尊厳の気持ちを持って接するよう努めている。声の大きさや言葉遣い等、日々のケアの中で気付きがあった時は、その都度、職員同士で伝えあうようにしている。個人情報管理も、意識して取り組まれている。		
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	・利用者の希望・要望をよく聞き取り、可能な限りできることの支援を行っている。			
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	・本人が望むことを優先し、職員が利用者一人ひとりの状況をよく把握し、利用者のペースで生活できるよう支援している。			
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	・馴染みの人、馴染みの美容室等が利用できるよう支援している。			
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	・食事が楽しくできるよう職員も同じテーブルで食べており、食べこぼしなどをさりげなくサポートするなど支援している。	ご利用者に、食べたいものを伺いながら献立に反映させており、下ごしらえやテーブル拭き等、それぞれのご利用者ができることに取り組んで頂いている。食事は、法人やホームの畑で収穫された無農薬野菜等を探り入れて作られており、職員も同じ食事を一緒に食べるようにしている。	今後、食材の買い物や調理に関する一連の作業を、より多く、ご利用者に担って頂けるよう、職員全員が意識していきたいと考えている。心身状況の変化も見られてきているが、お1人お1人の“役割や楽しみ”が更に増えていくことを期待したい。	
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	・利用者個人別に食事、水分摂取量を把握し、良好な健康状態が維持できるよう支援している。			
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、利用者の能力に応じて口腔ケアの支援をしている。			

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
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	・利用者各人の排泄パターンをよく把握し、支障がないよう支援している。	職員は、それぞれの方の排泄間隔を把握しており、トイレへの誘導を行うことで、日中は、おむつを使わずに過ごすことができ、多くのご利用者が失敗なくトイレでの排泄が行えるよう支援している。職員は、声かけの声の大きさに配慮し、介助が必要ない時は、トイレのドアの外で見守りを行う等、羞恥心にも配慮している。	
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	・排便チェック表などにより、バイタル時に利用者の排便の状況を聞き取り、支障がないよう取り組んでいる。		
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	・利用者の健康状態、希望をよく聞き、気分よく入浴できるよう支援している。	入浴日や入浴する時間は、ご利用者の希望に応じて対応している。入浴を好まないご利用者には、時間をおいて再度お誘いしており、状況に応じて、ご家族へ声かけして頂いている。入浴されない時には、ご利用者に清拭して頂けるようにタオルを準備する等の対応も行っている。	引き続き、ご利用者の羞恥心や入浴への恐怖心、入浴を拒まれる理由も考えながら、ご利用者の入浴がスムーズに行える方法を全職員で検討していく予定である。
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	・利用者各人の生活パターンを大切にしながら、ゆったりとした共同生活ができるよう支援している。		
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	・利用者各人の状態をよく把握し、主治医と連携して適切な服薬管理、支援をしている。		
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	・利用者各人の楽しみ、趣味等をよく把握し、その人の能力が引きだされるよう会話、対応している。		
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。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支援している	・利用者の要望をよく聞き取り、季節・時期等を考慮して積極的に外出の機会を設けている。	それぞれのご利用者の希望に応じて、馴染みの美容室の利用やご自宅への外出の支援を行った。季節の花見や、買い物、外食等にも出かけている。近隣の散歩も行われているが、“日常的”までにはなっていない。	“外出”への意識を職員全員が持つことで、日々の生活の中に、“散歩”や“日光浴”が増えていくことが期待できる。ご利用者の希望に応じた外出を行うことで、生活に張りを持って頂き、気分転換にもつながることから、今後の取り組みを期待していきたい。



自己	外部	自己評価		外部評価	
		実践状況	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	・家族との話し合いにより、その人の能力に応じてお金を所持したり、必要により使えるように支援している。		
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	・ホームの様子の写真、年賀状等を送ったり、遠方の家族から手紙をもらったら、電話するなど支援している。		
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	・利用者が常に快適に生活できるよう清潔を保ち、食堂、居間、居室等に季節感を感じるよう工夫している。	リビングの窓からはホームの菜園が見え、ホームの中からも外の風景を楽しむことができる。リビングは、畳のスペースやソファが配置されており、思い出の写真等が飾られている。ソファベッドで横になって頂けるスペースもあり、思い思いの場所でくつろいで頂けるように工夫している。	
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	・利用者同士で一緒に過ごしたり、一人の時間を持てたり、自由に過ごせるように支援している。		
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	・居室への持込禁止はなく、使い慣れたものの、好みのものを持ち込み、気持ちよく生活できるよう支援している。また、家族等の宿泊も可能である。	入居時には、使い慣れた日用品を持ってきていただくように伝えており、タンス・テレビ・冷蔵庫・電話・仏壇を持ち込まれている。入居された後も、ご利用者ご家族に相談しながら、職員手作りの名札や絵を飾り、居心地よく過ごして頂けるよう工夫を続けている。	
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が送れるように工夫している	・ゆったりした居室、廊下等、利用者がその人の身体機能に応じて生活できるよう支援している。		

## 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】 注)「項目番号」の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。					
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	26	・毎月のスタッフ会議において各入居者別のケアに関する意見、最近変わった点等職員同士の意見交換により計画作成担当者が介護計画書を作成しているが、必ずしも職員全員が理解しているとは言いがたい。	・スタッフ介護等の場以外でも引継ぎノート等により入居者の状況をよく把握し、日々の気付きが介護計画書に反映されるようにする。	・引継ぎノート、気付きノートに介護計画書の見直しに関する事項については、マークするとともに、計画作成担当者が週に1度は、状況等の聞き取りを行い、全職員参加の介護計画書とする。	3 ヶ月
2	49	・利用者の要望を聞き取り、美容室、買い物、散歩等の支援を行っているが、「日常的」までにはなっていない。	・全職員が「外出」の機会の確保を十分意識するとともに入居者の聞き取りと合わせて、天候等を考慮しながら、近隣の散歩等を提案し日常的に「外出」の機会を設けていく。	・週間毎に利用者の「外出等チェック表」を作成し、全職員が入居者への声かけ、外出の機会の確保に意識を高め、入居者の希望に沿っていくこととする。	3 ヶ月
3	45	・入浴は、週3回を基本として支援しているが、ほとんど入浴を好まない入居者に対する対応を工夫する必要がある。	・入浴を好まない利用者に対してスムーズに入浴できるようにする。	・入居者が入浴を好まない理由等の聞き取り、家族が訪問した時に相談しながら、スムーズに入浴できるようにする。	3 ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月