

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	3170100410		
法人名	社会福祉法人 こうほうえん		
事業所名	グループホーム はまさか		
所在地	鳥取県鳥取市浜坂253-1		
自己評価作成日	平成22年2月20日	評価結果市町村受理日	

※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.pref.tottori.lg.jp/dd.aspx?menuid=33690
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人福祉経営ネットワーク		
所在地	東京都千代田区九段北4-1-9		
訪問調査日	平成22年3月6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)】

ご家族やボランティア、地域の方との関係を大切に、いつでも気軽に訪問していただけるような関係づくりを常に心がけている。また、入居者に対してアクティブな生活をしていただけるように、特技、趣味などの支援に努めている。入居者が常に安心して笑顔で生活できるように日中の活動時は、ひとりひとりの個性を大切にしながら支援をしている。

【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)】

地域の町内会と連携が深まり、清掃や運動会・敬老会などの行事で、近隣の住民との交流が進んでいる。バザーや公民館の文化祭などにも参加し、多数のボランティアが来訪する効果も得られている。また、利用者が穏やかに全員で過ごしているのは、本当の家庭のように感じられた。管理者・職員と利用者・家族の対話や情報交換が、互いを知り、尊重しあう効果をもたらし、明るく家庭的なホームになっているものと思われる。

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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	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
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	理念・グループホーム独自の介護10原則を掲示し入居者、職員で毎日唱和をし理念の共有、実現に取り組んでいる。その中で毎日一つを選び重点的に意識付けをしている。	法人理念・グループホーム介護10原則・事業所の理念などが所内に掲示され、利用者と職員が唱和をしている。毎日、10原則から1項目を取り出しその日のテーマとして認識し、職員の実践につなげている。	
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	自治会に入会し、地域の活動(清掃、納涼祭、運動会、敬老会、公民館行事、防災訓練)に積極的に参加して地域の方々との交流を図っている。写真なども写してもらい届けてくださる。地域の幼稚園や教会とも交流を行っている。	地域の町内会との交流行事を始め、バザーや買い物・美容院などで近隣の住民とも交流が深まっている。又、今年度初めて、電力会社のホールに利用者それぞれの作品を展示することができた。	
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	民生委員会に出席しグループホームの概要を説明したり、運営推進委員会の中で、地域の委員と情報の共有を行っている。地域の一人暮らしの高齢者が、地域のボランティアの方と一緒に慰問に来られ交流を図っている。		
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回運営推進会議を開き、活動状況などを報告している。委員の方々からも気軽に意見や助言を頂き情報公開の場になっている。又、その意見を活かして、サービスの向上に努めている。	利用者家族3名、地域代表2名などのメンバーが参加して、事業所の状況や利用者の情報の報告が行われている。地域包括や市職員と家族・民生委員が話し合うこともあり、事業所の運営や地域機関の情報が提供されている。	今後は、地域の認知症の人々への相談や支援を地域包括と共に働きかける地域認知症コーディネーター的なものも考慮されたい。
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	運営推進会議以外でも、市町村担当者(長寿健康課、)との連携を密にして、情報交換を行っている。また、こうほうえんに来たからとグループホームにも来苑されることもある。情報を活かしてサービスの質の向上に努めている。	市の職員との連携は、訪問したり、メール交換でなされているが、時には事業所に市職員が立ち寄ることもある。今後の制度変更に向けて、情報交換が重要である。	
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	法人でネバモア宣言を行い、身体拘束の廃止を行っている。職員間でも身体拘束の対象になる具体的な行為を、正しく理解して、日頃から身体拘束ゼロのケアに努めている。	法人のネバモア宣言に従い、一切の拘束をしないようにしている。特に、病気の治療時に苦勞があるという。	
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	虐待防止に関する研修会に参加する機会を作って知識の共有に努めている。職員も互いに意識し、虐待を見過ごされる事の無い様注意しながら防止に努めている。		

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
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	管理者は成年後見制度の研修会に参加している。職員は人権について研修をうけている。現在入居者中にも成年後見制度を利用している方がおり、必要時には情報交換を行っている。		
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	契約書、重要事項説明書を分かりやすく説明し、理解、納得を得ている。不安、疑問があれば常に説明をし、納得、理解をして頂ける様心掛けている。家族等の不安、疑問に向け、内容の追加、改善を行っている。		
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	玄関前のご意見箱やホームページ、重要事項説明書、契約書で苦情窓口を紹介している。また、はまさか独自のアンケート調査も行っている。日々の関係づくりに配慮し、利用者、家族が気軽に意見が言えるように工夫し、ケアに反映させている。第三者委員を設置している。	日常の利用者との会話や家族の来訪時の対話などで要望・意見を聞き取っている。これらを個人別に「苦情相談ノート」として記録している。利用者を知る良いツールと思われる。また、年1回独自の家族アンケートを行って参考にしている。	
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	運営者(理事長)は月1回程度訪問し、ご利用者、職員との交流に努めている。管理者は職員が気軽に意見が言えるような雰囲気作りに努めている。又、日々の会話や会議時などで職員からの意見を聞き、反映させるように努めている。	今回長年の懸案であったスプリンクラーが各居室に設置され、警報システムも設備された。理事長・副理事長が事業所に訪問し、利用者との交流や職員との会話が行われている。管理者は、面談などで職員の様子に気を配っている。	今後、利用者の重度化とともに、職員の心のケアなどの配慮が必要になる。職員の休憩場所の拡張やリラクスの機会も必要であろう。
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	運営者は月1回程度訪問し、職員と交流の場を作っている。法人内で表彰制度を設けたり、DU-CAPで個々の努力や実績、勤務状況を把握、評価して向上心を持って働けるよう支援している。		
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践と力量を把握し、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	法人年間研修計画や、法人外の研修会の知らせなどを回覧し自主研修の機会を促している。職員個々に学んでほしい内容があれば積極的に声を掛け、研修に参加できる環境を整えている。		
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	グループホーム協会に入会しており同業者との情報交換や相互研修などで交流を行い、認知症ケアの質の向上に努めている。		

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
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	事前面談、入居後は担当職員を中心に、職員が積極的に関わり、管理者と相談しながら、信頼関係づくりに努めている。本人が困っている事、不安な事、求めている事等を察知し、本人の思いと向き合い、受け止めるように努めている。		
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	入居申し込み時に管理者は家族の相談にのり関係づくりを行っている。入居後は管理者、担当職員が連絡を密に取り合い、希望されることを聴きながら、管理者と相談をして、希望に添うように努力している。		
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	本人や家族にとって必要な支援は何かを見極め、他部署や他事業所に橋渡しをするなどの対応に努めている。		
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	利用者を人生の先輩と捉え尊敬し、共に家事全般を協働し穏やかな生活を送れるように支えながら関係作りを心掛けている。また、畑仕事も教えてもらいながら一緒に作物を作っている。		
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	家族が面会に来られた時には、日々の暮らしぶりや様子をお知らせしている。家族からも新たな要望や意見を聴き、共に本人を支え合うもの同士として関係づくりに努めている。行事参加、草取りなど苑庭作業にも参加してもらっている。		
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	墓参りや自宅への外出、外泊の支援など馴染みの人や場所との関係が継続できるよう支援している。	墓参りや自宅への宿泊(外泊)は利用者の約半数が行っている。希望があれば、対応しているが、実際にはできない利用者も多い。親戚や友達の事業所訪問も時々見られている。	
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	利用者同士がお互いに支えあえる場面を作れるように支援をしている。利用者がお互いの部屋へ行き来きしている関係を大切にしている。		

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
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	退居された後でも、家族に来苑していただけるような関係づくりに努めている。近所のマーケットなどであっても挨拶や談笑し継続した関係が出来る。利用者が、他の施設に行かれても畑の手伝いや遊びに来てくれる。		
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	利用者一人ひとりの思いや希望を聴きケアプランに反映させている。意向を表現しにくい方は、日常の様子を観察したり生活歴などを参考にしながら本人本位に検討している。	入居前に本人や家族から意向をきき、入居後の関わりでも意向の把握に努めている。食事の嗜好や昔から好んで使用してきた化粧品など得られた情報は、情報ノートを活用して職員間で共有し、個別買い物などの支援に活かしている。	
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	ヒストリーシート・生活歴、エピソード、家族から聞き取りなどで把握しサービス提供に努めている。		
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	日々の様子を職員それぞれが観察をし、介護日誌、個人記録などへの記録を行うと共に、申し送りで現状が把握できるようにしている。		
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・家族・必要な関係者や職員からの情報、意見やアイデアを反映して、生活支援計画表の作成を行っている。家族とのカンファレンスを開き意向を聞いている。モニタリングは月1回行っている。	毎月モニタリングを行う。利用者本人も参加することがある。計画は、担当職員、ケアマネ、管理者と家族がカンファレンスにて一緒に作成する。家族が意向を追記した計画もある。変更箇所は赤字で記入し、職員間で共有しケアに活かしている。	
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	個人記録や申し送り等の情報を共有し、チーム内で話し合いをして、介護計画の作成や見直しに活かしている。		
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	現状を見ながら、本人の受診の付き添いや、リハビリスタッフ(PT、歯科衛生士)などに来てもらい介護ケアの充実に努めている。		

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	近くの美容院の利用や、公民館の文化祭の見学など必要に応じて地域資源を活用し豊かな生活を支援できるように努めている。		
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	本人及び家族の希望を尊重して、在宅から同じかかりつけ医への受診を、家族と協力して行っている。また、入居時からの担当医との橋渡しを行いながら、本人、家族の納得できる医療を受けられるように支援している。	希望するかかりつけ医へ家族同伴での通院をしている利用者がある。書面で情報提供をする支援を行っている。内科、歯科、眼科の定期往診や緊急時の医療体制も整えている。受診結果は利用者ごとにファイルし職員間で共有している。	
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	医療体制連携加算のもと、同施設の訪問看護と契約し、連携を図っている。日常の健康面での指導を受け、健康管理に努めている。		
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。	利用者が入院された時には、入院受け入れ機関と主治医との連携で、症状が落ち着いたら、早期に退院に向けた話し合いを行っている。家族の意向も配慮しながら支援している。入院先に職員が足を運び安心していただけ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	利用者の状態に合わせ、家族や担当医、職員と連携して、利用者、家族の思いに添ったケアができる体制づくりに努めている。看取りに関しての意向確認も行い担当医に報告、職員全員で方針を共有している。	看取りマニュアルが作成され、看取りの意向があれば意向確認書に沿って支援する方針である。家族やかかりつけ医と連携・協力し、職員研修や看取りに必要な体制作りに取り組む方針である。	
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	定期的に救急救命法の勉強会参加している。また、担当医と連携し、利用者一人ひとりに対し、急変を予測し、対応を職員間で話し合っている。		
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	マニュアルを作成している。消防署の職員に指導を受け避難訓練を行い、また地域の火災訓練にも参加している。非常用の食料、飲料水を準備している。	年2回消防署の協力を得て防災訓練を行うとともに、地域主催の防災訓練に参加している。消火器の設置や通報設備も整備され、地域との協力体制も検討中である。備蓄は、隣接する同法人施設に保管されている。	

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
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	一人ひとりの状態に合わせ、誇りやプライバシーを損なわないような言葉のかけ方などをチーム内で話し合い実践している。個人情報に配慮し事務所で申し送りをしている。個人の情報の取り扱いにも配慮している。	個人情報保護規定が定めてあり、研修も行われている。日常の申し送りは事務所内で行う。居室は利用者自身が自由に鍵の開閉が行えるなど利用者一人ひとりを尊重しプライバシーに配慮がなされている。	
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	本人の能力に合わせて言葉かけや声の大きさに配慮している。日常生活の各場面において、自己決定が出来るよう支援し、希望に添った生活ができるように努めている。		
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	その日の体調や精神状態を見ながら、一人ひとりのペースを大切に、本人の希望に配慮しながら、思いに添った生活ができるように支援している。		
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	本人の好みを把握し、その人らしいおしゃれや身だしなみを本人、家族等と相談しながら行っている。		
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	食器は本人のものを使用して頂いている。職員は利用者の能力に合わせて、炊事にかかわって頂いている。誕生日など利用者の意見を聞き、希望に添って柔軟に対応している。	食材の買い物や野菜の皮むきを一緒に行っている。食事形態や量も一人ひとりに応じている。職員は利用者と一緒に食べ、介助もさりげなく行っている。誕生日や行事には、利用者の好物を献立とし食事を楽しむ工夫を行っている。	
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	水分は一日1500ccを目安に個々の状態に合わせた量を支援している。お茶以外の飲み物は嗜好の物を提供している。食事は状態に合わせた形態のものを提供している。食事、水分が取り難い方には、医師と相談のもと栄養補助食品やトミなどを取り入れ健康維持に努めている。		
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	毎食後の口腔ケアを行っている。自らできない方は、職員ができない部分の手伝いをし清潔保持に努めている。義歯の不適合が見られたり、歯の痛みを訴えられたりした時には、早急に歯科受診できるように支援している。		

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
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	一人ひとりの排泄パターンを把握しながら支援している。歩行が困難な方も、トイレでの排泄を支援し快適に過ごして頂けるように努めている	利用者一人ひとりの排泄について、詳しく記録し排泄パターンの把握に努めている。職員間で情報を共有するとともに、一人ひとりの排泄パターンに応じ、トイレでの排泄を支援している。	
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	できるだけ自然排便に努めている。繊維質の食物、水分、乳製品を取り入れたり、運動や温電法など個々の状態に合わせて支援している。できるだけトイレに座って排便して頂けるように努めている。		
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	生活習慣で、午後からの入浴希望が多く、入浴は午後からとしている。排泄の関係で午前中に入浴していただくこともある。入浴が無い日に足浴をしていただく支援もしている。	1日おきの入浴を基本としているが、希望があれば毎日入浴でき、入浴剤を使用し、くつろいで入浴できるよう支援している。入浴しないときは清拭を行なっている。拒否があるときは、時間を空けて誘ったり、体調変化の時は足浴や清拭を行い清潔保持に努めている。	
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	日中に活動することで、夜間十分な睡眠がとれるように配慮している。一人ひとりの生活リズムに合わせて、体調を考慮して、日中も休息していただいている場合がある。また、不眠時には、牛乳や温かい飲み物を提供したり、寒い時期には湯たんぽを使い、気持ちよく眠れるように支援している。		
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	処方箋を必ず読み、薬の目的、副作用、用法や用量を確認して、医師の指示通りの服薬を行っている。担当医とも連携を図り、薬の必要性についても検討を行っている。また、服薬後の変化についても確認し担当医に報告している。		
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	日常生活や会話の中や生活歴の中から、個々の入居者の趣味や楽しみを見つけだし、気晴らしや生きがいにつながる活動をして頂いている。 個々の能力や希望に応じた役割を持ち、張り合いのある生活をして頂けるように支援している。		
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に支援している	天気の良い日には、近所の公園などに散歩に出かけたり、買物に同行して頂いたりしている。また、入居前に住んでおられた地域に出かけて、顔見知りの方に出会ったり、懐かしい場所に出かけたりできるように支援している。	散歩や食材の買い物の日常的支援のほか、家族や地域の人と外出し交流している。また、なじみの美容院や、自宅や家族の家に行くなどの個別支援も行う。行事の外出ができなかった利用者には、個別に観光地に出かける支援も行っている。	

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
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	買物の希望があれば、一緒に買物に出かけて、支払いをして頂く支援をしている。また、新聞を個人購読されている方には、集金時には、本人に支払いをして頂くように預かり金から支払っていただいている。		
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	外からの電話を取り次いだり、本人の希望があれば電話をかけるよう支援している。年賀状などは、職員が手助けをしながら直筆で名前を書いていただいている。		
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	照明器具は、やわらかい色彩にしてあり、季節感を出すよう置物や飾り物を置いたりしている。音は、利用者の聴きなれた音楽を流してもいる。(テレビはつけっ放しにしない)	玄関や廊下、リビングには季節に応じた生け花や手芸作品、行事の写真が飾られている。ソファや椅子も置かれ、利用者同士が和やかに歓談していた。また、温度計と湿度計を置き、季節に応じた環境管理を行っている。	
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	居間や廊下にソファ、イス、テーブルを置き、一人で寛いだり、利用者同士で会話をしたり、テレビを観たり、新聞を読んだりできる場所を提供している。		
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	居室は、本人の使い慣れたタンスや仏壇や家族の写真、花などを置き、安心して暮らせる居心地のよい空間となるように支援している。	持ち込みは自由で、ベット、机、位牌などが持ち込まれていた。また、家族と外出した時や幼稚園児と交流したときの写真、若い頃の思い出のある品々が置いてあり、居心地よく過ごすことができるよう工夫されていた。	
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	衝撃吸収マットや滑りとめ、廊下、トイレ、居室内の手すりなどを要所に設置している。トイレには「お手洗い」と表示して安全かつできるだけ自立した生活が送れるように支援している。		

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】					
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	入居者の重度化により医療面での不安が出てきている。入居者の意向確認を取り看取りケアには取り組んでいるが、職員の不安を軽減できるケアの体制が確立できていないためケアの質の向上を図って行きたい。	看取りケアに向けて職員の意識統一とスキルの向上を目指していく。	①法人内の看取り研修参加と共有する。 ②訪問看護師に依頼し看取り勉強会を実施する。	12ヶ月
2	35	火災時の非難訓練を年2回行なっているが、実際火災が起きたとき、一人夜謹慎時に迅速な対応ができるか不安を感じている。	災害時の非難訓練の回数を増やし、災害に対する職員の意識の向上を図る。	①毎月月初めを非難訓練の日とする。 ②近隣住民の避難訓練参加。 ③避難経路など改善点を抽出する。	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。