

## 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	4676300108
法人名	医療法人 愛誠会
事業所名	グループホーム ふれ愛の家 おじやったもんせ
所在地	曾於市大隅町中之内8842-24 (電話) 099-482-4398
自己評価作成日	平成22年3月25日
評価結果市町受理日	平成22年5月19日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL	<a href="http://kaken-shakyo.jp/kohyo">http://kaken-shakyo.jp/kohyo</a>
-------------	---

### 【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 シルバーサービスネットワーク鹿児島
所在地	鹿児島市真砂町34番1号 南光ビル303号
訪問調査日	平成22年4月7日
評価確定日	平成22年5月7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)】

本年度の運営目標を「利用者・家族が満足し、職員が安心して働ける職場作り」を掲げ、意思疎通の図れない利用者の多いおじやったもんせでは、医療との連携は欠かせないものになっている。  
同じ法人の訪問看護ステーションとの連携により、週1～2回の健康チェックと24時間体制のサポートがあり、日々の様子をメール発信し、情報の共有化が図られ、いつでも相談できる体制となっている。  
また、同じ法人の病院からの月2回の定期往診の他、異状時には臨時往診も対応でき、緊急の夜間受診も可能である。  
運営推進会議を通じて、地域の方々との信頼関係も深まり、災害時等相互の協力体制ができており、「地域になくってはならない、地域に貢献できるグループホーム」を全職員で目指している。

### 【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)】

介護保険制度開始前に開設された、民家改修型のホームである。周辺の住宅とほとんど違和感が無く、地域に溶け込んだホームである。  
同一法人の医療機関及び訪問看護ステーションなどとの緊密な連携により、健康管理や緊急時の支援体制が充実しているため、入居者やご家族は大いに安心して暮らすことができる。食事については調理専任の職員が担当しており、入居者の好みを考慮して工夫を凝らした料理を提供している。  
運営推進会議では、認知症や感染症についての勉強会やミキサー食などの試食会を行っている。さらに、会議に合わせて火災や土砂災害を想定した避難訓練を実施しており、参加されたご家族や地域の方々及び行政担当者にとって、ホームの運営に対する理解を深める機会となっている。

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	「ゆっくり、いっしょに、地域生活を楽しむ。」という理念をリビングに掲示し、地域の中でご利用者が馴染みのスタッフと一緒に御自分のペースで安心・安全に生活して頂くという意識をスタッフ全員が共有している。	地域との繋がりを強化するために理念を改定しており、地域活動に参加したり、認知症の理解を深める拠点として専門的な研修を行うなどの取り組みを行っている。	
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	地区民生委員の方は隣に住んでおられることから、日常的に会話を行なっている他、地域の中学生の職場体験・ボランティア受け入れや運営推進会議を通じて地域交流を行なっている。また、一昨年度より、職員・家族が地域の清掃作業に参加している。	近隣の方々と挨拶を交わしたり、地域の清掃活動や総会に参加して、地元の方々と交流している。また、校区の見守りネットワークにも参加している。学生やボランティアの受入も随時行っている。	
3		○事業所の力を生かした地域貢献 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生かしている。	近隣の方と日常的に挨拶を行い、気軽に立ち寄れる環境作りに努めている。地域の方々が参加される運営推進会議の中で、高齢者介護・感染症予防・認知症等の勉強会を行なっている他、認知症サポーター養成講座がいつでも開催できる体制を整えている。		
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	運営推進会議の目的や意義は浸透してきており、率直なご意見も頂いている。そのことをミーティング等で協議、検討を重ね、サービス向上に努めている。2月の運営推進会議では土砂災害を想定した避難訓練を実施し、地域との連携を確立することができている。	年間計画に基づいた議題に加え、タイムリーな話題を盛り込んで会議が行われており、各委員からは様々な意見や提案が出されている。また、会議に合わせて食事会を実施し、出席者に普通食とミキサー食を試食してもらったり、食事介助の様子を見て意見をもらうなどの取り組みも行っている。	
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連携を密に取り、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。	2ヶ月に1回開催される曾於市グループホーム・小規模多機能の会に参加し、担当者との意見交換を行っている。また、サービス提供における不明な点等があった場合は担当者に相談している。	市担当者は、ともに災害危険箇所を視察するなど、ホームの抱える問題に対して協働して取り組む機会を設けている。また、運営推進会議に合わせて、試食会や避難訓練にも参加している。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	身体拘束に関するマニュアルを作成し、所属ミーティングで研修を行なっている他、法人主催の研修にも参加している。また、毎月1回の高齢者グループの合同会議の中で身体拘束に関する会議も行い、検討し、そのことを所属のミーティング時に報告し、職員への周知徹底を図っている。	身体拘束廃止についてのマニュアルを整備するとともに、研修の実施や会議での検討を通して身体拘束のないケアを実践している。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	所属ミーティングにおいて高齢者虐待防止関連法についての勉強会を開催している他、日々の業務の中で、虐待にならないかをチェックしている。		
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。	権利擁護を必要としているご利用様がいる為、所属ミーティングにおいて、地域福祉権利擁護事業や成年後見人制度についての勉強会を開催している。		
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。	利用契約・改定時には、家族と面談を行い、サービス内容・利用料金・利用者情報・緊急時の対応及び解約方法等の説明を十分に行い、理解・納得をしてから、署名・捺印を頂いている。解約時には必要に応じて、家族面談を行なうようにしている。		
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並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。	何でも言いやすい雰囲気作りを心がけており、面会や月1回の家族面談時に率直な意見・要望を聞き、その内容をケアカンファレンスにて検討し、運営に反映させている。また、家族アンケートを定期的に行なっている他、事業所玄関に意見箱を設置している。	日頃から意見を出しやすい関係づくりに努めており、家族会のほかに月一回の家族面談を実施している。また、介護内容や職員の対応についてのアンケートも行う、出された意見は運営に反映している。	アンケートの集計結果や運営に反映された事例を入居者及びご家族に報告することで、さらに良好な関係づくりに活かしていただきたい。

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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1～2回開催される所属ミーティングの中で検討している。また、管理者は代表者と月1～2回会議・打ち合わせを行っている。	管理者は、職員と年3回の個別評価面接を行っている。また、ミーティングなどで職員の意見や提案を聞く機会を設けている。個別業務の時間帯について検討したり必要備品の購入を上申するなど、内容によっては法人の会議を通じて運営に反映している。	
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。	本年度より、職員職能等級制度や個人目標管理カードが導入されており、職員それぞれの能力・実績・勤務状況に合わせ、責任ある仕事を任せている。		
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	法人教育委員会による研修制度が確立されており、職員が積極的に参加できる環境が整っている。また、新入職員に関しては、基本的な介護を習得する為、3ヶ月施設実習を経てからの配置となっている。		
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つくり、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	曾於市グループホーム・小規模多機能の会・夜明け会（昭南病院主催）・大隅地区グループホーム協議会に参加し、地域の同業者との情報交換やサービスの質の向上に取り組んでいる。		
<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 サービスの利用を開始する段階で、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	聞き取りによる実態調査を行ない、利用以前に行なっていた趣味や仕事・生活習慣を把握して、それに基づいた対応やケアを心掛けている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係  サービスの利用を開始する段階で、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	聞き取りによる実態調査を行ない、家族の要望等に基づいた対応やケアを実施し、不安解消につながるように心掛けている。		
17		○初期対応の見極めと支援  サービスの利用を開始する段階で、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	相談を通じて、グループホームでできる支援の中で、どれが必要なかを考慮して対応している。また、本人にとって、どのような生活が一番良いのか他の福祉サービス利用も検討しながら対応している。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係  職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	「ゆっくり、いっしょに、地域生活を楽しむ。」を念頭に置いたケアの実践を心掛けており、一緒に生活しながら、喜怒哀楽を共にしている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係  職員は、家族を介護される一方の立場に置かず、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	家族面談時において、本人の現状を共有し、今後の方向性等を確認している他、家族ができる援助をケアプランに組み入れて実践している。		
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う、支援に努めている	利用者の親戚・友人・知人の面会があった場合は気軽に再度訪問して頂けるように声かけを行なっている。	入居者のこれまでの生活暦に合わせ、馴染みの場所を訪ねたりしている。また、一緒に通所サービスを利用していた知人や踊りの仲間が来訪したり話題に出たりすることで、これまでの関係継続につながっている。	
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	全員参加は難しいが、できるだけ多くの利用者が参加できるグループワーク（歌・ゲーム等）を心掛けている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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り組み  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	必要に応じ、訪問・面会を行なっている他、ご家族への電話連絡も行なっている。		
<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。	利用者それぞれを担当制にして、日々の生活の中で少しの変化（表情を含む）に気付けるように状態観察を行なっている。また、その状況を経過記録や申し送りノートに記載することで、情報を共有し、ケアカンファレンスにおいてケアの統一を図っている。	入居者の日常の様子を観察しながら、普段の生活との違いを確認し、記録や申し送り等を通じて職員全員が共有し、内容についての討議を行っている。思いを直接表現されない方や表現が困難な方については、間接的な言葉から汲み取ったり、表情や仕草をヒントに本人本位に検討して支援している。	
24		○これまでの暮らしの把握  一人ひとりの生活暦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	相談員からの情報収集や家族・本人との面談を行い、バックグラウンドアセスメントを作成し、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	日々の日誌を作成する中で、一日の過ごし方や心身の状態を記録し、現状の把握に努め、そのことを全職員に、メールを発信し、情報を共有化している。また、日々の業務の中でミニケアカンファレンスを開催し、ケアの方向性を検討している。		
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	ケアプラン全体の見直しは通常、6ヶ月1回行なっているが、毎月、評価を行い、それに基づいたケアカンファレンスによる見直しを行なっている。そして、家族面談等において、家族の同意を得て、検討した内容をケアプランに随時、記載し、現状に即したケアを提供している。	6ヶ月毎の全体見直しに加えて、毎月、入居者毎にケアカンファレンスで評価を行い内容の見直しを図っている。変更内容は毎月の家族面談で説明し、介護サービス計画表に新たなサービス内容が記載され実施に移される。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	経過記録や日誌に記載して、職員間の情報の共有化を図り、日々のケア提供や介護計画に結び付けている。		
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、その時々生まれ出るニーズに対応して、既存のサービスに捉われず、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	医療連携体制があり、週1回訪問看護の定期訪問や月2回の定期往診が行なわれている。また、本人や家族の状況に応じて、通院送迎や臨時の往診依頼等を行っている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らし方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	老人保健施設で開催される大きな行事に参加している他、地域ボランティアとの交流や地区民生委員が運営推進会議に参加して頂いている。		
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	受診や通院は希望に応じて随時、対応している。協力病院の他、眼科・脳神経外科等、入居以前からのかかりつけ病院を受診できるようにしており、その際、家族が同行しているが、どうしてもできない場合はスタッフが対応している。	入居者及びご家族の希望によるかかりつけ医の訪問診療が月2回行われ、病状変化や予後の状態等について情報交換を行っている。必要に応じて、認知症専門医との連携も行われている。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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や協力病院の地域連携科との連携を取っている。特に訪問看護ステーションとは24時間の連絡体制があり、いつでも、必要な看護が受けられるようになっている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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、また、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。または、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。	協力病院との提携があり、利用者が入院した時には、事業所から情報提供を行ない、退院時には病院から情報提供を受けている。また、入院時には、職員がほぼ毎日、本人の精神的安定と状況把握のために面会し、早期退院を目標としている。		
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、早い段階から本人や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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	本人の状況に応じて、適切な段階で、ご家族・主治医・運営者・管理者・職員とよく相談が行なわれており、終末期に向けた方針の共有が行なわれている。また、状態変化があった場合、その都度話し合いによる方針の確認が行なわれている。	現状では、重度化や終末期については、母体である医療機関を中心に法人全体で支援していく方針である。実際に重度化した場合や終末期に際しては、入居者及びご家族の意向とホームとして対応できる支援の方法を話し合っている。状態が変更した場合にはその都度話し合い、方針の統一を図っている。	重度化した場合や終末期の対応について、なるべく早い段階から入居者及びご家族の意向を確認し、ホームの方針等を説明することが望まれる。
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、すべ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	緊急対応マニュアルを作成し、ミーティングにおいて、職員の研修を行なっている他、法人の研修に職員が参加している。		
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	防災マニュアルを作成し、ミーティングで研修を行なっている他、年2回火災を想定した避難訓練を実施。本年度は土砂災害想定した避難訓練を実施し、職員の防災への意識を高めると同時に地域との協力体制を築くことができている。	年2回の防火避難訓練を実施し、避難方法や避難場所の理解、避難までの時間の確認を行っている。また、裏山からの土砂災害を想定した訓練も、行政や消防、ご家族や地域協力員の参加を得て実施している。	



自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	○一人ひとりの人格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	個人情報保護に関する法人研修に職員が参加している。個人別のファイルを作成している他、個人情報取り扱いのマニュアルを作成。ひとり一人に尊厳を持って接し、会話の内容や言葉使いに配慮している。	プライバシー保護についての研修を実施しており、言葉づかいや対応方法については、周りへの配慮を含めて十分に留意して行っている。特に排泄ケアに関しては、必ず本人の同意を得てから実施するように努めている。	
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をしている	意思疎通の図れない利用者は、好きな歌や家族の話題等をお伝えすることで、表情の変化から本人の思いを汲み取る努力をしている。会話のできる利用者場合は、コミュニケーションを密し、グループワークへの参加等、自己決定できるようにしている。		
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、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	一日の大まかな流れはあるが、食事や入浴等を含め、本人の希望する過ごし方・ペースを尊重し、その日を快適に、安心・安全に生活できるような支援をしている。		
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支援している	衣替えの時には、本人が好まれる色あいの衣類を家族に依頼している。また、一日3回の整容の時間を大切にしている。他、希望する理美容店がある利用者以外は定期的に理美容サービスを利用している。		
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	可能な方には、配膳・下膳を手伝って頂いている。食事メニューも高齢者向きになるように配慮している他、食事形態は、利用者一人ひとりに合わせたものにしていく。また、食事の時間は利用者と職員と一緒に食事できるようにしている。	3名の調理専任職員が毎日交替で勤務しており、入居者の好みを理解しつつメニューを構成している。食事の準備や後片付けは、一人ひとりの力量に合わせて職員と一緒に手伝ってもらっている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	毎日の食事・水分摂取量を記録している 他、補食としてエンシュア等を利用して いる。栄養バランスについては、法人の 管理栄養士に定期的な栄養指導を受けてい る。体重測定と血液検査を定期的実施 しており、必要に応じて主治医の指示も 受けている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の臭いや汚れが生じないよう、 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	職員の全介助・一部介助・促しの声かけ 等による毎食後の口腔ケアを実施してい る他、夕食後は義歯洗浄剤を使用し、清 潔保持に努めている。		
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 立に向けた支援を行っている	利用者の排泄パターンを把握し、本人の 身体機能に配慮した援助を心掛けてい る。時間にとらわれず、本人の尿意・便 意訴え時に対応し、尿意・便意の無い方 の場合は声かけトイレ誘導を行なってい る。また、寝たきりの方でも1日1～2回 はトイレに座って頂いている。	入居者の排泄のリズムを把握し、時間や 仕草、習慣等を理解して、トイレでの排 泄が快適に行えるように支援している。	
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	水分摂取を促したり、野菜等繊維質の食 べ物の提供を心掛けている。また、便座 に座られた時には腹部等のマッサージを 行なっている。		
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てしまわずに、 個々に応じた入浴の支援している	その日の利用者の体調や状況に合わせて 入浴を楽しめるように支援している。ま た、重度の方で排便等があれば、随時入 浴を行なっている他、入浴しなかった日 は足浴を実施し、くつろげるようにして いる。	入浴日を固定せず、一人ひとりの状態に 合わせて対応できるようにしている。入 浴日以外にも、お茶を飲みながら足浴を 行うことで安眠できるように支援してい る。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々 の状況に応じて、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	各利用者の生活パターンを優先し、午後からはそれぞれの居室での仮眠時間を設けている。		
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	処方箋を個別に管理ファイルしている他、往診時、内服薬の変更があった場合は、その日に職員に発信する等、職員間の情報の共有化を図っている。		
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、一人ひとりの生活暦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	利用者が洗濯物たたみ等できることはしてもらったり、一人ひとりの趣味や生活歴に応じた楽しみ事を職員と一緒に支援している。		
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に支援に努めている。また、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。	天気や利用者の体調に応じて、近所への散歩や買い物等日常的な外出支援を行っている他、重度の方でもテラスでの日光浴を行って頂いている。普段なかなか行けない港の見学やお寺・神社の参拝も実施している。	入居者の状態や天候等により、屋外のテラスや買い物へ出かけるようにしている。ホームの庭では、花見や花火を楽しむことができる。また、年に数回は遠方への外出を行っている。	
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	現在、お金の管理ができる方はいない。外出できる方は、お金を持つことの大切さを理解して頂くためにも、買い物に行かれた時には可能な限り、商品選び・支払い等をご自分で行って頂いている。		
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している	電話対応のできる方は少ないが、必要時にはスタッフが家族に電話をかけてつなぐようにしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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招くような刺激（音、光、色、広さ、湿度など）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	事業所内には、家具やソファ等を使用し、自宅と変わらない雰囲気になるようにしている。共有部分には、花を飾り、季節を感じられるようにし、リラックスできるようにしている。また、天気の良い時はベランダでもくつろげるようにし、外の風景を楽しめるようにしている。	民家改修型であり、リビングや和室はゆったりと落ち着いた雰囲気である。手入れの行き届いた庭には、季節毎に色づく木々が植えられており、部屋からの眺めも美しい。季節感や生活感を感じながら、居心地良く過ごすことのできる共用空間となっている。	
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	縁側付きの和室が設置されており、希望時には使用できるようにしている。		
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	居室には利用者が馴染みの家具や衣類の他、大切な家族の写真等が多数持ち込まれており、使い慣れた物や好みの物を持ち込み、自宅と変わらない雰囲気になるようにしている。	自宅で使用していた家具類の持ち込みがあり、壁の装飾や思い出の写真、小物類等が配置されてそれぞれに個性的な居室となっている。	
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」や「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	玄関・和室以外はバリアフリーになっている他、手すり、車椅子対応のトイレが設置され、安全な生活環境が維持されている。		

## V アウトカム項目

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
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
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
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見られている。 (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
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

鹿児島県 グループホーム ふれ愛の家 おじゃったもんせ

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
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
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
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：9, 10, 19)	○	1 ほぼ毎日のように
			2 数日に1回程度ある
			3 たまに
			4 ほとんどない
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の拡がりや深まりがあり、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

鹿児島県 グループホーム ふれ愛の家 おじやったもんせ

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
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
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 ほとんどいない

## 2 目 標 達 成 計 画

事業所名 おじやったもんせ

作成日 平成 22年5月17日

### 【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	10	アンケートの集計結果や運営に反映された事例を入居者及びご家族に報告することで、さらに良好な関係づくりに活かしていただきたい。	アンケートの結果報告や運営に反映された事例を入居者及びご家族にきちんと報告できるようにする。	年4回家族アンケートを実施する中でアンケートの案内に前回の御要望等に関する結果及び経過報告等を記載する他、家族面談や面会時に随時、報告できるように取り組んでいく。	12ヶ月
2	33	重度化した場合や終末期の対応について、なるべく早い段階から入居者及びご家族の意向を確認し、ホームの方針等を説明することが望まれる。	重度化した場合や終末期の対応について、入居者及びご家族の意向の確認とホームの方針等の説明を利用契約時から随時、行なえるようにする。	重度化した場合や終末期の対応についてのホームの方針を明確にし、新規利用及び現在利用されているご本人・ご家族の意向確認と方針の説明が随時、できるように取り組んでいく。	12ヶ月
3					
4					
5					

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。