

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	4670103656		
法人名	有限会社 オフィスセントラル		
事業所名	グループホーム あおば		
所在地	鹿児島県鹿児島市東坂元2丁目31番3号		
自己評価作成日	平成22年6月10日	評価結果市受理日	平成22年9月1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.kagoshima-kaigonet.com/
----------	---

【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7月23日	評価結果確定日	平成22年8月23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)】

入居者様はもちろんのこと、ご家族の方も同じように、家族のように接することで、助け合い、共に悩み、共に楽しみ笑い合えるような雰囲気心掛けています。小高い丘の上にあるので、眺めがよく、リビングや居室から、桜島や錦江湾・家並み・季節ごとに変わる山々の風景は、生活空間が広がって開放的な気分になれる。関連法人の福祉施設の協力で、書道教室・華道教室など、色々と参加でき、交流する機会もある。その他4か所のグループホームとの交流があり、合同演芸会があったり、管理者同士の話し合いが月1回ある。

【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)】

眺めの良い高台の住宅地に、スーパーと隣接して建てられたホームである。開設から6年が過ぎ、毎日の買い物やご近所との付き合いを通して、地域の中で馴染みの関係が深まって来ている。毎月発行しているホーム便りでは、行事予定等に加えて利用者一人ひとりの様子を写真入りで伝えている。関連法人の施設や事業所との協力により、習いごとや楽しみごと、交流の機会が豊富である。他の関連グループホーム管理者と研修資料を分担して準備するなど、互いに研鑽してさらなるサービスの質向上に努めている。

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 3. 利用者の1/3くらい 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ます (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、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させている (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

グループホーム あおば

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	住み慣れた地域の中で、安心して暮らせるような理念を作り、ミーティングで、理念の意味を掘り下げて、同じ目標を持って、介護の在り方を繰り返し話し合っている。	独自の理念を作成し、日頃目につきやすい玄関やリビングに掲示している。共通理解の上で理念を実践できるように、定例会で理念に基づいた具体的なケアのやり方について話し合っている。	
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	町内会に加入しており、公園清掃や町内美化活動などに出来るだけ参加している。隣のスーパーにほぼ毎日、入居者様と買い物に出かけて挨拶を交わしたり、話をしたりしている。	開設当初より町内会に加入し、地域の清掃活動等に参加している。近くのスーパーには毎日のように買い物に出かけ、店員さんと顔なじみになっており、ホームの前を往き来する住民の皆さんとも親しく交流している。	
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	ご家族向けに作った、認知症の理解の資料を見学いらした方々や面会いらした方に差し上げている。入居者様と一緒に花や野菜を育てているところを見てくださいと、どのような施設であるのか理解していただく。		
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	運営推進会議において、外部評価の結果を報告し、今後の取り組みについて話し合いをしたり、その場で取り上げられた検討事項についてその経過を報告し、サービス向上の手がかりにしている。	定期的に運営推進会議を開催しており、設備面や災害対策などについて改善点を話し合い、運営に反映させている。話し合われた内容は、年2回の家族交流会でご家族に報告している。	
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	介護相談員の受け入れにより、入居者様の希望や意見を参考にしてサービスの質の向上に役立っている。包括支援センターの方と運営推進会議のほかにも、交流があり、手続きの相談などでも協力していただいている。	ホームの運営や設備等について、日頃から気軽に行政窓口へ出向き相談している。また介護相談員を積極的に受け入れ、サービスの質向上に役立っている。	
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	ミーティングの中で、繰り返し研修を行い、ケアを振り返り、気づいていない身体拘束はなかったか点検して、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。ご家族の方からは、玄関の解放は、心配であるとの声があるが、理解していただき、入居者様の行動パターンを把握して、外出したいときに一緒に出かけるようにしている。	日中は施錠はしておらず、利用者が外出されそうな場合には無理に止めることはせずに、職員と一緒に付き添うようにしている。ご家族からは日中の施錠やベッド柵の設置等について要望があるが、身体拘束の弊害を説明して理解を促し、身体拘束をしないケアの実践に努めている。	
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	ミーティングや職員研修で、高齢者虐待防止関連法について話し、理解を促している。例えば、自分の親だったら、どのようにしてほしいかを考えながらケアをするなど具体的なことを提示している。		

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
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	機会あるごとに、このような制度があることを職員に説明している。対応が必要なケースには、管理者が中心となって対応している。		
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	重要事項説明書により契約を結ぶ際、利用料金や入居・退去の基準の詳しい説明を行い、同意を得るようにしている。利用者の状態変化により退去に至る場合は、ご家族やご本人と対応方針を相談し納得していただけるようにしている。		
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	家族交流会や運営推進会議等において常に問いかけたり、ご家族が、訪問された時、何でも話せる雰囲気作りや声かけを心掛けている。出された意見や要望は、ミーティングで話し合っている。	利用者との日頃の会話から、意向をくみ取るように努めている。また、年2回の家族会開催時やご家族の訪問時に、職員が声かけをしてご家族の意見や要望を引き出すようにしている。改善が必要な事項については早急に対応し、サービスの質向上につなげている。	
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	週1回定例会[ミーティング]を開き、職員全員の意見や提案を聞く機会や話し合いの機会を設けている。事あるごとに問いかけをしたり、意見を求めたりしている。申し送りノートにも、意見を書いてもらっている。	定例会で職員の意見や提案を聞き、それらを取り入れて適切なケアができるように活かしている。また管理者は、日頃から意見を出しやすい雰囲気作りに努めている。	
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	代表者は、勤務状況を把握し、貢献年数により、表彰している。ミーティングにも積極的に参加して、意見を聞こうとされている。		
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	介護支援専門員協会・社協の主催する研修などを積極的に受講するとともに、月1回職員の勉強会を開いている。参加できなかった職員には、資料と報告書を閲覧できるようにしている。		
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	関連グループホームの管理者と事例の検討などを行う事で、質の向上に役立っている。近くの居宅支援事業所や病院の相談員の方々と交流があり、訪問していただいている。		

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	入居に関する相談があった時点で、ご本人に面会したり、入居の日に、心身の状態や思いを話していただけるような声かけや機会を作り、受け止められる努力をしている。		
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	相談と見学に訪問されたとき、ご家族の苦勞や不安などをゆっくり聴くようにしている。予約された後も、時々近況をお聞きしたりすることにより、信頼関係を作ること繋がつている。		
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、早急な対応が必要なのかどうか、ご本人とご家族の思いや状況などを確認し、可能な限り柔軟な対応を行っている。(他のグループホーム・デイサービス・ショートステイなど)		
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	職員は、入居者様と共に暮らす同士であり、人生の先輩であるという考えを共有しており、入居者様の得意な分野(料理の仕方、行事の風習など)において学ぶことが多く、相談しながら物事をすすめるように心掛けている。		
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	日頃から、入居者様のご様子をお話したり、思っている事をお伝えすることで、ご家族と協力し合っご本人を支えていける関係を築くようにしている。		
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よう、支援に努めている	入居者様の半数以上は地域に暮らしていた方達なので、気軽に面会をしてくださる。また、クリニックの送迎車を利用して、馴染みの場所を通ることで、思いを巡らせるように支援している。	近隣の住民が買い物の途中で立ち寄ったり、野菜を届けてくれたりして、馴染みの人との交流が継続している。また通院の際は、以前よく買い物に訪れたデパートなど、慣れ親しんだ場所を通り、これまでの生活感が途切れないように支援している。	
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利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	職員は、毎日お一人おひとりに時間を作って声をかけ、話を聴いたり、食事の時間もそばで、多くの会話を持つようにしている。介助の必要な方のそばに、元気な方に座っていただき、手伝っていただくことで楽しく過ごせるように心掛けている。		

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	年賀状や暑中見舞いなどを差し上げることにより、近況を知らせてくださっている。時々、電話を掛けることもある。		
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	出来るだけかわりを持つように心掛けご本人が、どのように暮らしたいのか、どうすることが、最良なのかをご家族や職員を交えて検討している。例えば、ご家族と一緒に暮らしたいと思われているが、暮らす事は無理なので、週1回ご家族と外出していただくことで、施設にいても、家族なのだと思わせていただけるようにしている。	会話する機会をなるべく多く持つことで、利用者一人ひとりの意向を把握するようにしている。意向の表現が困難な方に対しては、毎日の関わりにおける表情の変化から思いをくみ取り、本人の希望に近づけるように支援している。	
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	入居前に、自宅や施設や病院に訪問したり、ご本人やご家族から聴き取りをさせていただいたり、書き込んでいただいたりしている。入居後も、折りに触れてご本人に問いかけ、どのような暮らしをされていたのか把握するように心掛けている。		
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	入居者様お一人おひとりの生活リズムや心身状態を理解するように努め、出来ることや理解できることなどを把握するように努めている。		
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	ご本人やご家族に対して、思いや意見を聴くための話し合いの機会を持ったり、遠くになかなか訪問することができないご家族には、電話や手紙を利用して意見交換を行い、介護計画の作成に活かしている。また、定例会を利用して、職員との意見交換やモニタリングをしている。	介護計画作成時には本人やご家族に聞き取りを行うとともに、関係者からも意見を求めている。基本的には6か月毎に計画を見直しているが、毎月のモニタリングを通して、変更が必要な場合には現状に合わせた新しい介護計画を作成している。	
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	職員が、毎日、入居者様の状態変化や気づいたことをケース記録・業務日誌・申し送りノートに書き込み、勤務開始前に確認することで、情報の共有化を図り、職員間のケアの実践や介護計画の見直しに役立てている。		

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	
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	医療機関への受診時の送迎や付き添い・日常的な買い物の支援など、入居者様の希望や生活状況から発生するニーズに柔軟に対応している。ご家族のために、希望により、食事を準備したりして、ゆっくりと過ごしていただくための支援もしている。			
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	民生委員やボランティアの方が、訪問して下さったり、近くのケアハウスからのお誘いで、華道や書道教室に参加させていただいている。			
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	ご本人及びご家族の意向を確認し、協力医療機関や以前からのかかりつけ医で継続して受診できるように支援している。他科受診の際もご家族の希望する医療機関を利用することができる。ご家族同伴の受診だが、ご家族代行で職員ができることを説明し、同意を得ている。	本人及びご家族の希望によりかかりつけ医を決めてもらい、ご家族の協力も得ながら、専門医の受診を含めた支援を行っている。ご家族が受診に付き添われる場合にも、医師への情報提供と病状を把握するために職員も同行している。		
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	血圧や体温の異常に気付いた時やいつもと違う心身の変化に気づいたら、すぐに、電話連絡をして、支持や助言をいただくようにしている。			
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。	かかりつけ医の医療情報提供を依頼したり、介護情報の提供書を書き、安心して入院ができるように手配をしたり、病院の相談員の方と納得がいくまで話し合うようにしている。			
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・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	早い段階から、終末期の在り方をご家族・医師・看護師・職員を交えて話し合いの場を何度も持ち、看取りをさせていただきました。それをきっかけに、家族交流会の中で取り上げ、それぞれのご家族の気持ちをお聴きして、支援に繋げている。	重度化した場合における指針を作成している。利用者の身体状況が悪化した場合には、関係者間で話し合いを持ち、ホームの体制と方針を説明して同意を得ている。医療機関との連携を図り、本人及びご家族の希望があれば、ホームでの看取りができるように体制を整えている。		
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	応急手当のマニュアルをもとに、ミーティングの中で、繰り返しを行い、訓練をしている。			
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	消防署とセキュリティ会社の方々の協力を経て、避難訓練(特に、夜間帯での訓練)や避難経路の確認や消化器の使い方などの訓練を年2回行っている。関連ケアハウスやクリニック職員の協力や近隣の方達の協力もお願いしている。	年に2回避難訓練を行い、消防署やセキュリティ会社から、消火訓練や避難の注意点等についてアドバイスを受けている。2階非常口付近に、新たに水道を設置するなどの改善も行われている。		

自己	外部	項目	外部評価	
			自己評価 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	職員にとって、入居者様は、自分の家族だと思って接するように心掛けており、尊敬の気持ちを忘れないような声かけや対応をしている。さりげない介護や誘導ができるようにミーティングを利用して意識向上を図っている。	トイレ誘導や排泄に失敗した際の利用者への声掛けは、周囲に注意をはらいプライバシーを損ねることがないように行っている。排泄時にトイレのドアを閉めることを拒まれる方に対しては、職員が目隠しになることで、他者の目に触れることがないように配慮している。
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	お一人おひとりの体調・体力・理解力に合わせて、出来そうなことや興味のありそうなことに声かけをしてみるが、ご本人が希望されないときは、無理強いしないように心掛けている。	
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	規則正しい生活をしてもらいたいというご家族の希望があり、基本的な一日の流れにしたがって過ごされているが、その日の体調やご本人の希望により、柔軟に対応している。	
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	服を着られる際、できるだけ見守りや支援をして、季節感のあるその人らしい身だしなみができるように心掛けている。髪も、希望に合わせたカットやヘアカラーをしていただいている。	
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	入居者様の好みや苦手なものを把握し、旬の食材やメニューを工夫することで、食事が楽しみなものになるようにしている。食材と一緒に見ていただき、献立を決めたり、調理や片付けに参加していただいている。食事の時は、同じテーブルについて話ながら食事をするようにしている。	利用者の意見を聴きながら献立を作成し、ホームで栽培した野菜も食材として取り入れて、季節を感じるができるように工夫している。利用者は、一人ひとりの力量に合わせて、モヤシの根取りや皮むき、配膳等に参加してもらっている。
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	バランスの摂れた食事ができるように食事の内容や摂取量を記録している。職員は、同じテーブルについて食事をするので、入居者様の状態を把握できている。飲み込みが悪い方は、おかゆや刻み食やとろみなどで、対応し、水分量の少ない方には、声かけをし、支援している。定期的に管理栄養士のアドバイスももらっている。	

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
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、お一人おひとりに歯磨きの声かけを行い、職員がそばで、見守りながら、きれいになったか確認するようにしている。一人で出来ない方は、職員が義歯と口の中をきれいに磨いている。義歯洗浄剤を使う日も決めている。(週1回)		
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	個々の排泄パターンや習慣を把握し、トイレ誘導や声かけにより、トイレでの排泄や尿取りパットの交換をすることで、自立に向けた支援をしている。特に、昼間は、トイレでの排泄を支援している。	一人ひとりの排泄パターンを把握し、状況に合わせて尿取りパットやポータブルトイレを使い分けながら、失敗なく排泄が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	普段から野菜を多く取り入れたメニューで食物繊維をたくさん摂取するように心掛けている。きまった時間に声かけをして、トイレに誘うようにしている。なかなか排泄がない方には、下剤を使うこともある。		
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	平日は、午前中クリニック受診をされる方達が、多いので午後から夕方まで、休日は、朝から夕方まで、毎日入浴できるように準備をしている。入居者様の希望を確認し、入浴を嫌がられるかたには、タイミングを計って、何度か声をかけるようにしている。	毎日入浴可能であり、声掛けにも工夫しながら、利用者の希望に応じてスムーズに入浴できるように努めている。利用者同士で入られることもあり、入浴が楽しみな時間となっている。	
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	体調や生活習慣に合わせて、昼寝をしたり、早く休んでいただいたり、ゆっくりとリビングで眠くなるまでお話しをされたりして落ち着いて眠れるように支援している。昼間は、できるだけ起きて活動していただけるように心掛けている。		
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	服薬ファイルや服薬管理票を作成し、いつも確認するようにしている。薬の処方や用量が変更されたり、ご本人の状態の変化が見られる時には、日誌や申し送りノートに記録やメモを取り、医療機関と連携が図れるようにしている。		
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	お一人おひとりの力が、発揮できるように、色々な場面を作って、興味のありそうなことに声かけをしている。書道・華道・野菜作り・掃除・など、得意なことを見つけて、挑戦していただけるようにしている。ご本人が希望されないときは、無理強いしないように心掛けている。		

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
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	平日は、午前中クリニック受診をされる方達が、多いので、ドライブ感覚で、治療に出かけられる。買い物や散歩なども入居者様のご希望にそって出かけている。外食やお墓参りなどは、ご家族の方をお願いしている。	近くのスーパーに毎日買い物に出かけている。またリハビリのための通院や、ホームの畑でできた野菜を収穫するなど、なるべく屋外に出る機会を設けている。時期によってはドライブを計画し、季節を感じてもらえるように支援している。	
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	お金の管理が出来ない方がほとんどだが、隣がお店なので、職員とともに買い物に行き、ほしいものを選んでご自分で買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	ご本人が希望すれば、職員が電話をして、お話をさせていただいている。また、遠方のご家族は、定期的に掛けて下さる方もいる。手紙が書ける方は、書いていただき、出せるように支援している。		
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	玄関は、明るい雰囲気でも季節感のある花を生けるようにしている。カウンター越しに台所の様子が見えるようになっているので、ご飯や料理の匂いや食材を刻む音、食器を洗う音など、生活感を味わえるようになっている。リビングから見える外の景色は、とてもきれいで眺めが良い。	リビングルームにはソファが多く置かれており、窓から見える絶景を楽しみながら過ごすことができる。利用者同士の関係を考慮しながら、状況に応じてその都度リビングのレイアウトを変更し、混乱を避けるようにしている。共有スペースの畳の間には仏壇があり、利用者が思い思いに手を合わせる姿が見られる。	
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	リビングにソファを置いたり、廊下の隅に椅子を置いたりして、おひとりで過ごしたり、気の合う方と話をしたりして、くつろげるスペースを作っている。		
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	入居者様の今まで生活していた環境に近づけるように、使い慣れたものや好みのものを持ち込んでいただくようお願いしている。慣れ親しんだ家具・ご家族の写真・化粧台・仏壇・時計など、安心して過ごしていただけるように配慮している。	利用者が使い慣れた物を持ち込み、馴染みのある居室になるように働きかけている。本人の好みや状況に合わせてレイアウトすることで、過ごしやすい空間になるように配慮しているが、居室によっては、利用者の排泄の現状にかかわらず、日中もポータブルトイレが出されたままである。	利用者の排泄状況に応じて、ポータブルトイレの必要性を再度検討することが望まれる。その上で、使用しない場合は目隠しをしたり部屋の隅に片付けるなどして、利用者が尊厳を保ちながら居心地良く過ごせるように配慮していただきたい。
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	トイレは、手すりが付いていてお一人でも座ったり、立ち上がったりできるようになっている。廊下が広くて安心して車椅子を使用していただける。更衣室も浴室も広く、車椅子でも浴室の中まで楽に行くことができる。		

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	54	普段、日中は、リビングにて、過ごされるため、居室によっては、入居者様の排泄の現状にかかわらず、日中もポータブルトイレが出されたままで、夜間自室に戻られた時、すぐに使用できるようにしていた。ご家族や親戚の方が、自室で面会されたときの配慮に欠けていた。	入居者様の排泄状況に応じて、ポータブルトイレの必要性を再検討すること、使用しない場合は、目隠しをしたり、部屋の隅に片付けるなどして、入居者様が、尊厳を保ちながら、居心地良く過ごせる。	一人ひとりのアセスメントをとり、ケース検討会を開いて、排泄状況をしっかりと把握し、ポータブルトイレが必要か、否かを判断する。必要が無くなって、そのまま置いていらっしゃる方については、ご家族に持ち帰っていただけるように話し、処分する。必要な方は、起床後、自室の隅に片付け、カバーを掛けるようにし、夕方、セッティングするようにして、昼間の配慮を心掛ける。入居者様が、重度化されているので、その都度、検討をする。	6ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					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。