

# 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	0873700512		
法人名	社会福祉法人 聖隷会		
事業所名	グループホーム 玉造の里	ユニット名( なのはな )	
所在地	茨城県行方市芹沢1652-10		
自己評価作成日	平成 30 年 7 月 31 日	評価結果市町村受理日	平成 30 年 12 月 10 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://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action=kouhvu_detail_2013_022_kihon=true&amp;JigyosyoCd=0873700512-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action=kouhvu_detail_2013_022_kihon=true&amp;JigyosyoCd=0873700512-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 茨城県社会福祉協議会		
所在地	水戸市千波町1918番地 茨城県総合福祉会館内		
訪問調査日	平成30年9月25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)】

事業所は、のどかで自然が豊かな地域にあり、のんびりとゆったりとした時を過ごせます。隣接して、保育園・児童養護施設があり子どもたちの声や姿をいつも目にすることができます。特に、法人傘下の保育園児とは、週1回のふれあいデイや運動会、お遊戯会等へ招待を受けるなど交流が多く利用者様の楽しみとなっています。また、関連施設には、病院(精神科ほか)・介護老人保健施設・介護老人福祉施設等の事業所があり利用者様に合ったサービスの選択肢が豊富です。医療面のバックアップや認知症の専門治療にも対応できます。そして、利用者様がお元気であること、スタッフは定着率が高く、意欲がありチームとしての活動能力に優れていると自負しています。徐々に地域の中に存在しているという実感がありますが十分とは言い難く、気軽に誰でも立ち寄れるそんな「場所」になることを目指しています。

## 【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)】

事業所は自然豊かな環境の中、法人経営の保育園の庭に接するように建設されており、日常的に園との交流がある。1階にはフロア続きで”子育て支援センター”があり、地域の親子が出入りする他、様々な催し物の会場に利用されている。施設長は事業所を「地域のよろず相談所」になることを目指して、地域との交流を深めている他、職員の研修、資格の取得を推奨し、職員の育成、サービスの質の向上に努めている。リビングには明るい日差しがあふれ、利用者の個性を尊重した支援の中、穏やかでゆっくりした時間が流れている。設置法人の医療機関や介護関連施設との連携が図られ、利用者の状態や家族等の希望に応じた支援体制が整っている。

## 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	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
<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	理念や目標は、だれでも目にしやすい玄関や共有スペースに掲示したり、朝礼時には唱和するなどし行動しています。「介護理念・実践チーム」により取組を強化しています。	前回課題であった事業所独自の理念を「介護理念・実践チーム」を中心に作成し、玄関やリビング等に掲示し、常に意識して日常の介護にあたっている。	
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	区に準会員として加入しています。地区のレクリエーションに参加したり、施設行事への招待やボランティアの受入、図書館利用、散歩時の挨拶など地域とのつながりを大切にしています。	隣接する保育園と、毎週交流会があり、また誕生日会や豆まきなどの行事を楽しめるような取組を行っている。地域ボランティアの運営する図書館へ行って本を借りたり、お茶を飲んで寛ぐなど、地域との交流を行っている。	
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	運営推進会議やボランティアの受入、行事に地域の方を招くなど利用者や職員と交流する中で理解や支援方法を伝えています。今年度は、認知症家族の会への協賛、認知症サポーター養成講座への協力をします。		
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	運営推進会議は、2か月に1度開催、委員は利用者・家族・区長・民生委員・有識者・行政・管理者で構成しています。報告や情報提供、意見交換で相互の信頼やスタッフの士気高揚、サービスの向上につながっています。	事業所の状況やヒヤリハットの詳細等を報告し、利用者や事業所の日頃の取り組み等についての理解を得られるよう努めている。会議の前後に、利用者と同じ献立の昼食を提供し、栄養士による献立や栄養バランス、配膳等、利用者に配慮した食事内容について参加者の理解を得られるような取組を行っている。	
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	運営推進会議や介護支援専門員連絡協議会、認知症アドバイザー連絡会、認知症徘徊高齢者協力員など市担当者や地域包括支援センター職員との相互交流を通じ、協力関係を築いています。	市のケアマネ連絡協議会に参加している。生活保護担当職員の訪問があり、市の認知症介護アドバイザーや認知症徘徊高齢者協力員を受け、協力体制を築いている。利用者の代行手続き等で日常的に市を訪問し情報交換をしている。	
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	身体的拘束等適正化のための指針に基づき、身体的拘束適正化委員会の設置、職員研修の方針を定め身体拘束をしないケアに取り組んでいます。日中は、廊下の出入り口や玄関の施錠はしていません。居室入口の施錠は昼夜を通してありません。	職員等の参加により開催される身体拘束適正化委員会では、事業所独自のマニュアルや指針を作成し、身体拘束の内容や弊害等を十分理解する取り組みを行い、日頃から身体拘束をしない支援を実践している。	

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
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	職員間には、虐待防止の知識は浸透しています。勉強会の開催や職員が相互に注意を払い見過ごされることのないよう努めています。報道等で虐待について話題となった時は、取り上げ注意を喚起します。		
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	事業所内では、2名が成年後見制度を利用しています。職員は、勉強会や外部研修で知識を得ます。また、管理者が成年後見人として活動したこともあり、情報提供や相談も可能です。		
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	利用時は、文書及び口頭にて十分説明し納得の上、契約に至っています。改定時は、文書や広報誌で知らせます。事業所を退去する場合は、今後の方向性や必要なサービスや利用法等の相談に応じています。		
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	苦情受付窓口や第三者委員の設置をしています。利用者からは日々のふれあいから、家族等からは面会時や家族アンケートから意見・要望を聞こうと心がけています。	玄関を入ってすぐの場所に意見箱を設置している。年1回、無記名アンケートを実施し、家族等からの意見を聴けるような取り組みを行っている。家族等からの意見があった場合には、実現出来るように家族等と話し合っている。	
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	管理者は、月1回の職員会議や日常の中で職員の意見や要望を聞くよう努めています。委員会やチーム活動を通じ、積極的に意見交換の機会を設け、出た意見や提案を運営に反映させています。	勤続年数が長い職員が多く、日頃から職員間のコミュニケーションが図れている。職員の相談等は直接管理者に話せるような信頼関係を築いている。	
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	就業規則・給与規定により職場環境や条件の整備に努めています。施設内には、安全衛生推進者を2名配置、環境等の管理をしています。職員には、公平かつ平等に研修参加や資格取得の機会が提供されています。		
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	法人主催では、新規採用時研修、上級救命講習会、グループホーム勉強会等が随時開催されています。外部研修にも積極的に参加します。事業所には、職員が自ら計画、実践する「研修・学習委員会」を設置しています。		
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	法人傘下の同業種との交流や学習の機会があり、サービスの質の向上に努めているが、地域の同業者とのネットワーク作りには至っていません。行政等による同業者や多職種協働研修を通じて交流の機会があります。		

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
<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	利用前には、本人及び家族と面接をし、現状の把握と共に困っていることや要望等思いの把握に努めています。利用前の施設見学も実施しています。		
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	家族の気持ちを思いやり、介護へのねぎらいを忘れずに相談や利用前面接を行います。安心して頂くために十分に事業所としての姿勢やサービスについて説明します。		
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	利用の相談があった時は、此処が本人や家族の望むサービスを提供できるか判断し、他のサービスが望ましい又は希望される時は、サービスの選択肢を提供、関係機関と連携し他につなぐよう努めています。		
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	過去の経験や生活歴を大切にしながら共に暮らす視点で介護しています。風習や慣習、今昔の違いの中、利用者と職員は相互に学びがあり互いに感謝の言葉が日常的に聞かれます。		
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	日常の様子は、面会や電話があった時は事業所から伝えますが、無い場合も月1回は文書にてお知らせします。利用者の今を把握することで家族も正確な情報を得、同じ思いで本人を支えていけると感じています。		
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	面会・電話・手紙・外出・外泊等制限せずに可能な限り自由にして頂くようお願いしています。地域の祭りや行事に参加したり、馴染みの場所に出かけたりと家族と協力し合って良い思い出が残せるよう支援しています。	入居の際、利用者と家族等から得た情報をアセスメントシートに記録し、利用者の馴染みの人間関係を把握し、日々の暮らしに活かせるような取り組みを行っている。家族等の協力で馴染みの場所等に出かけ、楽しい時間を一緒に過ごす等利用者の馴染みの関係が継続出来るような支援を行っている。	
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	個別に関わりながらグループ活動を支援したり、互いに助け合う場面を意図的に設けたりと孤立化しない介護に努めています。適時に関わることで良い関係が築けています。		

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	契約終了後も、病院や施設を訪問したり、その後の経過を家族に問い合わせる等しています。利用終了が最後の関わりではなく、その後も相談に応じたり、次のサービス提供に至るまで出来ることを支援していきます。		
<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	利用前に得た情報に加え、日常の会話や記録 或いは、面会時の家族や関係者からの情報で思いや希望の把握に努めています。意思の表出の困難な利用者は表情や仕草から意を察して介護しています。	日常会話等から把握した利用者の言葉や思い等は随時連絡ノートに記録し、職員間で周知共有を図っている。利用者の表情の変化やサイン等に気付いた職員が随時連絡ノートに記載し職員間で共有する等、利用者の思いや意向を汲み取れるような取り組みを行っている。	
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	利用前面接で本人、家族、担当ケアマネ、その他関係者から情報を収集し、これまでの暮らしの把握に努めています。		
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	1日の大まかな日課はあるものの、個人のペースで過ごせる時間もあります。毎日各人ごとに「アセスメントシート」(1日の生活の経過)に、心身の状態や経過、行動を記録し現状の把握に努めています。		
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	介護計画は、利用者や家族等の意向を伺い作成しています。基本、毎月モニタリングをし状況を把握、6か月に1回目標の見直しを行っています。状態に変化のあった時は、随時現状に合った介護計画を作成します。	医師からの意見やアドバイス等を介護計画作成書に取り入れる等の工夫をしている。毎月モニタリングを実施し、必要がある場合は介護計画を見直す等、利用者の現状に即した支援が介護計画に盛り込まれるような取り組みを実践している。	
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	アセスメントシート、ケース記録は各人毎に記録、バイタル表や排泄・入浴記録等は職員が活用しやすいように集散的に記録、各人毎に転記します。その他、申し送りノートを利用し情報を共有して介護に活かしています。		
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	通院や外出、買い物等介護保険対象外サービスも必要に応じて行っています。往診を依頼したり家族と一緒に受診の支援をすることもあります。		

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	運営推進会議や行政等との情報交換を通し、地域資源を把握します。民生委員、区の皆さん、図書館、スーパー、ボランティア、消防署、保育園などを資源として活用しながら豊かな生活が送れるよう支援しています。		
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、家族の希望で利用前のかかりつけ医とすることが多いが、その時の状態により納得の得られた近医や往診とすることもあります。依頼があれば受診時に付添い、結果を家族等に報告します。	かかりつけ医の受診は家族の付き添いが基本であるが、家族の協力が得られない場合は職員が代わりに付き添い、かかりつけ医の受診の継続を支援している。	
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	看護職員の配置はなく「いつもと違う」との直感を大事にして、かかりつけ医や協力病院、法人傘下事業所の看護職に相談をしたり、知識を得たりしながら日頃の健康管理や受診、処置等について支援を受けています。		
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。	入院中は、利用者が安心できるようにマメの様子を見に行ったり洗濯物等に協力しています。家族への病状説明に同席させて頂き治療方針を共有、退院後の対処法についても相談しながら行います。		
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	「看取りに関する指針」を作成しているが、体制が未整備であり、現段階では重度化や終末期のケアはできないことを契約時に利用者・家族等に説明した上、「医療上の必要への対応についての同意書」にて事業所としての姿勢を示し同意を得ています。	入居の際に、利用者や家族等に対して、看取りを行わない事業所である事を説明し、同意を得ている。利用者の状態に応じたケアや支援を行う目安として重度化についてのマニュアルを作成し、活用している。	
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、実践力を身につけている	法人において、上級救命講習会を全職員が受講しており救命技能を有すると認定されています。AEDの設置もあり、事業所内でも勉強会を行い実践力を身につけられるよう努めています。		
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	火災を中心とした総合避難訓練は年2回実施、消防署と地域消防団に各1回立会をお願いしています。その他、事業所内では、毎月避難誘導訓練を行います。災害に備えて食糧や飲料水等は多少備蓄しています。	夜間想定を含む避難訓練を行い、利用者の居室の入り口に利用者に適したそれぞれの避難の方法を掲示し、誰でも利用者の避難誘導が出来るような工夫をしている。地域の消防団の協力を得ている。	

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
<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	人生の先達であることを意識しています。誇りやプライバシー保護には十分注意を対応しています。心無い言葉づかいをしないよう日頃より職員間で話題にしています。	利用者に対しては、さんづけでお呼びすることを徹底している。前回の外部評価の結果を踏まえ、新たに個人情報保護に関する同意書を作成し、入居時、利用者と家族等に説明し、書面上で確認して同意を得る取り組みを行っている。	
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	利用者に寄り添い言動を見ていると見えてくるものがあります。また、働きかけた後の言葉が出るのを待つ姿勢や表情や仕草からの発信を見逃さないように努めています。		
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	基本的な生活の流れはあるものの、各人の体調や気分に合わせてペースを優先します。穏やかに意欲的に過ごして頂けるよう支援しています。		
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	自らその日の服装を選べる方は減っているが、一緒にタンスから出したり色や形を考えたりします。外出して買物を支援したり、家族に好みの物を持参して頂く方もいます。希望により訪問整容や衣類販売も利用できます。		
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	テーブル拭き、配膳、下膳等をしたりと出来ることをしてもらいます。水分にトロミをつけたり全粥、刻み食、ペースト食の提供もしています。行事食の献立を一緒に考えるなど決まったメニュー以外の楽しみもあります。	栄養士が利用者の栄養バランスやカロリー、季節等を考慮した献立表を作成している。利用者の嚥下能力に合わせて刻み食やペースト食にして提供する等の工夫をしている。利用者は体調や能力に応じて、テーブル拭きや配膳、下膳等食事の一連の作業に関わり役割を果たす等、食事の過程全体を通して楽しめるような工夫や支援を行っている。	
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	献立等は栄養士によって管理されます。食事・水分量は、アセスメントシートに記録し管理、医師の指示や本人に合った形状や量で提供、お茶などの飲み物は時間で用意するほか随時自由に摂れるようにしています。		
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	物品準備や声かけ、見守り、誘導など本人の能力に応じ毎食後対応しています。不十分な方には、毎食後職員が介助しています。		

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	排泄記録簿やアセスメントシートを用い、個々の排泄パターンを把握し、時間や機会を見計らって声かけやトイレ誘導をしています。排泄感覚の無い方も定時や様子からトイレやP-トイレ利用を試みています。	利用者一人ひとりの一日の行動や、状態を記録するアセスメントシートを作成し、それぞれの排泄パターンを把握し、声かけ誘導を行うことで、排泄の自立に向けた支援を行っている。	
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	排便チェック表を使用し有無や下剤の使用について確認します。体操や散歩、レクなどの運動と時間で用意する水分のほかに好みの飲み物で摂取量を増やしたりヨーグルト等で便秘解消に努める利用者もいます。		
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	1日おきの入浴です。入浴を拒む方には、声かけを工夫しながら行きます。必要な方には随時、清拭やシャワー浴も行っています。	入浴は、基本1日おきだが、利用者の希望に沿っていつでも入れるように支援している。車いす利用者の入浴には2人の職員が付き添い、家庭と同じように湯舟に入り寛いだ時間を楽しめるよう支援を行っている。	
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	心身の状態や希望、習慣に合わせて、日中でも、自室で横になったり休息できるよう支援しています。室温管理や光、照明、音など気を付けています。		
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	利用者全員が服薬管理を必要としており、薬剤情報は、全職員が理解しています。配薬ミスや誤った服用を防ぐため、服用時には名前、日付、時間帯を声に出して確認します。症状の変化は見逃さぬよう努めています。		
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	生活歴を重視し、能力を活かした役割や生きがいの持てる生活を支援するとともに、「今」を大事にして出来ることが継続できるよう努めています。利用者の中には、友人や保育園児にプレゼント品を作っている方もいます。		
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	全ての利用者では無いが、ドライブや散歩、自宅へ外出したりの支援をしています。家族の協力で外出や買物、外食を楽しむ方もいます。季節を感じる外出行事や地域の祭り見物などはほぼ全員が参加します。	利用者の要望で、散歩がてら近くの店で買い物を楽しむ等、利用者一人ひとりの意向にそった支援を行っている。利用者の体調等に配慮しながら、車いすの利用者も一緒に季節の花見や紅葉狩り等へ出かけ、気分転換を図るとともに日常とは違う雰囲気味わえるような外出の機会を設けている。	



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
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	小遣い程度を所有している方が1名のほか自己管理可能な方はいません。しかし、一緒に買物をしたり、買物時にお金を渡し払ってお釣りをもらうなど能力に合わせて支援しています。		
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	電話等通信の制限は無く、何時でも利用できます。自ら利用できない方には、職員が日頃の状況を伝えたり、「思い」を代弁します。年賀と暑中見舞い(ふみの日)は、本人が(名前だけでも自書)出します。		
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	共用の空間は、安全と清潔に努めています。快適に過ごせるよう室温、音、光、色、におい等に配慮しています。2階のため、景色も広く見渡せ爽快感があります。リビングには季節の花を置き、作品と一緒に作り壁を飾るなど空間づくりにも工夫しています。	1階の居間兼食堂には壁一面に掃き出し窓が設置され、明るい空間になっており、そこから外の広々としたウッドデッキに繋がっている。利用者は天気の良い日にウッドデッキで日向ぼっこを楽しむ等、憩いの場所になっている。1階と2階の居間兼食堂には、職員の持ち込んだ季節の花が飾られ、利用者が花を眺めて寛げるような雰囲気作りをしている。カラオケ装置が設置され、利用者は1階と2階に分かれて、居間兼食堂でカラオケを楽しむ等充実した自由時間を過ごしている。	
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	テレビ、ソファのあるリビング兼食堂は、キッチンに面し、職員や利用者同士が会話しやすい造りとなっています。気の合う利用者が話しやすいように座席の配置に工夫しています。		
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	利用者や家族等と相談し、使い慣れた家具や好みの小物を置いています。家族等の写真を飾ったり、保育園児の作品を置くなど居心地良く過ごせるよう支援しています。	管理者は、入居時に馴染みの品物を持ち込んで欲しいと説明しており、利用者はそれぞれに馴染みの物を居室に持ち込み、自分らしい部屋にしている。	
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	トイレや浴室、居室には目印をつけています。車いすで生活することも可能です。出来ることや分かることを明らかにして、不十分なところを支援する介護に努めています。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 \_\_\_\_\_

作成日 平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに次のステップへ向けて取り組む目標を職員一同で話し合いながら作成します。

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組み内容	目標達成に要する期間
1					ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注1) 項目番号の欄には、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。