

平成25年度

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	1492300106	事業の開始年月日	平成23年6月1日
		指定年月日	平成23年6月1日
法人名	メディカル・ケア・サービス株式会社		
事業所名	愛の家グループホーム小田原前川		
所在地	(256-0813) 神奈川県小田原市前川154-1		
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	通い定員	名
		宿泊定員	名
		定員計	18名
		ユニット数	2 ユニット
自己評価作成日	平成25年11月23日	評価結果 市町村受理日	平成26年4月1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	http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wpjDetails.aspx?JGNO=ST1492300106&SVCD=320&THNO=14206
----------	---

【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)】

開設時からのスタッフも多数在籍しており、認知症ケアに対する知識や対応は研修や現場実践を通してレベルが高いと感じております。
 歩行訓練や立位保持訓練を毎日実施して頂き、ADLの低下に努めています。
 外食やユニット合同でのバーベキューなどを開催し、外出の頻度も出来る限り多くするよう努めています。
 現在は毎週1回カラオケのボランティアも入る事となり、地域密着型サービスとしての役割も果たすよう努力しています。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成25年12月13日	評価機関 評価決定日	平成26年2月2日

【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、JR鴨宮駅から巡礼街道を徒歩で18分で、雨の日などは箱根登山バスを利用すると、食品センターバス停目の前の街道に面した便利な所にあります。
 <優れている点>
 開設時からの職員が多数在籍しており、職場の雰囲気がとても明るく、職員のチームワークがとれたサービスを提供しています。法人の理念にある「その人らしさ」や「個別ケア」を目指すために各ユニットごとに数項目の「目標」を作っています。実践は3ヶ月単位で見直しを図り、新たな課題や目標項目の達成に活かしています。入浴時に「一番風呂が良い」という方には、お湯を入れ替える、「一人で寝るのが怖い」という場合はリビングで就寝してもらうなど「その人らしさ」「個別ケア」に取り組んでいます。
 <工夫点>
 介護計画で設定し、提供した短期目標のサービス内容を日々の介護記録に記載しています。この仕組みは、職員の介護計画の周知徹底に繋がっています。玄関には、飾付を兼ねたような可愛らしい紙粘土製の卵に職員の写真や氏名を表示し、家族や来訪者に職員の紹介と本日のシフト職員を伝えています。手に取って見ることができ、癒しを感じさせるもので、家族と職員のコミュニケーション作りにも一役買っています。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
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 ~ 35	9 ~ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	愛の家グループホーム小田原前川
ユニット名	うるし

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
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
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
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
66	職員は、活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

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
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。	出勤時に理念の唱和を実施している。また各ユニットでのユニット理念も設けている。	法人の理念にある「その人らしさ」や「個別ケア」を目指すため、ユニットの課題を話し合い、その課題に取り組む方向づけとして、ユニットごとの「目標」を作っています。目標は、理念と共に毎朝の唱和で共有化と実践につなげています。	
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。	元々の住所所在地が小田原市内であっても少し離れている入居者様が多く、小田原市前川の地域住民との交流は行っていない。たまに面会という形では地域交流も出来ている。	昨年自治会へ加入し、役員会に出席して、ホームの紹介や地域への情報の発信に着手しています。ホームの火災時には救援の協力のお願いや、広いホームの駐車場を災害時の、地域の避難場所に提供することを申し出ています。	
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。	小田原市GH連絡会を通じては実施している。11月28日に認知症サポーター研修養成講座を管理者が受講予定の為、今後は地域に向けて発信していきたい。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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。	特に掃除面の希望が多いが、運営推進会議での意見というものは現場にも伝達行い改善を行っている。	開設当初、家族に対して運営推進会議について説明不足があり、家族の参加は多くありませんでした。今年度はその解消課題に取り組み、直近の会議では数名の参加を得ています。地域の代表や市の職員などの参加を得るまでには至っていません。	会議参加者の意見要望をホーム運営に活かすために、行政への働きかけや、地域代表として自治会役員の参加をお願いするなど、より活発な会議になることが期待されます。
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。	行政との関係は良好であると思われる。事業所の実情という意味では介護職員の確保、人材不足が大きな問題ではある。	行政との協働関係は良好です。市のアクティブシニア応援ポイント事業の受入施設としてボランティアの受け入れに取り組んだり、市主催の家族介護者交流会をホームで開催する予定をしています。	

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。	身体拘束の禁止は研修を通じて職員は理解している。1Fユニットは単独での外出の危険が伴う為玄関施錠しているのが実情である。	身体拘束に関する内部研修会などで、玄関の施錠が拘束であることは認識していますが、閉塞感にならない様に留意し利用者の安全確保を最優先に、現在は施錠しています。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている。	虐待に関しても通報の義務があるという認識は研修を通して理解していると思われる。		
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。	管理者が担当している。成年後見補佐の司法書士の方から入居の相談等もあり、ご家族様にも話は口頭であるが伝達している。		
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。	契約時は時間を掛けて細かく事業所の方針や家族が関わって欲しいラインなどを説明している。		
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。	家族の意見反映はサービス担当者会議にて話し合いを行っている。そこで出来上がったケアプランに意向を反映させ、介護現場で実施している形である。	法人として毎年家族アンケートを実施しています。その結果を事業所内に掲示し、運営に反映しています。現在は掃除に関する要望への改善に取り組んでいます。またホームは、毎月利用者の様子などを家族に書面で積極的に知らせています。	

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。	全体会議、ユニット会議に管理者も参加し職員の意見などを汲み取っている。	事業所では、ユニット会議、全体会議、リーダー会議を月1回開催し、職員の意見や提案を聞いています。ホーム長と職員が一丸となって業務に取り組む姿勢が感じられ、ホーム内は明るさと活気があります。	
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。	法人の中での管理者というところでは、給与面などの独断決済は出来ない。働きやすい職場を創っていきたい為、管理者と職員の交流は多く持っている。		
13		○職員を育てる取組み 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。	職員個々を見て、外部研修へ赴いて頂いたり職場内研修を開催している。		
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組みをしている。	管理者が小田原市GH連絡会役員の為、参加費無料での研修開催を実施し、スタッフに参加して頂くように努力している。他GHのケアスタッフとの交流も増えてきている。		
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。	関係づくりに努めはするが、大半の方がグループホームには入居したくないという意向だと思う。その為にも必ずご本人様にも入居前にホームを見学して頂く体制を取っている。		

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
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。	管理者、またはユニットリーダーが入居前のアセスメントに赴き要望を確認している。		
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。	グループホームでの役割というものを ご家族様には説明するが、状況に応じては違うサービスを提案する場合があります。		
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。	出来る事は行なって頂くという自立支援を行っている。 しかし入居者様と過ごす時間は多いが、ケアスタッフは家族ではないと現場には伝えている。あくまで中立的な良き支援者になってもらいたい為。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援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。	ホームから遠方のご家族様では面会の頻度も減り、入居者様が不安になっていく事が多々見られる。家族の支援がなければ認知症の方は周辺症状の悪化に繋がると思っている。		
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。	努力はしているが、馴染みの方も認知症の理解がなければ厳しいと思われる。健常者と同じ目線で接し、ご本人様が不穏になる事が多々ある為。	入居者の馴染みに関する情報は、本人や家族から得ており、近隣の美容院の利用などの支援をしています。また家族の協力で、入居者の友人が訪ねて来る事がしばしばあり、職員は茶菓でもてなすなど馴染みの関係の継続を支援しています。	

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
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。	入居者様は自然に関係性を構築していくので、その間に職員が入り対応するという形を取っている。		
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。	退去後も最低でも1回は連絡を取るようになっている。退去後相談されたという案件は現在のところなし。		
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。	アセスメントや担当者会議、またはスタッフのモニタリングにて反映している。	ユニット会議では、「この方はどのような生活をしたいのか」を話し合っています。職員は、入居者と関わる時は、意識して思いや意向の把握に努めています。新たな情報は、職員間で共有し、介護計画に反映しています。	
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。	各入居者様のフェイスシートを作成しており、随時ご家族様から過去の生活状況などの聞き取りを行い、フェイスシートを更新している。		
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。	ケアプランでは第4表を利用し日課表を作成し、個々の1日の流れを把握している。		

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
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。	モニタリングはユニット会議で行う事が多い。以前までは職員、居室担当者が実施していたが、一辺倒になってしまふ為ユニット会議のケアカンファをモニタリング時間として利用している。	ケアカンファレンスに入居者家族や職員が参加し、意見や希望を介護計画に反映しています。計画の実施段階では、提供した短期目標のサービス内容を日々の介護記録に記載しています。この仕組みは、職員の介護計画の周知徹底に繋がっています。	
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。	介護記録に日々の状態を記入している。計画作成者は介護記録や日報を拾い上げモニタリングを行う事と、申し送りの状況なども把握する努力をしている。		
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。	入居者様で自室にて休む事が怖いという方に対して、リビングに夜間布団を敷き対応する場合がある。事前にご家族様にも連絡し、窓側が寒くならないよう対策も設けている。		
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。	現状では地域資源の利用は外部から来られる面会という形ではある。外出などのイベントは昔赴いていたような場所を考慮して行っている。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、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。	往診利用に関してご本人様の納得の元利用ではない。むしろご家族様も通院介助が困難のケースが多く、ご家族様の意向による往診利用という形である。	ほとんどの入居者が提携しているクリニックをかかりつけ医としています。訪問看護師は週に1度来て、体調管理をしています。訪問マッサージを希望する方もあり、体調維持の効果をあげています。	訪問看護ステーションの看護師は遠方であるため、夜間の急変時や、突発の時の支援方法に関して対応方法の検討をしておくことも期待されます。

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
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。	訪問看護師の意見を反映し、往診Drまたはかかりつけ医と連携をとる体制を整えている。		
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、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。又は、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。	病院との関係は往診Drからの紹介というケースが大半であり、非常に良好である。入院された場合は介護職員も面会に赴く事があり、状況の把握に努めている。		
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、事業所の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。	ターミナルケアは現状の体制、事業所の方針としては非常に困難である。職員の意識というものではなく、元々の人員配置などを考慮すると関係機関と連携が確立されても困難である。	契約時に、本人と家族には重度化や終末期について、ホームの現状の体制を踏まえて、ホームとしてできないことの説明をしており、同意書を交わしています。	
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。	急変時対応マニュアル、または緊急連絡先をユニットに明記している為対応は出来ている。研修という形での実施は今年度は行っていない。		
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。	自治会とは火災時の支援体制を話し合い済みである。明確に津波時は支援体制が取れないとの事。職員は消防訓練を通し、年2回訓練を行っている。	避難訓練は年に2回行っています。夜間を想定したり、利用者を毛布にくるんで玄関まで搬送しています。外の砂利をコンクリートにするなど、非常時に備えています。地域との協力は自治会を通して話し合っています。	

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
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。	実施している。プライバシーに関する研修も開催している。	すべての状況に丁寧な言葉を使うのが良い、とはしていません。一人ひとりの人格を尊重し、時に応じて親しみのある会話をしています。「選挙に行きたい」という気持ちも汲んで支援しています。	
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。	日々の関わりの中で本人の希望などを模索し、スタッフ間での情報共有。またケアプランに反映するよう計画作成者が介護計画を立案している。		
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。	個別支援が出来るので、入居者様の入床時間や離床時間はその方に合わせている。入居者様の希望は外出したいが多く占めているが、行きたい場所も自宅という内容が多い。		
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。	おしゃれをしたいという気持ちを持たれている方は多いと思われるが、その思いまで拾いきれていないのが現状である。		
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。	おかずの盛り付けと食器洗いは一緒に行っている。調理は調理員が担当している事もあり、食材に対して(もやしの芽取り)などを行って頂いている。	献立は系列会社の栄養士が作り、調理専門の職員が対応しています。盛り付け、食器洗いを率先して手伝う入居者もいます。リクエストで、カップラーメン、外食、回転寿司に行くなど、変化と楽しみのある食生活になるよう支援しています。	

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。	食事は管理栄養士作成の元調理している為バランスは良い。飲水量チェックも行っている。		
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に、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。	夕食後の口腔ケアは必ず実施出来ているが、日中は今までの生活歴もあり実施されない方もいる。 口腔状態が良くない場合は訪問歯科の利用も行っている。		
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。	1Fユニットは入居後2年経過され過ぎていて多く、ADLの低下は認めない。それでも出来る限りトイレで排泄出来るようPトイレの利用などで対応している。	トイレでの排泄を基本とし、声かけや誘導を行っていますが、利用者の身体状態により、現在数名の方がやむなくオムツを使用しています。尿路感染、膀胱炎の予防にホットな清拭タオルを使用し、清潔感と安心感を得ています。	
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。	もやしやごぼう等の食物繊維を多く摂って頂いている。日中は散歩に赴く事で筋力向上と便秘予防に努めている。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている。	入浴は原則週2回である。状況により入浴日は変化するが、原則的に毎週決まった曜日に入浴して頂いている。	介護度の高い方には職員2人で対応しています。「一番風呂でないと入らない」という方には、お湯を入れ替えるなど、気持ちに添っています。「夜8時に入りたい」という希望にも応えています。清拭のみの場合もあります。	

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。	朝の離床時間が早い為、お昼は居室にて休んで頂くよう誘導行う方もいる。		
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。	薬の内容全てを把握出来ているのはユニットリーダーだけだと思われる。服薬介助は職員2名にて服薬後の空袋の確認も実施し3回チェックしている。		
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。	編み物が得意の方は、毛糸を一緒に購入しに赴いたり、花が好きな方は花の水やりを行ったりと本人の個別支援を実施している。		
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。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。	外出に赴く際の家族付き添いという形は取れていない。介護者が入居者様の意向に沿って外出支援を実施している。	週に2～3回周辺の散歩に出掛けています。毎週水曜日に職員1人と2人の入居者で買い物に出かけています。月に1度はドライブで熱海や松田山、喫茶店に行くといった遠出も楽しんでいます。体操、歩行訓練は回数表をつけ、入居者の励みになっています。	
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。	金銭は原則事務所で管理している。外出時には本人の預り金を持ち運び、職員が支払いを行っている。状況に応じて本人に支払いを行って頂く場合もある。		

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
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。	電話は要望があれば自由に掛けて頂いている。手紙は送付先が違う場合がある為、ホーム玄関外のポストに投函して頂き、住所に間違いがないか事務所で確認した後投函する体制を取っている。		
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。	ユニットの装飾は季節に合わせて変更している。日照時間の長さや気温や湿度に合わせて居室の照明や温度管理を実施している。	玄関の窓や所々の窓を少し開けて換気に気をつけています。1箇所のトイレには男性用の便器もあります。リビングにはソファ、畳み、テレビ、新聞、ぬいぐるみなどがあり、憩いの場になっています。管理者がギターを奏でることもあります。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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。	リビングが生活環境の中心である為、入居者が何処に座っても大丈夫である。一人になれる場所は自室かソファとなっている。		
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。	入居前に住み慣れた居室空間のままレイアウトをして欲しいとご家族様に依頼している。	居室には昔の写真や家族の写真、テレビ、椅子、カレンダー、小タンスなど慣れ親しんだものが持ち込まれています。床にカーペット、滑り止めの敷物を敷くなど、その方の暮らし方に合わせたレイアウトになっています。	
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。	トイレに手摺りが設置されていなかった為、手摺りの設置を行ったりと入居者のADLに合わせた環境の改善を実施している。		

事業所名	愛の家グループホーム小田原前川
ユニット名	わだち

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
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
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
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
66	職員は、活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

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
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。	出勤時に理念の唱和を実施している。また各ユニットでのユニット理念も設けている。		
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。	元々の住所所在地が小田原市内であっても少し離れている入居者様が多く、小田原市前川の地域住民との交流は行っていない。たまに面会という形では地域交流も出来ている。		
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。	小田原市GH連絡会を通じては実施している。11月28日に認知症サポーター研修養成講座を管理者が受講予定の為、今後は地域に向けて発信していきたい。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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。	特に掃除面の希望が多いが、運営推進会議での意見というものは現場にも伝達行い改善を行っている。		
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。	行政との関係は良好であると思われる。事業所の実情という意味では介護職員の確保、人材不足が大きな問題ではあると報告する事が多い。		

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
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。	身体拘束の禁止は研修を通じて職員は理解している。2Fユニットは施錠する場所がないが、階段での昇降がある為、職員が付き添い見守り介助を行っている。		
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている。	虐待に関しても通報の義務があるという認識は研修を通して理解していると思われる。社内に入社時導入研修にて虐待防止の内容を組み込んでいる。		
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。	管理者が担当している。成年後見補佐の司法書士の方から入居の相談等もあり、ご家族様にも成年後見制度については伝達している。		
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。	契約時は時間を掛けて細かく事業所の方針や家族が関わって欲しいラインなどを説明している。		
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。	家族の意見反映はサービス担当者会議にて話し合いを行っている。そこで出来上がったケアプランに意向を反映させ、介護現場で実施している形である。		

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
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。	全体会議、ユニット会議に管理者も参加し職員の意見などを汲み取っている。		
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。	法人の中での管理者というところでは、給与面などの独断決済は出来ない。働きやすい職場を創っていきたい為、管理者と職員の交流は多く持っている。		
13		○職員を育てる取組み 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。	職員個々を見て、外部研修へ赴いて頂いたり職場内研修を開催している。また研修後のフィードバックもユニット会議で行っている。		
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組みをしている。	管理者が小田原市GH連絡会役員の為、参加費無料での研修開催を実施し、スタッフに参加して頂くように努力している。他GHのケアスタッフとの交流も増えてきている。		
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。	関係づくりに努めはするが、大半の方がグループホームには入居したくないという意向だと思う。その為にも必ずご本人様にも入居前にホームを見学して頂く体制を取っている。		

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
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。	管理者、またはユニットリーダーが入居前のアセスメントに赴き要望を確認している。家族の意向も同席している際は確認行う。		
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。	グループホームでの役割というものをご家族様には説明するが、状況に応じては違うサービスを提案する場合がある。		
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。	食事テーブルを一本化し、常に周りに仲間がいるという席の配置をしている。職員も業務が落ち着いた際はその席に座り談話やゲームなどを行う。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援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。	ホームから遠方のご家族様では面会の頻度も減り、入居者様が不安になっていく事が多々見られる。家族の支援がなければ認知症の方は周辺症状の悪化に繋がると思っている。		
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。	努力はしているが、馴染みの方も認知症の理解がなければ厳しいと思われる。健常者と同じ目線で接し、ご本人様が不穏になる事が多々ある為。		

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
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。	入居者様は自然に関係性を構築していくので、その間に職員が入り対応するという形を取っている。		
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。	ご退去された方ご家族様から、福祉用具の寄付があった。「とても良くして下さったので…」というお言葉も頂いた。		
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。	アセスメントや担当者会議、またはスタッフのモニタリングにて反映している。		
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。	各入居者様のフェイスシートを作成しており、随時ご家族様から過去の生活状況などの聞き取りを行い、フェイスシートを更新している。		
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。	ケアプランでは第4表を利用し日課表を作成し、個々の1日の流れを把握している。		

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
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。	モニタリングはユニット会議で行う事が多い。以前までは職員、居室担当者が実施していたが、一辺倒になってしまふ為ユニット会議のケアカンファをモニタリング時間として利用している。		
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。	介護記録に日々の状態を記入している。計画作成者は介護記録や日報を拾い上げモニタリングを行う事と、申し送りの状況なども把握する努力をしている。		
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。	食事の味が薄く物足りないという入居者様に対しては、個別ケアの一環として職員とマンツーマンで外食に赴く事もある。		
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。	現状では地域資源の利用は外部から来られる面会という形ではある。外出などのイベントは昔赴いていたような場所を考慮して行っている。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、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。	往診利用に関してご本人様の納得の利用ではないと思われる。むしろご家族様も通院介助が困難のケースが多く、ご家族様の意向による往診利用という形である。		

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
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。	月曜日AMが訪問看護の時間である。訪問看護師の意見を反映し、往診Drまたはかかりつけ医と連携をとる体制を整えている。		
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、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。又は、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。	病院との関係は往診Drからの紹介というケースが大半であり、非常に良好である。入院された場合は介護職員も面会に赴く事があり、状況の把握に努めている。		
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、事業所の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。	ターミナルケアは現状の体制、事業所の方針としては非常に困難である。職員の意識というものではなく、元々の人員配置などを考慮すると関係機関と連携が確立されても困難である。		
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。	急変時対応マニュアル、または緊急連絡先をユニットに明記している為対応は出来ている。研修という形での実施は今年度は行っていない。		
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。	自治会とは火災時の支援体制を話し合い済みである。明確に津波時は支援体制が取れないとの事。職員は消防訓練を通し、年2回訓練を行っている。		

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
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。	実施している。プライバシーに関する研修も開催している。		
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。	日々の関わりの中で本人の希望などを模索し、スタッフ間での情報共有。またケアプランに反映するよう計画作成者が介護計画を立案している。		
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。	個別支援が出来るので、入居者様の入床時間や離床時間はその方に合わせている。入居者様の希望は外出したいが多く占めているが、行きたい場所も自宅という内容が多い。		
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。	おしゃれをしたいという気持ちを持たれている方は多いと思われるが、その思いまで拾いきれていないのが現状である。		
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。	おかずの盛り付けと食器洗いは一緒に行っている。調理は調理員が担当している事もあり、食材に対して(もやしの芽取り)などを行って頂いている。		

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。	食事は管理栄養士作成の元調理している為バランスは良い。飲水量チェックも行っている。入居者別で刻み食にしたりと職員とカンファレンスを行いながら対応決定している。		
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に、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。	夕食後の口腔ケアは必ず実施出来ているが、日中は今までの生活歴もあり実施されない方もいる。口腔状態が良くない場合は訪問歯科の利用も行っている。		
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。	老人保健施設では寝たきりだった方が現在はトイレで排尿が出来るようになった。小規模な為、入居者一人ひとりに集中したケアが出来る為。		
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。	もやしやごぼう等の食物繊維を多く摂って頂いている。歩行訓練の実施や下肢筋力向上に向けたスクワットなどを行っている。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている。	入浴は原則週2回である。状況により入浴日は変化するが、原則的に毎週決まった曜日に入浴して頂いている。時間帯は夜間の場合もある入居者様もいらっしゃる。		

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。	朝の離床時間が早い為、お昼は居室にて休んで頂くようにしている。起きていたい方は自由に過ごして頂いている。		
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。	薬の内容全てを把握出来ているのはユニットリーダーだけだと思われる。服薬介助は職員2名にて服薬後の空袋の確認も実施し3回チェックしている。		
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。	塗り絵を行う方もいれば、家事を行う事がいきがいととなっている方もいる。個々の生活歴から反映し対応している。		
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。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。	外出の際にご家族様も同伴される事がある。ザル菊見学に赴く際とコーヒーを飲みに行く際に同伴実績がある。		
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。	金銭は原則事務所で管理している。外出時には本人の預り金を持ち運び、職員が支払いを行っている。状況に応じて本人に支払いを行って頂く場合もある。		

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
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。	電話は要望があれば自由に掛けて頂いている。手紙は送付先が違う場合がある為、ホーム玄関外のポストに投函して頂き、住所に間違いがないか事務所で確認した後投函する体制を取っている。		
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。	ユニットの装飾は季節に合わせて変更している。日照時間の長さや気温や湿度に合わせて居室の照明や温度管理を実施している。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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。	リビングが生活環境の中心である為、入居者が何処に座っても大丈夫である。ソファを2つ確保しているのと、床に畳を引いている。		
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。	入居前に住み慣れた居室空間のままレイアウトをして欲しいとご家族様に依頼している。		
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」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。	トイレに手摺りが設置されていなかった為、手摺りの設置を行ったりと入居者のADLに合わせた環境の改善を実施している。		

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	3	運営推進会議における自治会の参加、民生委員などの参加が少ない状況である。	①自治会長が定期的に運営推進会議参加して頂ける関係性、体制を構築する。 ②入居時の契約などの際に運営推進会議の趣旨をしっかりと説明し出来る限り参加して頂くように促していく。	①自治会長をまずは会議参加に促していく。 ②入居時の契約の際、運営推進会議の趣旨をしっかりと説明し出来る限り参加して頂くように促していく。	4ヶ月
2	11	地域の訪問看護ステーションを利用していない為体調の変化や突発的な対応が必要な際に介護と医療との連携が不十分である。	①往診医が24Hオンコール対応となっているが訪問看護にも相談出来る体制の構築。 ②体制確保が厳しい状況の場合、他訪問看護ステーションの利用も検討する。	①現在の訪問看護ステーションがどの程度オンコール対応が可能であるか？などの話し合いを行う。 ②医療面での不安点をご家族様から運営推進会議を通して聞き取りを実施。意見を訪問看護師や往診医などに伝え、より安心出来る環境を提供していく。	2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、行を挿入して下さい。