

平成28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	1473300190	事業の開始年月日	平成12年3月18日	
		指定年月日	平成16年4月1日	
法人名	社会福祉法人 ふじ寿か会			
事業所名	高齢者グループホーム あすの里			
所在地	( 226-0014 )			
	神奈川県横浜市緑区台村町401-2			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護  <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
		宿泊定員	名	
		定員計	9 名	
		ユニット数	1 ユニット	
自己評価作成日	平成29年1月10日	評価結果 市町村受理日	平成29年3月31日	

基本情報リンク先 <http://www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokanri.nsf/pSearch3?Open>

### 【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)】

運営理念である「一人一人の生活作り」を常に考えています。  
職員は、生活作りに必要なことは何かを考えて支援しています。  
往診医、訪問看護師、歯科医など多職種とも連携をとりながら、一人一人に合った生活作りを考えています。  
季節行事、お誕生日、地域の行事、倶楽部活動など、ご家族や地域の方々にもご参加いただきながら一緒に行うようにしています。

### 【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29年2月15日	評価機関 評価決定日	平成29年3月20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横浜線、市営地下鉄グリーンライン「中山駅」より徒歩7～8分の所です。幹線道路から少し入った所にあり、周りは閑静な住宅街で、向かいには保育園があり、畑も点在しています。  
<優れている点>  
「一人一人の生活作り」の経営理念のもと、全体を通して個別ケアができています。新職員の入職時には、この運営方針の「それぞれが出来る範囲で役割をもち、互いに助け合うことを大切にし、生活を側面的に援助という立場を守り、一人ひとりの生活の安定を考えて支援する。」ということをも7つの約束としてかみ砕いてわかりやすく説明をしています。業務優先ではなく、利用者が最優先で常に利用者の立場を考えたケアが職員の中に浸透しています。玄関や窓は施錠せず、見守りで対応しています。緊急時のために写真入りの簡単なフェイスシートが玄関のわかりやすい場所に置いてあります。管理者と職員の関係は良好で、管理者は職員の話をよく聞き、決め事がある時は職員の考えを十分に吸い上げています。また、地域との関係も良好です。事業所の七夕飾り会や夏祭り、ハロウィンには近隣住民や子どもが多数参加しています。  
<工夫点>  
職員は利用者について気付いた事は必ず記録に残すようにしています。業務日誌、個人記録、利用者の連絡ノート、職員の連絡ノートを毎日見る事で情報を共有し、利用者へのケアに役立てています。

### 【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	高齢者グループホーム あすの里
ユニット名	

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
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、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

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。	その方らしい生活ができるように、何ができるかカンファレンスやミーティングで話し合い、実践できるようにしている。	「一人一人の生活作り」という事業所理念は職員に浸透しています。7つの具体的な運営方針の下、利用者それぞれが出来る範囲で役割を持ち、お互いに助け合う事を大切にしています。利用者一人ひとりの尊厳と安心のある生活出来るように支援しています。	
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。	地域の行事へは積極的に参加させていただいたり、散歩中には近所の方とあいさつを交わしたりと、年々顔なじみの人が増えてきている。	自治会のどんと焼き、盆踊り、ふれあい祭り、運動会などに参加したり、近くの保育園の行事にも参加をしています。事業所の七夕飾り会や夏祭り、ハロウィンには近所の住民や子ども達が来ています。パンの移動販売やボランティアの来所も楽しみの一つです。	
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。	施設の行事などで来られた際に、認知症の方に対しての接し方などはさりげなく伝えたりしている。		
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。	運営推進会議でいただいた意見はカンファレンスで話し合い、マニュアルを変更したりして、現場でいかせるようにしている。	運営推進会議は奇数月の第四土曜日に開催しています。自治会長、地域ケアプラザ職員、大学の先生、家族が参加をしています。運営推進会議の始めに避難訓練の様子を観察し、意見や問題点を取り上げています。そこでの意見はサービスの向上に活かしています。	
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に取り組んでいる。	管理者からカンファレンスやミーティングで出されたことにそって取り組んでいる。	運営推進会議の議事録を区高齢障害支援課に持参したり郵送して、事業所の実情を知らせています。市や県のグループホーム連絡会や区ブロック会、研修などで情報交換、意見交換をし、協力関係を築いています。生活支援課とも連携しています。	

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。	研修へ参加し、玄関の施錠をしないなど具体的な行動も実践しながら、言葉での拘束をしていないかなど職員同士でも意識し合うようにしている。	毎年研修を行い、職員は身体拘束について正しく理解をしています。昼間は玄関、窓の施錠はしていません。玄関に鈴をつけ、開閉音で確認し、見守りで対応をしています。また、30分おきに利用者の所在を確認して記録するなど工夫をしています。言葉での拘束や虐待についても話し合っています。	
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。	研修へ参加し、虐待とは何かを理解し、利用者への対応時の態度や言葉づかいなど、職員同士でも意識し合うようにしている。		
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。	成年後見制度の冊子はいつでも見ることができるところにあたり、研修などへ参加し制度について知識を得られるようにしている。		
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。	管理者が窓口となり行っている。ご家族より、質問等があった際には管理者へ報告があり、管理者よりご家族へ説明をおこなっている。		
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。	家族会や運営推進会議の場や日々の面会時にうかがったり、苦情、要望が記入できるようにポストを用意して意見をいただけるようにし、いただいた意見はカンファレンスなどで話し合い改善に努めている。	家族会は運営推進会議と同じ日に行っています。ほとんどの家族が参加し、事業所での利用者の様子を聞き、意見交換をしています。アドバイザーとして大学の先生も参加しています。家族からの意見により、地震時の家具の固定について検討しています。	

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
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。	カンファレンスだけでなく、個々にも管理者は話を聴き、内容に応じて法人へ話をするなど、改善点などをみだしケアの向上へ努めている。	管理者は常に気を配り、職員とよく話をするようにしています。業務に関しても、職員が動きやすく負担が少なくなるように、職員の意見を大切に、相談しながら進めています。食堂の回転イスが使いにくいという職員の意見で、使いやすい椅子に交換しています。	
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。	生活環境が変わった時ややりがいなどの疑問点がでてきた時など、その都度話し合いをおこなったりして、配慮してくれている。		
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。	管理者が考え、それぞれに必要な研修を受講する機会を作ってくれている。受講した研修内容をレポート提出し、他の職員と情報を共有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。	管理者がブロック会、勉強会、相互研修などへ参加する機会を考えてくれている。相互研修などで体験したことでホームで活用できそうなことは、カンファレンスで発表し取り入れている。		
<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。	最初の段階でご本人やご家族にその人なりの生活の仕方や不安なことを聴き、対応方法を職員全員が把握し、ケア方法を統一することで、ご本人が不安に感じることを減らせるようにしている。		

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
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。	管理者が窓口になることが多い。話しやすい雰囲気づくりを心掛け、何かあれば管理者へ報告している。		
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。	1日のタイムテーブルで本人がいつ、何をしたいのか、何をしているのか記入したり、本人、ご家族と話して一番必要なものを考え実践している。		
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。	掃除、洗濯などを一緒にしたり、わからないことを教えてもらっている。お茶、食事の時間を一緒にとり、歌を一緒にうたったりしている。職員もご本人も笑顔でありがとが言える関係を築けるようにしている。		
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。	行事へ参加していただいたり、お茶の時間を一緒に過ごしていただいたりと、面会へきやすい雰囲気づくりを心掛け、面会時にはご本人の様子を伝えている。		
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。	行きつけのお店への買い物、自宅への外出、お友達と過ごす時間などは、積極的に維持していけるように努めている。	利用者のこれまでの生活を大切にする支援をしています。個別支援で、利用者の行きつけの商店での買い物や定期的に発行される雑誌を買いに出かけています。友人、知人が来た時には、湯茶を出し、ゆっくり過ごせるように配慮をしています。	

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
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。	相性や性格、言動の強弱、行事などその場の雰囲気や考慮したうえで、気の合う同士が過ごせるように支援している。		
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。	管理者が窓口になっている。退去された入居者さんのご家族が歌いにきていただき、行事へ参加していただきしている。		
<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。	周囲に合わせて無理したり我慢している方もいるので、普段の会話から得た情報も取り入れ、できる限り希望に添えるように努めている。	利用者の思いは会話や表情、仕草から把握したり、探っています。トイレや風呂はコミュニケーションの場と捉え、ゆったりとした中での会話から希望や意向を把握するように努めています。気づきや気になる事は日誌の特記事項に記入し、情報共有しています。	
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。	管理者が窓口となり入居前の情報を収集した個人ファイルを活用し、これまでの暮らしを知り理解する事で、より良い支援へつなげている。		
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。	日誌や個人記録などを確認しながら、カンファレンスや日々のミーティングなどでも話し合い、現状把握へ努めている。		

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。	連絡ノート、日々の記録、細かいでき事はエピソード欄へ記入したことなどをもとに、カンファレンスで話し合ったり、ご家族へもサービスへの要望をきいたうえで、介護計画を作成している。	職員は、利用者について気付いた事は記録に残すようにしています。業務日誌、個人記録、利用者の連絡ノートを基にカンファレンスで利用者一人ひとりについて話し合っています。居室担当職員や家族の意見も取り入れて計画担当者がケアプランを作成しています。	
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。	個人記録と細かいことはエピソード欄へ記入したり、内容によっては入居者ノートへ記入し職員間で情報が共有できるようにして、介助方法は統一するようにしている。		
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。	他施設の行事へ参加したり、フットケアやマッサージなども取り入れている。		
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。	基本的に同じ散歩コースを歩いたり、地域の行事へ参加したりして、地域の方との関わりをもてるようにしている。		
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、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。	かかりつけ医と相談し、ご本人の状態に合わせて、病院を紹介してもらったりしている。状態によって、往診時にご家族も同席し話をしている。	利用者、家族の同意と納得を得て、事業所の往診医をかかりつけ医としています。必要な診療科目を受診する時は利用者、家族、往診医と情報を共有し、職員が通院介助をしています。家族が通院介助をする場合もあります。	



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
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。	週1回看護師が訪問してくれている。気づいた事は、まずは管理者へ報告し、管理者から看護師へ伝えている。		
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。	入院時には、細かい対応方法などを伝えると共に、定期的に面会へいき状態を把握するようにしている。		
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。	管理者が窓口となり、入居時に説明をおこない同意書を記入してもらっている。ご本人の状態に合わせて、ご家族や医師と相談し対応している。	入居時に重度化や終末期についての話し合いをもっています。利用者の状態に合わせてながら、繰り返し家族、往診医、職員全体と情報を共有し、具体的に細かく、いつ、誰が、何を、どのようにするか方針の統一を図っています。	
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。	緊急対応マニュアルは見やす場所に保管されている。救急対応方法などは、研修などをおこなっているが実際にその場になった時に対応できるのか不安に思っているので、定期的に対応方法の話し合いをおこなっている。		
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。	地域の防災訓練へ参加したり、ホームでの避難訓練をおこなっている。火災時だけでなく、地震などへも対応できるように話し合いをしている。	年に3回、昼・夜の想定で避難訓練を行っています。責任者が不在でも全職員が安全に避難出来るよう訓練をしています。近隣住民からの協力も得られるようになっています。災害の非常食の備蓄が3日分あり、献立も決まっています。	

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
<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。	カンファレンスの時に、介助の方法や声のかけ方は適切かなど話し合い、振り返る機会をもうけている。	「トイレ」という言葉を使わないようにしています。自分が恥ずかしいことはしないようにし、あからさまな介護ではなく、さりげなく目立たない対応を心掛けています。申し送りなど利用者の話をする時はイニシャルで行っています。	
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。	我慢や周囲をきにせず話が聴けるように、入浴中が個別外出中なども利用して希望を聴いたり、一人で決められない時には一緒に考え、答える導き出せるように働きかけている。		
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。	ご本人の生命、安全は確保したうえで、可能な限り希望にそって生活できるように、時間の調整をしている。		
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に支援している。	好きな色、好きな髪型、好きな洋服などを把握し、定期的に訪問美容を取り入れたり、買い物へ外出している。日々の生活では、離床時には整容しやすいように、居室へブラシなどを準備している。		
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。	個々の好きな物を把握し、メニューへ取り入れたり、外食したりしている。盛り付けをする時には、バンダナをつけたり、配膳を手伝ってもらったりしている。	食器洗い、後片付けが出来る人は自主的に手伝っています。下膳など自身の力を発揮しています。フードコートに全員で行き、好きな食べ物を注文したり、寿司などの店屋物を取るときもあります。庭で育てた野菜を食材とすることもあります。	

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
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。	月1回体重測定や血液検査の結果、日々の体調などを考慮し、食事や水分の必要量を考え、補食や飲み物のレパートリーを増やすなど対応している。摂取した量は記録に残している。		
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。	一人一人の口腔内の状態に合わせて、歯ブラシだけでなく、歯間ブラシやスリットブラシ、舌ブラシなどを選択し、職員が仕上げをするようにしている。		
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。	排泄簿を参考に、排泄ペースを考慮し行動の流れをいかし、トイレ以外の目的で立ち上がった時を利用してトイレ誘導をおこなうようにしている。	立ち上がりができる人は基本的にトイレで排泄を行っています。排泄簿を参考に、排泄パターンを把握して食事の前後など、行動の流れの中で周囲に気づかれないよう配慮しながら、さりげなく声かけをしています。	
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。	便困の日数に合わせて、牛乳やプルーン、水分量を増やしたり、散歩を長めにしてみたりと運動を促すなど行っている。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	入居されている方の介護量が増えている事もあり、3日1回程度で入浴されている。その中で、一番に入りたいなど順番の希望はできる限り叶える様にしたり、夕食までの間に臥床できるように順番を考慮している。	利用者の意思を尊重し、その日の体調に配慮して、シャワー浴、清拭、足浴の時もあります。足マットは一人ずつ交換をしています。浴槽の大きな窓から坪庭の緑を眺め、ゆったりと入浴が出来る様になっています。	

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
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。	体調を考慮し、日中も休んでいただくようにしている。部屋の灯りは明るくなりすぎないように調整し、寝具も寒い暑いが快適になるように揃えている。日中に臥床する際には、TVをみたり音楽を聴けるようにしている。		
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。	カンファレンス時に、服用している薬を説明し、理解しやすいようになっている。細かい説明は日誌やノートへも記載し、把握できるようになっている。服薬の変更後は状態を記録に残し往診時に医師へ報告している。		
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。	買い物が好きな方、洗濯物たたみが上手な方、あまり人といるのが好きではない方、など一人一人に合った対応をするようにしている。		
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。	外出したい場所によって、事前に計画する時とその日の状況で外出できるようになっている。事前に計画をする時にはご家族も参加していただく事もある。	家族と墓参りなどで外出する時は、介護度の高い人に関して職員も同行しています。個別に好きなものを好きな所に車で買い物にも出かけています。事業所前の道には車止めがあり、車の通り抜けが出来ず、散歩は安全に行くことができます。近隣の人との会話も弾んでいます。	
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。	ご本人の希望により、ご家族と相談のうえ、現在2名の方が現金を所持している。買い物時には、持っているお財布から支配もしてもらっている。		

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
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。	手紙が届いた時には、ご本人へ渡している。現在、手紙を書きたい、電話をかけたいという希望は少ないが、希望された時にはお手伝いしている。		
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。	フロアへは天窓から光がさしこみ、窓からは庭の様子がみえるようになっていいる。フロアには季節ごとに掲示物を変えたり、写真を飾っている。のれんや障子を使用しあたたかみを感じられるようにしている。	内装は木材がふんだんに使われており、温もりが感じられます。仕切に障子で、落ち着ける雰囲気になっています。大きな窓から明るい日差しが差し込み、ウッドデッキに椅子を置いています。季節ごとの花が見られるように庭には草木が植えられています。	
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。	食堂や玄関、ウッドデッキには椅子があり、座りながら外の花などが観れるようになっている。		
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。	居室入口には暖簾をかけ、ドアを開けた時に中が丸見えにならないようにしている。居室の家具は、今まで使用していた物や新しく購入する時には、ご本人の好きな色などにするようにしている。	全居室は畳敷きになっていて、思い出の品や好きな歌手の写真を飾ったりしています。仏壇がある人は毎日ご飯や水を供えています。新しく家具を購入する時は本人と相談して決めています。それぞれの居心地のよさに配慮しています。	
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。	フロアの中心に食堂があり、その奥にまとめてトイレがある事で、居室から一つの動線で食堂やトイレへくることができる。カンファレンスでできないことを理解し、一人一人に合ったケアをおこなうようにしている。		

## 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	1	前回同様、外部評価では、次のステップに向けて期待したい内容や改善点についての指摘はうけなかった。	次回の外部評価の時も、期待したい内容について指摘することありませんと言われ続けられるように、理念を基に入居者さんの生活の質の向上を目指していきたい。	「一人一人の生活づくり」の達成の為に必要な知識、技術を職員は積極的に学び、日々の業務に活かす。	24ヶ月
2	3	火災時の消防訓練は定期的におこなっているが、地震などの災害時の訓練はおこなえていない。	地震などの災害が起きた時にも、慌てることなく職員が協力しあい、入居者さんの生活を守っていけるようにしていきたい。	消防署に地震などの災害時の対応を中心とした研修を依頼し計画する。ホーム内の危険な場所などを確認し、対処する。職員同士の緊急時のマニュアルを再確認する。	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。