

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	2070700238	
法人名	医療法人公人会	
事業所名	轟グループホーム	
所在地	長野県須坂市上中町170	
自己評価作成日	平成25年2月25日	評価結果市町村受理日

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.kai gokensaku.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社マスネットワーク 医療福祉事業部
所在地	長野県松本市市上13-6
訪問調査日	平成25年3月13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)】

<p>(基本理念)</p> <p>一、その人らしい、快適で穏やかなシルバーライフを常にサポートします。</p> <p>一、心をこめた親切なサービスに努め、その心を磨き続けます。</p> <p>一、さまざまな機会を利用し、地域の人々とのふれあいを大切にします。</p> <p>(介護目標)</p> <p>人間の尊厳を守る。 自由な生活な意義。 プライバシーの尊厳。 買い物や外出など市民生活の継続。 家庭生活に近づける。 家庭的な楽しい雰囲気。 グループ内で役割をもつこと。</p>
--

【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)】

<p>経営母体は医療法人の病院であり、利用者、家族は安心して利用されている様子が職員の話から感じられた。認知症対応としての利用者への関わりに対し、常に気づきやケアについて、管理者は何が大切であるか、アセスメントの大切さなど職員に必要なスキル、目標を持たせた研修参加の機会を与えている。リーダーを中心に意欲的な職員は、ホームが目指す方向性が共有できている。理念達成のため、具体的に日々行う介護目標から理念実践に向けた支援につながっている様子がうかがえる。地域住民との関係性や連携も良く、地域の一員として受け入れられている。ホームとしても地域貢献できる場面では積極的に人材派遣しホームの信頼も得ている様子が見受けられる。利用者、家族から安心して生活していただけるホームとなっている。</p>

・サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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

ユニット名(1F)		項目		項目	
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 該当する項目に印	
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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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広がったり深まり、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	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
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			

. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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			
ユニット名(2F)			
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 該当する項目に 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)	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)
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)	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)
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)	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広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)
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)	66	職員は、活き活きと働けている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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)		

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Alt+)- + (Enter+)-です。]

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
理念に基づく運営					
1	(1)	<p>理念の共有と実践</p> <p>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</p>	<p>地域密着型サービスであるということを考慮した理念があり、全職員が共有できるようホール内に掲示している。毎朝の申し送り時に介護目標を定め、それが達成できるようケアの実践に取り組んでいる。</p>	<p>理念は、ホーム内に掲げられ、職員は地域密着型の意義を理解し、7つの介護目標が作られている。毎朝、今日は利用者と何をしようかとその日の天候や、地域の催しものを須坂新聞などにより確認し外出する。理念を具体的に分かりやすく介護目標としている事で職員全員の共有となり実践の取り組みができています。</p>	
2	(2)	<p>事業所と地域とのつきあい</p> <p>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</p>	<p>地域の催し物や行事の情報を集め、積極的に見学、参加できるよう交流を図っている。保育園や小、中学生が定期的に事業所へ来訪し、日常的に交流できている。</p>	<p>保育園がすぐ近くにあり散歩に出かけ、ホームの庭先にある東屋に寄る。その際に話をする。中学校の職場体験や小学校の交流も行っている。地区のお祭りには一緒に準備に参加したり、笠鉾巡業でホームに立ち寄っていただく等地域交流も沢山ある。</p>	
3		<p>事業所の力を活かした地域貢献</p> <p>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</p>	<p>家族や地域の方へホームだよりを配布し、ホームでの活動内容や地域での役割を理解してもらう努力をしている。行事について案内を出し、利用者と同じ時間を過ごすことで認知症の人の理解や支援をしている。</p>		
4	(3)	<p>運営推進会議を活かした取り組み</p> <p>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</p>	<p>2か月ごとに運営推進会議を開いている。区長、民生委員、地域包括、市の関係者、利用者家族が集まり、ホームでの生活や地域行事への参加、防災の取り組みについて報告、話し合いをしている。</p>	<p>2か月毎に運営推進会議の開催している。推進会議で地域の公民館活動を教えてもらったり、ホームの敬老会に合わせ、推進会議を行いホームの理解に努めている。防災についても話し、ホームの現状報告を行っている。運営推進会議には利用者も参加している。</p>	
5	(4)	<p>市町村との連携</p> <p>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</p>	<p>市町村主催の会議や集まりに参加したり、社会福祉協議会主催の催し物へ職員がボランティアとして参加している。また介護予防教室へサポーター要員として定期的に活動している。</p>	<p>社会福祉協議会のふれあい祭りには、職員がボランティアに出掛ける。毎月、1-2回地域の予防教室に出掛けサポーターとして定期的に活動も行っている。</p>	

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
6	(5)	<p>身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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</p>	<p>緊急時やむを得ない場合には家族へ説明し同意を得ている。玄関や自動ドアにセンサーを取り付けるなど安全に生活が送れるよう配慮している。</p>	<p>身体拘束等の研修会は毎年マニュアルに沿って行い、外部研修への参加もある。玄関にはセンサーがつけられている。利用者の不穏時や職員の手薄になる時間は一時的に鍵をすることもある。身体拘束の弊害については十分理解されケアの工夫や対応に努めている。</p>	
7		<p>虐待の防止の徹底</p> <p>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</p>	<p>高齢者虐待についての勉強会を設け、虐待防止に努めている。また、虐待が行われないよう、申し送り時に職員間で話し合い、防止に努めている。</p>		
8		<p>権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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</p>	<p>勉強会の機会を設け、制度の理解を深める努力をしている。</p>		
9		<p>契約に関する説明と納得</p> <p>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</p>	<p>利用者や家族との契約や解約の際、十分に話し合いをしている。契約時はホーム内での生活の様子を見学して頂き、不安や疑問点の聞き取りをした上で理解、納得をして頂けるよう説明している。</p>		
10	(6)	<p>運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>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</p>	<p>利用料の支払いは口座振り込みにせず、毎月、事業所へ家族が来訪して頂いている。家族へ利用者の様子について説明すると共に、意見、要望を伺っている。</p>	<p>本人、家族の意見はヒアリング調査記録に記載される。その意見を基にケアプランに反映させたり、話し合いをする。利用者の家族は、毎月、利用料の支払いに来ていただくことで利用者の様子を伝え、要望をうかがう良い機会となっている。</p>	
11	(7)	<p>運営に関する職員意見の反映</p> <p>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</p>	<p>毎月職員会議を開き、意見、提案を出せる機会を設けている。参加できなかった職員にも会議の内容が分かる様議事録を作成し全職員が共有できるようにしている。また、意見箱を設置し間接的にも意見が出せるよう配慮している。</p>	<p>毎月、職員会議があり意見や提案の場がある。日々、リーダーやホーム長にいつでも意見や話をする機会もあり、環境が整っている。職員からの意見反映もできるように意見箱を設置している。</p>	

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
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	職員会議や面談で得た意見や要望を母体の病院の運営委員会で検討している。		
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	勤務年数、経験年数に応じて外部の研修へ参加していると共に、病院で行われる研修へ全職員が参加している。申し送り時や職員会議にて研修報告を行い、職員間で情報を共有している。		
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	2か月ごとに開かれている地域のグループホームが集まる会議に参加し、勉強会や他事業所との意見交換を行い、サービス向上に努めている。		
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	事前に本人と面談を行い、家庭での様子や本人の不安や要望を傾聴し、スムーズに入居できるように対応している。また、事前に届くアセスメントを全職員が確認できるよう回覧し信頼に向けた関係づくりに努めている。		
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	家庭訪問を通じ、家族が困っている事や不安な事、求めている事を聞き取り関係作りに努めている。また、見学時に十分に話しを聞く場を設けている。		
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	申し込み時に空きが無いときは他の事業所を紹介している。		

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
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	家事やレクリエーションの際、本人の持っている知恵や知識を引き出している。家族の一員として、利用者の特性や心情を理解するよう努め、それぞれが役割を持てるよう支援している。		
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	家族に行事へ参加頂き、楽しみを共有している。面会時及び毎月の支払時に日頃の様子を伝え、家族の意向を伺っている。遠方にいる家族については、電話報告している。		
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	馴染みの人からの面会や電話があった際は、ゆっくりと会話ができるように配慮している。また、外出や外泊の希望があれば、馴染みの人と会えるように場を設け支援している。	昔、利用者とサークルで一緒に行っていた人が来訪したり、親せきや遠くの人もやってきて外出や外泊する方も多い。昔出かけていた温泉に出かける利用者もいる。友達に年賀状を送り、他施設にいる利用者にも手紙出す等職員も一緒に馴染みの関係の支援に努めている。	
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同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者同士が関われるよう職員会議にて話し合いの場を設けている。座席の配置やレクリエーションを通じての利用者同士の関わりを話し合い、孤立しがちな利用者やトラブルになりそうな利用者に対しては職員が間に入るなどして対応している。		
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	退所後利用者・家族の様子を電話連絡や場合により訪問して確認している。必要に応じて施設やサービスの紹介をしている。		
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	利用者や家族の意見、意向を尊重しサービス計画を作成している。思いや希望を伝える事が困難な利用者に対しては家族の意向も取り入れ、本人の立場に立った支援を行っている。	ヒアリング調査記録に、家族、利用者の声を記録する。利用者の発した言葉を記録し、思いや意向の把握から介護計画に反映する。アセスメントはひもときシート、センター方式を利用、職員がそれぞれの立場でアセスメントし、アセスメントの力の養成にもつなげている。	

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
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	日々の会話の中から本人の生活歴や馴染みの暮らし方を把握している。また、家庭訪問や面会時に家族から情報を得てサービス利用の経過など、暮らしの把握に努めている。		
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	記録や会議を通じ、職員間で情報を把握し共有している。一人ひとりに合った一日の過ごし方や、有する能力にあった役割活動ができ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	3か月ごとに介護計画の見直しを行っている。会議を通じ、本人、家族の意見や希望を反映し、ケア計画を作成している。随時、利用者の状態の変化に応じて検討している。	介護計画は、3か月毎の見直しをしている。家族の意見や本人の意向は、日々のヒアリング記録から介護計画に反映している。モニタリングは毎日の記録で行い、3ヶ月毎に、評価をプランの継続、変更が検討され、記載されている。	
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	日々の生活の様子を個別ケア記録へ具体的に記入している。小さな変化や気づきがあった際は申し送り事項やインシデント・アクシデント報告書へ記入し、全職員が情報を共有。介護計画の見直しに活かしている。		
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	その日に外出(外食)の希望があれば外に出掛け、また、数時間程自宅へ戻りたいと希望があれば家族に協力を仰ぎ、本人の意向に添えるよう支援している。		
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	実習生やボランティアの受け入れ、小、中学生の職場体験、介護予防教室の活動や地域の方参加での防災訓練を行なっている。また、地域のスーパーや美容院を定期的に利用している。		

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
30	(11)	<p>かかりつけ医の受診支援</p> <p>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</p>	<p>入所時に家族と話し合い母体病院の医師を主治医と定め、月に2回の往診や緊急時には連絡、相談できる体制が整備されている。必要な専門医の受診については、家族、主治医と相談した上で家族対応にて受診して頂いている。</p>	<p>入居時に、家族と相談し、経営母体である病院の医師が主治医となっている。毎月2回往診がある。往診の様子は、家族の面会時に伝えている。日々の状況変化はその都度、家族に連絡し家族の安心した医療につなげている。専門医の受診は必要時に家族が行っている。</p>	
31		<p>看護職との協働</p> <p>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</p>	<p>日々の利用者の変化や気づきについてを職場内の看護師、母体の病院の看護師へ常時連絡、相談をし、適切な受診や看護を受けられるよう支援している。</p>		
32		<p>入退院時の医療機関との協働</p> <p>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。</p>	<p>母体の病院や地域の病院へ利用者が入院した際、本人の必要な情報を医療機関に提供している。入院先の看護師や家族に話しを聞き、施設で可能な限り対応できる環境、状態を整えれば早期退院が出来るよう支援している。</p>		
33	(12)	<p>重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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</p>	<p>重度化指針をもとに、本人と家族へ終末期のあり方について説明を行い、看取りについての家族の気持ちを確認している。利用者のケアを職員間で話し合い、家族、職員で方針や情報を共有している。</p>	<p>重度化指針は作成されている。入居時に「生前の医師確認書」を書いていただく。初期の段階から説明しながら、ホームができることを十分説明している。</p>	
34		<p>急変や事故発生時の備え</p> <p>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</p>	<p>事務所内に緊急連絡網を掲示し、利用者の急変や事故発生時には医師や看護師に連絡、相談ができるよう体制が整っている。</p>		
35	(13)	<p>災害対策</p> <p>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</p>	<p>災害時を想定した災害マニュアルを作成。地域住民参加での避難訓練及び母体の病院を含めた全体での通報訓練を行っている。</p>	<p>地域を巻き込み、避難訓練が行われている。地域の連絡網ができており、毎年、住民の役割も変え、一緒に2階から利用者を避難する手伝いなどもし状況の理解をしていただく。自動通報やスプリンクラーも設置されている。今後夜間訓練もたホームの見学を検討している。</p>	<p>備蓄の保存は母体の病院には備えてある。災害時、母体と連携とれるまで何が必要か等も検討し持ち出し品など洗い出ししておく事が望ましい。2階のユニットでは、2階利用者が屋外に出にくい構造となっている。ハード面での課題であるが、避難するベランダ出入りの段差や物干し竿等、設置場所等の検討を期待したい。</p>

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
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	人格を尊重した言葉掛けを心掛けている。これは適切でない声掛けだと思えば職員間で注意し合い、また、職員会議で話し合うことで尊厳を守れるような対応になるよう心掛けている。	利用者と呼ぶ時は名字で呼んでいる。利用者の人格に尊重し、職員と話し合う。プライバシーの研修にも出かけ、プライバシー、尊厳の共有した意識づけができるように、日々の関わりにも注意して対応している。
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	選択肢のある声掛けができるようにしている。好みの食べ物を献立に取り入れ、また、買い物や外出(ドライブ)など日常的に場面作りを行い自己決定ができるように働きかけている。自己決定ができない方については、家族から得た情報を活かし、その人の気持ちや思いを汲み取り支援している。	
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	最低限の規律ある生活の中で職員側の決まりや都合を優先しないように心掛けている。利用者の希望を尊重しテレビを観たり、展示作品の製作や寝る前に本を読んだりと一人ひとり思いの過ごし方をしている。	
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	化粧や洋服選びを行い、それが難しい方には二者選択をしたり同じ服装にならないように職員が配慮している。地域の理容室や美容室を活用し、それができない方には訪問散髪を利用している。	
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	毎日、利用者と一緒に買い物に出掛けている。一人ひとりの好みや嫌いな食べ物を把握し、一覧表にまとめ掲示している。郷土食や季節のものを取り入れバラエティーに富んだメニューを提供している。また、力量に応じ食事の準備や片付けを職員と一緒にやっている。	毎日、利用者と買い物に出かける。利用者の嗜好や食事の食べやすい形態に配慮し皆が分かる場所に掲示している。ご飯は御櫃で自分で好きなだけ持って食べる。時には盛り付けと一緒に天ぷら等あげる人もいる。外食や屋外での食事の機会もある。おやつも利用者と一緒に作り楽しみの時間となっている。
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	利用者それぞれに合わせた食事形態、食事量を提供している。また、一人ひとりの食事量や水分量を観察、記録し、不足しがちな方には栄養補助食品や好みの飲料水を用意し、栄養摂取及び水分確保の支援に努めている。	

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	毎食後の口腔ケア、就寝時の義歯の消毒を実施している。母体の病院の歯科医からの指導のもと、磨き残しがないか確認している。また、外部研修により口腔ケアについて学習している。			
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むけた支援を行っている	排泄チェック表により個々の排泄パターンを職員全員が把握し、介助、支援している。できるだけオムツを装着しないよう、離床を支援し、トイレで排泄ができるよう、適切な排泄用品の選択や排泄の自立に向けた支援を行なっている。	排泄はポータブルを夜間のみでの使用、日中はトイレで行い、リハパン使用している。声がけし排泄パターンを排泄チェック表で把握しオムツにならない支援に努めている。オムツはずし研修に出席した職員を中心にポータブル利用することで排尿につながった利用者もいる。排泄係がいるため、パットの大きさや厚さの検討をしている。		
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	野菜や煮物など消化のよいものが摂取できるよう工夫している。毎食時及びおやつの際、多めに水分補給している。体を動かす事で便秘予防に繋げているが、それが難しい方については主治医の指示のもと下剤を処方して頂いている。希望によりヤクルトや牛乳を毎日飲む方もいる。			
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、個々にそった支援をしている	1階と2階で交互に入浴しているが、希望すれば毎日入浴が可能。お湯の温度や入浴時間は個人の希望を尊重している。仲の良い利用者同士が入浴できるように配慮している。入浴時には入浴剤を用意したり、音楽を掛け、歌を楽しんでいる方もいる。また、気分転換を兼ね最寄りの温泉や足湯に出掛けている。	入浴は、1階フロアと2階フロアで曜日を変え、入浴をしている為、いつでも入浴できる。温泉に出かけることもある。音楽が好きな利用者は音楽をかけ、リラックスして入浴できる工夫で入浴拒否の改善につながる人もいる。		
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	一人ひとりに合ったベッドや寝具を取り入れている。定期的なシーツ交換や布団干しを実施し、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。居室だけでなくホールのソファで身体を休める利用者もあり、個々のペースで休息を十分に取って頂いている。			
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	処置ノート(服薬の説明書等)により個々の薬の目的や副作用、用法、用量を理解している。薬の内容に変更があった場合は申し送り表に記入することで職員全員が内容を把握している。食べ合わせの悪い食品等の一覧表を作成し、台所へ掲示している。			

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
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	本人の生活歴や希望をもとに力量、能力にあった役割活動や趣味である読書や楽器演奏等、楽しい時間が持てるよう支援している。また、行事や誕生会を行う事で張り合いや喜びのある生活が送れるように努めている。		
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。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	天候や体調を考慮し、積極的にドライブや買い物へ出掛けている。利用者の希望を取り入れ、その人にあった支援を心掛けている。玄関前や東屋にてお茶を飲み、食事をするなど四季の変化を感じれるよう支援している。	毎日、その日の天候や利用者の体調で屋外に出掛けている。車で紅葉、桜見に出かけ、須坂で行われる催しに参加している。庭先の東屋で食事、お茶をし、屋外の空気に触れる支援をしている。戸外に出掛け笑顔で過ごす時間が沢山作っている。	
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	金銭は基本的に紛失やトラブルを避ける為、職員側で管理しているが、本人の希望、能力に応じて所有している方もいる。		
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	電話の利用は必要に応じて職員が間に入ることもあるが、基本的に自由であり、掛けたいと要求があればその都度対応できるようにしている。また、本人の希望により携帯電話を所持している方もいる。		
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	ホールや廊下に個人の作品や共同制作を展示している。季節感を感じて頂くよう利用者の自宅のお花を飾り、彩り豊かな空間作りを演出している。また、ホールや居室の室温をこまめに調整し、頻繁に換気をするなど空調管理に配慮している。	ホーム内は広いソファが置いてあり、ゆっくり過ごすスペースがある。また利用者が作られた木彫りの彫刻が飾られている。利用者の妻が撮ってきてくれた写真等もフロアには飾られ、過度にならない落ち着いた空間が作られている。共同空間は一人ひとりの状況に合わせた居場所と空間に配慮をしている。	
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	一人ひとりの生活パターンを考慮し、ホール内の自席やソファを工夫し配置している。それぞれが思い思いに過ごし、コミュニケーションが築けるよう落ち着ける居場所作りを支援。また、他の利用者の居室を訪問し会話を楽しんでいる方もいる。		

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
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	個人差はあるが入居時に使い慣れた家具や調度品、馴染みの物を持ち込み、居心地よく過ごせるよう配慮している。新聞を購入している利用者もいる。居室に亡くなった家族の写真や位牌、仏壇を置き、入居前と同じような生活が送れるように支援している。また、安全面を考え、布団やベッド、家具を工夫して配置している。	居室に仏壇を持ってきて自分の家のように静かに過ごす利用者もいる。家で利用していた筆筒や使い慣れた家具を持ち込み馴染みの生活支援をしている。布団対応の方、ベッドの位置等利用者に合わせ対応している。居室の扉から光が入らないように工夫し利用者が夜間もゆっくり休める工夫をしている。	
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	廊下やトイレに手擦りが設置され不便なく生活できている。居室やトイレ場所の位置が困難な方へは張り紙や目印を掲示し、不安なく快適に過ごしている。		

自己評価および外部評価結果

(セル内の改行は、(Alt+)- + (Enter+)-です。)

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
理念に基づく運営					
1	(1)	<p>理念の共有と実践</p> <p>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</p>	<p>地域密着型サービスであるということを考慮した理念があり、全職員が共有できるようホール内に掲示している。毎朝の申し送り時に介護目標を定め、それが達成できるようケアの実践に取り組んでいる。</p>		
2	(2)	<p>事業所と地域とのつきあい</p> <p>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</p>	<p>地域の催し物や行事の情報を集め、積極的に見学、参加できるよう交流を図っている。保育園や小、中学生が定期的に事業所へ来訪し、日常的に交流できている。</p>		
3		<p>事業所の力を活かした地域貢献</p> <p>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</p>	<p>家族や地域の方へホームだよりを配布し、ホームでの活動内容や地域での役割を理解してもらう努力をしている。行事について案内を出し、利用者と同じ時間を過ごすことで認知症の人の理解や支援をしている。</p>		
4	(3)	<p>運営推進会議を活かした取り組み</p> <p>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</p>	<p>2か月ごとに運営推進会議を開いている。区長、民生委員、地域包括、市の関係者、利用者家族が集まり、ホームでの生活や地域行事への参加、防災の取り組みについて報告、話し合いをしている。</p>		
5	(4)	<p>市町村との連携</p> <p>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</p>	<p>市町村主催の会議や集まりに参加したり、社会福祉協議会主催の催し物へ職員がボランティアとして参加している。また介護予防教室へサポーター要員として定期的に活動している。</p>		

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
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	緊急時やむを得ない場合には家族へ説明し同意を得ている。玄関や自動ドアにセンサーを取り付けるなど安全に生活が送れるよう配慮している。		
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	高齢者虐待についての勉強会を設け、虐待防止に努めている。また、虐待が行われないよう、申し送り時に職員間で話し合い、防止に努めている。		
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	勉強会の機会を設け、制度の理解を深める努力をしている。		
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	利用者や家族との契約や解約の際、十分に話し合いをしている。契約時はホーム内での生活の様子を見学して頂き、不安や疑問点の聞き取りをした上で理解、納得をして頂けるよう説明している。		
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	利用料の支払いは口座振り込みにせず、毎月、事業所へ家族が来訪して頂いている。家族へ利用者の様子について説明すると共に、意見、要望を伺っている。		
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	毎月職員会議を開き、意見、提案を出せる機会を設けている。参加できなかった職員にも会議の内容が分かる様議事録を作成し全職員が共有できるようにしている。また、意見箱を設置し間接的にも意見が出せるよう配慮している。		

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
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	職員会議や面談で得た意見や要望を母体の病院の運営委員会で検討している。		
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	勤務年数、経験年数に応じて外部の研修へ参加していると共に、病院で行われる研修へ全職員が参加している。申し送り時や職員会議にて研修報告を行い、職員間で情報を共有している。		
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	2か月ごとに開かれている地域のグループホームが集まる会議に参加し、勉強会や他事業所との意見交換を行い、サービス向上に努めている。		
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	事前に本人と面談を行い、家庭での様子や本人の不安や要望を傾聴し、スムーズに入居できるように対応している。また、事前に届くアセスメントを全職員が確認できるよう回覧し信頼に向けた関係づくりに努めている。		
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	家庭訪問を通じ、家族が困っている事や不安な事、求めている事を聞き取り関係作りに努めている。また、見学時に十分に話しを聞く場を設けている。		
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	申し込み時に空きが無いときは他の事業所を紹介している。		

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
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	家事やレクリエーションの際、本人の持っている知恵や知識を引き出している。家族の一員として、利用者の特性や心情を理解するよう努め、それぞれが役割を持てるよう支援している。		
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	家族に行事へ参加頂き、楽しみを共有している。面会時及び毎月の支払時に日頃の様子を伝え、家族の意向を伺っている。遠方にいる家族については、電話報告している。		
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	馴染みの人からの面会や電話があった際は、ゆっくりと会話ができるように配慮している。また、外出や外泊の希望があれば、馴染みの人と会えるように場を設け支援している。		
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	利用者同士が関わられるよう職員会議にて話し合いの場を設けている。座席の配置やレクリエーションを通じての利用者同士の関わりを話し合い、孤立しがちな利用者やトラブルになりそうな利用者に対しては職員が間に入るなどして対応している。		
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	退所後利用者・家族の様子を電話連絡や場合により訪問して確認している。必要に応じて施設やサービスの紹介をしている。		
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	利用者と家族の意見、意向を尊重しサービス計画書を作成している。思いや希望を伝える事が困難な利用者に対しては家族の意向も取り入れ、本人の立場に立った支援を行っている。		

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
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	日々の会話の中から本人の生活歴や馴染みの暮らし方を把握している。また、家庭訪問や面会時に家族から情報を得てサービス利用の経過など、暮らしの把握に努めている。		
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	記録や会議を通じ、職員間で情報を把握し共有している。一人ひとりに合った一日の過ごし方や、有する能力にあった役割活動ができ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	3カ月ごとに介護計画の見直しを行っている。会議を通じ、本人、家族の意見や希望を反映し、ケア計画を作成している。随時、利用者の状態の変化に応じて検討している。		
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	日々の生活の様子を個別ケア記録へ具体的に記入している。小さな変化や気づきがあった際は申し送り事項やインシデント・アクシデント報告書へ記入し、全職員が情報を共有。介護計画の見直しに活かしている。		
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	その日に外出(外食)の希望があれば外に出掛け、また、数時間程自宅へ戻りたいと希望があれば家族に協力を仰ぎ、本人の意向に添えるよう支援している。		
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	実習生やボランティアの受け入れ、小、中学生の職場体験、介護予防教室の活動や地域の方参加での防災訓練を行なっている。また、地域のスーパーや美容院を定期的に利用している。		

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
30	(11)	<p>かかりつけ医の受診支援</p> <p>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</p>	<p>入所時に家族と話し合い母体病院の医師を主治医と定め、月に2回の往診や緊急時には連絡、相談できる体制が整備されている。必要な専門医の受診については、家族、主治医と相談した上で家族対応にて受診して頂いている。</p>		
31		<p>看護職との協働</p> <p>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</p>	<p>日々の利用者の変化や気づきについてを職場内の看護師、母体の病院の看護師へ常時連絡、相談をし、適切な受診や看護を受けられるよう支援している。</p>		
32		<p>入退院時の医療機関との協働</p> <p>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。</p>	<p>母体の病院や地域の病院へ利用者が入院した際、本人の必要な情報を医療機関に提供している。入院先の看護師や家族に話しを聞き、施設で可能な限り対応できる環境、状態に整えば早期退院が出来るよう支援している。</p>		
33	(12)	<p>重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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</p>	<p>重度化指針をもとに、本人と家族へ終末期のあり方について説明を行い、看取りについての家族の気持ちを確認している。利用者のケアを職員間で話し合い、家族、職員で方針や情報を共有している。</p>		
34		<p>急変や事故発生時の備え</p> <p>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</p>	<p>事務所内に緊急連絡網を掲示し、利用者の急変や事故発生時には医師や看護師に連絡、相談ができるよう体制が整っている。</p>		
35	(13)	<p>災害対策</p> <p>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</p>	<p>災害時を想定した災害マニュアルを作成。地域住民参加での避難訓練及び母体の病院を含めた全体での通報訓練を行っている。</p>		

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
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	人格を尊重した言葉掛けを心掛けている。これは適切でない声掛けだと思えば職員間で注意し合い、また、職員会議で話し合うことで尊厳を守れるような対応になるよう心掛けている。		
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	選択肢のある声掛けができるようにしている。好みの食べ物を献立に取り入れ、また、買い物や外出(ドライブ)など日常的に場面作りを行い自己決定ができるように働きかけている。自己決定ができない方については、家族から得た情報を活かし、その人の気持ちや思いを汲み取り支援している。		
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	最低限の規律ある生活の中で職員側の決まりや都合を優先しないように心掛けている。利用者の希望を尊重しテレビを観たり、展示作品の製作や寝る前に本を読んだりと一人ひとり思いの過ごし方をしている。		
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	化粧や洋服選びを行い、それが難しい方には二者選択をしたり同じ服装にならないように職員が配慮している。地域の理容室や美容室を活用し、それができない方には訪問散髪を利用している。		
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	毎日、利用者と一緒に買い物に出掛けている。一人ひとりの好みや嫌いな食べ物を把握し、一覧表にまとめ掲示している。郷土食や季節のものを取り入れバラエティーに富んだメニューを提供している。また、力量に応じ食事の準備や片付けを職員と一緒にやっている。		
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	利用者それぞれに合わせた食事形態、食事を提供している。また、一人ひとりの食事量や水分量を観察、記録し、不足しがちな方には栄養補助食品や好みの飲料水を用意し、栄養摂取及び水分確保の支援に努めている。		

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		<p>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</p>	<p>毎食後の口腔ケア、就寝時の義歯の消毒を実施している。母体の病院の歯科医からの指導のもと、磨き残しがないか確認している。また、外部研修により口腔ケアについて学習している。</p>		
43	(16)	<p>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</p>	<p>排泄チェック表により個々の排泄パターンを職員全員が把握し、介助、支援している。できるだけオムツを装着しないよう、離床を支援し、トイレで排泄ができるよう、適切な排泄用品の選択や排泄の自立に向けた支援を行なっている。</p>		
44		<p>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</p>	<p>野菜や煮物など消化のよいものが摂取できるよう工夫している。毎食時及びおやつの際、多めに水分補給している。体を動かす事で便秘予防に繋げているが、それが難しい方については主治医の指示のもと下剤を処方して頂いている。希望によりヤクルトや牛乳を毎日飲む方もいる。</p>		
45	(17)	<p>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、個々にそった支援をしている</p>	<p>1階と2階で交互に入浴しているが、希望すれば毎日入浴が可能。お湯の温度や入浴時間は個人の希望を尊重している。仲の良い利用者同士が入浴できるように配慮している。入浴時には入浴剤を用意したり、音楽を掛け、歌を楽しんでいる方もいる。また、気分転換を兼ね最寄りの温泉や足湯に出掛けている。</p>		
46		<p>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</p>	<p>一人ひとりに合ったベッドや寝具を取り入れている。定期的なシーツ交換や布団干しを実施し、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。居室だけでなくホールのソファで身体を休める利用者もあり、個々のペースで休息を十分に取って頂いている。</p>		

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
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	処置ノート(服薬の説明書等)により個々の薬の目的や副作用、用法、用量を理解している。薬の内容に変更があった場合は申し送り表に記入することで職員全員が内容を把握している。。食べ合わせの悪い食品等の一覧表を作成し、台所へ掲示している。		
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	本人の生活歴や希望をもとに力量、能力にあった役割活動や趣味である読書や楽器演奏等、楽しい時間を持てるよう支援している。また、行事や誕生会を行う事で張り合いや喜びのある生活が送れるように努めている。		
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。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	天候や体調を考慮し、積極的にドライブや買い物へ出掛けている。利用者の希望を取り入れ、その人にあった支援を心掛けている。玄関前や東屋にてお茶を飲み、食事をするなど四季の変化を感じれるよう支援している。		
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	金銭は基本的に紛失やトラブルを避ける為、職員側で管理しているが、本人の希望、能力に応じて所有している方もいる。		
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	電話の利用は必要に応じて職員が間に入ることもあるが、基本的に自由であり、掛けたいと要求があればその都度対応できるようにしている。また、本人の希望により携帯電話を所持している方もいる。		
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	ホールや廊下に個人の作品や共同制作を展示している。季節感を感じて頂くよう利用者の自宅のお花を飾り、彩り豊かな空間作りを演出している。また、ホールや居室の室温をこまめに調整し、頻繁に換気をするなど空調管理に配慮している。		

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
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	一人ひとりの生活パターンを考慮し、ホール内の自席やソファを工夫し配置している。それぞれが思い思いに過ごし、コミュニケーションが築けるよう落ち着ける居場所作りを支援。また、他の利用者の居室を訪問し会話を楽しんでいる方もいる。		
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	個人差はあるが入居時に使い慣れた家具や調度品、馴染みの物を持ち込み、居心地よく過ごせるよう配慮している。新聞を購入している利用者もいる。居室に亡くなった家族の写真や位牌、仏壇を置き、入居前と同じような生活が送れるように支援している。また、安全面を考え、布団やベッド、家具を工夫して配置している。		
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	廊下やトイレに手擦りが設置され不便なく生活できている。居室やトイレ場所の位置が困難な方へは張り紙や目印を掲示し、不安なく快適に過ごしている。		

目標達成計画

作成日: 平成25年3月28日

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	35	夜間の災害を想定した訓練が実際に行なえていない。	マニュアル読み上げだけでなく、実際に動いてみる。	他施設での実践状況を見学し、当ホームで活かしていく。	12ヶ月
2					
3					
4					
5					

注)項目の欄については、自己評価項目の 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。