

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	2090100700		
法人名	社会福祉法人 博悠会		
事業所名	グループホーム フランセーズ悠よしだ		
所在地	長野県長野市吉田4-19-2		
自己評価作成日	平成23年9月15日	評価結果市町村受理日	平成24年4月20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	
----------	--

【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	長野県松本市巾上13-6		
訪問調査日	平成23年10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)】

基本理念として、「いつまでも自分らしさと尊厳が保てる暮らしの実現を目指したケアをしています。施設や職員のペース優先ではなく、常にご利用者様が「今したいこと」が出来る様さりげない支援や裏方の環境設定を心掛けています。又御利用者様の意向を大切に、声掛けや行動の促しも自己決定の尊重とプライドやプライバシーの配慮に重きをおいています。ご利用者様一人ひとりの今の能力や個性や好み、ペースを優先した個別の関わり、ケアを提供出来る様努めています。

【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)】

「グループホーム フランセーズよしだ」は社会福祉法人博悠会を母体に持ち地域住民の高齢化に伴う認知症対応型共同生活介護施設(グループホーム)を必要とする地域ニーズに合わせ、介護老人施設・児童複合センターに隣接し創設されている。ホームは住宅街の中にあり、地区の一員として地区行事に参加したり、ホーム行事に参加いただくなど地域住民との交流に努めている。通路で行き来できる隣施設と蜜に連携を図り、施設長の良好な運営の下、入居者や職員の健康面・精神面の管理に努め、明るく働きやすい職場づくりに配慮されている。なお管理者の認知症専門士としての専門性を活かし地域密着型サービスとしての特徴と役割「認知症になっても町の中で安心して暮らしたい」「自分らしさを保ちながら、自由で喜びのある暮らしを送りたい」を認識して、入居者一人ひとりから発信される言葉に耳を傾け思いの実現に向け、明確な基本理念を持ち日々の方針や目標を具体化した内容で職員に伝え、幅広い年齢層の職員と共にケアサービスの実践に向け取組まれている。入居者、ご家族の安心と安定が得られ信頼関係が築かれている。なお行政からの要請を受け「介護予防教室」の講師を努められ協力関係を築かれるよう努力をされている。今後更に地域に出向き、「認知症予防教室」などを開催して地域に貢献されて行かれるよう期待する。

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

ユニット名()		項目		項目			
		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	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	利用者や職員が、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				

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							
ユニット名(2)							
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				

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)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
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	玄関、事務所に掲げてある基本理念の中に「地域の人々積極的に関わり地域と繋がりがながらの暮らしの支援」を盛り込んでおり、地域との交流を実践している。基本理念について折に触れ会議等において全職員で確認し合っている。	管理者は明確な理念を持ち、地域密着型サービスとしての役割を目指した内容のホーム理念をつくり、日々の方針や目標に具体化した内容で職員全員に伝え、確実に浸透できるよう努めている。なおホーム玄関や事務所に掲示して日常的に職員が意識してケアに当たられている。	
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	ボランティアの訪問を積極的に受け入れている。地域の方が地域行事のお知らせを下さり可能な限り参加したり、ホームでの「お茶のみサロン」にお誘いし、交流を図っている。	日頃の散歩、買い物、外食時等に挨拶を通してあたりまえの暮らしができるよう、顔馴染みの関係をつくったり、近隣の人がホームの「お茶飲みサロン」に来所されたり、又おすそ分けを持って立ち寄られている。なお地域行事への参加やホーム職員の専門性を活かし介護予防教室の講師として参加されている。	
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	地域、ホームでの行事参加にて悩み事などの相談を受けその都度アドバイスしている。又地域行事などで交流を図る事で認知症という病気を理解して頂くよう努めている(特別変わった病気ではないということ)		
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	2ヶ月に一回開催しており、実際に食べている食事を試食して頂いたり、レク行事に参加して頂いたりして意見やアドバイスを頂いている。職員へは定期ミーティング時に報告し、頂いた意見などを報告し、今後のケアなどにつなげている。	ホーム行事に合わせ2ヶ月に1回開催され、ご家族、区長、民生委員、安心相談員、包括支援センター職員等幅広い立場の方々の参加により行われ会議の意義や役割を十分に理解していただいている。ホームからの事業報告(ホームの取り組み等)や参加者より質問、意見、要望を受け双方向的な会議となっている。	運営推進会議は地域や行政の理解と支援を得るための重要な会議である。市は介護保険の保険者であり、福祉を推進する地方自治の最前線の立場として、グループホームの事業の推進にとって重要な存在である。ホームの実状やケアサービスの取り組みへの理解や懸案事項等の解決のためにも行政担当者の参加が望まれる。入居者の離設時の対応について警察署員や消防署員に参加して頂き助言が得られるよう期待する。
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取り組んでいる	月一回安心相談員さんの訪問や認定調査時に日頃の様子をお知らせし、意見を伺っている。又運営推進会議のメンバーに地域包括支援センター職員さんや安心相談員さんがおり、実際の取り組みを体験して頂き現状を伝え協力関係を築いている。	運営推進会議に包括支援センター職員や市から派遣されている安心相談員が参加してホーム現場や入居者の現状を周知して意見交換が行われている。なお市より要請を受け「介護予防教室」の講師を行う等協力関係が築かれている。入居者の認定更新時や母体を通して協働関係を構築されている。	

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
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	玄関は日中常に施錠せず解放されている。やむを得ず拘束を行う場合は必ず家族の同意を頂いた上で実践することとしているが、その場合も早期に身体拘束をせずに安心して生活が出来るケア方法について職員間で話し合い身体拘束廃止に努めている。	年1回の外部研修や月1回のホームミーティング時に職員全員で話し合い、身体拘束によって入居者が受ける身体的、精神的弊害について理解をし、入居者一人ひとりの心身の状態を見極めて、拘束のないケアに向け努力をされている。現在は拘束を必要とする対象者がいないことを伺った。	
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逃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	年に一回以上は研修会に参加する機会を設けており、参加した職員がミーティング時に報告し、全職員が常に声の掛け方(強制しない、敬意を払う、意思の尊重など)に注意したり、入浴時などにアザなどの外傷チェックを行っている。確認された場合は原因と対応について話し合っている。		
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	研修会に参加しているが、今の所実例はない。		
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	入居時に費用やサービス内容及び退所となる場合の実例を納得行くまで説明し理解頂けたか都度確認している。又入所後においても疑問や質問事項には常に説明に応じ理解して頂いている。		
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	玄関に第三者苦情相談窓口の掲示をしたり、家族様用の意見箱を設置している。ケアプラン説明時にご家族の意見や要望を伺い内容に反映させている。ご利用者は毎月安心相談員さん、ご家族様は年一回の家族会や外部評価の際のアンケートなどで意見を頂き外部者へ表せる機会がある。	日々の関わりの中より入居者の思いや意見を表出しやすい雰囲気づくりや、自身の思いや意見を上手に表すことができない入居者であっても習慣やサインを見逃すことなく受け止められている。また毎月訪問されている安心相談員を通して情報が得られている。なおご家族には手紙や訪問時、年1回開催されている家族会の折のアンケートや運営推進会議へ参加時等には常に問いかけ、気軽に意見をいただけるような雰囲気づくりに留意されている。出された意見、要望はミーティングで話し合い運営に反映されている。	
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	月一回の個別面談、定期ミーティング、毎日の早期申し送り、午後の10分間ミーティングなどで自由に意見が言い合える環境にしており、そこで出た意見を定期ミーティング時などに全職員に提案し実践するなどして反映させている。	人事考課制度があり、毎月自己評価を基に管理者、サブリーダーと話し合われている。朝の申し送り時や10分間のケア振り返りミーティング時に職員の意見、要望を聞くとともに、提案を受け反映されている。職員の健康管理や精神的なケア体制もあり、勤務体制が管理されている。	

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	管理者が毎月全職員の個別面談をしており、意見や思いなどを聞いて可能な範囲で環境整備したり、仕事の実績について評価している。評価をもとに翌月の目標を設定し向上心や目標をもって仕事に取り組めるようにしている。		
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	年間研修計画があり、一人ひとりの職員の実力や将来に応じた研修に参加出来る様設定している。外部研修は都度事務所に掲示し、希望者も参加出来る様にしている。内部研修は職員が持ち回りで講師になったりご利用者の思いを体験する研修を行っている。双方研修後報告書を作成し全職員に報告し、他職員のスキルアップに繋げている。		
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	市内のネットワークの勉強会や研修会に参加したり、疑問点があれば電話などで情報交換し、サービスの向上に取り組んでいる。法人内で他施設を見学する体制もある。		
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	入居前に面談を行い、ご利用者の様子や性格を把握したり、事前にご家族から発生しうる心配事等について情報収集し全職員に伝えている。入居後1ヶ月は特に注意深く様子を見守り関わりを多く持ちご本人の気持ちを引き出せるよう職員間で情報を共有している。		
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	ご家族のデリケートな心情に配慮し、これまでの経過など伺いながら、相談援助技術を駆使して対外的には言いにくい不安なども引き出せるよう努めている。不安や要望などに納得するまで傾聴し、安心してホームを利用して頂ける様努めている。		
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	初回面談時に現在の状況について充分話を聞き、当ホームでの入居のみを前提とせず必要と判断した場合は他機関の紹介などを行っている。		

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
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	ご本人の意思を尊重し、必ず伺いをたててから活動している。職員が一方的に行うことはせず、ご利用者様主体で職員はさりげなく支援している。生活の中で互いに支え合いながら活動するようにしている。		
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	面会時に近況報告をしたり、毎月の活動内容や写真を添付し送っている。又外出ドライブやレクも都合があれば一緒に参加して頂いている。不穏状態が続いたり、容態悪化した際は頻回な面会をお願いするなどしており、ご利用者の安定した生活の実現には家族の協力は不可欠だと伝えている。		
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	散歩やドライブ時リクエストに応じ自宅や懐かしいと希望される場所に出かけている。ご自宅隣家の方と話し家に上がらせてもらってお茶を飲んだりホームに送迎してお食事をして頂いたり手紙のやりとりなど行い馴染みの関係を維持できるようにしている。	日頃の関わりや生活史より(生活習慣など)、入居者が今まで培ってきた人間関係(実家・家族、友人、知人、)や馴染みの場所等を周知して、入居者の思いの実現に向け継続的な交流ができるよう支援されている。(訪問、手紙等を活用)	
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	ご利用者同士波長が合う方を隣席にしたり和やかな交流が自然に出来る様配慮している。孤立しがちな方には集団で楽しめるレクや作業を工夫して行っている。職員が傍で見守ることで安心して集団参加できる方もいる。		
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	他施設や病院へ入院された場合、仲の良かったご利用者様と一緒に面会に行っている。退去されたご家族様に手紙を送ったり、ご家族がボランティアとして協力して下さることもある。		
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	毎月居室担当者がご本人に今の生活の満足度や希望を伺っている。意思表示が困難な方には日々の仕草や表情、アセスメントシートを活用し、ご本人の思いを少しでも汲み取れるよう職員間で検討し、本人本位のプランをたてている。	入居者一人ひとりのコミュニケーションの特徴を職員全員でつかみ、日々の関わりの中で一人ひとりが示すシグナルをキャッチしてコミュニケーションを図り、ワークシート(ひもときシート)を活用して職員間で話し合い、入居者の思いや意向の把握に努められている。	

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	入居段階でご家族に協力頂き、生活歴や家族歴・嗜好など情報収集している。友人や親族様面会時には昔話から馴染みの暮らし方やご本人の希望などのヒントを得ている。		
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	朝・昼・夕の申し送り時に一人ひとりの様子について職員間で確認しあっている。毎日の10分間ミーティングで出来る事、出来ない事を検討しながら現状の把握に努めている。		
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	居室担当者が6ヵ月毎アセスメントシートを作成し、ご家族の要望もお聞きしてカンファレンスを行いケアプラン更新している。ケアの実践状況について毎月モニタリングシートを作成している。ケアプラン作成後は家族に説明し、同意を頂いている。	居室担当者がアセスメントシートを作成し、入居者やご家族の声を最大限に反映された計画書となるよう職員全員でカンファレンスやモニタリングを行い、一人ひとりの特徴をとらえた具体的な介護計画が作成されている。	
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	ケア日誌にケアプラン記入項目をもうけ実践状況について細かく記入している。生活に反映されているか成功例や困難例は前後の様子や対応内容、結果を記録し情報共有している。モニタリングカンファレンス時に記録を元にケアの見直しを行っている。		
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	既存の業務よりもご利用者の思いを優先している。ご利用者の意向を優先する事で業務に支障がある場合は業務を変えるようにしている。職員間で連携をとり、勤務形態や業務内容を調整し臨機応変に対応出来るよう努めている。		
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	ボランティアの受け入れ、地域行事の参加、散歩時の近所の方のおしゃべりなど一人ひとりが楽しめる様社会資源を活用している。安心相談員さんやボランティアの定期的な訪問も楽しみにされている。		

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)	○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	入居時、今までのかかりつけ医を継続するか、ホーム協力医の往診制とするか選択して頂いており、入居後の変更も可能である。協力医は月2回往診して頂いているが、変化があれば逐一相談し家族に報告している。外部医でも異常や変化があれば管理者が家族に同行し受診している。	事業所の協力医の他、入居者、ご家族が希望するかかりつけ医での受診が行われるよう、ご家族と協力して通院介助をしたり、月2回の訪問診療を受けられている入居者もいる。受診に際しては管理者や関わられた職員が口頭にて情報提供をされるなど医療機関との連携が図られている。	
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	月2回訪問看護サービスを利用している。訪問前にご利用者の変化などを用紙に記載し全職員から情報収集した上で相談し指示を仰いでいる。訪問日以外でも異常や変化がある場合は逐一相談し指示を仰いでいる。		
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。	入院後はこまめに面会に行ったりご家族と連絡をとって容態の把握や退院のめどについて病院と確認し合い早期退院に努めている。		
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	看取り介護に移行しそうな場合は早めに主治医の所見を伺い、ご家族、主治医、管理者で面談を行っている。ホームの看取り介護指針の説明をし、同意を頂いたら居室担当者中心にターミナルケアプランを作成し、チームでケアにあたっている。	入居者の身体状態の変化や異常のサインを早期に発見して、主治医に報告や相談をして、ご家族、主治医、管理者等で話し合われている。終末期の指針が定められており、入居者、ご家族の意向を汲み取りながら、希望に沿えるよう対応される旨を伺った。同意を得て居室担当者を中心に方針をチームで話し合い取組まれている。	
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	年間研修計画に緊急時の対応や応急手当・処置についての勉強会を盛り込み実践している。救急時の対応手順、事故発生時の対応については折に触れ定例会議などで全職員と確認しあったり、手順をひと目でみやすいよう事務所に掲示しすぐ対応出来る様にしている。		
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	年2回昼夜想定での避難訓練を行っており、全職員が災害時すぐに避難を行えるよう訓練している。うち1回は隣施設及び地域住民共同での避難訓練を行っており、地域住民の協力体制を呼びかけている。毎月2回防火チェックを行い、防災対策をしている。	隣接事業所や地域住民の参加、協力を得ながら昼夜想定での避難訓練が年2回行われている。防災設備や防火チェック体制(防火チェック表を作成)、役割分担等が定められ夜間は隣接事業所の夜勤者2名の協力が得られるなど防火体制が確立しつつある。なお今年度の大きな震災を教訓に、指導を受け対応されている。(備蓄、職員の移動手手段等)	

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
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	尊厳を保つ事を基本理念に盛り込んであり、出来る事出来ない事を見極めプライドを傷つけない作業方法の工夫をしたり、礼節ある言葉使いを基本とし、排泄時他者へ悟られないような声掛け、訪室時のノック等を怠らない等プライバシーに配慮している。	管理者は認知症専門士として入居者の尊厳が確保されているか否かは心身の安定に大きな作用を及ぼすことを認識されており、機会ある毎にプライバシーを損ねない対応に向けたお話をされている事を伺った。職員は皆穏やかで入居者にとっての誇りやプライバシーが見極められ笑顔で接し、その人にあわせた言葉掛けや対応がされている。	
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	声掛けする際は「～してもいいですか?」という声掛けすることを都度職員間で確認しあっている。自己決定の尊重として、自分で決めたり納得しながら暮らせる生活を基本理念にしている。		
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	「行動を起こす際は”どのように過ごしたいか”ご利用者の意向を聞いてから活動する」「したい事がしたい時に自由に出来る生活」を基本理念にしている。起床、就寝、食事時間を決めずご利用者のペースに職員が合わせることを一番の業務としている。突発的な外出も職員の都合で制止せず行きたいタイミングで外出出来る様支援している。		
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	ご利用者様にご自分で着替える衣類を選んでいただいたり、化粧の習慣がある方は継続出来る様支援したりしている。理髪の際はご本人から美容師に希望を伝えて理髪して頂いている。		
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	食事準備から片付けまでご利用者様と職員と一緒に作業することを基本としている。キッチンで立つて作業するのが難しい方には自席で座って食材カットが出来る様環境設定している。	入居者にとって食の満足が楽しみや生きがいであり、調理食材の下ごしらえから片付けまで職員の見守り支援により、入居者の力や希望を最大限に引き出し、満足感につなげている。なお入居者の咀嚼力、嚥下状態等の身体機能を把握して一人ひとりに適した調理方法により提供されている。菜園で収穫した(ナス、胡瓜、トマト、サツマイモ等)食材を利用したメニューを楽しまれている。	
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	摂取量が気になる際は個別にチェック表を用いて摂取量の確保に努めたり、好みの食品を全職員で情報収集して代替品を個別に工夫したり、一人一人の摂取能力に応じて食事形態や食器、食べる時間を工夫している。		

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
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	一人一人の個々の能力、口腔状態に応じて介助の範囲(声掛けのみ、一部介助・全介助)や介助方法について個別にケア方法を決め職員間で徹底し対応している。		
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	一人一人に応じた排泄場所やオムツの種類、誘導時間、介助方法を職員間で話し合い個別にケアしている。チェック表や申し送りを活用し、排泄パターンを把握し職員間で誘導時間を徹底しオムツ使用を減らせるよう努めている。又少しでもトイレでの排泄できる可能性がある方は日中のみ2人介助などでトイレ排泄を促している。	訪問看護師の指導により排便チェック表や排尿観察表を活用して、入居者一人ひとりの排泄パターンを把握(間隔、量、排泄排便の兆候など)し、さりげない声掛けをして排泄の自立に向けた支援に努められている。	
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	便秘の症状の裏に隠れている重大な病気のリスクや不快感からおきるBPSD回避出来る様、便秘になる前の普段から乳製品、海藻類、食物繊維の摂取、運動や腹部マッサージを取り入れ自然排便を促している。便秘が続いている場合は適宜訪問看護師に相談し、処置の指示を仰いでいる。		
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	基本的に週3回の入浴日を設定しているが、ご利用者様の希望を優先し、突発的な入浴希望にも対応している。拒否のある方には足浴や清拭を行い、入浴出来ない日が続かないよう申し送っている。柚子湯、菖蒲湯、バラ湯など季節の楽しみも取り入れている。	基本的には週3回の入浴支援が行われている。しかし入居者の長年の生活習慣や入居者の希望を大切にして毎日入浴されている方がいることを伺った。入浴拒否をされる入居者の原因を探り、本人が納得した上での入浴支援が行われている。また季節風呂(菖蒲湯、バラ湯、柚子湯など)を提供して楽しく入浴ができるよう配慮されている。	
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	起床、就寝時間は自由である。寝つきの遅いご利用者様にはホールで軽食を出し職員と過ごしたり。一人の居室で寝ることに不安を訴えるご利用者にはホールに布団を敷いて休んで頂いている。不眠が見られる場合、原因を話し合い、午睡の時間や日中の活動量を増やし改善に努めている。		
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	新たな処方や薬の変更があった際は薬係が申し送り記録にて内容や用量、服用方法や副作用について全職員に伝えている。変化の確認は日々記録し、職員間で話し合っている。誤薬を防ぐ為3重のセッティング確認、服薬時は声に出し名前、日付けを確認し飲み込むまで見守っている。		

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
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	ご利用様が趣味にされてる将棋や囲碁を職員間で勉強し行えるようにしたり、パッチワークや生花、歌の会など入居前の趣味を継続的に行えるよう支援している。ホームの畑と一緒に野菜などを耕し収穫したり、地域のお祭りでアルコールを楽しむ機会もある。		
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	散歩を日課にしている。毎日の買い物も職員同行し、希望を聞いて寄り道をしたりお茶を飲んで過ごす事もある。毎月遠出外出をしており、ご家族もお誘いし、一緒にの外出を楽しんで頂いている。誕生日はマンツーマンで行きたい場所や食べたい物を食べに外出している。	日常的な散歩や買い物外出をケア日誌に記録して外出支援に努めている。3回位に分けてご家族の協力を得ながら、入居者の希望に沿った月1回の遠出外出支援(お弁当を持って善光寺、天狗の湯、かつば寿司、花見見学等)が行われている。	
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	金銭所持は制約なく、自己管理されてる方もいる。買い物同行時、金銭感覚のある方には支払いの機会を作っている。物取られ妄想がある方も一方的に職員が管理するのではなく、隠しがちな場所を把握しておくなどしてなるべく所持出来る様支援している。		
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	電話希望がある場合は制止せず、電話できるように支援している。職員が補助しながら文通しているご利用者様もいる。年末には年賀状作りを職員と共にやり、ご家族様に送っている。		
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	季節感を取り入れた飾りやご利用者様作成の生花、塗り絵、行事の写真を飾っている。トイレの開閉の音、廊下が暗くならない様早めの点灯、温度計をみて適宜温度調整、陽のまぶしさを避けた席のセッティングなどBPSD発生の原因となる刺激を抑える工夫をしている。	ご家族が届けて下さる季節の生花を昔取った杵柄を活かして生けられ家庭的な雰囲気が醸し出されると共に季節感が得られている。高い天窓から注がれる柔らかい採光より温もりが感じられる。入居者はゆったりとした空間の中で居心地良く微睡んでいる。なお思い出の行事写真を見て会話が弾んでいる。	
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	ベランダ、隣のユニットの出入りも自由である。座卓スペース(冬場はこたつ)やソファも設けてあり、1人になったり気の合ったご利用者様同志思い思いに過ごして頂ける様な場所づくりをしている。		

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
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	入居時、使いなれた馴染みの物を持ち込んで頂く様御家族に伝わりロケーションダメージを防ぐ様努めてる。自由に居室内配置され、壁面も各々にカレンダーや思い出深い写真を貼るなど自由に活用して頂いている。各居室の窓際に1本ずつ広葉樹が植えてあり、季節の変化も楽しめる。	ホームへの持ち込み制限がないことを伺った。入居者の使い慣れた品(タンス、机、家族写真、観葉植物や生花等)が持込まれ思い思い住み心地良く過せる使用のセッティングをされている。	
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	自室がわからなくなる方には居室入り口に飾りや絵、のれん等で特徴をつくり、自室を確認できる工夫や、トイレの扉には「お便所」と大きく表記している。手すりやテーブルの高さも個別に合わせて調整し安全で自立した生活を支援して		

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)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
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	玄関、事務所に掲げてある基本理念の中に「地域の人々積極的に関わり地域と繋がりながら暮らしの支援」を盛り込んでおり、地域との交流を実践している。基本理念について折に触れ会議等において全職員で確認し合っている。	管理者は明確な理念を持ち、地域密着型サービスとしての役割を目指した内容のホーム理念をつくり、日々の方針や目標に具体化した内容で職員全員に伝え、確実に浸透できるよう努めている。なおホーム玄関や事務所に掲示して日常的に職員が意識してケアに当たられている。	
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	ボランティアの訪問を積極的に受け入れている。地域の方が地域行事のお知らせを下さり可能な限り参加したり、ホームでの「お茶のみサロン」にお誘いし、交流を図っている。	日頃の散歩、買い物、外食時等に挨拶を通してあたりまえの暮らしができるよう、顔馴染みの関係をつくったり、近隣の人がホームの「お茶飲みサロン」に来所されたり、又おすそ分けを持って立ち寄られている。なお地域行事への参加やホーム職員の専門性を活かし介護予防教室の講師として参加されている。	
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	地域、ホームでの行事参加にて悩み事などの相談を受けその都度アドバイスしている。又地域行事などで交流を図る事で認知症という病気を理解して頂くよう努めている(特別変わった病気ではないということ)	/	/
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	2ヶ月に一回開催しており、実際に食べている食事を試食して頂いたり、レク行事に参加して頂いたりして意見やアドバイスを頂いている。職員へは定期ミーティング時に報告し、頂いた意見などを報告し、今後のケアなどにつなげている。	ホーム行事に合わせ2ヶ月に1回開催され、ご家族、区長、民生委員、安心相談員、包括支援センター職員等幅広い立場の方々の参加により行われ会議の意義や役割を十分に理解していただいている。ホームからの事業報告(ホームの取り組み等)や参加者より質問、意見、要望を受け双方向的な会議となっている。	運営推進会議は地域や行政の理解と支援を得るための重要な会議である。市は介護保険の保険者であり、福祉を推進する地方自治の最前線の立場として、グループホームの事業の推進にとって重要な存在である。ホームの実状やケアサービスの取り組みへの理解や懸案事項等の解決のためにも行政担当者の参加が望まれる。入居者の離設時の対応について警察署員や消防署員に参加して頂き助言が得られるよう期待する。
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取り組んでいる	月一回安心相談員さんの訪問や認定調査時に日頃の様子をお知らせし、意見を伺っている。又運営推進会議のメンバーに地域包括支援センター職員さんや安心相談員さんがおり、実際の取り組みを体験して頂き現状を伝え協力関係を築いている。	運営推進会議に包括支援センター職員や市から派遣されている安心相談員が参加してホーム現場や入居者の現状を周知して意見交換が行われている。なお市より要請を受け「介護予防教室」の講師を行う等協力関係が築かれている。入居者の認定更新時や母体を通して協働関係を構築されている。	

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
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	玄関は日中常に施錠せず解放されている。やむを得ず拘束を行う場合は必ず家族の同意を頂いた上で実践することとしているが、その場合も早期に身体拘束をせずに安心して生活が出来るケア方法について職員間で話し合い身体拘束廃止に努めている。	年1回の外部研修や月1回のホームミーティング時に職員全員で話し合い、身体拘束によって入居者が受ける身体的、精神的弊害について理解をし、入居者一人ひとりの心身の状態を見極めて、拘束のないケアに向け努力をされている。現在は拘束を必要とする対象者がいないことを伺った。	
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	年に一回以上は研修会に参加する機会を設けており、参加した職員がミーティング時に報告し、全職員が常に声の掛け方(強制しない、敬意を払う、意思の尊重など)に注意したり、入浴時などにアザなどの外傷チェックを行っている。確認された場合は原因と対応について話し合っている。		
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	研修会に参加しているが、今の所実例はない。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	入居時に費用やサービス内容及び退所となる場合の実例を納得行くまで説明し理解頂けたか都度確認している。又入所後においても疑問や質問事項には常に説明に応じ理解して頂いている。		
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	玄関に第三者苦情相談窓口の掲示をしたり、家族様用の意見箱を設置している。ケアプラン説明時にご家族の意見や要望を伺い内容に反映させている。ご利用者は毎月安心相談員さん、ご家族様は年一回の家族会や外部評価の際のアンケートなどで意見を頂き外部者へ表せる機会がある。	日々の関わりの中より入居者の思いや意見を表出しやすい雰囲気づくりや、自身の思いや意見を上手に表すことができない入居者であっても習慣やサインを見逃すことなく受け止められている。また毎月訪問されている安心相談員を通して情報が得られている。なおご家族には手紙や訪問時、年1回開催されている家族会の折のアンケートや運営推進会議へ参加時等には常に問いかけ、気軽に意見をいただけるような雰囲気づくりに留意されている。出された意見、要望はミーティングで話し合い運営に反映されている。	
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	月一回の個別面談、定期ミーティング、毎日の早期申し送り、午後の10分間ミーティングなどで自由に意見が言い合える環境にしており、そこで出た意見を定期ミーティング時などに全職員に提案し実践するなどして反映させている。	人事考課制度があり、毎月自己評価を基に管理者、サブリーダーと話し合われている。朝の申し送り時や10分間のケア振り返りミーティング時に職員の意見、要望を聞くとともに、提案を受け反映されている。職員の健康管理や精神的なケア体制もあり、勤務体制が管理されている。	

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	管理者が毎月全職員の個別面談をしており、意見や思いなどを聞いて可能な範囲で環境整備したり、仕事の実績について評価している。評価をもとに翌月の目標を設定し向上心や目標をもって仕事に取り組めるようにしている。		
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	年間研修計画があり、一人ひとりの職員の実力や将来に応じた研修に参加出来る様設定している。外部研修は都度事務所に掲示し、希望者も参加出来る様にしている。内部研修は職員が持ち回りで講師になったりご利用者の思いを体験する研修を行っている。双方研修後報告書を作成し全職員に報告し、他職員のスキルアップに繋げている。		
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	市内のネットワークの勉強会や研修会に参加したり、疑問点があれば電話などで情報交換し、サービスの向上に取り組んでいる。法人内で他施設を見学する体制もある。		
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	入居前に面談を行い、ご利用者の様子や性格を把握したり、事前にご家族から発生しうる心配事等について情報収集し全職員に伝えている。入居後1ヶ月は特に注意深く様子を見守り関わりを多く持ちご本人の気持ちを引き出せるよう職員間で情報を共有している。		
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	ご家族のデリケートな心情に配慮し、これまでの経過など伺いながら、相談援助技術を駆使して対外的には言いにくい不安なども引き出せるよう努めている。不安や要望などに納得するまで傾聴し、安心してホームを利用して頂ける様努めている。		
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	初回面談時に現在の状況について充分話を聞き、当ホームでの入居のみを前提とせず必要と判断した場合は他機関の紹介などを行っている。		

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
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	ご本人の意思を尊重し、必ず伺いをたててから活動している。職員が一方的に行うことはせず、ご利用者様主体で職員はさりげなく支援している。生活の中で互いに支え合いながら活動するようにしている。		
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	面会時に近況報告をしたり、毎月の活動内容や写真を添付し送っている。又外出ドライブやレクも都合があれば一緒に参加して頂いている。不穏状態が続いたり、容態悪化した際は頻回な面会をお願いするなどしており、ご利用者の安定した生活の実現には家族の協力は不可欠だと伝えている。		
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	散歩やドライブ時リクエストに応じ自宅や懐かしいと希望される場所に出かけている。ご自宅隣家の方と話し家にならせてもらってお茶を飲んだりホームに送迎してお食事をして頂いたり手紙のやりとりなど行い馴染みの関係を維持できるようにしている。	日頃の関わりや生活史より(生活習慣など)、入居者が今まで培ってきた人間関係(実家・家族、友人、知人、)や馴染みの場所等を周知して、入居者の思いの実現に向け継続的な交流ができるよう支援されている。(訪問、手紙等を活用)	
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	ご利用者同士波長が合う方を隣席にしたり和やかな交流が自然に出来る様配慮している。孤立しがちな方には集団で楽しめるレクや作業を工夫して行っている。職員が傍で見守ることで安心して集団参加できる方もいる。		
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	他施設や病院へ入院された場合、仲の良かったご利用者様と一緒に面会に行っている。退去されたご家族様に手紙を送ったり、ご家族がボランティアとして協力して下さることもある。		
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	毎月居室担当者がご本人に今の生活の満足度や希望を伺っている。意思表示が困難な方には日々の仕草や表情、アセスメントシートを活用し、ご本人の思いを少しでも汲み取れるよう職員間で検討し、本人本位のプランをたてている。	入居者一人ひとりのコミュニケーションの特徴を職員全員でつかみ、日々の関わりの中で一人ひとりが示すシグナルをキャッチしてコミュニケーションを図り、ワークシート(ひもときシート)を活用して職員間で話し合い、入居者の思いや意向の把握に努められている。	

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	入居段階でご家族に協力頂き、生活歴や家族歴・嗜好など情報収集している。友人や親族様面会時には昔話から馴染みの暮らし方やご本人の希望などのヒントを得ている。		
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	朝・昼・夕の申し送り時に一人ひとりの様子について職員間で確認しあっている。毎日の10分間ミーティングで出来る事、出来ない事を検討しながら現状の把握に努めている。		
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	居室担当者が6ヵ月毎アセスメントシートを作成し、ご家族の要望もお聞きしてカンファレンスを行いケアプラン更新している。ケアの実践状況について毎月モニタリングシートを作成している。ケアプラン作成後は家族に説明し、同意を頂いている。	居室担当者がアセスメントシートを作成し、入居者やご家族の声を最大限に反映された計画書となるよう職員全員でカンファレンスやモニタリングを行い、一人ひとりの特徴をとらえた具体的な介護計画が作成されている。	
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	ケア日誌にケアプラン記入項目をもうけ実践状況について細かく記入している。生活に反映されているか成功例や困難例は前後の様子や対応内容、結果を記録し情報共有している。モニタリングカンファレンス時に記録を元にケアの見直しを行っている。		
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	既存の業務よりもご利用者の思いを優先している。ご利用者の意向を優先する事で業務に支障がある場合は業務を変えるようにしている。職員間で連携をとり、勤務形態や業務内容を調整し臨機応変に対応出来るよう努めている。		
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	ボランティアの受け入れ、地域行事の参加、散歩時の近所の方のおしゃべりなど一人ひとりが楽しめる様社会資源を活用している。安心相談員さんやボランティアの定期的な訪問も楽しみにされている。		

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)	○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	入居時、今までのかかりつけ医を継続するか、ホーム協力医の往診制とするか選択して頂いており、入居後の変更も可能である。協力医は月2回往診して頂いているが、変化があれば逐一相談し家族に報告している。外部医でも異常や変化があれば管理者が家族に同行し受診している。	事業所の協力医の他、入居者、ご家族が希望するかかりつけ医での受診が行われるよう、ご家族と協力して通院介助をしたり、月2回の訪問診療を受けられている入居者もいる。受診に際しては管理者や関わられた職員が口頭にて情報提供をされるなど医療機関との連携が図られている。	
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	月2回訪問看護サービスを利用している。訪問前にご利用者の変化などを用紙に記載し全職員から情報収集した上で相談し指示を仰いでいる。訪問日以外でも異常や変化がある場合は逐一相談し指示を仰いでいる。		
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。	入院後はこまめに面会に行ったりご家族と連絡をとって容態の把握や退院のめどについて病院と確認し合い早期退院に努めている。		
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	看取り介護に移行しそうな場合は早めに主治医の所見を伺い、ご家族、主治医、管理者で面談を行っている。ホームの看取り介護指針の説明をし、同意を頂いたら居室担当者中心にターミナルケアプランを作成し、チームでケアにあたっている。	入居者の身体状態の変化や異常のサインを早期に発見して、主治医に報告や相談をして、ご家族、主治医、管理者等で話し合われている。終末期の指針が定められており、入居者、ご家族の意向を汲み取りながら、希望に沿えるよう対応される旨を伺った。同意を得て居室担当者を中心に方針をチームで話し合い取組まれている。	
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	年間研修計画に緊急時の対応や応急手当・処置についての勉強会を盛り込み実践している。救急時の対応手順、事故発生時の対応については折に触れ定例会議などで全職員と確認しあったり、手順をひと目でみやすいよう事務所に掲示しすぐ対応出来る様にしている。		
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	年2回昼夜想定避難訓練を行っており、全職員が災害時すぐに避難を行えるよう訓練している。うち1回は隣施設及び地域住民共同での避難訓練を行っており、地域住民の協力体制を呼びかけている。毎月2回防火チェックを行い、防災対策をしている。	隣接事業所や地域住民の参加、協力を得ながら昼夜想定避難訓練が年2回行われている。防災設備や防火チェック体制(防火チェック表を作成)、役割分担等が定められ夜間は隣接事業所の夜勤者2名の協力が得られるなど防火体制が確立しつつある。なお今年度の大きな震災を教訓に、指導を受け対応されている。(備蓄、職員の移動手段等)	

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
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	尊厳を保つ事を基本理念に盛り込んであり、出来る事出来ない事を見極めプライドを傷つけない作業方法の工夫をしたり、礼節ある言葉使いを基本とし、排泄時他者へ悟られないような声掛け、訪室時のノック等を怠らない等プライバシーに配慮している。	管理者は認知症専門士として入居者の尊厳が確保されているか否かは心身の安定に大きな作用を及ぼすことを認識されており、機会ある毎にプライバシーを損ねない対応に向けたお話をされている事を伺った。職員は皆穏やかで入居者にとっての誇りやプライバシーが見極められ笑顔で接し、その人にあわせた言葉掛けや対応をされている。	
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	声掛けする際は「～してもいいですか?」という声掛けすることを都度職員間で確認しあっている。自己決定の尊重として、自分で決めたり納得しながら暮らせる生活を基本理念にしている。		
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	「行動を起こす際は”どのように過ごしたいか”ご利用者の意向を聞いてから活動する」「したい事がしたい時に自由に出来る生活」を基本理念にしている。起床、就寝、食事時間を決めずご利用者のペースに職員が合わせることを一番の業務としている。突発的な外出も職員の都合で制止せず行きたいタイミングで外出出来る様支援している。		
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	ご利用者様にご自分で着替える衣類を選んでいただいたり、化粧の習慣がある方は継続出来る様支援したりしている。理髪の際はご本人から美容師に希望を伝えて理髪して頂いている。		
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	食事準備から片付けまでご利用者様と職員と一緒に作業することを基本としている。キッチンで立って作業するのが難しい方には自席で座って食材カットが出来る様環境設定している。	入居者にとって食の満足が楽しみや生きがいであり、調理食材の下ごしらえから片付けまで職員の見守り支援により、入居者の力や希望を最大限に引き出し、満足感につなげている。なお入居者の咀嚼力、嚥下状態等の身体機能を把握して一人ひとりに適した調理方法により提供されている。菜園で収穫した(ナス、胡瓜、トマト、サツマイモ等)食材を利用したメニューを楽しまれている。	
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	摂取量が気になる際は個別にチェック表を用いて摂取量の確保に努めたり、好みの食品を全職員で情報収集して代替品を個別に工夫したり、一人一人の摂取能力に応じて食事形態や食器、食べる時間を工夫している。		

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
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	一人一人の個々の能力、口腔状態に応じて介助の範囲(声掛けのみ、一部介助・全介助)や介助方法について個別にケア方法を決め職員間で徹底し対応している。		
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	一人一人に応じた排泄場所やオムツの種類、誘導時間、介助方法を職員間で話し合い個別にケアしている。チェック表や申し送りを活用し、排泄パターンを把握し職員間で誘導時間を徹底しオムツ使用を減らせるよう努めている。又少しでもトイレでの排泄できる可能性がある方は日中のみ2人介助などでトイレ排泄を促している。	訪問看護師の指導により排便チェック表や排尿観察表を活用して、入居者一人ひとりの排泄パターンを把握(間隔、量、排泄排便の兆候など)し、さりげない声掛けをして排泄の自立に向けた支援に努められている。	
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	便秘の症状の裏に隠れている重大な病気のリスクや不快感からおきるBPSD回避出来る様、便秘になる前の普段から乳製品、海藻類、食物繊維の摂取、運動や腹部マッサージを取り入れ自然排便を促している。便秘が続いている場合は適宜訪問看護師に相談し、処置の指示を仰いでいる。		
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	基本的に週3回の入浴日を設定しているが、ご利用者様の希望を優先し、突発的な入浴希望にも対応している。拒否のある方には足浴や清拭を行い、入浴出来ない日が続かないよう申し送っている。柚子湯、菖蒲湯、バラ湯など季節の楽しみも取り入れている。	基本的には週3回の入浴支援が行われている。しかし入居者の長年の生活習慣や入居者の希望を大切に毎日入浴されている方がいることを伺った。入浴拒否をされる入居者の原因を探り、本人が納得した上での入浴支援が行われている。また季節風呂(菖蒲湯、バラ湯、柚子湯など)を提供して楽しく入浴ができるよう配慮されている。	
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	起床、就寝時間は自由である。寝つきの遅いご利用者様にはホールで軽食を出し職員と過ごしたり。一人の居室で寝ることに不安を訴えるご利用者にはホールに布団を敷いて休んで頂いている。不眠が見られる場合、原因を話し合い、午睡の時間や日中の活動量を増やし改善に努めている。		

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
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	新たな処方や薬の変更があった際は薬係が申し送り記録にて内容や用量、服用方法や副作用について全職員に伝えている。変化の確認は日々記録し、職員間で話し合っている。誤薬を防ぐ為3重のセッティング確認、服薬時は声に出し名前、日付けを確認し飲み込むまで見守っている。		
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	ご利用様が趣味にされてる将棋や囲碁を職員間で勉強し行えるようにしたり、パッチワークや生花、歌の会など入居前の趣味を継続的に行えるよう支援している。ホームの畑と一緒に野菜などを耕し収穫したり、地域のお祭りでアルコールを楽しむ機会もある。		
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	散歩を日課にしている。毎日の買い物も職員同行し、希望を聞いて寄り道をしたりお茶を飲んで過ごす事もある。毎月遠出外出をしており、ご家族もお誘いし、一緒の外出を楽しんで頂いている。誕生日はマンツーマンで行きたい場所や食べたい物を食べに外出している。	日常的な散歩や買い物外出をケア日誌に記録して外出支援に努めている。3回位に分けてご家族の協力を得ながら、入居者の希望に沿った月1回の遠出外出支援(お弁当を持って善光寺、天狗の湯、かっぱ寿司、花見見学等)が行われている。	
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	金銭所持は制約なく、自己管理されてる方もいる。買い物同行時、金銭感覚のある方には支払いの機会を作っている。物取られ妄想がある方も一方的に職員が管理するのではなく、隠しがちな場所を把握しておくなどしてなるべく所持出来る様支援している。		
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	電話希望がある場合は制止せず、電話できるように支援している。職員が補助しながら文通しているご利用者様もいる。年末には年賀状作りを職員と共に行い、ご家族様に送っている。		
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	季節感を取り入れた飾りやご利用者様作成の生花、塗り絵、行事の写真を飾っている。トイレの開閉の音、廊下が暗くならない様早めの点灯、温度計をみて適宜温度調整、陽のまぶしさを避けた席のセッティングなどBPSD発生の原因となる刺激を抑える工夫をしている。	ご家族が届けて下さる季節の生花を昔取った杵柄を活かして生けられ家庭的な雰囲気が醸し出されると共に季節感が得られている。高い天窓から注がれる柔らかい採光より温もりが感じられる。入居者はゆったりとした空間の中で居心地良く微睡んでいる。なお思い出の行事写真を見て会話が弾んでいる。	

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	ベランダ、隣のユニットの出入りも自由である。座卓スペース(冬場はこたつ)やソファも設けてあり、1人になったり気の合ったご利用者様同志思い思いに過ごして頂ける様な場所づくりをしている。		
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	入居時、使いなれた馴染みの物を持ち込んで頂く様御家族に伝えりロケーションダメージを防ぐ様努めてる。自由に居室内配置され、壁面も各々にカレンダーや思い出深い写真を貼るなど自由に活用して頂いている。各居室の窓際に1本つつ広葉樹が植えてあり、季節の変化も楽しめる。	ホームへの持ち込み制限がないことを伺った。入居者の使い慣れた品(タンス、机、家族写真、観葉植物や生花等)が持込まれ思い思い住み心地良く過せる使用のセッティングをされている。	
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	自室がわからなくなる方には居室入り口に飾りや絵、のれん等で特徴をつくり、自室を確認できる工夫や、トイレの扉には「お便所」と大きく表記している。手すりやテーブルの高さも個別に合わせて調整し安全で自立した生活を支援している。		

目標達成計画

作成日: 平成24年3月29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	4	運営推進会議の充実をはかる(メンバー・回数・内容等)	①参加メンバーの枠を広げる。 ②議題内容に変化をつける。	行政担当者・警察署員・消防署員又入居者様のご家族様全員に参加への呼びかけをしていく。	12ヶ月
2	33	認知症の進行及び身体機能の低下に伴い、専門知識(意識)及び介護技術を習得し、介護力を身につける。	利用者様の現状(症状・ADL)を理解しケアの方法を全職員が専門的な知識と技術力を習得する	研修先の情報を伝達し、積極的に参加出来る様配慮し、研修内容を全職員で、勉強会を通じ共有していく。	12ヶ月
3	35	①災害対策における避難方法や備蓄品の整備を行う。 ②近隣との協力の体制づくり。	①全職員が緊急時に備えスムーズに活動が行える。 ②備蓄品の確保と定期的な見直しを行う。	①近隣住民と日頃より交流をはかり、ホームの有り様・利用者様の名前と顔を知って頂く。 ②災害時のマニュアルを基にシュミレーションを重ねる。	12ヶ月
4					
5					

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。