

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	0874400351		
法人名	株式会社モデンナ・ケアサービス		
事業所名	グループホーム響		
所在地	茨城県北相馬郡利根町横須賀147		
自己評価作成日	平成25年8月19日	評価結果市町村受理日	平成25年12月19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/08/index.php?action_kouhou_detail_2012_022_kani=true&JigyosyoCd=0874400351-008PrefCd=08&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人認知症ケア研究所		
所在地	茨城県水戸市酒門町字千束4637-2		
訪問調査日	平成25年10月22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)】

家庭的な環境の中で、利用者の出来ることを大切に、生活をサポートしている。安全で安心できる笑顔あふれる施設を目標にスタッフから積極的に、利用者とその家族にコミュニケーションをとるようにしています。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

自治会に加入し地域や家族との触れ合いを大切にしている。利用者一人一人に合わせたケアの提供の為、管理者・職員共に日々振り返り、利用者のその日の状態に応じた支援に努めている事業所である。複合施設(ショートステイ・デイサービス)との交流もあり、馴染みの方々とのお話を楽しみにしている利用者がある。事業所主催の秋祭りには多数の地域住民が参加し、家族・利用者と共に楽しい一日を過ごしている。利用がなくなった家族との関係も継続されており、ピアノで利用者の歌の伴奏や、畑仕事で協力できることがあったらいつでも行くよと言ってくださる元利用者の家族がいる。地域の方から介護・看取り・認知症について相談を受け、アドバイスをしたり、関係機関につなげる支援も行うなど、地域に溶け込み理解されている事業所でもある。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印		項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (参考項目:28)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない				

自己評価および外部評価結果

[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	ホーム内に運営理念を掲示している。またスタッフの名札裏にも携帯し、いつでも確認出来るようにしている。	開設時に職員と考えた『利用者の尊厳を大切に、今までの生活スタイルで過ごせるよう支援する』と言う理念に基づいたケアの提供に努めている。日々の中では玄関や各ユニットに掲示したり、名札と一緒に携帯しており、会議等でも確認し、管理者と職員は共有している。職員からはあるがまを受け入れ自己表現を叶えられるよう支援に努めていると聞きとり時に話があった。	
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	毎年行われている秋祭りなど、回覧板や案内状を送っている。地域住民や利用者家族を招待して、施設を開放し交流をしている。	自治会に加入し環境美化に参加している。事業所主催の秋祭りには回覧や地域施設にポスター掲示して地域住民に参加を呼びかけ、毎年多数の参加があり、地域住民・家族・利用者の楽しみとなっている。ボランティア(宮城一座の踊りや歌・ハーモニカ・アコーディオン等)の来訪があり、利用者も積極的に参加して楽しい一時を過ごしている。住民から介護や認知症について相談があり、居宅のケアマネから関係機関につなげる支援を行っている。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	年に6回程度、運営推進会議を行い、地域に認知症の情報を発信している。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	運営推進会議で出た家族からの意見や、地域住民の声を参考にしカンファレンスを行い、スタッフ全員がサービス向上に活かせるようにしている。	2ヶ月毎に民生委員(3名)・地域代表(3名)・家族(全員に呼びかけ約半数の参加)・行政・事業所関係者の構成メンバーで開催。主な議題は利用者状況・活動予定・報告・季節に応じた(熱中症・ノロウイルス・インフルエンザ)注意事項等である。家族・第三者からの声はカンファレンスを開催して職員と共有し、サービス向上に活かしている。席上で職員紹介を行っている。欠席された家族には面会時に報告しているが面会が少ない家族に対し今後は郵送等で報告予定。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	周辺の学校や、一般の方にも自由に入出入出来るように連携を保ち、更なるサービスの質の向上に努めている。	行政とは日頃から連絡を密にとり、またケアマネ会に参加して情報交換を行い、協力関係を築いている。小学生の社会見学や中学生の職場体験、高校生ボランティアの受け入れを行っている。結果として福祉に関心を持つ子供もいる。保育園から招待状をもらい夏祭りに参加した時の利用者の表情はとても明るかった。	

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	職員全員が正しく認識し、身体拘束のないケアに取り組むよう努めている。幹線道路に面した玄関のみ安全面から施錠している。	管理者・職員共に身体拘束となる行為・弊害は理解しており、拘束を行わないで、安全を配慮したケアの提供に取り組んでいる。事業所の前が幹線道路で交通量が多いため、安全性から玄関の鍵は施錠しているが、敷地内の出入りは自由である。職員会議を重ね、やむを得ず一時的に拘束をするときは家族に説明し同意書をえていた。ケース記録に拘束開始・解除が記入され、傾聴を基本とした支援が行われていることが確認された。スピーチロックは職員間で注意をしている。	
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	月に一度の全体カンファレンスや日頃の業務中にも意見をお互いに出し合い、注意を促している。		
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	現在、権利擁護に関する制度を、利用されている方はいない。必要となる場合には、速やかに関連機関との調整を行う。		
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	入居契約時に十分な説明を行い、利用者とその家族から意見を取り入れながら、理解・納得していただいている。		
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	意見箱を設置し、その意見をカンファレンスにて報告して反映させている。対応として直接伺うなどして問題解決を図っている。	家族と事業所との関係は密で、面会時や電話で直接意見を聞くようにしている。運営推進会議後に家族・管理者と一対一の話し合いの場を設けた。ウォシュレットの設置要望があり設置したり、秋祭りの食材の具が大きかったと言う意見で次回の改善内容とした。職員の異動に関しては利用者の混乱が生じない配慮が欲しいとの意見があり、上層部に伝達している。意見の言い出しにくい家族・利用者に配慮し意見箱の設置・第3者機関名・電話番号を明示し意見の吸い上げに努めている。	

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
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	職員の意見や提案等を聞き、相談しながら介護の体制を整えている。	月1回のカンファレンスで職員の意見や提案を聞く場を設けている。管理者は職員の悩み等を聞き、解消に努めている。勤務体制の要望に対し法人内の職員の応援を受けた。法人として色々な職場を経験してもらいたいとの意向は分かるが、グループホームとして利用者の混乱防止の為、職員異動は控えて欲しいという現場の声は上にあげている。職員からは管理者に何でも話し、アドバイスをもらっていると。外部研修には管理者が受講する機会が多いが今後は職員の希望を聞き、職員の参加も促がしたい。(内部研修は月2回実施)	
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	管理者等が職員の抱えてる悩みを聞き、相談に乗っている。月に二度の勉強会や管理者・その上司等がアドバイスを行い、向上心を持って働けるよう努めている。		
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	採用者に業務マニュアルに沿って研修を行い、その後も職員本人にあわせた勉強会や指導を行っている。		
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	勉強会を開き、お互いのサービス向上のための確認をし合っている。		
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	アセスメント時に十分に時間を使い、利用者の話を聞くように努めている。		
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	アセスメント以外にも連絡を密にとることにより、信頼関係を築けるように努めている。		
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	利用者や家族が必要とすることを明記し、ケアプラン作成時に役立てている。		

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	職員にとって利用者は「人生の先輩」であるため、様々な場面で学ぶことが多い。お互いが支えあえる関係が築けるように努めている。		
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	家族との連絡を密に行い、利用者の気持ちを理解した上で、対応している。		
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	利用者より要望があった時には、家族に連絡し相談して関係が途切れないように計画対応している。	デイサービスの利用者が来訪し、しばし利用者対話を楽しんだり、馴染みの方が面会に来たりしている。家族の面会は頻繁であるが遠方の親族・友人等には関係が途切れないよう手紙や電話で連絡を取っている。馴染みのお店(美容院・理髪店)に行ったり、新聞購読や乳飲料を継続している利用者がある。家族の協力を得てお墓参り・外食・外泊をし、今まで大切にしてきた場所との関係継続に努めている。	
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	利用者の生活のペースにあわせながらも、なるべく一緒に食事を摂るようにと努めている他、リハビリ体操やリク活動等を皆で行える		
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	利用者が退所した後も、ケアマネージャーを通じ情報を交換している。		
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	利用者や家族の思いや意向を伺い、スタッフ間で把握しながら行っている。	利用者との日々の会話の中から思いや意向を把握し、記録に残して全職員で共有している。困難な場合は表情・様子から把握し、利用者の立場になって職員間で検討している。関わりが深いので利用者の目を見れば、何を伝えたいかが分かるという職員の声があった。タバコは職員が管理している。利用者から選挙に行きたいと要望があり同行した。お金を持ちたいという方もいるが、金銭管理は難しいので総務で管理し毎月家族に収支決算を報告している。	
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	利用者や家族より、これまでの生活歴や環境等の情報を伺い、職員全員が把握出来る様に努め、それに沿えるようなサービス提供している。		

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
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	毎日のカンファレンスや日頃の申し送りで、利用者の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	利用者・家族・スタッフの意見交換した上で意向に沿ったケアプランを作成している。	利用者・家族の思いを聞き、月1回のカンファレンス・日々のケア提供時に気づきを記録した内容をもとに課題とケアのあり方について話し合い介護計画を作成している。作成後は家族に説明し了承を得ている。温度版にプランを添付し、実施内容を記入したものを介護記録にのせ、記録を活用しモニタリング・評価につなげている。アセスメントの実施も3カ月毎に行っており、現況に即したプランにつなげている。	
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	毎日の介護記録に、利用者一人一人の変化を具体的に記録しケアプラン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	利用者や家族の状況によって、早急に必要なのは事業所にて対応している。		
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	隣接しているデイサービスに来所するボランティアによるレク活動や、デイサービス・ショートステイ利用者との交流を利用者の状況を伺った上で支援している。		
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	基本的には利用者・家族の希望する医療機関にて受診。特に希望のない利用者には施設協力医療機関を納得した上で受診出来る様に支援している。	24時間対応可能な提携病院からの月2回の往診がある。半年毎の採血・レントゲン・頭部CT等を行い健康チェックを実施し、利用者の体調管理・維持に努めている。かかりつけ医の受診は基本的に家族が付き添うが、職員が付き添う受診支援も行っている。受診後は家族に電話報告し、記録に残していることが確認された。申し送りノートに医療・業務内容・家族対応が記入されているが、今後は分かりやすくする為、夫々内容毎にノートを変えて記入していく。	

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
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	隣接する施設に看護職がいるので、いつでも相談することが可能で、日常の利用者の健康管理を支援している。		
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、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。	入院した場合には、医療機関と連絡を取り合い、早期退院出来る様に連携を図っている。		
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	利用者の状況を把握しながら、自力で出来ることはなるべく本人にやらせ、穏やかに過ごせるように支援する。また利用者の状況変化を、主治医と常に共有し、状況に応じた指示を仰げる様にしている。	家族・利用者の想いを大切に、延命に関する意思表示を取り交わし毎年確認をしている。往診時には家族にも同席してもらい説明をきいてもらって、主治医・家族・職員が連携を取りながら、事業所で出来ることを説明している。看取りの意向も考えて対応・指針を検討していきたいとのこと。	利用者の急変も考えられるので、ホームでの看取りに関し、職員の不安解消のためにも指針を作成し勉強会を重ね、職員が利用者にとって最善の支援提供を不安無く取り組めるよう期待する。
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	緊急時対応マニュアルがあり、スタッフ全員がその内容を把握している。また必要に応じて訓練をしている。		
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	年二回消防署の指導のもと避難訓練を行っている。	消防署指導の避難訓練を年2回実施(夜間想定・緊急通報システム・避難経路確認・利用者行動把握・消火器使用方法等)し、全職員は組織化され、災害時に利用者が安全に避難できる方法を身につけている。コンセントのほこりは月2回点検。備蓄品は複合施設全体で整備している。地域との訓練は運営推進会議を兼ねて実施し、その結果問題点も出たので、次回の訓練に再度検討する事となった。緊急連絡網が実際に何分で届くか確認し今後に備える。今後は隣接施設と連携を取り合う方向で働きかけたいとの事。	
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	利用者の立場を尊重した声かけや対応を行っている。	書類関係は鍵のかかる書棚・契約書は事務所に保管されている。個人情報保護に努め、介護計画等の開示に関する同意書を取り交わしている。施設内の写真掲載については今後家族に説明予定。職員の声掛けは利用者を尊重した丁寧な対応であった。	

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
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	利用者が納得された生活が送れる様に、常に自己解決出来る様に声かけ支援している。		
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	おおまかなスケジュールはあるが、利用者一人一人の生活を大切に自由に過ごせるように配慮している。		
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	化粧品など利用者本人が希望した際には、家族に報告し同意を得た上で購入している。髪形なども本人の希望に添える様に支援している。		
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	利用者の食の好みを取り入れたり、食事準備やあと片付け等、一緒に作業している。	以前は職員が考えた献立で買出しをし提供していたが、栄養バランス・利用者の支援を重視の為、食材は外注で届けてもらい、利用者の状態に応じた食事携帯で提供している。食介のため、全職員が同じテーブルで食事をすることは難しいが、声かけを行いながら利用者が楽しい雰囲気の中で食事が出来るような配慮があった。現状では調理等は難しいが、食器拭きは利用者のやりがいを見出す場となっていた。外食や家族と一緒にイベント食を提供している。おやつは利用者と一緒に作る時もある。	
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	栄養士の作成したメニューで食事提供を行っている。利用者の食事摂取量や水分摂取量は常にチェックしている。		
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、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、口腔ケアを行っている。管理表にて、実施状況を把握している。また就寝前には義歯を洗浄している。		

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
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	排泄チェック表で排泄パターンを把握し、極力オムツを使用しないでトイレにて排泄出来る様に自立支援を行っている。	排泄チェック表を把握し、利用者の表情や様子から事前にさりげなく声掛けをしてトイレに誘導し、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援(内容・方法をきちんと記入)を行っている。生活リズムの改善で夜間の排泄に関して、利用者の負担を最小限にするため職員で検討し、自立に向けた対応につなげたいとの事。	
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	服薬にあわせ、個別に乳製品を多く取り入れたり、体操・腹部マッサージなどを行い予防に努めている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	利用者の希望や健康状態に応じて安心して入浴が楽しめる様に支援している。	最低3日に1度入浴してもらっている。利用者の要望があればいつでも入浴可能である。入浴タイムは気持ちリラックスするので普段聞けない話が聞ける時もあり、ケースに記録しケアプラン等につなげている。季節のゆず湯・菖蒲湯を提供している。皮膚病対策として入浴の順番に配慮し足拭きマットは交換している。異性介護を拒否する利用者には同性介護で支援している。	
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	利用者一人一人の睡眠パターンを把握し、夜間ゆっくり休めるように、日中は活動的に過ごせるように支援している。		
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	利用者の服用している薬の作用・副作用が理解できるように処方箋をファイリングしている。新しい薬が処方されたときは、記録をスタッフで共有し変化の確認に努めている。		
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	利用者にあつた役割を割り当てている。屋外への散歩や外気浴をすることによって、気晴らしが出来る様に支援している。		

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
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。	利用者の状況に応じて、希望があれば買い物や散歩、地域行事への参加を促し、外出している。	利用者の体調に合わせて希望があれば買い物・散歩・地域行事(敬老会・文化祭・保育園)に出かけている。お天気のよい日はバルコニーでリハビリ体操をしたり、中庭に出て太陽の日差しを受け、さわやかな風や草花を見て季節の移ろいを感じるなど、五感への刺激も大切にしている。季節ごとのイベントで花見や外食(下調べを行い)の支援を行っている。	
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	利用者の状況に応じて利用者自身が管理できるように支援している。		
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	利用者の希望に応じて、いつでも電話や手紙のやり取りができるように支援している。		
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、	季節毎の花や装飾品を見える場所に置き、家庭的な雰囲気になるように工夫している。	シクラメンなどの季節の花が玄関やリビングに飾られ、お香をたかれているなど訪問者や利用者を温かく包んでいる感じがした。イベント等の写真を飾り自由に家族が持ち帰れるようにしている。リビングには日差しが燦爛と差し込み、明るい空間の中で利用者がゆったり過ごしている姿があった。長いすがある玄関は畳で利用者にとって馴染みやすい感じがした。	
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	共有空間にソファや椅子を置き、そこで過ごせるようにしている。またベランダへも自由に入出入りでき交流の場となっている。		
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	利用者・家族の意向にあわせ使い慣れた家具や、好みのもの、またその配置に配慮して、利用者が居心地良く過ごせるように工夫している。	畳の部屋で利用者が自宅の延長のような雰囲気で過ごせるような居室となっている。混乱が起きないように入り口に大きな表札が掲示された居室には馴染みの鏡台・椅子・テレビ等が安全面に配慮し設置されていた。小物の家族の写真やお孫さんからのプレゼントのぬいぐるみを飾りその人らしくゆったり過ごせるような工夫をしている。車椅子の利用者にはフローリングの方がいいのかも知れないが、利用者が落ち着くので畳敷きにし、傷んだら取り替えているとのこと。掃除は職員が行っている。	
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	ホーム内の要所に手すりやスロープを設け、利用者の安全に配慮しつつ、自立した生活が送れる様に手の届く所に必要なものを置いている。		

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	33	重度化の利用者様も増えていく中で、ご家族に対し延命の有無を書面で頂いてはいるが、定期的な意思の確認が行えていない。また、現状では看取りケアは行っていないため、スタッフの中で看取りケアに対する認識・知識は薄い。どんな状況に置いてもスタッフが冷静に対応できる環境、知識が必要。	利用者様が終末期を迎えられる際、ご家族が納得の行く方向性を明確に出来るようにしていただく。 終末期に対する知識を身につけ、スタッフ全員が統一した対応ができるようにする。	定期的に延命に関するご家族の意思を確認し、その都度、書面に残す。 日頃から利用者様の様子を伝え、医師の診断を受けた際にも報告を徹底する。 定期的な勉強会の中に看取りケアに関する議題も取り入れ、スタッフ全員が終末期に関する知識を身につける。	6ヶ月ごと
2	36	利用者様に対し礼節・尊敬を持って接してはいるが、長期入所の利用者様に対する呼びかけが馴れ馴れしい言葉と感ずることもある。利用者様に対する呼びかけが、スタッフ間で統一できていない。	呼ばれ慣れた名前前で声をかけ、安心した生活を送っていただく。 統一した声かけの徹底。	利用者様の入所以前の状況を把握し失礼のない呼び方で声をかけさせていただく。 必要に応じて、ご家族様に承諾をいただく。 定期的にカンファを行い、スタッフ間で統一した声かけについての確認を行う。	1ヶ月
3	36	ユニット内に掲示されている写真は個人の顔が鮮明に写っているものもあるが、写真に関する掲示許可は頂いていない。	プライバシー保護を損ねないようにする	推進会議の際、個人写真の掲示許可をいただく。	2ヶ月
4	35	年に2回の避難訓練を実施。消防署の方が立会い指導をいただいている。利用者様のご家族には何度か参加をいただいているが、近隣の方との災害に関する合同の訓練は行えていない。	施設内だけでなく、近隣との関わりを密にし、いざという時に備える。	区長さん、民生委員さんも参加して下さる推進会議の席などで協力をお願いし周辺住民の方にも参加して頂けるような体制を築く。 災害時、近隣住民の方の避難場所として稼働できるか、確認、検討する。	6ヶ月
5	4	年に6回の運営推進会議を実施している。出席して下さるご家族は毎回同じ方で、参加されなかったご家族に対しては特に議題の報告は行っていない。	ご家族全員に施設での取り組み、現状報告をし常に関わりを持つようにする。	推進会議に参加出来ないご家族には、お便りを送り、議題内容だけでなく、利用者様の近況報告もお知らせする。 必要に応じ電話にて報告をする。	4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。