

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	2172600468		
法人名	社会福祉法人 新生活会		
事業所名	グループホーム 木もれびの家		
所在地	岐阜県揖斐郡池田町本郷1572番地の2		
自己評価作成日	平成25年 9月 1日	評価結果市町村受理日	平成25年11月13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.kaijokensaku.jp/21/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kanji=true&JigyosyoCd=2172600468-00&PrefCd=21&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 中部社会福祉第三者評価センター		
所在地	岐阜県関市市平賀大知洞566-1		
訪問調査日	平成25年 9月30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)】

H12年法人初のグループホームとして開設、法人のこれまでの認知症ケアの実践を活かし、専門性の高いケアの提供を目指している。リビングから見える広い庭には、大きな樺の木や季節折々の花々、野菜等があり、自然を肌で感じられる環境である。近隣住民の方を招いてのティーパーティーや防災訓練を開催、運営推進委員の方との交流や家族、友人の訪問、自宅への外泊や家族との外出等、今までの生活、地域生活の継続を支援している。併設特養ホールでのレクレーションに参加したり、季節毎のドライブ、買い物、外食、お洒落等、個々の強みやこだわりを大切に、穏やかな潤いのある暮らし支援に努めている。また、職員研修に力を入れ、医療、多職種との連携を密に、看取りまでの尊厳ある暮らしを支えている。

【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)】

法人として、同じ地域に2棟のグループホーム、特養施設、デイサービス等、複数の事業所を展開している。当ホームは、住宅街の中に建つ民家改造型の定員9人からなるアットホームな事業所である。ホーム便り(木もれび通信)の地域版を各所に配布し、災害避難訓練や行事、レクリエーション等への参加を地域に呼びかける等、共に地域に暮らす住民として馴染みの関係を築いている。地域住民を招待して実施される「ティーパーティー」は、ホーム開設以来継続して開かれている。利用者の自立度が高く、調理、買い物参加がある。利用者が連れ立って近くの特養施設(本館)の喫茶コーナーに軽食に出かける姿も見られる。利用者同士の会話や相互のやり取りの中にも、互いを尊重し合ったり、気を配ったりする人間味が随所に感じられた。グループホーム本来の姿が見えた。

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、生き活きと働けている (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	全職員が障害者体験を行い、理念を理解し実施している。部署会議では、常に理念に立ち返り考えることを大切に意見交換している。事業目標、計画を作成、サンビレッジマニュアルを基に理念を深め共有している。	法人の職員教育の中でも理念について学ぶ機会があり、職員には十分に浸透している。毎月開催されるホームの部署会議でも、理念に基づく実践のための話し合いを重ねている。	
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	開設以来、近隣住民とのティーパーティを継続、日常の様子を通信等で知らせている。散歩時の挨拶等を通して、自然な交流が継続できている。近隣の理美容、スーパー、喫茶店等も顔馴染みである。	地域住民、地域の介護支援専門員、入居希望待機者を対象に、ホーム便り・地域版を発刊し、地域の社会資源としての役割を担っている。ホームのティーパーティーに地域住民を招待し、交流の機会としている。	
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	ボランティアや研修生を利用者のプライバシーに配慮し受け入れる、認知症研修の講師を担う、実践を発表する等ケアの発信に努めている。地域の運動会、文化祭、歌謡ショーに参加、地域の中で生活している。		
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	行政、区長、家族代表等を委員とし、利用者の生活状況や外部評価結果を報告、意見交換している。防災教室や利用者・家族の方との交流会を行う等相互理解を深めることで、助言をサービスに活かしている。	利用者、家族、地域、行政の参加がある。会議では机上の報告、審議に留まらず、災害訓練、認知症講習、地域交流行事などと同時に開催し、ホーム運営を体験することで有益な意見交換の機会としている。	
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	母体施設では機関紙を発行、介護予防教室、モデル事業に取り組み、自治体と連携している。地域包括支援センター主催ケアマネ連絡会に参加、ケアプラン点検にて助言を頂き、取り入れている。	法人内に行政の担当部署を設け、行政との協力体制を築いている。管理者は法人の担当部署に相談、報告を行うと共に、運営推進会議を通じて行政とも相互に連携している。	
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	日中は玄関、テラス、裏口共施錠せず、自由に入出りができる環境で身体拘束を行わないケアに取り組んでいる。またスタッフの何気ない言動が利用者の行動を制止し、自由を奪わないよう母体施設、近隣と連携し、拘束しないケアを実践している。	職員は介護支援専門員、介護福祉士等の資格を有しており、拘束をしないケアの重要性についての十分な知識を持っている。年間教育計画の中でも、講座を設けて振り返りの機会としている。玄関は開錠し、利用者の単独外出には制止せず同行している。	
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	認知症ケア委員会主催の勉強会や研修等で認知症の理解を深め、他職種が連携、言動の背景にある原因を探り対応を考えることで、尊厳を支えるケアの実践に努めている。職員研修に取り入れ、周知している。		

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
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	県主催の研修や認知症実践者研修等で学び、閲覧できるようになっている。法人内研修プログラムに組み込まれており、各々が学ぶ機会を持っている。成年後見人制度を活用するケースもある。		
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	見学、契約説明と入居前に時間をとり、家族の不安を解消できるよう努めている。契約書は内容を確認後、押印頂いている。また、事前に重度化対応指針を家族に説明・理解してもらい同意を得ている。		
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	契約書に相談窓口、第三者評価委員を明示し、玄関に意見箱を設置している。利用者とは食事、ティータイム等時間を共有し、話しやすい雰囲気を作り、思いを聴くよう努めている。	家族のホーム訪問が多く、加えて電話のフォローや利用者個別の様子を添えた便りを作成し、詳細な情報提供に努めている。家族アンケートに、「直ぐに対応してくれる」と、ホームの対応を評価する回答があった。	
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	スタッフ一人一人が個人目標を立て、部署会議、職員会議、面接等を通じて、意見や提案を聞く事で運営に反映している。職員は、利用者視点で物事を捉え、チーム全員で共有し、実践に繋げている。	法人の人事考課制度の一環として、個人目標の設定、1年の振り返りと、2度の管理者との面談の機会を設けている。面談では職員個々の意向を確認し、ホーム運営に反映する機会としている。	
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	人事考課システムを整え、定期面接や年度末に自己評価を行い、人事や勤務条件、研修の要望を聞いている。個別に悩みを聞く等ストレスへの配慮をしている。ヨガ教室、懇親会等があり、働きやすい職場作りに努めている。		
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	ステップアップ研修、他事業所研修や法人内外の研修、専門委員会など参加の機会が多い。研修計画を基に資格取得、スキルアップに努めている。職員個々の強みが支援に活かされ、仕事のやりがいになっている。		
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	他施設の研修、見学の受け入れ、グループホーム協議会、認知症ケア学会等、外部研修会に参加、他事業所と交流する機会を作っている。専門事業部会では、運営や制度の理解、職員の交流の場を設けている。		

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
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	優しい住み替えの為、入居前の見学やショートステイにより、徐々に環境に馴染めるようにしている。嗜好調査や強み調査表、事前指定書を基に、自宅訪問で自宅周辺の環境や生活を知り、思いを把握している。		
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	入所相談では、心身状態、入居に至る経過等の情報を収集、入所判定委員会で入所を決定している。契約時に理念やケアの説明を行い、家族のニーズを確認、不安を軽減し、一緒に支えるスタンスで関わっている。		
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	併設特養生活相談員、ケアマネジメントセンター職員と連携し、相談やサービス調整に努めている。事前の見学や事前訪問で実際に見て頂き、ショートを活用する等その方に合った場所が選択できるようにしている。		
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	調理や洗濯たみ等、スタッフが教えてもらうスタンスをとっている。外食、ショッピング等利用者の要望を聞き実施、支え合う暮らしができていく。盆踊りには、利用者が別の利用者の着付けを行い、共に参加することができた。		
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	家族と共に支えるために、介護計画に家族の役割を明示、居室作りや本人が行きたい外出支援等、家族の協力を得ている。面会時や電話で健康状態も含めた生活の様子を伝え、情報のやりとりをしている。		
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	お盆には家族と自宅で過ごす、外食等家族や友人との関係が途切れない支援をしている。お気に入りの美容院や喫茶店、銀行に行く、贈り物を贈る等、個々の生活の継続を支援している。	身体能力の違いから夫婦別々に同法人内の施設に暮らしており、職員が同行して面会を支援してきた例がある。家族の了解を得て、利用者が旧知の友人へ「お中元」、「お歳暮」を贈答することを支援している。	
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	利用者同士が声を掛け合い、読経や体操、食器拭き、洗濯畳みをしている。外出時は声を掛け合ったり、互いの体調を気遣う、ボランティアの方を交え、カラオケを楽しむ等、生活の中で自然な支えあいがある。		

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
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	退去後も家族がホームに立ち寄り、ハーモニカ演奏をして下さったり、作った野菜を持って来て下さる等の交流がある。退去後も訪問、行事に参加する等、利用者、家族が相談しやすい雰囲気とニーズに応じた対応に配慮している。		
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	2つのリビングは、相性に配慮、気分や活動に応じ居場所が選択できる。食事や家事作業等個々の思いを理解し、本人の思いを尊重、強みを支援することで、自発的言動や笑顔を引き出し、本人の満足に繋げている。	業務日誌を使い、利用者の表情や言葉を正確に記録している。管理者は重視するポイントをマーキングし、職員への周知を図っている。法人のネットワークシステムを活用した一元管理の取り組みもある。	
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	強み調査票、他サービス利用も含めた情報等その人の生活習慣の把握に努め、個別の支援をしている。化粧や装い、ヘアカラー等その人らしさを大切に支援している。		
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	生活歴、家族背景を理解、アセスメントシートを活用、ニーズに即したプラン作成に努めている。NM、DFDLスケール、SOAPを活用、客観的分析を加え、個別の生活をコーディネートしている。		
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	本人・家族の意向を基に、他職種が協働し課題を多面的に分析、介護計画に反映している。暫定プランを1ヶ月で評価、その後3ヶ月毎、状態変化時に見直している。	利用者、家族、そして作業療養士、理学療養士、そして医療関係者の同席を得て、専門性の高い担当者会議を実施している。担当者会議の意見を反映して、介護計画は3ヶ月ごとに見直している。	定期的な見直し、状態変化に伴った見直し例はあるが、利用者の意向の変化に着目した見直しは実施されていない。個別ケアの推進のためにも、思いや意向の変化を捉えてほしい。
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	パソコンに提供したケアと生活状況を記録、管理している。個々の思いが反映された言動を記録、モニタリングに活かしている。申し送りノートを活用し情報を共有、リスクは集計、分析し、予防に努めている。		
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	併設特養のホールを地域の公民館と位置づけ、敬老会、餅付き、パン教室、手芸クラブ、エステ、書道クラブ、ビーズ教室、足つぼマッサージ、リハビリ等要望に応じて参加している。受診や買い物、理美容の付き添い等個々のニーズに対応している。		

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
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	ボランティアの方によるハーモニカやカラオケは楽しみである。ティーパーティや防災訓練は多くの近隣住民の参加、理解を得ている。認知症の人が外で迷ってしまった場合は警察や住民と協力体制をとっている。		
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	入居時に主治医を家族、本人に選択してもらっている。往診の他に併設協力病院での診察、精神科、歯科医往診も可能である。受診状況の情報の共有を密にしている。整形外科医師の健康相談を実施している。	利用者、家族の希望医をかかりつけ医としており、そのほとんどが法人と関係のある医療機関である。専門性の高い法人関係者が協力医であることから、利用者、家族は健康管理の体制を高く評価している。	
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	看護師による体調管理と相談、夜間緊急体制をとっている。母体施設医師、訪問看護とも相談、連携ができ、訪問リハビリを継続している人もいる。入居時、看護師が在宅での健康状態を家族から確認している。		
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。	協力病院は、併設特養の廊下伝いに隣接、夜間、緊急時に必要な処置が受けられる。見舞い時に状態を同う等医療機関、家族と連携している。早期退院を希望するケースも多く、退院に向けた担当者会議を開催する等している。		
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	重要事項説明書に協力病院を明記、重度化対応・看取り指針を作成、家族の同意を得ている。入所時事前指定書で終末の支え方、意向を確認、状態に合わせ担当者会議を設定、他職種との関わりやターミナル委員会と連携し、看取りまでの支援をしている。	ホームが民家改造型であることから、自立した家庭的な暮らしを重視することとしている。重度化、終末期については、法人内の特養施設や協力医の受入れなど、具体的な提案を利用者、家族に行っており、法人全体で最良の策を選んでいる。	
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	急変時は、看護師、主治医と連携対応している。緊急時対応マニュアルに搬送医療機関や連絡先を明記、緊急時に備え、吸引や誤嚥時の対応等実践を伴った訓練を看護師に指導を受け実施、職員に周知している。		
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	災害マニュアル、消防計画を作成、年2回、火災、地震を想定した避難誘導、通報訓練を併設特養、地域住民と合同で継続し実施している。スプリンクラー、非常通報装置を設置、緊急連絡網の訓練も実施している。	年間研修計画に「リスク管理・防災」をテーマとして取り上げ、話し合いを重ね、対策について検討している。災害マニュアルを作成し、地域住民も加わって、全館・全利用者参加の避難訓練を実施している。	

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
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	理念を基に、個を尊重した言葉かけ、対応をしている。利用者本位のケアを提供する為ビデオを活用し勉強会をした。できないことは、さりげなくサポートし、プライドを保持している。表札、写真掲載は同意を得ている。	利用者の自立度は高く、プライドを損ねないよう必要以上の介助を避けるよう努めており、利用者の希望する呼称を使っている。居室には氏名を表示せず、利用者の自立の維持とプライバシーに配慮している。	職員の配慮もさることながら、利用者同士がお互いを尊重し、気を配りながらの会話・やり取りが見られた。この雰囲気、風景を継続させる取り組みに期待したい。
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	その日の服装、食事のメニュー、行事やレクレーション参加等は選択肢を提示し、選択してもらっている。買い物や喫茶店、友人に会いに行く、お歳暮を贈る等本人の決定は、できる限り支援している。		
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	利用者の思いや望みを理解し、その方の「心」が動き、「力」が引き出されるよう、利用者視点で物事を捉えることを大切にしている。職員は「心」にゆとりを持つことで個のペースに合わせた暮らしを支援している。		
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	家族と協力し、自分らしい服装やお洒落を支援、外出時の化粧やお洒落、ヘアカラー、行きつけの美容院へ行く等楽しみの一つとなっている。行事に合わせた服装、小物を事前に相談しながら決めている。		
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	一緒に買い物をする、旬の食材、畑の野菜を使用、献立を考えている。下ごしらえ、調理、片付け等役割を担っている。食事中、音楽を流し、穏やかな環境を作り、食事前には嚥下体操を実施、個に合わせた自力摂取を促している。	湯のみ、茶碗、箸は使い慣れたものを持参し、調理でも利用者は当り前に包丁を使い、盛り付けも行なう等、家庭の台所の風景である。食材は利用者が選んで買い物をし、その日のメニューを決めている。	
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	嚥下、咀嚼状態に応じ、食材の大きさや調理法を工夫、代替の提供をしている。水分はトロミを使用、介助時は傍に職員が座り、食器の入れ替えや介助をしている。摂取量や体重等はパソコンで管理している。		
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	個々のアセスメントを基に、洗面所への声かけ、誘導をし、歯磨きや嗽、義歯洗浄の声かけ、介助をしている。口腔内の炎症等も確認、歯科往診、言語聴覚士や歯科衛生士からのアドバイスを受けている。		

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	排泄表で排泄間隔を把握、援助の必要な部分をさりげなくサポートしている。失禁時は、着替え等手早く用意、羞恥心に配慮し、プライドの保持に努めている。個々に合わせた昼夜の排泄方法を把握し、介助している。	排泄の記録を取り、利用者個々の排泄支援について、毎月ミーティングを実施している。個々の状況に合わせて誘導や声掛けを行ない、自立したトイレでの排泄を支援している。	
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	便秘気味の方には、オクノス等を服用、散歩や適度に体を動かす機会を作っている。食物繊維、乳製品等を取り入れ、排便を促す声かけをしている。看護師と相談しながら排便コントロールしている。		
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、個々にそった支援をしている	入浴チェック表を確認、思いを聞き、入浴時間、湯温、回数を決めている。ゆず、バラ湯、入浴剤等を使用することもあり、入浴が楽しめるようにしている。羞恥心に配慮し、能力をアセスメントし、サポートしている。	生活習慣を大切に、入浴時間を夕方に設定している。全利用者の湯船の入浴を実現し、ゆったりと入浴を楽しんでいる。拒否のある利用者には無理強いせず、タイミングを計ったり、翌日に延期する等の対処をしている。	
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	日中に家事作業や運動、ドライブ等を行い、生活リズムを整え、安眠に繋げている。身体状況に合わせた休養時間を確保、不眠傾向の人には思いを聴き、不安の軽減に努めている。		
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	患者情報シートを作成、薬剤情報を綴り、全職員が把握、責任を持って内服できるよう申し送りノート、会議等で共有している。服薬の経過を主治医に報告している。変更時は、看護師と連携、体調観察している。		
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	生活暦を把握、その方の長所、できること、誇り、強さとなるものを「強み」と捉え、生活の中で継続できるようにしている。畑仕事、花作り、お洒落、踊り、着付け、読経、ユーモアある会話等多様である。		
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	併設デいのレクレーションに参加する、家族や地域の人々の協力により、墓参りや自宅へ帰る、ドライブ等個々のニーズを汲んだ外出を支援している。花見や喫茶店、季節毎のドライブ等、個々の要望を取り入れ、気分転換を図っている。	近くにある法人施設(本館)まで軽食(お茶を飲む)に行く利用者にとって、四季を感じられる広い庭や車の少ない小路は、絶好の散歩コースである。折々に、社有車に分乗して、花見等の季節感のある外出が実施されている。	

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
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	管理能力をアセスメント、要望を聞き、お小遣い程度を手元で管理、買い物をしている人もいる。外出時は、自分の財布を持ち、馴染みの店でのやりとりができるよう支援している。		
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	併設特養敷地内にポストがあり、利用できる。友人と、葉書、手紙、贈り物のやりとりをしたり、携帯電話で家族や知人とやりとりをしている人、遠方の家族からの電話を楽しむにしている人もいる。		
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	2つのリビングは、庭の景観、訪れる小鳥、小動物が見渡せるよう窓を大きくし、明るい陽射しが入り込む。居間には、四季が感じられる花、果物、野菜等を置き、季節感が感じられる環境に配慮している。トイレは3箇所あり、使いやすさに繋がっている。	昭和の香りの漂うモダンな民家を改造し、利用者9人と職員が暮らす温もりのあるホームである。建物から続く芝生の広い庭の中央には落葉の大木があり、巣を架けた野鳥のさえずりが聞こえてくる。大木の下には利用者分のベンチが配置されている。	
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	主に、居間ソファで寛ぐ、居室、居間の空間を相性や気分に応じ、自由に過ごせるようにしている。片方のリビングに皆が集まってトランプ等レクをしたり、気の合う利用者同士でテレビを見たりと、過ごし方はさまざまである。		
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	入居時に家族と相談し、自室と認識しやすいような空間作りを依頼している。馴染みの筆筒、テーブル、ドレッサーや小物、思い出の写真を持ち込み、自宅の環境に近い生活空間が安心感に繋がっている。	居室には、使い慣れた家具や利用者・家族の写真、鏡、化粧品を持込んでいる。利用者の希望に沿い、居心地の良い居室となるよう支援している。	
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	利用者の持つ力が活かされるよう作業療法士と連携し、トイレ、浴室、玄関、和室等最小限の手すりを設置し、自助具を活用、安全に配慮している。生活リハビリを継続することで、身体機能維持に努めている。		

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	26	定期的な見直し、状態変化に伴った見直し例はあるが、利用者の意向の変化に着目した見直しは実施されていない。個別ケアの推進のためにも、思いや意向の変化を捉えてほしい。	ケアマネージャーが中心的な役割を担い、職員と一緒に利用者の思いや意向に着目した個別ケアを実施していく。	・今できる事、やってみたい事を利用者から聞いたり感じとり、家族や地域の社会資源の活動も含め、役割や楽しみなどの個別ケアを進めていく。	12ヶ月
2	36	職員の配慮もさることながら、利用者同士がお互いを尊重し、気を配りながらの会話のやり取りが見られた。この雰囲気、風景を維持させる取り組みに期待したい。		・民家を改装した住まいは家庭的な雰囲気と、庭の大きな樺等自然を肌で感じる環境を活かし、お互いが思いあい、助け合って普通の暮らしが続いていくよう支援していく。	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。