

### 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	1270100702		
法人名	有限会社 山葉福祉		
事業所名	グループホームさくら		
所在地	千葉県千葉市中央区南町2-11-5		
自己評価作成日	令和2年3月6日	評価結果市町村受理日	平成2年4月24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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/12/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/12/index.php</a>
----------	---

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 ヒューマン・ネットワーク		
所在地	千葉県船橋市丸山2丁目10-15		
訪問調査日	令和2年3月26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)】

「自由にありのままに、楽しくゆったりと、その人らしく」を基本方針としている。認知症の利用者が馴染みの環境で、馴染みの職員とともに暮らしているような、穏やかな生活を送るための環境作りを心掛けている。最寄駅から3分という交通の便の良さだけでなく、外出や面会時間などの制限を設けず、ご家族も訪れやすい環境を作っている。利用者家族との交流を密にし、互いに相談しやすい環境を作ることで、利用者のケアを充実させることにつながっている。医療連携体制を構築し、職員に看護師を配置するほか、往診の体制を整えることで、終末期のあり方としてターミナルケアを実施している。栄養バランスだけでなく、旬の素材を取り入れ考えた調理師の献立を調理専門スタッフが作り、それぞれの利用者の食事形態に柔軟に対応することで楽しい食事を提供している。

#### 【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)】

事業所の良い点として①年2回家族会には普段来れない家族も多く参加してホームの取り組みや質疑応答、管理者・ケアマネ・主任は家族と個別面談をしてケアプラン・利用者状況・心配な事等話し合いの要望を確認し、家族同士の懇親の場にもなっている。②入所時にターミナルケアまで行う事を説明し、早い時期から家族に状態変化を伝え、往診医に変更し看取り希望は医師より家族に話をしている。事前の準備と看取りの方針を職員に伝えてケアの統一と家族に状況を頻回に連絡をして来訪や最後に立会って看取りが行われ、感謝の言葉が出ている。③栄養士と専門職員は利用者の希望を聞き、旬の物を使った料理、季節の果物を添え、温かい物は温かくして提供する事で利用者は食欲があり美味しいの声が多く聞かれている。④管理者は利用者の介護度や車イスも増え外出が難しくなっているため、ホーム内でも楽しめる喫茶さくらを開設し、お菓子のバイキングとコーヒー等が飲める取り組みに力を入れているので今後の展開に期待したい。

### 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

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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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した表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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、戸外に行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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している (参考項目:30,31)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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
<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	地域の中で、認知症の利用者が安心してその人らしく暮らすことができるよう支援している。少数人数制という利点を生かし、利用者や利用者家族のニーズにきめ細かく応えている。	利用者のコーヒー・パン等の好きなものや生活様式を変えないように一人ひとりのニーズに合わせて提供し、その人らしく穏やか生活を支援している。職員は気づきと手をかけたケアに努め、体操やお茶の時間を一緒に楽しみ、利用者は雑巾づくりやタオルをたたみをして役割のある生活が過ごせている。	
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	町内会に加入し地域イベントに参加したり、民生委員の紹介するボランティアグループの受け入れ、近隣保育園との交流など、活動の幅を広げている。近隣のスーパーに利用者や出かけたり、近所の病院をかかりつけにするなど、交流の機会を増やしている。	利用者はスーパーへの買い物や病院受診は散歩を兼ね、季節には公園に桜・菜の花・あじさいを見に行っている。保育園児がハロウィンの衣装をして踊りやプレゼント交換をし、ボランティアのハワイアン・バルーン作り等楽しい交流が行われている。ホームは人通りの良い場所にあり飛び込みでの見学や相談を受け、ブログでの情報発信も行って地域と繋がっている。	
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	町内会の人たちに介護教室への参加を呼び掛けている。 地域住民の訪問や見学、介護相談、ボランティアの受け入れなどで、認知症の理解を深めている。		
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	外部評価の報告や利用者家族との意見交換会、面会時に出た意見や要望等を話し合い、サービス向上に活かしている。市の職員や地域包括支援センターの職員の参加を依頼している。	運営推進会議は家族会と同時開催をし、民生委員・安心ケアセンター・介護相談員・家族が参加して年4回開催されている。ホームから介護保険・処遇改善・おむつ給付等制度改定・予防接種・行事等の取り組みを報告している。介護相談員の利用者との面談、傾聴ボランティアの紹介等の意見をサービス向上に活かしている。	運営推進会議に区長や家族の参加が少なく、ホームの理解を深めるためにも、議題を決め、講座等を行って参加を増やす工夫が望まれます。
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	市町村主催の研修に参加したり、運営推進会議への参加を呼び掛けている。生活保護受給者の入居を受け入れ、市の担当者との連絡を密にとるようにしている。市の担当者には積極的に連絡・相談している。	市の担当者とは制度改定時の確認や書類提出時には電話をして相談し、メールでの感染症・防災関係、研修案内には参加している。また、生活保護者の受け入れ・書類提出・面接の対応等協力して取り組んでいる。グループホーム連絡会では勉強会への参加や同業者の情報を活かして連携している。	
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	身体拘束研修に参加し、その内容を会議等で話し合うことで、すべての職員が「基準における禁止の対象となる具体的な行為」を学び、身体拘束をしないためのケアについて考えている。介護支援専門員が作成した計画表に基づき、職員が連携したケアを行っている。	管理者・職員は市の身体拘束・虐待防止研修に参加し「身体拘束禁止の具体的な行為」の理解を深め、身体拘束委員会を開催して話し合い身体拘束をしないケアに取り組んでいる。利用者からの願いが多くある時は気分をそらし理由を云って「待ってください等」抑制する言葉遣いに心配りし、会議では利用者個別状況の事例を話し合っている。	
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	管理者は積極的に研修に参加し、その内容を会議で話し合うことで、すべての職員と情報の共有を図っている。虐待について学ぶ機会を持ち、虐待防止に努めている。管理者は介護業務に携わり、日常的に利用者や職員と交流を持つことで、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
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	研修に参加し、会議等で学ぶ機会を設けることで、それらを活用できるよう支援している。		
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	契約改定等の際は利用者や家族等と直接話し合い理解と承認を得ている。契約時や解約時は十分な説明を行っている。		
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	年2回の家族会を開催し、家族の意見や要望を聞く機会を定期的に設けている。	年2回家族会に多くの家族が参加してホームの取り組みの報告と質疑応答が行われ、その後管理者・ケアマネ・主任と家族面談が行われてケアプランの内容・利用者状況を話し合い要望も確認している。家族の来訪時には利用者の状況を話し合い、毎月さくら便りを送付して行事の様子を写真とコメントで伝えている。利用者の日常の様子や要望は介護日誌・申し送り・個人日誌に記録し反映している。	
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1回の会議を設け、運営に関する職員の提案を聞き、話し合う機会を設けている。管理者は日頃から職員とのコミュニケーションの場を多く持ち、様々な意見を聞くようにしている。	毎月の全体会議に全職員が参加し、物品の購入や気になる事の提案、行事の内容、利用者毎のケース会議で意見を述べ、勉強会や防災訓練等が行われている。管理者は普段から職員に良く声掛けをし、介護現場に入っで話しやすい関係性が出来ている。職員は食事の改善から食べられるようになり、貼り絵を一緒に作成して利用者に喜ばれ、さくら便りの写真から家族にも喜ばれて遣り甲斐となっている。	
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	職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与に反映させている。労働時間を考慮し、職員が働きやすい場を作るよう努めている。		
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	管理者は介護業務に携わることで、職員個々のケアの実績や利用者への接し方、勤務態度、力量を把握し、それぞれの職員の希望する研修を受ける機会を確保している。会議の場等で身体拘束や移乗の方法など、ケアについて学ぶ機会を設けている。		
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	同業者との交流会、他施設が主催する勉強会に参加している。		

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
<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	サービス利用開始前に利用者本人と話し合いの場を設け、不安や要望を聞き、安心した生活を送れるような環境作りに努めている。利用者と直接会話をすることで馴染みの関係をなるべく早期に作るよう努めている。		
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	サービス利用開始前に家族の不安や要望を十分に聞き、話し合う機会を設けることで、家族との関係づくりを築くよう努力している。また要望に寄り添った環境作りを行うことで、家族との信頼関係をつくっている。		
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	サービス利用開始前に家族やケアマネージャーから利用者の生活環境や思考、性格、既往歴などを聞き情報把握に努めている。必要としている支援を知ることで、他のサービスの利用も含めた提案をしている。		
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	職員は利用者の暮らしに寄り添い、馴染みの関係を作ることで、暮らしを共にするもの同士の関係を築いている。		
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	職員は面会時に家族と積極的にコミュニケーションをとり、利用者の生活の現状報告をし話し合うことで、家族がいつでも不安や要望、質問をしやすい環境を作っている。		
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	面会時間や外出の制限を設けず、家族以外にも知人や友人が気軽に面会できるよう配慮している。利用者の希望で手紙のやりとり、電話使用し会話をするなど、馴染みの人々との交流が途切れないように支援に努めている。	知り合いの人や昔からの友達が訪問し、友人の美容師が来て散髪をして馴染みの関係が続いている。面会の時間や外出の制限をしないで来訪しやすい様にして家族の来訪を促し、お茶を出し利用者やゆっくりと話し合っている。家族からホームに必要な新聞紙やタオルの提供とパン・お米・果物を食べて下さいと好意の申し出がある。利用者から家族への電話を支援し、年賀状が来て喜び、関係継続を支援している。	
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	毎日の朝の体操、レクリエーション、馴染みの利用者同士で行う作業(タオルたたみ等)、職員があいだに入ることによって、利用者それぞれが孤立することなく、生活に関われるよう支援している。		

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
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	サービス利用終了後も、郵便物の送付の際に手紙を添えるなどして、契約終了後も家族が相談しやすい関係を維持している。		
<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	職員や管理者は日常的に利用者与会話しコミュニケーションをとることで、本人の希望や意向を把握し受け止めるよう心がけている。意志確認が困難な利用者の場合は、家族やかかりつけ医、複数の職員との話し合いの場を設けている。	利用者の日常の様子は個人日誌に「本人の云った言葉」をそのまま記録して意向の把握を心がけている。また、意思確認が困難な人は行動を見て理解し、家族に居住や生活歴等を聞いて会話に活かし、時々興奮する人は医師に状況を話してアドバイスを受けて対応している。利用者の状態の変化は連絡帳に記入して共有し、職員から多くのケアの工夫が提案され、意見を取り入れて実施されている。	
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	これまでの生活歴や希望、サービス利用開始前の住居の状況、家族とのかかわりを本人や家族、関係者から聞き取るようにしている。		
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	それぞれの心身状態、有する力、理解力の現状の把握に努めている。それぞれの職員と話し合い、情報を共有している。		
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	家族会での意見交換や、会議、面会時の話し合いの際に、それぞれの意見や要望を聞き、アイデアを反映させた介護計画作成に努めている。職員から出た提案を家族に伝え、理解や承諾を得ることで実践できるよう努めている。	利用者・家族の意見や要望を聞き、ケース会議に全職員が参加して利用者毎の変化や問題点を話し合い、ケアマネージャーが達成できる内容のケアプランを作成している。職員は利用者の変化や気づきを毎日モニタリングし、ケアマネージャーは職員との話し合いの中で変化を確認して毎月モニタリング表に記録しケアプランに反映している。変化時には医師に意見を聞き、家族と相談して見直しが行われている。	個人日誌とケアプランと連動を図るために、個人日誌にケアプランを添付していつも確認をして記録する事が望まれる。
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	個別記録に利用者日々の生活の様子を具体的に記録し、職員間での情報の共有を行っている。その情報をもとにケアマネージャーとの話し合いを行い、介護計画の作成、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	利用者の状況が変化した際には、その都度話し合いをまめに行い、訪問歯科、針灸マッサージの利用など、その時々生まれたニーズに対応できるよう努めている。家族とも積極的に話し合い、理解を得ることで、サービスの多機能化に取り組んでいる。		

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
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	千葉県内の様々な観光名所への外出を行ったり、地元でとれた食材の日々の食事に活かすなど、豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。		
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	かかりつけ医と事業所との関係をしっかりと築き連携することで、家族や利用者の要望を相談しやすい環境を作っている。	入所時に医療支援体制を説明しほとんどの人が提携病院に変更している。月1回の受診は看護師が同行し、薬の内容・医師の指示は看護日誌・個人記録・連絡帳で共有し家族に電話連絡している。また、往診は月2回行われている。発熱等変化時には看護師に相談し往診と受診は同じ医師に診てもらっている。職員の看護師は週3回介護現場に入って利用者の状態を把握し、職員とも連携が出来ている。	
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	職員に看護師を把握し、日常的に看護師が働いている職場づくりをしている。介護職員が気づいた情報、ニーズ、提案など看護師と職員同士ですいつでも報告、話し合いしやすい環境を作っている。		
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。	入院時には毎日職員が看護師が病室に面会に訪れ、病院の看護師や医師に状態を聞き、その情報を家族に連絡するようにしている。日頃から病院のかかりつけ医、看護師との交流を密にすることで、相談や情報交換しやすい関係作りを行っている。		
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	終末期のあり方について、早い段階から本人、家族と話し合い、重度化した場合における対応について考えるよう努めている。終末期の家族の意見が分かれる場合は、家族同士の話し合いに職員・管理者があいだに入り、根気強く話を聞くように努めている。	入所時「重度化の対応指針」により「ターミナルケアまで行う事」を説明し、家族に「どうしたいのか」希望を聞いている。利用者のADLが低下し、常食から「むせる等」早い時期から家族に今後の状態変化を伝え、往診医への変更を打診して変更している。入院か看取りか話し合い、看取り希望は医師より家族に話をしている。事前に準備をし看取りの方針を職員に伝えてケアの統一と家族に状況を頻回に連絡をして来訪や最後に立会って看取りが行われ、感謝の言葉が出ている。	経験の少ない職員やケアの統一に向けて、看取り事例に基づいて手順書の整備と勉強会を実施し、安心して看取りが出来る取り組みが望まれます。
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	応急手当や急変時の対応について会議で話し合い、応急処置や初期対応の研修を行っている。かかりつけ医と日頃から連絡を取り合い、緊急時の対応について連携していただけるようお願いする。		
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	災害時の対応について話し合い、定期的に避難訓練を行うとともに、地域住民との交流を持ち、協力体制をと築いている。	全体会議の中で、年2回マニュアルに沿って夜間・日中想定避難訓練が行われている。車イスの人が多くなり2階の階段から下ろす事は難しく課題としている。消防検査時には消火器の位置確認・コードが絡まないようにする事等の指摘、カーテンやマットの防災用への改善指示は実施されている。今年の台風・水害時は職員の連絡体制と対応を決め、事前に食料品・水を備蓄し、近所の人から声かけがあり協力体制が出来ている。	

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
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	利用者に対する言葉かけや対応方法、利用者の性格を把握することで、プライバシーを損なわないように対応している。	利用者への言葉かけは「敬語で話す人・気安く話す人・方言で話す人」それぞれに合わせ、対応方法は性格を把握して誇りを守り人格を尊重して行われている。利用者の話をよく聞き、飲み物は何種類か用意して選んでもらい、希望に沿うように心配りしている。さくら便りや掲示物の写真の掲載は家族の了解を得て行い、入室はノックと挨拶、トイレや風呂の扉を開けてプライバシーに配慮している。	
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	利用者と職員の日常会話の中で、利用者それぞれの思いや希望を聞き、話しやすい環境作りに努めている。自己決定がしにくい利用者は、日々の言動や変化によって、本人の思いをくみ取るよう心がけている。		
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	利用者個々のペースやニーズに合わせ、希望に添って生活を支援している。		
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	訪問理美容を利用したり、毎朝の洗顔、整髪、ひげそりなどを手伝うなど、身だしなみの支援を行っている。利用者の着用する洋服を職員とともに選んだり、その人らしいおしゃれができるよう支援している。		
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	利用者の状態をみながら、一緒に食事準備や片づけを行っている。利用者におしぼりたたみをお願いし、役割を設けることで、食事との関わり合いをもつ場を作っている。	栄養士と専門職員の3名体制で、食材は市場から直接配達があり、利用者の希望を聞いてメニューを作成している。旬の物を使って調理し、季節の果物・デザートをつけ、温かい物は温かく、見た目の色合いも工夫をし、利用者は食欲があり美味しいの声が多く聞かれる。誕生会では豪華な食事とデザートで祝い、敬老会・七夕等イベントに合わせた行事食を提供し、外食では寿司やジンギスカン等食事を楽しむ様々な工夫が行われている。また、家族と一緒に外食に行き、持ち込みをして居室で一緒に食べている。	
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	利用者の状態に合わせた調理と味付け、その時々々の体調によってメニューの内容や食事形態を柔軟に変更している。利用者の好みを把握し、介護用箸の使用、専用の湯飲み、茶碗をもつなど、食事をしたいという意欲を保つことができるよう支援している。		
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	月2回の訪問歯科サービスを利用し、医師による口腔ケアの指導を受けることで、利用者個々の能力や口腔状態に応じたケアを支援することで、清潔保持に努めている。		

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
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	個々の排泄パターンを記録し把握することで、一人ひとりに合わせた声掛けを行ったり、オムツ交換の時間を調整することで、排泄の失敗を減らすようにしている。利用者の体調を把握し看護師に報告し、その時々にあったケアを行っている。	排泄チェック表から排泄のパターンを把握し、排便の処置内容を添付して確認して一人ひとりに合わせて支援をしている。排尿は時間や回数、様子を見て利用者に合わせて声かけをし、日中はリハバンにしてトイレの回数を増やす事でオムツを減らしている。トイレの後はお尻のタオルで拭いて清潔保持に努めている。食事の様子を見て体調を把握し、排便の状況を確認して医師に相談して下剤の種類や時間を調整して便秘予防に努めている	
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	利用者個々の排泄チェック表を作成し記録することで、排泄パターンを把握し、個々に応じた便秘予防に努めている。かかりつけ医に状態を報告し個々にあった薬の服用を行っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	利用者の希望にあわせ、入浴時のシャンプーや石鹸を使い分けたり、洗顔石鹸を用意したりと、入浴を楽しむことができるよう支援している。入浴の順番、声かけにも気を付けている。季節によってはしょうぶ湯やゆず湯を用意し、楽しめるよう工夫している。	入浴は週3回看護師の出動日にバイタルチェックをし、体調や気分配慮し、体力のない人を優先し、4人体制での細やかな気配りのある入浴支援が行われている。また、拒否する人には時間をずらし・職員を替え・翌日に対応している。シャンプー・石鹸は好みの物を使い、季節には菖蒲湯・ゆず湯を楽しみ、1:1の時間は会話が弾んでいる。廊下や脱衣所を温め、看護師による皮膚・痣の点検と軟膏の塗布等が行なわれている。	
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	利用者個々の生活習慣や体調を把握し、馴染みの寝具を使用、家具を居室に配置、空調に気を付けるなど、安眠できるよう様々な支援をしている。		
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	利用者の内服薬を看護師が管理し、その薬の目的や副作用、用量について理解している。その内容や用法などの情報をファイリングし、すべての職員がわかりやすいように管理している。症状の変化が生じた場合は、速やかに看護師やかかりつけ医に報告、相談している。		
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	それぞれの利用者の得意なこと、趣味、楽しみを職員が理解し、一緒に行動している。		
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。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	近所の散歩や買い物等へ日常的に出かけたり、バス旅行を計画している。家族に利用者の外出時の様子を伝えたり、外出時の注意点、用意するものなどを伝えることで、家族が利用者とともに外出しやすいうように支援している。	車イスの人が多くなっているが買い物や散歩に職員と一緒に出かけ、桜の木の下での日光浴や屋上でお茶をして外気を感じている。月1回のバス外出は家族にも声かけをして、イチゴ狩り・ドイツ村・マザー牧場等に行きバーベキューや寿司も楽しんでいる。家族との外出時の準備として、日常の様子を知らせ、オムツや薬の用意し、食べれない物等を知らせて支援している。	



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
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	利用者本人の希望に応じてお金を所持している。その場合の注意点などを家族に話し、理解を得ることを前提にしている。希望に応じて近隣スーパーや100円ショップなどで買い物ができるよう職員付き添いで出かけるなど支援している。		
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	家族、友人に電話をかけたり、年賀状の購入や印刷代行、投函など支援している。		
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、居心地よく過ごせるような工夫をしている	空間を広く取り、空調設定や家具の配置場所などに気を使っている。季節感のある花や利用者が行った書道の作品を共有スペースに飾ったり、季節や行事を連想させる壁絵を貼ったりしている。ひな人形や七夕飾り、クリスマスツリーなど、季節感を取り入れる工夫をしている。	2階の広いリビングは椅子・テーブル・ソファを配置し、畳みの間もあり、温度・湿度が管理され、利用者は一日のほとんどの時間を仲の良い人と一緒に過ごしている。桜・七夕・クリスマスツリー等季節毎の貼り絵を飾り、大きなカレンダーを掲げて日・曜日を意識してもらい、行事の写真や習字も掲示されている。午前には体操、午後には合同のレクのボール投げや歌を歌い、ボランティアによるハワイアンダンスや歌が行われて楽しめる場となっている。	
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	共有空間に椅子やテーブルを多く配置し、自由に使えるようにしている。テレビ放送だけでなく、昭和歌謡DVDや施設内でのイベントのビデオをテレビで見れるようにしている。		
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	使い慣れた家具や寝具、雑貨などを自由に持ち込んでもらい、個々の好みなどを活かして居心地の良い空間を作るよう配慮している。家族や写真や芳香剤の使用、空調の調節など、個々に合わせた工夫をしている。	居室は和室とフローリングの部屋があり、電動ベットとタンスが備え付けられ、トイレや洗面台の部屋もある。使い慣れたタンス・テレビ・椅子を持ち込み、大切な家族の写真・制作物・敬老会の色紙等を飾って自分の居室となっている。温度・湿度の管理、毎日掃除をして清潔が保持され、衣類の管理、導線も確保されている。夜間の見回りでは安全の確認が行われている。	
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	個々の身体能力や状態を理解し、職員が見守ることで、本人の希望に合わせた生活を安全に行えるよう支援している。保有能力を活かした生活を行っていただくように声かけを行っている。		

## 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	3	運営推進会議に区長や家族の参加が少ない。ホームの取り組みの理解を深めるためにも課題を決め、講座等を行って参加を増やす工夫が必要	運営推進会議開催時の家族の参加、地域住民や区長の参加を増やす。	運営推進会議の課題を明確にし、家族の参加を促す。 居宅支援事業所や市とのかかわりを増やし、連携を図ることで、運営推進会議に参加しやすい環境作りを行う。 介護に関する講座などを計画し参加を促す。	12ヶ月
2	10	個人日誌とケアプランの連動を図るために、個人日誌にケアプランを添付していつでも確認し、記録することが望まれる。	ケアプランを個人日誌に添付し、実施記録を書きやすいように改善する。	個人日誌に添付していた巡回表を別のファイルに移し、各入居者のケアプランを個人日誌に添付する。ケアプランがわかりやすく明記された目標達成表を作成し、毎日の実施について記録・確認がしやすいように工夫する。	1ヶ月
3	12	新人の職員や看取り経験のない職員も、安心して看取りケアに携われるように準備しておく。	ケアの統一に向けて、看取り事例に基づいた手順書の整備と研修の場を設ける。	看取り事例に基づいた手順書の作成を行う。 看取りケアの研修の回数を増やし、経験のある介護職員から体験談などを聞くことで理解を深める。	12ヶ月
4					
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。