

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	2090200185		
法人名	社会福祉法人 ハーモニー		
事業所名	グループホーム ハーモニー笹部		
所在地	松本市 笹部 2-6-54-2		
自己評価作成日	平成27年10月1日	評価結果市町村受理日	平成28年4月1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.kaigokensaku.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 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28年2月9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)】

お客様が、「なんだかんだ言たって、自分ちが一番さあね。だけんども、あの姉さんや兄さんが一緒にいてくれるならしょうがねえ、もう少しココに居てみるか、なんて思ってくれる、居心地が良くて安心感のあるホームを目指しています。

今はお年寄りだけれども、私達が出会う以前からの「人生の積み重ねがある歴史を持っている人」であることを忘れずに関わることを大切にしています。そして日々何気なく過ごしていると見落としてしまいそうな、小さいけれど涙がでるくらいうれしい「幸せ」を見つけて、お年寄りや仲間たちと一緒に大きな喜びにかえて分かち合いたいと思っています。また、自分達の仕事を通して「介護の仕事ってかっこいいね」「やっぱりプロは違うよ」と世間に発信している存在を目指していきたいと思っています。

【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)】

母体である社会福祉法人が運営する介護老人保健施設で経験を積んだ管理者、職員は、新しい職員と共に法人理念を基本に事業所運営方針を共有して事業所を築いてきている。法人本部では毎月研修会を開催している。職員は積極的に参加してサービス向上のために研鑽を積んでいる。一人ひとりの利用者の生活を把握して不安を解消し、居心地良く過ごせるために職員、家族と連携をして現状に即した介護計画を作成して支援している。地元高校から実習生の受入、地域の研修会で講師を務め認知症ケアの相談を受ける等事業所が培ってきた経験を地域に還元する等して地域密着型サービス事業所として地域の一員として歩み出している。職員年齢構成も幅広く今後に期待出来る事業所である。

・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	項目
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している (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、活き活きと働いている (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>事業所の理念を基に、常に自分たちがどんなことを大切にしてケアをおこなっていききたいか、また、どのようにして地域に貢献していくかを話し合い、日々の生活に結びつくよう心がけている。</p>	<p>法人理念を基に事業所運営方針(事業所理念)を作り、実践し易いよう毎年スローガンを作っている。玄関、ステーションに掲示、唱和、便りに掲載して共有をしている。本年度の実践に関して職員で話し合い、管理者、ユニットリーダーでまとめ次年度のスローガンを作成したことを伺った。</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>近所の高校生の実習やボランティアの受け入れ、夏祭りでの交流をおこなった。また、鎌田地区において認知症についての講演をする機会をいただき、地域の方々に話をすることができた。今年から近所の美容院にヘアカットを依頼している。</p>	<p>回覧板が回り地域の情報を得ている。町内運動会、文化祭に出展・参加している。事業所の夏祭りに近所の方を招いている。書道教室、行事時のボランティア協力、実習生の受入、今年度から近所の美容院のヘアカットの協力が得られてる。地区の認知症についての研修会講師を務め相談を受ける等している。日常的に散歩を通して交流する等地域とのつきあいを大切に行っている。</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>今年度鎌田地区でおこなわれた、全6回シリーズの認知症の勉強会において、地域の皆さんに認知症介護のポイントを講演する機会をいただく。また、その中での認知症サポーター養成講座でも講演する機会をいただき、地域に向けて情報を発信できた。</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ヶ月に1回の会議では、活動内容・事故やヒヤリハット・職員研修の報告等をおこない、地域の方やご家族から意見をいただき、サービス向上につなげている。参加するご家族も開催ごとできるだけ違う方に来ていただいている。</p>	<p>年6回開催。委員会構成員に自治会から正副会長3名、民生委員3名が入っている。順番に出席する等して負担軽減しながらも事業所の実情を複数の地域役員の方に理解出来る機会を作っている。夏祭りに委員会を行い通常の運営状況報告に合わせ利用者の生活状況、環境面を把握する機会も作り意見を聞く等サービス向上に向けた取組みをしている。</p>	<p>委員会にはサービス向上に向けた建設的な意見質問が出され反映されて来ているが、反映が十分にされていない内容もあるので更に今後意見を尊重し具体的に意見等が反映されるよう期待したい。必要に応じて、警察署等関係機関からの出席を得て状況を説明して、助言を受ける機会をつくることも期待したい。</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
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	事故報告や運営推進会議の報告を通じて、様々なアドバイスをいただいている。また、地域ケア会議に参加することで市の地域包括支援センターとの繋がりが強くなった。	運営推進会議を通して事業所の実情を報告してアドバイスを受けている。地域ケア会議協議会の立ち上げ準備に参加する等協力関係を築いている。毎月市から派遣相談員の訪問があり利用者支援に関する情報交換をしている。	
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	危険認識の低下のために転倒してしまう利用者などに対して、拘束に頼ることなく常に職員間で話し合いをおこない、環境の整備やケアの工夫によって対応している。	法人本部が開催する研修会に参加して拘束をしないケアの正しい理解をする機会がある。身体機能低下のために事故のリスクがある方に対してセンサー等使用に関して話し合い、拘束や抑圧感のないケアの工夫を行っている。家族に対してリスクの説明を行っている。	
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	職員には、自身のストレスや疲労からくる何気ない言動が利用者に対する虐待に繋がらないように、自身が発する言葉の影響を意識してもらおう説明している。		
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	成年後見制度の説明会の参加や、実際に制度を利用している利用者を通じて学んでいる。		
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	入所時に文書と口頭で全て説明をおこない、その都度の質問にも答えるようにしている。また、後日からも様々な質問に答え、納得と理解が得られるように努めている。		

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
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	運営推進会議にご家族に出席していただいたり、市の派遣相談員に来てもらい、意見をいただいている。また、家族からは、面会時やケアプラン説明時にも意見や要望を聞くよう心掛けている。意見箱の設置もおこなった。	運営推進会議報告を毎回家族にする、年4回新聞の発行をして運営状況等把握できる取り組みをしている。毎月市の派遣相談員が利用者の思い等聞く機会がある。面会、介護計画に関する話合い、説明する機会に意見、要望を聞くよう努めている。意見箱の設置はあるがあまり出されていない。	意見箱の設置をして意見が出し易くしているが、更に意見、要望を出し易くするためにアンケート等の工夫されることを期待したい。
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	2か月に1回のユニット会議などで積極的に話し合っている。また、ユニットごとに出た意見を、ユニットリーダーを通じて確認するようにしている。また、半期に1回は職員一人ひとりと面談をする機会を設けている。(必要時は適宜)	2か月毎のユニット会議、ケアプラン見直し会議に時間を掛けて話合い意見、要望が出されている。ユニットリーダーが面談を行っている。出された意見はユニットリーダー、管理者で検討して反映をしている。降雪機購入の要望が出されている事を伺った。	
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	個々の勤務状況を基に、年2回の人事考課と自己研鑽や研修参加の有無を賞与等に反映させている。また、働きやすい環境整備のために、職員の意見を聞くようにしている。年1回の職員満足度アンケートも実施している。		
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	法人内外の研修の告知や参加機会の確保をおこない、また、必要と認められた研修に関しては研修費と研修日の法人負担をおこなっている。		
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	グループホーム連絡会の共同勉強会に参加したり、研修時などに他事業所の方々と積極的に情報交換をおこない、サービスに反映させるようにしている。		

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
安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		<p>初期に築く本人との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>初期段階ではお互いを知るために、積極的で意図的なコミュニケーションをおこない、職員を含むホームという環境が「安心できる場所」と思ってもらえるよう心がけている。(不安の軽減)そこから本人の要望を様々な視点から捉え、ケアプランにも反映させている。</p>		
16		<p>初期に築く家族等との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>家族の、本人の生活に対する意向や家族の悩み等を聞き、家族が安心して本音を話せる様、スタッフ全員がその気持ちを把握できるよう努めている。</p>		
17		<p>初期対応の見極めと支援</p> <p>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</p>	<p>事前面談の段階で入所に頼らないサービス利用の可能性も含めて説明を行うこともある。また、サービス利用開始時の混乱の強い時期は、常に精神状態も変化していくので、職員間の情報の共有に心掛け、不安軽減に努めている。</p>		
18		<p>本人と共に過ごし支えあう関係</p> <p>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</p>	<p>共に生活していく者として協力し合える環境作りに努めている。(日常の中で悩みなどを相談しあったり、様々な事を教わったり、一緒に家事等をおこなうことで関係を築いている)</p>		
19		<p>本人を共に支えあう家族との関係</p> <p>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</p>	<p>入所時から「一緒に支えていく立場である」ということを家族に伝えている。行事等、家族と利用者が関わる機会を設け、面会時には利用者の状況を伝えて、情報の共有に努めている。可能なご家族には一緒に外出することを勧めている。</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
20	(8)	<p>馴染みの人や場との関係継続の支援</p> <p>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</p>	<p>本人のなじみの店や場所などへ、買い物支援やドライブを通じて行くよう心掛けると同時に、可能なかぎり家族にも対応してしてもらっている。人間関係も継続できるよう手紙を出したり、訪問をお願いしている。</p>	<p>馴染みの友人、知人の方の面会があり支援してきたが、馴染みの方が高齢になり面会が減少している。手紙が書ける方に支援、入所前から通っていた書道教室や交流会に参加継続できる支援、旅行、自宅への訪問等職員、家族と協力しながら関係が継続できるよう個別に支援をしている。</p>	
21		<p>利用者同士の関係の支援</p> <p>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</p>	<p>利用者の相性を考慮した座席配置や、認知症の状態やストレスの度合いに応じた職員の関わりなどで孤立しない支援をおこなっている。その方の個性が良い方向に発揮できる時や場所を考えている。</p>		
22		<p>関係を断ち切らない取組み</p> <p>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</p>	<p>サービス利用が完全に終了した例はまだないが、サービスが終了した場合でもその後の相談や支援をおこなう体制はできている。</p>		
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)	<p>思いや意向の把握</p> <p>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</p>	<p>利用者の希望を本人や家族と話し、ケアカンファレンスに反映させている。意向の把握が困難な場合でも、日々の関わりや生活歴などから本人本位になるよう検討している。</p>	<p>居室での会話、入浴中の会話等大切に思いや意向の把握をしている。得られた情報は毎日の介護記録に記録して話合いを持ち反映している。把握する事が難しい方は日々の関り、家族からの情報、生活歴等把握する中で本人本位となるよう検討している。</p>	
24		<p>これまでの暮らしの把握</p> <p>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</p>	<p>事前面談の段階から、以前からの生活環境等をきいて、入所時から習慣などが継続できるよう努めている。また、ご本人の話や、機会ある毎に家族などから情報を得て、今までの生活に近づけるように努めている。</p>		
25		<p>暮らしの現状の把握</p> <p>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</p>	<p>常に変化する精神的・身体的変化を見逃さないようにして記録に残すことで情報を共有し、「その時」に有する力を最大限発揮できるように心掛けている。</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
26	(10)	<p>チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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</p>	<p>職員にはそれぞれに「受け持ちの利用者」を決め、担当職員とケアマネージャーが中心になり、全職員からの日頃のケアの情報と家族・本人の要望をもとにケアプランを作成している。見直し・更新は3か月毎に実施している。</p>	<p>本人・家族と話し合い意向の把握をし、職員からの情報を得て介護計画を担当職員、介護支援専門員が協力して立案している。介護計画に関わる内容、バイタルチェック等を含めた「介護記録票」を作成して毎日の支援状況、評価を記載している。アセスメント、モニタリングは担当が中心になり行い3ヶ月毎に見直しを行っている。退院時、体調の変化が見られた時には随時見直しをしている。</p>	
27		<p>個別の記録と実践への反映</p> <p>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</p>	<p>個別の記録と全職員共通の記録ノートを活用することでケアに活かしている。また、「ひやりはっと」「転倒報告書」などを記入することで共通の対応ができるように心がけている。</p>		
28		<p>一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>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</p>	<p>可能なかぎり個別の好みに応じた食材の提供をおこなったり、好みの時間の入浴に対応している。また、外出サービスや外食サービス、買い物支援、近所の書道教室への送迎、馴染みの交流会への参加支援などに取り組んでいる。</p>		
29		<p>地域資源との協働</p> <p>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</p>	<p>地域にある商店や公共機関などの把握に努め、利用者の希望や目的にそって利用し、安全と暮らしの楽しみに繋げている。</p>		
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、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>入所以前からのかかりつけ医を希望している方は家族の協力を得ながら継続し、結果報告をしてもらう。かかりつけ医以外の受診が必要な場合は家族と話し合っ受診の支援をおこなっている。</p>	<p>入所時にかかりつけ医の確認をしているが、協力医に変更される方が多くなっている。協力医の往診は月2回ある。今年度から訪問看護体制となり、毎週火曜日に訪問看護師による健康チェックがされている。相談を随時出来る関係にある。専門医の通院は職員が行っている。協力医、訪問看護師との連携を含め管理者、職員は円滑に医療が受けられるよう支援している。</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
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>今年6月より訪問看護体制を整え、日々の利用者の健康管理や状態の変化に応じた支援をおこなっている。介護職員は日々のケアの中で異変をキャッチし、看護師と連携して病状の重度化防止に努めている。</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>入院や検査などの手配、退院後のサポート等協力医の援助によりスムーズにおこなえている。また、退院の際は本人の心身の変化に関する情報を事前にもらい、それに対応できるよう準備をおこなう。</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>入所時にターミナルケアの在り方を家族と話し合い、その時点での家族の意向も文書でいただくようにしている。また、状況に応じてその都度担当医や家人と話し合いをして対応している。</p>	<p>入所時重度化や終末期に関して説明し、家族の意向を書面で確認している。体調に変化がみられた時は必要に応じて家族、協力医、訪問看護師、職員で話し合い方針を共有して支援している。法人本部で開催する終末期に関する研修会に参加する、事業所で話し合う等してスキルアップを図っている。</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>法人で救急救命の勉強会をおこなっている。また緊急時のマニュアルやフローチャートを全職員がわかるところに掲示している。</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>消防署を交えた防災訓練をおこない、関連機器の使用法を習得するとともに、お客様の避難経路の確認や避難誘導を実際におこなう。</p>	<p>6月夜間想定で消防署立会いで実施。1階は利用者が庭に避難、2階は避難路の階段からの避難が難しいため職員が利用者役になり実施した。11月は職員中心に搬送訓練をした。食堂の棚に防寒頭巾が用意されている。カセットコンロ、飲料水、粥等の備蓄品がある。</p>	<p>平成25年度に、地域の方やご家族を交えた避難訓練を実施している。その後、地域の方、家族等の参加が得られていない状況である。災害時、事業所関係者だけの避難は限界があると思われるため地域の方はじめ警察署等関係者との協力体制を継続的に築くことが必要と思われる。</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	現在のお客様の姿だけを見て接するのではなく、病気によって見えにくくなっている「その人」を常に意識し、病気の症状に捕らわれない接し方に努めている。そのために過去の情報も大切に、病気以前の「その人」が理解できるよう心がけている。	職員は法人本部で実施している接遇研修会に参加する機会がある。気になる言葉つかいは管理者が注意を促して誇りやプライバシーを損ねないようにしている。トイレ誘導時は声掛けのトーンを低くする等配慮している。意思表示、自己決定の困難な方には本人本位の支援が出来るよう検討している。記録物はステーションに個人が特定できないよう収められている。一人ひとり尊重した支援となるよう努めている。	
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	一人ひとりに合わせた声掛けをし、本人の希望に沿うよう努力している。また、意思表示が困難な利用者でも、日頃のケアから得た情報をもとに、想いを把握するように努めている。話しやすい環境(プライベートな空間等)の工夫もおこなっている。		
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	1日の流れの中で自分の時間やペースを優先させることを基本として、その中で皆さんと一緒に過ごす時間をつくるようにしている。		
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	衣類はその方の好みを知る家族に用意してもらったり、買い物の際に本人に選んでもらうこともしている。好みの色や似合う服装、好きな髪形など「そのひとらしい」身だしなみの把握にも努めている。		
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	季節の食材を大切に、馴染みの料理や行事食にも力を入れている。調理の手伝い、料理の盛り付けや後片付けなどレベルに合わせて様々な利用者に関わってもらい、生活の一部になるよう心掛けている。また、食事は職員も同じテーブルを囲み、楽しく食事ができるよう心掛けている。	献立は調理担当者が決め食材は注文しているが、希望が出された時には買物に出掛けている。ヨモギ摘みをして草餅付きをする、餃子、饅頭作り等季節毎に馴染みのある料理作りを大切にしている。調理、盛り付け、片付け、食事等利用者と一緒に行っている。個別の食事形態、食べやすい食器の工夫、食卓を楽しく囲める配慮等一人ひとりの食に関する情報を共有して楽しく食事が出来るよう職員は連携して支援している。	

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
41		<p>栄養摂取や水分確保の支援</p> <p>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</p>	<p>個人の嗜好や食べられる量を把握することで、過剰摂取や摂取不足を防いでいる。また、栄養補助食品など、個々の状態を考慮した摂取方法も実施している。献立表を記入することで毎日食事を作る職員が違っててもバランスがとれるようにしている。</p>		
42		<p>口腔内の清潔保持</p> <p>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</p>	<p>十分なブラッシングができない方は職員が仕上げ磨きをおこなっている。歯牙や歯肉など口腔内の状態に注意し、トラブルに早期対応できるようにしている。(口内炎や義歯の不具合等)</p>		
43	(16)	<p>排泄の自立支援</p> <p>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>個人の排泄パターンの把握に努め、失敗を減らせるようトイレへの声掛け・誘導をおこなっている。手順の不安な方には都度付き添い、手順の確認等支援している。立位困難な場合でも本人の意思を尊重し、二人介助等で対応し自立に向けての生活リハビリをおこなっている。</p>	<p>24時間排泄チェック表の活用をしてトイレ誘導をしている。排泄機能低下に伴う失禁に対して学び早めの対応を行い失禁による不快感を軽減するようにしている。排泄能力の保持を大切にしながら失敗を少なくする工夫や自立に向けた支援もしている。</p>	
44		<p>便秘の予防と対応</p> <p>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>排便状況の観察をおこない、牛乳やヨーグルトの摂取、繊維の多い料理作り、水分調整などに配慮し、散歩や体操など適度な運動を通して便秘の予防をおこなっている。また、下剤によるコントロールは便秘期間や量・性状などから、個々に合った必要最小限にしている。</p>		
45	(17)	<p>入浴を楽しむことができる支援</p> <p>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</p>	<p>基本的に入浴の曜日は決まっているが、本人の都合や体調に合わせて入浴日は変更もしている。また、希望時間の入浴や複数人の入浴にも対応し、季節の行事(菖蒲やゆず)もおこなっている。</p>	<p>入浴は月～土曜日、11時から午後に行っているが、希望がある時は随時入浴出来るようにしている。拒否された時は清拭等して無理強いしない様になっている。浴室には機能低下しても安全に入浴出来るよう入浴用車いす、異動バー、スライディングボード等が用意されている。浴室は床暖房、脱衣室には小型の電気ストーブ等があり快適な環境が作られている。</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
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	一人ひとりの生活パターンや体調を考慮し、個々に合わせた就寝・起床時間に対応している。また体調や疲労、前夜の睡眠の有無を考慮した午睡もすすめている。夜間不眠時などは付き添いを行うなどして、安心して休めるような支援をおこなっている。		
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	新しい薬を使用する場合は、その作用・副作用を説明するようにしている。また、薬の使用量の変更、薬自体の変更があった場合でも、その副作用も考慮して様子観察し、医師と看護師に報告して服薬調整に反映させている。		
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	個々に応じた得意分野を活かし、畑仕事・家事・手芸・料理等、個々の楽しみや、生活の張り合いになるよう支援している。また、家事などで習慣にできる事は同じことが継続できるよう支援している。		
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	その方のニーズに添って自宅への付き添いや買い物支援、レクリエーションでのドライブ、外食等をおこなっている。毎日散歩に出掛けたい方の要望にも可能な限り応える事が出来た。また、家族の協力を得ることで、旅行や外泊をおこなっている。	日常的に近所への散歩、テラスでの外気浴、畑作り、玄関先から駐車場を利用してのお茶会を希望に応じて支援している。自宅へ付添う、買物、外食等一人ひとりの希望に添って外出支援をしている。旅行、外泊等は家族の協力を得て実現している。季節の桜、バラ、ヒマワリなどの花見ドライブなど職員が計画して出掛けている。	
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	金銭を自己管理できる方は自分で財布を持っていただき、そうでない方もホームで財布を預かっていることへの理解をいただき、いつでも使えることの説明をおこなっている。買い物の際も自分で支払ができるように支援している。		

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
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	遠方の家族や親類に近況報告を含め本人から手紙を出したり、年賀状と一緒に書くなどの支援を実施している。電話は家族と話し合っ、本人の希望に沿ってかけられ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、居心地よく過ごせるような工夫をしている	落ち着いたある雰囲気がつくれるよう心掛けている。(スタッフ自らも環境の一部であると認識して)その時期にある草花、季節感のある装飾、利用者の作品等の展示などに心掛けている。	木のぬくもりを感じる広い空間である。床暖房、エアコン、加湿器で湿度管理をしている。観葉植物を置く、職員と協働作品の節分のちぎり絵、その他様々な作品を飾り季節感や生活感を出している。食堂正面の棚には大型のテレビが備えられ楽しんでいる。レクリエーションの道具、手芸用品、書籍等が整然と置かれ利用し易く工夫している。毎朝、食後に掃除を行い清潔な環境を保っている。	
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	その方の居心地が良い場所や慣れた場所で過ごせるよう心がけている。また、いつもと違う席や仲間と「女子会」ができる時間をつくったり、意図的に違う場所で過ごすことも心がけている。		
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	昔から使っていた馴染みの家具などがある場合は可能な限り持ち込むようお願いしている。家族の写真や好きなものを飾ることで安心できる空間になるよう心掛けている。	床はフローリングである。床暖房、エアコンの設備が整っている。ベット、固定された大型のロッカーが用意され、ベットに好みの寝具が置かれている。身体機能の状況に応じてベットの下にマットを敷く等して安心して過ごせる配慮もしている。馴染みの椅子やテーブル、整理ダンス等が置かれ、作品、家族写真を飾る等して居心地の良い居室となっている。	
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	家族の了解が得られた方は居室前に名前を掲示したり、「お手洗い」などのわかり易い表記にしている。また、居室内においては、転倒に対する危険意識が低下している方でも安全に生活できるような家具配置などを工夫している。		

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 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>事業所の理念を基に、常に自分たちがどんなことを大切にしてケアをおこなっていききたいか、また、どのようにして地域に貢献していくかを話し合い、日々の生活に結びつくよう心がけている。</p>		
2	(2)	<p>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</p>	<p>近所の高校生の実習やボランティアの受け入れ、夏祭りでの交流をおこなった。また、鎌田地区において認知症についての講演をする機会をいただき、地域の方々に話をする事ができた。今年から近所の美容院にヘアークットを依頼している。</p>		
3		<p>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</p>	<p>今年度鎌田地区でおこなわれた、全6回シリーズの認知症の勉強会において、地域の皆さんに認知症介護のポイントを講演する機会をいただき、また、その中での認知症サポーター養成講座でも講演する機会をいただき、地域に向けて情報を発信できた。</p>		
4	(3)	<p>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</p>	<p>2ヶ月に1回の会議では、活動内容・事故やヒヤリハット・職員研修の報告等をおこない、地域の方やご家族から意見をいただき、サービス向上につなげている。参加するご家族も開催ごとできるだけ違う方に来ていただいている。</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
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	事故報告や運営推進会議の報告を通じて、様々なアドバイスをいただいている。また、地域ケア会議に参加することで市の包括センターとの繋がりが強くなった。		
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	危険認識の低下のために転倒してしまう利用者などに対して、拘束に頼ることなく常に職員間で話し合いをおこない、環境の整備やケアの工夫によって対応している。		
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	職員には、自身のストレスや疲労からくる何気ない言動が利用者に対する虐待に繋がらないように、自身が発する言葉の影響を意識してもらおう説明している。		
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	成年後見制度の説明会の参加や、実際に制度を利用している利用者を通じて学んでいる。		
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	入所時に文書と口頭で全て説明をおこない、その都度の質問にも答えるようにしている。また、後日からも様々な質問に答え、納得と理解が得られるように努めている。		

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
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	運営推進会議にご家族に出席していただいたり、市の派遣相談員に来てもらい、意見をいただいている。また、家族からは、面会時やケアプラン説明時にも意見や要望を聞くよう心掛けている。意見箱の設置もおこなった。		
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	月1回のユニット会議などで積極的に話し合っている。また、ユニットごとに出た意見を、ユニットリーダーを通じて確認するようにしている。また、半期に1回は職員一人ひとりと面談をする機会を設けている。(必要時は適宜)		
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	個々の勤務状況を基に、年2回の人事考課と自己研鑽や研修参加の有無を賞与等に反映させている。また、働きやすい環境整備のために、職員の意見を聞くようにしている。年1回の職員満足度アンケートも実施している。		
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	法人内外の研修の告知や参加機会の確保をおこない、また、必要と認められた研修に関しては研修費と研修日の法人負担をおこなっている。		
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	グループホーム連絡会の共同勉強会に参加したり、研修時などに他事業所の方々と積極的に情報交換をおこない、サービスに反映させるようにしている。		

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
安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		<p>初期に築く本人との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>初期段階ではお互いを知るために、積極的で意図的なコミュニケーションをおこない、職員を含むホームという環境が「安心できる場所」と思ってもらえるよう心がけている。(不安の軽減)そこから本人の要望を様々な視点から捉え、ケアプランにも反映させている。</p>		
16		<p>初期に築く家族等との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>家族の、本人の生活に対する意向や家族の悩み等を聞き、家族が安心して本音話せる様、スタッフ全員がその気持ちを把握できるよう努めている。</p>		
17		<p>初期対応の見極めと支援</p> <p>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</p>	<p>事前面談の段階で入所に頼らないサービス利用の可能性も含めて説明を行うこともある。また、サービス利用開始時の混乱の強い時期は、常に精神状態も変化していくので、職員間の情報の共有に心掛け、不安軽減に努めている。</p>		
18		<p>本人と共に過ごし支えあう関係</p> <p>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</p>	<p>共に生活していく者として協力し合える環境作りに努めている。(日常の中で悩みなどを相談しあったり、様々な事を教わったり、一緒に家事等をおこなうことで関係を築いている)</p>		
19		<p>本人と共に支えあう家族との関係</p> <p>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</p>	<p>入所時から「一緒に支えていく立場である」ということを家族に伝えている。行事等、家族と利用者が関わる機会を設け、面会時には利用者の状況を伝えて、情報の共有に努めている。可能なご家族には一緒に外出することを勧めている。</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
20	(8)	<p>馴染みの人や場との関係継続の支援</p> <p>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</p>	<p>本人のなじみの店や場所などへ、買い物支援やドライブを通じて行くよう心掛けると同時に、可能なかぎり家族にも対応してもらっている。人間関係も継続できるよう手紙を出したり、訪問をお願いしている。</p>		
21		<p>利用者同士の関係の支援</p> <p>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</p>	<p>利用者の相性を考慮した座席配置や、認知症の状態やストレスの度合いに応じた職員の関わりなどで孤立しない支援をおこなっている。その方の個性が良い方向に発揮できる時や場所を考えている。</p>		
22		<p>関係を断ち切らない取組み</p> <p>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</p>	<p>サービス利用が完全に終了した例はまだないが、サービスが終了した場合でもその後の相談や支援をおこなう体制はできている。</p>		
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)	<p>思いや意向の把握</p> <p>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</p>	<p>利用者の希望を本人や家族と話し、ケアカンファレンスに反映させている。意向の把握が困難な場合でも、日々の関わりや生活歴などから本人本位になるよう検討している。</p>		
24		<p>これまでの暮らしの把握</p> <p>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</p>	<p>事前面談の段階から、以前からの生活環境等をきいて、入所時から習慣などが継続できるよう努めている。また、ご本人の話や、機会ある毎に家族などから情報を得て、今までの生活に近づけるように努めている。</p>		
25		<p>暮らしの現状の把握</p> <p>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</p>	<p>常に変化する精神的・身体的変化を見逃さないようにして記録に残すことで情報を共有し、「その時」に有する力を最大限発揮できるように心掛けている。</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
26	(10)	<p>チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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</p>	<p>職員にはそれぞれに「受け持ちの利用者」を決め、担当職員とケアマネージャーが中心になり、全職員からの日頃のケアの情報と家族・本人の要望をもとにケアプランを作成している。見直し・更新は3か月毎に実施している。</p>		
27		<p>個別の記録と実践への反映</p> <p>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</p>	<p>個別の記録と全職員共通の記録ノートを活用することでケアに活かしている。また、「ひやりはっと」「転倒報告書」などを記入することで共通の対応ができるように心がけている。</p>		
28		<p>一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>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</p>	<p>可能な限り個別の好みに応じた食材の提供をおこなったり、好みの時間の入浴に対応している。また、外出サービスや外食サービス、買い物支援、近所の書道教室への送迎、馴染みの交流会への参加支援などに取り組んでいる。</p>		
29		<p>地域資源との協働</p> <p>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</p>	<p>地域にある商店や公共機関などの把握に努め、利用者の希望や目的にそって利用し、安全と暮らしの楽しみに繋げている。</p>		
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、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>入所以前からのかかりつけ医を希望している方は家族の協力を得ながら継続し、結果報告をもらう。かかりつけ医以外の受診が必要な場合は家族と話し合って受診の支援をおこなっている。</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
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>今年6月より訪問看護体制を整え、日々の利用者の健康管理や状態の変化に応じた支援をおこなっている。介護職員は日々のケアの中で異変をキャッチし、看護師と連携して病状の重度化防止に努めている。</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>入院や検査などの手配、退院後のサポート等協力医の援助によりスムーズにおこなえている。また、退院の際は本人の心身の変化に関する情報を事前にもらい、それに対応できるように準備をおこなう。</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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる</p>	<p>入所時にターミナルケアの在り方を家族と話し合い、その時点での家族の意向も文書でいただくようにしている。また、状況に応じてその都度担当医や家人と話し合いをして対応している。</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>法人で救急救命の勉強会をおこなっている。また緊急時のマニュアルやフローチャートを全職員がわかる場所に掲示している。</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、地域との協体制を築いている</p>	<p>消防署や防災会社を交えた防災訓練をおこない、関連機器の使用法を習得するとともに、お客様の避難経路の確認や避難誘導を実際におこなう。また、地域方やご家族を交えた避難訓練を実施した。</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	現在のお客様の姿だけを見て接するのではなく、病気によって見えにくくなっている「その人」を常に意識し、病気の症状に捕らわれない接し方に努めている。そのために過去の情報も大切に、病気以前の「その人」が理解できるよう心がけている。		
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	一人ひとりに合わせた声掛けをし、本人の希望に沿うよう努力している。また、意思表示が困難な利用者でも、日頃のケアから得た情報をもとに、想いを把握するように努めている。話しやすい環境(プライベートな空間等)の工夫もおこなっている。		
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	1日の流れの中で自分の時間やペースを優先させることを基本として、その中で皆さんと一緒に過ごす時間をつくるようにしている。		
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	衣類はその方の好みを知る家族に用意してもらったり、買い物の際に本人に選んでもらうこともしている。好みの色や似合う服装、好きな髪形など「そのひとらしい」身だしなみの把握にも努めている。		
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	季節の食材を大切に、馴染みの料理や行事食にも力を入れている。調理の手伝い、料理の盛り付けや後片付けなどレベルに合わせて様々な利用者に関わってもらい、生活の一部になるよう心掛けている。また、食事は職員も同じテーブルを囲み、楽しく食事ができるよう心掛けている。		

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
41		<p>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</p>	<p>個人の嗜好や食べられる量を把握することで、過剰摂取や摂取不足を防いでいる。また、栄養補助食品など、個々の状態を考慮した摂取方法も実施している。献立表を記入することで毎日食事を作る職員が違ってもバランスがとれるようにしている。</p>		
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、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>十分なブラッシングができない方は職員が仕上げ磨きをおこなっている。歯牙や歯肉など口腔内の状態に注意し、トラブルに早期対応できるようにしている。(口内炎や義歯の不具合等)</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>個人の排泄パターンの把握に努め、失敗を減らせるようトイレへの声掛け・誘導をおこなっている。手順の不安な方には都度付き添い、手順の確認等支援している。立位困難な場合でも本人の意思を尊重し、二人介助等で対応し自立に向けての生活リハビリをおこなっている。</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>排便状況の観察をおこない、牛乳やヨーグルトの摂取、繊維の多い料理作り、水分調整などに配慮し、散歩や体操など適度な運動を通して便秘の予防をおこなっている。また、下剤によるコントロールは便秘期間や量・性状などから、個々に合った必要最小限にしている。</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てしまわずに、個々にそった支援をしている</p>	<p>基本的に入浴の曜日は決まっているが、本人の都合や体調に合わせて入浴日は変更もしている。また、希望時間の入浴や複数人の入浴にも対応し、季節の行事(菖蒲やゆず)もおこなっている。</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
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	一人ひとりの生活パターンや体調を考慮し、個々に合わせた就寝・起床時間に対応している。また体調や疲労、前夜の睡眠の有無を考慮した午睡もすすめている。夜間不眠時などは付き添いを行うなどして、安心して休めるような支援をおこなっている。		
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	新しい薬を使用する場合は、その作用・副作用を説明するようにしている。また、薬の使用量の変更、薬自体の変更があった場合でも、その副作用も考慮して様子観察し、医師と看護師に報告して服薬調整に反映させている。		
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	個々に応じた得意分野を活かし、畑仕事・家事・手芸・料理等、個々の楽しみや、生活の張り合いになるよう支援している。また、家事などで習慣にできる事は同じことが継続できるよう支援している。		
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支援している	その方のニーズに添って自宅への付き添いや買い物の支援、レクリエーションでのドライブ、外食等をおこなっている。毎日散歩に出掛けたい方の要望にも可能な限り応える事が出来た。また、家族の協力を得ることで、旅行や外泊をおこなっている。		

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
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	金銭を自己管理できる方は自分で財布を持っていただき、そうでない方もホームで財布を預かっていることへの理解をいただき、いつでも使えることの説明をおこなっている。買い物の際も自分で支払が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	遠方の家族や親類に近況報告を含め本人から手紙を出したり、年賀状と一緒に書くなどの支援を実施している。電話は家族と話し合っ、本人の希望に沿ってかけられ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、居心地よく過ごせるような工夫をしている	落ち着いたきのある雰囲気がつくれるよう心掛けている。(スタッフ自らも環境の一部であると認識して)その時期にある草花、季節感のある装飾、利用者の作品等の展示などに心掛けている。		
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	その方の居心地が良い場所や慣れた場所で過ごせるよう心がけている。また、いつもと違う席や仲間と「女子会」ができる時間をつくったりと、意図的に違う場所で過ごすことも心がけている。		
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	昔から使っていた馴染みの家具などがある場合は可能な限り持ち込むようお願いしている。家族の写真や好きなものを飾ることで安心できる空間になるよう心掛けている。		
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	家族の理解が得られた方は居室前に名前を掲示したり、「お手洗い」などのわかり易い表記にしている。また、居室内においては、転倒に対する危険意識が低下している方でも安全に生活できるような家具配置などを工夫している。		

目標達成計画

作成日：平成28年3月16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	10	「意見箱」を設置していたが全く使用されることがなく、ご家族の率直な意見や要望が出にくい。	ご家族の意見や要望が出やすい環境をつくることでグループホームのケアや業務の質の向上につなげる。	意見箱ではなくアンケートを作成して配布し、意見や要望の確認をおこなう。	6ヶ月
2	35	平成25年度以降、ご家族や町会の方を交えた避難誘導訓練が実施されていない。	年2回の防災訓練のうち1回は、ご家族や町会の方を交えた訓練をおこなう。また、避難誘導訓練を通して笹部の入居者の様子を知っていただく。	町会、ご家族が参加する運営推進会議を利用して、避難誘導訓練を実施する。	6ヶ月
3	35	災害時の行動マニュアルが5年前のままになっている。	現在の入居者の状態に沿った行動計画をたてて、マニュアル化する。	スタッフ複数人で構成された「防災係」を立ち上げ、備蓄食料や必要物品の見直しをはじめ、新たなマニュアルを作成する。	6ヶ月
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。