

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	1173200906		
法人名	株式会社 彩香らんど		
事業所名	グループホーム彩香らんど「田舎の家」		
所在地	埼玉県比企郡小川町下里706-1		
自己評価作成日	平成30年2月8日	評価結果市町村受理日	平成30年4月11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/11/index.php
----------	---

【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 ケアマネージメントサポートセンター		
所在地	埼玉県さいたま市中央区下落合五丁目10番5号		
訪問調査日	平成30年2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)】

平成16年から現在の場所で事業を行っています。施設の周りは自然に囲まれており、窓から見える景色で季節の移り変わりを感じてもらうことが出来ます。地域の方々と交流を続けていくなかで畑でできた野菜を届けてくれる方もいらっしゃいます。毎年行われている施設のお祭りには、地元の方々がお店を出してくれたり、和太鼓などは参加者にも打たせてくれるので毎年大好評です。平成29年からは、毎月1回認知症カフェを開いていますので、地元の方はもちろん多くのボランティア様や専門職に参加してもらっており、グループホームの利用者様がそういった方達との交流する機会をもつことができます。本人の希望にできるだけ添えるように趣向品や季節の食べ物を提供したり一緒に作ったりしています。また、入所以前の生活の継続として、馴染みの床屋へお連れしたり、一緒に自宅に帰宅し、季節の果物を採取してきたりと本人の生きがい、本人の満足感を大切にしています。利用者様が、施設の中だけでなく地域の一員として、住み慣れた地域の中で、ゆったり、いっしょに、楽しくという理念のもと、利用者様それぞれの思いを尊重し、慣れ親しんだ暮らしを損なわないような支援を心がけています。

【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)】

・高齢化が進む中、利用者の状況に合わせた支援を行うことと共に、地域の社会資源を活用することや地域にも事業所をよく知ってもらうことで、利用者にも、ここで生活しているんだとの実感を持っていただくことができています。
 ・運営推進会議では、地域との関係強化の対策やサービスの質の向上の検討など、利用者の安心と安全確保のため具体的な情報や意見交換が行われ、運営に活かされている。
 ・目標達成計画についても、記述し易いように課題を決め、全職員が意見を記述して介護計画作成の会議に臨んでいること、災害別で時間帯別の避難計画が作成され、実際の台風時に避難指示に従い、同一法人の他の事業所からの避難者受け入れが行われたことから、目標の達成が伺える。

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

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	事業所内の掲示と定期的ではないが確認の機会がある。	高齢化が進む中、利用者の状況に合わせた支援を行うことや地域の社会資源を活用することで、ここで生活しているんだとの実感を持っていただき、「地域の中でゆつくり楽しく」の理念の実践に繋がられている。	
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人として日常的に交流している	利用者様は、毎月の認知症カフェや施設の祭りなどの機会には交流することができる。定期的に傾聴ボランティアとの交流もある。 職員は、月に1回の地域の清掃活動や地域の方と一緒に道路愛護に参加して地域との関係づくりに努めている。	季刊の広報紙の配布や毎月の認知症カフェの開催、祭りなどを通じて、事業所をよく知ってもらうことで、地区の神社の初詣では、利用者1人ひとりにお守りが渡されるなど、交流を深められている。	
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	グループホーム単体ではないが、施設として毎月認知症カフェを行い、施設内外の多職種と地域の方々が集う場所をつくっている。		
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	取り組み状況の報告、避難訓練の様子を見学、普段の利用者様が召し上がっている食事の試食等を通じて、防災関係の行政としての考えを伺ったり、その他の意見やアドバイスを求めサービス向上に活かしている。	行政代表・地域代表・家族代表の参加を得て、定期的に関催され、利用者や事業所の状況報告だけでなく、地域との関係強化、サービスの質の向上、利用者の安心と安全確保のための具体的な情報や意見交換が行われている。	
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	事業所の実情やケアサービスの取り組みを伝える機会は運営推進会議がメインとなるが、施設職員が町の福祉祭りに参加したり、町担当者が施設の祭りや認知症カフェに参加してくれたり良い関係を築けるように努めている。	運営推進会議に出席をいただくと共に、小川町最初の認知症カフェ開設への助成や福祉祭りへの出展、空き室情報の共有、町外利用の相談など、積極的なやり取りが行われ、良好な協力関係が築かれている。	
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	定期的に施設内での研修を行い理解を深めている。新しいケアの方法を考える際には、その行為が身体拘束に当たらないかを意識して身体拘束を行わないケアを実践している。	利用者の動きが解るための工夫がなされ、職員がすぐに駆け付け寄り添うことで身体拘束を必要としないケアが実践されている。また、身体拘束に対する理解を深めるための定期的な職員勉強会も行われている。	
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	定期的に施設内での研修を行い理解を深めている。虐待行為にならないよう言動に注意し、アザや外傷などについての記録をこまめにすることで、職員間での情報共有とともに身体的虐待予防になるよう意識している。職員間で言動に対する注意をすることがある。		

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
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	職員が権利擁護について学ぶ機会はもてていないが、現在の利用者様で日常生活自立支援事業を活用している方がいらっしゃる。また、将来に向けた成年後見制度利用支援事業に関して、町の職員から情報収集を行っている。		
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	契約の締結時にはわかりやすさを意識し、ゆっくり丁寧に行っている。改定時には電話やメール等、ご家族様の状況に応じた手段により説明し、理解・納得を図り、その後文書を郵送や来所等の手段で記名・押印してもらい交付している。		
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	家族会、アンケート、面会時に意見や要望を募り運営に反映している。また、ご家族様の状況に応じた手段(メール等)によりコミュニケーションを図っているなかで、相談、要望等を伺うことがあるので、それらを職員間で共有し運営に反映している。	利用者からは日頃の関わりの中で、家族とは来訪の機会を利用したり、働いておられる方には、メールの利用を積極的に行うほか、独自のアンケートを年1回実施することで意見や要望を汲み取り、サービスに反映されている。	
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	特別な機会ではなく、また、全員ではないが、随時聞く機会があり、その意見に対し可能なことについては反映している。また、管理者から職員に意見を求めることもある。	会議の場だけでなく、管理者と職員が常に話し易い雰囲気が作られ、意見は社長まで届く仕組みになっている。また、職員と管理者の話し合いにより、実行可能提案などは、積極的にサービスに活かされている。	
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	介護職員処遇改善金の取得条件を整え、給与水準を上げる努力をしている。また、基準以上に職員を配置する日を設けることで、利用者様に接する時間やゆったりとした空気をつくれるよう努めている。		
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	外部研修には個々の能力に応じて参加を促している。外部講師を招いての研修の機会を設け、日常業務と違う環境で研修を受けることにより、良い刺激や向上心を持ってもらえるように努めている。無資格者を受け入れ働きながらの教育・指導を実践している。		
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	他のグループホームとの交流機会は作れていない。全ての職員ではないが、認知症カフェを通じて多職種との交流する機会はある。また、外部の研修に参加した職員のなかには同業者の話聞く機会がもてた職員もいた。		

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
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	入居前に入手した情報や意向とともに、顔を覚えてもらえるようによく挨拶し、傾聴する機会を多く作り、表情や細かな言動などから不安や要望の把握に努め、記録や口頭での職員間の情報の共有、対応や支援の方法を短期間で見直し、利用者様に安心して暮らしていただけるよう、また、信頼関係が築けるよう努めている。		
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	入居前に入手した情報や意向とともに、面会でご家族の話を傾聴し、不安や要望等を伺いケア等に反映できるようにしている。ご家族様の状況に合わせたコミュニケーションの手段により、ご家族様からの要望も聞きやすいようにし、信頼関係づくりに努めている。		
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	新たに他のサービスを検討する機会は少ないが、入居前に利用していたフォーマル、インフォーマルサービスが引き続き利用できる場合は継続している。退院後の状態が良くなったら自宅に帰りたいとの要望があるケースでは、居宅のケアマネジャーと連携し在宅復帰した事例もある。		
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	できること、できないこと、やりたいこと、やりたくないことを見極め、利用者様から積極的に家事等への参加を申してくれる方は、必要があれば職員がフォローしながら行ってもらっている。そうでない方にもできそうなことをお願いしている。		
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	ご家族様への近況報告と合わせて、面会時間、外出、外泊の制限も設けていないことは、ご家族様が利用者様との接する機会を増やすことを可能にし、また、利用者様の要望により、ご家族様に電話する機会もあり、共に利用者様を支えていくためにご家族様としての役割を担っていただいている。		
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	入居前から利用していた床屋さんの利用、ご家族様がない方には、可能な限り、それまでかかわってきた人との関係が継続できるよう努めている。また、自宅に季節の果物や手紙を取りに帰りたいと希望される方には職員がお連れしている。	利用者1人ひとりの状況に合わせて、古くからの馴染みの処や店へ出向くなど、関係継続の支援が行われている。また、安心サポートの利用者の入居の場合は、関わってこられた方に続けて関わっていただくように配慮されている。	
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	利用者様同士の相性や性格等を考慮して席を配置し、状態変化等による関係の変化に応じ、随時席替えや環境の工夫、職員が間に入ることで利用者様同士のコミュニケーションの補助をすることにより、孤立を避け、関わり合い、支え合いの関係を保てるよう努めている。		

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
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にご家族様が施設に来てくれたり、メール等で現在の状況を教えてくれることがある。		
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	本人の思いや要望を言える方には直接伺い、困難な場合は、ご家族様に伺ったり、日常の会話や利用者様の言動から意向の把握に努めている。	家族からの情報で過去の生活歴や好きな事などを把握すると共に、利用者との1対1のコミュニケーションを深め、表情や行動の変化に注意を払うことで、各人の思いや意向を把握し、本人本位に検討がなされている。	
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	利用者様、ご家族様から入居時、面会時に話を聞いて把握に努めている。		
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	各職員が把握したことを記録や口頭、申し送りを通じて共有し、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	各職員には、計画の見直しや変更に伴い事前に文書にて意見聴取を行い、計画作成に伴う会議に出席できない職員の意見も反映できるようにしている。	職員が記述し易いように課題を決め、モニタリングを基に全職員が意見を記述して会議に臨み、家族・医師・看護師の意向や意見も取り入れた計画の作成が行われ、変化が生じた場合は、都度見直しが行われている。	事前に課題を決めるなど、職員の意見が反映され易いようにされていますが、意見の内容に偏りがなく、全職員がよい意見を出せるための工夫に期待されます。
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	個別の記録、口頭、申し送りを通じて情報の共有に努め日々の実践の見直しをしている。		
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	認知症カフェを始めたことによって、グループホーム以外の場所で地域の方達と一緒にお茶を飲んだり、身体を動かしたり、創作活動を行う機会がある。家族にも一緒に参加してもらうこともあった。併設しているデイサービスと一緒にボランティアの催し物を見学することもある。		

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
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	傾聴、アロマハンドマッサージのボランティアの施設訪問。訪問理美容。日常生活自立支援事業の活用。施設の祭りで、地域のお店、太鼓や踊りのボランティアに参加してもらい利用者様も一緒に参加して楽しんでいる。		
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	入居前に相談して決めている。訪問診療以外を希望される方は、職員と一緒に通院している。	利用者・家族の意思を尊重し、医療機関を選択していただいているが、24時間対応の提携医療機関と週1回の訪問看護に変更となり、より充実した支援となった。また、他の専門医は職員による通院時の付き添いが行われている。	
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	訪問看護に毎週1回(2時間程度)一人ひとりの利用者様の1週間の状況を報告・相談し、助言や処置を行ってもらっている。電話での相談体制の確保、必要時に看護師が主治医と連携し対応している。		
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。	訪問診療の医師には、日中・夜間をととして電話連絡が可能な状態で、随時相談、随時対応が可能となっている。救急搬送が必要な場合の入院可能な病院への調整も医師が行ってくれる。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居前に重度化や終末期に関する指針や施設で可能な対応について説明し、実際にそのときがきた際には、医師、ご家族、管理者が三者で現状や将来的な変化、意向の確認と対処方法を相談している。	終末期に向けて事業所としてできる事の説明が行われ、状況の変化に応じて家族の要望や医師の意見も参考に、できるぎりぎりのところまでの支援に取り組まれている。また、看取りに対する知識や技術、必要な環境などの検討が考えられている。	
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	研修を行っている。利用者様の急変が予測される場合は、医師や看護師に相談し助言を受けている。		
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	火災については、年2回(日中・夜間想定)行っている。水害・土砂災害時については、当施設が建物の2階部分にあることと洪水浸水想定区域ではないことから、マニュアルや非常食の確認を行った。同一法人からの避難訓練を行った。また、実際の避難指示に従い避難の受け入れをした。	災害別で日中・夜間の時間帯別の避難計画が作られており、年2回の避難訓練が行われている。また、実際の台風時に、行政からの避難指示に従い、同一法人の他事業所からの避難者受け入れが行われた。	実際に、同一法人の事業所からの避難者受け入れが行われ、災害時は予測されないことも想定されます。行政や地域との連携がより強化されることに期待されます。

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
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	一人ひとりの表情・状態・話す内容に応じて、声の大きさ、スピード、言葉遣いに変化をつけた声掛けをしている。言葉でのコミュニケーションが困難な方にはスキンシップ・表情等を合わせた声掛けをしている。他人から聞かれたくないことや見られたくないことについて配慮した対応をしている。	利用者の話は真摯に受け止め、小さいことでも丁寧に接し、利用者のペースの尊重を図られている。また、他人に知られたくないことや聞かれたくないことにも注意が払われ、1人ひとりの尊厳が守られている。	
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	職員に直接伝えられる利用者様の場合は、可能な範囲で対応している。そうでない利用者様には声をかけ、本人との会話のなかから思いや希望を伺えるように努め、自己決定できるよう働きかけている。		
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	食事やお茶の時間以外は利用者様の状態によって自分のペースで自由に過ごされているが、なかには起床時間が遅い方もいらっしゃるため、その方に合わせた支援をしている。家事活動の一部を自分の役割として利用者様自身がタイミングをみて手伝ってくれている。		
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	希望を言ってもらえる方、そうでない方がいらっしゃる。髪をとかしたり、髭を剃ったりできる方、不十分な方など利用者様の状態に応じて職員がフォローして、できるだけ自分で選択、やってもらえ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	盛り付けの手伝い、下膳、食器洗い、食器拭き等利用者様に手伝ってもらっている。食後にコーヒーや飴を希望される方など可能な範囲で個別に対応している。	朝食夕食は、自前の献立と買い出しの材料を、昼食は食材業者の献立と材料を利用するなど、高齢化対応のため、買い出しの軽減とのバランスを取り、口から食べてもらうことの継続のための工夫を凝らされている。	
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	栄養バランスは、食材とメニューを取り寄せて提供することも多いので取れている。また、利用者様の状態によって量の調整、食事形態の工夫によりしっかりと召し上がっていただけるよう努めている。食事摂取量、水分摂取量、体重を記録し、主治医や訪問看護に報告し、必要に応じて助言を受けることができる体制になっている。		
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	一人ひとりができることを見極めて必要な支援を行っている。義歯を使用していない方には歯科衛生士が定期的に訪問してくれており、口腔内の確認や歯磨きの指導を受けている。義歯の方は不具合がでたときに随時訪問歯科医に連絡し調整をお願いしている。		

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	排泄表に1日の排泄状況を記入して間隔が開いている方には声掛けを行い、訴えがない方には誘導を行っているが、成功するときと失敗するときがある。日中、夜間、状態に合わせてポータブルトイレ等の福祉用具も活用し、できるだけ自立した排泄の支援を行っている。	日中は声掛けと誘導によるトイレ排泄を基本とし、夜間は、利用者それぞれに最適な対応を取り入れ、できる限り自立を維持する支援がなされている。また、適切な支援により、トイレ排泄ができるようになった事例も見受けられる。	
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	排便の有無を管理表にて把握している。朝に冷たい牛乳を出したり、水分を多めに摂っていただく等している。自力での歩行が困難な方には、介助により歩ってもらっている。また、しばらく座ってもらったり、腹部マッサージ、主治医との相談により、服薬と訪問看護による支援も合わせて一人ひとりの利用者様の状態に応じたコントロールをしている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴ができる時間帯は決まっているが、希望を確認し、他の利用者様の状況も考慮したうえで可能な限り対応できるように心がけている。決まった曜日を希望される方にも対応し、拒否のある方には無理強いせず、声掛けの工夫により入浴してもらえよう支援している。	週2回の入浴を基本とし、利用者の希望や体調に合わせてバイタルチェックを行い入浴が行われている。また、重度化に伴い2人での対応がなされ、入浴拒否のある方には声掛けや担当を変えるなどして入浴を促されている。	
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	利用者様の状態に応じて日中に休息する頻度や時間帯を決めている。状態変化に応じ随時変更している。居室の温度や湿度対策、電気アンカ、日常的なアイス枕の使用、掛布団の枚数の調節、服薬、夜間おなががすいてしまう利用者様には少量のお菓子の提供、不安を訴える利用者様には傾聴する等、利用者様の状態に応じた支援をしている。		
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	各利用者様の服薬状況については個人のファイルや全員分を一つにまとめたファイルでいつでも確認できる状態になっている。内容や変更時、主治医からの留意点等は文書での申し送り全員で共有できる状態になっている。状態変化については、訪問看護や主治医に報告し相談している。		
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	利用者様によっては、特定の家事をご自分の役割として毎日自ら行ってくれる方がいる。個人で館を購入し、好んで召し上がる方は、子供のころからの思い出の物であることを話される。歌が好きな方には昔の歌の歌詞が書かれた物をお渡しし、昔描かれた絵を持って来られている方は、施設内のご本人が目にするのできる場所に飾っている。		
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	いつでも希望にそって外出することは難しいが、職員の体制を基準以上に配置しているときは、ご本人の希望で散髪にお連れしている。一緒に買い物に行く機会もある。初詣やお花見に出かけることもある。	高齢化に伴い、外出の機会が減少傾向にある中、数人のグループで、数回に分けて外出することで、できるだけ全員の外出が図られている。また、利用者の状況に対応した1対1での外出対応を行うことで、外出の機会を増やすことが検討されている。	

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	原則として持ってもらうてはない。ただし、ご本人の意向も尊重し、ご家族には紛失等のリスクを説明し、十分ご理解いただける場合に、少額のお金を持ってもらったことはある。個人で希望する物を職員が伺って購入して来たり、一緒に買い物に行くことで代替えている。		
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	ご家族と相談し、了解が得られる方については、利用者様の希望に応じて電話をかけている。手紙を出すことを希望される方には支援をしている。また、自宅に手紙を取りりに帰りたいと希望される方には職員がお連れしている。		
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	温度や湿度管理、換気を行い、窓際の方、エアコンの風があたる方など座席による環境の違いに対しては、ブラインドの調節、直接風が当たらないようにする工夫や利用者様と相談して着る物を調節している。また、季節に合わせた壁飾り等の工夫をしている。	日中は、利用者ができることを手伝いながら、生活感と季節感を感じながら、穏やかに思い思いに過ごしていただける共用空間が作られている。また、職員中心に清掃が行われ、居室共々清潔に維持されている。	
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	テレビの前には長椅子を置いて誰もが気軽に座れるようにしている。そこでは、一緒に座った利用者様同士で会話をする機会にもなっている。他にも椅子を複数用意して自由に使ってもらっている。		
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	食べ物以外は持ち込めるようになっている。食べ物以外でも利用者様の状態によって危険だと思われる物については職員で判断し、ご家族様に説明して置かないようにしている。ご自分のタイミングで居室でラジオを聴いたりテレビを観たりして過ごされる方、家族の写真をたくさん飾っている方もいらっしゃる。	各自の生活習慣に合わせて使い慣れた寝具や家具と共に、思いおもいのものを持ちこんでいただき、利用者の体調にも留意して、共用空間共々、温度・湿度などに注意が払われた居室が作られている。	
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	段差がなく、廊下、トイレ、洗面所、浴室の手すりの設置、トイレの場所や自分の居室が分かりやすいよう表示している。浴槽内の滑り止めマットやシャワーチェアなど安全かつできるだけ自立した生活が送れるようになっている。		

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	26	介護計画を作成するにあたり、職員からの意見等を反映できるようになっているが、職員により意見の内容に偏りがあるため、職員一人ひとりの意見が偏ることなく、より良い意見を出せるような工夫が必要である。	職員間の意見の偏りが減り、一人ひとり、現在よりも良い意見を出せるようになる。	・一人ひとりの意見に対する指導的立場の職員からの指導や助言をする。	12ヶ月
2	35	火災以外でも、水害・土砂災害時のマニュアルの作成や訓練、実際の警報に伴う避難も行っている。災害については予測困難なことも考えられるため、これまで以上に行政や地域との連携を強化し利用者の安全を確保できるようにする必要がある。	行政や地域との連携を強化し、災害時における利用者の安全が確保できる。	・運営推進会議のみならず、災害に関する情報などを随時情報共有できるよう日頃からコミュニケーションを図る。 ・避難訓練等の際には、見学や訓練に参加してもらえるよう声かけし、施設の状況を知ってもらう機会にする。	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月