

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	2070900168		
法人名	医療法人聖山会		
事業所名	グループホーム合歡の家		
所在地	伊那市荒井3835-1		
自己評価作成日	平成27年8月12日	評価結果市町村受理日	平成28年1月12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 医療福祉事業部		
所在地	長野県松本市巾上13-6		
訪問調査日	平成27年11月16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)】

入居者を、介護されるだけの一方的な立場に置くのではなく、「共に過ごし、学び、支え合う、関係作りを大切にしている。隣接する同法人・伊那神経科病院の医師による定期的な往診と同病院内の訪問看護の対応により、緊急時にも迅速に必要な処置と主治医の判断を受けることができる。これが入居者様や家族様の安心にもつながっている。病院内の他職種とも協力体制を築いているほか、老人保健施設辛夷園とも様々な交流を続けている。

【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)】

事業所は同法人が運営する建物と隣接し、住宅地の中に位置している。開設から15年、ほとんど毎日近所への散歩、隣接の集会所に集まる方々とのお付き合い等、日常的に地域に寄り添い馴染みの関係を築きながら事業所運営をしている。運営理念「すこやかな日常生活が続けられるよう…」を基に開放感のある暮らしを目指している。利用者の知人の面会への配慮、思いや意向の把握に努め近隣地域への外出支援をしている。野菜作り、季節行事に合せた郷土食作り、四季の折り紙、ちぎり絵等の作品作り等五感を通して四季を体感できる取組みを積極的に行っている。食堂、キッチン、ホールでは調理関係、洗濯物に関わる等一人ひとりが役割を持って活動したり、ゆったりと寛いだりしている。共用空間はいつも職員と利用者の会話や笑い声がある。併設の病院、介護老人保健施設との連携の中で運営され医療面でも体制が整い安心して暮らせる環境にある。

・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()		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+-) + (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>理念を施設内に掲示して周知している。また、新人職員にはオリエンテーションを行い、理解を深めてもらう。</p>	<p>理念は、開設して数年後に理事長と職員で作成された。掲示は職員更衣室、ホールにしている。新人職員には入職時説明している。理念について取り上げて話し合うことはないが理念を意識して支援している。通信に毎号運営理念、基本方針を掲載している。</p>	<p>理念を作成した当時の職員が少なくなっている中で、理念について話し合い共有する機会を作り、管理者と職員が理念の実践につなげる取組みを更に深めることを期待したい。</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>散歩などで気軽に声をかけ合うことができている。地区の運動会や文化祭に参加、出品させていただいている。施設の隣で花作りをしてくれる高齢者の皆さんにも、お茶を差し入れている。</p>	<p>法人として自治会加入している。通信『ほっとねむ』を町内に回覧、避難訓練の通知を隣組に配布する等して事業所への理解、協力を呼び掛けている。地区運動会、文化祭等に参加、地区の祭り、氏神様への初詣、近所への散歩、隣接の公民館に集まる方々と交流する等して事業所が地域の一員として積極的に交流をしている。演芸関係のボランティアの受入もしている。</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>隣組には合歡の様子を機関紙『ほっとねむ』で数カ月おきに回覧配布している。</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>「地域交流会」の名のもとに、隔月で近況報告を行い、サービス内容について意見交換している。</p>	<p>奇数月に『地域交流会』と名称して開催している。地区総代、隣組長、民生委員、行政関係者、事業所関係者で構成し、家族会、行事に併せて年に3回は家族・利用者全員に参加を呼び掛けている。事業所の現状・活動報告、行政、自治体関係者からの情報を得る等してサービス向上に向けた話し合いがなされ支援に活かされている。</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
5	(4)	市町村との連携 市町村担当者とは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	地域交流会を通じて実情や支援内容を伝えている。機関紙「ほっとねむ」もその一助を担っている。伊那市の介護相談員が年1回、2人1組で合歓を訪れ、入居者の声や本人の感想を伝えてくれる。	利用者関係の相談を中心に随時連携を取っている。年1回介護相談員の訪問があり、利用者からの声、相談員の感想が寄せられる。市の地域密着型事業所集団指導に出席して情報を得る等して関係性を築いている。	
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	身体拘束は行わないことを原則としている。日中の施錠もしていない。	日中は施錠はしていない。言葉使いを含め拘束に関する話し合いはミーティングで行い拘束をしない意識の高揚をしている。常に抑圧感のない暮らしを目指している。マニュアルはないが、拘束に関する書類等の準備はある。入居時に家族に拘束に関する正しい理解がされるよう説明をしている。	
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	研修に参加できなかった。虐待への意識付けを常時心がけていきたい。		
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	研修に参加できなかった。成年後見制度を利用している入居者もいるので、学ぶ機会を持ちたいと思う。		
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	契約時や制度も含めた改定が行われた際は、事業所の考え方や取り組み、入居から退居までの事業者の対応の範囲などについて、文書をもとに説明を行っている。		

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
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、地域交流会と家族会を併催することで意見を発表する場を設けている。「満足度アンケート」(無記名)を行い、家族、入居者からの評価を受けている。	年2回『地域交流会』に時間を作り家族会を開いている。本音が出るよう会議の運営方法を工夫している。年1回家族・利用者に満足度アンケートを行い管理者がまとめ考察をして家族、職員、推進委員、法人関係者等で検討して出された意見等が反映できる取組みをしている。利用料金支払いをあえて現金対応とし、家族訪問の機会を増して意見、要望など聞き取る工夫をしている。	
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	毎月改善提案シートを配布し、意見があれば提出してもらっている。内容は毎月のミーティングで話し合っている。	職員は毎年個人目標の設定をしている。目標設定時、成果の検証を行う際には個人面談を行っている。毎月全体ミーティングを行う前に改善提案シートを提出する仕組みがある。事前に管理者、介護支援専門員、リーダー、事務担当者で出された内容を把握して全体ミーティングで話し合い反映している。	
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	これまで個人の目標管理設定手法、改善提案シートに加えて、今年度から介護職員処遇改善加算への移行により、処遇面でも改善を図っている。		
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	目標管理、改善提案シートを通して行っている。レベルに合わせて必要な外部研修には参加できるよう配慮している。		
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	同業者と交流する機会は作れなかった。		

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
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>困りごとや不安に思うこと、要望など、本人の気持ちをしっかり聞き、安心して過ごすことができるよう心がけている。</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>入居前の情報収集時から、家族の話ができるだけ聞こう努めている。</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>入居者と家族のニーズを把握し、事業者として他職種との連携も視野に入れた対応に努めている。</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>ともに暮らすものとして、お互いが協力しながら穏やかに暮らせるよう関係作りに努めている。</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>家族には入居者の健康状態をはじめ、話したことや思いを伝えるとともに、バス旅行などへの同行も呼びかけている。独身を通された入居者もいて、家族という支援が受けにくい方も増えている。</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)	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	これまでの友人関係や近所付き合いが継続できるよう、家族と相談しながら支援している。	家族、利用者の日常会話、つづやきの中で馴染みの関係を把握するよう努めている。生活していた場所への訪問等の希望は大切にして実現出来るよう支援している。友人知人の面会時にはホールの面会スペース、居室等好まれる場所でゆっくり過ごせるよう配慮している。年賀状、暑中見舞いを出す、電話を掛ける等関係を継続できる様支援している。	
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	全員、または数人ずつでの外出や散歩、家事などを通して互いに協力し、支え合えるように努めている。		
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	医療機関へ入院となり退居するケースが多いため、関係性の継続は難しいが、外出時に特養に移られた方を仲の良かった入居者と訪ねることがある。		
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	職員間で気づきを共有しあえるようにミーティングやモニタリングなどの機会に話し合い、把握に努めている。	日々のかかわりを丁寧にしてつづやき等得る様にしている。言語化する事が困難な方は、発した言葉をミーティング、モニタリング等の機会に検討して本人本位の意向の把握が出来るようにしている。	
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	入居前の暮らしぶりについては、本人との日々の会話の中から発見することも多い。家族からも入居後、話を聞くよう努めている。		
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	朝夕の申し送りや昼ミーティング、あるいはモニタリングなどの機会に気づきを出し合い、必要な情報は共有するよう努めている。		

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
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	アセスメントシートを活用して現状を把握し、支援する関係者の意見が反映された介護計画になるよう努めている。モニタリングの記録により、家族にも傾向がつかみやすいようにしている。	身体・精神・生活の現状、ニーズの把握をして介護計画作成、短期目標に対するケア内容、実施記録、居室担当者による毎月のモニタリング、評価、変化に伴う目標の変更等チームで現状に即した介護計画の取組みがなされている。家族には面会、電話の折に計画に対する相談、計画の説明、同意を得ている。	
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	日々の記録や申し送りなどにより、共有を図っている。申し送り時のルールも随時見直している。		
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	サービスの多機能化についてはまだ検討の域を出していない。		
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	踊りや紙芝居、マジックなどのボランティアが訪問してくださり、交流を深めている。地域との暮らしを結びつけるきっかけ作りを進めていきたい。		
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	入居者と家族に主治医を選んでいただいている。受診前には必ずミーティングを開いて個人ノートに近況等を記載し、主治医に報告している。	入居時にかかりつけ医の希望を聞いている。現在は2名が在宅からのかかりつけ医、7名が協力医である。協力医の往診は毎週ある。通院、往診前後にミーティング時に情報の共有を図り、個人医療連携ノートを活用している。協力医からの訪問看護が毎週あり健康チェックを行い、随時相談、支援が受けられる体制にある。隣接の介護老人保健施設に歯科医師が往診時に歯科受診をしている。	
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	隣接する伊那神経科病院の訪問看護師とは情報交換を常に心がけ、必要な医療が受け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
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。	入居者が入院した際は情報提供書による伝達のほか、早期に入院先を訪問し、情報交換するよう努めている。		
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	重度化した場合の対応を文書化し、入居時に事業所としての方針を説明、同意いただいている。入居後は面会や家族会の機会に確認することもあるが、状況に余裕がある間は話題にならないことも多い。	入居時『重度化した場合に関する方針』を確認している。看取り期に入る時に家族と再度話し合い看取りの条件を家族に説明して看取りの方法を選択するようにしている。看取りをする場合は具体的に「最終局面での対応」に関する記録用紙等作り活用する等して家族と信頼関係を築きながら取り組んでいる。	レベル低下、重度化、終末期へと向かう利用者への理解、支援のあり方等学習する機会をつくり重度化や終末期に向けた取組みがチームとして更に充実した実践が出来るよう期待したい。
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	隣接する伊那神経科病院の医師の往診や看護師の健康チェック時に、疑問点は随時質問し、指導を受けている。		
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	独自に年2回の避難訓練を実施している。昨年から地域住民にも、見学だけでなく訓練への参加を呼びかけ、少しずつ連携を築いている。	重点目標に夜間以外想定訓練、連絡網による訓練を挙げ実践している。年2回訓練を実施している。トータル的には昼夜を問わず避難訓練が出来、職員による通報消火訓練、実際に非常ベルを鳴らした訓練も経験している。昨年から地域住民に参加協力を呼び掛け参加が得られる様になっている。併設事業所間で防災委員会を立ち上げて年1回合同訓練、備蓄品の確保等連携を図って災害に備えている。	
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	入居者ができないことを代りし、本人の言動を否定せず、そのときの思いや気持ちを考えながら言葉かけや対応をしている。「満足度アンケート」の結果や日々の話し合いから振り返るよう心がけている。	一人ひとりへの言葉かけに注意し、特に命令口調にならないよう心掛けている。満足度アンケートから感じ取る課題を職員会議、家族会、地域交流会で考察している。入浴、排せつ支援、ホールでの個別対応にも配慮して共用空間で衝立の活用をする等人格を尊重し、誇りやプライバシーを守る対応をしている。	

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
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	意思表示ができる入居者からは、直接本人の意向を丁寧に聞き取るよう努めている。意思表示が難しい場合は、情報や介護の日々から把握してきた性格、表情などから察するようにしている。		
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	基本的な流れはあるが、本人の気持ちや体調を大切に、施設側の都合を優先させることがないよう心がけている。		
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	本人の好みを尊重しながら、天候や季節に合った装いにな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	野菜作りも含め、調理や片付けまで食生活全体から活力が得られるような関わりを意識している。	職員と一緒に関わりながら食に関する活動が出来るよう個々が無理なく楽しく関わられるよう配慮している。利用者と育てた畑、プランターの野菜を使うことも大切にしている。食から四季が感じられるよう行事食を利用者と一緒に作っている。誕生日には希望する食堂に出掛ける事もある。食事は職員が楽しく会話する中でも食事、水分摂取量を観察して声掛けもさり気無くしている。	
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	食事や水分の摂取量には目を配っている。水分補給ができていない時は、食材や調理を工夫し、一定の水分が摂取できるよう努めている。		

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
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に、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>自立されている入居者には声かけが主になるが、介助が必要、あるいは重点的に口腔ケアに取り組んでいる方には付き添って実施している。必要に応じて協力歯科医師の診察を受けている。</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>排泄の失敗が精神的な落ち込みや、皮膚の健康を損なわないよう、着用する介護用品や支援の方法の検討を随時行っている。</p>	<p>排泄チェック表を基に生活全般を評価して排泄の自立に向けた検討を重ねている。本人に負担がかからない様に誘導し、必要に応じて夜間はポータブルトイレの利用の方もいる。ほとんどの方が布パンツを使用している。皮膚疾患のある方には専門医の受診をしながら排泄方法、用品の見直しをして改善に向けた事例をうかがった。</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>適度な運動や水分摂取、野菜を中心とした献立などでスムーズな排便が継続できるよう努めている。不快を訴えられない入居者の言動も、排泄という視点を持ちながらよく観察するようにしている。</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>一定のパターンはあるが、受診や散髪、体調など本人の都合を考慮に入れて組み立てている。</p>	<p>受診、散髪、体調など本人の都合に合わせて入浴できる様にしている。視野狭窄の方、浴槽出入り困難な方は無理なく入浴できる様リフト浴を導入している。洗剤は肌に負担を掛けないよう本人に合ったものを個別に使用している。入浴拒否される方には声掛けの工夫の成功事例を職員で共有する等して、個々が入浴を楽しんで出来るための検討をしている。</p>	
46		<p>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</p>	<p>前夜の睡眠や体調に応じて午睡ができるよう支援するほか、夜間はそれぞれのペースで安心して就寝できるような支援に努めている。</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
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	伊那神経科病院に主治医を置いている入居者は、処方薬局の薬剤師から情報提供を受け、職員間で共有している。他のケースでも、不明な点は随時確認している。特に処方変更時の状態の変化には注意している。		
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	何が必要で、何が余計なのか、可能な限り「その人らしさ」を引き出し、支援できるよう試行錯誤している。季節の行事を取り入れ、生活にメリハリがつくように努めている。		
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	季節に応じた外出の機会を設けたり、バス旅行を企画している。散歩や畑、テラスでの野菜作りなどで戸外に出る機会を設けている。	天気の日には近所への散歩、畑、テラスで野菜作り等屋外で過ごす機会を大切にしている。自宅への帰省、買物等個々の希望は職員家族が協力しながら実現している。夜の花火、イルミネーション見物、外食、神社参拝、バスツアーで蚕糸博物館見学等多彩な外出支援をしている。	
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	金銭管理は職員が行っている。生活用品やおやつなど購入は、家族の了解のもと、できるだけ職員と一緒に買い物をするようにしている。		
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	電話の希望があれば、時間帯などを考慮してできるだけ対応している。暑中見舞いや年賀状などを出せるよう、本人の写真入りのはがきを用意して、発送までを支援している。		

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
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	衛生面での配慮以外にも生花や緑を取り入れたり、入居者と手作りした壁飾りで季節を演出している。	全館床暖房、エアコン、加湿器等で湿温度管理をしている。吹き抜けで天井が高く開放感のある広々とした共用空間は、食堂、炬燵があり、床の間付きの和室、ソファーが並ぶくつろぎの場、キッチンと一体的にある。観葉植物、散歩で摘んだ花や折り紙、ちぎり絵が飾られ四季が感じられる。視力障害の方のために手すり、洗面台等に赤い目印のテープを張る等の配慮があり清潔感もある。	
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	共有スペースの広さを生かして、それぞれが気に入った居場所を見つけられるよう支援している。		
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	入居時には、できるだけ本人が落ち着ける居住空間となるよう、慣れ親しんだ家具や生活用品の持込の相談に乗っている。	洋室、和室がある。利用者の状況に併せ和室を改造して洋室にしてきている。使いやすいベット、寝具、整理ダンス、テーブル、椅子など生活し易く配置されている。大きな置時計、日課表等が目に入るよう配慮したり、家族写真、大切な品々を飾る等して安心して居心地良く過ごせる居室作りを家族、本人と相談しながら行っている。	
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	日々の「生活の場」として暮らせるよう努めている。本人の能力を活かし、支援の手が先回りしないようにしている。		

目標達成計画

作成日：平成27年12月11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	1	理念について話し合うことがない。	理念について職員間で話し合い、共有することで実践につなげる。	・理念、基本方針に対する思いなどを職員それぞれがまとめ、毎月実施している全体ミーティングで話し合い、同じ方向へ向かっていく。	6カ月
2	33	重度化や終末期に向けた家族との話し合いや、職員の学びの機会が少ない。	看取りについての対応を整理して、学ぶ機会を作るとともに、家族とも話し合う機会を作る。	・看取り期における対応マニュアルを作成する中で、検討や学びが不十分なものを把握する。 ・看取り等をテーマにした研修に職員を派遣し、他の職員向けに伝達研修を行う。 ・家族会などを利用して事業所の考え方を説明し、話し合う機会を持つ。	12カ月
3					
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。