

1 自己評価及び外部評価票

【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29年7月1日	評価結果市町村受理日	平成30年4月17日

※事業所の基本情報は、公表センター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://kaigo.nsyakyo.or.jp/modules/general/general_divindex.php?jigyo=2090200185
----------	---

【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
所在地	長野県松本市巾上9-9
訪問調査日	平成30年1月25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。だれんども、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ける存在を目指していき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」「やはりプロは違うよ」と世間に発信していける。

【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)】

松本市笹部地区自治会の一員として2ユニット(定員18名)が運営されている。母体の社会福祉法人ハーモニーの法人理念と共に事業所独自に平成29年度運営目標「日頃の学びの積み重ねを認知症ケアの向上につなげます。」が掲げられていて地域密着型サービスの意義を踏まえ、理念の具現化に取り組んでいる。事業所では、全職員が日々の利用者一人ひとりの介護・医療など生活全般にわたる各種記録が詳細に記載されていて、記録を見ることで振り返りや学びを深め、良質な個別ケアを重視した取り組みが行われている。また、施設の生活の一部として、毎日レクリエーションが行われている。適度な運動や手先や頭を使ったり、利用者一人ひとりの「個」を大切にしながら、他の人とのコミュニケーションを生み、促進して認知症の予防や症状の進行を遅らせる支援が実施されている。利用者の居るところには必ず職員がいて、常に寄り添いながら温かい視線や声がけ、語らいが実践されている。

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。ユニットが複数ある場合は、ユニットごとに作成してください。

ユニット名(1F)		項目	取り組みの成果 (該当する箇所を○印で囲むこと)	項目	取り組みの成果 (該当する箇所を○印で囲むこと)		
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向をつかんでいる。 (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ます。 (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全くいない
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、生き活きと働けている。 (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させている。 (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				

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

ユニット名(2F)

項目		取り組みの成果 (該当する箇所を○印で囲むこと)		項目		取り組みの成果 (該当する箇所を○印で囲むこと)	
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ます。 (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)	<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全くいない
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)	<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、生き活きと働いている。 (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、戸外の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させている。 (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				

自己評価及び外部評価結果

〔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。	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ケアを行っていきたいか、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。	母体の法人理念及び事業所独自の各年度ごとの運営目標を構築している。管理者と職員間でその理念について話し合いの機会を持ち、理解を深めている。日々のサービスの提供場面で利用者のその人らしい生活の提供や施設と地域の関係性を重視した理念を大切にしている。	
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。	近所の高校生の実習やボランティアの受け入れ、夏祭りでの交流を行った。また、昨年度は地域で行われた認知症サポーター養成講座内で講演をする機会をいただき、地域の方々に認知症に関する情報発信をすることができた。	松本市笹部町会の自治会に加入している。自治会主催で開催する運動会や利用者の作品の出展や見学する文化祭、地元伝統行事である三九郎などに参加して地域の一員として積極的に交流している。近隣の高校生の実習受け入れも行っている。毎年、事業所で開催する夏祭りには、町会役員や民生委員の参加を得ている。	
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。	今年度は法人としても認知症サポーター養成講座を開催し、他地域ではあるが情報発信の機会をいただいた。同じく今年度、鎌田地区で始まった認知症カフェにも専門職の傾聴ボランティアという形で協力させていただいている。		
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践、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。	2ヶ月に1回の会議では、活動内容・事故やひやりはつと・職員研修の報告等を行い、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。	年6回開催している。運営状況・防災関係・出席者情報交換など事業所運営改善に向けて検討している。家族、町会役員、民生委員、近隣の介護サービス事業者など各分野から出席が得られ、それぞれの立場からの意見や提言はサービス向上に向けた取組に活かされている。事業所の夏祭り行事と併用したり、事業所で実施されている利用者への排せつケアを紹介するなど会議内容を工夫されている。	
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地域包括支援センターとの繋がりが強くなった。	担当地区地域包括支援センター担当者とは、利用者の暮らしぶりやニーズなど伝え、協働関係の構築に向けて連携を図っている。保険者からの派遣相談員の定期訪問を受入れて、協力関係を築いている。会議や研修会には、積極的に参加して行政、地域の情報を得ている。	
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行い、環境の整備やケアの工夫によって対応している。	母体法人による身体拘束及び虐待など研修会に参加して職員の拘束しない介護への認識が共有化されている。各ユニット会議でも話合われている。職員による見守りや連携を徹底し、利用者の心身状態を正確に把握することで安全面に配慮された自由な暮らしを支援している。	
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うよう説明している。		

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。	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行い、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。		
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。	運営推進会議に家族の参加を得て、意見を頂いている。また、面会時には、積極的に働きかけて情報交換を密にとり、何でも言ってもらえるような雰囲気づくりを心掛けている。今年度から母体法人が利用者の家族に利用者満足度アンケートを実施、結果内容を運営に反映したい考えであることを伺った。	
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)。	毎月各ユニット開催されて運営に関する意見・要望を出し合い検討している。職員は、年2回「面談シート」を作成して個人目標、成果の検証など個別面談を実施するなど職員の意見要望が反映されるシステムがある。また、管理者は日常的にも職員からの話を随時聞く機会を作っている。	
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。	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行い、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行っている。また、介護福祉士資格取得を勧めており、現在資格保有率は75%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。	グループホーム連絡会の共同勉強会に参加したり、他事業所の運営推進会議に参加して情報交換を行い、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
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。	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行い、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。		
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。	家族からも、「本人の生活に対する意向」や家族の不安・悩み等を聞き、家族が安心して本音を話せる様努めている。		
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。	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。		
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。	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、一緒に家事等を行うことで関係を築いている)。		
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。	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。		
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。	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、可能な限り家族にも対応してもらっている。入所前からのコミュニティ活動に現在も参加されている方もいる。	利用者一人ひとりのこれまでの様々なつながりを大切に考えて継続した関わりが持てるように支援している。また、利用者本人からの外出希望時は、家族と連絡を取り合い実施できるよう配慮している。	
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行っている。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。		

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。	在宅復帰した方に関しては、以前利用していたサービス事業所やケアマネージャーと連携して、以前と同じ生活ができるよう調整を行う。また、再入所の相談にも応じている。		
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。	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。	日々の関わりの中で利用者個々の言葉や表情より本人の意向の把握に努める工夫をされている。また、入所時に提出していただく書類として生活歴の記載もお願いしており、家族から得られた情報を大切に思いや意向の把握に努めている。	利用者によっては、思いや暮らし方の希望や意向などを明確に把握できないこともあり、以前、実施していたと伺いましたが、利用者の言葉や言葉にしづらい思いを、日々の行動や表情から汲み取った内容などを記録に書きとどめて把握に努めることを期待したい。
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。	事前面談の段階から、以前からの生活環境等を伺い、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。		
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。	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。		
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。	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。	施設ケアマネ及び担当職員が中心となり本人や家族から生活に対する意向や関係者からの意見を活かして介護計画に反映している。職員はケアプランの流れとチームケアの重要性を理解している。特に自立支援と評価改善が可能な介護計画づくりを目指している。また、利用者の状態に変化が生じた場合には、随時見直して現状に即した介護計画が作成されている。	
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	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。		
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。	可能な限り個別の好みに応じた食材の提供を行ったり、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。		

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。	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。		
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受診の支援を行っている。	利用者や家族の希望を大切にしてかかりつけ医を決めている。事業所では、唐沢内科小児科医院が協力医としての受診体制があり、月2回の往診支援が行われている。訪問看護を導入し、毎週水曜日に訪問看護師が利用者の健康状態の把握されて、協力医との連携されて適切な医療が支援されている。	
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。	訪問看護体制により日々の利用者の健康管理や状態の変化に応じた支援を行っている。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。		
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行えている。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行う。		
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、事業所です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。	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。	入所契約時に重度化や終末期への対応について説明が行われている。利用者に変化が見られた時には、協力医、訪問看護ステーション、施設管理者と関係職員、家族らと話し合いがもたれ、本人・家族の意向を確認して同意書を得ながら取り組んでいる。母体法人による終末期ケアに関しての内部研修あり、事業所内では、デスカンファレンスが行われている。	
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。	法人で救急救命の勉強会を行っている。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。		
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。	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行う。	年2回、消防署の立会いを得て利用者の安全な避難方法を全職員が身につけるように、総合防災訓練を実施している。緊急連絡網による伝達訓練実施やメール連絡網も導入している。防災係が中心に火災、地震、災害などマニュアル作りや食料品や介護用品など災害に備えた備品等が準備されている。	いざという時に慌てず確実に避難誘導ができるように備えていくことが大切で、職員だけの誘導の限界を踏まえて、今後は、地域の方々や団体、組織からの協力が実際に得られ、一緒に訓練を行うなど実践的な取り組みができるよう地域との協力体制の構築を期待したい。

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。	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。	母体法人による利用者への尊厳保持やプライバシーなどに関して研修されて、日々の介護の中で実践するよう取り組んでいる。職員は、日常的な言葉かけや対応に配慮して取り組んでいる。日々の介護の中で異性介助については、本人や家族より理解を得て実施している。利用者個人の書類は、一箇所に保管収納されている。	
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	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)の工夫も行っている。		
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としている。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。	利用者の意向を聞きながら、季節行事食や希望メニューなどを多く取り入れている。職員と利用者が同じテーブルを囲んでお喋りしながら楽しく食事できるよう雰囲気作りも大切にしている。誕生会には、手作りおやつを実施してお祝いしている。咀嚼や嚥下が困難になってきた利用者に対してミキサー食が提供されている。今後は、調理に対して新たに減塩に取り組んで行きたいと伺った。	
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。	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バランスがとれるようにしている。		
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。	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行っている。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)		

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・誘導を行っている。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、二人介助等に対応し自立に向けての生活リハビリを行っている。	各ユニットに3か所トイレが設置されている。利用者全員の排泄チェック表と介護記録が作成されて、把握した排せつパターンに添いながら、常に職員は、排せつの自立を意識して声掛けやトイレ誘導を積極的に行われている。トイレでの排せつ介助を習慣としている。立位の取れない利用者に対して職員2名対応するなど個別の支援をしている。	
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。	排便状況の観察を行い、牛乳やヨーグルト、オリブオイルの摂取に心がけ、散歩や体操など適度な運動を通して便秘の予防を行っている。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。		
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。	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、希望時間の入浴にも対応し、季節の行事(菖蒲やゆず)も行っている。	月～土曜日、日に3名の利用者の入浴を入浴予定表により管理、実施している。日々のバイタルチェックの確認後、利用者の好みのお湯の温度や入浴時間の長短など利用者個々の意向を尊重して実施されている。利用者の身体状態に応じて職員2名対応により安心して安全な入浴ができるよう配慮されている。	
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。	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行っている。		
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物の支援、レクリエーションでのドライブ、外食等を行っている。近所の散歩も時々行っている。また、家族と一緒に、旅行や外泊を行っている方もいる。	利用者の希望に沿い自宅への付き添いや買物、ドライブなど戸外に出る機会を多くなるように取り組んでいる。季節に応じて桜やバラ園など外出計画を立てて出掛けている。天候の良い日には、近所への散歩や玄関先から駐車場に出て気分転換や外気浴が行われている。	

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。	金銭を自己管理できる方は自分で財布を持っていたり、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行っている。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。	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。また、家族から電話があった際はご本人に電話口を代わっていただき会話を設けることもある。		
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する)。季節の草花、季節感のある装飾、利用者の共同制作作品等の展示などに心掛けている。	床暖房やエアコン、加湿器で室温管理されている。2台の洗面台や手すりの取付など利用者に適切な住宅改修がなされている。リビングは広く窓からの採光も良く、明るく十分な自然光を採り入れている。キッチンも併設されていて職員と利用者が常に関り易い状況である。利用者にとって使い易いソファやテーブルが配置されている。	
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。	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。しかし一方で、いつもと違う席や違う仲間と話す時間をつくったり、意図的に違う環境で過ごすことも心がけている(新たな関係作り)。		
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かぎ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も安心できる空間になるよう心掛けている。	居室には、ベッド一式、エアコン、クローゼット、カーテン、コルクボードなどが施設で用意されている。持ち込みに制限はなく広い居室には、利用者や家族の意向で家族写真、思い出の品々や施設で作った作品などが飾られている。また、テレビ、仏壇などの持ち込みの希望にも柔軟に対応して一人ひとりが居心地よく過ごせる居室作りがされている。	
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。	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。		

目標達成計画

作成日:平成 30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	23	「本音」や「つぶやき」が記録に残りづらく、結果として本人の希望や意向にそったケアプランに繋がっていない	言葉での表現だけでなく、日々の言動や表情などを記録に残すことで、より本人の希望や意向に沿ったケアが提供できている	記録の根本的な見直しと変更をおこなう(日々の介護記録に加えて、「本音」や「つぶやき」などを記入する欄を設ける)。またケアプランのモニタリング用紙にも「つぶやき」の記入欄を設け、次期プラン作成時に意向として反映できるようにする。	3ヶ月
2	23	「本音」や「つぶやき」が記録に残りづらく、結果として本人の希望や意向にそったケアプランに繋がっていない	言葉での表現だけでなく、日々の言動や表情などを記録に残すことで、より本人の希望や意向に沿ったケアが提供できている	日々の介護記録に加えて、「本音」や「つぶやき」等があれば記録に残す。そして3ヶ月ごとのケアプラン見直し時に、新記録用紙に「本音」や「つぶやき」が記入されていれば、次期プラン作成時に本人の意向として反映させる。	6ヶ月
3	35	ご家族や地域の方を交えた、より実践的な避難誘導訓練が実施できていない	年2回の防災訓練のうち、1回はご家族や地域の方を交えた避難誘導訓練をおこなう。また、避難誘導訓練を通してグループホームハーモニー笹部の入居者の様子を知っていただく。	地域の方や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
4					
5					

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。

目標達成計画

作成日:平成 30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	23	「本音」や「つぶやき」が記録に残りづらく、結果として本人の希望や意向にそったケアプランに繋がっていない	言葉での表現だけでなく、日々の言動や表情などを記録に残すことで、より本人の希望や意向に沿ったケアが提供できている	記録の根本的な見直しと変更をおこなう(日々の介護記録に加えて、「本音」や「つぶやき」などを記入する欄を設ける)。またケアプランのモニタリング用紙にも「つぶやき」の記入欄を設け、次期プラン作成時に意向として反映できるようにする。	3ヶ月
2				日々の介護記録に加えて、「本音」や「つぶやき」等があれば記録に残す。そして3ヶ月ごとのケアプラン見直し時に、新記録用紙に「本音」や「つぶやき」が記入されていれば、次期プラン作成時に本人の意向として反映させる。	6ヶ月
3	35	ご家族や地域の方を交えた、より実践的な避難誘導訓練が実施できていない	年2回の防災訓練のうち、1回はご家族や地域の方を交えた避難誘導訓練をおこなう。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。	地域の方や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
4					
5					

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。