

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	4372701005		
法人名	ティーティーシー有限会社		
事業所名	グループホームあそ和楽 東家		
所在地	熊本県阿蘇郡高森町高森2132番地1		
自己評価作成日	平成22年10月26日	評価結果市町村報告日	平成22年12月8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://search.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/kaigosip/Top.do
----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 九州評価機構
所在地	熊本市上通町3-15 ステラ上通ビル4F
訪問調査日	平成22年11月5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)】

グループホームあそ和楽は次のことを大切にしながら日々営んでいます。 1)利用者の希望に沿って、買い物や散歩など日常の暮らしが楽しめるように支援します。 2)利用者ごとのペースに合わせて共に行動し、できることをして頂きながらADLの低下を防止する努力をしています。 3)ファミリーさんたちが楽しく暮らして頂ける「我が家」という思いで職員も楽しく仕事をしています。 4)一人ひとりが楽しく安心して生活していただけるように、個人を尊重した支援、介護をめざしています。 5)利用者一人ひとりの心身の状態をしっかりと把握して、リハビリ体操、可動域訓練など身体機能の良化に力を注いでいます。 6)認知症の理解を深めるため、広く地域に門を開いて活動しています。

幹線道路沿いにあるため様々な店舗が立ち並び、生活しやすい環境である。建物は重厚な和風建築で、室内からも雄大な阿蘇五岳が臨まれ、自然の中のゆったりとした時を感じる事ができる。開設以来、代表者を中心に入居者やその家族・地域との関わりを重要視し、地域行事へも頻繁に参加することによって、ホームが地域に認められているようである。中山間地域にあって気がかりな医療機関との連携や、職員のスキルアップ体制も構築され全職員が自信を持って業務にあたっている様子が伺える。今後は更に職員間の情報共有を密にし、家族や地域を巻き込んだホーム運営に期待が寄せられる。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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	1)自立した人生の確立をめざし 2)選択の機会、自由の提供3)個人の尊重と保護を理念に掲げ、日々の指針として、運営者・職員一体となった取り組みが定着。地域とのさまざまな双方向のやり取りを通して7年が経過している。	設立当初からの理念を職員全員で理解したケア内容を提供している。入居者・家族・地域とのつながりをホームが中心的に働きかけ、地域密着型事業所としての意義を十分にふまえた理念実現となっている。	
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	認知症対応型ホームとして理解が深まり、地域に定着してきた。地元小学校との交流や、中高生の福祉体験学習、運動会や、授業参観への招待など折々の行事を通じたやり取りが続いている。湧水トンネルの七夕・クリスマスも恒例となった。	地元小学校の行事や学生ボランティアの受け入れなど、様々な交流手段を通じて地域とのつながりを支援しており生活の一部に取り入れている。地域の行事にも積極的に参加し、ホームの存在を理解してもらえるようになっている。	
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	小・中・高生の職場体験学習、福祉体験学習、ワークキャンプ、福祉系高校のグループホーム実習受け入れなど教育の場面として、また、町社協主宰の老人会メンバーへの「認知症研修」、児童・生徒・学生対象の認知症レクチャーなど実施。		
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	2ヶ月ごとの運営推進会議が定着して、月ごとにテーマを変えて行政、地域代表、家族からの意見の拝聴やアドバイス、警察署の生活安全課からの意見・参考など伺う機会と位置づけている。今後は民生委員・区長の参加を呼びかけたい。	2ヶ月に1回の運営推進会議には行政・家族・入居者・町のボランティア会長がメンバーとなって、ホームの生活内容や医療機関との連携の取り組み状況などを話題提供している。メンバーからも意見や質問などがされており活発な議論がされている。	参加のない家族への報告や地域の方の参加も期待されます。
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取り組んでいる	地域密着型サービス評価の結果フィードバックをはじめ、町の住民福祉課、社協等の福祉関連との緊密な連携と協力を通じて、ケアの質の向上と、介護技術の精度アップに役立てる努力をしている。	ホーム責任者が行政の窓口にたびたび出向き、情報交換や相談をすることで連携を深めている。	
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	『私たちは身体拘束(0ゼロ)を第一義として実践していく施設です』をスローガンとして掲げ、和楽の理念に「個人の尊重と保護」の実践に取り組んでいる。集団指導の内容を、全体会議研修時に全員に徹底、理解徹底を図っている。	ホーム全体で身体拘束のないケアを掲げ実践している。外部や内部の研修や勉強会にも参加し、拘束に関しての見識を深める努力もしている。	
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逃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	高齢者虐待(身体的・心理的・経済的・性的虐待、ネグレクト)の内容の把握と理解に努め、具体的な事例を示して結果として気づかないうちに行ってしまうような事柄等示しながらの研修を通して、見過ごしや無関心など防止を心がけている。		

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
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	利用者に成年後見制度の適用事例があり、制度の内容や権利保護の意義など、後見制度や地域福祉権利擁護事業などの社会福祉協議会の資料を用いて定例全体会議の機会を利用した職場への理解を進めている		
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	契約や解約の際は、運営者自らその内容を文書を提示し、説明を行っている。契約(解約)の内容が、利用者の不利益にならない契約であることを丁寧に説明。疑問や不安があれば明瞭、懇切に説明し、理解を得た上で契(解)約を行っている。		
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	日々の生活を通して、利用者やその家族が抱く意見・要望・苦情・不満に思う事柄などはユニットの管理者が都度拝聴し、その内容を職員、運用者と検討の上判断、運営者自らが回答説明を行い、職員へ報告、サービス向上に供している。	入居者からは日々の関わりを通じて要望や意見を取り入れ、また家族からも様々な相談や要望が言い易い雰囲気となっている。面会が少ない入居者の家族にはホームから連絡をとっている。	
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	月例会議で、ケアの向上に向けての検討等と共に、事業の運営についての意見具申や、提案、改善点の検討など多方面のテーマを取り上げている。このことは職員に運営への参画意識を高め問題を「我が事」と捉えるよい刺激となっている。	毎月の会議や業務中でも提案や意見を述べられる雰囲気を大切にしている。取り入れられる案や検討事項については共有し改善に向けて取り組むようにしている。	
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	代表者は「貴ホームで最も大切なものは？」の問いに「職員です」と答える。ファミリーさんの日々の安心・安全・安寧の暮らしを支える基となるのが職員の健康と、その家庭生活の安定から生まれるからです。生き生き働く職員は素敵です。		
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	「和楽チャレンジプラン」は、どこへ行っても高齢者介護者のリーダーとしての高い資質と力を体得するために、職員それぞれの力量や適性に合わせた育成をめざしている。今年、介護支援専門員3名、介護福祉士4名ヘルパー2級1名が挑戦。		
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	研修・講習会に参加した職員は、全体会議にて研修内容を発表して全体で共有する文化が定着してきた。同業種からの運営についての相談や、GH連絡会研修会などの機会を活用、相互の交流と、地域での協力体制の基礎ができてきた。		

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	導入のアプローチでは、運営者自らが面談に臨む。ケースによっては、管理者、看護師、介護支援専門員と一緒に現在の暮らしぶり、生活環境、困りごと、要望・希望などを拝聴しながら入所まで不安なく自己決定に結びつけるようにしている。		
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	家族が利用相談に見えるまでには、介護者の日常に戸惑いや葛藤、不安や試行錯誤など様々な紆余曲折を経た後の重大な決心であることを忖度して、運営者自らが担当。家族の悩み、希望を汲み取りながら得心頂く様に努めている。		
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	本人、家族との面談においては、現在の心身の状況、家庭事情、環境、本人・家族の希望、何ができて何ができないかなどを見極めてサービスの提案を行う。あるべき暮らしのために、その人に必要なサービスの提案を行うようにしている。		
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	私たちのホームでは「入居者」と呼ばず、「ファミリーさん」と呼びしている。「介護する側」「される側」と対極の関係に置くのではなく、文字通り一つの家族のような関わりの中で日々の暮らしを支えあっている。温故知新、学ぶ事の方が多い。		
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	利用者の自立した日々の暮らしに向けて、家族は職員から一方的に支援される関係ではなく、利用者を中心に向かい合う構図の中でサービスを行っている。家族会でも職員・家族が協働して本人を支え合う大切さを共通理解している。		
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	暮らしは、住み替えて分断されるものでなく連続した営みの延長であり、なじみの人・場所とのつながりは安らぎと心地よい安心を齎すものであることから、ふるさと訪問、墓参り、神社詣で、慶弔行事参加など絆を絶やさない支援をしている。	以前からの馴染みの関係を把握した上で、地域の行事に出かけ知人や友人との時間を共有するよう支援している。また法事などへの出席の際には職員が同行している。	
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	利用者相互の性格や相性、気性や社交性、自立の度合いなど個性を勘案しつつ、利用者が不快感を抱いたり、孤立することなく心地よい利用者間の関係作りができ、共同生活の効果的な刺激を与え合う関わりが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
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	サービスの終了には、加療のための入院、ホスピスへの移り住み、老人福祉施設への転居、認定区分変更による契約終了などさまざま。利用終了後の関りを維持継続する中で、入院リハビリ加療後再入所された事例も数える。		
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	暮らしの中で、どういう意向、希望があるのかを本人家族から拝聴し、望みに近い日々の暮らしの実現を図る。意向や思いの汲み取りが困難な場合は、家族と相談、本人の人生歴、能力、嗜好などに即した心地よい環境を心がけている。	入居者の要望や意向を普段の関わりの中から把握や推測し、その気持ちに応じられるように努めている。困難な方は、しぐさや反応、家族からの情報を元に把握し、支援している。	
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	その人の全体像の理解のため、迎られた人生の道程、職歴、生活歴や人間関係を含む生活環境などの情報を本人・家族から拝聴。サービス利用の経過など、引き続き継承する内容について、関連機関と連携精査して支援に役立てている。		
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	毎日の暮らしのかかわりを通じて、個人々が発信する心身の情報や、自立に向けての日々の取り組みを通じ、「その人の今」や残存能力などを多面的に捉え、把握した情報は、運営者・管理者・職員と関わる全員で共有され活かされている。		
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	プラン作成にあたっては、本人、家族、関係機関を交えて話し合い計画に反映させている。また、様々な治療のため、診察・治療を受けていることから、医療機関との緊密な連携を維持して快適で安心の暮らしが維持できるよう計画に活かす。	毎月の会議や毎日の申し送りの際に入居者の状態を報告し、変化があればその都度計画も見直すようにもしている。本人、家族、関係者の意見を取り入れ現状に即した計画作成に取り組んでおり、計画も全職員で共有してケアに努めている。	
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	介護計画の表記と、日常のケア実践項目のチェックと同時に、観察と気づき、発見、それらに基づく工夫や改善などを個人別介護記録に記入。必要な事項は朝礼時徹底にて申し送り、情報を共有、計画のサイクルに活かすよう努めている。		
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	高齢者の心身の状態は、変化しやすく、家族を含む状況もそれに伴って変化し、更なる新しいニーズが発生することも多い。既存の固定的なやり方慣例に捉われず、フレキシブルに対応する心構えを持って新しいニーズに多面的に取り組んでいる。		

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	地域の社会資源を日々のホームの暮らしの中で効果的に結びつけて、折々の行事や催し、季節の体感などに役立てている。近くのリンゴ園からのお誘い、ドンドヤの声かけ、運動会招待、子供たちとの交流、そのどれもが、暮らしの彩り。		
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	ほとんどの利用者が何らかの医療を受け、種類の服薬を続けられている。かかりつけ医と利用者、家族の深い信頼関係に加え、ホームでの様子や日常の状態を伝え、的確な診断に役立てて頂くなど緊密な医療との連携を築いている。	入居前のかかりつけ医や希望の医療機関での受診を支援しており、代表者自らが通院支援を行なうことで、健康管理に責任をもっている。家族にも入居者の症状を正確な記録と共に報告し、医療機関との緊急時連携を図っている。	
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	介護職と職場の同僚である看護職との関係は、良好で、日常の気付きや、小さなサインでも相談し共同で対処する風土ができています。また、医療機関の看護師との関係も風通しよく、良好な地域内の人間関係による支援体制が築かれている。		
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。	かかりつけ医との連携に加え、入院病床を持つ地域の病院との関係強化に努めている。現在は、院内地域支援室との連携を強め、緊急時受診の優先受け入れや入退院支援、入院中の報告、退院相談など多面的な協力関係、医療機関との安心の信頼関係を維持している。		
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	重篤化、終末期に近くなった利用者について、本人、家族、かかりつけ医と忌憚のない本音の話し合いを重ね、誰が、どこで、どの時点で、どのように関わる事が本人にとって最適なターミナルなのか、ホームの介護力がどう向き合えるかの方針を定め、家族を含め共有しながら支援する。	終末期に関しては、入居時にホームの方針やホームで出来ること等を説明している。実際にその時期がきたら本人や家族・医療機関・職員とも話し合いを重ね、連携を深めながら本人にとって最良の方法で支援するようにしている。	
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	日頃より、利用者の心身の些細な変化や異変が何かの兆候を示すサインではないかと認識、絶えず注意を怠らない。不幸にして、急変や事故発生等の事態が発生した場合には、日頃備えている手順により職員の連携をもって取り組んでいる。		
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	非常災害の防止対策の備えとして広域消防署の指導によって防火避難訓練を実施している。消火器による消火活動や夜間を想定した屋外への避難誘導訓練など順次想定のもとで実施し、非常時の防災への備えを日頃から体得している。	年2回消防署の指導で入居者参加の避難訓練を実施している。昼夜想定で、連絡体制の実施訓練も行っている。	

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
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	利用者個々人の人格を重んじ、排泄の失敗や隠し物への対応などには羞恥心やプライドを傷つけたり、不用意な扱いや言葉によって自尊心を傷つけないような支援を心がけている。気づいた時にはお互いに声かけで注意を喚起する。	入居者の人格や尊厳を重視し、自尊心を損ねないように入居者に応じた言葉かけや対応を心がけている。個人情報の保護に関しても徹底している。	
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	認知症の段階によって要望、希望の表現能力に差異がある。したいこと、やりたい事、思いや希望をその人なりの表現、訴えのサインとして受け止め、忖度して自らが決められる事柄がひとつでも多く実現できるように努めている。		
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し、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	利用者の日々の暮らしは、心身の状態や気分、思考や習慣などそれぞれのペースで営まれている。職場の機械的な時間割や業務優先の画一的な運営に偏ることなく、利用者の心地よいペースに合わせたお世話ができるように支援している。		
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	おしゃれや身だしなみへの関心は、幾つになっても大切な要素。今までの暮らしの延長として、馴染みの美容室、ひいきの床屋の利用を支援している。また、家族要望で「和楽理容コーナー」では談笑しながら散髪、整髪している光景が見られる。		
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	利用者にとって食事は楽しみの一つ。その人の得意な面、体力や能力に応じて、食器ワゴン運び、モヤシのヒゲ取り、ゴボウそぎなどの準備、食事後の茶碗拭きからテーブル拭きと職員と一緒に食の準備や片づけが行われている。	入居者の能力に応じて、下拵えや準備、後片付けを一緒に行っている。献立は好みや季節感を取り入れ作成している。	
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	バランスのよい食生活と高齢者が注意すべき脱水への備えとして、量の摂取に配慮した支援を行っている。摂取能力に応じた食事の形状や嗜好、飲み物の好みなどを考慮し、個々人に適した量を摂取できるように支援している。		
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	口腔の保清は、高齢者にとって嚥下障害やそれによって起こる誤嚥性肺炎などの重要な疾患の予防にとっても大切なケアである事を体して毎食後、個々の歯の状態に応じて支援している。義歯の不具合などがあれば歯科医通院につなげている。		

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	できるだけ排泄による失敗がないように、24時間排泄記録表をツールに活用して、排泄パターン、排泄習慣、排泄のサインなどを見逃さないように観察、トイレ誘導に結び付けるようにしている。できる限り自力での排泄支援の継続に努めている。	排泄チェック表を用いて全入居者の排泄パターンを把握し、時間をおいての言葉かけや誘導、サインを見逃さず自立に向けて支援している。失敗の際には他の入居者に分からないようにプライバシーに配慮した支援を行っている。	
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	便秘がもたらす食欲の減退、発熱や嘔吐など利用者の健康や心理への影響は大きい。バイタル、排泄、生活記録を用いて排便への支援を行い、できるだけ薬品に依存せず、水分、牛乳摂取、適度な運動等で排便を促し便秘予防に努めている。		
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	入浴は楽しみの一つと捉え、個々の希望に応えて支援する。ある人は決まった時間、ある人は温めの湯加減、ある人は風呂嫌いと好みや好き嫌いがある。個々の状況を尊重しながら、寛ぎの入浴の時間を楽しんでもらう支援を行っている。	希望に応じた入浴を支援している。浴室からは阿蘇五岳が臨まれ、気の合う入居者同士で一緒に入浴したり、ゆったりと入浴を楽しめるよう支援している。	
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	休息や寛ぎのひとつ、安らかな睡眠をゆくりと享受して頂けるように心がけている。居間のソファ低椅子でまどろむ人、居室で鼯頂役者の時代劇を楽しむ人。冬になると居間の掘り炬燵で添い寝をする職員と利用者の寝息が聞こえてくる。		
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	職員は、個々の多岐にわたる薬について、効能・副作用・量・服用回数・禁忌事項・予薬間隔等の薬事情報共有して、健康面・状態の変化、疑問点などについてチームで協議確認。必要に応じて連携している医療機関のサポートに努めている。		
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	今の暮らしが、個々の人生の道程の延長線にあることを重んじて、各人の趣味、嗜好、楽しみごとの享受の継続を支援している。朝からの散歩の送り出し、家事の手伝いのねぎらいの言葉に「自分の運動のためだから」と答えが返ってきた。		
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	季節を感じることも日常の刺激の一つと考え、折々のお出かけなどの機会を作って外の空気をを感じる支援をしている。ドンドヤ、初市、千本桜、リンゴ園見学や神社参りと季節ごとのお出かけ。小学校や高校からの運動会への案内も年中行事になって久しい。小さな町でも行き先はいっぱい。	散歩を日課にしたり買物やドライブに出かけたりして、外出の機会を多く支援している。地域行事や交流の場へ出かけることで、メリハリのある生活を楽しんでいる。	

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
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	金銭の管理能力に応じた支援を心がけている。ある人は完全に自力で金銭の管理、ある人は自分の財布からお店で駄菓子で購入とできるだけお金の所持、使用の支援をしているが、経年につれて、小遣い金預かりにて金銭出納が増えた。		
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	親戚、家族、ゆかりの人々、町内の馴染みの方々との交わりは社会との交流の窓口。年賀状や母の日、敬老の日のお祝いの返事など、返信の宛名書きや口述代筆、知人やお友達への電話などの支援で絆を絶やさないように努めている。		
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	生活空間であるホームの共有空間については、認知症高齢者が不安や混乱を引き起こさないよう快適な環境づくりを工夫している。居間、廊下食堂には家族の手芸作品や、利用者のかつての切り絵作品、小学生からの交流会のお礼の便り、折り紙教室の作品等配して空間を作っている。	室温や空調に気を配り、快適で清潔な生活が出来るように配慮している。季節感や家庭的な雰囲気大切にしながら、くつろげる場所の確保にも工夫がある。各ユニットごとに特徴をもたせ共有空間作りをしている。	
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	琉球畳に障子を透かして陽光が降り注ぐ南向きの居間で、心安らぐ雰囲気の中で、ソファで寛ぐ人、低椅子に身を委ねて思い思いのひと時を過ごします。小春日和の風が優しい日には、縁側に並んで日向ぼっこをしながら通りを眺めます。		
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	好みの花やお気に入りの色使いで書いてある表札を目当てに、部屋に入ると、使い慣れ永年馴染んだお気に入りの家具、お孫さんや家族の写真、伴侶の遺影、位牌など、違和感のない安らぎの部屋で心地よい暮らしが送れる様工夫している。	入居時に家族や本人と相談し、以前から使用されていた家具や家電・生活用品の持込みをお願いしている。身体状況に応じ生活しやすい工夫もされている。	
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	利用者の居室からたどる動線上に、トイレ、洗面所、食堂、居間、脱衣場、風呂場を配して、利用者の個々の有する能力に応じた自立に向けた安全、快適な生活環境を舞台に支援している。		

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己評価	外部評価	項目	
		自己評価 実践状況	外部評価 実践状況
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	1)自立した人生の確立をめざし 2)選択の機会、自由の提供3)個人の尊重と保護を理念に掲げ、日々の指針として、運営者・職員一体となった取り組みが定着。地域とのさまざまな双方向の交わりを通して7年が経過している。
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人として日常的に交流している	認知症対応型ホームとして理解が深まり、地域に定着してきた。地元小学校との交流や、中学生の福祉体験学習、運動会や、授業参観への招待など折々の行事を通じた交わりが続いている。
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	通水トンネルの七夕・クリスマスも恒例となっ 小・中・高生の職場体験学習、福祉体験学習、ワークキャンプ、福祉系高校のグループホーム実習受け入れなど教育の場面として、また、町社協主宰の老人会メンバーへの「認知症研修」、児童・生徒・学生対象の認知症レクチャー
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	2ヶ月ごとの運営推進会議が定着して、月ごとにテーマを変えて行政、地域代表、家族からの意見の拝聴やアドバイス、警察署の生活安全課からの意見・参考など伺う機会と位置づけている。今後は民生委員・区長の参加を呼びかけたい。
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	地域密着型サービス評価の結果フィードバックをはじめ、町の住民福祉課、社協等の福祉関連との緊密な連携と協力を通じて、ケアの質の向上と、介護技術の精度アップに役立てる努力をしている。
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	『私たちは身体拘束(0ゼロ)を第一義として実践していく施設です』をスローガンとして掲げ、和楽の理念に「個人の尊重と保護」の実践に取り組んでいる。集団指導の内容を、全体会議研修時に全員に徹底、理解徹底を図っている。
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逃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	高齢者虐待(身体的・心理的・経済的・性的虐待、ネグレクト)の内容の把握と理解に努め、具体的な事例を示して結果として気づかないうちに行ってしまうような事柄等示しながらの研修を通して、見過ごしや無関心など防止を心がけている。
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	利用者に成年後見制度の適用事例があり、制度の内容や権利保護の意義など、後見制度や地域福祉権利擁護事業などの社会福祉協議会の資料を用いて定例全体会議の機会を利用した職場への理解を進めている。
9		○契約に関する説明と納得	契約や解約の際は、運営者自らその内容を文書で提示し、説明を行っている。契約(解約)の

		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	言を促し、説明を行っている。契約(解約)の内容が、利用者の不利益にならない契約であることを丁寧に説明。疑問や不安があれば明瞭、懇切に説明し、理解を得た上で契約(解約)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	日々の生活を通して、利用者やその家族が抱く意見・要望・苦情・不満に思う事柄などはユニットの管理者が都度拝聴し、その内容を職員、運用者と検討の上判断、運営者自らが回答説明を行い、職員へ報告、サービス向上に供している		
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	月例会議で、ケアの向上に向けての検討等と共に、事業の運営についての意見具申や、提案、改善点の検討など多方面のテーマを取り上げている。このことは職員に運営への参画意識を高め問題を「我が事」と捉えるよい刺激となっている		
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	代表者は「貴ホームで最も大切なものは？」の問いに「職員です」と答える。ファミリーさんの日々の安心・安全・安寧の暮らしを支える基となるのが職員の健康と、その家庭生活の安定から生まれるからです。生き生き働く職員は素敵です。		
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	「和楽チャレンジプラン」は、どこへ行っても高齢者介護者のリーダーとしての高い資質と力を体得するために、職員それぞれの力量や適性に合わせた育成をめざしている。今年、介護支援専門員3名、介護福祉士4名ヘルパー2級1名が挑戦		
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	研修・講習会に参加した職員は、全体会議にて研修内容を発表して全体で共有する文化が定着してきた。同業種からの運営についての相談や、GH連絡会研修会などの機会を活用、相互の交流と、地域での協力体制の基礎ができつつある。		
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	導入のアプローチでは、運営者自らが面談に臨む。ケースによっては、管理者、看護師、介護支援専門員と一緒に現在の暮らしぶり、生活環境、困りごと、要望・希望などを拝聴しながら入所まで不安なく自己決定に結びつけるようにしている		
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	家族が利用相談に見えるまでには、介護者の日常に戸惑いや葛藤、不安や試行錯誤など様々な紆余曲折を経た後の重大な決心であることを忖度して、運営者自らが担当。家族の悩み、希望を汲み取りながら得心頂く様に努めて		
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	本人、家族との面談においては、現在の心身の状況、家庭事情、環境、本人・家族の希望、何ができて何ができないかなどを見極めてサービスの提案を行う。あるべき暮らしのために、その人に必要なサービスの提案を行うようにしている		
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	私たちのホームでは「入居者」と呼ばず、「ファミリーさん」とお呼びしている。「介護する側」「される側」と対極の関係に置くのではなく、文字通り一つの家族のような関わりの中で日々の暮らしを支えあっている。温故知新、学ぶ事の方が多い		

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	利用者の自立した日々の暮らしに向けて、家族は職員から一方的に支援される関係ではなく、利用者を中心に向かい合う構図の中でサービスを行っている。家族会でも職員・家族が協働して本人を支え合う大切さを共通理解している。		
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	暮らしは、住み替えで分断されるものでなく連続した営みの延長であり、なじみの人・場所とのつながりは安らぎと心地よい安心を齎すものであることから、ふるさと訪問、墓参り、神社詣で、慶弔行事参加など絆を絶やさない支援をしている。		
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	利用者相互の性格や相性、気性や社交性、自立の度合いなど個性を勘案しつつ、利用者が不快感を抱いたり、孤立することなく心地よい利用者間の関係作りができ、共同生活の効果的な刺激を与え合う関わりができるよう努めている。		
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	サービスの終了には、加療のための入院、ホスピスへの移り住み、老人福祉施設への転居、認定区分変更による契約終了などさまざま。利用終了後の関りを維持継続する中で、入院リハビリ加療後再入所された事例も数える。		
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	暮らしの中で、どういう意向、希望があるのかを本人家族から拝聴し、望みに近い日々の暮らしの実現を図る。意向や思いの汲み取りが困難な場合は、家族と相談、本人の人生歴、能力、嗜好などに即した心地よい環境を心がけている。		
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	その人の全体像の理解のため、迎られた人生の道程、職歴、生活歴や人間関係を含む生活環境などの情報を本人・家族から拝聴。サービス利用の経過など、引き続き継承する内容について、関連機関と連携精査して支援に役立てている。		
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	毎日の暮らしのかかわりを通じて、個人々が発信する心身の情報や、自立に向けての日々の取り組みを通じ、「その人の今」や残存能力などを多面的に捉え、把握した情報は、運営者・管理者・職員と関わる全員で共有され活かされている。		
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	プラン作成にあたっては、本人、家族、関係機関を交えて話し合い計画に反映させている。また、様々な治療のため、診察・治療を受けていることから、医療機関との緊密な連携を維持して快適で安心の暮らしが維持できるよう計画に活かす。		
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	介護計画の表記と、日常のケア実践項目のチェックと同時に、観察と気づき、発見、それらに基づく工夫や改善などを個人別介護記録に記入。必要な事項は朝礼時徹底して申し送り、情報を共有、計画のサイクルに活かすよう努めている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化	高齢者の心身の状態は、変化しやすく、家族を		

		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	含む状況もそれに伴って変化し、更なる新しいニーズが発生することも多い。既存の固定的なやり方慣例に捉われず、フレキシブルに対応する心構えを持って新しいニーズに多面的に取り組んでいる。		
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	地域の社会資源を日々のホームの暮らしの中で効果的に結びつけて、折々の行事や催し、季節の体感などに役立てている。近くのリンゴ園からのお誘い、ドンドヤの声かけ、運動会招待、子供たちとの交流、そのどれもが、暮らし		
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し、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	ほとんどの利用者が何らかの医療を受け、多種類の服薬が続けられている。かかりつけ医と利用者、家族の深い信頼関係に加え、ホームでの様子や日常の状態を伝え、的確な診断に役立てて頂くなど緊密な医療との連携を築いている。		
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	介護職と職場の同僚である看護職との関係は、良好で、日常の気付きや、小さなサインでも相談し共同で対処する風土ができています。また、医療機関の看護師との関係も風通しよく、良好な地域内の人間関係による支援体制が築かれています。		
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。	かかりつけ医との連携に加え、入院病床を持つ地域の病院との関係強化に努めている。現在は、院内地域支援室との連携を強め、緊急時受診の優先受け入れや入退院支援、入院中の報告、退院相談など多面的な協力関係、医療機関との安心の信頼関係を維持している。		
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	重篤化、終末期に近くなった利用者について、本人、家族、かかりつけ医と忌憚のない本音の話し合いを重ね、誰が、どこで、どの時点で、どのように関わる事が本人にとって最適なターミナルなのか、ホームの介護力がどう向き合えるかの方針を定め、家族を含め共有しながら支援する。		
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	日頃より、利用者の心身の些細な変化や異変が何かの兆候を示すサインではないかと認識、絶えず注意を怠らない。不幸にして、急変や事故発生等の事態が発生した場合には、日頃備えている手順により職員の連携をもって取り組んでいる。		
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	非常災害の防止対策の備えとして広域消防署の指導によって防火避難訓練を実施している。消火器による消火活動や夜間を想定した屋外への避難誘導訓練など順次想定のもとで実施し、非常時の防災への備えを日頃から体得して		
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	利用者個々人の人格を重んじ、排泄の失敗や隠し物への対応などには羞恥心やプライドを傷つけたり、不用意な扱いや言葉によって自尊心を傷つけることがないような支援を心がけている。気づいた時にはお互いに声かけて注意を喚起する		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援	認知症の段階によって要望、希望の表現能力		

		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	に差異がある。したいこと、やりたい事、思いや希望をその人なりの表現、訴えのサインとして受け止め、忖度して自らが決められる事柄がひとつでも多く実現できるように努めている。		
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	利用者の日々の暮らしは、心身の状態や気分、思考や習慣などそれぞれのペースで営まれている。職場の機械的な時間割や業務優先の画一的な運営に偏ることなく、利用者の心地よいペースに合わせたお世話ができるように支援している		
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	おしゃれや身だしなみへの関心は、幾つになっても大切な要素。今までの暮らしの延長として、馴染みの美容室、ひいきの床屋の利用を支援している。また、家族要望で「和楽理容コーナー」では談笑しながら散髪、整髪している		
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	利用者にとって食事は楽しみの一つ。その人の得意な面、体力や能力に応じて、食器ワゴン運び、モヤシのヒゲ取り、ゴボウそぎなどの準備、食事後の茶碗拭きからテーブル拭きと職員と一緒に食の準備や片づけが行われている		
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	バランスのよい食生活と高齢者が注意すべき脱水への備えとして、量の摂取に配慮した支援を行っている。摂取能力に応じた食事の形状や嗜好、飲み物の好みなどを考慮し、個々人に応じた量を摂取できるように支援している。		
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	口腔の保清は、高齢者にとって嚥下障害やそれによって起こる誤嚥性肺炎などの重要な疾患の予防にとっても大切なケアである事を体して毎食後、個々の歯の状態に応じて支援している。義歯の不具合などがあれば歯科医通院に誘導している		
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	できるだけ排泄による失敗がないように、24時間排泄記録表をツールに活用して、排泄パターン、排泄習慣、排泄のサインなどを見逃さないように観察、トイレ誘導に結び付けるようにしている。できる限り自力での排泄支援の継続に努めている。		
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	便秘がもたらす食欲の減退、発熱や嘔吐など利用者の健康や心理への影響は大きい。バイタル、排泄、生活記録を用いて排便への支援を行い、できるだけ薬品に依存せず、水分、牛乳摂取、適度な運動等で排便を促し便秘予防に努めている		
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	入浴は楽しみの一つと捉え、個々の希望に応じて支援する。ある人は決まった時間、ある人は温めの湯加減、ある人は風呂嫌いとおみや好き嫌いがある。個々の状況を尊重しながら、寛ぎの入浴の時間を楽しんでもらう支援を行っている。		
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	休息や寛ぎのひとつ、安らかな睡眠をゆっくりと享受して頂けるように心がけている。居間のソファ低椅子でまどろむ人、居室で鼯員役者の時代劇を楽しむ人。冬になると居間の掘り炬燵で添い寝をする職員と利用者の寝息が聞こえている		
47		○服薬支援	職員は、個々の多岐にわたる薬について、		

		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	効能・副作用・量・服用回数・禁忌事項・予薬間隔等の薬事情報共有して、健康面・状態の変化、疑問点などについてチームで協議確認。必要に応じて連携している医療機関のサポートにつなげている。		
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	今の暮らしが、個々の人生の道程の延長線にあることを重んじて、各人の趣味、嗜好、楽しみごとの享受の継続を支援している。朝からの散歩の送り出し、家事の手伝いのねぎらいの言葉に「自分の運動のためだから・・・」と答えが返ってきた。		
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	季節を感じることも日常の刺激の一つと考え、折々のお出かけなどの機会を作って外の空気をを感じる支援をしている。ドンドヤ、初市、千本桜、リンゴ園見学や神社参りと季節ごとのお出かけ。小学校や高校からの運動会への案内も年中行事になって久しい。小さな町でも行き先はいっぱい。		
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	金銭の管理能力に応じた支援を心がけている。ある人は完全に自力で金銭の管理、ある人は自分の財布からお店で駄菓子の購入とできるだけお金の所持、使用の支援をしているが、経年につれて、小遣い金預かりにて金銭出納が増えた。		
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	親戚、家族、ゆかりの人々、町内の馴染みの方々との交わりは社会との交流の窓口。年賀状や母の日、敬老の日のお祝いの返事など、返信の宛名書きや口述代筆、知人やお友達への電話などの支援で絆を絶やさないように努めている。		
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	生活空間であるホームの共有空間については、認知症高齢者が不安や混乱を引き起こさないよう快適な環境づくりを工夫している。居間、廊下食堂には家族の手芸作品や、利用者のかつての切り絵作品、小学生からの交流会のお礼の便り、折り紙教室の作品等配して空間を作っている。		
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	琉球畳に障子を透かして陽光が降り注ぐ南向きの居間で、心安らぐ雰囲気の中で、ソファで寛ぐ人、低椅子に身を委ねて思い思いのひと時を過ごします。小春日和の風が優しい日には、縁側に並んで日向ぼっこをしながら通りを眺めます。		
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	好みの花やお気に入りの色使いで書いてある表札を目当てに、部屋に入ると、使い慣れ永年馴染んだお気に入りの家具、お孫さんや家族の写真、伴侶の遺影、位牌など、違和感のない安らぎの部屋で心地よい暮らしが送れる様工夫している。		
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	利用者の居室からたどる動線上に、トイレ、洗面所、食堂、居間、脱衣場、風呂場を配して、利用者の個々の有する能力に応じた自立に向けた安全、快適な生活環境を舞台に支援している。		

目標達成計画

作成日：平成22年 12月7 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	12・13	介護に関する介護技術の取得、資格取得への取り組みに対して、職場としての支援体制を整え、積極的に資格への挑戦や自己の資質の向上をめざす積極性を培う支援が必要。	① 現状に止まることなく介護スキルと資質向上にチャレンジする動機付けと風土を作る。② 資質向上のための資格取得に対して具体的な支援策を制度化する。	①個人別和楽チャレンジプランと取り組み ② 資格試験助成制度の策定(費用補助)	3ヶ月
2	13	新規採用社員が増え、職員間のレベル差が見られる。新人の介護技量のボトムアップが必要である。	ベテランの介護技術を新人スタッフに効果的に継承して、介護の質の向上に活かす。	熟練スタッフによる新人スタッフへの個別指導の継続。	6ヶ月
3		ホームでの生活の経年化に伴い、認知症の進行や身体機能レベルの差異が見られる。そのため、集団でのレクリエーション、リハビリの実施が難しくなっている。	① 身体レベル別のグループ分け ②レク・リハビリテーションの個別化	①現状の把握と課題の深耕を通じて課題を抽出 ②レベル別グループ分け ③レベルグループごとのレク・リハの効果的な実施内容の検討・採用・実施とその評価のサイクルを回す。	6ヶ月
					ヶ月
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、行を挿入して下さい。