

### 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	2571200225		
法人名	医療法人社団 眞下胃腸科医院		
事業所名	大宝の郷		
所在地	滋賀県栗東市糺8丁目17番54号		
自己評価作成日	平成24年8月18日	評価結果市町村受理日	平成24年10月9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	<a href="http://www.kaijokensaku.jp/25/index.php?action=kouhyou_detail_2010_022_kani=true&amp;JigvosvoCd=2571200225-00&amp;PrefCd=25&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/25/index.php?action=kouhyou_detail_2010_022_kani=true&amp;JigvosvoCd=2571200225-00&amp;PrefCd=25&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク滋賀福祉調査センター		
所在地	滋賀県大津市和邇中浜432番地 平和堂和邇店2階		
訪問調査日	平成24年9月7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)】

開設8年目を迎え、高齢と重度化で、ベッド、車椅子生活の方が多くなり、看取介護を希望されています。主治医の指示のもと、看取りの指針を説明し、ご家族様の同意の上で適切な看取りの介護に取り組んでいます。家族様にもホームに泊まりこんで付き添い介護が出来るように配慮し、尊厳あるターミナルケアを目指して職員が一丸となり支援しています。状態に応じてミニ会議を開き、緊急時の対応、実践が出来るように知識の習得をしています。今年も5月に一人の方が家族の皆様に見取られ終末を迎えられました。今後もご家族様の意向に沿い、慣れ親しんだホームでの安心できる看取りの介護を目指して支援していきます。

【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)】

当事業所は経営母体の医院が近くにあり、利用者の健康管理面において安心である。看取りについては「重度化した場合における看取り指針」を本人、家族に説明し同意書を得て実施している。理念の基本である「自己意思、自己決定を尊重し…」に基づき食事、買物、外出等に関して利用者が自己決定が出来る様なケアを実践している。訪問調査の開始時に、利用者が職員に付き添われてお茶を出してくれたが、これも自己意思、自己決定の実践の一つである。「地域の人々とのふれあい…」については日頃より運営推進会議のメンバーを通じて地域との交流は活発で、最近では地域住民も交えての納涼祭を主催し、230名の参加を得た。食事についても食材の買物、調理、食事、後片付け迄を職員と一緒にやって行うなど、利用者職員が一体となって楽しんでいる姿が窺える。

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 3. 利用者の1/3くらい 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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	毎朝の申し送り時、全体会議時に職員全員で唱和し、理解を深め、地域密着の理念に向けて実践をしている。職員一人ひとりの名札に記している。	「地域の人々とのふれあいを大切に・・・」との理念を掲げ地域の催事には積極的に参加し、事業所には地域に開放した喫茶室を設け理念を実践している。理念は玄関、食堂、喫茶室に掲示し家族や来訪者にも浸透を図っている。	
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	隣接する農協との週1度の朝市交流、理髪店、美容院の利用。納涼祭は、毎年地域の民生委員さん、ボランティアさんに協力を頂いている。今年度は法人全体で納涼祭を予定している。(地域の方を招待)	法人全体での納涼祭にはボランティア団体の協力も得て230名の大イベントを実施した。日常では地元のふれあい喫茶に参加したり事業所の喫茶室に地域の人を呼ぶなど相互交流を行っている。	
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	認知症を理解して頂けるように地域の福祉部会、人権擁護委員会の研修、小学校の委員会、中学生の体験学習の受け入れをしている。家族の方へ認知症の勉強会(りょうせんの郷にて講師を招き実施)の参加を依頼する。		
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	運営推進会議は2ヶ月に1回開催している。現状報告を行い、当面の課題には地域、家族の方々の意見を聞き、サービスの向上に取り組むように努めている。	隔月毎の第3木曜日に開催して概況報告、行事予定、当面の課題について議論し方針を決めている。近隣から騒音苦情が寄せられたが、この会議で対応を検討し解決に導いた。	自己評価、外部評価結果も会議で開示して議論し改善取り組みのモニター役を果たしてもらうことを期待する。各委員の意見も今後の運営に生かせる様、議事録にももう少し詳しく記載して欲しい。
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	長寿福祉課係長が運営推進会議の委員であるため連絡は密に取っている。地振協の認知症研修会の協力をしたり、他市のGHの見学を依頼したり、良き相談者である。	管理者はキャラバンメイトであり、市と連携協力し認知症サポーター養成、研修を実施している。長寿福祉課へは他市の事業所見学会もお願いしたり、良き相談相手であり事業所のサービス向上、改善に結び付けている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	「身体拘束ゼロセミナー」の研修に参加し、全体会議等で話し合い理解を深めている。外に出たい時には無理に引き止めず見守り、転倒等のリスクに迅速に対応している。離設の危険の場合は玄関センサーにより注意して対応している。	常に職員が利用者の日常生活、行動を見守っている。安心のため玄関にはセンサーを付け人の出入りを感じ職員が確認している。外出しそうな時は声かけフォローを行い1人にならない様に職員がついて行く様にしている。同時に外出原因を検討している。	
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	虐待防止の研修に順番に参加する。虐待の報道があれば回覧にて注意、認識の確認をし防止につとめている。気付いたことがあれば記録し、職員間でお互いに注意し合い、言葉遣いにも気をつけている。		

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	研修に参加した者が報告をするが、個々に権利擁護の制度の理解には差があるので、全体で学ぶ機会が必要である。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	時間をかけて理解、納得いくように説明をしている。専門的な項目は、担当者が詳細に説明をする。		
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	言動、行動から思いを汲み取るように努めている。面会時には、こちらから声をかけるように心がけて普段の様子を説明し、何でも相談して頂けるように配慮し支援に反映している。家族会実施時に意見を聞いている。	家族会や、お楽しみ会、クリスマス会の時にアンケートを取ったり意見を聞き、その内容はサービス担当者会議等で審議し介護計画に反映させている。苦情相談窓口は重要事項説明書に明記している。	
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	2ヶ月に1回の全体会議を開催し、意見交換、勉強会をしている。	代表者は隔月の全体会議で意向を聞き取っている。管理者は常時、朝夕の申し送り時に意見、提案を受けており、その内容を連絡帳に記載している。提案より利用者に寄り添う事で歩行が出来る様になった事例がある。	
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	年1回理事との、個人面談の機会をもつことにより職員の勤務状況を把握し、評価をして、各自が向上心を持ち働けるように職場改善に努めている。		
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	研修内容により個々に段階に応じて参加して、全体会議で研修報告をし、「学び」を共有しケアの向上に努めている。		
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	滋賀県淡海グループホーム協議会の定期的管理者会議に出席し、又職員同士の交流会も参加して情報交換し、サービスの質の向上に取り組んでいる。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入居事前に情報を知り得、面接を行い、現状を把握している。本人の生活歴を聞き、関わりを多く持ち、気軽に話せる雰囲気を作り関係を築いていき傾聴に心がけて、今迄の生活とかけ離れないように不安の軽減に努めている。		
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	アセスメントを繰り返して行き、家族さんとの面談では、困った事、不安心配等にしっかり応えていく。電話でもきちんと解るように対応して信頼関係づくりに努めている。どの職員でも話が出る関係を築いている。		
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	家族との面談を重ね、本人の思いを傾聴し、まず必要としているサービスの提供を心がけている。落ち着いて安心して頂ける環境整備に努めている。		
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	日常の家事の一端を共に作業し任せたりして、協働の立場を取っている。得意分野に役割りを持つことにて自信に繋げている。心地良い居場所を見つけて共に良い関係ができるように支援している。		
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	毎月、家族へ新聞を発行している。誕生会や行事には参加の協力を得ている。面会時には近況報告し(ケース記録の開示)、居室でゆっくり過したり、気さくに話しかけて頂けるようにしている。		
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	知人、友人の訪問は心より歓迎している。定期的に自筆の葉書、手紙を出したり、個別外出は以前通ってた「歌声喫茶」に参加したりしてできる限り支援に努めている。	入居時に利用者のニーズを掴み、その後は3ヶ月毎に介護計画を見直して常に利用者の馴染みへの思いを把握している。特に知人友人が来てくれる様なきっかけ作りのため電話をするなどの支援をしている。	
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	職員が間に入り関係を繋ぐよう努めている。トラブル減少の座席配置をしている。(気の合う者同士を隣の席) お互いが一緒に生活を共にしているという環境作りに努めている。1F2F交流の機会をつくっている。		

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
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	サービス終了後も家族さんとの関係を維持している。連絡があれば様子を伺い、相談にも応じている。家族さんが来訪されたり、こちらが施設を訪問したりしている。		
<b>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</b>					
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	日々の関わりの中で探り、寄り添えるように努めている。面会時には家族からの情報を得て、カンファレンスにて検討し、プランに繋げて職員同士が共通意識を持って対応している。	職員は日常生活の中で利用者と接する時間を増やし会話と声かけの中で思いや意向をくみ取っている。家族からの情報で、ある利用者のこだわりや癖を聞いて、それを活用して攻撃的行動が治った事例がある。	
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	家族、サマリー、以前の担当ケアマネ等により情報を得ている。生活歴を参考にし、本人との日常会話からこれまでの暮らしを把握し、個々のペースを尊重したケアに努めている。		
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	日々の関わりの中で把握に努めている。毎日のバイタル、レクでの様子の申し送り、記録により現状を把握している。		
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	3ヶ月に1回モニタリングをして、カンファレンスを開催し、意見やアイデアを出して介護計画を作成している。本人や家族の要望を取り入れているが、交えてのカンファレンスはできていない現状である。	介護計画は利用者の入居前の生活歴等を確認し本人や家族の意向を参考に作成、その後は状態変化を常に勘案して、3ヶ月に1回、職員全員で見直しを行っている。内容は家族にフィードバックし署名捺印を貰っている。	介護計画の見直し時には本人や家族を交えてのカンファレンスができるよう、家族参加の働きかけを今後とも粘り強く取り組んで欲しい。
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	毎日の様子を個別に観察記録し介護記録を記入。全職員が同じ情報を把握して、変わったことがあれば連絡ノートを作成し情報を申し送り、共有に努めている。		
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	必要に応じて取り組みに努力している。気になることや問題発生時には早々に解決できるようにし職員間で其の都度検討し共有し合い臨機応変に対応実践している。		

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
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	理髪、美容店、民生委員、詩吟、ボランティア、近所のお寺の奥様のお茶会、学校等の協力を定期的に得ている。又行事への参加をしている。避難訓練をし、地震体験をした。		
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	毎月2回定期的に往診がある。状況により受診の付き添いをしている。家族の協力で他の専門医療機関の受診を行うこともある。	本人と家族の同意を得て経営母体の医療機関で2週間に1回、全員が受診しているが疾病の内容によっては家族の協力を得てかかりつけ医に受診、送迎や付添を行っている。受診結果は家族に送付し共有している。	
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	往診時に相談しているが、電話やFAXにて連絡することもある。迅速に対応している。又薬の見直しや必要に応じて採血やレントゲン検査を行っている。		
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。	入院の際には状況に応じて面会に行き、状態を詳しく把握している。家族との連絡を密に取り、病院とも情報交換に努めている。退院時には適切な対応が出来るように努めている。		
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	重度化した場合における「看取り」の指針を作成し、方針を十分に説明したうえで、家族の同意のもと終末期支援に努めている。家族の希望を聞いて看取りの対応をしている。家族に宿泊や付き添いのお願いをし、今年度一人の看取りを行っている。	看取りについては体制が整っており、職員は知識の修得・実習で対応力をつけている。看取り指針については文章化し入居契約時に本人や家族に説明、重度化時点で同意書を取り交わしている。今までに3人の看取りを行っている。	
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	AEDの使い方、応急手当、基礎訓練、基礎知識を学ぶように努力している。対応方法の手順や説明は目に付きやすい所に貼りだしている。		
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	ホーム内は火災報知機とスプリンクラーを設置している。防災訓練は年2回夜間想定で行なっている。本年5月休日の職員も地域の推進委員さんも参加して協力体制を築いている。又地震体験もし居室の危険物の見直しをした。	防災訓練は年2回、夜間想定で実施している。その内1回は消防署立会いで行っている。防災マニュアルも完備しており全職員へ教育が徹底している。地域とは自治会やボランティア団体との協力体制が出来ている。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	自尊心を尊重し、言葉遣いに気をつけて対応している。居室は全室個室で施錠可能であり、生活プライバシーが保たれている。性格などを考慮し、何でも話せるような信頼関係作りのために笑顔で声かけが出来るよう努めている。	利用者には人生の先輩として言葉遣いに注意すると共に日頃より気楽に話し合える雰囲気作り、信頼関係作りに努めている。個人情報保護の研修は事業所で実施している。個人情報書類は施錠の出来る書棚に保管している。	
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	出来る限り話を聞き、様子を観察し、多くの選択肢が準備できるように努めている。外出や買い物等自己決定が出来るように支援している。		
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	出来る限り入居者さんの意思を尊重し個々のペースに合わせた対応をしている。体調に考慮して希望に添えるように努めている。		
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	朝の洗面時に整容は可能な限り自分でしていただいている。鏡の前で櫛を渡し、身だしなみを整えていただく。困難な方は職員が介助する。衣類は声かけにて選択してもらっている。		
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	献立に入居者さんの嗜好を取り入れ季節感のある献立作りをしている。テーブル拭き、野菜の皮むきや配膳等を一緒にしている。食材の買出しも入居者さんと一緒に出かける。	食材の購入から調理、食事、後片付けも職員と一緒にしている。食事と一緒に楽しく行っている。正月や誕生日など行事食にも工夫し、外食の希望があった場合には、寿司屋等へ職員と一緒に出かけている。	
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	個人に合わせた食事形態で水分量も記録して確保に努めている。好みを尋ねて各個人に合わせて適宜に飲用できるようにしている。(お茶ゼリー、エンシュア等嚥下困難の方の対応にも支援)		
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	毎食後、個人に応じた口腔ケアを行っている。ガーゼにて口腔内の残食の拭き取りをし、夜間は義歯の洗浄を行なっている。部分入れ歯の方は残歯の磨きにて清潔保持を見守り促がしている。		

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	個々の排泄リズムを把握し、トイレ誘導をしている。夜間や日中のパットの確認をし、声かけにより失禁を減らしている。	全員が高齢化と要介護度のアップに伴い失禁が多くリハビリパンツを着用しているが、個人別の排泄パターン表により約2時間おきにトイレに行くよう促し、失禁を減らしている。	
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	軽い運動、体操、水分補給を促がし、食物繊維の多い食事の提供をしている。また、おやつにバナナジュース、牛乳の摂取を促がしている。		
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	2日に1回のペースで入浴しているが、希望に沿うように夜間入浴も実施している。無理強いをしないで声かけをし、ゆっくりと納得いく時間帯に入浴が楽しめるように支援している。個人別に身体状態を考慮し計画を作成している。	原則的に入浴日と時間は決めていない。出来るだけ利用者の希望に沿うように努力している。入浴を嫌う人には、お気に入りの職員が誘ったり、ゆずや菖蒲湯等も取り入れ楽しむ工夫をしている。	
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	個人の体調やリズムに応じ自由に休めるように努めている。午後、居室での午睡は本人に任せ、夜間の就寝時間も個々のペースでナイトケアをしている。		
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	薬局と連携し個人のお薬手帳がある。与薬の際は、名前・日付・時間帯・服薬方法(本人の口の中または手渡し等)の確認をしている。薬剤師より説明があり、個々に処方薬名、副作用の説明書の保管をしている。医師に報告指示を仰いでいる。		
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	個人の得意分野を活かして、掃除、調理、畑仕事、洗濯干したたみ等の役割分担をもらっている。レクレーションにも個人の才能活かせるように配慮している。(カラオケ、文字書き習字)		
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	毎月季節の草花に触れる外出をしている。毎日の買い物、散歩での気分転換を図っている。個別外出の支援をしているが、ADLの低下や職員の確保が困難等の理由で限られている。行きたい所があれば家族さんにアプローチをしている。定期的に家族さんとの個別外出も行っている。	ぶどう狩り、紫陽花、藤の花、桜、紅葉といった四季の草花を楽しむ外出支援を行っている。日常的には近辺への買い物や散歩を職員と一緒にしている。外出が困難な利用者が半数近く居るが庭に出て少しでも季節感が楽しめるよう支援している。	日常生活動作の低下で寝たきりや歩行困難者には庭やバルコニーに出て外の空気に触れるといった支援の他、更に楽しめる工夫を考えて頂きたい。



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
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	家族の協力同意のもと、おこづかいとして預かっている範囲内で支援している。毎月出し入れし、家族に報告している。毎月の出納帳を家族様に郵送している。		
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	家族の了解を得た上で本人の依頼があれば電話をしたり、手紙を出すように支援している。個々に携帯電話の操作を支援している。		
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	毎月、季節感を味わえるように壁面飾りを入居者と共に作成している。季節の花を生けて家庭的な雰囲気作りにも努めている。居室は広々とゆとりがあり、ベッドやタンスの配置を個々に考慮している。	ダイニングと直結したリビングは広々とゆとりのある空間となっており壁面には利用者と共に作成した、ちぎり絵や花、写真が飾ってあり家庭的な雰囲気を醸し出している。安全面では床の段差もなく手すりも完備している。トイレや浴室も広く車椅子でも利用できる。	
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	ホーム内何ヶ所かにソファを設置し、自由に利用できるようにしている。玄関、庭に椅子を置き、くつろげるようにしている。少人数で座れるソファ、離れた所には一人で座る椅子を置いている。くつろいだ憩いの場になっている。		
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	居室では家族の写真や絵などを飾り、今まで家で使用していた馴染みの筆筒、机を使用している。又一人用のソファを置いて、以前の生活に近い雰囲気になるよう工夫している。懐かしいアルバムを見て自由に過ごしている。	居室は約11㎡とゆとりのある広さが有り窓からは外の景色を見る事が出来る。どの部屋にも誕生日ごとの本人の写真と職員の寄せ書きが貼られていて入居時から現在に至るまでの利用者の表情が見て取れる。	
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	居室の表札やトイレ浴室などは絵、文字で案内表示し、わかりやすくしている。手拭きタオルは見えやすい所に掛けている。カレンダーや飾りをつけて個別化している。「動線」を考えテーブル、ソファの間隔を確保している。		

## 2 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。

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	ご家族様を交えてのカンファレンスができない。 本人の深い思いや家族の要望に応じられていないところがある。	ご家族様の参加により、意向・要望を介護計画に反映させ、現状に即した計画の作成に努力する。	毎月のカンファレンスに家族の参加の働きかけをする。 粘り強く電話・文書郵送により取り組む。 緊急時にも対応できるように面会時にも説明しておく。	12ヶ月
2	33	開設8年目を迎え、介護度が重度化し、看取りを希望されている方が増えているが、指針に沿うケアを実践していく中で、職員一人ひとりの取り組みが不十分である。	看取り介護の具体的な支援、知識・技術の習得を目指す。	全職員が看取りに関する共通認識を持てるように計画的に勉強会を設ける。 往診時には医師に報告し、指示を受けるようにする。	12ヶ月
3	13	職員のケアの知識・技術を向上させることが難しい。	職員の資質を向上させ、モチベーションを高める。	個々の資格や修了した知識を活用して内部研修を定期的実施する。 チームリーダーの育成、新人職員の養成指導をおこなう。 自己研鑽に励んでいる職員を評価する。	12ヶ月
4					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、行を挿入してください。