

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	2590400152		
法人名	医療法人 泰山会		
事業所名	グループホーム近江		
所在地	滋賀県近江八幡市上畑町88番地		
自己評価作成日	平成29年8月20日	評価結果市町村受理日	平成29年 10月26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	
----------	--

【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 平和堂和邇店2階		
訪問調査日	平成28年9月20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)】

法人の理念「私や私の親、家族が受けたいと思える医療、介護、福祉サービスの実現」に基づき、ご利用者と職員が食事の支度や掃除、洗濯などを出来る限り一緒に行うことで、認知症によって起こりうる生活上の困難や障害に寄り添い、支援することによって、穏やかで安心できる生活を一緒に創り上げています。できない事よりもできる事に目を向けて「生きがい」や「やりがい」のある暮らしを支え、ご本人の自信の回復に繋がっています。施設内外の研修会には積極的に参加し、認知症ケアの知識を深めています。また、ホームだけを生活の場としてとらえるのではなく、地域が生活の場であるという視点から、地域での認知症に対する取り組みや支援に対しても積極的に参加し、地域とのつながりも大切にしています。季節を感じていただけるよう四季折々の行事を計画したり、昨年に続き、1泊2日の温泉旅行に行くこともできました。いつもご利用の笑顔があふれる『家』であるように職員一丸となって取り組んでいます。

【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)】

開設後4年目を迎える当事業所は広々とした田園地帯の一角にあり、利用者は自然に恵まれた環境の中で日々の生活を享受している。『利用者本人と家族が受けたいと思える医療・介護・福祉サービスの実現』と言う法人の理念に加えて、地域に根差した生活を提供する事が『GH近江の使命・ビジョン』と位置付け日々のケアに活かそうと努めている。開設当初より自治会に加入し、地域の清掃活動、イベント等への参加や事業所行事への呼びかけ等積極的に取り組んでいる。事業所は研修計画に基づき管理者・職員の教育にも積極的に取り組み、日常のケアに反映しようと努めている。利用者の関心事であった全員参加の1泊旅行を利用者家族、地域住民等も含めて企画、実現し利用者の信頼に繋がっている。重度化、看取りの課題にも関係者と協働しながら対応し過去数件の看取経験をしている。上述の取組み等が利用者の信頼を得る事に繋がりを利用者は安心して落ち着いた生活を送っている。

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

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 (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	「私や私の親、家族が受けたいと思える医療、介護、福祉サービスの実現」を理念にあげ、職員は常に振り返ると共に会議などで確認しながら共有している。近江の使命とビジョンを明確化しユニットごとに掲示し、理念の理解を深め実践に繋げている。	玄関、事務所、各ユニット居間に掲示、申し送りノートにも明示し法人の理念と共に事業所の使命とビジョンを明確にしている。勤務に就く前に黙読する事により日々のサービスに反映できる様努めている。	
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	地域の方々に利用者を知っていただく為にイベントや研修会を企画している。(今年度は今だ未実施)。地域の方々から、野菜等取れたものを頂いたり、見守り、声かけしてもらいながら、入居者との交流を図っている。自治会にも加入しており、清掃行事にも参加したり、地域の消防訓練も参加させていただいている。	事業所開設当初から自治会に加入している。自治会組織が小さい事もあり、地域の方と顔見知りとなる機会が比較的多く地域との付き合いに有効である。自治会の垂れ幕や机を、事業所のイベントに貸してもらう事もある。事業所の周りや横の土手の草刈りを自治会長が助けてくれたり、季節のイベントや菜園での収穫等の交流がある。	
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	運営推進会議で町内の人の参加をお願いしている。認知症の学習会には地域の人にも参加をしてもらい、認知症のご理解を得ながら、見守り、声掛け、畑の収穫と一緒にさせて頂いている。	/	
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か月に一度開催している。市の担当者様、地域の方、家族様に事業所の活動報告や利用者さんの近況報告などさせていただいている。助言等をサービスの向上に活かしている。	地域住民、利用者家族、行政職員等で構成し隔月に1回開催しサービスの実際や出席者の助言・意見等を話し合っている。外部評価結果を開示し課題や意見・助言等について検討している。課題となっているケアマネージャ常駐に関して行政の助言を得ている。議事録を作成し会議内容を口頭で伝えているが、共有のための回覧が出来ていない。	関係者が内容を共有するために回覧等で伝達して欲しい。
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	運営推進会議には必ず出席したいただき、ホーム内での、問題や家族様からの不満などを一緒に考えていただいている。	介護保険課とは主として運営推進会議を通じて連携を保ち職員の採用や配置の相談したり、会議録を持参したりしている。ケアマネージャ常駐課題も相談している。	
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	権利擁護推進員養成研修で学んだことを、OJTで実践している。月一回のミーティングでも、不適切なケアはないか内容をピックアップし、全職員で対応策を検討、共通対応を行っている。玄関は施錠をせず、敷地に柵を設けることなく、自由に外に出られ散歩をして頂いている。	入居時に事業所の方針として、日中玄関の施錠はしない方針を伝え了解を得て居る。徘徊に対して、一部の地域住民からのクレームもあるが、概ね理解を得て知らせて貰えるようになってきている。転倒、骨折を2回繰り返した利用者に応急対応として、端座位時や離床時センサーで知ら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
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	施設内外の研修に積極的に参加し、心も体も縛らないケアに全職員で取り組んでいる。また虐待が見過ごされる事のないように日頃から注意を払い、防止に努めている。		
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に支援している	実際成年後見制度を利用されている利用者さんがおられるので、後見人様と連絡を取りながら、権利を保護し安心した生活が送れるように支援している。		
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	入所の際には、事前に見学に来ていただき、ホームの内容をご説明、疑問にお答えさせていただいており、納得されたからのご契約をさせていただいている。		
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	玄関に意見箱を設け、クレームなどは、申送りノートや、月一回のミーティングで話し合うようにしています。月1回介護訪問員に訪問をして頂き、相談員さんのご意見、ご要望をお聞きし、運営に反映させている。	利用者、家族等の意見や要望は主として家族の来所時に意見を聞き出す様努めている。既に退所した利用者の下駄箱の名前がそのまま残っていた事例や玄関先の清掃不備を家族より指摘を受けた事例に直ぐに対応した事で家族より褒めて貰った事がある。	
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	事務所にはいつでも職員が入りやすい様な雰囲気なので職員の運営などの意見はいつでも聞けるようにしています。その意見に基づき職員間同士で話しあい、利用者に対してよりよい意見は即取り入れるようにしている。	全てのイベントや職員の意見は基本的に職員間の話し合いで決定、実施している。(バイキング形式の食事、花見、公園にお出掛け等)意見の採用に関して会議で話し合う機会をより多く持つため、月1回の会議を今月より2回にする事が決定している。	
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	社員、パート全員に、年二回の評価制度設けており、業務等再確認して頂いている。常勤パートさんには社員への登用制度設けている。職員の資格取得には協力支援し、取得後は職場で活かせる労働環境作りにも努めている。		
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	職員の経験、知識に合わせた研修に積極的に参加させ、スキルアップに力を入れている。定期的な部署内勉強会の開催、法人全体の研修会の開催、入職時は先輩職員がついてOJTを徹底している。		
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などの活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	同じ地域内にあるグループホームや小規模多機能などに夏祭りに参加していただいたり、お互いの悩みや問題など、話し合ったりしている。		

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	事前面談時、利用者と家族に不安、要望、生活歴、日常の様子聞き取りを行い、フェイスシートアセスメントシートを作成し、職員間で情報共有している。その人らしく、笑顔で生活していただけるように努めている。		
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	ご契約前に面談をし、不安疑問等にお答えしホームを見学していただき日常を知ってもらい。入居後は家族様、利用者共に不安を感じるので、職員が生活の状況、近況を知らせ安心していただけるようにしている。		
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	入居される前の面談の際、利用さんには事業所での、出来ることなどをお伝えしております。医療ニーズの高い方などは、他のサービスの利用を紹介している。		
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	グループホームは利用者主体の家である事、決定権は利用者さんにあり、主人公である事を常に職員に伝えている。その上で職員が利用者さんと共に暮らす家である認識を高めています。		
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	家族様にはいつでも来ていただけるようなオープンな関係を保つ様に努めている。面会時や電話で情報交換するなど相談しながら、本人を支える為の協力関係を築いている。		
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	家族、入所される前の友達や親戚の方など馴染みの方が自由に面会できる環境を作っている。	入居前の生活歴や趣味など聞き取り、アセスメントシートに基本情報として記載し馴染みの情報を職員間で共有、把握している。毎日の様に”永源寺に行きたい”という利用者の希望を採り入れ、一緒に出かけた事例がある。	
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	個々の付き合いを見守りながら、孤立になっている利用者がいたら、和の中にはいれるように職員が関わっている。気の合った利用者さん同士、同じ席で食事をとったり、全員で温泉旅行や桜見など、様々な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	入所され、一時期、介護保険を使われない場合でも、ホーム内の一員として、医療との連携をとりながら、病室に顔を見に行ったり、洗濯物を運んだりしています。		
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	その人のニーズに添って個別のケアプランを立て、そのケアプランに添った一貫性を持ったケアが提供できるように努めている。困難な場合は、日頃の関わり中で希望意向を汲み取るようにしている。家族の聞き取り等を通して情報を取り入れる様にしている。	日々の関わりの中で聞き出した情報を申し送りノートに記載し、会議の中で共有しているが、フェースシートやアセスメントシートに更新できていない。利用者本人の意向や希望の把握が困難な場合は家族からの情報や職員の日頃の状況把握で推測している。	知り得た情報はフェースシートやアセスメントシートに記載し情報を活かせる工夫を望みたい。
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	入居前の面談で本人の生きて来た歴史を把握するように努めている。以前利用していた事業所にも情報提供してもらいこれまでの暮らしの把握に努めている。		
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	個々の体調やADLを把握し、家庭的な雰囲気大切に穏やかな一日を過ごしてもらっている。できない事よりもできる事に目をむけながら支援を行っている。		
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	本人がどの様に生きたいかを聞きだし、日々のケアで気づいた事、創意工夫の関わり、本人の様子を観察しながら、よりよいケア方法を職員間で検討している。家族様には面会時に意見を聞いて、現状に即した介護計画の作成に努めている。	ケアマネージャーが常駐していないため、職員間で得た情報を申し送りノートに記載し、関係者会議で共有し計画に反映している。変化の有無に係わらず3ヶ月毎の見直しを行い、緊急時は関係者が協議の上利用者の現状に即した計画を作成し、共に家族の同意・承認を得ているが署名・捺印のない物が散見される。	介護計画書を見直し確認の上、利用者家族の同意を得て署名・捺印を得て欲しい。ケアマネージャー不在の課題について早急に人員を確保し、計画作成担当者を設定して欲しい。
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	ケース記録は時間事に出来事や会話などを詳細に記録し、日々の様子や気づき、BPSDの症状が現れた時の内容等を共有し、適切な対応ができるように努め、介護計画の見直しにも活かしている。		
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	ミーティング時、変化があった場合はその都度、その人のニーズに合ったケアをしているか、また、ニーズが変わっていないか、検討している。		

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	地域の催しには利用者の心身状況を考えながら、できる限り参加できるように支援している。畑で野菜や花を利用者さんと一緒に作ったり、また、近所で取れた野菜などをいただいたりしている。		
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支援している	本人のもともとのかかりつけ医には家族様と職員と一緒に同行したり、薬をもらいについている。また、ホーム内では2週間に1回の訪問診療を行って頂いている。	従来のかかりつけ医利用者は4人、協力医の往診を受けている利用者は14人で、基本はかかりつけ医の受診は家族対応であるが、状況により職員が付き添う事もある。月2回協力医の往診があり、他に看護職が週2回訪問診療で健康管理や相談の支援をしている。受診内容はかかりつけ医・協力医・事業所間で共有している。	
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、契約している訪問看護職に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるよう支援している	日頃の利用者の状況を訪問診療医(2Wに一回)と密に連携をとっている。また、訪問看護師との連携、相談に努めている。かかりつけ医のいるご利用者は受診に同行し適切な医療を受けられるよう支援している。		
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。	入退院時は、ホーム長が、主治医や医療機関の看護師と連携を取り、退院の際はカンファレンスを受けるようにしている。入院中は適時様子を見に伺い情報提供とともに医療機関との情報交換を行っている。		
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	主治医、医療機関、医療機関の地域連携室等、また家族様の意思を十分に反映できるよう体制をとるように努めている。	重度化、終末期を迎えた時の事業所としての方針を文書化し、重要事項説明時に同意を得ている。看取介護対応時等の段階で関連する説明・話し合いを行ない、業務日誌に記録しているが、その経緯を詳細に示す記録は残していない。	看取介護対応時に、関連する話し合いを行い、その内容を時系列的に記録に残し、家族と共有しておくのが望ましい。
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	救急救命の講習は既存職員は受けており、新入職員においては受講して頂く予定です。マニュアルを全職員で共有し、迅速な対応が出来るよう取り組んでいきます。		
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	地域の方との協力を得られる様に、運営推進会議で呼びかけている。避難場所は消防訓練時に職員全員に伝えており、地域の防災担当者と連携をとれるようにしている。	年2回日中、夜間想定避難訓練を消防署立ち会いの下で行っている。訓練時は運営推進会議での呼びかけもあり、地域の参加を得ている。避難場所等に関しても地域の協力を得られている。災害時の備蓄が十分とは言えない。	災害時の最小限度の備蓄を検討して欲しい。

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	人生の大先輩にあたる方々なので、敬意を払い敬語で対応している。トイレ、風呂場などは必ずドアを閉める様に徹底し、居室はプライバシーを守る為全個室になっている。	人権に関する研修を受講し、職員全員が利用者を先輩として尊敬、丁寧な対応をしている。管理者・職員は事業所の研修で得た知識を日々のケアに反映しようと務めている。	
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	職員との密接なコミュニケーションにより、日常的に要望、希望が表わしやすいように環境を工夫している。普段の会話や些細な発言に注目し、自己決定ができるように働きかけている。		
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	利用者と一緒に外に出たいといわれれば、散歩に出かけたり、一緒に買い物にでかけたりしております。利用者の意思を大切に起床、就寝介助を行い、ご利用者一人一人のペースを大切にし個別ケアの徹底を図っている。		
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	訪問理容室にカットをしていただいております。毎日の整容の支援をしながら、自分で服を選んでいただいている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食材を切ったり、下拵えしたり、味見をしてもらいながら一緒に調理をしている。下膳はできるだけ本人にしてもらい、お皿洗いも一緒に行っている。利用者と職員が一緒にテーブルで会話を楽しみながら食事の時間を大切にしている。	食材の下ごしらえに参加する人、お米をとぐ人、食後の下膳等出来る事に参加している。車椅子利用者も食事の時は介助を受けながら通常の椅子に座って食事をしている。利用者と同じメニューの食事を提供する職員は検食を兼ね、他の職員は各人持参のものを利用者と一緒に食べている。	
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	一日の食事量や、水分量などを、介護日記に記入し、状態を把握して、栄養バランスや水分量には十分配慮するよう支援している。チェック表に排尿排便を記録し、量や硬さの記入を行い把握に努めている。		
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	自分で出来る人は、していただき、出来ない人に対しては声掛けや、介助により、支援している。ご自身で歯磨きをされる方については磨き残しのチェックを行い、義歯の方は夜間外して消毒をしている。		

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
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	排泄日誌を照らしながら、排泄パターンをつかみ、出来るだけ、トイレに声を掛ける様に支援しております。必要に応じて夜間はポータブルトイレを使用いただいている。	職員は個人の排泄パターンを把握しながら声掛けしトイレへの誘導を心掛けている。リハビリパンツから布パンツに改善した例もある。トイレでの排泄を促進し習慣つけるために、利用者にも判り易い掲示をする等の工夫をしている。	
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	自力便が出るよう、日中の活動の中で、体を動かす体操や、散歩などで組み入れている。便秘気味の人には、食物繊維の多い食べ物や水分を多めにとりいただいております。一部、腹圧をかけさせて頂いたり、朝冷水を飲んで頂いたり、朝食後トイレに座っていただく習慣をつくっている。		
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	出来るだけ、本人の希望に添って声掛けしている。入浴が嫌いな方や、拒否の多い方は、時間や曜日を問わず声掛けしている。好きな方は毎日でも入浴していただいている。	時間や曜日の規制はせず可能な限り利用者の希望に沿っている。就寝前の入浴希望に職員が残って思いに添う事もある。拒否する利用者には時間変更や”〇〇さんのために沸かしたのですが”という声掛けをする等の工夫をしている。入浴回数は平均週2回であるが、週3回に近づきつつある。	利用者の希望等に合わせて呼びかけ等の工夫で週3回以上の実現を期待する。
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	個々のライフスタイルを守りながら、本人の希望に添って眠りたい時に寝て頂くよう、また、湿度にも気をつけ加湿器を導入している。不眠の方には生活リズムの見直しを行っている。		
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	訪問薬剤管理指導報告を往診の際には必ず聞く様にしています。薬の変更、追加があった場合は職員間で効能や服薬時の注意などを共有している。		
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	家族から生活歴を聞き、趣味等を把握し生活の中に取り入れている。日々の職員とのコミュニケーションの中でやりたい事や、好きな事などをお聞きしながら支援にあたっている。		
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	町内を散歩したり、畑作りに参加したり、車を利用して外にでています。昨年に続き、1泊2日の温泉旅行に家族様の協力を得て出かけることができました。家族様の面会時にも、気分転換として一緒に外出されている。	食材の買物に車で行く時、3人の利用者が同行外出している。花見等の季節の行事も行っている。昨年完成した庭園に植樹をしたり、テーブルを備え付けて、車椅子の利用者も一緒に楽しんでいる。周辺は田園地帯で静かな環境に恵まれ殆どの利用者が日常的な散歩等を楽しんでいる。	

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	買物や外食や受診、理美容など、定額の現金を家族様から預っている分から支援しています。ほしいものがある時は一緒に買い物に出かけている。		
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	携帯を持たれている利用者さんは、必要な時は自分で掛けるよう、そのほかには施設の電話を利用してもらっている。		
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	リビングにはゆっくりくつろげる様にソファを用意しております。季節を感じられるよう、壁紙にその月の特徴を生かした催し物飾ったり、月日が分かる様大きなカレンダーを作っております。玄関先や庭にもベンチ、椅子を置き、ゆっくりとくつろいでいただけるようにしている。	リビングには食卓の他にソファを設置し利用者はゆったりと寛いでいる。リビングの壁には職員・利用者の作品である毎月のカレンダーやぬり絵等が貼ってある。利用者は予め決められたテーブルでテレビを見たり職員とのおしゃべりを楽しんでいる。浴室、トイレ等は清掃が行き届き清潔に保たれている。	
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	テーブルにはお一人お一人のお名前を判りやすい様に張らせて頂き、位置については、利用者同士気の合う者同士楽しく食事できるように配慮している。ソファは各自が自由に座っていただきカラオケやテレビ観賞を楽しまれている。		
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	馴染みのある家具や道具をもちこまれている。居室内は常に清潔に保持している。写真や花飾り等で明るい雰囲気を作っている。	採光のよい居室にはエアコンとベッドが標準装備しており職員の清掃で清潔に保っている。思い思いの家具や家族の写真が飾っており、自身の作品も大切に飾っている。	
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	廊下、トイレ、浴室は手すりを設置しおり、トイレ、浴室は、分かりやすく表示し、安全に配慮しながら自立支援を行っている。		

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。

【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	ケアマネージャーが常駐していないため、職員間で得た情報を申し送りノートに記載し、関係者会議で共有し計画に反映している。変化の有無に係わらず3ヶ月毎の見直しを行い、緊急時は関係者が協議の上利用者の現状に即した計画を作成し、共に家族の同意・承認を得ているが署名・捺印のない物が散見される。	ケアプランにご家族の署名、捺印がもれているものに関して早急に対応する。また今後、署名、捺印をいただくことを徹底する。	過去に遡り、署名を確認。署名の無いものに関してはご家族にご説明をさせて頂いた上でご署名を頂く。	3ヶ月
2	4	地域住民、利用者家族、行政職員等で構成し隔月に1回開催しサービスの実際や出席者の助言・意見等を話し合っている。外部評価結果を開示し課題や意見・助言等について検討している。課題となっているケアマネージャ常駐に関して行政の助言を得ている。議事録を作成し会議内容を口頭で伝えているが、共有のための回覧が出来ていない。	運営推進会議の議事録をスタッフにも回覧し、情報を共有する	運営推進会議の議事録をスタッフにも回覧し、情報を共有する	即時
3	23	日々の関わりの中で聞き出した情報を申し送りノートに記載し、会議の中で共有しているが、フェースシートやアセスメントシートに更新できていない。利用者本人の意向や希望の把握が困難な場合は家族からの情報や職員の日頃の状況把握で推測している。	利用者様ごとのファイルに記載されている情報を適時更新し、ご利用者ごとの情報を各チームのメンバーが共有できるようにする。	知り得た情報をフェースシート、アセスメントシート、相談記録等に適時記録することにより、ご利用者ごとの情報を蓄積していく。また、これにはご利用者毎の担当を決め実行し、3ヶ月毎にチェックを行う。	6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。