

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	2592400051		
法人名	特定非営利活動法人ひだまり		
事業所名	認知症対応型共同生活介護グループホーム 縁ひだまり		
所在地	滋賀県米原市一色字溝口494番地		
自己評価作成日	平成25年 7月 1日	評価結果市町村受理日	平成25年9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	
----------	--

【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25年8月19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)】

地域とのつながりを大切に幼稚園児との交流や人権センターでの催し物への参加。天気の良い日は近所へ散歩に出掛けたりしている。3施設ある為自由に行き来できるのも利点である。ボランティアの方も地域の方が多く外出時等に参加して頂いている。また芸能ボランティアさんを活用し、色々なジャンルの余暇を楽しむ機会を持っている。家族との繋がりを大切にしたい為、季節の行事や外出時には声をかけさせて頂き、出来るだけ参加して頂ける機会を設けている。また、亡くなられたご利用者様のご家族さまにも外出や行事などにお誘いし、繋がりが切れないように努めている。医療との連携。看取りまで行なっている。

【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)】

デイサービス、小規模多機能型に続き同敷地内で3年目を迎えるグループホームである。法人の理念「地域の中でその人らしい暮らしのお手伝い」を事業所理念「ゆっくりと、穏やかに、たおやかに見つめ合うケア」に展開し実践に努めている。人生の最後まで安心して暮らせるケアの実現を目指し職員は常に温かくおだやかに接している。事業所は地域、利用者家族との絆をとっても大切にしている。例えば職員は事業所で看取った利用者の思い出写真集を作り家族へ贈呈したり法事のお参り、事業所内の仏壇に位牌を祀り利用者と共に偲んでいる。そんな家族からはボランティアとして協力の申し出があり関わりを継続させている。行事、外出、食事時のお話相手等法人全体で年間600名を超えるボランティア協力があり、利用者は地域とのふれあいや職員の言動に信頼し安心した日々を過ごしている。

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 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				

自己評価および外部評価結果

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	法人全体としては、地域密着型の理念を掲げ、毎朝の朝礼で理念を唱和し、日々意識づけしている。縁からも朝の全体朝礼に一人参加し、その後管理者が事業所で朝礼を実施している。	ミーティングや毎月の会議、内部研修時に管理者が事例を挙げて理念に沿ったケアであるかを話し合って理念の共有と実践に努めている。運営推進会議時に理念について説明し理解して貰う努力をしている。	
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	文化祭や地蔵盆等、地域主催の行事に参加したり、見学に行ったりしている。又、回覧板「おいでやす」を配布している。近隣の幼稚園児との交流や、H25年からは近隣の中学校の職場体験の受け入れもしている。	近隣住民による手伝いのボランティアを受けたり、学童保育で地域に場所を提供する等親密な関係にある。中学生の福祉体験の受け入れや認知症啓発の講演を行っている。地域から介護一般の相談相手として頼られている。	
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	認知症キャラバンメイトの参加をしており、認知症の啓発活動に努めている。又、代表者は長浜市の人権学習講師にて、地域の人々高齢者理解の啓発活動中である。		
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	二か月ごとの開催で、状況報告の他、意見を頂戴している。昨年はGH全国フォーラムから学んだ取組の発表を行った。又、隣の人権センターの館長にもメンバーに入って頂き、互いに協力出来るようにしている。	会議は区長や人権センター長等の地域代表、市職員、ボランティア協会長、家族等出席の下、行事や課題、自己外部評価等、報告と意見交換をしている。会議当日に防災訓練を実施しメンバーから講評を受けている。	
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	米原市からの虐待受け入れ事例が1名あり、入居後毎月市の担当者に報告書提出中。GH便りを毎月発行しており、市にも配布している。また、5月には支援局からの実習受け入れをさせていただいた。	行政担当者とは利用希望の引き合いや特別入居者の暮らし振りの報告、支援方法の相談をする等、連携を保ち問題点の解決に助言を得ている。	
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	研修に参加し、身体拘束することなく、事故なく安全に過ごす事ができるよう徹底している。夜間以外は玄関の施錠はしていない。	家族と拘束について常に話し合い共有を図っている。ベッドからの転落防止の為、ベルト状のセンサーマットを家族と話し合い備え付け、予防に役立てた例がある。施錠しない事は勿論、寄り添いと見守りに徹している。スピーチロック等言葉による拘束にも配慮している。	
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	研修に参加し、自宅や事業所内で虐待が起こっていないか些細な変化も見逃さないようにしている。		

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
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	入居様1名が成年後見制度をご利用されており、成年後見の方には、毎月利用者さまのご様子を報告している。又、入居前には市担当者、後見人、管理者とで話し合いの総会をもった。		
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	サービス開始前に利用者及び家族への説明を行い同意を得ている。又、年間で家族にも参加して頂く行事があること等も説明している。見学については、随時対応し、体験(泊りも)もして貰える様にしている。		
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	苦情受付担当者、解決担当者を置いている。運営推進会議への参加時にご家族様から、家族間の連絡網を作りたいとの意見を頂き、昨年度、作成、配布した。	利用者や家族に温かく接し気さくに意見を聴取する雰囲気を作り相談を受けている。受けた意見、要望はリーダーが纏め伝達ノートや会議で協議、共有し改善に取り組んでいる。第三者委員会も備え相談事に対応している。	
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	ほぼ毎日のミーティングへの出席。月1回のミーティングには代表者、管理者が参加し意見を聞く機会を設けている。	運営者である管理者は必要に応じ、個人面談を実施し職員の意見、提案を聴取している。会議、ミーティングで職員と自由に意見が述べられる環境を作っている。介護資格取得の為には事業所は物心両面で支援している。	
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	振り返りシートや自己評価シートを書き、反省したり目標を掲げる事で、事故研磨に努めている。又、キャリアパス制度を導入し、年2回人事評価を実施している。		
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	外部研修への積極的な参加、年間研修計画の実施と職場内研修の充実に努め、個々にあった研修への参加を促している。又、介護福祉士合格者には、介護福祉士会入会金を法人負担とし、スキルアップに機会を設けるようにしている。		
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	湖北のグループホーム、小規模多機能部会を通じて職場交流実習を行ったり、個々のGH同志で合同研修会をしている。今年度より、ケアセンター伊吹の他職種共同研修に参加している。		

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	入居されてどのように生活したいか、してほしいかをご本人、ご家族さまに話を伺っている。又、入居希望を考えられている時には、泊りも含めた体験を取り入れ不安が軽減出来るよう、関係づくりに努めている。		
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	ケアマネージャーとは別に介護職員の中で担当者を配置し、電話連絡や面会時に様子を報告したり、話を聞くようにしている。		
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	本人の状態や家庭の状態や家庭環境を把握するために、体験利用してもらっている。また、ひだまり、ほっとひだまりからの関わりからご入居される方は申し送りなどで支援は把握しやすい。		
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	畑や梅干し作り、干し柿づくり等教えて頂く事が多い。食事も含め一緒に生活する事で『昔はこーやった』と学ばせて頂く機会も多い。日中は勿論、夜間には1対1でゆっくり話ができる関わりを大切にしている。		
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	利用者が不安がっている時には、家族に電話で安心できる声掛けをして頂いている。また、外出時には家族にも参加して頂いたり、年2回の大掃除にも参加してもらい顔を出して貰える機会を設けている。		
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	慣れ親しんだ家に家族と共に帰ったり、お盆には墓参りに行く支援をしている。来訪を積極的に働き掛け、家族は勿論親戚、近所の方が訪問時には、居室でゆっくりと寛いで貰える様にしている。月平均50名弱の来訪がキープ	馴染みの人や場所について職員は日頃の寄り添いの中や情報シートで把握している。知人への手紙、はがきの差出しを手伝い、その関係等を話し合っって馴染みの関係が途切れ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	利用者様同士の関わりを大切に、性格や状態を把握しながら活動場所や、過ごし方を工夫している。又、必要に応じて席替えやTVや家具のレイアウトも変更している。		

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
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	現在3名が利用終了。その内1名は昨年ケアハウスに入所され、落ち着かれるまでは相談を受けていた。4月には2名亡くなられ、家族には今後ボランティアとしての関わりで関係を継続していきたいと思っている。		
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	毎日の会話の中で、希望や思いを把握するようにし、月1回のカンファレンスにて検討会を実施。又、認知症が進み自分で意向が伝えられなくなっていく前に、なるべく本人からの発言を大事にしている。	職員の話し掛けに対する所作、反応から思いや意向を把握している。更にフェイスシートや家族等との面談も意向の確認に生かしている。眠れない利用者により話相手になり思いの把握に努めている。	
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	ご家族さまからの情報収集や、以前に利用されていた施設などからも情報を収集し、職員には個々に口答伝達をしている。		
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	日々申し送りやミーティングを行い、一日の状況を把握し、些細な変化等についても日報や伝達ノートで関わる職員皆が現状把握に努めている。		
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	まずはケアマネージャーが計画を立てた上で、縁としての介護計画を作成。初回はミーティングにて職員間で意見交換し、月に一度受け持ちによるモニタリングを作成し、スタッフ皆が目を通している。	本人、家族の要望を組み入れケアマネージャーが計画書を作成し家族に承認を得ている。その計画書を基に、担当職員が細部に亘る介護計画書を作成し、毎月のモニタリングで協議し変化のない時は6ヶ月毎に見直している。	介護計画は利用者の状態に変化が見られない場合でも3ヶ月毎に見直し家族の承認を得ることを期待する。
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	気づきや変化はカルテに記入し日々のミーティングで報告し、伝達ノートを活用して情報の共有ができるように努めている。又、GHフォーラムで学んできた「10分カンファ」を取り入れ、ケアの現状、見直し、統一などに役立てている。		
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	法人理念が「利用者が主役」であり、柔軟な支援への可能な限り対応できる。		

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	地元ボランティアさんの受け入れや、幼稚園の草むしり活動。区の行事(お祭り)への参加をしている。		
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に支援している	今までのかかりつけ医をそのまま利用していただき、可能な方は受診、無理な方は往診対応としている。又、ご家族が都合つかない時の受診同行や往診時のご家族同席もとり入れている。	1名を除き、各々のかかりつけ医が事業所の契約医でもある。管理者を始め法人全体で5人の看護職員を擁し、かかりつけ医との間では定期往診時等に看護職員が同席し連携を図り医療ファイルに受診記録を保存し家族と共有している。	
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	往診時には看護師同席している。日中看護師と介護職が共にケアしており、看護的な情報は速やかに相談が行なわれている。その上で、必要な方には看護師よりご家族への説明をしたり、Dr上申をしている。		
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。	総合病院へ定期受診される方については、Nsよりtelにて担当科へ状態報告をしている。又、医療連携室との関係を密にしている。		
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	まずは、主治医とご家族の間で、重度化した場合の方針を話し合わせ、事業所として重説にて前向きに対応する方針を説明している。尚、4月に亡くなった2名共に、GHIにて看取りまで対応した。デス・カンファレンスの実施を検討し今後には生かすと共に家族のケアにも努めている。	事業所の終末期対応方針を定め重要事項説明書に記載し契約時に家族に説明し同意を得ている。重度化に至った時や終末期ケアに入った時には家族と十分に話し合い、医療機関とも連携を図り、事業所挙げて取り組んでいる。看取り時には全職員が立ち会った。	
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	消防職員による救急対応研修に、夜勤をするスタッフ中心に参加してもらった。		
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	年2回消防士の指導を頂き、夜間及び日中想定避難訓練を实地。近隣の方にも非常時の依頼をしている。又、長崎のGH火災を受けて、デッキからスロープを使用している、避難訓練が出来るように整備した。	運営推進会議メンバーに訓練を見学して貰い、推進会議で講評を受け災害に備えている。隣家住民が避難した利用者を見守る役目を引き受ける等協力体制が整っている。居間に避難手順や経路図を貼り出している。	

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
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	声かけにおいては、1人ひとり人格を尊重する様配慮し、特に大勢の中での声掛けには直接表現を避け、トイレを「花」と表現する等、気をつけている。又、スタッフ間でも、互いに注意しあえる関係を作っている。	全職員が内外の人権、プライバシーの研修を受講している。大声で誘導しない、耳元で穏やかな声掛け等の言葉遣いや態度に利用者を人生の先輩としての敬意を以って接していることが窺える。利用者の言動を決して否定せず、相談や話し合って納得を得ている。	
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	日々の活動(散歩等)や、おやつや飲み物は選択できるようにしている。外食時も行きたい所を聞いたり、好きなメニューを選択してもらっている。		
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	入浴時間や入浴日を本人の希望に添えるようにしている。又、日中の過ごし方についても個々の希望を尊重するようにしている。		
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	各居室の洗面台は常に気持ちよく使用できるようにしている。カットについては、介護ボランティアもされている美容師さんにしていただき、希望時にカットできるように連絡をとっている。又、季節にあった衣服が着れ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	食事準備や片付けなどで個々の出来ることで参加してもらっている。又、お好み焼きなど、一緒に作る過程から楽しめるものも、メニューに取り入れている。	利用者と職員と一緒に調理、配膳、茶わん拭き、後片付け等、出来る人が分担参加をしている。職員も利用者と一緒に食事している。ほぼ毎月の外食はボランティアの支援を得て利用者には楽しい催しになっている。	
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	食事量、飲水量の把握に努め、状態に応じて食事形態や食事量の変更をしている。又、食事が入らない時には、時間をずらしたり捕食で食べられるものを摂取していただいている。ターミナルにおいては、時に本人の嗜好を元に、食べられるものを食べていただくよう努めている。		
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	毎食後の口腔ケアはもちろん、義歯装着の方には、就寝時に義歯洗浄剤を使用している。又、必要時には歯科受診に同行している。カルテには、口腔ケアチェック欄を設けている。		

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
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	入居者の大半が自力でのトイレ排泄が不可能である。なるべくトイレで排泄出来る様支援している。ズボンを下ろす際に間に合わず失敗してしまう方には、トイレに入るのを確認したらズボンを下ろす介助を行うことで失敗が減っている。	排泄表から個々の排泄パターンを把握し定期的にトイレ誘導をしている。外出前や入浴前、睡眠前のトイレ誘導は生活習慣を大切にしている。利用者毎に昼、夜用パッド、リハパンを使い分けトイレでの排泄を支援している。	
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	朝食後メニューにヨーグルトを加えている。10時のおやつ時には、牛乳やバナナジュース、ミックスジュースを飲んで頂いている。又、排便状況は毎日ナースに報告している。必要時、下剤調整もしている。		
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	個々の体調や希望時間に配慮した時間や、行事がある時は行事を優先とした時間に行っている。又、失便により汚染された時には、予定日外でもシャワー浴をするなどの対応をとっている。	入浴の時間帯は一応午前中としているが利用者の希望に沿う様柔軟に対応している。平均の入浴回数は毎日でも可能だが週2~4日である。体調不良の場合は週2日の入浴になる事がある。全ての利用者に介助が必要だが個浴対応している	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	日中休息については、体調に応じて横になって頂く機会を設けている。その際は、自室ではなく生活音のあるリビング和室にて休んでいただいている。夜間も眠れない方には、リビングでお話したり、添い寝したりして、安心していただけるように配慮している。		
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	ナースによる薬の管理の上、Drとの都度相談により不必要な内服を減らす支援をしている。薬剤情報の保管。又、薬ケースには薬剤情報を明記している。		
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	それぞれの出来ることを見極め、掃除、茶碗拭き、洗濯物たたみ、水やり、畑などの生活していく上での役割を持っていただいている。又、デイやほっとひだまりとも、いつでも行き来できる。		
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	気候の良い時は近隣や隣接の人権センターまで散策している。近所への散歩は勿論、家族様やボランティアにも声をかけて、お花見や琵琶湖博物館に出掛けた。お盆の墓参りには、家族様だけでは大変な方には、職員が同行させて頂いた。	利用者、職員双方の気分転換の為、外出ボランティアの協力を得て自治会の催しや季節の花見、名所旧跡見学、図書館、買い物、外食と頻繁に出掛ける様にしている。外出を嫌う利用者にも先ず外に出る事を説得し、車中でお喋りをし理解を深め、解消した例もある。	

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	事務所にてお小遣いを預かっており、外出した時には、希望のものを購入してもらっている。また手持ちの小遣いが少なくなるとご家族に連絡させていただいている。		
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	心配ごとや、気になることがあった時には、介助のもと、ご家族さんに電話をかけていただいている。また、年末になると、年賀状を書いて出す機会を作った。		
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	トイレ使用時、長い時間使用されている方には、一度退室する際に、他の方が入らないよう、扉を施錠している。また各居室前には、季節の飾りものを作り、飾っている。リビングにも写真を飾ったり、読みやすい本を置いたりしている。	居間兼食堂に隣接する和室には仏壇を設え看取った利用者の位牌を祀り、毎日昼食前に利用者が勤行している。遮光カーテンで明るくなり過ぎない配慮をしている。対面キッチンで雑談を交わし調理の音や匂い等、家庭的な雰囲気を居間に漂わせている。洗面台、トイレ、風呂等清潔に保っている。	
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	リビングの日当たりの良い所に、外が眺められる3人掛けソファーを用意したり、和室にもソファーを用意している。和室は必要時、閉め切れるようになっている。また、気候の良い時にちょっと外に出られるよう、玄関外にもソファーが置いてある。		
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	自宅で使用されていた家具を持参されたり、本人が以前に作られた手芸品を飾られたり、動物好きな方の居室には、可愛いぬいぐるみが置かれている。読書好きの利用者は文庫本を沢山持ちこんでいる。	利用者は馴染みの身の回り品を持ち込み、慣れた家庭の部屋に近付けようと家族と相談しベッドの向きや箆笥の位置を決めている。居室の温度管理や清掃等快適に過ごせる様、居室作りを支援している。	
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	リビングには日めくりカレンダーを飾っている。失禁されたパンツを居室の洗面所で洗われる方には、洗った後に入れてもらうバケツを居室に設置した。又、トイレへの動線(安全・自立)なども考えての部屋わりをしている。		

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。

【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	介護計画	介護計画の見直しの充実	介護計画は利用者の状態に変化がみられない場合でも3か月毎に見直し、家族の承認を得ていく。又、毎月のケアカンファレンスにて介護計画に伴うケアチェック表の見直しをおこなう。	12ヶ月
2		介護記録の理解不足	介護計画に反映できるように日々の記録の統一化を図る	外部講師による記録の勉強会を持ち、意識の統一化を図る。また、記録見直し担当者を中心に、毎月目標と見直しをし、日々の記録を統一していく。	12ヶ月
3					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。