

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	2370400992		
法人名	有限会社 アット		
事業所名	アットホームあいり (1階)		
所在地	愛知県名古屋市区西玉池町255番地		
自己評価作成日	平成24年 2月 7日	評価結果市町村受理日	平成25年 4月18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://www.kaijokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2012_022_kani=true&JiyosvoCd=2370400992-00&PrefCd=23&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
所在地	愛知県名古屋市区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成25年 3月16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)】

出来るだけ車椅子を使用せず、シルバーカーや手引き歩行にて、自分で歩く力の維持、回復を支援している。食事については、買い物から調理まで利用者と一緒にいき、個人の希望や状態によって対応している。玄関は防犯目的の、夜間の施錠以外は開錠されており、いつでも出入り出来る様になっている。その為、ご家族様も来訪しやすく、開放的なホームとなっている。日々の中では、タイムスケジュールを設けず、一人ひとりの希望(ニーズ)を尊重し、生活の主体が利用者様中心となる様、取り組んでいる。

【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)】

若い管理者に交代して1年が経過した。「理念に惹かれて入職した。理念の変更はない」ときっぱり断言する管理者に、利用者本位の支援を目指す強い覚悟が感じられた。この若い男性管理者を、前管理者(法人代表)や副ホーム長が適切にサポートしている。管理層が、理念や方針を理解できない職員に対しては、「退職もやむなし」との強い姿勢で臨んでおり、確かな支援を提供するうえでの支えともなっている。
 家族の来訪が頻繁にあり、家族会(年2回)も開催されていることから、家族の意見や要望の把握は十分である。家族アンケートにも多くの建設的な意見があったように、家族から意見を出しやすい環境が整っていることも理解できる。

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している (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	当ホームの理念『女性は女性らしく、男性は男性らしく、人間は人間らしく・・・』を共有し繋げ、理念の実践に向けて全職員で昨年同様『利用者様中心のケアの実践』をテーマに話し合い継続的に取り組んでいる。	管理者の交代から1年が経過した。若い男性管理者は、「理念に惹かれて入職した。理念の変更はない」ときっぱり断言。傍らで、前管理者(法人代表)や副ホーム長が頼もしげなまなざしで見守っている。	
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	買い物や散歩や外食等を通じて、地域の方との交流を含め、『同じ地域の一員』として理解して頂ける様にしている。(挨拶、店員さんやご近所さんと会話、いどばた会、地域の行事、近隣の子供、学校・保育園行事など)	相手を特定せず、様々な機会を通して地域と交流している。毎月開催の高齢者を対象とした「いどばた会」では、悪質な訪問販売に対する注意喚起や、節電対策のための風鈴作り等、有効な情報発信をしている。	
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	月に1回、地域や老人会の方々が集える場として『いどばた会』を開催し、介護予防としての物作りを行ったり、認知症の理解や支援、情報を提供している。その『いどばた会』に利用者様も参加して頂く事で交流を図って頂く機会も作っている。		
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ヶ月に1回、自治会長など地域住民・ご家族様代表、主治医、相談員の方々に参加して頂き、ホームの取り組みや実施状況について報告し、意見や協力を頂きながら話し合っている。特に今年度は消防団の方からはご意見、指導いただきながら訓練などの実践に取り組んでいる。	2ヶ月に1度の運営推進会議では、ホーム運営の報告にとどまることなく、参加者の知識や意識を高める学びの場ともなっている。「目標達成計画」に取り上げた各項目に関しても、取り組みの進捗が報告されている。	
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に取り組んでいる	担当者との面談や電話等で話し合いを行っている。また、運営推進会議の報告書などで報告や確認、質問などを連絡している。	運営推進会議への市・職員の出席が無く、いきいきセンターの職員が時折出席する程度である。しかし、運営上の疑問点や質問事項があれば、電話等による連絡を密にして解決を図っている。	
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	開設当初より施錠をしない環境を職員が理解した上で実行しており、それ以外でも利用者様の状態の把握に努め、危険などが予測される場合は、見守りや寄り添うケアで身体拘束を行わない事を全職員で徹底している。ただし、言葉による拘束については常に意識した対応が必要である。	理念の一節にある「人間らしく」を実現させるため、ホーム内は全て無施錠の方針を貫いている。理念に則った「拘束をしないケア」を職員全員で実践しており、理念・方針を理解しない職員に対しては、「退職」も辞さない覚悟で臨んでいる。	理念・方針を共有する職員の集団(組織)は強い。今後も、職員の都合に流されない、「利用者本位の支援」を追求して欲しい。
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	これまでも虐待行為やそれを疑う様な行為はなく、利用者様の外傷等の状態は常に把握・対応し、その原因を追究している。また、より一層の高いケアを行う為に言葉の虐待など、今後も引き続き全職員で虐待について研修を行う。		

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	勉強会・研修で学ぶ機会を設け自己にて資料などの学べる様な環境はあるが、新しい職員も増えた為、改めて学ぶ機会を設け、皆が理解し活用していける様にしていきたい。		
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	ご家族様のお気持ちや思いに寄り添い、書面ならびに口頭での十分な説明を行ない、時間をかけて丁寧に対応し良好な関係を築いている。		
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	年2回家族会を開き、意見や要望を真摯に受け止め、意見集約し支援に繋げている。相談窓口を設けており、契約時には外部への相談方法も含め十分な説明を行ない、またいつでも来訪出来る環境、話し易い環境を心掛け、良好な関係を築いている。	家族のホーム訪問が頻繁にある。調査当日も、家族連れ立っての来訪が何組かあった。年間2回の家族会開催や、家族アンケートの結果からも、利用者・家族が意見を言いやすい環境が見て取れる。	
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	代表者を交えて定期的にミーティングを行っており、そのミーティングの中で職員が意見を出し合い、取り入れる形になっている。	職員の学びの場として、他の事業所も参加する「コンソーシアム」がある。支援現場で、「何をしたか」ではなく、「なぜ、したか」を掘り下げる研修をしている。ホーム内には、自由に意見を言い合える雰囲気がある。	
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	日頃から、職員に対し研修や講演などへの呼びかけも積極的に行ない、資格取得にも協力し職員の意欲向上に努めている。		
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	入職の際に、オリエンテーションを行いホームの理念を伝え共有し、その後は現場にてOJTを使用し研修を行なっている。年間教育研修スケジュールを立て、個々に目標設定と面談を行い、また何かあればその都度上級者に相談する形をとっている。		
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	毎月、地域のGHが集まり(認知症ケアコンソーシアム)、勉強会を行ったり意見交換や交流を深め、互いにサービスの質の向上を目指している。		

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	事前面談で情報収集を行い、収集されなかった情報については入居された際にご本人の様子・訴えに寄り添い気付き傾聴し、ご本人の立場になって考え1つずつ不満や不安を減らし、信頼関係を築き安心した生活を送って頂ける様努めている。		
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	初期では、ご家族様の情報を元に相談しながら、まずはご家族様の立場に立って考え対応している。また、気軽にいつでも来訪・相談できる様な環境を心掛け、ご家族様から相談や要望などあった場合には、皆で話し合い解決に努めている。		
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	相談の際に、現状を把握しご本人にとって本当に必要と思われるサービスのご家族への紹介と相談を行なっている。入居後は情報を収集し、ケアマネが作成したケアプランに基づいて支援している。現在ホームで他のサービスを受けている(マッサージ等)方もおり、今後も必要なものかを見極め導入していきたい。		
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	「利用者様の生活の場」という事を念頭に持ち、利用者様が主になれる形や環境作りを意識している。普段の生活の中で人生の大先輩に教えて頂く事は多く、双方が支えあう(持ちつ持たれつ)関係が見られる。ホームでの穏やかな生活を送って頂ける様努めている。		
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	契約の際にも説明しているが、ホームでの行事に参加して頂きご本人と交わる場を持っている。また、毎月のお手紙や来訪時にご本人の様子を報告し、その際に少しでも多く笑顔が見られる様な空間を大切にし、ご本人とご家族との潤滑油になれる様努めている。		
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	ご家族へ確認し、その方の馴染みの場所(スーパー・和菓子屋・美容室など)への外出希望を可能な限り対応出来る様努めている。また、電話や訪問を特に規制せず、自由な触れ合いを設けている。これまで暮らしてきた場所とは違う方も多いが、ご本人が大切にされてきた生活習慣を可能な限り尊重している。	利用者から希望を聞き出し、馴染み深い場所(お店等)へ職員が連れ出している。近くのデイサービスを利用していただいていた利用者は、これまで利用していた時と同じように友達に会いに通っている。	
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	個々の性格や行動等を把握し、出来るだけ皆さんと係わり合いながら一緒に生活して頂ける様、場面設定や声掛け・会話を心掛け、孤立しやすい方がより不安にならない様に努めている。トラブルの際には職員が間に入り、双方に声掛けを行い落ち着いて頂ける様に努めている。		

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	退去後、病院や他事業所に移られる方に対し、情報提供書やサマリーを作成し情報(ご本人が行ってきた事、大切にしている物や好み等)の共有を行っている。		
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	ご本人のその時の表情やその時の思いを読み取り、ご本人の気持ちに寄り添いながら、ご本人の立場に立って考える様努めている。声があがらない方にも日頃からコミュニケーションを図り、ご本人にとって少しでも暮らし易い環境をと考えている。	支援の中でつかんだ利用者の思いを、「業務日誌」や「介護記録」に記録している。すぐに実現が可能なものは、即座に実行に移しているが、時間がかかるものについて、介護計画につなげる仕組みは未整備である。	把握した思いや意向を、職員の記憶や膨大な記録類の中に埋もれさせることの無いよう、モニタリングや計画見直し時に取り出せる仕組みの構築を期待したい。
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	入居時の面接やご家族からの情報(生活歴や大切にしてきた事柄や好み)など些細な事でも聞く姿勢を持ち、「その方を知る」事に務めている。生活の中でプライバシーに配慮しながら、ご本人との会話の中からも把握する様に努め、少しでも快適な生活を共に考えている。		
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	日々の生活の中で気付いた事柄を記録に残し、その日その時の体調や気分等を把握し心身の安定に努め、一人一人のペースを把握し変化を見逃さない様に努めている。また、ご本人の有する力(出来る力)を決め付けず、状態を観察しながらその方の有する事(出来る事)を探し、支援に努めている。		
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	日々のケアで気付いた事を書き込める様にモニタリング用紙があり、全利用者様に係られる様定期的なサイクルで、その都度担当を決め記入し提出している。ご本人にとって今何が最善か、何が必要か模索し、介護計画の作成に活かし、作成後のプランを全職員が目を通してもらえる様チェック用紙も変更した。	3ヶ月ごとにモニタリングを実施し、6ヶ月で介護計画を見直している。利用者の状態の変化をとらえての見直し事例はあるが、意向の変化に注目した見直しは実施されていない。	「個別ケア」の大きな目的の一つが、意向を反映した計画作成とその実現。その人らしさの感じられる介護計画が作成されることを望みたい。
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	個別記録に日々の利用者様の様子・訴え・ご本人の言葉・気付いた事などを極力間を置かない様記録に努めている。その他にもスタッフノートに気づきなど書き込んだりし、必要に応じミーティングにて議題として取り上げ話し合っている。		
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	緊急時の受診や主治医の指示の元、看護師が点滴を行なう等の医療的な対応を出来る限り柔軟に行なっている。内科(往診)だけでなく、訪問歯科や訪問マッサージ等といった個別のニーズに合わせた対応をしている。		

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
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	一部の利用者様ではあるが、近所のスーパーへ毎日買い物へ出掛け、店員や買い物客と会話したり、地域の美容院や喫茶店や和菓子屋や近所での外食を利用したりする等、社会との繋がりを感じられる場を作っている。		
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	入居の際に今までのかかりつけ医をそのまま継続して頂ける事を説明し、ご家族の協力を得て受診して頂いている。ホームでの定期的な往診の報告や、他診療を受ける際にもご家族に相談・報告を行なっている。	入居前のかかりつけ医をそのまま継続することも可としているが、ほとんどの利用者がホーム提携医に変更している。提携医及び歯科医については、往診による診療となっている。	副ホーム長と2名の看護師がおり、利用者の安心・安全な暮らしを担保している。この体制の維持によって、今後予想される医療依存度の高まりにも対処してほしい。
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	現在2名の看護資格を持つ職員がおり、何かあればその都度相談や報告、アドバイスや指示を受け、処置や受診などの適切な医療面の支援を行なっている。往診・訪問診療体制も整っている。		
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。	利用者様が入院された場合、ホーム長が主となりご家族も含め相談しながら、ホームでの生活が可能になった段階で早めの退院に向けてアプローチや話し合いをしている。また、情報提供や情報交換を書面で行っており、必要に応じて電話でも行っている。入院中は身の回り品の準備や洗濯の支援も行っている。		
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	入居の際、重症化した場合や終末期の対応について説明を行っている。実際重症化した場合等は主治医との連携を図りながら指示の元、ホームで行える適切な対応に取り組んでいる。また、状態の変化ごとにご家族様へ説明し、ご要望を確認しながらご家族、職員等一体となったサポートに取り組んでいる。	これまでも多くの終末期ケアや看取りの経験を持っている。利用者本人や家族の意向を重視し、かかりつけ医の意見を受けて対応することとしている。	
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	マニュアルは作成されており、いつでも閲覧でき自己にて学ぶ環境はあるものの、全ての職員が急変や事故発生時に備えての定期的な講習・訓練が行えていないのが現状で、今後も実践に向けての学ぶ機会を積極的に設けていくことが必要で課題でもある。		
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	地域の協力体制に関しては、運営推進会議で話し合われている。ホームでも定期的に消防・非難訓練は行っているが、実際実施してみでの反省・課題はまだ多く、皆で話し合い共有し、色々な場面を想定した訓練を今後も実施したい。	年間2回の防災訓練を実施し、非常時に備えている。スプリンクラーの設置があつて、火事災害による罹災への安心感があるせいか、今年に限っては夜間を想定した避難訓練の実施が無い。	今冬、またグループホームの夜間災害によって犠牲者が出た。地域住民の協力(参加)を得た形で、夜間想定避難訓練の実施を要望したい。

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	ご本人の気持ちに配慮した丁寧な声掛けや支援を常に心掛けている。介護記録の記入に関しては、イニシャルで記入しプライバシーに配慮している。	ホームの理念の根底には、利用者の「ヒトとしての尊重」の精神が流れている。法人代表始め幹部職員は、この方針を理解しない職員については、「退職もやむなし」の強い気持ちで臨んでいる。	
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	決して思い込みや決め付けをせず、その方の思いや希望などが話せ、傾聴し感じ取るよう努め、自己決定して頂けるよう努めている。表出されない方には普段からの関わり、行動や言動、表情などから読み取りコミュニケーションを大切にし、ご本人が選択して頂ける様、少しでも過ごし易い納得のいく生活の支援に努めている。		
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	昨年同様のテーマとして「利用者様中心のケア」に取り組んでいる。まだまだ職員の都合が優先してしまう等反省もあるが、以前と比べ改善されている面も多々ある。決して無理強いや強制は行わず、可能な限りお気持ちや希望を伺い少しでも多く穏やかさや楽しさを感じて頂ける様努めている。		
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	出来る事はご本人でして頂き、ご本人に選んで頂けるような環境を作り、ご本人に満足感を感じて頂けるような支援(起床時の整容や外出時にお化粧したり)を心掛けている。また、自尊心を傷付けない声掛けやアドバイス等、さりげないサポートに努めている。		
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	調理、盛り付け、片付け等、その方が出来る事を一緒に楽しく行なえる様努めている。好き嫌いのある方には別メニューを、硬い食材は調理など工夫して提供している。買い物の際には食材を選んで頂いたり、味付けや調理にアドバイスを頂き一緒に作ったり各々の能力に合わせた支援に努めている。	昼食時、微笑ましい光景を見ることができた。席を立ってお茶を注ぎに回る人、他の利用者のこぼしたご飯を拾って片付ける人、むせた利用者にティッシュを渡す人、行儀が悪い利用者に注意を勧告する人等々、利用者が相互に支え合っの暮らしがあった。	
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	カロリー計算はしていないが、必要に応じて水分摂取量や食事摂取量を把握し体調管理を行っており、不十分な場合は補食も提供している。それぞれの思考にも考慮し、必要に応じて食事の形態も考え提供している。		
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	現在は、毎食後の口腔ケアも行っており、一部の利用者様には1日置きの義歯洗浄の声掛けや介助を引き続き行っている。また、口腔内の異常が見つければ訪問歯科の往診を受けられる環境にあり、定期的に口腔ケアを受けたり、治療したりと適切な支援に心掛けている。		

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	その方に合った時間で個人に合った誘導・排泄介助を行い、出来る限りトイレにて排泄して頂けるよう支援し、清潔保持に努めている。自尊心を傷付けないさりげない声掛けを心掛けている。また、安易に衛生用品に移行せず、一日でも長く、布の下着を使用していただけるよう工夫している。	自力歩行が困難な利用者のトイレへの移動について、安易に車いすを使用せず、職員が手引きで誘導して自立への支援をしている。トイレ誘導時の声掛けも適切である。	
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	排便の有無を把握し、便秘がちの方には起床時の水分補給や冷たい牛乳・野菜ジュース・ヨーグルトやマッサージや運動などで予防に努めた上で内服薬を服用し、便秘解消に努めている。やはり食事からのアプローチが少ないのでもっと積極的に取り入れたい。		
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	特に時間は決めておらず、毎日入浴が出来る環境が整っており、職員の都合にならないよう利用者様の希望を伺う様に努めている。事前に環境を整え、気持ち良く入って頂ける様に心掛けているが、お誘いした際に気分が乗らない場合には、時間を置き改めて声を掛け、無理強いする事のない様努めている。	ほとんどの利用者が毎日入浴しており、個浴が原則になっている。しかし、気の合った利用者同士が連れ立って入浴することもある。利用者にとっては、満足度の高い入浴支援となっている。	
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	自室での休息や、リビングのソファでの休息が出来る様な環境にある。なるべく日中の活動を促し、生活のリズムを整え夜間気持ちよく休んで頂ける様努めている。また、その日の状態を把握しご本人の希望に沿ったお昼寝などもして頂いている。		
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	薬の情報の確認を薬剤師と行い服薬の支援と状況について確認している。副作用についても注意深く観察している。服薬の変更などにも申し送り周知されている。		
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	個々の経験や趣味、得意な事を教えて頂く中で「ありがとう」の感謝の言葉を伝える様にしている。買い物や散歩、習字、囲碁、将棋・ハーモニカ・喫煙(以前からの習慣)など楽しく気分転換出来る様心掛けている。一日の中で一度でもその方に合った声掛けをし、生活の中で楽しんで頂けるよう努めている。		
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	毎日の買い物や散歩、「あそこのお饅頭が食べたいの」と以前からの馴染みの店に行ったり「本屋さんに行きたい」と本屋に行ったり、外出は困難と考えず、可能な限り出掛けられる様努めている。直ぐに対応出来ない事柄に対しては、ご家族にも協力を頂き企画して実行している。	家族の協力を仰ぐこともあるが、日常的な散歩や買い物外出は、ほとんど職員が同行している。春本番、散歩に出てつくしを採ってきた話題で盛り上がっていた。	

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
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	ご家族からのご依頼があれば、少額(1万円程度)をホームで預かる事になっているが、ご本人の希望やご家族と相談の上、ご自身で所持されている方もいる。買い物の際に欲しい物を決め、ご自身でレジにて支払いをして頂く事もある。		
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	ご家族や大切な方との電話や手紙のやり取りは自由に行って頂いている。ご本人からの電話の希望に対しても対応出来ている。利用者様のおひと方は自室に携帯電話を置かれ、ご家族とやり取りをされている。		
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	生活感や季節感を大切にし、清潔感を心掛け暮らし易い環境、開放的な場所作りに努めている。リビングにはその日の献立を貼り出しており、旬の食材や献立で季節感を感じて頂ける様な物になっている。共有空間の換気・室温、匂いに気を配り、水周りの清潔保持に取り組んでいる。	この冬大活躍した「まきストーブ」が、役目を終えてリビングの隅で体を休めている。6畳の畳のコーナーが外部評価のヒアリングに使用されているため、リビング兼食堂は家族の来訪によって大賑わいの状態であった。	
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	気の合った仲の良い利用者様とで一緒にお風呂に入られ楽しまれている事もあり。居室は個室の為、休みたいときには独りになれる空間となる。ご自分で自由に行動されない方に対しては、職員が寄り添い工夫に努めている。		
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	入居の前に馴染みの物の必要性等をお話し、入居時に使い慣れたベットや布団、タンスやその方にとって馴染みのある物(写真や思い出の品など)を持ってきて頂き、少しでも安心出来る居室作りに心掛けている。また、安全面にも配慮した居室空間を作っている。	自立度の高い利用者が居室を案内してくれた。ベッド、筆筒、来客用のソファ等の家具に加えて、テレビや冷蔵庫等の電化製品、位牌、掃除道具、観葉植物、シャンプー、リンス、うがい薬等々、何でも揃っていた。	
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	自室の扉の横には御自分で書いて頂いた表札があり、トイレやお風呂にも分かり易い工夫がされている。空間や場所の誤認がない様障害物を置かないなど注意し、見守りを強化しながら何度も繰り返す支援、さりげない支援に努め自立を促している。		

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	2370400992		
法人名	有限会社 アット		
事業所名	アットホームあいり (2階)		
所在地	愛知県名古屋市区西玉池町255番地		
自己評価作成日	平成24年 2月 7日	評価結果市町村受理日	平成25年 4月18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://www.kaijokensaku.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&JiyosovoCd=2370400992-00&PrefCd=23&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
所在地	愛知県名古屋市緑区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成25年 3月16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)】

出来るだけ車椅子を使用せず、シルバーカーや手引き歩行にて、自分で歩く力の維持、回復を支援している。食事については、買い物から調理まで利用者と一緒にいき、個人の希望や状態によって対応している。玄関は防犯目的の、夜間の施錠以外は開錠されており、いつでも出入り出来る様になっている。その為、ご家族様も来訪しやすく、開放的なホームとなっている。日々の中では、タイムスケジュールを設けず、一人ひとりの希望(ニーズ)を尊重し、生活の主体が利用者様中心となる様、取り組んでいる。

【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)】

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している (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	当ホームの理念『女性は女性らしく、男性は男性らしく、人間は人間らしく・・・』を共有に繋げ、理念の実践に向けて全職員で昨年同様『利用者様中心のケアの実践』をテーマに話し合い継続的に取り組んでいる。		
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	買い物や散歩や外食等を通じて、地域の方との交流を含め、『同じ地域の一員』として理解して頂ける様にしている。(挨拶、店員さんやご近所さんと会話、いどばた会、地域の行事、近隣の子供、学校・保育園行事など)		
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	月に1回、地域や老人会の方々が集える場として『いどばた会』を開催し、介護予防としての物作りを行ったり、認知症の理解や支援、情報を提供している。その『いどばた会』に利用者様も参加して頂く事で交流を図って頂く機会も作っている。		
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ヶ月に1回、自治会長など地域住民・ご家族様代表、主治医、相談員の方々に参加して頂き、ホームの取り組みや実施状況について報告し、意見や協力を頂きながら話し合っている。特に今年度は消防団の方からはご意見、指導いただきながら訓練などの実践に取り組んでいる。		
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に取り組んでいる	担当者との面談や電話等で話し合いを行っている。また、運営推進会議の報告書などで報告や確認、質問などを連絡している。		
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	開設当初より施錠をしない環境を職員が理解した上で実行しており、それ以外でも利用者様の状態の把握に努め、危険などが予測される場合は、見守りや寄り添うケアで身体拘束を行わない事を全職員で徹底している。ただし、言葉による拘束については常に意識した対応が必要である。		
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	これまでも虐待行為やそれを疑う様な行為はなく、利用者様の外傷等の状態は常に把握・対応し、その原因を追究している。また、より一層の高いケアを行う為に言葉の虐待など、今後も引き続き全職員で虐待について研修を行う。		

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	勉強会・研修で学ぶ機会を設け自己にて資料などの学べる様な環境はあるが、新しい職員も増えた為、改めて学ぶ機会を設け、皆が理解し活用していける様にしていきたい。		
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	ご家族様のお気持ちや思いに寄り添い、書面ならびに口頭での十分な説明を行ない、時間をかけて丁寧に対応し良好な関係を築いている。		
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	年2回家族会を開き、意見や要望を真摯に受け止め、意見集約し支援に繋げている。相談窓口を設けており、契約時には外部への相談方法も含め十分な説明を行ない、またいつでも来訪出来る環境、話し易い環境を心掛け、良好な関係を築いている。		
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	代表者を交えて定期的にミーティングを行っており、そのミーティングの中で職員が意見を出し合い、取り入れる形になっている。		
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	日頃から、職員に対し研修や講演などへの呼びかけも積極的に行ない、資格取得にも協力し職員の意欲向上に努めている。		
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	入職の際に、オリエンテーションを行いホームの理念を伝え共有し、その後は現場にてOJTを使用し研修を行なっている。年間教育研修スケジュールを立て、個々に目標設定と面談を行い、また何かあればその都度上級者に相談する形をとっている。		
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	毎月、地域のGHが集まり(認知症ケアコンソーシアム)、勉強会を行ったり意見交換や交流を深め、互いにサービスの質の向上を目指している。		

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	事前面談で情報収集を行い、収集されなかった情報については入居された際にご本人の様子・訴えに寄り添い気付き傾聴し、ご本人の立場になって考え1つずつ不満や不安を減らし、信頼関係を築き安心した生活を送って頂ける様努めている。		
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	初期では、ご家族様の情報を元に相談しながら、まずはご家族様の立場に立って考え対応している。また、気軽にいつでも来訪・相談できる様な環境を心掛け、ご家族様から相談や要望などあった場合には、皆で話し合い解決に努めている。		
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	相談の際に、現状を把握しご本人にとって本当に必要と思われるサービスのご家族への紹介と相談を行なっている。入居後は情報を収集し、ケアマネが作成したケアプランに基づいて支援している。現在ホームで他のサービスを受けている(マッサージ等)方もおり、今後も必要なものかを見極め導入していきたい。		
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	「利用者様の生活の場」という事を念頭に持ち、利用者様が主になれる形や環境作りを意識している。普段の生活の中で人生の大先輩に教えて頂く事は多く、双方が支えあう(持ちつ持たれつ)関係が見られる。ホームでの穏やかな生活を送って頂ける様努めている。		
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	契約の際にも説明しているが、ホームでの行事に参加して頂きご本人と交わる場を持っている。また、毎月のお手紙や来訪時にご本人の様子を報告し、その際に少しでも多く笑顔が見られる様な空間を大切にし、ご本人とご家族との潤滑油になれる様努めている。		
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	ご家族へ確認し、その方の馴染みの場所(スーパー・和菓子屋・美容室など)への外出希望を可能な限り対応出来る様努めている。また、電話や訪問を特に規制せず、自由な触れ合いを設けている。これまで暮らしてきた場所とは違う方も多いが、ご本人が大切にされてきた生活習慣を可能な限り尊重している。		
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	個々の性格や行動等を把握し、出来るだけ皆さんと係わり合いながら一緒に生活して頂ける様、場面設定や声掛け・会話を心掛け、孤立しやすい方がより不安にならない様に努めている。トラブルの際には職員が間に入り、双方に声掛けを行い落ち着いて頂ける様に努めている。		

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	退去後、病院や他事業所に移られる方に対し、情報提供書やサマリーを作成し情報(ご本人が行ってきた事、大切にしている物や好み等)の共有を行っている。		
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	ご本人のその時の表情やその時の思いを読み取り、ご本人の気持ちに寄り添いながら、ご本人の立場に立って考える様努めている。声があがらない方にも日頃からコミュニケーションを図り、ご本人にとって少しでも暮らし易い環境をと考えている。		
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	入居時の面接やご家族からの情報(生活歴や大切にしてきた事柄や好み)など些細な事でも聞く姿勢を持ち、「その方を知る」事に務めている。生活の中でプライバシーに配慮しながら、ご本人との会話の中からも把握する様に努め、少しでも快適な生活を共に考えている。		
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	日々の生活の中で気付いた事柄を記録に残し、その日その時の体調や気分等を把握し心身の安定に努め、一人一人のペースを把握し変化を見逃さない様に努めている。また、ご本人の有する力(出来る力)を決め付けず、状態を観察しながらその方の有する事(出来る事)を探し、支援に努めている。		
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	日々のケアで気付いた事を書き込める様にモニタリング用紙があり、全利用者様に係られる様定期的なサイクルで、その都度担当を決め記入し提出している。ご本人にとって今何が最善か、何が必要か模索し、介護計画の作成に活かし、作成後のプランを全職員が目を通してもらえる様チェック用紙も変更した。		
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	個別記録に日々の利用者様の様子・訴え・ご本人の言葉・気付いた事などを極力間を置かない様記録に努めている。その他にもスタッフノートに気づきなど書き込んだりし、必要に応じミーティングにて議題として取り上げ話し合っている。		
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	緊急時の受診や主治医の指示の元、看護師が点滴を行なう等の医療的な対応を出来る限り柔軟に行なっている。内科(往診)だけでなく、訪問歯科や訪問マッサージ等といった個別のニーズに合わせた対応をしている。		

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
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	一部の利用者様ではあるが、近所のスーパーへ毎日買い物へ出掛け、店員や買い物客と会話したり、地域の美容院や喫茶店や和菓子屋や近所での外食を利用したりする等、社会との繋がりを感じられる場を作っている。		
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	入居の際に今までのかかりつけ医をそのまま継続して頂ける事を説明し、ご家族の協力を得て受診して頂いている。ホームでの定期的な往診の報告や、他診療を受ける際にもご家族に相談・報告を行なっている。		
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	現在2名の看護資格を持つ職員がおり、何かあればその都度相談や報告、アドバイスや指示を受け、処置や受診などの適切な医療面の支援を行なっている。往診・訪問診療体制も整っている。		
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。	利用者様が入院された場合、ホーム長が主となりご家族も含め相談しながら、ホームでの生活が可能になった段階で早めの退院に向けてアプローチや話し合いをしている。また、情報提供や情報交換を書面で行っており、必要に応じて電話でも行っている。入院中は身の回り品の準備や洗濯の支援も行っている。		
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	入居の際、重症化した場合や終末期の対応について説明を行っている。実際重症化した場合等は主治医との連携を図りながら指示の元、ホームで行える適切な対応に取り組んでいる。また、状態の変化ごとにご家族様へ説明し、ご要望を確認しながらご家族、職員等一体となったサポートに取り組んでいる。		
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	マニュアルは作成されており、いつでも閲覧でき自己にて学ぶ環境はあるものの、全ての職員が急変や事故発生時に備えての定期的な講習・訓練が行えていないのが現状で、今後も実践に向けての学ぶ機会を積極的に設けていくことが必要で課題でもある。		
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	地域の協力体制に関しては、運営推進会議で話し合われている。ホームでも定期的に消防・非難訓練は行っているが、実際実施してみでの反省・課題はまだ多く、皆で話し合い共有し、色々な場面を想定した訓練を今後も実施したい。		

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	ご本人の気持ちに配慮した丁寧な声掛けや支援を常に心掛けている。介護記録の記入に関しては、イニシャルで記入しプライバシーに配慮している。		
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	決して思い込みや決め付けをせず、その方の思いや希望などが話せ、傾聴し感じ取るよう努め、自己決定して頂けるよう努めている。表出されない方には普段からの関わり、行動や言動、表情などから読み取りコミュニケーションを大切にし、ご本人が選択して頂ける様、少しでも過ごし易い納得のいく生活の支援に努めている。		
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	昨年同様のテーマとして「利用者様中心のケア」に取り組んでいる。まだまだ職員の都合が優先してしまう等反省もあるが、以前と比べ改善されている面も多々ある。決して無理強いや強制は行わず、可能な限りお気持ちや希望を伺い少しでも多く穏やかさや楽しさを感じて頂ける様努めている。		
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	出来る事はご本人でして頂き、ご本人に選んで頂けるような環境を作り、ご本人に満足感を感じて頂けるような支援(起床時の整容や外出時にお化粧したり)を心掛けている。また、自尊心を傷付けない声掛けやアドバイス等、さりげないサポートに努めている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	調理、盛り付け、片付け等、その方が出来る事を一緒に楽しく行なえる様努めている。好き嫌いのある方には別メニューを、硬い食材は調理など工夫して提供している。買い物際には食材を選んで頂いたり、味付けや調理にアドバイスを頂き一緒に作ったり各々の能力に合わせた支援に努めている。		
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	カロリー計算はしていないが、必要に応じて水分摂取量や食事摂取量を把握し体調管理を行っており、不十分な場合は補食も提供している。それぞれの思考にも考慮し、必要に応じて食事の形態も考え提供している。		
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	現在は、毎食後の口腔ケアも行っており、一部の利用者様には1日置きの義歯洗浄の声掛けや介助を引き続き行っている。また、口腔内の異常が見つければ訪問歯科の往診を受けられる環境にあり、定期的に口腔ケアを受けたり、治療したりと適切な支援に心掛けている。		

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	その方に合った時間で個人に合った誘導・排泄介助を行い、出来る限りトイレにて排泄して頂けるよう支援し、清潔保持に努めている。自尊心を傷付けないさりげない声掛けを心掛けている。また、安易に衛生用品に移行せず、一日でも長く、布の下着を使用していただけるよう工夫している。		
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	排便の有無を把握し、便秘がちの方には起床時の水分補給や冷たい牛乳・野菜ジュース・ヨーグルトやマッサージや運動などで予防に努めた上で内服薬を服用し、便秘解消に努めている。やはり食事からのアプローチが少ないのもっと積極的に取り入れたい。		
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	特に時間は決めておらず、毎日入浴が出来る環境が整っており、職員の都合にならないよう利用者様の希望を伺う様に努めている。事前に環境を整え、気持ち良く入って頂ける様に心掛けているが、お誘いした際に気分が乗らない場合には、時間を置き改めて声を掛け、無理強いする事のない様努めている。		
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	自室での休息や、リビングのソファでの休息が出来る様な環境にある。なるべく日中の活動を促し、生活のリズムを整え夜間気持ち良く休んで頂ける様努めている。また、その日の状態を把握しご本人の希望に沿ったお昼寝などもして頂いている。		
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	薬の情報の確認を薬剤師と行い服薬の支援と状況について確認している。副作用についても注意深く観察している。服薬の変更などにも申し送りで周知されている。		
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	個々の経験や趣味、得意な事を教えて頂く中で「ありがとう」の感謝の言葉を伝える様にしている。買い物や散歩、習字、囲碁、将棋・ハーモニカ・喫煙(以前からの習慣)など楽しく気分転換出来る様心掛けている。一日の中で一度でもその方に合った声掛けをし、生活の中で楽しんで頂けるよう努めている。		
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	毎日の買い物や散歩、「あそこのお饅頭が食べたいの」と以前からの馴染みの店に行ったり「本屋さんに行きたい」と本屋に行ったり、外出は困難と考えず、可能な限り出掛けられる様努めている。直ぐに対応出来ない事柄に対しては、ご家族にも協力を頂き企画して実行している。		

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
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	ご家族からのご依頼があれば、少額(1万円程度)をホームで預かる事になっているが、ご本人の希望やご家族と相談の上、ご自身で所持されている方もいる。買い物の際に欲しい物を決め、ご自身でレジにて支払いをして頂く事もある。		
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	ご家族や大切な方との電話や手紙のやり取りは自由に行って頂いている。ご本人からの電話の希望に対しても対応出来ている。利用者様のおひと方は自室に携帯電話を置かれ、ご家族とやり取りをされている。		
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	生活感や季節感を大切にし、清潔感を心掛け暮らし易い環境、開放的な場所作りに努めている。リビングにはその日の献立を貼り出しており、旬の食材や献立で季節感を感じて頂ける様な物になっている。共有空間の換気・室温、匂いに気を配り、水周りの清潔保持に取り組んでいる。		
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	気の合った仲の良い利用者様とで一緒にお風呂に入られ楽しまれている事もあり。居室は個室の為、休みたいときには独りになれる空間となる。ご自分で自由に行動されない方に対しては、職員が寄り添い工夫に努めている。		
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	入居の前に馴染みの物の必要性等をお話し、入居時に使い慣れたベットや布団、タンスやその方にとって馴染みのある物(写真や思い出の品など)を持ってきて頂き、少しでも安心出来る居室作りに心掛けている。また、安全面にも配慮した居室空間を作っている。		
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	自室の扉の横には御自分で書いて頂いた表札があり、トイレやお風呂にも分かり易い工夫がされている。空間や場所の誤認がない様障害物を置かないなど注意し、見守りを強化しながら何度も繰り返す支援、さりげない支援に努め自立を促している。		

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	1・12 13	新規入職者を迎え入れ、新たな体制の下、アットホームあいりにおける日常生活支援の内容を統一と質の向上に取り組むたね、認知症ケアに対する知識・質の向上を図る必要がある。	基本理念の共有を徹底し、質の高いケアの提供を目指すため、入社時のOJTの充実と定期的な勉強会を実施。	・基本理念の共有と徹底のための、教育担当者をもとにした勉強会の計画と実施 ・新規入職者研修で行うOJTの見直し、随時更新の実施と徹底	ヶ月
2	23・25 26・27	利用者様の身体的な変化に対応したケアプランは作成され、支援の提供がされているが、日々の生活の中で職員が気づいた利用者様のニーズ(思い)の反映が不十分である。 昨年度からの継続目標	利用者様の新たなニーズが現れた時など、ケアプランを随時更新し、“利用者様の顔の見えるケアプラン作り”を実践する。そのため情報収集からケアプラン作成までの仕組み・体制の確立。	・ケアマネージャを中心に、ケアプラン作成までの一連の流れ(情報収集、モニタリング、情報集約、ケアプラン作成、実践、結果、評価等)の確立。	ヶ月
3	34・35	防災訓練の実施状況が不十分であり、年間の訓練を増やすと同時に、消火器の使用方法、緊急時の連絡網の更新・活用が必要である。	定期訓練・随時訓練の実施体制の整備と防災計画の見直し。 夜間帯における非常時体制の整備。 消火器の使用方法の習得。 職員の入退職に合わせた訓練体制の整備。	・定期訓練以外にも随時訓練の実施を盛り込んだ計画の見直し・作成。 ・消防団の協力のもと、消火訓練の実施。 ・夜間帯での火災を想定した避難訓練の実施。 ・職員の入退職時における緊急連絡網の速やかな更新と連絡訓練の実施。	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。