

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26年 1月30日	評価結果市町村受理日	平成26年 5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://www.kai.gokensaku.jp/23/index.php?action=kouhvu_detail_2013_022_kani=true&JiyosyoCd=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26年 3月 8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)】

“利用者様中心のケア”の実践に向け、可能な限り利用者様自身のペースで生活して頂き、GHのあるべき姿(日常生活支援)を意識し続けている。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様と一緒にいき、個人の希望や状態によって対応している。今年度からは新たに庭に小さな畑も作り、外へ出るきっかけ作りをしたり、野菜を育て収穫する楽しみや四季を感じて頂けるよう取り組んでいる。また、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事で、開放的なホームとなっている。ご家族も来訪しやすく、来訪の際には気軽にいつでも互いに(ご家族と職員)相談などできる様な環境を心掛け、関係を築き、共に利用者様を支える(支援する)家族・親

【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)】

地域との協働・連携(運営推進会議に参加して)
 訪問調査の終了後、本年度6回目の運営推進会議に参加する機会を得た。会場は同法人が運営するホーム近隣にある介護付高齢者住宅内の「地域交流ルーム」。以下、会議の内容を紹介する。
 行政代表は欠席となったが、家族代表、地域から自治会長、民生委員協議会長、消防団長に加え、知見者として評価員が2名、ホームからは法人代表や管理者を含め4名が参加した。前回議事録を承認した後、地域の高齢者を対象として毎月開催されているセミナー「いどばた会議」の報告やホーム運営上の報告、「目標達成計画」の年度評価等が討議された。更に「地域交流ルームの有効活用」、「新しい防災用消火器」、「地域の高齢者事情」等が討議され、充実の1時間半であった。

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

[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今年度も『利用者様中心のケアの実践』を目標に皆で話し合い継続的に取り組んでいる。実際に共有され意識したケアの実践みられるも、まだまだ全員とは言えず。今後もこだわって皆で取り組んでいきたい。	ホームの理念を実践しようとの思いを持って、若い管理者の下に同志が集っている。理念の実践の基となる「歩くこと、食べること」に重点を置き、「人間らしさ」の追求が続いている。	
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、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なっている。(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、近隣の子供など) 『いどばた会』(次の項目参照)では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。	地域の高齢者を対象としたセミナー「いどばた会議」が毎月開催されており、開催回数は87回を数える。開催場所である地域のコミュニティセンターに出かけることを、利用者も心待ちにしている。	
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。運営推進会議の場でも情報の提供を行う事で少しずつ貢献できていると感じる。		
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、いきいき支援センター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。消防団の方からもご意見、ご指導いただきながら消火訓練などの実践に取り組んでいる。	会議はホームの近くに開設された同法人の高齢者住宅の「地域交流ルーム」で開催された。前回会議議事録の承認、「いどばた会議」の報告、ホーム運営上の報告、「目標達成計画」の年度評価等が討議された。	地区民生委員協議会長から「地域交流ルームの有効利用」、消防団長から「防災のための新しい消火器」等の話題が提供された。今後もホームを支える応援団として期待したい。
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	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。認知症ケアサポーターの研修生の受け入れ等、積極的に受け入れている。	訪問調査当日に開催された運営推進会議に、行政担当者の出席がなかった。今年度の行政参加は、いきいき支援センター職員の2回の参加実績である。担当者を訪問して、あるいは電話でと、連絡を密にしている。	
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、見守りや寄り添った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り、継続して取り組むべき課題だと考える。	「ホーム内全面無施錠」の方針の下、開かれた雰囲気の中で支援が行われている。「共用デイサービス」事業が始まり、新しい利用者が仲間に加わったことにより、更に雰囲気は開放的になっている。	
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	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。日常でも話し合う事で意識は高まっている。新しい職員も増えた事もあり、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っていきたい。		

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
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り、日常的に確認し合っている。しかし、全職員が意識出来ているとは言えず、成年後見制度など、まだまだなじみもなく不十分な為、皆が理解でき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。不安や不満や質問などにもいつも対応出来る様に努めている。		
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。現場にも反映されている。	年に2回開催の家族会でも、今回の家族アンケートでも、「職員の離職」が課題として挙げられている。職員の離職はあっても、家族がホームを支えようとの思いは強く、運営推進会議でも家族代表の応援の言葉があった。	運営推進会議では、家族代表から「家族会の参加者を増やすには」、民生委員協議会長から「家族がもっと頻りにホームを訪問し、正確な評価を」等、家族に関する討議もあった。
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。また管理者は個別に職員の話や聴く事にも努めている。	今期新しく採用された職員がそれぞれの個性を十分に発揮し、ホームに新しい風を吹き込んでいる。その風に刺激され、利用者が活力を増したり、発語を取り戻したりと、想定外の効果も表れている。	
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行ない、資格取得にも協力し職員の意欲向上に努めてはいるが、コミュニケーション不足も否めない。		
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(より具体的な書式に変更)を使用し研修を行なっている。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。法人外への研修は少ない為、考えていきたい。		
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から意識的に関わり、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。共に利用者様の支援をしていく家族・親戚のような気持ちで取り組んでいる。		
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紹介と相談を行なっている(同法人の新施設などのサービスも含め)。入居後は情報を収集し、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、常にその方に『今』必要なものかを見極め今後も支援していきたい。		
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、常に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)関係が見られる場面もある。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、少しでも多くの笑顔が見られる様な空間を大切に、ご本人とご家族との潤滑油になれる様努めている。同時に気軽にいつでも互いに(ご家族と職員)相談などできる様な環境を心掛けている。		
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	ご家族へ確認し、一部の方ではあるが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。	毎週1回、利用者が以前利用していた当法人のデイサービスを訪問し、担当していた職員との馴染みの関係を継続している。また、このデイサービス利用者が当ホームを訪れ、月2回開催の「民謡ボラ」に参加している。	
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関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	思いを表現される方が少ないが、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。	利用者の思いをいかにして介護計画につながるかを、目標達成計画に取り上げて取り組んだ。モニタリングシートに頼っていたこれまでの職員周知の方法に、職員ミーティングを加えることで体制強化を図った。	
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、残存機能を活かす支援に努めている。		
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	モニタリング用紙があり、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。また月に1度スタッフミーティングを行い意見交換をし、ご本人にとって今何が最善か何が必要かを模索し、介護計画の作成に活かし、“その方の顔が見えるケアプラン”を作成、実行出来る様努めている。	個別ケアの実践として、「利用者の顔の見えるケアプラン作り」を課題として取り組んでいる。徐々に、利用者の思いや意向が反映されたプランが増えてきた。	まだ完全には、介護計画の“目標”から“利用者の顔”が結びついていない。理念にある「人間らしさ(その人らしさ)」の感じられる介護計画の完成を待ちたい。
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(スタッフミーティングも含む)にて議題として取り上げ話し合っている。各種記録や口頭でもケアマネへ情報が集まり、ケアプランに反映されている。		
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GHの役割は保ちつつ、個別のニーズに合わせてその方の為になる様支援している。同法人のサービス(新施設の開設もあり)の活用も提案していきたい。		

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
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、地域の美容院や床屋、喫茶店や和菓子屋へ出かけている。また月に一度、皆で夕食をする等、社会との繋がりを感ぜ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。	協力医が2週間に1回、歯科医が毎週1回、ホームに往診している。正・准看護師2名が職員として勤務しており、医療連携体制を構築して、利用者・家族からは医療面での安心感・信頼感を得ている。	
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、スタッフも普段から気付きを大切に、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、主治医、職員等一体となったサポートに取り組んでいる。	“寝たきり”や“終末期”では言い表せない、「いつ、何が起こるか分からないレベルの“重度化”」への対応を迫られている。利用者、家族の希望があれば、看取りにも対応する体制が整備されており、これまでも多くの看取りを経験している。	
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。対応できる職員を配置しているが、今後も実践に向けての学ぶ機会・訓練を定期的に行っていく事が必要で、引き続き課題でもある。		
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・避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、身につけていない為、皆で話し合い情報を共有し、色々な場面を想定した訓練を今後も積極的に実施したい。	今期、2ヶ月に1度を目標に防災訓練を実施した。うち2回は、夜間を想定した避難訓練であり、消防団長の参加を得て、消火器の扱い方の訓練も実施した。課題として、シフトに入っている職員の不参加が挙がっており、繰り返しの必要性が認識された。	

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
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	人生の大先輩であり、一人の人、一人の大人として敬意を払い、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。	一人ひとりの利用者について、これまでの人生や経験、性格、大切なこと、思い等々の違いがあることを理解し、それらに考慮して支援しようとしている。基本は、「男らしさ、女らしさ、人間らしさ」の追求である。	
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、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」に取り組んでおり、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。職員側のペースにならない様、以前と比べ意識出来てきている。		
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(起床時の整容や服装、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。	利用者の力量に応じ、調理等への参加がある。職員の指示を待つことなく、自主的に準備や片づけをする利用者もいる。「利用者の足りないところを手助けするのが職員の務め」との職員の言葉もあった。	
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、毎日の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。それぞれの体調・嗜好にも考慮し、状況に応じて食事の形態も考え提供している。水分に関しては、水分チェックをし意識して摂取を促している。		
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えており、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	チェック表を活用し、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。また、自尊心を傷つけないさりげない声掛けを心掛け、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。	半数以上の利用者は布のパンツを着用しているが、夜間は“睡眠重視”の考えから、リハビリパンツの利用者が多い。	
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などで便秘予防・自然排便を促している。その上で内服薬を活用し、健康管理に努めている。しかし、日中の活動量がまだまだ少ない為、今後も継続的に増やしていく必要がある。		
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。	入浴拒否の強い利用者を除けば、ほとんどの利用者が毎日入浴している。早く入る利用者や夕食後に入浴する利用者等、遅番職員の退社時間(午後8時)まで対応しており、入浴支援の自由度、満足度は高い。	
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	入室での休息や、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。副作用についての注意点なども薬剤師から受け、注意深く観察している。服薬の変更などに関しても申し送り、記録で周知されている。		
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、「あそこの饅頭が食べたい」と以前からの馴染みのお饅頭屋に行ったり、「本屋さんに行きたい」と本屋に行ったり、「伸びてきたから」と床屋に行ったりなど、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。	利用者の意向を踏まえ、天候や職員の配置状況を考慮して、柔軟な外出支援を行っている。理念の実現のために、「歩くこと、食べることを基本に支援しており、車椅子生活でほとんど目を開けることのない利用者でさえも、外出支援を受けている。	

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
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している。利用者様のおひと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、清潔感を心掛け暮らしやすい環境、開放的な場所作りに努めている。リビングには季節に合わせた壁紙に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意識している。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。冬には暖炉をつけ暖かみを出している。	利用者と職員が共同して掃除をしており、居間兼食堂のフローリングの床は綺麗である。訪問調査が土曜日に設定されたため、多くの家族のホーム来訪を目にすることができた。	
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っている。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。共用空間のリビングは過ごしやすいよう、状況に合わせ家具の配置をしている。		
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ペットや布団、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は、居室にTV、携帯電話、冷蔵庫まで持ち込んでおり、さながら女学生の部屋である。詩吟、書道、絵画、編み物等の趣味を持つ利用者は、関係する書籍が並び、壁には作品が飾ってあった。	
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をしている。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、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	愛知県名古屋市中区玉池町255番地		
自己評価作成日	平成26年 1月30日	評価結果市町村受理日	平成26年 5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://www.kaijokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2013_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	愛知県名古屋市中区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成26年 3月 8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)】

“利用者様中心のケア”の実践に向け、可能な限り利用者自身のペースで生活して頂き、GHのあるべき姿(日常生活支援)を意識し続けている。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様と一緒にいき、個人の希望や状態によって対応している。今年度からは新たに庭に小さな畑も作り、外へ出るきっかけ作りをしたり、野菜を育て収穫する楽しみや四季を感じて頂けるよう取り組んでいる。また、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事で、開放的なホームとなっている。ご家族も来訪しやすく、来訪の際には気軽にいつでも互いに(ご家族と職員)相談などできる様な環境を心掛け、関係を築き、共に利用者様を支える(支援する)家族・親

【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)】

地域との協働・連携(運営推進会議に参加して) 訪問調査の終了後、本年度6回目の運営推進会議に参加する機会を得た。会場は同法人が運営するホーム近隣にある介護付高齢者住宅内の「地域交流ルーム」。以下、会議の内容を紹介する。 行政代表は欠席となったが、家族代表、地域から自治会長、民生委員協議会長、消防団長に加え、知見者として評価員が2名、ホームからは法人代表や管理者を含め4名が参加した。前回議事録を承認した後、地域の高齢者を対象として毎月開催されているセミナー「いどばた会議」の報告やホーム運営上の報告、「目標達成計画」の年度評価等が討議された。更に「地域交流ルームの有効活用」、「新しい防災用消火器」、「地域の高齢者事情」等が討議され、充実の1時間半であった。

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	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今年度も『利用者様中心のケアの実践』を目標に皆で話し合い継続的に取り組んでいる。実際に共有され意識したケアの実践みられるも、まだまだ全員とは言えず。今後もこだわって皆で取り組んでいきたい。		
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、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なっている。(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、近隣の子供など) 『いどばた会』(次の項目参照)では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。		
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。運営推進会議の場でも情報の提供を行う事で少しずつ貢献できていると感じる。		
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、いきいき支援センター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。消防団の方からもご意見、ご指導いただきながら消火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。認知症ケアサポーターの研修生の受け入れ等、積極的に受け入れている。		
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り、継続して取り組むべき課題だと考える。		
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。日常でも話し合う事で意識は高まっている。新しい職員も増えた事もあり、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っていきたい。		

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
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り、日常的に確認し合っている。しかし、全職員が意識出来ているとは言えず、成年後見制度など、まだまだなじみもなく不十分な為、皆が理解でき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。不安や不満や質問などにもいつも対応出来る様に努めている。		
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。現場にも反映されている。		
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。また管理者は個別に職員の話聴く事にも努めている。		
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行ない、資格取得にも協力し職員の意欲向上に努めてはいるが、コミュニケーション不足も否めない。		
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(より具体的な書式に変更)を使用し研修を行なっている。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。法人外への研修は少ない為、考えていきたい。		
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から意識的に関わり、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。共に利用者様の支援をしていく家族・親戚のような気持ちで取り組んでいる。		
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紹介と相談を行なっている(同法人の新施設などのサービスも含め)。入居後は情報を収集し、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、常にその方に『今』必要なものかを見極め今後も支援していきたい。		
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、常に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)関係が見られる場面もある。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、少しでも多くの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。同時に気軽にいつでも互いに(ご家族と職員)相談などできる様な環境を心掛けている。		
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	ご家族へ確認し、一部の方ではあるが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関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	思いを表現される方が少ないが、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、残存機能を活かす支援に努めている。		
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	モニタリング用紙があり、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。また月に1度スタッフミーティングを行い意見交換をし、ご本人にとって何が最善か何が必要かを模索し、介護計画の作成に活かし、“その方の顔が見えるケアプラン”を作成、実行出来る様努めている。		
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	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(スタッフミーティングも含む)にて議題として取り上げ話し合っている。各種記録や口頭でもケアマネへ情報が集まり、ケアプランに反映されている。		
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GHの役割は保ちつつ、個別のニーズに合わせてその方の為になる様支援している。同法人のサービス(新施設の開設もあり)の活用も提案していきたい。		

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
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、地域の美容院や床屋、喫茶店や和菓子屋へ出かけている。また月に一度、皆で夕食をする等、社会との繋がりを感ぜ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、スタッフも普段から気付きを大切に、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・訪問診察体制も整っている。		
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、主治医、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。対応できる職員を配置しているが、今後も実践に向けての学ぶ機会・訓練を定期的に設けていく事が必要で、引き続き課題でもある。		
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・避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、身につけていない為、皆で話し合い情報を共有し、色々な場面を想定した訓練を今後も積極的に実施したい。		

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	人生の大先輩であり、一人の人、一人の大人として敬意を払い、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、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」に取り組んでおり、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。職員側のペースにならない様、以前と比べ意識出来てきている。		
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(起床時の整容や服装、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。		
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、毎日の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。それぞれの体調・嗜好にも考慮し、状況に応じて食事の形態も考え提供している。水分に関しては、水分チェックをし意識して摂取を促している。		
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えており、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	チェック表を活用し、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。また、自尊心を傷つけないさりげない声掛けを心掛け、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などで便秘予防・自然排便を促している。その上で内服薬を活用し、健康管理に努めている。しかし、日中の活動量がまだまだ少ない為、今後も継続的に増やしていく必要がある。		
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。		
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	居室での休息や、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。副作用についての注意点なども薬剤師から受け、注意深く観察している。服薬の変更などに関しても申し送り、記録で周知されている。		
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、「あそこの饅頭が食べたい」と以前からの馴染みのお饅頭屋に行ったり、「本屋さんに行きたい」と本屋に行ったり、「伸びてきたから」と床屋に行ったりなど、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いる。ご本人からの電話の希望に対しても対応している。利用者様のおひと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、清潔感を心掛け暮らしやすい環境、開放的な場所作りに努めている。リビングには季節に合わせた壁紙に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意識している。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。冬には暖炉をつけ暖かみを出している。		
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	気の合った仲の良い利用者様と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っている。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。共用空間のリビングは過ごしやすいよう、状況に合わせ家具の配置をしている。		
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ペットや布団、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をしている。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、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 11 12 13	定期的な勉強会を行っているが、参加出来なかった職員への改めて学ぶ機会を設けられていない。事業所の理念を共有し実践に結びつけるためににも今後も知識を得る場を設け、ケアの質を高めていく必要がある。	<ul style="list-style-type: none"> 定期的な勉強会の継続と、参加できる仕組み(環境)作り。 利用者様中心のケアの実践に向けた勉強会の整備。 基本理念の理解と実践。 	<ul style="list-style-type: none"> 年間の勉強会スケジュール作成し、定期的な勉強会の実施。 経験値や能力に応じて対象に合わせた勉強会を行う。 権利擁護、コンプライアンス、高齢者介護における接遇などを主とした勉強会を開催する。 	12ヶ月
2	23 25 26 27	思いや意向に沿ったプランになってきているが、まだまだ利用者の顔がはっきり見えてはいない。ケアプランの実践と情報収集のプロセスの確立が継続的な課題となる。ケアプランに目を通していない職員がいる。	<ul style="list-style-type: none"> 生活全般ニーズから、その人の顔が見えるケアプランの作成。 ケアプランに基づいた支援の実践。 	<ul style="list-style-type: none"> モニタリングシートの活用を継続しつつ、月に1度スタッフミーティングを行い、情報収集と実践状況の確認を行う。 ケアプランに目を通しやすくするため、計画作成者を中心に各職員に働きかける。チェックの欄の確認。 	12ヶ月
3	34 35	昨年度に引き続き、定期的に防災訓練を行い、精度を高めていく必要がある。また、消火器を使った消火訓練が不十分である。	<ul style="list-style-type: none"> 2ヶ月に1回の避難訓練の実施。そのうち2回は夜間想定で行う。 消火器での消火訓練を年2回実施する。 	<ul style="list-style-type: none"> 年間のスケジュールを作成し、その内2回は夜間想定の実施を行なう。 消防団の方に依頼し、消火器による消火訓練を年に2回行う。 	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。