

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	2073100220		
法人名	医療法人 あさま会		
事業所名	グループホーム サンタクロース		
所在地	長野県埴科郡坂城町大字南条657-1		
自己評価作成日	平成24年2月4日	評価結果市町村受理日	平成24年4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	株式会社マスネットワーク 医療福祉事業部		
所在地	長野県松本市巾上13-6		
訪問調査日	平成24年3月7日		

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

平成22年12月に、現在の事業所に移転。事前・事後の説明会及び運営推進会議などを通じ、“受け入れ態勢”“協力体制”共に、友好的な関係を築くことが出来ていると感じている。今後も、地元住民の皆様と協力し、より良い関係を継続出来るよう、努めて行きたい。
道を挟んで斜め向かいにスーパーがあり、歩行可能な入居者をはじめ、車椅子使用者でも、日常的に『買い物』『散歩』が可能。地域交流の機会として、日頃からお客さんに声を掛けて頂けるなど、立地が良い。
『笑顔・安心・安全・家庭的』をスローガンとして掲げ、入居者一人ひとりの「持てる力を活かすケア」を心掛けている。

【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)】

現在の場所に移転してから1年3ヶ月ほどが経過し、地域にもだいぶ馴染んできた。地区と地区の境の場所であることから、両地区の区長さんが運営推進会議に参加していただいたり、地元の行事にも両方から声かけがあるなど地域に浸透しつつあることが伺えた。災害対策も訓練には地域住民の参加もあり、地域とは防災協定書を結ぶ段階まで来ている。セキュリティはセコムと契約を結んでいることで職員は安心して介護に専念できる。また、ホームは母体が医療法人のクリニックであることで、医療面でも連携がとれており、看取りの経験もされるなど利用者にとっては安心できるホームと言える。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

ユニット名(A)				
項 目		取 り 組 み の 成 果 ↓該当するものに○印		取 り 組 み の 成 果 ↓該当する項目に○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	○ 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	○ 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	○ 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	○ 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	○ 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	○ 1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (参考項目:28)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目№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							
ユニット名(B)							
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 ↓ 該当する項目に○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	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. 利用者の2/3くらいの				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいの				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	66	職員は、活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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	スタッフアンケートを基に、スタッフのスローガンを「笑顔・安心・安全・家庭的」と掲げ、共有の理念を持っている。	家庭的な環境の下で、利用者の有する能力に応じ自立した生活が営むことが出来るよう支援することを法人の理念とし、またホーム独自にもスローガンを掲げ、日々実践に取り組んでいる。		
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	平成22年12月に現在の場所に移転し、現在、地域とのつながりを深めつつある。買い物・散歩など、日々の交流はもとより、運営推進会議などを通じ、地域行事(どんど焼き、秋祭り、獅子舞の訪問など)への参加も行っている。	地区の自治会に加入し区費を治めている。月に1回配布される地区のお便りと、区長さんからも連絡をいただき地域の行事などにより交流をしている。地区の一斉清掃・ゴミ拾いなどもホームとして参加している。		
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	地域へ出掛ける機会(花見、外食、ドライブなど)を増やし、交流を図ることで事業所の活動を知って頂けるよう努めている。			
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	運営推進会議の構成員として、区長・民生委員・行政にご参加頂き、「入居状況」「インシデント・アクシデント」「活動内容」「防災時の協力体制」などを報告し、意見・要望を伺っている。また、可能な範囲で取り入れている。	行政から定期的であれば、2ヶ月ではなく3ヶ月に1回の開催でもよいとの指導により、3ヶ月に1回定期的に関きホームの現状報告をしている。防災訓練にも地区の消防団・区長・民生委員が参加され、避難誘導を経験されたことで、利用者の状態をお部屋ごとに表示することの提案をいただいた。		
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	運営推進会議以外にも、不定期ながら月に数回程度行政窓口へ伺い、担当者との情報交換を行っている。	近隣にはグループホームは無いため、月に1回以上健康福祉課に出向き密に連絡を取っている。また、行政から見学依頼もあり出来る限り協力をしている。		

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
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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	施錠などの「防犯対策」以外、身体拘束は行っていない。これについても、外出の機会を増やしたり、天候がよければ開ける等、出来るだけ開放するように努めている。また、対応困難な方についても、スタッフで話し合い、身体拘束に当たらないケアを心掛けている。	セコムのセキュリティの関係で玄関などオートロックになっているが、ホーム全体では災害時を想定しても利用者がほぼ一日生活しているリビングは掃き出し窓で、ウッドデッキが広くありいつでも出られる状態になっていることで、拘束と言えるものではない。転倒防止が必要な場合でも、4点柵は使用せず職員の介助により対応が来ている。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	入居者の身体状況やおかれている状況についての把握に努め、対処方法などスタッフ全員で考え、虐待の防止に努めている。		
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支援している	必要に応じて、御家族や関係者と話し合う場を設けている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、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	出来る限り意見・要望を伺い、理解と納得の上で入居して頂けるよう心掛けている。		
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	御家族面会の際には、極力スタッフから声を掛けるように努めている。また、重要事項説明書記載の“外部の相談窓口”の紹介・説明を行っている。更に、運営推進会議などにおいても、意見を求めている。	ご家族の面会時に声掛けをするなどし、言い易い雰囲気作りに心がけ意見を聞くようにしている。面会が困難な方には電話連絡するなどし、意見を聞いている。要望があった時には、職員間で情報の共有をはかり要望に沿えるよう努めている。	
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	各会議、及び個別面談(可能な場合)に於いて、意見・提案を聞くように努めている。	年1回スタッフアンケートを行っている。法人代表との個人面談も年1回行っている。月1回代表・秘書・管理者との面談もあり、意見を言える場は常に用意されており、ケアに反映されている。	

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
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	法人代表は、管理者とのミーティング(月に1回)や個別の面談(年に1回)、不定期訪問(月1回)を行い、個々が向上出来るよう状況の把握に努めている。		
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	各種研修会など積極的に通知し、参加を促している。また、参加後の報告(レポート)を通じ、知識・情報を共有するよう努めている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	連絡会への加入や近隣の事業所との連絡を通じ、情報の交換などを行っている。		
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	御本人・御家族からの聞き取りを元に、安心確保に努めている。また、希望があれば体験入居などを行い、御本人・御家族にとって入居がスムーズに行えるよう取り組んでいる。		
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	同上。 また、御家族等の面会の際には、話し易い場所を設けたり、傾聴する姿勢で接するように努めている。		
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	相談に見えた際、現在の状況やご希望を伺い、必要があれば他のサービス(同法人内の居宅介護支援事業を含む)を紹介している。		

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
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	出来ることは御本人にやって頂く事とし、御本人の“出来る力”を引き出すよう努めている。また、自立度の低い方には、刺激となるような会話や活動の機会を持てるよう努めている。		
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	毎月、担当スタッフが“今月の様子”を簡潔にまとめ、その手紙を請求書と共に送付している。また、必要時・緊急時には、電話やメールを使って連絡を取るようし、常に情報の交換・共有に努めている。		
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	“個々の生活スタイル”となると御家族の協力が必要となり、対応が困難な場面も見られるが、御家族の協力やホーム側の対応で可能な場合には、地域とも関わりも含め、御本人の“生活スタイル”が継続出来るよう支援している。	毎日面会に来られる家族もいる。ボランティアで毎月散髪に来てくださる方もいる。また、馴染みの美容院に家族がお連れしている方も4名ほどおられ、外出も兼ね馴染みの関係が続いている。獅子舞も来ていただき、ホームが移転した事により近隣の利用者には懐かしさが感じられ喜ばれた。	
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	食事の席や買い物などの際、グループ分けなどを工夫し、孤立しない、且つ関わり過ぎない関係が築けるような支援に努めている。		
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	そのような関係が築けるよう、努めている。		
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	御本人・御家族からの聞き取りを元に、本人本位の生活が営めるよう支援している。	契約時に担当職員が利用者・家族から生活歴や希望を聞いている。面会時にも家族からの希望など聞くよう努めている。また、日々利用者として接する中でつづやきを大切にしているが、細かい所までは把握出来ていない。	認知症ケアの研修に参加し、職員間で周知を行い利用者の意向把握に努めることが望ましい。

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
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	御本人・御家族からの聞き取りを元に、毎日の生活の中に取り入れられるものは取り入れ、今までの生活環境と大きく変わらないように対応している。		
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	業務日誌、個人記録、申し送りなどから心身の状況を把握し、趣味や役割として出来ること、また、目標などを設け対応している。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	定期的(3ヶ月毎)及び臨時でカンファレンスを行い、入居者本位のケアプランが作成出来るよう話し合っている。また、御家族とは随時連絡を取っており、プラン作成時には同意(サイン)を頂いている。	本や家族の希望は面会時にお聞きし、担当者を中心にカンファレンスの時に、3ヶ月に1回介護計画の見直しを行っている。また状態の変化に応じて随時の見直しも行っている。面会に来られない家族には電話・メールなどにより意見を聞いて確認している。	
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	日常のちょっとした心身の気付きも記録に残すよう心掛けている。また、簡潔で読み易い文章を心掛け、スタッフ間の情報が共有出来るよう努めている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	空き部屋を利用し、自主事業として“一時預かり”を受け入れたり、地域にある高校より“就業体験”を受け入れるなど、事業所として様々なニーズに対応すべく多機能化に取り組んでいる。		
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	買い物・散歩の際、近隣住民と顔馴染みが生まれ、花や野菜を頂くなど、ホームの存在が認知されつつある。また、防災訓練の際には、区長・消防団をはじめ地域住民にも協力して頂けるような態勢を作っている。		

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
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し、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	かかりつけ医(主治医)は、御本人・御家族と相談の上選定し、適切な医療、継続的な医療が受けられるよう報告・連絡・相談をしながら支援を行っている。	契約時にお聞きし、法人の医師を主治医とする方もいるが、利用前からのかかりつけ医を主治医にしている利用者もいる。専門科については、主治医より紹介していただきその都度適切な医療の受診に支援し、家族への説明を行っている。	
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	訪問看護と連携し、情報、気付きなどを伝え、適切な受診や治療が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。	各かかりつけ医や協力医療機関の医師との連携を密にし、早期発見・早期治療、早期退院に向けた関係作りに努めている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化、ターミナルケアのあり方について、入居時に説明・確認。その後は、早い段階から御家族と話し合い、適切な対応が行えるよう努めている。	契約時にホームとして看取りの方針は説明している。直接的な医療行為がない限り、看取りはする。また、看取りの経験もしているが、状態の変化により家族の不安に考慮し、その都度説明され希望に添えるよう支援している。	
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	全ての職員とは言えないが、消防署員と相談し、受講可能な研修(蘇生法、応急処置など)に参加している。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	防災訓練(昼・夜)などを行い、全職員が適切な避難の方法を身に付けられるよう努めている。また、地域住民にも参加して頂き、都度、対応・対策について協議を行っている。協議書(案)も締結の段階である。	避難訓練は年2回行っている。夜間想定 of 訓練も行われた。地域との防災協定の話も進んでおり、近日には協定書が出来る運びになっている。また、セコムにより管理がされており、緊急対策が取られている。	

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	他人行儀にならず、且つ、赤ちゃん言葉や教育的・指示的な言葉遣いにならないよう“安心出来る言葉遣い”を意識するよう努めている。	一人ひとりを尊重し、食事のテーブル配置や椅子などにも配慮されていることが伺えた。言葉や声の大きさも個々に合わせた声かけがなされていた。また、廊下の一角には一人或いは気の合う人同士でゆっくり過ごせるよう、ソファが用意されており、そこでほっと一息される方もいる。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	出来る限り自己決定、自己表現出来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	一日が快適で、笑顔が多く見られる過ごし方を、日々思考しながら支援している。		
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	その人らしい身嗜みが出来るよう、御家族にも協力頂き、声掛け・支援を心掛けている。		
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	入居者の嗜好や郷土食、旬の物を献立に取り入れるよう心掛けています。また、下拵えから片付けまで、“出来る力”を活かして、入居者にも“食”に参加して頂けるような支援に努めています。不定期ながら、外食の機会も設けている。	職員が少しでも利用者に関われるようお昼のおかずは高齢者向けで低カロリーの弁当を利用している。メニューは係りがおり、2週間分の朝・夕の献立をたてる。朝・夕のカロリー補助のために経管栄養の方もいる。キザミ・ミキサー・トロミにも対応している。	
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・水分摂取(自力摂取が困難な方、著しく摂取量の少ない方)を記録し、栄養バランスが保てるよう支援している。		

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
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	出来る部分は御本人に行って頂き、ブラッシングや口腔内をガーゼで拭うなど、必要な援助を行っている。		
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	御本人の心身の状況に合わせ、トイレの声掛けやおむつ交換を行い、可能な範囲でトイレでの排泄を促している。また、昼夜でオムツ・パットの使用状況を変えるなど、個別の対応に努めている。	布パンツ使用の方が1人いるが、他の利用者はオムツ・リハパンなどの対応である。トイレで排泄することは、残存能力として大切に考え排泄チェック表により2～3時間ごとにさりげなく声かけをし、対応している。	
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	下剤も併用しながら、食物繊維をとって頂いたり、乳製品を取って頂くなどの取り組みを行っている。		
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	お風呂は毎日沸かし、入居者には日替わりで入浴(週3回程度)して頂いている。時間については目安(10:00～11:00、13:30～15:30)はあるが、入浴日に“午前・午後”“一人・複数”の希望を確認し、可能な範囲で希望の実現に努めている。	1日おきに入浴している。年2回はゆず湯を行っている。みかん・りんごの皮などにより工夫されたお風呂を楽しめるよう支援している。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	御本人の生活リズムやその時の状況に合わせて、休息、午睡をとって頂いている。また、御本人の馴染みのある家具や寝具を用意して頂き、安心出来る空間作りにも配慮している。活動と休息の状況を把握、報告し、主治医と相談の上、極力眠剤に頼らない睡眠を促している。		
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	各入居者のケア担当を中心とし、服薬表や処置板を作成し、把握に努めている。また、ケア担当は服薬内容や副作用についての把握にも努めるよう、指導を受けている。		

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
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	聞き取りや心身の状況を元に検討し、個別に役割や楽しみごとが見出せるよう支援している。		
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	日々の買い物や散歩はもとより、町民祭などの地域行事、外食や図書館、ドライブなど、御本人の希望や社会との交流を目的とした日常的な外出の機会を設けている。	毎月行事を取り組んでおり、季節が感じられるよう花見・紅葉狩り・バラ園他、うどん・そば・回転すしなど外食を兼ねドライブにも出掛ける。本が好きな方は、図書館にお連れし何冊か借りてこられるなど、本人の希望に合わせた支援を行っている。	
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	普段は事務所にて管理しており、必要・能力に応じて(スタッフ同行)金銭を使用している		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	御本人・御家族の要望に合わせ、電話や手紙のやり取りなどを行っている。		
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	天気の良い日にはウッドデッキに出て、爪切りをしたりお茶を飲んだり、日光浴を行うことが出来る。また壁面には、季節に応じた「壁画」を作成し飾るなど、居心地の良い空間作りに努めている。	2ユニットではあるが、共有のリビングは繋がっており仕切りを外すと広いスペースになり、掃き出し窓で外にはウッドデッキになっており、いつでも自由に出て日向ぼっこが出来るようになっている。職員もユニットにこだわらず、利用者全員を把握でき情報の共有が図れる。	
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～洗面所～居室～他のユニットなど、建物内はフラットで自由に行き来出来、気の合った者同士で談笑するなど、思い思いに過ごされている。		

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
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	家庭環境にもよるが、家具・寝具・棚・飾り付けなどは統一せず、御本人の使い慣れた物・馴染みの物で揃えて頂くなど、“居心地”を重視している。	お部屋の調度品は、利用前からの使い慣れた筆筒や机など自由に持ち込まれ、自分のお部屋として、安心して落ち着ける居場所づくりがされていることが伺えた。物入れの仕切りも、引き出しなど持ち込んだ物のサイズで困らないようあえてカーテンにしている。	
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	玄関エントランス以外、建物内はフラット(バリアフリー)になっており、通常、入居者の移動に支障はない。また、整理・整頓の際には、可能な範囲で入居者に手伝って頂き、“安全の確保”“出来る力の発揮”に努めている。		

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	スタッフアンケートを基に、スタッフのスローガンを「笑顔・安心・安全・家庭的」と掲げ、共有の理念を持っている。	家庭的な環境の下で、利用者の有する能力に応じ自立した生活が営むことが出来るよう支援することを法人の理念とし、またホーム独自にもスローガンを掲げ、日々実践に取り組んでいる。	
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	平成22年12月に現在の場所に移転し、現在、地域とのつながりを深めつつある。買い物・散歩など、日々の交流はもとより、運営推進会議などを通じ、地域行事(どんど焼き、秋祭り、獅子舞の訪問など)への参加も行っている。	地区の自治会に加入し区費を治めている。月に1回配布される地区のお便りと、区長さんからも連絡をいただき地域の行事などにより交流をしている。地区の一斉清掃・ゴミ拾いなどもホームとして参加している。	
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	地域へ出掛ける機会(花見、外食、ドライブなど)を増やし、交流を図ることで事業所の活動を知って頂けるよう努めている。		
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	運営推進会議の構成員として、区長・民生委員・行政にご参加頂き、「入居状況」「インシデント・アクシデント」「活動内容」「防災時の協力体制」などを報告し、意見・要望を伺っている。また、可能な範囲で取り入れている。	行政から定期的であれば、2ヶ月ではなく3ヶ月に1回の開催でもよいとの指導により、3ヶ月に1回定期的に関きホームの現状報告をしている。防災訓練にも地区の消防団・区長・民生委員が参加され、避難誘導を経験されたことで、利用者の状態をお部屋ごとに表示することの提案をいただいた。	
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	運営推進会議以外にも、不定期ながら月に数回程度行政窓口へ伺い、担当者との情報交換を行っている。	近隣にはグループホームは無いため、月に1回以上健康福祉課に出向き密に連絡を取っている。また、行政から見学依頼もあり出来る限り協力をしている。	

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
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指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	施錠などの「防犯対策」以外、身体拘束は行っていない。これについても、外出の機会を増やしたり、天候がよければ開ける等、出来るだけ開放するように努めている。また、対応困難な方についても、スタッフで話し合い、身体拘束に当たらないケアを心掛けている。	セコムのセキュリティの関係で玄関などオートロックになっているが、ホーム全体では災害時を想定しても利用者がほぼ一日生活しているリビングは掃き出し窓で、ウッドデッキが広くありいつでも出られる状態になっていることで、拘束と言えるものではない。転倒防止が必要な場合でも、4点柵は使用せず職員の介助により対応が出来る。	
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	入居者の身体状況やおかれている状況についての把握に努め、対処方法などスタッフ全員で考え、虐待の防止に努めている。		
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支援している	必要に応じて、御家族や関係者と話し合う場を設けている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、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	出来る限り意見・要望を伺い、理解と納得の上で入居して頂けるよう心掛けている。		
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	御家族面会の際には、極力スタッフから声を掛けるように努めている。また、重要事項説明書記載の“外部の相談窓口”の紹介・説明を行っている。更に、運営推進会議などにおいても、意見を求めている。	ご家族の面会時に声掛けをするなどし、言い易い雰囲気作りに心がけ意見を聞くようにしている。面会が困難な方には電話連絡するなどし、意見を聞いている。要望があった時には、職員間で情報の共有をはかり要望に沿えるよう努めている。	
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	各会議、及び個別面談(可能な場合)に於いて、意見・提案を聞くように努めている。	年1回スタッフアンケートを行っている。法人代表との個人面談も年1回行っている。月1回代表・秘書・管理者との面談もあり、意見を言える場は常に用意されており、ケアに反映されている。	

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
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	法人代表は、管理者とのミーティング(月に1回)や個別の面談(年に1回)、不定期訪問(月1回)を行い、個々が向上出来るよう状況の把握に努めている。		
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	各種研修会など積極的に通知し、参加を促している。また、参加後の報告(レポート)を通じ、知識・情報を共有するよう努めている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	連絡会への加入や近隣の事業所との連絡を通じ、情報の交換などを行っている。		
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	御本人・御家族からの聞き取りを元に、安心確保に努めている。また、希望があれば体験入居などを行い、御本人・御家族にとって入居がスムーズに行えるよう取り組んでいる。		
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	同上。 また、御家族等の面会の際には、話し易い場所を設けたり、傾聴する姿勢で接するように努めている。		
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	相談に見えた際、現在の状況やご希望を伺い、必要があれば他のサービス(同法人内の居宅介護支援事業を含む)を紹介している。		

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
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	出来ることは御本人にやって頂く事とし、御本人の“出来る力”を引き出すよう努めている。また、自立度の低い方には、刺激となるような会話や活動の機会を持てるよう努めている。		
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	毎月、担当スタッフが“今月の様子”を簡潔にまとめ、その手紙を請求書と共に送付している。また、必要時・緊急時には、電話やメールを使って連絡を取るようし、常に情報の交換・共有に努めている。		
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	“個々の生活スタイル”となると御家族の協力が必要となり、対応が困難な場面も見られるが、御家族の協力やホーム側の対応で可能な場合には、地域とも関わりも含め、御本人の“生活スタイル”が継続出来るよう支援している。	毎日面会に来られる家族もいる。ボランティアで毎月散髪に来てくださる方もいる。また、馴染みの美容院に家族がお連れしている方も4名ほどおられ、外出も兼ね馴染みの関係が続いている。獅子舞も来ていただき、ホームが移転した事により近隣の利用者には懐かしさが感じられ喜ばれた。	
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	食事の席や買い物などの際、グループ分けなどを工夫し、孤立しない、且つ関わり過ぎない関係が築けるような支援に努めている。		
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	そのような関係が築けるよう、努めている。		
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	御本人・御家族からの聞き取りを元に、本人本位の生活が営めるよう支援している。	契約時に担当職員が利用者・家族から生活歴や希望を聞いている。面会時にも家族からの希望など聞くよう努めている。また、日々利用者と接する中でつぶやきを大切にしているが、細かい所までは把握出来ていない。	認知症ケアの研修に参加し、職員間で周知を行い利用者の意向把握に努めることが望ましい。

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
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	御本人・御家族からの聞き取りを元に、毎日の生活の中に取り入れられるものは取り入れ、今までの生活環境と大きく変わらないように対応している。		
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	業務日誌、個人記録、申し送りなどから心身の状況を把握し、趣味や役割として出来ること、また、目標などを設け対応している。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	定期的(3ヶ月毎)及び臨時でカンファレンスを行い、入居者本位のケアプランが作成出来るよう話し合っている。また、御家族とは随時連絡を取っており、プラン作成時には同意(サイン)を頂いている。	本や家族の希望は面会時にお聞きし、担当者を中心にカンファレンスの時に、3ヶ月に1回介護計画の見直しを行っている。また状態の変化に応じて随時の見直しも行っている。面会に来られない家族には電話・メールなどにより意見を聞いて確認している。	
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	日常のちょっとした心身の気付きも記録に残すよう心掛けている。また、簡潔で読み易い文章を心掛け、スタッフ間の情報が共有出来るよう努めている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	空き部屋を利用し、自主事業として“一時預かり”を受け入れたり、地域にある高校より“就業体験”を受け入れるなど、事業所として様々なニーズに対応すべく多機能化に取り組んでいる。		
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	買い物・散歩の際、近隣住民と顔馴染みが生まれ、花や野菜を頂くなど、ホームの存在が認知されつつある。また、防災訓練の際には、区長・消防団をはじめ地域住民にも協力して頂けるような態勢を作っている。		

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
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し、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	かかりつけ医(主治医)は、御本人・御家族と相談の上選定し、適切な医療、継続的な医療が受けられるよう報告・連絡・相談をしながら支援を行っている。	契約時にお聞きし、法人の医師を主治医とする方もいるが、利用前からのかかりつけ医を主治医にしている利用者もいる。専門科については、主治医より紹介していただきその都度適切な医療の受診に支援し、家族への説明を行っている。	
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	訪問看護と連携し、情報、気付きなどを伝え、適切な受診や治療が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。	各かかりつけ医や協力医療機関の医師との連携を密にし、早期発見・早期治療、早期退院に向けた関係作りに努めている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化、ターミナルケアのあり方について、入居時に説明・確認。その後は、早い段階から御家族と話し合い、適切な対応が行えるよう努めている。	契約時にホームとして看取りの方針は説明している。直接的な医療行為がない限り、看取りはする。また、看取りの経験もしているが、状態の変化により家族の不安に考慮し、その都度説明され希望に添えるよう支援している。	
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	全ての職員とは言えないが、消防署員と相談し、受講可能な研修(蘇生法、応急処置など)に参加している。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	防災訓練(昼・夜)などを行い、全職員が適切な避難の方法を身に付けられるよう努めている。また、地域住民にも参加して頂き、都度、対応・対策について協議を行っている。協議書(案)も締結の段階である。	避難訓練は年2回行っている。夜間想定 of 訓練も行われた。地域との防災協定の話も進んでおり、近日には協定書が出来る運びになっている。また、セコムにより管理がされており、緊急対策が取られている。	

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	他人行儀にならず、且つ、赤ちゃん言葉や教育的・指示的な言葉遣いにならないよう“安心出来る言葉遣い”を意識するよう努めている。	一人ひとりを尊重し、食事のテーブル配置や椅子などにも配慮されていることが伺えた。言葉や声の大きさも個々に合わせた声かけがなされていた。また、廊下の一角には一人或いは気の合う人同士でゆっくり過ごせるよう、ソファールが用意されており、そこでほっと一息される方もいる。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	出来る限り自己決定、自己表現出来るように働き掛けている。		
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し、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	一日が快適で、笑顔が多く見られる過ごし方を、日々思考しながら支援している。		
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	その人らしい身嗜みが出来るよう、御家族にも協力頂き、声掛け・支援を心掛けている。		
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	入居者の嗜好や郷土食、旬の物を献立に取り入れるよう心掛けている。また、下拵えから片付けまで、“出来る力”を活かして、入居者にも“食”に参加して頂けるような支援に努めている。不定期ながら、外食の機会も設けている。	職員が少しでも利用者に関われるようお昼のおかずは高齢者向けで低カロリーの弁当を利用している。メニューは係りがおり、2週間分の朝・夕の献立をたてる。朝・夕のカロリー補助のために経管栄養の方もいる。キザミ・ミキサー・トロミにも対応している。	
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・水分摂取(自力摂取が困難な方、著しく摂取量の少ない方)を記録し、栄養バランスが保てるよう支援している。		

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
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	出来る部分は御本人に行って頂き、ブラッシングや口腔内をガーゼで拭うなど、必要な援助を行っている。		
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	御本人の心身の状況に合わせ、トイレの声掛けやおむつ交換を行い、可能な範囲でトイレでの排泄を促している。また、昼夜でオムツ・パットの使用状況を変えるなど、個別の対応に努めている。	布パンツ使用の方が1人いるが、他の利用者はオムツ・リハパンなどの対応である。トイレで排泄することは、残存能力として大切に考え排泄チェック表により2～3時間ごとにさりげなく声かけをし、対応している。	
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	下剤も併用しながら、食物繊維をとって頂いたり、乳製品を取って頂くなどの取り組みを行っている。		
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	お風呂は毎日沸かし、入居者には日替わりで入浴(週3回程度)して頂いている。時間については目安(10:00～11:00、13:30～15:30)はあるが、入浴日に“午前・午後”“一人・複数”の希望を確認し、可能な範囲で希望の実現に努めている。	1日おきに入浴している。年2回はゆず湯を行っている。みかん・りんごの皮などにより工夫されたお風呂を楽しめるよう支援している。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	御本人の生活リズムやその時の状況に合わせ、休息、午睡をとって頂いている。また、御本人の馴染みのある家具や寝具を用意して頂き、安心出来る空間作りにも配慮している。活動と休息の状況を把握、報告し、主治医と相談の上、極力眠剤に頼らない睡眠を促している。		

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
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	各入居者のケア担当を中心とし、服薬表や処置板を作成し、把握に努めている。また、ケア担当は服薬内容や副作用についての把握にも努めるよう、指導を受けている。		
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	聞き取りや心身の状況を元に検討し、個別に役割や楽しみごとが見出せるよう支援している。		
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	日々の買い物や散歩はもとより、町民祭などの地域行事、外食や図書館、ドライブなど、御本人の希望や社会との交流を目的とした日常的な外出の機会を設けている。	毎月行事を取り組んでおり、季節が感じられるよう花見・紅葉狩り・バラ園他、うどん・そば・回転すしなど外食を兼ねドライブにも出掛ける。本が好きな方は、図書館にお連れし何冊か借りてこられるなど、本人の希望に合わせた支援を行っている。	
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	普段は事務所にて管理しており、必要・能力に応じて(スタッフ同行)金銭を使用している		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	御本人・御家族の要望に合わせ、電話や手紙のやり取りなどを行っている。		
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	天気の良い日にはウッドデッキに出て、爪切りをしたりお茶を飲んだり、日光浴を行うことが出来る。また壁面には、季節に応じた「壁画」を作成し飾るなど、居心地の良い空間作りに努めている。	2ユニットではあるが、共有のリビングは繋がっており仕切りを外すと広いスペースになり、掃き出し窓で外にはウッドデッキになっており、いつでも自由に出て日向ぼっこが出来ようになっている。職員もユニットにこだわらず、利用者全員を把握でき情報の共有が図れる。	

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
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～洗面所～居室～他のユニットなど、建物内はフラットで自由に行き来出来、気の合った者同士で談笑するなど、思い思いに過ごされている。		
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	家庭環境にもよるが、家具・寝具・棚・飾り付けなどは統一せず、御本人の使い慣れた物・馴染みの物で揃えて頂くなど、“居心地”を重視している。	お部屋の調度品は、利用前からの使い慣れた筆筒や机など自由に持ち込まれ、自分のお部屋として、安心して落ち着ける居場所づくりがされていることが伺えた。物入れの仕切りも、引き出しなど持ち込んだ物のサイズで困らないようあえてカーテンにしている。	
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	玄関エントランス以外、建物内はフラット(バリアフリー)になっており、通常、入居者の移動に支障はない。また、整理・整頓の際には、可能な範囲で入居者に手伝って頂き、“安全の確保”“出来る力の発揮”に努めている。		

目標達成計画

作成日: 平成24年3月29日

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	23	研修等への参加の機会が少ない	各種研修会等への参加を通じ職員のレベルアップを図る	各種研修会への参加、又内部研修を行い、その周知を図る。	12ヶ月
2					
3					
4					
5					

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。

目標達成計画