

1 自己評価及び外部評価票

【 事業所概要(事業所記入) 】

事業所番号	2070501180		
法人名	三菱電機ライフサービス(株)		
事業所名	飯田ケアハートガーデン グループホーム北方の郷		
所在地	飯田市北方1558		
自己評価作成日	平成30年12月	評価結果市町村受理日	平成31年3月18日

※事業所の基本情報は、公表センター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://kaigo.nsyakyo.or.jp/modules/general/general_divindex.php?jigyo=2070501180&gi
----------	---

【 評価機関概要(評価機関記入) 】

評価機関名	株式会社マズネットワーク
所在地	長野県松本市巾上9-9
訪問調査日	平成31年1月29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) 】

<p>入居者さん一人ひとりが、今の状態(認知機能/身体状況)に合ったペースで生活ができる支援に心掛けている。</p> <p>・現在の認知機能の低下の状態と身体機能を理解して、理解できる事/できる事を把握した上で、できる限りその方が持つ力を生活の中で生かせるケアを検討している。</p> <p>・ご本人のニーズを常に追及し、そのニーズにあった暮らしの実現への支援をめざしている。</p> <p>・状態が変わっていった時にできる限り状況を共有し合っ、その状態にあったケアができる柔軟性を持つことに努めている。</p>
--

【 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) 】

<p>利用者の今迄の生活や習慣を大切にして、待つ気持ちを持って支援している。重度になっても、意向を表しにくくなった利用者にも、今迄の生活や経験から継続していけることをケアの中で見つけていくことが出来ると取り組んでいる。利用者の出来ること、理解できることを把握して支援できるようケアにあっている。また、利用者の持っている力を尊重し、利用者の状態を把握し、定期的また必要時に理学療法士が関わることで、利用者にあった支援が出来ている。家族には必要時すぐに連絡をとっており、連絡にはきちんと対応しているとの家族の声がある。</p>

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。ユニットが複数ある場合は、ユニットごとに作成してください。

こもれび)		項目	取り組みの成果 (該当する箇所を○印で囲むこと)	項目	取り組みの成果 (該当する箇所を○印で囲むこと)		
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向をつかんでいる。 (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、生き活きと働いている。 (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させている。 (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、安心して暮らさせている。 (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				

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(とまりぎ)

項目		取り組みの成果 (該当する箇所を○印で囲むこと)		項目		取り組みの成果 (該当する箇所を○印で囲むこと)	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	①ほぼ全ての利用者の ②利用者の2/3くらいの ③利用者の1/3くらいの ④ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (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、生き活きと働いている。 (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させている。 (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				

自己評価及び外部評価結果

〔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。	住み慣れた地域の中で、その人が持つ力の発揮をしながら、今までの暮らしを継続できる支援を念頭に置いた理念を作り、常に理念に立ち返りながら実践に繋げている	特にカンファレンス時は課題を出し合い、理念に添って自分たちのケアが出来ているか考えている。利用者の動きを見て待って支援することができるよう心掛けている。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	地主さんや民生委員の方に地域参加への相談をしている。近所さんとは野菜、花、果物などを頂くなどのお付き合いをしている	民生委員さんなど地区の方が運営推進委員になっているので情報を入れてもらえる。近所からの相談もあり、地域の力になればと思っている。	
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。	中学生の福祉体験事前学習会への参加や認知症についての(講義)や、体験時に認知症やグループホームについての学習を実施している。また、申込相談者には認知症状よっての対処方法のアドバイス等も行うように努めている		
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践、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。	毎回、利用者の状況/スタッフ状況/その時のホーム内の課題や困っていることを伝えている。委員の方に相談したり提案を頂き、日常の運営に活かしている。	委員さんとは防災訓練も一緒にやっている。ボランティアの紹介や情報をもらうなどしてサービスの向上に活かしている。	
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取り組んでいる。	運営上で、困ったことや分からない事が発生した際には、できる限り相談をするように努めている。	困ったこと、分からないことの相談や更新時の手続きなどで出向いており、より関係を深めたいと思っている。地域包括支援センターとは連携がとれている。	
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。	入社時に研修を行っている。その後は、随時(スタッフ会議・カンファレンス時)、実際のケアを通して周知している。また、万が一安全を守るためにやむを得ない場合は、家族、管理者、スタッフで話し合っ、最低限に留められるように努める。家族との間には、確認書を作成して状況に合わせて定期的見直しを行っていくシステムがある。	研修を行って現場で気が付いたことを出し合い、身体だけでなく言葉がけについても拘束のないケアについて話し合っている。	
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。	入社時に研修を行っている。その後は、スタッフ会議・カンファレンス時に具体的な場面を通し学ぶ場を作っている。また、虐待につながるような勤務の改善やストレス軽減の職場づくりに努めている。		

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
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。	一部のスタッフは、権利擁護制度の研修に参加して学んでいる。他のスタッフには、パンフレットで確認してもらっている。入居者に後見人制度を利用されている方がおり、理解をすすめる必要もある。		
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。	契約書の説明は、十分な時間を取って行っている。また、その後も疑問点があればすぐに対処できるように努めている		
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。	利用者の意見は、スタッフ全員で周知しケアプランへの反映に努めている。家族の意見は、運営推進会議の参加や、面会時に頂いた意見を運営に活かせるように取り組んでいる。運営推進会議の委員にも伝えたり、一緒に考えて頂く等している	家族からの意見は入居時や面会、運営推進委員会、行事に参加した折などに伺っている。メールでも連絡を取り合い意見をくみ取るようにしている。	
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。	スタッフ会議時に、意見を聞ける機会を設けている。また、年に2回の面談を行っている。管理者とスタッフは、いつでも話ができる距離にいるため、日常的に意見を交わし運営に活かしている	スタッフ会の場や直接でも管理者には意見が言いやすく、勤務のことや業務改善について話している。意見は話し合いで対応している。	
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。	1.待遇改善(正社員登用、処遇改善加算金の支給等) 2.福利厚生充実 3.研修の充実 等を通じ、就業環境の整備を図っている。		
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。	階層別の社内研修を実施。施設長研修、リーダー研修、スタッフ研修、新人研修。 また、センター方式活用のための研修。医療知識習得の研修を行った。		
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。	各種団体(GH連絡会、飯伊圏域介護保険事業者連絡協議会など)へ加入。		

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。	ご本人の声に耳を傾ける事は基より、入居時の情報(家族/ケアマネ:基本情報/既往/病気の進行状況/生活歴等)の収集に努め、できるだけ正確な情報によりご本人を知ること努め、さらにアセスメントにより、安心できる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。	家族の立場に立って話を伺う。要望を記入していただき、可能な限り要望に沿えるように努めている。また、一つひとつ相談させて頂きながら、ご本人と一緒に支援する姿勢で関係づくりに努めている。		
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。	15と16を踏まえてケアプランを作成し、本人と家族の要望に沿える支援に努めている		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	共に支え合うことを理念にも掲げ、人生の先輩として尊敬の念を持ち、お互いが力を発揮できるように努めている		
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。	家族の役割を明確にしてご協力いただけるように働きかけている		
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。	入居時に頂く情報を基に、可能な限り継続できるように努めている。家族や親しい人の面会は、入居当初より支援している。外出については、重度化が進んできており実践できていない。	親しかった人や交流があった人の面会がある。家族が定期的に家に連れて帰ったり外出する利用者もいて、家族の協力を得るようにしている。	
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。	利用者の性格や、認知症の進行レベルによりトラブルが発生する可能性は大きい。ひとり一人が気分よく過ごせるように、事前対応に努めている		

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。	契約終了時に、協力できる事は、させて頂きたいと伝えている。		
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。	入居時に、ご家族に記入いただくセンター方式シート(生活歴/病歴/馴染の暮らし方など)も参考にしている。また、日々の記録から、本人の思いをアセスメントして、全人的な支援ができるようにスタッフ全員で検討している	利用者のペースで話を聞くようにしており、聞いたことは具体的に記録に残している。24時間生活シートから、利用者の出来ること理解できることは何かなど見つけようとしている。	
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。	入居時に記入いただくセンター方式シートやケアマネからの情報など、できる限り入居前の生活が把握でき、これからの生活に繋げていけるように皆で取り組んでいる		
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。	日々の記録やアセスメントシートを駆使して把握に努めている。また、それらの情報をスタッフ会議やカンファレンスを通して共有している。		
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。	毎月のスタッフ会議やカンファレンスにおいて、モニタリングを定期的に行っている。ご家族には、来訪時やメール等で相談している。	担当者を中心にモニタリングやカンファレンスを行い、話し合って計画を立てている。変化のあった時にはその都度家族と連絡を取り合い相談している。	
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	センター方式D4を使用して記録を実施している。気づきや工夫の記載を、カンファレンスで共有し、必要に応じてアセスメントを実施/ケアプラン作成/モニタリング時に活かしている		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	必要が発生すれば、可能な限り対応する事に徹している。主治医以外の受診/入退院時の対応/特別養護老人ホームの申し込み/区分変更申請等を、実際に実施している。		

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。	歌のボランティア/踊りのボランティア/定期的なPT勉強会の開催/訪問看護ステーションとの連携など、生活に刺激・安全な生活支援となる社会資源を活用している。		
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。	家族の対応力と相談しながら、日常的な医療を安心して受けられる関係づくりに努めている。必要な状況が発生した時には、即受診ができるよう家族とも医療とも連携ができています。	医療機関と訪問看護ステーションの連携が良く、往診や緊急時の対応などで適切な医療を受けられるようにしている。家族とは情報を共有している。	
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。	毎週訪問の看護師には、確実な状況の伝達や相談をしながら、利用者が安心して暮らせるように支援している。また、緊急時には看護師から主治医への連携もスムーズに行えるシステムになっている。(24H連携・特別指示書対応可能)		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院当初から、家族や病院の相談員と連絡を取り合い、退院後も安心して暮らせる環境整備や、ケアの見直しの準備を行えるように努めている。		
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。	入居時に意向確認(記入)させて頂いている。また、状態の変化があった時には、主治医や訪問看護師との協力も得ながら支援に取り組んでいる。	意向確認書は交わしているがその都度医師や家族、訪問看護師などと相談しながら対応を決めている。状況に応じて特別養護老人ホームへの申し込みや看取りも行っている。	
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。	ヒヤリハットを参照に考えられる事例を挙げて、緊急対応、初期対応、スタッフ間の協力の在り方について、常に皆で確認し合っている。マニュアルも作成している。すべてのスタッフの実践力については訓練を積み上げたい。		
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。	定期的な防災訓練を行っている。近隣の方にも参加いただく。また近隣の協力体制も確立している。	運営推進委員や消防署、近所の人に参加して定期的に訓練を行っている。何かの時には近所の人に連絡し協力を頂ける体制がある。	更に市や地域へ働きかけることで地区組織との情報交換や連携を深め、災害に備えることが出来るとよい。

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。	スタッフ同士が気が付いた場面を事例に、不適切な言葉かけや関わりをアセスメントする機会を設けて、常に見直しや改善に努めている	特に入浴やトイレ時には特に配慮している。言葉かけについても事例をあげて話し合っており、利用者一人ひとりという意識を高めるよう努めている。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	学習会やカンファレンスを通して、一人ひとりの思いの確認を行い、自己決定できる具体的な働きかけ方を模索しながら取り組んでいる		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している。	利用者の状態の変化に合わせて、常にルーチンワークの見直しを図り、本人の希望に寄り添える工夫をしている。ただ、ユニット内の介護状況の差が大きくなってきており、平等性を保つことに苦労している。		
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。	本人の希望に沿った衣類を選ぶことができる(選び易い)ように支援している。また、いつも清潔できちんとした身だしなみでいられるように配慮している。		
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。	できる限り地域の行事食を取り入れたり、一緒に作れる機会を作るように工夫している。日常的にも、その人の力に合った準備や片付けができるように、スタッフ間でアセスメント・協力し合って支援に繋げている。	行事食や郷土食は出来るだけ取り入れ、利用者の希望に添えるようにしている。利用者は盛り付けや洗い物、届いた食材のチェックなど出来ることを職員と一緒にやっている。	
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。	毎日の水分量はチェックシートを使って把握に努めている。食事量についても、摂取量が少ない方は、毎日の食事量を記録しながら、不足分は補助食品で補うなどの工夫を、家族の協力を得ながら支援している。		
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。	毎食後、もしくは、就寝前には必ず支援している。また、必要に応じて居宅管理指導の口腔ケアを利用して、口腔内環境にも配慮している(ご家族に相談協力を得ている)。		

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。	入居時に、排泄アセスメントシートを使って、排泄のパターンや、現在使っているパットやリハビリパンツが適切なものかを見直しなどを行いながら、できるだけ失敗せずにトイレで排泄できるような支援に努めている。排泄の失敗は、不安定な心理状況にも繋がるため、重要なケアと捉えて取り組んでいる	個々の排泄パターンを理解しながら食事前やお茶の前などで声掛けをし、トイレでの排泄を基本として支援している。	
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。	水分摂取量/暖房温度管理/乳製品摂取/野菜の摂取/毎日の体操や散歩等を工夫している。また、個々の状態に応じて医師や訪問看護師に相談して、便秘薬や浣腸施行等、便コントロールに努めている。		
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。	本人の意思確認を行うが、それぞれの好みもあり、均等な入浴は困難と感じている。希望がある場合は、浴えるよう配慮している。入浴の好みについては、事前の家族からの情報や、実際に支援する中で得たことを共有して、できる限り気持ち良い入浴ができるように努めている。身体機能の低下に伴った介助法についても、共有しながら支援に努めている。	重度になることで一般浴槽が困難な利用者もいるが、シャワー浴や足湯などを利用して、一人ひとりの状況に合わせてゆっくり対応し入浴を楽しんでいる。	
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。	特に、全員がそろって午睡の時間とは決めずに、自分で休まれる方には気兼ねなくできるように、身体的に必要な方にはその方に合わせて、個々の状況や状態に合わせた休息支援に努めている		
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。	薬の情報をスタッフ全員が把握、共有できるように、説明書をファイリングしていつでも確認できるようにしている。また、状態の変化があった時には、薬の影響も一つの要因として考えられるように、日常から情報共有に努めている。医師にも随時相談できるシステムになっている。		
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。	一人ひとりの性格や、好みの把握をしながら(事前のアセスメントシートや日々の記録から)ケアプランに取り入れながら、支援に繋げている		
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。	介護度の差が大きくなっているため、日常的な外出がなかなか困難となっているが、可能な範囲で外食やドライブに出かけられるように工夫している。ご家族にも協力依頼はしている。	介護度の差があり外出が困難になってきているが、桜やアジサイを見に行ったり外食などを計画して外に出る工夫をしている。冬は屋内で過ごすことが多いが、天気の良い日には駐車場に出て日に当たっている。	

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
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。	ご本人の希望とご家族の意向により所持されている方がいる。(基本的には、こちらからの制限は決めていない。本人または家族の意向優先)。ただ、買い物に関しては十分な支援ができていない。		
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。	電話については希望があれば、制限はなく(深夜や早朝は除く)かける事ができるようになっている。手紙も、希望があれば葉書等を用意して、一緒に書くなどの支援を実施している		
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。	清潔、整理整頓に心掛け、気持ちよく過ごせるように配慮している。また、季節に合わせた作り物を飾って、季節が分かるような工夫をしている	清潔、整理整頓を心がけ、テレビなどの音にも配慮し気持ちよく過ごせるようにしている。季節に合わせて利用者の作品を飾り、季節が分かる工夫をしている。	
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。	テーブル席、ソファー、キッチンの席、洗面台前の席・・というように、その時の気分で利用者が動いて過ごせる空間を工夫している		
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。	入居時に、本人が馴染まれている物をお持ちいただくように働きかけている。また、本人が望まれるものについては、家族と相談しながら、持ち込めるように働きかけている	使っていたタンスやベッド、仏壇など持ってきて置き、利用者が落ち着ける居室となるよう工夫している。	
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。	危険をすべて取り除くのではなく、その人の状況に合わせて安全に暮らせる環境づくりに心懸けている		

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	35	災害時の協力体制や対応(連携)等、市や地域と具体的な対策の話し合いができていない。防災訓練等にも、一部の方にしか参加していただかず、実際に発生した時の役割などが曖昧な状況である。	・災害時に備えて、市や地域と日常的な情報交換や連携を深める。	・区長さんを通して、地域との連携を相談する。まずは、北方区の組織の理解や協力し合える事を確認する。 ・市からも、地域連携の在り方等のアドバイスを頂く。	6ヶ月
2	49 52	入居者の状態の違いにより、積極的な外出支援ができない。そのために、季節の移り変わりや、いつもと違う環境を体験できる機会が少なくなっている。	・季節を感じてもらえる環境づくりに努める。 ・外出できるための時間や人員の工夫をする。	・玄関先やウッドデッキに、プランターを置き、季節ごとの花と一緒に植える。 ・小さな企画(少人数/短時間でも実施できるような外出)を実施する。	6ヶ月
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。