

### 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	2373300447		
法人名	有限会社 アットホーム		
事業所名	有限会社 アットホーム (3F)		
所在地	愛知県蒲郡市鹿島町大迫22番地53		
自己評価作成日	平成25年 8月15日	評価結果市町村受理日	平成25年10月22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	<a href="http://www.kaijokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JiyosvoCd=2373300447-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JiyosvoCd=2373300447-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022</a>
----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**【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25年 9月17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)】**

三河湾を望む高台に位置し、豊かな自然と、温暖な気候に恵まれた絶好の環境の中、「アットホーム」という名前のとおり、家庭的でゆったりとした生活が送れるよう支援しています。「愛情和笑顔」をモットーに地域・家族との繋がりを大切に、利用者の安全・心身の充実が十分保てるよう努力し、又、独居高齢者・生活保護受給高齢者など生活に困窮した方を積極的に受入れ、地域密着型サービスという位置づけの中で、でき得る限りの援助ができるよう保険者との連携を強めています。地域で一番頼りになる事業所を目指し、職員一同頑張っています。

**【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)】**

ホームは丘陵地の高台に位置した4階建ての建物の3、4階を使用して運営しており、1、2階にデイサービスの事業所が同居している。寮を改造した建物であるため、共用空間は狭く使い勝手が良いとは言えないが、ホームから見下ろす眼下には三河湾が広がり、居室の窓や浴場からは風光明媚で野趣に富む景色が広がり、利用者の豊かな生活環境のアイテムになっている。  
 本年4月に就任した管理者は、法人の複数の事業所の勤務経験を持ち、理念である「愛情和笑顔」を実践すべく職員との融和に努めている。職員の定着率は高く、ホームで培った豊富な経験を元に管理者と協働して「愛情和笑顔」を実践しており、温もりのあるホームと言える。

**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**

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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	管理者・職員共に地域密着型サービスの意義をふまえ、「愛情和笑顔」をスローガンに掲げ、実践につなげている。	経験豊富な職員が多く、「理念は身体に沁みついている」と言い切るほど自信を持って臨んでいる。階段の踊り場に掲げてある利用者の書いた大きな筆字の理念は、誰の目にも飛び込んでくるインパクトがある。	
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	地域の方にはグループホームの存在を認知してもらっていると思うが、利用者のレベルも低下してきており、全員が日常的な交流を行うのは難しい。	地域行事への招待があり、ホームイベントへの参加を地元住民に呼びかけており、地域との交流は濃厚。夏のアウトホーム祭りは、高台の一等地から海水面に写る花火大会を楽しむ交流の場として定着している。	
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	前項と重なる部分はあるが、地域の催し、当施設での催しに参加された地域の方に認知症者に対する理解をいただいている。元々当地域は高齢者比率が高く、地域の方の認知症を含めた高齢者への理解が非常に高い。		
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	利用者の状況、イベント報告などを行い、なるべく質疑応答に時間を使っている。そこで出た意見は出来得る限り実践に活かし、サービス向上に繋げている。	2ヶ月に一度、利用者、家族、地域代表、行政の参加を得て運営推進会議を開催している。ホーム運営の当事者として、利用者の暮らしの継続について親身な話し合いを行い、実のある会議となるよう努力している。	外部評価の結果について議題に取り上げて披露し、介護サービスに向ける事業所の取組み姿勢を示す案を提案したい。
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取り組んでいる	長寿課職員の方がとても気さくな方であり、相談し易い環境を作ってくれている。運営推進会議にも毎回参加して頂いており、非常によい協力関係が築けている。	市の長寿課担当者は運営推進会議に必ず出席し、制度や運営に指導・助言を行っている。ホーム側からも随時市を訪問しており、相互に報告や相談を行う協力関係が築かれている。	
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	身体拘束に対する共通意識は持っているが、安全上、階段ホール部分(当施設は3.4Fにあるため)へは、時間帯により施錠を行っている。	マニュアルを整備し、随時勉強会を実施して身体拘束に対する意識の共有に努めている。エレベーターは無施錠であり、階段は簡易な柵のみであるため、利用者の離席を見つけた場合には、職員は見守りに徹して危険を回避している。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見逃ざされることがないように注意を払い、防止に努めている	全職員が虐待防止には強い関心を持っており、常に虐待防止に努めている。		

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	利用者の中に、成年後見人制度を利用している方がみえ、最低限の知識は持っている。		
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	契約時、重要事項説明書等により、十分施設の説明を行い、その際解約、退所に対する説明も同時に行い、安心して当施設を利用できるようにしている。改定時も同様である。		
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	特別に機会などは設けてはいないが、常に相談に乗れるような体制は整えている。	面会時や利用料金受領の機会に、家族等の意見を聞き出している。毎月送付する「アットホーム便り」で利用者の状況を伝え、電話でのフォローも行っており、きめ細かい対応により意見を表せるよう工夫している。	「アットホーム便り」に、家族からの要望欄を設ける旨の計画が見られたが、フォームの改善、内容の充実に向けて今後とも取り組まれることを望みたい。
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	月1回の全体ミーティングで提案・要望を出し合っている。職員の積極的取り組みを一番に考え、意見には出来得る限り対応している。	法人内で職種別集合研修会が発足し、ホーム部門では、懸案事項を披露しあい、解決策を模索しながらサービス向上を目指す仕組みが出来上がった。月1回の職員会議では、忌憚無く意見を交わしている。	
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	年1回の給与見直しを行っている。その際、各職員の現状に基づき、給与に反映させている。又なるべく現場に赴き、日々現場環境の改善に取り組む努力をしている。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	定期的な研修機会確保まではできていないが、自主的な研修参加には、シフト変更など融通のきける環境を作っている。又、実践者研修・管理者研修等積極的に受講できるよう働きかけている。		
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	職員全体の交流までは至っていない。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入所前に行う本人との面談で、不安ごとなどを出来る限り聞き出し、サービスに対する不安がないよう説明を行い、信頼確保を心掛けている。		
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	前項同様、入所前の面談時に、現在一番の困りごと、入所に至った経緯をできるだけ聞き出すようにしている。その際、ご家族の方が話しやすいような環境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	ケアマネジャーと共に、面談に来た場合は、あらゆるサービス含め検討、本人・家族のニーズになるべく近づけるよう対応している。家族だけの相談の場合も出来る限りのアドバイスを行うようにしている。		
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	暮らしの中で、本人ができる事・できない事を職員が把握し、できる事には最低限のサポートを行う程度にしている。又利用者全員に何らかの役割を持ってもらうことにより、共同生活における助け合いの気持ちを持っていただくよう支援している。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	毎月「アットホーム便り」をご家族に郵送し、1カ月の本人の様子を家族の方に伝えており、その際、面会等のお願いもしている。なるべく面会にきてもらえるよう働きかけてはいるが、入居期間が長期になるにつれ、面会が少なくなってきたのが現状である。		
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	日常会話の中で、本人の思い入れのある場所、人物などを聞き、面会時ご家族に相談し、本人の希望に添えるような対応をご家族の協力のもと行えるよう支援している。最低限、盆参りなどはご家族にお願いしている。	知人の訪問を受入れ、ゆっくり談話できるよう支援している。日頃から利用者の思いを聞き取り、墓参りなどの同行を行い、馴染みの関係の継続に努めている。	
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	なるべくトラブルがないよう気をつけている。トラブルが生じた場合は、早い段階で職員が介入し、大きなトラブルにならないよう対処している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	退所する時は、入居時同様細心の注意を払い対応している。必要に応じ、退所後の施設等に伺い様子を聞いている。又ご家族に対しても失礼がないよう対応し、今後もまたご相談下さいと声をかけるようにしている。		
<b>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</b>					
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	入居者の方の生活習慣、希望をなるべく尊重し、介護を行っている。最低限の時間制限等は守って頂く事になるが、できるだけ本人の思いを尊重するよう心掛けている。	利用者に寄り添い、耳を傾け会話や仕草から思いや意向を読み取るよう努めている。把握した言葉や仕草は、ケース記録にそのまま記している。墓参り等、利用者の思いは可能な限り実現できるよう取り組んでいる。	
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	入居開始前の相談時に、なるべく本人のこれまでの生活歴、サービス利用時の様子を聞くようにしている。入居後利用者として出来るだけ早い段階で信頼関係を築き、本人が快適に暮らしていけるようサポートしている。		
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	入居初期の段階で、利用者を観察し、コミュニケーションをとることで、出来る事・出来ない事を把握するよう努めている。		
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	計画書、モニタリング表の書式を見直し、実践しているが、こまめな見直しが行なわれているとは言い難い。	毎日、利用者個々のモニタリング項目にチェックをし、まとめたものを半年ごとの介護計画作りに活用している。計画作成は全職員参加によるカンファレンスを元に行っているが、計画内容はADL主体であった。	目標達成計画にも掲げた、「現状に即した利用者・家族の意向を反映した」内容の計画づくりを一層推し進められたい。
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	ミーティング(月1回)申し送り(毎日)を通して情報を共有し、実践につなげている。		
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	本人や家族の状況に応じでき得る限り行っている(通院介助等)が、現在家族協力が得られる利用者が非常に少なく、多機能にわたっては取り組めていないと思われる。		

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
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	一番に本人の安全・快適な暮らしを基に、様々な地域資源を活かし、支援する事を心がけている。本人の地域の中での役割、事業所としての地域の中での役割を確立する事が利用者の豊かな暮らしに繋がると考えている。		
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	入居契約時、本人・家族に現在の受診状況を聞き、希望に沿ったものになっている。又入居後の心身の変化により、あらたに受診が必要となった場合においても家族と相談のもと適切な医療が受けられるよう支援している。	多くの利用者は協力医をかかりつけ医としている。毎月、職員と看護師引率の下で通院受診しており、医師と看護師との連携もある。他科受診は家族同行を基本としているが、ホーム側で支援することもある。	
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	利用者に異常があった場合はすぐに看護師に指示をあおぐような体制を整えている。同建物内にデイサービスを併設しており、たとえグループホームに看護師がいない日でも十分対応できる状況である。		
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。	入院となった場合においても、介護主任あるいは看護師がすぐに病院に赴き、病院関係者に情報を提供するようにしている。又、入院時利用者に不都合が生じないようできる限りの援助は行っている。		
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	重度化した場合、終末期などのことは、契約時にご家族に説明している。また、そうなった場合においても、早い段階でご家族と話し合いの場を設けるよう努力している。	利用者、家族の意向・希望を確認して臨んでいるが、「看られるだけ見てあげたい」との思いが強く、ギリギリまで支援を行なう方針である。数多くの看取り経験を有し、利用者と家族のように暮らしてきた職員は、通夜に参列し涙を流し最期を見送っている。	
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	定期的に看護師等に指導してもらい、徐々に実践力は身に付いてきている。		
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	年2回の防災訓練の際、消防署職員の方に分からない点などはその都度聞いている。	消防署の立会いの下、年2回の避難訓練を実施しており、日頃から利用者の身体状況を踏まえた避難方法を話し合っている。職員の緊急連絡網、通報システム、スプリンクラーを整え、災害発生時に備えている。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	常に人生の先輩という意識を持ち、介護に従事している。人格・誇りの尊重、プライバシー保護には細心の注意を払い接している。	永く利用者と共に過ごしたベテラン職員が多く、親子、家族以上の信頼関係がうかがえる。利用者の不穏な状況には職員を代えて対応したり、入浴の際には同性介助とするなど、尊厳や誇りに配慮している。	
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	日常生活での行動は基本的に自己決定に任せている。前23項同様、本人からの希望等があれば、できる限り希望をかなえられるよう家族の協力を含め実行している。		
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	最低限の時間設定は設けているものの、前項同様本人希望のもと日常生活を行っている。		
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	季節変わりの衣替えの際、家族の方に足りない衣服、身だしなみ用品等は揃えて頂くようお願いしている。家族援助ができない利用者の方は、外出時に購入している。又、月平均1回程度出張理美容もお願いしている。		
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	栄養士作成のメニューを基本として食事作りを行っているが、利用者の好み・旬の素材も考慮し、その都度メニュー変更をして利用者の楽しみになるよう工夫している。配膳から下膳に至るまで利用者の方に手伝ってもらっている。	法人の作成した献立に基づいて、職員が交代で調理している。食材の調達も職員が行い、利用者の嗜好やアレルギー等を考慮して、個別に対応している。料理は家庭的で、食欲の湧く匂いの漂う手料理である。	
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	栄養士作成メニューのため、栄養バランスは確保できている。又、摂取量もその都度チェックし、咀嚼力が低下している利用者には、キザミ食・おかゆ等の対応をしている。		
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	起床・食後・就寝時、その都度声かけし、歯磨きを行っている。義歯の方が多いため、職員が洗浄の補助等を行っている。		

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
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	日中は特におむつ利用を減らし、利用者全員トイレでの排泄を行っている。車いすの方、下肢筋力低下の方が増えていく中、職員は一生懸命取り組んでくれている。排泄表も毎日記入している。	利用者ごとに支援方法の見直しを行い、変化を見極めて、誘導の回数、方法を考え、自立したトイレでの排泄を目指している。転倒の可能性の高い利用者は、安全を優先してポータブルトイレを使用している。	
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	日々、排泄チェック表を記入し、便秘予防に役立てている。食事に関しても、一日のうち必ず乳製品・果物(毎食)を取り入れる等工夫している。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々にそった支援をしている	入浴は毎日できるような体制を整えている。出来だけ毎日入浴してもらうよう利用者の方に働きかけている。現在、ほとんどの利用者が入浴に関し介助を必要としており、入浴時間はおおよそではあるが決めてしまっている。	デイサービス部門と共用の浴室を利用しており、ホーム利用者は午後の使用となる。毎日入浴も可能で、三河湾を見渡せる大浴場は一度に4・5人が利用でき、温泉気分が味わえる。	
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	一日の生活リズムは、食事・レクリエーション・入浴以外は基本的に本人意思のもと行っている。しかし、生活リズムの確立(夜間の十分な睡眠確保)のため、日中家事全般の手伝い・機能訓練等を行い、昼寝は極力少なくするよう働きかけている。		
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	各利用者の処方箋をファイルし、職員全員理解するような体制をとっている。また利用者個々の薬箱をセットし、服薬の間違いないようにしている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	基本的に本人の生活歴を尊重し、介護を行っている。出来る事・出来ない事を職員は把握し、必要に応じた介護を行っている。季節ごとの行事、外出を積極的に行い、気分転換を図っている。		
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	立地(山の中腹)のことがあり、どこに行くにも車を必要とするため、日常的な外出はできていない。家族支援がある利用者はそれなりにできてはいるが、家族支援等がない利用者は、すべての希望がかなうまでには至っていないように思う。	ホームは丘陵地帯の急勾配の場所にあるため、車を使用したドライブを楽しみながらの買物、喫茶、地域の行事に参加という形となる。祭り見物や敬老会への参加、季節折々の弁当持参の花見は利用者の生活にメリハリを与える機会となっている。	



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	認知が軽度の利用者は自己管理で金銭管理を行っている。契約時、基本的に事業所として金銭管理は行わない旨を家族に説明し、外出時の買い物は原則事業所立替で行っている。		
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	家族等、外部の方への通信手段は自由に行えるようにしている。また面会の少ない家族にはできるだけ面会に来ていただけるよう、職員から連絡を取るような体制をとっている。		
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	日々の清掃により、清潔感は保たれている。なるべく生活の障害になるようなものは排除しつつ、壁・天井の飾りつけなどで季節感を出し、又花瓶に季節の花を生けるなど季節感・生活感があるよう、居心地のよい生活環境整備を心掛けている。	改造再利用施設であるため、構造面での制約が伴うが、利用者は居間兼食堂のスペースに家族のように集い、穏やかに暮らしている。利用者の出来ることは利用者の役割とし、洗濯物や食事の片付けに力を発揮する大家族の風景が見られる。	
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	食卓テーブルとは別にソファなどを置き、のんびりできるような環境づくりを行っている。		
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	入居する際、出来るだけ馴染みの物を持ってきて欲しいと伝えている。	居室はほとんどが景色・日当たりの良い南向きであり、快適な居室といえる。独居時代の利用者の不要な荷物は全て別室に預り、居室には生活に必要な品物を持ち込むよう支援している。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	安全を第一に考え、手すり等の設置には万全を期している。		

### 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	2373300447		
法人名	有限会社 アットホーム		
事業所名	有限会社 アットホーム (4F)		
所在地	愛知県蒲郡市鹿島町大迫22番地53		
自己評価作成日	平成25年 8月15日	評価結果市町村受理日	平成25年10月22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	<a href="http://www.kaijokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2373300447-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2373300447-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022</a>
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### 【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	愛知県名古屋市長区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成25年 9月17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)】

三河湾を望む高台に位置し、豊かな自然と、温暖な気候に恵まれた絶好の環境の中、「アットホーム」という名前のとおり、家庭的でゆったりとした生活が送れるよう支援しています。「愛情と笑顔」をモットーに地域・家族との繋がりを大切に、利用者の安全・心身の充実が十分保てるよう努力し、又、独居高齢者・生活保護受給高齢者など生活に困窮した方を積極的に受入れ、地域密着型サービスという位置づけの中で、でき得る限りの援助ができるよう保険者との連携を強めています。地域で一番頼りになる事業所を目指し、職員一同頑張っています。

#### 【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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	管理者・職員共に地域密着型サービスの意義をふまえ、「愛情和笑顔」をスローガンに掲げ、実践につなげている。		
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	地域の方にはグループホームの存在を認知してもらっていると思うが、利用者のレベルも低下してきており、全員が日常的な交流が出来ているとは云い難い。		
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	前項と重なる部分はあるが、地域の催し、当施設での催しに参加された地域の方に認知症者に対する理解をいただいている。元々当地域は高齢者比率が高く、地域の方の認知症を含めた高齢者への理解が非常に高い。		
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	利用者の状況、イベント報告などを行い、なるべく質疑応答に時間を使っている。そこで出た意見は出来得る限り実践に活かし、サービス向上に繋げている。		
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	長寿課職員の方がとても気さくな方であり、相談し易い環境を作ってくれている。運営推進会議にも毎回参加して頂いており、非常によい協力関係が築けている。		
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	身体拘束に対する共通意識は持っているが、安全上、階段ホール部分(当施設は3.4Fにあるため)へは、時間帯により施錠を行っている。		
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	全職員が虐待防止には強い関心を持っており、常に虐待防止に努めている。		

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	利用者の中に、成年後見人制度を利用している方がみえ、最低限の知識は持っている。		
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	契約時、重要事項説明書等により、十分施設の説明を行い、その際解約、退所に対する説明も同時に行い、安心して当施設を利用できるようにしている。改定時も同様である。		
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	特別に機会などは設けてはいないが、常に相談に乗れるような体制は整えている。		
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	月1回の全体ミーティングで提案・要望を出し合っている。職員の積極的取り組みを一番に考え、意見には出来得る限り対応している。		
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	年1回の給与見直しを行っている。その際、各職員の現状に基づき、給与に反映させている。又なるべく現場に赴き、日々現場環境の改善に取り組む努力をしている。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	定期的な研修機会確保まではできていないが、自主的な研修参加には、シフト変更など融通のきける環境を作っている。又、実践者研修・管理者研修等積極的に受講できるよう働きかけている。		
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	職員全体の交流までは至っていない。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入所前に行う本人との面談で、不安ごとなどを出来得る限り聞き出し、サービスに対する不安がないよう説明を行い、信頼確保を心掛けている。		
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	前項同様、入所前の面談時に、現在一番の困りごと、入所に至った経緯をできるだけ聞き出すようにしている。その際、ご家族の方が話しやすいような環境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	ケアマネジャーと共に、面談に来た場合は、あらゆるサービス含め検討、本人・家族のニーズになるべく近づけるよう対応している。家族だけの相談の場合も出来る限りのアドバイスを行うようにしている。		
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	暮らしの中で、本人ができる事・できない事を職員が把握し、できる事には最低限のサポートを行う程度にしている。又利用者全員に何らかの役割を持ってもらうことにより、共同生活における助け合いの気持ちを持っていただくよう支援している。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	毎月「アットホーム便り」をご家族に郵送し、1カ月の本人の様子を家族の方に伝えており、その際、面会等のお願いもしている。なるべく面会にきてもらえるよう働きかけてはいるが、入居期間が長期になるにつれ、面会が少なくなってきたのが現状である。		
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	日常会話の中で、本人の思い入れのある場所、人物などを聞き、面会時ご家族に相談し、本人の希望に添えるような対応をご家族の協力のもと行えるよう支援している。最低限、盆参りなどはご家族にお願いしている。		
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	なるべくトラブルがないよう気をつけている。トラブルが生じた場合は、早い段階で職員が介入し、大きなトラブルにならないよう対処している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	退所する時は、入居時同様細心の注意を払い対応している。必要に応じ、退所後の施設等に伺い様子を聞いている。又ご家族に対しても失礼がないよう対応し、今後またご相談下さいと声をかけるようにしている。		
<b>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</b>					
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	入居者の方の生活習慣、希望をなるべく尊重し、介護を行っている。最低限の時間制限等は守って頂く事になるが、できるだけ本人の思いを尊重するよう心掛けている。		
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	入居開始前の相談時に、なるべく本人のこれまでの生活歴、サービス利用時の様子を聞くようにしている。入居後利用者と出来るだけ早い段階で信頼関係を築き、本人が快適に暮らしていけるようサポートしている。		
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	入居初期の段階で、利用者を観察し、コミュニケーションをとることで、出来る事・出来ない事を把握するよう努めている。		
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	計画書、モニタリング表の書式を見直し、実践しているが、こまめな見直しが行なわれているとは言い難い。		
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	ミーティング(月1回)申し送り(毎日)を通して情報を共有し、実践につなげている。		
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	本人や家族の状況に応じでき得る限り行っている(通院介助等)が、現在家族協力が得られる利用者が非常に少なく、多機能にわたっては取り組めていないと思われる。		

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
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	一番に本人の安全・快適な暮らしを基に、様々な地域資源を活かし、支援する事を心がけている。本人の地域の中での役割、事業所としての地域の中での役割を確立する事が利用者の豊かな暮らしに繋がると考えている。		
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	入居契約時、本人・家族に現在の受診状況を聞き、希望に沿ったものになっている。又入居後の心身の変化により、あらたに受診が必要となった場合においても家族と相談のもと適切な医療が受けられるよう支援している。		
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	利用者に異常があった場合はすぐに看護師に指示をおおぐような体制を整えている。同建物内にデイサービスを併設しており、たとえグループホームに看護師がいない日でも十分対応できる状況である。		
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。	入院となった場合においても、介護主任あるいは看護師がすぐに病院に赴き、病院関係者に情報を提供するようにしている。又、入院時利用者に不都合が生じないようでき得る限りの援助を行っている。		
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	重度化した場合、終末期などのことは、契約時にご家族に説明している。また、そうなった場合においても、早い段階でご家族と話し合いの場を設けるよう努力している。		
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	定期的に看護師等に指導してもらい、徐々に実践力は身に付いてきている。		
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	年2回の防災訓練の際、消防署職員の方に分からない点などはその都度聞いている。		

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	常に人生の先輩という意識を持ち、介護に従事している。人格・誇りの尊重、プライバシー保護には細心の注意を払い接している。		
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	日常生活での行動は基本的に自己決定に任せている。前23項同様、本人からの希望等があれば、できる限り希望をかなえられるよう家族の協力を含め実行している。		
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	最低限の時間設定は設けているものの、前項同様本人希望のもと日常生活を行っている。		
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	季節変わりの衣替えの際、家族の方に足りない衣服、身だしなみ用品等は揃えて頂くようお願いしている。家族援助ができない利用者の方は、外出時に購入している。又、月平均1回程度出張理美容もお願いしている。		
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	栄養士作成のメニューを基本として食事作りを行っているが、利用者の好み・旬の素材も考慮し、その都度メニュー変更をして利用者の楽しみになるよう工夫している。配膳から下膳に至るまで利用者の方に手伝ってもらっている。		
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	栄養士作成メニューのため、栄養バランスは確保できている。又、摂取量もその都度チェックし、咀嚼力が低下している利用者には、キザミ食・おかゆ等の対応をしている。		
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	起床・食後・就寝時、その都度声かけし、歯磨きを行っている。義歯の方が多いため、職員が洗浄の補助等を行っている。		



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
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	日中は特におむつ利用を減らし、利用者全員トイレでの排泄を行っている。車いすの方、下肢筋力低下の方が増えていく中、職員は一生懸命取り組んでくれている。排泄表も毎日記入している。		
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	日々、排泄チェック表を記入し、便秘予防に役立てている。食事に関しても、一日のうち必ず乳製品・果物(毎食)を取り入れる等工夫している。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴は毎日できるような体制を整えている。出来るだけ毎日入浴してもらうよう利用者の方に働きかけている。現在、ほとんどの利用者が入浴に関し介助を必要としており、入浴時間はおおよそではあるが決めてしまっている。		
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	一日の生活リズムは、食事・レクリエーション・入浴以外は基本的に本人意思のもと行っている。しかし、生活リズムの確立(夜間の十分な睡眠確保)のため、日中家事全般の手伝い・機能訓練等を行い、昼寝は極力少なくするよう働きかけている。		
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	各利用者の処方箋をファイルし、職員全員理解するような体制をとっている。また利用者個々の薬箱をセットし、服薬の間違いないようにしている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	基本的に本人の生活歴を尊重し、介護を行っている。出来る事・出来ない事を職員は把握し、必要に応じた介護を行っている。季節ごとの行事、外出を積極的に行い、気分転換を図っている。		
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	立地(山の中腹)のことがあり、どこに行くにも車を必要とするため、日常的な外出はできていない。家族支援がある利用者はそれなりにできてはいるが、家族支援等がない利用者は、すべての希望がかなうまでには至っていないように思う。		

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
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	認知が軽度の利用者は自己管理で金銭管理を行っている。契約時、基本的に事業所として金銭管理は行わない旨を家族に説明し、外出時の買い物は原則事業所立替で行っている。		
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	家族等、外部の方への通信手段は自由に行えるようにしている。また面会の少ない家族にはできるだけ面会に来ていただけるよう、職員から連絡を取るような体制をとっている。		
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	日々の清掃により、清潔感は保たれている。なるべく生活の障害になるようなものは排除しつつ、壁・天井の飾りつけなどで季節感を出し、又花瓶に季節の花を生けるなど季節感・生活感があるよう、居心地のよい生活環境整備を心掛けている。		
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	食卓テーブルとは別にソファなどを置き、のんびりできるような環境づくりを行っている。		
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	入居する際、出来るだけ馴染みの物を持ってきて欲しいと伝えている。		
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	安全を第一に考え、手すり等の設置には万全を期している。		

## 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	10	運営に関する利用者、家族等意見の反映する機会が少ない。	面会の際にお話する機会を設けて、利用者、家族の意見を反映した運営に取り組んでいく。	お花見、敬老会等の行事にご家族も参加して頂いて、今まで以上に家族との連携を密にし、また利用者の思いに耳を傾ける努力をする。イベントの際に無記名の意見書を用意して、意見を出して頂いて、運営に反映していく。	12ヶ月
2	26	介護計画書にもっと個別性を取り入れ、現状に即した利用者・家族の意向を反映したものにしていく。	利用者、家族との話し合いをもっと増やして、思いや意向をわかりやすい表現にする。	定期的な見直しだけでなく、随時職員と利用者・御家族との話し合いにより、介護計画書を進めていく。	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。