

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	2376500324		
法人名	有限会社 あおいの里		
事業所名	グループホームあおいの里		
所在地	愛知県豊川市伊奈町縫殿26番地132		
自己評価作成日	平成24年 9月10日	評価結果市町村受理日	平成24年11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=kouhvu_detail_2012_022_kani=true&JiyosyoCd=2376500324-00&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	愛知県名古屋市長区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成24年 9月26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)】

「その方が入居前と変わりなく、地域の中で普通に生活すること」という事業所の理念を礎に、利用者
と職員が共に生活し、時には利用者に教えて頂き、時には利用者を頼りにするという、お互いに支えあ
う関係を大切にし援助にあたるよう努めている。
また、認知症通所介護(共用型)サービスを生かし、入居前から利用者様、家族様の要望、状態の把
握に努め少しでもスムーズな入居に向け柔軟な対応と信頼関係作りを心掛けています。

【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)】

利用者の「普通の生活」実現の理念の下、まずは理念達成のための「人材育成」と「利用者満足の上
」に着目し、今年度は特に力を入れて取り組んだ。利用者満足は職員の質の向上に比例すると語つ
てくれた法人代表の熱い介護精神は、管理者や職員にもよく浸透し、手厚く充実した支援実現につな
がっている。精神面の他に、物質的な取り組みとしても、徹底した家庭の環境の提供や、ホーム提携
医の変更に伴う訪問医療の充実等で、利用者と家族の満足度を向上させている。また、ホームが運営す
る共用デイサービスの一日3名の利用者の存在が、ホームの利用者にとっての新しい風となり、人付
き合いの刺激が、利用者一人ひとりの良好な機能向上に活かされている。

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、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている (参考項目:30,31)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (参考項目:28)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない				

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	「その方らしく、地域の中で普通に生活すること」を理念とし、今までと変わらない生活が送れる地域の一員として生活が送れるようにしている。理念の共有については、毎月の会議の際に確認し理解を深めるよう努めている。	スタッフ会議では、法人の理念の持つ意味や意義について話し合い、全職員で意識を高めている。利用者の「普通」を支援する方針は、職員に浸透し、日常支援に反映されている。	
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	近所の飲食店へ出かけたり、スーパーや薬局での買い物、神社や公園への散歩など日常的に地域との付き合いがあり、月に一度のハートサロンに参加し馴染みの関係作りをしている。ボランティアや介護相談員の受け入れも随時行っている。	毎月の地域高齢者サロン(ハートサロン)への継続参加で、ホームの利用者を知っている地域の人との交流が可能になって来ている。ホームと地域の交流で芽生えた顕著な事例である。	
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	社会福祉協議会のボランティア事業や社会福祉体験事業等に必要な情報を提示したり提案している。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	2ヶ月に1回(奇数月)に運営推進会議を開催している。会議では事業所の運営状況等をスライドをまじえて報告するとともに、参加者から頂いた意見をサービスに反映し、向上に努めている。	制度のねらいに沿った会議運営がある。認知症の情報発信については、管理者が特に力を注ぎ、ホーム利用者の日常の報告とともに、認知症理解を推進している。会議で聴取した意見や提案は、職員間でも周知を図り、ホーム運営に積極的に活かしている。	
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に取り組んでいる	豊川市高齢者地域見守りネットワーク事業を通じ、市町村担当者とは日ごろから連絡をとり、協力関係を築いている。また介護相談員の受け入れを行い意見等を頂いている。入退去があった際にはその都度窓口に報告書を持参し利用状況を伝え意見を伺っている。	市の高齢者見守り隊ネットワークに登録し、地域の高齢者見守りに尽力している。市担当との日常的な情報収集や情報交換から、地域高齢者やホーム利用者の処遇改善につながる内容も多く、意見陳情や提案を行い、相互で検討できる協力関係にある。	
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	玄関は夜8時から朝7時以外は鍵をかけていない。居室には鍵をかけず、身体拘束の防止に取り組んでいる。職員は勉強会を定期的に行って、スピーチロックを含めた身体拘束やその廃止に向けた取り組みを実践している。	理念にある「利用者の普通の生活」実現にもつながることから、ホーム内勉強会で意識の共有を図り、正しい理解で日常支援が実践できるように指導している。利用者の安全確保と身体拘束の違いについても、随時、事例を交えて検討を行っている。	
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	職員は定期的に勉強会を設け、虐待防止に関しての知識・理解を深めている。		

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	認知症介護指導者研修、リーダー研修、実践者研修など各種の研修に法人代表・管理者・職員が参加している。また研修に参加した職員が中心となり事業所内でも勉強会を開き情報を共有している。		
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	入居に際しては事前に施設を見学して頂いた上で、ホームの理念、実際の介護、料金等を細かく説明し理解して頂いている。契約締結は十分な話し合いをしてから行っており、希望に応じて体験利用も行っている。解約は家族側からは自由にでき、違約金はない。		
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	「みんなの声」という情報共有のノートを作り利用者の意向を汲み取るよう勤めている。利用者からの意見や要望があった時はもちろん、発語の少ない方や自分から希望をなかなか言われない方からも普段のなにげない言動を気にかけて要望がキャッチできるよう配慮している。面会時など、気軽に話せるよう雰囲気作りをしている。また運営推進会議では、利用者・家族等に気兼ねなく話して頂けるよう配慮し、意見や苦情があった場合は話し合いを行い、再発防止に努めている。重要事項説明書に、苦情受付窓口として、当事業所だけでなく、市町村窓口、国保連、愛知県健康福祉部高齢福祉課を記載している。	利用者の意見や要望の聴き取りは日常的に実施し、「みんなの声」に記録している。「聞いたら実現」の積極的な姿勢は、利用者満足に直結している。家族の意見聴取に関しては、面会時の他、運営推進会議やホーム行事の際、直接顔を合わせて行っている。聴き取った意見や要望は職員間で周知・検討を図り、迅速に対応している。	
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	月1回の職員会議では、職員が議題を提案し、活発に意見を交換している。また普段から運営者・管理者は運営に関する職員の意見や提案を聴く機会を設けている。グループホームの運営の概ねはスタッフの意見提案から成り立っている。	正職員の毎月の会議やパート職員の隔月の会議は、出席率も良好で、活発な意見交換の場となっている。特にホームや利用者の課題解決については、積極的に意見交換を図り、職員からの提案を吸い上げている。	
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	運営者は常に現場に目を向け、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を自ら把握している。各自が向上心を持って働けるよう、担当業務や担当利用者を決め、やりがいがあるよう配慮している。		
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	県の研修や豊川市介護保険関係事業者連絡協議会の研修などを利用して、知識や技術の習得に努めている。また法人内でも新人研修を行うほか、現任職員にも定期的に研修を行っている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	豊川市介護保険関係事業者連絡協議会等を利用したネットワーク作りや勉強会、互いの施設見学や、情報交換等の活動を通じて、より良いサービスの提供にむけた取り組みをしている。		

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
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	サービス利用前に面談を行い、現状の生活、本人の困りごと、要望等を把握している。また可能であれば体験利用や認知症対応型通所介護(共用型)や短期入所を利用して頂き、本人と接する機会を持ち関係の構築ができるよう努め、入居時のリロケーションダメージの軽減をはかっている。		
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	事前面談、見学、自宅訪問等、複数回話を聞く機会を設けることで、現状の生活、家族等が困っていること、不安なこと、要望等が自然と聞けるように工夫している。可能であれば体験利用や共用型通所介護、短期入所を利用して頂き、施設について良く知ってもらってから入居につなげている。		
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	事前面談、見学、自宅訪問等、複数回話を聞く機会を設けて、アセスメントを行っている。その方・家族にとって「その時」必要な支援を見極め、より良いサービス提供につながるよう努めている。		
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	「私たちは時にはお年よりに教えていただき、時には頼りにし、共に生活していきます。人は頼りにされ、誰かの役に立つときが一番輝くときだと思うからです」をモットーに一緒に過ごしながら学んだり、支えあう関係を築いている。 その方らしく、地域の中で普通に生活すること、利用者として喜びや悲しみを分かち合い、共に暮らすもの同士として関係作りをしている。料理・掃除など職員は常に利用者に教えてもらう姿勢で関わっている。		
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	家族の希望を本人と同じように大切に考えています。家族が気軽に話をできるよう普段から関係を作り、思いや意見を聞いて、共に本人を支えていく関係作りをしている。		
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	その方がそれまで過ごしてきた生活の継続性を大切にしている。その方の友人知人が気軽に面会に来られるような雰囲気作りをし関係が途切れないようにしている。入居前から通っていた馴染みのお店等の利用や、季節の行事の際には利用者の地元へ行くよう配慮している。	入居前から馴染みの商店や喫茶店の利用、地域高齢者サロン(ハートサロン)の利用等、馴染みの人と交流できるように支援している。外出先で古くからの馴染みの人と出会える機会は、利用者の大きな楽しみになっている。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者個々の特徴や性格・相性などを把握し、気の合う方同士で話のしやすいよう座る位置関係に配慮したり、世話好きの方が他の方の世話をできるように演出したり、利用者同士の触れ合い・個々の役割を持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	
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	退居された方に対しては、関係者等に本人の状態、経過等の情報を必要に応じて伝えている。また移住先に職員が訪問したり、入院された方にはお見舞いに伺うなどして、しばらくの間は定期的に連絡をとっている。			
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	「みんなの声」を作成し、利用者の希望要望を書きとめ、職員間で情報共有し実現に向けて活用している。希望・意向の把握方法として、何がしたいかを直接訪ねるよりも、普段の利用者との関わりの中や何気ない会話の中から希望・意向を抽出している。言語によるコミュニケーションが難しい場合には、本人の仕草・表情などちょっとした変化を見逃さないようにし、その方に合った希望の抽出方法をとっている。また過去の生活歴・家族との話から得た情報も取り入れている。	ファイリングされた「みんなの声」は、利用者の希望を叶えたいという職員の思いや行動が日常になっていることを証明している。食べたかったお饅頭を手にして「おお～」と喜ぶ利用者や豊川稲荷へ参拝に行くことができた利用者など、利用者の希望実現へつながった事例が多く存在し、コミュニケーションをそのまま記録することにより、より利用者の様子が解る記録となっている。		
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	事前面談や自宅訪問など、本人・家族から話を聞く機会を作り、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。			
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	「出来ること出来ないことシート」を利用し、24時間の生活をアセスメントして心身の状態把握に努め、有する能力の把握に努めている。			
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	サービス担当者会議には、本人、管理者、計画作成担当者、介護スタッフ、また可能な限り家族や主治医にも参加してもらい、それぞれの意向や意見・提案を反映して、介護計画を作成している。また、常に利用者の状態、様子、要望の変化に注意し、今のニーズにあった計画を作成するよう努めている。	介護計画作成にあたり、利用者のニーズの把握を日常的に行うとともに、利用者や家族との話し合いも実施している。介護計画実施の進捗については、毎月のモニタリングや見直し時のアセスメントで記録管理を行っている。「本人の意見や要望を聞いてくれる」等、今回の家族アンケートからも高い満足度がうかがえる。		
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	日々の介護記録を個別にまとめ、日々の様子、ケアの実践・結果、またそれらから得られる気づきや工夫を記入している。職員間で情報を共有し、プランの実践、プランが現状に即しているかどうかを常に検討している。			
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	住まい機能、泊まりの機能(ショートステイ)、通いの機能(認知症対応型通所介護共用型)等、本人や家族の状況、その時々意向・要望に合わせて、事業所の多機能性を活かした柔軟な支援をしている。認知症対応型通所介護では、必要に応じて3食の食事提供・延長利用など行っている。			

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
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	不定期でのボランティア受け入れのほか、行事の際には手品や踊りのボランティアに協力してもらい、馴染みの関係作りをしている。自治体による訪問理容などの介護保険外サービスの情報も把握し活用している。運営推進会議には民生委員、老人会等の協力を得ている。消防には防災関係で立ち入り検査の時などに相談している。		
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	希望に応じ入居前に受診していたかかりつけ医と施設協力医療機関である北遠東三在宅診療所のどちらにでも診療が受けられる体制を整えている。また専門科についてはその都度家族や主治医と相談し受診できるよう努めている。	24時間対応のホーム協力医との連携の良さが家族の安心につながり、現在は協力医に主治医を変更している方がほとんどである。職員配置の看護師の健康管理、他科受診支援等、利用者・家族の安心に配慮した手厚い支援がある。	
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	看護師が勤務しており、日常的な健康管理・関係医療機関等との連携をとっている。介護職員は利用者の些細な変化にも注意し、異常早期発見に努め、異常ある際には看護師に報告して適切な看護や受診等の対応がとれるようにしている。		
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。	利用者が入院した際には安心して過ごせるよう面会などの機会を持ち、できるだけ早期退院ができるように、病院関係者との連携に努めている。		
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	重度化した場合の指針を入居の際に家族等と共に話し合っている。家族等の考え方・方向性に変更が生じた場合はその都度話し合いにて変更できるようにし、指針を文書にして共有している。主治医とは受診時などに家族、本人の希望などを伝え方針を共有している。	協力医と24時間対応の連携を確保し、利用者・家族の意向に沿った、ホームのできる限りの支援を方針としている。医療との連携や施設移行支援等、利用者にとって最善の方法を検討し、適切に支援している。	
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	緊急対応マニュアルを整備し、緊急時に対応できるようにしている。事故の予防、事故発生時の対応について勉強会を行っている。		
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	スプリンクラー、緊急通報装置、火災報知器を設置し環境整備を行っている。また消防計画・地震防災規程を整備するとともに、避難訓練(総合訓練)を年2回実施し(うち1回は夜間想定)、全職員が対応できるようにしている。消防設備点検報告書を年1回提出。消防には立ち入り検査の時などに相談し、関係作りをしている。	年2回の避難訓練を実施し、避難経路や避難場所の確認、通報訓練等で職員の意識を高めている。2日分の食材の備蓄、必要物品の備蓄もを行い、非常時に備えている。今年度4月にはスプリンクラー設置も完了した。	

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	一人ひとりの人格を尊重し、人前であからさまなトイレ誘導を行わないなど、尊厳を傷つける行為を行わないよう常に意識している。プライバシー保護マニュアルを整備し勉強会を行って情報共有をしている。	職員は利用者に対し「人生の先輩」として心をこめて接している。敬いの気持ちを大切に、利用者の表情を観察しながらの適切な支援で、利用者の落ち着いた日常を支援している。	
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	「みんなの声」を作成し、利用者の希望要望を書きとめ、職員間で情報共有し実現に向けて活用している。希望・意向の把握方法として、何がしたいかを直接訪ねるよりも、普段の利用者との関わりの中や何気ない会話の中から希望・意向を抽出している。言語によるコミュニケーションが難しい場合には、本人の仕草・表情などちょっとした変化を見逃さないようにし、その方があったコミュニケーション方法をとっている。その方が発するシグナルを見逃さない想像力や注意深さをもって接することを心がけている。		
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	職員の都合を優先することなく、その方に合ったペースを大切に、希望に沿った支援をしている。希望の抽出(前出)には小さなシグナルも見逃さないよう努めている。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	日常的に身だしなみを意識しその方のペースで行ってもらい、外出時には外出にあったおしゃれができるよう支援している。		
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	献立には利用者の希望が反映されるようにし、食事が楽しめる工夫をしている。買い物、調理、配膳準備、片付けなど各場面で利用者と職員が共に行い、買い物や調理をする方、盛りつけをする方、洗いのをする方、味見をする方など、その方の有する能力に合わせた役割が持てるよう援助している。食事は利用者・職員と一緒に食べ、共に暮らすもの同士として、楽しみを共有している。希望の抽出には「みんなの声」を活用している。	職員は利用者と同じテーブルで食事を囲み、和やかな雰囲気である。買い物の際の利用者の様子から希望のメニューを引き出したり、普段の会話の中から希望を聞きメニューに取り入れたり、食事が日常の楽しみになるように配慮している。食事作りは利用者とともに和気藹々と行い、役割ややりがい作りにもつながっている。	
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	利用者とスタッフが共に作った献立を、管理栄養士がカロリーや栄養バランス等の確認をしている。食事摂取量の記録を毎食行い、体重を定期的に測定して栄養摂取状態に注意している。個々の状態に合わせ、必要な方には水分チェックをしたり個々の状態に合わせた食事形態になるよう工夫している。また、時々外食にも出かけている。		
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	毎食後口腔ケアをその方の状態や有する能力に応じて行っている。		

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	一人ひとりの排尿パターンの把握に努め、失禁のある方には、できるだけ良いタイミングで声かけや誘導ができるよう心がけている。トイレでの排泄・排泄の自立支援に努めている。下痢や便秘などの異変は早期に発見し、自然な排泄ができるよう心がけている。	利用者本人からの訴えにより主治医に依頼して排便コントロールを行ない、ホーム職員の看護師との連携で、利用者の不安を無くしたり、排泄パターンの把握で失禁等を予防したりと、利用者本位の支援がある。トイレ排泄の基本や尊厳に配慮した対応等、適切に支援している。	
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	排泄チェック表を用い、利用者の排泄状況を把握している。便秘がちな方には十分な水分摂取、繊維質の多い食事や運動をして頂けるよう援助している。また普段から自然な排泄ができるよう便秘予防に努めている。		
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ず、個々にそった支援をしている	特に時間等を決めず同性介助、異性介助など本人の意向に合わせて、入浴して頂いている。気持ちよく入浴してもらえるよう安心できる声かけなど、工夫に努めている。	1日に6～7人の入浴を支援できる体制になっている。また、基本的には午前中に入浴としているが、希望が出た際にいつでも入浴できるように、午後も浴槽には湯をはり、利用者毎の要望に応えている。	
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	夜間安眠がはかれるように、できるだけ日中活性化を促している。体調等、その人の状態に合わせて適度な昼寝を取り入れている。夜間眠れない方に対しては、特に強く睡眠を促すことはせず、一緒に寄り添い不眠によるストレスや不安が軽減できる関わりを心がけている。		
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	薬剤情報を一人一人の記録ファイルにとじ、薬の目的・副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状変化の確認に努めている。		
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	みんなの声を活用し行きたい場所、長べたい物など、希望・意向をあらゆる角度から抽出し、それに合わせて支援している。過去の生活歴も参考にしつつ、今の本人の様子や想いを言語以外のシグナルをキャッチできるよう努め、今のその方に合った役割・楽しみ事を持てるようにしている。		
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	その日の気分や希望に沿って、可能な限り買い物や散歩、喫茶・外食等ができるよう支援している。外出先を選ぶ際は「みんなの声」を活用し希望抽出している。	「みんなの声」の活用で、利用者の希望を把握し、近隣のスーパーや高齢者サロンなど、馴染みの場所へ出かけている。家族にも外出の写真を郵送し、今回の家族アンケートには、「笑顔が見れる」「安心できる」と利用者の笑顔に満足のコメントも多く寄せられている。	

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
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	本人の有する能力に合わせて、お金を所持したり使ったりできるよう支援している。例えば、買物するときなどは、小銭(千円単位)で本人に渡し本人が支払いを行うといった金銭管理を支援している。		
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	電話は本人の希望に合わせて家族に連絡しており、電話機も居間の分かりやすい場所に設置してある。手紙は希望時や季節、年賀状等利用できるように支援している。		
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	テレビの音や音楽、話声など複数の音を同時に聞き分けることは認知症の利用者にとっては困難なことで、不安や混乱を招く要因であることを職員は理解し、音が重複しないようにしたり、大きな音にならないようにするなど、穏やかな雰囲気になるよう心がけている。日中は照明・天窗・窓・カーテンなどを利用し適度な明るさとなるようにしている。夜間は間接的な照明、自然色に近い蛍光灯の使用により、やわらかで落ち着く照明になるよう心がけている。家庭的な雰囲気を損ねない程度の季節の飾りつけにより落ち着いた生活が送れるよう努めている。	施設内は常に清潔に保たれ、あたたかな雰囲気につつまれている。特に清潔保持には余念がなく、台所は毎晩ハイター漂白で除菌を行い、トイレも一日に4～5回は掃除をするように徹底している。掃除の行き届いた環境と、9人の利用者が集うのにちょうどいい「狭さ」の安心感で、居心地の良い空間を提供できている。	
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	共用空間は3か所あり、1階にテーブルとソファの2か所、2階にテーブルの1か所を設けている。利用者同士の間関係には十分に配慮し、気の合う利用者同士でゆったり過ごせるような位置関係になるよう努めている。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室には使い慣れたなじみの物や好きな物を持ち込んで使ってもらい、心地よく落ち着いて過ごせるよう工夫している。また、住み替えに関わる利便性にも配慮し、ベッド・タンス・カーテン等は無料で貸し出しもしており、ご本人・ご家族に説明した上で選択も可能にしている。	利用者の馴染みの物品や家具を配置し、居室の場所も利用者それぞれの性格や相互関係等に配慮して決定している。利用者から「どうぞ」と居室に案内されたことから、自分の部屋であるとの認識と、他者を案内したいほど居心地の良い空間であることがうかがい知れる。	
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	施設内は段差のない床、滑り止め、物干しの高さ調整、手すりの設置などに配慮した構造になっている。一人ひとりの理解力・判断力・身体機能等は徐々に変化することを理解し、定期的なアセスメントを行い変化に随時対応している。安全面への配慮はもちろんのことながら、本人の能力を補う工夫をしている。		

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	26	施設介護計画について、個別のアセスメントに基づき作成しているが、個性に欠ける計画がある。	その方の生活歴をさらに生かし、集団での取り組みに加え、個別の取り組みを多く行っていく。	今できることやっていることに加え、視野を広げて個別の対応を多くもてるよう、検討していく。	6ヶ月
2	40	「みんなの声」を活用し、意向の抽出を行っているが、口頭での訴えができる人の意見聴取に偏りがち。	すべての方が食事への興味、関心がわき食事を楽しめるよう取り組む。	口頭表現ができていない人の表情や、外部からの情報も参考にし、食事が楽しめるよう嗜好の抽出を行う。	6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。