

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	2372500633		
法人名	社会福祉法人 サン・ビジョン		
事業所名	グループホーム グレイスフル八田		
所在地	愛知県春日井市八田町2-27-10		
自己評価作成日	平成25年12月 1日	評価結果市町村受理日	平成26年 2月21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=2372500633-00&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25年12月27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)】

認知症状の進行を防止するため、毎日の生活にメリハリをつける様々な取り組みを実施している。食材の買い物曜日によって当番制とすることや、毎月レク表を作成し、手作業や俳句作り、また書道や全員で参加するゲームに取り組んでいる。様々な家事を分担して行うことや自分の洗濯物は職員とともにたたむ作業を行う等、少しでも生活リハビリにつながるような介護計画を立案し、張り合いのある日常やご自身に自信を持つことができるよう支援している。また、つぶやき・良かった探しを常に意識して関わりを持ち、つぶやきに対しての対応策を実施することで、できる限り要望に沿うことができるよう努めている。また、ご家族にも協力を得て「個別ケア」に力を入れ、個別の外出等に取り組んでいる。毎月ホームだよりを発行して、日常の様子や外出時の様子を写真掲載で分かり易く伝え、訪問時の話題作りや次回の行事予定をお知らせしすることでご家族の訪問数や満足度の向上に努めている。

【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)】

法人は当ホームの他に、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、デイケアセンター等、広範囲に高齢者福祉事業を展開している。法人主導で人事制度、事業所運営のルールやマニュアルを整備し、法人内の各事業所の持ち味を活かして地域を支えることを強みとしている。
理念である「利用者の家族の第2の家とし信頼し安心して過ごせる場所」を目指し、職員のチームワークを原動力に日々の介護に臨んでいる。利用者は比較的自立度が高く、職員は利用者の自立した生活の維持、改善を目標にしている。
主役を利用者とし、それぞれに役割を持たせている。買い物、調理、食器洗い、掃除、洗濯物の整理、利用者自身の入浴時の衣類の用意等、利用者の個々のできる事を見極め活かしている。

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	理念は玄関、スタッフルーム、キッチンに掲示し、毎朝の唱和を継続して、事業所の理念を日々振り返りながら実践につなげるように努めている。またプロフェッショナルとしてのサービスを提供できるように研修への参加や勉強会を行い、自己啓発に努めている。	毎朝職員は理念を唱和している。理念の骨子である「第2の家として信頼し安心して過ごせる場所」を踏まえ、職員の過度な支援を避け、利用者の自立した暮らしの継続を目指すことを職員の総意として取り組んでいる。	
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	自治会に加入し、清掃等地域行事、市のイベントにも積極的に参加している。子供110番の役割を受け、朝のゴミ出し等でご近所の方や子供たちと挨拶を交わし交流に努めている。ご近所の方よりホームの花壇の手入れ等お手伝いして頂くことや、月に1度の避難訓練には近隣の方も参加され地域とともに災害時対策に努めている。また近所の喫茶店にモーニングに出かけたり、食材も毎日近所のスーパーへ入居者と一緒に買い物に出かけている。	自治会に加入し、利用者、職員が地域清掃や祭り当番を務め、地域の参加を得て介護予防教室を開催している。地域の幼稚園との相互交流、近隣住人がホームの花壇・菜園の栽培応援等、活発に交流している。	
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	ホーム便り(八田便り地域版)を毎月発行している。ホーム便りには入居者の暮らしぶりや認知症の理解や接し方、支援の方法等をできる限り分かりやすく文章化して自治会で回覧して頂くことを継続している。また介護家族交流会の開催のお知らせを掲載し、認知症の症状や介護の仕方をわかりやすく伝える取り組みを行なっている。		
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	家族、職員、市の職員、地域包括支援センター職員、施設長、管理者(ケアマネジャー兼務)をメンバーとして隔月で開催している。事故とつぶやき報告は対策と実施結果等予め資料を送付して当日は質問について解答する等ご家族の意見交換の時間を多く設けるように配慮している。また活動報告や事業計画・報告、満足度調査アンケートの結果報告等を行い、様々な意見を伺ったうえで、質問等には、丁寧な分かり易い回答に努め、課題については、その後検討することで、サービスの向上に努めている。	年6回開催の運営推進会議は、多くの家族、行政の参加を得ている。会議はホームの運営や利用者個々の介護の課題を取り上げ、途中経過・結果報告・振り返りを実施し、参加者が運営の当事者として意見交換を行い、実践に反映できるよう取り組んでいる。	地域の参加要請に力を注いでいるものの、現在まで参加の実績はない。今後も継続して地域に働きかけ、地域の意見収集に努めるよう期待したい。
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	市の介護保険課や時には市民安全課の職員に運営推進会議に参加して頂き、行政面でご家族からの質問に答えて頂いている。地域版八田だよりを届けたり、介護保険についての質問等は直接介護保険課の担当者へ連絡し、確認を行っている。また、子供110番を継続し、春日井市消防本部に依頼して勉強会を随時行なっている。	市に毎月ホーム便りを持参して報告や相談を行い、協力する関係を築いている。市の依頼を受けて、管理者が介護相談員として特設窓口にて市民の介護保険などの相談に応じている。	
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	勉強会を随時行い、身体拘束の内容とその弊害を認識し、職員同士確認し合うよう努めている。鍵をかけたケアを当たり前とし、夜間のみ防犯のため施錠を行うが、日中は全ての出入り口や部屋を開放している。夜間に限り薬品庫や包丁収納棚に安全のため鍵をかけているが、職員は身体拘束をしないケアに努めている。	職員は法人とホームの研修を受講し、拘束について十分に理解している。ホームの玄関を開放するにあたり、利用者の単独外出の発見を容易にするため、ホームの死角箇所に反射鏡を設置し、拘束をしないための工夫を凝らしている。	
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	虐待防止関連法について理解を深めるため勉強会の開催や外部研修への参加に努めている。また、定期的に管理者による全職員とのヒヤリングを継続することで、ストレスの軽減や心のケアに努め、虐待の防止を図っている。		

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
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	教育計画の中で年間のスケジュールを決定し、グループホーム部会合同で勉強会を行い、必要性があれば制度を活用し支援できるよう努めている。		
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	契約時には十分な時間をとり利用時のリスク説明や契約内容等、項目毎にわかり易く説明し、ご家族への確認を行っている。また料金改定や加算の必要性も書面化し、個別での面接等を行いながら納得して頂いたうえで署名捺印を頂いている。		
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	満足度アンケート調査を実施することで、意見や要望等、できる限り率直に伝えて頂けるように努めている。結果は運営推進会議で公表し、不安を取り除くことができるよう改善策を丁寧に説明している。家族会を年3回開催しており、直接に要望を伝えることができる環境の提供に努め、また利用者毎に担当職員を決めて、ご家族が話しやすい馴染みの関係作りにも努めている。	サービス担当者会議には必ず家族を交え、意見を確認している。家族の訪問、家族会、運営推進会議など多くの交流の機会を設け、日常の様子を細かく家族に伝え、相談・経過・結果の報告を必ず行っている。	
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	年に1回、理事長の講話があり事業所の運営状況等を聞く機会があり、その際に質問の時間が設けてある。また、定期的に管理者や責任者とのヒヤリングを行い、職員からの提案や意見を聞き、全体の会議等で検討を行っている。その他事業計画は自施設の全体会議等で職員自ら意見を出し、協議したうえで決定している。	月1回、ホームの全体会議を実施している。職員に利用者担当や行事などの役割を割り振り、職員は責任を自覚して活発に意見交換を行っている。年3回の管理者面談を予定し、個別に職員の意見を聞き取っている。	
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	各職員が自分の目標やできることできないこと、今後していきたいことを目標に挙げたシートを記入し、管理者に提出することで管理者や責任者に思いを伝えている。その後、管理者や責任者とのヒヤリングで直接に伝える機会があり、やりがいの向上に繋げることに努めている。		
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	月に1回は何らかの研修や勉強会に参加し、また職員自ら勉強会の講師を務め、自己啓発に努めている。可能な限り勤務時間内に参加できるように配慮している。法人自体も資格取得の対策や教材を作成して、資格取得の応援がある。資格取得に対して受講費用の大半が法人から支給され、各種資格手当でも用意されている。個々のレベルに合わせた研修は随時行われている。職員は法人内QC大会に向け、様々な課題に取り組み、職員が自ら取り組んだ内容を発表する機会がある。		
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	春日井市居宅介護支援事業者連絡会の施設部会に参加し情報交換に努めている。その他、法人内に6箇所のグループホームがあり、月に1回報告会を行い、情報交換や勉強会が開催される。また、サービスの質の向上や認知症の勉強の為、交換研修を随時行い、全職員の交換研修を実施している。		

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
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	個々の個性に対応した介護を目指し、生活歴や趣味、嗜好等細かく事前に調査を行い、納得できるまでの体験利用を行うことや、待機者に随時、訪問の受入を行なうことで、ご本人からの要望の伝えやすい環境作りや安心を確保するための関係作りを行なっている。		
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	小女や安室にお答えするべくサービス導入前にご本人の生活の状態やご家族との関係をお聞きする時間を設け、信頼関係を築くことができるよう努めている。またご家族との面談の中でご本人の体験利用の様子をお伝えしたり、要望を伺うことで話しやすい環境作りに努め、利用前には介護計画への意向を伺い、できる限り反映し、計画をわかりやすく説明するよう努めている。		
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	法人申し込みセンターにて利用希望サービスを伺い、心身の状況や介護者の状況、在宅の生活の困難状況をお聞きするとともに状態にあったサービスを見極め、わかりやすく説明したうえで紹介している。また、重度化した場合の支援や福祉用具の支援の説明も行っている。		
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	入居者を人生の先輩として生活全般に教えて頂くという姿勢で接している。できないことはさりげなく手を差し伸べ、助け合っていると感じて頂けるよう努めている。トイレの標識や季節の壁飾り等も入居者に手作りして頂き、入居者は職員に対し、「疲れた？」と気遣われたり、夜勤明けの職員には「お疲れ様、気をつけて」とのねぎらいの言葉をくださり、職員の明日の活力になっている。		
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	ご本人の生活状況やお知らせ等を随時連絡させて頂くとともに、行事への参加の依頼やご家族同席の個別ケア、家族会でのご家族同士の交流の場を設け、ご本人と接する機会を増やすよう努めている。		
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	ご本人やご家族に馴染みの場所や人間関係をお聞きし、いつまでも馴染みの関係が継続できるよう努めている。また、贈り物へのお礼の電話や個別での外出を行い、友人宅への訪問やご家族同伴での外出、希望の場所への外出を支援している。	友人を訪ねるため、職員が同行支援を行ない、関係を継続している。日本舞踊の得意な利用者と職員は、ホーム行事の踊りの披露を楽しみにしている。書道師範である利用者は、習字レクの手本を担当している。	
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	家事を一緒に行うことやそれぞれの役割分担を行うことで利用者同士が支えあうことができるよう支援している。レクリエーション等で同じ時間をともに過ごすことや物作りを共同で行うことで、助け合ったり、関わり合いを持てる環境を支援している。		

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	グループホームでの利用が終了した後も次に移る先に対して、これまでのご本人の状況やケアの内容などを詳しく伝え、今までとあまり変わらない環境で過ごせるよう配慮してもらえるよう働きかけをしている。また、職員が移動先に面会に行ったり、こちらでの生活ぶりの写真をまとめ、ご家族に渡す等の取り組みや以前のつながりを継続して外出行事へお誘いしたり、法人での行事をともに過ごす等つながりを継続するよう努めている。		
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	毎月、つぶやき・良かった探しを行い、入居者の何気ない一言を漏らさずに記録し、1ヶ月単位で検討し、重要性を判断している。口に出さないご本人の希望を発見し、1回/月のカンファレンスにて検討している。遠方に住むご家族を思い出し、寂しがる入居者には手紙や電話連絡を支援し、心穏やかに過ごして頂く工夫をしている。	利用者の思いや意向を日々の会話や仕草から読み取り、「つぶやき・良かった探し」に記録している。記録した内容は全職員で共有し、会議を通じて内容を分析し、対応方法・結果・振り返りを実施している。	
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	フェイスシートへの記入やご家族よりご本人のこれまでの生活歴を伺うことで、全職員が利用者一人ひとりの生活歴や暮らしぶりの把握ができるよう努め、職員と馴染みの関係を築きながら日々安らかに過ごすことができるよう努めている。		
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	各職員が利用者一人ひとりの状態把握や1日の過ごし方について観察を行う。利用者一人ひとりに担当の職員がおり、状態の変化にいち早く気づくことができるように努め、検討事項は1回/月のカンファレンスにて他の職員と話し合うことで状態の改善に努力している。ケアプランから反映されたケアアシストを日々記録して、状態の変化や検討すべき内容を気付く手段として活用している。これによって現状の把握をすべての職員が共有できるように努めている。		
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	介護計画は担当職員が主にモニタリングを行い、職員、管理者(ケアマネジャー兼務)が参加するカンファレンスで一人ずつについて検討し、話し合いをもとに計画作成担当者が作成する。担当職員は日ごろの入居者の様子や自分の気づきなど活発に意見を出し、それを計画に反映させる。ご家族の都合を調整し、必ずサービス担当者会議に参加して頂き、要望や意向の聞き取りに努め、出来上がった介護計画は回覧するとともにミーティングや申し送りでも共有している。	利用者の担当職員を定め、サービス担当者会議には管理者(ケアプラン作成担当者)、担当職員、そして必ず家族を交えて意見交換している。計画は6ヶ月を基準に、利用者、家族、職員の意見を反映した個別計画となるよう取り組んでいる。	
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	日々ケアアシストを記録し、1回/月のカンファレンスで検討し、継続または新しい計画につなげている。状態に変化があった場合は必要に応じてすぐに見直しを行う。		
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	法人内に特別養護老人ホーム、老人保健施設、福祉用具等の各種事業所があり、連携して支援している。同法人の看護師による救急指導や情報提供もあり、その他各種慰問等、ボランティアコーディネーターによる慰問や外出の支援もある。		

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	ホームの近隣にある喫茶店へのモーニングや飲食店への外食、美容院の利用や食材の買出し等、生活を楽しむことができるよう支援している。			
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	入居後、(1回/4W)協力医による往診がある他、認知症専門医の往診も(1回/4W)受けることができる。居宅療養管理指導を受け、体調急変時は必要に応じて往診してもらえる体制がある。	内科と認知症専門医を協力医とし、4週に1回の往診を実施している。看護師は内科医と法人内の2名体制で、安心の24時間体制を敷いている。他科受診の際は、協力医が直接受診先に情報を提供し連携している。		
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	協力医や専門医、看護師には随時連絡し、アドバイスを受けている。歯科やかかりつけ医への受診はご家族と協力して支援している。検査結果等のデータは随時ご家族に報告し、ホームで保管、薬剤情報も薬手帳とともに管理している。			
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。	医療機関に対してご本人に関する情報の提供を行い、ご本人には安心して治療に専念できるよう努めている。また、医療機関への退院期日やその後の支援の方法等の問い合わせをすることで、ご家族と話し合い、安心につなげるよう配慮している。			
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	ホームでは終末ケアは行わない方針である。医療行為が必要になった時は医療に委ねることを含め、法人内施設と連携して、状況に応じた最善のサービスが受けられる方法をご家族に提案することや定期的に会議等で状態変化に伴う受入先等の説明を行うように努め、安心を支援できるように努めている。些細な変化や心身状態等は随時お知らせし、早い段階から家族や主治医と話し合いを行っている。	法人の方針として、ホームは自立した普通の暮らしの継続を支援する場所と位置づけている。自立度の低下に伴い、ホームの暮らしの継続が困難な場合は法人内の特別養護老人ホームなどへの移動を視野に入れ、利用者、家族と話し合うこととしている。		
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	法人内で緊急時対応マニュアルを作成しておりマニュアルに沿って対応できるよう職員がすぐに関覧できる場所に保管している。また、事故発生時に備え、勉強会や消防職員と一緒にAEDや救急救命の講習会等を開催して地域の方にも参加して頂くことや定期的に広報誌で伝達している。			
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	毎月15日に火災や地震を想定して避難訓練を行っている。また、年2回消防署の指導のもと、火災を想定して避難訓練や消防職員より勉強会を実施して頂き、防災に努めている。災害に備え、水や食料、懐中電灯等も備蓄し、スプリンクラー等の設備点検も随時行なっている。避難訓練には毎月地域の方の参加協力を頂いている。	消防署の指導の下、避難訓練は経路確認やAED講習を取り入れ、年2回計画している。毎月地域住人の参加を得てホーム独自の訓練を実施しており、利用者の屋外への避難完了時間の計測などを実施している。		

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
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	プライバシーマークでの法人内監査を毎年行うとともに今年度もプライバシーマークの継続取得に努め、個人情報の取り扱いには細心の注意を払っている。また、入浴時には羞恥心に配慮した介助や自尊心を傷つけないように態度や言葉遣いにも十分注意している。プライバシーマークの勉強会を年間の予定に毎年挙げて報告書を提出し、職員全体への周知を行っている。	利用者の人格を尊重し、利用者が自身でできることは安易な支援を行わず、利用者のペースを重んじた対応をしている。利用者への丁寧な対応を基本とし、利用者の心を開く温もりのある言葉づかいに心がけている。		
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	ご本人の何気ない言葉をつぶやき・良かった探しとして拾い、思いや希望を見つけ出すよう努めている。また、自己決定ができるよう声掛けに配慮し、あせる気持ちを持たせることのないよう職員同士注意している。			
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	役割分担を行い、日々作業を継続して行なうことで張り合いにつながるよう配慮している。散歩や自宅で習慣だった参拝、初詣等様々な季節の行事を大切に季節感を味わっていただけるように配慮している。個別での外出やレクリエーションに力を入れ、ご本人の嗜好を探りながら対応を行っている。			
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	定期的に行き慣れた美容院に個別にお連れすることや訪問の理美容を依頼して意思を確認した上で利用して頂いている。毎日、着替えの服は自己決定を尊重し、職員が付き添いのもとご自分で選ばれている。また化粧品は担当職員と個別外出することでご自分で購入されている。			
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	買い物に入居者と一緒に出かけ、好きなものを選んだり、準備の段階から盛り付け、配膳、片付け等一緒に行っている。鍋の日等季節の野菜、果物で季節感を感じられるよう工夫している。また、誕生日やイベントの時は入居者に献立を立ててもらい赤飯やちらし寿司など希望の料理を取り入れ楽しんでいる。レク表には献立作りを記載して、利用者様同士でコミュニケーションをとりながら献立を決定する日もある。	法人の管理栄養士の考えたメニューを参考に、手作りの料理を提供している。利用者は食材の買出し、下ごしらえ、配膳、下膳、食器洗いを自発的に行い、利用者がメニューを考えるレクリエーションや誕生日リクエストメニューの日を設けている。		
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	法人の栄養士が立てた献立をもとにカロリー計算を行い、一人ひとりの摂取量を観察し、それに合わせて提供している。摂取の状況を見極め食事の形態を変え、できる限りの摂取を促している。毎日、食事の摂取量と水分量を記録、毎月2回の体重測定で体重の変化をみて、健康管理に繋げている。			
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	毎食前・食後には必ず、うがいをすることが習慣となっている。一人ひとり口腔ケアの方法に違いがあり、義歯をはずし洗浄する方や歯磨きを行っている方もみえる。夜間は入居者はすべて義歯をはずし洗浄液につけて、口腔内の観察を行なうとともに清潔を心掛けている。			

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	利用者個々の排泄時間を把握してパット交換を促したりトイレ誘導を行うことで、自立した排泄を応援し、排泄に関して心配、不安が無いように支援を行っている。	排泄記録を取って職員会議に諮り、排泄の自立の継続を目指した支援方法を、職員の共通の課題として検討している。話合いの成果として、声掛けの頻度を増やしてパッドの使用を減らすことに成功した事例もある。	
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	食事にて食物繊維を摂取することを心がけ、適度な運動をレクリエーション時や朝食後に行っている。また、10時、14時半、7時には食事以外に水分の摂取を行っている。便秘症の方には排便チェックを行い、個々に応じて腹部のマッサージも行っている。改善が見られない場合は協力医の医師に状況を報告し薬の処方を受けることもある。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴前にバイタル測定を行い、体調管理をおこなったうえで、毎日午後3時ごろからお好きな時間に入浴して頂いている。仲の良い方同士入浴されることもある。職員は転倒など危険がないよう必ず見守りを行っている。発熱や体調不良等で入浴できない時は着替えや清拭で清潔を保つようにしている。また、羞恥心に配慮して扉は必ず閉める。その他、季節感を味わう為、ゆずや菖蒲などでかわり湯を楽しんでいる。	毎日の入浴に努め、家庭の暮らし同様に入浴の時間帯は時刻としている。2人利用に耐える十分な洗い場、浴槽の広さがあり、仲良しの利用者が誘い合って会話をしながら湯船の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	朝は必ずバイタル測定を行い、その日の健康状態の目安に繋げている。バイタルの変動を目安に臥床を促したり、ご本人の希望で対応している。また夜間にも決められた時間バイタルチェックを行なう方もみえ、その他定期的に巡視を行い、状態確認や室内の温度管理をすることで、快適な睡眠を支援している。		
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	ポイントケア(服薬管理)にて一人ひとりの内服薬の種類、効能、服薬個数等を明確にして職員がすぐに閲覧できるようにしている。また、臨時薬を含め服薬チェック表を使用し、飲み忘れ、誤薬のないよう確認を行っている。また、1回/月の全体会議にて服薬について問題点の確認を行っている。		
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	茶碗洗いやゴミ出し、洗濯物干しや洗濯たたみ、日めくりを毎日めくって頂いたり、本人の能力に応じて家事を職員と一緒にやっている。散歩や個別外出(外食)を楽しみにされ、月に1度はモーニングと全利用者で昼食に出かけている。他にも訪問ボランティアによる催し物など楽しみごとの支援もしている。		
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	散歩や買い物に職員と一緒に出かけたり、毎月のモーニングや昼食を遠出ドライブと一緒に楽しんで頂いている。(いちご狩りや日帰り温泉)また、ご本人の希望を伺い、担当者がご家族に参加を呼びかけて個別対応(外出6回/年以上や趣味)を行う。同法人の施設に定期的に訪問ボランティアによる催し物や幼稚園児との交流会があり生活に張り合いを持てるよう外出を支援している。	利用者の希望に添い、日課の散歩、買い物、喫茶店、外食、日帰り温泉、イチゴ狩りなど、個別ケアの一環として職員の総力を注ぎ外出を支援している。	

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
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	お小遣いをご家族からお預かりしホームで管理している。モーニングや外食で使用したり、ご本人と買い物に出かけた際に使用する。ご家族了承のもと使用しているが、小遣い帳に記入しご家族の承認印を頂いている。個々の財布にて管理していることで、外出時ご自分で支払いをして頂けるよう支援している。		
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	習慣で手紙を出される方はもちろん、ホーム全体で取り組んでいる。ご自分で作成した年賀所を家族に出したり、また、電話を掛けたいとの希望にはホームの公衆電話を使用したり、離れた家族からの贈り物のお礼や行事への家族への参加の呼びかけに職員と一緒に事務所から連絡を行っている。		
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	居間の窓は掃きだしになっておりすぐにウッドデッキに出ることができ、明るく開放的になっている。庭に畑を作り、入居者で育てていく取り組みを行っている。畳のスペースがあり、横になったり洗濯物をたたんだりと有効に使い、リビングはテーブルを囲んでの皆の憩いの場となっている。リビングには貼り絵や手作りの装飾によって季節を感じることができるよう配慮している。また、楽しかった行事をポスターにして掲示し、利用者同士やご家族との話題作りを行なっている。	ホーム内の掃除は毎日利用者、職員が行い、清潔な空間である。利用者の感染症への予防策として加湿器を配置し、うがい、手の消毒液を置き、励行している。食事の席は利用者の相性や自立度に応じ席を決め、利用者が穏やかに過ごせるよう工夫している。	
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	ラウンジと食堂が一体化になっており、食事が終われば、ソファに座り利用者様同志団欒されている。食堂のテーブルで作業をされる方、畳コーナーで過ごされる方、各自居室に戻り、編み物やベットの横になれる方、思い思いに過ごされるが、リビングにて皆さんともに過ごされることが多い。		
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	居室にはご本人の使い慣れた家具が持ち込まれ、ご主人の位牌や写真、テレビもある。壁には家族や動物の写真、時計、人形、花や観葉植物などそれぞれのお気に入りの物を置き、ご自宅と同じ雰囲気や心地よく過ごすことができるよう配慮している。家具には突っ張り棒をつけて地震対策を行っている。	利用者、家族の希望で、畳の部屋と洋間との選択が可能である。利用者の使い慣れた家具を配置し、仏壇、家族の写真、鏡、化粧品、テレビ等を持ち込み、これまでの生活を継続できる居室となるよう支援している。	
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	洗濯物を片付ける際や入浴準備、室内清掃はご自分で行って頂けるよう声掛けや見守りを行いながら職員が一緒に行なうことで、さりげなく援助し、準備不足や居室の整理整頓はそと職員が支援している。また日常の家事については担当表を確認できるよう居室や共用部分に掲示して自分の仕事として張り合いを持ち、生活を送って頂けるよう努めている。		

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	I	会議のメンバーとして地域の参加要請に力を注いでいるものの、参加実績がない。	運営推進会議を今後も継続して行い、年間6回以上開催する。地域住民の代表者や民生委員が自ら参加して頂けるよう努めるとともに、地域住民を対象とした介護者予防教室や認知症について理解を深める催しを継続する。	<ul style="list-style-type: none"> ・地域住民の代表者や民生委員に地域版ホームだよりや次回会議の次第を届け、馴染みの関係作りに努める。ホームだよりには、催し物の開催を掲載し、参加をお願いする。 ・地域包括支援センターにご協力頂き、介護者予防教室や認知症サポーター養成講座の役割を担う。 ・地域行事への参加 ・地域周辺の美化活動の実施 	12ヶ月
2	I				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。