

## 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	2091300018	
法人名	有限会社フィオーレ福祉会	
事業所名	グループホームすずらん	
所在地	長野県飯山市大字飯山193番地	
自己評価作成日	平成24年10月10日	評価結果市町村受理日

※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.kaisokkensaku.jp/">http://www.kaisokkensaku.jp/</a>
----------	---

## 【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	長野県松本市市上13-6
訪問調査日	平成24年11月28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)】

入所して下さった方には、この施設を終の住みかとして生活して頂けるように、どのような状態となられてもかかりつけ医、協力病院と連携をしっかりと取り、ターミナルを迎えられるように、職員の体制と、設備を整えて安心して生活して頂けるように努めている。

## 【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)】

飯山市の中心街に位置する落ち着いた雰囲気のある門構えの平屋のホームであり、ここでは2ユニットを開放することで利用者がゆったりと過ごす空間の確保ができています。毎年、目標達成計画を職員と話し合い、サービスの向上に向け達成に努めている。その中で、運営推進会議が2カ月毎に開催されるようになり、行事参加や興味を持って見学に来て下さり、地域若年型の施設として、地域社会との連携、貢献に努めている。このホームでは入所後、協力病院、訪問看護との契約もしており、胃腸造瘻の利用者も4人いる。重篤になり、ここで最期まで安心して過ごして頂く体制が整っている。今後は、医師、本人、家族、職員と共に段階的に家族意向の確認を行い、ホームでできるサービスの内容を書面として確認し、チームケアとして家族との思いのずれがない介護支援のあり方の検討を期待したい。

## 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( )		項目		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	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:36,31)	○	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	66	職員は、活き活きと働いている (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、安心して暮らしている (参考項目:29)	○	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( )			
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 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 利用者や職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:16,36)	○ 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、事業等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、活き活きと働いている (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
<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	事業所の理念の意義を話し合いで考えを共有し良いケアができる様実践の場へと繋げている。	事業所の理念は、玄関に掲示され、来訪する方がいつでも目にする事ができる。「利用者の皆様の心身の安定を保ちその人らしい生活支援をいたします」その人らしい生活支援とは何か、利用者のつぶやきに耳を傾け、管理者、職員が共有しその人らしい生活支援の実践に努めている。	
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	事業所は隣組に加入し町内会での催し物、会合、消防訓練等に参加し、地域の皆様との関係を深めボランティアの受け入れまた、学校からの職場体験の受け入れなど積極的に地域の一員として日常的に交流している。	隣組に加入し、区費、神社費などを払い、地域の清掃や地域での行事に積極的に参加している。日々の散歩支援は、少なくなっているが天気が良いと屋外に行く。祭りや公園に行き、屋台で好きな物を思う存分食べる利用者もいる。ボランティア受け入れ、職場体験等行い、地域の方が野菜等持って気軽に持ってくる関係もできている	
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	職場体験の場として選択され認知症の方とふれあう事での理解、開設6年目を迎え施設見学、高齢者介護について近隣、地域との交流など実践を通じ積み上げが活かしている。		
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	会議開催も二ヶ月に一回に変更できた事により、短期間毎の運営状況の報告、問題相談、施設内で行われる行事の見学など、内容も充実し、参加者からの意見助言をサービスの向上に活かしている。	運営推進会議は2カ月毎の開催ができるようになった。参加者の中から行事への参加や見学の申し入れなど、ホームに興味持ち見守ってくれるようになってきている。このことからたくさんの意見や助言が積極的に言ってもらえる環境が整い、話題も豊富に出されるようになってきている。	
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	運営推進会議には包括支援センター、介護保険係の出席もありまた、密に連絡を取り利用者の安全、サービス向上に向け、取り組みを積極的に伝えながら円滑にケア出来る様、指導、助言を頂き協力関係を築く様に取り組んでいる。	地域密着型としても利用基準等についても困った時は相談し、独居の方等の入所相談依頼などもある。定期的に介護保険係や、包括支援センターとは運営推進会議の出席もあり状況報告を行い協力、理解に努めている。	

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
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	身体拘束についてのケアは職員会議でも勉強会を行い、全職員が理解し知識を身につけており居室には鍵をかけず見守り、状況の把握に努め安全を十分に考えながら身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	身体拘束の利用者はいない。身体拘束については、勉強会を行い、日々のケアの中で見守りケアの理解の共有をすることにより拘束せずに支援できる習慣になっている。課題がある時は、話し合いをし起きたことへの分析を行い安全を考えた身体拘束のない取り組みをしている。	
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	高齢者虐待について講演会、事業所内での勉強会を実施し知識を身につけ職員一人ひとり虐待が起きない様ミーティングなどの際には再確認し注意を払い防止に努めている。		
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	事業所では日常生活自立支援事業、成年後見制度について勉強会を実施しており職員は知識、理解を深め必要に応じ活用出来る様支援している。		
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	契約書を交わし利用者家族の要望、不安な点など伺い受け入れ、様々な状況への対応、対応等十分な説明を行い理解、納得をして頂いている。		
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	ご意見箱の設置、家族からの要望、意見を柔軟に受け止め、職員は家族へ施設での様子を手紙にて伝え、また外部者へ表せる機会を運営会議などを通し公表、良いアドバイスを頂いたり運営に反映させている。	意見箱の設置がある。投書は少ないが「良くやってもらいたい」とお礼の手紙が入っていたことがあった。家族の面会も多く、話をよく聞くように心がけている。職員の言葉づかい、対応への不満なども聞かれ、改善につなげた。また、利用者の様子を毎月手紙で伝え、意見や希望の言いやすい環境整備に努めている。	
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	毎月の職員会議や毎日のミーティングの中で職員が気軽に意見、提案を出せる時間、場を設け話し合い、確認しその出された意見や提案を参考にしながら施設として心地良い環境、良いケアに反映させている。	毎朝のミーティングや毎月の職員会議があり利用者の様子の共有と共に、職員からは、ケアの仕方や、記録の仕方など意見交換を行い、管理者、施設長は利用者を主体としたホーム運営の反映を行っている。	

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
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	職務内容、任用等の条件、賃金体系を確立し各自が向上心を持って働ける様、職場環境、条件の整備に努めている。		
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	職場内での勉強会、外部研修への参加、又、介護福祉士資格、介護支援専門員資格取得の機会を確保し働きながらトレーニングしていく事を進めている。		
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	交流会や講演会に参加したり、ほかの施設への見学を行っておりサービスの質を向上させていく取り組みをしている。		
<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	サービスを導入する段階で本人が困っている事不安、要望に耳を傾け思いを受容し安心を確保できる関係作りに努めている。		
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	家族が困っている事不安な事、要望には耳を傾け、又、思いを受け止め説明を詳細にし理解を深めて頂き家族との信頼関係を気づく事の大切さを日々受け止め、感じながら支援に努めている。		
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	相談を受けた時点で、利用者や家族が必要としている支援を見極め、組み取り、又、その、他にどの様なサービスを提供すれば適切か判断し、利用者や家族が安心できるより良い支援へとつなげていく対応に努めている。		

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
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	本人と暮らしを共にし、共に笑い感動し、本人の立場になり考え思いを受け止め共有しながら一緒に暮らしている者同士の関係を築いている。		
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	家族の考え、思いを共有しながら家族と共に本人を支えている体制を整えており面会に来所された際には本人と家族の会話から絆の深さを感じ、又、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。		
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	本人の友人が来所されたり親戚の関係も途切れる事のない様定期的に連絡を入れたりしている。自宅に帰りたいと訴える利用者は家へお連れし、本人の気持ち、思い出の場所、人と人との関係が途切れない様常に気を配り支援に努めている。	家族の面会は、毎日見える方や遠方の方でも月に2-3回は見えている。利用者の友人が訪ねてくることもある。自宅に帰りたいと訴える利用者は家にお連れし、家族が墓参りに行かれる利用者もいる。受診のついでに食事にお連れする等馴染みの関係が途切れないようにホームからの支援も行っている。	
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	利用者が孤立しない様声かけし、利用者同士の関係を観察、関わり合いを大切にしながら寄り添い支え合える様な見守り支援に努めている。		
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	サービス利用が終了してもお互いの関係を大切に、電話、手紙等を通じ情報交換など家族からの相談、支援に努めている。		
<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	利用者の思い、希望、その人らしい生活、どの様にしたら安心して暮らしていただける事ができるのか行動、表情、生活歴などからその人を理解し、受け止め、又、担当チームを置くことにより、より深く利用者の言葉に耳を傾け意向の把握に努めている。	自分の意向を言葉に表せる方は4人。行動や表情、日々のつぶやきを大事にし利用者の意向や思いを把握している。利用者担当職員がいるためにホール内をうろろうしている利用者、物に執着する利用者など生活歴等から思いを受け止め、対応できる支援をしている。	

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
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	利用者の生活歴、会話、行動、なじみの暮らし方、家族からの情報を元にこれまでのサービス、経過を踏まえ、安心した生活が営める様生活環境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	一人ひとりの尊厳を大切に、心身状態の観察、その人らしい一日の過ごし方、安心してその人らしい生活が出来る様、環境への配慮、現状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	本人が安心、安全によりよく暮らしていただけるよう、家族と連絡、カンファレンス等で情報を共有し担当チーム制により、より利用者を観察し毎日のモニタリング記録により、意見アイデアを出し合い反映し、現状に即した介護計画を作成している。	介護計画に対する家族の希望は、面会時に話を聞いている。職員は1-2人の利用者を担当している担当職員を中心にモニタリングを毎月行っている。モニタリング、評価も記録も細かに描かれ1か月の様子がわかりやすく書かれている。6か月の見直しである。日々の中で様子の変化や介護の工夫は毎日のミーティングで話し、介護計画の変更結びつけている。	チームで作る介護計画と毎月のモニタリングがなされ根拠に基づく介護計画の策定がなされている。今後、介護計画は3か月毎の見直しが望まれる。
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	日々の様子やケアの実践、結果、気づきや工夫を個別介護記録に記入し情報を職員間で共有しながら実践、それを基に介護計画の見直しに活かしている。		
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	本人や家族の状況、その時々生まれる場面、ニーズに対し、かかりつけ医と相談しながらの支援、家族の要望に対し柔軟な対応、連絡連携を密にしサービスの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	近隣に所在する神社、公園、花の名所等への外出、本人の心身の状況に応じ安全で豊かな暮らしを楽しむ事が出来る様支援している。		

自己	外部	項目	外部評価		
			自己評価 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、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	本人の必要としているかかりつけ医との連携、家族とも相談、希望等大切に早期対応。又、家族が定期的に受診に連れて行き適切に診療を受ける事ができており、安心安全が保たれている。	定期的な受診は、家族が入居前からのかかりつけ医に連れていく。緊急時や家族が遠方の人は連携医に往診してもらい、必要な医療が受けられる。訪問看護との連携もあり安心した医療体制ができています。遠く離れた家族等は身体状況を電話や毎月の便りでお伝えし、家族との思いにずれがないような支援に管理者は努めている。	
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	介護職は日常の関わりの中での気づき、異常の早期発見に努め、ケース記録連絡ノートを利用し介護職から看護職へ細かな情報は確実、迅速に伝わる様体制を整えており、訪問看護の導入により適切な看護を受けられる様支援に努めている。		
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。	入院した際には本人が安心して治療が受けられる様、又、家族と連絡を取り、安心して頂ける様できるだけ早期退院できるように病院との連携をとりながら相談、情報交換に努め病院関係者との関係作りを行っている。		
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、事業所です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、早期に家族と終末期の在り方について話し合い、かかりつけ医とも連絡を取り合い、家族の意向に応じて方針を明確にし終末期をどこで迎えるかをその都度確認し、家族、医師、施設と情報を共有し、支援にあたっている。	重度化指針は作成されている。ホームでの看取りも4人なされている。家族の意向も確認しながら食事が取れなくなっても胃管造設になっても命の大事さを家族と話し合い、ホームで看とることができている。訪問看護の体制もあり家族の安心できるチーム支援に取り組んでいる。	利用者の心身の変化は、家族は理解しにくく、早期の段階から本人、家族への意向の話し合いをし、事業所ができることを十分理解していただく。そんな中で医師、家族、職員を交え重度化した利用者へのチームケアとして終末期計画書等作成し、本人、家族、職員が家族の思い、職員の思いの共有が図られチームケアにつながることを期待したい。
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	急変、事故に備え応急手当、初期対応の訓練を定期的に行っており事故がない様見守り、介護支援に努めている。緊急時の対応マニュアルが作成され掲示。連絡網は各自に配布されている。		
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	避難訓練には地区民生委員にも参加して頂き、全職員参加のもと実施し、緊急時の対応を身につけ、地域との協力体制を整えている。	年に2回の避難訓練が行われている。その際に消火訓練、通報訓練、避難訓練も行っている。地域住民から民生委員、家族代表、消防署の参加がある。重度化した利用者の搬送もしてみた。スプリンクラーが設置されている。消防署からのアドバイスをいただき、初期対応の確認をしている。	



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
<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	一人ひとりの想い、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応、人格を尊重し、大切にしている。	利用者の呼びかけは、苗字に同じ人がいるため名前では呼んでいない。失禁があった時でも嫌な思いをしないように本人のリズムをつかみ対応している。プライバシーの尊重と保護についても日々の中で学び、職員の日々のケア、理解に努めている。	
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	生活層や家族からの情報をもとに、本人の思いを表出しやすい関係作り。努め、想いに寄り添い大切に受け止め一人ひとりのコミュニケーション能力に合わせ自己決定できるように支援している。		
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	職員の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気分や体調にあわせ一日をどの様に過ごしたいのか希望に添った支援をしている。		
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	その人らしい身だしなみやおしゃれが出来る様、本人の想いや生活習慣を大切に、ブラシで髪の毛を整えたり、整容を支援し本人が選んだコーディネートを評価し、本人が満足できるような支援をしている。		
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	食事が楽しみなものになる様一人ひとりの好みを把握し個々に合わせた食事形態で安心して食べていただけるよう支援。畑で作った野菜と一緒に切ったり準備などする事で満足感を得ながら食事が楽しみなものにし、テーブル拭き、お盆拭きなど利用者と職員と一緒に片づけをしている。	食後、お盆を拭いたり、テーブルふきやトウモロコシの皮むき等、利用者は職員と一緒にやっている。利用者の好みや形態の工夫を行い食べやすく、楽しんで食べれるように支援している。直先の畑からトマトなど取ってきて食卓にのせる等、目で楽しむ工夫も行っている。	
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	食事摂取量、水分量を観察し不十分な際には原因を探り一日の必要量の改善に努め、嚥下力低下など一人ひとりの状態や力、生活習慣を大切にしながら穏やかな食事環境作り、又、経管栄養者については利用者の体調観察をしながら安全に行えるよう栄養摂取や水分確保の支援に努めている。		

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
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に、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	食後は口腔ケアを行う。うがい薬の使用、個々の状態に応じ見守り又は介助にて行い本人の力に添った口腔ケアの実践、ベッド対応者はスポンジブラシの使用、口腔状態の観察清潔保持に努めている。		
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	利用者の状況に合わせてリハビリパンツ、布パンツの使用、尿意のない方も声掛けや早めのトイレ誘導をし排泄チェック、パターンを捉え個々の状態に応じポータブルトイレの使用、トイレでの排泄を中心に排泄の自立にむけた支援を行っている。	本人の排泄リズムの確認のために排泄チェック票を利用し失禁のない対応をしている。リハビリパンツの方は7人いるがトイレ誘導を行い失禁が減っている。オムツの方も4人いる。布パンツの方でも夜間はポータブルを用意し鈴をつけて転倒への配慮もし、失禁なくトイレが行えるように工夫している。	
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	排泄チェック表により排便の有無の確認、身体の状態に合わせた水分、効果的な乳製品、繊維質の多い食事の摂取、体操で適度な運動をし、日中の活動を高め、個々に応じた予防に努めている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴釜の設定はあるが個々のその時の気持ちも大切に体調の状況により清拭を行ったり無理のないよう本人の希望に添える入浴を楽しむ支援に努めている。	週2回の入浴が基本となっているが、入浴は毎日できる体制はある。その日の利用者の体調で清拭にしたり、気分が入浴日を変える。また、失禁等の時はいつでも入れるようにしている。	
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	一人ひとりの生活習慣、リズムを整えながら日中は午睡を含め活動的に過ごす事で夜間の休息、安眠へつなげ、又、寝具、空調の整備等、環境面からの支援も大切にしている。		
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	薬局からの服用、薬品カードをファイル保存し、内容、副作用についての把握、服薬時は本人に手渡す前に名前の確認、本人に手渡し服薬した事の確認、個々の状況に応じた支援をしている。		

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
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	楽しく喜びのある生活を過ごせる様、歌や踊りなど個々の能力に合ったレクリエーションへの参加、軽作業などできることを見極め、気分転換できるよう支援、生活層や役割を果たす事で張り合いが持てるよう努めている。		
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	天候、体調を見ながらの散歩。車でのドライブ、少し遠方への外出は計画を練り安全に旅行できる様、又、ベッド対応の利用者もテラスなど戸外に出て自然の風に触れ四季を楽しみ一人ひとりの希望気持ちに沿った支援に努めている。	ホームの庭先には大きなデッキがあり、暖かい日はデッキに出て日にあたりたり、天気の良い時は、車でドライブに行ったりする。なるべく屋外に出るようにしている。年に6回くらいは、お花見等行事計画により出かける、ペット生活の方も行事参加し、気分転換が図れる工夫をしている。	
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	利用者の状況により金銭管理は施設で行っているが、日常生活の中で本人が希望される時は、利用したり外出可能などときは一緒に出掛け、好みの物を購入したり自分で使え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	本人が希望された時には電話をかけ、話をしていただいたり、大切な人への手紙のやり取りができるよう申し出があればはがきを購入しいつでもポストへ投函する旨を伝え本人の気持ちを大切に配慮しながら支援している。		
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	清潔の保持に努め四季の花や利用者の作品などを飾り馴染み易い空間作り広さを確保し空調も利用した安全と心地良さを大切に環境作りを努めている。	2ユニットが開放され、食堂兼居間からは大きなデッキテラスにつながっているため、屋外が見渡せる。テラスには椅子もあり、暖かい時はゆっくり外の風を当たりのびのびできる空間である。天井には大きな柱が回り、昔ながらの落ち着いた空間が醸し出されている。	
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	共用空間でも気の合った者同士が集える場所作り、その関係が保てる空間また、一人を望まれる場合には別テーブルやソファなど距離を置き、思い思いに過ごせる居場所の配慮工夫に努めている。		

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
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	利用者の状況に合わせてイス、ポータブル、ベッドの位置を変え安全に自力で出来る様、空間への工夫、思い出の写真や絵など自由に飾ってもらう事、又、本人が使い慣れた家具や好みの物を活かして家族の想いも伝わる様な居室、本人が心地良く過ごせるよう工夫に努めている。	床対応の部屋もあり、利用者の状況に合わせて、車椅子での移動や安全に確保した部屋作りに配慮している、家族の写真等も飾っており、利用者の作った作品を飾ったり本人が移動し安い動線の工夫や家族の希望と相談し家具の持ち込みもなされている。	
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	一人ひとりの能力を活かした環境作り「できる事」「わかる事」個々の状況に応じた安全で自立した生活が送れるよう表示、配置等工夫し、支援している。		

## 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
<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	事業所の理念の意義を話し合いで考えを共有し良いケアができる様実践の場へと繋げている。		
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	事業所は隣組に加入し町内会での催し物、会合、消防訓練等に参加し、地域の皆様との関係を深めボランティアの受け入れまた、学校からの職場体験の受け入れなど積極的に地域の一員として日常的に交流している。		
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	職場体験の場として選択され認知症の方とふれあう事での理解、開設6年目を迎え施設見学、高齢者介護について近隣、地域との交流など実践を通じ積み上げが活かしている。		
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	会議開催も二ヶ月に一回に変更できた事により、短期間毎の運営状況の報告、問題相談、施設内で行われる行事の見学など、内容も充実し、参加者からの意見助言を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に取り組んでいる	運営推進会議には包括支援センター、介護保険関係の出席もあり、また、密に連絡を取り利用者の安全、サービス向上に向け、取り組みを積極的に伝えながら円滑にケア出来る様、指導、助言を頂き協力関係を築く様に取り組んでいる。		

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	身体拘束についてのケアは職員会議でも勉強会を行い、全職員が理解し知識を身につけており居室には鍵をかけず見守り、状況の把握に努め安全を十分に考えながら身体拘束をしないケアに取り組んでいる。		
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のないよう注意を払い、防止に努めている	高齢者虐待について講演会、事業所内での勉強会を実施し知識を身につけ職員一人ひとり虐待が起きない様ミーティングなどの際には再確認し注意を払い防止に努めている。		
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	事業所では日常生活自立支援事業、成年後見制度について勉強会を実施しており職員は知識、理解を深め必要に応じ活用出来る様支援している。		
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	契約書を交わし利用者家族の要望、不安な点など伺い受け入れ、様々な状況への対応、対応等十分な説明を行い理解、納得をして頂いている。		
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	ご意見箱の設置、家族からの要望、意見を柔軟に受け止め、職員は家族へ施設での様子を手紙にて伝え、また外部者へ表せる機会を運営会議などを通し公表、良いアドバイスを頂いたり運営に反映させている。		
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	毎月の職員会議や毎日のミーティングの中で職員が気軽に意見、提案を出せる時間、場を設け話し合い、確認しその出された意見や提案を参考にしながら施設として心地良い環境、良いケアに反映させている。		

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	職務内容、任用等の条件、賃金体系を確立し、各自が向上心を持って働ける様、職場環境、条件の整備に努めている。		
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	職場内での勉強会、外部研修への参加、又、介護福祉士資格、介護支援専門員資格取得の機会を確保し働きながらトレーニングしていく事を進めている。		
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	交流会や講演会に参加したり、ほかの施設への見学を行っておりサービスの質を向上させていく取り組みをしている。		
<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	サービスを導入する段階で本人が困っている事不安、要望に耳を傾け思いを受容し安心を確保できる関係作りに努めている。		
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	家族が困っている事不安な事、要望には耳を傾け、又、思いを受け止め説明を詳細にし理解を深めて頂き家族との信頼関係を気づく事の大切さを日々受け止め、感じながら支援に努めている。		
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	相談を受けた時点で、利用者や家族が必要としている支援を見極め、組み取り、又、その、他にどの様なサービスを提供すれば適切か判断し、利用者や家族が安心できるより良い支援へとつなげていく対応に努めている。		

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
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	本人と暮らしを共にし、共に笑い感動し、本人の立場になり考え思いを受け止め共有しながら一緒に暮らしている者同士の関係を築いている。		
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	家族の考え、思いを共有しながら家族と共に本人を支えている体制を整えており面会に来所された際には本人と家族の会話から絆の深さを感じ、又、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。		
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	本人の友人が来所されたり親戚の関係も途切れる事のない様定期的に連絡を入れたりしている。自宅に帰りたいと訴える利用者は家へお連れし、本人の気持ち、思い出の場所、人と人との関係が途切れない様常に気を配り支援に努めている。		
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	利用者が孤立しない様声か、けし、利用者同士の関係を観察、関わり合いを大切にしながら寄り添い支え合える様見守り支援に努めている。		
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	サービス利用が終了してもお互いの関係を大切に、電話、手紙等を通じ情報交換など家族からの相談、支援に努めている。		
<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	利用者の想い、希望、その人らしい生活、どの様にしたら安心して暮らしていただける事ができるのか行動、表情、生活層などからその人を理解し、受け止め、又、担当チームを置くことにより、より深く利用者の言葉に耳を傾け意向の把握に努めている。		



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
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	利用者の生活歴、会話、行動、なじみの暮らし方、家族からの情報を元にこれまでのサービス、経過を踏まえ、安心した生活が営める様生活環境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	一人ひとりの尊厳を大切にし、心身状態の。観察、その人らしい一日の過ごし方、安心してその人らしい生活が出来る様、環境への配慮、現状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	本人が安心、安全によりよく暮らしていただけるよう、家族と連絡、カンファレンス等で情報を共有し担当チーム制により、より利用者を観察し毎日のモニタリング記録により、意見アイデアを出し合い反映し、現状に即した介護計画を作成している。		
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	日々の様子やケアの実践、結果、気づきや工夫を個別介護記録に記入し情報を職員間で共有しながら実践、それを基に介護計画の見直しに活かしている。		
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	本人や家族の状況、その時々生まれる場面、ニーズに対し、かかりつけ医と相談しながらの支援、家族の要望に対し柔軟な対応、連絡連携を重にしサービスの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	近隣に所在する神社、公園、花の名所等への外出、本人の心身の状況に応じ安全で豊かな暮らしを楽しむ事が出来る様支援している。		

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
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	本人の必要としているかかりつけ医との連携、家族とも相談、希望等大切に早期対応、又、家族が定期的に受診に連れて行き適切に診療を受ける事ができており、安心安全が保たれている。		
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	介護職は日常の関わりの中で気づき、異常の早期発見に努め、ケース記録連絡ノートを利用し介護職から看護職へ細かな情報は確実、迅速に伝わる様体制を整えており、訪問看護の導入により適切な看護を受けられる様支援に努めている。		
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。	入院した際には本人が安心して治療が受けられる様、又、家族と連絡を取り、安心して頂ける様できるだけ早期退院できるように病院との連携をとりながら相談、情報交換に努め病院関係者との関係作りを行っている。		
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、早期に家族と終末期の在り方について話し合い、かかりつけ医とも連絡を取り合い、家族の意向に応じて方針を明確にし終末期をどこで迎えるかをその都度確認し、家族、医師、施設と情報を共有し、支援にあたっている。		
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	急変、事故に備え応急手当、初期対応の訓練を定期的に行っており事故がない様見守り、介護支援に努めている。緊急時の対応マニュアルが作成され掲示、連絡網は各自に配布されている。		
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	避難訓練には地区民生委員にも参加して頂き、全職員参加のもと実施し、緊急時の対応を身につけ、地域との協力体制を整えている。		

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	一人ひとりの想い、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応、人格を尊重し、大切にしている。		
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	生活暦や家族からの情報をもとに、本人の想いを表出しやすい関係作り。努め、想いに寄り添い大切に受け止め一人ひとりのコミュニケーション能力に合わせ自己決定できるよう支援している。		
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	職員の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気分や体調にあわせ一日をどの様に過ごしたいのか希望に沿った支援をしている。		
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	その人らしい身だしなみやおしゃれが出来る様、本人の想いや生活習慣を大切に、ブラシで髪の毛を整えたり、整容を支援し本人が選んだコーディネートを評価し、本人が満足できるような支援をしている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事が楽しみなものになる様一人ひとりの好みを把握し個々に合わせた食事形態で安心して食べていただけるよう支援。畑で作った野菜と一緒に切ったり準備などする事で満足感を得ながら食事が楽しみなものにし、テーブル拭き、お盆拭きなど利用者と職員が一緒に片づけをしている。		
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	食事摂取量、水分量を観察し不十分な際には原因を探り一日の必要量の改善に努め、嚥下力低下など一人ひとりの状態や力、生活習慣を大切にしながら穏やかな食事環境作り。又、経管栄養者については利用者の体調観察をしながら安全に行えるよう栄養摂取や水分確保の支援に努めている。		

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
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に、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	食後は口腔ケアを行う。うがい薬の使用、個々の状態に応じ見守り又は介助にて行い本人の力に添った口腔ケアの実践、ベッド対応者はスポンジブラシの使用、口腔状態の観察清潔保持に努めている。		
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	利用者の状況に合わせリハビリパンツ、布パンツの使用、尿意のない方も声掛けや早めのトイレ誘導をし排泄チェック、パターンを捉え個々の状態に応じポータブルトイレの使用、トイレでの排泄を中心に排泄の自立にむけた支援を行っている。		
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	排泄チェック表により排便の有無の確認、身体の状態に合わせた水分、効果的な乳製品、繊維質の多い食事の摂取、体操で適度な運動をし、日中の活動を高め、個々に応じた予防に努めている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴表の設定はあるが個々のその時の気持ちを大切に体調の状況により清拭を行ったり無理のないよう本人の希望に添える入浴を楽しむ支援に努めている。		
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	一人ひとりの生活習慣、リズムを整えながら日中は午睡を含め活動的に過ごす事で夜間の休息、安眠へつなげ、又、寝具、空調の整備等、環境面からの支援も大切にしている。		

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	薬局からの服用、薬品カードをファイル保存し、内容、副作用についての把握、服薬時は本人に手渡す前に名前の確認、本人に手渡し服薬した事の確認、個々の状況に応じた支援をしている。		
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	楽しく喜びのある生活を過ごせる様、歌や踊りなど個々の能力に合ったレクリエーションへの参加、軽作業などできることを見極め、気分転換できるよう支援、生活歴や役割を果たす事で張り合いが持てるよう努めている。		
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	天候、体調を見ながらの散歩。車でのドライブ、少し遠方への外出は計画を練り安全に旅行できる様、又、ベッド対応の利用者もテラスなど戸外に出て自然の風に触れ四季を楽しむ一人ひとりの希望気持ちに沿った支援に努めている。		
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、お金の所持したり使えるように支援している	利用者の状況により金銭管理は施設で行っているが、日常生活の中で本人が希望される時は、利用したり外出可能なときは一緒に出掛け、好みの物を購入したり自分で使え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	本人が希望された時には電話をかけ、話をしていたり、大切な人への手紙のやり取りができるよう申し出があればはがきを購入しいつでもポストへ投函する旨を伝え本人の気持ちを大切に配慮しながら支援している。		
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	清潔の保持に努め四季の花や利用者の作品などを飾り馴染み易い空間作り広さを確保し空調も利用した安全と心地良さを大切に環境作りに努めている。		

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
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	共用空間でも気の合った者同士が集える場所作り、その関係が保てる空間また、一人を望まれる場合には別テーブルやソファなど距離を置き、思い思いに過ごせる居場所の配慮工夫に努めている。		
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	利用者の状況に合わせて車イス、、ポータブル、ベッドの位置を変え安全に自力で出来る様、空間への工夫、思い出の写真や絵など自由に飾ってもらう事、又、本人が使い慣れた家具や好みの物を活かして家族の想いも伝わる様な居室、本人が心地良く過ごせるよう工夫に努めている。		
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	一人ひとりの能力を活かした環境作り「できる事」「わかる事」個々の状況に応じた安全で自立した生活が送れるよう表示、配置等工夫し、支援している。		

## 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	介護計画の希望は入居時にしっかりとらえて、計画作成をして担当者各々に配布で、1ヶ月にモニタリングを行っているが、更に3ヵ月毎の見直しを実施して生活目標に添っていく事が必要。	介護計画は3ヶ月毎の見直しにより再アセスメントを行い、ケアプランにつなげる。	現在でのモニタリングや大体6ヶ月くらいの見直しとしているが、3ヶ月毎の見直しを実施し各々どこに課題があるかを把握し、利用者の生活目標が明確となる様に支援をしている。	6ヶ月
2	33	医師、家族、職員を交えて利用者へのチームケアとしての終末期計画の作成を各々の思い共有を図る。	医師、家族、職員を交えて、利用者の重度化への対応をチームとして終末期計画を作成し、ケアにつなげていく。	ホームでの看取りも経験しているが、更に医師、家族と共にホームでの看取りについての思いをチームケアにつなげる。家族の意向をより大切にす為話し合いを十分に行う。	12ヶ月
3					
4					
5					

注)項目の欄については、自己評価項目の№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。