

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	2070900168		
法人名	医療法人聖山会		
事業所名	グループホーム合歡の家		
所在地	長野県伊那市3831		
自己評価作成日	平成26年1月5日	評価結果市町村受理日	平成26年4月15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.kaigokensaku.jp/
----------	---

【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	長野県松本市巾上13-6		
訪問調査日	平成26年2月25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)】

利用者を介護されるだけの一方的な立場におかず、一緒に暮らしながら【共に支えあう】関係作りを大切にしている。
隣接する同法人の伊那神経科病院から定期的な往診を受け、緊急時には病院内の訪問看護により迅速に必要な処置と主治医の指示を受けることができ、利用者様やご家族様にも安心感を持っていただいている。また、病院内の他職種とも協力体制を築いている。同じ法人の老人保健施設辛夷園とは、様々な交流を行っている。

【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)】

創設者の思いのこもった「すこやかな日常生活が続いていけるように」の一貫した理念の基に、幅広い「すこやかさ」の具現化に取り組んでいる。普通の家の様な玄関先の雰囲気は施設らしさを感じさせず、1ユニットのゆったり感のある利用者との生活がある。医療法人が有する機能を活かし、専門医や訪問看護・隣接施設等の協力体制は利用者や家族の安心できる日常生活に繋がっている。今年度はこれまで以上に、地域の方々にホームに関心を寄せていただけるよう、またホーム(利用者)が地域の方々と共に生活できるよう、機会を設けて取り組んで来られ、具体的な成果が得られている。職員は毎年、自分の取り組みたいことを自己計画書(行動目標)に明記し、実践に取り組み、また管理者は職員からの提案に対して絶えず聴く姿勢を持って臨み、職員をサポートする等、合歡の家全体の「すこやかな生活」の確保に繋ぐよう、一体となって取り組んでいる。

・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	
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	項目
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	利用者や職員が、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、活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+)- + (Enter+)-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
理念に基づく運営					
1	(1)	<p>理念の共有と実践</p> <p>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</p>	<p>理念を施設内に掲示して周知している。また、新人職員にはオリエンテーションを行い周知している。定期的なミーティングを開いて確認している。</p>	<p>開所当初から掲げてきた運営理念を大切に捉え、今年度も理念を掘り下げて、「すこやかさ」の意味することについて話し合い、ホーム内に掲示し、職員間で共有・意識化を図り、日々の支援に繋いでいる。</p>	
2	(2)	<p>事業所と地域とのつきあい</p> <p>利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自身が地域の一人として日常的に交流している</p>	<p>散歩に出た時など、近隣とも声を掛け合っている。地区の文化祭に作品を出品させていただいたり、舞台を見学している。近隣の方に、花や野菜等の差し入れをいただいたり、近くの畑仕事にお茶を差し入れることもある。</p>	<p>年に3～4回発行されるホームの新聞は隣組に回覧されている。また地区の文化祭に利用者や制作した作品を出展し、文化祭のステージ発表を見に行っている。日頃から散歩や買い物に出かけた時は挨拶を交わし、近隣住民から野菜や花などの差し入れを頂いており、バレンタインデーには利用者と共にお返しに行くなど、付き合いや触れ合いを大切にしている。</p>	
3		<p>事業所の力を活かした地域貢献</p> <p>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</p>	<p>グループホームの位置づけや認知症の理解、支援方法を地域に向けて発信しているとはいき切れないが、避難訓練に参加いただいた機会には理解を求めている。</p>	/	/
4	(3)	<p>運営推進会議を活かした取り組み</p> <p>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</p>	<p>事業所で行われているサービスの内容、各係の活動を報告させていただいている。話し合いで気付いたことや意見を、サービスの向上に活かしていけるよう努力している。</p>	<p>委員の提案により、「地域交流会」と銘打って、2ヵ月に1回開催。家族には全員に通知を出し、意見等を表出する機会の工夫をしている。利用者・総代・民生委員・地域包括支援センターや市担当者等の出席の下、活動報告などを行い、出された意見の反映に努めている。また議事録や外部評価結果の報告も行われている。</p>	
5	(4)	<p>市町村との連携</p> <p>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</p>	<p>運営推進会議を通して、合歓の新聞「ほっとねむ」を使って現状や支援内容を伝えたり、疑問点は確認するようにしている。介護相談員がホームを訪問した際アドバイス等を受けている。</p>	<p>運営推進会議(地域交流会)への出席を頂くと共に、ホームの新聞を届けて、日々の活動の様子を知ってもらうように努めている。また介護相談員の受け入れを行い市との協力関係を築いている。</p>	

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「介指定期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	研修会に参加することはできなかった。生命に危険がない限り拘束は行っていない。夜間以外は玄関の施錠もしていない。	ホームの理念に基づき、利用者の「すこやかな」日常生活が守られているかの視点を持ち、権利侵害についての外部研修に参加し、内部伝達を行い、人権尊重の理解に取り組んでいる。職員の日々のふとした言動が利用者の気持ちを遮っていないかなどの振り返りを行い「すこやかさ」の実践に努めている。	
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	該当の研修会に参加した職員により、職場内で伝達講習を実施している。		
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	権利擁護に関しては他の研修でも関連して出てくるので、そうした機会に受講者による伝達講習などで学んでいるが、成年後見などに関する受講はできていない。必要な時は、同法人の支援相談員に助言をしてもらうようにしている。		
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	契約時、事業所のケアに対する考え方や取り組み、入居から退居を含めた事業者の対応可能な範囲について、重要書類の読み合わせなどで説明を行っている。		
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	利用者の言葉や態度からその想いを察し、利用者本位の運営を心がけている。日々ミーティングで、要望などが特定の職員に埋もれてしまわないようにしている。家族アンケートを年1回実施している。	運営推進会議(地域交流会)へは全家族に出席を案内し、合わせて家族会を年2回開催したり、家族アンケート(無記名)により、意向の把握に努めている。また毎月、担当者による手書きのお便りを送付し、関心を寄せて頂きながら、何でも言ってもらえる関係づくりに努め、出された意見等は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	個人の目標管理設定手法を導入し、年1回の面接時に聞き取りを行っている。毎月1回、改善提案シートを提出してもらい、提案内容はミーティングで検討し、改善に努めている。	職員の気づきやアイデアは毎月、改善提案シートに活かされている。出された意見はミーティングで共有・検討し運営に反映させている。職員は年度当初に自身のやりたいことを自己目標(計画書)として作成し、それぞれ計画の実行に取り組んでおり、管理者等も職員の思いをサポートし、共にホームづくりに取り組んでいる。	

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
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	個人の目標管理設定手法、改善提案シートを通して行っている。		
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	目標管理、改善提案シートを通して行っている。また、外部の研修会へ参加し、参加できなかった職員には伝達講習を行っている。		
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	長野県宅老所・グループホーム連絡会を通して、グループホーム部会の研修や検討会にできるだけ参加するようにしている。		
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	利用者の気持ちを本人からしっかりと聞き、職員間で情報を共有しながら、初めての環境でも安心して過ごすことができるよう信頼関係を構築することに努めている。		
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	家族の気持ち等は、利用開始時期に時間をかけて聞き取るように努めている。初めのうちは家族も不安を抱えているため、情報交換も密に行っている。		
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	利用者と家族のニーズを把握し、事業所としてできる対応を考え、他職種と連携し、必要なサービス利用を受けていただけるよう対応に努めている。		

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	職員が「してあげる」だけの関係ではなく、生活を共に送る中で、時には教えてもらい、励まされながら、お互いが「ありがとう」と言い合える関係作りを心がけている。		
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	家族には随時、利用者の健康状態や言葉、思いを伝えている。月に1度「家族への手紙」も書いて、近況報告もしている。利用料の支払いは口座振込にしないで、できるだけ現金を持参してもらい、本人との面会の機会にしている。		
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	馴染みの店や友人との手紙のやり取りなど、これまでの関係が継続できるよう、家族の承諾と協力のもとで支援している。	以前の仲間とこれまで通りの活動が一緒に出来るよう支援したり、家族の協力をいただきながら、馴染みの美容院や外食に出かける等の機会を大切に、これまでの習慣や関係が途切れないよう支援している。	
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	利用者が孤立せずに共同生活が送れるよう、利用者間の言動にも注意し、気づいた点は職員間で情報を共有し、検討している。家族とも相談する機会を設け、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	関係性の継続は難しいが、家族から相談があれば話をうかがい、可能な限り支援するよう努めている。		
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	日々の関わりの中から本人の意向の把握に努めている。把握したものが利用者本位の視点でなく、介護者視点になっていないか注意している。	センター方式の「私の暮らし方シート」などを用いて利用者の思いやこれまでの暮らしを把握し、日々の支援の中で利用者へ関心をはらいながら意向の把握に努めている。職員が把握したことはその日のミーティングで検討し、利用者本位の支援に繋いでいる。	

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
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	日々の関わりや会話の中で把握したものを、介護記録などへも記載して職員間で共有できるよう努めている。家族と接する機会には、入居前の様子など気になる点は話を聞いている。		
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	いつもと違う言動や変化については、職員間の申し送りやミーティング、記録を通じて共有するようにしている。できそうな活動にトライしてもらうことで本人が持っている力を把握す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	独自のスクリーニングシートを活用して課題分析を行い、その結果を基に介護計画を作成している。また、家族、関係者の情報も介護計画に反映させている。	利用者の担当制等により、職員が日々の関わりの中で把握したことや、アセスメントに基づいた利用者等の意向に副った介護計画を作成し、家族や関係者等と話し合い、設定した期間やモニタリングに基づいた見直しを行い、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	日々の記録とミーティングを基に定期的に見直しを行っている。		
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	すべてというわけにはいかないが、利用者の希望がかなえられるよう、思い出の祭りや親族の家を訪ねるなどの対応をしている。家族が通院に付き添えない場合は、職員が通院介助を行っている。		
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	利用者が安心して地域での暮らしを続けられるよう、民生委員の方と話す場を設けた		

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
30	(11)	<p>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</p>	<p>利用者と家族に主治医を選んでいただいている。受診前に、必ずミーティングを開き、状態はどうか、前回と変わったことはないかを個人ノートに記載し、主治医に報告している。</p>	<p>利用者・家族の希望する主治医の受診を支援し、家族同行の受診時は近況を個人ノートに記し、主治医へ情報を提供し、受診後の報告を受け、生活支援に繋いでいる。また専門医の定期的な往診や訪問看護(毎週)により日常の健康管理を行い、必要な医療支援を行っている。</p>	
31		<p>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</p>	<p>隣接する同法人の病院の訪問看護師に報告・相談は常に行い、必要な医療が迅速に受けられるよう支援している。</p>		
32		<p>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。</p>	<p>利用者が入院した時は、情報提供書を渡している。入院後は、心身の状態の把握に努めており、病院の相談員との連携も図っている。</p>		
33	(12)	<p>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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる</p>	<p>「重度化した場合の対応に関する指針(看取りを含む)」を作成し入居時に契約と併せて説明、同意を得ている。また必要に応じて家族と話し合い、事業所がどこまでできるか、御家族の協力はどこまで得られるのか、確認していくようにしている。</p>	<p>一昨年作成した「重度化した場合の対応に関する指針(看取りを含む)」を用いて、入居時に利用者・家族に説明をして同意を得ている。入居後の利用者等の状態に応じて随時主治医等と話し合い、利用者等の意向を確認をしながら取り組む方針を明確にしている。</p>	<p>利用者・家族の意向に応えられる職員体制を整えて行くことが望まれる。看取りに関する職員研修を実施し、職員がより身近に感じ取り、具体的な理解を深めながら、一人ひとりの職員の介護力を高め、ホームとしてできる最大の支援を視野に入れた取り組みを希望する。</p>
34		<p>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</p>	<p>隣接する同法人の医師、看護師等に常時指導を受けている。</p>		
35	(13)	<p>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</p>	<p>年2回の避難訓練を計画、実施している。同訓練への参加を地域に呼びかけ、施設内の見学と併せてグループホームを知ってもらう機会にしている。地域とは災害時協定書を締結している。</p>	<p>今年度2回避難訓練を実施。その際に、となり組の家々に避難訓練のチラシを配布した所、多くの地域の方々の見学や参加が得られた。ホームに関心を寄せて頂けたことにより、今後どのような地域協力や連携を図っていけば良いか新たな課題も得られ、今後へ向けて取り組み中である。</p>	<p>昼夜を問わず何時発生するかもしれない様々な災害時を想定し備えて行くことが望まれる。夜間想定や連絡網の確認、全職員が必ず訓練に参加し行動表に沿った適切な行動がとれるようにしていく取り組みを希望する。また時には消防署の立ち会い、指導を得て、より実践的な備えを期待する。</p>

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
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	利用者ができないことを代行し、本人の言動を否定せず、その時の思いや気持ちを考えながら言葉かけや対応をしている。	職員はいつも‘利用者の気持ちはどうなんだろう’と利用者の思いに寄り添い、一方的にならない対応に努めている。利用者の言動の裏にある気持ちを探り、個人を尊重した対応に取り組んでいる。	
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	意思表示ができる利用者からは、本人の意思確認をしている。自分からの意思表示ができない方からは、表情や発症前の生活歴、大切にしてきたこと、性格等を想像して、声かけ・働きかけに努めている。		
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	基本的な流れはあるが優先させることはせず、本人の気持ち、体調、思い等を大切にしながら自分のペースでゆっくりすごせるよう支援している。必ず、意思確認をするようにしている。		
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	本人の話を聞いたり、家族にも協力してもらい、自分でお気に入りの服が選べ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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	嗜好や季節の食べ物等を相談しながら献立を立てている。メニューによっては調理を一緒に行ったり、任せることもある。配膳・下膳や片付け等は、利用者と共にしている。	担当職員を中心に献立作成や食材のリストアップ、買い物を行っている。五平餅や草もち・吊るし柿などの郷土食や、流しソーメンや秋刀魚を炭火で焼いたり、誕生日の希望メニュー等様々な食の楽しみを支援し、共に食卓を囲んでいる。食材の下ごしらえや配膳・下膳、茶碗拭き等の活動を利用者と共に行っている。	
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	食事量、食欲等を見ながら1日の中できちんと栄養が摂取できる様にしている。水分摂取には特に気をつけ、十分に摂れないときは補助食品等を取り入れている。		

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
42		<p>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</p>	<p>十分に口腔清拭ができない方には介助し、自分のできる方には声かけをして清潔の保持に努めている。口腔内の状態によっては、歯科医師の往診を受けている。</p>		
43	(16)	<p>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</p>	<p>本人の羞恥心、プライド、習慣等に配慮しながらトイレでの排泄を促している。</p>	<p>利用者の意向を尊重しつつ、一人ひとりの利用者に向けた排泄用品等を見極め提案し、気持ち良い排泄支援に努めている。排便コントロールに於いても訪問看護と連携を図り、また食材等の食生活も考慮して、自然な排泄を支援している。</p>	
44		<p>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</p>	<p>適度な運動と水分摂取を心掛けている。食事には野菜を多く取り入れ、バランスの良い食事となるよう心掛けている。</p>		
45	(17)	<p>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</p>	<p>基本的な流れはあるが、利用者の体調や気分、受診などの都合に配慮しながら、時間に追われることなく入浴していただくよう努めている。体調によってはリフトを使用している。</p>	<p>基本的には午後に入浴体制を整えて支援し、入浴を利用者と過ごす大切な時間と捉え、くつろいだ入浴を心掛けている。その時々体調や気分に応じて無理のない対応やリフト使用等、一人ひとりの状態に配慮した入浴支援に取り組んでいる。</p>	
46		<p>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</p>	<p>就寝時間は本人の希望で決めている。就寝前は、安心感を持って休むことができるような声掛けをしている。午睡は、自室とは限らず休みたい場所で休んでいただくように配慮している。</p>		
47		<p>服薬支援 一人ひとり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</p>	<p>処方変更等がある場合は、必ず職員に周知し観察点の確認をしている。与薬の際は、間違えないよう袋の名前を読み上げ、服薬を確認している。</p>		

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	情報を活かし、趣味やこれまで行ってきたことが活かせるよう、場面作りや用具の用意など可能なかぎり支援をしている。季節の行事、地域の風習等も取り入れるようにしている。		
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	花見や紅葉狩りなど全体での外出以外にも、誕生日などの機会を利用して個別の外出の機会を設けている。施設周辺の散歩等にも積極的に出掛けている。	日常ではホーム周辺の散歩コースの散策や隣接施設の活動に出かけたり、地区の文化祭に出かけ、舞台発表の見学等を楽しんでいる。また車に分乗しての四季折々の花見や紅葉がり・外食等の計画的な外出を楽しんだり、時には利用者個人の「行ってみたい」気持ちに応えて、特別な楽しみや喜びを支援している。	
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	金銭管理は職員が行っている。生活の消耗品の購入は家族の了解のもと、職員と一緒に買い物している。		
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	利用者の希望に沿って支援している。		
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	共有スペースが心地よい空間になるよう、観葉植物や季節の花を置くとともに、季節に合ったちぎり絵などの作品作りを行い、飾りつけている。	小上がりの畳の間は炬燵を配置し、床の間に利用者の生けた季節の花が飾られている。加湿器による健康管理や気持ちよい環境を整え、台所と食堂は少し離れているが適度に行き来し、台所での活動も自然体で行われている。食後ソファに足を投げ出してゆったりと新聞を広げる利用者の姿から居心地の良さが窺えた。	
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	館内には3カ所のホールがあり、それぞれに好きな場所で過ごせるよう工夫をしている。冬季にはこたつも出している。		

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
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	利用者が落ち着ける居室空間となるよう、大切なものや馴染みの品を持ち込んでも良いことを家族にも説明している。居室のレイアウトは本人と相談しながら行っている。	自宅と同じように安心して過ごせるよう、家族に居室作りの協力を依頼し、大切な家族の写真や馴染みの品などを持ち込んでいただき、その利用者らしい生活の場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	食事やおやつの時間に自分たちでお茶入れができたり、食パンが焼けるよう、道具を用意して支援している。本人の能力を活かすためには、支援の手が先回りしないよう心がけている。		

目標達成計画

作成日：平成 26年3月22日

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 (13)	避難訓練の内容がワンパターン化し、職員全員の参加の形がとれていない。	訓練をより実践的な内容に変え、全職員が経験を積めるようにする。	・地域住民を交えた年2回の訓練以外に、小規模な訓練の回数を増やす。 ・夜間の火災以外の想定で行う。 ・電話連絡網を回すなど訓練内容を工夫する。	12ヶ月
2	33 (12)	管理者、職員を含めて看取りについて、具体的な理解やマニュアルができていない。	看取りについて、制度・ケアの両面で理解を深める。	・看取りをテーマにした研修への参加。 ・研修内容の現場へのフィードバック	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。