

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	2571800115		
法人名	財団法人 豊郷病院		
事業所名	甲良町グループホームらくらく		
所在地	滋賀県犬上郡甲良町在士625		
自己評価作成日	平成25年9月20日	評価結果市町村受理日	平成25年11月26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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク滋賀福祉調査センター		
所在地	滋賀県大津市和邇中浜432番地 平和堂和邇店2階		
訪問調査日	平成25年10月30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)】

当ホームは甲良西小運動場隣接。子ども達の元気な声を聞きながらの生活、ご近所さんから野菜のお裾分けや、さつまいも堀に誘って頂いたり、字別サロンや地域の夏祭りに参加。、そして地域の防災訓練にホームも参加してもらいながら、夜間想定で職員ひとりの時の避難訓練を地域の方々の支援の基に取り組んでいます。地域密着を自然な形で普通の生活に取り込めるのも、この地域ならではの感謝しています。また、「本人」「家族」「職員」三者の「笑顔」をモットーに「本人」の思いに寄り添い、喜怒哀楽を自然に表出できるように支援しています。ターミナルケアでは、家族の意向とかかりつけ医の理解と職員が同じ方向性を持つことで取り組めるが、あくまでもホーム主体の考えではなく、家族等大切な人との時間を支援しています。当ホームでは、職員の離職率が低いことが誇りです。職員同士の人間関係が良好であることはチームケアをする上でとても重要で、人としての思いやりや温かさが通い合う職場だからこそ「あたたかいもてなしの心」の理念を守ることができていると考えています。

【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)】

職員は「利用者の認知症を理解し健康的で安らかな暮らしを支援することにより、本人の笑顔は家族、職員の笑顔に繋がる」との思いを込め9名を介護している。甲良町が10年前に木造平屋を建築し、運営を民間に委託した事業所である。事業所の裏は小学校の運動場、隣は同法人運営のデイサービスがあり児童の遊ぶ姿を眺め、友人と会話を交わすなどして過ごしている。24時間連絡の取れる看護師がおり、協力医療機関とも連携しているため健康管理面では安心して過ごせる。小学校児童との交流、町が開催する地域住民を対象とした介護予防教室や認知症サポーター養成講座の講師担当、地域ぐるみの防災訓練参加など地域に根ざした活動を行っている。経営母体が地域医療と福祉の相談窓口となっており、町、病院、事業所の連携がスムーズで利用者のメリットが大きい。

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	地域密着の意味を職員全員が理解した上で当ホームの理念を基に、「利用者」「家族」「スタッフ」の三者の「笑顔」を大切にしながら、「あたたかいもてなしの心」を基本としてケアを実践している。	「住み慣れた地域の人との交流を継続する」との理念のもと職員は利用者の立場に立った介護の実現に向けて、朝礼や会議で確認し合い、現場での言動を振り返り、介護サービスの実践に取り組んでいる。	
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	各自老人会やサロンへの参加、他にも野菜をもらったり、地域の夏祭りに参加、食事会に招待している。作業所からの野菜訪問販売を楽しみに、おやつと一緒に食べたりしている	小学校、老人会、町内行事への参加や事業所行事の招待など地域とは積極的に交流している。広報誌「らくらく通信」を年4回発行し、近隣の自治会に配布、事業所の理解と地域とのつながりを深めている。	
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	認知症啓発では、町内のキャラバンメイトとしてサポーターの育成で現在1000人を超す。相談支援事業として「おひさま会」。介護予防教室・シンポジウム等も開催。認知症への理解が確実に深まってきている。		
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	運営推進会議では、それぞれの立場での積極的な意見を出し問題点に早く気付くことでサービスの向上・情報交換に活かしている。委員には家族交流会にも参加。らくらくの手作りでの昼食に参加して頂いている。	市、地域、家族、事業所が参加し隔月に開催している。事業所の現状報告と改善課題を中心に討議している。成果として徘徊者が出た際の協力について住民の支援認識が会議に参加した地域の人より広まった。	
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	町との連携は深く、入退居、事故報告、ケアに関する事など、常に連絡を密に取っている。また町からの委託事業を受けており、啓発活動、相談業務等にあたっている。	毎週地域包括支援センターの職員に現状を報告し、介護、災害、衛生管理、インフルエンザ予防、ノロウイルスに関する情報交換をし助言を受けている。町から介護講座の講師依頼も受けて出講している。	
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」の研修を必ず年1回は設け、当ホームのケアに置き換えてみて身体的だけではなく、精神的にも抑制・拘束しないケアができているかを見直している。	入居者が拘束されずに安全で自由な暮らしが出来るよう全職員が毎年研修を受け、マニュアルに従って介護している。玄関や居間は施錠せず、言葉かけを中心に見守りしている。徘徊を想定し、地域の人には集会などの機会をとらえ見守りの要請をしている。	
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	高齢者虐待防止関連法を基に年1回は必ず研修を設け、当ホームのケアに置き換えて、虐待に関しての注意・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	成年後見が必要なケースでは管理者が対応しているが、職員向けに研修も行っている。		
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	重要事項説明書は、事前に行い当ホームへの理解をもらった上で、契約時にも十分な説明を行い、理解・納得のうえ契約を結んでいる。		
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	職員に直接、また医療連携先のNsの訪問時に不安や日頃のストレスを相談される時の本人や家族の意見等を反映して居室の変更や希望を叶えるために努めている。	面会、家族会、事業所行事などで家族が来所した際意見を求めると共に、時間を掛けて聞き、提案された件は全員に徹底している。家族の提案で職員の顔と名前が分かるよう写真を廊下に掲示している。	
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	会議や面談の中で、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を大切にしており、その提案等を反映している。職員一人ひとりが自分の意見を伝える事、またその意見を反映できるよう努めている	管理者は毎月行う職員会議で意見や提案を聞き、副施設長と職員が隔月毎に意見交換する場を持ち、提案は運営に反映している。職員の提案で外出する際の費用助成を増額し、遠出する機会が増えている。	
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	介護事業部理事には常に相談しやすく、現場の思いをのびのび反映できる環境にあり、運営推進委員でもある。管理者からは報告・連絡・相談を常に行い、現場を把握してもらっているため、働きやすい環境にある。		
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	各自の目標管理を行い、その目標に向けて自身として、また組織として考えることを明確にして期限を決めて取り組む。外部研修への参加。またその反省を行い、個人のモチベーションを上げる努力を行っている。		
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	GH部会の研修には積極的に参加して職員間交流も行っている。他府県でのGH全国大会にも参加し、質の向上に努めている。また、他の事業所からの相談や研修にも都度応じている。		

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	入居より数ヶ月は慣れない環境への不安を受容し、安心を提供できるように寄り添い、この環境が本人に適しているかどうかを見極めている。本人の思いをアセスメントを通して情報を得る。		
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	家族との関係を大切にしており、気軽に実家に来るような温かい雰囲気や、家族との対話を通して思いをできるだけ引き出すことに心がけている。また、本人の安心の為、家族に協力を求めることもある。		
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	相談の内容により、GHの生活における不安への対応。GHでの生活が苦痛になっていないか、それよりも必要なサービスがあると判断した時は見極め他との連携を取り支援を行う事もある。		
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	生活歴や風習からも学ぶことは多く、手料理や畑作業においても教えてもらうことも多い。職員の身の上相談にのってもらうこともある。本人の「喜怒哀楽」の表出を大切にしている。		
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	GHに入居されたことにより、家族との関係が遠くならないよう、ケアプランにも意見を反映している。普段の生活状況を月1報告。家族との外泊や外泊等共に過ごして頂く時間を大切にしている。		
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	馴染みの人が集まる、在所の老人会やサロンへの参加。希望に応じて行き慣れた理容店・あんまに来てもらったり、昔からの馴染みの関係の友人との外出、外食の支援。面会時にゆっくり話せる環境づくり。	老人会の参加や馴染みの店に出掛ける際は職員が同行支援し、家族や友人の来訪時には居室に通して一緒に過ごしている。家や親戚の行事、盆暮れの一時帰宅、墓参りなどの要望には柔軟に対応している。	
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	座席配置の配慮、無理に仲良くするのではなく、気の合う仲間と気軽に楽しめたり、入居者同士の居室に通い合える雰囲気づくりに努めている。		

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
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	退居の際には、ご縁をこれからも大切にしたい旨を伝え、ご家族や本人がお茶を飲み立ち寄ってくださったり、食事会に招いたり、頂き物のお返しに手作りおやつや、みそを届ける等の関係を大切にしている。		
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	普段の会話や表情をみて「本人はどうしたいのか」の思いをチームで共有しケアの統一を図るべくカンファを大切にしている。出来る限り自己決定の場面を多くし。畑や花作りを続けたいという思いを支援している。	職員は利用者の生活歴や趣味を把握した上で日常生活の態度や言葉から、利用者の思いを汲み取るようにしている。庭の散歩や菜園の作業、縫い物、唱歌、テレビを見るなど本人の意向で自由に行っている。	
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	生活歴や本人の話、家族の話、知人の話し等から本人の思いを把握した上で、本人が望む生活を支援している。		
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	1人ひとりの生活のリズムを大切にしており、いつもみんな一緒にという考え方はしていない。本人の思いを大切に心身の状態に合わせて「できること」を無理のないように支援している。		
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、家族からの希望や意見、医療職の意見等を取り入れながら、職員間の気付きを話し合う場。職員全体でのカンファレンスや本人の状態に合わせての医療職や家族を交えてのカンファレンスを実施している。	介護計画は本人、家族、職員、看護師を交え協議の上作成している。介護計画は3カ月毎に見直し、利用者と家族、職員が納得し、家族の署名捺印を貰っている。	
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	個人の健康チェック表に細かく記入、ケアに活用している。同時にケース記録への記入には本人の言葉、エピソードも細かに記入情報を共有するためのノートもある。毎月職員全体でカンファレンスを行っている。		
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	隣接しているデイサービス行事への参加や、帰宅願望が強い時など、デイに行っても気分転換を図られることもある。家族の思いを大切に、宿泊希望にも対応。外出や外泊に対しても柔軟に対応している。		

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
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	隣接の小学校から手作りのお米や梅干しを頂いたお返しとして、入居者の方々と相談して、手作りの雑巾を縫って渡したりしている。地域住民のサポート体制のもと、地域の防災訓練にも毎年参加している。		
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	かかりつけ医の継続はそのまま、CW、医療連携体制の訪看より主治医との連携をとり、早期発見・早期治療に努め、入院への回避に努め、体調の変化には職員も付き添い主治医への相談も行っている。	かかりつけ医は往診を受けるか通院し全員が利用している。利用者や家族が希望した場合は通院の支援をし、結果は家族と職員が共有している。毎週看護師が往診して病気の予防と早期発見に努めている。	
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	医療連携体制を取っていることから、定期的に訪看の訪問、緊急時の24h～365日の相談・適切な対応、指示、またターミナル時の対応を行っている。必要な時にはカンファレンスにも参加してもらっている。		
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。	HPのカンファにも参加し、GHでの生活を考えて早期退院に向けて、必要な注意事項等も踏まえて、可能な限り受け入れ体制を整えるよう努めている。		
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	普段からの家族の意見も伺って、終末期の診断が出た時には、当ホームの「重度化指針」の説明を行った上で同意をもらっている（GHとして取り組める事取り組めないことを明確にしている）最終は家族が「看取れた」と思える充実感を大切にしている。	重度化、終末期方針は文書化し入居時に説明しているが、承諾書は交わしていない。医師が看取りを必要と判断した段階で「重度化、終末期ケア対応指針」を説明し「看取り介護同意書」を交わしている。病状変化により同意書を見直し、署名捺印を貰っている。今までに4件の看取りをした。	重度化、終末期の基本方針を入居時に説明する際、口頭説明した上で基本方針の共有を継続確認するため、同意書を交わすことを今後の検討課題として取り組んで欲しい。
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	全ての職員を対象に救命救急講習会に参加している。その他Nsにより急変時の対応を習い、訓練を行っている。防災訓練の中でも骨折やケガ、意識不明等の対処法を受ける。		
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	町内の防災訓練にGHとして参加し、職員が一人時に災害が発生ことを想定し、地域の方に入居者をボタンタッチしての避難訓練を行う。その折に認知症のことを地域の方にも理解いただく啓発にも努めている。	火災報知機、消火器、煙警報器、スプリンクラーを設置している。マニュアルや連絡網はあり、消防署の指導を受け夜間を想定した避難訓練を年2回と地域の防災訓練を1回実施している。町内の協力体制は整っている。	

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
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	ご本人が望まれる呼び方に配慮し、記録等の保管は目に触れないところで保管し、個人情報取り扱い方には配慮している。必要に応じて事例を出す時は、了解を得ている。	利用者に対して尊敬と親しみを込めその人に合った声掛けをし、尊厳を傷つけないよう留意している。個人情報利用同意書を交わし、書類は施錠した書棚に管理している。個人情報に関する研修も全員受けている。	
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	外食でのメニューの選択や、季節感・行事を楽しめるよう心がけている。畑やお地藏さん、仏壇等押しつけにならないよう自己決定の機会を増やせるように努めている。		
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	本人の生活リズムを大切に、外出や散歩、また帰宅願望が強い時は本人の思いを大切に、ゆっくり付き添いながら過ごすことを大切にしている。みんなで外出する際も強制せずに個人の意見を尊重する。		
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	今までの生活の中での行きつけの美容室などがあれば、その店を利用している。朝の起床時にも本人の着たい服装を選んでもらっている。		
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	献立を考える時、入居者の意見や選択の機会を増やせるように努めている。季節感が出るように味付けや作り方の工夫を心がけている。★献立を考える時、もう少し入居者の意見や選択ができるようにしたい	3食とも食材を事業所で調理し利用者と職員は同じものを食べている。下準備は利用者も行い、調理の楽しさを味わっている。誕生日や祝日には利用者の希望を入れ、本人の好みの料理を作り全員で祝っている。	
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	個人の疾患や嗜好も考え、量や硬さ等の調節も行い、メニューに偏りがないように気を付けている。こまめな水分補給にも努めている。水分の種類も、ポカリのような吸収しやすいものや嗜好に合わせている。		
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	基本的に3食後、口腔ケアを行う習慣づけをしており、チェックも入れ、入れ歯の洗浄も定期的に行っている。(2回/週)		

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	排泄チェックの活用で、時間や量から本人のパターンを把握して、本人のレベルに合わせ、夜間のPTイレ使用、失禁=リハパンではなく、ムレ、痒みの予防や本人に合ったものを十分に検討している。	各自の排泄パターンを排泄チェック表から読み取り、これを参考に表情や様子を見ながら声掛けをしている。リハビリパンツ利用者が8人いるが、声掛けすることにより交換数を減らしたり自立するよう支援している。	
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	水分補給をこまめに摂り、乳酸菌なども出来るだけ取り、野菜を多く使った食事を心がけている。コントロールが必要な方には、下剤等の服用も主治医と相談し調節している。腹部や尻部のマッサージも行っている。		
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	入浴の準備は毎日行い、本人の希望を聞き、個別入浴で職員と会話を楽しんだり、歌を歌ったりしながらゆっくりと入浴されている。入浴されない日は、清拭や着替えを支援している。	入浴は毎日夕方に利用しているが、利用者の要望により入浴時刻の変更は柔軟に対応している。入浴時間は20～30分で職員1人が介助している。入浴時に悩みや昔の思い出を職員が聞くなどの工夫をして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	ベッドか畳の希望を聞き、安心できる居室作りを行い、安眠できるよう努めている。昼寝時間確保している。ターミナル時のエアーマットのレンタルも家人に依頼している。毎日の寝具の洗濯や布団干しをしている。		
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	カルテに処方薬の説明書を添付し、お薬手帳を活用し、職員全員が薬の変更なども把握できるように努めている。		
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	買物・外出・畑仕事・お地藏さんのお参りなど、それぞれの役割や楽しみ事を支援している。ご本人が本当にやりたいと思っておられる事を、普段の会話の中から表情から取り組んでいる。		
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	★年々ADLの低下が顕著。いつも同じメンバーでの外出が多いように感じられる。状態に合わせて車椅子での外出を支援している。家族との交流も兼ねて、県外の旅行も計画している。毎月の外食も計画している。	車椅子の利用者が3名いるが天気の良い日は週2回以上、買い物や近くを散歩し自然や地域の人との触れ合いを楽しみに外出している。月に1～2回全員で外食やドライブに出掛け、季節毎に花見や植物園、庭園、観光の名所などを弁当持参で遠出している。	

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
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	★もっと希望を聞いて、私物の買い物ができる機会を増やしたい(現在は特定の方に限られている)		
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	電話は希望あれば、通話できるように支援している。携帯電話を持参されている方もあり、充電切れがないように支援している。 ★季節の手紙など、少しでも書けるようなら支援していきたい。		
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	花や人形を置き、手作りののれんや古着物を座布団カバーにリメイクしたりしている。また意見箱も手作りで設置しており、明るい雰囲気になるように工夫している。垣根も圧迫感がないように、切り揃えている。	共用の場所は空調、換気、床暖房の設備が整っている。トイレは2畳の広さで車椅子の使用が可能である。和室の広間へは段差があるが手摺り風の支えをつけている。食堂兼広間には利用者の作品を飾り、窓からは小学生の遊ぶ姿、菜園と花壇が眺められる。	
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	入居者同士が自分の居室に仲間を呼んでお茶を飲んだりしてゆっくり過ごされる関係がある。ソファに座って談笑されたりしている。また、ベランダに出て、隣の小学校の体育を見物されたりして過ごしておられる。		
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	ご家族には出来る限り本人の住み慣れた(馴染みのもの)環境を再現して、安心して過ごせる居室作りに協力いただいている。 ★細部の掃除(タンスや窓際)が行えていない。	居室は6畳の洋室で、ベッド、テレビ、馴染みの箆笥などの家具があり、家族の写真を飾り家庭の雰囲気が出ている。室内の清掃は利用者と職員が毎日行い清潔に保たれている。部屋は家族も泊まれる。	
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	廊下には、手すり風の支えがあり、それを頼りに歩行されたり、トイレや和室の上り口、脱衣場や浴室内の手すりなど、安全に配慮している。入居者の目線に合わせて各居室入り口に表札をあげている。		

2 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
2	49	年々ADLの低下が顕著。いつも同じメンバーでの外出が多いように感じられる。	外出が困難な方への楽しみ方を工夫する	屋内でもできる楽しみ方、本人が楽しいと思えることを提供していく。(個別性を重視し、物づくりや、家族との時間など) 個別の楽しみの充実を増やす。(映画やコンサート)	6ヶ月
3	50	私物の買い物の機会が少ない(特定の人に限られている)	私物の買い物の機会を増やしたい。自分の財布から物を選んで買う楽しみやお金の大切さや残金の把握等)	家族にも理解いただき、預かり金の中から本人が「買いたい」と思うものを職員と一緒に買いに行ったり、行きたいところに行けるようにする。	6ヶ月
4	51	季節の手紙などを書いたりする機会が少ない	手紙を書きやすい雰囲気を作る	常には難しくても、手紙を書く支援をし、興味がある方には、季語や挨拶文などを手本として置くなどして、取り組みやすさ・気軽さの中から大事な人に手紙を書く習慣を大切にする。家族会などの招待状に一言自筆で書かれる機会も作りたい。	6ヶ月
1	54	細部の掃除(タンスや窓際)が行えていない	定期的な清潔な環境づくり	定期的に窓ふきや床拭き、タンスの裏など細部の清潔を保つ。	6ヶ月
5	33	現在は、重度化・終末期の基本方針を入居時に説明する際に口頭説明だけに留めている。	現在は、重度化・終末期の基本方針を入居時に説明する際に口頭説明だけに留めず、重要事項や約款にも記載して、方針に対しての同意書を交わすように取り組む。	27年度の介護保険改訂時に重要事項と約款を見直す際に、重度化・終末期の基本方針を記載する案件を当法人の関連施設で話し合い、取り組みたい。	24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、行を挿入して下さい。