

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

【事業所概要(事業所記六)】			
事業所番号	1670102332		
法人名	有限会社セルフケアサポート		
事業所名	グループホーム水橋の家		
所在地	富山市上桜木38番地		
自己評価作成日	平成27年3月16日	評価結果市町村受理日	平成27年6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.kaisokensaku.jp/16/index.php?action_kouhyou_detail_2014_022_kihon=true&JigvosvoCd=1670102332-00&PrefCd=16&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 富山県社会福祉協議会
所在地	富山市安住町5-21
訪問調査日	平成27年4月23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)】

個々の思いに寄り添い、安心して自分らしく暮らせる環境作りを職員全体で取り組んでいる。一人ひとりの状態や病状の情報を共有し、個々の担当職員を中心に豊かでハリのある生活となるよう支援している。年1回無記名の満足度調査を実施しサービスの質の向上に取り組んでいる。また、ご本人とご家族の良好な関係の支援に心配りをしている。

【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)】

・地域への関わりは積極的で、年始挨拶に近隣住民・地区センター・小学校等へ配っている、利用者とともに手作りした小物は、町内新年会の話題にもなるなど好評を得ている。
 ・運営推進会議は、「暮らしを考える会」への改名をはじめ、議題には「認知症」や「成年後見人制度」等、家族や地域に関心度が高いテーマを組み込み、参加者増や充実につなげている。
 ・各ユニット毎に理念の具現化に向けた目標を掲げ、また入浴や排泄時のプライバシーケア、外出支援等においても個別対応を実践し、サービス向上を目指している。
 ・担当者制をとりつつも、利用者との馴れ合いや職員への依存性を回避するため、定期的に担当者を変更し、良好な関係維持と個別ケアの充実につなげている。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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	採用時のオリエンテーションで理念と方針を説明し、年間の研修計画の議題の1つとして定期的に話し合いや確認を行っている。また、各ユニット内に掲示し意識の統一に心掛けている。	理念と方針は、法人事業拡張にともない昨年変更され、各ユニットのリビングに掲示している。また職員の名札の裏にも記載されている。定例ミーティングや朝の申し送り時には、利用者が安心して生活できる事や役割について話し合うなど振り返りを行っている。	
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	町内の各種行事や会合等に積極的に参加し、地元の保育所や小学校・ボランティア団体と交流を行っている。運営推進会議では、地域代表の方の参加により、ご意見ご要望等アドバイスを頂いている。	町内会行事(総会・地域のゴミ集め・神社の草むしり)に参加し、地元の保育所や小学校行事にも招待されるなど交流を図っている。年始挨拶は恒例となっており、近隣住民・地区センター・小学校等へ配る、手土産の小物(利用者、職員手作り)は好評を得ている。	
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	認知症介護の専門職として地域で行われる各種研修・会合へ参加し、相談窓口の一員として随時相談を受けている。		
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	奇数月の第4日曜に毎回テーマを設けて会議を進めている。改善が必要な事項は、即座に検討を行い実践し、報告を行っている。また、研修等で得た情報を報告する場となっている。	運営推進会議を一昨年「暮らしを考える会」に改名した。内容を事業所の業務の報告や相談のほか、認知症に関わる身近な話題(例：成年後見人制度について)をテーマに勉強会をするなど、興味を持っていただくことで、参加率は平均70%をしめている。報告書は利用者家族全員に送付している。	
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	包括支援センターへ諸手続きの依頼や質問を行ったり困難な事例のアドバイスを受けたたりしている。介護相談員の定期的な訪問を受け、日常の様子を伝えている。	地域包括支援センターへ困難事例の相談、申請事項の取次ぎなどアドバイスを受けている。月1回、介護相談員の訪問がある。水橋地区の事業所が枠を超えて集う「水橋福祉ネット」では、各事業所における困り事などを話し合っている。	
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	例年“身体拘束防止対策”を年間研修計画に組み入れ勉強会を行っている。また、社内の介護事故防止対策チーム(QS:クオリティシステムの一つ)の活動として全職員に向けて啓発活動を行うと共に、アクシデント、インシデント事例検討を行い、拘束しない安全対策の工夫を協議し、各施設に持ち帰り活用している。	法人の系列事業所で「QS心配ないチーム」を設け、「虐待の芽チェックリスト」を作成し、職員の自己採点に活用するなど啓発活動を行っている。玄関の開錠については、以前利用者が行方不明の事例もあり、家族の強い要望と安全重視のため、水・土14時～16時に限定している。	
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	年間研修計画に取り入れ、虐待に対する意識を高め注意を払っている。社内QS(介護事故防止対策)で取り組みを行っている。		

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
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	社内QS(研修チーム)で外部講師を招いた研修を企画、ほぼ全員の職員が学ぶことが出来た。ただ理解が不十分な職員もいる。運営推進会議では学んだ知識を報告する機会(第48回)を設けた。		
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	事前申込の段階から契約時・利用中においても家族様の不安や疑問点を傾聴し、口頭での説明や記録を用いて説明等を行っている。改定の際は文章で郵送したり、運営推進会議の際に説明する機会を設けている。		
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	家族様は入居時・面会時・ケアプランの更新時・カンファレンス・運営推進会議などに、利用者様は日々のケアの中で意見・要望をお聞きし、協議を行ったり、定例ミーティングや申し送り時に伝達している。	年1回、独自のアンケートを行っている。返信は70%だが、概ね満足の回答が返っている。意見箱には「有線をつけてほしい」など身近な声があった。また半年～1年程度で担当者の変更を行い、利用者と職員の馴れ合いや依存を防ぐようにしている。	アンケートの返信先が事業所のため、本音で答えにくいことも考えられる。法人で第三者委員を配置するなど、回答・意見しやすい環境への工夫を期待したい。
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回定例ミーティング、年2回個人面談、BOX設置等で意見・要望をキャッチする機会を設けている。内容によって、管理者を通じ管理職会場で検討、代表者のアドバイスを受け改善や実施に繋げている。	個人面談を行っている。管理者が職員の資質を見極め、世間話を交えて話したり、自己評価表を元に話したりしている。「傾聴ボックス(利用者さんの対応で困ったこと)」や「Mボックス(ミーティングで話したいこと)」を設け、職員の意見反映に役立てている。	
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	規定のシートで年2回、職員の自己評価、管理者による他己評価を施行し、その情報を参考に年に1回の表彰、賞与、昇給に反映、ライセンス取得の際、希望があれば非常勤から正規職員への移行もある。また、会社全体の職場環境づくりへの取り組みとしてFISH哲学による行動規範を提示し、職場環境づくりに努めている。		
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	入社前・後の経験や実際の力量を鑑み、段階的に業務扱いとして研修参加を勧める、グループホームに必要な不可欠なテーマ・スタッフが希望するテーマを年間研修計画に反映し実施している。		
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	グループホーム連絡協議会、地域包括支援センター、他事業所等、地域のネットワークに積極的に参加し、ケアの質の向上に取り組んでいる。		

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
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	見学・事前申込時や入居面接時に本人の思いや不安・心配を傾聴したり、家族様や利用サービスの担当者より情報を収集している。入居前の生活からホームの生活に不安なく入っていけるように個々に合った関係づくりを行っている。		
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	見学・事前申込時や入居面接時に家族様の抱える不安・心配やホームに求めること、生活の意向・要望等を傾聴している。申込から入居まで時間を要する場合も定期的に連絡を取り、相談がある時は専門職としてアドバイスも行っている。		
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	相談者の話を傾聴し、本人の状態に合ったサービスを提供したり、他事業所に相談し紹介を行ったりしている。		
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	家族様や入居前のサービス担当者から情報提供やセンター方式を記入してもらうなどし、職歴・得意不得意を参考に現在も出来ることを見極め、生活の中に役割等を作っている。また、日常の中で悩みを聞いたり、相談したりの関係性を築く努力を常に行っている。		
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	面会時に日々の様子や状態を伝えたり、体調不良などはその都度、状態の報告を行っている。本人の思いを汲み取り、外出や外泊の協力もお願いしている。		
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	家庭で使用していたもの、家族写真を持ってきて頂き、出来るだけ馴染みの物や人を感じることが出来るようにしている。入居時には、これまでの主治医や美容院の継続を確認し個々の思いを尊重している。	個別ケアを重視しつつも利用者の高齢化に伴い、具体的な馴染み支援は困難な状況である。従来からのかかりつけ医への受診時に実家に立ち寄ったり、行きつけの美容院も利用して頂いている。また利用者の趣味(手芸・詩吟)も積極的に支援している。	
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	個々の性格や生活歴等を理解し、気の合う者同士の座席作りを心掛けている。より良いコミュニケーションづくりに時には職員が介入し話題の提供等を行うなどしている。		

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	退居時には次の生活拠点へ少しでも早く馴染めるよう、これまでのケアプランや情報・ケアポイント等を提供している。退居後の様子を確認するため、面会に出かけたり家族様と連絡を取り合ったり必要に応じて相談に乗れるようにしている。		
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	日常生活の中で本人の思いを傾聴し、表情や行動などから思いを汲み取るよう努力している。また、家族様からは面会時やケアプランの更新時の際に情報を得ている。	思いを口にできる方が多く、ぬり絵や手芸、詩吟など趣味を続けている方もおれば、あくまで自分の生活ペースにこだわる方もいる。我慢して本意を隠したり、気持ちと裏腹な行動をとる方もおり、経過記録に本人が話した言葉やその背景も記録して、気持ちの把握に努めている。	
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	センター方式を活用し、入居時は勿論のこと入居後も家族様や兄弟・友人・利用前のサービス担当者より情報を収集している。それらの情報は、個別ファイルに管理し職員全体が閲覧することが出来るようになっている。		
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	個々の生活パターンやペースを理解し、日々の関わりの中で本人が出来ることの把握に努め、ケアプランに活かしている。		
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	生活のあらゆる場面から課題を見出し、本人や家族様から思いや要望を聞くなどしている。ケアプランの更新時以外も常時職員間で意見交換を行い豊かな暮らしとなるよう努めている。	介護計画は、定例ミーティングで検討するモニタリング結果を踏まえ、1人あたり利用者3人を受け持つ担当職員が素案を作り、ケアマネジャーが本作成している。見直し最長期間を6ヶ月とし、その間に症状や本人・家族の意向に変化があれば、その都度アセスメントをして現状に即す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	毎日、生活の様子・変化・食事量・水分量・排泄の有無・ケアプランの実施状況・エピソード等を記入している。不穏時や服薬の変更時には、センター方式のD-3・4を活用し状態の把握に努めている。職員全体が情報を共有出来る状態にある。		
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	本人や家族様の希望・要望は、出来る範囲で支援を行い、時々状況に応じて柔軟な対応を心掛けている。受診の際も状況に応じて代行・同行受診を行っている。		

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
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	運営推進会議に包括支援センターや町内代表の方々より意見交換や情報提供等により協力関係を結ぶことが出来ている。介護相談員の訪問やおむつ券の利用の紹介、地元保育所・小学校との交流や地域の行事の参加など積極的に利用している。		
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	入居時にかかりつけ医の希望を聞き、当施設の協力医、又は入居前のかかりつけ医を選択してもらっている。緊急時も連絡体制がとれており、往診にも来ていただける状態になっている。	主治医を、ホーム協力医にするか従来医の継続にするかは本人・家族の意向が尊重され、現在、どちらの担当医にも往診して頂いている。精神、外科等の専門診療は家族付き添いだ、事情によって職員が同行する場合もある。看護職員を主体に柔軟な対応がなされ適切な医療支援につなげている。	
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	介護職員は日々のケアで健康面・精神面（表情・歩行状態・皮膚の状態）等少しの変化でも記録に残すほか、看護職員へ連絡相談をしている。看護職員は健康管理・服薬管理をし、介護職員の情報提供も含め、状態の変化を協力医・かかりつけ医と連携し対応している。		
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。	入院時・入院中も家族様や病院担当者との情報交換を行いながら入院による認知症の著しい進行を防ぐため早期受け入れに努めている。		
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	申込みや入居時に『重度化・終末期対応指針』に基づき説明を行っている。重度化に伴いご本人やご家族の意向を聞きながら、カンファレンスを重ね担当医に相談している。職員も入居者の状態に合わせて随時カンファレンスをくり返しながら、ご本人・ご家族の思いを大切に支援を行っている。	ホームとして看取りケアにも取り組む方針であり、ホーム医と看護職員が連携し対応している。終焉直前までの支援事例もあり、本人・家族の意向を尊重しながら、ホームとしてできる事を真摯に取り組む姿勢がみられる。	
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	心肺蘇生の講習を定期的に受け、緊急時に備えるための努力をしている。講習時には誤嚥や裂傷・やけど等の応急手当も学んでいる。		
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	年2回の避難訓練と1回の災害訓練を行っている。町内へは運営推進会議で協力を仰ぎ、地元企業へ火災時の協力もお願いしている。町内へ向かって火災災害時も警報を設置している。	年2回ホーム独自の避難訓練を行い、所轄消防署に届け出ており、3年毎に消防署立ち会い訓練も実施している。また別途、地震想定災害訓練も毎年実施している。運営推進会議と兼ねる予定もあり、避難場所として近郊の公民館使用の許可も得ている。救急救命講習の受講や食料の備蓄品、非常持出袋やランタン等の防災品整備も順次進めている。	

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
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	日常生活の全ての場面で需要・傾聴・共感の姿勢に留意し、場面場面で個人の意思を確認し、無理強いをしない思いに添ったケアに努めている。	利用者個々としての関わりと共同生活の一人としての関わりの両方で、その場その時の症状や自尊心や羞恥心を損ねない対応に取り組んでおり、職員が自分自身の対応をチェックする機会も毎年設けている。広報等の写真掲載は事前承諾をとり、要望に応じ後姿やぼかしを施している。	
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	個々の思いを傾聴し、その時々々の体調や気分も加味し尊重している。意思疎通の困難な場合は表情や仕草から思いを汲み取ったり、選択出来る言葉掛けを行っている。		
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	個々の生活を尊重し、自分のペースで過ごせるよう配慮している。また体調に考慮しながら好きなこと・やりたいことが出来るよう支援している。		
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	本人のスタイルを尊重している。自己決定の出来ない方は、ご家族に好みを聞きながら職員と共に考え選ぶことが出来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	体調等を考慮しながら、その日毎に役割を決め作業を提供している。好みや体調に合わせた料理の提供に心掛けている。	栄養管理の献立食材が業者から届き、利用者も仕込みや盛付け等を手伝いながら、調理している。発注も自家菜園の収穫物や個別の嗜好に応じて調節し、食札を用いてアレルギーや形状・量の個別管理もなされている。	
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	外部の管理栄養士により献立を使用し、事前にご本人やご家族に習慣や好みを聞き、その時々々の体調面や身体面に合った食事量を提供している。また食事量や水分量・体調などを個人記録に記載している。		
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、個々の状態に合わせて誘導や介助を行っている。就寝前には義歯を使用している方の消毒・洗浄を行っている。しかし認知症の進行により口腔ケアを拒む利用者もいる。		

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	排泄チェック表で個々の排泄パターンを知り個々の状態に合わせて誘導や言葉掛けを行っている。	排泄チェックで、個々の生活習慣の把握とともに食物選択や食べ方、散歩や体操、介護用品の活用などの工夫や支援をしている。介助される事を嫌がる方もおり、失敗された場合のフォローを含め、自立排泄をする気持ちを損ねないケアに努めている。	
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	軽運動や水分摂取・乳製品の摂取など便秘予防に心掛けている。その他、食事の際にゆっくり食べてもらえるように言葉を掛けたり排便時には姿勢の工夫や必要に応じて腹部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	基本的には最低週2回の入浴日を設定しているが、毎日入浴可能としており、本人の希望や体調に合わせて入浴日の変更やシャワー浴・清拭等も行っている。	日曜以外の午後が入浴時間帯で、予め入浴予定者を決めてはいるが変更の要望にも応えている。利用者は個別のかごに着替えを入れて浴室に行き、中には自分専用の石鹸や洗髪剤を入れて行く方がある。入浴を拒む方もおり、無理強いを避けながらお誘いしている。様々な入浴剤や柚子・檸檬湯等の工夫もある。	
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	昼食後には休憩時間を設け、就寝時間は21時を目安にしているが、ご本人の居室等で自由な時間を過ごしてもらっている。また、季節や日々の天候に合わせて温度・湿度・採光の管理も行っている。		
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	個別の服薬ファイルを作成し、職員全員が確認できる場所に保管している。服薬変更時はセンター方式D-3・4シートを利用し変化について全員で記録を付けている。		
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	生活習慣や趣味を考慮し作業の分担を行ったり、作業の終了時は感謝の言葉を伝えている。余暇時間は個々の楽しみや趣味的活動(歌・読書・手芸・塗り絵・パズル・DVD観賞等)を支援している。		
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	体調や天候に合わせて、散歩やドライブに出かけている。また行事企画時に希望を質問したり、日常の会話から聞かれる希望を取り入れたりしている。個別に対応するため、ショッピング会を企画したり、ご家族に協力をお願いしている。	日頃から散歩も含め、外食や個別外出などで戸外に出向く機会を意識しており、内容によっては、あまり外に出たがらない方にも働きかけている。皆で日用品を買うショッピング会や家族も募って繰り出すバスハイク(遠足)の企画もある。花見や紅葉狩りをはじめ、季節変わりごとに個別や少人数で出かけるよう工夫している。	

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	認知症の進行により、お金を所持しない利用者が増えているが、ショッピング会を企画しご家族了承の下、買物に出かけている。お金を所持している利用者もおられ日用品・嗜好品と一緒に買い物へ出掛けたり、依頼品の代行購入後の支払いをしてもらっている。		
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	個々に合わせて出来る限り対応している。贈り物があつた時には、電話をしたりお礼状を書いたりしている。		
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	リビングの壁画制作では季節をモチーフに入居者と共に行っている。リビングの一角に台所があり調理の音やにおいがリビングに漂う。	リビングは行事をするのに十分な広さがあり、掛け軸をかけたの法話会や元寿司職人による握り寿司披露は恒例行事になっている。リビングには一畳分の小上がリスペースや椅子、玄関にもベンチを置き、好きな場所で腰を降ろせる場所を多く設けている。2階ベランダの畳敷き茶室からは立山連峰や田園を眺望できる。	
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	ベランダ・茶室・玄関先・畑等に長椅子を設置したり、リビングには畳や1人がけのイスを置き、気の合う仲間や1人の時間を過ごせるようになっている。またリビングの座席も利用者の思いを考慮したものになっている。		
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、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居前に慣れ親しんだ家具や小物・寝具で安心した空間作りが出来るようご家族に依頼している。	居室は全室洋室で、ベッド、クローゼット、物干しアングルの備付けの他に、本人・家族が準備する扉前の防煙暖簾は居室の目印とプライバシー確保になっている。日中を趣味の手芸やテレビ鑑賞、仲の良い方と過ごすなどして居室で過ごされる方も多く、ご自分で清掃管理されている方もいる。	
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	場所が分かりやすいように「便所」「浴室」等の貼り紙をし、居室前の表札は個々の好みの色や見やすい文字にしている。台所シンクや洗面台は高齢者に合わせた高さになっている。		

目標達成計画

作成日: 平成 27年 6月 12日

【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	23	○思いや意向の把握・・・個々の思いを汲み取る努力をしているが、思いを上手く伝えることが出来ない入居者は十分とはいえない。また何気ない日常の変化も記録しているが職員全員で共有出来ていないところがある。	入居者一人ひとりの思いや暮らしの希望などを捉え、情報を共有することが出来る。	・“気づきメモ”を作成し、1回／月それを基に意見交換する。 ・把握しきれない思いはひもときシートを活用する。	12ヶ月
2	54	○居心地よく過ごせる居室の配慮・・・入居者一人ひとりにとっての寛げる空間づくりへの関心が薄い。	安心した暮らしを継続するために寛げる空間づくりをする。	・居室内をその方らしい空間づくりに、ご家族にも協力を得て入居者と共に行う。	12ヶ月
3	10	○運営に関する利用者・家族等意見の反映・・・満足度調査を年に1度行っているが、本音を言えないご家族もいらっしゃる。	調査結果の活用が入居者、ご家族の満足度UPにつなげることができる。	・面会やケアプランの更新時・運営推進会議・月に1度の手紙など、近況を伝える機会を活用し、職員がより身近に存在する関係づくりを行っていく。 ・社内QSチームに、満足度調査の方法について具体的な提案を行う。	12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。