

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	1690700057		
法人名	特定非営利活動法人木こち		
事業所名	グループホーム木こち		
所在地	富山県黒部市立野129-1		
自己評価作成日	平成28年9月26日	評価結果市町村受理日	平成28年11月25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	一般社団法人 富山県介護福祉士会		
所在地	939-8084 富山県富山市西中野町1-1-18 オフィス西中野ビル1階		
訪問調査日	平成28年10月4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)】

バリデーションにおける基本的態度などを取り入れ、誠実な対応を心がけている。”嘘をつかないこと”は当ホームの継続した姿勢であり、加えて子供扱いしない等の姿勢も掲げて支援している。また入居者の希望を取り入れ、毎日楽しく生きがいをもって生活できるように配慮している(食事や外出等)。職員は3つの生活向上委員のうちのいずれかに所属し、職員一人一人の意見が反映できる職場作りを目指している。地域交流として、当該地区の環境整備活動や祭礼行事に参加している。また、当ホームが企画しているふれあい祭りに地区住民の皆様に参加してもらっている。認知症に関する啓蒙普及活動も実施している。<「認知症の理解と対応」「認知症予防教室(脳トレーニング)」など>

【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)】

事業所はログハウス工法と吹き抜け構造で、明るく開放的な木のぬくもりが感じられる。理念「人と人との優しいつながり」を掲げ、バリデーションにおける基本的態度とコミュニケーション方法を活用し、利用者の話を傾聴し寄り添い利用者主体のサービス提供が実践されている。利用者が生活に楽しみや生きがいを感じられるよう、毎週木曜日を「外出の日」と定め利用者の希望に沿った外出に力を入れ、家族・友人等との関係継続を支援し、年4回の家族会や気楽にホームに来所できるよう職員が馴染みの関係になるよう努めている。介護の基本である介護計画は詳細に記録している支援経過を活用し、毎月のカンファレンスで検討し利用者の思い・意向を反映した計画作成に努めている。職員は生活向上委員会の3つの委員会に所属し、職員の主体性を引き出し職員の意見を反映したホーム作りを努めている。また、認知症の理解・予防を地域の方々に知っていただくよう認知症の啓蒙活動が行われている。

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	ミーティングやカンファレンスなどを通して基本理念を折につけ確認している。職員も利用者もさん付けで呼びあい、上下の差を作らないように区別(差別)が生まれないように留意している。	職員の意見を取り入れた理念「人と人の優しいつながり」を掲げ、事業所内数か所に掲示してホームに関わる方々と共有を図っている。職員は日頃より理念に沿ったサービス内容を確認しながら、利用者主体のサービス提供につなげている。	
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	地域の祭礼や清掃奉仕活動に参加したり、当事業所主催のふれあい祭り(1回/年)に地域住民に参加してもらったりしている。晴天時、ホーム周辺の散歩を行なうことで、近隣の人と言葉を交わす機会にもなっている。	町内会に加入し、地域やホーム行事で相互交流が行われている。地域の小学生との交流や地域ボランティアの受け入れが行われている。また、「認知症カフェ」開催や講師派遣など、認知症の理解・予防の啓蒙活動を行い地域貢献に努めている。	
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	黒部市からの委託を受け、認知症カフェを実施した。その一環として、認知症ケア研修会を開催したり、老人クラブからの依頼を受け、認知症予防研修会(脳トレーニング)を行なった。		
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	当ホームの状況や苦情や要望、事故、地域との連携などを、議題としてあげ、参加者と対策を含め協議している。	会議は2ヶ月ごとに開催し、運営状況や活動内容・事故報告書・ヒヤリハットの報告をし活発な意見交換が行われている。委員の提案で、ホーム「ふれあい祭り」の際に地域公民館の備品(テーブル・椅子など)を貸し出している。家族には順番に出席していただき、家族の忌憚のない意見の把握に努めている。	
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	運営推進会議に市福祉課職員にも参加してもらい、当ホームの状況等を伝え、協議している。今年度、市から事故報告の事項を議題にあげるよう指示があり、それに対応している。	市担当者は運営推進会議に出席しホームの実情や活動内容を知っており、いつでも相談・助言をいただく関係を築いている。また、地域の認知症の理解・予防の啓蒙活動で連携を図っている。	
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	身体拘束につながる行為は行なわないことを職員ミーティングで折につけ話している。日中、玄関、リビングを施錠しないことに職員間で一致している。しかし、職員不足時間帯に、無断外出が多い時は理由等を記する書面にて届けるようにしている。	職員はミーティングで身体拘束のリスク・具体的内容の理解を深め、身体拘束をしないケアが実践されている。家族会等で無断外出のリスクについて説明し、職員が手薄の時に短時間玄関を施錠することの理解を得ている。	
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されることがないように注意を払い、防止に努めている	具体的な虐待行為をホーム内に掲げ、折につけ、あってはならないことを職員間で確認している。マナー・虐待防止委員会をもうけ、身体的虐待・心理的虐待(言語的)にも留意するようになっている。		

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	現在、成年後見制度や日常生活自立支援事業を必要とする利用者はおらず、それらに関する研修は受けていない。しかし、職員の中に成年後見制度の研修を受けているものがあるので、必要であればすぐに対応できる。		
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、重要事項説明書とともに説明し、同意を得ている。改定(介護報酬の改正や加算の変更等)がある時は、家族会で説明し、同意を得ている(同意書をもらう)。		
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	家族会を定期的(年4回)に開催し、意見や要望等を気軽に話せる機会としている。また、運営推進会議には家族が交代で出席し、外部にも意見を発信していることを確認してもらっている。	ホーム広報誌送付や家族会での親子食事会・行事参加で、家族にホームの生活ぶりを知っていただいている。運営推進会議や家族会での意見交換・面会時のコミュニケーションから意見・要望・提案を聞き取り、職員全員で共有を図り運営やサービスに反映している。	
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	毎朝の送り・月1回のミーティング時に意見や要望を聞いている。また、少人数単位の3つの生活向上員会に職員は必ず所属し、意見、提案を出しやすいようにしている。	職員は申し送りやミーティング・3つの生活向上委員会活動で、意見・提案を言う機会を持っている。代表者・主任は日頃から職員と積極的にコミュニケーションを図り意見・要望を聞き取り、委員会活動で職員の主体性を引き出し、職員の意見を反映したホーム作りに努めている。	
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	管理者(理事長)・主任・ケアマネージャーが個人の努力・実績・勤務態度を常に共有している。ボランティア残業ではなく超過勤務手当を与えるように留意している。		
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	外部研修には業務の一環として参加している。また、内部研修も業務の一環として時々開催し、全員が受けれるように配慮している。今年度、新卒者(高卒)にたいして、初任者研修を受けさせている(施設が受講料を全額負担)。		
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	当ホームは県グループホーム連絡協議会に加入すると共に管理者は研修委員となっている。グループホーム協議会主催の研修への参加の機会を多く持つようし、情報交換の場としている。		

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	入居前に本人と面談し言葉のかけ方・表情・接し方等に留意しながら、思いや希望、不安なこと等を把握するように努めている。又、本人ゆかりの物を持ち込めることも伝えている。		
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	事前訪問で、当ホームのサービスを説明するだけでなく、家族の本人への思いや介護への要望を聞いている。事前に、ホームの見学をしてもらい、生活必需品のイメージを持ってもらう等、生活に対する不安を取り除けるように努めている。		
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	本人の状態や家族の状況、環境等を十分に聞くとともに、当事業所のできることを説明している。まずは、医療の継続的な提供であり、これまでの主治医を継続するのか、当ホームの協力医に依頼するのかを確認する。		
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	食事配膳・片づけ、洗濯物干し・たたみ、野菜収穫等生活の場面ごとにできる人に実施してもらう。又、買物に同行してもらい購入品を選定してもらったり、回覧板を持っていくなど近所との関係作りにも参加してもらっている。		
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、本人の状態やホームの現状等を伝えている。又、家での状況や生活史を時々尋ね、ケアの参考にしている。又、タンス整理、衣類の入替え、通院、入浴援助(声掛け、見守り)等の協力を依頼している。		
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	盆・正月など日帰り、宿泊を含め、積極的に帰宅してもらっている(親類が自宅に来訪した時等も)。友人や趣味サークルの仲間から食事会に招待された利用者もいる(外出時に留意点を伝えている)。	自宅への外出泊・買い物・外食などで、家族の協力を得ている。家族・友人等の面会時にはゆっくり過ごせるよう配慮し、家族が県外在住者の場合は、家族の了解を得て自宅へ出向き近隣の方々と挨拶を交わし衣類などを取りに行っている。また、職員は家族・友人が気楽に来所できるよう、積極的にコミュニケーションを図り馴染みの関係作りにも努めている。	
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	ソファに座っている人、食堂座席に座っている人同士が仲良く過ごせるように配慮している。時々、グループ・バリエーションを実施して関係性の構築の場としている。		

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	長期入院となり退所した利用者及び家族に対してはいつでも相談にのれることを伝えている(気軽に電話や訪問してほしいと伝える)。		
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	各々の訴えに耳を傾け、行動を観察し、たとえ一般常識との間にずれがあっても、可能なかぎり、本人の意向を尊重するように努めている。入浴を好まないのであれば無理強せず、好みのやり方で入浴してもらっている。	利用前に利用者・家族と面談して、ホーム生活の希望や意見を聞き取り、日々記録している利用者の言動・暮らしぶりをアセスメントシートに整理し、思い・意向の把握に努めている。また、職員はバリテーション(コミュニケーションを行う方法)を活用し、利用者の話を傾聴し思いに寄り添っている。	
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	入居時に生活歴や望む暮らしを本人、家族から聴取している。各担当者が作成した自分史を各利用者の誕生会に皆の前で発表している(随時、見直している)。		
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	毎日、看護師がバイタルサイン、排泄・睡眠状況を把握し、その日その日の状態に合わせたケアや活動のあり方を決めている。今年度から看護日誌に記録している。		
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	各担当者は入居者一人ひとりの課題とケアのあり方の分析に努めているが、毎日の送り時、看護師を含めたスタッフ間で随時検討している。又、月1回のカンファレンスでケアプランの検討とケア方針の統一化を図っている。	介護計画内容に沿ったサービス状況を支援経過表(言葉、言ったこと・観察したこと、思ったこと・実施記録の様式)に記録し、毎月のカンファレンスで計画内容の達成状況や職員の気づき・生活状況を話し合い、計画の見直しに反映している。見直し時期(定期6ヶ月・心身変化時随時)には、家族から聞き取った要望・意見を反映した計画が作成されている。	計画の見直し時期について、詳細に記録している支援経過やカンファレンスの内容を反映し、現状に即したものとなるよう期待したい。
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	利用者一人ひとりの言動や身体状況とケア内容、スタッフの気づき等を記録し、情報を共有している。又、留意点やケアの変更点を記載する連絡帳を設置している。それをケアプランの見直しにも生かしている。		
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	利用者一人ひとりの希望や状況に合わせるようにしている。突発的な病気やケガに柔軟に対応したり(職員による付添い)、自宅付近の知り合いの葬儀に対応したりしている(香典届け)。		

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	地区行事(祭礼、奉仕活動)に利用者、職員を含めて参加している。小学校(Vo受入れ)駐在所(捜索)、消防署(避難訓練)等と随時、連携している。民生委員、老人会(会長)には運勢推進会議に参加してもらっている。		
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	希望されるかかりつけ医に受診することを基本としているが、現在、本人・家族の希望にて全利用者が協力医の往診を受けている。他科の受診が必要な場合は本人・家族の意向を確認してから実施する。	協力医の情報を提供し、利用者・家族が希望するかかりつけ医を選択していただいている。協力医とは月1回の往診・24時間連絡体制を築いている。家族が受診付き添いする場合は、書面(ホーム看護師が作成)で情報提供し適切な医療が受けられるよう支援している。	
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	毎朝の申し込みに看護師が参加し入居者の状況を伝えている。又、協力医や薬剤師に看護師を通して相談し指示を受けている。看護師は夜間オンコール体制で待機している。		
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。	利用者の入院時は必ず本人と面会し顔を見て声をかける。その際、看護師から病状を確認している。又、必要に応じて医療連携室や家族と連携しながら退院に向けた取り組みを考慮している(リハビリ等)。		
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	入所契約時にホームでの重度化や終末期の対応について支援体制の限界を示している。重度化した場合は家族と話し合い、本人にとってベストな居場所を選択する為の検討を行なっている。	契約時に重度化・終末期(基本看取りケアは行わない)の事業所方針を説明し、利用者・家族の理解を得ている。重度化した場合はかかりつけ医・家族と話し合いを行い、利用者・家族の意向に沿えるよう努めている。	
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	緊急時の対応をマニュアル化している。新規採用職員には初任時研修の時に確認している。他職員にはミーティング時などで、随時確認している。		
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	災害時の緊急連絡網、災害時のマニュアルを作成するとともに消防署の協力のもと年2回避難訓練を実施している。地域の防災訓練にも参加し、その都度、災害時の協力を依頼している。	年2回消防署の協力を得て、利用者と一緒に火災訓練を実施している。地域の防災訓練参加や災害時の避難受け入れ所に近隣特別養護老人ホームと連携を図っている。運営推進会議で、地域協力体制について話し合いが行われている。	火災訓練の日程を町内回覧版等で知らせ避難状況を見ていただくなど、協力体制構築に向けた取り組みに期待したい。

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	日々の関わりの中で常に尊敬の念を持ち、言葉遣いや口調に配慮し、特に排泄の有無を訪ねる際は、声のトーンを抑えている。チェック表や記録などの名前はイニシャルを使い、記録文書など放置しない。	ホームの「マナー・節約・虐待防止委員会」が中心になって、研修会を通じて人格を尊重しプライバシーを確保した接遇方法・言葉かけの具体的なケア内容の徹底を図っている。特に、排泄や入浴時には留意したケアが実践されている。	
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	常に傾聴する姿勢で、相手に合わせた対応を心掛けている。物事が複数ある場合は必ず自己決定して頂く様に配慮し、表せない利用者には、表情や仕草などから思いを汲み取り、把握出来る様に努力している。		
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	基本的な一日の流れはあるが、一人一人のペースや体調に合わせ、どのように過ごしたいか、楽しんでもらえるかなど、本人の希望に沿って自由に過ごせ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	定期的に訪問理美容師・訪問エステティシャンに来てもらい身だしなみがきちんとできるよう支援しています。お化粧やおしゃれをし外出するなどの機会を設けています。		
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	利用者と職員と一緒に会話しながら食事を行うことで、楽しみにつながる食事になるようにしている。その人の力に応じ、出来ることをして頂き職員と一緒に準備や片づけをして頂いている。	業者に献立と食材を依頼し、現場で利用者の出来る調理の下準備や後片付けを一緒に行い、職員と食卓を囲み会話を楽しみながら食事をしている。利用者の希望を取り入れた食事や摂食状況に合わせた食事形態・季節の手作りおやつ・廻る寿司・ファミレスでの外食など、食事が楽しみになるよう工夫している。	
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	食材宅配業者を利用し栄養士の献立作りになっている。食べやすい形態で個別対応し食事摂取量を記録している。水分の取りにくい方には、ジュース・ゼリーなどを提供し水分摂取量を把握できるようにしている。		
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	毎日、嚥下予防のため口腔体操を行い、毎食後の口腔ケアは、個々の能力に合わせ、声掛け、見守り、介助を行っている。義歯の定期的な洗浄等配慮している。		

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
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	一人ひとりの力や排泄パターンに応じ、声かけや誘導を行っている。尿意のない方には表情や仕草などから排泄の意向を読み取りトイレ誘導を行っている。	24時間対応排泄チェック表や排泄時の仕草・表情を活用し、時間ごとのトイレ誘導や声かけを行いトイレでの排泄を支援している。自分でトイレに通う方の排泄状況の把握に努め、本人に排泄状況の確認やトイレ使用直後の匂いなどの確認が行われている。	
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	天気の日には出来るだけ散歩をする様にしたり、毎日、体操を実施し、月2回の体操講師の指導も受けている。排便状態を記録し、下剤の使用については看護師の指示を受けている。		
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ず、個々にそった支援をしている	本人の希望や入浴拒否の意向を伺い、その時の状態に応じて入浴して頂き、個々にあった入浴介助や支援を行っている。入浴を拒む方については、時間をずらしたり、職員が連携し声掛けの工夫をし支援している。	利用者の希望や体調に合わせ、最低週2回を目安に職員と1対1で利用者のペースでゆっくりと入浴している。老人福祉センターや銭湯・宇奈月温泉「とちの湯」での入浴・米のとぎ汁(保湿効果がある)や季節の入浴剤の使用など、入浴が楽しみになるよう工夫している。	
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	日中は、個々の居室や共有スペースのソファで自由に休息を取って頂き、夜間は、居室の室温や入眠状況の確認を行い、安心して眠れるよう支援している。		
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	個別ファイルにして、いつでも見れる状態にしてあり、その人の力に応じた服薬支援を行っている。変更時は看護師より指示があり、連絡ノートを活用しスタッフ間で申し送り、互いに周知出来る様にしている。		
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	一人ひとりが張り合いや喜びのある日々を過ごせるよう、役割を持てるよう努めている。個々の希望に沿った気分転換にも対応できるよう支援している。		
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	日常的に行っている買い物以外に、普段行けない場所に週一回出かけるようにしている。又、畑作業や花の水やりなど、戸外へ出るような機会を設けています。	年間行事計画を作成し、季節ごとの花見や地域行事の見学・外食・ドライブ・日常的に天気の良い日の散歩・買い物などで外出している。毎週木曜日を「外出の日」と決め、利用者の楽しみを増やそうと外出の機会を多く持っている。	

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
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	金銭管理のできない方で、手持ちがないと不安に感じる場合には、家族と相談のうえで少額の現金を持って頂くことで、お金がある安心感や満足感になり、本人の金銭管理の支援に取り組んでいる。		
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	携帯電話を持って連絡を取っている利用者もおられる。他の方も希望があれば対応している。年賀状などご本人の思いに寄り添いながら声掛けや、代筆も含めた支援を行っている。		
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	ログハウス工法と吹き抜け構造で、木のぬくもりや風光を十分に取り入れられるようにしてある。又、リビングからウッドデッキへ自由に出入りが出来、四季の花や野菜などを楽しめる環境を大切にしている。玄関・ホールは季節を感じられる飾り付けを工夫している。	ホームはログハウス工法と吹き抜け構造で、共有空間には薪ストーブが設置され、明るく開放的で木目模様に囲まれ木のぬくもりが感じられる。利用者が思い思いに過ごせるよう、出入り自由なウッドデッキやソファ・椅子が適所に配置されている。	
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	ソファを置いて気の合った利用者同士で座れる場所を作って、おしゃべりを楽しんでいる。利用者の中には、居室に招き入れられ、居室で談笑される方もおられる。		
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	居室には使い慣れた馴染みの物を置いたり家族写真などを飾って頂いている。畳の生活に慣れている人はそれに近い状態を作り、居心地よく過ごせるよう工夫している。	自宅からの持ち込みは自由で、使い慣れた家具や家族写真・好みの装飾品が持ち込まれている。居室前に表札を掲げ、利用者の希望でフローリングに畳を敷いたり、移動状況や使いやすさでベッド・家具を配置するなど、居心地良く過ごせるよう工夫している。	
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	一人で安全で移動できるようにバリアフリーにし、廊下・トイレ・浴室・階段に手すりを設置する。居室にはネームプレートをつけたり、トイレや浴室などに表示し、わかりやすくなるように工夫している。		

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	毎月1回、ケアカンファレンスを実施し、利用者毎に介護や医療について見直しているが、ケア計画書に基づいた見直し(モニタリング)は6か月～1年単位でしか行なっていない。	ケア計画書に基づいた見直し(モニタリング)を定期的実施し、利用者の状態が維持向上できるように努める。	ケアカンファレンス等を利用して毎月モニタリングを実施する(ケアカンファレンスにはほぼ全職員が参加している)。	3ヶ月
2	35	現在、年2回避難訓練を実施しているが、外部(地域住民等)からの参加(見学等)は無く、内部職員だけで実施している。	避難訓練に地域住民にも参加してもらうことで安全でスムーズな避難ができるようになる。	当ホームの避難訓練に地域住民の代表に来てもらい、まず、どのような状況で実施しているか確認してもらう。	6ヶ月
3	38	本人の希望に沿った支援をしているつもりであるが、職員の動きが業務中心で動いている時間もあり、寂しさや、孤独感が生まれている可能性がある。	さびしさや孤独感をもたれず、楽しみや生きがいを持ってもらえるように支援する。	職員はいつも、利用者の中に座り、会話をしたり、他利用者との橋渡しとなったりして、日々充実感を持ってもらえるようにする。	6ヶ月
4					
5					

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。