

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	1691700098		
法人名	有限会社北陸ケアサービス		
事業所名	グループホーム春日の郷		
所在地	下新川郡入善町春日450-2		
自己評価作成日	平成29年2月7日	評価結果市町村受理日	平成29年4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	http://www.kaijokensaku.jp/16/index.php?action=kouhyou_detail_2016_022_kani=true&JivogyoCd=1691700098-00&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	富山県富山市安住町5番21号		
訪問調査日	平成29年2月21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)】

・日当たり良好なリビングルームからは田園風景や朝日岳、近隣地域の日常を見ることが出来る。
 ・隣接するデイサービスへの出入りが自由であり、交流できる。デイサービスで過ごしたり、レクリエーションや行事、外出等の活動に参加が可能(年中行事やボランティアの慰問、外出等を一緒に実施)
 ・浴室は3種類①ひのき風呂(一人浴)②特浴(座位で浴槽に浸かれる介護浴槽)③一般浴槽(一人浴)、身体状態や体調・要望等により、一人ひとりの状態に合わせてお風呂を選択し利用できる。
 ・各種軽体操、なつかしの歌や唱歌を取り入れた体操、遊びのリハビリテーション、参加型紙芝居等を実施し、適度に気分転換を図り、楽しみのある生活を送れるように支援している。

【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)】

スタッフは笑顔を絶やさず利用者に寄り添い、一人ひとりの自立した生活を支援している様子が見える。リビングルームにはテーブルだけでなく窓際にカウンターが設置しており、開放的な空間で利用者が思いおもいに一人の時間を楽しめたり、家族とのプライベートな時間を過ごせるなどの配慮がされている。備え付けの椅子の高さは基準が38cmのほか何種類かの物を用意して、立ち上がり等への配慮がされている。食事は外部への委託ではあるが、スタッフ間で試食検討を行い業者を変更する等、よりよい物への追求が行われている。利用者の地域との繋がりを続けるために、併設デイサービスと一緒に地域自治会との交流など連携を深める努力を日ごろから行っている。

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) ○	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) ○
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) ○	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) ○
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) ○	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) ○
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) ○	66	職員は、生き活きと働いている (参考項目:11,12) ○
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) ○	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 ○
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) ○	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 ○
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) ○		

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
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	玄関と事務所に理念を掲げている。職員間で理念の共有を図り、実践できるように努めている。	法人理念は玄関と事務所に、事業所としての目標は事務所に掲げている。管理者やスタッフは内容やその重要性について十分理解されているとは言い難い。	法人理念はしっかりと定められているが、今後それを基にして、地域密着型独自の事業所理念の作成をスタッフ全体で検討するなどして重要性の認識に努めてほしい。
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	①住民運動会の見学、地域の納涼祭見学、地域の保育園児の訪問、地域のボランティアの訪問等で地域の住民と定期的に交流の機会を得ている。また地域の方々にボランティアとして行事に参加していただくこともある。②定期的に広報誌を回覧板にて閲覧していただいている。③地域の主婦等を短時間で雇用しており、地域の情報等を随時入居者さんに伝えていただいている。	利用者のほとんどが、春日・田ノ又・横山地区など地元校下の方々と頻繁な交流が行われている。運営推進会議で話題になった4年に一度の地区祭りに参加したり、顔なじみの地区住民の訪問や併設デイサービスとの相互訪問によって地域とのかかわりが継続されている。	
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	地元の春日(横山)地区の住民に気軽に立ち寄っていただく場として、また、非常時には避難場所として利用できることを伝えている。運営推進会議や各種行事等の機会を利用して入居者さんの様子を伝えたり、認知症に対する理解を深められるようにミニ講義等を行っている。		
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	定期的な開催を今後も継続していきたい。会議の資料として普段の取り組みや地域との交流・行事等の写真を使用して分かりやすく説明している。また、認知症や介護保険制度等について簡単なレクチャーを随時行っている。	前年度より改善され、3か月に一度ではあるが開催されている。地域の方を中心として広く外部の人が参加しているが、地域包括支援センターの出席が見られない。	外部への情報発信や他者からの提案を聞く機会としての重要な場であることを考えた場合、2か月に一度の定期開催ができるように努めてほしい。
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取り組んでいる	運営推進会議の定期開催等で事業所の実情や取り組みを随時伝えており、市町村担当者と連携を図り、協力関係を築いている。	運営推進会議には行政の担当者が参加し、定期の情報交換を行っている。成年後見制度を利用している利用者もいるが、生活の支援という観点からの町との情報交換がなされていない。	現在も市町村主催の研修会に数多く参加されているが、その活用方法や意義を理解するなど、行政との情報交換を中身の濃いものにするような検討をされることに期待したい。
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	状況に応じて(徘徊が頻回な時、時間帯により職員の目が行き届かない時等)玄関の施錠を行うことはある。また、安全上やむを得ず拘束の必要がある場合は、家族の承諾書をいただき、同意を得て行うことがある。随時、拘束の必要性については検討し、可能な限り、拘束をしないケアに取り組んでいる。	身体拘束しないことの重要性をスタッフは理解し、平素から適切なケアにあたるための意見交換やミーティングを行い、利用者の生活を支えている。	
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	管理者、介護長、看護師を始めとして全職員は常々、事業所内での虐待の防止に努めている。今後も継続的に施設内研修等で職員間での徹底と理解を深めていきたいと考えている。		

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
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、成年後見制度を利用している入居者が2名いる。今後も継続的に施設内研修等を実施して関連制度について職員間の理解を深めていきたいと考えている。		
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	契約前と契約時に十分な説明を行い、理解していただけるように努めている。契約後も質問等があればその都度、速やかに回答・対応できるように努めている。		
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	運営推進会議には、家族会代表に出席を依頼している。要望や疑問点等は主にご家族の訪問・来所時に随時確認し、速やかに対応できるように努めている。	ほとんどがご近所の方々の利用で、家族の訪問は頻繁である。その際にそれぞれの担当者が詳しく話を伺い、ケアの改善に努めている。遠方に住むご家族には最低でも月に一度、本人の日ごろの状況をスナップ写真と共に郵送している。	
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	代表者(センター長)は定期的に全体会議を開催して職員の意見や提案を聞く機会を設けている。管理者、介護長は、各会議やミニ会議、日常の会話の中で意見や提案を運営・業務等に反映させるように努めている。	管理者は職員の処遇に関することや不平不満をミニ会議、業務中の様子や状況から把握するように努めている。経営者がこまめに施設訪問され、すぐ解決できないことは管理者が経営者に報告連絡相談ができるようになっている。	
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	代表者(センター長)は個人の努力、実績、勤務態度、事情等に応じて定期昇給・処遇改善加算の支給、勤務時間の変更等、労働条件の改善に努めている。全体会議や個人面接等で職員との意見交換・提案の機会を設けている。		
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	代表者、管理者は外部研修の機会の確保に努めている。基本的には経験年数やキャリアに応じた研修に参加できるようにしている。施設内研修も定期的実施している。		
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	現在、認知症グループホーム連絡協議会に加入している。当該協議会や新川地域介護保険組合主催の交流会や研修会等で他事業所との交流・情報交換の機会がある。		

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
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	入居申込時、初回アセスメント時、入居前訪問時等、声をかけ、傾聴に努め、不安を軽減し、安心して利用していただけるように配慮している。要望や不安等があれば速やかな対応ができるように努めている。		
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	入居申込時、面接時、契約時等、その都度、不安に思っておられること、疑問に思っておられること、要望等に耳を傾け、適切に速やかにお答え・対応す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	自己評価15、16同様、得た情報・アセスメントをもとに、必要なサービスを提供できるように努めている。また、他サービスの情報を提供したりする等の対応をしている。		
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	ちょっとしたお手伝いや片付け、テーブル拭き、洗濯物たたみ等、生活の場面ごとに、できること、これまでしてきたことは継続していただき、充実感や必要とされる存在であること、暮らしを共にしていることを感じていただけるように努めている。		
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	受診や外出等は基本にご家族に付き添っていただいている。来所時にご本人の様子を伝え、ご家族の要望を随時きいている。また、季節の行事(演奏会、納涼祭、クリスマス食事会等)は、ご家族にも参加を呼びかけている。毎月一回、家族へ最近の様子・写真等を添えて渡している。		
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	お友達や地域の方々、併設のデイサービス利用者さんが時々訪問される。また、日帰り・外泊等の外出や医療機関受診等は基本にご家族が付き添われているが、外出時には外食したり、馴染みの場所に連れていっていただいたりして関係・思いを大切にしている。ご家族ができない場合はこちらで外出支援等を行っている。	併設デイサービスの利用者が顔なじみで交流が継続されている。「家の畑が気になる」と言う方と一緒に畑に行き手入れを行い、収穫した野菜を持って墓参りに行くなど、思い出の場所、人との継続に努めている。	
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	日常会話、グループで行う軽体操・軽作業・音楽活動等を通してお互い交流し、気分転換したり、楽しみのある生活を送れるように支援している。リビングで過ごす際の座席、テーブルの位置は相性や関係性で適宜変更している。		

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	長期入院等により契約終了に至るケースにおいては、病院を含めてカンファレンスを行い、次の方向性が決まるよう支援を行っている。また、契約終了後も、何かあればいつでも問い合わせや相談が可能であることを伝えている。		
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	入居前アセスメント時にご家族の要望、ご本人の要望をできるだけ詳細に把握できるように努めている。また日常の会話の中から意向を把握するよう努めている。ささやかな願い・思い(～したい、～へ行きたい、～を食べたい等は)にできるだけすぐ沿えるように努めている。意思疎通が困難な入居者さんには表情やしぐさを観察したり、職員間で検討して要望等を理解できるように努めている。	本人・家族の要望は、入居時に詳細に把握して、アセスメントシートに落とし、日常のケアに生かしている。個々の思いを大切に、言葉で表出できない人には表情から読み取るなど細やかに対応している。	
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	様々な情報を本人、家族から提供していただき、その方の人生、生き方、願い等を可能な限り、把握するように努めている。これまでの生活歴・生活習慣を尊重し、入居後も本人らしい、馴染みの暮らしができるよう支援を行っている。		
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	日々、バイタルや心身状態、表情、意欲、排便状況等を観察し、健康状態の把握に努めている。その様子は介護・支援記録に記載している。介護・支援記録と申し送りにて情報の伝達を行っている。		
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	入居者さん1人に対し、職員1名または2名の担当制にしている。担当者、介護長、看護師等を中心に適宜ミニカンファレンス、モニタリングの機会を設けて要望・課題・問題点等を話し合い、介護計画に反映できるように努めている。	利用者の入居時に介護計画を提示し、その後は担当制になって家族の要望を踏まえて、カンファレンスでケアのあり方を話し合い、モニタリングも実施されているも、個々の問題点の課題が表出されおらず、画一的になっている。	個々の問題点をしっかり把握しながら、介護計画は目標や具体的な支援を現状に即したものと、それに沿った話し合いを継続して実践とリンクしながら、モニタリングすることが望まれる。
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	①介護・支援記録に行動、言葉、気づいたこと等を記録している。また個別にバイタルや食事量、排泄状況等を記録し、情報を共有できるように努めている。②日々、引き継ぎ等での確かな情報をスタッフ間で共有し、介護に反映させている。適宜ミニカンファレンスを行い、介護計画にも反映できるように努めている。		
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	一人ひとりのニーズに合わせ、ささやかな願い・思い(～したい、～へ行きたい、～を食べたい等は)にできるだけ柔軟に対応できるように努めている。		

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
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	市町村担当者や介護保険組合、社会福祉協議会、区長、民生委員、婦人会等の各関係者・機関から随時、情報や協力を得ている。		
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	本人・ご家族の意向を踏まえ担当医師と連携をとっている。看護師が日頃の状態把握に努め、体調不良時等は家族に受診を促し、緊急時やご家族が対応できない場合は事業所に対応している。現在も基本的に入居前の主治医をかかりつけ医とし、必要に応じて、管理者、ケアマネジャー、看護師等が医療連携を図っている。必要であれば訪問診療を依頼している。	利用者や家族の要望のもと、担当医を確認して受診対応を行い、原則家族同行の受診になっている。状況に応じて訪問診療や職員同行での受診も行われており、受診時は独自の医療連携シートを活用することで医師との情報共有がスムーズに行われている。	
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	看護師が常時勤務しており、介護職は適宜、報告・相談し、指示等を受けている。受診時は看護師が受診シート等を用いて主治医に入居者の状態等を適切に伝え、指示を仰ぎ、利用者の健康管理に努めている。		
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。	入院中は管理者、ケアマネジャーまたは看護師等が訪問等を行い、状態の把握に努めている。また、必要に応じてこちらでの生活に関する情報等を提供している。退院前はカンファレンス等にて、医師、看護師、相談員等と情報交換を行い退院がスムーズに行えるように支援している。		
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、事業所の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	重度化した場合等については契約前、契約時等に説明を行っている。看取りは行なっていないが可能な限り、グループホームで過ごせるように努めている。重度化した場合、医療機関、ご家族と話し合い、ご本人とご家族にとって最良の居場所を選択するための検討・相談・情報提供等を行っている。	入居時に家族や本人には看取りはしないことを伝えている。重度化した場合はその都度話し合いや相談して検討している。しかし職員は今後看取りの方針を、そろそろ考え検討する時期に来ていると感じている。	利用者が徐々に重度化することなどを踏まえて職員間での研修の実施、周辺での協力体制の整備や人員体制などの困難な課題に徐々に取り組まれることを期待する。
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	急変時や体調変化時の対応について記録し、事故報告・ヒヤリ・ハットの事例も活用しながら、ケース会議・研修等で看護師を中心に振り返りの機会を設けて今後活かせるように努めている。		
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	マニュアル・緊急連絡網を作成している。また消防署の協力のもと、年2回の防火避難訓練を実施している。避難訓練では自動音声通知(携帯電話へ)が機能するかも確認している。また緊急時には近隣住民に協力をお願いしている。今後は災害時を想定した訓練も実施していきたいと考えている。	防火避難訓練には近隣住民3名が参加され、実施された。避難場所の確保では、事業所の向かいの家が一時の避難場所になるなど協力が得られている。また備蓄品はリスト化され2日分の食料の確保など準備されている。	

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
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	一人ひとりに合った言葉かけ、話し方を心がけ、丁寧に接している。不安と混乱で戸惑っている入居者さんには、その都度やさしく声をかけ、説明し、対応するようにしている。定期的に接遇の研修も行っている。	職員全員に接遇研修が実施され、プライバシーに配慮した声かけや接し方が徹底されている。	
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	日常生活の中で意向や思いを引き出せるように努めている。ささやかな願い・思い(～したい、～へ行きたい、～を食べたい等は)にはできるだけすぐ沿えるように努めている。意思疎通が困難な入居者さんには表情やしぐさを観察して、要望等を理解できるように努めている。臨機応変に対応でき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、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	日々の活動、レクリエーション、軽体操等への参加は強制はせず、体調や意欲を確認して促している。また、天候や要望に合わせて、外出やドライブ、余暇活動を提案している。入浴日、時間は概ね決まっているが、気分がのらないようであれば入浴日の変更を行うなど臨機応変に対応している。		
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	日々の衣類等を自分で選んでもらったり、選びやすいように声をかけ、場面を設定したりしている。本人の好みを把握し、介護者の判断・希望にならないように気をつけている。ヘアカットは要望があれば、訪問理容を利用していただいている。		
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	テーブル拭き、お盆拭き、片付け等は入居者さんにしていただいている。簡単な調理は一緒に行うこともある。調理は一部手作りやチルド食材、配食弁当を利用している。おいしく食べていただけるように季節の食材やお刺身の提供(冬期)、行事食、外食も取り入れる等、工夫している。	業者による食事提供が昼、夕食となっているが、味付けや食品の硬さなどが十分に対応できていないようである。しかし献立には魚や肉が取り入れられ冬場は刺身などが月2回提供されている。調理作業で、できる箇所は利用者にも参加してもらい家庭の暮らしの継続に努めている。	職員が検食を行っているが、形式だけでなく味付けや大きさ、硬さ、彩りを食事前にチェックして利用者がおいしく楽しく食べられる工夫が望まれる。
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	支援記録に、食事・水分の摂取量を記入し、摂取量の把握に努めている。おかゆを提供したり、おかずの大きさ、硬さに配慮している。食がすすまない入居者さんに関しては、栄養補助食品等も提供している。適宜、どういう献立、調理法なら食べていただけるかを話し合い、検討して提供している。		
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、各入居者さんに応じた声かけ・見守り・介助にて口腔ケアを行っている。夜間は義歯を預かり、消毒洗浄を行っている。		

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
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	介護・支援記録に記録し、チェックを行っている。排泄パターンを把握し、声がけ、誘導を行っている。日中は、トイレでの排泄を心がけ、残存機能・レベルが低下しないように支援している。	日中は排泄パターンに沿って誘導している。2名は自立している。オムツの人にも夜間は時間誘導の支援を試みている。排便のチェックは利用者に配慮しながら把握に努めている。	
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	排便の有無を確認している。適宜、看護師に相談、指示を受け、必要な方には下剤を使用し、排便コントロールを行なっている。普段から適度な運動や水分補給をしていただけるように心がけており、牛乳の提供や週2回おやつ時のヨーグルト(と果物)の提供等、工夫して便秘の予防に努めている。		
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ず、個々にそった支援をしている	基本的に入浴日、時間を決めていますが気分や体調に応じて入浴日の変更等、柔軟な対応に努めている。主に一般浴槽に準じた座浴(機械浴)利用し、安全・安楽・快適に入浴を楽しんでいただけるように努めている。	入浴日は週2回を原則にしているが4回入る人など、その人にあった入浴方法や希望を叶えることなどに心がけている。ヒノキ風呂や座浴、個浴などもあって、その人に合わせた入浴を楽しめるように努めている。	
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	日中は自由に居室、リビングルーム、ソファ等で各々が居心地のよい場所で休息を取っていただいている。また冷暖房、灯り、加湿等については、個人の要望に沿うよう努めている。		
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	基本的には看護師が管理を行い、誤薬がないようにしている。介護職員は介護・支援記録ファイルにて医療的注意事項や服薬・薬剤情報(副作用)を確認できるようにしている。		
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	入居者さんの生活歴・生活習慣を尊重し、役割が喪失しないように支援している。軽作業・家事等①かつてしていたことで②現在もできること、③周囲の役に立てることをしていただき、その都度見守りながら出来ない部分はお手伝いしている。感謝の意を伝え、意欲を引き出し、充実した時間が過ごせるよう配慮している。また、季節の行事やレクリエーション等で気分転換を図り、楽しみのある生活を送れるように努めている。		
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	天候や体調、要望に応じて個別に散策、ドライブ、外食、買い物等の外出を実施している。思いや要望をできるだけ、すぐ実現できるように柔軟な対応に努めている。	年に数回は行事に合わせて弁当持参で景勝地への外出を行っている。個々への対応として、買い物や散策など希望や要望には、いつで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
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	現在はお金を所持している入居者はいないが、何か必要になれば、ご家族に伝え、用意していただいたり、こちらで用意して後日請求している。欲しいもの等の要望を引き出せるように声かけと意思確認を行なっている。		
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	要望があれば手紙の受け取りや、電話をかけたり、受けたりできるように支援している。		
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	共有スペースは開放的で明るい雰囲気作りを心がけている。美しい山々や田園風景が一望でき、入居者さんは喜ばれている。光の差し込みが強い時は、ロールカーテンにて調整を行っている。季節毎に装飾等に変化を持たせている。	居間にいながら四季の風景が眺められる。近隣の人の動きが身近に見られたり、日当たりもよくゆったり過ごしている。加湿器が2台設置され温度湿度の調整がされ快適な空間となっている。	
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	共有スペースには、カウンター、テーブル、ソファが設置されており、思い思いにくつろいでおられる。テーブル・座る場所については、概ね定位置が決まっている。ソファに座り、気の合うもの同士でおしゃべりを楽しまれることがある。また、日中はデイサービスへの出入りも自由であり、デイの活動に参加されることもある。		
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	各居室に介護用3モーターベッド、タンス、クローゼット、エアコンを設置している。入居時には使い慣れた生活用品やなじみのもの、テレビ、本、写真等の持ち込みが可能であり、一部の入居者さんは写真やなじみの小物を置いている。	居室にベッドや家具が施設側で備えてある。それらで過ごしている方や、使いなじんだ備品を持ち込みその人らしい個性ある部屋となっている方もいる。たんすの中の整理を職員と利用者で定期的に行っている。	
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	建物内部はバリアフリーになっている。各利用者のできることを把握し、イスやベッドの高さを調整したり、居室ベッドには介助バー、脱衣室にはテスリックス、トイレ・浴室内・廊下等に必要に応じて手すりを設置して入居者さんの残存能力を活かした介助を心がけている。		

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	1	法人理念は定められているが、地域密着型独自の事業所理念が作成されていない。	誰にでも分かりやすく、職員の思い、利用者の願い等を具体的に反映した理念を作る。	皆で意見、思い、理想、願い、どういう介護をしていきたいか等を自由に語り合い、出てきたキーワードを基にまずは、分かりやすい理念を作る。	3ヶ月
2	40	食事を楽しむケアを実践する。	検食や味見の実施だけでなく、硬さ、味付け、彩り等を工夫して食べやすく、おいしい食事を提供する。	・検食または味見をして食べやすさ、硬さ、味付け、彩り等を確認し、工夫して食べやすく、おいしい食事を提供する。 ・食事は最も大切なケアの一つであることを職員間でしっかり認識し、食事の前にメニューや旬の食べ物、食材、味付け等についての話題も提供しながら入居者から興味や食欲を引き出すように努める。	6ヶ月
3	4 5	・運営推進会議の定期的な開催が(2ヶ月に1回)できていない。 ・地域包括支援センターの出席がない。 ・運営推進会議での提案や意見をサービス等の向上に十分には活かしていない。	・定期的な開催(2ヶ月に1回)を行う。 ・行政担当だけでなく、地域包括支援センターの担当者にも交代で出席していただき、協力関係を築く。 ・運営推進会議での提案を日々のサービスで実践していく。	・施設のイベントや防災訓練と同時に開催する等、地域の人や行政担当者等が集まりやすい工夫をする。 ・議題を作ることにあまりこだわらず、気軽に集まっていたき意見を交換できる場にするように努める。 ・地域包括支援センターの担当者にも行政担当と交互に参加していただくように依頼する。 ・運営推進会議で出た提案等を会議やミーティング等の機会に随時、検討・話し合い、良いものはどんどん取り入れていく。	12ヶ月
4	35	年2回の防火避難訓練は実施することができたが、防災訓練(地震・水害・津波等の避難訓練)ができていない。	定期的な防火避難訓練以外に年に一回は(できれば地域住民との合同の)防災訓練も実施する。	・運営推進会議の機会等を利用して地域住民と地震や津波等の防災対策について話し合いの機会をもち、合同訓練の協力を依頼する。 ・起こり得るあらゆる状況を考慮してできるだけ実際の想定に近い訓練を行う。 ・各居室や共有スペースに地震対策を施す。	12ヶ月
5	26	ケアプランに個々の課題やその人らしさが上手く表出されておらず、画一的になっている。	入居者がよりよく暮らせるようにケアプランにその人らしさを具体的に反映する。	入居者がよりよく暮らせるようにケアプランにその人らしさを具体的に反映した目標や援助内容を設定し、実践できるように努める。適宜、モニタリングを行い、適切なサービスを継続できるように努める。	6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。