

平成25年度

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	1474200183	事業の開始年月日	平成12年10月1日
		指定年月日	平成12年10月1日
法人名	NPO法人介護グリーンハウス えがお		
事業所名	グループホームグリーンハウス		
所在地	(234-0433) 神奈川県海老名市河原口1丁目10番10号		
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	通い定員	名
		宿泊定員	名
		定員計	9名
		ユニット数	1 ユニット
自己評価作成日	平成25年12月17日	評価結果 市町村受理日	平成26年3月17日

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先	http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wpJDetails.aspx?JGNO=ST1474200183&SVCD=320&THNO=14215
----------	---

【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、小田急線及びJR相模線の厚木駅から徒歩で5分ほどの相模川河川敷を望む散歩道沿いにあり、広い庭のある家でいろいろ季節の楽しみが感じられます。春はお花が咲き乱れて、玄関先・リビング共に庭に咲いた花を飾っています。又 食卓にも庭で採れた、ミニトマト・茄子・きゅうり等がだされることがあります。支度から利用者に参加して貰い、料理する楽しさと食事の楽しさを感じていただいています。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成26年1月19日	評価機関 評価決定日	平成26年2月26日

【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)】

グループホームグリーンハウスは小田急線またはJR相模線厚木駅から徒歩約5分の相模川河川敷を望む散歩道沿いにあります。二階のリビングからは近くは相模大橋、遠くは丹沢山系が見えます。民家改修型の事業所のため和室・洋室・縁側付・ベランダ付など様々なタイプの部屋があり、自宅で暮らしているのと変わらないような生活感や雰囲気があります。

<優れている点>

消防署予防課、市役所の助言を受けながら防災・防火への備えを様々な方法で行っています。火災通報装置・緊急直通電話・消火器の複数設置・居室からベランダへ出るための手作り車イス用スロープ・避難経路・避難ばしごの用意・あんかから湯たんぽへの使用変更など行っています。現在は防災担当者が中心になって訓練・備えを行っていますが「誰がやってもできる避難」を目指しています。また、職員の意識を高めるため研修への参加・資格取得を積極的に勧めています。研修を受けてきた職員からは研修の振り返りとして他の職員に報告・発表を行っています。

<工夫点>

協力医療連携機関に訪問診療専門医を迎え医師・看護師の訪問を毎週受けています。24時間対応のため夜間でも安心して連絡を取ることができます。また医師の協力を得て具体的な内容を記載した「高齢者の心身状況におけるご説明」「容態悪化時の施設対応についてのご説明」の書式を整備しています。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
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 ~ 35	9 ~ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	グループホームグリーンハウス
ユニット名	

V アウトカム項目	
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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者の
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいの
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいの
	<input type="radio"/> 4, ほとんど掴んでいない
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)	<input type="radio"/> 1, 毎日ある
	<input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/> 3, たまにある
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 4, ほとんどいない
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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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している。 (参考項目：30, 31)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 4, ほとんどいない
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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 4, ほとんどいない

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ます。 (参考項目：9, 10, 19)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての家族と
	<input type="radio"/> 2, 家族の2/3くらいと
	<input type="radio"/> 3, 家族の1/3くらいと
	<input type="radio"/> 4, ほとんどできていない
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：9, 10, 19)	<input type="radio"/> 1, ほぼ毎日のように
	<input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/> 3, たまに
	<input type="radio"/> 4, ほとんどない
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の拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	<input type="radio"/> 1, 大いに増えている
	<input type="radio"/> 2, 少しずつ増えている
	<input type="radio"/> 3, あまり増えていない
	<input type="radio"/> 4, 全くいない
66 職員は、活き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての職員が
	<input type="radio"/> 2, 職員の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 職員の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての家族等が
	<input type="radio"/> 2, 家族等の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 家族等の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 4, ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	「人権の尊重」を大切にして、一人一人の役目を見つけだし、安心できる居場所作りを最優先にしています。職員は疑問点があるときは、施設長、ケアマネなどに相談し、毎月の全体会議で、理解し共有して一歩ずつ実践するようにしています。	理念に掲げている「人権の尊重」「各人が役目を持つ」を実践するため、利用者の尊厳を保つ事、持っている力を見つけ出すことに努めています。毎月の全体会議では理念の実践を確認するとともに新たな気づき、疑問点を話し合っています。	
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「ふれあい祭り」に作品を出展し、お祭りにも参加しています。市民音楽祭に参加したり、バザーで近所の方と交流をはかっています。通りがかりの方がクリスマスのプレゼントにと千羽鶴を届けて下さいました。	地域の方々と継続的なつきあいが構築されています。毎年参加する「ふれあい祭り」「市民音楽祭」では利用者の参加を暖かく見守る雰囲気が出ています。昨年からはじめたバザーでは近所の方から「開催を楽しみにしている」との趣旨の声が寄せられています。	
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	年2回「グリーンハウス便り」を発行し、入所者の様子を発信したり「介護相談」を明記し近隣の方々が気軽にいつでも相談できる体制をとっています。又、見学の希望者はいつでも受け入れています。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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	運営推進会議に消防本部予防課の参加があり、火災予防の訓練を利用者・家族・近隣の方も含めて行い、注意事項などを指摘して頂き改善に努めています。	開催実績は年に1回ですが、昨年度の議題となった防災について、今年度は海老名消防本部予防課職員の出席を得て具体的な防災・避難方法について話し合っています。防災設備設置、避難経路、避難具作成など様々な試みを行っています。	大変有意義な運営推進会議が行われていますが、今後も事業所の事を知ってもらい様々な意見を聞くためにも開催回数を増やされることを期待します。
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	海老名市主催の「えびな元気お裾分けクラブ」の受入機関に登録して、6名のボランティアさんに活動していただいています。防災設備などの件も高齢介護課より情報を頂きながら、進めています。	「えびな元気お裾分けクラブ」の受け入れ機関に登録し、地域の人材掘り起こしに寄与しています。高齢介護課担当とは昨年度より引き続き防災設備等について相談を行っています。今年度は「えびなケアマネ会」の役員となり事業所間の協力関係を築けるよう努めています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	身体拘束だけでなく、これは精神的な拘束になるのではないかと、常に疑問を持ちながら職員間で話し合っています。職員の見守りの方法を徹底し、安全面に配慮して、自由な暮らしを支えるようにしています。	利用者にも職員にも「フロアで恥をかかせない」という事を心がけてケアを実践しています。職員全体で見守りを行い、気になることはミーティングで必ず議題として挙げています。繰り返し様々な拘束について話し合う事により職員自身の気づきを促しています。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	「高齢者虐待を考える」の中の事例集を参考にして、小さな虐待も見逃さないように、ミーティングで学びあい、報告しあうようにしています。		
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	成年後見制度について市主催の研修を受けました。社会福祉協議会の安心センターに金銭管理を依頼をしている利用者さんもいて、月に1度の訪問を受けています。		
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	契約時には事業所のケアに関する考え方や取り組みに関して、説明をおこなっています。重度化や医療連携体制の実際などについては、詳しく説明し、同意を得るようにしています。		
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並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・敬老会・クリスマス会などで、常に問いかけ、なんでも言って頂ける様な雰囲気づくりをしています。出された意見や要望などは、職員と話し合い反映させています。運営推進会議や防災訓練に家族にも参加して頂きました。	毎月の利用料を直接事業所に持参するシステムにしていることもあり、家族等は事業所に対して親近感があり何でも言える雰囲気になっています。家族等からの意見で、市の無料検診を利用して事業所での集団検診が実現しました。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	ミーティングで、毎回、意見交換し、運営に反映するようにしています。必要に応じては個人面談を行い、提案を出しやすい環境になっています。	全体会議の設定を職員が出席しやすいようにしているため、職員の意見交換が活発に行われています。防災に関しては多くの意見が出され実行に移しています。薬の誤飲防止についても職員からの意見で、新たなチェック体制を構築しています。	
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	施設長も常に現場におり、職員の意見を取り入れ、運営に反映させるなどして向上心を持てるようにつとめています。職員の資格取得に向けた支援を行い、処遇改善へ反映しています。		
13		○職員を育てる取組み 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	認知症ケア・介護技術の研修などに交代で参加し、研修後はミーティングで発表し、研修報告書を全職員が閲覧できるようにしています。新入職員にも研修の受講を勧め、内部研修も行っています。		
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つくり、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組みをしている	近隣地域のグループホーム協議会に所属し、意見交換することで、サービスの質、意識を高めるようにしています。月に1度、同系列のホームと利用者・職員も含めて、交流会を実施しています。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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	グリーンハウスの「運営理念」「日常生活と取組み」「年間計画」などを説明し、要望をききとります。「利用者の呼吸にあわせて、ゆっくりと静かにさえぎらず、最後まで話を聞く」事が心がけています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	いつでもご家族が会いに来て、顔を見てお話をさせていただき、ご利用者もご家族も安心していただけるように、事業所としてどのような対応が出来るかを話し合っています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	利用開始時に家族に状況や要望等を聞きだし、それをもとに適切なサービスのあり方について家族も含めて検討しています。必要に応じては他のサービス機関につなげるためのネットワークをもち、連携を保っています。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	利用者の出来る事、どんな小さな事でもやっていただき、お手伝いをして出来たときの喜びを共有しています。洗濯物は各自で丁寧にシワを伸ばしてたたんでいます。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	敬老会・クリスマス会・バザー等・ご家族を招待して、一緒に食事をしながら、楽しく過ごして頂きます。		
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	近隣から入所された利用者の友達にも気軽に遊びに来ていただき、入所前の頃の事を思い出して、頂ければと思います。交流が途切れないように支援しています。	ホームと関わりのできた利用者家族・知人には繰り返し案内状や年賀状などを送り、交流が途切れないよう支援に努めています。民生委員・ボランティアは新しい馴染みの人になり、職員には話にくい愚痴などの話し相手としての関係になってきています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	毎日ラジオ体操から始まり、ゲームや歌で声をだし、身体を動かしたりお茶を飲んで、談話しています。ゲームの時は声掛けして、参加して頂きます。		
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	家族からの相談等があった場合は、いつでも応じて、支援するようにしています。各機関との連携も密に行っています。		
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。	希望や困難なことがあれば、ミーティングで話し合い検討しています。意思疎通が困難な方には、ご家族や関係者から情報を得るようにして、思いに添えるようにしています。	“利用者の呼吸に合わせて、ゆっくりと静かにさえぎらず最後まで聞く”ということを心がけながら利用者の思いや意向の把握に努めています。それでも困難な時は日々の個人記録・生活記録の中から情報を得て全体会議で話し合っています。	
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	利用開始時に本人、家族等にこれまでの暮らし方、趣味などを、丁寧にお聞きして、職員間で共有することにより、新しい生活にスムーズに入っているようにしています。		
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	大変難しいことですが、表情の変化、行動に対して見守りをして、毎日の生活記録に記録して、全員が把握出来るようにしています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	個人記録から、問題点や状態の変化、対応の仕方などが見えてきます。ミーティング等で意見交換をし、家族や医療関係者にも報告し、連携をとりながら思いや意見を取り入れて、介護計画書を作成しています。	業務日誌・個人記録・職員からの報告を基に全体会議で話し合っ介護計画を作成しています。変化があったり、家族などの希望が出てきた場合、医療関係者に相談したり職員の意見を取り入れたりしながら、状態把握を行い介護計画作成を行っています。	
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	生活記録や業務日誌等にその日の変化などを書き、スタッフ間でわかるようにしています。その記録を基に介護計画の見直し、評価等を行っています。		
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	一つの方法で対応して、駄目なら次の方法と柔軟な支援で対応しています。体調の変化等、緊急を必要としている場合などは、家族と連絡を取りながら、受診・送迎の支援を行っています。		
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	市社会福祉協議会にボランティアを依頼し、買い物や話相手をしていただいています。民生委員さん12・3人で庭の草取りをしたり、利用者と談話を楽しんだりしています。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 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	内科・歯科の往診があります。緊急の場合も電話による24時間対応ができるので安心です。他の医療機関へ希望する場合は家族や職員の付き添いで受診は自由です。	在宅医療・訪問診療専門の協力医療機関をかかりつけ医としています。週1回訪問診療があり、緊急時には24時間オンコールの連携体制が整っています。受診内容は業務日誌に記録して職員間の情報共有を図り、利用者の体調管理に努めています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	内科・歯科の訪問医に健診をうけ、現状を伝え適切な指示を受けています。医療連携もっており、週1度 看護師の訪問を受け、健康管理を依頼しています。		
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、また、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。又は、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。	骨折等で入院した場合は、早い時期に、職員が見舞うようにして、医師や家族と話し合いながら、できるだけ早く退院できるように支援しています。退院後も連絡を取り合っています。		
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	身体機能の重度化してきている場合など、家族へ報告し、本人に会って、様子を見て頂くようにしています。医療機関とも連携をとりながら、事業所で出来る対応の仕方を全職員で共有していきます。	看取りの実績はありませんが、重度化や終末期については協力医療機関のアドバイスを得て、事業所として支援出来ることや出来ないことを明確にしたガイドラインを作成しています。これらの内容は契約時に説明しています。	現在まで看取りの実績はありません。今後をふまえ、看取り後の職員のケアを含め、協力医療スタッフによる職員への看取り研修が期待されます。
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	心肺蘇生法・AEDの使用手順などの訓練を消防署員に受け、定期的に訓練をしています。職員は利用者の体調の変化などを常に業務日誌などに記録して、全員で把握するようにしています。		
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	いかに避難したらよいか、通報から、避難までを消防士の方の指導を受けました。災害が起きたことを想定して、具体的に避難場所等を定期的に確認合っています。	防災訓練は年2回消防署の指導を得て実施しています。今年は近隣住民や家族の参加もありました。また民家改修型建物の防災上の短所を補うための工夫を積極的に行っています。非常持ち出し用品も整備し、食料等の備蓄も1週間分用意しています。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	○一人ひとりの人格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	運営理念の一つに「人権の尊重」をあげておりますので、常に一人・一人の発する言葉を大切に受け止め、共感し誇りを傷つけないように心がけています。	一人ひとりの誇りを尊重し、プライバシーの確保に努めています。言葉掛けにも配慮し、誘導などの際には、さりげない言葉掛けで利用者を傷つけないように努めています。管理者は、日々のケアの中で業務態度や言葉の乱れがないか、常に注意を払っています。	
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	一人ひとりの状態に合わせて、会話の回数を多くしたり、お茶を飲みながらの何気ない会話の中から、本人の思いなどを、引き出すようにしています。		
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	ゲームや散歩などの参加は自由であり、本人の希望を取り入れ、自分のペースで過ごして頂けるようにしています。		
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	外出時の服選びやお化粧品などを楽しめる方もいて、職員もそれを支援しています。出張美容院に来ていただいています。		
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	食事の支度は簡単な刻みや盛りつけ・配膳を一緒に行い、食事前に「本日のメニュー」を発表しています。食後は出来る方は、自分の食器洗いをして頂いています。自分の前のテーブル拭きは各自で行います。	献立や食材は業者に依頼しています。誕生日や外食、おやつ作りには利用者の希望を反映しています。利用者は簡単な刻みや調理、盛り付け、配膳下膳等各人が出来ることを手伝っています。ベランダに置かれたテーブルで食事を楽しむ利用者もいます。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	食材は宅配なので栄養のバランスがよいです。10時・3時のお茶の時間だけでなく、入浴後等年間を通して水分補給をしています。		
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	朝・夕の歯磨きをしています。一人で出来ない方には一緒に手伝っています。歯科による週1回の口腔ケアを受けています。		
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向けた支援を行っている	排泄状況を記録して、記録をもとにして尿意のない利用者もトイレで排泄出来る様に誘導しています。本人のプライドを大切にしながら、支援するようにしております。	排泄チェック表を使用して失禁や排便のパターンを把握しています。それらを基に介護計画を作り適切な誘導に繋がっています。トイレ介助は利用者のプライドや羞恥心に配慮しながらさりげなく支援しています。自立者の排便状態にも気を配っています。	
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	体操や散歩等で身体を動かし、便秘になりにくいように工夫しています。また、朝食にバナナや牛乳などを取り入れています。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴は本人の希望を取り入れて、公平になるように順番を決めています。拒否が強く入浴出来ない利用者に対しては、家族の支援を受けながら、清潔を保つようにしています。	入浴は週2回、1日に3名ずつを基本に実施しています。利用者ごとにお湯の温度を変えたり、公平になるように順番を決めています。拒否が強い利用者に対しては、家族からの声掛けや誘導の協力を得て清潔保持に努めています。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	利用者さんの気持ちを聞いて、昼食後などは休んでいただいています。シーツはつねに清潔にして、布団干しも行っています。		
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	薬の説明書を個人別にファイルして、最新の情報が一覧できるようにしています。変更が生じた場合には日誌に記録し全職員が周知できるようにしています。		
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	ゲーム進行や日々の予定表の書き込みなどの役割分担を決め、日常生活の支援に取り組んでいます。地域の行事参加等は利用者とは相談しながら、楽しんでいます。		
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。また、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	天気の良い日は散歩に出かけたり、外食に行くこともあり、利用者さんにメニューを決めていただくのも楽しみの一つです。趣味の教室に通う方もいて、送迎の援助もしています。	日常的な散歩や月1回の外食、季節の行事として初詣や花見などに出かけています。近隣の祭りやバザーにも出かけて買い物を楽しむ利用者もいます。趣味の教室に通う利用者の送迎や買い物の付き添いなどの個別支援も積極的に行っています。	
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	各人が自由に使えるお金と小遣い帳をおき、外出して買い物をする際は本人に財布を持ってもらい、支払いをして頂くよう支援しています。バザー等でも楽しそうに買い物をしています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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、本人から要請があれば、できるだけかけられるようにしています。毎年、手書きの年賀状を職員が支援しながら、家族に出しています。		
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	利用者と共に四季おりおりの壁飾りや写真をリビングに飾っています。それを見ながら話題も膨らんでいます。玄関には庭で育てているお花をいつも飾っています。	リビングは2階にあります。窓が3方面にあり日当たりもよく、陽がさすと冬でも暖房がなくても過ごせます。ゆったりとしたソファの設置、壁には利用者の習字作品や行事の写真などを飾るなど利用者がなごめるような空間作りを心掛けています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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	午前中は皆さんと一緒に歌やゲーム、午後は思い思いに昼寝やテレビ、談話と自由にすごしています。		
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	家族の来所は自由です。本人の衣類や使いなれた家具をおいて心穏やかに過ごしていただけるように工夫しています。家族写真なども飾っています。	和室、洋室、縁側つきの部屋等、民家改修型のためそれぞれの居室に個性があります。利用者は使い慣れた家具や仏壇、家族の写真などを飾り居心地よく過ごせるよう居室内を整えています。	
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」や「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	階段昇降が不自由な方のために階段昇降機をつけて安全に昇降できるようにしています。階段やトイレ、廊下には移動しやすいように手すりをつけて安全に歩行できるようにしています。		

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	33	看取りの実績はありませんが、身体機能の重度化や終末期について、協力医療機関のアドバイスを得て、事業所として支援できることやできないことを明確にしたガイドラインを作成していますが、職員全体に取り組みについて理解されておらず、不安感をもっている。	職員全員が看取りについて、知識を広め、重度化していく過程・対応を共有する。	看取り後の職員のケアもふまえ、協力医療機関のスタッフによる看取り研修や外部研修等を受ける機会を設け、家族・医療機関・職員で連携を取りながら、終末期について学んでいく。	6ヶ月
2		利用者が、生き生きとした表情や姿が見られるように、個別対応などの支援方法を考えていく。	生き生きさせる、個人個人の居場所作りを目指して、その方（介護度1～4）に合った対応・外出支援などをしていく。	散歩・買い物など本人の希望を取り入れ、ボランティアさんなどの、社会資源も活用して、自治会行事にも積極的に参加し、地域に理解して頂く。意思表示の出来ない方には、寄り添いながら心の訴えを感じ取り「安心できる家」を目指す。	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月