

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	1792300137		
法人名	社会福祉法人陽翠水		
事業所名	コミュニケア緑が丘		
所在地	石川県能美市緑が丘11丁目111-2		
自己評価作成日	平成28年3月2日	評価結果市町村受理日	

※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.kaigokensaku.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	(有)エイ・ワイ・エイ研究所		
所在地	石川県金沢市桂町口45-1		
訪問調査日	平成28年3月2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)】

ご利用者様が住み慣れた場所で、自分らしく、より豊かに表現、生活を継続していくように全力で支援できるように
全職員で取り組んでいます。また、事業所の理念でもある「ほっこりしましょ」に繋がるように、ご利用者様、ご家族様、職員が常に笑顔が絶えない環境作りを心掛けています。
また、「おとなの学校」という教材を活用して、脳トレーニングや学びを実感して感謝と感動を共有しています。

【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)】

法人理念の「仲よく楽しく社会を健康に」とともに「ほっこりしましょ」をホームの合言葉として、利用者中心でベースに合わせて時間にとらわれず、のんびりと楽しく落ち着いた生活のための支援に取り組んでいる。合言葉に基づき、利用者の「思い」を尊重したより具体的な個別ケアを推進している。地域とは「若葉の集い(地域サロン)」への参加や毎年の祭りの見学、毎月の図書館の利用、博物館の利用等日常的に交流している。同一法人の施設祭りへの住民・家族の招待や毎月のコミュニケア便りの地域への配布、地域ボランティアの来訪等、地域に「小規模多機能型事業所」への理解促進に取り組んでいる。また地域行政・医療・福祉関係機関で構成するメモリーケアネットワークに参加し、認知症理解への啓発活動(寸劇への協力等)に取り組んでいる。独居・老々介護利用者については必要に応じて定期受診同行・送迎・薬剤管理(訪問での薬セット、服薬確認等)を支援しており、看護方法の確認や病状の説明が必要な場合には看護師同行での受診も行っている。隣接の総合病院(関連グループ)や介護老人福祉施設(同一法人)によるバックアップ体制(医療、研修、行事、重度化・終末期、災害対策等)が確保されており、利用者・家族にとってより最適な地域での暮らし実現に取り組んでいる。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~59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	
60	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	67	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
61	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:18,42)	○	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	68	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
62	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:42)	○	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	69	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
63	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:40,41)	○	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	70	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
64	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:53)	○	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	71	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
65	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	72	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
66	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	事業所の理念は「ほっこりしましょう」であり、スタッフ一同実践に向けて務めている。落ち着いた雰囲気作りでこだわり支援していくことをスタッフミーティング等で話し合い職員間で共有しています。	法人全体の理念として「仲よく楽しく社会を健康に」を掲げ玄関に掲示している。また「ほっこりしましょ」をホームの合言葉として、利用者中心でペースに合わせて時間にとらわれず、のんびりと楽しく落ち着いた生活のための支援に取り組んでいる。合言葉に基づき、利用者の「思い」を尊重したより具体的な個別ケアを推進している。	
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	緑が丘町内の一員として「わかばの集い」に参加しています。また、近隣にある図書館、博物館などを利用したり、施設周辺散歩を実施しています。	町内会に加入し、年8回の「若葉の集い(地域サロン)」への参加や毎年の祭りの見学、毎月の図書館の利用、博物館の利用等、利用者と共に日常的に地域と交流している。同一法人の施設祭りへの住民・家族の招待や毎月のコミケア便りの地域への配布、地域ボランティアの来訪等、地域に「小規模多機能型事業所」への理解促進に取り組んでいる。	
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	月1回発行の「コミュニケアだより」や運営推進会議を通じて地域の人々に向けて紹介している。また、電話での相談に対応するなど地域活動を行っている。		
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践、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	利用状況や出来事、行事報告(画像発表)を行っている。ご利用者様やご家族様の方も参加し、質疑応答にて話し合いを行っている。	町会長、利用者・家族代表、地域住民、民生委員、図書館長、行政担当者等が参加し2ヶ月毎に開催している。会議ではホームの活動・近況・行事内容等を写真・動画を用いて分かりやすく紹介している。質疑応答や意見交換から出てきた意見・提案等はサービスの質の向上に繋げている。議事録は誰でも越単できるようにホームページ上で公開している。	
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取り組んでいる	事故報告・苦情報告・運営推進会議・法令の質問等常に能美市の担当者と連携をしている。	運営推進会議や小規模多機能型事業所連絡会への参加や3か月に1回の行政担当者の来訪を通じて、行政担当者との情報交換し連携強化を図っている。また地域の行政・医療・福祉関係機関で構成するメモリーケアネットワークに参加し、認知症理解への啓発活動(寸劇への協力等)に取り組んでいる。	
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「介護保険法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	拘束が起きないように個々の利用者について対応を工夫してケアの向上に努めている。また、薬や言葉などによる拘束についても、職員間で理解を深めている。	法人内研修にて身体拘束・虐待について定期的に学習している。また日々の支援(介助方法や言葉使い等)が身体拘束に該当しないかを毎月のミーティングで話し合い確認し、随時マニュアルを見直している。特に言葉使いは行動制限につながらないよう安全面にも配慮しながら職員同士で都度注意し合っている。外出は自由に出入りできるように見守り・付き添い支援している。	

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
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	入浴や排泄時、常に皮膚の状態の観察を実施しており注意を払っている。また、職員がストレスを溜めないよう予防し、虐待があった場合その場で注意出来る職員関係に勤めている。		
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	地域の研修に参加するように努めている。現在、後見人制度を必要としているご利用者様はいない。		
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	事前にまたは、契約凍結時には不安、疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を得て契約している。介護保険単価の改定の際には月々の在宅訪問時に情報提供を行っている。		
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	ご利用者様やご家族様と情報交換をしあい、計画表に反映させている。面会、連絡帳、送迎時等に意見を聞くようにして、ご家族やご利用者様の意見要望が運営に反映するようにしている。	自宅への送迎・訪問時での職員からの声かけや連絡帳を通じて、家族の意見・要望を聞いている。また独居利用者や老々介護利用者の家族関係者等で遠方に住まいする場合は、電話・メール等を活用してコミュニケーションを図っている。家族の様子や連絡帳の内容で気になる点があれば、改めて電話・訪問して家族の意見・要望を聞き、利用者と家族との要望のズレを調整している。	
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	ケア会議、午後のミーティング等で出た意見要望を聞き、話し合い、運営に反映させるようにしている。自分たちで解決ができない事は、上司に提案し、運営に反映している。	毎日の申し送りや毎月のスタッフ会議時に職員の意見・提案を吸い上げ、サービスの質の向上・改善に反映させている。また同一法人の全職員会議や委員会への参加を通じて意見を表す機会を作っている。年間行事は担当者中心でチームワークを活かして取り組んでいる。目標管理に関する個人面談の機会もあり、職員の自己実現もサポートしている。	
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	常に心身の健康を提唱し、職員が働きやすい環境で就業できるよう配慮をしている。また、施設でのソフトなどもなるべく勤務がしやすいよう本人の希望を取り入れつつお互いに協力して環境を整えるようにしている。		
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	法人内での勉強会(月1回)を開催したり、職員のスキル、階層別に法人外研修を実施している。		
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	連携病院、市内の小規模多機能連絡会、グループホーム等と情報交換や研修の参加や相談を実施している。		

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	ご利用者の生活歴や趣味、嗜好などを踏まえたり、傾聴に努めることで、ご利用者の希望・要望を把握できるように心掛けています。		
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	施設の利用にあたり、疑問や不安をお伺いし、十分な理解の上でご利用いただけるよう努めています。		
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	アセスメントを実施し、必要なサービスを決定しています。ご利用者様にとって必要であるならば他の訪問看護、訪問リハ、福祉用具貸与等のサービスを紹介することも行っています。		
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	施設での過ごし方を連絡帳の通信欄や写真で報告している。定期的に自宅へ訪問しご家族様の意向やご本人様の家庭の状況などを確認している。		
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	ご利用者の様子等から、思いをご家族様に代弁したり、ご家族様の支援や協力があって、在宅生活が成り立っている事を話し、ご家族様と協力しあってご本人様の生活を支えていく事を実施している。		
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	外出レクリエーションで地域の思いでのある場所へ出掛けて昔のことや季節感を感じるように取り組んでいる。また、誕生日にはご本人様の希望にあわせて馴染みの場所などに行けるよう配慮している。	利用者にとって馴染み深い地元の名所や行きつけの場所(図書館や喫茶店等)への外出を支援している。また誕生日には利用者の希望を聞き「思い出の場所(馴染みの喫茶店や食堂、墓参)」への訪問を支援している。ホームでの新しい馴染みの関係のでき、家族の協力を得て美容室・床屋、買い物への外出も支援している。	
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	ご利用者様同士の関係に気を配り、ひとりひとりが孤立しないよう、職員が間に入り関わりを持てるように支援している。		

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	入院、退院の頻繁なご利用者さまにはご本人様、ご家族様に連絡を取り状況把握に努めている。		
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	普段の会話の中から思いや希望を聞き、ケアマネに伝えたり、会議の中で報告している。	利用者の思いや意向は担当者を中心に日常会話からより具体的な話(例:他の人はお寿司が食べたくなって言うけど〇〇さんは?)をすることで引き出せるよう取り組んでいる。また1:1の場面(送迎、入浴中等)で聞くことのできた言葉は申し送り時に職員間で共有している。	利用者の思い(したい事、行きたい場所、好きな事等)が込められた言葉は、言葉そのものを「」書きで記録し、職員間で共有して検討の材料とすることを期待する。
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	アセスメント表・ケース記録・ご本人様・ご家族様や職員等からの情報で把握している。ご本人様との言語的コミュニケーションから把握できることも多い。		
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	ケース記録・1日の記録記入欄・バイタルチェック表・申し送りなどで情報を得て把握するように努めている。		
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	担当職員のモニタリング・ご家族様の意向・ご本人様の思いを基にし、カンファレンスで、意見交換し介護計画を作成している。	利用者の思い・意向を基に、担当者が素案を作成している。個別ケア会議にてケアマネジャーと担当者を中心となり、家族の意見も聞き、利用者本人の「楽しみ(趣味活動)」や「やりたい事」を叶える視点を重視した介護支援計画作成に取り組んでいる。モニタリングは3ヶ月毎に全職員や家族の意見を確認して行っている。	利用者の思い・意向が実現できるようにより具体的なニーズ・目標を設定した内容の支援計画を作成されることを期待する。
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	気になった言動やいつもと違う言動のどを記録に残し、情報を共有出来るようにしている。注意が必要な時には、申し送りノートに記録し、すぐに実行出来るようにしている。		
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	ご家族様の要望に応じ、利用日以外でも緊急に対応を行い、訪問も随時行っています。		

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
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	安全で豊かな暮らし方が出来る為に、地域にある様々な情報を把握したり、ご利用者様に情報提供している。		
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	かかりつけ医との連携を密に取っている。相談があるときは看護師が受診の同行をしている。特に投薬管理状況については注意している。また、定期的な往診の体制も整っている。	かかりつけ医への受診は家族の付き添いを基本としており、家族を介して連携(受診後の報告、薬の変更等)している。独居・老々介護利用者については必要に応じて受診同行・送迎を支援している。また看護方法の確認や病状の説明が必要な場合には看護師同行での受診も行っている。薬剤管理(訪問での薬セット、服薬確認)も支援している。	
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	日々発生する特変事案や気づき等の情報を看護師に随時伝え、個々のご利用者様の医療面の相談をサポートしている。		
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。	各医療機関のMSWと常に連携を取り情報交換を実施している。共有の医療連携シートを使用している。		
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	重度化や終末期に向けたご利用者様がなく、現在話し合いを行っているご家族様はいないが、早い段階から支援できるように、次の段階に向けた説明など、事業所で出来ることの限界をご家族様に説明できるように努めている。	利用者の在宅での終末期支援として、本人・家族の思いを確認して医師・訪問看護・家族との連携体制でホームとして出来る事・出来ない事を明確にし説明の上で、様々な選択肢を提案(連携総合病院・老健への移行等)し支援している。ホーム2階の併設住居施設(アパート)を活用した終末期支援体制も整備されており、重度化・終末期支援に取り組んでいる。	
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	勉強会で、急変時の対応を確認している。緊急連絡先をわかりやすく提示し、職員が慌てないようにしている。また、法人外研修で急変時の対応研修に参加している。		
35	(13)	○緊急時等の対応 けが、転倒、窒息、意識不明、行方不明等の緊急事態に対応する体制が整備されている	マニュアルを含め緊急連絡網、報告体制を整備している。また、AEDの整備もしている。	隣接の連携総合病院(ライフサポートチーム)内での研修会・各種委員会に参加し、緊急時対応(AED使用の実地研修、誤嚥・窒息対応等)に関するスキルアップを図っている。消防での救命救急講習の受講や安全管理要員の選定等、マニュアル・緊急時連絡網・報告体制の整備等、緊急時対応の体制が整備されている。	

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)	○バックアップ機関の充実 協力医療機関や介護老人福祉施設等のバックアップ機関との間で、支援体制が確保されている	法人内に老人保健施設がありバックアップ体制は整っている。芳珠記念病院とは連携を行っている。	隣接の総合病院(関連グループ)や介護老人福祉施設(同一法人)によるバックアップ体制(医療、研修、行事、重度化・終末期、災害対策等)が確保されており、利用者・家族・職員の安心に繋がっている。	
37	(15)	○夜間及び深夜における勤務体制 夜間及び深夜における勤務体制が、緊急時に対応したものとなっている	必ず待機者もしくは管理者に連絡がつくようになっている。夜間対応(緊急)を想定した体制を取り組んでいる。	夜間は夜勤者1名と宿直者1名(オンコールによる自宅待機者)の勤務体制となっている。緊急連絡網による管理者への相談体制やホーム近隣在住の職員による応援体制が整備されている。また隣接の総合病院への相談体制や介護老人福祉施設夜勤者の応援体制も整備されている。	
38	(16)	○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	能美市広域消防と連携して、年2回の消防訓練(内1回は夜間想定)を実施している。ご利用者様も参加して頂き、消防からの講評を含め改善検討を行っている。	年2回消防職員の指導のもと夜間想定にて総合避難訓練を実施している。うち1回は隣接の関連施設全体(総合病院、老健)との合同訓練であり、災害発生時における連絡・連携の強化を図っている。避難訓練には利用者も参加し、実際に避難することで避難経路・場所を確認している。地震発生については、図上訓練を行うことで対応策を周知している。	
39	(17)	○災害対策 災害時の利用者の安全確保のための体制が整備されている	防災マニュアルに基づき体制整備ができています。	防災マニュアルを策定しており、総合病院の防災センターや市・地域との連携、備蓄品の充実等について随時見直している。関連グループ全体(総合病院、老健、当ホーム)が地域の防災拠点・福祉避難所の役割を担っている。大規模災害に備えて、利用者の在宅時の安否確認の連絡網(避難場所含む)を整備している。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
40	(18)	○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	一人ひとり区別の無い言葉かけや対応をするように心がけている。個別のファイルは事務室の鍵付きの棚で管理している。	法人の全体会議にて接遇に関する研修会があり、利用者の尊厳に配慮した対応に取り組んでいる。トイレ誘導時の声かけ方法や入浴介助時の同性介助への配慮、呼称(利用者の反応のよい呼び方)への配慮と家族の了承等、尊厳とプライバシーを損ねないよう支援している。また申し送りやミーティング等は他者に聞こえないよう場所や声の大きさに配慮している。	
41		○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	入浴時間などご利用者様の希望を最大限尊重して対応している。また、身近なところではコミニ喫茶を開催して飲み物の種類を増やして選べる幅を増やしている。		
42		○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	ある程度の決まった日課はあるが、基本的にはご利用者様の個々に希望を聞き、参加を希望されなければ無理強いはない。また他の活動(散歩、個別運動、個別活動など)を希望されればできる範囲内で対応する。		

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		○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	毎朝の洗面、毎食後の口腔ケア、入浴後の整髪等を促し誘導、介助をしている。また、外出企画で洋服の買い物援助も実施している。		
44	(19)	○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	施設内での郷土料理作りをご利用様が先生となりスタッフが生徒となり、一緒に食材選びや料理を実践している。食事の片付けは主に食器拭きを中心に実践している。	献立や食材は外注業者にて準備されており、利用者は食事の準備や後片付け(お茶配膳、茶碗拭き等)をやりたい事・得意な事を職員と一緒にやっている。利用者の知恵や経験を活かし共にお正月料理や郷土料理(柿の葉寿司等)、おやつ作り(桜餅、干し柿等)を作って楽しむ機会を設けている。またイベント食(花見弁当、ひな寿司、パイキング等)や少人数での外食(回転寿司、道の駅等)を支援しており、利用者の楽しみとなっている。	
45		○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	かかりつけ医との連携を行い、水分摂取量や塩分摂取量をご利用様と共有して支援している。		
46		○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	毎食後は洗面所にて歯磨きやうがいをしていただき、口腔内の状況なども確認している。		
47	(20)	○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	排泄の記録をして、定時トイレ誘導や要求時対応などご利用者様に応じた対応や排泄頻度、サインを察知し支援を行っている。	全利用者について排泄チェック表を活用して個別の排泄パターン(間隔、サイン等)を把握している。排泄支援は利用者の必要に応じて声かけ誘導、排泄後のチェック等を支援している。自宅での快適な排泄のために福祉用具・排泄物品(パッド、リハビリパンツ等)の使用等の相談に応じている。物品使用時は本人のプライドに配慮して本人と相談・了解を得て適切なアドバイスを行っている。	
48		○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	水分摂取の確保、食事前の運動で自然排泄につながる事を行い必要時は医師に連絡し薬での調整も行っている。自宅での状況もご家族様に伺い確認している。		
49	(21)	○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	なるべく、ひとりひとりの希望やタイミングに合わせた入浴ができるように努めている。毎回お湯ははりなおして湯加減もご本人様の好みに添えるようにしている。	お風呂は毎日沸かしており利用者の希望に応じて入浴支援している。入浴順番や時間帯、湯の温度や量、好みの用品(湯上りの化粧水やシャンプー等)の使用等、個々の要望に沿った入浴を支援している。また季節に応じて菖蒲湯・ゆず湯等の変わり湯も利用者の楽しみとなっている。重度化に対応できるようリフト浴も設置されている。家族との外湯外出や自宅での入浴も支援している。	

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		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	休みたい方にはベッドやソファを利用できるようにしている。泊まりの方には個室にテレビを設置しており、自由にできるように支援している。		
51		○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	看護師が、個別服薬サポートを実施している。スタッフは服薬ファイルで種類や頻度について理解している。食前、食後の服薬を確認し、必要な方には介助し服用している。		
52		○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	毎月の行事を企画し活動を通じてレク活動、創作活動を行い個人の能力に応じて役割をもち共に楽しみながら行っている。		
53	(22)	○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	コミュニケアだよりなどで事前にご利用者様へ案内をして、外出行事を実施している。普段は行けないような大型店やレストランに行く企画も計画している。	日常的に天候をみて散歩や日向ぼっこ、ドライブ・買い物、畑への外出等を支援している。季節感を味わえるよう花見や紅葉観賞等の外出や普段は行けない場所(一日参り、動物園、ショッピングセンター等)への外出も支援している。また利用者の誕生日には思い出の場所や行きたい場所への個別外出を支援している。在宅時における外出は家族や社会資源(社会福祉協議会、地域ボランティア等)に「繋ぐ支援」にも取り組んでいる。	
54		○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	施設でのお金の持ち込みはご本人様およびご家族様に判断を委ねている。現在、週に1回パン屋さんが来所されて販売を行っている。その光景を見て買い物希望されるご利用者様はご家族様に要望を報告して了承のもと実施している。		
55		○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	携帯電話を所有されているご利用者様には施設内は自由に使用して頂いている。また、ご家族様に電話をされたい方は施設の電話を使用されている。手紙やはがきでのやりとりを希望される方は書き方や投函の支援をしている。		
56	(23)	○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	定期的に清掃を行っており、季節ごとに作品の展示や工夫を拵えている。	利用者にとって快適で居心地よく過ごせるように、利用者の希望や状況に応じて共用空間作りを柔軟に変化させている。希望に応じてリビングから離れた場所(小上がりの畳コーナー周辺)にテレビやソファを設置する等、一人でゆっくり過ごしたい利用者や気の合う利用者同士で過ごせる空間作りにも配慮している。またプランターでの四季の花栽培や畑での野菜栽培も支援している。	

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
57		○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	ハード面では十分対応が可能な施設設計となっている。ソフト面では居場所を固定せずに好きな場所に座ってもらうような声掛けをおこなっている。		
58	(24)	○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	ご本人様のなじみの物(好みのCDや読書本等)を持参して頂き自宅での時間と同じような時間が流れるような配慮を行っている	泊まり利用時は、利用者の希望に沿った居室(トイレが近い、静かな奥の部屋等)を利用できるよう支援している。また利用者の混乱がないよう出来るだけ同じ居室が利用できるよう配慮している。本人が安心して過ごせるよう使い慣れた身の回り品を持ち込んでもらっている。	
59		○身体機能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	できること、できないことを確認し、支援が必要最小限となるよう配慮している。		

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	23 (9)	普段の会話からのご利用者さまの思いや意向を抽出して、ケアマネや会議の中で報告しているが、言葉そのままには記録としては残っていない。	ご利用者の「ありのままの言葉」を記録に残して、その内容をプランの材料とする。	ご利用者様のしたい事、行きたい場所、好きな事等が込められた言葉は、「ちょうじゅ」のシステムにある相談支援の「相談連絡」欄に記録して集約する。 集約された事項をサービス担当者会議、小規模多機能型居宅介護計画書の材料として立案する。	12ヶ月
2	26 (10)	より具体的なニーズや目標を設定したケア計画をたてる必要がある。	現実的な小規模多機能型居宅介護計画書の作成。	ご利用者様の「ありのままの言葉」や自然に発せられた「希望や思い」を取り組み、それに沿った小規模多機能型居宅介護計画書に整合性が合うように立案、サービスの実施、評価を行う。	6ヶ月
3					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。