

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	2990600161		
法人名	社会福祉法人 協同福祉会		
事業所名	あすならホーム桜井 グループホーム		
所在地	奈良県桜井市粟殿800番地		
自己評価作成日	令和元年10月24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	www.kaisokensaku.whlr.co.jp/29/index.php?action=koukyuu_detail_022_kanistrue&livrosvoCd=2990600161-004&serviceCd=3204&Type=
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人Nネット		
	奈良県奈良市高天町48-6 森田ビル5階		
訪問調査日	令和1年11月28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)】

尊厳のある対応＝利用者本位。落ち着いた居場所づくり(設備面含む)。行政及び地域との関係性づくり(会議・企画への参加)。

【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)】

事業所は木造二階建ての2ユニットで内装は杉材や畳、和紙を使用し、落ちついた暖かみがある純和風に造られている。「自宅の暮らしの延長を支援する」事を大切にされた法人の理念でもある「大切にしたい7つのこと」を軸に「10の基本ケア」を掲げ職員全員が共有し実践しており、利用者が地域の一人として自由で自立した生活が出来るように個別ケアを第一に考えている。管理者と職員は上下関係を感じさせない風通しの良い人間関係が出来ている。地域との交流を活発に行い地域の拠り所づくりを目指し、地域関係者や行政からの信頼があつ事業所である。

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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者の 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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 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、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 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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 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	法人理念として“大切にしたい7つのこと”を掲げて、全体会議及び職場会議を通して理念の共有を行っている。また、「10の基本ケア」の学習や実践を通じて、理念を体現している。	法人の理念の他に、この事業所独自の「利用者からのくありがとう(期待以上の事をしてもらった)」の想いを頂ける仕事」の目標を目指し、職員間で共有して、上質なケアの提供に向け日々研鑽に努めている。	
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人として日常的に交流している	外出できるケアプランを作成し、日常的に外出することで社会性を保つように支援している。 買い物、美容、飲食を通じて、顔なじみ関係性を強化する。毎週木曜日、地域で行われている、いきいき体操に入居者も参加し交流している。毎日、ホームで行っているリハビリ体操に地域の方が来て頂き交流している。秋祭りへの参加で貢献度を高める。	地区区長が地域との交流を理解し協力的で助言や何かと声かけがあり、地域の活動の幅が広がっている。自治会のクリーンキャンペーンに利用者も参加しているが、今回は雨天のため職員のみ参加となった。前回の外部評価の課題であった「地域の学校や保育園との交流」については近隣幼稚園のお茶会に参加し、小学校も知り合いを通じて交流する準備を重ねている。	
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	桜井市主催「認知症サポーター養成講座」を受講された方を対象に、さらに認知症の理解を深めてもらうための受入れ施設になった。年に2回の「地域学習会」を開催し、10の基本ケアの説明、リハビリ体操やホームでの取り組みを報告。		
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	2か月に1回の運営推進会議では、入居者家族・区長・民生委員・地域包括職員・地域の代表が参加し現在の介護状況を報告して共有している。参加者から意見を頂く時間を確保し、意見から改善すべき点を運営に反映させている。	運営推進会議は地域包括支援センター職員、区長、民生委員、地域の代表、利用者家族の参加を得て、奇数月の第3木曜日に年6回行われている。事業所のかかりつけ医にも会議の内容を報告することで参加の形をとっている。職員には会議と朝礼で内容を報告し共有している。	
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	行政主催及び推奨の会議・企画に参加したり、月に1回程度市役所を訪問し、情報交換や支援を受けている。2018年12月末、桜井市長(副市長、部長、課長、主査)、協同福祉会理事長(常務、エリアマネジャー、室長、施設長)と意見交換をおこない、新規事業への期待の声を頂いた。	生活保護受給の利用者についての相談や介護保険制度について市担当課と連携をとり情報交換している。また以前、法人主催の「全国地域包括ケア推進協議会」に市の福祉部長と課長が参加したり、会議資料の提供などをして意見交換をしている。	
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	会議や研修で身体拘束をしないケアについて学習し、ベッド柵をしない、玄関の鍵の施錠をしないなど拘束に当たらないことはしていない。運営推進会議や職場会議で、状況を報告している。開設以来、身体拘束事例は発生していない。	玄関ドアは日中施錠していない。また1階2階への行き来も自由で、中にはエレベーターを使用する利用者もいる。其々の居室には利用者のADLに応じた動線を意識した家具の配置で自立支援を促し、転倒等を防止している。	
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注意を払い、防止に努めている	会議や研修で虐待防止について学習し、ベッド柵をしない、玄関の鍵の施錠をしないなど拘束に当たらない。運営推進会議や職場会議で、状況を報告している。職員にストレスチェック調査票を実施し、心身状況を把握している。開設以来、虐待事例は発生していない。		

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
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	権利擁護を使っている方がおられない。今後、職員についても権利擁護対象者を採用する可能性もあり、施設長は日常生活自立支援事業や成年後見制度の概要は理解している。		
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	原則、自宅を訪問し、利用者同席のもと、契約書・重要事項説明書には十分な時間をかけて説明し同意を得ようとしている。		
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	2か月に1度の運営推進会議に、家族に参加して頂き、情報の交換を行っている。 家族の面会が多く、家族の面会時にも情報の交換行い朝礼などの場で報告している。ケア会議にも家族が来て頂き要望など聴いている。	家族の意見や要望は来訪時に聴くようにしているが、今のところ施設やケアに関する意見や要望はあまり出ていない。家族との交流をより深める為に近々家族懇親会の開催を計画している。前回の外部評価の課題であった「昼食後のアクティビティ」については家族と話し合いながら取り組んでいる。	
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	業務改善会議(職場会議)を開催し職員からの意見を聞く機会を設けている。また、夜勤者会議・医務会議、管理者との個別面談もあり、意見や提案しやすい環境ができています。毎日の朝礼時にも職員からの意見や提案できる機会を設けている。	管理者は年2回職員と個別面談を行い意見などを聴く機会を設けている。職員からは開設3年目に入るこのホームの設備面での要望が一番で、管理者は相談を受ける度に対応し改善している。また今回の訪問調査で管理者と職員の上下関係を感じさせない風通しの良さを感じた。	
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	代表者は各施設長からの週報及び毎週開催の業務会議で、現状を把握し、全体会議や経営会議を通じて改善している。年に2回管理者と職員の面談の場(目標設定、考課)を設け、働きやすい職場づくりをしている。		
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	代表者は2019年度に人材開発部という教育部門を新設した。また、入職後に法人で開催されている講座に参加して頂き、当法人の理念など学んで頂いている。 法人内のケアマイスター制度、各種研修の案内を毎年行っている。必要に応じて、外部研修を受講してもらっている。資格取得の支援もある。		
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	代表者は「地域包括ケア推進協議会」を通じて、地域及び全国の関係者のサービスの向上に努めている。また、事業所では、市内の関係者の研修会や交流会など定期的に参加し、交流の機会となっている。		

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
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	入居前に職員と入居者と自宅で顔を合わせる機会を持ち、本人の人生経歴を把握し、ケアプラン作成に反映させている。		
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	入居前の面談時に家族の困っていることを聞かせて頂く機会を作っている。自宅にも職員訪問させて頂き、要望など聞かせて頂く場を設けている。契約時も、自宅ですべて頂いている。		
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	自宅に職員を訪問させて頂き、要望など聞かせて頂き、支援内容を提案、確認する場を設けている。相談の段階で一方的に断ることはせず、別のサービスについても説明と提案させてもらうよう努めている。		
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	食事の準備・配膳・下膳、洗濯物干し・たたみなど入居者さんと共に実施している。		
19		○本人と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	面会回数の制限はせず、来てもらえる限り来て頂いています。その際は、職員は家族とお話しをさせて頂くように努めている。本人・家族・職員と一緒に外へ行く機会を設けている。		
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	入居前に本人や家族より馴染みの人や場所の把握に努めている。古くからの友人、行きつけのお店にも継続して出掛けられている。また、御用聞きも利用されている。教え子の方も面会に来られ関係性も維持できている。来客や電話があった場合はゆっくりと会話ができるよう環境を整えている。	利用開始前と利用開始時に、利用者の馴染みの関係を本人や家族から情報を把握し、利用者の家具などを先に搬入し、本人が後から入居することで、自宅からの違和感を和らげ、生活のリズムを崩さないよう、慎重な対応を心掛けている。家族に頻繁な来訪と馴染みの場所への外出をお願いしつつ、日常の外出は職員がケアプランに基づき実施している。利用者の中には携帯電話で家族に連絡を取る方や馴染みの果物店やクリーニング店を利用する方もある。	
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関わり合い、支え合えるような支援に努めている	座席の配置を工夫する。入居者同士お部屋でお話して頂いたり、ソファなどを配置し関わり合いを持てるよう環境を整えている。		
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	サービス終了後も介護の相談、運営推進会議やランチ、ボランティア活動などの参加の促しを行う。		

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
血縁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	入居後も生活歴・趣味・ホームでの暮らし方の希望や思いの把握に繋げている。日々の会話で出る本人の思い希望など把握できるよう努めている。随時、ケア会議を開催して本人の立場になって合意するようにしている。	利用開始前に自宅訪問し、本人の生活歴や趣味・希望などを利用者本人と家族から聴き取りアセスメントに記録し、ホームでの暮らし方や希望、思いの実現に繋げている。各利用者ごとに決められた担当職員が、家族から意見や希望などを聴いた情報を全職員が共有している。	
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	アセスメント表を用いて、入居前の面談時に本人・家族より生活歴などお話しして頂き把握に努めている。		
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	「支援経過」、「介護計画書」など用いて、本人の心身状態の把握に努めている。		
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	ケア会議には家族に参加頂けるように働きかけている。担当職員が本人、家族からの要望や意向を聴き、介護計画作成しケア会議を行っている。ケア会議で介護計画を最終まとめ、朝礼時に報告している。	介護計画書は本人、家族の要望や意見を聴き、職員の意見を加えながらケアマネジャーや管理者が作成している。ケア会議を行い、家族に確認して最終的にプランを決定している。また家族の来訪時に要望などを聴き、それらを介護計画に反映するよう努めている。	
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	日々の「介護計画書」や「支援経過」記録により職員の情報共有し、介護計画の見直しに繋げている。朝礼時にも日々の様子を報告することで情報共有している。		
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	本人の状態によっては、家族の同意を得て、急なお出かけにも対応している。ニーズに応じて病院への送迎、帯同対応など行っている。看護師を日勤帯で配置し、夜勤帯も主治医と連携しながら対応している。		

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	
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	区長及び地域住民の理解のもと、毎週木曜日、地域で開催される「いきいき体操」にも参加している。入居後もスーパーへ買い物行く支援の継続。			
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	契約時にかかりつけ医の意向を確認している。月に1回、事業所の内科のかかりつけ医の訪問診療を受けている。緊急時に対応して頂いている。入居者個々のかかりつけ医に家族さんが付き添って受診する方もいる。必要に応じて歯科医の訪問もある。	利用開始前に事業所の協力内科医を利用者本人のかかりつけ医とすることを家族の意向を確認し同意を得ている。月1回ホームのかかりつけ医が訪問診療を行い、必要に応じて歯科医の往診を受ける事が出来る。日中介護職員はもちろん、看護師職員を配置し健康管理を行っている。		
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	体調の変化があればその都度、看護職と連携し対応している。また、看護師が参加する医務会議で、入居者の対応を協議し、その結果を介護職と共有化している。			
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。	入院者が出れば定期的に面会に行っている。面会時は医師や看護師と情報交換している。病院の相談支援センター等を通じての退院カンファレンスを実施し、安心して戻っていただいている。			
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	本人の状態変化に合わせて、職員同士でも話し合いを行い、できることの共有し支援に取り組んでいる。家族を交えたケア会議も開催し、職員・家族とも協力しながら支援に取り組んでいる。契約時に、事業所のターミナルケアの指針について説明するとともに同意を得ている。重度化した場合は本人や家族の思いを再確認し、かかりつけ医・看護師・介護職と連携しながら対応している。	看取りについては契約時に指針と共に「意向伺い書」の説明もして同意を得ている。本人が重度化した時に、再度本人と家族の意向を確認し、医師、看護師、職員が連携し看取りの体制をとり、家族の協力を得てターミナルケアを進めている。今年度家族の付き添いのもと1名の方の看取りケアを行い、初めて経験した職員もいたが、最期まで関わられて良かったという安堵感とともに達成感もあった。事前に看護師によるターミナルケアに関する研修を行い、職員の精神面のケアやエンゼルケアも実施できた。		
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	初期対応など説明行っているが、まだ、職員によって対応力の差がある。			
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、消防避難訓練を実施している。内1回は夜間帯を想定した避難訓練を実施。実際に水消火器を職員・入居者も体験している。職場会議や朝礼時にも対応の仕方、まとめなど報告している。職員は携帯用避難マニュアルを全職員所持している。	避難訓練は4月と10月に実施し、うち1回は夜間帯を想定した避難訓練であり、また防火設備関係者の参加もあった。運営推進会議で自治会から「近い将来、地域の避難所の役割」の引受の依頼があり前向きに検討するとともに、地域の人達を交えた避難訓練も行いたいと考えている。		

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
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	法人として、一人ひとりの人格を尊重している。本人の言葉には耳を傾けるよう努めている。言葉かけ対応の仕方など出来ない職員へはその都度注意して改善するようにしている。	利用者本位を第一に掲げ、人としての尊厳を大切に考え、人生の大先輩であることを念頭に利用者の話を聞き、自由な生活を保障するケアの実現を目指している。	
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	ホーム内は自由に行動してもらい、希望があればその都度職員が聞き、入居者に選択してもらえるようにしている。		
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	その日の過ごし方については基本的には自由である。タイムスケジュールを押し付けないよう都度見直している。		
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	入居後も化粧など継続して支援している。お出掛けの際は、特に身だしなみには気を付けている。昼と夜で着ている服は替えるよう努めている。		
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	味噌汁作り、盛り付けなど入居者に手伝ってもらっている。あたたかい食事を一緒に会話を楽しみながら食卓している。食事は給食業者から調理済みの主菜が納入され温めて盛り付けし、ごはんは味噌汁は各ユニットの台所で職員が作り提供している。本人の好きな食べ物を個別に外食支援している。	食事は給食業者が納入する調理済みの主菜を温め盛り付けし、職員手づくりのご飯と味噌汁を提供している。職員も利用者と同じ料理を同じテーブルを囲み食事を楽しんでいる。また利用者の希望で食べたいものがあれば、給食業者の納入をキャンセルして職員が手作りして楽しんだり、外食も楽しみにしている。利用者の誕生日にはケーキを焼いて皆でお祝いしている。	
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	入居者の状態に合わせて水分量など記録している。水分を十分に摂られない方に対して、お茶ゼリーなど工夫し確保している。		
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	毎食後の口腔ケアを実施している。状態に応じて、歯科医による訪問歯科診療も実施している。		

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
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	トイレに座って排泄できるよう支援している。日中おむつの使用している入居者は居てないが、夜間帯のみ家族との話し合いと職員同士の話し合いにより1名、病的なため紙パンツを使用している。 他の入居者さんは昼夜を問わず布パンツとパットで過ごしている。	ほとんどの利用者は布パンツとパットを使用し、居室内にトイレを設置しているが、ホーム内のどのトイレでも自由に使用でき、手すりの替りにファンレストテーブルを設置し安全で自立した排泄ができるよう支援している。椅子に座る事が出来たらトイレでの排泄が可能になる事を実践し、生活リハビリで自立を支援している。	
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	水分促進にお茶ゼリーなど工夫し便秘予防している。		
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	週2回、檜を使用した個浴にゆっくり入浴できるよう支援している。前日に声掛けしたりその方が入りやすい時間に合わせて入浴している。日によって入りたくないこともある為、その場合、時間変更したり後日入るようにしている。浴室の床は耐水性の畳を使用し、畳の上に乗って洗身される入居者も居る。	入浴は週2回とし、職員と1対1の対応でコミュニケーションを大切にしており、リラックスし本音で話す利用者もいて、それらの情報を後のケアに活かしている。浴槽は檜材の個浴で窓から見える景色はとても良い。入浴介助は手順を理解し技術を習得した職員が個別に対応し入浴を支援している。	
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	安全面も考慮し、普通ベッド、低床ベッド、布団を選択してもらっている。自室で過ごして頂いたり、フロアのソファで休憩してもらったりと、その方のタイミングで休んでもらっている。		
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	アセスメント表に薬の効果や用量など記載している。 服薬の変更ある度に状態の観察を介護職・看護職連携しながら行い、かかりつけ医に報告している。		
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	役割づくりとして、食事の調理や盛り付け、食器洗い・拭き、洗濯物たたみ、体操の準備など一人ひとりにあった支援を行っている。		
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	本人の気持ちをケアプランに落とし込み、外出を実施できるように努めている。外出の際、食事も兼ねる。買い物、体操、花見、社寺巡り。家族面会時に近隣を散歩し、喫茶店に立ち寄る時がある。カラオケのお店の方が送迎など協力して頂きながらお出かけてきている。	個別ケアを大切にするという考えのもと、ホーム全体の外出は季節の花見に出かける程度で、個人ごとの外出支援は行っているが、利用者全員揃っての外出の企画は行っていない。個別に其々行きたい所の希望を聴き、外出する支援を行っている。地域の公民館で毎週行われる「いきいき体操」は毎回2～3人の利用者と職員が共に参加している。	家族アンケートの「外出」の設問の回答結果が芳しくなく、ホームの個別ケアの方針や実際の外出の様子が家族に伝えきれていないように思われる。毎月の利用料請求書に外出の様子を伝える便りを添えるなど、家族とコミュニケーションを密に取る工夫を期待する。

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
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	買い物可能な入居者は、家族と月額の上限を決めて、同伴し、ほとんどの入居者は事業所での立て替え金対応させて頂いている。中には入居者がお金を所持し買い物などされている。		
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	1名が携帯電話で家族に電話されている。携帯電話所持していない2名の方は、事業所の固定電話を使用しやり取りしている。		
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	畳や木を使用し家庭的な雰囲気重視している。居間や廊下の床は、畳や木が使われており、和風で落ち着いた構造。浴室も畳や木を使用することで気持ち良く入って頂けるよう努めている。共用スペースでは、テレビを配置せず、穏やかに過ごしてもらおう。	南側のバルコニーに続く食堂兼リビングは明るくて広く、利用者の体型に合わせたテーブルと椅子があり、壁には目立つ掲示物や飾り物はなく自然で家庭的な雰囲気である。廊下は広く、杉材の床は滑りにくく暖かい。壁には手摺はなく利用者が自立した生活が出来るよう配慮されている。	
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	フロアにソファを置くことにより一人で過ごされたり、気の合った同士が座り楽しくお話しできる環境にしている。共用スペースで歌の好きな入居者同士、歌詞カードを見ながら、歌を口ずさんでいる。		
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て、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	自宅で使われていた馴染みの家具や本人の好きな物を持ち込んでもらっている。	居室にはトイレ、クローゼット、エアコン、幅広の木調ベッドが設置されており、ベッド柵や手摺は設置せず安全に移動するために利用者の動線に合わせて、手摺に替わる台や家具を設置している。	
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	トイレの場所が分かるようにトイレマークを貼ったり居室内では安全かつ自立した生活を送れるよう柵などを有効活用し手のつく場所を確保している。		

目標達成計画

作成日: 令和2年1月22日

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	49	個別ケアを大切にするという考えや実際にしている外出の様子が家族に伝えきれていないように思われる。そのため、家族に伝える工夫をおこなう。	本人の気持ちや家族の意向を基にケアプランの中で外出を計画し、実施する。外出したことを見える化したり、直接、家族に報告し、ケアの内容を周知する。	外出等の企画を実施する場合、事前・事後の報告を家族におこなう。可能な限り、家族の参加も働きかける。実施の様子を写真で記録し、家族に見てもらう。全家族には、写真ファイルを常備し、閲覧してもらう。また、映像を活用して家族懇親会等の場で外出等の取り組みを報告する。	12ヶ月
2	2	新規事業を進めるに当たり、地域との関係性を強化する必要がある。地域住民はもちろん、自治会、老人会、学校など各種諸団体とも関わることで、「あすならホーム桜井」を知ってもらうことを進める。	自治会、老人会、地域の幼稚園・保育園、学校関係との意見交換(挨拶)をおこない、認知度を高め、交流をもつ機会を見出していく。	企画の参加機会を捉え、自治会、老人会との関係を深める。近隣の幼稚園、小学校、中学校、高校等、可能なところから挨拶も兼ねて訪問し、交流の意思をお伝えする。意思がある学校には、交流の具体化に向けて、意見交換をすすめ、実現していく。また、地域の方々への働きかけを通じ、機会をつくる。	12ヶ月
3					ヶ月
4					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。