

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	2393200072		
法人名	社会福祉法人せんねん村		
事業所名	せんねん村グループホームとみやま(一丁目)		
所在地	愛知県西尾市富山町銭成畑9番地2		
自己評価作成日	平成25年12月10日	評価結果市町村受理日	平成26年 3月 6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.kai.gokensaku.jp/23/index.php?action=kouhvu_detail_2013_022_kani=true&JiyosyoCd=2393200072-00&PrefCd=23&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
所在地	愛知県名古屋市長区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成25年12月25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)】

○H24年4月に開設して以来、「せんねん村は地域の皆様の暮らしを支え共に歩み続けます」「このころのびのび・からだいきいき・いのちきらきら 大切にしますあなたの個性」の使命・方針に基づき、『今日も一日良い日でした』と言っていただけたようなサービスを目指しています。
 ○建物の周囲には、スーパーや薬局、神社など徒歩圏内にあり、毎日の散歩や買物などで挨拶を交わしたり、地域住民としての暮らしを大切にしています。建物内部は、木をふんだんに使用し、廊下やリビングなどにも畳を使用して、温かみのある雰囲気です。近隣の保育園との交流や近所の子供さんとの交流も始まり、地域の中で多世代が交流できる場を目指して取り組んでいます。
 ○運営推進会議で利用者・家族・地域の皆様から頂くご意見を、サービスの向上につなげています。

【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)】

開設から2年目を迎え、目指す運営体制にも形が見え始めた感がある。グループホームの役割と存在目的をよく理解し、ホームとして何が出来るかを基本に体制づくりを推進している。法人→ホーム→職員(個人)の目標をつなげることで、法人理念の達成を目指す取り組みは、年々充実を増し、職員が自身の個人目標達成を目指すことで、自分達の仕事に意義とやりがいを見つける人材育成にもつながっている。法人目標を受けた部署(ホーム)目標策定と、部署目標達成のための個人目標策定を行う整合性は見事である。半期毎に達成度を検証する仕組みも構築し、やりっぱなしにしない取り組みも、職員の意欲とモチベーション維持に効果を上げている。「今日も一日良い日でした」と言ってもらえる、あくまでも利用者本位の支援実践はぶれることのない方針である。

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)	○	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	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拡がったり深まり、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	・名札の裏に理念が表示してあり意識しながら日頃のケアに活かしています。 ・毎月のミーティングで理念についての項目用紙を配布し意見を発表しています。	入職時研修で職員の心得を学び、理念への帰結を考える機会がある。法人理念・法人目標をホーム目標に落とし込み、さらに職員一人ひとりが個人目標を策定することにより、役割づくりややりがいにつなげている。	特に今年度は、個人目標が法人理念達成につながることを意識統一に力を入れていることから、今後は一歩進んで、利用者の介護計画の目標が理念帰結につながる意識統一が期待される。
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	・地域のお祭り、地域の防災訓練、町内の掃除などに利用者と参加し交流しています。 ・朝のゴミ捨てなどで地域の方との挨拶を心掛けています	ゴミ当番や地域清掃に参加し、地域住民としての役割と仕事を担っている。散歩中の挨拶、ボランティアの受け入れ、福祉体験授業の受け入れ、図書館等の社会資源の活用等、交流の機会を多く持つように努めている。	
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	・運営推進会議を通して町内会長や地域包括支援の方等に意見交換しています。 ・各学校からの実習の受け入れや見学者へのサービス内容の説明を行っています。		
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	・運営推進会議を通して市役所の方、町内会長、地域包括支援の方、利用者とそのご家族様へ報告し意見交換を行い、ご指摘やご意見を頂き改善に取り組んでいます。	年6回の開催がある。利用者、家族、市担当者、地域包括支援センター、介護相談員、地域代表等が参加している。ホーム運営や支援について、家族からの要望や提案も多く、行政や地域を交えた意見交換を行う有意義な会議となっている。	
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	・市の介護相談員の定期的な訪問で日頃の様子などの意見交換を行っています。市が主催する勉強会にも積極的に参加しています。	認知症サポーター研修の講師受託、市民病院主催の「地域医療を守る会」のグループホーム部会への参加等、認知症高齢者介護の専門家として貢献がある。市の介護相談員の毎月の訪問を受け入れ、意見交換を行っている。	
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	・法人の勉強会に参加し理解に努めています。 ・ケアに関して職員と話し合い身体拘束のないケアを行っています。	主に法人内研修参加で正しい理解の周知を図っている。研修参加が叶わない場合も、研修資料はいつでも閲覧が可能になっている。特に「スピーチロック」について、ホーム内で意識を共有し、利用者本位につながる支援に反映させている。	
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	・勉強会やフロアミーティングで学んでいます。 ・身体のみならず、心理的虐待の防止にもつとめています。		

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
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	・勉強会に参加したり、資料を見ながら学んでいます。職員全員が内容に対して理解が出来ているかは不十分のため、今後も理解促進が必要です。		
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	・契約に関する事や市町村からの情報・改定があれば、管理者を中心にご家族へ知らせたり、通信便りなどにも記載しています。		
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	・運営推進会議にて役所の方、町内会長、ご家族からのご意見や要望をしっかりと聞き入れ、次回開催時に返答できるように努めています。	運営推進会議への参加は多く、運営や支援への意向や提案聴取の機会になっている。個人的な意見・要望は面会時やサービス担当者会議時に聴き取りを行い、内容については迅速な対応に努めている。	
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	・定期的に個人面談を行って意見交換しています。 ・業務での不満や不安の声は毎月のミーティングで話し合い共有し、チームで解決するように心掛けています。	月1回、原則職員全員参加の全体会議と、同日にユニット毎の利用者全員を対象にしたケアカンファレンスを行っている。利用者担当職員が司会となり、メンバーと積極的な意見交換や提案協議の場として活用している。	
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	・職員全員が半期ごとに人事考課を行い、個々に目標設定し取り組み、結果が出せるようにそれぞれに合ったサポートを行っています。		
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践と力量を把握し、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	・法人の勉強会、市の勉強会、外部への研修などに積極的に参加し、その内容をミーティングで発表しています。		
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	・県や全国のグループホーム協議会に加盟しており、研修会への参加や他ホームへの見学会や交流会も開催しています。 ・法人内の4つのグループホーム全体で目標を共有し取り組んでいます。		

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
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	・ご本人の今の思いを大切に、よく耳を傾け不安なことなど一緒に解決できるよう話し合うように努めています。 ・入居前に関係者で連携し暮らしや家族状況等を話し合っています。		
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	・ご家族やご本人が困っていることや要望などを聞き入れ一緒に考え安心できるよう、話し合い信頼を得て頂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	・ご本人が「今何を求めているか」をしっかりと見極めサービス担当者会議を通して報告、意見、相談を伺っています。		
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	・ご本人に役割を持って生活して頂き、共に生活を支え合い食事作り、掃除、洗濯といった場面で教えて頂くような関係作りに心掛けています。		
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	・ご本人の日常を毎月、写真付きお便りや手紙で伝え、面会時にも日頃の様子を写真を見せながら報告しています。		
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	・ご友人や親戚の面会がある場合はゆっくりと過ごせるように居室へご案内する配慮をしています。 ・外出したついでに馴染みの地域まで足を運ぶ機会をつくっています。	「私の暮らしシート・私の生活史シート」の活用で、本人の馴染みを探っている。希望の場所への外出、編み物等の趣味の継続等を支援している。絵手紙作成や読書等の習慣の継続は、レクリエーションでの「意外な発見」がきっかけになることもある。	一人ひとりの個別支援の充実に着目すると、課題として、ユニット毎、職員ごとの温度差と意識統一がある。今後の取り組みや工夫が期待される。
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	・利用者同士が助け合いながら暮らす場面も多い反面、トラブルもありますが関係性を見ながら、その時に応じて皆と一緒に過ごす、ひとりで活動するなど、空間や関わりの工夫をしています。		

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
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	・まだ契約終了した方はいませんが、関係性を持続していきたいです。 ・職員の異動があってもご本人の様子を伺ったり挨拶したりして関係性を持続しています。		
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	・表情や行動を見守り、ご本人の意向をくみ取れるように心掛けています。 ・サービス担当者会議でご本人とご家族のご要望をお聞きし、意向・希望に沿ったケアプランを立てています。	入居前に家族に依頼して提出してもらった「私の生活史シート」「私の暮らし方シート」を活用し、アセスメント内容をプラスして本人の意向を把握している。日常的に聞き取った希望・要望を交え、本人本位の介護計画立案につなげている。	
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	・ご家族との会話の中で今までの暮らし、馴染みある物や場所をお聞きしケアに努めています。 ・昔の話題から活力を生み出すコミュニケーションをとっています。		
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	・お一人お一人の様子をしっかり観察し心身状態の変化や現状の把握に努めています。 ・ケアプラン更新時にご本人の出来る事・出来ない事を把握しながらプランを作成しています。		
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	・3～4ヶ月毎にご本人、ご家族を交えてサービス担当者会議を実施し要望や意見頂きながら計画を作成しています。 ・毎月のカンファレンスで状況を報告し合いケアプランチェックのモニタリングを実施しています。	介護計画に沿った介護記録を作成している。ケアプラン実践チェックで毎日のモニタリングを行っている。サービス担当者会議を見直し時に実施し、家族の参加もあり、本人と家族の意向確認を行っている。「24時間シート」には細部に渡る個別支援を記載し、個別の手順書として示している。	
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	・フォーカスチャータリング法を用いた記録をとり、記録をケアのモニタリングとして共有しています。時には単調な記録もあります。 ・ひやりはっとを活用しケアも実践に努めています。		
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、その時々にも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	・サービスの多機能化までは取り組めていませんが、今後どのようなことが取り組めるのか検討していきます。		

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	・ゴミ捨て、近所の床屋さん、回覧板のお届け、ボランティアによるイベントなどさまざまな地域との交流に触れ合える支援を行っています。		
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	・内科や歯科、皮膚科、眼科など、ご本人・ご家族と相談しながら希望する医院と連携できるようにしています。 ・ご家族が付き添いで受診されるさいには伝達用紙を作成し、情報共有をしています。	現在はほとんどがホーム協力医の往診を利用しているが、本人と家族が希望する医者をかかりつけ医にすることができる。他科・専門医受診は原則として家族対応とし、家族が受診同行をする際は伝達用紙で日常の様子を情報提供している。受診後も家族と情報の共有を図っている。	
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	・定期的な協力医による訪問診療や受診時には介護職から看護師へと伝達用紙を活用し伝えていきます。 ・職員は随時看護師と相談したり指示を頂いたりして連携できるようにしています。		
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、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。	・病院関係者との情報交換を行い、退院後のケアにつなげられるようにしています。 ・市内の医療機関とグループホームが連携し、共通の情報シートを作成したり、情報交換ができる会議を定期的開催しています。		
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	・事前指定所書や看取りについてご家族と話し合っています ・終末期を迎えた場合、ご家族にも今後のあり方について話し合い共に最期を迎えることができるように支援していくために知識をつけていく必要があります。	本年度は、事前の話し合いでホームでの看取りを希望されたが、最終的には病院移行になった終末期支援が1例ある。家族がホームに泊まり、本人の終末期を支援する協力もあり、相互の信頼関係が深まる結果が得られた。職員の不安を軽減する目的で、法人内の看取りの研修に参加し、知識を共有している。	
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	・職員全員が分かりやすい様に手順書を作成し確認できるようにしています。 ・急変や事故に対してのフィードバックを看護師を踏まえて職員全員が行っています。		
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	・自施設の避難訓練の実施や、市や町内の防災訓練にも参加し災害に対する知識を徐々に身につけています。 ・運営推進会議では毎回防災を議題にし、地域への働きかけを行っています。	年2回の避難訓練を行っている。同時に炊き出し訓練も行い、より具体的訓練を実施している。福祉避難所の指定を受け、地域貢献を図るとともに、5日分の飲食料の備蓄、ホームに留まる職員の着替えの準備等、高い意識で取り組んでいる。	

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	・馴れ馴れしい言葉使いをしないように心掛けています。 ・居室に入る際のノックや、トイレ案内の声掛けなど配慮に沿った対応をしています。	職員は利用者に対し、「人生の先輩として、自分が教えられる立場として、なれなれしくしないように」という意識で対応している。尊厳を持った語りかけにも配慮し、利用者に対する接遇が、自身の仕事であるということを理解して対応している。	
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	・ご本人の希望を伺える言葉の問いかけに心掛け、意思決定が難しい方にもジェスチャーなどで伝達して伺っており、選択肢を与えるような問い掛けを行っています。		
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	・本人が主体となって生活出来るよう一人一人のペースに沿ったケアを心掛けています。 ・希望に沿った支援ができていない部分もあり、職員側主体のケアにならないように今後もつめていきます。		
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	・毎朝の髭剃りや整髪の声かけをしています。着替えは服を選んで頂いたりしています。 ・口腔ケア、爪切りなどの介助ケアに努めています。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	・嗜好や食べてみたい物を、献立に取り入れ、買い物時に購入したり一緒に食事を摂ってメニューの話題にしています。 ・食事準備は一人一人が出来ることを一緒に行っています。	自分の食器は自分で洗う。配膳、盛り付けは人の分まで行う。メニューは前日に利用者に希望を聞き取り、利用者と一緒に買い物に出かける。等、通常「当たり前」の支援を実践している。共同生活の顕著な一場面であり、役割を果たす利用者の明るい顔が印象的である。	
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	・野菜を多くメニューに取り入れています ・利用者が食べたい物や栄養を考慮したメニューを提案し決めています。		
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、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、声をかけ口腔ケアを行って頂いています。 ・義歯使用者の方は夜間お預かりし洗浄剤にて除菌しています。		

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
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	・表情や行動をみて声掛けし安心できるトイレ案内を心掛けています。 ・しっかりと排泄パターンを把握し自立に向けたケアを行って行きたいです。	トイレでの排泄を基本として支援を実践している。重度化で2人介助が必要となっても、本人の尊厳を尊重し、トイレでの排泄の支援をしている。排泄支援で特別な支援が必要な場合は、介護計画・24時間シートに記載し、適切に支援している。	
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	・排便に良い飲み物や食べ物を調べて提供し、自然排便が行えるよう工夫しています。 ・排便状況を把握し個々に応じた薬の処方を行っています。		
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、個々にそった支援をしている	・ご本人の好みに沿った入浴環境を手順書にして入浴して頂いています。 ・今現在は業務都合の時間で入浴のお誘いをしており定期的に入浴はできています。	各ユニット、毎日の入浴を可能にしている。リフト設置もあり、重度化で介助が必要な利用者への対応も可能となっている。生活保持の観点から、基本的に最低隔日の入浴を支援し、入浴拒否についても、その時に応じた声掛け、対応職員等を工夫している。	
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	・不安で起きてこられる方がいれば落ち着かれるまで一緒に過ごし安心して休んで頂くよう不安の解消に努めています。 ・居室の温度、湿度、音に配慮し環境の改善に努めています。		
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	・薬の目的や用法について理解し、服薬ミスをゼロに努めています。 ・体調の変化の観察、薬の変更等の記録をして情報の共有し努めています。		
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	・やりがいや役割をもって生活できるような活動をケアプランに取り入れ、楽しみ事、気分転換の支援をしています。(調理、配膳、編み物、買い物、水やり、掃除、洗濯物たため)		
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	・なかなかその日の希望に沿った外出支援の頻度が少ないのが現状ですが、買物やゴミ捨て、外出イベントなど外出できる時はなるべく出掛けられるように努めています。	モーニングの習慣のある利用者の喫茶外出店、毎日の食材の買い物、ゴミ捨て等、外に出る機会を作っている。行事外出の企画も多く、季節の外出(初詣・花見等)は利用者の楽しみになっている。個別外出にも力を入れ、馴染みの場所への外出、買い物、図書館等、外出の機会を多くするように努めている。	各ユニットの取り組みの差が課題となっていることから、支援提供が難しい状況軽減の工夫が望まれる。

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	・個々のお小遣いに関しては施設で管理させて頂き、買物の際にはご自分でレジの方へお支払いし職員がお手伝いする形でサポートしています。		
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	・年に一度の年賀状作成は取り組んでいます。 ・電話については取り組んでいません。		
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	・廊下やウッドデッキに椅子や長椅子を設置することによっていつでもどこでも腰かけて頂ける空間を作っています。 ・洗面台やキッチンに花を飾ることで心が穏やかになれるような空間作りを心掛けています。	共有空間の掃除は利用者と共にやっている。ホーム全体が雑多な雰囲気にならないように気を配り、飾り付け等も過度にならないよう普通の「家」と「暮らし」を念頭に置き、対応している。ホームの持つ和風のしつらえを活かした環境づくりがある。	
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	・食堂でくつろいだり、リビングでテレビを見たり、お一人お一人がそれぞれの居場所にあった過ごし方をしています。		
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	・ご本人が使い慣れた家具や椅子、布団、置物を使用することで心地良く過ごして頂いています。と思います。 ・もう少しご本人やご家族とお話しているりと工夫をしていきたい。	可能な限り利用者と共に清掃している。ホームの呼びかけ、家族の協力もあり、物品の持ち込みは多い。入居後も本人の生活習慣を観察して、より良い居室環境を工夫している。視察したどの居室も、その人を理解した環境であることがうかがえた。	
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	・トイレの場所がわからない利用者の方へトイレの案内表示を設置したり、転倒防止や衝撃吸収の補助、保護カバー設置し安全安心のできる環境づくりの努めています。		

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	2393200072		
法人名	社会福祉法人せんねん村		
事業所名	せんねん村グループホームとみやま(二丁目)		
所在地	愛知県西尾市富山町銭成畑9番地2		
自己評価作成日	平成25年12月10日	評価結果市町村受理日	平成26年 3月 6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/23/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=true&JiyosyoCd=2393200072-00&PrefCd=23&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
所在地	愛知県名古屋市長区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成25年12月25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)】

○H24年4月に開設して以来、「せんねん村は地域の皆様の暮らしを支え共に歩み続けます」「このころのびのび・からだいきいき・いのちきらきら 大切にしますあなたの個性」の使命・方針に基づき、『今日も一日良い日でした』と言っていただけたようなサービスを目指しています。
 ○建物の周囲には、スーパーや薬局、神社など徒歩圏内にあり、毎日の散歩や買物などで挨拶を交わしたり、地域住民としての暮らしを大切にしています。建物内部は、木をふんだんに使用し、廊下やリビングなどにも畳を使用して、温かみのある雰囲気です。近隣の保育園との交流や近所の子供さんとの交流も始まり、地域の中で多世代が交流できる場を目指して取り組んでいます。
 ○運営推進会議で利用者・家族・地域の皆様から頂くご意見を、サービスの向上につなげています。

【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)】

--

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	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	・理念に沿ったケアの心得を毎月全員で確認し、自分の行動を振り返りをしています。 ・日々地域で笑顔で挨拶を心がけ、外へ出ると声を掛けて下さることが増えました。		
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	・町内の草取り、防災訓練、お祭りに参加しています。近所のスーパー、床屋、歯科を利用させていただいています。		
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	・地域の方に知っていただくため、地域の行事には参加し、直接目にしていただけるよう努めています。 ・運営推進会議を通して町内会長や地域包括支援の方等に意見交換しています。		
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	・参加者から意見や要望をお聞きし改善するよう努めています。また、取り組んだ結果を、次回の会議や議事録を送付することで報告しています。		
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	・町内の職員がいるため連携しやすい環境です。運営推進会議には必ず市関係者が参加しています。 ・市の介護相談員の定期的な訪問で日頃の様子などの意見交換を行っています。		
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	・法人内の研修会に参加しています。施錠は夜間のみです。 ・外へ行きたい様子の時には寄り添い付き添いし一緒に出掛けさせていただいています。		
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	・法人内で研修会に参加しています。 ・スピーチロックをしてしまう場面もあり、言葉がけを変えられるよう職員へ都度呼びかけし、意識の変革に努めています。		

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
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	・成年後見制度の学習ができるようプリントを配布し、各自学び、どういった制度であるかを各自記入できるようアンケートを実施。9割の職員は制度を理解していました。		
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	・契約時には十分な説明を行い、家族の不安や疑問には、答えられるよう努めています。 ・分からない事は、職員同士確認したり各自で調べ、「何とかします」といった姿勢で対応しています。		
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	・サービス担当者会議、運営推進会議時に意見をいただき、運営に反映しています。 ・面会時には日頃の様子をお伝えしながら、ご家族さんの気持ちや、思いを引き出せるよう寄り添います。		
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	・管理者と職員とで定期的に個別面談をおこなう機会を設けています。 ・1年1回法人に対しての要望を記入する用紙が配布され、法人が意見を反映しています。		
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	・個人目標を各自で考え、行動をしていくよう向上心をもって働ける仕組みがあります。 ・毎月個人目標の進捗状況を確認できるよう、振り返りできる機会を設けています。		
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	・成長確認シートを活用し、細かく指導、教育を進めています。 ・法人内外の研修へ力量を把握した上で参加するよう取り組んでいます。		
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	・県や全国のグループホーム協議会に加盟しており、研修会への参加や他ホームへの見学会や交流会も開催しています。 ・法人内の4つのグループホーム全体で目標を共有し取り組んでいます。		

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
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	・新規入居者がどんな気持ちでいるかを考え、対応方法を考えながら関係づくりに努めています。 ・初期加算を頂いていることを職員が理解した上で、手厚いケアに努めています。		
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	・初期にご家族が困っている事や要望に耳を傾け、聞きだした事は個人カルテに記入し、全職員で共有しています。 ・困ったことは、こまめにご家族に相談し、関係づくりに努めています。		
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	・ご本人が必要としている支援を、担当職員を中心にケアの方針をご家族へ説明し、同意を得ています。		
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	・互いに教えられたり、お手伝いさせていただいたりしています。 ・生活の知恵を教えてください、生活を共にする関係を築くよう努めています。		
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	・面会時には、ご本人の様子、発せられる言動、思い、困った事もご家族へお伝え共にケアを考えています。 ・ご家族、ご兄弟と手紙のやりとり、電話のやりとりをしています。		
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	・ご本人が暮らされていた地域へ出掛け、道案内をしていただくこともあります。 ・ご家族、ご兄弟、友人が来られた際にはゆっくりお話しできるよう場所の配慮をしています。		
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	・利用者同士の関係性から席の配慮をしています。好き嫌いもあるが、合う方同士で話をしていただける工夫をしています。		

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
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	・サービス利用が終了しても、なじみの関係者として関係性を継続できるように努めていますが、まだ十分ではありません。		
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	・日々の会話の中で意向を把握するよう努めています。 ・意思表示が難しい方でも、言葉や表情からご本人の思いを推測し、確認するようにしています。		
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	・入居時にご家族にこれまでの暮らしを用紙に記入していただきます。 ・利用者、ご家族との会話の中で拾い出すよう努めています。		
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	・24時間シートを活用し、「いつもと違う」の変化に気づけるよう観察するようにしています。 ・介護記録、申し送りを活用し状態の把握に努めています。		
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	・サービス担当者会議でご本人、ご家族にも要望を確認してケアに反映しています。 ・日常の課題から現状に即した計画かどうか、毎月ケアカンファレンスを実施し目標設定を行っています。		
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	・介護計画に沿った記録をするよう呼びかけていますが、5割程の職員が実施できていないため、今後も取り組みが必要です。		
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	・その時々生まれる課題やニーズに対しての支援に柔軟に対応できるようにしています。		

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	・郵便局、図書館、農協等様々な社会資源を利用し、暮らしが豊かに楽しんでいただけるよう支援しています。		
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	・ご本人、ご家族が希望されるかかりつけ医へ受診されています。 ・必要に応じて職員が同行し、普段の様子や変化を伝えています。		
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	・ご本人の日常の変化に気づいた時は看護師に相談し必要があれば受診の支援をしています。		
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、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。	・入院時には、病院関係者との情報交換を行っています。退院時には病院関係者、本体の理学療法士、介護士、看護師、管理者で受け入れの態勢をとれるようにしています。		
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	・入居時に事前指定書や看取りの方針について説明し、いつでも変更ができるようになっています。 ・重度化した際にはご家族に再度確認し、相談させていただいています。		
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	・手順書に沿ってロールプレイをおこない、実践につなげています。 ・事故後には対応の仕方のフィードバックをおこなっています。		
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	・自施設の避難訓練の実施や、市や町内の防災訓練にも参加し災害に対する知識を徐々に身につけています。 ・運営推進会議では毎回防災を議題にし、地域への働きかけを行っています。		

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
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	・入浴、排泄時には羞恥心に配慮したご案内や声かけを行っています。 ・他者には知られたい情報はご本人とマンツーマンで話せる環境を整えるようにしています。		
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	・職員が、決めてしまうのではなく、ご本人の思いを汲み取るよう選択肢を出したり、希望を言いやすいよう表情、口調に気を付けています。		
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	・お一人おひとりの起床時間、入浴時間、食事ペースに合わせて対応しています。職員同士で送り出しをし、急がせず、ゆっくり、ゆったりご本人のペースで過ごせるように支援しています。		
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	・更衣時には服の選択をしていただいています。洗面台ではご本人がおしゃれできるようにくしを用意しています。		
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	・お一人おひとりのできないを把握し、準備、調理、配膳、下膳、片付けを一緒におこなっています。		
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	・お一人おひとりの状態、習慣に合わせて、提供しています。		
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、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	・毎食後口腔ケアをおこなっています。 ・力、状態に応じた道具の選別、お一人おひとりに合わせてお手伝いさせていただきます。		

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
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	・排泄パターンを把握しながら、できるだけトイレにて排泄できるよう支援をしています。		
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	・食物繊維の多い食材を取り入れた食事提供を心掛けています。便秘予防体操を毎日おこなっています。朝はヤクルト、夕は豆乳を提供しています。		
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、個々にそった支援をしている	・できるかぎりお一人おひとりの要望に合わせた入浴支援をしています。		
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	・不安で起きてこられる方がいれば落ち着かれるまで一緒に過ごし安心して休んで頂くよう不安の解消に努めています。 ・居室の温度、湿度、音に配慮し環境の改善に努めています。		
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	・薬の効用や副作用、現病歴の理解に努め、薬の支援をしています。 ・薬が変更になった際には副作用で注意し、観察すべき点は個人カルテに記載するよう努めています。		
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	・出来ること、出来ないこと、手助けがあれば出来ること、楽しみにしていることを職員が把握し、お一人おひとりにあわせた支援をしています。		
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。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	・毎日買物、散歩を実施しており、その日の希望を汲み取り、職員同士連携し、ご希望の場所へ外出できるよう支援しています。 ・ご本人の馴染みの地域、図書館、郵便局、全体での外出イベントと日々出かけています。		

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
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	・お一人おひとりの力に応じて支払いをしていただいています。 ・事業所で管理の方と、ご本人で財布にて管理されている方もいます。		
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	・希望時にはプライバシーに配慮し、PHSをお貸しし、居室でかけていただけるようにしています。 ・ご家族、友人に手紙のやりとりができるよう支援しています。		
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	・共有空間は、他者の視線が気にならないような設計工夫があり仕切りを活用し、暮らしへの配慮しています。 ・いつでも、お茶が飲めるような環境や季節の花をご利用者と共に飾り、季節を感じられるように配慮しています。		
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	・リビングで気の合う方同士にぎやかに過ごされる方、大広間を仕切ることで少し離れた場所で静かに読書を楽しまれる方と、思い思いに過ごせるよう工夫しています。		
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	・自宅で使用していた家具や馴染みのものを置き、居室で居心地よく過ごせる環境を整えるようご家族、ご本人と相談し進めています。		
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」「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	・毎月のカンファレンスで職員同士で出来ること、分かること、ケアが必要なことを話し合い、共通理解ができるように努めています。		

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	49	49:日常的な外出支援 本人の身体状況や職員体制により、外出支援に偏りが生じている。地域密着型サービスとして、ホーム内で過ごすだけでなく、地域とつながって暮らしていることを理解していきたい。	本人の状態や希望、季節に応じた外出を楽しめる支援ができる。地域との交流が増える。	①一人ひとりの生活歴を再確認し、馴染みの場所や行きたい場所の把握 ②地域資源マップの作成と活用 ③短時間でも戸外に出る事ができる屋外スペースの活用 ④ユニット間での協力体制づくり ⑤外出状況を家族へ伝える工夫(お便り・メール等)	12ヶ月
2	36	36:一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 利用者一人ひとりの権利を保障し、人格を尊重することは対人援助の基本原則ではあるが、馴れ合いや業務優先になってしまう場面もある。	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ができる。	①せんねん村プライバシー保護マニュアルの勉強会実施 ②せんねん村プライバシー保護マニュアル遵守の確認 ③個人の価値を低めるような行為や言葉かけをしていないかの点検	6ヶ月
3	1 23	1:理念の共有と実践 23:思いや意向の把握 利用者一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の実現が出来るよう介護計画の立案しているが、さらに法人理念に帰結できるように意識をしたい。	利用者の介護計画の目標が、法人理念に帰結できるような職員の意識統一ができる。	①地域密着型サービスについての勉強会の実施 ②せんねん村ケアの心得がどのようなケアの場面に反映されているかの確認 ③本人の視点に立ったケアカンファレンスの実施	12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。