

<認知症対応型共同生活介護用>
<小規模多機能型居宅介護用>

評価結果報告書

地域密着型サービスの外部評価項目構成

I. 理念に基づく運営	項目数
1. 理念の共有	8
2. 地域との支えあい	1
3. 理念を実践するための制度の理解と活用	1
4. 理念を実践するための体制	3
5. 人材の育成と支援	2
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	0
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応	1
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援	
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	5
1. 一人ひとりの把握	1
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し	1
3. 多機能性を活かした柔軟な支援	0
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働	3
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	6
1. その人らしい暮らしの支援	4
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり	2
合計	20

事業所番号	1472602778
法人名	社会福祉法人 愛翁会
事業所名	ななかまど
訪問調査日	平成22年12月22日
評価確定日	平成23年1月25日
評価機関名	株式会社 R-CORPORATION

○項目番号について

外部評価は20項目です。
「外部」の列にある項目番号は、外部評価の通し番号です。
「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する番号です。参考にしてください。

○記入方法

[取り組みの事実]
ヒアリングや観察などを通して確認できた事実を客観的に記入しています。
[次ステップに向けて期待したい内容]
次ステップに向けて期待したい内容について、具体的な改善課題や取り組みが期待される内容を記入しています。

○用語の説明

家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。
家 族 = 家族に限定しています。
運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者（経営者と同義）を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。
職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。
チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

平成 22 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	1472602778	事業の開始年月日	平成17年4月1日
		指定年月日	平成17年4月1日
法人名	社会福祉法人 愛翁会		
事業所名	ななかまど		
所在地	(252-0137) 相模原市緑区二本松 3 - 8 - 1 5		
サービス種別 定員等	☐ 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
		通い定員	名
	☒ 認知症対応型共同生活介護	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22年12月2日	評価結果 市町村受理日	平成23年2月28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	
----------	--

【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)】

全体として入居者の認知症の進行、ADLの低下が避けられない中、非言語的コミュニケーションを駆使して、ひとりひとりの思いを可能な限り受け止め実現する、穏やかで心地よい生活を送れるよう環境をととのえる、時には全員での1日バス旅行を実施する、希望があれば終末期の看取りも視野に入れて、最期までその人らしく暮らせるように努力していきたい。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 R-CORPORATION		
所在地	221-0835 横浜市新奈川区鶴屋町3-30-8 S Yビル2 F		
訪問調査日	平成22年12月22日	評価機関 評価決定日	平成23年1月25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)】

このホームの特徴 ①このホームは、JR横浜線橋本駅からバスで7分ほど、バス停から徒歩5分、静かな住宅街の一角にある。経営母体は社会福祉法人 愛翁会で、関連施設として、相模原駅近くのチャオデイサービスセンター・エンゼル保育園、それに1階に併設された小規模多機能型居宅介護事業がある。愛翁会の理事であり、奥様が民生委員でもある石井氏が平成17年4月に自宅敷地内に開所した。紅梅や白梅が見事な庭に調和しているレンガ調の建物である。この地域は津久井湖が出来た時に、集団移住してきた方達が住民の中心となっているということで、まとまりが良い。小規模多機能型居宅介護事業に於ける自治体独自の高い介護報酬を3ヶ月に1回のななかまど主催のイベントを条件で受けており、その活動も地域密着を促進している。 ②介護計画はセンター方式で3つのグループによる月3人、3ヶ月に1回のアセスメントを行い作成している。家族懇親会は3ヶ月に1回ずつ定期的に開催している。ご家族は定期的に訪問してくれている。ご家族へのお知らせでは毎月定期で「ななかまど便り」を、個人別にはレターで日常の活動状況をお届けしている。国の施策であるキャリアパスについては職員に説明し、1月位に個人面接を行ない、レベル、目標、研修内容などを決めて行くことにしている。相模原市高齢者福祉施設協議会のグループホーム部会のメンバーとして相模原市福祉の推進と情報の収集、相互のコミュニケーションに努めている。 ③地域とは、近くの二本松小学校の運動会に参加したり、近所の隣組による芋煮会や三世代交流事業の焼芋会があり、参加してご近所と交流している。ボランティアではお昼の食事支度を有料ボランティアに来て頂いたり、髪のカットも出張美容の方をお願いする等、近所の美容院にも行っている。また、併設の小規模多機能型居宅介護事業所との交流で地域との交流を深めている。更に職員は、高齢者福祉施設協議会の研修会やグループホーム部会の症例検討会に参加して交流を広げている。

【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	ななかまど
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)	○	1, ほぼ全ての利用者の
			2, 利用者の2/3くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			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)	○	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
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
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)	○	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
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
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安な区過ごせている。 (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
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

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)	○	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
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)		1, ほぼ毎日のように
		○	2, 数日に1回程度ある
			3. たまに
			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)	○	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
66	職員は、活き活きと働いている。 (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
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
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	職員の入職時に理念を文書で配布、説明を行うとともに、玄関に理念を掲示し、常に確認できるように努めている	このホーム開設時に、当時の職員全員でブレインストーミング法により理念をまとめ、現在もそれに沿ったケアを実践している。理念の7項目目に「地域の一員として」の項目を持ち地域密着に努めている。職員の入職時に理念を文書で配布し、説明を行うと共に、玄関に理念を掲示し、常に確認出来るようにしている。	今後の継続	
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	日々の買い物は入居者と地域のスーパーへ。散歩や地域行事への積極的な参加を通じて住民と挨拶や会話をし、交流を深めている。地域清掃や地域の防災訓練にも参加している	自治会に加入し、回覧板や各種案内から地域の行事に積極的に参加しており、地域からも受け入れられている。高齢者福祉施設協議会の研修会やグループホーム部会の症例検討会に参加している。併設の小規模多機能型居宅介護事業所との交流で地域との交流を深めている。日々の買い物は入居者と地域のスーパーへ。散歩や地域行事への積極的な参加を通じて住民と挨拶や会話をし、交流を深めている。地域清掃や地域の防災訓練にも参加している。	今後の継続	
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	介護の日のイベントに参加したり、地域交流事業、運営推進会議を通して情報を発信している			
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	2ヶ月に1回開催し、活動状況の報告や意見交換を行い、次の取り組みに生かしている	運営推進会議のメンバーは自治会長、老人会長、連合町内会長、商店会長、民生委員、地域包括支援センター、ご家族それにホーム関係者である。2ヶ月に1回小規模多機能事業所と共済で開催し、活動状況の報告や意見交換を行い、次の取り組みに生かしている。ななかまど主催の3ヶ月に1回のイベントを運営推進会議開催と一緒に考え、協力をお願いしたりしている。	今後の継続	
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に取り組んでいる	高齢協への参加を通して連携している。市の認知症介護実践者研修、リーダー研修、開設者研修の受入施設となっている	高齢者福祉施設協議会への参加を通して連携している。政令指定都市として相模原市が開催する認知症介護実践者研修、リーダー研修、管理者研修、開設者研修の受入施設を引受け実習生を受入れている。	今後の継続	

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	施錠はしていない。全体会議では勉強会や、拘束しないための工夫について常に話し合っている	施錠はしていない。職員が出るのに気付くかどうかの問題であり、常に心がけている。身体拘束をしないケアについては全体会議や勉強会で拘束しないための工夫について常に話し合っている。スピーチロックについては、「行かないで!」「立たないで!」は止めようと決めており、「どこに行くの?」と聞いて、本人の希望に沿って一緒に行くなどの対応を心がけている。	今後の継続
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	会議での勉強会や、認知症接遇マニュアルを作成し、類似の行為やそのおそれのある行為について認識を深めている。		
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	2名の入居者が成年後見制度を利用されており、日常的に学ぶ機会を持っている。また、市民後見制度の研修生の受入を行っている。		
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	契約時に管理者と計画作成担当者が家族と面接を行い十分な説明を行っている。改訂時はその都度重説を書き換え説明をし、同意を得ている		
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	3ヶ月に1回家族懇親会や食事会を持ち、要望や意見を聞く機会を作っている	3ヶ月に1回家族懇親会や食事会を持ち、要望や意見を聞く機会を作っている。家族懇親会は7家族がほぼ全員出席（2人は成年後見の人）する。家族懇親会の4回のうち2回は食事会を併設している。ご家族は日頃も良く来所してくれている。運営推進会議の委員はご家族が交代で引き受けてくれている。	今後の継続

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	月1回全員参加のスタッフ会議と正職会議を開催し、意見交換を行っている	月1回全員参加のスタッフ会議と正職会議を開催し、意見交換を行っている。情報についてはグループホームでは責任者からメールで伝えている。資格（ケアマネ、介護福祉士等）は準じた待遇をしている。職員同士の飲み会も増えている。	今後の継続
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	管理者は職員の勤務状況を把握し、できる限り労働条件や環境の向上をはかろうと努めている		
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	「資質向上のための計画(キャリアパス)」を作成、配布し、課題別ステップや教育研修テーマを明確にしている。 個々に応じた内外研修に参加させている		
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	日本GH協会や神奈川支部に加入し、情報や交流の機会を確保している。 職員は全国大会や市の症例検討会・見学会に参加し学ぶ機会を得ている		
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	事前の施設見学をすすめ、家庭訪問を行い、本人・家族の要望や不安を話し合っている。家族には本人のバックグラウンドシートへの記入をお願いしている		

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	事前の施設見学をすすめ、家庭訪問を行い、本人・家族の要望や不安を話し合っている。家族には本人のバックグラウンドシートへの記入をお願いしている		
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	入居前に本人家族と面談し、必要なサービス、支援の方法について話し合っている。 ケアマネやMSWとの意見交換を行っている。		
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	3ヶ月ごとにモニタリングを行い、本人の能力を評価し、できる家事等を手伝っていただく。食卓をともにするなど良き関係作りに努めている		
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	必要に応じて電話連絡を行う、家族の希望を取り入れてサービス計画を作る。家族会を実施。日々の様子を記録し家族来所時に読んでいただき情報を共有している		
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	生活歴を把握し、兄弟姉妹、親戚、友人等が気軽に遊びに来れるよう奨励している。お盆や正月に家族と一緒に過ごせるよう提案している	ご家族等を通じて、本人の生活歴を把握し、兄弟姉妹、親戚、友人等が気軽に遊びに来れるよう奨励している。お盆や正月にご家族と一緒に過ごせるように提案をしている。	今後の継続

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	入居者同士の意思の疎通はかなり難しいので、職員が間に入って関わり合いを支援している。座席の配置を考慮している		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	死亡以外で退去された方の入院先に月1回程度面会に行っている		
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。	希望や意向が表現される場合はそれを尊重し、難しい場合は会話や表情から憶測し、可能なことは家族に相談して希望の実現に取り組んでいる	センター方式で3つのグループによる月3人、3ヶ月に1回のアセスメントを行い、希望や意向が表現される場合はそれを尊重し、難しい場合は、会話や本人の表情から憶測し、可能なことは家族に相談して、本人の希望の実現に取り組んでいる。	今後の継続
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	家族に本人のバックグラウンドシートに記入してもらい、生活歴の把握に努める。ケアマネやSMWから情報を得ている		
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	日々の様子を記録し、申し送りや連絡帳で情報を共有している。月1回のスタッフ会議3ヶ月に1回のアセスメント会議でさらに深めていく。		

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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	職員を3グループに分けて担当する入居者について定期的にモニタリングを行い、介護計画の見直しを行っている。その都度家族や成年後見人の意見を聞き計画に反映させている	定期的にモニタリング、アセスメントについてはセンター方式で行い、介護計画の見直しを行っている。その都度、ご家族や成年後見人の意見を聞き、計画に反映させている。ADL低下により希望や意向の表現が難しくなり、日常の会話や表情から憶測せざるを得ない状況の方が多い。	今後の継続
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	個別のケース記録に日々の様子を記録、申し送りや職員連絡帳、ヒヤリハット、事故報告書等を通じて日々情報の共有に努めている		
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	通院時に家族と同行したり、代行受診を行う。家族の葬儀にともに参加しお世話をする。終末期の受入を行う		
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	地域の行事や祭り、盆踊りに参加、中学生との交流や地域住民との会話や雰囲気を楽しむ。地域での買い物や理容院の利用。		
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し、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	入居時に本人、家族、協力医が面談し、医療の希望を確認している。月2回の往診と24時間オンコールの対応。必要と希望に応じて専門医の受診を支援している	入居時に本人、ご家族、協力医が面談し、医療の希望を確認している。協力医は月2回の往診と24時間対応して頂ける。本人等の必要と希望に応じて専門医の受診も支援している。	今後の継続

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あ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	かかりつけ医の24時間オンコール体制で、必要に応じて看護師の助言が得られる。日常的には併設の小規模多機能の看護師が対応している		
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、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。	入院中は定期的に職員が面会し、本人の状態把握に努め家族やかかりつけ医と連携して情報共有している。 病院の医師、看護師、PT等退院に向けた話し合いの場を設定している		
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	入居時「重度化の指針」を説明・同意を得る。病状の進行により家族の意向確認、かかりつけ医への相談、スタッフ間の意思確認と情報の共有をはかっている	入居時「重度化の指針」を説明・同意を得る。病状の進行により家族の意向確認、かかりつけ医への相談、スタッフ間の意思確認と情報の共有を図り、医師、家族、ホームで方向性を決め、介護の範囲で出来る対応を実施している。	今後の継続
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	急病者等対応マニュアルを作成、見やすい場所に保管。随時応急処置や初期対応の勉強会を看護師の指導でおこなっている		
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	防災時対応マニュアルを作成、地域の防災訓練に(職員)参加。 年1回以上消防署の指導のもと、地域住民の参加を得て避難訓練を実施。	防災時対応マニュアルを作成し、地域の防災訓練に(職員)参加している。年1回以上消防署の指導のもと、地域住民の参加を頂いて避難訓練を実施している。自主的な勉強会では、ロープを使って入居者を背負うことができるロープワークの実習を行った。	今後の継続

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	認知症の方への接遇マニュアルを作成、それに沿った介護ができるよう努めている	認知症の方への接遇マニュアルが作成され、それに沿った介護ができるよう努めている。接遇マニュアルははじめに（考え方）、日常的なかわり（尊敬をもって）から始まり、食事、服薬、口腔ケア、入浴、排泄、更衣・整容、起床・就寝、余暇・レクリエーション、ご家族それに小規模特有としての送迎、訪問、泊まりなどを規定している。	今後の継続	
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	会話を通して本人の思いを把握するよう努めている。自己決定が難しい方にも二者択一で選んでいただくなど支援している			
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し、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	1日の大まかな流れはあるが、基本は本人の意志を可能な限り尊重すること。新聞を読む、歩きたいときは歩く、買い物に行きたいときは同行する等。			
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	髪の設定や毎日の着替えに本人の意向を尊重し楽しんでもらっている。男性は自分のシェーバーで毎日ひげそり。希望により地域の理美容院利用（ボランティアによる出張も利用できる）。			
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	一緒に食材を買いに行き、できるだけメニューも相談して決めている。米とぎや皮むきを一緒に行い、ともに食卓を囲む。家族の差し入れや家族が育てた野菜も食卓に並ぶ。	独自のメニューで、一緒に食材を買いに行き、できるだけメニューも利用者に相談して決めている。米とぎや皮むきを一緒に行い、共に食卓を囲む。家族の差し入れや家族が育てた野菜も食卓に並ぶ。昼の調理は有償ボランティアの方をお願いしている。	今後の継続	

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	状態にあわせ、常食、おかゆ、一口大、ミキサー食など多様な食事形態で提供。お茶、コーヒー、紅茶、牛乳、ジュース等を常備し、好みに応じて提供。必要な方には水分摂取量を記録		
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	歯磨き、うがい、食べかすの除去など個人に応じた口腔ケアを実施。就寝中は義歯の薬品洗浄を行っている		
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	排泄記録をつけ、1人1人の排泄パターンを把握し、トイレ誘導を行い、失敗やおむつの軽減に努めている	排泄記録をつけ、一人ひとりの排泄パターンを把握し、トイレ誘導を行い、失敗やおむつの軽減に努めている。出来る限りトイレの使用を進めており、座位の保てない方は、入浴前だけはトイレ誘導している。	今後の継続
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	食事の献立にヨーグルトやゼリー、ヤクルト、牛乳を取り入れている。排便記録により便秘が続かないよう努める。必要に応じて医師に相談し薬の力を借りている		
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、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴をしたい日、時間などが確認出の場合はそれを実施。マンツーマンの入浴のため、会話や歌を歌うなど楽しみながら入浴できるように取り組んでいる。	入浴をしたい日、時間などが確認出の場合はそれに応じて対応している。基本的に週2回以上誘導するようにしている。1対1の入浴のため、会話や歌を歌う等、楽しみながら浴槽に入る入浴ができるように取り組んでいる。また、ゆず湯、菖蒲湯なども実施し入浴を楽しむ工夫をしている。重度の方は2人ケアで入浴してもらっている。	今後の継続

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	本人の状況や意向に応じて静養や昼寝の支援をする。 居室の温度や湿度、換気に留意、週1度のリネン交換で寝具の清潔を保ち、気持ちよく眠れるよう配慮している		
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	服薬ファイルを作成し、定位置に保管、職員が常時確認できるようにしている。 薬が変わった場合は個人記録、職員連絡帳で情報を共有している		
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	誕生会の他、季節の行事食、ビールの日などで気分転換をはかっている。 食器ふきや野菜の皮むきなどの家事に参加してもらっている。		
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。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	日常的にスーパーへの買い物、公園散歩、四季折々のお花見や地域行事への参加。年1回は日帰りのバス旅行を実施している。	日常的に毎日のスーパーへの買い物へは、職員が1人以上の利用者と一緒に出かけている他、公園散歩、四季折々のお花見や地域行事への参加等で外出している。年1回は日帰りのバス旅行を実施している。10月のバス旅行ではサハラパークへ行ってきた。近所の公園ではお弁当を食べたり、大家さんの庭の花を見たりしている。	今後の継続
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	お金の管理ができる方は、小遣い程度を所持し嗜好品に使っている。		

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	残念ながらできる方がいないが、家族からの電話に出てもらうことがたまにある。		
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	絵や写真、花などで季節を感じていただく。居間と廊下にソファを置き好きに過ごしていただく。ゆず湯、菖蒲湯などを実施。	共用の空間には、絵や写真を掲示し、お花を絶やさないよう努め、季節感を感じる演出の工夫をしている。居間と廊下にソファを置き、ご利用者が好きに過ごして頂けるように配慮している。	今後の継続
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	居間以外にも廊下にソファや椅子を配置している。ベランダに椅子を出し日光浴を楽しむことができる。		
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	家族と相談しながらなじみのタンスや写真飾り、居室での楽しみとしてTVをおくなど居心地のよい空間を工夫している	家族と相談して頂き、本人の馴染みのタンスや写真を居室に飾り、楽しみとしてTVを置く等、ご利用者が居心地の良く過せる様工夫している。	今後の継続
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	バリアフリー、床はクッションフロア、手すり、エレベーターを設置。居室には表札をかけ、トイレは夜間でも電気をつけたままにしている		

目 標 達 成 計 画

事業所名 ななかまど

作成日 平成23年2月22日

【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	48	重度化が進み、表情が乏しく意欲低下が見られる。個々に見合った支援方法の見直しや、かかわり方で、入居者の笑顔や活力を引き出すことが課題になっている（前年度より継続）	アクティビティを充実することで得我を屋活力を引き出す。そのためにアクティビティに対するスタッフ間の技量の差を小さくし、全スタッフが実践できるようになる	個々のスタッフの技量の把握につとめ、職場内研修や外部研修を通じてスキルアップを図る。会議で話し合いを持ち、反省や評価を行い次につなげていく	12ヶ月
2	42	自力での口腔ケアが難しくなり、飲食時にむせ込みが見られるため、個々の状態にあった口腔ケアの方法を見いだすことが課題となっている	口腔体操や航空内の清潔を保持することで誤嚥の予防に努める	会議での勉強会や意見交換、歯科医など専門家にアドバイスを受けるなどして口腔ケアの方法を学び、スタッフ全員が統一したケアをめざし実践につなげる	12ヶ月
3					
4					
5					

注）項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注）項目数が足りない場合は、行を追加すること。