

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	2376600405		
法人名	愛知県厚生農業協同組合連合会		
事業所名	JA愛知厚生連 あつみの郷グループホーム (さざなみ)		
所在地	愛知県田原市田原町築出35番地1		
自己評価作成日	平成24年12月28日	評価結果市町村受理日	平成25年 3月18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=kouhvu_detail_2012_022_kani=true&JgyosyoCd=2376600405-00&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 1月24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)】

「本来のグループホームのサービスとは何か？」を模索しながら、守るべきものと新しくするものを見極め、効果的なものを継続的に行うことで、チームが一丸となって入居者様の尊厳ある暮らしを支えるお手伝いをしています。ご本人とご家族の想いをくみ取るため、ゆっくりとお話しを伺う機会を設け、少しでも実現に近づけるよう努めています。
 入居者様が住み慣れた地域の一員であり続けるため、職員だけでは不可能な支援を、ボランティアの方や地域の方のご協力を得て、児童センターや農業高校との交流や朝市への支援など、様々な取り組みを実践しています。
 また、日常生活の中で、その人の力を活かす、さりげない支援に力を入れています。

【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)】

日常の支援の中から利用者の思いを汲み取り、その実現を目指している。利用者それぞれの介護計画は、全て個別性にあふれており、その人らしさが感じられるものとなっている。
 「日記を書き続けたい。家族のことを覚えていたい」利用者には、職員が手製の「日記」を作成し、住所、家族(夫、子供、孫、ひ孫)の名前、その時々エピソードを書いてもらっている。書き溜めた1年分の日記の中から、一部を抜粋して製本・アルバム化して、その人固有の歴史書として整理している。
 長年農業にイそしみ、畑作業に興味を示す女性利用者のため、地元の農業高校の協力を得て、定期的に農場を訪問して大きな野菜畑の空気に触れている。
 ここでは、職員と家族が一体となって、利用者の「思い残しの無い人生」を演出している。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55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	地域との連携をふまえた内容の理念があり、採用時に全職員に教育がなされている。職員の目にする休憩室等へ掲げると共に職員としての心構え等記載した「マイルストーン」と運営方針を個々が携行、確認・意識できるようにしている。	日々の取り組みの中へ、ISOと外部評価の制度をうまく取り入れている。ISOの「品質目標」と、外部評価の「目標達成計画」とを同一項目に定め、日々の支援の方向がぶれないように工夫している。	
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	日常の外出、買い物では近隣スーパーや商店街・朝市を利用し馴染みの関係を継続している。イベントや生活圏の市の資源を有効に活用し、市民の一員として交流を深めている。	地元の農業高校のバックアップがあり、長年畑作業に親しんできた女性利用者が、定期的に高校を訪問している。市の図書館の企画で、「元気はいたつ便(回想法)」の講師がやってくる。	管理者から、次年度の構想として、「より密着性の高い地域交流」の腹案が示された。新しい形の地域交流、地域貢献への進化が期待される。
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	ご家族や民生委員、介護職従事者の他、兼ねてから交流のある児童センターを利用される若い母親や市内の企業関係者へキャラバンメイトである職員が認知症サポーター講座を開催し、認知症の理解を深めており、ボランティア活動へも繋がっている。		
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	個別支援、地域交流の実際を報告すると共にホームの日常場面を見て頂き助言・提案を頂いている。民生委員による行事や日常的な畑仕事や外出支援の他、ボランティア・災害時の応援対策へ繋げている。	毎奇数月の第2金曜日を運営推進会議の開催日と定めており、出席者も多い。ホームの日常や利用者の現状を理解してもらうため、ホームイベント(餅つき会等)と併催になることもある。	
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	運営推進会議を通してホームの実情を報告している。入退居や地域交流の状況報告、安全管理や事故発生時の報告等を行う事で連絡を密に取り、協力・助言を得ている。1回/月田原市地域連携会議に出席し、状況報告している。	市・福祉課から、毎回運営推進会議への出席があり、ホームの現状は行政に十分理解されている。	
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	「身体拘束」という言葉を重く受け止め、勉強会を開催。スタッフ全員が身体拘束についての思いを述べ、学び合い、何気ない一言にも気を配り自由な活動・環境に配慮したケアを実践している。エレベーターの暗証番号については安全確保の為に関係者の理解を得ている。	フィジカルな拘束や言葉による拘束にとどまらず、薬による拘束に関しても、職員は高い意識で取り組んでいる。やむを得ず向精神薬が処方されている利用者に対しても、服用後の状態を詳細に観察し、医師、看護師と連携して「薬外し」に取り組んでいる。	
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されることがないように注意を払い、防止に努めている	「虐待防止」において、勉強会を開催している。虐待にあたる行為とは何か、日常的に起こり得る事例、その時の心理状態について意見交換と対策を話し合い、スタッフ全員が共有し常にプロ意識を持って業務に努めている。		

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
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	家族等より相談を受けた際には適切な相談窓口を紹介出来るよう支援している。また、地域包括支援センター職員と連携をとり、助言をもらえる体制を整えている。		
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	入居希望時にはホームの見学と、利用に際しての説明を行っている。契約に際して、利用契約書、重要事項説明書、ホームの方針、緊急時の対応、金庫管理規定、個人情報取り扱い等について書面で説明、不安や不明な点について確認しながら、納得の上同意を得ている。		
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	家族参加の行事を企画し、家族同士が思いを話し合える機会を持っている。家族、職員が気軽に話せ希望表出に繋げている。年に1回家族面談を行い、要望・心情を汲み取る機会を持ち得られたヒントをケアへ反映している。また、家族アンケートやご意見箱の設置にて率直な意見を運営へ反映している。	「品質目標」＝「目標達成計画」に、家族アンケートの満足度を取り上げ、今回見事達成した(全員が大満足)。家族の自由記述コメントには、ホームの取り組みを理解したうえでの称賛の言葉が並んだ。	
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	上司との面接が年に2回ある。また、日頃から話しやすい関係作りがなされており、カンファレンス、勉強会にて意見を聞く機会が設けられている。勤務ユニットや担当入居者、係り等の希望確認アンケートを実施し意見を反映している。	職員全員が正規職員であり、職員の意識にバラつきがない。職員が自由に意見や提案を出せる環境が整っており、実効性の高いケアが実践されている。	
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	ホームでは係りや行事の役割を任せ、やりがいと自信に繋がるよう配慮がなされている。取り組み事例を研修会で発表できる機会を設けており、勤務意欲の向上に繋げている。		
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	配属時、認知症の理解・ケアについての教育がなされている。職員の目標や力量に合った研修会へ参加できるように調整されており、参加者は内容を報告をし、職員間で情報を共有している。また、日々の業務の中でも率直な疑問や不安へ適切な指導を得られる環境にあり、全職員を対象とした勉強会は毎月開催している。		
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	管理者は地域連携会議や市内他GHの運営推進会議へ出席し情報交換を行っている。職員は県・市・GH協会等主催の研修へ参加する機会があり情報交換の場を設けている。また、認知症介護実践リーダー研修の実習受け入れなど、お互いが意識を高め合い、サービスの向上に繋げている。		

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	申し込みの際にはホームの見学、説明をし、生活の場が変わる事への不安が軽減できるように努めている。面接時より話しやすい雰囲気をつくり、趣向・生活史を伺い、信頼関係を築きながら希望・ニーズの把握に努めている。		
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	利用開始前の見学・説明時より、家族の思いやホームへの要望・希望を伺いながら話し合う機会を持つと共に、家族介護の思い、経験を傾聴し・親身に受け止め、家族の必要としている情報を正確に伝え、率直な意見がいただけるよう信頼関係の構築に努めている。		
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	本人の状態やニーズ、家族のニーズ・要望を踏まえ、ケアマネ、地域包括支援センター等と連携を図り、活用できるサービスを提案し希望に添って利用できるよう支援している。入居に際しては本人の思いを踏まえ生活と今後を継続的に支援できるよう納得の出来るケア計画に繋げている。		
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	常に人生の先輩として尊敬の念を持ち、生活の知恵や文化・風習などを教わりながら、和やかな時間の中、家族のような関わりを心掛け、お互いが支え合える生活が送れる様な関係作りにも努めている。		
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	家族参加の行事(日帰り旅行・食事会・夏祭りなど)を組み込み、入居者・家族・職員3者の信頼関係を深め、生活の様子や現状を伝え支援の方向について相談し合える関係を築いている。家族面談では思いを共感し、方針を踏まえ本人の生活を支援している。		
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	行きつけの美容院の利用、通いなれた商店や田原市で古い歴史をもつ朝市への買い物、馴染みの地への外出を継続して行っている。彼岸や希望時に墓参りの支援の他、信仰深い方へは神社へのお参りなど日々のこれまでの生活を大切に支えに努めている。手作りの年賀状や季節のハガキのやりとりを続けている。	外出支援兼ねて、利用者と職員が様々な関係先を訪ねている。馴染みの関係支援に関し、家族からも感謝の言葉があった。大好きな「所長」や、人事異動で老健に配転になった「職員」の元を訪ねることもある。	
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	日々の様子を申し送りにて情報を共有し、入居者同士が関わりをもって生活できるように行事計画やケアプランへ組み込んでいる。また、個々の特技を活かしお互いが意識し認め合える場面を作り和やかな時間が持てるよう支援している。		

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	サービス終了後も本人及び家族からの希望に応じて介護相談やホームへの来訪も歓迎し、気軽に相談して頂ける体制を整えている。		
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	日々の生活の様子や何気ない一言・行動からヒントを得て、思いをくみ取ることが出来るように関わりを大切に、望む暮らしへと繋げている。「希望が叶う日」として誕生日には家族と相談、協力の中、想いが達成出来るように支援している。	利用者の何気ないつぶやきや些細なしぐさから、職員は鋭い感性を持って利用者の思いを掴んでいる。それを、「希望が叶う日」の取り組みや、介護計画へとつないでいる。18人18通りの「個性」が存在している。	「すぐに実現できるもの」、「介護計画につながるもの」、「希望が叶う日」と、利用者の思いや意向を選別しての取り組みも見事、継続を。
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	入居前面接時より本人や家族の状況や生活歴など、これまでの経過と情報を集めスムーズにホームへの生活へ移行出来るように努めている。入居後は本人、家族の了承のもとライフレビューブックを作成・活用し介護計画へ反映している。		
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	個々の生活リズムや習慣を大切にしながら詳細を時経で記録し過ごし方・現状把握に努めている。できる事できない事評価表を定期的に見直しADL/認知症状など個々の能力を職員全員で共有し介護計画へ反映、支援に繋げている。		
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	本人の生活と日々のケアからヒントを得て入居者担当を中心に職員全員が情報提供用紙を作成し、現状・課題の把握に努め家族の思いや意向を踏まえカンファレンスにて検討し介護計画へ反映している。変化に応じて介護計画を見直し、最善なケアへ繋げている。	ある日突然、お風呂に入らなくなってしまった女性利用者。正規の介護計画の他に、原因を究明するためのサブプラン(「清潔プラン」と呼ばれる)を動かして取り組んだ。8ヶ月が経過し、今では週2回の入浴を果たしている。	
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	介護記録へは生活の様子・支援内容・その時の反応を記録している。申し送りノート、気付きノートとあわせ出勤時には確認し情報の共有、日々のケアの実践・カンファレンスにて介護計画の見直しへ繋げている。		
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	ホーム内のサービスにとどまらず、音楽療法、おやつ講習会や、希望に応じてアニマルセラピーなどへの参加を支援している。また、身体状況に不安のある方など、必要に応じてリハビリスタッフや看護師による楽しく参加できる歩行・リハビリ運動や注意すべき事などの助言を得て実践している。		

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	ボランティアによる教室や余暇活動・民生委員による外出支援を受け、一人ひとりの趣味や習慣を生かせる暮らしを支援している。農業を営んで来られた方を中心に市内の農業高校との交流を行っている。		
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	本人、家族の希望に応じて主治医を選択、安心して医療を受けられるように支援している。適切な情報提供を行い、円滑に受診が出来るよう努めている。月に1度協力病院の医師による往診があり、定期的な医療や緊急時の受診体制が整っている。	運営母体が総合病院であり、ホームと同一建物内に老健施設もあることから、家族、職員共に医療面での安心感は大きい。かかりつけ医は、これまでの医療機関を継続して利用することも可能である。	
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	心身状態の変化や気付きなどを看護師に相談・助言を得られる体制が整っている。また、介護現場において日々の変化や気付きに対応出来るよう、認知症や起こりやすい疾患、対処方法など、勉強会を開催している。		
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。	医師、病棟看護師、MSW、退院コーディネーターと定期的に情報交換を行い、入退院が円滑に行えるような体制が整っており、本人や家族の不安の軽減に努めている。		
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	ターミナルケアは行わない方針であり、入居契約時、書面を用いて説明・同意を得ている。日頃より家族、医療機関との連携に努めており、重度化や医療の必要が高まり終末期へと移行の際には十分な説明と方針を踏まえた話し合いを重ね、納得の上、適切な医療と最善な生活支援が受けられるようにサービスの選択をができるよう支援している。	母体の総合病院、同一建物内の老健施設等、法人内には重度化に対応できる施設があり、医療依存度の上昇や病状の急変等に対応する連携体制ができている。	
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	定期的に事業所による救急法の勉強会が開催され、全職員が参加できるようにしている。AEDが設置されており、使用方法や緊急時の対応シミュレーションを通して学んでいる。また、マニュアルが整備されており、対応や連絡に備え実践に活かしている。		
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	事業所は防災対策委員会が設置されており常に危機感を持ち災害に備え消防署・地区消防団の協力の中、津波を想定したものを含め避難訓練を実施している。円滑な避難と支援に対処出来る様に避難誘導カードを作成し実践に繋げている。運営推進会議において視察・参加して頂き協力依頼・助言を得ている。	大規模な地震とそれに伴う津波によって、建物1階部分が浸水するとの想定で、避難訓練にも余念がない。市と、「災害時要援護者の受け入れに関する協定書」を取り交わしている。	

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
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	事業所においてコンプライアンス、個人情報取り扱いについて周知活動がなされている。尊厳のある対応に心がけ、常に入居者の立場に立ち、ケア、言葉掛け一つひとつにおいても自尊心やプライバシーへの細かい配慮に努めている。	前日の「書道教室」で書き溜めた作品を、職員が持ってきて見せてくれた。職員は、一枚ずつ作品を紹介し、「〇〇さんのですよ。上手に書きましたね」と、誇りやプライドを傷つけない一言を添えていた。	
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	日頃より気軽に話せる関係を大切にし、希望表出に繋がる場面作りに努め、日常の何気ない会話や行動から得たヒントを基に希望をくみ取り、可能性を探りながら自身で選択出来る様に支援している。		
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	個々の生活リズムと「その時」「今」を大切にし、趣味や外出など楽しみ事が希望に添って出来る支援を心掛け、その人の力を活かす支援にも力を入れている。入居者本意の支援が行える様、ケアのあり方についてカンファレンスや勉強会を通して学びあう機会を設けている。		
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	行きつけの美容院での整髪、化粧品や衣料品の購入など、外出やホームへの来訪者を通してオシャレを意識し続けるように支援している。毎朝鏡を見てそれぞれの方がそれぞれに見合った身だしなみの仕方でおしゃれを楽しんでいる。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	地域性や季節感を感じられる食材や好みを取り入れた献立を入居者と相談しながら立てている。一連の流れの中で個々の役割と能力が発揮できるように「食」の楽しみに繋げている。家族との食事会やバイキング、出前やお弁当、外食などその日の希望に応じて献立を変更するなど柔軟に対応している。	ほとんどの利用者が、職員による介助を必要とせず食事を摂っている。利用者それぞれのペースで、ゆっくりと時間をとっての食事タイムであった。準備や片付けには、利用者の力量に合わせての役割がある。	
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	食事・水分摂取量が把握できるように個人記録へ記入している。個々の習慣や身体状況に合わせた食事形態を工夫している。定期的な体重測定と栄養・水分摂取量を把握し、変化は家族へ報告し必要であれば往診時に相談・助言を得ている。日々の栄養バランスにおいては管理栄養士の助言を得ている。		
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。就寝時には義歯を洗浄液へ入れ、1日1回消毒を行っている。食事中を含め日常生活の中で様子観察し、不具合がないか異常の早期発見と現状把握に努めている。		

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	自尊心に配慮し、さりげなく定期的な排泄誘導を行っている。出来る限り失敗のないよう、一人ひとりの習慣や排泄パターンを把握出来るように努め、個々の能力に応じて下着の工夫をしている。	基本はトイレでの排泄であり、尿意の薄い利用者に対しても、排泄パターンを把握して、声掛けやトイレ誘導を行っている。さりげない介助のためか、職員の排泄支援(声掛け、誘導)には気付かなかった。	
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	食事水分摂取量など把握に努めている。日常的に出来る運動や食事の工夫で自然に近い排便に繋がるように便秘予防に努めている。便秘気味な方は必要に応じて家族・主治医と相談し整腸剤を処方されている方もいる。		
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ず、個々にそった支援をしている	希望や生活習慣、その日の体調に応じ、時間帯を含め柔軟な対応を行っている。好みで入浴剤を使用したり、季節や風習に合わせて菖蒲湯、柚子湯など取り入れ入浴を楽しんで頂く工夫をしている。感覚機能の低下している方の為、湯温、室温管理をしている。	「拒否」の強い女性利用者に対し、介護計画に取り上げてチームで取り組んだ。無理強いせず、利用者の「拒否」を優先した結果、彼女は半年間入浴できなかった。実習生の一言「入れてみたら？」で、解決した。	利用者の意思を尊重することだけが、「利用者本位」ではない。“Best Interests”(利用者の最善の利益)を意識することも必要であろう。
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	個人の生活リズムや活動の状態、健康状態に応じて適度な活動支援・休息をして頂いている。室温・明るさの工夫と、寝具や寝間着、居室環境も含め馴染みのある使い慣れたものを使用することで安心して休めるよう支援している。		
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	受診や往診の結果は受診表に記録し全員が確認できる。個人ファイルに処方箋をファイルし把握出来るようにしている。薬効、副作用についても把握に努め状態の細かな変化も記録に残し往診時医師に相談できる環境が整っている。		
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	生活歴や生活習慣の把握に努め一人ひとりが役割を持ち、趣向や馴染みの仕事・特技を発揮できる場面が持てるよう支援している。市民サークルへの参加、野菜や花の種苗の購入・世話など個々の活動を継続して支援している。		
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	日常的な外出の他、喫茶店や神社へのお参り、墓参りなど希望に応じて柔軟に対応している。民生委員の協力による朝市への外出や、誕生日の「希望の叶う日」として動物園や馴染みの地へのドライブなど本人の希望をくみ取り家族と相談・協力の中実践している。地域イベントや季節のポスターを作成し希望表出に繋げている。	積極的な外出支援が行われており、利用者の意向を汲んで、介護計画に取り上げて支援している例も多い。家族アンケートにおいても、大きな満足が示された。	

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	本人の希望や能力に応じて家族と相談の上、財布を所持したり、事業所でお預かりしている。日用品や嗜好品、夜店での買物や美容院など、支払いを自身で行える場面を作り金銭のやり取りの支援を行っている。		
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	遠くに住む家族への思いを大切に、手作りのハガキを定期的に送りやり取りが実現しており、お互いの安心に繋がっている。兄弟の安否を確認しながら近況を伝えるなど電話のやり取りが出来る。		
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	玄関は入居者の生けた花や壁飾り、手作り作品を飾る事で生活感を感じられるよう工夫している。廊下、居間にも手作り作品や写真が飾っており、入居者同士、家族来訪時にも楽しみながらくつろげる居心地の良さを工夫した空間作りを努めている。整理整頓を一緒に行い、彩光、湿度室温に配慮している。	昼食後のひと時、広いホールのあちこちで、利用者は思い思いにくつろいでいる。日々の活動予定に興味を示す利用者があり、「週間予定」と「月間予定」のボードが貼りだされていた。その利用者のための、個別の対応である。	
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	ユニット間の行き来は自由にでき、その時気の合う入居者と一緒に過ごせるように廊下にはソファが設置してあり、お話し場になっている。自由な活動と居心地の良さに配慮し、1人でゆったり過ごす場所もある。フロアの観葉植物も日課として入居者が自主的に世話をしている。		
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	生活習慣に合わせた馴染みの家具や寝具を使用し、これまでの生活スタイルを大切にしている。家族と協力の中、生活感を感じられるように観葉植物を飾ったり、手作り作品、人形を飾りゆったり過ごせる環境を作っている。家族写真や手紙など飾り、家族とのつながりを感じて頂けるように工夫している。家族面会時、一緒に過ごせるように居室に2人掛けソファを置いている方もいる。	職員が撮った利用者の写真を家族に送り、家族がその写真を加工して、大きなボードの「作品」に仕上げ送ってきている。居室の壁面を、何枚もの見事な「作品」が飾っている。	
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	各居室には手作りの表札が掛けてあり、日めくりや予定表で毎日が確認できるように表示してある。浴室やトイレなどにもわかりやすい表示があり、ホームには手すりを設置、能力に応じて安心して自立した生活に向けた工夫がある。		

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	2376600405		
法人名	愛知県厚生農業協同組合連合会		
事業所名	JA愛知厚生連 あつみの郷グループホーム (せせらぎ)		
所在地	愛知県田原市築出35番地1		
自己評価作成日	平成24年12月28日	評価結果市町村受理日	平成25年 3月18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.kaizokensaku.jp/23/index.php?action=kouhou_detail_2012_022_kani=true&JigvoCd=2376600405-00&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 1月24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)】

「本来のグループホームのサービスとは何か？」を模索しながら、守るべきものと新しくするものを見極め、効果的なものを継続的に行うことで、チームが一丸となって入居者様の尊厳ある暮らしを支えるお手伝いをしています。ご本人とご家族の想いをくみ取るため、ゆっくりとお話しを伺う機会を設け、少しでも実現に近づけるよう努めています。
 入居者様が住み慣れた地域の一員であり続けるため、職員だけでは不可能な支援を、ボランティアの方や地域の方のご協力を得て、児童センターや農業高校との交流や朝市への支援など、様々な取り組みを実践しています。
 また、日常生活の中で、その人の力を活かす、さりげない支援に力を入れています。

【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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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
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	地域との連携をふまえた内容の理念があり、採用時に全職員に教育がなされている。職員の目にする休憩室等へ掲げると共に職員としての心構え等記載した「マイルストーン」と運営方針を個々が携行、確認・意識できるようにしている。		
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	日常の外出、買い物では近隣スーパーや商店街・朝市を利用し馴染みの関係を継続している。イベントや生活圏域の市の資源を有効に活用し、市民の一員として交流を深めている。		
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	ご家族や民生委員、介護職従事者の他、兼ねてから交流のある児童センターを利用される若い母親や市内の企業関係者へキャラバンメイトである職員が認知症サポーター講座を開催し、認知症の理解を深めており、ボランティア活動へも繋がっている。		
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	個別支援、地域交流の実際を報告すると共にホームの日常場面を見て頂き助言・提案を頂いている。民生委員による行事や日常的な畑仕事や外出支援の他、ボランティア・災害時の応援対策へ繋げている。		
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	運営推進会議を通してホームの実情を報告している。入退居や地域交流の状況報告、安全管理や事故発生時の報告等を行う事で連絡を密に取り、協力・助言を得ている。1回/月田原市地域連携会議に出席し、状況報告している。		
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	「身体拘束」という言葉を重く受け止め、勉強会を開催。スタッフ全員が身体拘束についての思いを述べ、学び合い、何気ない一言にも気を配り自由な活動・環境に配慮したケアを実践している。エレベーターの暗証番号については安全確保の為に関係者の理解を得ている。		
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	「虐待防止」において、勉強会を開催している。虐待にあたる行為とは何か、日常的に起こり得る事例、その時の心理状態について意見交換と対策を話し合い、スタッフ全員が共有し常にプロ意識を持って業務に努めている。		

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
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	家族等より相談を受けた際には適切な相談窓口を紹介出来るよう支援している。また、地域包括支援センター職員と連携をとり、助言をもらえる体制を整えている。		
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	入居希望時にはホームの見学と、利用に際しての説明を行っている。契約に際して、利用契約書、重要事項説明書、ホームの方針、緊急時の対応、金庫管理規定、個人情報取り扱い等について書面で説明、不安や不明な点について確認しながら、納得の上同意を得ている。		
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	家族参加の行事を企画し、家族同士が思いを話し合える機会を持っている。家族、職員が気軽に話せ希望表出に繋げている。年に1回家族面談を行い、要望・心情を汲み取る機会を持ち得られたヒントをケアへ反映している。また、家族アンケートやご意見箱の設置にて率直な意見を運営へ反映している。		
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	上司との面接が年に2回ある。また、日頃から話し易い関係作りがなされており、カンファレンス、勉強会にて意見を聞く機会が設けられている。勤務ユニットや担当入居者、係り等の希望確認アンケートを実施し意見を反映している。		
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	ホームでは係りや行事の役割を任せ、やりがいと自信に繋がるよう配慮がなされている。取り組み事例を研修会で発表できる機会を設けており、勤務意欲の向上に繋げている。		
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	配属時、認知症の理解・ケアについての教育がなされている。職員の目標や力量に合った研修会へ参加できるように調整されており、参加者は内容を報告し、職員間で情報を共有している。また、日々の業務の中でも率直な疑問や不安へ適切な指導を得られる環境にあり、全職員を対象とした勉強会は毎月開催している。		
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	管理者は地域連携会議や市内他GHの運営推進会議へ出席し情報交換を行っている。職員は県・市・GH協会等主催の研修へ参加する機会があり情報交換の場を設けている。また、認知症介護実践リーダー研修の実習受け入れなど、お互いが意識を高め合い、サービスの向上に繋げている。		

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	申し込みの際にはホームの見学、説明をし、生活の場が変わる事への不安が軽減できるように努めている。面接時より話しやすい雰囲気をつくり、趣向・生活史を伺い、信頼関係を築きながら希望・ニーズの把握に努めている。		
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	利用開始前の見学・説明時より、家族の思いやホームへの要望・希望を伺いながら話し合う機会を持つと共に、家族介護の思い、経験を傾聴し・親身に受け止め、家族の必要としている情報を正確に伝え、率直な意見がいただけるよう信頼関係の構築に努めている。		
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	本人の状態やニーズ、家族のニーズ・要望を踏まえ、ケアマネ、地域包括支援センター等と連携を図り、活用できるサービスを提案し希望に添って利用できるよう支援している。入居に際しては本人の思いを踏まえ生活と今後を継続的に支援できるよう納得の出来るケア計画に繋げている。		
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	常に人生の先輩として尊敬の念を持ち、生活の知恵や文化・風習などを教わりながら、和やかな時間の中、家族のような関わりを心掛け、お互いが支え合える生活が送れる様な関係作りに努めている。		
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	家族参加の行事(日帰り旅行・食事会・夏祭りなど)を組み込み、入居者・家族・職員3者の信頼関係を深め、生活の様子や現状を伝え支援の方向について相談し合える関係を築いている。家族面談では思いを共感し、方針を踏まえ本人の生活を支援している。		
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	行きつけの美容院の利用、通いなれた商店や田原市で古い歴史をもつ朝市への買い物、馴染みの地への外出を継続して行っている。彼岸や希望時に墓参りの支援の他、信仰深い方へは神社へのお参りなど個々のこれまでの生活を大切にしたい支援に努めている。手作りの年賀状や季節のハガキ・日常生活を知らせるハガキのやりとりを続けている。		
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	日々の様子を申し送りにて情報を共有し、入居者同士が関わりをもって生活できるように行事計画やケアプランへ組み込んでいる。また、個々の特技を活かしお互いが意識し認め合える場面を作り和やかな時間が持てるよう支援している。		

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	サービス終了後も本人及び家族からの希望に応じて介護相談やホームへの来訪も歓迎し、気軽に相談して頂ける体制を整えている。		
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	日々の生活の様子や何気ない一言・行動からヒントを得て、思いをくみ取ることが出来るように関わりを大切にし、望む暮らしへと繋げている。「希望が叶う日」として誕生日には家族と相談、協力の中、想いが達成出来るように支援している。		
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	入居前面接時より本人や家族の状況や生活歴など、これまでの経過と情報を集めスムーズにホームへの生活へ移行出来るように努めている。入居後は本人、家族の了承のもとライフレビューブックを作成・活用し介護計画へ反映している。		
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	個々の生活リズムや習慣を大切にしながら詳細を時経で記録し過ごし方・現状把握に努めている。できる事できない事評価表を定期的に見直しADL/認知症状など個々の能力を職員全員で共有し介護計画へ反映、支援に繋げている。		
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	本人の生活と日々のケアからヒントを得て入居者担当を中心に職員全員が情報提供用紙を作成し、現状・課題の把握に努め家族の思いや意向を踏まえカンファレンスにて検討し介護計画へ反映している。変化に応じて介護計画を見直し、最適なケアへ繋げている。		
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	介護記録へは生活の様子・支援内容・その時の反応を記録している。申し送りノート、気付きノートとあわせ出勤時には確認し情報の共有、日々のケアの実践・カンファレンスにて介護計画の見直しへ繋げている。		
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	ホーム内のサービスにとどまらず、音楽療法、おやつ講習会や、希望に応じてアニマルセラピーなどへの参加を支援している。また、身体状況に不安のある方など、必要に応じてリハビリスタッフや看護師による楽しく参加できる歩行・リハビリ運動や注意すべき事などの助言を得て実践している。		

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	ボランティアによる教室や余暇活動・民生委員による外出支援を受け、一人ひとりの趣味や習慣を生かせる暮らしを支援している。農業を営んで来られた方を中心に市内の農業高校との交流を行っている。		
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	本人、家族の希望に応じて主治医を選択、安心して医療を受けられるように支援している。適切な情報提供を行い、円滑に受診が出来るよう努めている。月に1度協力病院の医師による往診があり、定期的な医療や緊急時の受診体制が整っている。		
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	心身状態の変化や気付きなどを看護師に相談・助言を得られる体制が整っている。また、介護現場において日々の変化や気付きに対応出来るよう、認知症や起こりやすい疾患、対処方法など、勉強会を開催している。		
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。	医師、病棟看護師、MSW、退院コーディネーターと定期的に情報交換を行い、入退院が円滑に行えるような体制が整っており、本人や家族の不安の軽減に努めている。		
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	ターミナルケアは行わない方針であり、入居契約時、書面を用いて説明・同意を得ている。日頃より家族、医療機関との連携に努めており、重度化や医療の必要が高まり終末期へと移行の際には十分な説明と方針を踏まえた話し合いを重ね、納得の上、適切な医療と最善な生活支援が受けられるようにサービスの選択をができるよう支援している。		
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	定期的に事業所による救急法の勉強会が開催され、全職員が参加できるようにしている。AEDが設置されており、使用方法や緊急時の対応シミュレーションを通して学んでいる。また、マニュアルが整備されており、対応や連絡に備え実践に活かしている。		
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	事業所は防災対策委員会が設置されており常に危機感を持ち災害に備え消防署・地区消防団の協力の中、津波を想定したものを含め避難訓練を実施している。円滑な避難と支援に対処出来る様に避難誘導カードを作成し実践に繋げている。運営推進会議において視察・参加して頂き協力依頼・助言を得ている。		

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	事業所においてコンプライアンス、個人情報取り扱いについて周知活動がなされている。尊厳のある対応に心がけ、常に入居者の立場に立ち、ケア、言葉掛け一つひとつにおいても自尊心やプライバシーへの細かい配慮に努めている。		
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	日頃より気軽に話せる関係を大切にし、希望表出に繋がる場面作りに努め、日常の何気ない会話や行動から得たヒントを基に希望をくみ取り、可能性を探りながら自身で選択出来る様に支援している。		
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	個々の生活リズムと「その時」「今」を大切にし、趣味や外出など楽しみ事が希望に添って出来る支援を心掛け、その人の力を活かす支援にも力を入れている。入居者本意の支援が行える様、ケアのあり方についてカンファレンスや勉強会を通して学びあう機会を設けている。		
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	行きつけの美容院での整髪、化粧品や衣料品の購入など、外出やホームへの来訪者を通してオシャレを意識し続けるように支援している。毎朝本人と洋服を選び、その日の気分に合わせて適した衣類をさり気なく伝えながらオシャレへの関心を高める支援に努めている。		
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	地域性や季節感を感じられる食材や好みを取り入れた献立を入居者と相談しながら立てている。一連の流れの中で個々の役割と能力が発揮できるように「食」の楽しみに繋げている。家族との食事会やバイキング、出前やお弁当、外食などその日の希望に応じて献立を変更するなど柔軟に対応している。		
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	食事・水分摂取量が把握できるように個人記録へ記入している。個々の習慣や身体状況に合わせた食事形態を工夫している。定期的な体重測定と栄養・水分摂取量を把握し、変化は家族へ報告し必要であれば往診時に相談・助言を得ている。日々の栄養バランスにおいては管理栄養士の助言を得ている。		
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。就寝時には義歯を洗浄液へ入れ、1日1回消毒を行っている。食事中を含め日常生活の中で様子観察し、不具合がないか異常の早期発見と現状把握に努めている。自力で行えない方や自歯のない方へは、状態に応じて介助している。		

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	自尊心に配慮し、さり気なく定期的な排泄誘導を行っている。出来る限り失敗のないよう、一人ひとりの習慣や排泄パターンを把握出来るように努め、個々の能力に応じて下着の工夫をしている。		
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	食事水分摂取量など把握に努めている。日常的に出来る運動や食事の工夫で自然に近い排便に繋がるように便秘予防に努めている。便秘気味な方は必要に応じて家族・主治医と相談し整腸剤を処方されている方もいる。		
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	希望や生活習慣、その日の体調に応じ、時間帯を含め柔軟な対応を行っている。好みで入浴剤を使用したり、季節や風習に合わせて菖蒲湯、柚子湯など取り入れたり、「良いお風呂」をイメージできる様、音楽を流したり雰囲気や環境を整え、入浴を楽しめる工夫をしている。		
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	個人の生活リズムや活動の状態、健康状態に応じて適度な活動支援・休息をして頂いている。室温・明るさの工夫と、寝具や寝間着、居室環境も含め馴染みのある使い慣れたものを使用することで安心して休めるよう支援している。		
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	受診や往診の結果は受診表に記録し全員が確認できる。個人ファイルに処方箋をファイルし把握出来るようにしている。薬効、副作用についても把握に努め状態の細かな変化も記録に残し往診時医師に相談できる環境が整っている。		
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	生活歴や生活習慣の把握に努め一人ひとりが役割を持ち、趣向や馴染みの仕事・特技を発揮できる場面が持てるよう支援している。市民サークルへの参加、野菜や花の種苗の購入・世話など個々の活動を継続して支援している。		
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	日常的な外出の他、喫茶店や神社へのお参り、墓参りなど希望に応じて柔軟に対応している。民生委員の協力による朝市への外出や、誕生日の「希望の叶う日」として動物園や馴染みの地へのドライブなど本人の希望をくみ取り家族と相談・協力の中実践している。家族の協力のもと、自宅へ訪問する方もいる。		

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		○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	本人の希望や能力に応じて家族と相談の上、財布を所持したり、事業所でお預かりしている。日用品や嗜好品、夜店での買物や美容院など、支払いを自身で行える場面を作り金銭のやり取りの支援を行っている。		
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	遠くに住む家族への思いを大切に、手作りのハガキを定期的に送りやり取りが実現しており、お互いの安心に繋がっている。希望に応じて電話の支援を行えるようにしている。		
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	玄関は入居者の生けた花や壁飾り、手作り作品を飾る事で生活感を感じられるよう工夫している。廊下、居間にも手作り作品や写真が飾っており、入居者同士、家族来訪時にも楽しみながらくつろげる居心地の良さを工夫した空間作りに努めている。整理整頓を一緒に行い、彩光、湿度室温に配慮している。		
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	ユニット間の行き来は自由にでき、その時気の合う入居者と一緒に過ごせるように廊下にはソファが設置してあり、お話し場になっている。自由な活動と居心地の良さに配慮し、1人でゆったり過ごす場所もある。入居者が役割としてプランター菜園を世話している。		
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	馴染みの家具や寝具を使用し、これまでの生活スタイルを大切にしている。生活感を感じられるように手作り作品・人形を飾り、ゆったり過ごせる環境を作っている。家族写真や手紙など飾り、家族とのつながりを感じて頂けるように工夫している。		
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	各居室には手作りの表札が掛けてあり、日めくりや予定表で毎日が確認できるように表示してある。浴室やトイレなどの表示のほか、入浴手順などを貼り、スムーズに入浴できるよう工夫している。ホームには手すりを設置、能力に応じて安心して自立した生活に向けた工夫がある。		

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	2	実施している様々な取り組みや支援に成果が表れているが、計画的になされていないものがある。	独自のサービス内容を充実させることで他施設との差別化を図り、利用者の満足に繋げる。	①生活圏域の社会資源を活用した支援を増やす。 ②回想法を取り入れた支援を拡充する。 ③農業高校との交流を計画的に推進する。	12ヶ月
2	2	運営推進会議の年間テーマを決めて開催する必要があると感じた。	地域交流における認知症の理解への啓蒙活動の検証を行い、次の活動に繋げる。	①交流のある商店等へのアンケートを実施する。 ②運営推進会議にて地域交流の様子を報告する。 ③アンケートを集計・分析する。 ④更なる地域交流と認知症理解に向けての検討をする。	12ヶ月
3	23	外出支援にムラがあり、施設の立地条件を生かした支援の意識が薄い。	外出支援について見直し、効果的な支援を実施する。	①日常的な外出(散歩)の効果について話し合い、意識を高める。 ②生活圏域の社会資源を活用した支援を増やす。 ③外出支援を3つに分類し、目的を持った効果的な外出に繋げる。	12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。