

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	1190400125		
法人名	社会福祉法人 真寿会		
事業所名	グループホーム アダーズあいな		
所在地	埼玉県川越市安比奈新田278-2		
自己評価作成日	平成31年3月5日	評価結果市町村受理日	令和元年5月24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.mhlw.go.jp/11/index.php?action_kouhyou_detail_2017_022_kani=true&figvosvoCd=1190400125-00&PrefCd=11&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 埼玉県介護支援専門員協会
所在地	埼玉県さいたま市浦和区仲町2-13-8 ほまれ会館3階
訪問調査日	平成31年3月18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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・認知症による症状が顕著にみられても、フラストレーションに陥ることなく、可能な限り自立し、安心して暮らすことのできるストレスフリーな環境を提供出来るように努力しています。 ・一人一人の意向を大切に、安心に穏やかに生活ができるような環境づくりを心掛けています。可能な限り自立し安心して暮らすことが出来るよう入居者の生活をサポートしています。 ・他職種によるサービス提供体制を整備し、医療法人真正会との連携で医療体制も充実し、入居者を包括的にサポートすることで、入居者と家族に安心・安全な生活を提供しています。 ・法人内、法人外の研修に参加し、認知症の理解を深め、また、疾患だけでなく対人コミュニケーションに関する研修などにも参加し、スタッフのスキルの向上に努めています。

【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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・医療法人真正会が母体であり、医療体制が充実し、病院から看護師、リハビリスタッフの訪問も行なわれている。 ・法人内には特養等の施設ケア部門と地域包括支援センターをはじめとする在宅サービス部門とがあり、研修や職員の異動など連携が密に行なわれている。 ・24時間シートを使用したケアプランに基づく支援を実施し、状況に応じ更新し職員が情報共有できる仕組みができており実践している。 ・ホームの建物は、木のぬくもりが感じられる作りで温かみがある。職員は大きな声を出すことなく、静かな落ちついた時間が流れている。
--

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、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
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、安心して暮らさせている (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	個別ケアを重視し、困難ケースや介護での困りごとがある時は、理念、方針を振り返り、カンファレンスなどを通じて、スタッフ間で共有し、相互に確認している。	「老人にも明日がある」という法人の設立理念を常に念頭におき、利用者が明日に希望を持って生活できるようなケアを心がけている。	
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	隣接している病院での趣味活動の活用そこでの地域住民とのかかわり、近くの小学校の定期的な友愛訪問での交流。また、ホーム内の畑を通じて、地域住民と関わり、交流をできるように努めている。	隣接する病院のマルチルームへ行き、地域の人と一緒に趣味活動に参加している。小学校の行事にも参加し交流の機会を持っている。毎週木曜日にはホームの畑に園芸のボランティアも来ている。	
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	近くの小学校の通学路にもなっているので、「子供110番の家」に登録、管轄消防署と協働し、災害時の避難についても、共に取り組み、認知症の理解を深めることに取り組んでいる。		
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	集まりやすい日程、時間を選定し、2カ月に1回開催、地域包括支援センター、看護スタッフ、地域住民や入居者の家族が参加。ホームの出来事の報告をし、参加者の意見を取り入れ、今後のホームの在り方、支援につなげている。	家族が参加しやすい日程で開催し、多くの家族が参加し要望や意見等をたくさんいただいている。今年度から地域住民の方にも参加してもらいボランティアや地域の行事への参加につながっている。	行政職員や福祉関係者等、幅広い方の参加を得ることでさらに建設的な会議となることを期待する。
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	行政担当者や地域包括支援センターと連携を取り、相談しながら協力体制を作っている。	行政担当課には、会議の報告や相談ごと等連携をとっている。地域包括支援センターは法人内にあり、相談しやすい関係となっている。	
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	身体拘束の事例はない。法人内の身体拘束廃止の委員にも所属し、知識を得ている。マニュアルもあり。要望を制限せず、支援している。	月1回法人全体で、身体拘束廃止委員会があり参加している。職員研修は、法人内で入職時と現任研修時に行われている。委員会や研修の内容は職員全員に共有され、「身体拘束にならないか」と意識しながら行動している。「マニュアル、指針も作成されている。	
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に注意を払い、防止に努めている	認知症実践者研修にて、知識を学んでいる。また、法人内の新人、現任研修でも学ぶ機会を設けている。個々のスキルアップに努めている。		

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	実践者研修、法人内での研修に参加し、権利擁護について学ぶ機会を持つ。各研修で得た情報を共有している。		
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	入居者に本人、家族に対して留意点、料金、契約内容について、また、その他の必要事項の説明を行っている。不明点、疑問点についてはその場で解決している。		
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	法人での生活満足度調査を行いその結果をもとに実現可能なものから反映している。イベントや面会時に意見を聞き、日々のケアに活かしている。	法人全体でご家族に満足度アンケートを行ない可能なことから運営に反映させている。ご家族とは、コミュニケーションをよくとり、意見をいただけるような関係性を作っている。運営推進会議であがった意見も真摯に受け止め改善につなげる努力をしている。	
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	各ユニットでのミーティング、合同ミーティングを開催し、課題について検討。また、意見交換をし、運営につなげている。より良い運営、職場環境を目指している。	年3～4回ユニットごとのミーティングを開催している。ハード面の提案や個別の外出支援、家族への行事の報告方法等を検討し、実際に運営改善につなげている。	法人全体の会議やカンファレンスとは別に、ユニットの全職員が意見交換できる場が増えると、さらにより良い運営につながると思われる。
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	スタッフとコミュニケーションを図り、就労状況、健康状態を確認し、報告を受けている。業務の効率化にも、意見を求め、一人一人が責任と向上心を持って働けるよう体制を構築している。		
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	スタッフの年数、ケアの実践状況、スキルに合わせて、研修への参加を促している。研修の案内を誰もがしやすい場に掲示し、興味、関心のある研修にも参加をすすめている。		
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	不定期参加ではあるが、協力医療機関、近隣の福祉サービス事業所との交流があり、意見交換、情報交換を行っている。		

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	入居前より、実調を行行情報収集を行っている。また、利用中の在宅サービス事業所へも情報提供を依頼している。本人の希望、困りごとに寄り添い本人だけでなく、家族の不安な気持ちを取り除けるようにしている。		
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	入居にあたり、家族の困りごと、キーパーソンの思いにも耳を傾け、入居後も安心して頂けるようコミュニケーションを大切に、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、家族と相談し、ホーム以外に利用できるフォーマル・インフォーマルなサービスを案内したり、行政からの情報を伝達している。必要に応じ、医療等の連携機関も立会いの下、説明を実施している。		
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	共に暮らす事を念頭に、日常生活の中で家事などを一緒に取り組み取り組みを通じて、より良い関係を作っている。		
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	本人と家族の絆を大切にしている。面会時はゆっくりと過ごして頂けるように環境を整備する。また、ボランティアのおやつ作りに本人、家族も共に参加し、一緒に取り組む機会を設けている。		
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	在宅で受けていたサービスの継続利用をするなど、今まで築いていた関係を大切にしている。	かかりつけ美容院の利用、訪問マッサージの継続利用など、できる範囲で対応している。年々少なくなってきたが、友人が訪ねて来てくれる人もいる。	
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	入居者同士が交わりのある生活を送れるように必要に応じてスタッフも介入している。生活の主役は各入居者であり、一人一人の価値観、暮らしを大切にしている。		

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	退居後も、なじみの関係を大切にスタッフ が面会に出向くなどしている。		
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	24Hシートをパソコンで作成し、プランに基づき支援を提供する。またシート内に本人の意向、好みも入れ込み共有している。ICFの考え方に努めている。	できるだけご本人から意向を聞くよう努めている。3か月に1回家族も参加しカンファレンスを行ない意向に変化がないか確認している。	
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	在宅時に担当ケアマネージャーや本人、家族から今までの暮らしぶりを把握している。入居後も継続して、本人の把握に努め、コミュニケーションを図っている。		
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	今までの日課や心身の状態を把握して小さな変化に気が付けるよう努めている。本人ができることを探り共有している。		
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	3か月毎にモニタリングを行い、ケアプランを見直している。また、24Hシートも本人の状況に合わせて都度訂正し、反映させている。	3か月ごとにモニタリングを行い、ケアプランの見直しを行なっている。24時間シートを作成し、プランに基づいた支援を行なっている。日々のかかわりの中で変更があった場合は都度入力し、反映させ、共有できるようになっている。	
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	日々の様子や変化、健康状況など個別的に入力しモニタリングの際反映させている。また、本人の状態に合わせて必要に応じてカンファレンスを開催している。		
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	本人や家族の希望に耳を傾け、日々のケアに取り入れている。またコミュニケーションを大切に、本人の気持ちに寄り添うよう努めている。ボランティアの介入もある。		

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	地域の趣味活動の場所を利用し、本人が有する能力を発揮しながら楽しめる時間を提供している。また、小学校の行事にも参加し、交流している。		
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	真正会が母体にある。病院から医師、歯科医師、歯科衛生士の訪問診療があり、連携体制が出来ている。	母体病院から医師、歯科医師、リハビリスタッフが訪問し連携しており、ご本人、ご家族は安心して生活ができている。認知症のBP SDが激しい方でかかりつけの精神科専門医への通院支援を行なったこともある。	
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	看護師と連携し、週1回の訪問のほか、24時間オンコール体制をとっている。看護師はスタッフからの情報や気付きの相談に対応している。		
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、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、スムーズに治療を受けられるよう、医療関係者に情報提供している。また、退院時にはケアカンファレンスや入院先のスタッフと本人のホームへの訪問もあり、安心した生活を送れるよう連携を図っている。		
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	入院時や重度化した際、要望を確認し、医師、看護師、スタッフで相談し情報を共有している。	看取りについては、入居時に重度化した場合の指針をもとに説明している。今まで看取りの実施例はない。現在ホームでの看取りを希望されている入所者はいない(削除要望)。重度化した場合にはご家族の要望を踏まえ、特養への住み替えや病院への転院等の支援を行うことも可能。	今後、ご本人、ご家族がホームでの看取りを希望されることもあると思われる。その場合には、力量、体制を考慮しながら職員、関係者で十分に検討をしていくことを期待する。
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	看護師に連絡し指示を受けたり、マニュアルを活用している。全スタッフが実践できていない状況である。シュミレーションなどをして備えたい。看護師と24時間365日オンコール体制で冷静に対応できるように努めている。		
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	年2回の火災避難訓練を近隣関係機関、消防署との協力により行い、訓練後はディスカッションを通して、災害時の意見交換を行っている。	近隣の方が参加しての訓練ではないが、今年度は1回訓練を実施、2回目を3月中に行なう予定である。ハザードマップにて災害危険地域でないことを確認している。備蓄は法人で行なっており、ホームでは必要最低限の水を備蓄している	できるだけ多くの職員(法人の職員も含み)や利用者、近隣住民の参加を得た実践的な訓練を計画的に行なわれることを期待したい。

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
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	一人一人の性格、好みを十分に理解した上で、その人が主体的に生活できるように言葉かけをしている。プライバシーに十分に配慮した支援を心掛け寄り添っている。	24時間シートを使い、ご本人の好みや生活パターンの把握に努め、ミーティングで共有するようにしている。	
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	入居者の気持ちを表出できるよう、日々の些細なコミュニケーションを大切にし、信頼関係の構築を大切にしている。その人だけのサインに気が付けるよう努めている。		
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	入居前のその人の生活のペース、リズムを把握し、入居後の希望も併せて、支援する様に努めている。24Hシートを作成し活用している。		
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	できる部分は継続して行って頂けるよう支援している。衣類の選択、化粧など身だしなみもその人らしさを大切にしている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	三食の食事だけではなく、お茶やおやつ時間も一緒に過ごす時間を増やしている。畑で採れた野菜を用いておかずやおやつを作るなどの取り組みもしている。	食事は法人内の特養から配食され、ご飯とみそ汁はホームで作っている。また、月に数回、調理の機会を設けている。外食や出前を取り入れたり、ホームの畑でとれた野菜を使う等、食事を楽しむ工夫をしている。	
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、水分量を記録し、把握している。食事量の低下が見られる場合は本人の嗜好に合わせた補食の提供も行っている。家族の協力も得ながら対応している。		
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	歯科医師の訪問診療、歯科衛生士によるケアも一人一人に合わせて実施。また、ケアスタッフもケアし、必要に応じて、受診につなげている。		

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
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、トイレで排泄できるように誘導している。重度化しているが、可能な限りトイレでの排泄を促している。	24時間シートを使用し、排泄パターンの把握に努め、昼間は全員がトイレやポータブルトイレで排泄している。	
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	ヤクルトなどの経口食品も取り入れている。また、内服に関しては、適切な量などを看護師と連携し対応している。		
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ず、個々にそった支援をしている	週2回を目安に入浴に案内している。使用品についても、本人が使い慣れたものを使用している。また、タイミング、時間も人それぞれであるので、個別に支援している。	曜日を決めずに、週2回は入浴できるよう個別対応している。特殊浴槽が無い場合、車いす使用の方でもどうしても浴槽に入れない場合にはシャワー浴をしている。シャンプーや石鹸は使い慣れた好みの物を使用している	
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	夜間、安眠できるよう日中の過ごし方、生活のリズムに配慮している。日中、疲れがみられた時は休息する時間を設けて、その日の本人のペースに合わせたケアを行っている。		
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	処方一覧はすぐに確認できるようにしている。また、日々の様子を観察し、服薬内容も医師、看護師と相談し検討に努めている。		
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	今までの暮らしを大切に、また共同生活として、「一緒に、共に」取り組む事を大切にしている。畑作りをはじめ、ホームの皆で一つの物を作っている。もちろん個々の趣味も大切に活動している。		
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	家族の協力もあり、また、ボランティアの支援により、活動している。遊歩道もあり、気分転換に散歩をしたり、買い物やカフェへ出かけていく事もある。	車いす使用の利用者が増え、以前に比べ外出が減っている。ご本人の身体状況に沿った外出が計画され、外出時には家族やボランティアが送迎を支援している。	ボランティアや家族の力を借り、身近な場所や短時間から外出機会を作っていくことが望まれる。

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	家族と相談の上、個別に対応している。		
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	電話は、入居者の希望時、ホームの電話からいつでも掛けられるようにしている。また、家族や親類との手紙のやりとりができるよう努めている。		
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	生活する上で不快なく、不安にならないよう、音や光に配慮している。また、季節感を感じられるよう、生花を飾ったり、設えを変えている。スタッフ自身も足音や声のトーンにも配慮している。	建物全体が木のぬくもりが感じられる。季節の花や、雛人形等が飾られ、季節感を感じられるようになっている。職員の大きな声や高い声は無く、落ち着いた雰囲気である。	
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	共用スペースであるリビングやダイニング、廊下やソファを安心して安全にくつろげる空間にしている。お好きな場所で好きなように暮らせる空間作りに努めている。		
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	使い慣れた家具を持ち込んで頂いている。在宅からの暮らしの継続に努めている。庭木が見えるなど、日常を日常と感じられる生活環境の提供を目指している。	使い慣れた家具が持ち込まれそれぞれ個性のある居室となっている。居室からは庭をみることができる。居室からウッドデッキに出られるようになっており、プランターで植物を育てたり、日向ぼっこができる	
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	例えばIHコンロではなくガス型コンロを取り入れる等、入居者自身が確認して危険を回避できるなどを考慮したハード面と、スタッフは安全見守りをしつつ、その方の持っている力を十分に理解し、発揮していただけるよう働きかけている。		

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	35	災害時の協力体制において、地域との連携が弱い。	法人内での連携はもちろん、近隣住民との協力体制ができている。	①近隣住民と日頃から顔が見える関係作りを行い、訓練時に参加の呼びかけを行う。 ②法人関係職員の多数の参加を求め、実践的に訓練に取り組む。	3ヶ月
2	49	外出の機会が少ない。	日常的に外出をする機会をもつ。	①法人内での調整を行う。②姉妹法人への協力要請③個別のニーズを把握し、ボランティアの受入れ拡充を図る。④家族への協力を呼び掛ける。	1ヶ月
3	11	全職員からの意見を聞く機会や意見交換の場が少ない。	各職員の意見を反映できるような体制を整え、全職員共通の認識でケアに取り組みたい。	①三カ月に一回、出来る限り多い職員が参加できるよう調整を行いミーティングを開催する。 ②各スタッフの意見を聞ける機会を設ける。一ヶ月に2人ずつ面談を行う。	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。