

### 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	1172000307		
法人名	株式会社日本ケアリンク		
事業所名	せらび鳩ヶ谷		
所在地	川口市桜町6-11-24		
自己評価作成日	平成25年12月13日	評価結果市町村受理日	平成26年3月10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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/11/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/11/index.php</a>
----------	---

【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 ケアマネージメントサポートセンター		
所在地	埼玉県さいたま市中央区下落合五丁目10番5号		
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)】

<p>施設が開設して10年が経ちました。長く入居されている方たちも、年月を経てADLは落ちてきています。馴れた環境で少しでも長く生活して頂けるように、入居者様1人ひとりに合った支援を常に考え実行しています。また、その中で職員の離職率も少なく、働きやすい環境にも取り組んでいます。とにかくアットホームな施設です。</p>
---

【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)】

<p>・利用者の生活歴や普段のコミュニケーションから得られた情報を基に「どんな生活がしたいのか」、「なにを希望しているのか」を利用者本位に考え、支援方法を検討していく取り組みが職員全体で実践されている。          ・ご家族のアンケートでも、「親身なって接して下さっている」、「家族は大変有り難く、感謝して居ります。職員が明るいです」などのコメントが多く寄せられ、すべての項目で高い評価が得られていることから家族との信頼関係の深さが伺える。          ・目標達成計画の達成状況については、避難訓練の際に地域住民の参加協力が得られたこと、日常の食事の献立を写真でお知らせする取り組みを実施され、ご家族との繋がりが深まったことなどから、目標が達成されている。</p>
--

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	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、安心して暮らしている (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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	職員採用時には、必ず理念を伝えます。事務所に理念を掲げ共有、常に意識し実践に繋がっています施設内研修も実施し意識付けに取り組んでいます。	地域の方々との関わりを大切にしながら、利用者一人ひとりが地域の中で、その人らしく暮らせるように取り組まれており、利用者の気持ちに寄り添ったケアが実践されている。理念は基本であることから意識的に話し合い、確認の場が設けられている。	
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	随時、近隣のボランティアを受け入れたり、散歩に出かければ必ず挨拶や言葉を交わします。また地域の行事・活動に参加協力をしています。盆踊り・消防訓練・クリーンタウン作戦・古紙回収等	地域の一員として自治会の行事に参加することで地域の方々とふれあう機会を多く持つことができるように支援されている。また地域のボランティアとの継続的な交流を持つことで、地域とのつながりを深められている。	
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	自治会の行事に参加や、ボランティアスクールの受け入れなども積極的に行い、子供たちにも理解を得られるよう努力をしています。また、見学に来られる方の相談にものっています。		
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	2か月毎に開催し、取り組み状況、事故ヒヤリハット等の報告をし、議事録は、ご家族様にも送付しています。委員の方との情報交換をし、サービス向上に努めています。	定期的開催され、利用者の生活の状況を知ってもらうことで運営に関しての具体的な意見をいただける関係となっている。薬局や地域包括支援センターの職員から服薬介助の改善点を指摘してもらえたり、事故を防ぐアドバイスをいただくなどサービス向上に活かされている。	
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取り組んでいる	生活保護や介護保険に関する事項について、市の職員と連絡を取り合っています。運営推進会議に参加して頂いています。また、空き情報を毎月報告しています。	事業所の実情を把握してもらうために空室状況を毎月報告したり、運営推進会議の議事録を提出するなどの工夫や努力をされ、市の職員との連携がスムーズにとれる体制がつけられている。	
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	リスク委員会で身体拘束について話し合いし、拘束しないケアに取り組んでいます。施錠に関しては、入居者様の安全の為にしていますが、利用者様の外出の希望は出来るだけ添えるよう、散歩やドライブ等で対応しています。	職員全体が身体拘束をしないケアを理解し、取り組むことが出来るように計画に沿った研修が行われている。身体拘束をしないケアの姿勢は職員に周知されており、支援方法の工夫に活かされている。	
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	職員間では日頃から、特に言葉使いについて話し合い注意し合っています。研修も実地し意識付けに取り組んでいます。		

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
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	殆どの職員は、資格取得の際に学んでいます。また、地域包括センターとの連携や成年後見制度については、施設に来られる後見人さんに話を聞くなどして理解に努めています。		
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、入居契約書・重要説明書を時間を掛けて説明し、解らない点は無いか確認しています。改定等があった場合は文書で伝え、個別の疑問等にも答える事で理解を図るように努めています。		
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	面会に来られる際にも、ご家族様より気軽に話していただける環境を整備。また家族会議を開催し、意見や要望、苦情等を伺い運営に反映させています。意見や要望等はすぐ全職員に周知対応しています。	家族会や運営推進会議、面会の際などの機会を利用して意見や要望が伝えやすい環境が提供されている。利用者やご家族からの意見は事業所の運営内容を振り返る材料として話し合われることで活用されている。	
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	職員会議時に、必ず職員の意見を求め提案があれば実行し、難しい提案があれば、何度も話し合う機会を設けています。また個別でも意見が出やすい雰囲気作りにも配慮しています。	普段から疑問点や相談を伝えやすい環境となっており、役職者との隔たりがないため日頃から細やかなコミュニケーションが図られている。そのため運営に関しての提案が、スムーズに業務に反映できている。	
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	今年度の7月から評価者シートを取り入れ、職員一人一人が半年間の目標を設定し、その目標に取り組んだ結果で賞与や昇給につながり、その他にも本人の遣り甲斐などにも繋がっていると思います。		
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	年間の研修計画を立て、内部外部研修に送り出すように努めている。資格取得に向けても、会社全体での勉強会等に参加することで、さらなるスキルアップに繋がっています。		
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	グループホーム協会・埼玉社会福祉協会・川口介護事業者協議会で開催される勉強会に参加し、情報交換や交流を持ち、サービスの向上に取り組んでいます。		

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
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	ご本人と直接話を伺い、不安・要望、生活歴・習慣・好み等を傾聴する。また、日々の様子からも汲み取る努力をし、入居者様と同じ目線に立ち、コミュニケーションを図りながら信頼関係に努めています。		
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	家族からの話の中で、何を希望されているのか、また、どこまで協力頂けるのか、それに対して施設側としてどの様な対応が出来るかなど検討し、安心できる関係づくりを心がけています。		
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	これまでの生活や、サービス利用状況を把握し、本人や家族の方の要望を確認し必要としている支援を提案、対応しています。		
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	一方的な押し付けではなく、協同しながら生活出来るように声掛けをすると共に、入居者様の得意分野での活躍の場作りにも配慮しています。		
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	イベントにご家族様を誘い、一緒に過ごせる機会を作る。面会や外出等も気兼ねなく出来る環境を提供している。また、日々の暮らしや出来事をお便りで報告しています。		
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	知人との交流や、電話でのやり取りも自由に出来るようにしています。気軽に訪問できる雰囲気を作りホーム以外の人との交流が出来るように、サポートしています。	知人やご家族、地域のボランティアの方々などが気兼ねなく訪問できる環境となっており、ご家族との交流も支援されている。ご家族のアンケートからも「連絡すると必ず電話口にだしてくれます」とのコメントもいただけており、本人の大切にしてきた関係を継続できるように支援されている。	
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	話しやすい利用者同士の席を近くしたり、中たがいがいた時は仲裁したり、一緒に出来るレクレーションを提案したりして、孤立しないように働きかけています。		

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
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	退所され、他の施設に入られた方には、面会に行ったり、ご家族様との交流は引き続き行っています。必要に応じて相談や支援に努めています。		
<b>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</b>					
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	介護する側の一方通行にならない様に、利用者の希望を聞き、出来るだけ寄り添うようにしています。意思決定の難しい利用者には、日々の行動・表情から汲み取り、会議等で担当者から意見を聞き、話し合っています。	利用者ごとの想いを受けとめることを目標とした支援が行なわれ、一人ひとりと向き合う時間をとることで意向が把握されている。利用者から「みんなを平等にみてくれているよね。」との言葉をいただけていることから、本人本位の支援が伝わっていることが伺える。	
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	ご本人や家族から、今までの生活歴や暮らし方などの話を聞き、介護支援専門員からも情報を提供して頂き把握に努めています。		
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	入居者の1日は時間ごとに記録されており、生活のリズムを把握し残存能力を活かせるようなケアに努めています。個人記録に記入することで情報の共有を図っています。		
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	入居者毎に、現状把握し本人、家族、関係者と話し合い、ケアの目標を立てています。居室担当者が介護会議で気づきや意見を出し話し合いをして介護計画を作成しています。	利用者、家族、かかりつけ医、看護師、介護職員等から総合的に把握された情報をもとに定期的に話し合いの場が設けられている。本人本位の介護計画になっているかどうか居室担当者によって把握され実践状況が評価されている。	介護職員の居室担当制が実施されているが、本人本位の意向が、より介護計画に反映できるように、研修やミーティングを繰り返すことで介護職員の力を強化していく取り組みが期待されます。
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	介護日誌に身体状況や日常生活様子を記録し、毎朝夕申し送っています。職員間での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	外出や買い物、通院など必要な支援等において、ご本人、ご家族と相談しながら支援しています。		

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	近隣へ散歩や買い物に出掛けたり、地域のイベントに参加しています。定期的にボランティアの方が見えたりして、地域ボランティアの活用もしています。		
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	施設連携は、隔週で内科・心療内科や歯科の往診を受けています。また連携以外の医療機関とも情報を共有し、支援しています。職員が同行した場合は、状況の報告をご家族に伝えています。	入居時に利用者や家族の希望を尊重し、医療機関の選択をしていただいている。医療に関する情報の共有や主治医との連携に力が入れられており、適切な医療を受けられるようなサポート体制がつけられている。	
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	協力医院の看護師に2回／月訪問して頂き状況の報告相談をしています。また、特変時にも対応して頂いています。		
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。	入院時は、サマリーを作成し医療機関に提出しています。面会したりDrからの説明にも参加させて頂き状況の把握に努めています。またご本人が良い環境で退院出来る様支援しています。		
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	重度化により看取りの介護が必要となった時は本人・家族と話し合いの上、ホームでの生活を継続する意志を確認し同意書を作成。主治医にホームで提供する看取りの介護に医療的側面からの支援・同意を得られた場合、家族、職員を含め連携体制の元看取り介護を実践します。	事業所として対応できる範囲に関しては入居時に重度化・終末期対応指針を用いて、丁寧に説明され、不安に感じることを無いうように対応されている。体調の変化に応じて、適宜相談の場が設けられており対応方法の共有がされている。	
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	対応マニュアルがスタッフのすぐ見えるところに掲示されている。応急手当、事故発生時の初期対応訓練や、AEDの使用に関して定期的に行っている。		
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	消防署の協力により避難訓練を行い、避難の方法を身につけている。地域の人々には協力を得られるよう働きかけ、その中で民生員さんが元消防士なので協力を得られるようになりました。飲料水や食料品等の備蓄の準備もしています。	年2回の避難訓練では、各自の役割を確認し迅速な行動ができるように訓練されている。地域住民の方々に参加協力の呼びかけが行われているほか、訓練の様子をホームページに掲載することで、参加できない地域の方々にも関心を持っていただけるように工夫されている。	災害対策については、地域住民との連携と訓練の積み重ねが大切であり、運営推進会議の議題にも取り上げながら、具体的な地域との連携方法を検討し、構築されていくことに期待します。

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	利用者の自尊心を傷つけない様、場に応じた声掛けを心掛けています。また、排泄時や入室時にも声掛けを行い、自己決定を図りプライバシーを大切にしています。プライバシー保護についての内部研修も実施。	利用者の立場を自分に置き換えて想像してみるなど、人格を尊重するという意味を常に念頭に置いて支援できるように指導されている。言葉づかいに関しては日頃からの注意が必要なことから、気になることはミーティングでお互いに問いかけ改善していくことが積極的に実践されている。	
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	できるだけ時間を取って利用者ひとりひとりに関われるような体制にしている。ご本人が自己決定する機会を増やすよう努力しています。ご本人の希望により外出・買い物など入居者の意見や希望を中心に予定を組み立てるようにしています。		
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	利用者の意思や意見を取り入れながら、季節に応じた催し物や外出を企画しています。利用者のリズムを個別に配慮しながら、楽しく過ごす事が出来るような言葉かけや場を促し、希望を引き出せるように心がけています。		
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	個性を大切に、入居者の希望を伺いながら服装を整えています。理容、美容については、2か月に1度訪問カットを利用し希望の髪型にして頂いています。		
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	食材はあらかじめ決められた献立もありますが他にもお楽しみメニューも取り入れ、入居者の希望に応じて献立を考えています。入居者は一人一人のできる事に応じて、食事準備や後片付け、食器洗いなどを職員と行っている。	利用者の個々の力に合わせて料理の準備や食器洗い・お茶碗拭きなどの後片付けが職員と共に行われている。また、季節の行事食だけでなく、普段の食事の様子やメニューなどをお便りに載せることで家族と情報を共有できる工夫もされている。	
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	個人別に健康チェック表を用いて1食の食べる量、1日の水分摂取量の記録をし一人ひとりの状態を把握し状態や力、習慣に応じた支援をしている		
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、歯磨きの声掛けをし、できる限り本人に磨いてもらうが、入居者一人一人の状況に応じて介助を行っている。また、口腔内をよく観察し、問題がある時は協力歯科医に相談の上指示に従っている。		

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
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	入居者一人一人の排泄状況をチェックし、排泄パターンを把握して、一人一人の状況に対応したトイレ誘導、声掛けなどを行うことにより、気持ちよく排泄出来る支援と体調管理に配慮しています。	カンファレンスで個々の自立支援方法が話し合われて実践されている。一人ひとりの行動を分析してケアを工夫することにより、精神的にも安定された事例もあり効果をあげられている。	
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	排泄チェック表記録により、リズムをつかむとともに、食事・水分・乳製品・運動で便秘の予防に心掛けています。便秘がちな入居者は下剤を服用し医師に相談しながら対応しています。		
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	利用者のペースでゆったりと楽しみながら入浴できるように支援している。利用者が入浴したくない時には、時間を空けてから声をかけるなどの工夫をしている。	利用者ごとに入浴に関してのこだわりが異なるため、拒否や不安感の訴えに耳を傾けて対応方法が検討されている。その日によっても体調や気分は変化するため柔軟に対応することで気持ちよく入浴を楽しめるように配慮されている。	
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	睡眠パターンを把握した上で、夜間眠れない場合原因を探り対応。日中の運動量を調整したり、夜間、落ち着かなくて眠れない人には職員が話し相手になって落ち着いてもらっている。生活の改善で不十分な場合には担当医に相談している。		
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	職員は服薬の効用、副作用を知っており、入居者一人一人の服薬情報はファイルによって全職員がいつでも確認できる。症状の変化の確認は職員全員が留意している。精神薬服用に関しては家族に相談もしています。		
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	掃除、買い物、食事の準備等、本人の出来る事を行って頂き、役割意識によって生活の張り合いを維持できるよう取り組んでいる。また、歌、カルタ、カレンダー作り、風船パレー等、それぞれの楽しみに対応したレクを取り入れています。		
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支援している	外出企画や行事など担当者が入居者の希望を聞いて計画しています。1回/2カ月の割合で外食に全員出掛けます。天気の良い日は散歩・買い物・ドライブ等戸外に出られるよう支援しています。	利用者の希望を聞き取って外出計画がたてられている。外出することが目的ではなく、利用者が満足できるか・楽しめるかを配慮した支援となるように検討されている。今年度からは車いす2台の乗車が可能なワゴン車が使用できるようになり、重度化に対するの考慮がされている。	

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
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	入居者に金銭管理を任せると、用途不明の事故があったことから、金銭はすべてホームで預かり管理しているが買い物の時などは所要の金額を渡し、本人にレジ清算を済ませてもらっている。		
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	利用者の家族からの電話取次ぎ、親戚等に電話をかける等は本人の希望に沿うように支援している。手紙なども希望に応じて支援している。		
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	リビングやキッチン等、共有空間は開放的な作りになっており、リビングの窓が大きく、自然採光が活かせる作りになっている。付近は植木畑が多いので季節を感じる風景が広く見渡せる。また、季節感を感じさせる掲示物を入居者と一緒に制作しています。	清潔感が感じられる共用空間を意識し、場所の表示をわかりやすくすることで混乱しないよう工夫されている。利用者の目線で考えられ、その方がくつろげる場所であるように、家庭的な雰囲気大切にされている。	
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	廊下にベンチがあり、利用者同士で座って話ができるスペースがある。リビングには入居者それぞれの専用の位置がある他、3人掛けのソファを置いてお好きに座っていただいている。		
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	居室への家具の持ち込みは原則自由なので、入居時は使い慣れた家具や仏壇を持ち込んでいる。危険の可能性がある場合には、本人や家族と相談し、配置などを工夫して安全を確保している。	生活習慣やこだわりに配慮された居室となるように利用者や家族と相談されテレビや冷蔵庫・仏壇などが持ち込まれている。常に清潔で過ごしやすい環境となるように支援されている。	
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	カレンダー、時計をリビングの見やすい所に設置し、入居者自身が自分から生活のリズムを整えられるようにしている。廊下には手すりを設置している。トイレは多様な身体状況にあっても自力排泄を促せるよう縦横に手すりを設置している。		

(別紙4(2))

事業所名:せらび鳩ヶ谷

## 目標達成計画

作成日:平成 26年 3月 3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	28	介護職員の居室担当制が実地されているが、本人本位の意向が、より介護計画に反映できる様に研修やミーティングを繰り返すことで介護職員の力を強化していく取り組みが期待されます。	職員が研修等に参加する事でスキルアップし、入居者様への生活の質の向上に取り組めます。	・ケア会議等で、入居者様の対応を検討し、本人に添った介護を支援する。また会議以外でも日常的に問題点や改善点を話し合い実施する。職員の意識改革に努める。 ・各自が施設内での研修を担当し、勉強会等の取り組みをすることで、学びに伝える力を養う事が出来る。施設外の研修にも積極的に参加できる環境を整える。	6ヶ月
2	35	災害対策については、地域住民との連携と訓練の積み重ねが大切であり、運営推進会議の課題にも取り上げながら、具体的な地域との連携方法を検討し、構築されていくことに期待します。	災害対策も含め、地域住民の協力を得られ地域住民の施設の連携強化。	・引き続き地域の行事等に参加する。 ・認知症についての勉強会を定期的に開催し施設に招く機会を作る。(1/月) その他にも、ボランティア(民謡・歌)開催時に参加を呼び掛ける。(チラシ・ポスター)	6ヶ月
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。