

(別紙4) 平成 27 年度

### 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	0873200356		
法人名	株式会社ユニマツト リタイアメント・コミュニティ		
事業所名	岩瀬ケアセンターそよ風		
所在地	茨城県桜川市岩瀬30-2		
自己評価作成日	平成28年1月12日	評価結果市町村受理日	平成28年5月13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)】**

ホームは市街地にあり病院やスーパーなど生活しやすい環境にある。また、周りは山に囲まれており、季節の移り変わりを感じられる場所にある。ホームにはデイサービスが併設されており、行事などを一緒に行うなど交流する機会がある。地域の行事に積極的に参加し地域交流にも努めている。  
 ご利用になっている入居者様には、その人の出来ることや持っている能力を發揮し、毎日を笑顔でその人らしく、生き生きとした生活が送れるように支援している。また、御家族が気軽に逢いに来られるように、行事の参加を呼びかけたり、一緒に外出できる機会を持つようにしている。  
 また、職員1人ひとりが『私たちは世界一の「幸せ創造企業」を目指します』の会社理念のもと、入居者様に生き生きとして過ごしていただけるように毎日のケアに取り組んでいる。

※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.kaijokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kan:true&amp;JigyosvoCd=0895100055-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kan:true&amp;JigyosvoCd=0895100055-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022</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認知症ケア研究所		
所在地	茨城県水戸市酒門町字千束4637-2		
訪問調査日	平成28年2月18日		

市街地の中心部に位置し、市役所・病院・スーパーが近くにあり、生活しやすい場所にある事業所である。併設デイサービスとのメリットを最大限活かした合同教室(書道・手芸・フラワーアレンジメント・お琴・体操・スクエアステップ・押し花等)やボランティア(民謡・ハーモニカ・フラ・男性コーラス等)・中学校のマーチングバンド・小学校のオペラ・保育所の運動会やデイの車を使用した外出(初詣・節分・ひな祭り巡り・花見・JA祭り)や納涼祭・七夕・端午・運動会・敬老会・クリスマス会等)支援を行い、利用者の楽しみや達成感を味わっていただける機会を書ききれないほど数多く提供している。地域住民・家族が参加する納涼祭(ポステイングは運営推進会議メンバーも協力してくれた)・鍋パーティーは利用者が見せてくれる普段以上の笑顔が見えることが職員の励みとなっている。認知症サポーター養成講座の講師として警察・高校等に出向き、広く介護・福祉・認知症に関する理解を深めている。施設長・管理者・職員共に職業意識が高く、レベルアップに向け意欲的な事業所であり、外部評価に関しても自分たちを省みる良い機会だと捉え、全員で見直しを行った。

**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	あ	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、生き生きと働いている (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、その時々々の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	開所時に作成した理念を基に、5年前、職員からの提案で、みんなで話し合い考えた3つの理念を補足した。目の届くところに提示し、毎朝唱和して常に理念を意識したケアが実践できるように努めている。	法人の理念と開所時に作成したきめ細かいケアの提供を意識した3つの理念を、事務所内・エレベーター・ユニットの視界に入るところに掲示している。また、申し送り時に唱和して意識付けを行い、施設長・管理者・職員は理念を共有し実践につなげている。月毎の目標を立て、今月は感染症予防(意識付けとして洗面所に手洗い・うがいと書かれていた)に注意している。職員からは自分の思いと違っていても、思いのままを受け止める事で、そよ風を利用して良かったと思えるような利用者本位の支援に努めていると言う話が聞けた。	
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人として日常的に交流している	自治会に加入し、利用者と一緒に年2回清掃活動に参加。幼稚園児との交流や地域のイベント、岩瀬駅前ひなめぐりにも積極的に参加。ホームの雑壇を見に訪れる方もいる。スタンプラリーに出かけ、スタンプを集めたりそれぞれ楽しんでいる。地域の認知症に関する理解も深まって、外出しやすい環境にある。	自治会に加入し、利用者と一緒に年2回の環境美化や地域イベントに参加し、顔なじみになった人と言葉を交わしている。ひな祭りめぐりに出かけ、スタンプラリーを楽しみにしている利用者がいる。事業所のちょっと変わった段飾りのお雛様を見学に来る方も居る。地域住民参加の納涼祭は広報誌発信し、事情所・認知症への理解は深まり、相談を受けアドバイスを行っている。	
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	毎月発行する広報紙「そよ風だより」に認知症についての専門コーナーを設け、利用者家族、地域の人に向けて発信している。 また、認知症地域相談窓口にも登録している。		
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	家族代表、区長、地域の代表、民生委員、桜川市介護保険課担当者等の参加を得て2か月に1回開催している。会議では利用者の状況、活動報告や外部評価の結果伝え、出席者からの意見をいただきサービスの向上に努めている。会議の内容は「そよ風だより」で家族に報告している。職員は回覧押印、会議等で報告し共有している。	家族代表・区長・民生委員(2名)・地域代表・行政・事業所担当者のメンバーで2ヶ月毎に開催している。主な議題は活動予定・報告・利用者状況・外部評価結果を報告し、席上出た意見はサービス向上に活かしている。家族には広報誌(そよ風便り)で報告、職員には回覧押印、必要事項は会議で報告している。民生委員から一人暮らしの高齢者情報を得るときもある。区長から声がかかり、神社の節分に出かけ、お豆等を頂いてきた。	
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	直接出向くことが多く、市の方も直接書類を届けてくれるなど協力関係を築いている。認知症サポーター養成講座を地域に向け開催している。今年度は小学校、警察署、JA等で開催することができた。子供110番を設置したり、高齢者見守り事業を通して市との関係は良好である。	直ぐ近くに市役所があるので担当課(社会福祉課・介護保険課・地域包括センター・社協)には電話をするより、直接出向く事が多く、協力関係を築いている。月2回、認知症サポーター養成講座に出向き、高校生や地域住民等に説明している。子供110番の設置、認知症地域相談窓口に登録している。幼稚園児との交流を行い、中学生の体験学習の場として提供もしている。小学校からは広報やプランターに植えた季節のお花をいただく。	

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
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	身体拘束廃止の考え方として「不適切なケアであるかの振り返り、自分でされて嫌なことはしません」を念頭におきながらケアに取り組んでいる。鍵に関しては、不審者対策と安全上の観点で話し合い家族に説明し、同意を得て施錠している。	身体拘束に関する委員会を設置し、2ヶ月毎に勉強会・事例検討会を実施し、利用者の状態を把握したケアの取り組みについて話し合いを行っている。拘束となる行為・弊害は周知しており、利用者が安心・安全な生活をおくれることが第一だと考えている。エプロンは介護エプロンでなく普通のエプロンを着用している。昨年の内服拒否に関しては内服回数を変更することで解決できた。	
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	虐待防止委員会を設置している。 身体拘束に関して事業所独自の理念があり、委員を中心に全体会議等で勉強会や検討会を実施している。		
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	H26. 11月より任意後見人制度を活用している利用者がいる。カンファレンスで学ぶ機会を持ち理解している。		
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	契約時には契約書および重要事項説明書の内容を十分に説明し、利用者および家族が納得した上で署名捺印をいただいている。		
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	直接聞いたり、イベント毎に家族会アンケートを行うなどし意見を聞いている。月間報告書に普段の様子や体調について記入し、請求時に同封している。ケアプランへ家族の要望を書いて頂ける記入スペースがあり活用している。	利用者との日々の会話の中から吸い上げ、全職員で共有している。家族には面会時に聞くことが多いが、イベントごと(納涼祭・なべパーティー等)にアンケートを実施し意見の言い出しにくい家族に配慮した取り組みを行っている(受診日の確認・キーパーソンに面会者を知らせて欲しい→対応した→苦情処理記録に記載)。毎月の報告書に普段の様子や体調を記入し、請求書と同封している。ケアプランに反映する家族要望を書き込んでもらっている。出た意見・要望は家族支援記録に残し、全職員で共有する仕組みとなっている。	
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	職員は会議の他、日頃より意見や提案を言いやすい環境であり、申し送りノートを活用している。管理者は対応できるものは早急に対応する姿勢で意見を反映させている。	日々の気づきや提案は申し送りノートを活用することもあるが、その場で改善できることは直ぐに対応している。全職員で共有することが大切なので、会議欠席の職員には事前に書面で提出してもらい、後で報告している。新人の意見にも耳を傾け検討してもらえるので、意見は言いやすく働きやすい環境だと職員から聞いた。面談時に困っていることや個人目標等を聞き問題があれば、回避に繋げている。外・内部研修を受講しレベルアップに努めている。忘年会・親睦会を開催し親睦を深めている。この4～5年離職者はいない。	
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	定期的な考課表を用いて、職員個々の実績、勤務状況を把握している。職員への登用制度もあり、向上心を持って仕事ができる職場作りに努めている。		

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
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	外部の研修は、個々に応じた内容の研修に希望制で参加している。センター内では、毎月決まったテーマに添って、勉強会を行い、職員一人ひとりが知識を深められるよう取り組んでいる。		
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	市内のグループホームの管理者が各々にキャラバンメイトになっており、一緒に活動している。		
<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	初回訪問時等に本人が困っていることや不安に思っていること等を聞き、受け止めるように努めている。		
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	初回相談時より家族等が話しやすい雰囲気を作り、困っていることや不安、要望に耳を傾け、良い関係づくりに努めている。		
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	本人と家族がサービス導入を検討している段階で必要としている支援を見極め、対応に努めている。		
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	『介護をしてあげている』という立場ではなく、日常生活の中の料理や行事などを通して喜怒哀楽を共にし、支えあう関係づくりに努めている。		
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	家族には何事も報告・連絡・相談をし、利用者を共に支えていくという関係が作れるようにしている。		
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	併設デイサービス利用者との交流も継続している。年賀状、暑中見舞いを家族、友人、病院の先生、同級生に出し、返事を楽しみに待っている方もいる。職場の友人が面会に来てくれ、時間を共有し、思い出を振り返る場面がある。理美容院は家族の協力を得ながら支援している。家よりホームがいいという利用者が増えてきた。	併設のデイサービス利用者との交流を重ね、馴染みの関係が深まっている。昼食では、利用者同士がとてもいい馴染みの関係となっていると感じた。年賀状・暑中見舞いを友人・知人・遠方の家族等に出し、返事を楽しみにしている。電話でどうコールをする利用者がある。家族の協力を得て、お正月の三が日の日中は自宅・お墓参り・自宅泊・理美容院・外出する利用者も居る。馴染みのお饅頭や最中を食べたいと要望が出たときは、散歩がてら買いに行く。	
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	利用者同士が関わりを持てるよう毎日のレクリエーションの時間をとっている。 参加できない利用者も孤立せず、皆の集まる場所で過ごす事が出来ている。		

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	サービス利用を終了し、転居した利用者には転居先への面会、家族には季節の挨拶状等を送付している。また、必要に応じて相談や支援に努めている。			
<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	日々の会話の中から汲み取るように努めている。趣味の継続や大正琴の好きな利用者には、家族会やイベントで発表する場を設けている。ポーセラートで自分の食器を作って楽しむ。外部講師の協力を得て、いろいろな教室があり、フラワーアレンジメントが一番人気になっている。	利用者のやりがいや楽しみの中から、利用者の力を発揮する場面(家庭菜園・梅干・ゆず茶作り等)を提供している。利用者から美術館に行きたいとの声があり、空間に出かけた。大正琴の好きな利用者にはイベントで発表してもらったり、ポーセラートで自分が作った食器で食事をしたり、色々な教室は利用者の楽しみとなっている。困難な利用者や、遠慮がちな利用者には問いかけの場面を多くし、気持ちの把握に努めている。今までの生活歴をそのまま延長するのではなく、利用者の立場に置き換えて支援を行っている。		
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	本人や家族の話により、把握することに努めている。またアセスメントの活用・記入により全員が把握できるようにしている。			
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	ひとり一人の出来ることに目を向け、安心して生活できるように、心身状態等の現状の把握に努めている。職員は現状を把握するための情報共有を行っている。			
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	介護計画は定期的に関催されるカンファレンスで意見交換し、作成している。家族の意向は面会の時に担当職員がさりげなく聞き取りを行い、プランに反映している。モニタリングは3か月毎に実施し、評価しながらプランを検討している。	家族の意見は面会時に聞き、家族支援経過記録に残している。家族や利用者の意見・意向にはカンファレンスで課題とケアのあり方を話し合い、現況に即したプランを作成している。目標達成に向けて、詳しく介護支援計画表を立て支援内容をケース記録に記入している。作成後は家族に説明し同意を得ている。3か月毎のモニタリングは評価につなげている。		
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	個人記録にはケアプランのNo.を記入し、プランに沿った記録をしている。記録から新たな課題の発見・見直しに努めている。			
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	デイサービスを併設しており、ボランティアの方を招いてのイベントなどは交流も兼ね、一緒に楽しめるよう支援している。身体の状況に応じて、デイサービスの特殊浴槽を利用することもある。			
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	ご家族と一緒にかかりつけの美容室、病院受診等を継続して利用できるように支援している。			

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
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	回診申し送りノートを作成し、変更点は朱色マーカーで注意書きする。外来受診の方は医療機関受診経過記録にて情報提供している。訪問看護の訪問が週1回あり。夜勤緊急時は救急車対応になるので、早めに変化を把握して昼間に対応できるように努めている。	往診が月2回・訪看護週1回の来訪があり、体調管理につとめている。結果は回診申し送りノートに記入し(家族には面会時・電話連絡)変更事項は朱色マーカーで記載し注意喚起を行っている。緊急受診の場合は事前に家族に伝え、医療機関受診経過記録に受診結果を記入している、夜間の緊急時は119番要請になるので、昼間の変化に注意をはらっている。	家族に対する報告は電話で行われているが、医療機関受診経過記録に家族が同行したか、いつ・誰に伝えたかを記録に残すことが望ましい。
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	週1回の訪問看護師に相談できる体制ができている。		
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。	入退院時の医師からの説明を家族と共に聞くなど、利用者が安心して治療を受けることができ、早期に退院できるよう病院関係者との情報交換や関係づくりをしている。		
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	医師との連携が整備されていないので、看取りは行わず、ギリギリまでの対応を行っている。終末期の判断は医師が行い病院へ紹介する。過去には個別契約で訪問診療を受けている利用者もいた。段取りが整えば支援は可能と考えられるが、現在は準備段階。	医療体制の問題から現在看取りは行っていないことを契約時に説明し同意を得ている。看取り開始時期は医師が判断し、家族に説明して次の医療機関や施設に繋げているが、ぎりぎりまでホームで支援している。看取り体制が整えば、支援を行いたいとの事。	
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	心肺蘇生法や緊急時の対応の訓練を定期的に行っている。 マニュアルは職員がいつでも見られる場所に常置している。		
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	消防署からは2階ベランダに避難していれば消防隊員が救助するといわれている。3・11に群馬の系列施設に1か月避難した経験から検証し、備蓄の見直しをした。運営推進委員会の働きかけで災害時の近所の連絡網ができた。避難時に「利用者には反射材を用いたタスキを利用し外部の方と見分けできるよう工夫した。	近隣住民・家族と合同訓練を実施し、協力体制を築いている。連絡網に近隣住民の方を入れたり、利用者だと識別できる工夫をしている。消防署からは2階ベランダに避難していれば消防隊員が救助すると言われている。備蓄品の見直しと昨年度の評価を受けて利用者一人ひとりの緊急持ち出し用品の確認をした。外出支援時のもらい事故等に対し、交通安全対策の指導を実施したり、事故対応マニュアルを作成し、車中に整備している。	
<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	人生の先輩であることを常に意識し、関係がなれ合いにならないように、名前は姓で呼ぶことを基本としている。また、大勢の前で大きな声を出すのではなく、個人対個人で話ができるように場所や時間を考慮している。入浴や排泄誘導の際はプライバシーに配慮した言葉かけや対応をしている。	背後からの声掛けや大きな声で話しかけることは利用者の不安材料になる行為であることを周知し、ゆつくりと落ち着いたトーンで話している。プライバシーや誇りを損ねない対応を心がけていることが調査時には確認された。肖像権を含め、個人情報保護や情報開示に関する同意を得ている。	

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
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	職員からの押しつけではなく、本人の意思を確認してから行動へ移すようにしている。利用者の会話等からも、本人の思いや希望を自己表現や自己決定できるようにしている。		
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、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	『～はいかがいたしますか?』など日々の生活のリードや声かけはするが、個々のペースで自由に過ごせるように支援している。		
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	その日の気温に合った服装や外出の際には、普段よりおしゃれな服装にしたりお化粧をしたり、好みを聞きながら一緒に選んだりしている。 家族と共に外出し美容院を利用する利用者もいる。		
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	本社の管理栄養士が考えた献立をデイの厨房で調理、利用者が配膳、片付け、食器洗い等を行っている。イベント食1か月に2回、誕生会はその人の誕生日に赤飯や手作りケーキ等で祝う。外食の機会は多く、出かけることを楽しみにしている。また自分で作った食器でも食事を楽しんでいる。	管理栄養士が考えた献立(利用者の希望を取り入れ翌月に反映している)をデイの厨房で調理し、利用者が力量にあわせ盛り付け・配膳・下膳・食器洗いを行っている。ご飯と汁物はホームで作っている。個人用の茶碗・湯のみ・お椀以外に、利用者が作成したかわいい食器で「美味しく頂いています」と利用者の話があった。職員は同じテーブルを囲み、食介・誤嚥・食欲に注意しながら会話も弾む楽しい食事風景であった。月2回のイベント食・お誕生日の赤飯・ケーキや、おやつ(干し柿・団子等)作り等楽しんでいる。外食に出かけることも多く、利用者の楽しみの一つとなっている。	
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	食事量水分量は毎回記録に残している。 栄養士の作成したメニュー表をもとに食事を提供している。		
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	食後各利用者の力に応じて支援しながら口腔ケアを行っており、口腔内の清潔保持に努めている。		
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むけた支援を行っている	利用者に応じた個別支援に努め、改善に向けた取り組みを行っている。トイレまで遠いので、夜間はポータブルトイレにしている方もいるが、昼間はトイレで排泄している。病院退院後そのまま利用できるようになった方で、オムツからリハビリパンツへ、やがてトイレに行けるようになった方がいる。	排泄パターン・チェック表・表情・様子から声掛けを行いトイレに誘導し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。昼食後、トイレに行く利用者の後ろからさりげなくついていき、見守り支援をしている光景が数回見られた。夜間はオムツ使用の利用者も、昼間はリハビリパンツでトイレに誘導している。オムツ→リハビリパンツと布パンに改善した利用者がある。牛乳・乳酸飲料・水分摂取・腹部マッサージ等で自然排便に努めている。	
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	個々に応じて、牛乳、乳酸飲料など多めの水分摂取をすすめたり、腹部マッサージ、便秘薬等でのコントロールを行っている。		

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
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	希望に応じて柔軟な対応をしている。行事の都合で午前中の中入浴となっているが、最低でも週2～3回入れるよう支援している。デイの大風呂も人気があり、特殊浴を楽しみにしている人もいる。季節に合わせてゆず湯、しょうぶ湯や入浴剤を利用している。足拭きマットは個人ごとに交換し、感染予防に努めている。日曜日等は併設デイサービスでの大風呂入浴、特殊浴を利用することもある。	最低週2～3回の入浴支援をタイムテーブルの関係で午前中に行っているが、希望があればいつでも入浴可能である。日曜日はデイの大風呂・特殊浴を利用することもある。季節のゆず湯や菖蒲湯、入浴剤を使用し、利用者がゆっくり、気持ちよく入浴できるよう配慮している。皮膚感染予防に気をつけて、足拭きマットは個人ごとに交換している。ヒートショックに注意し洗面所・風呂場を事前に暖めている。	
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	ひとり一人の生活習慣に合わせて自由に休息を取って頂いている。自分で動くことが出来ない方は時間を決めて、ベットやソファで休息できるようにしている。		
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	服薬管理を工夫し、誤薬がないようにしている。一人ひとりの服薬方法をかえ、シロップや散在にしたり、ゼリーと一緒に服薬して飲みやすいようにしている。		
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	何かひとつでも役割を持つことができるように生活歴や特技を活かせる機会を設けるように支援している。食事の準備や後片づけは役割として定着している。		
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	毎月の外出や外食を含めて様々な場所に出かけ、利用者の気分転換に努めている。個別に買い物やイベントとしてジャスコに出かけることもある。デイの送迎車(大型車両)を利用できることから、外出の機会は多くある。	毎月の外出・外食以外に、様々な場所に出かけたり、個別支援で買い物に出かけることもある。利用者の楽しみであるスイーツを食べに出かけ、満足気に帰宅する時もある。天気・体調にあわせ毎日のように近場を散歩したり、急遽ドライブに出かけ、風を肌を感じ草花の開花で季節の移ろいを感じる等、五感の刺激を受けている。	
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	原則的にはお金は鍵のかかる金庫で保管しているが、少額なら所持している利用者もいる。買い物に行ったときは自分で支払える様支援している。		
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	字が書ける方にはご家族、知人への年賀状、暑中見舞い状を出すことを支援している。また、お正月には家族に「おめでとうコール」をしている。		



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
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	手作りカレンダー、季節ごとの外出の写真や利用者と一緒に作った作品を飾り、話題提供になっている。リビングにソファや廊下の途中に椅子を置き、外を眺めながら利用者同士で話ができる。和室にはお茶を飲んだり、横になったり自由に過ごせるスペースがある。	小学生が届けてくれるプランターのお花や職員手作りの様々な品物を飾り、訪問者を温かく迎え入れてくれた。季節ごとの外出の写真や利用者・職員の手作り作品を飾り、家族と話題作りに一役かっている。手作りカレンダーや見やすい時計を飾り、見当識への配慮がみられた。トイレ・浴室・居室入り口には暖簾や写真と名前を分かり易く表示し、混乱防止と利用者の名前が分かるような工夫がされている。リビングのソファや廊下の椅子、和室でのんびりくつろぐ姿が想像できる。一年毎にイベントや利用者の表情をDVDに残し、家族会等で流し利用者・家族に喜ばれている。	
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	共有空間(リビング)にソファがあり気の合う利用者同士が利用している。 居室はひとり部屋となっており、独りになりたいときにひとりになれるよう配慮している。		
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	筆筒、テレビ、仏壇等を安全面に配慮して設置している。手作りの作品やフラワーアレンジメント、家族の写真や飾り安心のできる居室になっている。掃除は清掃担当者が行っている。	馴染みの筆筒・テレビ・仏壇・椅子等を利用者の動線と安全面に配慮し配置したり、手作り作品・フラワーアレンジメント・家族写真等を飾り、利用者が心地よく過ごせる居室となっている。掃除は平日は専門の人、土日は職員が行い、清潔保持に努めている。	
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	トイレ、浴室、居室は解りやすく明記したり、茶碗、コップには名前を明記して利用者が配膳できるように工夫している。		

### 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	30 (11)	医療機関に受診した際に、家族に対する報告は電話で行われているが、医療機関受診経過記録に家族が同行したか、いつ、誰に伝えたかを記録に残していなかった。	医療機関に受診後は、ご家族に報告し、家族の同行の有無、同行しなかった場合、いつ、誰に伝えたかを医療機関受診経過記録に残す。	受診した際に記録する「受診経過記録」に家族が同行したのか、また同行しなかった場合、いつ、誰に伝えたのかを具体的に記録に残すようにする。	1ヶ月
2					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、行を挿入して下さい。