

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28年2月10日	評価結果市町村受理日	平成28年3月29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.wam.go.jp/wamapp/hyoka/UU3hyoka/hyokekka.nsf/aOpen?OpenAgent&JN=O=1190400125&SVC=0001096&B.JN=00&OC=01
----------	---

【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 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28年2月22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>・認知症による症状が顕著にみられ、活動的で歩行可能な認知症の方で、在宅生活者が主な入居対象として、認知症の人が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。</p> <p>・認知症についての専門的な教育を受けたスタッフを中心に、認知症の原因疾患や認知症という障害にばかり捉われることなく、必ず「人となり」や「人間としての生活」を大切にしながら、入居者様の生活をサポートしています。</p> <p>・法人内各種機能によるサービス提供体制を整備、医療機関(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事で、入居者とその家族に安心、安全な生活を提供しています。</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>法人理念である「老人にも明日がある」を基本として、職員全員が、常に理念を立ち返りながら、入居者一人一人の意向を大切に、その人らしい暮らしが継続できるように支援が行われている。管理者は、入居者の安心した暮らしと職員の働きやすい環境を常に考えている。事業所は、退職者が少なく経験年数が長い職員が多く在籍しており職場環境が整った施設と言える。</p> <p>同敷地内に、姉妹病院があり医療体制が充実していることから、入居者は安心して生活を送ることができる。施設は、1階建てであり、施設内は、全面が木の作りで、天井が高く明るい光が入るため、開放的で居心地の良い共用スペースとなっている。</p> <p>また、中庭があり、いつでも自由に出て過ごせるようになっており、入居者がのんびりとくつろぐことができる。</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)	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)
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)	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)
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)	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広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)
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)	66	職員は、活き活きと働けている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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)		

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	ケアの現場において、悩む時や解決困難な事例にぶつかった時は、理念や方針に立ち返って考えられるようケアカンファレンスや実践の中でスタッフ相互に確認している。	玄関に法人理念が掲示されており、職員全員で法人理念を唱和し、その理念通りにケアが実践されている。また、法人で「介護の心得」という冊子を作り、入所時に、その冊子を職員に渡され、いつでも介護の基本がわかるようになっている。	
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	隣接の病院に趣味の活動に取り組める「マルチルーム」があり、参加する地域の方々と交流する場となっている。また、自治会に加入するとともに、「こども110番の家」としての役割を担い、地域の一員として貢献できるよう努めている。	平成27年に自治会に加入した。地域のごみゼロ運動に参加したり、地域の防災訓練にも参加され、地域の方々との交流がある。また、法人の盆踊り大会には、地域住民も参加している。	地域における社会資源としての一つとして今後も地域の方々と積極的なつながりが持てるように期待したい。
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	小学校の近くに位置し、多くの子供達の通学路となっている当事業所の地域貢献として「子ども110番の家」に登録している他、管轄消防署の課題でもある福祉施設における災害時避難について協働し、認知症の方への理解や支援方法について理解を深めることを継続している。		
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	地域包括支援センター・在宅介護支援センター・訪問看護スタッフ・入居者の半分ほどの家族などが参加し、2カ月に1回開催している。ホームの取り組みや会議のあり方など参加者の意見を取り入れ、運営に反映している。また、欠席者にはアンケートや面会時個別にご意見をいただけるよう努めている。	運営推進会議には地域包括支援センター職員、訪問介護事業所等の職員、入居しているご家族が参加し、2ヶ月に1回開催されている。会議では、事業所の運営状況等を報告し、参加者の意見や意向を伺い事業運営に反映されている。運営推進会議の議事録を市の担当の課へ提出をしている。	地域との関りや支援を得るために自治会、民生委員、地域住民、行政など参加を呼びかけ適切なメンバー構成により開催することが望まれる。
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	ケアマネジャーを中心に、行政担当者や地域包括支援センターと連絡調整を行い、運営推進会議の参加要請や協力体制を築いている。	地域包括支援センターの職員は同法人の職員ということもあり連携が取れている。運営推進会議の報告や入居者の介護保険更新申請時に市の職員と面談し協力の体制作りができています。	
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	玄関の施錠を含め、身体拘束は行わない方針である。入居者が玄関を出たら分かるようにベルが取り付けられており、外へ出られた時も無暗に止めず、本人のストレスとならないように配慮しながらスタッフが付き添い、一緒に出かけて気分転換を図っていただけるよう努力している。	玄関に鍵を閉めていないが、玄関入り口の引き戸に鈴がついており開け閉めする際に、鈴が鳴るようになっている。身体拘束廃止委員会が月1回開催され身体拘束についての学んでいる。また、身体拘束の研修会等に職員が参加し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	
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	認知症実践者研修や法人内研修にて知識を学ぶとともに、法人からの報告や新聞記事などの情報をスタッフで共有している。また、できる限り法人内の委員会に参加しスキルアップできるよう努めている。		

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	認知症介護実践者研修や法人内研修において、成年後見制度を含む権利擁護について学び、スタッフで共有、振り返りを行っている。		
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	入居相談時に、留意事項や利用料金等、契約時に詳しい契約内容の確認、重要事項についての説明を行い、その都度不明な点や疑問点を確認しながら、同意をいただいている。		
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	行事の企画など、入居者との普段の関わりの中で意見を引き出し運営に活かす努力をしている。他、家族とは面会時にコミュニケーションを図り、いつでも気兼ねなく話せるような雰囲気作りを行っており、信頼関係が構築できたことを実感している。	面会時に家族とコミュニケーションを取り、意見や要望を言いやすいように心掛けている。アンケート箱を設置しているが、アンケート箱に意見や要望が入る事はほとんどない。	
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	各ユニット単位でのミーティングを月1回、合同ミーティングを月に1回行い、職員が業務上の事で意見できる場を作り、より良い運営・職場環境を目指している。また、法人全体の会議において、事業所の状況を報告・連絡・相談している。	月1回、各ユニットごとのミーティングと合同ミーティングが行われている。意見や提案を聞いたりケアの実践方法や行事についての話し合いが行われ、事業運営に反映されている。	
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	スタッフ就労状況や健康状態等を、リーダーから報告を受け、状況に合わせて本人と直接やり取りをし、就労に関する希望等を勤務状況へ反映するようにしている。また、業務の効率化や職務に誇りを持って臨むことができるような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	常勤、非常勤問わず、スタッフに経験年数やケアの実践状況に合わせ、研修等へ積極的に参加してもらっている。また、常勤職員に関しては、認知症に関する専門的な研修への参加を義務付けている。		
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	不定期ではあるが、協力医療機関、関係事業所との交流を通して情報交換を行っている。加えて今年度より川越市医療介護フォーラムに参加し同業者との交流を図っている。		

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	入居にあたって、本人の希望等を確認し、本人の状態や様子に合わせてながら、日常生活の中でコミュニケーションを図り、本人の不安な気持ちを少しでも取り除けるよう働きかけている。		
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	入居にあたっての家族からの要望等を確認し、その思い(背景にあるもの)について、家族に少しでも安心してもらえるよう、家族と相談している。		
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	介護する側・される側の視点ではなく、対人間として、生活の中では調理や掃除等経験の多い入居者からスタッフが相談に乗ってもらったり指導してもらい立場になることもあり、入居者が困っている時には一緒に相談して道を切り開いていくよう、ともに関係を作り上げている。		
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	第一に本人と家族との関係・絆を大切に考えている。面会時にはゆっくりと家族との時間を過ごしていただくことは勿論、季節ごとの行事を中心に企画し、同じ体験を通して心の交流となる機会を設けている。		
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	馴染みの人や思い出の場所を大切にす為、どんなことが可能か入居時に家族と検討している。散歩や、友人の面会、好きな手芸活動、ご自宅付近への外出などが継続されている。	友人や家族の面会が多く、関係が途切れないように支援が行われている。また家族の協力を得て、なじみの美容室へ行ったり、近所を散歩するなど人や場所との関係が途切れないような支援を継続している。	
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	入居者同士の間関係図ができており、ウマが合わないなど双方が不快な状況になってしまう場合等必要に応じスタッフが入り調整を図るが、生活の主役は入居者であり、一人ひとりの関係性を大切にしている。		

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	退居された方は別の施設サービスを利用しているため、本人・家族をフォローすることや相談に乗る機会は少ないが、スタッフが面会に出向き関係性を継続できるよう努めている。		
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	本人やご家族の希望を聴き、ケアプランに取り入れている。またスタッフは、日々の様子やコミュニケーションを通して本人の気持ちを組みとれるよう24時間シートを作成し入居者の思いや意向を把握するように努めている。	入居する際に、「暮らしの情報シート」を作成し、いままでの、その人の暮らしが一目で分かるようにまとめられ、その人に合った暮らしが継続できるようになっている。また24時間シートを利用し、入居者に寄り添ったケアに努めている。	
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	入居前のその方の暮らしなどの情報をご家族から収集するほかに入居後、本人とのコミュニケーションより情報を得ている。		
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	今までの暮らしの中での日課・心身の状態の把握をした上で日々の生活の中でのご本人の小さな変化にも気づけるように配慮している。		
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	本人の希望や心身の状態、家族の要望・希望等を合わせ内容を検討し計画作成者と居室担当スタッフで検討し作成している。また、1か月ごとに評価を行い、必要性が生じれば、ケアプランの見直しをはじめとしてサービスの追加や修正をしている。	計画作成者と居室担当スタッフが入居者やご家族からの意向を確認し、介護計画を作成している。介護計画は期間にとらわれることなく、随時、見直しがされており、全職員が入居者のことを把握し同じケアができるようにしている。	
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	日々の様子や変化、提供したサービス内容と結果などを個別に記録する他、実践状況を毎月確認している。必要に応じてカンファレンスを設け、記録内容をケアプランの見直しに活かしている。		
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	本人やご家族の希望を聴き、ケアプランに取り入れている。またスタッフは、日々の様子やコミュニケーションを通して本人の気持ちを組みとれるよう努めている。		

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
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を利用し、本人が趣味を楽しめる時間を提供している。また、散歩や買い物・理美容院に出かけることで、地域とのつながりを作れるよう支援している。		
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	入居時に姉妹法人の医療機関との連携について説明し、本人と家族がかかりつけの病院を選ぶことになっている。また、月2回の内科往診があり体調管理を行っているほか、歯科衛生士の往診もあり口腔内の衛生管理、体調不良や緊急時にも、連携体制ができています。	月2回の訪問診療と訪問看護と歯科衛生士の訪問が週1回行われている。夜間の救急マニュアルが整備され、万が一の体調不良や緊急時において連携体制がある。入居者情報引継ぎノートがあり受診の結果が共有できる。	
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	訪問看護ステーションと連携し、週1回の来所のほか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づきの相談に対応しアドバイスをするほか、往診医に繋げたり適切な受診が受けられるよう支援している。		
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、入居者が安心して治療を受けられるように医療関係者に情報提供をしている。また、退院に向けての医療機関とのカンファレンスを行い、スムーズにホームでの生活に戻れるようお互いのスタッフ同士で相談し連携を図っている。		
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	本人の様子に変化が見られた場合は、家族の要望を踏まえ医師・看護師・スタッフと相談するように働きかけている。基本的に看取りは行っていないので、本人に合わせたケアや生活環境をスムーズに提供できるよう、ご家族、関係職種とのカンファレンスを必要に応じ行っている。	入居時に事業所の方針を説明して同意を得ている。基本的にターミナルケアは行っていない。本人やご家族の希望に沿って病院や自宅等への住み替えの検討をする。	
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	訪問看護師より指導を受けたり、マニュアルを活用し対応方法を学んでいるが、全スタッフが実践力を身に付けているとは言えないので、訓練等を継続して行う必要がある。また、急変時に対して、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。	年2回、火災避難訓練の実施。夜間を想定した訓練も行われている。災害時に備え、水や食料が常備されている。防災訓練時の記録が整備され、その時の問題や課題があった場合は、改善するために意見交換が行われている。	

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
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	スタッフは入居者一人ひとりの性格や人格を十分に理解した上で、その方のことを考えながら本人が主体的に行動をとれるような言葉掛けを心がけている。	入居者の誇りやプライバシーを損なわないように言葉かけに配慮し、あからさまに人前で介護をしないように努めている。排泄時は、特に気を配りながら支援している。	
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	スタッフは入居者がご自分の気持ちを表出しやすい信頼関係を大切にしている。その方の心の動きやサインに気づき、その方とのコミュニケーションを通して本人の気持ちをくみ取れるよう配慮している。		
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	入居前の生活習慣やその方の生活リズムの情報をもとに一人ひとりのペースを大切に、その方の生活を支援している。入居者の中には、自宅で生活していた頃から日課としていた散歩を、ホームに入居後も継続し、毎日職員と一緒に散歩に出かけている。		
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	整容等はご本人に行ってもらっているが、できない部分はスタッフの方でさりげなく声を掛けさせてもらったり手伝っている。また着替えの介助が必要な方にも一緒に服を選んで貰ったり、お化粧を希望される方への支援も行っている。		
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	食事の準備や片付けの協力や、一緒に畑で収穫した野菜等を使い、季節を感じとることが出来るように1品を添える等の提供をしている。また、身体機能や好みに応じ、法人内の栄養士と相談しながら食形態に留意している。また、ホームから提供される食事だけではなく、外食や、訪問販売なども取り入れたり、季節に応じた食事作り(そうめん・お鍋・たこ焼き・お好み焼き)と一緒に作り食事を演出している。	園庭の畑で収穫した野菜等を調理することもあり、季節感のある食事が提供されている。入居者の好き嫌いを確認し法人内の栄養士と相談しながらその方にあった食事形態で提供されている。	
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	食事・水分摂取量は毎日記録している。いつもより少なめの入居者は、必ずスタッフ間で引継ぎをに対応していくことを心掛けている。また、食事の低下が見られた場合には、本人の意欲を引き出すよう嗜好に合わせた物を用意し、少しずつでも本人が口にしていけるよう個別の対応をしている。		
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	月に2回の歯科医の往診、歯科衛生士の訪問があり、入居者一人ひとりに合わせた口腔ケアの提供を行い、必要があれば歯科受診につなげていく連携を図っている。		

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	一人ひとりに合った排泄パターンを把握し、その方にあった排泄ケアを行っている為、入居時は紙パンツだった方が布パンツへ変わったというケースもある。状態の変化に応じその方に合わせた排泄介助の方法をスタッフ間でその都度、検討している。	24時間シートを利用し排泄パターンを把握して、その方に合わせた排泄方法で対応している。排便チェック表もあり便の状態を記録している。万が一、排泄に失敗しても他者にわからないようにプライバシーに配慮している。	
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	薬ばかりに頼りすぎることないよう便通によい食事や飲み物の提供(乳製品・寒天ゼリー)を行っている。水分摂取には特に気を配り、少なめの方には個別に働きかけている。必要な方には、かかりつけ医、看護師に相談し、排泄コントロールをしている。		
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	入浴時は、リラックスできるように配慮している。入浴時間や回数は、曜日や時間帯を固定せず、ご本人の要望にあわせて行っている。	入居者の希望に合わせて、入浴の時間や回数を決めている。毎回、お湯は交換され、いつもきれいなお湯で入浴が行われている。本人のポディータオルを使用し、個人でお気に入りのジャンパーがあれば使用できるように支援している。	
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、安心して気持ちよく休めるよう日中の過ごし方や一日の生活リズムに配慮している。心身共に疲れが見えた時には声かけをし、ゆっくり横になり体を休める時間やリラックスできるような関わりに努めている。		
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	入居者全員の服薬内容を処方一覧ですぐにスタッフは、確認できるようにしている。入居者の変化に気がついた場合、看護師に連絡し服薬内容を確認し検討している。また、薬の変更時には本人の様子観察をし看護師との連携を図っている。		
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	入居者一人ひとりの今までの暮らしを中心に考え、生活の中での役割はもちろん、趣味活動を広げられるように支援している。協力医療機関のマルチルーム等を利用している。		
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	散歩に出かける機会は日常的にあり、入居者の戸外に出かけたい要望に応えるよう努めている。在宅時と同様のコースを歩く散歩や、趣味活動(陶芸・さをり織り)については、ご家族の協力を得ている。	日頃から、近所に、散歩に出かけたり、買い物などの支援が行われている。また、施設の隣にある同法人の病院内にあるマルチルームで趣味活動(陶芸・さをり織り)等も行われている。また、近くにあるイチゴ園に行き、イチゴ狩りなどに出かけて、外出の支援が行われている。	

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	入居者一人ひとりの金銭能力に応じ、家族と相談の上所持金を持って生活されている。買物の支払い時には、ご自身で行えるよう支援している。		
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	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	入居者が生活していく上での不快かつ不安を招くような音や光などが無いよう環境には十分注意している。また、季節を感じる手ぬぐいや置物、花などを飾り、季節感をだせるような色々な形で工夫している。スタッフ自身も環境の一つと捉え、足音や言葉のトーンなどは一人ひとり配慮している。	施設内は木の作りとなっており、入居者が落ち着きやすい住環境になっている。花などが飾られており全体が明るく居心地の良い共用空間となっている。居室には表札や作品が飾られ自分の部屋と分かりやすく工夫がされている。	
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	中庭を含め、共用スペースであるリビングやダイニングに廊下のソファなど、入居者一人ひとりがその時の気分に合わせて、ご自分の居場所を選び心地よく過ごせるよう働きかけている。		
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	入居者や家族と相談し、本人が居心地よく過ごせるよう、使い慣れたタンスや椅子などを持ち込んでいただき、入居者が安心できる環境を作っている。また、ベッドではなく布団で休むなど、在宅時の生活を継続できるよう努めている。	居室は、フローリングと畳の部屋も用意され、明るくて清潔感のある居室となっている。家族の写真や手作りの作品が飾られ居心地良く、その人らしい生活ができています。	
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	4	運営推進会議には入居しているご家族の他に、訪問看護事業所や地域包括ケアの職員が出席しているが、いずれも同法人内関係部署であり地域との繋がりが少ない。	地域との関わりを深め支援を得られるようになる。また、地域における社会資源のひとつになりたい。 そのためにも、地域の方々と交流をもち繋がりをつくっていききたい。	地域の民生委員・行政(市職員)などに、運営推進会議への参加を働きかける。 ご家族・サービス事業所・地域住民など、様々な立場から意見を交換しあい、ホームについての理解を得て地域との関わりを深めていく。	6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、行を挿入してください。