

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	1293600053		
法人名	メディカル・ケア・サービス株式会社		
事業所名	愛の家グループホーム印西木下		
所在地	千葉県印西市木下東3-12-15		
自己評価作成日	平成25年 2月 15日	市町村評価書受理日	

※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.jp/12/index.php
----------	---

【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NPO共生
所在地	千葉県柏市光ヶ丘団地3-3-404
訪問調査日	平成24年 2月 28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)】

・ご入居者の自立支援、そのひとらしさを追及し、レクリエーションは、ご入居者からその日にやりたい事を うかがって実施する体制を整えています。日常的に、テレビを見て、「あれ食べてみたいね」「あそこに行ってみたいな」等、なんとなく口から出る言葉があります。それが本音でもあるので、その言葉を聞き逃さず、実行することを考えていくことができるのが、ここのグループホームの特徴です。

【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)】

当事業所が、12月と1月に開催する餅つき大会には近隣住人の参加があり、地域との融和が進んでいる。また市内で開催する書道展への応募や写生会の作品を絵画展に出品する等、地域との繋がりを深めている。
また事業所の共用の場所は居心地良く設えられている。中庭のデッキは二つのユニットにつながっており、利用者は別ユニットを訪問したり、天気の良い日はデッキでくつろぐなど、ご自宅のように使いこなしておられる。昨年は中庭の花壇に野菜を植えて楽しんだ。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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、活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	運営理念を朝礼の申し送り時、全体会議で毎回、唱和しています。また、「会社が作成したクレド」を使用し、共通理解のもと、入居者様と向き合っています。	事業所では、法人の運営理念の浸透を図りながら、理念をブレークダウンした「支援するために大切に3つの約束」を掲げ、利用者の自立支援と本音を捉えたその人らしさを追求すべく職員の啓発に当たっている。	
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	自治会に加入し、出展やお祭りに参加し、また、毎日の散歩時の地域の方への挨拶をしています。会長様とお付き合いもあり、もちつき大会のご協力を頂いている。	12月と1月に開催する餅つき大会には近隣住人の参加があり、地域との融和が進んでいる。また市内で開催する書道展への応募や写生会の作品を絵画展に出品する等、地域との繋がりを深めている。	
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	千葉周辺の同法人の事業所との協力体制のもと、地域の方へ向け、認知症理解をしていただけるよう勉強会を開催しています。その中で、支援方法や事例を通して認知症の周辺症状が緩和した内容を発表しています。事業所のイベント時に、入居者も参加し、ご理解と、ご協力を頂いている。		
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	ホーム活動報告、事故報告、入居退居の理由と状況報告、職員の異動の報告をあげて、運営推進会の方がたに、助言を頂き、次回開催までの課題として抽出したものを、再度報告しています。	町会長、民生委員、市職員、家族代表等の参加を得て2ヶ月毎に開催し、事業所の概況や火災訓練の結果を報告し、参加者の意見を聴いている。また、メンバーが参加し易いよう行事に合わせ開催する配慮が見られる。	
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に取り組んでいる	人員等、サービスの仕方の相談も定期的に行っています。イベント時には、市町村のご担当者も参加頂いて、情報交換している。	毎月家族に配布する事業所便りや餅つき大会のチラシを市にも届け、イベントへの参加を促し、理解を深めて貰う取組を行っている。また、市の介護相談員が毎月来所し、利用者の要望を聴き事業所へ助言している。	
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	身体拘束廃止マニュアルをユニット毎に置いて、全体会議の時などに、日中は玄関の施錠はしない、むやみに、ユニット内の鍵を閉めない、居室の鍵を職員側から、絶対にかけないことの話と約束をしていただいています。	玄関の戸は押しボタン式の自動開閉式であるが、押し釦部分を取外し出口付近の台の上に置いてある。利用者が1人で外出する際、一瞬の間ができるので、付添いの態勢が整い安全を確保できる工夫となっている。	
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	ホーム内研修や、外部の虐待防止についての研修の参加を促し、職員への学ぶ機会をつくっている。また、職員同士で言葉のかけ方について、注意し合い、虐待につながらないように環境づくりをしています。		

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
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	成年後見事務所の担当者をお呼びし、今後、必要な方への支援方法や、地域包括センターのご担当者や運営推進会で連絡を行っている。また、職員に関しては、全体会議にて説明している。		
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、ホーム保管用と、ご家族用を作成し、ホームにて必ず、説明・同意・署名・捺印を頂いている。		
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	運営推進会にご家族代表者にご出席いただき、またできない場合には、事前に意見聴取し、話し合いを行っている。ご家族要望に関して、関係する方と相談し、運営に反映している。	運営推進会議の第2部として家族会を開催し、意見を聴いている。また、来訪者にはユニットリーダーが面談し要望等を聴くが、面談を希望しない家族には面会票の下欄に要望を記入して貰い運営に反映している。	
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	個別面談や、全体会議後に、資料を配布。ご意見や要望ある職員から意見聴取、アンケート調査を実施し、サービスに取り入れている。特にユニット会議で出た意見は、直接的に関わり、運営に反映している。	ユニット会議での職員の意見は全体会議で周知し運営に反映している。他に、2ヶ月に1回個別面談を行い職員の考えを職場環境の見直しに活かしている。また研修レポートを義務付け職員の能力向上を図っている。	
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	2年以上の職員への昇給。キャリアアップ要件を掲示し、面談を通して、本人の気持ちが高い職員には、昇格の機会を設けている。また、会社は社員へ、様々な表彰制度を設けている。休暇については、希望休を必ず聴取し、シフト作成している。		
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	1年以上2年未満の職員へ、事業所が負担し、介護実践者研修を受けられるように推薦している。また、内外研修に関して、必要なものに関しては、管理者が現場をカバーし、参加機会を増やしている。		
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	グループホームの連絡会を通じて、各々の事業所をお借りして、会議をおこなっている為、同業者との交流機会になるように努めている。		

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	
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	アセスメント表や、ケアプランに職員に目を通していただき、状況を把握してから、傾聴やコミュニケーションを図っている。また、ホームで「モデルホームとは・・・」の取り組みを行い、入居者の方々との関係づくりに努めている。		
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	入居前に、ご家族の要望をお聞きし、その後も随時、お手紙にて状況をお伝えし、相談窓口の案内もしている。面会時にも何かご要望があるときに、直接お聞きしたり、玄関にご意見箱設置をして、要望をお聞きできる取り組みを行っている。		
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	アセスメントから行うことにより、身体的にお困りの場合は、外部のサービス利用の紹介や、福祉用具の紹介を行っている。また、ご入居にあたり、医療連携に関しても、往診医のサービスや、総合病院への通院対応することをお伝えしている。		
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	共同生活の場の為、ご入居者の残った機能を把握した上で、掃除や洗濯、調理や皿洗い等、お手伝いをして頂いている。それぞれ役割分担されているため、共同生活の関係構築されている。		
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	家族会やイベント時にご参加いただき、ご意見やご家族との時間をご本人と過ごして頂いている。特にイベントの時は、ご家族のご協力、お手伝いを頂いている。また、外出時に家族から依頼があり、介助を要するときには、職員も同行し、大切な一時を過ごしていただく。		
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	町会長との交流により、以前お住まいになっていたご入居者は、公園のグランドゴルフの参加できる支援をしている。また、友人が定期的に訪れている。	利用者が、目の前の公園で行われているグランドゴルフに参加し、馴染みの人と触れ合う支援をしている。また、地域との繋がりを深めるため自動車です3分程の場所の空き家を喫茶室として使用する取組も行われている。	
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	重度化されたご入居者も隔離せずに、集団レク時間を設け、職員のお手伝いにより、一緒に参加できるものを工夫して提供している。また、ご入居者同士、合わない方がいらっしゃる場合は、合うご入居者との空間をつくり、職員がお手伝いしている。		

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	ホームイベント時に、お声掛けや、その後について、時折、ご本人と面会させていただき、相談・支援に努めている。		
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	随時・ユニット会議時、ケアプラン見直し時に話し合い、本人の意向や意向の把握に努めている。また、ご家族から意見を聴取しサービスが適切かを検討している。	利用者の思いや意向は日常のコミュニケーション等の関わりから把握している。また、毎日の申し送りや毎月実施のユニット会議やケアカンファレンス時に話し合わせ職員間で確認されている。言葉で意向を表せない利用者に関しては、家族に確認し、笑顔など表情で確認している。	
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	モデルホームの取り組みの中に、一人ひとりの居場所やそのひとらしさを追求し、日々接している。また、ケアプランの見直し時期にモニタリングを行い、サービス経過等の把握に努めている。		
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	上記の通り、モデルホームの取り組み時、状態を把握し、以前まで立ち仕事ができていたが、困難になった方は、椅子に座ってできるお手伝いに変更し、本人の反応や状態をみて把握に努めている。		
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	サービス担当者会議を適時に開催し、身体的にサービスが必要な方は、医療機関を交えて担当者会議を行い、それをユニット会議時に職員・家族・本人と共有し、介護計画を作成している。	利用者の状況は毎月記録される介護支援経過記録表でモニタリングされ、ユニット会議やケアカンファレンス・担当者会議で話し合わせ介護計画が立案されている。家族の意向は面会時他ケアプランの説明時にも伺い意見を反映させている。	
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	介護記録は、毎日、勤務交代時に申し送りを行い、情報共有している。毎日、短期目標の一覧表にチェックしながら、個々の状況に適しているか確認しながら、日々の業務を行っている。		
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	体調が不調になった場合、臨時的に総合病院の通院対応、外出したいと申した時に、その時間に合わせた、お散歩の対応、買物支援をサービスに取り入れ、多機能化に取り組んでいる。		

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	市内での行事に参加されていた方は、小学校や、公園で行う、フェスティバルの参加を積極的に行っている。また、ご家族の方々から外出したいとの申し出があった場合、柔軟に対応している。		
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	医療連携機関は、ホームクリニック柏になっているが、以前からかかりつけになっている病院とは断ち切らず、必要に応じて、職員も通院介助を行っている。	事業所の医療連携機関は24時間対応であり、月2回の往診がある。また、毎週事業所本部付き訪問看護師の健康チェックがある。希望により、それまでのかかりつけ医に健康管理を依頼している人で、家族が行けない時は通院介助をしている。	
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	コアラBIOクリニックの看護師と、日常の中で異状を感じた時は、一報入れて、対応を確認している。必ず、看護師も医師と相談や指示を仰ぎ、その結果をホームに連絡してくれている。状況に応じては、紹介状を頂き、総合病院へ受診対応している。		
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。	入院されたご入居者がいらっしゃる場合、ユニットリーダー以上は、必ず、一週間に2回の面会と、適宜、家族へ報告をいれている。また、手術後には病院内のソーシャルワーカーに術後を確認し、退院してよいとの指示が医師から出たらすぐに家族へ連絡し、退院するお手伝いをしている。		
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、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	昨年より、重度化にかかる指針を家族へ説明、署名・捺印を頂き、今後の方向性を話し合っている。悪性腫瘍末期のご入居者もいるが、定期的な受診と、病状安定している場合は、終末期・看取りを行う話で、ご家族と計画をもとに話し合い、同意を得ている。	事業所の「重度化にかかる指針」を書面で入所時及び必要時に丁寧に説明している。最近、内臓疾患の利用者の家族と話し合い、最後までホームで暮らしたいという希望を受けて、医療との連携で希望をかなえられるように体制を整えている。	
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	フローを掲示、救急対応用に個別ファイル作成。全体会議時に、救急要請マニュアルに従い、訓練を行っている。また、日々、異変があったご入居者の連絡の仕方をマニュアル化し、実践している。		
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	年に2回の防災訓練、年に1回以上、消防署の職員に立ち会っていただき、建物からの避難対策を行っている。また、隣の高齢者専用賃貸住宅と、協力体制の話し合いや、防災訓練時に参加いただいている。	事業所は平屋建てでスプリンクラーを設置している。昨年実施した消防署参加の避難訓練では隣人や近くの公園でグランドゴルフを楽しんでいた人の参加があった。今後は町内会に災害対策マニュアルを提示し、協力を依頼する計画である。	昨年12月と今年1月に実施した餅つき大会をきっかけに近隣との関係が築かれ始めている。今後、住宅街の中にある事業所は、地域活動に積極的に参加し、災害に関する協力体制を築いていただきたい。

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	個々にあるアセスメント表や個人ファイルに対応の仕方を、記載し、どの職員が対応しても、根本的に対応が変わらないように、対応を検討している。	その人らしい生活の支援を運営理念として、本人や家族の思いを尊重した個別介護計画を立てて支援している。排せつや入浴介助においては希望により同性介助を行い、声かけは利用者に応じて対応をしている。	
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	一日に行う内容は、原則、プログラム化せず、個々に、何をしたいか伺い、特にない場合は、提案し、その提案内容に納得していただいた場合は、実施している。		
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	午後に入浴と決めているが、ご入居者の都合により、午前中に入浴対応も実施している。また、午前中に散歩と決めているが、状況に応じて散歩に行きたい時間帯に対応している。		
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	毎朝、起床時に、お着替の準備や対応ができる方は、ご自身で選んでいただき、全介助が必要な方は、その日の天候に合わせてたり、ご本人に確認しながら対応している。また、外出支援のときに、いつも以上におしゃれをして頂いている。		
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	まな板・包丁を使用できるご入居者は、食事準備に依頼し、できる能力を活かし、皮むきや、盛り付けのお手伝いを職員と一緒にやっている。また、買物も一緒に行っている。	献立は事業所本部の管理栄養士が作成しているが、ホームではそれにとらわれずに時には利用者の希望を取り入れた食事を準備している。利用者と職員は週に1回買い物に出かけ、準備から後片付けまで一緒に行っている。	
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	コミュニケーションを図る場を職員に取っていただけるように、一緒に座って、お茶を飲む時間を多く取っている。また、夜間に飲用される方は、そのご入居者用にペットボトル等、準備している。食事についても個々にアセスメントし、食事量や形態を提供している。		
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	毎食後に口腔ケアを行っていただいている。また、意思疎通が難しい方で拒否が強い方は、水分を取っていただいたり、できる時に、口腔ケア対応している。また、毎週木曜に訪問歯科が対応してくれるので、適宜、無料で口腔チェックをして頂いている。		

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	排泄パターンを確認し、トイレ誘導を行うことで、パッドやオムツの失禁を減らしている。また、日中に必要性のない方は、上記の対応により、パッドを使用しないで対応できた方もいる。	支援が必要な利用者の排泄パターンは排泄表で把握し失敗の無いように支援している。出かける前にしておきましょう等プライドを尊重したその人にあった声かけをしている。パッド使用がなくなり布パンツになった利用者がある。	
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	毎日、食後にお茶やお好きな飲み物の提供。午前中に体操を行い、便秘予防対策を行っている。また、便秘続きの方は、入浴等、働きかけをしている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	お声掛けをし、入りたくないと申しの方は、日にちをずらして対応している。日にちが重なった場合は、午前中と午後に調整し対応している。お風呂場にもチェック表を付け、偏りが無いように対応している。	入浴は2日に1度入浴できるように支援計画を立てて実施している。入浴嫌いな人に対して、一緒に入ってくれる利用者と入浴計画をたてたり、夜に入りたい人には希望をかなえるように計画したり、無理強いのない支援を行っている。	
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	昼食後は、半分以上が、居室で休息したいご入居者が多いので、ご要望の対応している。また、夜間も安眠出来るように、ホットミルクや足浴などを実施することもある。居室の明るさや、枕、布団も馴染んだものを使用している。		
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	個別ファイルの作成、服薬一覧表を準備している。また、服薬が変更する毎に、申し送りに用法と副作用、用量等、必要な内容を伝え、全員が把握している。2週間に一度、薬剤師の方が、服薬管理庫の整理と準備をして頂いている。		
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	個人ファイルに、お元気だったときの嗜好を取り入れ、楽しむ時間を多く取り入れている。調理の仕事をされていた方は、昼・夜の食事作りの手伝いをして頂いている。お散歩を日課にしている方は、本人に確認し、実施している。		
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、一回以上の外出レクを提供し、個々に応じて、買物や、衣類を選びに外出している。特に家族から依頼があった場合は、職員が同行したりと安心して出かけができるように支援している。	毎月1回以上買い物を兼ねたドライブ外出レクを計画・実践している。日常的な外出は、近所の公園までの散歩や近所のコンビニまでの買い物である。家族との外出は外出届のもとで自由であり、時には職員同行で出かけることもある。	

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
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	お小遣い管理表で、ご家族へ確認し頂いた上で、毎月、利用する分だけ、分けてご入居者が使用できるように支援している。		
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	お手紙が届いたら、返信を書いて頂いたり、電話をしたいと申されたときには、一度、ご家族へ確認し、了承のもと、ご入居者ご本人にかけて頂いている。		
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	照明はやさしい明かりを使用している。また、季節感が出るように装飾をしている。温度調節も職員目線にならないように、ご入居者に確認している。冬季は、乾燥しやすいので、加湿器を使用している。	共用の場所は居心地良く設えている。中庭のデッキは二つのユニットにつながっており、利用者は別ユニットに訪問したり、天気の良い日はデッキでくつろいでいる。昨年は中庭の花壇に野菜を植えて楽しんだ。	
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	お話しやすい方々と、お顔を見るだけでも安心される方々と、席を配慮している。また、時には、模様替えをして、ご入居者が安心し、かつ居心地よい空間作りをしている。		
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	会社の方針として、ほとんどが持ち込みの対応できるように、余分な物の設置をしない居室になっている。ほとんどがご入居者の使い慣れた方々の持ち物を利用している。ご家族と、ご入居者同士で決めて頂いている。	居室にはベッドと整理たんすが用意され、その他の持ち込み家具は居室に入る範囲で制限はない。利用者はそれぞれそれまで使用していた家具を持ち込み、家族の写真を飾り、その人らしく設えていた。	
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	車イスの方でも自走し、移動しやすい空間になっている。また、ベッド移乗も極力、ご自身でできる高さに工夫している。廊下・フロア・共有スペース・お手洗い・風呂場・着脱室にも手すりを付け、見守り範囲でできる工夫をしている。		

目標達成計画(外部評価の作業終了後、事業所の皆様の合意で作成して下さい。)

作成日: 4月24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
 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
1	2	地域との関わりがお祭りや餅つきなどのイベントのみの参加しか出来ていない。ボランティアには来て頂いているが御披露いただいているだけである。誘われて参加するだけでは本当に密着した関係とは呼べないのではないかな。	こちらから自治会に働きかけを行い、認知症への理解を深めていただく機会を設ける。またホーム内のイベントに近隣の方をお誘いしてホームの内容を知っていただく。	近隣の方々へ認知症勉強会やイベントに小学校などへ告知する。
2	33	経験の浅い職員が多く、体調変化などの特変時の対応に不安が残る。	全員がどのようなケースでも落ち着いて対応できるようになる。	昨年に行ったケアマネージ研修の第二段を開催する。員のスキルに合わせた個別研修を行う。
3	49	全てのユニットの御利用者が毎回の外出レクに参加できてはいない。体調や気分も考慮した外出支援を必要としている。	毎月、全ての御利用者が外出できる為の援助を行う。	外出に向けた職員の支援体制を構築する。委員会を設置しユニットごとでの外出支援体制を構築する。
4				
5				

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。