

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	2373200472		
法人名	社会福祉法人 せんねん村		
事業所名	せんねん村グループホーム 矢曾根せんりょう まんりょう		
所在地	愛知県西尾市矢曾根町蓮雲寺74番地		
自己評価作成日	平成24年3月1日	評価結果市町村受理日	平成24年5月1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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 ケア・ウィル		
所在地	愛知県名古屋市中村区椿町21-2 第2太閤ビルディング9階		
訪問調査日	平成24年3月12日	評価確定日	平成24年4月26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>・材木を使用した建物は、昔ながらの長屋を感じさせられる面影があり、近隣の家や蔵、田園風景と馴染んでいます。運営推進会議では地域の一員としての暮らしの継続を目指し、参加の皆様からの意見をもとに取り組みをしています。</p> <p>・法人の理念『こころのびのび・からだいきいき・いのちきらきら』を元に一人一人の個性を尊重しながら『今日も一日良い日でした』と言っていただけのようなサービスを目指しています。</p> <p>・認知症の方の理解を深める為にケアマップを年2回取り入れて寄り添うケア、出来ることを伸ばして行くケアを目指しています。</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>職員は毎年度の活動目標や各自の活動目標を作り、達成を目指し取り組んでいる。防災については、全職員で話し合い、地震を疑似体験できる起震車を使用しての防災教育を行っている。また、法人3施設合同で行う炊き出し訓練には家族や地域の方の参加も得られ、協力関係を築いている。入居者の思いや要望の把握には、ホーム独自のシートを活用したり、日々の生活の中で本人の言動などから把握に努め確認している。快適な生活支援のため、行事に力を入れ毎月定期的に行うイベントのほか、季節毎の外出、地域の祭り、外食、多彩なボランティアの訪問などが行われている。入居者も楽しんでおり張り合いのある生活となっている。法人として職員の育成に注力し、各種の内部研修があり、毎月の研修会では認知症介護のプロとして必要な知識の習得に努めている。また、外部研修や資格取得を奨励し、支援している。本人、家族、職員、管理者との関係は良好であり、家族アンケートの結果からや職員の定着率の高さから伺える。</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ます (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)	○	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、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
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	『こころのびのび、からだいきいき、いのちきらきら』を理念とし『今日も一日良い日でした』と言っていただけるように支援出来るように努めています。	法人の理念を基に今年度の活動目標として、「その人らしい暮らしを続けることができるようにします」を掲げると共に、各職員が目標を作成している。毎月の会議で各自の目標達成の進捗状況について話し合い点検し、場合によっては見直すこともある。このように全職員で作成することにより、意識の向上と統一が図られている。	
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	町内会、買物、学区、市町村の催し物へ参加し地域との交流を行なっている。 回覧板は利用者と散歩を兼ねて手渡しで届けている。近所の方から野菜などの差し入れがある。	自治会に加入し、回覧板で地域の情報を入手し、総会への出席や町内の清掃、自主防災訓練、小学校での催し物などに積極的に参加している。回覧板は入居者と一緒に手渡しで届けている。ホームの夏祭りや餅つき会、起震車使用の防災教育訓練の開催などを回覧板で知らせ、地域の人達に参加してもらうなど、地域との関係が構築されている。また、散歩時には言葉を交わし、畑の作物を頂くなど顔馴染みになっている。	
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	町内の行事に参加し交流する事で関わり方を深めている。馴染みの喫茶店、スーパーなど利用者の姿を見ると車椅子の席を準備して下さったり、トイレの場所を案内したりと馴染みの関係が出来てきた。		
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、町内会長、民生委員、市役所、の方々毎回出席。参加メンバーの意見・要望を運営に役立てている。会議ではスライドを使用し日常の様子、行事など利用者の生活ぶりを見てもらっている。	会議は年6回奇数月に開催し、メンバーは家族、町内会長、民生委員、市長寿課、地域包括支援センター職員、ホーム職員で構成されている。議題は活動報告を中心に、入居者状況、毎月の防災訓練と防災対策、行事予定、外部評価などで、意見交換が行われ、出された意見や提案は、速やかに運営に反映させるよう取り組んでいる。ホームでの暮らしをスライドで見てもらい、入居者の様子やホームの活動状況の理解が得られている。	
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	市役所より毎月介護相談委員が来所されて利用者と話をされ 市役所の担当者の方には施設内の相談を行ったり、運営推進会議にて意見を毎回頂いている。	市の担当者とは、電話やメールで相談し、提案、指導を受けるなど良好な関係が構築されている。地域包括支援センターとは、困難事例や成年後見人制度の利用について相談、指導を受け関係を密にしている。また、市内中学校から福祉体験の実習生を受け入れており、認知症介護リーダー研修の実習も受け入れるなど協働に努めている。	
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	法人内の学習会で身体拘束について学んでいる。参加できない職員にはホーム内で資料を回覧し皆で学べるようにしている。	重要事項説明書の中で身体不拘束を明示している。必要となった場合は家族、職員で話し合い、弊害を説明し同意を得たうえで行うこともある。玄関等の施錠は夜間のみで、日中は出入が自由であり、職員の見守りのもと、安全を確保しながら入居者がのびのびとした生活が送れるよう努めている。何が拘束に該当するかを内部研修で伝え、職員に自覚を促している。	
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	法人内の学習会で虐待防止について学んでいる。参加できない職員にはホーム内で資料を回覧し皆で学べるようにし職員間の意識を高めている。		

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	成年後見人が必要なケースでは管理者が対応しており他の職員は理解出来ていないが個々に介護福祉士、介護支援専門員などの勉強をしております知識を深めている。		
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	入所前の事前説明と入所日に契約する時に再度説明を行い家族の不安軽減を図っている、解約、改定の際も十分納得して頂ける様に説明をしている。		
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	サービス担当者会議、運営推進会議には家族が毎回参加されて、意見、要望等聞き利用者さんの暮らしについての話し合いを行なっている。	ホーム行事に合わせ今年度は4回、家族が集う機会を設け、多くの家族の参加があり、交流の場となっている。家族の訪問は多く、職員が必ず対応し、意見や要望の把握に努め、運営に反映させている。意見箱を設置し、誰でも意見やアイデアを出しやすいようにしている。毎月、ホーム便り「せんりょう・まんりょうの実」を発行し、担当職員の一言を添えて送付し、入居者の日々の様子を伝え、家族の安心を得ている。	
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	職員は月1回のミーティングにて意見を交換したり、提案を求めたりして自由に意見交換ができる	毎月の会議でホームの活動目標及び職員の活動目標の達成進捗情報を確認し、未達成部分を次期目標と位置づけ、達成を目指している。入社1カ月後と年2回、個別面談があり相談や意見、要望などを聞き取り、内容により運営者に繋げ運営に反映させている。また、希望する研修の受講や資格取得を奨励し支援している。	
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	年2回の人事考課があり仕事への評価それに伴い個々のフィードバック、指導を行なっている。職員の精神的ケアも行なっており、法人内でメンタルヘルスの対応も行なっている		
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	法人内に毎月自己啓発として勉強会を開催している。管理者は個々の能力に必要と思われる研修に参加させ職員の力量UPする様に常に行なっている、希望者には参加しやすいように回覧など回している。		
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	GH協会の交流、認知症介護リーダー研修などへの参加し同業者と事業所がかかえる課題について意見交換を行なっている。		
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	利用者との関わりを常に行い、言葉、態度などを不安を受け止めて安心して生活していただけ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
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	入所前の面接時に家族の不安、意見、要望、を聞きサービスに導入することで、家族との関わりを増やし不安の解消につなげている。		
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	家族の要望、不安に耳を傾けて入所前よりサービスに入る前に暫定サービスを作成してその方にあったサービスが提供できるようにしている。		
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	入所前に家族へ馴染みの場所を伺い利用者とは出掛けて地域との関係を継続できるように支援している。利用者の知恵を教えて下さる時があり暮らしを共にする関係を築けるように行なっている。		
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	良く面会される家族とはコミュニケーションも取れ共に支えて行く関係が築けているが面会の少ない家族とは築けていない。利用者の希望を家族と共に生かせるように家族と職員が連携してケア出来るようにしている。		
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	馴染みの場所へ出かけたり、墓参り、床屋など本人さんが大切にしている場所いけるように支援している。	本人が築いてきた関係継続のため、これまでの暮らしの情報の把握に努め、支援に取り組んでいる。馴染みの場所への外出や手作りの年賀状、手紙のやり取り、電話をかけるなど今までの継続支援に努めている。ホーム馴染みの店での外食や買い物では店の協力が得られ、入居者も顔馴染みになっている。家族、知人の来訪が多く、正月やお盆には、親族の来訪や自宅に帰る方、外泊する方もあり、家族との絆を大切にしている。	
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利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者一人一人に合わせたコミュニケーションを行い必要に応じて職員が仲介に入りながら利用者同士の交流支援をしている。		
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	退所された方についてもこちらの利用者と一緒に面会に行ったり、イベントのお誘い、他のサービスの相談に応じたり支援している。		
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	法人内で24hシートを活用しており一人一人の意向・嗜好を取り入れて本人の思いや、不安を軽減しケアに取り組んでいる。	その人らしい暮らしを続けるため、独自のシートを活用し入居前の本人、家族の情報と共に、思いや要望の把握に努めている。入居後は24時間シートや各種のチェック表を活用するなど、その人に合わせた方法で思いや意向の把握に取り組んでいる。ボイスメール(音声メッセージ)を活用したり、個人ファイルを確認することで、入居者の状況を全職員が把握している。職員は勤務前にボイスメールを確認してから業務に就き、ケアの統一化に努めている。	

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
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	家族にどのような生活歴や馴染みの場所、暮らし方をしてきたか伺い馴染みの生活に近づけるようにしている、利用者からも生活歴を聞き取りライフレビューにファイリングして活用している。		
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	出来る事、出来ない事を24hシートに記入し出来ない所は出来るように個々の持つ能力を把握し支援している。記録ではフォーカスチャータリングでのカルテ記入をし職員間の情報共有を図っている。		
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	サービス担当者会議で本人、家族の要望を聞きケアプランに盛り込み日々のケアでモニタリングに沿って支援し、変更あればミーティングにて職員へ伝え情報共有を図っている。	「今日も1日良い日でした」と言ってもらえる支援を目指している。職員担当制にし、チェック表でケアの内容を確認し、毎月の会議で全職員で話し合い、3カ月毎の家族が参加する会議で、家族の思いや意向に沿った介護計画を作成している。各種のチェック表を活用することで少しの変化も見逃さず、現状に即した計画を作成し、ケアの実践に取り組んでいる。	
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	介護記録には日々のケア、受診結果、健康面など色分け記入して分かり易いようにしている、職員間の情報共有としてポースメール、ノーツなど活用し共有できるようにしている。		
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	利用者のニーズに対して柔軟な支援を臨機応変に対応できるように努めている		
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	町内会の行事、学区の催し物、図書館、スーパー喫茶店、飲食店などに出かけ地域資源を活用している、定期的に歌、マッサージ、琴のボランティアが訪問し交流している。		
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	前回の受診からの様子を伝達用紙に記入し受診後は薬、主治医、の指示を記入しその情報を他の職員にも情報共有している。	医師、看護師、職員と連携しホーム協力医の往診が月2回ある。緊急時にはホーム協力医療機関へ搬送するとの了承を得ている。入居者毎に継続するかかりつけ医があり、基本的に通院、診察は家族が同行し、伝達用紙を使い日頃の状態等伝え、適切な医療を受けられるよう支援している。	
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	ホーム内は看護師は非常勤だが、法人内の看護師へ報告、相談し必要に応じて家族受診が円滑に出来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
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。	見舞いに伺い、状態把握をし情報共有し、退院に向け病院のケースワーカーと連携を取り早期退院に努めている。当施設を利用されない場合は今後必要なサービスについても検討して家族と相談し提供できるようにサポートしている。		
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	入居時に重度や看取りになった時の対応を本人、家族の思いを聞き医療連携を取り事業所で出来る対応を説明している。	重度化した場合や終末支援のあり方、事業所の対応について入居時に十分説明し、事前指定書を交わし、方針を共有している。状況の変化があればその都度家族に連絡し、過去に看取りの実績もある。入居者、家族が希望すればホームとしてできる限りの支援に取り組むたいと考えている。入居者、家族の思いを大切にし、医師、看護師、職員等と連携しチームで支援している。	
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	緊急時に備えてロールプレイで実践したり毎月課題を決めて事故に対応できるように職員全員で取り組んでいる。		
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	毎月の消防点検実施、町内会の防災訓練に参加3施設合同の年間防災計画し防火訓練など年2回は行っている、夜間、台風、地震などを想定した訓練も実践し非常時に対応出来るようにしている。	避難訓練は法人施設合同で年2回実施している。一人ひとりの状態を踏まえて、災害時の具体的な避難策を昼夜通して検討し、いざという時に慌てず避難誘導ができるようにしている。地域の防災訓練にも参加し、回覧板等で協力をお願いしている。備蓄品も水、食糧、おむつ、パッド等5日分程用意している。	

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	良い言葉使いは良いケアにつながる事を常に心がけ利用者と関わる時はその方を尊重しながら対応するようにしている、ご本人のペースで過ごせるように対応している。	一人ひとりの誇りを尊重し、プライバシーの確保を徹底していくことは入居者の尊厳と権利を守るための基本であると考えている。接遇の勉強会等を行い、丁寧な言葉遣いを意識している。トイレ誘導の声かけはそっと耳元で行い、パッド交換等はトイレ誘導したり、居室に誘導し戸を閉める等している姿を見かけた。居室に入る時は「○○さん失礼します」と声をかける等、気を配り入居者との人間関係を大切にしている。	
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	一人一人の思いや希望を聞き、献立決めや入浴時間、着替えの好みの服など利用者が自己決定できるように働きかけている。		
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	24hシートに沿ってご本人の生活を優先した支援をしている、食事の場所は食堂と決まっているだけでその他は居室、リビング、など利用者がそれぞれ好きな空間で時間を過ごされている。		
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	2名の方は毎日自分でメイクをされている外出時に口紅、ネイルなどお誘いしている。床屋も月1回ホームへ来ており希望される方にはカット、顔そりなどされている。		

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
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	毎朝利用者と一緒に献立を考え、買物、調理を行っている。盛り付けは利用者全員で行なえるようにしている。	献立は入居者の食べたい物を聞いたり、料理本を見ながら立てており、管理栄養士が確認し、1日のカロリーは1,500cal、水分量は1,000ccを目安にしている。キッチンが開放的で調理も入居者と職員と一緒に行き配膳、片付け等も一人ひとりが行っている。畑では季節の野菜が作られ、メニューに加わることもある。職員のさりげない介助により食事を楽しんでいる。	
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	献立表を法人の栄養士に定期的に見てもらい不足がちな栄養素など、アドバイスを貰っている。水分は毎食事の汁物午前、午後のお茶、入浴後、外出後のお茶の提供、などこまめな水分補給ができるようにしている		
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	ご自分で行なえない方は声掛け見守りを行い食後の口腔ケアを行っている。自分で行なえる方は本人任せになっている為にチェック表など使用しての確認を検討している。		
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	排泄の失敗が見られる方へはトイレのご案内し混乱されないように支援している	トイレでの排泄やおむつをしないですむ暮らしは生きる意欲や自信の回復、そして食や睡眠等の身体機能の向上に繋がる大切な支援と考えている。必要な入居者には排泄パターンを把握するため、排泄チェック表を記入している。トイレ誘導も入居者に合った声かけを行っている。便秘予防に玄米やヤクルト、食物繊維を摂るよう献立にも工夫している。便秘がちな入居者には冷たい牛乳、散歩、腹部マッサージ等を行い、改善に努めている。	
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	毎朝食の玄米、ヤクルト、根菜類を多く提供し、毎日の散歩など行なっている、便秘の訴えある方については起床時に冷たい牛乳など提供して便秘の予防に努めている。		
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	入浴希望が多い時は利用者同士で順番を決めていただき、希望される時間があればその時に入浴できるように支援している。	入浴は一人ひとりの生活習慣やその時々希望を大切に支援が重要だと考えている。入居者の体調をみながら、毎日希望の時間に入浴できるよう配慮している。風呂の湯は一人ひとり交換し、基本的に職員と1対1での入浴となっている。入浴拒否の方には無理強いをせず、時間をおいて声かけをしている。季節感を大切にし、入浴剤は柚子湯、菖蒲湯にしたりと楽しく入浴できるよう支援している。	
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	午後の昼寝、就寝も利用者のペースで休み起床されている、不眠の方は眠くなるまで話をしたり、お茶を飲んだりしてしている。		
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	利用者の薬の処方箋、一覧がファイリングしてあり用法用量についてすぐ確認できるようになっている。与薬手順書を毎日出勤時に確認して服薬ごとに声掛け、確認している。日々利用者の症状の変化に努めている		

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
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	利用者の昔の生活の様子、職業などが生かせる様にできることをお願いしたり職員と一緒にこなっている。		
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	本人の希望に添うように外出しています。外出は気分転換も出来、利用者の方が穏やかな表情をされるので希望を聞きながら行きたいところへいけるように支援している。	外出支援については日常の気分転換やストレス発散の良い機会と捉えている。天気の良い日には朝、夕の散歩や買い物等の日常的な外出を多くしており、入居者の楽しみの一つになっている。訪問時には、誕生日の入居者が外出に出かけ、「土産に夕食用のうなぎを買って帰る」と楽しそうに話してくれた。行事で海に出かけたり、紅葉見学、馴染みの店に出かけたりしている。本人の希望を把握し、家族、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。	
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	ホーム内での支払い、米屋、ヤクルトなど利用者の方に支払いをして頂いている。スーパーなどの支払いも職員と一緒にして頂いている。		
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	利用者が家族と連絡が取りたいと言われた時、不安になられている時など電話を掛けている。家族との交流が図れるように支援している、毎年の年賀状、ハガキなど必要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	より在宅に近付けるように設えや季節のものを取り入れている。トイレはいつも気持ち良く使用して頂くためにチェック表を用いて時間ごとに確認している。利用者さんが見ているTVの前を通る時は一言断りをして通るなど配慮している。	田んぼや畑に囲まれたホームは心をほっと和らげてくれる。広いリビングは窓が大きくて明るく、季節の花などが飾られている。入居者の中にはシルバーカーでホーム内を動いている方もいる。また、入居者の好む音楽が流れ、口ずさむ様子も見られた。金魚を飼っており、餌やりや世話は入居者が行っている。入居者が混乱しないようトイレの表示が工夫され、居心地よく過ごせる共用空間となっている。	
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	気の合う方と一緒に居れる様に声掛け、居室に居た方に対しての定期的な声掛け、見守りをしている。ソファで過ごされている方にはカラオケなど楽しんでいただけるように曲を流しお誘いしている。		
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	入居前の使用されていた家具、布団、など馴染みの物を持参されてレイアウト等も利用者が混乱されないように、居心地の良い場となるよう相談し行っている。	居室入口には、自分で書いた表札が掛けられ、自宅から持参したテレビやベッド、タンス、机、写真、仏壇等が入居者の使いやすいよう配置されている。居室内にはクローゼットが用意されており、整理整頓されている。明るく使い慣れた家具に囲まれ、それぞれ個性を感じる居室となっている。季節ごとの衣類、寝具の交換は家族と一緒にしたり、職員と行っている。自宅との環境のギャップを感じさせない工夫に取り組んでいる。	
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	事故につながる物品は出来るだけ安全に使用していただけるように整備し、電気製品には利用者が分かり易いようにテープなどで使い方を明記し使い易いようにしている。		

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	2373200472		
法人名	社会福祉法人 せんねん村		
事業所名	せんねん村グループホーム 矢曾根せんりょう まんりょう		
所在地	愛知県西尾市矢曾根町蓮雲寺74番地		
自己評価作成日	平成24年3月1日	評価結果市町村受理日	

【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>・材木を使用した建物は、昔ながらの長屋を感じさせられる面影があり、近隣の家や蔵、田園風景と馴染んでいきます。運営推進会議では地域の一人としての暮らしの継続を目指し、参加の皆様からの意見をもとに取り組みをしています。</p> <p>・法人の理念『こころのびのび・からだいきいき・いのちきらきら』を元に一人一人の個性を尊重しながら『今日も一日良い日でした』と言っていただけるようなサービスを目指しています。</p> <p>・認知症の方の理解を深める為にケアマップを年2回取り入れて寄り添うケア、出来ることを伸ばして行くケアを目指しています。</p>

※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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	
所在地	
訪問調査日	

【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)】

--

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)	○	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	『今日も一日良い日でした』と言っただけのように支援に努めています。一人一人の個性を大切にしているケアを行っています。理念は職員が見える場所に掲示してある。		
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	通勤、散歩、玄関や敷地内に出た時、近隣の方には必ず挨拶している。回覧板は利用者と散歩を兼ねて手渡しで届けている、西尾市社会福祉協議会を通じて子供ボランティアの訪問など依頼している。		
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	町内の行事に参加し交流する事で関わり方を深めている。馴染みの喫茶店、スーパーなどは利用者の姿を見ると車椅子の席を準備して下さったり、トイレの場所を案内したりと馴染みの関係が出来ている。		
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、町内会長、民生委員の方々に出席頂き、参加メンバーの意見交換がなされている。会議では私たちの支援も発表される為常に工夫を重ねるように努めている。		
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	サービスの現状を管理者に伝えており、管理者より市役所の担当者と連絡を取っている。市町村が行っている研修会に参加してケアサービスに付いてもさらに学びたい。		
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	法人内の勉強会に参加して身体拘束について学んでいる。施錠は屋中はしておらず利用者の方は自由に外出できる。利用者がより良い生活ができるように話し合い過ごしていただけている。		
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	法人内の学習会で虐待防止について学んでいる。身体のみならず精神面でも防止に努めている。		

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	権利擁護の対象者はいないが法人内の研修会で学んでいる。成年後見人が必要なケースは管理者が対応している。他の職員は個々に介護福祉士、介護支援専門員などの勉強をしており知識を深めている。		
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	入所前の事前説明と入所日に契約する時に再度説明を行い家族の不安軽減を図っている。面会時には必ず『何でも言ってください』と言葉を添えている、不安、疑問点にも納得していただけるように説明している。		
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	サービス担当者会議、運営推進会議は家族が毎回参加されて、意見、要望等聞き利用者の生き生きとした暮らしが発揮できるケアプランを家族と話し合い作成している。アンケート調査を行いサービスの質の向上に努めている。		
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	職員は月1回のミーティングにて意見を交換したり、提案を求めたりして自由に意見交換ができる。利用者の状況、業務の見直しなど変化あれば管理者や上司に意見を伝えたり、直接提案している。		
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	人事考課を基に半期ごとに目標を決め各自が向上心を持ち業務に当たり結果が出せるように努めている。職種について年末にアンケートがあり職員の思いを法人で把握してくれている。		
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	法人内に毎月自己啓発として勉強会を開催している。研修、勉強会に積極的に参加できるように働きかけがあり各自取り組んでミーティング時に報告している。		
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	同業者の実習受け入れや研修の参加により交流できる機会を作っている。		
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	利用者の表情、態度、言葉、などに気を配り年配者である利用者に失礼にないように心がけている。不安を受け止めて安心して生活していただけ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
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、利用者の不安、意見、要望聞き納得していただける様に十分に話し合い良い関係作りを目指している。職員は家族の困っていること不安なことに耳を傾けどのような対応が出来るか話し合いを行っている。		
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	入所後1ヶ月は手厚いケアを心がけて慣れない分利用者に寄り添う時間を増やすようにしている。家族と十分に話し合いながら利用者が『その時』必要としている支援が行えるよう柔軟に対応している。		
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	利用者と共に過ごす事でお互いが協力し助け合っ、生活する中で学ばせて頂き支え合う関係を目指している。利用者は人生の先輩であることという考えを常に持ち、本人の思いを共感し理解するように努力している。		
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	家族との情報交換を密に行い、本人の日頃の思いに寄り添い日々の暮らしの出来事、状態をこまめに報告、相談し情報を共有できるように心掛けている。		
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	一人一人の生活習慣を尊重しながら以前住まれていた家、馴染みの場所へ出かけたり、面会、手紙のやり取り電話などで関係を維持できるように支援している。		
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	利用者同士が掃除、調理、洗濯干しなどを通じて共に支え合って生活を共にしています。共有スペースでの関わりを職員が仲介に入り重視しています。		
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	サービス利用が終了しても見舞いに行ったりご家族に合った時は経過をお聴きするなど関係を断ち切らないようにしている。情報を事前に連絡しダメージを減らせるように配慮している、訪問して交流を図っている。		
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	意志疎通が困難な利用者にもその様子から本人の希望に添えるように情報を読み取りようになっている。職員同士で情報共有をしたりして『本人はどうなのか?』という視点立ち話し合っている。		

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
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	利用者の生活歴を知ることで会話や、個性を活かせるようにケアに努めている。家族に昔の写真を持って来ていただいたり馴染みの場所、暮らし方をしていたか伺い馴染みの生活に近づけるようにしている。		
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	一人一人の1日の暮らしや生活リズムを把握しながら一緒にやってみる場面を作りアセスメントしている。体調の変化、顔の表情発言から状態観察を常に行っている。		
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	ひやりはつとや事故からSHELL分析をして課題について皆で話し合い、ケアプランチェックシートにて日々達成できるようケアに当たっているがすべては出来ていないのでプランの見直しも検討するべきだと思う。		
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	計画に基づいたケアの実践が出来るよう個々が情報を共有している。他の職員が記録したことにも目を通し不十分であれば気づきの啓発もしている。		
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	利用者のニーズに合わせて、食事が思うように摂れない方には食べれるように工夫、食べたい物に作り変えたりして食事を提供している。家族受診の場合でも必要に応じて同行したり柔軟に対応支援している。		
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	毎月の介護相談員来所、消防点検や訓練、床屋、外食、詩吟教室などの習い事への参加、病院受診等、ボランティアを利用して地域との交流に努め豊かな暮らしにな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	通院、往診時かかりつけ医に日頃の状態を伝え適切な医療を受けられるように伝達用紙を記入し報共有している。		
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	ホーム内は看護師は非常勤だが、法人内の看護師へ報告、相談し必要に応じて家族受診が円滑に出来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
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。	家族や医療関係者と連携を取り入院時に必要な情報を交換し安心して治療できるようにしている。退院後も利用することが可能かインテークしたり情報収集を行い利用者に合った居室のレイアウト等も変更したり工夫している。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	家族に今後の意向について充分納得できるように説明をし医療機関との連携を密に取り支援している。安心して最期を看取れる体制を皆で協力している。		
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	緊急時に備えてロールプレイで実践したり毎月課題を決めて事故に対応できるように職員全員で取り組んでいる。その都度振り返りを行っているが定期的な実践に対する訓練は出来ていない。		
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	3施設合同の年間防災計画し防火訓練など定期的に行っているが声掛け、チームプレイが上手に、円滑に出来ていないので課題である。		
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	すべての職員が一人一人の人格を尊重しプライバシーを損なわない、目立たずさりげない言葉掛けや対応に配慮している。		
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	利用者本人が決定できるような言葉掛けを行うようにしているが介護者の一方的な断定的な言動も見受けられる。利用者に合いいわせて働きかけて、自己決定できるように場面を作っている。		
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	その方のペースを重視しているが時に焦らしたり、職員の都合に合わせる行動してしまう事がある為ゆっくりと関わられるように心掛けている。個別性のあるその人らしい暮らしを支援している。		
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	起床時、就寝介助を行い、その時に合った身だしなみを支援しているが外出時に鏡を見た着替えと言ったおしゃれの支援がすくない。		

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
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	利用者と何が食べたいか料理本を基にメニューを決めたり、準備、買物、調理、配膳を行なって楽しみとなるように支援している。		
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	栄養バランスは職員が献立を工夫しながら行なっている。薄味にしたり、水分量も確保出来るように一日の中で工夫して提供している。硬いものは聞き刻み、スライスなどで食べ易い形にして提供している。		
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	ご自分で行なえない方は声掛け見守りを行い食後の口腔ケアを行っている。夕食後は本人の力に応じ職員が最後の仕上げを行なうことで清潔保持している。		
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	排泄のリズムに合わせて声掛けや案内をして自立支援を行なっている、失敗などされて不安にならないよう取り組んでいる。		
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	便秘の予防の為食物繊維の多く含まれている食品の摂取や果物、水分量など工夫している。余暇活動に運動を取り入れる働き掛けている。		
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	入浴は自分でできない所は手伝いながら体調、その日の気分、個々に沿った支援をしている。		
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	快適な眠りが取れるよう居室の温度、湿度、明るさに配慮して排泄の声掛けなど少しでも不快なく安眠できるように支援しています。		
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	薬の目的や副作用の理解、体調の変化を観察し、異常があれば看護師へ報告医師に伝えている。服薬支援のマニュアルに沿って間違いないように確認している。処方箋の一覧表があり確認しながら服薬介助している。		

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
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	利用者の生活歴や力を活かし得意とする事を行なって頂き、楽しみを見つける様に支援している。歌など好きな方が多いので音楽を絶やさないう様に、図書館で借りた本を参考にゲームなど楽しみごとの支援をしている。		
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	外出の機会を出来るだけ多く取るように工夫している、買い物以外、馴染みの場所への案内など支援ああしている。出かける機会が少ない方にも月に一度は外出できるように家族の協力を得ながら支援している。		
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	財布を自分で持って見える方に対しては買い物時にお好きな菓子など購入して支払いなど見守りをしている。他の方はレジでの支払いなど場面で関わられ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	利用者が電話したいと希望された時は家族の理解の上、電話で話したり、手紙でのやり取りなど行い意志疎通を図っている。		
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	共有空間は清潔にたもてるように配慮している。玄関は季節感を取り入れるように花を飾ったり、掲示物に配慮している。トイレなどは大きく表示してあり分りやすくしている。		
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	利用者同士の席はお互い決まっているが気の合った方同士仲良く過ごせるように居場所作をしている。		
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	家族の協力で入所時に慣れ親しんだ家具や布団趣味の描絵や書道、写真、仏壇、など入れて居心地よく過ごせるように配慮している。		
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	安全に自立した生活が送れるように電化製品には目印をつけて使いやすい工夫し、その都度声掛けを行い出来る事を支援している。		

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	35	万が一の地震や火災、風水害に備え、定期的な訓練、備蓄品の確保が必要。	利用者が安全に避難できる方法や体制作り。	<ul style="list-style-type: none"> ①併設施設との毎月の防火管理委員会の開催。 ②職員の意識向上のため、教育訓練の実施。 ③定期的な避難、通報、消火訓練の実施。 ④非常時の備蓄品の点検・確保。 ⑤地域や消防に働きかけを行い、協力体制の構築。 	12ヶ月
2	43 44	できる限り、トイレでの排泄を目指すとともに、便秘の及ぼす原因をスタッフが理解し、スムーズに排泄できるように支援したい。	排泄パターンに沿ったケアを行うことができる。トイレに座る習慣を確立することで、トイレで排泄できるようになる。	<ul style="list-style-type: none"> ①排泄チェック表をもとに、個々の排泄パターンを把握する。アセスメント、モニタリングを繰り返し、その方に合った排泄支援方法の確立。 ②排泄・排便のメカニズム、重要性を学ぶ学習会の開催。 	12ヶ月
3	48 49 55	利用者が安全に安心して生活できる環境作りが不十分です。	利用者が過ごしやすく、興味をひく環境作り。	<ul style="list-style-type: none"> ①整頓しやすい環境を作る。 ②利用者個々が興味を持てる余暇物品を確保し、利用者の目にとまり、また手に取りやすい収納の仕方を工夫する。 ③季節の変化を感じやすい掲示物。 	12ヶ月
4	52	共用空間で生活する中で、人の動きや物音、温度、光等を敏感に感じとられ、混乱する場面がみられる。	居心地のよい空間作り。	<ul style="list-style-type: none"> ①利用者にとっての不快や混乱をまねくような刺激はどのようなものか、学習する。 ②利用者の立場に立って過ごす機会を設ける。 ③認知症ケアマッピングの手法を用いて、実際に不快になっているものや混乱を招いている場面を把握する。 	12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。