

1 自己評価及び外部評価結果 (さざなみ)

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2376600405		
法人名	愛知県厚生農業協同組合連合会		
事業所名	JA愛知厚生連 あつみの郷グループホーム さざなみ		
所在地	愛知県田原市田原町築出35番地1		
自己評価作成日	平成21年12月25日	評価結果市町村受理日	平成22年 3月31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.kaigo-kouhyou-aichi.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2376600405&SCD=320
----------	---

【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 中部社会福祉第三者評価センター
所在地	愛知県名古屋市中区鶴舞3-8-10 愛知労働文化センター3F
訪問調査日	平成22年 1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)】

児童センターとの交流、地域ボランティアによる書道教室・手芸教室、地域の市民館への訪問やサークル活動への参加、市民館祭りへの作品の出展を継続し、入居者様の意欲の維持向上に努めている。また、キャラバンメイトである職員による認知症サポーター養成講座を開催し、認知症サポーター受講の民生委員の方による朝市への支援を受け、地域の方に対して認知症理解についての啓蒙活動を行うと共に、ホームが地域の一員としての活動ができるよう努めている。
職員はプライバシーへの配慮・尊厳あるケアに心掛け、入居者及び家族の気持ちに寄り添い、気持ちをくみ取り、日常生活での「できる事」と「楽しみ」を大切に、希望や想いを取り入れ、その人に合った支援に努めている。

【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)】

法人のISO認証取得に併せ、ホームも適用の対象として取り組んでいる。目標管理や教育・研修、事故の再発防止等々がシステムとして運用されており、目に見える形での成果となっている。
地域への取り組みも年を重ねるにつれて深みを増し、推進会議メンバーである民生会長を中心に、民生委員や一般ボランティアの活用(外出支援等)が軌道に乗っている。ホームの職員が講師となって開催される認知症サポーター養成講座を通して、「町おこし」の機運も生じている。これらを通して、ホームが地域の社会資源として認められるに十分な役割を果たしている。
上記の養成講座は、運営推進会議のメンバーである包括支援センター職員の働きかけも大きい。この講座が発端となり、「認知症高齢者にやさしい街づくり」が順調に進展していくことを期待したい。

・サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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+-) + (Enter+-)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
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	職員休憩室等に理念を掲げ、採用時には教育を行っている。職員としての心構え等を記載した「マイルストーン」を職員個々が携行し、常に意識できるようにしている。	ISOの認証を取得しており、その仕組みを使って理念の周知を図っている。日々のケアに関しても、理念への帰結を常に意識している。	
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	市のイベント等へ積極的に出掛けているほか、ボランティアの協力により朝市に出掛け日常的に買い物をしている。又、年に1度市民館祭りに作品を展示しており、市民の一員としての参加を実現、理解を深めている。	推進会議メンバーである民生会長を中心に、民生委員3名が朝食づくりや朝市への付き添い支援をし、一般ボランティアの外出支援もある。認知症サポーター養成講座の開催回数も増え、地域への浸透が深まっている。	
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	キャラバンメイトである職員が認知症サポーター講座を開催し、地域の方に対して認知症理解への啓蒙活動を行っている。		
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	ホームの視察や行事に参加して頂く機会を設け、日常生活の活動、行事、ボランティアによる支援や地域交流の現状を報告し、助言や意見を頂き、サービスの向上に活かしている。	運営推進会議がきっかけとなり、包括支援センター職員が旗振りとなって「認知症高齢者にやさしい街づくり」が、具体性を帯びてきた。商店街を中心に輪が広がろうとしている。	サポーター養成講座を受講した商店に対して「ステッカー」を店頭に貼り出す計画など、有効な意見も出ている様子。地域(市)全域への広がりに期待したい。
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	運営推進会議へほぼ毎回出席して頂いている。入退居の報告、地域交流の進捗状況の報告、事故報告等を行っており、日頃から連絡を密に取り、協力を得ている。	市が主催する地域ケア会議へ出席するほか、各種の報告や届出書を持って担当者を訪問している。担当者が変更(異動)となったが、協力体制は揺るぎがない。	
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	身体拘束しない事を全員が周知している他、言動についても抑制せず自由な行動をして頂いている。エレベーターのみ暗証番号を必要としているが、入居者の安全の確保のためであり、家族に理解を得ている。	フロアを移動したり外出したりするためには、エレベーターが必要となるが、暗証番号が分からない利用者は乗ることができない。閉塞感を打破するためもあってか、2つのユニットが広々と使われている。	「拘束をする、しない」とか、「鍵を掛けているか、否か」が問題ではない。なぜ鍵を掛けないケアを目指すのか、を考え、鍵を掛けることによる弊害に思いを馳せていただきたい。
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	虐待が起こることがないように、カンファレンスや勉強会でも注意喚起し、言葉かけ1つにも配慮している。		

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
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	1名がNPO法人にて成年後見人制度を活用しているが、職員全員が権利擁護について十分学習しているとは言えない。地域包括支援センター職員の助言をもらえる環境にある。		
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	利用契約書、重要事項説明書、ホームの方針、緊急時の対応、金銭管理規定、個人情報の取り扱いについて書面で説明、不安、不明な点をその都度聞き、納得の上、同意を得ている。		
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	入居者の「今」を知るよう日々観察しそれらを報告することで、家族より要望を聞きやすい関係作りに努めている。また意見箱の設置、相談窓口を設けている。1回/年家族アンケートを実施し、率直な意見を述べられる機会を設けている。面会時の会話の中から家族の心情をくみ取り、運営への反映に努めている。	毎回のことではあるが、家族アンケートには感謝の言葉や賛辞が連ねられており、苦情はもとより意見・要望も全く出てこなかった。	利用者や家族の意見・要望が、ホームに全く伝わってこないということを手放しで喜ぶことはできないが、日々の対応の中で十分に聞き取られていると解釈したい。
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	勉強会、カンファレンスの場を活用し意見を聞く機会を設けている。また、行事や取り組み等の企画立案を自由させ、運営に反映させている。	ISOとの連動となるが、毎年度、期首と期末に上司との目標面談が実施されている。その折にも、職員の意見や希望が聞き取られている。	
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	ホームの運営に伴う係りを各職員に任せ、やりがいと自信に繋がるように配慮し、勤務意欲向上に繋げている。		
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	一人ひとりの力量に合った研修会へ参加できるよう計画調整している。定期的に勉強会を開催している。、ホームへ配属の際は認知症についての教育もなされている。		
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	管理者がGH協会ブロック会議、地域ケア会議、他事業所の運営推進会議等へ参加して情報交換を行い、サービスの向上に繋げている。県や市・GH協会主催の研修会に参加する事で、職員が同業者との交流の機会を設けている。		

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
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	事前にホーム内の見学や説明を受けることができる体制を整えている。面接を行う際には話しやすい雰囲気をつくり、趣向の会話、生活歴など伺いながら話を傾聴、信頼関係の構築に努めている。		
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	事前にホーム内見学や利用に際しての詳細の説明を行っている。家族の思い、ホームへの要望や希望など話し合う機会を持ち、不安な気持ちが軽減できるように傾聴し、信頼関係が得られるよう努めている。		
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	本人の状態やニーズ、家族のニーズを踏まえ、ケアマネ、地域包括支援センターと連携を図り活用できるサービスを提案し、本人、家族が希望するサービスが利用できるように努めている。		
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	家族のような関わりを心掛け、生活の知恵や文化、風習など教わりながら、常に尊敬の念を持ち、寄り添いながら日常生活が送れるような関係作りに努めている。		
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	家族の思いに寄り添い、入居者の現状を伝えながら、お互いが相談し本人を支えていけるような関係作りに努めている。		
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	家族や友人との繋がりを大切にし、ハガキ等のやりとりを行っている。馴染みの店や朝市への外出支援等、今までの生活の継続を大切にした支援に努めている。	利用者のこれまでの生活を、可能な限りそのまま支援しようとしている。昔から通った朝市、楽しみな喫茶店、お気に入りの美容院等々、今まで通りの生活を継続させる支援が続いている。	
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	日々の生活の様子を申し送りなどで情報を共有し、和みのある環境で生活できるよう配慮しながら支援している。入居者同士が関わりを持って生活できるような介護計画を作成している。		

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	退居後も、本人及び家族からの希望に応じ、ケアの相談やホームへの来訪を歓迎し、不安のないよう支援している。		
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	生活の中での何気ない一言や行動に潜む思いをくみ取れるよう、コミュニケーションを図り意向の把握に努めている。誕生日は「希望が叶う日」とし、入居者、家族の希望をふまえた上で、家族の協力の中、実現を継続している。	日々のケアの中で知り得た新しい情報(思い、意向等)は、「介護記録」に記載している。職員の共通した認識として把握しておくことが必要と思われる場合には、口頭での申し送りをしている。	
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	入居前の面接時、本人や家族状況や生活歴等の必要な情報を集め、ホームの生活にスムーズに移行できるように努めている。入居後は本人・家族の了承を得て、「ライフレビューブック」を作成し、得た情報を介護計画に反映している。		
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	日々の様子を記録に残し、申し送りを基に現状把握に努めている。「できる事・できない事評価表」を作成し、現状把握に努めている。		
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アを反映し、現状に即した介護計画を作成している	「できる事・できない事評価表」を基に課題を抽出し、日々の生活から表出される入居者の希望、家族の意向をふまえた上、全職員が情報提供用紙を作成、これらを基にカンファレンスを開催し、介護計画を作成、ケアへ反映している。	介護計画書には、利用者と家族の思いや意向が聞き取られて記載してあるが、前回計画と同様の文章も目立つ。自己評価23(思いや意向の把握)からの連動は薄い。	“その人らしさ”を支援する個別ケアは、日々のケアの中からつかんだ思いや意向(自己評価23)を出発点とする。また、計画見直しは、精神的変化が見られたときも必要となる。
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、ケア内容と対応、入居者の反応等を全職員が記録を残すと共に、申し送りから得られた情報を共有し、ケアへ反映している。それらを基に定期的、状況に応じ介護計画の見直しを実践している。		
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、家族の希望等をくみ取り、ホームのサービスだけでなく、音楽療法やおやつ講習会、行事やアニマルセラピーなどへ参加している。また、可能性を追求し、新しい事柄にもチャレンジできる機会を設け、楽しみを持てるよう支援している。		

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
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	1回/月ボランティアによる手芸、書道の教室を開催している。市民館や児童センター、馴染みの店などと日頃から交流を図り、入居者が地域の一員であり続けられるような支援に努めている。		
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	1回/月協力病院の医師の往診があり、定期的な往診支援と緊急時の受診体制を整えている。これまでのかかりつけ医への受診時には情報提供を行い、円滑で適切な医療を受けることができるよう支援している。	多くの利用者はホームの提携医をかかりつけ医として、往診診療や健康管理を受けている。馴染みの関係継続のため、これまでのかかりつけ医を利用する場合には、定期的な受診は家族対応となっている。	
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	日々の様子や変化について細かな事も看護師に相談できる体制が整っており、助言を得ている。また必要であれば医療機関への受診ができるように支援している。		
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。	医師、病棟看護師、MSW、退院コーディネーターと定期的に情報交換を行い、入退院がスムーズに行えるように努めている。主治医とは1回/月往診時に日々の健康状態を報告し、相談し助言を得ている。		
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	現在ターミナルケアは行わない方針である。入居契約時に説明の上同意を得ている。日常的に医療が必要となり終末期への移行の際は、ご家族へ状況の説明し、ホームの方針をふまえて話し合いを行い、納得の上でサービスの選択して頂けるよう、日頃から家族と医療機関との連携協力体制づくりに努めている。	母体が病院であり、法人内には老健施設もあることから、終末期のケアは最も適切な施設を選択して実施することとしている。家族には、利用開始時に詳細な説明をして同意を得ている。	
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	毎年、事業所の開催する救急法の勉強会へ全職員が参加している。緊急時の対応と連絡についてマニュアルが作成してある。またホームにもAEDが設置してあり全員が使用できるように学習しているが、経験の浅い職員の緊急時への不安は大きい。		
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	2回/年消防署の協力を得て災害時避難訓練、消火訓練を実施している。緊急連絡網を作成してある。災害時、応援を得られるよう、運営推進会議等にて、地域への協力体制の構築に努める必要がある。	年に2回の避難訓練を行っているが、そのうちの1回は夜間を想定して実施している。同一建物内に老健施設もあることから、連携した災害対策が講じられている。	夜間の事故・災害は大きな犠牲を伴うことが多い。起きてからの対応もさることながら、起こさない仕組みを再点検していただきたい。

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
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	コンプライアンスに係わる勉強会、個人情報の取り扱いについて周知徹底を図り、尊厳のある対応に心掛けている。	利用者の呼称(呼び名)にも、その人の尊厳を冒すことがないように配慮し、利用開始時に家族と話し合っている。	
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	日常生活の中で希望が表出できるような環境作りに努めると共に、なにげない会話の中から、希望をくみ取り、可能性を探りながら、自身で選択したり自由に感情表出ができるよう働きかけている。		
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	業務優先にならないよう、定期的に勉強会やカンファレンスの中で、ケアのあり方について話しながら、その人の生活リズムに合わせた支援に努めている。		
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	行きつけの美容院に行かれる方、化粧品を購入される方もあり、おしゃれへの希望や気持ちが継続できるよう支援している。また外食や行楽等、出掛ける機会を通し、身だしなみに関心が持てるよう働きかけている。		
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	季節感や地域性、好みを取り入れた献立を作成している。その日の希望に応じ献立を変更するなど柔軟に対応している。調理、準備、片付けの面で個々が能力を発揮できるように支援している。出前やバイキング形式、外食も取り入れている。	2つのユニットが、それぞれの思いを持って別々の食事を提供している。利用者が調理へ参加する姿こそ目にしなかったが、配膳や下膳は、それぞれの力量に合わせた形で手伝っていた。	
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	定時及び、希望時・必要時に水分補給している。食事量については摂取量が把握できるようにチェックすると共に、生活習慣やその時の状況に応じ食べやすいように工夫している。栄養バランスについては管理栄養士に助言を得ている。		
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	毎食後の口腔ケアを実施している。食事を含め日常生活の様子を観察し、義歯や口腔内に不具合がないか把握するよう努めている。		

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
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	一人ひとりの排泄パターンの把握に努めており、その他定期的な排泄の声掛けをし、排泄の失敗のないように支援している。ADLに合わせた介助を行っている。	できる限りトイレを使った排泄を支援し、ポータブルトイレの利用者についても、夜間のみ使用としている。	
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	食事摂取量、水分摂取、運動量など把握し、日常的にできる運動や食品の工夫などをし、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ず、個々にそった支援をしている	個々の希望や在宅時の入浴習慣を大切に、体調に応じて入浴できるよう柔軟な対応に心掛けている。入浴剤の使用で「温泉気分」を楽しんで頂いている。また、端午節句には菖蒲湯、冬至には柚子湯を用意する等、日本の風習も取り入れている。	1週間に2～3回の入浴機会ではあるが、利用者の希望を尊重し、就寝前の入浴にも対応している。	
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	使い慣れた布団を自宅より持参し使って頂き、生活習慣に合わせ希望であれば畳で休めるなど柔軟な対応に心掛けている。その日の活動の状況や体調に応じ休憩できるよう支援している。		
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	個人ファイルに薬の説明書がファイルしてあり、一人ひとりの使用している薬が把握できるようにしてある。副作用と思われる様子や内服の変更があれば記録に残し、次回の往診又は臨時の受診時に、主治医に相談できるようにしている。		
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	生活歴、生活習慣を把握するように努め、趣向に応じた活動へ参加できるよう支援している。日々の支援状況や反応を記録に残し、継続的なケアへの反映に繋げている。		
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	日常的な散歩、買い物、喫茶店など外出希望に柔軟に対応している。お墓参り、自宅や生まれ育った地域へのドライブ等にも出掛けている。認知症サポーターの民生委員の方の協力で朝市への早朝の外出支援が実現している。	外出には暗証番号入力のエレベーターを使用することから、職員同行が必須となる。散歩、買い物、ドライブの他、「希望が叶う日」(誕生日)には、遠出の外出をすることも稀ではない。新型インフルエンザへの対処として、一時期外出を控えていたこともある。	利用者からの「希望が叶う日」の要望について、実現が困難と判断される場合には、ぜひ介護計画に落とし込んでチャレンジしていただきたい。

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
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	本人の希望・能力に応じ家族と相談の上、本人が財布を所持したり、事業所がお預かりしている。自分で支払いできる場面を作り、金銭のやり取りの支援をしている。		
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	家族を心配されたり本人の心配事などある時は、希望に応じて電話をかけることができるよう支援している。また手作りのハガキや季節のハガキを送り家族との繋がりを大切にしている。		
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	玄関には、入居者が生けた季節の花や手作りの布製の壁掛けを飾り、温かみのある玄関になるよう工夫している。廊下や居間には入居者の作品や写真を貼るなど、楽しみながらつるげる空間作りに努めている。各所の明るさや温度や湿度においても配慮している。	ホールと食堂を別々に取り、日常生活にメリハリを付けている。ホールの一角に雛人形が飾っており、利用者が季節を感じるのには十分である。	
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	玄関、廊下リビングなどにソファを置くことで、一人で過ごしたり入居者同士が談笑しつるげる場となっている。その時々で自由に過ごせるよう環境作りをしている。		
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	生活習慣に合わせた馴染みの家具や布団を使用し、今までの生活スタイルを大切にしている。家族の協力の中、生活感が出せるよう手作りの作品を飾ったり、棚を設置して居心地の良い空間作りに努めている。	見学させていただいた居室には、特別に多くの家具類を持ち込んでいる利用者はいなかった。ただ、どの部屋にもその人独自の生活感が漂っており、短歌を詠む利用者の居室には作品が貼られていた。	
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	ホーム内各所に手摺りが設置されており、浴室、トイレ、各居室も分かり易いよう明示してある。個々の能力に応じて工夫し、安全かつできる限り自立した生活が送れるよう工夫している。		

1 自己評価及び外部評価結果 (せせらぎ)

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2376600405		
法人名	愛知県厚生農業協同組合連合会		
事業所名	JA愛知厚生連 あつみの郷グループホーム せせらぎ		
所在地	愛知県田原市田原町築出35番地1		
自己評価作成日	平成21年12月25日	評価結果市町村受理日	平成22年 3月31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.kaigo-kouhyou-aichi.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2376600405&SCD=320
----------	---

【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 中部社会福祉第三者評価センター
所在地	愛知県名古屋市中区鶴舞3-8-10 愛知労働文化センター3F
訪問調査日	平成22年 1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)】

児童センターとの交流、地域ボランティアによる書道教室・手芸教室、地域の市民館への訪問やサークル活動への参加、市民館祭りへの作品の出展を継続し、入居者様の意欲の維持向上に努めている。また、キャラバンメイトである職員による認知症サポーター養成講座を開催し、認知症サポーター受講の民生委員の方による朝市への支援を受け、地域の方に対して認知症理解についての啓蒙活動を行うと共に、ホームが地域の一員としての活動ができるよう努めている。
職員はプライバシーへの配慮・尊厳あるケアに心掛け、入居者及び家族の気持ちに寄り添い、

【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)】

・サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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、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+-) + (Enter+-)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
理念に基づく運営					
1	(1)	<p>理念の共有と実践</p> <p>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</p>	<p>職員休憩室等に理念を掲げ、採用時には教育を行っている。職員としての心構え等を記載した「マイルストーン」を職員個々が携行し、常に意識できるようにしている。</p>		
2	(2)	<p>事業所と地域とのつきあい</p> <p>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</p>	<p>市のイベント等へ積極的に出掛けているほか、ボランティアの協力により朝市に出掛け日常的に買い物をしている。又、年に1度市民館祭りに作品を展示しており、市民の一員としての参加を実現、理解を深めている。</p>		
3		<p>事業所の力を活かした地域貢献</p> <p>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</p>	<p>キャラバンメイトである職員が認知症サポーター講座を開催し、地域の方に対して認知症理解への啓蒙活動を行っている。</p>		
4	(3)	<p>運営推進会議を活かした取り組み</p> <p>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</p>	<p>ホームの視察や行事に参加して頂く機会を設け、日常生活の活動、行事、ボランティアによる支援や地域交流の現状を報告し、助言や意見を頂き、サービスの向上に活かしている。</p>		
5	(4)	<p>市町村との連携</p> <p>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</p>	<p>運営推進会議へほぼ毎回出席して頂いている。入退居の報告、地域交流の進捗状況の報告、事故報告等を行っており、日頃から連絡を密に取り、協力を得ている。</p>		
6	(5)	<p>身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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</p>	<p>身体拘束しない事を全員が周知している他、言動についても抑制せず自由な行動をして頂いている。エレベーターのみ暗証番号を必要としているが、入居者の安全の確保のためであり、家族に理解を得ている。</p>		
7		<p>虐待の防止の徹底</p> <p>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</p>	<p>虐待が起こることがないように、カンファレンスや勉強会でも注意喚起し、言葉かけ1つにも配慮している。</p>		

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	職員全員が権利擁護について十分学習しているとは言えないが、地域包括支援センター職員の助言をもらえる環境にある。		
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	利用契約書、重要事項説明書、ホームの方針、緊急時の対応、金銭管理規定、個人情報の取り扱いについて書面で説明、不安、不明な点をその都度聞き、納得の上、同意を得ている。		
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	入居者の「今」を知るよう日々観察しそれらを報告することで、家族より要望を聞きやすい関係作りに努めている。また意見箱の設置、相談窓口を設けている。1回/年家族アンケートを実施し、率直な意見を述べられる機会を設けている。面会時の会話の中から家族の心情をくみ取り、運営への反映に努めている。		
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	勉強会、カンファレンスの場を活用し意見を聞く機会を設けている。また、行事や取り組み等の企画立案を自由させ、運営に反映させている。		
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	ホームの運営に伴う係りを各職員に任せ、やりがいと自信に繋がるように配慮し、勤務意欲向上に繋げている。		
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	一人ひとりの力量に合った研修会へ参加できるよう計画調整している。定期的に勉強会を開催している。、ホームへ配属の際は認知症についての教育もなされている。		
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	管理者がGH協会ブロック会議、地域ケア会議、他事業所の運営推進会議等へ参加して情報交換を行い、サービスの向上に繋げている。県や市・GH協会主催の研修会に参加する事で、職員が同業者との交流の機会を設けている。		

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
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	事前にホーム内の見学や説明を受けることができる体制を整えている。面接を行う際には話しやすい雰囲気をつくり、趣向の会話、生活歴など伺いながら話を傾聴、信頼関係の構築に努めている。		
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	事前にホーム内見学や利用に際しての詳細の説明を行っている。家族の思い、ホームへの要望や希望など話し合う機会を持ち、不安な気持ちが軽減できるように傾聴し、信頼関係が得られるよう努めている。		
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	本人の状態やニーズ、家族のニーズを踏まえ、ケアマネ、地域包括支援センターと連携を図り活用できるサービスを提案し、本人、家族が希望するサービスが利用できるように努めている。		
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	家族のような関わりを心掛け、生活の知恵や文化、風習など教わりながら、常に尊敬の念を持ち、寄り添いながら日常生活が送れるような関係作りに努めている。		
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	家族の思いに寄り添い、入居者の現状を伝えながら、お互いが相談し本人を支えていけるような関係作りに努めている。		
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	家族や友人との繋がりを大切にし、ハガキ等のやりとりを行っている。馴染みの店や朝市への外出支援等、今までの生活の継続を大切にした支援に努めている。		
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	日々の生活の様子を申し送りなどで情報を共有し、和みのある環境で生活できるよう配慮しながら支援している。入居者同士が関わりを持って生活できるような介護計画を作成している。		

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	退居後も、本人及び家族からの希望に応じ、ケアの相談やホームへの来訪を歓迎し、不安のないよう支援している。		
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	生活の中での何気ない一言や行動に潜む思いをくみ取れるよう、コミュニケーションを図り意向の把握に努めている。誕生日は「希望が叶う日」とし、入居者、家族の希望をふまえた上で、家族の協力の中、実現を継続している。		
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	入居前の面接時、本人や家族状況や生活歴等の必要な情報を集め、ホームの生活にスムーズに移行できるように努めている。入居後は本人・家族の了承を得て、「ライフレビューブック」を作成し、得た情報を介護計画に反映している。		
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	日々の様子を記録に残し、申し送りを基に現状把握に努めている。「できる事・できない事評価表」を作成し、現状把握に努めている。		
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アを反映し、現状に即した介護計画を作成している	「できる事・できない事評価表」を基に課題を抽出し、日々の生活から表出される入居者の希望、家族の意向をふまえた上、全職員が情報提供用紙を作成、これらを基にカンファレンスを開催し、介護計画を作成、ケアへ反映している。		
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、ケア内容と対応、入居者の反応等を全職員が記録を残すと共に、申し送りから得られた情報を共有し、ケアへ反映している。それらを基に定期的、状況に応じ介護計画の見直しを実践している。		
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、家族の希望等をくみ取り、ホームのサービスだけでなく、音楽療法やおやつ講習会、行事やアニマルセラピーなどへ参加している。また、可能性を追求し、新しい事柄にもチャレンジできる機会を設け、楽しみを持てるよう支援している。		

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
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	1回/月ボランティアによる手芸、書道の教室を開催している。市民館や児童センター、馴染みの店などと日頃から交流を図り、入居者が地域の一員であり続けられるような支援に努めている。		
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	1回/月協力病院の医師の往診があり、定期的な往診支援と緊急時の受診体制を整えている。これまでのかかりつけ医への受診時には情報提供を行い、円滑で適切な医療を受けることができ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	日々の様子や変化について細かな事も看護師に相談できる体制が整っており、助言を得ている。また必要であれば医療機関への受診ができるように支援している。		
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。	医師、病棟看護師、MSW、退院コーディネーターと定期的に情報交換を行い、入退院がスムーズに行えるように努めている。主治医とは1回/月往診時に日々の健康状態を報告し、相談し助言を得ている。		
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	現在ターミナルケアは行わない方針である。入居契約時に説明の上同意を得ている。日常的に医療が必要となり終末期への移行の際は、ご家族へ状況の説明し、ホームの方針をふまえて話し合いを行い、納得の上でサービスの選択して頂けるよう、日頃から家族と医療機関との連携協力体制づくりに努めている。		
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	毎年、事業所の開催する救急法の勉強会へ全職員が参加している。緊急時の対応と連絡についてマニュアルが作成してある。またホームにもAEDが設置してあり全員が使用できるように学習しているが、経験の浅い職員の緊急時への不安は大きい。		
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	2回/年消防署の協力を得て災害時避難訓練、消火訓練を実施している。緊急連絡網を作成してある。災害時、応援を得られるよう、運営推進会議等にて、地域への協力体制の構築に努める必要がある。		

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
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	コンプライアンスに係わる勉強会、個人情報の取り扱いについて周知徹底を図り、尊厳のある対応に心掛けている。		
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	日常生活の中で希望が表出できるような環境作りに努めると共に、なにげない会話の中から、希望をくみ取り、可能性を探りながら、自身で選択したり自由に感情表出ができるよう働きかけている。		
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	業務優先にならないよう、定期的に勉強会やカンファレンスの中で、ケアのあり方について話を出しながら、その人の生活リズムに合わせた支援に努めている。		
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	行きつけの美容院に行かれる方、化粧品を購入される方もあり、おしゃれへの希望や気持ちが継続できるよう支援している。また外食や行楽等、出掛ける機会を通して、身だしなみに関心が持てるよう働きかけている。		
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	季節感や地域性、好みを取り入れた献立を作成している。その日の希望に応じ献立を変更するなど柔軟に対応している。調理、準備、片付けの面で個々が能力を発揮できるように支援している。バイキング形式や弁当で趣向を変えることで、目で楽しみ、食欲が湧くような工夫をしている。		
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	定時及び、希望時・必要時に水分補給している。食事量については摂取量が把握できるようにチェックすると共に、生活習慣やその時の状況に応じ食べやすいように工夫している。栄養バランスについては管理栄養士に助言を得ている。食事量の低下がみられる方については、主治医に相談し、栄養補助食品を使用している。		
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	毎食後の口腔ケアを実施している。食事を含め日常生活の様子を観察し、義歯や口腔内に不具合がないか把握するよう努めている。		

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
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	一人ひとりの排泄パターンの把握に努めており、その他定期的な排泄の声掛けをし、排泄の失敗のないように支援している。ADLに合わせた介助を行っている。おむつ等の使用が困難な方に、代用品を用意し、不快感のないよう工夫している。		
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	一人ひとりの排便の周期を把握している。食事摂取量、水分摂取、運動量など把握し、日常的にできる運動や食品の工夫などをし、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ず、個々にそった支援をしている	個々の希望や在宅時の入浴習慣を大切に、体調に応じて入浴できるよう柔軟な対応に心掛けている。入浴剤の使用で「温泉気分」を楽しんで頂いている。また、端午節句には菖蒲湯、冬至には柚子湯を用意する等、日本の風習も取り入れている。		
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	使い慣れた布団を自宅より持参し使ってもらい、生活習慣に合わせ希望であれば畳で休めるなど柔軟な対応に心掛けている。その日の活動の状況や体調に応じ休憩できるよう支援している。		
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	個人ファイルに薬の説明書がファイルしており、一人ひとりの使用している薬が把握できるようにしてある。副作用と思われる様子や内服の変更があれば記録に残し、次回の往診又は臨時の受診時に、主治医に相談できるようにしている。		
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	生活歴、生活習慣を把握するように努め、趣向に応じた活動へ参加できるよう支援している。日々の支援状況や反応を記録に残し、継続的なケアへの反映に繋げている。		
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	日常的な散歩、買い物、喫茶店など外出希望に柔軟に対応している。お墓参り、自宅や生まれ育った地域へのドライブ等にも出掛けている。認知症サポーターの民生委員の方の協力で朝市への早朝の外出支援が実現している。		

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
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	本人の希望・能力に応じ家族と相談の上、本人が財布を所持したり、事業所がお預かりしている。自分で支払いできる場面を作り、金銭のやり取りの支援をしている。		
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	家族を心配されたり本人の心配事などある時は、希望に応じて電話をかけることができるよう支援している。また手作りのハガキや季節のハガキを送り家族との繋がりを大切にしている。		
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	玄関には、入居者が生けた季節の花や手作りの布製の壁掛けを飾り、温かみのある玄関になるよう工夫している。廊下や居間には入居者の作品や写真を貼るなど、楽しみながらくつろげる空間作りに努めている。各所の明るさや温度や湿度においても配慮している。		
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	玄関、廊下リビングなどにソファを置くことで、一人で過ごしたり入居者同士が談笑しくつろげる場となっている。その時々で自由に過ごせるよう環境作りをしている。		
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	生活習慣に合わせた馴染みの家具や布団を使用し、今までの生活スタイルを大切にしている。家族の協力の中、生活感が出せるよう手作りの作品を飾ったり、棚を設置して居心地の良い空間作りに努めている。		
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	ホーム内各所に手摺りが設置されており、浴室、トイレ、各居室も分かり易いよう明示してある。個々の能力に応じて工夫し、安全かつできる限り自立した生活が送れるよう工夫している。		

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	26	本人や家族の思いや意向が介護計画書に記載されているが、前回と同様になっていることがある。	一人ひとりの希望や意向を把握し、現状に合った介護計画表を作成する。	・家族等の面会時には、生活の様子を詳しく伝えた上で、希望や意向を聞きだし、会話の中から思いをくみ取る。 ・利用者の希望を短いスパンで達成できる介護計画を立て、本人の達成感に繋がる支援に努める。 ・家族の協力も必要な介護計画を立て、支援内容を明確にする。	3ヶ月
2	4	協力体制は整っているが、認知症サポーター養成講座開催に繋がらないことが多く、回数が伸びていない。	認知症の人も暮らしやすい街づくりの展開に努める。	・運営推進会議での協力要請だけでなく、地域交流の中で認知症サポーター養成講座の開催を募る。 ・地域包括支援センターと連携し、グループホーム利用者の関わりが多い場所や地域で講座を開く。	12ヶ月
3	35	防災設備は整備されており、避難訓練を実施しているが、取り組みは施設内のみで完結している。	災害時の協力体制を整備する。	・運営推進会議において、設備や訓練の説明を行うと共に、災害時の協力体制について話し合う。 ・防災対策について再点検する。	12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 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。