

### 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	2375701113		
法人名	医療法人 聖会		
事業所名	グループホーム石川 1階		
所在地	愛知県知多郡武豊町二ヶ崎一丁目3番地		
自己評価作成日	平成25年11月1日	評価結果市町村受理日	平成26年1月27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	特定非営利活動法人なごみ(和)の会		
所在地	名古屋市千種区小松町五丁目2番5		
訪問調査日	平成25年11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)】

利用者の思いをしっかりと聞くことを基本にしている。日々変化する利用者の方でもしっかりと会話する事により、不安感を軽減し信頼関係を築きレベル低下しても安心してその人らしい生活が出来るようにしている。  
 家族・地域との関係にも重点をおいている。

【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)】

入居者一人一人の意向を尊重し、その人好みの一日を過ごしてもらうことに主眼をおいて支援に取り組んでいる事業所である。入居者持ち込みの炊飯器で毎度、好みの米飯を提供したり、特技を、その方の意向を第一の上で、レクリエーションで教示いただく等、個別の要望に応えようとする姿勢が見られる。更に、車椅子利用の方の椅子への移乗や、身長に合った踏み台の使用などの食事時の配慮や、歩行困難な特定疾患入居者に対する環境整備など、個々への支援、心遣いが特徴的であった。  
 また、母体が病院のため、医療連携体制が整っている事業所である。容態が急変した入居者でも、24時間受け入れがあるため、直ぐに受診可能、迅速な対応が出来ている。  
 同法人の他施設と行政と連携して、福祉実践教室の実施に向けて準備しており、認知症への理解を深める活動を積極的に地域へ発信している。今後より一層、地域の介護資源としての活躍、発展が楽しみな事業所である。

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	事業所独自の理念を毎朝の申し送り時に斉唱行なっている。各スタッフの支援方針の基礎となっている。	理念は、「入居者本人」「入居者家族」「地域」に向けて三項目を掲げている。玄関に掲示し、毎日の申し送り時に唱和、職員も把握し共有している。理念を念頭に置いて入居者への支援を検討したり、家族との交流時に信頼関係構築に努めることで理念を実践している。	
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	町内会に入っており、地区のお祭りや防災訓練、清掃作業など利用者と参加できるものは一緒に参加する。利用者参加難しい物は管理者が代表で参加し、施設として地域とつながりを持っている。	町内会に所属し、回覧板で情報共有している。地区の盆踊りに参加。その際に入居者の招待席の用意がある。隣学区の小学校と交流があり、福祉実践教室の授業の実現に、法人内の他施設や地域包括支援センター、地元のCATVと協力し取り組んでいる。	
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	年2回の地域包括主催の介護者のついで、認知症についての相談をうける。地域の小学校で認知症についての講演を行うなどしている。		
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	年6回同法人の他2グループホームと合同で会議を開催している。他施設の取り組みを聞くことで様々な意見が出て、それぞれの施設でのサービス向上に活かしている。	法人内の3施設合同で年6回、入居者と入居者家族、武豊町福祉課、地域包括支援センターと、民生委員、区長、各施設の代表者が集まって開催している。地域の情報交換や防災について話し合い、防災対策マニュアルを作成して連携を整備し、共有している。他施設の運営や、入居者同士の意見交換で情報収集が出来る点が合同で開催する利点となっている。	
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	2ヶ月に1度町内の「ケアマネつどい」に介護保険事業所や行政の参加の会議があり事例検討会や情報交換を行なう。また、役場へ行った際は福祉課に顔を出して現況等の報告を行なう。認知症困難事例があると相談などもある。	地域包括支援センター開催の研修や事例検討会に出席したり、認知症に対する理解を地域へ広めるための活動に参加する等、協働関係を築いている。武豊町福祉課とも、課への頻度の高い訪問と、運営推進会議の出席により連携が確立されている。他に、知多半島事業所連絡会の定例会に計画的に参加している。	
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	玄関の施錠は、早朝と夜間のみにしており、スタッフへも具体的な拘束に関する資料を渡し理解を深めている。	帰宅願望の強い入居者に対して、制止するのではなく、後からついて見守る姿勢でいるが、安全上やむを得ない場合、電気ロックで対応している。ホームは、出入口と居室等の扉が似ているので、出口が判別しにくい特徴の構造である。食事時、車椅子からイスへ移乗し、体形に合った机や踏み台を使用しており、身体拘束をしない工夫が実践されている。	
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	ホーム内で虐待についての勉強会も行いスタッフそれぞれが把握出来ている。言葉での虐待にも、その様に伝わりそうな場合には注意を行っている。		

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
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	ホームで権利擁護に関しての話は出ているが、勉強会はしていないので全員のスタッフが、理解は出来ていないスタッフもいる。ホーム利用者で必要となれば対応していく。		
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	入所前に説明をし、入所後も家族の不安・疑問があればその都度よく話し合い、不安の除去・解決に向けての対応を心掛けている。		
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	利用者とコミュニケーションを取り、困った事や不安を聞きだしたり、家族の面会時等何か心配な事や、希望はないか積極的に伺ったり、スタッフからの報告も含め対応をしている。又玄関に意見箱を設置している。	入居者の担当職員が、2か月に一度家族へ向けて手紙を送付している。ホームの様子他に、ご本人の写真や自筆文を添えることで、手紙に個性が表れている。家族からの意見や要望に対応した職員は、申し送りノートへ記入。職員同士で共有し、反映に向けて検討している。	
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	毎月の定例会議で利用者の処遇や運営面でのこと話し合っている。議事については朝の申し送り時や個別で確認するようにしている。議事録を代表者に提出報告している。	管理者が、申し送り時や日頃の業務の中から職員の訴えを聞き取ったり、思いを汲む等して、月1回の定例会議に挙げ不安解消に努めている。申し送りや定例会議は職員の意見の表出の場としても機能している。職員の資質向上に法人病院での研修や、ホーム内で、職員の希望を反映した内容の勉強会がある。	
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	日々の勤務状況を管理者は総括し法人に報告している。個別でスタッフが法人幹部と心身面で面談する場面も必要に応じてセッティングし職場環境・条件の整備に努めている。		
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	日頃の業務内容を見て管理者が適切なアドバイスを行なう。随時届く研修案内は個々のレベルに応じて振り分けるようにしている。OJTを意識しながらベテランスタッフが新しいスタッフを育成できるようにしている。		
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	同法人内のグループホーム間で異動がある。それによりスタッフ同士のネットワークを広げている。各ホームで取り組みが違う事もあり、様々な視点からサービスの質を見直すことが出来る。		

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
<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	生活歴を含めてアセスメントを行い信頼関係を築く。初期の段階では互いに慣れるまで接する時間を多く持つようにしている。センター方式の一部活用で生活歴の細かいところが把握でき信頼関係が築きやすくなった。		
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	キーパーソンを確認し、家族の思いを確認する。センター方式の一部活用でキーパーソン以外の方の話を聞く事も出来やすくなった。		
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	担当ケアマネと情報交換し入居申し込みから実際に入居まで待機があるため、その間の計画について本人・家族と一緒に相談に乗る。在宅生活の可能性についても検討し、アドバイスする。支援事業所が決まっていな場合や、介護認定ない場合は今後の流れを説明した上で適当な機関等の紹介を行なっている。その後も必要であれば継続して相談にも乗る。		
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	生活の一場面で昔の知恵を活用したり、過去の出来事を共有している利用者等スタッフが上手に関係を築けるように配慮する。家事の役割分担をして、個々に役割意識を持ってもらっている。		
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	2ヶ月に一度、お便りに写真を同封し様子報告を載せ送っている。来所時には、現在までの経過報告をしてお喜びされている。また家族と何でもの相談出来る様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	何気ない会話から情報を得た事を皆で共有し、知人のホームへの面会も家族が了解の上で何時でも受け入れをしている。面会時に認知症の説明をし今後も関係が続くような支援をしている。	馴染みの場所や過去の生活歴を、日常の会話から把握するよう努めている。ご本人から新しく得られた話は、家族へ伝えて共有を図っている。馴染みの八百屋へ買い物へ出て、店の人との関係継続支援や、行きつけの理容店の送迎を支援している。電話支援は、家族の対応可能時間を把握、配慮した上でやっている。	
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	職員は一人一人の個性や、利用者同士の関係を把握しており、良い時も、不穏時も含め、お互いの係わりに支障が無い様支援をしている。		

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
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	退居された場合でも、その後の家族の相談に乗ったり、本人への面会も行なう。		
<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	計画作成時以外でも普段の生活のコミュニケーションの中で献立のことから生活全体のことまで何気ない場面も大切にしている。そういったことから本人の思いを把握している。	入居当初に収集した、「暮らしの情報」のうち、未収集の項目を把握するため、日常生活や会話から汲み取るよう努めている。家族からの聞き取りの他、ご本人に選択していただいたり、支援を試行したりして、本人本位の生活の実現に取り組んでいる。得られた情報や発見は、申し送りやモニタリングで共有している。	
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	入所前に本人・家族・他サービス機関からの情報収集をし把握をするようにしている。		
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	毎朝のミーティングで、全員の過し方や状態の申し送りをし、その時々で変化の確認をし、本人からも話を聞いている。		
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	計画が実行され有効か、定期的にモニタリングを行なう。その結果を本人・家族・スタッフに伝え現状に即した計画になるように心がけている。	モニタリングは月に一度、職員全員で意見を出し合っている。必要に応じて計画の見直しをしている。原案作成シートを事前に作成して、家族と相談し計画作成に役立てている。毎日の個別記録用紙に、その方の達成目標と支援内容を記載し、職員全員が確認してサービス提供を行っている。	
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	毎日の様子をチェックリストに記載し、夜勤者が朝のミーティングで報告しており、スタッフ全員が共有し、把握できるようにしている。担当者が個別に支援経過も作成しており活用している。		
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	現状ではサービスの多機能化への取り組みは行なわれていない。利用者は日々訴えに変化ある。タイムリーに対応必要になるのでその都度ホーム内で柔軟に出来る支援で取り組む。		

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	本人の馴染みの店や物を把握し、それを外出する為の意欲につなげ、閉鎖的にならないようにしている。		
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	本人・家族の了解の下、同法人病院の訪問診療を行なっている。急変起こる可能性や緊急時の対応についても説明。受診希望あれば随時受診援助を行なっている。すばやい対応連携で安心感を提供できている。	母体が病院であることもあり、緊急時や相談に24時間体制で対応することができる。法人病院の医師により2週間に一度の往診で内科、外科、リハビリ等対応可能。往診と同曜日に毎週、訪問看護もある。歯科は契約の歯科で随時で受診。家族へは、特変時など必要時に連絡をしている。	
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	利用者の状態変化あれば連携病院の看護師に報告し医師の判断をすばやく仰げるようにしている。往診や訪問看護で近くにいる場合は直接診に来る事もある。		
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。	入院時病院側に日常生活の情報提供をし利用者が入院による環境変化で混乱がおきにくいように配慮できるようにする。安定したら早めに退院できるように情報をもらい、退院後は経過を報告しフォローアップも対応している。		
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	医療の事前指定書でできるだけ家族・本人と確認したうえで、主治医に報告し緊急時の処置の目安としている。終末期については主治医から家族へ説明してもらう。スタッフにはグループホームでの機能を説明し出来ることできないことを明確にしている。	医療が必要になった際は、対応可能な病院等の紹介を行い支援している。急性的な症状などの支援をしていく場合、個別に会議を開き、支援方法を検討している。	
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	急変時のマニュアルは作成してある。定期的な訓練を行なっている。急変時には慣れたスタッフが対応しながら、別のスタッフに指導し実践も学んでもらっている。		
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回消防の立会いでの避難訓練を行なっている。スタッフも随時交代で訓練に参加している。3日分の水・食料の備蓄があり。推進会議では災害時に互いに協力できるように話し合いをしている。	災害時には、避難先として他グループホームや地域の人々の受け入れを考えている。年2回の消防署立ち合いの避難訓練は、夜間想定で実施。出火場所は直前まで知らされずに行われ、火元から迅速に避難出来るよう訓練している。備蓄は水、食糧3日分の他、カセットコンロやリネン類を用意している。	

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
<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	スタッフ間の日常の会話は利用者・家族に失礼のないように心がけている。利用者の性質を踏まえプライド傷つけないようにスタッフ言葉かけを行なう。	トイレ利用時にはドアのノックを、入浴時にはタオルを身体にかける等、羞恥心に配慮している。入居者の前での職員同士の会話は、使う言葉を選ぶよう伝えている。現場で入居者への配慮のない言動が見受けられた場合は、呼び出して注意をしている。接遇の勉強会で意識向上に努めている。	
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	思いや希望をダイレクトに確認しても答えが出にくい方には、日常の好みなどをスタッフが把握しながら、その時々で本人が選択しやすいように配慮している。		
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	日常は計画に沿った生活を送るようにしている。日ごとにパターンが変わる方もいるので、場面ごとに柔軟に本人の意向を聞きながら支援している。		
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	起床時にモーニングケアを行なう。自分で鏡を見るように促し身だしなみを意識してもらう。散髪は2ヶ月ごとに訪問があり、利用する方と、個別で馴染みの店に出かける方もいる。新しい衣類等の購入は利用者が選ぶようにしている。		
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	食材の買物と一緒に出かけようとしている。利用者の希望で急に献立を変更する事もある。昼食は同じテーブルにスタッフも入り一緒に食べる。	入居間もない方が早く馴染めるよう席の配慮をしている。献立は、入居者の希望を取り入れながら作成し、食材は、入居者と買い物へ出たりしている。クリスマスにチキン、正月に黒豆、回転すしや流しそうめん、花見に手作り弁当等の行事食や、近所で掘った芋でのおやつ作り等、それぞれ食事を楽しむ工夫がある。	
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	全体的な栄養バランス取れた献立を作成。咀嚼能力によって食事形態を変え摂取出来るように配慮する。毎日水分摂取量も確認している。排泄状況や毎月の体重も確認している。		
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	朝食前にうがいを実施。歯磨きは毎食後行なう。認識力によって声かけによる支援や一部介助など行なう。義歯については週に1度洗浄液での洗浄も実施。		

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	排泄介助必要な方はパターンをチェックしそれを基に支援方法を定める。本人の意向も確認し自尊心傷つけないように行なう。	声かけや問いかけで排泄確認をし、排泄チェックでパターンをつかんでいる。入院から戻られた排泄レベルの落ちている入居者に対して自立に向けて支援している。夜間は2時間おきに巡視。声かけでなるべくトイレまで誘導。間隔を把握し、声かけの時間を調整している。夜間にトイレのアルコール消毒をしている。	
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	利用者ごとに排便間隔確認する。食事や水分、体操等なるべく自然排便促している。どうしても出ないときは、処方されている下剤を使用する。服薬時本人に内服するか確認する。		
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	週3回は入浴できるように支援している。入浴好きでない方は声かけのタイミング等調整。入浴回数は意向を確認できるが時間帯については対応が困難なため聞き取り行っていない。	入浴順はローテーションして、どなたも一番風呂を楽しんでもらうようにしている。お湯は足し湯で、職員が洗い場に一人、脱衣所に一人、外に一人以上が待機し、順に入居者に入浴を促している。順待ち用、浴後用のイスのタオルや足マットは一人ずつ交換。浴室の温度は、エアコンで調整し、月一回体重測定をしている。	
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	消灯等は決めず各利用者の様子を見て声をかけ、眠りに誘導する。日中も自由に居室で休めるようにしている。日中居室で閉じこもりがちの方は、声かけしレクリエーション参加促したりする。		
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	定期・臨時処方共に、薬剤情報を確認している。処方の変更時は経過観察を記録に残し、医療との関係に活かしている。		
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	利用者の残存能力を活かした楽しみや役割をしてもらう。家事・草取り・買物・創作活動など意向を聞きながら対応。その様子を写真に記録し本人や家族に見てもらう。		
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	出来るだけ、閉じこもらない様、車椅子の方でも散歩や、順番で毎日の買い物、お使いに一緒に出て頂く様になっている。季節に応じた外出も予定している。家族と外出する際は体調面で配慮する事あれば伝え不安のない様に支援している。	日常の外出には希望者を募って、買い物へ行ったりしている。季節の良い時には、買い物帰りに、川沿いの桜やあじさい、彼岸花を見ながら散歩をしている。近くの神社へ初詣へ行ったり、全体のホーム行事としてお弁当を作って花見へ出かけたり、家族もお誘いして回転寿司へ外食に出たりしている。	



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・家族との相談の上、財布の保管や、本人に買い物用としてのお金を預かっている。ノートを作り本人・家族にも分かりやすい様にしている。		
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	事前に家族と相談した上で、本人の希望に応じ、何時でもかけられる様にしている。自分でかけられない場合は、スタッフがかけ本人に、かわる様にしている。お便りにも本人に一言あれば入れて頂いている。		
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	利用者の意見・様子を観察し、不快感がない様にしている。居室とトイレのドアが同じな為、迷わない様に名札を付けている。季節の節句毎に飾りつけをし、季節感を取り入れている。	共用部から外が見渡せるため、来訪者や外出者の把握が容易に出来る構造となっている。トイレに暖房器具が設置され室温に配慮がある。冬期は、室内に洗濯ものを干し、湿度調整に利用している。歩行しやすいよう床に目印のラインがひいてあり、特定疾患の入居者に対するの配慮が見られる。毎日の清掃と共に、夜間に濡れ雑巾での床拭きを実施している。	
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	食事・おやつの時以外は、席を決めておらずソファーやキッチンとその時々で好きな所で、過せるようにしている。		
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	居室はプライベート空間として、本人の嗜好や好みを尊重し、持ち込みの対応や配置にも考慮している。	各居室内も常時エアコンで室温調整がされ、ホーム内の温度差を体感しにくく、ほぼ一定である。各居室に洗面台が設置され、プライベートスペースが確保されている。冬期の湿度は、毎日の濡れタオル干しで対策。衣服の管理に、担当職員が衣替えを手伝い、支援している。	
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	一人ひとりの認知力を考慮し、何が分からないかをしっかり把握し、有する能力を活かし、その人に合った説明や誘導をしている。		

## 目標達成計画

作成日: 平成 26年 1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	36	人として接しているが「認知症高齢者」と支援対象の枠にとらわれて接している場面時々がある。また、日常記録の管理がプライバシーに配慮されていない場面がある。	「認知症高齢者」の枠でなく、一人ひとりの尊厳を認識し接していく。また、記録類は利用者・訪問者からふつうに目にさらされないように配慮する。	認知症だから、支えなければという意識から、一緒に生きているとスタッフが思うことで尊厳の気持を高める。日常の記録は開放しないで、こまめに閉じてプライバシーに配慮する。	6ヶ月
2	23	介護計画には出てこないような、本人のちょっとした日常の希望を「わがまま」と、とらえてしまう場面がある。	ちょっとした喜びや満足感の積み重ねで、利用者やその家族に、このホームで生活できて良かったと思えるようにしていく。	利用者の希望を、本人からの訴えからだけでなく、スタッフが思いを日常的に聞けるように、聞こうという気持を利用者に感じてもらう。そこで出てきた希望を何とか叶えようと、毎日の申し送りの場等で検討する。そういった雰囲気全体に広めていく。	6ヶ月
3	35	年に2回火災訓練を行っているが、しっかり見に行くには至らない。	いつ・どこで火災おきても、的確に対応誰でも出来るようにする。	年2回の届出の訓練だけでなく、年6回程度はホーム内の勉強会の中で継続的な実地訓練や対応方法について検討し、スタッフ全員が対応を見に付ける。	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。