

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	知多郡武豊町ニヶ崎1丁目3番地		
自己評価作成日	平成24年10月15日	評価結果市町村受理日	平成25年 5月 7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.kai.gokensaku.jp/23/index.php?action=kouhvu_detail_2012_022_kani=true&JivgyosyoCd=2375701113-00&PrefCd=23&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
所在地	愛知県名古屋市長区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成24年11月 6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)】

アットホームで、利用者様が安心して、のんびり生活をして頂ける様な環境を目指しております。日常生活では、のんびりしたい方、役割があることで活気が出る方それぞれのペースで個別支援を心掛けております。前年度までは、全体での外出行事を安定的に提供できるような体勢の強化を目標にしましたが、今年度からは個別での馴染みの人や場所にも目を向けるように致しました。スタッフは20代~60代までおり、お互い気付き合い安定したサービスが出来る様意見交換をしております。

【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)】

利用者一人ひとりの個性の重視、思いや希望の把握等に熱心に取り組み、提供するサービスが画一化しないように、あくまでも個別支援重視の支援提供に努める姿勢がある。利用者それぞれの「思い」の達成を目指し、家族と連携した外出支援や、馴染みの場所・思い出の場所等への外出、知人・友人への来訪依頼等、職員間で情報を共有し、利用者が笑顔になれる支援提供を実践している。特に、今年度は、「職員の介護・支援の統一化」に取り組み、まずは情報共有から始める方針で、全体会議や朝の申し送り、日常支援の中で、利用者一人ひとりの意向と支援方法を全職員で共有できるように取り組んだ。成果として、「これならできるかも」という職員の自主的な提案が増え、利用者の希望実現につながった事例は多い。

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	理念に地域住民との交流をのちに、その人らしい暮らしを続ける為の支援をすると入れており、朝のミーティングで唱和しており職員とは共有している。気が付いた事柄を挙げ改善できる様理念唱和時確認し合っている。	「グループホーム石川の心」をホーム独自の目標として掲げ、職員ミーティングや申し送り時に唱和し、職員と意識を共有している。目標は流動的に策定し、その時に必要な事項を取り入れるなど、現状に即し、支援に反映できる目標になるように工夫している。	意識の統一に留まらず、ホーム目標達成のための個人目標策定、検証を目的とした個人面談実施等、一歩踏み出した取り組みの工夫が望まれる。
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、地区の清掃活動に利用者で参加したり、組長さんに避難訓練の参加をして頂いたり声かけをしている。また日常的に買い物にいたり回覧等で参加できそうな内容をチェックしている。	町内会に所属し、清掃活動や地域の避難訓練・防災訓練等に参加して交流を深めている。地域の春祭りでは、山車がホームの前を通り、駐車場に椅子を出して見学したり、地域住民と声を掛け合ったりと、楽しい交流がある。	
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	グループホームへ来所されたり、電話での相談時には、認知症の方の症状や支援方法を伝えている。		
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	2ヶ月に一度、ホームでの行事や、活動の報告を行っている。役場の方から、外出時のボランティアとして参加希望者の話を伺う。ホーム側はスタッフが少ない場合はお願いしたいと伝える。	法人運営の3ホーム合同で開催している。利用者や家族、行政、区長や民生委員の参加があり、それぞれが積極的に発言し、有意義な会議となっている。地域の代表者から、地域の一世帯としての扱いで、貴重な意見を得られる機会となっている。	
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	推進会議や、ケアマネの集いに福祉課の方にも参加して頂き情報交換をしている。リフト車の借り入れ状況や、利用者の作品展示場所の質問等させていただき有効利用が出来るようになっていく。	運営推進会議に福祉課の担当者の参加があったり、包括主催の集いへの参加も積極的に行なったりと、運営に関する相談・報告の他にも関わりを継続している。行政から聴取した意見・助言・情報等は、適切に運営に反映させている。	
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	基本的には玄関の施錠は、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。危険回避の為必要時は、家族へ連絡し了解を得ている。	ホーム内で研修や勉強会を実施し、身体拘束に関する周知を図っている。利用者の安全確保の考え方についても、職員間で理解を深め、職員都合ではなく、あくまでも利用者都合の意識を統一している。	
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	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。	個人便りで、家族へ利用者の日々の様子を知らせ、意見を出しやすい情報提供を工夫している。行事参加や面会時には積極的に意見交換を行い、早期の不安解決に努めている。今回の家族アンケートにおいても、ホームの熱心な取り組みがうかがい知れる。	
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	毎朝のミーティング以外にも、いつでも意見や提案を聞ける場になっている。可能な事なら、直ぐに改善するようにしている。	朝のミーティングや月1回のスタッフ会議が意見を聴く機会となっている。また、日常の中での聞き取りも行い、職員のやる気を大切にしたいという管理者の気持ちの実践がある。	職員全員参加意見合議しないと伝わらないこともあるという意見もあり、職員からのやる気がうかがえる。さらなる改善が期待される。
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	個々の能力や、勤務状況の把握はしており、出来るだけ希望に沿ったシフト作成をしているが、勤務環境の変更が有った為、今後調整が必要。		
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	年度ごとに個人目標を立てており、目標達成へのアドバイスをしている。スタッフの力量に応じ、研修内容を選択し受けている。		
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	同法人内のグループホームともアドバイスをし合い、管理者が他の同業者と交流しており、お互いのホーム見学や、参考資料での意見交換や相談ををしている。		

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
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	ホームでの生活を始めるにあたっての本人や家族の不安や、希望を話しやすい環境にする様心掛けています。		
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	アセスメント時に・家族とのコミュニケーションも大切にし、センター方式の一部を利用し、情報収集や意見を伺い、計画作成時に反映している。		
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	ホームへ相談に来られた段階で、ホームの説明をし、要望・希望を伺い、他のサービス利用が適している様であれば紹介や相談に応じています。		
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	利用者さんに一方的にして頂くのではなく、利用者の皆さんとスタッフが一緒に何かをする様勤めています。		
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。	日常的に利用していたスーパーでの買い物や馴染みの喫茶店への外出で、利用者にも店の方にも喜んでもらっている。知人の来訪を支援し、関係を途切れさせない配慮もある。家族との連携で、馴染みの場所への外出事例が増えている。	
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	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	退去された後にも、ホームへの訪問もあり、相談があればその都度対応している。来所されたり、相談をされる方が時折見える。		
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	日々の生活の中でも話す機会を持ち、スタッフからも朝のミーティング等で情報を収集し本人の、希望・意向を把握する様に勤めている。	職員は日々の支援の中から利用者本人の意見を聴く努力をしている。特に1対1での会話の際には、深く関われるように努め、傾聴している。月1回のミーティングの際に、利用者一人ひとりの情報を共有し、個別ケアにつなげている。	
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、全員の過ごし方や状態の申し送りをし、その時々で変化の確認をし、本人からも話を聞きしている。		
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	日々の生活を踏まえ、計画に必要な事は本人・家族・スタッフ・医師・看護師・理学療法士とも相談し計画に取り入れている。	本人や家族の参加で担当者会議を開催し、介護計画に反映している。担当職員の支援経過記録・見直し時モニタリング結果等を参考に、実践できる個別ケアを意識した介護計画になるように立案している。	介護計画の目標の明確化や介護記録の充実、介護記録に沿った支援の実現を図りたいとの意見が出ており、計画作成担当者の懸命な姿勢がうかがえる。さらなる向上が期待できる。
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	それぞれ毎日変化があり、本人・家族とも相談の上ホームで対応出来る事は積極的に支援している。		

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
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	ハーモニカー・アニマルセラピー・ギター・踊り等のボランティアの活用や、外出時はリフト車を借りる等で地域資源を活用させて頂いている。		
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	入所時にホームで契約している医療機関の説明をし、希望があれば他の機関でも受け入れはある。また他機関への受診は家族に相談し受診して頂いている。	母体病院がかかりつけ医となり、月2回の往診を支援している。また、毎週、医療連携の看護師の訪問もあり、利用者の健康管理を行っている。医療法人経営の点で、家族から安心できるとの意見もある。	
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	異常時には、診察前に看護師に状態を報告し、医師に、受診や対応の指示を受けている。看護師が訪問した時や随時相談できる環境がある。		
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。	医療連携が出来ており、毎月の情報を医療関係者に伝えている、その上で入院生活での精神面・行動域等その都度説明している。病院へも頻回に行き今後に可能性等も含め、医師・看護師と相談している。		
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	事前に本人・家族の意向を聴いており、医師に相談し、本人にとってよりよい方法を選択できるようにしている。重度化した場合、他施設も検討し必要に応じ紹介をするときもある。	利用者や家族の意向の把握に努め、医療法人経営の安心と連携で、ホームで対応できるぎりぎりまでの支援を方針としている。必要に応じて、他施設利用の移行支援も行っている。	
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	急変や、応急処置のマニュアルがあり、閲覧できる様にしている。救急時の対応やAEDの使用法等スタッフ全員消防署の方の指導を受けている。		
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回の火災訓練と、地震・水害に備えてのマニュアル等を用意している。運営推進会議での話し合いも含め、3日分の食料の備蓄があり基本的にホームで待機とする。	年2回の避難訓練を実施している。地域の防災訓練に参加し、地震の揺れやタンカ体験を行うなど、積極的に活動している。災害時のマニュアル整備の他、3日分の食糧と水の備蓄を行い、もしもの時に備えている。	

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	一人ひとりの生活歴の違いや、本人に分かりやすい言葉・話し方を考えた上で、接している。	職員は利用者一人ひとりの性格を理解するよう努めている。また、訴えのある利用者には、個別で思いを聞く時間を設け、特に傾聴に努めている。職員の真摯な対応で、相互に尊重できる信頼関係となっている。	
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	衣類や、自分で使うもの等で、一緒に買い物へ行ける方には、一緒に買い物に行き本人に色・柄を決めてもらったり、食事形態も食べやすさ等も、試してみた上で本人に決めて頂いている。		
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が、出来るだけ本人に合ったペースを心掛けている。行事や、急変者が出た場合は、計画が変更になる場合がある。		
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	居室に洗面台と鏡が備え付けられておりモーニングケアが出来る様になっている。出来ない方には整髪・髭剃りの手伝いをして。2ヶ月毎に、訪問散髪があり、希望の方には利用していただいている		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	一人づつ出来る事を探して、その中で本人の意思も尊重し手伝って頂く様な支援をしている。	献立はホームで作成し、利用者の状態に合わせた食事の対応をしている。それぞれの嗜好にも配慮し、食べられない物のある利用者には、別メニューを提供するなどの工夫をしている。馴染みのスーパーへの買い物同行や行事食の工夫等、利用者の楽しみへの配慮もある。	
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	日常チェック表の一覧表で、数日前から当日の食事・水分量が分かる様になっており、栄養にバランスが悪い時等は栄養補助飲料や形態もキザミ・ミキサー・トロミ等で工夫している。体重も毎月計り参考にしている。		
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	毎朝、起床時にうがい薬でうがいや、毎食後歯磨き・義歯洗・をしている。必要な方は歯肉炎の様子で、歯肉マッサージも実施している。		

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
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	本人のタイミング、分からない方には時間を決めトイレ誘導や声かけをしている。夜間は本人の希望でオムツやその時のお腹の調子でリハパンにされる方もみえる。	基本をトイレでの排泄とし、自立排泄が困難な利用者に対しても日中は2人介助で対応している。夜間は利用者の負担も考え、居室にポータブルトイレ設置を工夫したり、状況や状態に応じておむつ利用等を工夫する等、支援方法を徹底し、利用者が迷うことがないように支援している。	
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	毎日乳製品を取り入れたり、野菜中心の食事を提供して、毎日排泄チェックをしており入浴時マッサージもしている。それでもなければ医師と相談している。		
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	基本は週3回入浴が出来るようにしている、入りたくない時も、声かけのタイミングを見て、再度誘ってみる。また当日入浴できなかった方も翌日に伺っている。時間は定時となっている。	入浴は隔日に入れるように配慮し、利用者の体調に合わせた臨機応変な対応をしている。各ユニットの入浴日をずらす工夫で、利用者の気分や状態、入浴場所の選択等に対応している。	
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	日中は出来るだけ、起きて頂く様にしている。その時の状態で、日中でも必要と思えば臥床する時間を設ける事もあるが、昼夜逆転の無い様心掛けている。		
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	定期・臨時処方同様、薬剤情報で確認出来る様にしている。薬の変更時は特に様子観察をしっかりし、医師に報告している。服薬時は本人の意思で、見守りと介助と支援をし内服の確認をしている。		
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	全員ではないが、ホーム家事や、レクの用意の手伝いをして頂いたり、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している。レクでは唄や、ボール投げ等希望に応じ支援している。		
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	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している。季節に応じた外出も予定している。	団体での行事外出ばかりでなく、個人の行きたい馴染みの場所への外出に力を入れている。近隣のスーパーに出掛けて食材の買い物をしたり、利用者自身で好みの菓子を選択して購入してもらう等、できる能力を活かし楽しみや喜びを得る機会を提供している。	外出支援の際、利用者の喜ぶ姿を職員が見ることで、新しい発見やモチベーションがアップするという効果につながっていることから、介護が一方的なものとならないためにも、今後さらなる継続支援が期待される。

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。	共用空間の大きな窓が明るい室内環境を作り、採光や照明も程よく調節できている。空調はその時の状況に応じて、職員がすぐに対応している。掃除が行き届き、清潔保持にも問題は感じられず、利用者の憩いの場所として何ら問題は感じられない。	
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	冷蔵庫と大きなもので、歩行や移動に困らないもの意外は、本人・家族と相談し、持ち込みが出来る様にしている。	居室には利用者それぞれの個性が見られ、同じ間取りとは思えない程である。利用者はそれぞれに自分の馴染みの物品や家具、家族からの贈り物などを思い思いに配置している。	
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。		

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 (2階)		
所在地	知多郡武豊町二ヶ崎1丁目3番地		
自己評価作成日	平成24年10月15日	評価結果市町村受理日	平成25年 5月 7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.kaijokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2012_022_kani=true&JiyosyoCd=2375701113-00&PrefCd=23&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
所在地	愛知県名古屋市長区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成24年11月 6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)】

アットホームで、利用者様が安心して、のんびり生活をして頂ける様な環境を目指しております。日常生活では、のんびりしたい方、役割があることで活気が出る方それぞれのペースで個別支援を心掛けております。前年度までは、全体での外出行事を安定的に提供できるような体勢の強化を目標にしましたが、今年度からは個別での馴染みの人や場所にも目を向けるように致しました。スタッフは20代~60代までおり、お互い気付き合い安定したサービスが出来る様意見交換をしております。

【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)】

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している (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	理念に地域住民との交流の下に、その人らしい暮らしを続ける為の支援をすと入れており、朝のミーティングで唱和しており職員とは共有している。気が付いた事柄を挙げ改善できる様理念唱和時確認し合っている。		
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	町内会に入っており、地区の清掃活動に利用者と参加したり、組長さんに避難訓練の参加をして頂いたり声かけをしている。また日常的に買い物にいたり回覧等で参加できそうな内容をチェックしている。		
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	グループホームへ来所されたり、電話での相談時には、認知症の方の症状や支援方法を伝えている。		
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	2ヶ月に一度、ホームでの行事や、活動の報告を行っている。役場の方から、外出時のボランティアとして参加希望者の話を伺う。ホーム側はスタッフが足りない場合はお願いしたいと伝える。		
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	推進会議や、ケアマネの集いに福祉課の方にも参加して頂き情報交換をしている。リフト車の借り入れ状況や、利用者の作品展示場所の質問等させていただき有効利用が出来るようになってきている。		
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	基本的には玄関の施錠は、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。危険回避の為必要時は、家族へ連絡し了解を得ている。		
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今後、勉強会を検討。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	入所前に説明をし、入所後にも家族の不安・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。		
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	毎朝のミーティング以外にも、いつでも意見や提案を聞ける場になっている。可能な事なら、直ぐに改善するようにしている。		
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	個々の能力や、勤務状況の把握はしており、出来るだけ希望に沿ったシフト作成をしているが、勤務環境の変更が有った為、今後調整が必要。		
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	年度ごとに個人目標を立てており、目標達成へのアドバイスをしている。スタッフの力量に応じ、研修内容を選択し受けている。		
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	同法人内のグループホームともアドバイスをし合い、管理者が他の同業者と交流しており、お互いのホーム見学や、参考資料での意見交換や相談をしている。		

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
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	ホームでの生活を始めるにあたっての本人や家族の不安や、希望を話しやすい環境にする様心掛けている。		
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	アセスメント時に・家族とのコミュニケーションも大切にし、センター方式の一部を利用し、情報収集や意見を伺い、計画作成時に反映している。		
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	ホームへ相談に来られた段階で、ホームの説明をし、要望・希望を伺い、他のサービス利用が適している様であれば紹介や相談に応じている。		
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	利用者さんに一方的にして頂くのではなく、利用者の皆さんとスタッフが一緒に何かをする様勤めている。		
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	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。		
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	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	退去された後にも、ホームへの訪問もあり、相談があればその都度対応している。来所されたり、相談をされる方が時折見える。		
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	日々の生活の中でも話す機会を持ち、スタッフからも朝のミーティング等で情報を収集し本人の、希望・意向を把握する様に努めている。		
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、全員の過ごし方や状態の申し送りをし、その時々で変化の確認をし、本人からも話を聞きいている。		
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	日々の生活を踏まえ、計画に必要な事は本人・家族・スタッフ・医師・看護師・理学療法士とも相談し計画に取り入れている。		
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	それぞれ毎日変化があり、本人・家族とも相談の上ホームで対応出来る事は積極的に支援している。		

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
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	ハーモニカー・アニマルセラピー・ギター・踊り等のボランティアの活用や、外出時はリフト車を借りる等で地域資源を活用させて頂いている。		
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し、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	入所時にホームで契約している医療機関の説明をし、希望があれば他の機関でも受け入れはある。また他機関への受診は家族に相談し受診して頂いている。		
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	異常時には、診察前に看護師に状態を報告し、医師に、受診や対応の指示を受けている。看護師が訪問した時や随時相談できる環境がある。		
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。	医療連携が出来ており、毎月の情報を医療関係者に伝えている、その上で入院生活での精神面・行動域等その都度説明している。病院へも頻回に行き今後可能性等も含め、医師・看護師と相談している。		
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	事前に本人・家族の意向を聴いており、医師に相談し、本人にとってよりよい方法を選択できるようにしている。重度化した場合、他施設も検討し必要に応じ紹介をするときもある。		
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	急変や、応急処置のマニュアルがあり、閲覧できる様にしている。救急時の対応やAEDの使用法等スタッフ全員消防署の方の指導を受けている。		
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回の火災訓練と、地震・水害に備えてのマニュアル等を用意している。運営推進会議での話し合いも含め、3日分の食料の備蓄があり基本的にホームで待機とする。		

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	一人ひとりの生活歴の違いや、本人に分かりやすい言葉・話し方を考えた上で、接するようにしている。		
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	衣類や、自分で使うもの等で、一緒に買い物へ行ける方には、一緒に買い物に行き本人に色・柄を決めてもらったり、食事形態も食べやすさ等も、試してみた上で本人に決めて頂いている。		
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が、出来るだけ本人に合ったペースを心掛けている。行事や、急変者が出た場合は、計画が変更になる場合がある。		
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	居室に洗面台と鏡が備え付けられておりモーニングケアが出来る様になっている。出来ない方には整髪・髭剃りの手伝いをしている。2ヶ月毎に、訪問散髪があり、希望の方には利用していただいている		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	一人づつ出来る事を探して、その中で本人の意思も尊重し手伝って頂く様な支援をしている。		
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	日常チェック表の一覧表で、数日前から当日の食事・水分量が分かる様になっており、栄養にバランスが悪い時等は栄養補助飲料や形態もキザミ・ミキサー・トロミ等で工夫している。体重も毎月計り参考にしている。		
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	毎朝、起床時にうがい薬でうがいや、毎食後歯磨き・義歯洗・をしている。必要な方は歯肉炎の様子で、歯肉マッサージも実施している。		

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
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	本人のタイミング、分からない方には時間を決めトイレ誘導や声かけをしている。夜間は本人の希望でオムツやその時のお腹の調子でリハパンにされる方もみえる。		
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	毎日乳製品を取り入れたり、野菜中心の食事を提供して、毎日排泄チェックをしており入浴時マッサージもしている。それでもなければ医師と相談している。		
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	基本は週3回入浴が出来るようにしている、入りたくない時も、声かけのタイミングを見て、再度誘ってみる。また当日入浴できなかった方も翌日に伺っている。時間は定時となっている。		
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	日中は出来るだけ、起きて頂く様にしている。その時の状態で、日中でも必要と思えば臥床する時間を設ける事もあるが、昼夜逆転の無い様心掛けている。		
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	定期・臨時処方同様、薬剤情報で確認出来る様にしている。薬の変更時は特に様子観察をしっかりし、医師に報告している。服薬時は本人の意思で、見守りと介助と支援をし内服の確認をしている。		
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	全員ではないが、ホーム家事や、レクの用意の手伝いをして頂いたり、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している。レクでは唄や、ボール投げ等希望に応じ支援している。		
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	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している。季節に応じた外出も予定している。		

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、何時でもかけれる様にしている。自分でかけれない場合は、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。		
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・おやつの時意外は、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	冷蔵庫と大きなもので、歩行や移動に困らないもの意外は、本人・家族と相談し、持ち込みが出来る様にしている。		
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

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	1	理念を、朝の申し送り時に唱和しているが、理念とは何か？また理念の内容を理解が出来るか、それに向けての目標達成に向けてどうしていくべきかを、スタッフと向き合うことが必要。	スタッフが、理念の理解、更に理念の内容を把握する事が出来、理念を基に、実際に現場で活かせるようにしていきたい。	理念の見直しも含め、理念の意味、活かしていくにはどうしたら良いか、を含め、スタッフとの面談や話し合いをし、理解し介護に携われるよう取り組んでいく。	2ヶ月
2	26	職員全員が介護計画に沿った、介護が出来る様に計画作成のみならず、計画作成後も計画作成者からの目標に向かっての伝達を十分にしていける必要がある。	職員全員が、介護計画を理解し計画・介護記録に沿った支援が出来るようにしたい。	介護計画を分かりやすく、一日の個別チェック表に盛り込んで、計画に沿った介護の実践に繋げる。	6ヶ月
3	49	「ホームに閉じこもらない」をもっとうにここ数年考えて、食事会年2回、水族館、セントレアと外出は増えてきているが、ホーム側の提案先以外にも、更に利用者様からの希望に沿った外出もしていきたいと考えている。	利用者様の外出した時の笑顔で、スタッフのモチベーションが上がっているのはあるが、ホーム側の自己満足にならない様に、利用者様の行きたい所へ行ける様にしたい。	最近では、喫茶店に行き満足して頂いているので、こまねに、少人数でもいけるような計画も立てていきたい。	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、行を挿入してください。