

1 自己評価及び外部評価結果 (笑)

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2392200081		
法人名	株式会社 サンケイ		
事業所名	グループホームチアフル 笑明かり・咲明かり(笑)		
所在地	一宮市浅井町尾関字西五輪26番地		
自己評価作成日	平成22年10月 1日	評価結果市町村受理日	平成23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)】

一人ひとりの想いを大切に、出来ることは行っていただくよう個別ケアをしている。自己決定を大切に、どんな小さなことでも自分で選択することを大切にケアをしている。笑顔で明るく楽しくをモットーに共に助け合う関係作りを目指している。特にホーム内のレクリエーションに力を注ぎ続けてきたことで、利用者間の絆が生まれはじめた。また、月に1回の遠足や週1回のモーニング、その他外出の機会を多く設け、下肢筋力の低下防止を心がけている。男性利用者を中心に「元気なよし会」を発足し、事業所全体の男性利用者総勢15名程度で月に2回活動し、やりたい事、行ってみたい所を話し合い実現することで達成感のある暮らしのサポートをしている。地域の方々を招いての運動会や夏祭りを開催することで、地域に根ざしたホームとなるよう協力を仰ぐと共に、ボランティア等も積極的に受け入れている。今年度は、初の1泊旅行を企画している。

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=2392200081&SCD=320
----------	---

【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)】

家族アンケートの結果は非常に満足度の高いものであり、特にアンケートの中では厳しい評価を受けがちな、7項目(戸外への外出支援)では殆どの利用者が満足・やや満足で回答された。この事は積極的な外出支援をし、その結果を便りて「全体行事・利用者の近況」をきめ細かく報告し、家族も利用者の外出について充分理解した結果の表れと思われる。
また回答率も高く、回答した殆どの家族の方がコメントを書かれ感謝・要望等を書かれている。この事から家族がホームに対して意見を言いやすい素地が出来ているものと思われる。又、外部評価結果をA4サイズ8ページを見やすい位置の壁一杯に掲示し、職員・家族が外部評価結果を理解出来るように工夫をしている。

【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	愛知県名古屋市長区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成22年10月22日		

・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とした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、活き活きと働けている (参考項目:11,12)	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (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-) + (Enterキ-)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>「生きてるってすてきと思える家に」の理念を共有し、毎月のミーティング時に復唱することで、再確認をしている。</p>	<p>ミーティング時の理念の唱和が言葉だけに終わらないように日常の支援計画の原点にしている。又理念を「便り」「パンフレット」にも明示し家族・地域への周知にも力をいれている。</p>	<p>理念の周知は徹底しているので次のステップとして、法人の方針、6項目の中からホームの年度目標として具体化し、個人の目標まで視野に入れた実践を期待したい。</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>地域の方々と交流を深めるように努めている(夏祭り、敬老会等)。又、ボランティア(民謡、大正琴等)の受け入れで、地域との関わりを持っている。</p>	<p>散歩や外出時に地域の方と挨拶を交わしたり花を頂いたりしている。迷子のお年寄りを見つけてはお年よりはホームの方と一般の方を連れてくることもある。運動会の際、地域の方が運動場・駐車場の心配をしてくれる等地域から充分認知されている。</p>	<p>今までの地域活動で地域との馴染みの関係は構築されているので、これからは地域への貢献として「認知症・老人介護」について地域の方々に勉強会の機会を提供して行く事を期待したい。</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>少しずつではあるも、行事等への参加を通して、認知症への理解を深めていただけるように取り組んでいる。</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>会議には、主に管理者とリーダーが出席している。報告に対し、各分野からの意見をいただき、サービス向上に生かすように取り組んでいる。</p>	<p>市代表・包括・町内会(会長・副会長)・組長・民生委員・家族・利用者・職員・管理者のメンバーで2ヶ月に1回の開催。開催時間を町内の要望に合わせ夜7時にした為、出席率が良く、互いに意見を出し合う双方向の会議となっている。</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>主に管理者が連絡を取り合っている。又、運営推進会議に行政担当者に出席いただき情報交換を行なっている。</p>	<p>市の担当者も運営推進会議に欠かさず出席していることから、ホームの現状を理解している。必要に応じてはその都度相談し、改善に繋げるなど良好な関係が構築されている。</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</p>	<p>身体拘束についての勉強会を開き、職員間で話し合い理解を深めている。玄関の施錠は、徐々に時間拡大を図っている。(安全面を考慮して)</p>	<p>原則として平日の昼間は鍵を掛けることはない。鍵を掛けることの弊害は全職員が充分理解している。休日は職員の人手の問題もあり安全面(玄関先が交通量の多い道路になっている)から施錠しているが出来るだけ施錠の時間を少なくするようにしている。</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逃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>全スタッフ対象に虐待防止についての勉強会を行ない、虐待防止に努めている。</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	詳しく学ぶ機会はないも、現在1名が成年後見制度を利用されており、それを支援している。 今後、詳しく学ぶ必要がある。		
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	主に管理者が行なっている。 利用者、家族等の不安や疑問点は、管理者やリーダーが十分な説明をしている。		
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	面会時、職員から話しかけ、意見・要望を聞き取り吸い上げるようにしている。それらをもとにユニットでミーティングし、改善をしている。	家族の訪問が多く、職員はその都度家族の意見やケアに対する意向を聞いている。回答のいる内容については、管理者よりアポイントを取り改めて話し合いを行っている。	
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	定期的な面談や、3か月に1回の食事会等にて、職員の意見・提案を聞き、またそれをミーティングすることで反映させている。	管理者は職員との面談を年2回行い、職員の思いを把握している。職員へのヒヤリングでも、「話やすく、提案は前向きに受け止め」、「悩んでいる時の声かけ」等の声があった。職員の提案から「一泊旅行」「休憩時間への対応」等を実現した。	
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	各ユニットごとに、各々で考え働き、個々の意見を取り入れながら、楽しくやりがいを持って働ける環境にある。 その他、不明。		
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	一人ひとりのスキルアップにつながるよう、毎月の内部勉強会の開催や外部研修に参加し、知識の向上に努めている。		
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	同業者内において、定期的に交流し、勉強会の取り組みをしている。 他事業所は、開催される勉強会に足を運ぶ程度。		

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	新しい環境になじめるよう、優しく笑顔でコミュニケーションを取りながら、不安や要望等を聞き、安心した生活が送れるように努めている。		
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	管理者又は、リーダーが代表して、ご家族からの話を聞き、その中での要望や注意点等をスタッフに伝え、ケアを行なっている。		
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	初期の面談や、本人の行動等から思いをくみ取り、ケアにつなげている。 今一番必要な支援を行えるよう努めている。又、必要に応じて他サービスの紹介を行なう。		
18		本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	共に生活する場であること、人生の先輩・家族の一員として、いろいろな話をしたり、できる事を共にに行い、いい関係を築けるように努めている。		
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	面会、外出の機会があり、可能な範囲で協力をあおいでいる。又、ご家族とも雑談することで、親しみを持てる関係作り心がけている。		
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	なじみの人とのつながりは面会にて保てるも、場所への支援は難しい。 家族との外出にて機会を持たれる方もいる。	本人の希望を聞きだし、行きつけの理髪店の利用・洋品店への買い物・空き家になっている以前住んでいた家を見る・墓まいりなど、馴染みの場所への訪問支援を行っている。	
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	レクリエーションを通じ、利用者同士応援・声援を送り、親しい関係づくりや他の場面でも、お互いに助け合う姿勢がみられる。		

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
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	管理者が適切に、必要に応じてフォローアップしていると理解している。		
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	決めつけることなく、ご本人に声をかけ、意思決定していただくよう心がけている。又、一人ひとりの立場に立って考えるように努めている。	日常生活のあらゆる場面で利用者に声かけをし、思いや意向を把握している。男性利用者の「将棋をどこかデイに行きたい」との声から、ホーム内に趣味の交流の場として「元気仲良し会」を立ち上げ、会長を決めて2回/月の会合を開いている。	日常生活を通じて職員が把握した新しい生活歴等について、職員個々の記憶や日常の記録の中に埋もれさせてしまうのではなく、生活歴の中に追加して職員全員で共有して行く事を期待したい。
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	ご本人との会話、ご家族からの情報により、又、前サービス事業所からの情報等から、可能な範囲での把握に努めている。		
25		暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	自分の見る目や、他スタッフの観察等を照らし合わせ、いろいろな方向から把握し、ミーティング等でスタッフ間で情報を共有している。		
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	ご本人の思い、ご家族の思いに配慮しながら、月1回の会議にて検討・見直しをし、介護計画を立てスタッフ間に浸透させている。	利用者・家族の意向を取り入れ、月1回の会議で検討・見直しを行い介護計画を作成している。職員は介護計画に基づいたケアに取り組んでいる。介護計画が家族にも解かりやすく説明されている事が、家族アンケートからも読み取れる。	介護計画に日常的な支援が詳細に計画されているが、日常的な項目は重点項目より外し、真に重点とすべき項目のみとして、介護計画を職員・家族に解かりやすくされる事を期待したい。
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	日々の気づいたこと等は記録に残し、ケアプランは数字、特記は赤字で書く等で記入している。それをもとに話し合い共有することでケアに活かしている。		
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	個々のニーズに沿って、その時の状況に応じた柔軟なサービスを行なっている。		

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
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	通り慣れたスーパー、喫茶店等のなじみある資源を活用し、店員さん等にも協力いただいている。もっと多様な資源の理解に努める必要がある。		
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	ご本人、ご家族の希望・状態に合わせ必要な医師に受診している。基本、事業所指定のかかりつけ医に月1回往診していただいている。	基本的には本人・家族の希望するかかりつけ医で受診出来る様にしている。ホーム協力医の内科協力医院に月一回の往診をして頂いている。認知症専門医等は家族による通院としているが、希望により職員が通院介助することもある。	
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	体調の変化(いつもと違うと思われる時)等、気になることを報告し、助言・指示を受け支援している。		
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。	管理者が行なわれていると理解している。必要時、サマリーを作成し情報交換を行なっている。		
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、事業所です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	現在は、終末期ケアは行なっておらず。方針としては、看取りは行なわないと認識している。しかし、知識として終末期のあり方について学ぶ機会が必要と考える。	入居時にホームで出来る支援方法を提示し、継続的な医療行為の必要性やホームでの生活が困難な場合は、医療機関等への移動としている。しかし、終の棲家としての希望もあることから、管理者はホームで支援するためには『終末期のありかた』についての学びが必要と考えている。	重度化・終末期の対応に当たっては、不安な職員に対して、今後メンタル面も含めた勉強会の積み重ねが望まれる。
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	勉強会にて急変時の対応について学んでいる。又、マニュアルにて再確認を行なう。実践が少ないため、不安も多い。		
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	防火訓練、避難訓練を消防署の協力を得て行なったり、定期的に行なっている。又、非常袋・連絡網は準備されている。	消防署立会いの訓練や、3ヶ月に一度の各ユニットでの避難訓練で、昼間・夜間共に避難に対する対応は周知されている。又、職員からも『利用者の避難・誘導は大丈夫』との声があり、災害時の職員のスキルは高い。	夜勤時の限られた職員体制での避難誘導の限界を具体的に把握し、事業所だけの訓練ではなく、運営推進会議を通して地域の協力を得ながらの訓練を期待したい。

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	人生の先輩として、1人ひとりの人格を尊重した関わりを心がけている。	利用者に対して「自分の親の対応なら？と自問し、支援している。」との職員の話が聞くことが出来た。また、穏やかな口調のプライバシーに配慮した支援の現場を確認出来た。排泄の誘導・介助・失禁の対応は羞恥心に配慮した支援である。	
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	普段の会話の中で、希望を表出できるような良いコミュニケーションに努め、その希望を尊重し、ご本人への確認を徹底している。		
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	可能な範囲で希望に応えるように取り組んでいる。時折、多忙な時は、職員の流れになってしまう事がある。		
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	基本、自分で選んでいただいた服を着られる。又、女性は髪飾りをしたり、男性は髭に気をつけ、身だしなみを整えている。		
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	献立をたてる際、一緒に考え食べたいものを取り入れている。又、一人ひとりの力を活かし、できる事を一緒に分担して準備から片付けまでを行なっている。	献立・調理・配膳・後片付け等に利用者が積極的に関わり、役割を持って全員が参加している。職員と利用者は一緒に席につき、「食材の買出し」や「調理の味付け」の話題を語りあいながらの明るく楽しい食卓に同席する事ができた。	
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	一人ひとりに合った摂取量(食事・水分)を把握し、その人に合った量が摂れるように支援している。		
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	食後のうがい・口腔ケアを行なうよう努めている。磨き残しを確認し、必要に応じて介助を行なっている。嫌がられる方への支援が課題となる。		

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	個々に合わせた排泄への誘導、声かけを行なっている。 チェック表をつけることで排泄のパターンを把握するように努めている。	一人ひとりの排泄パターンの把握により、日中は布パンツで過ごせるように自立に向けた支援に努め、入居後4名の方のオムツ使用を改善した実績がある。	
44		便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	内服での管理が主となっているも、食事にて自家製ヨーグルトを提供したり、運動等での自然排便ができるよう配慮している。		
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	昨年目標にも掲げた事もあり、一人ひとりの入浴がゆったりとしたものになってきている。 週3回の午後からとなっているも、希望時は時間の調整を行なっている。(夕食後等)	入浴機会は週3回、時間帯は午後からであるが、夕食後の希望があれば時間の調整できる範囲で対応している。入浴順番でもめないように、何時でも自分が一番と思えるように浴室では利用者同士が顔を合わせないように工夫している。	
46		安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々々の状況に応じて、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	一人ひとりの生活パターンを把握し、体調に考慮しながら活動量を調整し、休息している。又、ゆっくりと話を聞くことにより、安心していただいている。		
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	すべてを理解はできていないも、誤謬等ないよう、細心の注意を払い、服薬介助を行なっている。又、観察も忘れずに行なっている。		
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	一人ひとりに合った役割を、日々の状況の中で作り、それを毎日継続できるように支援している。又、行事への参加や散歩等の外出での気分転換も行なえるよう支援している。		
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	日々の生活の中で、希望に応じて行き先を決め外出の支援行っているも、一人ひとりの希望は現状難しい。可能な範囲での外出を行なっている。 可能な方は、ご家族との外出で実現している。	日々の会話の中で行きたい所を把握し、戸外への外出を支援している。墓参りや買い物など、家族の協力を得ながら本人の希望を尊重し支援している。モーニング週1回、ランチ月2～3回、遠足月1回等を計画的に行い、事前にポスターを掲示して楽しみを与えている。	

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
50		お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	お金の管理は、基本的に事業所が行なっている。所持可能な方には、小銭程度は持っていてほしい。		
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	希望時に、はがきを用意したり、電話は希望に応じてかけていただいている。		
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	共用の空間は、清潔に心がけており、又、廊下には行事等の写真を掲示したり、玄関には五月人形やひな人形等、季節のものを楽しんでいただいている。	リビングに利用者が集い、職員がさりげなく支援するという穏やかな日常を見ることが出来た。リビング・廊下には行事の様子が写真で展示され、利用者が居心地良く楽しんでいる様子を家族に紹介している。浴室・トイレ等も掃除が行き届き、臭いも全く無く清潔感を感じとれた。	
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	ワンフロアであるも、食事の部分とくつろぐ部分を分け、テレビを中心にソファを配置し、そこでお茶を飲んだり、談話したりと自由に使用されている。		
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	居室は一人ひとり違い、ご本人の家で使い慣れた家具や、好きな飾り物等を置かれ使用されている。	居室には、文庫本・利用者の使い慣れた物・思い出の品物が置いてある部屋、遺影・位牌を持参されている部屋、余り飾らないシンプルな部屋等があり、個性溢れる居室は利用者の生活歴そのものである。	
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	建物内部は安全な環境になっている。個々の身体機能に合わせて、それぞれに合った道具を必要に応じて活用している。		

1 自己評価及び外部評価結果 (咲)

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2392200081		
法人名	株式会社 サンケイ		
事業所名	グループホームチアフル 笑明かり・咲明かり(咲)		
所在地	一宮市浅井町尾関字西五輪26番地		
自己評価作成日	平成22年10月 1日	評価結果市町村受理日	平成23年 1月26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/informationPublic.do?JCD=2392200081&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	愛知県名古屋市長区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成22年10月22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)】

一人ひとりの想いを大切に、出来ることは行っていただくよう個別ケアをしている。共同生活の中で、達成感のある暮らしのサポートを行い、共に助け合う関係作りを目指している。また、月に1回の遠足や週1回のモーニング、その他外出の機会を多く設け、下肢筋力の低下防止を心がけ、生き生きとした生活の中で地域との交流を図っている。毎食の食事作りは女性全員で行い、時には男性も参加し、五感を刺激しながら役割を作りをしている。地域との交流が絶えないよう、散歩や買い物は近所を利用し、顔とホームを覚えていただけるよう通いつけている。

【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)】

・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	基本理念の「生きているってすてき」と思える家に、のものと職員は日々のケアに努めている。毎月のミーティング時に理念を復唱し確認を行なっている。内部勉強会でも、施設方針や理念など確認する場があり全職員で取り組んでいる。		
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	散歩や外出時、地域住民の方とあいさつをしたり、花を頂いたりしている。夏祭り・運動会などの行事にも参加していただいたりと交流を深めている。買い物や喫茶店なども、地域を利用している。		
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	夏祭り・運動会・地域推進会議に地域の人たちを招いたり、外部のボランティアとの交流を行なっている。また、外出に積極的に行くことで沢山のひとたちと交流を通して、認知症への理解を深めてもらえるように努めている。		
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	家族代表・町内会長・老人会長・民生委員・高齢福祉課担当者・包括支援担当者の参加があり定期的に行なわれている。管理者・リーダーが活動内容を報告し、意見交換をおこなっている。結果は、職員にも報告しサービス向上に活かすように取り組んでいる。		
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に取り組んでいる	主に、管理者やケアマネジャーが連絡をとっており、協力関係を築いている。地域推進会議にも参加していただいている。		
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	玄関横の事務所内に職員がいれば時間を決めて施錠しないように取り組んでいる。玄関より外は道路に面しており安全面の配慮が必要であるので慎重に行いたい。身体拘束への理解は、内部勉強会・外部研修・ミーティング時にも話し合いを行い理解は出来ている。		
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	内部勉強会・外部研修・ミーティング時などで、学ぶ機会があり職員は虐待に対して理解している。日々のケアを通し、虐待防止に努めている。		

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	法的な部分は、職員間でも理解しているものが少ない。内部勉強会や外部研修に参加し理解を深めていきたい。		
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	主に、管理者が行っており不安・疑問点がないよう十分な説明をおこなっている。家族から不安・疑問が聞かれた場合は管理者やリーダーが迅速に対応している。		
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	面会時、職員から日々の様子を伝えている。また家族の意見等を伺い、リーダーや管理者に報告し職員間で話し合うなど運営に反映させている。		
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	半年に1回、個別面談を設けている。また、ミーティング時には管理者が出席して職員の意見や提案を聞き運営に反映している。		
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	事業所全体の食事会やユニット別の食事会が開催され日常の業務内ではない場作りを行い職場環境を良好にしようと改善に努めている。また、半年に1回個別面談を行い職員個々の目標確認を行ない意欲向上につなげている。		
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	外部研修には、積極的に参加ができるよう職員に学べる場を提供している。研修参加後は、レポートを作成し全職員が内容を把握出来るように回覧している。また内部勉強会を毎月行い職員の知識と技術の向上を図っている。		
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	外部研修などで、同業者との意見交換を行なっている。今後、同業者との連携も必要になるので交流を深めていきたい。		

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
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	サービス導入時は、不安を抱えているので職員がマンツーマンで寄り添い、訴えを傾聴しながら信頼関係を築いていくように努めている。		
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	家族の不安・要望を受け止めサービスの提供を行なっている。サービス導入後も、家族と話し合いを行なうなど信頼関係に努めている。		
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	利用者や家族のニーズを把握し、管理者やケアマネジャーが他のサービスの利用を勧めている。サービスを導入する時は、家族の気持ちも十分に把握しながら行なっている。		
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	掃除・買い物・食事作りなど、職員も利用者と一緒にしている。食事や談笑時も、職員は利用者の輪の中に入り過ぎている。共に、時を過ごすことで温かい雰囲気を目指している。		
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	家族が面会時には利用者の日々の様子を伝えたり、毎月発行のチアフル便りに利用者の様子を記入し施設での生活を知らせていただき疎遠にならないよう支援している。行事には、家族と利用者との関係を深めてもらえるよう努めている。		
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	手紙や郵便物が届いた際には、返信をし関係を断ち切らないよに支援している。電話も、利用者が好きな時にかけられるような環境である。暑中見舞い・年賀状・行事案内なども作成している。現在でも、馴染みの理髪店を利用している方もみえる。		
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	日々の生活の中で、利用者同士が協力し合っている場面が多くある。各居室でも利用者同士が行き来し談笑している。今後も、円滑な人間関係が保てるよう支援する。		

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
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	他機関への移動の際にも情報交換を行なっている。家族からの相談があれば管理者が応じている。		
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	日々のケアでの気づきや意見を、毎月1回のミーティング時や申し送り時に話し合いケアプランの中に取り入れている。コミュニケーションや表情・しぐさなどを把握し、本人の思いを十分に取り入れるようにしている。		
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	アセスメントシートやご家族・ご本人からの情報を活用し、これまでの生活歴を把握しサービスの利用状態などスタッフ間で認識し、これまで過ごされてきた暮らしを大切にしていこうように努めている。		
25		暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	ご家族様や利用者様からの情報収集や生活歴を活用しながら、利用者様の日々の様子など申し送り時に報告し職員間で共有している。		
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	家族の要望や利用者様の状態などを記録に残し、毎月カンファレンスを行い、3カ月に1回介護計画の見直し・作成をしている。職員は、介護計画にもとづいたケアに取り組んでいる。		
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	個別記録に気づきや状態を記入すると共に、介護計画であげている項目に対してチェックを行い、職員間で一人ひとりののケアを見直している。		
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	ご家族や利用者様の意見や要望を聞きながら、他のサービスを導入する支援も行っている。リーダー・管理者・ケアマネジャーと共に、サービスの導入を検討している。		

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	近隣のスーパーや喫茶店などを利用し、地域との関係を断ち切らないようにしている。ボランティアの方との交流会などで関係を深められるように支援している。		
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	ご本人やご家族の希望のもと医療機関を決めている。内科協力医に月1回の往診を依頼し、要望に応じて受診や往診をおこなっている。また、ご家族様が他の医療機関への受診の協力も得られている。		
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	看護師に、利用者様の状態を報告し診てもらい指示を仰いでいる。病院受診が必要な時は、付き添っている。介護記録に状態を記載し、職員間や看護師にも申し送りをしケアに努めている。		
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。	医療関係者とサマリーや介護記録などの情報提供を行い、利用者様が安心して治療できるように支援している。また、ご家族・病院・利用者様とも連絡や相談をして早期退院に向けての支援を行っている。		
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、対象となる利用者様が1名みえる。ターミナルに向けての話し合いを管理者・ご家族・職員と話し合いを繰り返し支援を決めている。職員の意識統一や知識・ケアの技術の向上に努め、家族の方の信頼と期待に応じて看取りに取り組んでいる。		
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	内部勉強会や、外部研修で知識や対応方法について学んでいる。急変や事故に対して、マニュアルも作成してあるので全職員が統一した対応が出来るように努める。また、看護師やかかりつけ医の協力もあり必要時に指示を仰いでいる。		
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	消防立会いの訓練や、3ヶ月に1回は各ユニットで避難訓練を行っている。火災時の避難経路や災害時に必要な備品なども揃え全職員が把握できている。今後も、訓練を行い冷静な判断や行動が出来るよう努めていきたい。		

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	常に、職員間で話し合いを行い理解している。ご家族や利用者様の立場に立ち考え行動できるように努める。利用者様の自室に入る時は、ノックをしたりとプライバシーを大切に、馴れ合いにならないような関係を築いている。		
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	日々の利用者様の声やコミュニケーションの中で、思いを聞いたり、本人の気持ちを引き出せられるよう心がけている。職員は、利用者様の声に耳を傾けながら日々のケアに活かしていくよう努めている。		
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	一人ひとりのペースや状況に合わせ声かけや誘導を行なっている。レクリエーションや行事などには、利用者様が自発的に参加できるように支援している。利用者様の希望に合わせ、変更や計画したりと対応している。		
39		身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	入浴時、髪の毛のセットをしたり美容院を利用している。外出時には、お洒落をして外出を行なっている。女性の利用者様には、定期的にお化粧品やネイルをしたりと楽しまれている。		
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	ユニットとして、食事作りを全員で行なうことを目標としている。その方が、出来るお手伝いをさせていただき、感謝の言葉を伝え意欲向上につなげている。また、毎食時の配膳・下膳・片付けもさせていただいている。職員と利用者様が一緒に「いただきます・ごちそうさま」ができるように楽しい食事時間になるよう努めている。		
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	食事摂取量を使用し、個人記録にも記載を行い一日の食事量や水分量が分かるようにしている。水分など、少ない人には定刻時以外にもこまめに提供し摂取していただいている。おやつ時には、一人ひとりの好きな飲み物を選んでいただき提供している。		
42		口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後、口腔ケアを行なっている。見守りや声かけにて全員行なっている。週1回、ポリドントの日を設け清潔保持に努めている。また、訪問歯科を利用し義歯や口腔ケアのチェックを行ない治療をいただいている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
43	(16)	排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	排泄チェック表を使用し、排泄パターンを知ると共にトイレ誘導を行ない排泄の失敗を防ぐようにしている。いつまでも布パンツで過ごせれるように時間で誘導を行なうなど排泄に対しての支援をおこなっている。		
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	10時のおやつ時に、自家製のバナナジュースを提供している。毎朝のラジオ体操やレクリエーション、散歩などで体を動かしている。また、排泄チェック表を使用し、排泄パターンを把握し職員間で話し合いを行い食事や水分など個々に気をつけている。		
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	基本的に、1日おきの入浴であるが希望があれば毎日でも入浴が出来る。入浴の順番や時間等を、その都度聞きながら決めている。また、入浴剤などをいれてゆっくりと入浴を楽しんでいただけるようにしている。入浴拒否の方には、家族と話し合いなどを行い温泉に連れてっていただいたり、清拭などで対応している。		
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	日中に活動的なレクリエーションや外出を行なう等、規則正しい生活を行なうようにしている。一人ひとりの体調の変化に合わせて休息をとっている。夜間時には、落ち着いて入眠が出来るように照明や音量を落とすなど配慮している。		
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	かかりつけの医師に、往診時や通院時等に情報提供を行い服薬状態や調整を行なっている。職員は、日頃の状態変化を見逃さずに記録や申し送りを徹底している。		
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	月2回の書道教室、月1回の手芸教室が定期的に行なわれ、自発的に参加されている。喫茶・散歩・ドライブ等をして気分転換を日常的にしている。また、個人の楽しみとしてお酒を飲んだり、好きなものを購入したりする時間も大切にしている。		
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	本人の行きたい所や、やりたい事など個人のニーズに合わせてながら行なっている。また、家族と話し合い可能な限り支援を行なっている。モーニング・ランチ・喫茶・ドライブ・遠足など計画し、事前にポスターを掲示し楽しみにされている。		

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
50		お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	お金の管理は、基本的に施設側が行なっている。利用者様の中には、ご自身でお財布を所持され支払いをされている。ご家族の了承のもと支援をおこなっている。		
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	季節に合わせて手紙を書いたり、行事への招待状を家族や知人に送っている。また、個人でも手紙のやり取りも行なっている。電話は、好きな時に家族等と話せるように支援している。		
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	リビングは季節に合った飾り付け・写真・作成物を掲示し、利用者や面会時の家族にも見ていただけるようにしている。また、毎月好きな歌を掲示したり、個人アルバムを置きいつでも好きな時に目に触れるようにしている。		
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	他フロアや共有スペースなど施設内を自由に行き来している。リビング内では、和室を使い将棋をしたり、お茶を飲んだり活用している。また、利用者同士の居室内で談笑したりと良い雰囲気である。		
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	自宅で使用し使い慣れたものを自由に持ち込み「自分の家」を再現できる様に配慮している。家族の写真を飾ったり、好きな花や、作成した作品などを飾り居心地の良いように設置している。		
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	トイレ・自室扉・お風呂場前に張り紙をして確認できるようにしてある。自室前には、名前札を立てかけて自室が分かるようにしてある。その人に合わせ、安心・安全な環境作りに努めている。		

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	48	張り合いや喜びのある日々を過ごしている	楽しく笑顔の絶えない暮らし	<ul style="list-style-type: none"> ・日々レクリエーションを行なう ・最低月1回は外出をする(気分転換を図る) ・個々の楽しい事を見つける ・利用者間・スタッフ間の調和 	12ヶ月
2	23	個別ケアの出来ている利用者、そうでない方がいる	個々の願いを引き出し、順いをかなえる	<ul style="list-style-type: none"> ・話しやすい環境づくりと声かけ(何事も利用者と共に行なう。) ・食事時・おやつ時・夕方に個別対応し情報共有を行なう ・ケアプランに取り入れて実行する 	12ヶ月
3	49	散歩等が減り、筋力低下が見られる	散歩等外出を増やす(体づくり)	<ul style="list-style-type: none"> ・午前中は散歩に行くようにする ・近場のお店へ歩いていく ・週に1回は外出の日を作り行きたいところ等を決めていく 	3ヶ月
4	40	毎日の食事づくりを利用者と行なう	利用者全員で食事づくりを行なう	<ul style="list-style-type: none"> ・男性利用者の参加(配膳・下膳・献立・味見・買物等) ・台所に立ちスタッフと調理する ・食べたいものを献立に入れる 	12ヶ月
5	26	重度化・終末期に対するのありかたについて	職員のメンタル面や知識を深めていく	<ul style="list-style-type: none"> ・内部・外部勉強会に参加する ・その都度不安な面は話し合いをする ・本人や家族の意見を大切にする 	12ヶ月
5	33	介護計画の見直し	介護計画の見直しを行いわかりやすく具体的なものにする	<ul style="list-style-type: none"> ・毎月のカンファレンスを行いスタッフ全員が認識する ・利用者の願いを取り入れる ・家族の意見も十分に聞きケアプランの説明をしっかりと行なう 	3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。