

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	2375700826		
法人名	医療法人 聖会		
事業所名	グループホーム若宮		
所在地	愛知県知多郡武豊町字若宮134番地		
自己評価作成日	平成23年12月30日	評価結果市町村受理日	平成24年4月2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24年1月31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)】

利用者様には、人生の先輩として常に尊敬の気持ちで接している。また「介護する。」ではなく「介護させていただく。」という思いを忘れないケアを心掛け、ケアプランに関してはスタッフ全員で利用者様の担当を決め、毎月モニタリングを行うことにより、ケアプランを共有しケアの統一を図っている。ホームに於いては玄関の施錠をせず、気軽に訪ねて頂けるような雰囲気を作り利用者様と一緒に和やかに過ごせるような楽しい職場、利用者様スタッフの笑顔が絶えないグループホームを目指している。

【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)】

明るく、家庭的な環境の落ち着いた雰囲気である。一人ひとりが出来ること、したいことを自由に行っている。洗濯物を干す、たむ手伝いをしている。本や新聞、テレビを見ている。仲間と話をしている。庭で花の水やりなど、その人らしい自立した生活の維持、持続できるような支援に努めている。1ユニットの利点を生かし、入居者、スタッフともに穏やかで、ゆったりとしている。又、入居者の日頃の話をよく聞き取り、希望を実践に繋げている。
料理上手なスタッフばかりなので、食事が美味しいと入居者の声もある。
年に1度家族、入居者、職員合同の食事が行われ、連携を深くしている。庭へ、テーブル、椅子を出し、そうめんかき氷など楽しむ工夫がある。

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、安心して暮らさせている (参考項目:28)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない			

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	毎朝、申し送り時に理念を唱和することによって意識を高め、理念に基づいた支援を行っている。	玄関とリビングに理念のプレートを掲示している。「尊敬の気持ちで接し、自尊心を傷つけない援助」など理念、介護の基本、若宮の心を作り、申し送り時に唱和し、共有している。	
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	町内会に入りゴミ当番や草取りをはじめとし、地区の福祉まつりや盆踊りにも利用者様と参加している。また利用者様の散歩がてら近所のお宅の庭のお花を了解の下、見せて頂いている。	年4回のゴミ当番、年2回の草取りに職員が参加している。月1回ノボランティアでアニマルセラピー(犬とふれあい)が訪れる。定期的ではないが、大正琴、ギター、手品、腹話術、そば打ちがボランティアで訪れている。年1回、三つのグループホーム合同で砂川会館で三河漫才を見る。	施設行事に地域住民の参加呼びかけするなど地域との交流が期待される。
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	役場が主催している「3A運動」に登録し玄関に旗を掲げ気軽に訪問して頂けるように努めている。小学生の子がトイレを借りに来てくれるのは一昨年より続いており利用者様も喜ばれている。		
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	役場福祉課、包括支援センター、区長、利用者様、ご家族、グループホームスタッフが参加し行事の報告やその時の課題や問題を挙げ意見交換し、サービス向上に活かしている。	二ヶ月に1回、同一法人内のグループホーム3施設合同で行われる。砂川会館ホールで午前中の1時間ほどの時間で行われている。毎回十数名の参加あり、様々な角度から、意見交換を行っている。	3施設合同での会議の良い点は残しつつ、地域の委員の出席状況、時間設定等考慮しながらの開催方法検討し一層の充実を期待したい。
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取り組んでいる	毎月、ケアマネの集いに参加し情報交換を行っている。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っている。	武豊町、地域包括支援センターのケアマネジャーの集いに参加している。又、二ヶ月に1回の運営推進会議に福祉課、地域包括支援センター職員が必ず出席し意見交換している。随時福祉課等に行き、職員の顔、名前の分かる関係作りをしている。	
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	玄関は施錠せず、介護者本意のケアになっていないかを常に意識しながら話し合う場を持ち、身体拘束をしないケアを実践している。	日中は施錠していないため、出入りの際はチャイムがなるようにして安全対策をしている。身体拘束のマニュアルがある。ベッドに片側柵をしている入居者がいるが、起き上がる際につかまるためにつけている。	研修や講習会など、職員の意識、知識の向上の機会を増やす工夫が望まれる。
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	ホームにおいて虐待は有り得ないと思っているが日々生活の中で少しでも虐待と思われるようなことがあれば、取り上げスタッフ全員で認識し無くしていく。		

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	入居前から現在も権利擁護事業を利用されている方がみえるので必要に応じて関係者の方と話し合いを持っている。スタッフが成年後見制度についてホームで学ぶ機会は持っていない。		
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	重要事項説明書に基づき、ご家族に納得して頂けるよう説明し、心配なことや分からないことはないかを尋ね不安が残らないよう努めている。		
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	玄関に意見箱を設置しているが入っていることはない。面会に見えた際に意見や要望を必ず伺うようにしている。また利用者様の言葉は聞き逃さないよう職員間で共有し、それらの意見を反映させるように努めている。	意見箱の設置、来所時での意見要望把握などしている。食べたい物の要望がある時は、食事のメニューに加えている。牡丹など時期の花を見たい等の希望には苗を植え、入居者と共に育てている。意見要望は、申し送り、記録等して共有、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	朝の申し送りの場で聞くようにし、個人的に聞いた意見も含め、必要に応じて毎月行われているミーティングで検討するなどして反映できるよう努めている。またリーダー会議も毎月あり(各グループホームの報告)、職員の思いを伝えている。	申し送り時での意見要望の把握、随時のリーダー、管理者への個々の申し出など日常的に行っている。出勤の予定は、希望をとり決めている。月1回のミーティング時で検討し反映させている。管理者(3ホーム)会議で全体に関わる意見の検討が行われている。個別の入居者へのケアの方法、食事などへの希望など細かく取り入れている。	
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	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の幹部と心身面で面談する場面を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	随時、届く研修案内は個々のレベルに応じ順番に行けるよう振り分けている。OJTを意識しながら現場の中で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3ホームの管理者が話し合う機会を持ち相互で向上できるように努めている。また研修会に参加し同業者と交流することにより、良い情報は自施設に繁栄させるようにしている。		

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	初期の段階では、お互いに慣れるまで接する時間を多く持つようにし、生活暦を含めてアセスメントを行い信頼関係を築け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	キーパーソンを確認し、ご家族の思いをくみ取り、誠意を持ったお話が出来るよう努めている。		
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	担当ケアマネと情報交換し、ご本人ご家族にとって、より良いサービスを提供できるよう相談に応じている。介護認定のない場合は今後の流れを説明した上で適当な機関を紹介を行っている。		
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	介護者が決して上に立たず、介護させて頂いているという思いで、ご本人の思いや不安を知ること努め、共に支え合う関係になれるよう思いやりを持って接している。		
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	面会に見えた時やホームからのお便り、また必要に応じて電話で日々のご様子を報告している。その都度ご家族の要望も伺い、より良いケアが出来るよう努めている。		
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	地域に出かけた時に、声をかけて下さることがあり、ご本人は忘れてみえることが多いがホームにも遊びに来て下さるよう、お話ししている。また尋ねて来られた方にも是非また来て下さるよう、お願いしている。	面会時間を制限せず夕食後などでも可能にしている。知人や、家族への電話掛けなど支援している。少人数に分け、家族と協力し、馴染みの場所などへの外出支援がある。知人、家族へは、来所時に声掛けし、面会など再訪を促している。(ゲートボール仲間だった友人が面会に来ている。)家族と協力し外出、帰宅、食事、買い物など支援している。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	気の合う方たちで同じテーブルに座っていただき楽しく会話したり、支え合う関係になれるよう、時にはスタッフが間に入るなどで援助している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	退居されたあとも必要に応じて連絡を入れ、いつでも相談窓口になれるよう心がけている。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	利用者様が何気なく言われた言葉を聞き逃さないようにして、「～が食べたい」「～へ行きたい」などそれぞれの希望に添えるよう努めている。何も言われない方には、その方に見合うケアを話し合うようにしている。	希望を実現できるよう支援している。(初詣に行きたいと希望があり、入居者3名と秋葉神社に出かけた。)意思表示の困難な場合は、表情などから読み取り、家族と話し合いの中からケアをしている。外に出たがる時は、止めないで施設周辺を職員がついて出てるなど、いったん受け入れるケアをしている。	
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	入居相談時に、ご家族や担当ケアマネから詳しい情報をもらい把握に努めている。また、日々の会話の中からも聞き取るようにしている。		
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	日々、その方の状態に応じたケアができるよう毎朝の申し送りで状態を把握し、ケアの統一に努めている。		
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	日々、生活の様子観察をして担当者会議を持ち情報交換しながら良く話し合い一方的なケアプランにならないよう作成している。	担当者を決めケアしている。年1回、ケアプランの見直しを行っている。事前に家族、担当者、全職員の意見を聞いている。又、毎月モニタリングを行っている。毎日の申し送りなどで、職員間の情報共有も出来ている。個人記録、排泄、バイタル、食事等毎日の記録からも判断している。	
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	業務に追われ記録できていない時もあるが充実した記録ができるよう日々声をかけあうようにしている。また申し送りの大切さを認識し合いながら情報を共有、実践し計画の見直しに活かせるよう努めている。		
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われていない。その都度ホームで出来ることを柔軟に支援している。		

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	外に出かける機会を少しでも多く持つようにし、ホームにもギター演奏・大正琴・南京玉すだれ等のボランティアに来て頂き楽しい時間を過ごせるよう努めている。		
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	ご家族の了解のもと、同法人病院の訪問診療を行っている。事前指定書に基づき緊急時、スタッフが付き添って病院受診している。	入所前のかかりつけ医に受診している利用者はおらず、同法人病院の往診を月2回、訪問看護は週1回、眼科受診が必要な時は家族と受診している。又、月2回の歯科の往診を受けている。症状、薬の変更など、必要に応じ家族へ連絡している。訪問診療時に家族の同席を求めたりして、正確な情報共有がされる配慮がある。	
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	毎週、看護師の訪問があり訪問ない日も体調が悪い時は看護師に気軽に相談でき、医師の指示も受けられる環境になっている。		
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。	入院時は病院側に日常生活の様子をなるべく詳しく情報提供し入院中も情報交換に努めている。また毎月リーダー会議で利用者様全員の近況を病院に報告している。		
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	重度化された時は、早急にご家族と話し合い、より良い選択が出来るようにしている。現在ターミナルは行っておらず希望されるご家族も少ない。	看取りは行っていない。入居時に本人、家族と話し合いがされている。食事が取れなくなった場合など同法人病院への入院や、他の施設への転入など相談、支援がある。又、元気に退院後再入居の例もある。医師、家族、施設と連携し、状況に合った支援がある。同法人3施設とが協力した支援がある。	
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	訓練は行っていない。急変や事故発生時はマニュアルに添って病院に連絡し、指示をもらうことになっている。		
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2回、防災訓練を行いスタッフも交互に参加している。3日分の水・食料の備蓄があり、推進会議では互いに協力できるよう話し合っている。隣家の火事を発見しホームから通報し消防車が到着するまで消火活動の応援をしたこともある。	夜間(夜勤者1人)の火災を想定して、消防署協力のもと、玄関までの訓練を行った。津波の避難場所は近くの高台にあり場所、避難経路の確認がある。ただ地震に強い設計のため施設での待機を考えている。緊急時には、近所のスタッフが2～3分で駆けつける。災害時備蓄がある。	緊急時での地域の参加、協力体制の構築、充実が期待される。

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
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	理念にもあるように人生の先輩として尊敬の気持ちで接し言葉使いには特に注意している。また「介護している」ではなく「介護させていただいている」という思いを念頭において対応を心がけている。	さん付けを基本として呼びかけている。居室のドアは閉めてあり、内側施錠ができる。入室時はノックをしている。失禁した場合、大きな声を出さず、周りに気づかれないよう、又、自尊心を傷つけないよう支援している。不適切なケアがある時は、注意し、改善している。	
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	食べたいもの、したいこと、行きたい所など伺うようにしている。答えて下さる方は少ないが少しでも希望に添った支援が出来るよう努めている。		
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	一日の流れがあり職員側の都合を優先した場面を見られることもあるが、その時は職員間で注意し合うようにし、無理強いすることなく、その方のペースに合わせた生活ができるよう支援している。		
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	衣類、髪型に乱れがないよう気配りしている。また隔月で美容師の訪問サービスを利用している。		
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	一部の方に調理の下準備や配膳・下膳を手伝って頂いている。昼食時は各テーブルにスタッフも入り一緒に食事をしながら会話し楽しい時間になるよう努めている。	施設での調理をしている。時には、テーブル、イスなどを庭に運び、流しそうめん、かき氷などして気分を変えて楽しめる工夫がある。誕生日には、ケーキ、プレゼントを用意している。お彼岸に一緒におはぎを作るなどしている。食べたい物は、要望があればメニューに加えている。調味料は好みの物を選べる。おやつ時の飲み物など好みで選べる等の工夫がある。	
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	食事・水分量は毎日チェックし、お粥、きざみ等、その方に合った形態で提供している。また毎月、体重測定し増減ある時は、その都度検討、対処している。		
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日課とし、お一人お一人の状態に合わせた口腔ケアを援助している。またご家族の希望で定期的に歯科往診を受けている方もみえる。		

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	状態に応じて常に個別ケアを考えている。現在、8名の方がトイレで排泄されている。オムツ対応の方が1名見え、日中だけでもトイレで排泄できないものか検討中である。	声掛け、誘導など、排泄パターンを掴み個々に合わせ支援している。トイレが5箇所にある。3名の方が布パンツで自立している。食事、おやつ、入浴、就寝前にトイレ誘導している。夜間は2時間ごとに見回り、支援をしている。夜間ベッド上のオムツ交換をしている方でも、日中はトイレ誘導で排泄ができています。	
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、牛乳やヨーグルトを提供している。必ず排便チェックし便秘が続くときは医師と相談し、整腸剤等を処方してもらっている。内服においても、その方のリズムをその都度検討しながら調整している。		
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	入浴に関しては曜日・時間を決め週に3回入って頂いている。入浴拒否される方には時間を置いたり翌日にしたりするなど臨機応変に援助させて頂いている。	入浴は、月・水・金と、火・木・土に分け、午前に入っている。毎日、入浴剤を入れ、季節により変えている。冬季にはゆず湯等も行っている。湯温を一定管理している。浴槽に入らない方はシャワー浴、拒否がある時は清拭などしている。入浴後スポーツドリンクで水分補給している。	
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	夜間は消灯時間を決めずに利用者様の様子を見ながら声かけし休んで頂いている。日中も自由に居室で休んで頂けるようにし、室温もその方にとって快適になるよう心掛けている。		
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	定期処方された薬表をファイルし、すぐ見られる所に置いてある。薬の変更や頓服で処方された時は必ず申し送りをして薬箱にも変更内容のメモ書きを貼るようにしている。誤薬がないよう注意し必ず内服確認するよう努めている。		
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	個々の楽しみを把握し楽しんで頂けるよう努力している。大正琴やアニマルセラピーなどボランティアで来て頂いている。また毎朝お花の水やりを日課とし園芸を楽しまれている方や新聞を読んだり広告を楽しまれる方もみえる。		
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	地域の催しに参加したり季節の行事として、お花見や紅葉、食事に出かけたりしている。買い物も希望ある時は一緒に出かけている。また、天気の良い日は散歩に出かけるようにしている。	年1回、家族参加で食事会をしている。やじろべい(和食処)などに出かけている。買い物がある時は、ジャスコ、スギ薬局に行っている。又、車で10分程度の場所での花見、向陽見学などしている。日常的に庭に出たり、施設の周りを散歩している。家族との協力で食事に出かけている。	寒い時期の外出支援の在り方や、それに変わ方法など、検討が期待される。

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	ご本人希望でお金を所持されている方が一人みえる。買い物希望された時はスタッフがついて、行きたいお店にお連れしている。		
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	希望がある時は、いつでも電話できるよう支援しているが利用されている方は少ない。また利用者様宛てに手紙が届くことは殆どなく手紙のやり取りは出来ていない。		
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	テーブル、ソファの位置に配慮しているが不満があればその都度改善している。リビングには季節感を取り入れた飾りつけをしている。またトイレ内の汚染や床に水こぼれがないよう常に気配りしている。	リビングに行事の写真を大きく印刷し、テレビの横に見やすく貼ってある。その月の行事予定も分かりやすく大きく書き、掲示している。日当たりが良く、光はカーテンで調節している。畳をしいている所があり、新聞雑誌、レク用品、布団が置いてあり、思い思いに過ごせる工夫がある。季節の飾り付けや、机、椅子の配置など、工夫がある。	
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	ソファに座られる方は決まっていますが殆どの方が食事のテーブル席で過ごされ、お話をされている。畳の空間があるので利用して頂きたいと思っているが利用者様にとっては、いつもの変わらない場所が快適なのだと思います。		
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	使い慣れたタンスやテレビ等、居室に配置できる範囲で自由に持って来られている。ご家族が見えた時はプライベートな時間として一緒に楽しく過ごされている。	各部屋にベッド、エアコン、洗面台、クローゼット、引き出し、カーテン、布団が付いている。机、本、リクライニングソファ、座椅子、盆栽、布団など個々に好みの物を持ち込んでいる。思い出の写真や物など飾られている。居室での歓談、食事等(自立の入居者)ができる。	
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	お一人お一人の身体能力を把握し、居室・トイレ等には大きく名前を書いて分かりやすくし、物の配置等では転倒防止に努めている。生活の中で失敗があっても不安にならないような声かけを心がけている。		

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	49	日常的な外出支援が、出来ていない。ご家族のアンケートにも「外出の機会を増やして欲しい。」の意見があった。	全員での外出は、限られてしまう為 少人数での外出機会を多く持つ。	年間行事としての外出の他にも、気軽に出かけられるような外出計画をスタッフ全員で考える。(各月の行事担当者が提案する。)	12ヶ月
2	6	スタッフ全員が外部研修・講習会に参加していない。	外部研修・講習会等に、スタッフ全員が順番に参加すると共にホーム内でも、ミニ勉強会を実施する。	定期的に行われる外部研修には内容に応じて適したスタッフに順番に参加してもらう。勉強資料の担当を決め、月1回行われるミーティングの中で伝達講習や勉強会の時間枠を設ける。	12ヶ月
3	2	地域との交流が、あまり出来ていない。	ホームの行事等に、ご家族や地域の方に参加して頂く。	これまでどおり誕生日会には、誕生者の方のご家族に参加の呼びかけをする。また、ホーム内に行事の手作りポスターを貼ってはいたが積極的な声かけは出来ていなかった為、面会時・お便り等でお知らせし地域の方には、回覧板等でお知らせできるよう常会長様をお願いします	6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。