

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	2392100042		
法人名	医療法人翔友会		
事業所名	グループホーム千姫 (1階)		
所在地	愛知県岡崎市百々西町15-9		
自己評価作成日	平成24年11月 1日	評価結果市町村受理日	平成25年 3月21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&JiyosyoCd=2392100042-00&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	愛知県名古屋市中区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成24年11月30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)】

来年の2月で5年目を迎えます。365日レクは毎日行っています。お出かけも継続中ですが、入居者様の状態も変わり、外への外出は、同じ場所へ毎週月4回、職員4名入居者様4名という感じで、少人数の1対1での外出を行っています。5回目の日帰り旅行は、新東名が開通し、企画に入れ、掛川花鳥園・清水港クルージングに出かけました。移動時間も毎年の日帰り旅行よりかかりましたが、皆さんの笑顔がたくさん見る事ができた旅行になりました。車椅子の方も2人介助でのバス移動を行い乗り降りし、全員参加の、家族様で希望者の方も一緒に参加されました。今後もその時のニーズに合った企画で取り組んでいきたいと思っています。

【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)】

初めての看取りを経験した。状態が急変して病院に搬送するも、介護度4で受け入れを断られ、家族・主治医・ホームで話し合い、医療行為ができない中での自然の形で看取りをする事となった。看護師以外は皆初めての事で、不安の声もあったが看護師を中心に研修会を行い、勉強しながら看取りにチャレンジした。見守りを充分に行なう為に、職員の目の行き届くフロアで過ごしてもらった。病状が進み、水分が摂取できず、ガーゼに水を湿らせて口に含ませる程度しかできなくなった。亡くなられる3日前に居室に移ってもらい、家族が付きっきりで看守った。皆でお見送りをし、通夜・葬儀にも参列し、『もう少し何かしてあげれば良かった』との思いから、それに応えるためにも、『ケアの向上に取り組みたい』との声が聞かれた。

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、生き活きと働いている (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	地域密着という点では、町内の方との交流が出来るような環境を推進会議の中ですすめている。年々交流の回数が増えている。	各ユニットのリビングに、ホームの理念『24時間365日ぬくもりある心を大切にします』を掲示している。職員は、利用者が明るく楽しく過ごせるように取り組んでいる。	職員が理念を意識し、理念に基づく具体的な目標を持って、ホームの理念を実践につなげることを期待したい。
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	推進会議を通して一緒に参加出来る事の話合いをし、夏祭りは、年々参加人数が増えている。学区の敬老会への参加、町内子供みこしがホームに立ち寄る事も行事の一環として定着してきた。	ホームの夏祭りには、町内より10名のお手伝いがあり、町内の恒例行事になっている。様子の違う高齢者を見かけたと連絡があり、確認するとホーム利用者ではなかったが、地域の見守り力を実感できた。	
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	学生ボランティアの研修依頼の受け入れを行い認知症の方との交流の中で理解を深めてもらえるようなホーム作りを行っている。地域からの依頼で、認知症の勉強会は、継続していく。		
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1回の推進会議で、ホームの状況、近況等の話をしている。地域の方の参加も増え、地域を交えた話し合いを行い、サービスの向上を目指している。	運営推進会議は、包括・総代・民生委員・子供会会長・介護相談員・家族・職員のメンバー構成で、隔月、年間6回開催されている。推進会議を通して、地域との結びつきが年々強固になって来ている。	
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	市の介護相談員が月1回2名みえる。みえる時間のレクと一緒に参加される事もある。その中で入居者の方と触れ合い、職員では見えない情報など得た事を教えてもらえる場でもある。推進会議にも出席して頂いている。	運営推進会議に出席している地域包括支援センターの職員、定期的に訪問している介護相談員を通して、行政にはホームの状況は伝えられている。	
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	つくりが閉鎖がない為、玄関は基本解放されている。夏場は、自動ドアのスイッチを切り、開けたままの状態でも過ごすこともある。水やり、草取りは入居者の方が進んで行っていただけ。職員も共に行っての対応をしている。	管理者・職員共に身体拘束による弊害を把握し、拘束をしないケアを実践している。玄関は開錠してあり、自由に出入りして、花の水やりや草取などを行っている。利用者が玄関を出て行った場合には、職員が利用者の後を追いつォローしている。	
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	入浴時、着衣交換時には、ボディのチェックを行っている。いつもと違う事があれば、申し送りにて、情報を共有している。		

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	権利擁護や、成年後見については、今回の市のグループホームでの研修会で学んだ。時間的に少なく直接関係は無いが(職員の意見)、もう少し学びたいとの意見もあった。		
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	契約前に本人と家族の方と話を合いを行い、入居についての説明、理解をして頂けるようにしている。入居される方が納得がいかない場合などは、その時に合う事を考えていく対応をしている。		
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	年に2回の家族懇談会・親睦会などで、家族の方の意見も出して頂ける場をつくっている。その場で出た議題は、皆さんで話し合いを持ちながら、よい方向へ進めていけるよう	家族会を年2回、家族交流会を年4回(パーベキュー・花見・夏祭り・餅つき)開いている。家族会では個人面談を行い、その中で意見・要望等を話し合い、家族から多くの意見をいただいている。	
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	月に1度カンファレンスを行い、現状、問題があがっている事や、改善点などの話し合いを行っている。その話し合いで業務に反映出来るよう努めている。	事前に議題を出し合い、カンファレンスで議論し、個別対応に反映させている。職員の提案が活かされた事により、自信ややり甲斐に繋がっている。「シーツ交換」や「入浴介助」の方法も、職員の提案で改善された。	
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	普段の業務の中では聞く事は無いが、個々で話を聞き現状把握を行うようにしている		
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	研修会の参加を促し、資格をとる為の情報提供等を個々にあった研修に参加してもらうように進めている。		
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	法人以外でも、他の施設の見学や研修を行い、サービスの質の向上に努めている。職員にとってもスキルアップになるように努めている。新人職員は業務の流れが把握でき、一人で出来るようになるまでは、付き添いで行っている。		

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
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	面談時に本人の状況を聞きながら、契約時に、本人、家族の要望に近い状態で過ごせるように努めている。入居後は、その都度の対応が出来るようにしている。		
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	出来るだけ足を運んで頂くよう常に声かけを行い、その場で、職員と家族が話ができるような環境作りを行っている。家族の方が来やすい環境作りに努めている。		
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	入居者の状況を見て、どのようなサービスが必要か・見極め、プランの作成を行っている。状況が変わった場合は、その都合合った対応に変更している。		
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	日常生活で行う家事(洗濯物・食器拭き等)をテーブルに移動させて、声かけにて行って頂き、見守り、レクへの参加は、職員も一緒に行い、良い関係を築けるよう努めている。		
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	時間が作れる時には、足を運んで頂き、家族との時間を過ごして頂くような声かけ、実践を行っている。		
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	入居者の方のお友達や、兄弟の方の訪問も多く、居室で共に時間を過されている。帰宅の際にお互いが喜んでみえる姿を見る事が出来る。職員も嬉しく思う。	利用者が知人・友人の顔を忘れても、家族とスタッフが記憶のサポートを行い、馴染みの関係を継続させている。習い事仲間が来訪して一緒に時間を費やしたり、年賀状の宛名書きを職員が手伝ったりしている。	
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	居室で過される方は少なく、ほとんどの方が、皆さんと職員を交えてフロアで話をしたり、手作業をしたりと過ごして見える。午後は、レクへの参加で関わりをもってみえる。		

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
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	入院された方は、病院へ状況を見に行き、状況を確認し出来るだけ早くホームへ戻れるような対応を行っている。退去された家族の方が、草取りに来て下さったり、近くへ来たから・・と気軽に寄って下さるような環境を築いている。		
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	入居者の希望や、家族の希望に出来る限り添えるようにしている。日常の中で困難な場合は、その都度家族の方との話し合いを行い対応できるように努めている。	利用者とはゆったりと向き合い(入浴・散歩等)、思いや意向を把握している。言わない・言えない利用者の思いは、表情やしぐさから宝ものを探している。「お寿司・アイスが食べたい」と言えば、各々の思いを叶えている。	自分から余り喋らない利用者には誘い水(大正・昭和の写真、本、家族から聞いた昔の話等)を仕向け、利用者が甦る工夫をされる事を期待したい。
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	入居前の状況を面談時に聞いて、なるべく状況が急変しないように、生活環境を合わせるようにしている。経過に合わせてその都度の対応を行っている。		
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	その方に合った過ごし方を職員間で把握し、共有し、声かけ等を行いながら、進めている。その中で身体の情報も共有している。		
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	入居者の方一人一人に担当がいます。その担当は、その方だけではなく他の方の情報は、共有できるようにカンファレンスで話ができ、介護計画の議題として上げられるようになっている。	介護記録用紙に介護計画のサービス内容の記載があり、実施をチェックして状況を記入している。その結果、介護計画の達成状況が把握しやすく、介護計画の評価に活かされている。	
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	日常の個別の記録にケアプランが組み込まれている為、日常の中で、プランの内容が行われた場合にはチェック項目にチェックし、今後のケアに反映出来るようになっていく。		
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	ケアプランでは上がっていない問題点などが生じた場合などは、その時の状況により柔軟な対応が出来るような体制に取り組んでいる。		

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	午後からのレクは、ボラの方が多く、地域の方が慰問して下さり、皆さんと共に時間を過ごして一緒に楽しむ事ができている。		
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	月に2回の連携医師の往診があり、日頃の健康状態の把握が出来る。緊急時の時も連絡が取れ、状況によって大きな病院への紹介も行って頂ける	殆どの利用者が提携医(内科・精神科・歯科)をかかりつけ医とし、月2回の往診を受けている。提携医以外のかかりつけ医への受診は、家族による通院付き添いを行なっている。	
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	看護師も日常業務に入り、日頃の状況把握や、職員との情報交換を行いながらの対応を行っている。		
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。	入院後は、看護師、管理者が病院へ行き状況を把握し、退院後に必要なケアを考えて、注意点等を考慮し早期退院を目指している。		
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	重度化は指針に基づき説明後同意のもと同意書を頂くような取り組みを行っている。終末期については、今年初めてホームでの看取りを行った。	看護師以外は初めての看取り経験であったが、状態に合わせた対応の仕方や、どんな状況で家族に連絡するか等、看護師が中心となって勉強会を開いて看取りに臨んだ。家族も付き添い、協力して取り組んだ。	終末期のありかたについては、前向きな職員・自信のない職員もいると考えられる。研修会等で今回の事例『管理者・関係した職員の思い』を良い形で伝え、意志の統一を図り、次回に備える事を期待したい。
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	緊急時の対応手順マニュアルに沿って行い、主治医の指示を仰ぎ、管理者、看護師への連絡といった流れで取り組んでいる。		
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	地域の方を交えての避難訓練を年に2回継続中。炊き出しや夜間想定訓練はホーム内だけで行っている。	年2回の防災訓練を実施している。火災通報の誤作動時に、総代・民生委員が駆けつける迅速な一幕もあった。2階からの避難では、滑り台を降下する利用者を、地域の方が屋外に誘導する訓練も行われている。	

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
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	お部屋は個室の為、居室内では自由に過して頂いている。声かけ等については、常に意識して気にするようにしている。	会長の方針で、利用者の尊厳に配慮し、敬語・丁寧語を基本として利用者を敬う気持ちを大切にしている。引き継ぎで利用者の事を話す際には、他の利用者に分からないようにプライバシーに配慮している。	
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	入居者の方の思いや希望は可能な限り支援を行っていく方針だが、出来ない事は、本人の様子を見ながら、対応出来る範囲で行っている。		
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	日常生活の中での声かけや、レクの声かけも行っているが、本人様のペースを優先し、レクも希望者で行っている。		
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	男性は髭が伸びないように、朝介助に入る方や、声かけで行って頂くようにしている。女性は、化粧療法に参加されオシャレを楽しんでみえる。月に一度出張で床屋が来る為、利用される方も多い。		
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	食事は外部委託の為、月に1度手作りの日を設け皆さんで作って頂いている。その方出来るお手伝いを役割で行って頂き、作る過程から楽しんで参加してみえる。日頃は準備や片付けを行って頂いている。	食事の委託先の変更により、汁物はホームで作り、月一度は手作りの日となり、利用者が食事作り(包丁・混ぜる・盛り付け等)に参加している。職員が食後の感想を訪ね、好みを把握してメニューに反映させている。	
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	献立の中で、栄養バランス、カロリーは1日の必要量を計算されている。水分補給は、朝、コーヒータイム、おやつ、常の声かけにて行っている。		
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	夕食後、自立の方以外は一人一人付き添い、介助のもと、口腔ケアを行い、自立の方も仕上げ磨きにて確認を行うようにしている。		

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
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	個々で時間の差があるが、排泄チェックを確認しながら、定期的に声かけ、トイレ誘導を行っている。全介助の方でも立位が保てる方は、日中はパンツでの対応で、トイレでの排泄を行っている。	排泄チェック表で利用者個々の排泄パターンを把握し、紙パンツや尿取りパッドの使用を最小限にするため、声掛けや誘導を実施している。夜、転倒の心配のある方は、立ち上がりセンサーでトイレ誘導を行っている。	
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	朝、毎日の日課で体操が行われてる。身体を動かす事他に、排泄状況を記録している為、看護師と相談し、下剤や整腸剤で対応を行っている。		
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	現在は、一人で入浴される方はみえない為、その方に合わせて入浴のお手伝いを行っている。	1日置きの入浴支援をしているが、毎日入りたい、夕方入りたい等の希望にも応じている。入浴拒否の方にも無理強いせず、職員を変えたりして何度も誘導する中で、最低週1回は入って頂いている。	
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	夕食後、寝巻に着替え、フロアで他の入居者の方と20:00頃まで話や、TVを見て過される方も少なくない。昼食後、レクとの合間に昼寝をして休息されている方もみえる。		
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	内服薬は、協力医の往診後定期で出して頂き、一人一人の状況にあった薬が処方されている。		
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	日常生活の中で、その方に出来る事で行って頂いている。楽しみの中では、外出・外食をレクで取り入れ気分転換の支援をしている。		
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	月の行事の中で、外出を取り入れて出かけている。季節によって気候が良い時には、5～6名に分けて散歩に出かける事もある。	小グループに分かれて、月に4回同じ場所へ外出するので、重度の方も含め全員が外出に参加できる。寿司屋、駄菓子屋などの希望に沿った外食や外出にも出かけている。年1回の日帰り旅行には家族参加もあり、恒例行事になっている。	重度化により、個別対応の外出や近距離の散歩さえも対応が困難になって来ている。外出は気分転換・ストレス発散の機会でもあるので、日常的に戸外の空気に触れる取り組みを期待したい。

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
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	基本は事務所で一括して預かっている。預かりの中で外出の時などに買い物をして頂く事もある。		
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	手紙を書いた後に、事務所へ郵送依頼があり、職員がポストへ・・・という事もある。電話をかけたいとの依頼があれば、事務所よりかけていただいたり、かかってきた電話を取り次ぐ事もある。		
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	清掃は各勤務時間で分担されている。一番手をかけている場所はトイレ。日によっては、5回以上の清掃を行う事もある。ホーム全体の清掃は毎日行っている。冬場、暖房を付ける時期には、加湿器は欠かせない。	食後は食卓テーブルからテレビの前のソファに移ったり、居室に戻ったりして、自由に寛いでいる。利用者の陶芸作品、書道作品、イベントの写真などを玄関や通路の壁に飾って、見て楽しめる工夫をしている。	
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	共用空間の中では、入居者同士で話をされたり、家族の方が見えた時に話が出来ることがあり、利用されている。		
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	馴染みの家具などを持ち込み本人居心地のよい空間になるよう家族の方と相談しながら工夫している。居室に水槽を置き、魚の世話、水槽の掃除も自分でされている方もいる。	居室には、テレビや椅子、ダンス、冷蔵庫など家族が家具を持参して配置している。居室の仏壇にご飯を供えたり、室内の鉢植えへの水やりを日課にしたり、それぞれの生活スタイルを継続している。	
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	出来る事は、自分で行って頂くように見守り、声かけにて行っている。必要な介助が行えるよう心がけている。		

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	2392100042		
法人名	医療法人翔友会		
事業所名	グループホーム千姫 (2階)		
所在地	愛知県岡崎市百々西町15-9		
自己評価作成日	平成24年11月 1日	評価結果市町村受理日	平成25年 3月21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&JiyosovoCd=2392100042-00&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30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)】

来年の2月で5年目を迎えます。365日レクは毎日行っています。お出かけも継続中ですが、入居者様の状態も変わり、外への外出は、同じ場所へ毎週月4回、職員4名入居者様4名という感じで、少人数の1対1での外出を行っています。5回目の日帰り旅行は、新東名が開通し、企画に入れ、掛川花鳥園・清水港クルージングに出かけました。移動時間も毎年の日帰り旅行よりかかりましたが、皆さんの笑顔がたくさん見る事ができた旅行になりました。車椅子の方も2人介助でのバス移動を行い乗り降りし、全員参加の、家族様で希望者の方も一緒に参加されました。今後もその時のニーズに合った企画で取り組んでいきたいと思っています。

【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 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	地域密着という点では、町内の方との交流が出来るような環境を推進会議の中ですすめている。年々交流の回数が増えている。		
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	推進会議を通して一緒に参加出来る事の話合いをし、夏祭りは、年々参加人数が増えている。学区の敬老会への参加、町内子供みこしがホームに立ち寄る事も行事の一環として定着してきた。		
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	学生ボランティアの研修依頼の受け入れを行い認知症の方との交流の中で理解を深めてもらえるようなホーム作りを行っている。地域からの依頼で、認知症の勉強会は、継続していく。		
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1回の推進会議で、ホームの状況、近況等の話をしている。地域の方の参加も増え、地域を交えた話し合いを行い、サービスの向上を目指している。		
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	市の介護相談員が月1回程度2名みえる。みえる時間のレクと一緒に参加される事もある。その中で入居者の方と触れ合い、職員では見えない情報など得た事を教えてもらえる場でもある。推進会議にも出席して頂いている。		
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	つくりが閉鎖がない為、玄関は基本解放されている。夏場は、自動ドアのスイッチを切り、開けたままの状態でも過ごすこともある。水やり、草取りは入居者の方が進んで行っていただけ。職員も共に行つての対応をしている。		
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	入浴時、着衣交換時には、ボディのチェックを行っている。いつもと違う事があれば、申し送りにて、情報を共有している。		

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	権利擁護や、成年後見については、今回の市のグループホームでの研修会で学んだ。時間的に少なく直接関係は無いが(職員の意見)、もう少し学びたいとの意見もあった。		
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	契約前に本人と家族の方と話を合いを行い、入居についての説明、理解をして頂けるようにしている。入居される方が納得がいかない場合などは、その時に合う事を考えていく対応をしている。		
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	年に2回の家族懇談会・親睦会などで、家族の方の意見も出して頂ける場をつくっている。その場で出た議題は、皆さんで話し合いを持ちながら、よい方向へ進めていけるよう		
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	月に1度カンファレンスを行い、現状、問題があがっている事や、改善点などの話し合いを行っている。その話し合いで業務に反映出来るよう努めている。		
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	普段の業務の中では聞く事は無いが、個々で話を聞き現状把握を行うようにしている		
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	研修会の参加を促し、資格をとる為の情報提供等を個々にあった研修に参加してもらうように進めている。		
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	法人以外でも、他の施設の見学や研修を行い、サービスの質の向上に努めている。職員にとってもスキルアップになるように努めている。新人職員は業務の流れが把握でき、一人で出来るようになるまでは、付き添いで行っている。		

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
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	面談時に本人の状況を聞きながら、契約時に、本人、家族の要望に近い状態で過ごせるように努めている。入居後は、その都度の対応が出来るようにしている。		
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	出来るだけ足を運んで頂くよう常に声かけを行い、その場で、職員と家族が話ができるような環境作りを行っている。家族の方が来やすい環境作りに努めている。		
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	入居者の状況を見て、どのようなサービスが必要か・見極め、プランの作成を行っている。状況が変わった場合は、その都合合った対応に変更している。		
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	日常生活で行う家事(洗濯物・食器拭き等)をテーブルに移動させて、声かけにて行って頂き、見守り、レクへの参加は、職員も一緒に行い、良い関係を築けるよう努めている。		
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	時間が作れる時には、足を運んで頂き、家族との時間を過ごして頂くような声かけ、実践を行っている。		
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	入居者の方のお友達や、兄弟の方の訪問も多く、居室で共に時間を過ごされている。帰宅の際にお互いが喜んでみえる姿を見る事が出来る。職員も嬉しく思う。		
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	居室で過される方は少なく、ほとんどの方が、皆さんと職員を交えてフロアで話をしたり、手作業をしたりと過ごして見える。午後は、レクへの参加で関わりをもってみえる。		

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
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	入院された方は、病院へ状況を見に行き、状況を確認し出来るだけ早くホームへ戻れるような対応を行っている。退去された家族の方が、草取りに来て下さったり、近くへ来たから・・と気軽に寄って下さるような環境を築いている。		
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	入居者の希望や、家族の希望に出来る限り添えるようにしている。日常の中で困難な場合は、その都度家族の方との話し合いを行い対応できるように努めている。		
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	入居前の状況を面談時に聞いて、なるべく状況が急変しないように、生活環境を合わせるようにしている。経過に合わせてその都度の対応を行っている。		
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	その方に合った過ごし方を職員間で把握し、共有し、声かけ等を行いながら、進めている。その中で身体の情報も共有している。		
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	入居者の方一人一人に担当がいます。その担当は、その方だけではなく他の方の情報は、共有できるようにカンファレンスで話ができ、介護計画の議題として上げられるようになっている。		
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	日常の個別の記録にケアプランが組み込まれている為、日常の中で、プランの内容が行われた場合にはチェック項目にチェックし、今後のケアに反映出来るようになっていく。		
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	ケアプランでは上がっていない問題点などが生じた場合などは、その時の状況により柔軟な対応が出来るような体制に取り組んでいる。		

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	午後からのレクは、ボラの方が多く、地域の方が慰問して下さり、皆さんと共に時間を過ごして一緒に楽しむ事ができている。		
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	月に2回の連携医師の往診があり、日頃の健康状態の把握が出来る。緊急時の時も連絡が取れ、状況によって大きな病院への紹介も行って頂ける		
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	看護師も日常業務に入り、日頃の状況把握や、職員との情報交換を行いながらの対応を行っている。		
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。	入院後は、看護師、管理者が病院へ行き状況を把握し、退院後に必要なケアを考えて、注意点等を考慮し早期退院を目指している。		
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	重度化は指針に基づき説明後同意のもと同意書を頂くような取り組みを行っている。終末期については、今年初めてホームでの看取りを行った。		
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	緊急時の対応手順マニュアルに沿って行い、主治医の指示を仰ぎ、管理者、看護師への連絡といった流れで取り組んでいる。		
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	地域の方を交えての避難訓練を年に2回継続中。炊き出しや夜間想定訓練はホーム内だけで行っている。		

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
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	お部屋は個室の為、居室内では自由に過して頂いている。声かけ等については、常に意識して気に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	入居者の方の思いや希望は可能な限り支援を行っていく方針だが、出来ない事は、本人の様子を見ながら、対応出来る範囲で行っている。		
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	日常生活の中での声かけや、レクの声かけも行っているが、本人様のペースを優先し、レクも希望者で行っている。		
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	男性は髭が伸びないように、朝介助に入る方や、声かけで行って頂くようにしている。女性は、化粧療法に参加されオシャレを楽しんでみえる。月に一度出張で床屋が来る為、利用される方も多い。		
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	食事は外部委託の為、月に1度手作りの日を設け皆さんで作って頂いている。その方出来るお手伝いを役割で行って頂き、作る過程から楽しんで参加してみえる。日頃は準備や片付けを行って頂いている。		
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	献立の中で、栄養バランス、カロリーは1日の必要量を計算されている。水分補給は、朝、コーヒータイム、おやつ、常の声かけにて行っている。		
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	夕食後、自立の方以外は一人一人付き添い、介助のもと、口腔ケアを行い、自立の方も仕上げ磨きにて確認を行うようにしている。		

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
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	個々で時間の差があるが、排泄チェックを確認しながら、定期的に声かけ、トイレ誘導を行っている。全介助の方でも立位が保てる方は、日中はパンツでの対応で、トイレでの排泄を行っている。		
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	朝、毎日の日課で体操が行われてる。身体を動かす事他に、排泄状況を記録している為、看護師と相談し、下剤や整腸剤で対応を行っている。		
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	現在は、一人で入浴される方はみえない為、その方に合わせて入浴のお手伝いを行っている。		
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	夕食後、寝巻きに着替え、フロアで他の入居者の方と20:00頃まで話や、TVを見て過される方も少なくない。昼食後、レクとの合間に昼寝をして休息されている方もみえる。		
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	内服薬は、協力医の往診後定期で出して頂き、一人一人の状況にあった薬が処方されている。		
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	日常生活の中で、その方に出来る事で行って頂いている。楽しみの中では、外出・外食をレクで取り入れ気分転換の支援をしている。		
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	月の行事の中で、外出を取り入れて出かけている。季節によって気候が良い時には、5～6名に分けて散歩に出かける事もある。		

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
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	基本は事務所で一括して預かっている。預かりの中で外出の時などに買い物をして頂く事もある。		
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	手紙を書いた後に、事務所へ郵送依頼があり、職員がポストへ・・・という事もある。電話をかけたいとの依頼があれば、事務所よりかけていただいたり、かかってきた電話を取り次ぐ事もある。		
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	清掃は各勤務時間で分担されている。一番手をかけている場所はトイレ。日によっては、5回以上の清掃を行う事もある。ホーム全体の清掃は毎日行っている。冬場、暖房を付ける時期には、加湿器は欠かせない。		
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	共用空間の中では、入居者同士で話をされたり、家族の方が見えた時に話が出来る場所があり、利用されている。		
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	馴染みの家具などを持ち込み本人居心地のよい空間になるよう家族の方と相談しながら工夫している。居室に水槽を置き、魚の世話、水槽の掃除も自分でされている方もいる。		
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	出来る事は、自分で行って頂くように見守り、声かけにて行っている。必要な介助が行えるよう心がけている。		

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	40	日常的な外出において、利用者一人ひとりの、その日の希望にそった外出が現状出来ていない。	月に1~2度から各々利用者の希望(散歩や買い物等)を叶えられるよう予定に組み込むなど、全員が少しでも外出出来るよう支援する。	全員揃ってではなく、今日は1人、明日は2人と言ったように予定を組み入れ、それに沿った人員の配置、レクリエーションの姿などを職員全体で考えたい。	12ヶ月
2					ヶ月
3					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。