

1 自己評価及び外部評価結果(1F)

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2390500151		
法人名	株式会社 希 壮		
事業所名	グループホームフレンズハウス和楽家		
所在地	名古屋市市中村区猪之越町一丁目25番8号		
自己評価作成日	平成24年11月9日	評価結果市町村受理日	平成25年3月1日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人なごみ(和)の会
所在地	名古屋市千種区小松町五丁目2番5
訪問調査日	平成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)】

「ふれあい」と「コミュニケーション」を大切に「尊厳を保ちつつ、ご入居者様の状態を丁寧に見極め寄り添えるように心かけよう」を理念とし、ご入居者様一人一人が第2、第3の我が家として生活できるように心掛けております。開所一年とまだまだこれからということもありますが職員とご入居者様が笑顔で過ごせるように心掛けております。

【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)】

職員と入居者が一緒に、日常生活を行う施設である。掃除機、食事準備、片付けなど、一緒に、会話をしながら、なんでも一緒にできることを大事に、利用者と共に、日常の運営をしている。設立1年目の施設ではあるが、毎月の「フレンズだより」に施設の状況、行事、個々の入居者の状況を記入し、コミュニケーション、情報共有を図っている。又、毎月家族会を開き、積極的に、家族との連携を図っている。常に、どうしたら、良い運営ができるかの姿勢が有り、職員にも会議以外に、改善提案書を求め、運営に、利用者、家族、職員の意見が反映されるよう工夫がある。食器なども家庭的なものを使い、食事も、施設調理、おやつにも、参加しながら、楽しめる工夫が有り、嚥下体操など、元気で生活を続けられる支援がある。他関連施設の良いところを学び、取り入れている。レクリエーション、外出機会の増加への工夫など、様々な処への、気遣いがある。着実に、利用者、家族の為にどうゆう運営が良いかを考え、充実してゆくことが期待できる。

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ます (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	スタッフ会議の際に理念を唱和することで理念の理解に努め、実践するようにしています。	「ふれあい」と「コミュニケーション」を大切に「尊厳を保ちつつ、ご入居様の状態を丁寧に見極め、寄り添えるよう心がけよう」を理念とし、月一回のスタッフ会議の際、職員全員で唱和し個々に話し合いながら、理念に基づいたケアができていくか確認している。ケアの際、本人に楽な方法、合わせた方法を聞きながら行うよう意識し理念の実践に繋がるよう努めている。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	地域連携推進会議で教えていただいた地域の行事には積極的に参加しています。その他散歩の際はこちらから挨拶することにより地域の一員として交流できるように心掛けております。	運営推進会議のメンバーである町内会長より地域行事の情報を入手し、敬老会、運動会、盆踊りなど積極的に参加し地域との交流を深めるよう努めている。また、ホーム内で餅つきをした時には近隣住民におすそ分けを配るなど、開放的なホームを目指し地域との交流を図っている。日常の散歩の際は、職員のほうから積極的に近隣住民に挨拶を交わすようにし、顔馴染みの関係を築くよう努めている。	
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	開所して一年で事業所として地域貢献はできていないのが現状ですが今後開かれた施設として気軽に相談していただける施設を目指していきたいと思っております。		
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	会議での報告やご意見、いきいき支援センターの報告等を参考にサービスの向上に活かしている。	運営推進会議は年6回開催され、町内会長・中村区民生代表・いきいき支援センター・入居者代表・学区区代表・大幸福社会代表等のメンバーで構成されている。会議では、ホームの運営状況や活動の報告の他、メンバーからは、行事の提案や地域との交流を深めるための助言をもらう等、双方向的な意見交換が活発に行われている。	
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	地域連携推進会議の際いきいき支援センターの人とは情報交換をしたり、区の事業者連絡会に参加して意見交換等はしているが協力関係を築くところまではいっていません。	生活保護の入居者もいるため、区的生活保護係の担当者とは協力しながら支援に努めている。また、いきいき支援センター主催の認知症サポーター講座やはいかい高齢者おかえり事業などにも参加している。市主催の研修等には職員が順番に参加出来るよう取り組んでいる。	
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	エスケープがありその後の対策として玄関の電気錠をするようになりました。一度開錠しましたが認知症の薬の変更に伴い精神的に不安定にある可能性がでてきたため施錠しているが落ち着いてきたら開錠する予定です。	身体拘束廃止に関する指針に基づいて、入社時に研修を行っている他、スタッフ会議で職員全体で話し合い、身体拘束になる行為についての認識を深めるよう努めている。入居者との関わりの中で職員によるスピーチロック等、気になる対応があれば、ユニットの主任から管理者で報告され、その都度指導が行われている。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見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	すべての職員が法律について学んでいる訳ではないが法律について学んでいる管理者や職員が注意を払い防止に努めている。今後は職員全員が学ぶ機会をつくっていきなさいと思っております。		

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
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	全員の職員が学ぶ機会は設けていないが入居の際に必要なと感じた入居予定者に関しては管理者から話をさせていただいております。今後職員が学ぶ機会をつくっていきたく思っております。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約の際には十分な説明を行って納得していただいていると思っております。		
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	地域連携推進会議の際に入居者の代表として会議に出席いただいております。	毎月家族宛てにお便りを送付し、その月の行事のお知らせのや入居者の日常の様子が分かるよう個別でスタッフがコメントを記入する欄を設けている。また、毎月、家族招待の行事があり、面会以外でも家族から、入居者の健康面の相談やさまざまな要望を聞き取る機会となっている。事情があってもなかなかホームに来られない家族には、衣替えの時期や往診の結果等を伝える際に意見要望等を聞き取るようにしている。	
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	職員に職務改善の提案をしていただき運営に反映させています。	月1回のスタッフ会議で意見を言い表す機会がある他、全職員に意見提案書を配布し、職務改善の意見等を汲み取るようにしている。ローテーションに対する意見やレクリエーションの提案等、職員から汲み取った意見をスタッフ会議で検討し、運営に取り入れ、活かすよう努めている。	
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	キャリアパス規程に則り職員のやりがいを高めるように努めている。		
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	研修参加者には手当を支給し、積極的に研修参加を促し職員の資質向上に努めている。		
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	グループ内の他の施設との交流や会議を通じ、介護についての幅広い情報確保に努めている。		

自己	外部	項目	外部評価	
			自己評価 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	本人の環境の変化で困っていることを聞きながら本人が安心して生活していただけるように信頼関係をつく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	入居前や入居時に御家族様の要望や不安点等を伺いながら信頼関係に努めています。	
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	サービス導入前に御家族様や本人の話を伺いどうすれば本人や御家族様が幸せに過ごせるかを考えて対応するように心掛けております。	
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	家事を一緒に行うことにより一緒に暮らす者という関係を築くようにしています。	
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	ご家族様にお渡しする月1回のお便りにご本人の様子を記入したり来所の際に御本人の様子をお話させていただいたりして情報交換を心掛けております。	
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	入居ということはどうしても関係が途切れてしまいますがホームに友人が訪ねてきてくれることは歓迎しています。その他居室に写真を飾ったり友人に手紙を書いたりしています。	入居する前に住んでいた場所の近所の友人や親せき等が訪ねてきた時は、お茶を出して、落ち着いて話ができるような雰囲気作りをするようにしている。昔から利用している理美容へは、家族と一緒に出掛けているが、家族のいない入居者が希望された場合は管理者と一緒に出掛けるようにし、できるだけ馴染みの場所や付き合いの継続できるよう支援している。
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ご利用者が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者同士の関係を把握しながら職員が間にはいり話をしたり利用者同士がソファや掘りごたつに座って楽しそうに話をしたりしております。	

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
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	現在は本人死亡で契約終了しかありませんが退去で荷物をとりにきた際や電話で話を伺ったりして退去後も連絡がとりやすい環境に気がつけています。		
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	一人ひとりの希望や意向を伺うとともにスタッフ会議等で本人のことを検討しています。	入居時に、本人・家族から思いや意向について聞き取る他、日常の関わりの中から、表情や会話から本人の思いを汲み取るようにし、それを申し送りノート・個人記録・業務日誌に記録し情報として全スタッフが共有できるようにしている。	
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	入居時に本人のそれまでの暮らしの状況等を伺うことによりホームでの生活の参考にしております。		
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	日々の生活の中で一人ひとりの今の状態の把握に努めております。		
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	スタッフ会議で本人の状態の把握、相談をしながら本人やご家族様にも意見や要望を取り入れながらケアプランを作成しています。	3か月に1回又は、入居者の状態の変化に応じて、介護計画の見直しを行っている。モニタリングは月1回のスタッフ会議の中で、計画作成者が現場スタッフから本人の様子を聞き取る他、本人と面談しながら行っている。	ケアプラン立案の際に入居者、家族との話しあいなど、時間調整の工夫が期待される。
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	日頃の様子を詳細に記入しています。その他申し送りノートにて情報の確認や見直しを行っています。		
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	本人の状況に応じて柔軟な支援やサービスを心掛けていますが多機能化しているかどうかは疑問に残ります。		

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
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	地域資源を把握し支援しているかということに対してはまだまだ把握できていないところがあると思いますが地域連携推進会議での報告に対しては参加するようにしています。		
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	入居時に今までのかかりつけ医がいかかホームの主治医がいかかを伺い現在は全員ホームの主治医で往診をうけています。日常の体調の変化を往診時に相談しながら必要に応じて主治医から外部の医療を紹介していただいています。	2週間に1回、ホームの協力医による往診があり、往診のない日は、訪問看護が来ている。以前からの通院している他科への受診希望の場合は家族が対応している。家族の対応が難しい場合は、管理者が受診支援を行っている。訪問看護は24時間連絡が可能で、必要により、協力医と連携をとり、緊急時に対応している。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	日常の状態を看護師には伝えてその都度相談しながら利用者が適切な受診や看護を受けられるようにしています。		
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。	入院した際に情報提供をしたり、退院に備えて情報提供をしていただいたりしていますが事前に関係づくりを行うことは難しいです。		
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	入居の際には重度化した場合や終末期のあり方は説明させていただいています。実際に終末期の利用者の時は主治医とご家族と今後のことを話し合う機会を設け支援に取り組んだこともあります。	入居時に、重度化や終末期に向けた方針を本人・家族と話し合い、医療依存度が高くなった場合には、ホームとして対応できない旨を説明し、同意を得ている。ホームとして対応できる間は、ホームの主治医・訪問看護・関係医療機関と連携をとり、入居者の希望に添えるよう支援をしている。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	全ての職員が定期的に応急手当や初期対応の訓練をしていますが今後はしていきたいと思っています。急変時の対応については話をしています。		
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	避難訓練は定期的に行っています。がまだ夜間を想定した訓練はできていないため、今後はそういう訓練もしていく予定です。地域の消防署との協力体制はできつつあるがまだ地域との協力関係は出来ていない為今後はつくっていききたいと思います。	年2回、内1回は消防署立ち合いのもと、昼間の火災想定で、通報・消火・避難訓練を実施している。避難場所である小学校へは日常の散歩の際に経路を含め確認済みである。また、最近、地震想定で揺れがおさまるまで机の下にもぐり、おさまったら駐車場まで避難する訓練も行った。	災害時の備蓄について置き場所や備蓄の種類、必要量等、話し合い検討することが望まれる。又地域との緊急時連携などにも充実が期待される。

自己	外部	項目	外部評価		
			自己評価 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	人生の先輩であるということ認識し、丁寧な言葉づかいや言葉掛けをするように気をつけて対応している。	入社時に接遇についての研修を行う他、職員に接遇についての資料を作成し、いつでも確認できるようにしている。入居者への呼びかけは名前に「さん」を付けるようにし、慣れによる言葉づかいの乱れや不適切な対応があれば、全体でミーティングを行い、振り返りの機会を設けている。場合によっては、管理者が個別で注意を促す事もある。	
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	問いかける言葉かけをすることにより本人の思いや希望を話をさせていただけるように気をつけています。		
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し、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	大まかな日課は決っていますがその他の時間は一人一人好きなように過ごしていただけるように配慮しています。		
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	職員と一緒に服を選んだり化粧水等をつけてたい人はつけたりして身だしなみやおしゃれができるようにしている。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	毎日職員と一緒に食事の準備や後片付けをしています。食事に関しては好き嫌いを考慮し、どうしても食べれない物に関しては違う物を提供したり盛り付けを変えたりして提供しています。食事は職員も同じ物を一緒に食べています。	献立は栄養管理士と相談しながら決め、冷凍食品は使用せず、魚は魚や、野菜は八百屋から配達してもらい旬の食材を使うよう配慮している。1F2Fとも同じメニューだが、調理は各フロア毎に行っている。その他、おやつにケーキ・おだんご・たこ焼き等入居者と一緒に毎日手作りしている。また、昼食・夕食前には嚥下体操を行うなどの支援も行っている。	
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	水分量、食事をチェックして1日を通じてどのくらい摂取しているか確認しています。食事に関しては一人一人の状態に応じて薄味にしたり、細かくしたりして配慮しています。		
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	毎回の食事後口腔ケアを行い洗いきれいな所は介助させていただくことにより清潔を保持するように配慮しています。		

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
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	排泄チェック表により排泄の状態を確認するとともに尿意、便意を感じない利用者に対しては時間を決めてトイレ誘導をする等配慮しています。	個々の排泄リズムを排泄チェックリストにより把握し、時間にトイレへ誘導している。また、それにより尿意・便意がなかった入居者が自分で排泄するようになった事例もある。夜は紙おむつ使用でも屋はリハビリパンツを使用するなど、個々に合わせて排泄の自立に向けての支援を行っている。	
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	排泄チェック表により確認するとともに毎日体操をしたり、バランスを考えた食事の提供、一人一人がおいしく食べれる工夫をすることで予防に取り組んでいます。		
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	一人一人の希望にあわせてゆっくり入浴できるように心掛けています。	毎日入りたい、ゆっくり入りたい等、入居者の希望に沿うよう入浴の時間、順番を体調も考慮しながら決定している。脱衣所には、個々の名前が書いてある脱衣かごが用意され個別のスペースが設けられ好みのシャンプーや石鹸などが収納されている。入浴後の足拭きマットは同じ面を使用しないよう白癬などの感染予防にも配慮している。	
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	一人一人の生活習慣に合わせて居室でゆっくりされる人、リビングで好きなことをされる人等それぞれ思い思いに過ごしていただき夜間良眠できるように配慮しています。		
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	往診の際に薬の変更があった場合は主治医の話が職員全員が理解できるように配慮している。また処方箋を個別記録にはさんで職員が確認できるようにしています。		
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	料理、裁縫、手芸等一人一人生活歴や好きなこと、得意なことをおこなっていただいています。		
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	散歩や中庭にでてゆっくり過ごしていただいたり、外出行事や外食等を企画して実施したり月に1度はご家族様を招待しての行事を企画して楽しんでいただけるように配慮している。	天候や体調が良い時は散歩に出掛けている他、入居者の希望により、ドラッグストアに化粧品を買いに出掛けたり洋服を買いにショッピングセンターに2、3人一緒に出掛ける事もある。毎月一回の外出行事もあり花見等の季節に合わせた外出の他、北名古屋歴史民俗資料館、家族招待で伊勢神宮等、多様な外出支援を行っている。	

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
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	入居時にご本人やご家族様が希望された場合はご本人が所持しています。所持をせずに預かっている場合でも外出で買い物をする場合は好きな物を購入にて使用できるように配慮しています。		
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	ご本人やご家族様の希望があれば電話をすることもできますし、手紙のやりとりもできるようにしています。		
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	季節の行事の写真を貼ったり作品を貼ったりしています。日中はなるべく外光を取り入れるようにしている。共用空間をきれいにして過ごしやすいように工夫しています。	中庭では花や、野菜等を入居者と一緒に育ており、そこで育てた花を切り花にし、リビングに飾っている。また育てた野菜は入居者と一緒に収穫し献立に加えられる。キッチンはオープンキッチンでリビングが見渡せ入居者の様子が調理中でも良く分かるようになっている。リビングの一角には畳敷きのスペースが設けられ、掘りごたつがあり入居者が寛げるようなスペースになっている。壁には入居者の自筆の毛筆作品や、手形、行事等の写真が飾られている。また、トイレ・風呂・居室とドアの色を色分けし色で分かるよう工夫がされている。	
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	掘りごたつでくつろいだり、ソファで話ができるように工夫している。リビングでテレビをみたり話ができるようにしています。		
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	入居の際ご家族様には今まで生活していたや馴染みのものを持ってきていただくように話をさせていただきご本人が過ごしやすいようにしています。その他思い思いに写真を飾ったりして居心地良く過ごせるようにしています。	共用部分と同じく木調で落ち着いた雰囲気色の居室で、ベッド・エアコン・可動式棚は備付で、カーテンは入居者の好みの物がつけられ、仏壇・テレビ等の持ち込みは自由にできる。居室の掃除は毎朝職員と一緒にしている。壁には家族の写真や入居者が好きな言葉を毛筆で書いて飾るなどそれぞれの好みの居室作りがされている。3日に1度程度布団干し、シーツ、干し等がある。	
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	トイレの扉の帯の色は青、居室は茶色、浴室はオレンジとそれぞれに色分けすることにより視覚的にわかるように工夫しています。		

目標達成計画

作成日: 平成 25 年 2 月 13 日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。

目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【目標達成計画】					
優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	26	ケアプラン立案の際に入居者、家族との話し合いなど、時間調整の工夫が必要。	ケアプラン立案の際にご家族様との話し合いができるようにする。	ケアカンファレンスの日程をあらかじめ連絡して参加していただくようにする調整をおこなうようにする。日程を調整しても参加の難しいご家族様に関しては書面にて意向、要望をお聞きし、ケアプランに反映できるかをお話しするようになっている。	3ヶ月
2	35	災害時の備蓄について置き場所や種類、必要量等の話し合いを行い決定する。	災害時の備蓄について置き場所や種類、必要量の話し合いを行い決定する。	話し合いによって決定した置き場所や種類、必要量を購入し備蓄して災害時に備える。	1ヶ月
3	35	地域との緊急時の連携。	消防署、地元消防団と連携し避難訓練が行えるようにする。 地元町内会にも避難方法について説明、周知し、協力してもらう。	消防署と協議、消防署及び地元消防団との避難訓練の実施。 地元町内会へ避難方法についてご相談し、周知してもらうとともに協力体制を構築してもらう。	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。