

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	2374900328		
法人名	愛知三愛福祉会		
事業所名	グループホームあいわ		
所在地	愛知県日進市米野木町南山987-58		
自己評価作成日	平成23年 1月17日	評価結果市町村受理日	平成23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	http://www.kaigo-kouhyou-aichi.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2374900328&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	愛知県名古屋市中区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成23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)】

近くに病院・様々な医療施設又愛知牧場等、自然に囲まれた静かな穏やかな環境の中で、時間や規則にとらわれず、今までの生活スタイルを「あいわ」でも大切に自由にのんびりと過ごしています。自分の持てる力がどんなときでも「あいわ」の生活の中で発揮でき、いつまでも維持できるように心がけています。

【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)】

ホームの周辺には民家がほとんどなく、地域交流にはやや困難な地域に所在するが、森に囲まれた静かな環境下にある。経営法人の他施設(特別養護老人ホーム及びデイ・サービス施設)が近隣にあり、利用者の状況によって、より適した介護施設への移行にも対応できるほか、協力病院である総合病院及び同関連施設も隣接しており、緊急事態の対応にも安心感がある。
利用者は、天然木をふんだんに使用した居住空間と人間味あふれる介護スタッフに囲まれて幸せな毎日を送っている。

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 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)	#REF! ○ 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	・「慣れ親しんだ地域で、今までと変わらぬ生活スタイルを維持して、その人らしく生活していくこと」をどのように実践していくか、毎日の生活の中で話し合い、取り組んでいる。	管理者はミーティングなどで理念についての思いを職員に伝えており、利用者の生活スタイルを把握して、その人らしく生活出来ることを意識して支援につなげている。	
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	・自治区の回覧板を廻してもらい、地域の季節の行事に参加できるようにしている。	自治会には加入しているが、近隣は民家がほとんどなく回覧板が回ってくる程度で地域交流は容易ではない。法人の経営する施設の喫茶店に出かけたり、周辺の商店への買い物等で地域とのつながりを保っている。	
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	・事業所独自の活動は無いが、入居相談・施設見学を随時受け入れ、ホームの役割を説明している。		
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	・活動報告や住人さんの生活の現状・問題点を随時話題にし、ご意見アドバイスを受け、毎日の生活の中で生かしている。	運営推進会議には、民生委員、包括支援センター、地区の区長、市役所、家族、消防署等の参加があり、行事報告や、施設離脱などの施設の課題を事例を用いて話し合い、地域に認知症についての理解を広めている。	施設が認知症ケアのノウハウの発信源としての役割を担えるような活躍を期待したい。
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	・市町村主催の研修会に交代で参加し、他の事業所との情報交換や連携をもつようになっている。	行政側職員が常に運営推進会議に参加しており、施設の課題や現状を情報共有している。事故報告やスプリンクラーの設置などで市と連絡を密に取っており、包括支援センターからも入居相談が入る。	
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	・法人の内部研修で学ぶ機会をもっている。マニュアルの周知徹底を図っているが十分とは言えない。	玄関を開放しているため、ドアベル音で外出しそうな利用者の行動を察知して、一緒に同行してサポートしている。利用者の行動の自由を守り、安全に生活出来る支援を行っている。拘束しないことで生じるリスクについて家族に説明し、工夫して対応している。	
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	・法人の内部研修で学ぶ機会をもち、虐待防止への理解を深めるようにしている。ミーティング時に住人さんの情報を交換し、些細な虐待の兆候等を見逃さないようにしている。		

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
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	・制度についての勉強会等に参加する機会はなかった。		
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	・入居前、各家族に契約内容を説明している。 施設での生活の様子を話し、どのような生活をスタッフと共に送って行くのかの話し合いを深め理解を得るようにしている。		
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	・面会時は近況報告に心がけ、生活の様子を伝え、住人さんのその時々合ったケアにより安全に安心して生活してもらっている。その中で、家族の要望・意見を取り入れるようにしている。	運営推進会議では、家族から意見を聞く機会を設けて運営に反映させている。来訪の少ない家族には、施設から連絡を取って状況報告して家族の意見を聞きだしており、言いやすい関係作りに努めている。	家族からの意見・要望は、早い段階で全職員が共有できるよう、迅速な周知を望みたい。
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	・全体ミーティングを月1回行い、スタッフ1人1人の意見や考えを話す場所を作っている。欠席者も書面にて意見が反映できるようにしている。	月1回職員会議(ミーティング)を開催して意見要望を聞き出している。会議に出席出来ない職員には、会議レジュメを事前に配布して意見等を記入させており、全員が意見を出し合う体制を採っている。	
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	・常勤職員の退職と非常勤職員の採用が重なり、理念が十分伝わらず、業務優先になる傾向が強くなり、住人さんと共に生活する喜びや仕事のやりがいが見つけにくくなってきている。		
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	・法人の内部研修を中心に学ぶ機会はあるが、業務の中での参加は難しい。外部の研修には交代で参加する機会が増えた。		
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	・県グループ協会ブロック会議を通して他事業所との交流は行っているが、同じ市内のグループホームとの交流は無い。入居待機者等の情報交換は随時行っている。		

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	・随時、体験・訪問を受け「あいわ」でどのような生活を送りたいか、不安は何か等を話し合うようにしている。「あいわ」での生活が安心できるような時間をかけて関係を作っている。		
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	・話し合いを重ねていく中で、「あいわ」が最善の場となるように共に考えていく。スタッフだけでなく家族も協力し合う中で住人さんを支えていくようにしている。		
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	・入居相談時に、グループホーム入居が今一番必要なサービスであるのか、在宅での可能性も含め話し合いを重ねていく。		
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	・「できることで生活をする」を第一に考え、できないことは介護を受けながら、本人さんの意思を優先し生活をしている。		
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	・長く生活することで、「あいわ」に任せきりになってきた傾向もみられる。家族も「あいわ」の一員と考え、一緒に住人さんを支えてもらうように再度話し合いを進めていきたい。		
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	・ご近所の方の訪問や手紙・電話はあるが、月日と共に途切れてきている。馴染みの喫茶店やお店に時々出かけるようにしている。	利用者の出す年賀状の宛名書きを職員が代筆して、付き合いが続けられるように支援している。昔の友人が、近隣の病院受診の後で立ち寄ってくれるなど、ホーム(職員)は入居前の関係を把握して対応している。	
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	・自分の意見を主張する住人さんが中心になる傾向があるので、タイミング良く間に入るようにしている。食卓の席・散歩・外出時のグループを工夫し、穏やかな関わりをもつようにしている。		

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
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	・入院後退所した場合や法人内特養に移った住人さんの生活の様子は、随時情報を受け、家族との関わりを継続している。生活の場所が変わっても家族の思いを大切に聞き聞かしている。		
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	・毎日のスタッフとの関わりから、住人さんの望みや思いがどのようなものか、日々の言葉や表情・行動から把握するように努め、住人さんが穏やかに過ごせる生活を考えていく。	利用者の思いを尊重し、日々の生活の中でどうしたいかを尋ねて、意向を把握して対応している。意向の表せない利用者には、話した内容や、様子を生活記録に記載して、思いを察してサービスに活かしている。	
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	・入居前の話し合いでは、家族より今までの生活の様子をできるだけ聴き取るようにしている。又、在宅時のサービス利用の様子は各事業所より情報収集し、入居経過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	・今までの生活が、グループホームに入居しても継続できるようにしている。今できることに目を向け、できることは自信をもって維持していき、又スタッフと一緒にしようとする意欲をもってもらう。		
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	・家族の方より、日頃からどのような生活を望むのか話し合いをする中で聴き取るように努めているが充分ではない。スタッフの意見や思いが計画の中心になっている。	利用者の状態の変化に早急に対応出来るように、毎日の申し送りで現場のスタッフから意見を出してもらっている。その状況を家族に伝え、現状に即応したケアプランの見直しを実施している。	
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	・日々の生活記録を大切に、全てのスタッフで住人さんの情報を共有している。ミーティング・申し送り時に随時問題があれば検討をし、計画の見直しに結び付けている。		
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	・本人の望みや、家族の望みをその時その時で把握できていない場面が多く、十分とは言えない。		

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
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	・病院、消防署、交番、公民館、スーパー、コンビニ、喫茶店、薬局等、地域にある様々な資源を活用し、「あいわ」でも豊かな思いで生活できるようにしている。		
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	・月1回の定期受診は、スタッフの付き添いで行い、随時受診状況を家族に報告している。必要に応じ、家族同行で受診し状況の説明をかかりつけ医より受けるようにしている。	提携医への定期検診には職員が通院同行し、認知症専門医の受診希望者には月2回の往診がある。眼科、耳鼻科などの受診は原則家族対応だが、費用の利用者負担により、代行できる旨を重要事項に記している。	
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	・定期受診時、かかりつけ医と共に看護職員に日頃の様子を伝える。必要に応じ助言を受けている。緊急時は、法人内看護職員に相談し助言を受けている。		
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。	・月1回開催する近隣施設看護介護連絡会「虹の会」で情報交換し、入院時は、早期退院に向けた話し合いをしている。		
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	・原則、重度化対応・終期末対応はしていない。次の生活の場をどのようにしていくかは、家族と早目に話し合いの中で話題にしていくようにしている。	入所基準では、要介護1～3迄で身の回りは自分で出来ることを条件とおり、要介護4以上になった場合には、今後について施設と家族で話し合いを行うこととしている。看取りは行っていないが、ホームで出来る限りの対応をしていくよう検討している。	
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	・救急救命講習を定期的に受けている。急変や事故発生時のマニュアルを整備し常時意識化している。法人内研修にて、介護技術の研修を重ね実践に役立っている。		
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	・1年2回、尾三消防署の指導のもと住人さんと共に避難訓練を実施している。夜間の訓練は行っていない。	年2回、消防署立ち会いで防災訓練を実施している。大声で叫んで火事を知らせる訓練と、初期消火・誘導の訓練を実施している。スプリンクラーが設置され、避難後の見守りに関しても地域の協力体制を築いている。	夜勤職員しかいない夜間想定避難訓練の実施も考慮されたい。

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
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	・毎日生活を共にする中で、慣れ合いの関係にならないよう、常時一人ひとりの住人さんのその時に合った丁寧な介護に心がけている。	利用者の誇りを傷つけないように心がけており、職員が言葉で押さえつけるような言動がないように日頃から指導している。利用者の気持ちを大切に、温かい言葉かけや、さりげない支援を行っている。	
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	・どんな場面でも、一人ひとりが自分の意思を表現できるよう、スタッフとのコミュニケーションを大切にしている。できないときには、スタッフと一緒にを行うようにし、本人の意思を大切にしている。		
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	・今までの生活スタイルを大切に、「あいわ」に入居してもその人らしいペースが保てるようにスタッフ間で常時話し合いをしている。		
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	・日々の整容は、スタッフと一緒にしている。外出時には、本人と一緒に好みの服を選び楽しんでいる。動きやすさにも注意している。		
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	・三食の食事作りは手伝ってもらい、一緒に(野菜を洗う・切る・皮をむく・味付け・取り分け)行っている。食器の片付け洗いは、各自が自分で行っている。	「田作り」の得意な利用者が、職員に教えることで誇りを持っている。職員も一緒に食事しており、利用者は自分の食器洗いを生活習慣としている。誕生日には意向に合わせた献立が並ぶ。	
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	・個別での対応はしていないが、体調を考慮し、必要な住人さんには、食事量・水分量のチェックをしている。食材によっては、刻みミキサー食にて対応している。		
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	・月一回の口腔ケアを行い、歯科衛生士より必要なケアの指示を受け、毎食後実施している。自分でできない住人さんには介助にて実施している。		

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	・必要な住人さんには、排泄チェック表を用意し、トイレ誘導している。過剰な誘導にならないように注意し、本人が自分で行こうとする力が維持できるようにしている。	失禁が増えるなどの状態があれば、すぐにもミーティングが開かれる。トイレ誘導の回数を増やしたり、パットに変えるなどの対応をして、利用者の失禁によるショックを軽減するような対応をしている。	
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	・排便の記録をもとに個別に対応している。水分摂取、食事(食材の工夫)、毎日の散歩等を心がけ、内服薬に頼らない自然派移設に心がけている。		
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	・チェック表にて、どの住人さんにも入浴を楽しんでもらうようにしている。入浴好きの住人さんは、毎日入浴できるようにしている。入浴後は、ゆったりくつろぎ良眠となるようにしている。	在宅時の生活習慣を継続できるように、入浴は原則的に夕食後の19時～21時で対応している。入浴拒否のある利用者には度々声かけし、入浴の意思があればいつでも入れる支援を行っている。	
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	・本人の気持ちを大切に、日中はできるだけ活動的に過ごすようにしている。行動や毎日の散歩への参加を促し、体を動かすように心がけ夜間良眠に結びつくようにしている。		
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	・内服薬の個人ファイルを使用し、一人ひとりの内服状況の把握に努めているが十分ではない。変更時は申し送り記録をしているが、全員熟知はできない。		
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	・買い物、外出時は、できるだけ住人さんと一緒に出かけ、食材や自分の嗜好品を購入している。日用品も必要に応じて買いに出かけ、一人ひとりの毎日の生活が途切れないようにしている。		
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	・住人さんの希望は、いつでも応えることができるようにしているが、充分満足のものとはいえない。全員では行けないがグループに分かれて喫茶店やドライブにできるだけ出ようとしている。	「外出実施表」に外出先や利用者名を記載し、公平に外出が出来るように支援している。日常的には買い物に出かけたり、車椅子で近隣の施設の喫茶店や散歩に出ている。気候の良い時は遠方への外出も多く、利用者の希望に沿って企画している。	

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	・一部の住人さん(3人)は、買物時、自分で支払いをしている。財布の置き場所を忘れてしまうことが多くなってきたので、必要に応じてまとめて渡し外出・買物時に使うようにしている。		
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	・暑中見舞・年賀状等、スタッフと共に書くようにしている。電話を受けたり掛けたりは、スタッフと共に自然にできるようにしている。		
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	・食堂が毎日の生活の中心となっているが、中には居間で気ままに過ごす住人さんもいる。日当たりのよいときは畳で横になったりと、住人さんなりの居心地の良い時間の過ごし方ができている。	木の温もりが感じられる建物で、1枚ガラスの大きな窓が多く室内は明るい。食堂や居間に面してこじんまりした和室が各所にあり、くつろげる場所が多い。木に囲まれた生活空間は、手触りや風情が利用者になじみやすく、安心感につながっている。	
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	・居間のソファと食堂の2か所が住人さんの生活の場となっている。ベランダの椅子に座ったりと毎日の生活の中で住人さんが、思い思いに過ごしくつろげるようにしている。		
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	・今までの生活が継続できるよう、愛用の家具・衣類・寝具等を持参してもらっている。状況によっては、転倒防止のためカーペットを外したり、化粧品が分からなくなり持ち帰ってもらった現実もある。	木造で小窓と扉のある入り口は、懐かしい雰囲気がある。室内には筆筒や仏壇などの持ち込みの家具があり、小物を飾って、個々にその人らしい居心地のよい部屋づくりを行っている。	
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	・認知症の進行と共に、自室が分からなくなったり時に、場所の確認ができなくなっている住人さんもいる。不安にならないよう表示したり早目に声をかけ安心して生活が送れるようにしている。		

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	10	・家族の面会時間に住人さんの生活の様子等伝えている。又、ご意見、要望等話の中で聞いているが、十分でない。 いつでも家族の思いや、願いをスタッフが知る	・面会時にご意見・ご要望が、気軽に「あいわ」に伝わり、スタッフ間でそれを随時共有し、解決に取り組む	・玄関、居間に、意見や要望をいつでも入れる事ができる様にボックスを設置する。 ・取り組みをしている事を口頭、さらに「あいわ便り」にてPRする。	6ヶ月
2	35	・防災訓練を年2回実施しているが、夜間想定 の訓練の実施はない。 年1回は実施していく	・どんな時でも、安全で安心して暮らせる様にしていく。 日中だけでなく、夜間を想定した避難訓練をする。	・年2回の防災訓練で、夜間想定 の避難訓練を実施する。	3ヶ月
3	18	・入居期間が長くなる事で、全て、施設に任せきりになって来ている傾向が出て来た。 家族も「あいわ」の一員と考え、家族と共に住人さんを支えていく様にしていく	・「あいわ」の入居期間が長くなっても、スタッフだけでなく、家族と一緒に住人さんの「あいわ」での生活を支えていく。	・毎月発行する「あいわ便り」行事計画を具体的に載せ、参加を促す。 ・面会時に住人さんの日々の様子を話し、問題がある時は一緒に考え話し合っていく。	12ヶ月
4	33	パンフレットに入居利用料は明記されているが、入居時の要介護度が記入されていない。	・入居基準(要介護度)が、パンフレットを見てわかる。	・入居基準が明記されているパンフレットを作成する。	1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。