

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 | 2390100051 | | |
| 法人名 | 愛の郷株式会社 | | |
| 事業所名 | グループホームえがおII ユニット1 | | |
| 所在地 | 名古屋市千種区香流橋二丁目3番45号 | | |
| 自己評価作成日 | 2011年11月10日 | 評価結果市町村受理日 | 平成24年3月19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 | kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2390100051&SCD |
|----------|--|

【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23年11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)】

ご入居者お一人おひとりの心に寄り添うという理念の下、家庭的な雰囲気の中で楽しい会話、えがおが絶えない温かい生活を終身送っていただくよう支援します。地域の方々との交流を大切に、連携し合い、地域の一員として豊かな生活を送れるようにします。

【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)】

経営者が看護師であり、医療連携、心身の状況把握が的確に行われている。24時間対応をしている。入居者と家事全般にわたり、できる事、興味のある事を一緒に行い心身の状況維持、改善をしている。「自立支援」を基本理念として、その実現を図っている。医師の訪問診療の外、リハビリスタッフが週1回訪問し、機能回復にも力を入れている。え「がお新聞」を発行して、家族等への状況周知を図っている。見守りを重視し、入居者間の交流など、行き過ぎのないよう注意しながら、進めている。

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) |
| 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) |
| 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) |
| 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) |
| 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 |
| 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 |
| 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 | 基本理念は、パンフレットに明記しており、同じ内容を玄関、2階、3階のエレベーターホールに掲示し、常に意識できるようにしている | 「理念」を掲示してつねに意識し、家族などにも解かるようしている。起床時間を始めとして、生活全般に「個人の尊重・自立支援」が図れるよう個々に合わせた対応がある。 | |
| 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 | 2ヶ月に一回の運営推進会議に自治会長の方と民生委員の方をお呼びして、グループホームの近況やご家族の意見・感想などを共有させて頂いている | 町内会に加盟している。運営推進会議に地域の代表の参加がされている。夏祭りへの参加など行事参加をしている。地域在住の職員を通じた地元住民との交流をしている。 | 地域の諸団体や、日常活動への参加、交流の充実が期待される。 |
| 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 | 自治会内や学区内で、左記のニーズを調べるところから始めたい | | |
| 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 | 実地指導の指摘事項とその対応状況を報告している。ご家族からのご意見をお聞きし、サービスへ反映している | 運営状況報告の中、家族、行政、地域の参加のもと質問に答えたり、意見、要望を取り入れ、ケアの充実を図っている。「大きな家族との意識」で、運営している。家族への連絡事項、方法など改善された。 | 地域参加者を増やす、会議回数を増やすなど、参加者、開催回数の充実が望まれる。 |
| 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 | 実地指導の後、市からファイルをメールしていただき、利用している。書き方・不明点について問い合わせしている。 | 推進会議での交流、実地指導以降、実務相談など電話やメールなどで、担当者との関係を密にしている。市や、いきいき支援センターのホームページから介護関連研修会などへ参加している。 | |
| 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 | 「身体拘束0への手引き」は入手し、回覧している。拘束に該当するケアの存在を理解しているが、解除できていないところがある。説明書、経過観察・再検討記録の整備を市から指摘されている | 配慮が必要な入居者があり、家族の依頼、同意のもと、極力最小限にしている。申し送り時での「拘束」の理解、状況把握、資料による研修など行っている。、随時拘束につながらないよう、注意している。 | 介護における拘束を理解し、拘束のないケアの実現が、期待される。 |
| 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 | 高齢者虐待防止の基本 要介護施設従事者等による虐待への対応 入手。回覧 | | |

| 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 | 日常生活自立支援事業、成年後見制度資料を入手し、回覧。一名、身元保証人がないのでNPO法人と契約 | | |
| 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 | 口頭で説明し、質問に答えているが、記録は付けていない。 | | |
| 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 | 運営推進会議に利用者やご家族に参加していただき、ご意見をいただき、運営に反映している。 | 家族などの施設訪問回数が多く、訪問時での意見、要望把握が行われている。意見箱の設置がある。「おたより」を送ったり、電話での意見交換をしている。相談受付ノートに記入したり、申し送り時などで情報共有している。 | |
| 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 | 全体会議を開催。朝礼にて意見交換、適宜意見・提案を聞いて反映。 | 月1回ミーティング、朝礼時の外、随時施設長、管理者、経営者に相談、話し合える機会がある。申し送り、改善を日誌にまとめている。職員の提案で、作業のチェックリストが作成された。 | 口頭、会議のみでなく、匿名性のある提案方法など、配慮が望まれる。 |
| 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 | 労働時間は、職員との話し合いで決定。休み希望も申請していただき、できるだけ反映している。 | | |
| 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 | ケアの仕方については、個別指導している | | |
| 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 | えがおⅠの業務を学ぶ機会を設けたことがある | | |

| 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 |
| 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 | 入所前の訪問時に時間を掛けて聞き取りを行っている。必要な家具、衣服などを準備することもある。 | | |
| 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 | 契約内科医や歯科医院との契約、通院介助やお預かり金、帰宅願望への対応などについて説明し理解していただいている | | |
| 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 | 身元保証人がいない方の場合、家具、衣服などの調達、身元保証人の確保などを行っている。ご家族が遠方にいる場合等安全の確保のために緊急の入所に対応している。 | | |
| 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 | 掃除、洗濯物干しや取り込み、食器洗いなどを一緒に行っている | | |
| 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 | ホームへの訪問は自由に行え、外食や自宅に泊まりがけで戻ることもできる。通院介助も可能ならご家族で行っていただくようにしている。毎日来られ、散歩に行かれている方もいる。 | | |
| 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 | 自宅に泊まりがけで戻ることによって家族や実家との関係が途切れないようにしている方もいる | 家族との連携で自宅などへ、外出、外泊などしている。馴染みの食事場所、店での買い物などへ、職員が同行している。新たな馴染みの場所づくりとして、施設近くの職員の家へ行き、コーヒーを楽しんだり、飼っている犬と遊んだりしている。 | |
| 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 | 大判の貼り絵に複数で取り組んだり、塗り絵や編み物に皆で取り組んだり、ソファに座ってテレビを見たりすることに対して援助している。テーブルの座り位置なども工夫している | | |

| 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 | 入院のため退去される場合、相談・支援のニーズは発生したことはない | | |
| 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 | 入居時の聞き取りの他、日常取り組みたいことは何かと聞いているが、特別これと挙げられる方は少ない。謡曲が趣味の方が、練習は迷惑と控えておられた。謡曲本を入手し、リビングで練習していただいた | 家族、本入から居時の聞き取り。日常的には、会話や、態度、表情などから、意向、思いの把握をしている。職員研修、会議などで、把握手法、理解を深めている。「ひもときシート」の活用で、趣味「謡曲」の再開などすすめ、効果を出している。 | |
| 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 | 生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境などをヒアリングした方はいる | | |
| 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 | 身体経過記録表、水分・排泄チェック表、ケア記録に記録している | | |
| 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 | 計画作成者が本人、家族、スタッフなどからのヒアリングに基づいて計画を作成している | 経営者、施設長は、週3~4回時間を共有して状況を確認している。職員は日々の変化、状況を申し送り、記録をして、ケアの方法が適切かどうか、確認し、共有している。月1回、会議での、検討がされている。家族との連携のもと、計画策定している。 | |
| 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 | 計画に記載の長期・短期目標や具体的な援助内容を意識してケア記録を書くようにし始めた | | |
| 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 | 脚力の衰えを防止し、脚のむくみをとるためにエアロバイクを導入。足裏マッサージ器や脚のエアマッサージ器の導入 | | |

| 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 | 契約内科医、歯科医院とは別に内科医、整形外科医、皮膚科医、眼科医への受診・送迎援助、緊急搬送、食材や消耗品の調達、公園やファミレスの利用などを行っている | | |
| 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 | 契約医は、2週間毎に往診。24時間待機。インフルエンザワクチンの注射や定期的な血液検査も実施。契約歯科医院は、毎週入れ歯のケアや医師による診断を実施。 | 協力医は月2回往診、随時対応については、24時間対応できる。かかりつけ医へは、家族同行。専門医の必要な時は、名鉄病院などへ、受診している。薬漬けにしない方針で、家族との協力のもと、行っている。医療機関の連携は取れている。職員同行の時は、結果を家族に報告している | |
| 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 | 医療連携ノートに介護職からの依頼事項を書き、看護職が回答する形をとっている | | |
| 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。 | 長期入院された方の退院時カンファレンスに参加。退院後の部屋の確保状況の問い合わせに回答。医師はご家族に話をされ、それを伝え聞く形である | | |
| 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 | 手術を拒まれて、医療行為は行わない約束でホームに戻り終末期を過ごした方には、訪問看護を利用していただいたことがある | 本人、家族の合意のもと、希望に合わせ、方針決定している。医師、看護師との連携で、支援している。昨年7月手術を受けず、12月から入居、訪問看護を利用しながらケアしている例あり。入居時に方針を決めるが、随時希望を確認しながら、状況に合わせて、支援している。 | |
| 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 | 心肺蘇生の訓練は、1度行った | | |
| 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 | 火災、地震時には、エレベーターが止まるので、階段を利用して非難する方法を確立できていない。また、地域との協力体制も構築できていない | 消防署の指導のもと、訓練している。消防署直結の通報機器等の通報訓練。スプリンクラー設置。入居者の、避難訓練はされていない。緊急連絡網を、掲示している。消化器、救命訓練2回実施。オムツなど災害時備蓄あり。 | 入居者を交えた火災、災害訓練の実施。近隣との緊急時対応体制、等の充実が望まれる。 |

| 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 | 入浴介助はできるだけ同姓介助としている。若年性認知症の女性の方の排泄介助もできるだけ同姓介助としている | 個人情報となる書類の管理、入居者に対する、言葉づかいや振る舞いに気をつけている。失禁時には、トイレへ自然な声掛けで、誘導を行っている。職員の不適切な行為がある時は、細かく、即刻注意をして、対応している。入浴、排せつ時は同性介助を原則としている。 | |
| 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 | 10時のお茶の時間には、コーヒー、紅茶などの好みに対応。睡眠前の牛乳も希望で飲んでいただいている。体調に応じて「おかゆ」の希望にも対応。着衣を選んでいただく方もある | | |
| 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 | 7時の朝食に起きられない方は、目覚めるまで寝ていただく。お風呂に入る時間も体調に合わせて午後にはずらす。買物に行きたい方は、同伴。ちょっとした買物に誘い、ドライブを楽しんでいただく。 | | |
| 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 | 訪問美容を2ヶ月に1回実施。髪型はご家族様にも要望を聞いている。女性には、化粧や маникューアをする機会を設けている。衣服、購入依頼がある時は、好みを聞いている。 | | |
| 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 | 昼は、職員も同じテーブルで食事をしている。食器洗い、お盆拭き、テーブル拭きをされる方もいる | 食事前の嚥下体操をして、しっかり食事ができるよう支援している。食後の片付けを入居者と共に行っている。行事食(クリスマスバイキングなど)、月1~2回調理参加(お好み焼きなど)して楽しくできる支援がある。食べられない食材(肉、魚など)ある人には別メニューをしている。 | |
| 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 | 身体経過記録表、水分・排泄チェック表に食事量、水分摂取量を記録している。食事量が少ない方には、医師の処方箋に従い経腸栄養剤を飲んでいただいている | | |
| 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 | 自分で口腔ケアできない方は、歯磨き、入れ歯洗浄、舌のケアをしている。入れ歯は夜間に洗浄剤に浸け置きしている | | |

| 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 | 自立できない方は、定時排泄誘導を行っている。訴えがあると優先して排泄介助している | 日々の状態(水分量、排泄回数、時間等)記入し、申し送りなどで情報共有し、見守り、声掛け、トイレ誘導している。昼夜間に応じて、パッドの大きさ、紙おむつから布への変更など、自立に向けて、支援している。夜間3時間おきの巡回支援している。 | |
| 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 | 希望者には、寝る前に牛乳を飲んでいただいている。個人的にバナナを求められる方には、食材の買物時に購入。排便体操を取り入れている。3日排便がないと便秘薬処方。訴えあれば看護師が浣腸している | | |
| 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 | 曜日と時間帯を決めているが、体調に合わせて曜日や時間帯を変更している | 原則、週に夏季3回冬季2回を目安に入浴している。午前中の時間で行っている。体調や、希望に応じ、時間、回数を柔軟に対応している。同姓介助で羞恥心や希望に対応している。入浴拒否には、声掛け、状況で、清拭、足浴行っている。入浴後のポカリスエット、入浴剤の利用など、楽しめる工夫がある。 | |
| 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 | 昼間ベッドで休むことは自由にできる。入床時間は個人が決めているが、おおよそ21時までには自室に入られる。自室の扉は内側から施錠できる。 | | |
| 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 | 薬の説明書は、個人のカルテに綴じてあり、随時参照している。朝、昼、夕、眠前の薬箱に個人別に服薬すべき薬を入れている。服薬後は、身体経過記録表に担当者がサインして記録している | | |
| 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 | ボランティアで講師にきていただき、貼り絵、絵手紙に取り組んだり、スタッフが用意した作り物や貼り絵に取り組んでいる。編み物が好きな方は毎日編み物をされている。桜や紫陽花を見に行く。好物の購入を支援 | | |
| 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 | 盛夏と厳冬期は除き、散歩に出かけている。また、一緒に屋上に洗濯物を干したり、近くのコンビニに買物に行ったりしている。ちょっとした買物にお連れし、ドライブを楽しんでいただいている | 散歩など平坦な道を選び、入居者同士で、車いす介助など、協力し合い行っている。入居者2~3人に1人の職員の割で、行っている。買い物、馴染みの喫茶店への外出を支援している。長い歩行が難しい時は、屋上を利用し、物干し、プランターの花への水やり、日向ぼっこなど、外気に触れる時間を作っている。 | 地域住民との触れ合いの機会を作りながら行う機会を、多く持てるよう工夫が期待される。 |

| 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 | 紛失のリスクがあることについてご家族の了解を得て、少額を本人が所持している方がいる。ご家族からお預かり金をいただいております。個人的に必要なもの(食材、衣服、消耗品など)を購入している | | |
| 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 | ダイヤルは職員が行う形で電話を使っております。絵手紙作成後に投函できるように企画している | | |
| 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 | 玄関、エレベーターホール、リビングの壁に絵画を掛けてある。食事時には音楽を流している。空調は、夏と冬の設定温度を決めて調整している。個室にもエアコンがある。窓を少し開けることもできる。個人の思い出の品や写真を居室に置くことができる | 季節の飾り付け(鏡餅、七夕、ツリーなど)している。入居の手作りの作品(塗り絵や書など)の展示、手作りカレンダーなど張り出している。室温、バックミュージック、採光など状況に合わせて調節している。併設のデイサービスと一緒に太鼓、マジックなど楽しむ時間を作っている。ソファを窓際に配置して、日差しを楽しめる。 | |
| 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 | リビングには、食事を摂るテーブル席とテレビを見るソファ席がある | | |
| 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 | 居室には、ご家族が自由にものを置くことができる | 入居時に限らず、なじみの物を持ち込んでいる。趣味の作品を置いたり、手作りカレンダーなど張っている。部屋の入口に目印として、思い思いの切り紙、写真など張り出している。清掃など、職員と一緒にいき、清潔を保ち、整頓している。 | |
| 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 | 居室の窓は全開できるが、普段は15センチほど開けるとロックされるようにしてある | | |

目標達成計画

作成日：平成 24年 2 月 7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 | 2 | 地域の諸団体や、日常活動への参加、交流の充実が期待される。 現状、地域の行事に参加できていない。また、防災関係の連携も確立してない。 | 地域行事に2回／年以上参加する。 防災関係の連携は、消防署経由で模索する。 | 町内回覧をよく見て綴じておき、行事があれば積極的に参加する。例えば、どんど焼き(1月)、運動会(10月)、河川敷・町内清掃(10月)、香流橋地域センターまつり(10月) | 12ヶ月 |
| 2 | 4 | 地域参加者を増やす、会議回数を増やすなど、参加者、開催回数の充実が望まれる。 民生委員の方、隣家の方に参加いただけないことが多い。一年前の開催日から一年以内に5回の開催であったが、一年前の開催月には6回目を開催できた。 | 地域行事に2回／年以上参加して絆を深め、地域の方が参加しやすい環境を整える。 一年前の開催日から一年以内に6回開催する | 町内回覧をよく見て綴じておき、行事があれば積極的に参加して顔なじみとなることで、地域参加者を増やす。 外部評価の日程を考慮して、直近の開催日が一年前の開催日の前になるように調整する。 | 12ヶ月 |
| 3 | 6 | 介護における拘束を理解し、拘束のないケアの実現が、期待される。 同意書を交わしているが、繋ぎ服の使用(2名)、繋ぎ服と隙間の無いベッド柵の設置(1名)が拘束に該当している。 | ストーマ外しやオムツ外し防止のための繋ぎ服の使用、転倒防止のための隙間のないベッド柵の設置は行わない。 | 2月3日にケア・カンファレンスを開催し、当日までに廃止に挑戦した実績を踏まえ、廃止することに決定した。 | 0ヶ月 |
| 4 | 11 | 口頭、会議のみでなく、匿名性のある提案方法など、配慮が望まれる。 全体会議の前には、匿名で課題・提案などをアンケート形式で提出していただいている。 | 全体会議の前には、匿名で課題・提案などをアンケート形式で提出していただいているので、現状を継続する。 | 現状を継続する。 | 0ヶ月 |

| 【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 |
| 5 | 35 | 入居者を交えた火災、災害訓練の実施。近隣との緊急時対応体制、等の充実が望まれる。運営推進会議の時に防災訓練をしているが、避難誘導訓練が実施できていない。近隣の事業所への緊急時応援依頼等を実施していない。 | 建屋からの避難・誘導訓練の実施 災害時指定の避難場所への避難・誘導訓練の実施 | 3月を目標に建屋からの避難・誘導訓練を実施。 5月を目標に災害時指定の避難場所への避難・誘導訓練を実施 | 5ヶ月 |
| 6 | 49 | 地域住民との触れ合いの機会を作りながら行う機会を、多く持てるよう工夫が期待される。 | 地域住民の方に参加していただき、利用者のご家族と共に認知症と認知症ケアについての理解を深める集いを開催する | 4月に第1回を開催する計画を立てる | 12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。