

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	愛の郷有限会社		
事業所名	グループホームえがおII 2F		
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5日	評価結果市町村受理日	平成25年5月20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。

※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/kaigosisp/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12月23日		

調理担当職員の入社により、入居者からは食事が「美味しい」と評価が高く、残量分が減少している。食事が楽しみになったとの入居者声がある。
 職員の入居者への気づきの中で、入居者自身がやらなければいけない事柄を、居室ドアに掲示をし、意識づけをする工夫をしている。
 町内会の加入をして、行事参加をし、積極的に地域との交流を深める為の働きかけをしている。又、職員を増員して、質の高い支援に向け努めている。
 申し送り、支援記録、ヒヤリハットなど、内容を濃く記入して、ミーティング、会義などでの、共有、検討があり、充実した、個々に合わせた支援、ADLの改善など、利用者、職員の距離の近さの効果が伺える。
 職員の担当性や、当日リーダー制の導入など、工夫が有り、今後の充実が期待できる。

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 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 3. 家族の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 職員の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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している (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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 家族等の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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。	入居者の個人の尊重、深い信頼関係を築き、自分らしい生活を楽しむことができるという理念を共有し支援に努めている。	
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	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。	町内会に加入し総会、会合に参加している。祭りでは神輿をかついだ住民の来所があり、又、太鼓、ピアノ演奏など、ボランティアの訪問がある。県立大学生による筋運動体操などボランティアの受け入れがある。福祉専門校の実習受け入れ。	地域住民との、施設行事での交流機会、日常での交流など、拡大充実が期待される。
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。官庁が公表している認知症施策で、グループホームに望まれているニーズを把握している。		
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	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。外部評価の結果、運営推進会議の記録を玄関にて閲覧できるようにしている。	事業所の現在状況、取り組みを報告している。感染予防、地域との交流など様々な意見があり、検討し運営の反映に努めている。エンディングノート、老人の日のプレゼント、回想法の取り入れなど取り組んでいる。	
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	実地指導の後、指摘事項への対応状況を報告している。	市役所の介護指導課へ行き、実地指導を受けている。研修会情報のチェックを行い、研修会に参加している。又、消防署主催の火災予防運動講習会に参加し、交流を深めるよう努めている。	
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。玄関の施錠を除き、拘束に該当するケアは解消されている。	「拘束」については、職員に周知されている。ヒヤリハット防止、安全対策については話し合い、対応している。新人職員には「0の手引き」を回覧して、その都度指導している。つなぎ服からの症状の改善による解消等がある。	

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
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	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」を入手し、回覧している。		
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、回覧している。一名、身元保証人がないのでNPO法人と契約している。		
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	担当者を決め、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。	家族からの要望は業務日誌の申し送り事項に記録し、職員間で共有している。個人に対しての要望など、様々な意見・要望があり、運営の反映に努めている。好みに合わせた食事の提供や、要望に応じ、冷凍での食品の預かりなど、始めた。	
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	全体会議を開催している他、、朝礼での意見交換や、随時に意見・提案を聞いて反映。	全体会議は月1回行っている。季節ごとのケアの実践、新人職員には支援について、細かな指導を行っている。又、日替わりでユニットリーダーを変えることによって意識の向上を高めると意見があり、運営に反映している。	
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	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、熟練のスタッフに個別指導させている		
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	前回以降、実施できていない。		

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
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、調理の一部、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	入居前の馴染みについては、外泊時に家族の協力で行っている。事業所では新たな馴染みがあり、支援に努めている。又、馴染みの関係が途切れないように年賀状の作成、電話の支援を行っている。馴染みの店での、買い物、食事支援などある。	
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。新聞の購入や散髪、外出希望、購入希望などへの対応を行っている。	入居時のアセスメント、家族からの情報、会話の中や、表情、仕草などから、思い・意向を汲み取り、申し送り事項に記録し、共有しながら支援に努めている。事例として新聞の購読、飲食などの支援をしている。	
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	生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境などをご家族からヒアリングしたり、日々のコミュニケーションの中で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	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。	見直しは原則、半年に1回行っている。経過記録、業務日誌、ヒアリングなどから、職員、ケアマネ、管理者など参加している。家族意見などは、来所時、電話などで聞き取っている。変化のある時は随時行っている。	家族、利用者との、事前での話し合いや、参加の充実が期待される。
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	日々の様子、ケアの内容などをケア記録に記入している。		
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	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。	かかりつけ医の受診、他科受診は家族協力の元可能である。緊急時は契約医が対応し、緊急搬送時は既往症、処方箋などの記録がある情報提供表を活用している。協力医は2週に1度の往診緊急時での24時間連絡体制がある、歯科医は、毎週の往診がある。	
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	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、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域と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	看取りは対応しているが、医療行為が必要となった場合は、家族、医師の見解で話し合いを行い支援に努めている。	
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	前回の評価以前に心肺蘇生の訓練は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、非常階段の踊り場に避難することになっている。地域との協力体制の構築は今後の課題	火災報知器、スプリンクラーは、年2回の点検を行っている。避難については、非常階段の踊り場へ出ることによりリスクが大きく減少すると消防署からの指導があった。又、簡易タンカ、1日分程度の備蓄がある。職員はAEDの訓練を受けている。	近隣との緊急時、災害時での協力体制作りが期待される。

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	タメ語を用いたり、「ちゃん付け」で呼んだりしない。居室に入るときは了解を得る。希望や要求には誠実に対応している。	呼び名は「さん」付けである。尊厳を損なわない声掛け、会話をしている。入浴は同性介助で行い、トイレ誘導は羞恥心に配慮した声掛けをしている。居室への入室時にも声がけなどしている又、居室内の施錠は可能である。見守りを中心に、自由な行動ができるよう配慮がある。	
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	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。着衣を選んでもいただく方もある		
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もいただく。		
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、化粧やマニキュア、髪を染めるなどを介助。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、お茶汲みをされる方もいる	調理担当職員が声掛けをしてメニュー決めを行い入居者と共に調理している。おせち料理など季節食があり、白玉ぜんざいなど様々なおやつを調理している。又、行事を兼ねての誕生日会はバイキング形式で行い、食への関心を引き起こす工夫がある。敬老の日での刺身、ひな祭りでの、ちらし寿司など、行事食もある。	
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	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	チェックシートを閲覧し、トイレ誘導を行っている。夜間は3時間起きに巡回し、覚醒誘導は行っていない。又、夜間のみポータブルトイレの設置は可能である。自立している入居者は口頭で排泄の確認を行っている。できる限り、トイレでの排泄に心がけている。	
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。3日排便がないと便秘薬処方。訴えあれば看護師が洗腸している		
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てしまわずに、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2回の入浴、浴室は暖房装置を使用し、脱衣場はエアコンを使用して温度差のないよう管理している。希望があれば毎日入浴でき、足浴、シャワー浴も可能である。専用マットで感染予防対策を行い、入浴後はスポーツ飲料で水分補給を行っている。3～4人入浴ごと、湯の張替えがある。	
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。好物の購入を支援等		
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	散歩はほぼ毎日行っている。職員1に利用者1～2名の割合で、交代で外出している。季節の花見、初詣など車を使用し外出を行い、又、希望者には喫茶店、ファミリーレストランへの外出支援を行っている。家族との連携による外出支援もある。	

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	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いる。絵手紙作成後に投函した。		
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	壁には季節の飾り付け、手作り作品などを飾り、南側のベランダには、夏はグリーンカーテンのゴーヤ・あさがおを栽培している。火災報知器は誤作動防止の為に、貼り絵の飾り付けでカバーしてある。室温(22度~24度)の調節、フローアは、24時間空調がある。加湿器の設置、採光、音楽など、居心地よくする工夫がある。	
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	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	週2・3回を目安に、清掃を入居者と共に行っている。エアコン、換気扇が設置してあり、夜間はエアコン(タイマー利用)を使用し、又乾燥予防の為に工夫(濡れタオルの利用など)をしている。又、居室での飲食は、職員管理のもと可能である。食品などは、冷蔵庫での管理もしている。	
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を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。居室には内部から鍵を掛けることができる。		

目標達成計画

作成日:平成25年 4月 1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 (2)	○事業所と地域とのつきあい 地域住民との、施設行事での交流機会、日常での交流など、拡大充実が期待される。	地域住民の中で認知症に関心のある方に認知症への理解を深めていただき、施設への親近感を持っていただく。	地域住民の中で認知症に関心のある方と利用者ご家族との交流会を開催。年2回目標	12ヶ月
2	26 (10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 家族、利用者との、事前での話し合いや、参加の充実が期待される。	ご家族、利用者との事前の話し合いを年2回以上行う。	よく来所されるご家族、利用者との事前の話し合いを行ってから計画を作成する。	12ヶ月
3	35 (13)	○災害対策 近隣との緊急時、災害時での協力体制作りが期待される。	まずは関係を持つことから始める	2(2)の交流会を行う時に隣接する4~5軒の方に参加を呼び掛ける	12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。