

### 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	2371301181		
法人名	(株) パートナーシップ		
事業所名	グループホーム優楽家 ユニット1		
所在地	愛知県名古屋守山区百合が丘1812		
自己評価作成日	平成23年12月24日	評価結果市町村受理日	平成24年3月22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	愛知県名古屋市千種区小松町五丁目2番5号		
訪問調査日	平成24年1月25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)】**

①職員の個々の経験・能力・技術に応じて、外部研修の参加を促し、レベルアップを図っている。
②近隣の介護事業所と交流や連携を保つため、情報交換や行事参加に努めている。
③家族も一緒に参加できる外出行事を定期的に開催するよう努めている。

**【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)】**

「人によさしく楽しい我が家、そんな家庭がここにある」の理念に基づいた意見交換、気づきなどを共有している。質の高い介護、自立支援を目指している。入居者と共に行う調理を考えた広い台所など家庭的な雰囲気の中で、日常生活を過ごせるよう配慮がある。清掃が行き届き、特に浴室は、常に排水口の中まで清潔に保たれている。居室、共有部分など、清潔なホームである。毎月発行の「優楽家新聞」、運営推進会議での他のグループホーム関係者の出席など広く意見を取り入れ、協力する工夫がある。地域に施設が溶け込み、入居者が近隣住民、保育園児などと交流しながら生活できるように地域行事参加や施設行事の工夫(家族や、地域の参加など)、日常の挨拶を心がける等している。緊急時(火災、病気、怪我等)の連絡体制があり、訓練をしている。

**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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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広がったり深まり、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、活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、安心して暮らさせている (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
<b>I.理念に基づく運営</b>					
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	利用者が地域の一員として、地域の中で暮らすことができるような支援を念頭にホームの方針を立て、職員間で理念の共有、再認識しながら、常の介護に反映させている。	『人に優しい我が家』と言う理念を共有し、常に念頭に置き、人と人との繋がりを持ち、家族・利用者の立場になり、家庭的な雰囲気の中で介護にあたっている。又、利用者には、声かけをしながら、職員と一緒に日常的な家事を行っている。月1回、職員会議・リーダー会議など行い、会議欠席者は必ず議事録を確認し、介護に反映している。	
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	地域の一員として、自治会の主催する行事や地域交流会への参加を積極的に行い、地域の方々と交流することに努めている。	自治会に参加、民生委員主催の行事に参加している。又、年1回の施設での夏祭りには地域の方々を招き、太鼓のボランティアなどの参加を得て、軽食を食べながら、まつりを楽しみ入居者は夕食を家族と過ごせる工夫がある。	
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	利用者が地域の一員として、地域貢献できるよう、職員と共にゴミ当番、施設外の清掃活動に参加できるよう努めている。		
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	運営推進会議では、地域代表の方、家族や専門家の様々な目線で率直な意見を頂き、事業所のサービス向上に有効的に活用できるよう努めている。	会議のメンバーに他のグループホーム職員や地区役員、家族の参加を得て幅広く意見集約ができています。家族の要望で認知症の勉強会を実施。次に口腔ケア勉強会を計画中である。出席グループホームと地域との交流を深める方策の協議、職員同士の勉強会を実施し施設運営の向上につなげている。	
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	介護保険制度やその他の制度、社会資源等について、疑問や困難事例があれば、その都度行政に連絡を取り、解消したり改善できるよう取り組んでいる。	いきいき支援センター担当者とは施設訪問、会議の参加で協力関係を築いている。区役所担当者とは会議への参加を促して入るが、参加協力が実現されていない。支援センター主催の「家族サロン」に参加、協力している。入居者入院時での介護保険相談など、区担当者と随時、相談している。	
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	勉強会、カンファレンス、全体会議を通して、利用者の意志と反し、苦痛や制限を加える行為は、広い意味での身体拘束に当たると理解を深めている。	入社時、身体拘束についての研修を行い、年1回の勉強会の中で、再確認し業務に携わっている。認知度が進む入居者が増加し、安全面を考え、やむを得ず施錠をしている。玄関脇事務所に職員がいるときは、解錠する等試みが見られる。	介護の時間配分などを話し合い、解錠にむけて工夫が期待される。
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	社内で研修を行い、虐待について勉強し、日々、不適切な言動がないか再認識し、虐待につながる可能性について理解を深めている。		

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	実際に成年後見制度を利用している方がみえる。担当者は今後、制度利用が必要になる場合を視野に入れ、関係機関と情報交換に努めている。		
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	契約に際しては、事前に重要事項説明書に沿って、利用者又は家族の方に施設利用する上での説明を行い、理解、納得の下、サインと捺印したものを双方一部ずつ保管するようになっている。		
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1回、家族会や家族参加の行事を開催し、意見交換を行っている。 また、利用者の意見は日常の中で聞き取るよう努め、カンファレンスや全体会議で報告し、運営に反映させている。	年1回家族と意見交換を行っている。話し易くする配慮から世間話の中から読み取るように努めている。又、施設行事の参加の呼びかけ、月初めに今月の行事予定、金銭の明細などを郵送し家族との交流を図っている。家族の要望があれば、協力医との面談できる調整がされている。	
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1回の全体会議、カンファレンス等で職員の意見を聞くようになっているが、普段から職員の意見に耳を傾け、勤務時間外でも随時話し合うように努めている。	ミーティングは随時行い、個人的に意見が言える環境に心掛け、(利用者と日常的なかかわりの中で生まれる)気づきやアイデアを全体会議で話し合い、又ミーティング、会議(月1回)以外でも意見交換の出来る関係が築かれている。意見、提案の反映に努めている。	
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	施設長は職員個々の能力、特性を把握し、優れている点を認め、それを生かし伸ばせるような職場環境に努めている。		
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	施設内の勉強会等を勤務時間内に開催したり、名古屋市主催の『福祉人材確保のための職員研修』に、随時参加を促し、職員個々の技術・能力の向上に努めている。		
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	近隣のGHと定期的に交流の機会を持ち、年に1回は合同運営推進会議を行ったり、お互いの勉強会、行事に参加したりと情報交換等も行っている。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入居の相談の際には、訪問したり、来所して頂き、見学や面談を重ね、不安の解消や本人の要望を聞くようにしている。		
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	入居の相談の際には、訪問したり、来所して頂き、見学や面談を重ね、不安の解消や家族の要望を聞くようにしている。		
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	入居の相談時には面談を重ね、現時点で本人と家族の望む必要なサービスはな何か見極め、事業所のサービス内容を提示し、相互理解に努めている。		
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	人格ある一人の人として尊重し、利用者主体の生活が営めるよう、側面から見守り、支えながら本人の気持ちを理解するよう努めている。		
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	随時、本人に対する家族の意向を伺い、それを踏まえた支援ができるよう努めている。また、家族が抱えている問題や背景等も配慮し、それぞれの家族関係の維持を支援している。		
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	本人が今まで親しんだ場所や人間関係の把握に努め、可能な限り関係が継続できるよう援助している。	人員、時間の可能な限り支援している、なじみの場所が遠方の場合は、家族同行のもと行っている。又、施設近隣で新たな馴染み(バーマ屋、喫茶など)を作る支援をしている。遠方の関係者へは電話、手紙など利用したり、入居者が面会希望の相手に連絡の支援をしている。、施設訪問時は特に制約をせず、場合により宿泊も可能である。	
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	職員は常に利用者の状況、人間関係を把握し、トラブルにも即座に対応できるように努めている。利用者同士が快適に交流し、良好な関係が維持できるよう支援している。		

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	事業所では、サービスが終了しても要請があれば相談等を受け付け、その後も交流ができるよう窓口は常にオープンにしている。		
<b>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</b>					
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	本人の意志を尊重した生活スタイルを維持できるよう努めている。適切に言葉で表現表現できない方については、日常生活を通して、日々の言動から本人の望みを把握している。	入居者の意思を尊重し、医師の制止がなければ、施設内での喫煙、飲酒も可能である。又、意思表示が出来ない利用者に対しては表情で読み取るよう努め、職員の都合で判断するのではなく利用者のストレスを感じさせることがないよう、視点に立って、支援している。	
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	入居時に今までの生活歴についてアセスメントし、職員間で情報を共有できるようにしている。また随時、家族や親戚、知人等から得た情報は記録に残し、カンファレンス等で発表している。		
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	今までの生活スタイル、生活習慣を重視し、本人の持っている能力や機能を充分生かして生活できるよう支援している。		
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	本人の日頃の会話、行動からどんな生活を望んでいるか把握し、カンファレンスやサービス担当者会議で話し合いを重ね、介護計画を作成している。	担当者会議で、現場主任の意見、利用者の現状と会話の中からの読み取り、記録や、申し送りの内容等検討し、家族・本人の要望に対応しながら、介護計画を作成して家族の同意を得てから、行われている。モニタリングは3ヶ月毎、計画の見直しは半年毎に行われる。	
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	日々のケアの実践は個人の介護計画に反映している。一日の全体の様子、特記事項、伝達事項は申し送りノートで情報が共有できるようにしている。		
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	施設内の閉鎖的な環境にとらわれず、外部より、訪問美容、訪問マッサージ、傾聴ボランティア等を取り入れ、地域の社会資源を活用している。		

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
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	日頃から地域行事や交流会の情報収集を行い、地域の社会資源を積極的に活用し、地域住民の一員として生活できるよう支援している。		
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	可能な限り本人又は家族の望むかかりつけ医に継続して受診できるよう支援している。施設の協力医には、定期的に往診して頂き、本人、家族の了承の下、日頃の健康管理をして頂いている。	施設協力医の往診は、月2回あり、24時間体制で、夜間、緊急時にも対応している。又、かかりつけ医と協力医との平行受診も可能である。処方箋の変更時は施設から家族へ直ちに連絡をする体制をとっている。薬局は1軒に決め、情報が共有できるよう工夫がある。	
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	介護職員は、日頃の利用者の状態を随時協力クリニックの訪問看護師に報告し、日常の健康管理を行って頂き、協力クリニックとの連携を図りながら、助言、指導を仰ぎ、必要に応じて速やかな受診の対応をとっている。		
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。	入院時には定期的に病院へ出向き、現状把握や情報収集を行っている。退院に向けて、極力、主治医、家族、ホームと三者で病状説明も含め、話し合いの場を設けている。		
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	重度や終末期の場合は、先々を見越し、本人にとって最適な方法は何か、現状の施設の体制でどこまで対応が可能かを主治医、本人、家族と共に話し合い、施設での対応を検討している。	入居時に、体制が整えば、終末期を施設でと説明はするが、主治医の全面的な協力が得られないと、対応できない現状がある。家族・利用者の意向を踏まえながら医師、施設、家族、本人で検討している。	安定的な医療体制の連携などの確立の充実が望まれる。
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	緊急時の対応について、特に夜間の対応は、マニュアル作成と共に、会議で周知徹底し、適切な対応ができるよう努めている。		
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	定期的な防災訓練を行い、災害時に的確な判断ができるよう努めている。夜間帯の緊急連絡体制を一覧表にして、速やかに対応できるように掲示している。	定期的に消防からの指導を受け、災害時における訓練を行っている。利用者も、施設玄関までの避難誘導訓練に参加している。又、職員はAEDの訓練をしている。防災マップで避難場所、経路は確認済みではあるが、実際に避難場所への安全な誘導訓練がされていないのが実情である。備蓄に関しては常に確認されている。各居室、共有の場には、スプリンクラーの設置がされてある。	避難場所、経路は安全確認を今後の防災訓練に取り入れることを期待したい。

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	利用者の羞恥心や自尊心に配慮した言葉掛け、接し方には日頃から注意している。居室に入室の際は必ず、ドアをノックし、声掛けを心掛けている。	利用者への呼び名は基本「さん」付けであるが、馴染みの呼び名に関しては家族の了解を得ている。又、利用者への言葉遣い、接し方は常に意識し、プライバシーをそこねないように配慮している。	
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	職員の主観でなく、利用者が自ら選択し、決定できるように支援している。利用者の希望に沿って自己決定に至るまでの援助を行っている。		
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	一人一人の生活リズムや習慣、ペースがあることを把握し、できる限り個別性のある支援を行うと共に、日常的に決まりや都合を優先した支援にならないよう努めている。		
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	洋服の買い物やお気に入りの美容院、床屋の付き添い支援をしている。日常の洋服もご本人が好きな服を選ぶことができるよう、声掛け支援している。		
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	調理や盛り付け、配下膳について、できる限り利用者と共に進めるようにしている。また、職員が利用者さんと同じテーブルで食事をとる事で、コミュニケーションを図っている。	施設内調理、献立は好みに応じて変更がある、盛り付けなど利用者と共に行っている。又、食への関心を高める為、利用者に合わせて、個人別メニューにも対応している。味付けは薄味で統一している。又、嚥下障害のある場合には医師の指示を受けている。食事時に好みの曲(クラシック、演歌など)を流している。	
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	食事量、水分量は個々の記録にチェックし、日々の状態を把握している。入浴後の水分補給も大切にしている。		
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に、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	食後には必ず声掛けにて口腔ケアを促し、実施している。月に1回の歯科往診で、口腔内の点検及び清掃をして頂き、指導、助言を仰いでいる。		

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
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	オムツ類使用者も毎食後必ずトイレに座って頂き、トイレでの排泄を促している。廊下にモニター設置し、自立されている方の排泄パターンの確認に努めている。	チェック表を参考にして、定期的にトイレ誘導を行っている。自立で排泄できる利用者に対しては、見守りを行っている。トイレ誘導は羞恥心に配慮した声かけをしている。又、夜間は覚醒誘導はせず、2時間おきに巡回している。直接的に「トイレ」と言わない配慮がある	
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	毎食後のトイレ誘導で座ることで排便を促し、こまめな水分提供も行っている。自然排便が困難で健康を害する場合は、主治医に相談し、下剤を服用して頂く。		
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	入浴は可能な限り、利用者の希望に合わせて一人一人の入浴時間、タイミング、好みの湯温等を把握するよう努めている。入浴後には爪の確認、爪切りを実施し、清潔に努めている。	入浴は2日に1回午前中に行なっている。利用者の希望があれば毎日入浴することも可能である。又、入浴を拒む利用者には、時間をあげ、ゆっくりと何度も声かけをしている。羞恥心に配慮し、同姓入浴介助で行っているが、拒むことが無ければ異性入浴介助でも行っている。入浴後の水分補給は好みのもので補給している。	
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	利用者の個々の生活リズムを把握し、夜間に安眠できるよう努めている。また薬剤に使用は安易に考えず、個人の生活全体を視野に入れ、家族、主治医と相談しながら、必要最小限に留めている。		
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	薬説明書は常に職員が確認できる場所に保管し、理解するよう努めている。かかりつけの薬局に相談、助言を仰ぐこともある。症状の変化は随時、主治医、家族に報告し、治療方針は話し合いながら進めている。		
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	本人、家族から得られた情報を基に、得意分野、好みの活動を役割として提供し、趣味や生活習慣の継続ができるよう支援している。		
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	日々の中で、買い物、喫茶、ドライブ等、可能な限り希望に沿った外出支援をしている。毎月の行事では季節にちなんだ企画をし、遠出や外食を行っている。年に1回は家族参加型の外出行事を企画している。	日常的な外出は、週1・2回の買い物、花見などの行事外出は年3回の予定をしている。車での外出となる。又、気候の良いときは、散歩、近隣の喫茶店へ徒歩で外出している。遠方は家族同行であれば可能である。	



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	利用者の個人の希望によっては、家族了承の下、小額の現金を所持してもらい、安心感を得てもらっている。 また、買い物に出掛けた際はできる方には、ご自分で支払いして頂くよう支援している。		
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	家族、親戚、知人等に連絡とりたいという希望があれば、電話や手紙はいつでもできるよう支援している。		
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	利用者が自分の家にいるような家庭的な雰囲気を出し、本人にとって馴染みの場所であると思えるような配慮をしている。 また、季節の飾り付けを利用者と共に行うことで季節感を感じて頂けるよう努めている。	寛く空間はソファが置かれ、ゆったりできる空間となっている。所々に加湿器が置かれ、乾燥を防ぎ、感染対策など配慮がある。又、職員、入居者の手作り品、保育園児からの手紙などが壁面に飾られ、生活の潤いや季節感を感じるようになっている。毎朝の清掃時には、入居者もモップでの床清掃をしている。	
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	共用空間においては気軽に明るく楽しく、くつろげるよう家具の配置に気を配り、定期的に模様替えをしたり、安全で快適に過ごせるよう配慮している。		
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	居室には家族と相談しながら、本人の愛用の家具、雑貨等、使い慣れた物や好みの物をとり入れ、本人の居心地の良い空間創りに努めている。	居室内は入居者の馴染みの家具など、好みの物を持ち込んでいる。、家族の写真などが飾られ、利用者一人ひとりの思い出のあるものを配置している。毎朝、空気の入替え、居室の清掃をしている。清潔で、安らげる居心地のよい空間づくりに努めている。	
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	場所等がわかりやすいよう、表示の工夫をしている。 建物内の環境は、安全性と自立した生活が維持できるよう配慮している。		

## 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	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>・離設の危険性が高く、安全面を重視して、フロアの扉を施錠している。</li> <li>・利用者さんの精神面に配慮したケアができていますか？</li> </ul>	利用者さんへの、ストレスや苦痛を与えない生活空間の提供	<ul style="list-style-type: none"> <li>・昼間はフロアの扉を開放する。</li> <li>・開放による問題点はないか、会議等で話し合う。</li> <li>・勉強会で利用者さんのストレスや苦痛について再度見直し、安全と自由について再認識する。</li> </ul>	6ヶ月
2	33	<ul style="list-style-type: none"> <li>・重度化に対する認識、方針があいまいである。</li> <li>・身体状態の悪化、全介助状態における心構えや介護技術が未熟である。</li> </ul>	重度化に向けて介護技術や知識を高める	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護技術講習会を行う。</li> <li>・協力医と連携をとり、看取りの体制、指針を確立する。</li> <li>・重度化、看取りのマニュアルを作成する。</li> <li>・医療職による医療面の勉強会の開催。</li> </ul>	12ヶ月
3					ヶ月
4					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。