

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	2373000906		
法人名	(有限会社)ひかりサービス		
事業所名	グループホーム ジョイア永覚		
所在地	豊田市永覚町欠畑21-1		
自己評価作成日	平成24年11月20日	評価結果市町村受理日	平成25年3月29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12月6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)】

利用者一人一人の性格、生活習慣やその時に出来る事を第一に、一方的な立場ではなく共に生活し助け合い支え合う関係に努めている。毎日の散歩も暑い・寒いときにどう安全に散歩に出るかを考え、日課が継続できるようにしています。毎日の散歩で近所の方とも顔見知りになり、野菜やみかんなどをいただいたり、野菜の肥料のやり方などを地域の方から教えていただいております。また近所の障害者施設の方とも交流を持ち、行事に誘っていただき、一緒に楽しんでいます。

【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)】

その人らしい生活、今その時を大事に、グループホームに入ったからこそできる事を心がけ、支援をしている。料理をしたかった、畑仕事が見守りが必要で出来なかった、など支援や、見守りがあることにより出来る。ポットではできないが急須に変えたら、お茶を入れられるなど、ちょっとずつの積み重ねにより、その人らしい暮らしを実現できるよう配慮があり、無理強いではない程度の中で、行っている。食事での会話や、笑い声のある施設である。リビングだけでなく部屋へ集まっただけの、団欒もある。居室は、自由に、物を持ち込み、注意が必要な時は、適時、職員が気をつけるなどしている。家族、知人などとの面会も、自由にでき、宿泊などにも対応できるなど、配慮している。職員も、必要なケアの為に、勤務時間体制を変えるなど、積極的に運営に参加している。地域との連携も、徘徊対策、認知症研修などを通じ、広がりを見せている。今後共、グループホームへ入居することで、出来ること、自分を取り戻すことなど、その人らしい生活の実現のため、充実、発展が期待できる、施設と言える。

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拡がり深まり、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、生き生きと働いている (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	「自分らしく」を理念に利用者一人一人の性格、生活習慣に合わせてケアが出来るよう職員間で情報を共有し実践につなげている。	「自分らしく」の理念の基、入所前では制限されてしまっていた、畑仕事や調理等を職員と一緒に、グループホームに入所しているからこそ出来る事を尊重し、実践している。楽しいという思いや、したいという意向のために、環境整備に工夫をこらし、支援している。なれた形の急須を使いお茶を入れることのできるなど工夫がある。	
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	日課の散歩を通じ近所の方とあいさつや会話をするなど顔なじみになりつつある。野菜等を頂いたりコミュニケーションがとれている。	町内会参加。地域の運動会、芸能大会等の行事へ参加している。近所の方とは、散歩中など声を掛けあう間柄で、大根、さつまいも等をもらったり、収穫させてもらっている。近くの作業所と、情報交換をする等して、互いに交流を深めている。もちつき大会時には近所の方々を招待している。	意欲的に取り組んでる地域交流の活性化を継続し、地域住民への輪を広げることが期待される。
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	地域で徘徊模擬訓練を実施。		
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	運営推進会議の内容をミーティングで報告し、話し合うなどサービス向上に活かせるようにしている。地域の行事などを教えて下さるので参加している。	運営推進会議で、徘徊模擬訓練の案が上ががり、実現に成功している。運営推進会議出席者の区長等からの、町ぐるみで行方不明者の捜索シミュレーションをしては、との提案があった。これにより、ホームを町内へ周知させ、町内と交流を深める事につなげた。	
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	介護相談員が月1回訪問されるので取り組み等を話している。	地域包括支援センターには、前項の、徘徊模擬訓練の際に、認知症サポーター養成研修を開催してもらっている。地域の方々の参加もあった。また毎年、高齢者虐待研修の依頼をしている。日常的には、FAXや電話で情報交換している。その他、豊田市の高齢福祉課とも相談、報告等をFAX等により連携している。	
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	身体拘束とわかっているが外に出て行かれる方が数名おり、安全確保のためにも玄関の施錠は常態化している。日中、外に行きたいという方がいれば業務を中断し付き添う、買い物に同行して頂くなど努力している。	月一度の会議時に、事例検討し、身体拘束以外の対処法はないかを皆で考え、意見交換をしている。年一度の高齢者虐待研修は、事前に施設長が講師と打ち合わせをする等、職員の意識向上を図っている。毎年開催する事で、職員間でも、注意し合うようになった。	
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	研修に参加。参加できなかった職員には、ミーティングで説明。虐待について理解を深め職員間でのコミュニケーションを取り、防止につなげている。		

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	制度を活用されてる利用者がおられるためミーティングで勉強会を行った。		
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	代表が説明・同意をいただき対応している。		
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	家族さんからの意見、要望は情報共有しミーティングで改善に向けて話し合う。	利用者家族等から出た要望等には、受け付けた職員が「苦情受付用紙」に記入し、管理者に報告。その後の対応や結果報告等、改善に向けての態勢が整備されている。連絡ノートにより他職員へも情報浸透させ、場合によっては、役所へ報告をする。接遇に関して指摘を受け、会議や研修開催で、ホーム全体が改善された経験を持つ。「意見箱」設置。毎月「ジョイア便り」発行。担当職員から個別に手紙を出している。	
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	常日頃から職員間で意見、提案などを聞くようにし、ミーティングで話し合い、実行できるよう努めている。	より外出支援をし易くする為に、シフト変更の案が職員から上がった。それに応えた結果、人員配置が改善されサービス向上に繋がっている。新任職員に対して、研修や勉強会でスキルアップ出来る環境があり、職場内に、相談し易い雰囲気を作られている。	
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	個々の能力に沿うように心掛けている。		
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	研修案内の提示をしている。		
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	法人内の会議に参加し意見交換し交流している。		

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
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	実地調査で、要望や日課や生活習慣などを実際に知ること、本人との関係作りを目指す。情報を職員間で共有している。		
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	上記同様。はじめはまめに連絡をいれ状況を報告し安心して頂いている。		
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	今何に困っているのか、何をしたいのかは常に考えている。利用者の状態や経済状態等で特養の申し込みを進めたりはしている。		
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	一方的な立場ではなく、共に生活していると考え、助け合い支えあう関係作りに努めている。		
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	家族の絆を大切し外出の際は利用者の状態など説明。毎月職員から手紙を送ったり、行事の案内をし交流の機会を作っている。		
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	なじみのスーパーに行き買い物したり、同級生や自宅の近所の方が面会に来て下さった。個別で馴染みの場所へ行こうと考えている。	馴染みの生活スタイルを再現し、機能回復を図っている。例えば、電気ポットを魔法瓶と馴染みの急須に替えたところ、ご自分でお茶を淹れ、飲むようになった等がある。家族の了承を得ている友人知人からの、面会や電話があった場合、取り次いでいる。希望に応じて、宿泊受け入れ、手紙支援を行っている。	
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	利用者間でトラブルが起きないように職員が間に入るようにしている。孤立しないよう気の合う利用者をそばに誘導したり配慮している。		

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	退居後、転居先での生活もあり関係はなかなか継続できていないが、退居された方の家族が年に数回ギターで弾き語りをしに来てくださる。		
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	普段の会話の中から利用者の希望などを把握し職員間で共有し沿えるよう努めている。	普段の会話を、思いや意向の把握に役立て、その人に合った楽しみの発見に努めている。何気ない言葉の中に、利用者の意図が含まれる場合があるので「つぶやきノート」を作成し、手がかりを職員間で共有している。一度で反応が得られなくても、再度試み、探りをあきらめない姿勢がある。	
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	初期に行ったアセスメント、利用者との会話の中、家族さんからも話を伺ったりし、生活習慣を把握することに努めている。馴染みの物を持ってきて頂いたり今までの環境づくりにも心掛けている。		
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	一人一人の睡眠状態、食事量、会話の中からその日その時の状態を把握するよう努めている。		
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	日頃から職員間で利用者の情報交換し利用者の思いを知ることができているが介護計画、モニタリング定期的行われていない。	モニタリングは、必要時や更新時に行っている。ケアプランの変更が生じた場合、利用者に関わる全ての職員で話し合い、迅速に現場に反映させている。バイタルチェックは、利用者の状態を記録する「申し送りシート」に記入、更に「介護記録」「バイタルチェック表」へも転記。日々の変動の把握に活用している。	目標としている時期の、定期的なモニタリングや介護記録の見直しの実現を期待される。
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	重要なことは介護記録の他に、申し送り時に報告し情報を共有するようにしている。		
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	可能な限り臨機応変に対応するよう心掛けている。		

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	図書館、公民館、公園など利用している。近所のコンビニやスーパー、薬局に散歩がてら行ったりしている。			
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	事業所の往診医が主治医のかたは些細な変化も主治医や看護師に報告している。今までの主治医継続されてる方で家族さんが遠方で受診が難しい時は事業所の主治医に受診できるよう支援している。	協力医の往診を、内科は月2回、歯科は随時受けている。その他の受診は、家族の協力、又は、職員が同行する。職員が人手不足の場合、残業等に対応。歯科医から、職員が口腔ケア研修を受ける等、診療以外の関係が構築されている。動向の結果は、口頭、又は、薬のコピーなどをだし情報共有している。個人記録、連絡ノートに記載し、職員間の情報共有がある。		
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	利用者の些細な変化に気を配り、看護師に報告し指示を仰ぐ。			
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。	入院の際出来るだけサポートし病院側や家族の方と情報交換し退院後、施設で出来るケアや対応をその都度考え、早期退院につなげていけるよう心掛けている。			
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	家族の方には入居時に説明してあるが、職員にはまだ実感が無い。今後話し合っていくたい。	まだ事例はないが、看取り介護の体勢をとっている。施設長は看護師であり、協力医も24時間対応可能である。夜間時等の緊急対応法は、現場職員に詳細に徹底されており、医療関係、利用者家族とも、伝達手段が整備されている。職員へのケアも考慮しており、ターミナルケア研修を現在計画中である。		
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	行っていない。個人的に救急蘇生法を習っている職員もいる。			
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	屋間の避難訓練は年2回、夜間はシュミレーションのみ。近所の方にも避難訓練時、訪問し、文書にて災害時の要請をお願いしている。	近所の方等に、災害時には援助頂くよう依頼している。避難訓練を年2回、屋外まで実際に避難し、通報訓練も実施している。緊急時の、職員同士や利用者家族への連絡網、医療施設との連携等を、事務所内に掲示している。	地域団体との災害緊急時での、体制づくりの充実が期待される。	

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	言葉使い、声かけには気をつけている。居室に入る時は利用者の了解を得てから入るようにしている。	入浴の脱衣時は退室し、浴室で自然にさりげなく介助する等、プライバシーに配慮し、利用者の意向を尊重している。トイレ内にパッドを常備する等の工夫で、利用者の尊厳を守っている。プライバシーに配慮のない言動が職員に見られた場合は、その都度注意し、会議で皆で検討、共有している。		
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	普段の会話や表情から汲み取り実行できるようにしている。			
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	利用者のその時のペースに合わせることに努めているが、職員側の都合優先になってしまうこともある。			
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	起床時、入浴準備時は本人に選んでいただく。外出時も外出用に選んで頂くようにしている。月1回の出張カット、男性利用者は毎日ひげそりを行っている。			
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	食事作り、盛り付け、配膳、片付けなど皆さんと行っている。ホットプレート使用の時は利用者が主にやっている。	ユニットごと調理メニューの作成がある。、適時、本を見ながら利用者と決めている。会話しながらの食事を図っている。円滑に食事準備や片付けがし易い様、家電製品等を、利用者目線で配置している。ご飯はお代わり自由。食後は、服薬、摂取量、口腔ケアチェックをしている。週一回、たこ焼、スイートポテト、白玉等の手作りおやつレクリエーションを実施している。		
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、水分量をチェックし利用者の状態を把握するようにしている。お茶が苦手な方には甘い飲み物を。利用者の好みの温度の飲み物にしている。			
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、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	毎食後口腔ケアの声をかけし見守っている。歯科往診が随時。			

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	日中は布パンツ、体調の悪いときはリハパンにするなど使い分けしている。	夜間2時間に一度の巡回時に、トイレの意向を聴き、対応している。夜間はリハビリパンツを使用、昼間は、布パンツへ着替えなどを促している。トイレへは、行動や様子を観察したり、排尿チェック表で把握した排泄間隔を見て、誘導をしている。その際、周りに配慮した声かけ(近づいて話す、大きな声を出さないなど)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	毎日の散歩で運動の働きかけをしている。水分摂取やコーヒーに多めの牛乳を入れるなどしている。便秘で体調不良になる方には下剤を使っている。		
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	職員の勤務上、決まった時間の入浴になり、「寝る前に入りたい」というかたには希望に沿えない。その日のタイミングで入浴して頂いている。1度断られても時間をおいて再度声かけする。	利用者全員がほぼ毎日入浴できる。入浴が出来なかった場合には、起床時等に清拭をしている。室温は浴室、脱衣所とも管理されており、足拭きマットは一人ずつ交換。毎日浴室全体を消毒し、換気を徹底している。浴後の水分補給は希望の飲み物(お茶、ポカリ、青汁など)を用意している。	
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	就寝時間はまちまちで居室へ行かれる。日中休まれる方休んでいただく。		
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	利用者全員が服薬しており、薬の数が多い方もおり、名前、目的、副作用までは理解できてない。用法、用量は指示通り。飲む前に、名前・日付・朝昼夕を声出し確認し利用者にも確認して頂いてから服用。		
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	自信を持って出来る役割を考え実行している。買い物時に好きなものを買ったり、喫茶店、図書館などに一緒に行っている。		
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	散歩に雨の日以外は毎日出かけている。利用者の個人的な買い物や喫茶店に出かけている。	外出は、職員1人で、利用者2人を支援。外出チェック表で各人の外出を記録、把握している。外出願望のある利用者を見失わない様に、出口のリビングに職員が常駐したり、声を掛け合って確認する等、工夫している。外出レクリエーション(初詣、花見、杜若祭り、紅葉など)を月に一度以上、気候の良い時には回数を増やし、又外食等へ行っている。2週に1度程度の喫茶外出がある。	

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
50		<p>○お金の所持や使うことの支援</p> <p>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</p>	<p>お金がない事に不安のある方はお金を所持している。買い物、喫茶店へ行った時は預かっているお金で支払う。</p>		
51		<p>○電話や手紙の支援</p> <p>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</p>	<p>自筆で手紙を出される方もいる。電話は希望があればかけて頂いている。</p>		
52	(19)	<p>○居心地のよい共用空間づくり</p> <p>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</p>	<p>共同の場合は毎日利用者と一緒に掃除をしている。散歩で摘んできた花を飾ったり、畑で季節の物を育てている。窓から見えるので収穫の時期もわかる。</p>	<p>季節ごと、共用空間の装飾をしている。外出レクリエーション、誕生会などの際の写真を多く掲示し、記憶の想起を図っている。自宅の延長で、違和感なく道具を使用出来るよう、自宅で使用していた生活用品を、リビングに持ち込んでもらっている。食事時は、思い出の唄が流れている。室温、採光など配慮し、ソファ、回転椅子など利用しながら、居心地のよい空間づくりがある。</p>	
53		<p>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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</p>	<p>気の合った利用者同士会話が弾んだり、ソファで一緒にテレビ見たり、居室で過ごされる方、1人ひとりの過ごし方を大事にしている。</p>		
54	(20)	<p>○居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>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</p>	<p>使い慣れた家具を持ってきて頂いている方が多い。居室でゆっくりと自分の時間を過ごされている。足りないものは家族さんをお願いする。</p>	<p>各居室は、プライバシー確保の為、戸を閉めている。各利用者の生活パターンを把握し、在室時には、時々伺い様子を見ている。居室への持ち込みや、冷蔵庫の設置は、希望があれば可能で、食べ物等は、賞味期限をチェックし管理している。シーツ交換を週に一度、居室清掃は毎日、利用者と共にやっている。</p>	
55		<p>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>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</p>	<p>トイレ、廊下、階段に手すりを設置。エレベーターの使い方がわからないかたにはその都度説明している。トイレ、風呂、居室にはわかりやすいように表示している。</p>		

目標達成計画

作成日: 平成 25年 3月 25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	散歩や行事や推進会議等で地域に知っていただきつつあるが、まだ地域に開けたところまでいっていないので、まずは子供たちを通して交流が持てるよう、検討していきたい	子どもたちを通してジョイアより知っていただけるよう、働きかけていきたい	・子供たちと一緒に楽しめる行事を考えてジョイアに来てもらうことを企画する	1年
2	26	口頭や会議で話された内容が、プランに落とせておらず、ケアプランがおざなりになっている。定期的にモニタリングを行い、家族の意向もしっかり聞いていきたい	3~4か月で見直しを行い、家族と一緒にケアを考えていく	・月間計画にモニタリングを組み込み、定期的に行うよう計画する	6か月
3	35	夜間の訓練がシュミレーションのみなので、実際に2人で救出する方法を実践できていない	夜間を想定した訓練を行い、どの方法が1番ジョイアに適しているか検討し、ジョイア独自のマニュアルを作成する	・夜間の避難訓練(スタッフの動き)を2か月に1回行い、全員がマニュアルを理解する	1年
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、行を挿入してください。