

### 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	2392200370		
法人名	ステラリンク株式会社		
事業所名	グループホームたんぼぼ今伊勢 (1ユニット)		
所在地	一宮市今伊勢町新神戸字九反野18-1		
自己評価作成日	平成26年 3月18日	評価結果市町村受理日	平成26年 7月24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	<a href="http://www.kaijokensaku.jp/23/index.php?action=kouhvu_detail_2013_022_kani=true&amp;JiyosyoCd=2392200370-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/23/index.php?action=kouhvu_detail_2013_022_kani=true&amp;JiyosyoCd=2392200370-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
所在地	愛知県名古屋市長区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成26年 3月24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)】

法人の理念を玄関やフロアー、休憩室のスタッフが目に就く場所に掲げ、申し送り時に復唱することを実施し、スタッフが常に理解できるようにしています。毎日の体操やレクリエーション、食事作りの中で皆様ADL低下防止や楽しみをもって馴染みの生活ができるよう心掛けています。地域の方との関わりを定期的に設け、地域の一員を意識して生活の質の向上に心掛けています。

【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)】

入居後当初の特別に手厚い対応で、家より楽しく居心地良く感じてもらえるように、帰宅願望に対してもホテルパフォーマンスで対応し、だんだんと「ここに居るのも悪くない」と思ってもらえるサービスを提供するのがホームの特徴である。現在の取り組みの中で興味深いのは、法人内通貨の工夫である。「シード」と名付けた通貨は、ホーム内で貢献した、皿を洗う、掃除をするなどの労働の対価として稼ぐことが出来るシステムになっている。法人デイサービスの喫茶店でコーヒーを飲んだり、デイサービスの温泉に入ったりと、貯めたシードで利用できることが、利用者の生活の張りになっている。100,000シードを貯めると利用者の「夢」が叶うというのも、いつまでも希望を持って生きてほしいというホームの思いが感じられる。

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)	○	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
<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	申し送り前に理念を復唱している。新人スタッフの導入時に理念への思いを伝えている。	スタッフ行動規範カードを携帯し毎日唱和している。法人全施設共通の行動規範で、「人が輝く」・・・職員が輝かないと利用者も輝かないという意味がある。職員が笑顔のホームをめざし、「夢をかなえる目標」を持って取り組んでいる。	
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	外で御近隣の方々にお逢いすれば、挨拶をする。また、近隣に散歩などに入居者様と一緒にでかけることにより、ご近所の方からお声を掛けて頂けることが事が多くなったように思う。	開設から7ヶ月のホームは、関わりを模索している最中である。地域の店で日用品等の買い物をしたり、散歩中に挨拶をしたりと、関わりを広げている。運営推進会議では、町内会長から情報をもらい、積極的に交流を図って行く方針がある。	日常的な関わりはこれからであるとの管理者の言葉もあり、今後の進捗が期待される。現時点でも交流がないわけではないので、今後の拡大や充実に期待したい。
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	地域の方々に働きかけてはいないが、ほぼ毎日の午前中に近隣に散歩に出かける事により、顔なじみが増えたように思われる。		
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	参加された方々にご意見を頂き、サービス向上に活かすよう努めている。	2ヶ月に1回の会議を開催している。利用者と家族、町内会長、市や地域包括支援センターの担当者が参加している。ホーム運営の報告を通じ、参加者と意見交換を行っている。内容は検討・協議の上、ホームのサービスに反映するように努めている。	
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に取り組んでいる	運営推進会議を通して、事業所の実情や活動報告を伝え、取り組に理解して頂いていると思う。	市の高齢福祉課、地域包括支援センターが運営推進会議に参加している。報告・相談の他にも、ホームの実状理解や情報共有も進捗している。協働については今後の課題となっている。	今後の検討課題として、認知症介護の専門家としてのアプローチで、市や地域包括支援センターと連携を強化して行くことが望まれる。家族教室、認知症サポーター研修等、関われる勉強会や研修等でつながりを深めるのも一考であると思われる。
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	身体拘束について、理解が浅いため、今後勉強会などを開催して、理解するよう努める。	身体拘束0宣言を行い、代表職員が法人の委員会に参加して情報共有を図り、他職員に向け勉強会を行っている。利用者の気持ちや行動の理解に努め、外出の気持ちに添うよう支援している。ホーム開設当初は落ち着かない時期があり、施錠を行ったが、現在は出入り自由となっている。	安全確保と拘束の違いについて、知識等を深めることに期待するとともに、ホームとして何をどう考えるかの指針や方針の策定が望まれる。
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逃されることのないよう注意を払い、防止に努めている	虐待防止関連について、理解が浅いため、今後勉強会などを開催して、理解するよう努める。		

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	内外部の研修や勉強会を通じて、日常生活自立支援事業や成年後見制度について、理解するよう機会を設けていない今後、取り組もうと思う。		
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	ご家族様が今後の入居者様に対して、ホームでの生活にするにあたり、疑問に思う事や不安に思う事を把握して、説明を心掛けて、安心して頂けるように努めております。		
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	意見やご要望が言ってもらえるような雰囲気作り、ご面談時に伺うなどの努力につとめ、運営に反映できるように努めている。	開設間もない事もあり、不安や心配に配慮し、家族対応は管理者が窓口となって、直接話すようにしている。利用者支援の希望や意向の聴取や、運営に関する要望等を聴き取り、積極的に反映させている。	ホームも定員に達したことから、家族会設置に向けての話し合いが望まれる。行事の招待に留まらず、話し合いや情報共有の場となる家族会設置に期待したい。
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	個別面談との形をとらず、常に話しやすい関係作りを努め、休憩時や退勤時などに声をかけをして、意見やスタッフの思いに近づけるよう努力しています。月1回のミーティング	「職員全員で考える」が基本の職場環境があり、月1回のユニット会議を始め、話し合いの機会を多く作っている。管理者は、公私ともに職員の相談に乗り、円滑にホーム支援が進むように手腕を発揮している。ホーム内の人間関係も良好であり、職場環境整備に万全を期している。	
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	スタッフの体調や性格・家庭背景などを理解して各スタッフに合った条件で勤められる様に整備に心掛けていきます。		
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	社内研修に年2回以上参加して頂く事により、より一層、入居者様とのコミュニケーションがスムーズにいくよう努力している。		
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	地域のグループホーム会議に参加するよう努めている、又同法人では毎月の10日に同法人の施設長が集まり勉強会を開催している。		

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
<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	ご本人の真意を理解して、良好な関係作りに努めております。又話しやすい雰囲気にも努めております。		
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	ホームで出来る事出来ない事をご理解頂き、出来る限りのご要望にお応え出来るように努めて、ご安心してご入居いただけるように努めております。		
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	会話からご家族様とご本人様の思いを受けるように努力しております。又傾聴に徹して、真意に近づける支援が出来るように努めております。		
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	認知症という病気を、重視せず人としての付き合いが出来るよう、又、スタッフと入居者様との関係で無くお互い、一番の理解者である関係を、築くようにしている。		
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	いつでも、ご家族様等の面会可能であり、外出や外泊、又定期受診はご家族様対応にて、家族の絆を大切にしています。ご本人様が不安と思っ見える事は、こちらが察して、伺うようにしている。		
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	御家族様のご協力により、実現できているところと実現できていない所がある。馴染みの場所があれば、外出レクに取り入れていくように努めている。	家事の継続、仕事の継続考え、住む場所が変わっても、生涯現役でいられる取組を行っている。法人内通貨で、労働の対価を支払い、利用者の張り合いにしている。仕事意識の支援として、男性には「クリーンキーパー」の名札を作り、張り合いにしている。	
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	利用者様同士の関係を日々、スタッフが理解して席の配慮したり、利用者様の間に入りトラブルにならないよう配慮を行っている。		

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
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	昨年、ホーム利用者で、永眠されたご本人様のご家族様に、御年賀の代わりにカレンダーを出しました。本人を偲びつつご家族様に何かあった時の相談支援窓口としてつながっていくよう今後も続ける予定。		
<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	ご本人、ご家族の希望で居室にお仏壇を設置しました。いつでもご主人を偲べるような環境で暮らしていけるお手伝いをさせて頂いています。他の方々にも、出来るだけご本人様本意に努めております。	利用者の担当制を体制化し、担当者が中心となって意向を聴取している。思いや意向を記録に取り、介護計画への反映に努め、ケアカンファレンス等で職員周知を図っている。	
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	初回アセスメント以後、知りえた情報などは、アセスメント表に書き加えるように努めている。		
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	声掛けを常に忘れず、顔色や表情などから、いつもの状態と違いはないか、申し送りやスタッフから今の状態を伺ったり常に状態の把握に努めている。		
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	適時ケアプランの見直しを、行っている。前もってスタッフより今の問題点や意見などを提出してもらっている。ご家族様のご意見も反映できるよう伺っている。	3ヶ月毎の見直しを基本としている。毎月のユニット会議でアセスメントを実施し、担当職員から出た意見や所見を参考に、振り返りの評価を行っている。可能な限り、本人と家族を交えたサービス担当者会議を行っている。	介護計画に沿った支援提供がわかる記録の工夫や、特記事項の記録の方法に統一性が望まれる。職員においても、介護計画ありきの支援提供の意識共有が期待される。
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	スタッフが、記録場所のファイルがある場所を把握して、時間があれば見れるようにしてある。申し送りノート・きつき・入居者様ノートは分けず出勤時は1ファイルで確認してからケアに入るようにしている。		
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	情報に応じて柔軟な対応で、いろいろな視点から支援が行えるよう今後も取り組んでいく。		

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	地域資源に対する知識が乏しく、活用できていない。		
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し、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	情報提供を医師に提出する事により、ホームでの状態を的確に把握して頂くよう、心がけている。情報提供表を希望されるご家族には医師に提出したものと一緒のものをお渡ししている。	ホーム協力医の月1回の往診と、2週間に1回の訪問歯科を支援している。入居前からのかかりつけ医への受診も可能で、原則家族対応になっている。利用者の様子を情提供書に記し、医師と情報を共有できるように工夫している。	
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	往診時に、ご本人様の状態をお伝えしたり、又スタッフには言えないことなどの、真意を伺ってもらい、ホームで知ることにより、今後のケアに活かしている。		
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。	担当のソーシャルワーカーに情報を伺い、長期入院になる場合は、退院時、担当者会議を開いていただけるよう、ご依頼している。施設サマリーや退院時サマリーは、必需となっている。		
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	ご家族様・ご本人様が、望まれている生活をホームで送れる様努めていきます。	本人や家族の希望に沿って看取りは行っていく方針である。終末期は協力医と連携し、医療が必要となるまでの支援を行う体制づくりを行っている。	ホーム協力医の理解と協力、医療連携看護師の確保等、ホームが目指す体制づくりの進捗が期待される。
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	今後、普通救命講習Ⅰをスタッフ全員に受けて頂き、一連の流れを理解していきたい。		
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	年に2回、各昼夜間設定で避難訓練を実施、地域の方々には、ご挨拶時の歓談を通じて協力をお願いしている。	年2回の避難訓練を計画し、内1回は夜間想定としている。通報訓練、消火訓練等併せて実施し、利用者と職員の意識を高めている。3日分の食料品の備蓄を行い、有事に備えている。	運営推進会議等で地域との連携を話し合い、具体的な体制作りが望まれる。

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
<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	大切にできるように心がけています。	利用者に「夢はありますか？」と一人ひとりの話をじっくりと聞き、その人となりを尊重している。誰もが生涯現役でいられるように、人格と尊厳を尊重し、一人ひとりの特性に配慮し、個別に対応している。	
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	ご本人様がお気持ちを表明出来る様な、人間関係の維持に努めている。		
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	可能な限りで対応できるように努めていきます。		
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	普段の身だしなみを整えるときに、おしゃれの楽しさを声かけしている。時々ネイル等などを行って楽しんで頂いています。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	出来る事を把握して声かけにより助けて頂き入居者様の役割を作るようにしている。盛り付け・お盆拭き・食卓拭き・洗い物・食器拭きなど細分化してお手伝いをしてもらっています。	現在は、多彩なメニューとレシピ活用を目的に、配食材サービスを利用している。今後は利用者と一緒に食材の買い出しができるよう変更していく予定がある。外食の楽しみもあり、食事が利用者の楽しみになるように工夫している。	
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	バランスよく献立を立てて、どのような物を食しているか把握できている。時間に関係なく、水分は、飲みたいときに飲んで頂けるよう、また、少ないようであれば声掛けをしている。		
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	毎食後に口腔ケアを行って頂いております。週1回口腔衛生に歯科医の往診があり、希望者は受けてもらっている。		

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
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	排泄の状況を出るだけ把握し、排泄パターンに応じて、声かけなどで自立を促す取り組みをしている。	自立排泄の利用者が多く、現状維持を第一に取り組んでいる。夜間もトイレでの排泄を基本に支援し、利用者のプライバシーや尊厳に配慮した支援を実践している。	
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	排便の状況を出るだけ把握し、その都度飲食物や運動などで改善できるよう取り組んでいます。		
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	ご本人の希望時間、回数にあわせて支援できる体制を整えるよう努力しています。	ホームは毎日の入浴を提供し、利用者毎には清潔保持の観点から、少なくとも隔日の入浴になるように支援している。要望があれば毎日の入浴も可能である。拒否のある利用者には無理強いせず、声掛け等を工夫したり、家族の協力を得て入浴ができた事例もある。	
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	睡眠休息時は、ご本人にあった環境にするよう心掛けて支援しています。		
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	処方箋等で確認し、ご本人に変化がないか見守り確認を行っています。飲み忘れのないよう、声かけ支援を行っています。		
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	ホーム内で飼っている犬の散歩などが入居者様の張り合いの一環となっている。パチンコ台やカラオケの設置などにより出来る限り個々の楽しみを支援するよう努めます。		
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	ご本人が希望すればご家族との連携にて実現できるよう支援するよう努めています。	喫茶外出、個人の買い物、散歩、食材の不足分の買い物、地域の公園など、恵まれた生活圏を活用して、外出の機会を多く持つよう努めている。家族外出も積極的に支援し、馴染みの場所や親戚行事などへ出かける利用者もいる。	



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	ご本人の希望に任せており、紛失のないようご利用者様によっては、所持金を把握させ頂くなどの支援をしています。		
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	いつでも、ご家族様等への電話連絡は相手次第ですが、可能にしています。		
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	出来るだけ、自然な光を窓から採り入れることなど、入居者が心地良く過ごせる環境の工夫を行っている。	掃除は利用者と共に行い、「居場所」の清潔を保持している。両ユニットをまたいで掃除機をかける、「クリーンキーパー」の男性利用者もおられる。天窓からの採光、適切な空調管理等も含め、高齢者の生活環境として問題はない。思い出の写真の掲示や季節の飾りで、「居場所」を演出している。	
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	フロア内には、ソファーや六角形テーブル2台を設置しお好みに応じて過ごせるようにしている。		
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	居室は、エアコン・洗面・電飾・カーテン以外はご本人の思い入れのあるもので好みの設置配置をして頂いている。	環境整備は家族の協力を得ている。TVやたんすなどを持ち込み、本人に合った生活環境を整えている。転倒のおそれがある利用者には、家族と話し合い、試行錯誤の結果、本人の動線に畳を敷く工夫を施した居室もある。	
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	施設全体が1階になっている為、動線もわかりやすく自分での行動に制限せず自立に向けて支援している。		

### 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	2392200370		
法人名	ステラリンク株式会社		
事業所名	グループホームたんぼぼ今伊勢 (2ユニット)		
所在地	一宮市今伊勢町新神戸字九反野18-1		
自己評価作成日	平成26年 3月18日	評価結果市町村受理日	平成26年 7月24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	<a href="http://www.kaijokensaku.jp/23/index.php?action=kouhvu_detail_2013_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2392200370-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/23/index.php?action=kouhvu_detail_2013_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2392200370-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
所在地	愛知県名古屋市長区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成26年 3月24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)】

法人の理念を玄関やフロアー、休憩室のスタッフが目に就く場所に掲げ、申し送り時に復唱することを実施し、スタッフが常に理解できるようにしています。毎日の体操やレクリエーション、食事作りの中で皆様ADL低下防止や楽しみをもって馴染みの生活ができるよう心掛けています。地域の方との関わりを定期的に設け、地域の一員を意識して生活の質の向上に心掛けています。

【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)】

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	申し送り前に理念を復唱している。新人スタッフの導入時に理念への思いを伝えている。		
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	外で御近隣の方々にお逢いすれば、挨拶をする。また、近隣に散歩などに入居者様と一緒にでかけることにより、ご近所の方からお声を掛けて頂けることが事が多くなったように思う。		
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	地域の方々に働きかけてはいないが、ほぼ毎日の午前中に近隣に散歩に出かける事により、顔なじみが増えたように思われる。		
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	参加された方々にご意見を頂き、サービス向上に活かすよう努めている。		
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に取り組んでいる	運営推進会議を通して、事業所の実情や活動報告を伝え、取り組に理解して頂いていると思う。		
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	身体拘束について、理解が浅いため、今後勉強会などを開催して、理解するよう努める。		
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	虐待防止関連について、理解が浅いため、今後勉強会などを開催して、理解するよう努める。		

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	内外部の研修や勉強会を通じて、日常生活自立支援事業や成年後見制度について、理解するよう機会を設けていない今後、取り組もうと思う。		
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	ご家族様が今後の入居者様に対して、ホームでの生活にすにあたり、疑問に思ふ事や不安に思ふ事を把握して、説明を心掛けて、安心して頂けるように努めております。		
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	意見やご要望が言ってもらえるような雰囲気作り、ご面談時に伺うなどの努力につとめ、運営に反映できるように努めている。		
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	個別面談との形をとらず、常に話しやすい関係作りに努め、休憩時や退勤時などに声かけをして、意見やスタッフの思いに近づけるよう努力しています。月1回のミーティング		
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	スタッフの体調や性格・家庭背景などを理解して各スタッフに合った条件で勤められる様に整備に心掛けていきます。		
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	社内研修に年2回以上参加して頂く事により、より一層、入居者様とのコミュニケーションがスムーズにいくよう努力している。		
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	地域のグループホーム会議に参加するように努めている、又同法人では毎月の10日に同法人の施設長が集まり勉強会を開催している。		

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
<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	ご本人の真意を理解して、良好な関係作りに努めております。又話しやすい雰囲気にも努めております。		
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	ホームで出来る事出来ない事をご理解頂き、出来る限りのご要望にお応え出来るように努めて、ご安心してご入居いただけるように努めております。		
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	会話からご家族様とご本人様の思いを受けするように努力しております。又傾聴に徹して、真意に近づける支援が出来るように努めております。		
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	認知症という病気を、重視せず人としての付き合いが出来るよう、又、スタッフと入居者様との関係で無くお互い、一番の理解者である関係を、築くようにしている。		
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	いつでも、ご家族様等の面会可能であり、外出や外泊、又定期受診はご家族様対応にて、家族の絆を大切にしています。ご本人様が不安と思っ見える事は、こちらが察して、伺うようにしている。		
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	御家族様のご協力により、実現できているところと実現できていない所がある。馴染みの場所があれば、外出レクに取り入れていくように努めている。		
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	利用者様同士の関係を日々、スタッフが理解して席の配慮したり、利用者様の間に入りトラブルにならないよう配慮を行っている。		

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
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	昨年、ホーム利用者で、永眠されたご本人様のご家族様に、御年賀の代わりにカレンダーを出しました。本人を偲びつつご家族様に何かあった時の相談支援窓口としてつながっていくよう今後も続ける予定。		
<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	ご本人、ご家族の希望で居室にお仏壇を設置しました。いつでもご主人を偲べるような環境で暮らしていけるお手伝いをさせて頂いています。他の方々にも、出来るだけご本人様本意に努めております。		
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	初回アセスメント以後、知りえた情報などは、アセスメント表に書き加えるように努めている。		
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	声掛けを常に忘れず、顔色や表情などから、いつもの状態と違いはないか、申し送りやスタッフから今の状態を伺ったり常に状態の把握に努めている。		
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	適時ケアプランの見直しを、行っている。前もってスタッフより今の問題点や意見などを提出してもらっている。ご家族様のご意見も反映できるよう伺っている。		
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	スタッフが、記録場所のファイルがある場所を把握して、時間があれば見れるようにしてある。申し送りノート・きつき・入居者様ノートは分けず出勤時は1ファイルで確認してからケアに入るようにしている。		
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	情報に応じて柔軟な対応で、いろいろな視点から支援が行えるよう今後も取り組んでいく。		

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	地域資源に対する知識が乏しく、活用できていない。		
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	情報提供を医師に提出する事により、ホームでの状態を的確に把握して頂くよう、心がけている。情報提供表を希望されるご家族には医師に提出したものと一緒のものをお渡ししている。		
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	往診時に、ご本人様の状態をお伝えしたり、又スタッフには言えないことなどの、真意を伺ってもらい、ホームで知ることにより、今後のケアに活かしている。		
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。	担当のソーシャルワーカーに情報を伺い、長期入院になる場合は、退院時、担当者会議を開いていただけるよう、ご依頼している。施設サマリーや退院時サマリーは、必需となっている。		
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	ご家族様・ご本人様が、望まれている生活をホームで送れる様努めていきます。		
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	今後、普通救命講習Ⅰをスタッフ全員に受けて頂き、一連の流れを理解していきたい。		
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	年に2回、各昼夜間設定で避難訓練を実施、地域の方々には、ご挨拶時の歓談を通じて協力をお願いしている。		

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
<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	大切にできるように心がけています。		
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	ご本人様がお気持ちを表明出来る様な、人間関係の維持に努めている。		
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	可能な限りで対応できるように努めていきます。		
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	普段の身だしなみを整えるときに、おしゃれの楽しさを声かけしている。時々ネイル等などを行って楽しんで頂いています。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	出来る事を把握して声かけにより助けて頂き入居者様の役割を作るようにしている。盛り付け・お盆拭き・食卓拭き・洗い物・食器拭きなど細分化してお手伝いをしてもらっています。		
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	バランスよく献立を立てて、どのような物を食しているか把握できている。時間に関係なく、水分は、飲みたいときに飲んで頂けるよう、また、少ないようであれば声掛けをしている。		
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	毎食後に口腔ケアを行って頂いております。週1回口腔衛生に歯科医の往診があり、希望者は受けてもらっている。		



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
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	排泄の状況を出来るだけ把握し、排泄パターンに応じて、声かけなどで自立を促す取り組みをしている。		
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	排便の状況を出来るだけ把握し、その都度飲食物や運動などで改善できるよう取り組んでいます。		
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	ご本人の希望時間、回数にあわせて支援できる体制を整えるよう努力しています。		
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	睡眠休息時は、ご本人にあった環境にするよう心掛けて支援しています。		
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	処方箋等で確認し、ご本人に変化がないか見守り確認を行っています。飲み忘れのないよう、声かけ支援を行っています。		
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	ホーム内で飼っている犬の散歩などが入居者様の張り合いの一環となっている。パチンコ台やカラオケの設置などにより出来る限り個々の楽しみを支援するよう努めます。		
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	ご本人が希望すればご家族との連携にて実現できるよう支援するよう努めています。		

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
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	ご本人の希望に任せており、紛失のないようご利用者様によっては、所持金を把握させ頂くなどの支援をしています。		
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	いつでも、ご家族様等への電話連絡は相手次第ですが、可能にしています。		
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	出来るだけ、自然な光を窓から採り入れることなど、入居者が心地良く過ごせる環境の工夫を行っている。		
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	フロア内には、ソファーや六角形テーブル2台を設置しお好みに応じて過ごせるようにしている。		
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	居室は、エアコン・洗面・電飾・カーテン以外はご本人の思い入れのあるもので好みの設置配置をして頂いている。		
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	施設全体が1階になっている為、動線もわかりやすく自分での行動に制限せず自立に向けて支援している。		

## 目標達成計画

作成日: 平成 26 年 7 月 20 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	10	家族対応の窓口の充実 家族(入居者含め)の希望意向の聴取の機会等の充実。	家族会の設置。家族会での意見聴取等の情報収集や情報の共有を実施する。	家族会設置に向けて、家族会での内容を具体的にし、家族に賛同を得る。次月上旬に家族会設置に向けての打診をする上で、家族懇親会を実施する。	6ヶ月
2	2	近隣・地域の方々との積極的な交流を図り、地域の一員としてグループホームが関われる。	地域との連携の充実 地域交流の場としてのグループホームの確立。	運営推進会議の積極的な参加の呼びかけ、ホームでのイベント参加への呼びかけで、地域の方との交流の場を増やし、信頼関係を構築する。	12ヶ月
3	5	認知症介護についてプロとしてのサポート体制の強化。	認知症ケアにおける連携強化 市・地域包括・家族、インフォーマルな協力体制を確立した認知症ケアの実施。	認知症ケアの研修等への参加により、情報収集を行い、実施していく。	12ヶ月
4	26	介護計画に沿った支援提供の意識の共有。	認知症ケアの支援を充実させ、日々変化する症状に沿った計画の作成を行っていく。	担当職員や本人の意向、家族の声を参考に計画の見直しを常に意識する。支援と計画の統一が確認できる記録の検討、作成を早急に行う。	6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。