

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	1474200324	事業の開始年月日	平成16年6月3日	
		指定年月日	平成16年6月1日	
法人名	特定非営利活動法人痴呆対応型共同生活介護グリーンハウス			
事業所名	グループホームえがお			
所在地	(243-0414) 神奈川県海老名市杉久保南1-8-11			
サービス種別 定員等	小規模多機能型居宅介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
定員等	認知症対応型共同生活介護	宿泊定員	名	
		定員計	9名	
		ユニット数	1 ユニット	
自己評価作成日	平成21年12月10日	評価結果 市町村受理日	平成22年3月31日	

事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先 <http://www.kaigo-kouhyou-kanagawa.jp/kaigosip/informationPublic.do?JCD=1474200324&SCD=320>

【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)】

役割担当表の作成・・・職員がやれば早いことをなぜ各利用者に役割をもってやって頂いているか。やれない事を無理にやらせてもらうのではなく、些細な事でも出来る事をやる事で達成感を感じてもらい職員等からの感謝の言葉、ねぎらいの言葉をかけられることで『自分もだ誰かの役に立った』と自信を取り戻してほしい。そしてここにいる意味を確認してほしい。そのための手段である。やらされたではなく『一緒にやると早いし気持ちいいね』といってもらえるような私たち職員のかかわりが大事である

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鵜沼橋1-2-4 ヲ双ファースト 3階		
訪問調査日	平成22年1月15日	評価機関 評価決定日	平成22年3月4日

【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)】

海老名市にグループホームを2箇所持つNPO法人「グリーンハウス」が運営している当事業所は平成16年6月に開設されたグループホームで、郊外の住宅地にあり、既存の一般住宅を改装して利用しています。

このホームの優れている点としては、まず、「えがお」というホームの名前の通り絶えず笑いがあり、職員が明るく、利用者一人ひとりに声掛けをして話をしているうちに笑顔になってしまうところです。利用者一人ひとりの能力に応じて役割分担を決め、感謝の言葉を掛け、利用者各人がホームにとって大事な人だということを認識してもらい支え合って生活しています。理念として「人権の尊重」「各人が役割を持つ」「家庭的な雰囲気」を掲げ、実践している事業所です。また、地域とのつながりが強く、災害発生時には、近所のお宅の庭に非難できるような協力体制があります。

このホームの工夫している点としては、既存の一般住宅を改装して利用しているため、バリアフリーではなく多くの段差がありますが段差が明確に認識できるように黄色で明示し、暗いところには人感の照明設備を導入するなどしています。また、事業所の庭で野菜を栽培し、普段の会話や食卓をにぎわさせています。医療連携加算を取り、内科の往診体制もあります。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
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 ~ 35	9 ~ 13
その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	グループホームえがお
ユニット名	

アウトカム項目			
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
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
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
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
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
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
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

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くらいと
			3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんどできていない
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：9,10,19)		1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまに
			4. ほとんどない
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の拡がりや深まりがあり、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
66	職員は、活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
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
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. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
理念に基づく運営					
1	1	<p>理念の共有と実践</p> <p>地域密着型サービスの意義を踏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</p>	<p>運営理念の中の一つである『各人が役割を持つ』とは『一人ひとりが安心できる居場所作り』と捉えており一人ひとりに役割があり、其の役割を表に明記する事で自分の役割を確認して頂いています。</p>	<p>理念が事業所内の3箇所に大きく掲示されています。理念を実践するために職員は、利用者の言葉をよく聞き受容すること、「いけない」とは言わない、自分の心が痛まない介護、などを念頭においています。</p>	
2	2	<p>事業所と地域とのつきあい</p> <p>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</p>	<p>天気の良い日は、毎日の散歩週2回の買い物、庭仕事等の中で会えば挨拶したり等することで自然な形で地域に溶け込んでいます。</p>	<p>自治会に加入し、年3回の「えがおだより」を回覧板で回してもらい、「えがおまつり」の開催のチラシを自治会の掲示板に掲載させてもらっています。自治会主催の敬老会、夏祭りに参加しています。</p>	
3		<p>事業所の力を活かした地域貢献</p> <p>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</p>	<p>自治会から『えがお』の存在、目的を発信し認知して頂き其の便りの中で、介護相談を明記しています。近所の方が近くにあることに安心するとの言葉を頂いたり電話で相談を受けたりしています。</p>		
4	3	<p>運営推進会議を活かした取組み</p> <p>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取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</p>	<p>『えがお』の方針、目的、運営理念、年間の取組み等を報告しています。時期的に新型インフルエンザの対策等の意見交換をする中で『えがお』としての対応について確認しました。</p>	<p>平成21年5月に市役所・社協・地域包括支援センター・民生委員・家族等が参加して開催しています。自治会役員にも連絡を取っていましたが、都合で出席されませんでした。会議では、市役所側から出たインフルエンザの対応等について話し合いました。</p>	<p>運営推進会議の開催が年1回になっているので、開催頻度を増やす事が期待されます。</p>
5	4	<p>市町村との連携</p> <p>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</p>	<p>必要に応じて取り組んでいます。</p>	<p>運営推進会議で連絡を取り合い、出席してもらっています。</p>	<p>積極的に市役所と連携を取る体制作りが期待されます。</p>

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	<p>身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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</p>	<p>居室や玄関に鍵を掛ける事の弊害は十分理解していますが不穏となり鍵をガチャガチャして出ようとする、他居室に入り込み収集、放尿等の状況時はプライバシーの配慮と危険防止のため施錠をしています。</p>	<p>「身体拘束ゼロへの手引き」はありますが、研修等はありません。利用者のケアのあり方について事業所独自の取り組みをしています。</p>	<p>「身体拘束ゼロへの手引き」等を活用して職員が身体拘束についての意識を高める方策を検討する事が期待されます。</p>
7		<p>虐待の防止の徹底</p> <p>管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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職員間で意識統一を図っている</p>	<p>県が発行してる「高齢者・家族の心に耳を傾けるケアをめざして」の手引書から虐待の定義を学び虐待が見過ごされないように職員間で意識統一を図っています。</p>	/	
8		<p>権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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</p>	<p>成年後見制度についての資料は常時閲覧できるように準備してあります。必要に応じて学びたいと思っています。</p>	/	
9		<p>契約に関する説明と納得</p> <p>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</p>	<p>利用者家族、本人の入所に対する不安、自責の念、葛藤等の思いをしっかり受け止める事、受け入れる職員も其の思いを共有し双方が納得した形で入所できるように努めています（契約まで1ヶ月要）</p>	/	
10	6	<p>運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並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</p>	<p>面会等で来訪された時は、他利用者の中に一緒に入って頂く事で家族同士では見えない事等また意見が言いやすい雰囲気を考えています。</p>	<p>利用者本人からの要望等は、毎日の会話の中から職員が把握するようにしています。家族等からの意見等は、昨年12月に家族会を開催したり、家族参加の行事の際には「行事アンケート」を実施するなど積極的に意見を取り入れています。</p>	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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回のミーティング（職員会議）等で意見交換をしています。必要に応じて個人面談を実施しています。	月1回ミーティングを開催し、職員の意見・提案等を聞き、話し合いながら意見の調整をしています。職員が生き生きと楽しく働けるような体制を整え、利用者と職員の馴染みの関係が継続するような取り組みをしています。	
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	行った事、対応したことの評価をすること。感謝とねぎらいの言葉掛け等をしてます。		
13		職員を育てる取組み 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	研修等の情報を職員が興味を持ち意欲を高める為に、目につく所に掲示しています。県主催の介護基本講座は、順番に受講しており、2次研修も実地しています。		
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つくり、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	年に1回、同業者との相互訪問研修に参加し意見交換することでサービスの質、意識を高める取り組みをしています。同列のホームとは、月1回交流会を行い利用者、職員同士の交流を図っています。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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	「えがお」での日常生活と取り組み年間計画等を細かく説明し要望を聞き取り、納得されたら体験入所へと一つ一つ段階を踏んで信頼関係を築いています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	「えがお」での日常生活と取り組み年間計画等を細かく説明し要望を聞き取り、納得されたら体験入所へと一つ一つ段階を踏んで信頼関係を築いています。		
17		初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	直ぐ利用したいのか、今後利用したいのか、そもそもグループホームとは何なのか等等相談内容を見極め本人が必要としている情報を提供したり支援をしています。		
18		本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	楽しい事を計画して思いを共有したり冗談を言って笑ったり悲しい時は一緒に泣いたり利用者、職員との関係でなくお互いが支え合う仲間として日常生活を送っています。		
19		本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	年3回の大きなイベントは勿論、それ以外に楽しい事(いちご摘み、紅葉狩り等)を企画した時に声を掛けたり、面会時は、一緒の場に入ってもらって頂き他利用者との交流を援助しています。		
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	近所の方、親しくしていた方等々の来訪時は、少しおしゃれをして頂き職員が少しの間場を取り持つ等の雰囲気作りを大事にした援助をしています。	入居前から利用している美容院に行き続けている利用者がいます。近所の方や親しくしていた方などが訪問に来た際には、利用者におしゃれをして頂き職員が場を取り持つ等の雰囲気作りをして支援しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	気の合う方或いは、話が合う方達の席が近くなるように配慮しています。場がもてない様子の利用者に対しては、仲間に入り易いような雰囲気職員同士で作っています。		
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	骨折された方の次のサービスへの相談、情報提供をしています。住まいが変わった方の所に仲の良い利用者連れて何回か面会に行ったりしています。		
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。	何気ない会話の中に、本人の想いをチャッチするように努めています。夫が体調を崩され来訪できない時は、こちらの方から自宅に会いに行き、思いがけ無い事と大層喜ばれたりしました。	管理者が利用者の意向を日々発見していくことが職員の仕事という想いで、利用者一人ひとりとできるだけより多い時間を一諸に過ごすように取り組んでいます。毎日の会話や何気ない様子の中から本人の意向の把握に努めています。	
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	利用開始時に、本人、家族そして担当の介護支援専門員から、今までの経過等の細かい部分までの情報収集しその内容を職員間で共有することで新しい生活にスムーズに入れるようにしています。		
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	日々の様子、変化、本人が発する言葉等々、個人記録に記録することで現状を把握し職員間で共有しそれを介護計画書に活かしています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	個人記録から解決すべき問題点、対応の仕方等々が見えてきます。それを月1回のミーティング時に意見交換をしながら介護計画に反映しています。	医療連携加算をとっており、医師からの指示を含めた様々な情報を毎回のミーティング時に利用者全員について個人記録を基に状況を検討しています。見直しが必要な利用者については、介護計画書に赤字で追加記入をしています。新しい利用者には何もなくても3ヶ月ごとに見直しています。	
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	身体機能等の変化に応じて、より本人の現状に添った対応であるか意見交換しながら対応法を検討し介護計画書の見直しを行っています。		
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	定期通院は、家族に依頼しているが緊急時等は、家族に確認しながら受診、送迎等の支援を行っています。		
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	市社会福祉協議会にボランティアを依頼し、週1～2回定期的に来られ外出買い物援助、楽器演奏に合わせて一緒に歌を歌ったりと楽しんでいます。		
30	11	かかりつけ医の受診診断 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	月2回往診を依頼しています。其中で必要に応じて専門機関等への受診へ繋げる等の適切な医療が受けられる体制となっています。	かかりつけ医は、本人や家族の意見を尊重しています。特に希望がない場合には、提携している医師がかかりつけ医となり、月2回の往診を行い、利用者の健康管理に当たっています。かかりつけ医から専門医療機関への受診体制も整えられています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		<p>看護職員との協働</p> <p>介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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</p>	<p>日々の生活の中で、身体機能の変化等を記録し往診時に報告することで早い処置が受けれる体制になっています（認知症の進行状態を報告する事で職員は看護師からの指導を受けることができました）</p>		
32		<p>入退院時の医療機関との協働</p> <p>利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、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。又は、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。</p>	<p>骨折等されて入院の場合、階段の寸法、写真等の情報を伝わりハビリ内容に役立ててもらっています。また帰れる条件等を双方で確認し合い早い退院に向けての協力をしています。</p>		
33	12	<p>重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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、事業所です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</p>	<p>身体機能の重度化してきている場合等、随時家族へ報告、或いは実際にホームに来ていただいて本人の様子を確認してもらい今後の対応について話し合っています。その内容等は全職員に報告し共有しています。</p>	<p>身体機能が重度化してきている場合等随時家族へ報告しています。事業所での生活が困難な場合には、家族と話し合い、医療機関等を紹介しています。事業所として「看取り」は行わない方針です。</p>	
34		<p>急変や事故発生時の備え</p> <p>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</p>	<p>事故或いは急病が発生した場合についてのマニュアルを作成し対応の確認が出来る様にしています。消防署から講師を依頼して応急手当の指導を受講しています。</p>		
35	13	<p>災害対策</p> <p>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</p>	<p>利用者が避難できる方法を身につける方法として年4回（5、8、11、2月）に消防避難訓練を実施しています。実施後は、反省点等を話し合い「報告書」にまとめ次回に活かしています。</p>	<p>昨年5月に救急法実技講習会、11月には消防・通報・非難訓練を消防署の指導の下に行っています。近所の庭が避難場所として了解を得、緊急連絡網に入っています。非常時備蓄品は、水・レトルトご飯等3日分が準備されています。</p>	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	一人ひとりの人格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	一人ひとりの訴え、発する言葉に耳を傾け共感し想いを受け止める対応をしています。発する言葉から本人の状況を判断し其の方に添った援助、声掛けを行っています。	理念の中の1つに「人権の尊重」を掲げ、プライドを損ねないように声掛けをしています。トイレ誘導時には、「お手伝いしてほしいことがあるのでこちらへ来て下さい」などの言葉掛けを工夫しています。	
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	普段から会話ができる空間を大事にしています。お茶等呑みながらの何気ない会話の中から本人の想い、不満等をキャッチするようしています。行動に入る前に説明し納得して頂いてから行動に移しています。	/	/
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	毎朝のコーヒータイム時に当日の予定を伝えます。其中で何に参加したいか希望を聞く対応をしています。また一人ひとりの体調、言動を観察し其の方に添ったペースを大切にした対応をしています。	/	/
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	一人ひとりの好みを観察し理解しており其の方の添った支援をしています。馴染みの理容店を利用し、髪の長さ等自分の意見が言えるように支援しています。	/	/
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食事の時間は一番大事であると捉えています。3度の食事は勿論、利用者、職員と全員が揃うまで待ち一緒に頂いています。野菜を切ったり盛り付け等とそれぞれに出来る事に参加できる場面を支援しています。	食事の時間については、最も重要な時間として取り組んでいます。利用者の能力に応じて野菜を切ったり、盛り付けをしたり、お皿拭きを行ったりしています。畑でとれた野菜を食卓にのせて話題にしながら会話を楽しんでいます。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		<p>栄養摂取や水分確保の支援</p> <p>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</p>	<p>食事摂取量にバラツキのある方は、毎食の摂取量を記録しその記録から原因を探る等の分析をしています。また尿量が少ない場合は、水分量をチェックし水分が摂れる工夫（砂糖湯、ポカリ等）をしています。</p>		
42		<p>口腔内の清潔保持</p> <p>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</p>	<p>毎食後、歯磨き或いは口腔ケアの援助をしています。洗面所の場所が分からない方、磨く行為が理解できない方等一人ひとりの能力に応じた支援をしています。週2回ポリデントで洗浄漂白を支援しています。</p>		
43	16	<p>排泄の自立支援</p> <p>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向けた支援を行っている</p>	<p>排泄チェック表に記録し、パターンを把握する事で援助してます。誘導時は『ちょっと手伝って下さい』等の声かけをし本人のプライドを大事にした関わりをしています。</p>	<p>排泄チェック表を作成し、パターンを把握しています。一人ひとりの時間に合わせて声をかけ、トイレ誘導をしています。オムツ利用の利用者が適切な排泄誘導によりはずした事例もあります。</p>	
44		<p>便秘の予防と対応</p> <p>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</p>	<p>落ち着きが無い、食欲が無い、イライラしてる、水分は摂れているか等々の利用者の日々の様子を観察し記録しています。毎日のラジオ体操と散歩、風船バレー等誰でもが参加できる場面を作っています。</p>		
45	17	<p>入浴を楽しむことができる支援</p> <p>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、個々に応じた入浴の支援をしている</p>	<p>週5日の入浴日を設けているが殆どの方が、毎回入浴を楽しまれています。仲の良い方同士一緒に入浴される方もいます。</p>	<p>ほとんどの利用者が週5日の入浴を楽しんでいます。入浴を拒む利用者については、言葉を変えて入浴してもらうように工夫して入浴の支援をしています。</p>	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	夜間不眠であった方、AM外出で疲れていると思われる方等状況に応じて自室に案内し休んで頂く援助をしています。その際ゆっくり休めるようにカーテンを閉め少し暗くするなど工夫をしています。		
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	『薬服薬一覧表』の中に使用してる薬の目的や副作用等を明記しております。いつでも確認できる体制になっています。定期の受診時の変化、薬の変更等は、日誌に記録し全職員に周知しています。		
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	出来る事探しからそれぞれに役割を担当してもらいそれを『役割担当表』に記載することで確認してもらい生活に張りや自信を持っていただけるような支援をしています。		
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。また、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	10時のコーヒータイト時に、今日の予定を説明し、買い物、調理、散歩等の中から一人ひとりの希望に添っての同行支援を行っています。	散歩は、天気が良ければ毎日行っています。職員と一緒に買い物に外出したり、個別に自宅へ行ったり、買い物に行ったりしています。行事のない月には、電車に乗って外食などに出かけています。	
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	毎月2千円の小遣いを預かり其中で外食したり、歯磨き粉、湯のみ茶碗等の小物を必要に応じて自分で好きなものを選んで購入できるように支援しています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	家族からの電話は、状況が可能ならば本人に代わり、話ができる場面の設定、利用者からの電話の希望に対しては番号を押す等の援助をし話せる場면을支援しています。		
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、生活感や季節感を探り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしています。	玄関等に季節の花を飾ったり季節に添った図案を用意し塗り絵等を楽しみそれをリビングの壁に貼ったりする事で季節を感じてもらえる工夫をしています。	リビングには、温度計を設置し居心地よく過ごせるように室温が常に適温になるように冷暖房や換気をしています。リビングの壁には、季節を感じるように利用者が作成した塗り絵などを飾ったりしています。	
53		共用空間における一人ひとりの居場 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	1階2階の共有空間（リビング）を編み物をする方、塗り絵を塗る方、会話を楽しむ方等々思い思いに過ごせる居場所作りを工夫しています。		
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	自宅で使用していた寝具、筆筒、ソファ等の持込寝る前は本を読む習慣の方は本を沢山持参、壁には家族との写真を貼ったりと見慣れた物に囲まれたその人らしい居室になっています。	入居前から使用していた寝具、タンス、ソファなどを持ち込んで自宅と同じような環境になるように家族と話し合っています。本や家族との写真、利用者の方が作成した刺繍や編み物を飾り、その人らしい居室作りをしています。	
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」や「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	段差のある所には、目立つ色のテープで知らせたり手すりの設置と安全性と本人の機能を大事にした関わりをしています。危険箇所には『危険』と表示し回避する工夫をしています。		

目標達成計画

作成日：平成22年3月30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	4	運営推進会議の開催が、21年度は年1回になっているので開催頻度を増やすこと	運営推進会議の開催を、22年度は年3回開催する	開催する日時を決めて、年間行事予定表に組み込む。年間の予定日時は、4ヶ月(5・9・1月)に1回、第4月曜日のPM13:30～1時間開催する事とする	12ヶ月
2	6	『身体拘束をしないケア』について意識を高める取り組み、方策がしてない	施錠をしなくて済むケアに取り組む	『身体拘束ゼロへの手引き』『高齢者・家族の心に耳を傾けるケアを目指して』等の資料を基に 身体拘束はなぜ問題なのか 身体拘束は本当になくせないのか 身体拘束廃止に向けてまずなすべきことと段階を踏んだ取り組みをする事で施錠をしなくて済むケアの実践へと職員の意識を高めていく * 月1回のミーティング時に勉強会を行う	6ヶ月
3	9	利用(入所)に至るまでの経過を理解してない職員がいる	見学し納得して登録してと入所に至るまでの流れを全員の職員が理解する	ミーティング時に、入所に至るまでの資料を用意し全員に説明し周知を図る	1ヶ月
4	26	作成に関わり介護計画に基づいて介護しているにもかかわらず、介護計画を理解してない職員がいる	介護計画の意味を理解する	ミーティング時に、介護計画作成に至るまでの資料を用意し全員に説明し周知を図る	1ヶ月
5					ヶ月

注)項目の欄については、自己評価項目の 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。