

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	2171600253		
法人名	有限会社 あい케어		
事業所名	グループホーム たけのこし A舎		
所在地	岐阜県瑞浪市高月町2丁目11の1		
自己評価作成日	平成22年 2月3日	評価結果市町村受理日	平成22年 5月10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	http://kouhyou.winc.or.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2171600253&SCD=320
----------	---

【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 中部社会福祉第三者評価センター		
所在地	岐阜県関市市平賀大知洞566-1		
訪問調査日	平成22年 2月23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)】

・運営推進会議の席で出席者から「ここは食事が美味しいとの評判を聞きました」と言われたので、職員皆の励みにしています。
 ・ハード面において限界がある為、職員一同で色々な所に工夫をしています。

【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)】

金融機関の社員寮を改造して使用しており、新築物件と比較すればハード面での見劣りは否めない。が、様々な工夫を凝らしてぬくもりのある暮らしを提供している。ホール(食堂兼居間)の狭さも、居室のドアや窓を開放することによって補っており、南向きの窓から流れ込む風が心地よい。地域との交流にも積極的に取り組み、地域イベントである神社の祭礼や福祉まつりには、職員と共に可能な限りの利用者が参加する。喫茶店、美容院、買い物等は地元の商店を利用してあり、散歩や買い物で外出した折には、地域の住民からも、よく声がかかるようになってきた。家族も協力的で、運営推進会議の発言や家族アンケートでは、前向きで建設的な意見が多く出されている。利用料は安価だが、どの家族も質の高いサービスが継続して提供されることを願っている。

・サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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+-) + (Enter+-)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
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	理念をホーム内に掲げ、いつでも確認できるようにになっています。更にミーティング等どのように実践につなげていけるか話し合いを行っています。	運営理念が、ホーム内だけでなくパンフレットにも大きく掲載されている。“地域密着”の言葉こそないが、“個別ケア”の根源となる“その人らしさ”を支援する精神がうたわれている。	
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	地域性があり、この地区では施設はアパート扱いになる為に自治会には入れませんでした。しかし、ありがたい事に隣近所の方に雑巾を頂いたり、タオルを頂いたりしています。	神社の祭礼や福祉まつり等の地域イベントには極力参加し、積極的に地域へ出ていく姿勢が強い。喫茶店、美容院、日々の買い物などは、地域の商店を使う。	
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	地域包括支援センター・社協他からの講演・勉強会の案内が来るので、職員に呼びかけをし、できるだけ参加をお願いしています。その後ミーティングで感想を聞き、ホームで役にたつように話し合いをしています。		
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	推進会議を年に6回程度開催するよう心がけています。会議の報告はミーティングで話し合いをしています。	運営推進会議では、その時々々の世相を反映した話題も出ている。防災関係の話し合いでは、利用者を救助する方法や注意事項が事細かに討議された。	会議メンバーの固定は、意思の疎通面でのメリットがあるが、会議そのものを硬直化する恐れも出てくる。メンバーの増員も検討の時期か。
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	市(福祉課・包括支援センター)や社協からの研修・会議等に参加。日頃から常にか何かで連絡を密にとっています。その為、入居の申込や相談も受けたりと、連携を図っています。	行政主催の催し(会議、研修等)には必ず参加し、市・担当者と良好な関係を築いている。ホームからの相談だけでなく、担当者から問い合わせを受けることもある。	
6	(5)	身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指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	ミーティング等で身体拘束に関する内容の話し合いをしています。事務所や近隣の方々にも頼み、注意深く外に気をかけています。チャイム等の利用もしていますが、まずは目視で人数の確認等を心掛けて行っています。	職員が拘束のないケアの意義を理解しており、玄関は夜間以外は施錠していない。利用者は自由に外出することができ、外出を確認した職員が付き添うことで安全を担保している。	
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	研修等にも参加し、参加者から話を聞いたり、マニュアル等も(職員に渡し)参考にしながら話し合いをし防止に努めています。		

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
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	成年後見制度を利用している利用者があるので、職員には周知してもらっています。運営推進会議にも参加して頂き制度の話をしていただきました。		
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	契約時には必ず、代表者と管理者（不在の時には職員）立ち会いの下、家族に話をさせてもらっています。例を挙げ質疑応答で双方納得した上で契約を結んでいます。		
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	比較的軽度の認知症利用者には本人の意見を聞いたりし、家族や外部の相談員（ケースワーカー・ケアマネ・専門医）等に相談しています。	ユニットの入口に苦情箱が設置してある。「ホームに対する要望を書いて入れる」とか、「食べたい食事のメニューを書けばいい」とか、利用者同士の会話である。ホームに対する自由な物言いが感じられる。	「ホールが狭すぎる」と、家族アンケートにコメントがあった。同じ方から「移動するのに、手が届くところに壁があって安心」と、フォローが入る。好意的、協力的な家族が多い。
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	ミーティング時や代表者が管理者等、個別に話を聞く機会を設けるようにしています。	法人代表の気さくな性格からか、職員は本音でしゃべり、のびのびと働いている。職員の定着がよく、離職した職員が顔を見せることもある。	
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	管理者に話をこまめに聞き、労務士と話し合いをしながら出来る限りの努力をしています。		
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を進めている	県や市での研修には時間の調節をしながら参加しやすいようにしています。近隣開催の場合は案内を貼ったり、声をかけて参加を促しています。参加できなかった職員には後日、ミーティングで発表してもらっています。		
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	グループホーム協議会等を活用し、他の事業者との意見交換・訪問をしています。グループホームだけの研修会等があると参加価値があると思います。		

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
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	家族の同意を得て面談をさせていただいて、出来るだけ色々な事を聞き出すようにしています。担当のケアマネや職員にも相談し、事前に資料を作り職員に見てもらっています。		
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	事前に家族に来苑して頂き、聞き取りをしています。話を聞いて家族が一番良い方法を一緒に考え利用者が一番過ごしやすくするために努めています。		
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	ミーティングで事前の情報を職員で話し合いをし、対応できるようにしています。		
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	家事全般を各利用者のペースに合わせ双方で協力し合いながら生活の支援をしています。女性の利用者には献立の参考にさせてもらえそうな知恵を会話の中からいただいています。		
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	本人と家族水入らずでお話ができる様に支援し、終わってから見えない場所で家族に話を聞き(利用者が困っていないか…他)ケアに役立てています。		
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	年賀状や手紙等の支援をしています。友達等が来た時に、色々な情報を集めたりし、気兼ねなく再度来苑して頂けるような声掛けもしています。	“個別ケア”の推進のため、積極的な馴染みの関係の支援が見られる。同窓会への出席をはじめ、利用者が希望する昼参りや図書館通いも支援している。	
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	利用者個々の状態を常に全員把握していますので、孤立しないようにし関りがもてるように支援しています。		

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
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	退所前に家族に「また、お困りな事があるようなら…」と、声掛けをしています。退所後の利用者の相談等も聞いています。		
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	まずは利用者が納得するまで話を聞き、管理者・ケアマネ・職員・場合によっては家族等と話し合いをし、希望に添えるようにしています。	日々のケアの中で聞き取った利用者の新たな情報(生活歴、思いや意向)は、「申し送りノート」に記録され、職員への周知となる。	その人らしさを支援する“個別ケア”の起点が、利用者の思いや意向の把握である。「申し送りノート」の内容を職員個々が記憶するだけでなく、介護計画へつなげる工夫がほしい。
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	出来るだけ家族から生い立ちや生活歴を聞き、ケアプランに活かし、今までの暮らしに近い状態で過ごせるように努めています。		
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	個々の生活リズムを把握しています。一日の過ごされ方は記録しており、共有しています。		
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	日常生活の中で個々の特徴を把握し、ケアプランを作成しています。家族の訪問時電話等で相談などもしています。	新たな情報源である「申し送りノート」からの情報導入が少なく、プランそのものも繰り返しが多い。	介護計画の見直し時期を、定期的な見直しと身体の状態変化による見直しに注力しているが、内面的な状態変化(思いや意向の変化)にも目を向けて見直ししていただきたい。
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	日報・申し送りノート他の記録を資料とし、ケアプランに盛込んでいます。ミーティングでも話し合いをしています。		
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	色々な利用者の要望等を聞き、個々にあった対応をしています。(外出・外泊等)家族から要望があれば、できるだけ事は相談に応じ行っています。		

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
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	本人の心身状態を把握しながら一緒に楽しむことができるよう支援しています。		
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	家族からの同意・納得をして頂き、受診をしています。個々の状態に合わせた病院に通っていますし、必要な時には往診もいただいています。	ホームの提携医をかかりつけ医としていない利用者は、家族対応の受診となる。しかし、家族に会うことが必要な場合には、職員が病院まで付き添って情報提供することもある。	
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	週に1回看護師に来てもらっていて、細かな個々の状態の報告をしています。		
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。	入院中に何度も病院に行き、看護師の方と関係作りをしながら、色々な情報等を頂いています。		
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	重度化した場合には事前に家族・看護師・相談員・ケアマネ・ケースワーカー等と相談して受入れ先等の相談をしています。場合によっては医師や家族と相談し、ターミナルも視野に入れ話し合いをしています。	医療行為の発生した利用者の終末期は病院が受け持つこととなるが、それ以外の場合には、極力ホームで終末期のケアをしようと話し合いを進めている。いずれの選択肢も、利用者・家族の意向を最優先することとしている。	
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	緊急時マニュアルを作成しており、職員が判る場所に設置しています。ミーティングでも都度確認をしています。		
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	一年に1度の消防職員訪問による訓練他に1度の自主訓練を行っています。(夜勤時想定)の避難訓練・消火訓練)その他に年に2回の自主点検を管理者、ホーム長で行っています。	年間2回の防災訓練を実施し、夜間を想定した避難訓練も行った。いくつかの課題が見つかり、推進会議での話し合いも持たれた。	夜間の災害発生時には、地域住民の協力が不可欠となる。推進会議を通じ、地域へ協力の呼びかけを続けていきたい。

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
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	利用者の尊厳を尊重しながら言葉かけをしています。	慣れ親しんだ間柄であろう、利用者と職員との会話は歯に衣着せぬ物言いである。しかし、利用者の尊厳を意識した職員の心と、それに感謝する利用者の気持ちが十分に伝わってくる。	
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	1日の会話の中から色々な場面で選んでもらえるような状況を作っています。		
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、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	最低限の基本的な生活習慣の流れの中で一人一人のペースを尊重し、職員本位にならないように気を付けて支援しています。		
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	理美容は定期的に美容師に訪問してもらい、口腔ケアは毎食後行っています。洋服は利用者を選んで着てもらっています。		
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	職員も利用者と毎食食事をし、一緒に嫌いな物、好きな物等会話から聞き取り、献立の参考にしたりしています。後片付け等は声をかけをしながら、出来る方が行ってくれています。	どの利用者も、口々にホームの食事のおいしさを強調する。手が不自由で、箸を使うことが困難な女性利用者は、スプーンを使って1時間かかりの昼食(親子丼)を完食した。	
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	水分はこまめに摂っていただいています。1日の水分摂取量は記録に残しています。食事は昼食に肉をメインに夜は魚をメインにし、塩分糖分には気をつけています。糖尿病の方も最近多く、マンナンライス等を使用したりと個々の状態に対応しています。		
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	毎食後の入歯、舌を洗います。入歯を洗える方は洗ってもらいますが後に洗い直しをします。週に1度は入れ歯を預かりポリデントで洗浄。場合によっては歯医者に往診をお願いしています。		

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
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	個々の排泄パターンを把握(誘導チェック表を参考にしたり)しており、時間をみながら誘導しています。個々に合ったパットを使用し、なるべく下着の時間が長く続くよう支援しています。	排泄パターンや利用者固有の癖などを参考にし、極力トイレで排泄してもらう支援をしている。洋式トイレに馴染めなかった利用者がいたが、排泄シグナルを見つけて支援した結果、洋式トイレでの排泄が可能となった。	
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	毎日の体操等を心掛けて行っています。自然に排便が出来る様、食材にも気を使っています。それでも出ない場合は主治医に相談し、対応しています。		
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	基本的に利用者の希望に応えられるようにしています。ある程度は、目安の曜日を決めてもいます。(受診等がある為)	入浴機会は基本的には週に2日と、決して多くはないが、自由度の高いくつろいだ入浴支援を行っている。入浴拒否がある場合でも、無理強いせずに気長に声かけを行っている。	
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	外出・入浴・家事のお手伝い後には特に声を掛け、休んでもらえるように和室に行きます。通常もなるべく和室にいてもらってゴロ寝がいつでもしていただけます。		
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	職員が個々の薬を把握しており、間違えないように翌日1日の分を夜勤がセットしています。用法は薬局で頂くので薬の内容を読んでいます。薬の変更や追加があった場合は受診記録・生活記録に記載し申し送りをしています。		
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	利用者の生活歴を活かした家事・レクの役割ができており、自ら行ってみえます。		
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	馴染みの方・家族・親戚の方が見え、喫茶店に行ったり食事・同窓会等にも出かけています。	新型インフルエンザへの対策だけでなく、加齢や要介護度の進行によって、外出を好まない利用者が増えてきた。散歩や買い物に出ると、近所の人たちから声をかけられることが多くなった。	ホーム周辺は自然環境が保たれ、空気がおいしい。利用者にもう一度、外出する楽しみや自然界の四季の移ろいを感じさせる取り組みに期待したい。

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
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	財布を預けている利用者もみえるので買い物に出掛ける際に支払が出来るようにしています。お金が昔と違っていると混乱する場合もあるので、気を付けています。		
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	特に遠方の家族とは相談し、自室にてまめに電話で話ができるように支援しています。手紙は難しいので年賀状・暑中見舞い等を塗り絵にし、家族等に出させて頂いています。		
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	ハードの面で色々問題はありますが、工夫をしながら快適に過ごして頂けるよう努力しています。	ホールの狭さを、居室の入口や窓を開放することでカバーしている。南向きの部屋の窓を開けて換気し、ホーム内の空気のをよどみをなくしている。幹線道路からは離れており、騒音は気にならない。	
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	利用者それぞれに自分の居場所を作って過ごしています。		
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	入所時等にご家族に持って来てもらえるように声掛けをしています。中にはご位牌を持ってきている方などみえます。カレンダーや挿絵(利用者が書いた)写真等、なるべく以前の自室に近い状態を作れるように心掛けています。	畳の居室が多く、利用者や家族もそれを望んでいる。読書好きの男性利用者は、たくさんの本を持ち込んでいた。	
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	個々の機能に全部合わせる事はできませんが、出来る限りの安全は工夫し、確保しています。		

1 自己評価及び外部評価結果(B舎)

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2171600253		
法人名	有限会社 あい케어		
事業所名	グループホーム たけのこし B舎		
所在地	岐阜県瑞浪市高月町2丁目11の1		
自己評価作成日	平成22年 2月3日	評価結果市町村受理日	平成22年 5月10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	http://kouhyou.winc.or.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2171600253&SCD=320
----------	---

【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 中部社会福祉第三者評価センター		
所在地	岐阜県関市市平賀大知洞566-1		
訪問調査日	平成22年 2月23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)】

<p>・運営推進会議の席で出席者から「ここは食事が美味しいとの評判を聞きました」と言われたので、職員皆の励みにしています。</p> <p>・ハード面において限界がある為、職員一同で色々な所に工夫をしています。</p>
--

【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)】

<p> </p>

・サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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-) + (Enterキ-)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
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	理念をホーム内に掲げ、いつでも確認できるようになっています。更にミーティング等どのように実践につなげていけるか話し合いを行っています。		
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	地域性があり、この地区では施設はアパート扱いになる為に自治会には入れませんでした。しかし、ありがたい事に隣近所の方に雑巾を頂いたり、タオルを頂いたりしています。		
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	地域包括支援センター・社協他からの講演・勉強会の案内が来るので、職員に呼びかけをし、できるだけ参加をお願いしています。その後ミーティングで感想を聞き、ホームで役にたつように話し合いをしています。		
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	推進会議を年に6回程度開催するよう心がけています。会議の報告はミーティングで話し合いをしています。		
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	市(福祉課・包括支援センター)や社協からの研修・会議等に参加。日頃から常に何らかで連絡を密にとっています。その為、入居の申込や相談も受けたりと、連携を図っています。		
6	(5)	身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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	ミーティング等で身体拘束に関する内容の話し合いをしています。事務所や近隣の方々にも頼み、注意深く外に気をかけています。チャイム等の利用もしていますが、まずは目視で人数の確認等を心掛けて行っています。		
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	研修等にも参加し、参加者から話を聞いたり、マニュアル等も(職員に渡し)参考にしながら話し合いをし防止に努めています。		

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
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	成年後見制度を利用している利用者があるので、職員には周知してもらっています。運営推進会議にも参加して頂き制度の話をしていただきました。		
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	契約時には必ず、代表者と管理者(不在の時には職員)立ち会いの下、家族に話をさせていいただいています。例を挙げ質疑応答で双方納得した上で契約を結んでいます。		
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	比較的軽度の認知症利用者には本人の意見を聞いたりし、家族や外部の相談員(ケースワーカー・ケアマネ・専門医)等に相談しています。		
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	ミーティング時や代表者が管理者等、個別に話を聞く機会を設けるようにしています。		
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	管理者に話をこまめに聞き、労務士と話し合いをしながら出来る限りの努力をしています。		
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	県や市での研修には時間の調節をしながら参加できやすいようにしています。近隣開催の場合は案内を貼ったり、声をかけて参加を促しています。参加できなかった職員には後日、ミーティングで発表してもらっています。		
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	グループホーム協議会等を活用し、他の事業者との意見交換・訪問をしています。グループホームだけの研修会等があると参加価値があると思います。		

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
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	家族の同意を得て面談をさせていただいて、出来るだけ色々な事を聞き出すようになっています。担当のケアマネや職員にも相談し、事前に資料を作り職員に見てもらっています。		
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	事前に家族に来苑して頂き、聞取りをしています。話を聞いて家族が一番良い方法を一緒に考え利用者が一番過ごしやすくするために努めています。		
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	ミーティングで事前の情報を職員で話し合いをし、対応できるようにしています。		
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	家事全般を各利用者のペースに合わせ双方で協力し合いながら生活の支援をしています。女性の利用者には献立の参考にさせてもらえそうな知恵を会話の中からいただいています。		
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	本人と家族水入らずでお話ができる様に支援し、終わってから見えない場所で家族に話を聞き(利用者が困っていないか…他)ケアに役立っています。		
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	年賀状や手紙等の支援をしています。友達等が来た時に、色々な情報を集めたりし、気兼ねなく再度来苑して頂けるような声掛けもしています。		
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	利用者個々の状態を常に全員把握していますので、孤立しないようにし関りがもてるように支援しています。		

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
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	退所前に家族に「また、お困りな事があるようなら・・・」と、声掛けをしています。退所後の利用者の相談等も聞いています。		
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	まずは利用者が納得するまで話を聞き、管理者・ケアマネ・職員・場合によっては家族等と話し合いをし、希望に添えるようにしています。		
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	出来るだけ家族から生い立ちや生活歴を聞き、ケアプランに活かし、今までの暮らしに近い状態で過ごせるように努めています。		
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	個々の生活リズムを把握しています。一日の過ごされ方は記録しており、共有しています。		
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	日常生活の中で個々の特徴を把握し、ケアプランを作成しています。家族の訪問時電話等で相談などもしています。		
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	日報・送りノート他の記録を資料とし、ケアプランに盛込んでいます。ミーティングでも話し合いをしています。		
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	色々な利用者の要望等を聞き、個々にあった対応をしています。(外出・外泊等)家族から要望があれば、できるだけ事は相談に応じ行っています。		

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
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	本人の心身状態を把握しながら一緒に楽しむことができるよう支援しています。		
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	家族からの同意・納得をして頂き、受診をしています。個々の状態に合わせた病院に通っていますし、必要な時には往診もしていただいています。		
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	週に1回看護師に来てもらっていて、細かな個々の状態の報告をしています。		
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。	入院中に何度も病院に行き、看護師の方と関係作りをしながら、色々な情報等を頂いています。		
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	重度化した場合には事前に家族・看護師・相談員・ケアマネ・ケースワーカー等と相談して受入れ先等の相談をしています。場合によっては医師や家族と相談し、ターミナルも視野に入れ話し合いをしています。		
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	緊急時マニュアルを作成しており、職員が判る場所に設置しています。ミーティングでも都度確認をしています。		
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	一年に1度の消防職員訪問による訓練他に1度の自主訓練を行っています。(夜勤時想定)の避難訓練・消火訓練)その他に年に2回の自主点検を管理者、ホーム長で行っています。		

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
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	利用者の尊厳を尊重しながら言葉かけをしています。		
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	1日の会話の中から色々な場面で選んでもらえるような状況を作っています。		
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、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	最低限の基本的な生活習慣の流れの中で一人一人のペースを尊重し、職員本位にならないように気を付けて支援しています。		
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	理美容は定期的に美容師に訪問してもらい、口腔ケアは毎食後行っています。洋服は利用者を選んで着てもらっています。		
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	職員も利用者と毎食食事をし、一緒に嫌いな物、好きな物等会話から聞き取り、献立の参考にしたりしています。後片付け等は声をかけをしながら、出来る方が行ってくれています。		
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	水分はこまめに摂っていただいています。1日の水分摂取量は記録に残しています。食事は昼食に肉をメインに夜は魚をメインにし、塩分糖分には気をつけています。糖尿病の方も最近多く、マンナンライス等を使用したりと個々の状態に対応しています。		
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	毎食後の入歯、舌を洗います。入歯を洗える方は洗ってもらいますが後に洗い直しをします。週に1度は入れ歯を預かりポリドントで洗浄。場合によっては歯医者へ往診をお願いしています。		

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
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	個々の排泄パターンを把握(誘導チェック表を参考にしたり)しており、時間をみながら誘導しています。個々に合ったパットを使用し、なるべく下着の時間が長く続くよう支援しています。		
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	毎日の体操等を心掛けて行っています。自然に排便が出来る様、食材にも気を使っています。それでも出ない場合は主治医に相談し、対応しています。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	基本的に利用者の希望に添えられるようにしています。ある程度は、目安の曜日を決めてもいます。(受診等がある為)		
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	外出・入浴・家事のお手伝い後には特に声を掛け、休んでもらえるように和室に行きます。通常もなるべく和室にいてもらってゴロ寝がいつでもしていただけます。		
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	職員が個々の薬を把握しており、間違えないように翌日1日の分を夜勤がセットしています。用法は薬局で頂くので薬の内容を読んでいます。薬の変更や追加があった場合は受診記録・生活記録に記載し申し送りをしています。		
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	利用者の生活歴を活かした家事・レクの役割ができており、自ら行ってみえます。		
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	馴染みの方・家族・親戚の方が見え、喫茶店に行ったり食事・同窓会等にも出かけています。		

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	財布を預けている利用者もみえるので買い物に出掛ける際に支払が出来るようにしています。お金が昔と違っていると混乱する場合もあるので、気を付けています。		
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	特に遠方の家族とは相談し、自室にてまめに電話で話ができるように支援しています。手紙は難しいので年賀状・暑中見舞い等を塗り絵にし、家族等に出させて頂いています。		
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	ハードの面で色々問題はありますが、工夫をしながら快適に過ごして頂けるよう努力しています。		
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	利用者それぞれに自分の居場所を作って過ごしています。		
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	入所時等にご家族に持って来てもらえるように声掛けをしています。中にはご位牌を持ってきている方などみえます。カレンダーや挿絵(利用者が書いた)写真等、なるべく以前の自室に近い状態を作れるように心掛けています。		
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」「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	個々の機能に全部合わせる事はできませんが、出来る限りの安全は工夫し、確保しています。		

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	60	外出の機会をを色々な事情や状況で中々出来ていない。 外出は全員で行いたいとの気持ちが職員に強くある。	徐々に外出の機会を利用者個々に増やしていく。	利用者希望の消耗品等の買い物を職員が時間を作り、個々に連れて行く。 利用者全員の場合には駐車場を使い、レクを兼ねて外に出すようにしたい。	6ヶ月
2	65	運営推進会議を活かせないでいる。	運営推進会議のメンバーがマンネリ化しているので増員をしていく。 意義のある運営推進会議にしていく。	家族に午前中現場に入って頂き、現状をみて頂く。 災害時の近隣との連携を運営推進会議を使い呼びかけていきたい。	12ヶ月
3					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。