

### 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	1196500019		
法人名	東電パートナーズ株式会社		
事業所名	東電さわやかグループホームさいたま		
所在地	埼玉県さいたま市浦和区上木崎3-2-6		
自己評価作成日	平成23年11月14日	評価結果市町村受理日	平成24年6月8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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/Top.do?PCD=11">http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/Top.do?PCD=11</a>
----------	---

**【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 埼玉県介護支援専門員協会
所在地	埼玉県さいたま市浦和区仲町2-13-8 ほまれ会館3階
訪問調査日	平成24年2月16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)】**

グループホームさいたまは、平成23年1月に現在の場所に移転し、新たに2ユニットの18人の所帯となりました。  
 これからも、ご利用者様、ご家族様、地域の皆様とのさらなる繋がりを大切に、笑顔あふれるホームにしていきたいと思っております。  
 ・その人らしく生きられるように  
 ・その人の心の声に気づけるように  
 ・笑顔を大切に  
 スタッフ全員で見守る姿勢”チームワーク”を大事にしていきます。

**【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)】**

入居者全員に笑顔の挨拶から仕事が始まっている。ホームの理念「いつも笑顔で過ごせるように」を率先して実践している。  
 訪問時、数人の入居者が野菜を切るなど、食事の下準備が始まっていた。これもその人らしく、できることは実践するという管理者の方針が運営に活かされ、ケアの支援が確実に実行されている。今、国から求められている自立支援のケアプランが実践されている。

**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 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	管理者・職員は日常のケアの中で理念を理解し共有している。また職員とご家族様、そして家族間でも信頼関係を築いている。日々ゆったりと穏やかに過ごせるグループホームを実践している。	声かけや日常の表情から希望や意向をくみ取り、入居者個別のケアができるように実践している。そのことが、日々ゆったりと穏やかに過ごせる日常生活に結びついている。	
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	近くの学校の運動会見学やボランティアの方々、散歩途中で近所の方へのご挨拶など交流があり、ご利用者様は地域での理解が増している。	自治会に加入し、ごみ拾い等の日常の活動や、お祭りに参加している。一方事業所の行事を案内し、ソバ打ちなどのイベントに地域の方の参加がある。また、傾聴・朗読のボランティアの定期訪問があり、地域の交流ができています。	
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	運営推進会議に参加の民生委員の方や地域住民へも認知症の方の理解を得ており、支援についても会議で話をしている。ヘルパー2級講座の実習生の受け入れもしており、認知症の理解と介護の仕方を学んで頂いており地域へ貢献している。		
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	運営推進会議は2ヶ月毎に実施し年6回開催している。ホームの行事、ご利用者様の様子や支援について報告し出席された皆様と意見交換や助言を頂き、サービス向上に活かしている。	運営推進会議は定期的に行われている。参加者は、民生委員・家族代表・地域包括の職員などである。事業所の行事や、アクシデントをこまめに報告され、参加者から意見を聞いている。	地域包括とは役割が異なるので、市の担当者にも参加していただけるよう直接案内されるとよい。また、議事録は郵送ではなく、持参してコミュニケーションを図ることも重要だと思います。
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	市役所や地域包括支援センターの方にご利用者様の報告や相談を行っている。運営推進会議にも参加していただきアドバイスをいただいている。	法令など市担当者にお問い合わせなどの連携はできている。また、骨折等の事故発生時は必ず電話にて報告している。今のところ市からの研修依頼などはないがいつでも受け入れ可能な意向を説明されると良い。ヘルパー養成研修などの実習受け入れが頻繁にある。	
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	職員全員が身体拘束とは何かを理解している。全体ミーティングで常に身体拘束回避に向けて検討し、ご家族様とも定期的に身体拘束回避に向けて話している。	身体拘束をしないケアについて定期的に検討会議を開催している。この研修をさらにレベルアップするよう、身体拘束廃止委員会として毎月開催されることを望みたい。	
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	高齢者の虐待防止について、職員全員がその人の尊厳を傷つける行為と理解している。日常の些細なことも虐待の一部になりうる可能性もあるので、言動、行動には常に注意をはらい介護している。		

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
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	現在、後見人を活用している利用者様を支援しており、職員一同、必要性も実感している。カンファレンス等で具体的に説明し確認している。		
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	契約等の際は、契約書、重要事項説明書をよく説明し、ご利用者様やご家族様の不安や疑問を確認し、理解や納得していただいている。		
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	ご家族様からの意見や要望は、可能な限り運営に反映させている。苦情相談連絡先を掲示しホームでも苦情相談窓口を開設している。	法人による、サービス利用者、入居者の家族へのアンケートが独自に実施され、その意見や要望が運営に活かされている。	
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	全体ミーティングでは、職員同士での意見交換をし議事録に記録している。出席率が高く職員の意識も高い。申し送りノートも活用して、普段からご利用者様や職員同士の情報を共有している。	月1回の定例ミーティング、その後行われるユニット会議では活発な意見が出て、運営に活かされている。	
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	毎年度、社内において自己評価シートをスタッフ全員に記入してもらい、状況を把握し、フィードバックしている。個々の職員とのコミュニケーションを大切にしている。		
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	社内外の研修への参加をすすめ、技術向上、レベルアップを図っている。		
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	社内の他グループホームとの連携を行い、サービスの向上に努めている。ヘルパー2級講座の実習生を受け入れて交流を図っている。		

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	入居前に実態調査や面談をし、不安や問題をお聞きし十分な対応ができるよう取り組んでいる。入居後も計画作成者やスタッフが声かけしている。		
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	入居前にはご家族様だけでなく、ご本人様にも必ずホームに来院していただき一緒に時間を過ごしていただくようにしている。入居後も常にご家族様と話し合い信頼を築くよう努めている。		
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	入居前に自宅での生活の様子等を十分観察し、生活習慣の把握に努め、これまでの生活に大きな変化がないように支援している。		
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	日々の生活の中でご利用者様との信頼関係が大切だと実感している。生活の中でコミュニケーションを図り信頼関係を築いている。		
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	当ホームはご家族様の来訪が多い。行事の協力やご参加をお願いしたり、また来訪時にはご家族様との意見交換が常であり、ご利用者様を共に支援していく体制がある。		
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	ご親戚等、面会や手紙等のやりとりを推奨している。ご家族様とご利用者様が一緒に外出できるように機会を大切に支援している。	入居者殆どの方と近くの神社に初詣でしている。 例は少ないが、家族と一緒に自宅での正月を過ごしたり、墓参りなど馴染の関係継続を支援している。	
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	ご利用者様同士が関わり過ぎる為、時には間に立ちコミュニケーションを図れるように支援している。座席の場所等も十分検討し、必要に応じて変更している。ご利用者様が孤立しないよう対応している。		

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	契約終了後もご家族様との関係を大切にしている。退去後も関係を大切にしていきたい。		
<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	様子観察を行い、ご利用者様の心身が安定し安心して暮らせるように、個々のご利用者様に沿った支援に努めている。ご利用者様に担当をつけ個人の把握に努めている。	日々の生活の中で、表情や言動を観察し、それをもとに家族と一緒に検討している。また、センター方式を活用する入居者の意向確認などの試行を開始している。	
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	入居前よりご本人様やご家族様から生活歴や様子をお聞きしホームでの生活に早く慣れていただくよう努めている。		
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	日々のご利用者様の様子観察を行い、心身状態や生活状況の把握に努めている。ミーティングや申し送り等で情報を共有している。		
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	ミーティング、ご家族様来訪時、時には医師とご家族様を含めた中で意見交換を行い、現状に沿った介護計画の作成を行っている。チームケアの大切さを実感しており、皆でアイデアを出し合いサービス向上に努めている。	思いや意向を上記(9)項でしっかり掴み、毎月開催しているケアカンファランスで検討を重ねケアプランの原案を作成している。そして、家族の来所時や電話にて家族の意見を聞いて最終的なケアプランとしている。通常は3ヶ月に1回見直しをしている。	
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	3ヶ月ごとにモニタリングを行っている。問題が生じた場合には、職員間でも情報を共有し検討、記録している。		
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	ご利用者様、ご家族様のご希望に柔軟に対応できるように、その都度既存だけでなく視野を広げて対応できるように取り組んでいきたい。		

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
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	朗読ボランティア等定期的に来訪し長く交流していただいている。シルバークンにも登録し傾聴ボランティアの方をお願いしたりして、地域資源を活用し、ご利用者様が楽しく暮らしていただくよう努めている。		
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	月2回の訪問医(ご家族様との契約により)と毎週の訪問看護師が来訪し、病状変化の時には医師と直接話しをしていただくようご家族様に連絡している。訪問看護師とは24時間相談対応の為適切な指示を仰ぐことができる。	以前からのかかりつけ医に受診する人には、ご家族が受診支援し、それ以外の入居者は、協力医の往診を受けている。また、眼科や皮膚科等専門医の受診は家族が受診に同行している。訪問看護師とホームかかりつけ医との連携がしっかりしており時間外でも往診があり職員は安心してケアができています。	
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	職員はご利用者様の現状並びに相談したいことを往診ノートに記載し、訪問医と訪問看護の往診時に適切な受診ができるように努めている。訪問看護師にミーティングに参加していただきアドバイスをいただいている。		
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。	入院に関しては、ご利用者様の急変による場合が多く、病院から要請があればご家族様の許可を得て情報を提供している。退院に際してはご家族様からの報告と病院からのサマリーを頂き、時には医師からの説明も受けている。		
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	重度化した場合にや終末期(見取り指針文章について説明)については、ご家族様の要望をお聞きしている。ご家族様の要望も変化することもあるので、都度確認しながら行っている。医療と連携しご家族様のご協力なしでは難しいことを了承いただいている。	重度化や看取りについて入居時、指針に基づいて説明をしている。看取りを希望する場合は、家族、医師、管理者とよく話し合い、既に数事例を体験している。これらの実践を学ぶと共に、看取りの介護について全員が研修を受けている。	
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	職員は心臓マッサージ等の訓練を受けているが、定期的に研修する必要性を実感しミーティング等で学んでいる。		
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	防災管理者を中心に防火管理計画書を作成、実施体制を整えている。毎月避難訓練を実施する計画をたてている。緊急時には地域自治会とも連携できる体制が図れるように努めている。	消防署の協力を受けた避難訓練は定期的開催されており、当事業所の大家さんも参加している。しかし、まだ地域の方の協力はいただけていないので今後の連携が課題である。事業所単独の避難訓練を毎月開催し、災害時に備えている。さらには、3.11の教訓から震災対策として備蓄ができています。	

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
<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	職員はご利用者様との日常の会話で自尊心が傷つかないようにお言葉を選び声かけをしている。特に入浴や排泄介助には自分に置き換えて嫌な思いをしないよう十分に配慮している。	入居者への声掛けは、きちんと名前を呼ぶことにし、馴れ馴れしい呼び方をしないように心がけている。また、「これはだめですよ」というようなスピーチロックはしないよう心がけている。	
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	ご利用者様が自己決定しやすいよう、本人がよく使う言葉やその方に理解しやすく安心できる表現方法を情報交換している。		
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	ホームでは一日の流れがあるが、個々のご利用者様に添った対応を心がけている。		
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	身だしなみについては特に注意を払い支援している。ご家族様と連携し、おしゃれを楽しんでいただいている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	各ご利用者様の咀嚼、嚥下など身体機能に合わせた調理方法で対応している。できるだけご利用者様が自力で食べていただけるよう支援し、できる方には準備や食器洗いなどしていただいている。	食事は入居者のADLに合わせ、2階ユニットでは食事作り、1階ユニットは宅配を利用している。入居者で可能な方は、野菜を切るなど料理の下準備も行っている。法人内の管理栄養士に、メニューチェックをしてもらう計画がある。	
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、水分摂取量は、毎食ごとに確認し記録している。水分量の少ない時には、その方の好みに応じて工夫して摂取していただいている。体重について毎月計測し(時には毎週)記録やご家族様、医師にも報告、相談している。		
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	一人ひとり毎食後、歯磨きとうがいを行っている。義歯の方は外して実施し口腔内の清潔保持に努めている。就寝前には義歯をお預かりし、洗浄している。口腔内に問題が生じた場合には歯科医に相談し協力を得ている。		

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	介護度の重い方でも可能な限りトイレでの排泄をしていただいて、支援している。個々の排泄パターンを把握し排泄の自力に向けた支援を行っている。	紙おむつの方をフィットパンツとパットの組み合わせで失禁が減った事例がある。排泄チェック表を活用し、排泄パターンをしっかり把握し、出来るだけトイレでの排泄を心がけている。	
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	医師や看護師に相談または支持を仰ぎ、ご家族様と連携し排泄コントロールをしている。水分補給や、散歩、体操などを行い体を動かすことも支援している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	安全に留意し楽しく入浴ができるよ努めている。入浴は個浴で対応。個々の状態により、リフトを使用して安全に入浴を行えるよう努めている。	通常は、週2回の入浴とし、午後の早い時間に入浴している。ヒートショックを与えないように浴室の温度を管理している。また、1階にはリフト浴があり、ADLが低下した入居者に対応している。	
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	一人ひとりの体調を考慮して日中の休息を促し、夜間の安眠に繋がるよう支援している。足浴(湯たんぽ)やひざ掛けを使用している。		
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	個別毎に薬内容をファイルし用法・用量について把握している。症状の変化があった場合には、医師や看護師の指示を仰いでいる。		
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	体操、合唱、散歩、その他レクリエーションを楽しんでいただいている。生活リハビリでもある、掃除、食器洗い、食器ふき等役割をもって生活していただいている。		
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	散歩・買い物・喫茶等を通じ、外出の機会を大切にしている。花見やお祭り等の行事にはご家族様や地域の方などのご協力もいただいている。	入居者は、近くのスーパーに買い物に行くことが楽しみであり、定期的な支援が行われている。スーパーでは、買い物客との交流が自然とできるようになった。天気の良い日は、散歩が日課である。車椅子の方はショートコースの散歩や前庭で外気浴を楽しんでいる。	入居者の意見を聞き、バスによる遠出も検討されると良い。



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	現在、ご自分で管理することが難しい為、ご家族様より金銭をお預かりしている。		
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	ご利用者様とご家族様の要望をお聞きし支援している。個人宛の郵便物は基本的にご本人様に直接お渡ししている。		
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	リビングや廊下は明るくし安全にも配慮している。季節感のある飾り物も一緒に作ったりして飾っている。毎月発行しているさわやか便りも壁に掲示している。	リビングは床暖房があり、居心地よく過ごせる。また、手作りの飾り物が装飾され季節感が感じられる。加湿器も数台あり、インフルエンザ予防の機能を果たしている。	
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	リビングでは、どこからでも見やすい大きなテレビがあり、ソファでも休めるようになっている。席を固定せず好きなところで誰とでも話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	ご利用者様の居室は、使い慣れた家具等を持ち込んで生活していただいている。個々の状況により家具の配置などご家族様と相談しながら安全の為の配置変換等行っている。	居室には、位牌や遺影・孫の写真を飾り、自宅の部屋を再現し、その人らしい生活が継続できるよう工夫されている。また、ジャッキベッドを個人的にレンタルしたり生活しやすい工夫がされている。	
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	廊下、トイレ、浴室等には手すりを設置している。「お手洗い」「うがいをしましょう」など張り紙を掲示し、ご自分で気づいていただけるよう支援し、安全な環境づくりを図っている。		

## 目標達成計画

作成日: 平成 24 年 5 月 7 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ににおいて、市役所の担当者の出席依頼、参加がうまくできていない	市役所の担当者にも出席していただけるよう、コミュニケーションを図る	出席依頼や議事録などは直接伺って、お話ししたり手渡ししたりするようにする	6ヶ月
2	6	身体拘束をしないケアについて話し合いはしてきたが、身体拘束廃止委員会として行っていなかった	身体拘束廃止委員会として、毎月話し合いができるようにし、身体拘束をしないケアに取り組んでいく	身体拘束委員会として、毎月の全体会議の中で必ず一つの議題項目として取り上げ、話し合いをする	6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。