

(別紙4) 平成 22 年度

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	0891900011		
法人名	社会福祉法人 若竹会		
事業所名	認知症対応型共同生活介護事業所 牛久コスモス園		
所在地	牛久市小坂町3388-1		
自己評価作成日	平成22年7月11日	評価結果市町村受理日	平成23年1月31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)】

利用者様が落ち着いた環境の元、安心して暮らせるよう施設全体で支援している。地域交流も盛んに行い、楽しみをもって生活できるよう努めている。医療面では訪問診療が受けられる体制があり、日常の健康管理を行っている。

※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://ibaraki-kouhyou.as.wakwak.ne.jp/kouhyou/infomationPublic.do?JCD=0891900011&SOD=320
----------	---

【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)】

住宅地にあるホームの近くには区民会館や保育園があり、地域の方々との交流や保育園児との交流を積極的に進めており、ホームの防災については地域住民と合同での避難訓練を実施する等の協力関係が出来ている。職員は地域密着型サービス事業所としての役割を幅広く学んでおり、市主催の見学会が当事業所で開催される等、市との連携・協力関係も非常に良く、地域密着型サービス事業所としての活動も高く評価されている。法人母体が医療機関であることから利用者・家族は終末期医療や緊急時の対応に高い信頼を寄せており安心して日々を過ごすと共に馴染みの場所や馴染みの人との関係を保ちながら、夏祭りや花火を楽しんだり、区民会館の歌声の集いに参加したりと地域の一員として地域の行事を様々な楽しんでいる。

【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認知症ケア研究所
所在地	茨城県水戸市酒門町字千束4637-2
訪問調査日	平成22年9月27日

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
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、活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	法人理念を中心として、職員全員で作成した理念がある。理念はステーション内、ホールに掲示し周知している。又、人事考課制度において各職員が目標を立て理念の実践に向け取り組みを行っている。	地域密着型サービス事業所としての役割を十分に理解した上で、法人の理念を基に全職員で話し合いをしてホームの理念を作り上げている。ホームの見やすい場所に掲示して、常に理念を確認しながら職員一人ひとりが理念にそったケアの実践に取り組んでいる。	
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人として日常的に交流している	自治会に加入し、区の行事に参加している。区民会館での催し物、敬老会への参加や保育園との交流などを行い、地域とのつながりを日常的に持っている。	自治会に加入し地域の一人として、月1回の清掃活動や地域で催す各種行事に積極的に参加している。近くの保育園との交流は特に活発で誕生会を開いてくれたり、利用者が園児にプレゼントを渡したりと親しい付き合いが出来ている。	
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	運営推進会議で民生委員の方を招いて認知症の方への理解を深められるような事故報告などを通じて情報交換を行っている。		
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	二ヶ月に一度、家族代表者、区長、民生委員、市職員、施設関係者が参加して開催している。会議内容は記録して家族、職員へ周知している。会議で出た意見は、会議において検討しサービス向上に活かしている。	地区長・民生委員・市の職員等が参加して2ヶ月に1回開催している。会議ではホームの行事報告等をしてホームへの理解を深めてもらうと共に、出席者から防災について等さまざまな意見・要望が出されている。出された意見・要望は全体会議やフロア会議等で検討しサービス向上に活かしている。	
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	高齢福祉課、地域包括支援センターなどに事業所状況やサービスの取り組みについて情報提供をしている。社会福祉協議会主催のボランティア研修会や「介護の日」のイベント開催の実行委員会にも参加している。	市の介護相談員の受け入れや、運営推進会議へ出席した市の職員には、利用者と触れ合う機会を設ける等、利用者の状況を把握してもらうための働きかけを積極的に行っており、何時でも気軽に相談できる関係が出来ている。又、市主催の地域密着型事業所の見学会開催を当事業所で実施するなど、協力関係は密接である。	
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	身体拘束をしないで生活できるよう検討し取り組みを行っている。やむを得ず行う場合は家族の同意をもらう事としている。玄関等は通常安全面を考慮し施錠しているが利用者が出たい時は出られる環境を作っている。	管理者・職員共に身体拘束による弊害についても十分に承知しており、拘束のないケアを実践している。玄関は利用者が開放的な気分になれるよう配慮して、オープン・プッシュ式自動ドアにするなどの工夫をしている。	
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	県主催の管理者研修会などに参加し高齢者虐待防止対策について学ぶ機会を作っている。利用者に関しては、日頃より虐待に関する事項について職員に話をして自宅、事業所内で起きないように防止に努めている。		

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	相談員が権利擁護事業や成年後見制度に対する勉強会に参加し、理解をしている。成年後見制度を活用している利用者もあり、必要があれば支援することができる。		
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	契約時は相談員が重要事項説明書、契約書の十分な説明を行い、その都度不安、疑問点の確認を行った上で、署名、捺印をもらっている。制度改定時には新たに説明を行い、理解、納得を得るようにしている。		
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	重要事項説明書に施設の苦情担当窓口、外部の担当窓口を明記している。施設内で苦情報告書を作り、改善を行っている。日常、家族会等で意見、要望、苦情を言いやすい環境を作っている。	家族会を年3回開催して、率直な意見・要望を聞いている。家族会への参加・不参加の返信用紙に意見や要望・苦情等の記入欄を設けて、不参加家族の意見等も伺えるような工夫をしている。出された意見等は内容により、運営推進会議やフロア会議・全体会議で検討し運営に反映している。	
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	月に一度全体で行なう会議、各部署で行う会議を開き、意見、提案を聞く機会を設けている。又、年に2回、管理者等と面談があり、そこで個々に意見や提案が聞く場としている。	日ごろから職員の意見や提案を積極的に取り入れており、毎月の勤務表も職員の希望を取り入れて作成している。さらに、年2回個別面談を実施して日ごろの悩みや意見・要望などが言いやすいようにしている。	
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	人事考課制度に基づき個人目標、スキルアップ目標、勤務態度等の個々の努力、実績を半年ごとに面談を行い確認している。その評価を賞与に反映し、又、介護職員処遇改善交付金を導入して給与改善に取り組んでいる。		
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	法人で各職員に研修費が割り当てられている。研修終了後には、研修報告を作成し会議等で報告を行っている。法人内でもセミナーなどが随時開催され、勉強会を年間で定め個々の能力向上に努めている。		
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	社会福祉協議会主催のボランティア研修会があり、市内グループホーム間の情報交換会に参加している。又、法人内で月に1回介護職員の事例検討会議や他のグループホームへ研修に行きサービスの質の向上に努めている。		

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	利用するまでの間に本人との面談、家族からの情報を基に本人の状況を確認している。また、本人が安心して利用できるような見学や体験利用ができる機会を設けている。			
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	利用までに相談員と十分な面談を行い不明な点、心配事について確認しながら利用まで進めている。			
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	本人、家族が悩んでいる事を聞き、その必要性に応じて他のサービスを含め情報提供や助言等を行っている。			
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	日中、おしぼりや洗濯物をたたみながら一緒に会話を楽しんだり、貼り絵やおやつ作り、花の水やりを共同で行っている。認知症の方同士でトラブルにならないよう、職員が間に入り穏やかに生活できる環境を作っている。			
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	本人が家族に会いたいなどの要望があった時には、本人の状態や家族間の状況を踏まえ、会えるような環境を作っている。又、家族会の時に楽しいひと時をすごせるよう催し物などを行なっている。			
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	家族等の面会の支援、地域のボランティアなど積極的に受け入れ、地域へ外出する機会も作っている。馴染み人に会いに行ったり、絵手紙出したり、昔よく行っていた場所やお墓参りなどの支援を行っている。	利用者一人ひとりの馴染みの関係や場所を把握しており、以前から利用していたスーパーや喫茶店・墓参り等、馴染みの場所へ出かける機会を作っている。又、ゲートボールの仲間に出たり、友人・親族の方々の訪問を歓迎したり、遠方の方には絵手紙を出す等、馴染みの関係継続を大切に支援をしている。		
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	認知症の症状や相性などにより、座席の配置を考慮し、皆で作業や娯楽を楽しめるよう支援している。その時の、利用者の調子や機嫌等を伺いながら、関わり合いが持てるよう行っている。			

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	他事業所に入所、病院への入院等、サービスが終了しても、その後の状況や経過を確認するようにしている。必要があれば、随時相談を受けるよう関わりを保っている。		
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	本人の話をよく聞き、希望や意向を確認している。一人一人の月間の暮らしのスケジュールを立て実行するように検討している。	利用者一人ひとりの思いをセンター方式を用いて丁寧に聞き取っている。意思疎通の困難な利用者については、家族から話を聴いたり、表情や言葉から本人の思いをくみ取り意向の把握に努めている。職員それぞれが聴いたこと、感じたことは申し送りノート等に記録して、フロア会議で本人の視点で検討すると共に職員間での共有を図っている。	
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	初めの相談時に経歴書において出身地などの生活歴や趣味、特技、嗜好など家族に記入してもらい、把握できるように努めている。入居前に介護士が家族と面談して本人の生活環境などの確認を行っている。		
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	介護日誌を付け、一日の様子や状態の把握に努めている。又、気になる点は個々の申し送りに記入し把握できるようにしている。		
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	利用者、家族に意見、要望を確認した上でケアマネジャー、介護職員によりカンファレンスを行い、介護計画を作成している。	丁寧なアセスメントを基に、本人・家族の意向や職員の気づき・アイデアを取り入れながら、全職員が関わって介護計画を作成している。経過記録・モニタリングに基づいた定期的な見直しも実施している。	利用者一人ひとりの暮らしを反映して作成されている介護計画のより一層の充実を目指して、地域・家族とどのように関わっていくかといった視点も含めた介護計画の作成を期待したい。
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	日中の様子を個別にケース記録に記入している。ケアの実践についても介護計画に基づき、記録を行っている。又、気づき、工夫については職員間で共有できるように個々の申し送りノートへ記載している。		
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	医療的な事について、施設内にいる看護師に相談することができる。又、利用者の希望によっては、他の事業所の利用者との交流を持つことができる。		

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	定期的なボランティアの慰問を受け入れている。前にある区民会館の利用をさせてもらっている。団地内にある公園やバス停のベンチなどは散歩の時の休憩場所として活用をさせてもらっている。		
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	入所時に主治医の確認を行い、利用者、家族の希望を優先している。受診時必要に応じ、日頃の経過がわかるよう情報提供を行っている。又、協力医療機関より訪問診療を受けられる体制が出来ている。	利用開始時に本人・家族の希望を聴きながら主治医を定めている。家族対応での受診結果は書面または口頭で頂き、ケース記録に記載し職員間での共有を図っている。協力病院での受診結果は主治医へ直接つながる様になっている。	
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	看護師によりバイタル測定、体重の管理、排便の指示等の日常の健康管理を行っている。又、家族が受診する際には、日頃からの状態を伝え、適切に受診できるよう努めている。		
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。	入院時にも病院の医療相談室と連携を取り、状態の確認を行っている。又、状態の把握や本人が元気になるよう面会に行っている。その他、ソーシャルワーカーとも日頃より情報交換を行っている。		
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	重度化については看取りの指針を事前に説明し、入居後本人、家族等と終末期について話し合う機会を設けている。看取りについての勉強会を開き、終末期について事業所でも対応できることを看護師、介護士を含めて検討し方針を決めている。	現在のところ看取りは行っていないが、主治医とのオンコール体制や見取りに関する指針の作成は出来ている。さらに、看取りに関する勉強会のプログラムは出来ており、職員は順次受講している。	
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	急変時や事故発生時の対応マニュアルを作成している。又、緊急時の連絡体制や心肺蘇生法、意識レベルについての勉強会を行っている。		
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	定期的に施設内部での避難訓練を実施し、年に1回、消防署の協力を得ての避難訓練を行なっている。区長、民生委員、自治防災組織にも避難訓練に参加して頂き、地域との協力体制についてもお願いをしている。	緊急通報装置の設置や緊急マニュアルを備え、年2～3回の避難訓練を実施して利用者の安全を図っている。地域の方々と合同で実施した夜間を想定した避難訓練には、自主防災の方々も参加する等地域との協力体制も整っている。	

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
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	目上の方ということを念頭に置き、日々声かけを行っている。入浴は個別に一人一人入っていただいている。トイレ誘導時も、プライバシーに配慮して周囲に聞こえないようにし声かけをしている。	職員の声かけは静かで丁寧にされていた。職員の対応から家族の意見を大切にしながらも利用者の思いや意向にそったケアをしている様子が伺えた。個人情報の保護に関する意識は高く記録等は事務所で保管し外部に漏れないよう配慮されていた。	
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	話は傾聴するよう心がけ、本人の意向をその都度確認している。声かけする時にも、話しをするテンポや言い回しに注意し、わかりやすい言葉で伝え、自己表現しやすい環境を作っている。		
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	その人のペースを日々の様子から汲み取り、その時その時の本人の希望を聞きながら支援している。職員の都合を優先させない対応を行っている。		
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	入浴の時に、どのようなものが着たいかを一緒に考えながら洋服を決めている。女性にはマニキュアをして頂いている。失禁される方でも排泄パターンの把握等を行い、スウェットやジャージにしないよう心がけている。		
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	入居前に嗜好の確認をし、日々の摂取状況を見ながらその方に合った食事提供をしている。月に一度、検討会議を行っている。身体状況に合わせ、食事の準備や食後の片づけを一緒に行っている。	ホームで食事作りはしていないが、おやつ作りは利用者と一緒を楽しんでおり、ボードで当日のメニューを知らせて食事を楽しめるよう工夫している。気の合う利用者同士がテーブルを囲み食事介助の職員も一緒に会話しながら和やかな雰囲気でお食事を楽しんでいた。	
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	食事量、水分量は毎食時記録をして一日通しての摂取量を把握している。不足している方には、嗜好や状態を考え必要量摂取できるよう支援している。飲み物等の好みも把握し、水分を多くとって頂けるよう提供している。		
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、洗面所にて自分自身で行えるよう支援しており、出来ない箇所を介助している。モンダミンなどを用いて口臭予防に努めている。必要な方には訪問歯科の受診もできる。		

自己	外部	項目	外部評価	
			自己評価 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	排泄チェック表にて排泄パターンを確認している。紙パンツ使用の方の排泄状況や失敗しても励まされる気をもって頂くことで、布パンツに替えられるよう取り組みを行っている。	排泄チェックにより、それぞれの排泄パターンを把握し、声かけ等を工夫して排泄の自立に向けた支援をしている。自立の利用者についても、回数チェック等の見守りしながら自立の継続を図ったり、失敗を気にする利用者については、オムツ外しを強要することなく本人の意向を重視した対応をしたりと、利用者の状況に合わせた支援をしている。
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、ラジオ体操、健康体操を行なって体を動かしている。排便状況を見て、センナ茶を飲んだり、看護師に相談し便秘薬の調整をしている。又、日頃より便の状態をよく観察している。	
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	その方の体調や状況により、時間帯や曜日を決めずに希望に沿った形で入浴して頂いている。夜間でも入浴できるよう取り組みを行っている。お湯の温度は個々に合わせ、ゆっくり入って頂けるようにしている。	個浴用の浴槽で一人ひとりが何時でもゆっくり入浴を楽しめるようにしており、散歩後や失禁時のシャワーの利用等も、必要に応じて出来るようにしている。利用者の希望によっては同性介助も実施している。
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	家族から寝酒など昔からの習慣を聞き、安眠できるように支援している。又、空調などにより寝やすいよう温度調整を行っている。夜間、不安等で起きてくる方には安心していただけるよう声かけている。	
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	薬情報として、薬の説明書きをファイルしている。薬の変化があった時には、申し送りにてきちんと把握できるようにしている。	
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	昔の趣味を活かして手芸や絵等の作品を掲示している。買い物時に好きな食べ物を買ったり、主婦であった方には、畑で採れた野菜を切ったり、湯がいたりなどの調理をし役割をもってもらっている。	
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、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	希望者には散歩やドライブなど戸外に出る機会を作っている。又、家族と一緒にお花見、団地内のお祭りなどに行けるよう支援している。外出の際にはボランティアさんに協力してもらっている。	利用者の状態と天候を見ながら散歩には毎日のように出かけており、車椅子の利用者も外気浴を積極的に行っている。家族やボランティアの協力を得ながら、花見・買い物・外食等の外出、区民会館・市の行事等への参加、保育園との交流等楽しみ事としての外出も頻繁に実施している。

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
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	月に数回外食や買い物に出かけるようにしている。		
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	電話や手紙を書きたいと言う希望があれば、やり取りができるようにしている。公衆電話を施設の2階に設置している。		
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	畳やソファを置き、横になれるスペースを作っている。又、利用者様が作成したものを掲示したり、季節にあったものを飾るようにしている。掲示物はきれいに整理して飾るようにしている。	浴室やトイレ等は清潔で身体機能の低下にも対応できるよう配慮されていた。居間・食堂は利用者がくつろげるようなテーブル配置をしたり、季節感のある創作物や花を飾ったりして居心地よく過ごせるように工夫してあった。又、昔懐かしいスターの写真を飾る等職員の細やかな心遣いも見られた。	
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	廊下に利用者がよく日向ぼっこする場所があり、そこに椅子を置き、その場所が独りで過ごせる場所となっている。気の合った方同士は、食堂や畳の空間で過ごすことができる。		
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	ベッド以外の家具類は使い慣れたものを使用して頂くよう支援している。又、認知症の方が、安全で混乱しないような居室空間作りに努めている。	ベッド以外は利用者それぞれが持参した物で居室作りをしており、ぬいぐるみ等を置いて暖かい雰囲気を作っている居室や、滑り止めのカーペットを敷いている居室等、利用者の実情に合わせた居室作りをして、それぞれが安心して過ごせるような工夫と配慮がされていた。	
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	建物内はバリアフリーになっており、トイレ、廊下、浴室にも手すりが設置されており、自立した生活が送れるようにしている。		

目標達成計画

作成日: 平成 23 年 1 月 17 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	26	地域、ご家族様とどのように関わっていくか等を含めた介護計画を作成していく。	地域・ご家族様との関わりのある介護計画の作成	ご利用者様のニーズをアセスメントし、カンファレンスを行った後に、地域、ご家族様を交えた介護計画の作成を行い、支援をしていく。	12ヶ月
2					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、行を挿入して下さい。