

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	0870400280		
法人名	(株)アイアール		
事業所名	グループホームローズマリー 1階		
所在地	茨城県古河市古河514-1		
自己評価作成日	平成21年6月17日	評価結果市町村受理日	平成22年2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	
----------	--

【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4637-2		
訪問調査日	平成21年7月14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>①利用者個人個人を全体として捉え、個々人の普通を知ることでその人の異常を速やかに知り日々の生活の中で飲食・睡眠・排泄という人間としての基本を守ることが重視している。</p> <p>②「利用者にとってよりよい介護とはなにか」「その人らしい生活とは何か」に介護者は着目しより繊細な介護を目指し仕事を細分化している。</p> <p>③医療機関の協力を重視しご本人の病気や心身の衰えに向き合い、常識にとらわれず些細な事でも改善に努めている。</p> <p>④ご本人の最晩年が良かったと思っていただけるように常に学びの姿勢をもってサービス内容を状況に応じて見直すなど利用者の変化に対応できるようにしている。</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>ホームは、2階建てで木を基調とした温かなな雰囲気があるホームで、共有空間は、暖かくのんびりとした雰囲気の中スタッフと利用者の笑い声が多く聞くことができた。利用者は一人一人好きな時間を過ごしながら自分なりの生活スタイルを維持し意向や希望を伝えながら生活を楽しめる空間となっていた。</p> <p>また医療の連携についても利用者はもとよりスタッフがいつでも医師に相談できる連絡体制が確立されており、急な疾患や重度化、終末期に対しても医療面でのフォローアップが強固に保たれている。</p>
--

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	利用者の環境の変化を最小限にし尊厳ある生活の維持を理念に盛り込み認知症であってもいままでも暮らしてきたなじみの地域で普通に暮らすことを目指している。管理者とスタッフが理念を共有し実践するため、カンファレンス・研修・運営推進会議において職員同士、ご家族、医師看護師、第三者との活発な意見交換を行い、目的意識の明確化、理念の実践に努めている。	認知症でも生き生きとした普通の生活が送れるよう管理者と職員が理念を共有し実践されている。管理者はカンファレンスや、その時その時に職員に理念を踏まえたケアの提供を指導し職員もそれに対応しケアの質が維持向上できるように配慮されていた。また運営推進会議などを利用し地域や家族、行政の関係者にも理念を伝えケアの質の向上に努めている。	
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	近隣とのご挨拶からはじまり、立ち寄り場となるよう努めている。地域をエリアのみと捉えず家族、親族、友人、スタッフ、他地域密着型、他事業所とも情報交換に努めている。	開設当初から近隣への働きかけを行い、近隣住民の理解を深めてきた。現在では、近隣住民が気軽に立ち寄りするなどの光景もあり、今後もこの状況を維持する取り組みに期待される。	
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	近隣施設のイベントにボランティアで参加するなどしているまた近隣のご高齢者が家に帰れなくなった時に保護したり民生委員に連絡したりしている。		
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	運営推進会議は管理者、介護職員、ご家族だけでなく医師・市役所職員・近隣の介護施設の介護支援専門員などに幅広く参加頂き、利用者の介護やケアプランについて、評価結果や今後の取り組みについてなど議題を決めご意見やご指摘を頂き利用者の介護をよりよくできるよう努めている	20人前後の出席者の中3か月に1度の割合で推進会議が開催されている。推進会議は、月の行事報告や決算報告などに偏らないよう家族の意見を重用視し、家族からの意見が活発に出るよう独自に工夫され、開催されている。家族の活発な意見の取り入れが多く学びとなっていると管理者からの言葉も聞かれている。	
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	運営推進会議に参加して頂き意見交換をしたり、研修、実地指導その他で事業所の実情を伝えたりご指摘をいただいたり意見交換を行っている。	市町村との連携に関しては、推進会議への参加などで意見の交換を行うなどしている。	
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	職員に身体拘束に当たる行為をカンファレンスの時などに説明しまた身体拘束のない介護のための指針を掲示することで職員の意識を高めて身体拘束をしないケアを実践している。玄関の施錠は夜間利用者の安全を守るために行っているがそれ以外は鍵をかけないことを徹底している。	身体拘束のマニュアルや勉強会などを行い職員に周知されている。拘束の同意書に頼ることなく職員間で安全で拘束のないケアを提供している。	
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	カンファレンスや研修で虐待防止について学ぶ機会を持ち言葉使いなどはお互いに確認しあうなど虐待防止に取り組んでいる。		

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	成年後見制度を利用している利用者があり、その方を通して制度について学び、また制度の全体についてもカンファレンスで取り上げ、職員の理解を深めている。		
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	契約時だけでなくご家族の面会時、運営推進会議、などのときに変更点や疑問点は説明している。またご家族から質問があれば丁寧にお答えし、要望はできる限りお聞きすることで理解納得いただくよう努めている。		
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	利用者の話を個別に聞く場を設け、意見や不満を聞いている。また面会時はご家族と利用者のみにし不満を表出しやすい環境を作っている。面会後にご家族からも話を聞きご本人ご家族の要望を聞けるようにしている。	家族の意見は、推進会議を通し積極的に受け入れている。また面会を職員との情報交換の場とするのではなく、面会を面会としてかかわるよう家族と利用者の関係に配慮しながら家族の意見や情報交換を行うよう工夫されている。また家族にアセスメントシートを記入していただきより家族の意見が計画に反映されるよう工夫されている。	
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	カンファレンスにおいて職員の意見や提案を聞く機会としているが、カンファレンスでは言いにくいことなどは個別に職員の意見を管理者が聞いて運営に役立てている。	カンファレンスやミーティングを定期的開催し、また緊急時や利用者の変化に対し随時ミーティングを行い職員の意見を積極的に取り入れている。	
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	介護者個々の事情に合わせ勤務シフトを組んでいる。またスタッフと話し合いの場を設け向上心を持てるよう何事においても意見を言いやすい環境を整えている。		
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	新人職員には経験に応じて研修期間を設けたり、他職員も必要時再教育のためダブルシフトにて再教育している。また外部の研修参加をバックアップしており、講師を招いて研修を行うこともある。		
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	運営推進会議や提携医院主催の研修などで意見を交換、情報交換の場を設けている。		

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	入居前にご自宅を訪問し情報収集したりご本人のご希望を聞いたりしている。入居者の精神面の変化やご本人の心身状況の観察を行い、介護に活かしている。		
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	相談を受けた際にはご家族の困っている事をお聞きし、相談に乗っている。また入居が決まったらご家族の要望などをお聞きする機会を作りその思いを介護にいかすようにしている。		
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	相談を受けてもすぐ入居出来る事は少なく、入居するまでに利用できるサービスの紹介や内容は説明している。他事業所のケアマネを通して相談にお見えになる方はケアマネにも説明している。		
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	職員は本人のできることや役割の維持、他利用者との関係を考慮しながらコミュニケーションを図っている。本人に役割を持ってもらうことで暮らしを共にする者を意識している。		
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	家族の利用者や利用者の晩年の生活への思いをホームでの生活に生かせるよう努め家族も介護者の一人という意識を職員が持つことにより、施設に入ったから家族から離れるのではなく家族と共に利用者を支えていけるようになっている。		
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	利用者の外出は家族と連携を図り準備したり、本人や家族の希望に添って馴染みの人や場所との関係の維持を図っている。	家族や生活の拠点があった近隣の住民による面会などを積極的に受け入れ、なじみの関係をホーム内だけに留めずもとの関係が維持できるように働きかけを行っている。	
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利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	お互いの関係は利用者同士で作りに上げているがスタッフが関わったほうが良い関係が築けると思われる場合は職員が関わっている。		

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	退所後も運営推進会議への出席やボランティアに来てくださる家族もおりより良い介護サービスを行うのに重要な役割を果たして頂いている。		
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	利用者が希望やこだわりを主張できる環境や人間関係作りに努めている。状況変化に対応できるように見守りや本人の話を傾聴している。把握しにくい場合も本人の立場に立って家族などと連携を図って思いの把握に努めている。	利用者の思いや意向を受け入れ、ホームの時間にとらわれず提供できるよう工夫されている。	
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	ご本人家族友人ケアマネージャーから聞いている。センター方式の記入もご家族に参加して頂くように始めている。また入居前の自宅を訪問して馴染みの暮らしの把握に努めている。		
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	日勤者夜勤者がそれぞれに情報を出し合いスタッフ全員が情報を共有することで総合的に把握できるように努めている		
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	カンファレンスを週に一回緊急時は随時行い活発な意見交換を行い必要な時には家族にも意見を求め、他介護事業所や介護用具業者などの意見も聞き、現状にあった介護計画を作成している。状態が変化したときは速やかに介護計画を変更している。	ケアプランのカンファレンスを定期的で開催し、利用者の状況や把握に努めるほか、家族の意見を積極的に取り入れるため、アセスメントシートを家族にも記入していただくなど利用者の個別的な把握とケアプランの作成に努めている。	
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	経過記録だけでなくチェック表や別紙の特記事項、申し送りノートを利用し、申し送りで情報共有したりカンファレンスで話し合ったり改善したり利用者の状態変化時は臨時のカンファレンスを行うなど日常の介護や介護計画の見直しに努めている。		
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	緊急的なデイサービスの受け入れの検討をしている。また入院先医師の選択など家族の相談にのっている。		

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
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	ボランティアの受け入れ、友人・民生委員の来訪を心がけている。民生委員には運営推進会議の参加を呼びかけている。避難訓練実施時には消防署に連絡している。		
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	入所時はすぐに医療連携病院にお連れしできるだけ早くかかりつけ医として医師看護師になじんで頂けるように関係作りの支援をしている。体調変化時はホームまで往診に来て頂いている。	医療との連携は、特に強固で力を入れられている。医師とは24時間の連絡体制を作り、緊急の事態でも職員が不安にさらされず、利用者の安全に配慮した連携体制が整えられている。	
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	ホームでのケアプラン介護記録、医療連携記録を見て頂いている。通院往診時にご本人の人となりや伝え関係作りを支援するほか日常的に薬や緊急時の対応を相談している。		
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。	提携医療機関以外に入院や加療が必要な時はホームより介護サマリーと提携医の紹介状をお持ちしている。受診時は必要時介護者が付き添い、入院中は管理者・計画作成者・介護士が訪問し情報交換や相談に努めている。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	ご家族には入居時緊急時や重度化の際の説明を同意書をいただいている。体調変化時に医師と家族が話し合う場を設け介護者も立ち合わせて頂いている。医師の役割ご家族の役割介護士の役割を再確認し連絡先とその優先順位を明確にしている。	看取りのケアを提供している。入居前に同意書をいただき、かつ重度化終末期の状態に変化した場合はケアプランに具体策を盛り込み家族に随時説明されている。	
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	常勤の看護師が指導したり提携病院の勉強会に出席したりしている。カンファレンス時に緊急時の対応について話し合いを行っている。		
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付けるとともに、地域との協力体制を築いている	定期的に避難訓練を行い避難方法を職員に周知させている。近隣に住んでいる職員はすぐに呼び出すことができる体制にしている。	避難訓練(夜間想定)なども行い、職員が災害時にも安全に利用者を避難させられるよう訓練を行っている。今後も訓練を定期的に続行され、広域避難場所の把握や避難経路の確認にも周知されたい。	

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
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	各利用者の居室の入室時にはご本人の了解を得る声かけをしている。個人ケース記録の置き場所は随時検討している。	利用者の個人情報に関しては、漏洩が無いよう管理士記録の保管等についても外部の目につかないよう工夫されている。	
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	ご本人の希望にあわせた説明の仕方をしご希望を伺う。短期記憶のない方には繰り返し説明している。ご自分の呼び名や日常生活の趣味嗜好を危険のない限り尊重している。		
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	生活リズムを整えながらご本人の希望や気分をくみ取るように心がけている。体調や天候を考慮しながら支援につなげるようにしている。		
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	その人らしい身だしなみを考慮し理容美容を希望する方には予約送迎などの支援を行っている。理容資格を有するスタッフがいるので希望者はスタッフが理容を行っている。季節に合った服を着られるよう個々の能力に応じてスタッフが援助している。		
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	その方のできる力に合わせて準備後片付けを利用者と一緒に行っている。	利用者と職員で食事を作り、一緒に食べ昼食の時間を利用者とともに楽しく過ごす工夫が作られていた。	
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	食事水分量はケース記録で時系列に把握している。食事が十分に取れない方には医師の指示のもとエンシュアで栄養を補っている。		
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	声掛けのみ、一部介助、全介助など本人のできる力に合わせて支援している。自分でも口腔内の異常の確認、必要時仕上げ磨きなどを行い、外出から帰ったときはうがいの徹底をしている。		

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
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	ケース記録やチェック表で排泄パターンを知り、必要な方には時間毎に誘導を行い排泄の失敗を減らしている。日中は可能な限りオムツではなくリハパンに履き替えている。	排泄は、シートで日ごとと月ごとに記載され把握されている。適宜内服や水分などを促し積極的に排泄のコントロールが行われている。	
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	毎日体操を行い身体を動かして頂いている。また食事でも野菜や食物繊維の多いものを摂れるよう援助している。便秘で不穩になってしまう方には下剤を使用したり、自力排便が困難な方には浣腸を使用したり工夫している。		
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	職員が決めずに利用者の希望にあわせるようにしている。ただし体調を考慮して入浴できない時はさりげなく日時を変更するようにしている。また利用者本人が体調を考え夜間入浴から昼間の入浴を希望されるかたもいる。	ホームでの入浴時間は設定されているが利用者の希望時間に応じて入浴が提供できるよう配慮されている。	
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	足浴をしたり湯たんぽを使用したりして循環を促している。眠剤を内服しないと眠れない方にも体調を考慮し、偽薬や声掛けで眠剤は必要最小限にしている。日中も過度にならない程度に休息して頂いている。		
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	利用者が内服している薬について勉強会を行い、全職員の理解に努めている。薬効や副作用と思われることは随時医師に伝えている。		
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	利用者同士が会話を楽しんだりライバルができたりと個人個人が交友関係を築いている。まれに口論になることはあるが競い合うことで活気が出るのでスタッフは概ね見守っている。役割として仕事をして頂いているが個々の能力とその日の心身状況に合わせてお願いしている。		
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	本人の希望により犬の散歩・買い物・外食等スタッフが同行する。ホーム中庭にてお茶談笑を楽しんだり通院を楽しみにしている方もいるので医師に連絡して検診に行っている。	利用者の希望に応じて、外出が支援されている。希望に応じスーパーや外食など外出の提供は多彩なものとなっている。	

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
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	お金を持つことが可能な方には所持して頂き、家族やスタッフが助言や支援をすることで好きな物を買ったりして頂いている。		
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	電話は自由にお使い頂いている。使えない方には職員ができない部分を補っている。手紙を書く場合もできない部分を支援し、投函の際も同行している。		
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	季節の花を飾ったり季節感のあるものをさりげなく飾ったりしている。共用空間は家庭的にしているが利用者が分かりやすく使いやすいことを重視している。	共有空間には、季節の物品や見やすい所に日付の記載が大きく書かれ現実を理解する工夫が作られている。季節に応じたイベントなどでも季節を感じられる工夫が設定されている。	
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	共用の場所に応接セットを配置して利用者の気分に応じてダイニングテーブルと使い分けている。		
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	本人の使い慣れている家具や品物洋服などを持ち込んで頂き居室の中で使いやすいように配置している。	居室には、家族や職員の工夫によりその人その人の居室が作られている。	
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	必要なところには手すりをつけトイレ、各居室、浴室にコールを設置し安全に配慮している。居室が分かりやすいように名前を大きく書いた紙をつけている。		

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		地域密着でありながら市からの一方的な情報を受け取るだけで情報のやり取りがあまりない	地域密着サービスとしての役割をより一層明確化する	認知症予防や認知症介護アドバイザーの養成講習講座にスタッフが参加したり運営推進会議の場での市との連携や関わりを探る	12ヶ月
2					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。