

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	0870102142		
法人名	株式会社 いっしん		
事業所名	グループホームいっしん館 内原		
所在地	茨城県水戸市杉崎町195-1		
自己評価作成日	平成23年9月3日	評価結果市町村受理日	平成24年2月15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://ibaraki-kouhyou.as.wakwak.ne.jp/kouhyou/infomationPublic.do?JCD=0870102142&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23年10月17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、スタッフ共に笑顔・笑いのたえないアットホームな環境づくりをしています。
--

【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)】

法人の代表は頻りにホームを訪れ、利用者・職員の一人ひとりに声をかけ気軽に何でも話のできる関係作りに努めており、代表を中心として職員はお互いに信頼を持ちケア方針を共有している。また地区を定めてエリアマネージャーや統括マネージャーを置いて複数のホームを管理しており、ホームの職員は代表や管理者に見守られ、助言を受けながら自信を持って伸び伸びと日常のケアに専念できている。利用者はホーム周辺の散歩や近くの小規模スーパー・JAの直売所・駅周辺の商店に買い物に出かけることが多く、新しい知人もでき、また旧知の方々に会うことも多く日常的に地域にとけ込んだ生活をしている。3月の震災の際にも水を提供していただいたり、発電機を使って明かりを確保してくれたり地域住民からの様々な支援があり、今まで以上に地域との関係が深まっている。
--

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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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)		

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	近隣や地域の方との交流を大切に、グループホームという場所を理解して頂けるようにしている。また、自然な形で交流を深めていけるよう、管理者・職員にて検討した理念を掲げている。	法人の理念を大切にしながらも地域密着型サービスの意義を意識した事業所独自の理念を全職員で作っている。職員同士は、利用者が常に地域とかわりをもって生活できるよう毎月のミーティング等で話し合いをし、理念の共有と理念を意識したケアの実践に努めている。	
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	館内行事などに地域のボランティアを招待したり、日常的に近所の散歩や外食レクリエーション等を通して、地域とのつながりに努めている。 2ヶ月に1回、地域運営推進会議を開催している。	周りが住宅地ではないこともあって地域住民と自然な交流を求めることは難しい環境にあるが、事業所の行事やJAの直売所や以前からあるスーパー等へ出かけることで地域の方々との交流を深めている。事業所の夏祭りでは小学生も含めて地域住民が多数参加して「お囃子」を披露してくれたり、露店を出してくれたりしてホームの利用者と地域住民が共に楽しめるようにしている。日頃からの付き合いの成果として3月の震災時には地域の方々からの手伝いが多数寄せられた。	
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	地域住民代表の方より、地域での会合や行事等の声掛けを頂けるため、その際には積極的に参加しグループホームや認知症についての現状や様子などの情報を公開、交換をおこなっている。		
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	地域住民の方にも参加頂いている。地域での行事の誘いや声掛けを頂いたり、日頃の報告や相談等意見を頂き、サービスの改善・向上に活かしている。	区長・民生委員・ボランティアメンバー等地域の方々が多参加して開催されている。事業所の報告を中心としながらも地域の情報を頂いたり、助言や要望等も多く出され活発な意見交換ができています。意見や提案等はエリアマネージャーと地域統括マネージャーを中心に検討しサービス向上に活かしている。	運営推進会議の結果は職員にも随時報告し共有を図ることに期待したい。また会議での話し合いの内容や頂いた情報・提案・助言等と共に、検討の結果や今後の取り組み等について利用者・家族にも報告することを期待したい。

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
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取り組んでいる	市町村との連携を図る際には、可能な限り直接市役所へ届け出るようにしている。情報交換が行ないやすい環境づくり、関係づくりに努めている。	相談事等の場合には直接市役所に出向くようにしており、気軽に相談できる関係作りができています。中学生の職場体験等は積極的に受け入れるようにしている。	
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	身体拘束はもちろん、施錠や声掛け等の精神的な拘束についても「拘束がない事が当たり前」と理解し、毎日のケアに努めている。	年1回担当者会議で研修会を開催しており、拘束の具体的な内容や拘束による弊害についても全職員が十分承知しており、拘束の無いケアを実施している。玄関ドアは施錠しておらず誰もが訪問しやすく開放的な雰囲気があった。	
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	研修の参加等を通し、虐待について学ぶ機会を設けている。日常的に利用者様は「人生の先輩」として敬意を払い、ケアに努めている。		
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方がいるので、関係を蜜にしている。他利用者様にも必要がある際には、支援出来るようにしていく。		
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	契約やその解約等の際には十分に説明を行なう事はもちろん、解約の可能性がある時点での事前説明も十分に行なうよう努めている。		
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	苦情が出た際には、その都度納得して頂けるように説明している。相談や苦情に関して、随時受け付けている。要望があった際には、ケアプランに組み込んでいる。	運営推進会議や面会時に利用者・家族の気づきや要望を聴いている。面会時に頂いた意見や要望はエリアマネージャーと職員で検討しており、結果としての改善策や今後の取り組みについては利用者・家族に報告している。家族からの提案を受けて、日々の食事について法人内の栄養士に献立チェックをしてもらう等の改善が行われている。	

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
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	人事採用に関しては、本社に一任している。 利用者様の受け入れや継続の可否等については、スタッフの意見を聞き入れながら取り組んでいる。	毎月のスタッフミーティングには全職員が忌憚無く何でも言える雰囲気があり、またエリアマネージャーや主任にはその都度直接話ができており、備品の購入等は職員の意見・要望が取り入れられている。他事業所への異動はあるが職員の希望は取り入れられている。	
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	勤務ローテーションを組み、希望を掲示してもらっている。 やりがいが出るよう、昇格希望者には立候補制度も導入している。		
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	研修に参加する事でやりがいや向上心を見出し、フォローしている。 社内の研修も定期的開催し、学ぶ機会を確保している。		
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	地域で行なっている介護支援専門員の会等に積極的に参加している。		
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	1対1で話せる場面づくりに努めている。 話された内容をケース記録に記載し、利用者様の現状、希望等を把握している。 意思疎通が困難な利用者様に関しては、表情の1つ1つを日誌や記録に記載し、個別援助計画につなげられるように努めている。		
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	ユニットの出入り口に「ご意見箱」を設置し、気軽に意見を出して頂けるようにしている。 面会時等に時間をとり、話す場を設けている。 事前面接時や契約時等に、家族様の意見を聞き、ケアプランに組み込んでいる。		

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
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	グループホーム利用に適しているかの見極め、他サービスが適していると感じた際は相談、助言し支援している。		
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	「人生の先輩」として、昔からの慣わしや料理等教えて頂いている。 食事作り等共に行い、同じものを一緒に食べている。		
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	行事や一泊旅行等と一緒に参加して頂けるように支援している。 小さな事でも「相談・連絡・報告」を徹底している。 毎月「いっしん便り」を作成し、写真を同封し送っている。		
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	手紙を出したり、電話をしたり、馴染みの店に買い物や食事に行っている。 定期的な面会に来て頂き、また来館しやすい環境づくりに努めている。	駅に近いこともあり家族を始め馴染みの方々の訪問が多くある。また墓参など馴染みの場所に家族と共に訪れる機会もある。近くには大型店もあるが馴染みのあるJAの直売所や小規模店等で買い物をすることで新しい馴染みの関係を作ったり、親しい友人・知人に日常的に会えるようにしている。	
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	職員が上手に輪の中に入る事で、自然とコミュニケーションが取れている。 世話役の方には、出来る限り役割を持ち、発揮出来る機会を作っている。		
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	グループホーム・介護付有料老人ホーム・適高齢者専用賃貸住宅の三本柱で事業展開しているため、事情により退居となってしまった際も相談を受け、状況に合わせて支援している。		

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
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	一人一人の話を傾聴し、本人の希望を見出し把握している。意思表示が少ない方や会話で伝える事が難しい方には、簡単に答えられる質問で意向を聞いている。細かい事柄でもまず、利用者様に聞き選択の機会を多く作っている。	職員と一対一で話せる場面作りを心がける等して信頼関係をつくり、利用者が何を言いたいのか理解するよう努めている。利用者一人ひとりが「手伝いをしたい」「草取りをしたい」「編み物をしたい」等具体的に話しやすい雰囲気作りをして、それぞれの意向の把握に努めている。センター方式の一部を取り入れて職員間での情報の共有も図っている。	
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	利用者様の生活歴を把握し、家族様に昔の話等を聞く事で把握に努めている。		
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	ケース記録、申し送りを活用している。テレビが好きな方には番組を合わせ声を掛け、食事のお手伝いをして頂いたり、散歩が好きな方は散歩へお連れしたりと一人一人の状態に合わせて過ごして頂いている。		
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	利用者様や家族様の意向も取り入れ、より良い生活が送れるよう努めている。医師・看護師・栄養士等の必要な時は相談し、アセスメントとモニタリングを行い、作成している。状態の変化がある際は、その都度検討している。	利用者・家族の意見や職員の気づき等を取り入れ、必要に応じて各専門職の意見も参考にしながら丁寧な介護計画を作成している。サービス担当者会議で一人ひとりの日常についてモニタリングを行い定期的な見直しも実施されている。	援助内容を精査し、利用者の思いや意向を大切にしながら、より暮らしを反映した介護計画を全職員が関わって作成することに期待したい。
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、夜間の様子をケース記録に時間事記入し必要時には申し送り帳に記入している。業務日誌も活用している。月に1度サービス担当者会議を行い、介護計画の見直しに活かしている。		
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	当事業所は、グループホーム、有料老人ホーム、適合高齢者住宅、三本柱になっている。また、医療行為が必要な時は連携している病院に相談し取り組んでいる。		

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
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	地域のスーパーに買い物に行ったり、外食したりしている。ボランティアの方々にも来館して頂いている。		
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し、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	必ず利用者様、御家族希望を確認した上で医療機関に受診している。医師の紹介状と連携により体制が整っている。	かかりつけ医への受診は可能であるが、殆どの利用者が協力医院へ受診している。2週間に1回往診している協力医院の往診医が各利用者の健康状態を把握しており、緊急の場合にも適切な医療が受けられるようになっている。かかりつけ医や専門医に受診した場合にも診療情報提供票で利用者の健康状態を把握し、受診ごとに受診記録に記載し本人・家族・職員で情報の共有を図っている。	
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	現在訪問看護は利用していないが、月2回の往診の際看護師に相談したりと、常に相談出来る体制を整えている。		
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。	定期的な面会と担当医師、看護師から病状説明を受け早期退院に向け連携している。退院後も小さな事でも電話などで連絡を取っている。		
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	その人らしい生活を送って頂き体調の変化にきずき医師と連携している。家族には要望を聞きケアプランに組み込みながらケアにあたっている。色々な対応策などを地域包括の方にも相談している。	看取りは行わない方向であるが、本人・家族の希望があれば終末期ケアのマニュアルを作成しており、対応は可能である。往診医とは24時間何時でも対応できるようになっており、職員は研修の受講や往診医からの指導等を受けてターミナルケアについての備えはしている。	

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
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	応急処置が出来るようマニュアルや薬箱揃えて応急手当は出来るようにしている。新人職員など新人研修を行いカリキュラムの中に取り入れている。すべての職員は救命救急講座を受け、AEDの使用法なども随時業者に来て頂いている。		
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	避難訓練を年2回行なっている。夜間・地震などの想定しての非難訓練も行なっている。地域の消防団の方もここはどのような所かを把握して頂いている。	火災・地震などを想定しての避難訓練を定期的実施している。夜間を想定した通報訓練や2階の車椅子利用者の避難等現実的な訓練を実施している。また各階に夜勤者を置いて協力しながら避難できるようにしている。3月の震災時には近所から水や発電機による照明の提供等もあり地域との協力体制もできている。	
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	その人にだけ分かるように声掛けをしている。トイレの場所がわからなくならないように、大きく明示している。相手にとって事実客観的であっても現実として受け入れ相手にとっての事実コミュニケーションをおすすめる。感情言葉ではなく、事実言葉で話す対応をしている。	利用者を人生の先輩として尊敬する気持ちをもって対応することを常に心がけており、具体的には現実的ではない話でも否定することなく受け入れて会話するようにしている。トイレの利用に関してもセンサーによる音楽で利用中であることを知り、さりげなく気をつけ見守るようにしている。職員の言葉かけは丁寧で、利用者のペースに合わせた対応が見られた。	
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	個人、個人の話に傾聴し、信頼関係を築くと共に個人の意見を尊重し決定権を利用者様本人にと努めている。また決定することが難しい場合には助言をしながら決定出来るようにもっていつている。		
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	食事・トイレ・入浴の時間を決めずその人に合わせている。また季節のならわしなども取り入れ希望にそうようにしている。		

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
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	毛染めをしたり、お化粧品したり、おしゃれの支援をしている。また移動理容室があり希望があればいつでも来て頂ける体制になっている。好みの洋服など一緒に行き選んでいる。		
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	季節感のある献立を作成し利用者様の好みのメニューを入れ提供している。また出来る仕事の分担を決め行っている。	利用者の好みを取り入れながら1週間分の献立をつくり買い物を利用者と一緒にしている。当日は季節感のある昼食で「いつも食事はおいしいよ」といった会話も聞かれた。誕生会・クリスマス等のイベント食はみんなが楽しめるよう頑張るメニューを考え、毎回工夫をこらしている。	
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	個人、個人の水分の目安は表にしている。食事量の決まっている利用者様は何グラムと表示している。1日の食事量、水分量などチェック表に記入しいつでもみられるようにしている。		
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、利用者様に合わせた口腔ケア方法で行ってもらい、状況に応じた介助を行い清潔保持に努めている。月2回歯科往診が来ている。		
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	個人、個人の排泄パターンを把握しその人にあつたトイレ誘導が出来るように支援している。	丁寧なチェック表を用いて一人ひとりの排泄パターンを把握しており、各人の習慣・パターンに応じ、夜はオムツ使用の利用者も日中はリハビリパンツにし、声かけ・誘導してトイレでの排泄を支援している。失敗が多くなった場合には日々のミーティングや担当者会議で話し合い、さらに往診医と相談して原因を確かめ、観察しながら声かけ・誘導の見直しを行っている。	
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	便秘予防になる様水分や食物繊維の多い食品を食事に取り入れている。天気の良い日は外を散歩、天気の悪い日はホール内を歩く運動を取り入れている。		

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
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	本人の希望を重視し、好きな時間に入浴出来るようにしている。その人にあった温度にし快適に入浴して頂いている。季節のゆず湯・菖蒲湯などにして気分転換をして頂いている。	毎日何時でも入浴できるようにしており、一人については一日おきの入浴を基本としている。入浴を嫌がる傾向にある利用者には無理強いをせず日にちや時間をずらす等して気分よく入ってもらうようにしている。入浴する時間帯や温度等は各人の好みに合わせており、柚子湯、菖蒲湯等の季節も楽しめるよう工夫している。	
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	居室の温度管理に注意したり、寝具を干したり、清潔に寝やすい環境作りをしている。和室にはコタツ、座位が保てない方に関してはソファに座ったままのコタツを置きゆったりと過ごせる様に支援している。		
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	全スタッフが薬の内容を理解し、指示通り服薬出来るようにしている。薬の変更があったり食べ物・飲み物など飲み合わせの悪いものなど申し送り、朝礼、夕礼時にも口頭で伝えている。		
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	食事・家事・草抜きなど利用者様がそれぞれの役割お持ち張り合いのある生活を過ごしている。またレクや季節行事など楽しみも多く行っている。		
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	日常的に外に散歩・ドライブに行ったり、地域の飲食店に外食へ行くようにしている。お墓参りなど希望があった際には、御家族様に連絡して計画を立てて出かけている。	暑い・寒い時期は控えるが常に近所への散歩、近くのスーパーやJA直売所での買い物等に出かけ地域の方々と親しむ機会もある。またドライブを兼ねて職員と一緒にゴミ処理センターへゴミ捨てに行く等日常的に外出の機会が多い。家族の協力を得て墓参りに出かけた時、希望する家族も同行して年一回の利用者・職員全員による温泉旅行等も企画しみんなで楽しんでいる。	

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
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	基本的には金銭を持たないので、買い物時一緒に支払いをすることで買いたいものを購入して頂いている。		
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	電話や手紙を利用したい時にして頂いている。知人の方など面会に来てくださった際にはお礼状を書いて出している。		
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	玄関・廊下・ホール・居室など常に清潔を心掛けている。常に換気にも気を使っている。また季節感を感じられるように、玄関・ホールに花や季節感のある装飾を行なっている。	ホームの中心部に居間があり、畳の部分などもあり利用者が寛げる空間が十分に確保されている。ホールには季節感のある柿の飾り物を置いたり、手作りのカレンダー等が暖かな雰囲気をかもし出していた。また本棚やテレビ、ソファー等の置かれた空間は家庭的で落ち着ける場所になっていた。	
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	ホールにはソファーを置き、和室にはテーブル、冬はコタツ、車椅子の方が入れる様テーブル式コタツ置きいつでも話の出来る場もてる環境作りをしている。		
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	利用者様ご本人が居心地良く過ごして頂けるように、使い慣れた家具など持ち込んでもらい、個人の居室作りに努めている。	各居室はベットや筆筒等の馴染みの家具と共に家族の写真を飾ったり、こだわりの帽子を居室の目に付きやすいところに装飾的に置いていたり、お孫さんと本人の写真でカレンダーを作っていたりとそれぞれが家族・職員の協力を得ながら居心地の良い個性的な居室作りをしていた。	
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	バリアフリーになっており全体に手すりがついている。階段には滑り止めをつけたり、清潔感を心掛け、誤認・錯覚・アクシデントの原因になるものは置かない。湿度の管理をして床の状態など観察し転倒防止に努めている。		

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	6	運営推進会議での検討結果、内容を利用者様、家族様に報告していない。	ご家族様の参加が少ないため今まで以上に連絡を取り合い一人でも多くの家族様に参加していただける様にする。	ホール内に掲示するのどして利用者様がいつでも閲覧できる環境づくりと、ご家族様に毎月送っているおたよりに入れ報告する。	6ヶ月
2	26	ケアプランの課題が多すぎるため、サービスに反映されない状況にある。	利用者様が本当に必要としている課題だけとし、ケアプランの目標を達成可能なものとする。	ケアマネにより計画書に差ができてしまうため、会社全体でのケアマネの会を開催しより良いケアプランが作成出来るよう検討する。またケアプランに沿ったケアを実践し、全スタッフで統一したケアを提供する。	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、行を挿入して下さい。