

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	0873700488		
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玉造		
所在地	茨城県行方市玉造甲476-1		
自己評価作成日	平成23年7月1日	評価結果市町村受理日	平成23年10月11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=0873700488&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8月3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)】

地域との交流を大切にし、近隣のお祭り事などに参加したり、来ていただいたりしている。馴染みの生活習慣を大切にし、その人らしい生活が送れるように、楽しく穏やかにすごして頂いている

【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)】

市街地の中心に位置し、市役所やショッピングセンター、霞ヶ蒲湖が近隣にあり、買い物や外出支援が日常的に行われている。また、ホームは保健センターが隣接し、地域のお祭りやイベントに参加している。入居者は9割が市内の為、友人の面会や農作物を頂いたり馴染みの付き合いが継続的に行われている。

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
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	散歩買い物など通して地域の方々に気軽に声を掛けたり挨拶できる関係である。グループホームという施設を理解して頂けるよう理念を掲げている。	基本理念を元に、ホーム独自の理念を作り、毎日復唱し共有、支援している。笑顔でその人らしく暮らせる為の支援について、日々考え即行動している。	
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	レクリエーションや夏祭りなど近隣の施設や老人会の方々を招待し一緒に楽しんでいる。地域のイベント、祭りなど積極的に参加している。	近隣の他の事業所と合同にて、地域行事のお祭りや花火大会、ハロウィンパーティーに参加している。また、傾聴、ハーモニカ、フラダンス、日本舞踊や小学生のボランティアが定期的に訪問している。	
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	運営推進会議を二ヶ月に一回開催し地域住民への働きかける機会を設けている。		
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	利用者様の様子・行事(レクリエーション)現状抱えている事柄などを報告。参加者(委員)からの意見・質問・要望などを受けて検討、サービスの向上に活かしている。	運営推進会議は、2ヶ月に1回開催し地域、行政との連絡調整を行っている。参加者は、利用者、家族、行政、民生員、区長、統括マネージャー、スタッフで行われている。	運営推進会議は、地域や行政との意見交換を行い、利用者へのサービス向上の一環と思われます。また、会議に参加されない家族への報告について検討していただきたい。
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	月に一回ケアマネージャーの定例会に参加したり、職場体験の場として提供している。認定調査の際には利用者様のニーズとなっている事柄なども伝えている。情報の共有化を図ることで入居にも繋げている。	月に1回ケアマネージャーの連絡協議会に参加し情報交換を行っている。毎年中学生の職場体験の受け入れをしている。行政との連絡調整は、推進会議だけでなく、日曜、祝日の行事に積極的に参加している。	
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	人生の先輩として尊敬をしながら業務に携わっている。安全面に配慮抑圧感の無い自由な暮らしを提供できるように心掛けている。身体拘束についてのマニュアルがある。	身体拘束「ゼロ」を徹底する為に、新人研修、年1回の定期研修を行っている。車椅子の点検は、毎月行っている。	
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	ミーティング、申し送り等を活用し、日々の状況が細かくわかるようにしてある。暴力行為だけでなく言葉、態度等にも配慮するように常に職員に伝えている。		

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	機会があるごとに職員に説明を行っている。現在活用されている方もいらっしゃることで関係を密にすることで他の利用者様にも必要であれば支援していきたい。		
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、解除、改定等の際は、御家族様に十分に納得を得た上で同意頂いている。		
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	苦情窓口を設けているが、御家族様とは来館時職員が誰でも必ず話が出来る環境や時間を作っている。相談、苦情、要望は随時受け付けすぐに対応している。	家族の意見は、面会時や行事の参加後に声かけを行い、意見を聞いている。苦情窓口や意見箱の利用はない。以前アンケートを行ったが、返信がなく継続されてはいない。利用者の意見は、申し送りノートや個人記録に記載し、意見の反映に努めている。	
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	人事に関しては、本社に一任しているが利用者様の受け入れ、継続の可・否等はスタッフの意見を取り入れている。状態によっては、他のいっしんの施設を紹介する事もある。	エリヤマネジャーが定期的に面談を行い意見を聞いている。職員間や経営幹部との交流会を定期的に行い意見の反映に努めている。また、スタッフからも意見が言い易い環境になっている。	
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	運営者は、二ヶ月に一度ミーティングに参加し、職員が向上心を持って働けるように努めている。管理者は定期的に個別面談等を行い、職員が過労やストレスの溜まらないように明るい環境作りを努めている。		
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	新人研修を随時行っている。現場ではの能力に応じた丁寧な指導を行っている。社内研修は3ヶ月に1回行っており、その内容は職員全員が周知している。管理者は月に1回スキルアップの為研修を行っている。		
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	毎月地域のケアマネ定例会に参加し、情報の共有化を図り、質の向上に繋げている。又、近隣のグループホームと交流を持ち、情報の交換も行っている。		

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
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	事前面談で生活状態を把握しているが入居後は1対1で話の出来る場面を作り本人の思いや不安を受け止め、アセスメント方式によって個別支援計画書を作成している。		
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	ご意見箱は設置しているが、面会時又は電話等で十分に話しが出来る時間を作り、御家族様が求めている物を理解し、希望をケアプランに組み入れ作成している。		
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	グループホームに合っているか見極め、他のサービスが適している時はご家族様と相談し、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	施設内には家庭菜園があり、職員と一緒に協力しながら作っている。食事作り、お掃除等も手伝って頂いており、昔のならわし等も教えて頂いている。		
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	行事、一泊旅行に参加して頂ける様に支援し、変化時にはご家族様に連絡、相談している。月に1度お便りをお送りし現状報告をし、一緒に支え合う体制を整えている。		
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	遠方の方には手紙、電話でのやりとりが主であるが、地域の方々には知人、友人の方にいつでも気軽に来館して頂ける様に環境を整えている。	家族の協力により、定期的に外出、外泊に行っている。近隣の友人や老人会の方が季節の花々を持って遊びに来ている。また、入院中の方のお見舞いやお中元、お歳暮、お墓参りについても関係継続の支援を行っている。	
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同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	お茶や食事の時間にはより多くの会話が出るようにしている。スタッフが間に入ることによって利用者様同士の関係が円滑になるように働きかけを行っている。		

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	当事業所はグループホーム、有料老人ホーム、高齢者住宅の三本柱になっている。事情によって退居となってしまった後も相談を受け現状に合わせた支援を行っている。		
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	個々の話を傾聴し、本人の希望を見出し把握に努めている。医師の疎通が困難な方にはジェスチャー等を交えながら汲み取り、把握ができるようにしている。	日々の関わりを通して、意向や思いを把握し申し送りノートや日々の記録から支援に繋げている。失語症の方の思いは、ジェスチャーにより飲酒や喫煙の支援を医師の許可の下に行っている。	
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	全スタッフが利用者様の生活歴を把握し、又、ご家族様様に昔の話を聴き、アセスメントをしながらまず本人の出来ることに注目し、一緒に行い支えていけつように取り組んでいる。		
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	毎日の心身状態は、ケース記録、申し送りを活用して把握している。個人の状況に合わせお手伝い、テレビ鑑賞、将棋、オセロ、散歩等本人の出来る事、好みを生活の中に多く取り入れている。		
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	ご本人様、ご家族様の意見、要望を聞き、利用者様主体の生活が出来るようにモニタリング、アセスメントを実施し、介護計画書を作成している。	6ヶ月に1回の見直しを行い、郵送により承諾を得ている。また、面会時に詳しい説明をしている。サービス担当者会議にて、具体的なケアの見直しを行い支援している。	介護計画を見直し、ケース記録の連動について取り組み実践しています。個別的介護計画、また継続的に実践できる支援についての記入方法について検討して戴きたい。
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	一日を通し、様子をケース記録に記入し、必要時には申し送り帳も活用している。普段より情報を共有している事で状態によっては介護計画書を見直している。		
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、高齢者住宅の三本柱になっている。医療行為が必要な時は連携している。病院に相談し柔軟な対応をしている。		

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
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物に行ったり、外食等にも出掛けている。警察や民生委員、老人会等への協力もお願いしている。又、ボランティアの方にも来て頂いている。		
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、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	入居時、利用者様、ご家族様の希望を確認し、希望に沿った医療機関受診もしている。医師の紹介状と連携によって体制が整っている。	月に2回の往診と週に1回訪問看護師が来ている。かかりつけ医受診は、家族が行い外出支援に繋げている。受診については、受診記録に記入し共有している。連携医療機関について、近隣の医療機関のついて口頭だけでなく、契約書への記載について検討して行く。	
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	訪問看護ステーションと連携をとっており利用者様の健康管理、相談、助言等を常に行って頂ける体制が整っている。		
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。	定期的に面会し、担当医師、看護師から病状説明を受け、対応可能な段階で早期退院が出来るように働きかけを行っている。退院後も病院側と電話等で連絡を行っている。		
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	その人らしい生活が送れるように利用者様、ご家族様の意向を踏まえ、終末期には医師と職員が密に連絡を取り、安心して迎えるように取り組んでいる。マニュアルがある。	現在看取りについて要望がなく行ってはいない。病状の変化に合わせて随時医師との連携を行い、不安なく安心して終末を迎えられるように支援している。	
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	応急処置ができるようにマニュアルや薬の救急箱も備えており、手当てが出来るようにしている。全ての職員は救命救急講習を受講している。		
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(夜間、地震想定)実施している。地元消防団への働きかけを行っている。職員全員が避難場所を周知している。	日中夜間想定にて避難訓練を行い、避難誘導の訓練を実施している。震災を通して、備品の見直しを行っている。法人全体では、連携体制を作っている。また、名古屋からの支援を受け協力体制を行っている。	

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
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	トイレ誘導等の声掛けをする場合等、本人を傷つけないような言葉掛け、対応、声のトーン等にも配慮している。居室内でポータブルトイレ使用の方には目隠しカーテンを付けている。	契約時に呼名について確認し、居心地よく暮らせる工夫をしている。トイレや外出は、人格の尊重に努めた声かけを行っている。	玉造便りは、利用者一人一人の顔写真を掲示し工夫されている。また、日々の近況を報告しているが、報告者の記載と内容について検討していただきたい。
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	一人一人の話を傾聴し、意見を尊重し決定を利用者様が出来るような場面作りを心掛けている。意思表示が困難な方には表情、身振り、手振り、を交えながら決定場面作りをしている。相互の信頼関係の上で成り立っている。		
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、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、入浴、トイレの時間をきめず、その人に合わせている。煙草や晩酌を楽しんでいる利用者様もいる。買物等も気軽に出掛けている。		
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	1000円カット毛染め、移動理容室等、本人に沿った支援をしている。朝の着替えは本人の意向で決めて頂いたり、一緒に選んだりもしている。		
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	旬の食材を多く取り入れたメニューに利用者様のリクエストを入れている。色彩などにも配慮し、眼で楽しみ食欲が湧く工夫をしている。準備の手伝いをお願いする場合もある。	日々の献立は、利用者と職員にて決定している。食材に合わせて買い物に利用者も一緒に行くことがある。利用者一人一人に合わせて、医師と共に食事の形態を選択している。また、利用者に合わせて支援方法をスタッフ間で共有しながら行っている。	
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	毎食の食事、水分摂取量を記入している。食欲の無い時は栄養にとらわれず、好みの食事を提供している。栄養士のアドバイスを頂いている。		
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	毎食後利用者様に応じた口腔ケアを行っている。ハミンググット、ガーゼ等を使い状況に合わせたケアをし清潔保持に努めている。毎週歯科往診がある。		

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	排泄のパターンを把握し、その人に合ったトイレ誘導を行っている。	現在は、オムツの使用者はいないが、一人一人に合わせた支援を行っている。カテーテル挿入の利用者については、訪問看護師が対応し感染に留意している。	
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	排泄のパターンを記録し便秘の方だけではなく普段から繊維質の多い食材や牛乳・ヨーグルトなどをメニューに取り入れている。水分補給は小まめにし、適度な運動を取り入れながら薬に頼らない工夫をしている。		
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	一方的に決めず本人様の希望に合わせての入浴をして頂いている。入浴剤などで温泉気分を楽しんで頂いている。	随時入浴出来るように毎日入浴支援を行っている。入浴時は、プライバシーや感染について考慮している。	
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	日中の活動、生活リズムを整えるようにしている。居室内の温度調節を常に心がけ、眠れないときは話を聞いたり温かい飲み物をお出ししたり配慮している。布団を干し、寝具を清潔にしている。		
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、把握しており指示通りに内服が出来ている。変更時は食べ物や飲み合わせの悪い品名などを申し送りに記入し全員が周知できるようにしている。服薬後の状態観察に努めている。		
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	掃除・洗濯たたみ・買物・家事などとそれぞれが役割を持ち職員と一緒にすることで生活の一部となっている。その都度感謝の気持ちを伝えている。		
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	日常的に外に出る機会を作っている。散歩・買物・外食・ドライブなどまた、計画を立ててお弁当持参での遠足など定期的に行っており、楽しみの一つとなっている。ご家族様来館時に買物や外出を楽しんでいる方もいらっしゃる。	季節の花々に合わせて、お弁当を持って外出支援をしている。また、近所のショッピングセンターへの買い物に行ったり、定期的に家族と共に外食支援をしたり、希望に合わせて、外食支援を行っている。	

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
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	基本的には金銭は持たないが、一部の方は本人希望の為ご家族様と話し合い少額であるが自己管理されており買物にはスタッフ付き添いにて行かれ本人様が直接支払いをしている。		
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	電話はいつでも利用できる。手紙はお預かりし代理で出ている。		
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、ホールには写真や季節の花を飾っている。常に館内外・居室内は環境整備を心掛けており、居心地良く過ごせる工夫をしている。	広いワンフロアの共用空間となっている。季節毎の写真や、手作りの工夫された掲示物により居心地良い空間作りがされている。また、利用者一人一人が自由に過ごせるように、居室がオープンになっている。	
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	ホールにはソファを置き、冬にはホール・和室にこたつを置き一人で過ごせる空間又は他の利用者様と落ち着いて過ごせるスペース作りに取り組んでいる。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	使い慣れた家具や生活用品を落し込んでいただき本人の過ごしやすい居室作りをしている。	自由に居室で過ごせるように、テレビや家具、仏壇を持ち込み、心地良い居室となっている。また、行事毎の写真や季節の花々を飾り工夫された空間作りがされている。	
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	バリアフリーになっており全体に手すりが付いている。階段には滑り止めを付けるなど安全面に配慮している。誤認、錯覚、アクシデントの原因になるようなものを置かない工夫をしている。		

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	3	2か月に一度開催している運営推進会議での決定事項等、参加家族・スタッフ間では周知出来ているが、参加されない家族に対する連絡・報告が完全ではない。	参加されない家族に対して、運営推進会議での決定事項等の報告を徹底していく。地域・行政よりどのような意見・考えが出ているのかを不参加の家族にも随時知って頂く。	毎月、家族に送付している「玉造便り」に運営推進会議開催月には、報告議題として「地域運営推進会議概要」を掲載し送付する。参加されない家族との意見交換も今後、更に図っていく。	3ヶ月
2	10	ケース記録に関してケアプランに即して記入事項を番号化し記入していたが、利用者様の状況報告が若干解りづらく、細かい観察報告が出来にくい状況である。其の為現場スタッフより記入が煩雑になりがちとの声がある。個別的介護計画の作成においては番号制ではやや一元化してしまうのではとの危惧がある。	日々の細かい観察により、各利用者様のケース記録の充実を図る。パーソナルデータの充実を向上させ、利用者様に最も適した個別的介護計画の作成に繋げる。	平成23年8月よりケース記録の番号制を廃止。従来の記入法に変更した。定点報告はもとより特変事項の見落とし等無きようユニットにて周知徹底を実施している。内容の充実及び文章の簡略化を、現在の課題として取り組んでいる。	3ヶ月
3	14	毎月、利用者様の近況を家族へお知らせする「玉造便り」を作成・送付しているが、内容が毎月似通っており、定時連絡になってしまっている。	利用者様の日々の状況が家族にしっかりと伝わる文面を作成し、家族が安心出来得る「玉造便り」を継続して送付していく。利用者様の担当者名も家族に常にお知らせする。	主任を中心に「玉造便り」の記入見直しを検討する。日々の状況はもとより医療面・食事面・健康面・行事予定等様々な視点から状況を伝えられる文面を作成していく。文章力の低いスタッフにはサポートをつけ文章作成力をあげることで文面の平均化を図っていく。担当のスタッフと共に写っている写真を送付し担当者の顔も知って頂く。	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。