

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	2390100093		
法人名	医療法人借行会		
事業所名	認知症高齢者グループホームちくさ		
所在地	愛知県名古屋市中種区下方町7丁目29番地1		
自己評価作成日	H26年2月18日	評価結果市町村受理日	平成26年5月30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://www.kaiokensaku.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kihon=true&livyosyoCd=2390100093-00&PrefCd=23&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社ユニバーサルリンク
所在地	〒463-0035 愛知県名古屋守山区森孝3-1010
訪問調査日	H26年2月20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)】

利用者様の安心・安全には特に力を入れております。ハード面では、温度と湿度を同時にコントロールしてくれる「モイストプロセッサ」を導入し、空気の乾燥を防ぎ、インフルエンザ等の感染を出来る限り抑えています。又、睡眠リズムを把握する「眠リスクン」を導入し夜間の転倒の危険性が高い時やトイレで起きようとされた時、未然に情報が職員に伝わるように利用者様の睡眠状況をセンサーで常にキャッチしており、事故の軽減に努めています。ソフトの面では豊富な経験を持った職員が集まったことでより、より専門性の高い支援ができています。利用者様の笑顔がより多く見れるように様々な行事を企画したり、日ごろの外出の機会を多くしたりと常に利用者様の事を職員間で話し合いをし、より良いサービスが提供できるように努めています。

【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)】

利用者の生活リズムを尊重して、何事にも無理強いをしないケアをするように、職員に指導しているのが垣間見ることが出来る。「モイストプロセッサ」や「眠リスクン」の導入も利用者が一日を快適に過ごすためのものであり管理者の何事にも無理強いしないという考えに繋がっている。グループホームの立地が坂の途中にあるため、近くにある名所旧跡を訪れるには利用者の体力を考えると無理ではあるが車を使用して日泰寺などには出かけている。上野天満宮には時間をかけて緩やかな坂を下り外出支援している。

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	事業所理念を各箇所に掲示し、常に確認できるようにしてある。理念に沿った介護ができるように日々職員間で話し合っている。申し送り時に理念を読み上げ自然に記憶できるようにしている。	法人の基本理念3か条、事業所理念5か条があり、法人理念は職員個々に配布されている。申し送り時に唱和しているので、半数以上が暗記できており、日々のケアに反映されてきている。	
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	地域の行事には利用者様と参加している現状がある。しかし、地域の中ではまだ当施設は日が浅いため1日でも早く地域の一員になれるように努力したいと思う。	町内会主催の盆踊りに参加している。町内会や老人会にも入会しており会費も納めている。講習会開催のお知らせも回覧板で回してもらっているが地域の住民の参加までには、至っていない。町内の地図にも広告を載せたりして少しでも地域の住民に認知されるように日々努力している。	
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	地域の方の認知症に対する相談役になっている。また、運営推進会議にて勉強会を行っている。		
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	運営推進会議で得た情報で日々のケアにつなげている。	今年は運営推進会議も開催できるようになり、曜日をやりくりして西部いきいきセンター職員の参加も得られた。家族とは意見交換をして情報を得て日々のケアに反映させている。	会議は口頭で行われており議事録等がない。今後は役割を決めて議事録を作成されるのを期待したい。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	介護保険の内容など不明なことをご指導いただいたりし、連携を取っている。	要介護認定調査を区に依頼したり、生活保護のことを尋ねたり区とは連携できるようにしている。認知症連携の会や区主催の勉強会にも参加している。	
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	身体拘束は更に精神的ダメージを大きくするというを理解したうえでケアを行っている。	身体拘束は基本的には禁止しており、重要事項説明書にも明記し入所時に説明をしている。現在まで事業所内での身体拘束事例はないが、必要な状態が生じれば家族の承諾をえて同意書を作成する。非常口の鍵のかけ忘れのエスケープや窓から外に出ようとして落ちたりする例もあり、怪我が無いように玄関、部屋の出入り口は施錠している。	
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逃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	常に利用者様の状況を職員から聞き、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、個々の必要性に関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	研修等に参加し、学んでいる。		
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	十分な説明ができています。理解や納得も確認できています。		
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	利用者様やご家族様のご意見には早急に対応できるように職員と出た意見について話し合い、結果を必ず伝えるようにしている。	家族向けのホーム便り「ちくさ新聞」は利用者の近況が分かるように写真をのせて、毎月発行している。家族会は年1回だが運営推進会議後に意見交換をしている。個人的な相談等は所長の携帯電話の番号を公開して対応している。休日の場合はホームに掛け直してもらうこともある。携帯で受けて面会時に話し合っている。	
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	会議を設けたり、面談を設けたりと聞く機会を設けている。職員の意見は反映できるように努力をしている。	月1回の会議はグループホームと小規模多機能が合同で、法人、スケジュールの報告を聞き検討している。個人の意見は理念に準じているか検討して準じていればカンファレンスにて話をして、1週間様子をみて評価する。意見がケアに反映できるように工夫している。	
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	日々職員個々の状況は把握できるようにしており、やりがいや向上心を持って働けるようにしている。		
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	定期的に法人内外研修を職員に参加してもらい、常にスキル向上に努めている。また職員が日々疑問に思っていることや、抱えている問題を一緒に考えトレーニングをしている。		
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	多施設への見学や地域の連携の会への参加をしている。また他施設の管理者と定期的に交流会を行っている。		

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
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	面談には時間をかけ、利用者様には安心してご利用していただく努力をしている。傾聴に心がけ、まずは信頼の獲得を重視し行っている。		
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	面談には時間をかけ、ご家族様には抱えていた問題や不安を一緒に行うことでの安心を伝え、ご利用していただく努力をしている。		
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	面談の中で必要としている支援を見極め、利用者様が一番合ったサービスを考え、他事業所への働きかけを含め助言している。		
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	利用者様の尊厳を大切にし、自分がされたくないことはしない。家族のように接し、何事も共有できる関係を築くようにしている。馴れ合いの関係ではなく人生の先輩であることを認識し行っている。		
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	面会時に本人を交えて家での生活や様子など、話を聞くようにしている。また家族と関係を保てるように支援をしている。		
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	本人や家族が同意されればいつでも面会や外出をしていただいている。	馴染みの場所は、近くのコンビニ、大型スーパー、大型ドラッグストアや薬局等で職員と一緒に買い物や散歩に出かけている。友人や知人の訪問も多く、入室前に認知症の病状の説明をしている。外に連れ出すなど、勝手な行動謹んでもらうようお願いしている。	
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	気の合う利用者同士の関係を維持できるように環境を整え支援している。散歩や外出での気分転換に努めている。		

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
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	利用終了後も施設によって頂く声掛けや他施設利用後支援が必要な場合は相談にのることを伝えている。		
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	本人の意向を尊重している。(外出、起床や就寝時間等の生活リズム)	生活のリズムは利用者の希望、意向を尊重するように配慮している。食事は食堂で食べるのが原則だが無理強いはいしない。場合によっては自室へ運んで食べてもらったり、所長が利用者の自室と一緒に食べることもある。朝食が昼食になる事もある。9時が就寝だがテレビを見たい利用者を見ていても構わない。自室には引き籠りにならないようにテレビを置かないようにしている。夜間お腹がすけば、おにぎりやバナナ等を食べてもらったりしている。	
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	入所前の面談で情報収集を行っている。また面会時に情報収集をしたり、利用者様とのコミュニケーションにて把握を心掛けている。		
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	施設の都合や職員の都合にあわせることなく、本人の状態や能力に応じて対応している。自立支援に心がけ、現存機能を最大限に引き出せるように努力している。		
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	本人、家族と連携し今後の介護方針を決めている。定期的に会議を行いより良いケアができる様にしている。	職員は担当制で一人で三人を担当している。3カ月に1回ケアマネと担当職員で見直しをしている。利用者の状態や認定が変われば、ケアマネと担当職員で随時ケアプランの変更をしている。ほとんどの家族は頻りに来所されるので、ケアプランの説明は都度して理解を得ている。	
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	日々の記録を細かく記録しケアプランの見直しを行っている。また記録の用紙を職員間で話し合いをし効率の良い書式に変更した。		
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	陶芸クラブやテニスなど施設以外のクラブに参加している方もいる。外出・外泊・面会時間は自由な形を設けている。		

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
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	行きつけのマッサージ屋やスーパーなど、自宅での生活習慣に合わせた対応をしている。		
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	本人、家族が希望するかかりつけ医を尊重している。2週間毎の往診がされている。早期発見・早期対応に心がけ、適切な医療を看護師中心に選択し支援している。	本人の希望するかかりつけ医に受診する事は可能。その際はご家族が受診に連れて行く。1ヶ月に1回の訪問歯科の往診がある。2ユニットに1人の看護師がおり健康状態を把握している。	
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	朝礼時のカンファレンスや随時情報交換を行っている。早期発見・早期対応に心がけ、適切な医療を看護師中心に選択し支援している。また勉強家を通じ知識の向上に努めている。		
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	入院後の連携を病院MSWとし、お見舞いに他利用者様と行き関係性も維持しながら情報交換を密に行い早期退院や入院生活が少しでも不安が取り除けるように努力している。		
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、事業所です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	当施設で定めた重度化対応指針に添って家族と事前に話をしている。また、利用者様に可能性が出てきた場合は事前に報告・相談をしている。	今までに看取りを行ったことはないが、行っていく方針である。入居時に重度化対応指針に添って事前の説明を行っている。日勤帯は2ユニットに一人看護師がおり対応している。24時間オンコール体制をとっている。	
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	救命講習を受けている。本年度AEDも購入し体制を整えている。		
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	消防訓練を実施し、地域の消防署と密に連携を図っている。	ホームが地域の災害時の避難所になっている。年2回の消防訓練が行われており、入居者も5名参加された。ホームが2・3階にあり、非常時はベランダまで出てシューターで外に出るようになっている。地域の防災訓練の参加はされていない。	

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	人生経験に応じて対応している。(会社役員など)	入居時は姓で声かけをするが、慣れてきたらご家族の同意を得て、現役時代の肩書きや以前に呼ばれていた呼び方で声かけを行っている。トイレ排泄時は危険がない方は職員は外に出て完全にドアを閉めている。	
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	本人の意向を聞きながら対応している。自己決定を重視し、認知症による自己決定が欠損している場合は、なるべく職員が誘導等を行い、欠損した部分の回復に努めている。		
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	施設のタイムスケジュールにとらわれず、本人の希望に合わせて生活できるように対応している。		
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	好みの服を選んでもらったりお化粧をしてもらうなど対応している。昼夜のめりはりがつくように衣類の交換を行っている。		
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	外食にでかけることを定期的に行っている。利用者に盛り付けを行ってもらっている。	その日の食材を見てメニューと一緒に決め、できる調理の部分や盛り付け・洗い物を行っている。1ヶ月に1度は外食に出かけたり、おやつ作りも一緒に行っている。食事時間は起床に合わせて個人毎に違う。入居時に馴染んだお箸・茶碗・お椀・湯飲みをもっていただく。夜間、空腹になった時は対応している。	
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	食事摂取量、水分摂取量を毎食時や飲食時にチェックして確認している。		
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	毎食後の口腔ケアを行っている。介助が必要な方はその都度対応している。月に一度往診にて口腔内のケアを行っている。		

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
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	オムツやリハビリパンツは適材適所に対応しており、職員都合の介護でなく、利用者様視点でのケアに心がけている。排泄のリズムの把握を行い声掛けするなどしている。トイレで自立した排泄ができる様に支援している。	排泄チェック表で把握した排泄パターンに合わせてトイレ誘導の声かけを行っている。便秘にならないように水分は1日に1リットルは飲んでいただき、看護師が排便の状況を見て緩下剤をセットしたり、入浴前に長くトイレに座っていただき自然排便につなげるようにしている。	
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	食物繊維が多いものを提供したり、牛乳、ヨーグルトの摂取をしている。歩行機会の確保に努めるなどの対応を行っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	曜日は固定となっているが、その日の状態に応じて入浴日を変更するなど柔軟には対応している。また気分よく入浴していただけるように支援している。	1週間に一人2回の入浴になっているが、長湯を希望される方はゆっくり入っていただいている。気分良く入浴していただけるように入浴剤を入れたり、浴室・脱衣場の温度を一定にしている。入居者一人に職員が一人付き居室～入浴後のお茶出しまで行っている。	
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	その時の状態に応じて休む時間を作っている。		
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	一人ひとりの薬を入れている袋には現在飲んでいる薬を明記したものを入れており、内服直前でも確認できるようにしている。症状の変化は毎日の観察を記録している。		
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	掃除機をかけてもらうことや、食事の盛り付け、お化粧品など、それぞれの生活習慣に合わせて対応している。		
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	天候に合わせて散歩、買い出しにでかけている。ドライブ、公園で花をみる、回転ずしなどにでかけている。年に一度全体でのレクリエーションを企画している。	近所のコンビニ・スーパーやドラッグストアには職員と出かけている。お墓参りの希望があるときは、ご家族に連絡し行っていただけるようにしている。年に1回の外出レクでは水族館に出かけた。正月には家でご家族と過ごせるように、ご家族に外出箱をたらきかけている。	

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
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	買い物に出かけ欲しいものを選んで購入している。		
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	携帯電話を持っている方や手紙のやり取りをしている。		
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	玄関には花を植えたり、共用部分には季節を感じられる作品や施設で作った新聞を掲示し振り返っていただける空間にしている。共用の空間のレイアウトを変更したりと試行錯誤している。	モイストプロセッサを導入し、気温24度・湿度25～30%になるよう室内環境を整えている。置物はないが、壁には季節の絵・カレンダー・行事の際の写真が飾られている。入居者の状態・相性に合わせて食堂の座る位置が決められている。	
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	独りになりたい際は居室にて対応し、気の合った利用者同士過ごせるような空間づくりは行っている。		
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	家具や仏壇を持ち込んで家での生活と同じような環境にしている。	希望される方は入居前に使っていたタンス・仏壇を持ち込んでもらっている。居室の壁にはその方の好みの絵や写真を飾っている。ベッドに「眠りスキャン」を設置し、事務所で睡眠状態や時間を把握している。	
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	個々の能力に応じて安全でできることは促すようにしている。		

目標達成計画

作成日: 平成 26 年 4 月 29 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		運営推進会議は行っているが記録としての経過録がない	行った事に対してしっかりと記録を残すことが出来る	会議議事録を残し、回覧する	12 ヶ月
2		認知症について理解を深める機会が少ない	認知症への理解を深める事が出来る	勉強会を定期的に行う	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。