

### 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	0870300969		
法人名	有限会社 和晃		
事業所名	グループホーム和晃		
所在地	茨城県土浦市若松町5-28		
自己評価作成日	平成26年1月27日	評価結果市町村受理日	平成26年6月6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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0870300969-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0870300969-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022</a>
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**【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26年3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>家庭的雰囲気大切に、身体能力に応じた「活力のある日常生活を送っていただきたい」と心がけています。</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>林がある自然豊かで静かな住宅に違和感のないホームの中で、利用者が楽しそうに過ごしている。定員が1ユニット8名であり、職員と一緒にできる方も多く、食事づくり等分担制をとるなど、アットホームな雰囲気の中に活気も感じられました。安全安心を守りながら「行為は忘れても思いは残る」その思いや自由を大切に利用者を見守る姿勢がありました。職員も意見を言いやすい環境ができており、落ち着いてケアできることは利用者の生活の安定にもつながっていくことだと感じた。</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
<b>I.理念に基づく運営</b>					
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	入職時や各月の職員会議議題等において、地域密着型サービスの意義や理念について説明や確認をし、確立に向い実現に取り組んでいる。	管理者は、入職時や会議で地域密着型サービス事業所としての役割を十分説明し、玄関等に掲示してある理念を共有し、日常的なケアに自然に取り入れることができるようにしている。職員も、介護の基本が書いてあり覚えやすく、自分の思っていることそのままだと話していた。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	職員や入居者が一緒に地域行事(育成会・老人会)へ参加し、介護施設に関する理解を深めるようにしている。	地区会長と話し合い、地域行事等についての情報が入るようになっており、餅つきやお祭り、花見会などに参加している。近隣の方が野菜をもってきてくれたり、散歩時に花をいただいたりするなどの交流ができています。	
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	自治会や地域の民生委員と交流を持ち、自宅介護に悩んでいる方や、独り暮らしの高齢者に対し介護サービスの形態、手続等について提案等を行っている。	/	/
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	ホームの活動内容や入居者の心身状況を報告し地域情報やアドバイスを受、サービス向上に努めている。	介護相談員・民生委員・家族代表・市職員が参加する運営推進会議では、利用者の活動状況やその時期に合った情報提供などを行っている。内容について、家族には面会時、職員には会議時に報告をしている。	
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	介護相談員の受け入れや、入居者の担当部署・担当者(高齢福祉課・社会福祉課)と些細なことでも直接相談し課題解決に取り組んでいる。	介護相談員は、月1回訪問があり、利用者の状況について報告してくれる。年1回の社協主催「介護相談三者会議」(相談員・事業所・事務局)に参加、グループワークで事例検討を行い、検討された事例を持ち帰って職員で検討会を行っている。困難事例等が相談しやすいように、些細な相談もまめに出向いて顔つなぎをし、高齢・生保担当職員との顔の見える関係を大事にしている。	
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	身体拘束禁止規定を掲げ、職員会議や個別ミーティングに於いて身体拘束・高齢者虐待について話し合い、それに伴う入居者の精神的苦痛や身体的弊害がどの様に表れるか等を話し合い、拘束のないケアを実践している。	利用開始時に拘束に関する説明は行っているが、事例はない。明らかな拘束でない行為に関しては、リスクを含め職員にその都度話して理解を得るようにして、拘束のないケアに取り組んでいる。家族から予防着の要望があり、1晩だけ試したが家族に着替えを多く用意してもらうことで納得していただき、普通の洋服にしたことがあった。	

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
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	県保健福祉部高齢福祉課発行の高齢者虐待対応マニュアルを基に職員会議等に於いて地域情報事例を検討し、虐待防止に努めている。		
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	入居申し込み時や入居後に、本人や家族の状況を考慮し権利擁護の活用に関する説明や必要に応じて活用できる様支援している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約内容を一辺倒に読み上げるのではなく、説明途中に於いて一つ一つ疑問点がないかを尋ね、相互理解を得た上で契約を行っている。		
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	近況報告や面会時に管理者や介護職員が家族との話し合いをし、意見交換を行っている。また、苦情に関する窓口の設置や行政窓口も重要事項に記載している。	2週間～1ヶ月に1回程度面会される方が多く、その都度家族と話す機会を設け、要望等も聞くようにしている。契約時も、契約書等を説明しながら、途中で意見の有無など確認をしている。	
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	経営者も介護に携わり、職員の意見提案は常に話し合える状況になっており、反映できる環境になっている。	経営者も現場に加わり状況を把握しているので、「…が壊れた」との意見に情景を描けることで、職員の意見も反映されやすい環境である。管理者やケアマネも全て一緒に働いているので、情報共有しやすく話し合いやすい関係が築けている。職員会議は月1回だが、気付いた時に話すことが多い。職員からは浴室のすべり止めマットを提案したら、すぐにつけてもらえるなど現場をわかっているので対応も早いとの話を聞いた。	
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	職員の家庭環境を考慮し、勤務日や勤務時間をできるだけ希望に沿った日程調整している。		
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	常時ホームにて、介護に携わり全職員の能力を把握することに努め、ただ単に指示命令するのではなく、一緒に考え能力向上を目指している。また、人員確保に努め、研修会参加の機会を設ける心がけている。		

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
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	市内のグループホームの連絡会(地域密着型連絡会)に参加し、情報や意見交換ができる環境になっている。また、連絡会以外にも個別に交換できる体制になっておりサービス向上に努めている。		
<b>II.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	家族や担当ケアマネ、在宅のサービスを利用していた場合は、そのサービス提供担当者と話し合い予め情報を確保し、入居後本人とよく話し合い、要望に沿った対応をする事に心掛けている。		
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	入居前、入居後も家族の意見・要望を十分話し合い相互理解に努めている、入居後の面会時にも本人の様子や体調の変化、それに対しどの様に対応しているかを伝え理解を受けるようにしている。		
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	入所相談や事前見学時、本人や家族の意向を動かし、介護サービスの情報や現状、内容等を伝え、現実的に「現在もっとも必要とされる」支援は何かを話し合い、適切なサービス利用を勧めている。		
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	家庭的雰囲気大切に、相互互助の環境づくりをしている。		
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	面会促進や自宅、親戚宅への訪問を行い、関係者相互が疎遠にならないよう努めている。		
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	家族や本人の状況に応じて親しい人の訪問や電話、手紙のやり取りを奨励し筆記不自由な方には代筆等をし支援している。	携帯電話を持っている利用者もあり、事前に家族から了解を得ている方へ電話できるよう支援している。教え子の面会があったり、買い物途中で親戚の人に会って一緒にお茶のみをすることも。地区老人会への所属を継続したままにし、今も連絡が続く利用者もいる。年賀状なども希望者に対し代筆して対応している。	

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
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	くつろぎの場所をリビングだけではなく、居室にも椅子等を置き、相互に行きし、お茶や会話ができる環境を整えている。		
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	契約終了後も、関係者の今後の課題について話し合い、協力できる旨伝えている。		
<b>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</b>					
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	何気ない会話の中からその人の思いや意向をくみ取り、その希望等を集約、記録や会議、申し送りを通して全職員が共有し問題解決に反映している。	世間話をしながら聞き取ったことを総合的に判断し、家族とも話し合いながら、本人本位に検討している。金銭に関しては財布を預り、必要に応じて渡している。以前に自分でやっていたことを思い出しながら、大根の皮むきなどを実践してもらっている。利用開始調査時、契約時等に、家族からもそれまでの状況等を教えてもらい、他の職員も情報を共有できるようにしている。	
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	入居前調査、担当ケアマネ、家族からの聞き取り等を通し状況の把握を行い、また、入居後も本人との会話の中から実態を把握するよう努めている。		
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	職員は、常に利用者の行動に対し見守りやすい場所に位置し、本人の出る事出来ない事、心身の状態を把握することに努め、各職員間にて情報共有を行っている。		
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	日々担当者は様子観察を密にし、月数回の簡易モニタリングを実施、状況に合わせケアプランの変更を行い。また、作成したケアプランは、各関係者が見やすいように、個別介護記録にファイルしている。	月1回の職員会議や日常的に話し合いをしながら、ケアマネが中心となってモニタリングに反映させている。家族からの安心した暮らしへの要望をケアプランに反映させている。ケアプランは、ケース記録に綴じられており、職員はプランを確認しながら、プランに沿ったケアと記録を行っている。	
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	個別の介護記録に日勤帯・夜勤帯に分け記録を義務付ける、身体的・精神的変化が見られたときはどの様な対応をしたか、今後同様な状態が現れた時はどの様に対応するか検討し、情報共有を図っている。		

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
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	希望や要望に対しては、身体・精神的状況を考慮し柔軟に対応することとしている。		
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	近隣のモールや公園を利用し閉じこもりのない生活を奨励し、行事等の参加にも積極的に取り組み、身体・精神的活性に努めている。		
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	本人、家族の希望に沿ったかかりつけ医に受診できる体制をとっている、また、希望があれば訪問診療も受けることができる体制になっており、急変時の対応に即している。	土浦のはずれに立地しており、市内でも遠いかかりつけ医は家族が対応する。24時間対応の訪問診療専門医が2週に1回、口腔ケアを含め歯科が1~2ヶ月に1回往診する。受診状況は面会時に家族に報告する。急変時は、訪問医の指示に従い対応している。	
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	ホーム内に看護職は居ないが、24時間体制の訪問医と連携し、相談や緊急時の受診も受けることができる体制になっている。		
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。	家族了承のもと医療機関への情報提供の他、担当医や看護師、入退院担当者や家族に対し受診に至る一連の経過説明を行い、利用者が入院の場合には頻繁に面会をし、利用者・家族が安心できるよう心掛けている。		
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、事業所の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	入居希望者が事前見学時や申込時、また、契約時にホームの方針を十分説明し理解を受けようとしている。症状によっては担当医、家族とも今後の方向性を話し合い、ケアの共有を図っている。	重度化・終末期については、原則病院対応になっている。訪問医が終末期ケア病棟を始めたので、紹介することはできる。利用開始時に点滴等の状況になったら病院へと説明、了解してもらっている。契約時、介護度変更時、日常の状況変更など、その都度、必要に応じ、職員間・家族・訪問医等話しあっている。浴室も一般浴室で対応できないことを伝えている。	

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
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	緊急時対応マニュアルは全職員が了承している場所に掲示しており、内容も把握している。また、救急救命法の講習にも参加し、実際の緊急時に対応している。		
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、地域との協体制度を築いている	日中や夜間を想定した避難誘導訓練を行い、災害時に対応できる体制を構築している。また、日頃より緊急時には近隣住民の協力が得られるよう依頼している。	年2回(4月・10月)、業者、消防署による設備点検、消火器、非常通報の使い方などを実施、2ヶ月に1回は避難誘導、通報訓練を実施している。近所の方にも見守り等の協力依頼を行っている。駐車場や公園が避難場所、職員は周知しているが家族にはまだ伝えていない。食糧等の備蓄は玄関の椅子の中に入れており、その他は近所に住む経営者宅に保管している。2ヶ月に1回の訓練の日に、備蓄してある非常食を食べて入れ替えを行っている。井戸水あり。震災後に設置したスプリンクラーの水も利用できる。	
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	性格や生活歴、地域性を考慮し一人ひとりに馴染みやすい言葉で接するようにしている。	近所からの利用者、他県からの利用者もあり、土地のことばや名前の呼び方など、家族からの情報や本人の反応を見ながら呼んだり話したりしている。	
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	日常会話の中から希望や要望をくみ取り、行動時は強要せず個々人の選択を大切にしている。		
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	入居者の生活リズムを妨げない様に心がけ、入居者の状態に応じたスケジュールを組むようにしている。		
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	衣類の選択は自己決定を基本としているが、時には職員と一緒に決めたりし、着た切りにならない様にしている。		

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
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	入居者個々人の嗜好を考慮し、職員と一緒にメニュー作りを行い、準備や片づけも能力に応じ行っている。	利用者が作りたい物、食べたい物を、できることを分担して作っている。自分から何か手伝いたいとの希望があり、当番を作ったりしている。メニューについては食べたい物を聞いたり、日常会話から出てきた物を取り入れながら1か月分作成。買い物は週2回だが、2週間に1回程度利用者と一緒に行く。調査当日は、ダシのきいたやわらかいすいとん汁と混ぜご飯が美味しかった。外食は、ファミレスや回転ずしなどで、本人の希望のメニューを注文する。	
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	入居者の嗜好を把握し、管理栄養士にも相談し提供している。水分補給量についても日常的に記録し摂取量の把握に努めている。		
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、訪問歯科医の指導のもと、清潔保持に努めている。		
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	排泄チェック表により個々人の排泄パターンを把握し、トイレでの排泄ができる様声掛けの支援。また、機能低下により失敗等が増えてきたときには担当医や失禁パンツの利用を行い、トイレ排泄ができる様支援している。	排泄チェック表について、職員がつける意義をしっかりと学習してつけることでパターンを把握し、失敗が減少し、パット使用も少なくすることができた。声かけ誘導し、トイレ使用が可能になった利用者もいる。夜間のみオムツ使用者には定時交換し、それ以外の方にはパターンに沿った声かけや誘導を行っている。	
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	安易に下剤等の薬を使用せず、乳製品や食物繊維の多く含まれた食事の提供、散歩や日常的に運動を行い、無理なく自然に排便ができる様心がけている。		
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	毎日入浴できる体制にはなっているが、入居者の身体状況や認知度を考慮し、体調、精神状況を把握し、くつろいだ入浴ができる様支援している。	A・Bに分けていつでも入れるようになっているが、入浴は嫌いな方が多い。“風呂”という言葉は使わないなどの利用者に向けた声かけ・誘導する工夫をしている。ゆず湯やしょうぶ湯など季節の湯を実施。	

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
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	生活のリズムに対し強要せず、入居者個々人の希望に沿って対応している、また、エアコン等の空調機の温度設定が嫌いな方に対しては扇風機や湯たんぼ等を使用し、快適な睡眠を援助している。		
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	個人用介護記録毎に薬の説明書をファイルし、用法・用途が分かるようにしている。		
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	入居以前の生活様式を把握し、残存能力に応じたホームでの役割を担っていただき、気分転換や活力の向上に努めている。		
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	日常的に散歩や買い物に出かける様心がけ、花見や景勝地への外出も行っている。	季節や天候、体調等に合わせて希望に応じて散歩をする。春と秋はドライブや小外出実施。年1回は、以前の利用者の家族である運送業者に依頼し、車1台に全員乗車しての外出を行うこともある。	
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	本人、家族と相談の上少額ではあるが所持していただき、買い物外出時等、好きな時に使える様にしている。		
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	入居者個々人の意思に任せ、自由に利用できるようにしている、また、筆記に不自由な方には職員が聞き取り代筆し、交流が絶えない様支援している。		
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	無機質なコンクリート作りの建物ではなく、一般住宅様式を取り入れた建物であり、共用空間には季節ごとの草花や置物を配置し、ストレスのない生活空間作りに心がけている	リビングは狭いが、どこに座っても良いようにソファやテレビの場所を工夫して配置、窓は2面にあり、明かり取りにカーテンからブラインドに変更するなどの工夫があった。	
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	間仕切りや専用空間は設置していないが、個人用の椅子やテーブルを用意し、自由な空間の確保に努めている。		

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
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	入居前まで自宅で使用していた物品愛用品を持ち込んでいただき、限られた空間ではあるが出来るだけ生活リズムを崩さない工夫をし、安心して生活が送れる様にしている。	自宅で使っていたタンスなどの家具やテレビ・ラジオなどを持込み、本人らしい部屋で安心した生活ができるように支援している。居室入口の表札の色紙の切り絵は、利用者と一緒に作り、季節感のある物で貼り替えている。	
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	廊下や居室、トイレ等の床面は全て段差のないフラット化した面になっており、要所要所には手すり等を設置し、安全に考慮している。		

## 目標達成計画

作成日:平成26年6月2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	介護計画に基づき、個々の入居者に対応しているが細部にいたる介護方法については齟齬をきたす場合がある。	各職員が個別の介護に対し、職員会議や日常の介護時に入居者の状態や変化について密に話し合い、介護介助に対し入居者がより安心して生活が送れるようにしたい。	介護計画を踏まえ個別の処遇計画を作成し、介護方法をより具体的に把握し、対応していく。	2ヶ月
2	35	災害時の対応 現在防災訓練として二か月に一回の割合にて部分訓練を実施し消火器や非常通報装置の操作について訓練を行い、避難誘導・緊急招集も行っているが、特に夜間帯の避難誘導に関しては人員配置の問題がある。	通常の部分訓練を細分化し定期的な訓練実施と、夜間帯を想定した避難訓練の実現に取り組み、災害時における職員の視野を広げ、柔軟な対応策の構築を目指したい。	月の予定表に防災訓練内容を掲示し、常に職員が災害に対して意識出来る環境を作る。訓練実施後は、問題抽出と改善策等を話し合えるようにし、防災訓練に参加出来なかった職員に対しても、訓練の内容をより分かりやすく把握しやすいような記録作りを工夫していく。	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、行を挿入してください。