

### 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	2375000284		
法人名	有限会社 空		
事業所名	有限会社 空 グループホーム「ハーモニー」		
所在地	愛知県長久手市坊の後1418番地		
自己評価作成日	平成26年2月1日	評価結果市町村受理日	平成26年3月20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/23/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JigvosyoCd=2375000284-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JigvosyoCd=2375000284-00&amp;PrefCd=23&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『サークル・福寿草』		
所在地	愛知県名古屋市中熱田区三本松町13番19号		
訪問調査日	平成26年2月21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)】**

当ホームで働く私たちが大切にしていることは、「ハーモニー」の主体(中心)は利用者(住人さん)であり、その住人さんをケアするスタッフは脇役となり、常に主体である住人さんを支えることです。それには①住人さんの人格と人権を尊重し、人生の先輩として常に敬う姿勢で接すること、②住人さん個々の自己決定を大切にすること、③住人さんの過去の生活歴を大切に継続性のある生活づくりに努めること、④住人さんに残された能力(残存能力・機能)を今出来ることとして発揮していただくよう工夫していくこと、⑤住人さんがなにより安心・安楽でいられるように生活環境の工夫に努めること、以上をケアする中で意識して住人さんの支援に努めています。

**【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)】**

ホームは、代表者が自身の経験から得た思いを「はあもにいの誓い」として文章にしており、具体的な内容として、5項目を掲げてホームの理念としている。理念をもとに職員は、「住人さん」であるホーム利用者の人格を尊重し、自己決定を大切に、一人ひとりの残存能力を引き出す支援に取り組んでいる。ホームでは、毎週月曜日の午後カンパレンスの時間をつくり、職員間で利用者一人ひとりの話し合いを行っており、支援に関する基本的な理解を深めている。その話し合いの中で考えた介護計画を実践につなげるために、職員は細かな記録を残すことを徹底しており、午前の勤務者については、30分を記録を残す時間にあてている。このような取り組みの結果、介護計画を基本1か月での見直しにつなげており、変化が大きい方については1週間で見直しを行っている。

**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)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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、安心して暮らしている (参考項目:28)	<input type="radio"/>	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	毎週行っているケアカンファレンスの中で理念を確認する機会があり、個別ケアの中に活かしている。	代表者の経験から得た思いを文章化した「はあもにいの誓い」を理念とし、職員は、毎週行われているカンファレンスに、一人ひとりを考えた支援に結びつけるように取り組んでいる。理念を年2回唱和する機会を設けたり、通路に掲示したりしている。	
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	この一年利用者の人数が4~6人と減少し、職員の人数も減らしたため地域との交流は困難な状況であった。しかし、ボランティアの受け入れは積極的に行っている。	町内会の総会に、ホームから職員が参加して、地域の方との交流に努めている。また、併設している事業所との合同の餅つきを行ったり、日常的にコーラスグループが訪問しており、利用者との交流の機会をつくっている。	
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	上記同様、利用者職員共に少人数のためできていない。		
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	左記同様に行っている。	市担当者が出席していることで、ホームの現状を理解してもらい、運営への反映につながるよう関係づくりの機会にもなっている。利用者の利用申し込みにつながったり、相互に連携した話し合いが重ねられている。	
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取り組んでいる	市の担当職員および包括支援センターの職員とは日常的に連携している。	管理者は、市担当者との関係をつくり、運営への反映につなげている他、市内の介護事業所が集まる連絡会に参加している。また、管理者が市の介護保険事業計画の策定委員を務めており、相互の連携に努めている。	
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	全職員、身体拘束によって利用者が受ける身体的・精神的弊害について理解している。	身体拘束を行わない方針のもと、利用者への対応についても理念の徹底から確認に努め、家族との話し合いも行われている。そのうえで身体拘束につながるような言葉遣いをしないことを意識するよう取り組んでいる。	
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	全職員、虐待防止についての認識度は高まり、虐待防止は徹底している。		

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
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	職員の認識度は高まっている。		
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	時間をとって丁寧に説明し同意を得ている。		
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	利用者本位の運営に心がけている。毎週1回行うカンファレンスの時に、利用者の要望や意見を聴きとる機会は設けている。	年2回、開催している家族交流会の際には、家族間の交流を行っており、日常的にも月1回、家族には利用料の関係でホームに来てもらうように取り組んでいる。また、利用者毎の状況報告を毎月行い、ホーム全体の便りを年1回作成している。	
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	毎週1回のカンファレンスの時間に、職員の意見や要望を聞く機会は設けている。職員の意見交換も行っている。	ホームでは、毎週月曜日の午後の時間に職員が集まる時間をつくっており、利用者に関する話し合い等が重ねられている。また、法人代表者でもある管理者が日常的に現場に入っており、夜勤の時間を利用した職員との面談の時間も設けている。	
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	介護職は他の職種と異なり低賃金で重労働の職場であることから、事業所側だけでは就業環境の整備は困難である。しかし、職員の前向きな姿勢と情熱でケアの質は落とさずに済んでいる。		
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	日常的に学ぶことを推進し、非常勤の職員にもチームの一員として、外部研修や施設内研修等に参加の機会を設けている。		
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	長久手市主催による全介護保険事業所の研修会があり、事業所別に意見交換でき交流している。その効果もあり日常的に連携は行っている。		

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
<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	努力している。入居にあたっては2～3回来所頂き当ホームの実際を体験していただきから、自己決定で入居に至っている。		
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	左記同様に行っている。		
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	必要に応じ、地域包括支援センター等と連携しながら他のサービス機関に繋げている。		
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	利用者は人生の先輩であるという認識を全職員が共有しており、普段から利用者に教えてもらうという意識で、場面づくりや工夫をしている。		
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	利用者の意見や要望を受け止め、それらをご家族にもお伝えして共に利用者を支えている。		
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	長年入居されている利用者がほとんどなので、ADLや認知機能の低下が著しくなり、関係維持の支援は困難になってきている。	利用者と家族との信頼関係が深まるように、毎月1回、ホームに来てもらうようにしており、その際に、利用者と一緒に過ごしてもらうようにしている。現状は、近い関係を維持することが困難になっているが、可能な範囲での交流は行われている。	
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	利用者同士の関係を把握し、時に個別に話を聴いたり、相談に乗ったりして利用者同士の関係がうまくいくように、職員が調整役となって支援している。		

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
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	管理者は早い時期に退居された先に必ず面会に行き、必要に応じてご家族を支援している。		
<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	常に一人ひとりの思いや希望・意向の把握に努めている。	職員が日常的に気付いたことをメモに残し、それを利用者毎に分類されたポケットに入れ、週1回のカンファレンス等につながるようにしている。また、個人記録については、1週間単位で表示することができ、利用者の変化の把握につなげている。	
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	生活の継続性を維持していくために、家族から情報を収集したり、本人自身にも記憶にあることを語っていただいたりしている。		
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	利用者個々の生活リズムを理解すると共に、他の利用者との関係性も含め、その方の行動や小さな動作をとおして感じ取り本人の全体像を把握している。		
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	職員が情報を確認し、家族や本人の要望を取り入れつつ、期間が終了する前に見直し、状況が変化した際には終了する前であっても検討見直しを行っている。(短期目標1ヶ月、長期目標3ヶ月)	介護計画は具体的な内容を考えるようにしており、計画の内容を週1回のカンファレンスを通じて、月1回の見直しにつなげている。また、個人記録への記載を細かく記載することで、計画の内容に合わせた記録になるように取り組まれている。	
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	毎日、個別記録に記入することで職員間の情報共有を行っている。また個別記録を基に介護計画の見直し、評価を実施している。		
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	本人や家族の状況に応じて、通院等必要な支援は柔軟に対応し、個々の満足を高めるよう努めている。		

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
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	本人と地域との様々な接点を見出し、周辺施設への働きかけやボランティアへの協力を呼び掛けている。		
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	協力医との連携は十分にできており、2週間に1回訪問診療を受けている。また歯科医とも連携できており、必要時は歯科往診を依頼することも可能である。	協力医とは、定期的な訪問が行われている他、時間外の対応や薬剤の調整等も随時行われている。管理者が看護師でもあるため、利用者の状態に合わせた連携が行われており、協力医へはホームからの受診支援も行われている。	
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	看護職員を配置しており、常に利用者の健康管理や状態変化に応じた支援を行えるようにしている。		
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。	病院関係者との情報交換や相談に努めている。また家族とも情報交換しながら、回復情報等速やかな退院支援に結びつけている。		
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	利用者の重度化に伴い、当ホームが対応し得る最大のケアについて、家族へ説明し了承得て実践している。終末期の対応については検討中である。	今年度、重度化に関する指針を作成しているが、必要な体制を整えてから対応することとしている。家族との協力関係を築きながら、看取りに至る支援を行うこととしている。また、職員に対する研修として、外部、内部の両面における研修の機会がつけられている。	ホームでは、段階を踏まえながら重度化に関する取り組みが続けられている。今年度は指針を作成しているため、今後の家族との話し合いに活かされていくことを期待したい。
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	消防署で行われている救命講習会に、毎年全職員を研修として参加させている。		
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	火災を想定した消防訓練は毎月行っている。災害時を想定して、職員の連絡網を作成し速やかに行動できるようにしている。	ホームでは、避難訓練を年10回計画しており、具体的な内容に合わせた訓練を実施している。併設している事業所との合同の訓練も行われており、消防署との連携もはかられている。また、ホーム内に必要な備蓄品の確保も行われている。	ホーム近隣の福祉の事業所との連携について構想が話し合われている。今後に向け、構想が具体化していくことを期待したい。

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
<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	左記のとおり実践している。	利用者への尊厳への配慮については、理念である「はあもにいの誓い」にも記載されており、職員は、日常的に利用者に対して、尊厳を持った対応に心がけている。そのうえで、管理者が気になった際には、職員に注意を促していくようにしている。	
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	左記のとおり実践している。意思表示が困難な方には表情を読み取ったりして、些細なことで本人が決める場面を作っている。		
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	個々の体調に配慮しながら、その日、その時の本人の気持ちを尊重して、できるだけ個別性のある支援を行っている。		
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	左記のとおり、日頃から気にかけて支援している。		
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	調理、配膳、片付け等は参加可能な利用者と供に行っている。また家庭的な食事を提供し、利用者と職員と一緒にテーブルを囲み楽しく食事ができる雰囲気づくりに努めている。	担当職員を中心にメニューを考え、調理には、利用者も下ごしらえや片付け等、できることも参加しながら行われている。食事の際には、職員も一緒に同じものを食べており、おやつ作りも行われており、楽しい時間をつくるように取り組んでいる。	
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	食事や水分の摂取状況を毎日チェック表に記録し職員は情報を共有している。		
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	口腔ケアの重要性については、全職員が理解しており、朝・昼食後と就寝前には必ず利用者個々に応じた歯磨き及び義歯洗浄の介助を行っている。		

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	排泄の時間や習慣を把握して誘導することで、トイレでの排泄を促している。個別の排泄対応については介護計画に沿って実践している。	利用者毎の排尿回数や排便時間を記録しており、一人ひとりに合わせた排泄支援に取り組んでいる。週1回のカンファレンスでも話し合われており、トイレへの声かけ、パッド類の活用等、排泄状態が改善できるように取り組んでいる。	
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	繊維質の多い食材を積極的に取り入れている。また、身体を動かす機会を適度に設けて、自然排便ができるように取り組んでいる。		
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	利用者のその日の希望を確認して入っていただく。浴槽での入浴は週3回程度であるが、シャワー浴は毎日行っている。脱衣室及び浴室洗い場には床暖房を設置している。	基本1日おきの午後からの入浴であるが、シャワー浴は毎日対応している。浴室には床暖房があることで温度差にも配慮している。また、柚子湯や菖蒲湯等の季節の楽しみも取り入れ、家族の協力で温泉に出かけている方もいる。	
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	日中の活動を促し、生活リズムを整えるよう努めている。その他、昼食後は午睡の時間を設け、午前中の疲れを取り、午後の活動の源にしている。		
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	服薬の方法と薬の内容は、個別に薬袋を作り把握できるようにしている。		
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	得意分野で個々人の力を発揮できるよう支援している。重度化した人の場合は、全体で行うレク等に参加して一人にしないという支援を行っている。		
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支援している	猛暑と厳冬期を除き、日常的に散歩に出かけているが、ADLの低下等により参加できる人は限られている。また家族同伴で外出される方もおられる。	天気の良い日にはホーム周辺を散歩したり買い物にも出かけている他、近くにある図書館へ出かけている方もいる。重度化が進んでいる現状があるが、外食や弁当を持った花見等にも出かけている。	利用者が重度化していることもあり、外出の機会が少なくなっている。新たな利用者が増えたこともあり、その方の状態にもよるが、可能な範囲で戸外に出かける機会が増え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
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	利用者の要求に応じ、少額を手元を持っている人もいます。		
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	入居時、携帯電話を持参される利用者が多くなっているが、認知症の進行と共に使用方法が困難になってきている。また手紙を書くという行為も認知レベルの低下により出来なくなっている。		
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	調理の音やご飯の炊ける匂い、心地よい音楽、季節の楽しみごとや食べ物など、五感や季節感を味わえるように意識的に取り入れ工夫している。	天井が吹き抜けになっていることや、木のぬくもりを活かしたりリビングとなっており、落ち着いた雰囲気の空間となっている。また、季節に合わせた花を飾ったり、通路の壁には、利用者の作品をさりげなく飾る取り組みも行われている。	
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	廊下に長椅子を置いたり、和室を利用できるようにして、一人で過ごしたり、仲の良い利用者同士でつるぎるペースを作っている。		
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	ベッドやタンス、椅子以外にもそれぞれの利用者の好みや馴染みの物等を生活スタイルに合わせて用意していただいている。また使い慣れた時計や小物、家族の写真なども持ってきていただき、安心して過ごせるように配慮している。	居室内には、利用者の好みの物や馴染みの物が持ち込まれており、利用者の意向に合わせた居室づくりに取り組んでいる。また、ホームでベッドを確保していることで、持ち込みのベッドが困難になった場合には、ホームでも対応している。	
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	利用者の状況に合わせて、手すりや浴室、トイレ廊下、玄関等の居住環境が適しているかを検討し安全確保と自立への配慮を行って入れる。		

## 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	18	日常的な外出支援については、利用者の重度化に伴い軽度の利用者の外出が日常的に支援できなくなっている。また職員の増員も困難なため、より外出の機会は制限されている。そのような中で短時間でも外へ出たり、少人数でも散歩へ行ったり、また季節の行事ではご家族やボラの協力を得て外出できるように工夫をしていきたい。	①重度の利用者の含め、全員で中庭へ出て外気に触れる。②歩行の安定している利用者を中心に、日常的に外出できるよう時間配分の工夫をする。③季節の行事ではご家族やボランティアの協力を得て外出できるようにする。	①厳冬期と猛暑期を除き、午後のおやつ時間を中庭で過ごす。②歩行の安定している利用者の方数人で、散歩や買い物に出かける。③春のお花見、夏の花火、秋の紅葉や敬老会の作品展にご家族やボランティアの協力を得て、出来るだけ多くの利用者が参加できるように努力する。(昨年と同様であるが今年も引き続き取り組んでいきたい)	12ヶ月
2	12	重度化した利用者や重度化への予備軍の利用者もおられることから、個々の利用者に適したケアを再度振り返り、個々人にあったケアを提供するように心がける。	①重度の利用者には安全で安楽なケアが提供できる。②重度化の予防には個々の利用者にあったケアを明確にし支援する。③重度化するに従い転倒等の事故も多くなるためヒヤリ・ハットの分析をすて事故防止に努める。	①重度の利用者には安全で安楽な生活ができるように、具体的かつ詳細な介護計画を作成する。②重度化の予防のためには、個々の利用者の残存能力や機能を十分に引き出せるような取り組みを具体的に介護計画上に反映する。③ヒヤリ・ハットの集計・分析を職員全員で行い未然に事故防止ができるようにする。	12ヶ月
3	13	災害対策について、昼夜を問わず利用者が避難できる方法が十分でないため不安がある。夜間は1人勤務のためより不安はつる。	①災害対策について全職員が災害時を想定して行動できるようにする。②近隣事業所との連携を深め避難訓練等ができるように努める。	①具体的な防災及び災害対策時のマニュアルを作成する。②近隣事業所との話し合いを行い連携を深めていく。	12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。