

## 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	0873800676		
法人名	株式会社 メディカルアシスト		
事業所名	グループホーム つくし		
所在地	茨城県稲敷郡阿見町曙176-3		
自己評価作成日	平成24年1月12日	評価結果市町村受理日	平成24年4月27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://ibaraki-kouhyou.as.wakwak.ne.jp/kouhyou/infomationPublic.do?JCD=0873800676&amp;SCD=320">http://ibaraki-kouhyou.as.wakwak.ne.jp/kouhyou/infomationPublic.do?JCD=0873800676&amp;SCD=320</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24年3月15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)】

利用者人と人としての関わりを大切に、地域の行事やボランティア活動などにこれまで同様、積極的に参加していきたい。季節に合った催し物やレクリエーション、外の風にあたる散歩や外出など生活する中で四季の移り変わりを感じることでできる機会を提供していきたい。

## 【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)】

幹線道路沿い面した住宅地の中にある。地域行事への参加や地域ボランティアの受け入れ等様々な形で地域との交流を行っている。毎日の生活の中で、季節やそれぞれの楽しみ事が利用者の希望通り自然に実現できるよう、そのための機会づくりや工夫を行い支援されている。食事の時間では、利用者同士が声を掛け合いながら、お互いにサポートしあう姿が印象的であった。職員は地域や家族とのコミュニケーションを大切にしながらも、利用者一人ひとりの尊厳や思いを受け止め、利用者本人が生き生きと過ごせるよう努めている。

## 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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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	玄関や休憩室、事務所に会社の基本理念、ホームの理念を掲げるとともに、毎朝行われる申し送りの際に唱和し、日々の業務に取り組んでいる。ホームの理念は職員でカンファレンスをして作った。	法人の基本理念を毎日唱和し、利用者の生活支援の基本姿勢として確認している。また、事業所独自の理念も地域密着型に伴い職員間での話し合いで作られており、事務所に掲示され毎日のケアに活かされている。	
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	自治会に入会させて頂き、各種行事へ参加したり、町主催のボランティア活動に参加し地域住民との交流を図っている。	自治会でのボランティア活動には毎月利用者も参加している。そば打ちや踊りのボランティアや近隣中高生等のボランティア体験の受け入れがある。また、地域のお祭り参加に向けた踊りの練習に職員が参加するなど。普段の挨拶も含めて地域交流が積極的に図られている。	
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	ホームで作成した新聞を近所の回覧で見てもらい地域の理解を得られるよう努めている。運営推進会議では協力を呼びかけ、地域の行事にも積極的に参加するようにしている。		
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践、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	運営推進会議の意見等を参考にし、地域で必要とされていること、ホームで出来ることなどを話し合うようにしている。	2か月に一度の頻度で、地区長、民生委員、行政担当者、家族会の代表が参加し開催されている。出席出来なかった家族への報告は、来訪時に議事録にまとめた報告書を確認してもらうよう対応されている。	
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に取り組んでいる	各種書類提出や研修の際などに、行政担当者との情報交換の時間を設けて頂き、サービスの質の向上に取り組んでいる。	運営推進会議以外にも、必要に応じて行政担当者とのやり取りがある。阿見のグループホーム協議会があり、他施設も含めての交流や連携が図られている。	
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	身体拘束についてのカンファレンスを行い、情報、意見交換をし、定期的に身体拘束についての資料も全職員に目を通してもらい意識づけをしている。	カンファレンスでは年2回は身体拘束についてのテーマを取り上げている。今後は事例研究も取り入れていきたいとのこと。やむを得ず拘束が必要な場合は、家族の同意を得てケース記録にも記している。玄関の鍵は施錠せず、普段から会話や行動に気を付けて様子を見ながら、利用者を見守るよう努められている。	
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	虐待防止のポスターを玄関に提示し、職員、来荘者等への意識と注意を高めるとともに、職員も研修やホーム内カンファレンスに参加し虐待について考え、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	地域福祉権利擁護事業や成年後見制度の研修がある時には参加するようにするとともに、対象となりそうな利用者が入居している時には行政担当者に相談し必要な支援を提供している。		
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	契約を結ぶ前に、一度見学に来て頂き大枠を説明した後に契約を取り交わすようにしている。その他、契約書の合間あいまに疑問点がないかを確認しながら説明、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	日頃の活動や会話の中で、困っていることや、やってみたいことがないか等を聞きながら、日常のケアや活動の中に取り組んでいる。また、玄関に「ご意見箱」を設置するほか、アンケート調査などを行い運営に反映させている。	日常生活での希望について以前行ったアンケートを参考にしながら、家族の来訪時での面談で要望を得て、日々の関わりや運営に反映させている。意見箱や苦情窓口を設置しながらも、出来るだけ来訪しやすい雰囲気づくりを心掛けて直接コミュニケーションがとれるよう、今後も支援していきたいとのことである。	
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	業務の合間や休憩時間、カンファレンスの時などに意見や提案を聞くようにしている。	入浴や排泄についての職員の人員配置や車椅子利用者の歩行への動機づけなど、利用者の安全や支援のための提案が職員からも出されている。出された意見に対しては必要に応じて全体会議で話し合い、代表者とも協議して可能なものは出来るだけ取り入れるよう対応されている。	
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	職員の各種届出書(勤務変更、残業等)を確認する他、通常業務以外での実績などについては、必要な指導、助言を行い向上心を持って働けるように努めている。また、職員ストレス解消のために、定期的な交流会(食事会等)を設けている。		
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	役職者や勤務年数、経験のある職員には研修を受講させている。また、役職者により職員への指導、助言を日常的に行っている。		
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	町主催の研修に参加したり、情報交換の場を設けている。また、当ホームが中心となり、町内グループホームの連絡会を作り意見交換等をし、町内グループホームの質の向上に努めている。		

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
<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	入居時に家族から利用者の現状、情報、何が悩みか等を聞き出し、実際のサービス開始時にそれらを活かせるようにしている。		
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	入居申し込みに際してはホーム見学を兼ね来て頂き、家族の現状、何が悩みか等を聞きだし、協力できるように努めている。		
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	入所相談を受けた際、グループホーム以外の介護保険サービスも紹介、説明し、本人及び家族が必要とするサービスが利用できるよう支援している。		
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	自分で出来ることは、声かけしなるべく自力で行えるような支援をしている。また、本人の趣味等を活かし、職員も一緒に活動するようにしている。		
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	入居後も日頃の様子や状態を手紙と写真でお知らせするとともに、面会や家族との外出、自宅への外泊等を呼びかけている。また地域の行事や施設内行事開催の際には、広報誌や面会時に連絡し参加を促している。		
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	ホーム近隣で行きたい場所があれば職員が送迎している。町外等に行きたいとの要望がある時には家族へ相談し、協力を呼びかけている。会いたい人に関しても、事前に家族から連絡や面会はしてもらっても大丈夫かを確認し、電話をしてもらったり面会の依頼をしたりしている。	自宅の田んぼや庭、家族など、利用者が慣れ親しんだ場所を懐かしんだり、会いたがったりする時は、場合によっては家族と協力しながらその思い出の場所等へ連れて行き、時には利用者と喜びを共有しあいながら支援が行われている。また、手紙のやり取り支援やショッピングセンターへの外出などの要望にも対応されている。	
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	普段の生活から利用者同士の関係や相性を把握しながら、座席の調整やグループ分けを行い孤立することなく快適な生活が継続できるよう支援している。		

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	契約終了時及び契約終了後も利用者及び家族の要望がある際には必要な相談等に応じるようにしている。		
<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	日頃の会話の中や活動の中で、本人がやりたいこと、行きたい所、好きな物、嫌いな物などを聞き出し、希望、意向の把握に努めている。	利用者本人の言葉をや仕草の中からその思いや希望を把握するよう努めている。ケアの中で得られた利用者の言葉をケース記録に記入し、サービス担当者会議で情報を出し合い、カンファレンスで共有化されている。	
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	入居前のサービス利用時の様子などを家族や他事業所からの情報収集は行っている。入居時にも生活歴や、趣味、施行調査なども行っている。		
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	申し送りやカンファレンスの時に利用者の状態報告を行うとともに、連携医療機関へも報告、相談し対応している。		
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	利用者それぞれに担当スタッフを割り当て、定期的あるいは状態変化の際にはアセスメントを実施し、それを元にケアカンファレンスを開催している。 状態変化に合わせて随時プラン見直しを検討し、本人、家族とも相談して介護計画を作成している。	基本的に3ヶ月に一度の見直しがされている。職員はそれぞれ担当する利用者についての目標を意識しながら支援し、状態の変化などを観察しながらカンファレンスで意見交換した上でプランの見直しがされている。利用者の何気ない言葉や様子に留意し、家族とのコミュニケーションを図りながら希望を取り入れた支援となるよう努められている。	家族の意見や要望も職員同士で共有化されプランに反映されているが、より早く職員全体が情報を把握するための工夫も必要である。モニタリングにも活かせるようそれぞれ得た情報を本人の言葉と同様にケース記録に確実に残し、速やかに全員が把握できるよう取り組んでいくことが望ましいと思われる。
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	ケース記録への記入のほか、申し送りやカンファレンスを活用しながら情報を共有し日々のケアにあたっている。		
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	ホームで対応できることについては、個別の要望に応えるように支援している。		

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
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	本が好きな方には町の図書館を利用してもらったり、地域の行事を見学したり、参加する際はボランティアの方に支援してもらっている。		
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	契約時に受診希望の医療機関を確認し、適切な医療を受けられるように支援している。	受診は基本的に職員の付き添いが中心である。受診後の家族への報告は電話で報告が行われ、受診の記録と家族への報告記録は、ケース記録に記載されている。週2回、看護師による健康チェックがあり、往診による24時間可能な医療対応も受けられるようになっている。	
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	連携医療機関の看護師に相談しながら日常の健康管理をしている。		
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。	安否確認を踏まえた面会を行うほか、家族を通して入院中の状態を確認したり、必要に応じ家族了承の下、医療機関関係者と退院に向けての話し合いを行っている。		
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	状態変化や重度化しそうな場合は連携医療機関との話し合いの場を設けたり、他の介護サービスを紹介したりしながら、本人、家族の意向に沿った対応を検討している。また状態変化の都度にカンファレンスを行い、現状に合わせたケアを提供できるよう努めている。	これまでに家族の希望にこたえる形で、看取りの経験がある。重度化対応・終末期ケア対応方針があり、重要事項説明書の中で確認され、家族の同意が得られている。また、それぞれの状況や事情により家族と相談するとともに、ケース記録に話し合いの結果を記録し、具体的な対応がとられている。	
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	消防署の協力の下、緊急時の対応が迅速に行えるよう全職員が救急講習を定期的を受講している。		
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	年に2回避難訓練(火災想定・地震想定・夜間想定)を行なうほか、新入職員には消火器、火災報知機棟の使用方を説明している。また、運営推進会議の際に非常時の協力を呼びかけている。	運営推進会議で話し合いを持ち、地域の消防訓練にも参加している。挨拶の他、日ごろの交流もあり、昨年の震災時は地域住民からの支援も多くあった。震災での反省点も含めながら今後も地域と連携し、さらなる災害対策に取り組んでいこうと準備が進められている。	今後の大規模災害に対する準備として、家族への連絡方法についても更なる検討が必要である。通常の連絡方法が断たれた場合なども想定し、様々な場合の具体的な避難行動や経路についての情報提供や、家族と事前に確認しておくべきことを整理するなどの相談を進めて頂きたい。

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	声掛けに関しては利用者の自尊心を損ねぬよう注意して行い、一人ひとりの性格や生活習慣を尊重した対応を心掛けている。	個人情報の使用についての基本方針が重要事項説明書の中で確認されている。また、個人情報が記載されている書類は事務所に保管されている。普段の生活では、利用者の尊厳に配慮しながら性格等に合わせて声掛けや対応が行われている。	
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	レクリエーションやお茶の時間に希望や好みを聞きだすようにしている。買い物や外出なども、本人と話し合い日時を決めたりしている。		
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し、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	生活にメリハリをつけるために、ある程度の日課は職員が決め、入浴や食事準備、休息などの日常動作は本人のペースで過ごしてもらっている。		
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	着替えや外出時などは服を自分で選んでもらうように支援している。		
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	職員が全てを準備するのではなく、個々の状態に合わせて担当を決めたり、出来るところはコミュニケーションを図りながら職員と一緒にを行うようにしている。	職員ではなく利用者が中心になって食事の場面が作られるよう支援されている。職員は必要に応じて介助は行っているが、基本的に一人ひとりが自分のペースで食事をし、利用者同士で声を掛け合いながら片づけを行うなどの場面が訪問時も多くあった。外食支援も頻繁に行われている。	
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	メニューや食材は食事摂取量を毎食チェックするとともに、水分摂取量の少ない利用者に関しては、水分摂取表で一日の摂取量を確認し、連携医療機関に報告し適切な支援を行なっている。		
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	毎食後の歯磨き、うがいを行い口腔内の状態把握に努めている。腫れや虫歯がある際には連携医療機関に報告し適切な支援を行なっている。		

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	排泄時には排泄チェック表に記入する事で一人ひとりの排泄パターンを把握し、気持ちよく過ごせるよう配慮している。	夜間はオムツだが、排泄のパターンを把握しながら日中はオムツを外して、トイレに誘導し自立できるよう支援されている。	
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	便秘症の方については、連携医療機関へ連絡、相談をして適切な支援を行っている。毎日運動の時間を設けるほか、個別の体操や食事の調整などを行っている。		
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	基本的には夜間入浴を行っているが、本人の希望や状態に合わせて午前・午後入浴も併用している。	利用者の希望する時間帯に合わせて、入浴支援されている。利用者の状態によって介助や見守り、声掛けが行われている。	
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	昼夜逆転を防止しながら日中の活動を多く持ち、適度な疲労と適切な休息が取れるよう支援している。		
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	薬が処方された際には処方箋を全職員が確認するほか、副作用等については連携医療機関に確認、相談している。		
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	入居時に家族から生活歴や趣味等を聞きだし、それを参考にして日々の余暇活動に反映させている。		
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	レクリエーションの時間を活用し、事前に行きたい所、やりたい事を聞き出し屋外での活動を多く取り入れている。また本人の希望に合わせて地域の図書館や買い物、外食などの外出支援も行っている。	普段の散歩や図書館などの地域資源も利用しながら、地域との交流を大切に支援が行われている。また、利用者一人ひとりの希望や興味に応えながら、行きたい場所や目的に合わせて買い物、外食の支援も行われている。	



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
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	金銭管理は基本的にホーム側で行なっている。必要な物がある時や外出時には職員が支払いを行っている。出納帳は定期的、または面会時に本人及び家族へ報告している。		
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	電話は希望があれば自由に行ってもらっている。自身で連絡して頂くか、職員が代わりに連絡するようにしている。年賀状や暑中見舞いなど家族等に出せるよう取り組んでいる。		
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	ホーム周りには季節の花などを植え、館内には利用者の普段の生活風景写真や季節に見合った装飾を施すようにしている。	住宅街に馴染む外観で温かみがある。対面式のキッチンで温かみのあるリビングには食卓の他にソファもあり、食後にくつろぐ利用者の姿もあった。水槽が置かれていたり、壁には外出時の様子や地域の図書館の情報などがさりげなく貼られており、家庭的な雰囲気である。また、事業所全体を一つの街や地域に見立てた案内図を掲示し、利用者が楽しみながら所内の配置を理解できるような工夫もされていた。	
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	ホールにソファを設置したりテラスや庭にデッキチェアを設置し、気の合う仲間と過ごせる場所の確保をしている。		
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	自宅で使っていた物をなるべく持ち込んでもらい、自宅にいた時と同じような生活が送れるよう配慮している。また、本人の状態や好みに応じてベッド等の使用も検討するようにしている。	良く手入れされた植木など、利用者それぞれが自分の好みや趣味に応じた家具や荷物を持ち込んでいる。自室が落ち着いて過ごせる空間となるように支援されている。	
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	利用者が分かりやすいように、居室に利用者の写真を貼ったり、入り口に番号(番地)をつけたりしている。		

## 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	35	大規模災害が起きた時、通常の連絡方法が断られた場合などに、利用者の家族に利用者の避難場所や状態等の情報提供が出来るか。	もし、大規模災害が起きて通常の連絡手段が途絶えても、家族に利用者の情報提供が出来るようにする。	地区の防災本部にホーム利用者の情報がわかる、伝言版設置をお願いしておき、第一、第二避難場所も合わせて、事前に利用者の家族へ伝えておく。	6ヶ月
2	26	職員全員が利用者の情報をもっと早く把握することができていない。利用者の言葉も記録に残すことができるようにする。	利用者の言葉を記入するノートを作成する。職員全員で記入、確認をして最新の情報を把握できるようにしていく。	利用者とのコミュニケーションをしっかりと、言葉や情報を新たに作成したノートやケース記録に記入をする。職員全員が目を通し、確認のサインを入れる。	3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。