

平成24年度

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	4671100180		
法人名	医療法人 椎原会		
事業所名	高齢者グループホーム 有馬館		
所在地	鹿児島県南さつま市加世田地頭所570番地		
自己評価作成日	平成24年5月31日	評価結果市受理日	平成24年9月3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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/Top.do?PCD=46
----------	---

【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 シルバーサービスネットワーク鹿児島		
所在地	鹿児島市祇園之洲町5番		
訪問調査日	平成24年7月10日	訪問調査日	平成24年8月10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)】

入居者の生活の質の向上と介護者の質の向上を目的に年間目標を立てている。 平成24年度目標 1、認知症をより深く学んで実践に生かす ①認知症についての研修や勉強会に参加して知識を深める ②個別のケースで検討して経過を記録する 2、昔ながらの風習やならわしを大事にして日々の生活に楽しみを見つける (行事・郷土料理・回想法・わらべ歌や遊び・童謡など)

【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)】

母体の病院を中心に、医療・介護の事業所が集積する敷地の一角に建てられたホームである。隣接するデイケアセンターには、利用者の出身地域から顔馴染みの方々が通ってこられ、日常的に交流している。 玄関前には手作りの案山子が立ち、プランターには稲穂が植えられている。庭先で茶話会を開く時は、面会に来られたご家族や病院の入院患者さんにも声をかけ、一緒に楽しい時間を過ごしている。 病院が隣接しているため、利用者の健康管理面の支援態勢が充実しており、災害時の応援も含めて安心して暮らすことができる。また、地域の方々からは、行事の情報提供や避難訓練への参加を通して、温かい支援を受けている。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目№.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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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				1. ほぼ全ての家族等が
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				4. ほとんどできていない

自己評価および外部評価結果

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	理念は廊下とスタッフルームに掲示している。 毎週月曜日の朝の申し送り時唱和をして理念の共有に努めている。	地域密着型サービスの意義や役割を踏まえて、職員全員でつくりあげた理念を掲げている。管理者は、日頃の声かけやケアの方法について、理念に基づいた具体的な指導を行っている。	
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	回覧版のやりとり、月1回の周辺のゴミ拾い、地域の小学校の運動会、市民文化祭、年2回の彼岸の墓参り等への参加を通じて地域との交流を続けている。	地域の行事や催しの情報を回覧板などから得て、小学校の運動会や市民文化祭に参加している。また、利用者と一緒に地域のごみ拾いを行うなどして、近隣の方々と交流する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	運営推進会議に地域の方にも参加していただき事業所の現状を伝えとともに、高校生の実習の受け入れを年数回行い、認知症への理解や支援方法を伝えている。		
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	自己評価や外部評価の報告を行うとともに、利用者の状態や活動状況を伝え意見や助言をもらって現場で生かすように努めている。	運営推進会議には、利用者及びご家族代表、地域住民代表並びに行政担当者が参加し、ホームの活動内容や計画を報告している。全てのご家族が交替で会議に出席してもらえようように声かけしており、出された意見やアドバイスをサービス向上に活かしている。	
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	相談や問い合わせは電話や窓口で積極的に行っている。また運営推進会議に参加してもらうことで現状や取り組みを伝えている。	市の地域密着型サービス担当者と、質問や相談、報告等を通じて連携・協力している。運営推進会議の前後にも、利用者の暮らしぶりを見てもらう機会を設けている。	
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	禁止の対象となる具体的な行為はスタッフルームに貼付している。また病院と合同の身体拘束廃止委員会に毎月出席している。さらに毎月のミーティング時には身体拘束の見直しを行っている。	勉強会で理解を深めるとともに、該当する具体的な行為を掲示して身体拘束をしないケアに取り組んでいる。利用者の動きを察知するセンサー設置の事例について、毎月検討・見直しを行い、「身体拘束に関する記録」に経緯を記録している。	
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過ごされることがないよう注意を払い、防止に努めている	虐待防止と身体拘束廃止委員を二名選出して毎月の病院との合同委員会に出席した結果をミーティングで報告している。また委員が中心になり勉強会を実施して虐待防止に努めている。		

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	現在のところ成年後見制度の必要なケースはないが、新聞記事やインターネットの情報を活用して学ぶ機会を持つようにしている。		
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	丁寧に説明するように努めている。特に利用料金や起こり得るリスクや重度化については詳しく説明して同意を得るようにしている。		
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	館内に意見箱を設置するとともに、家族会や運営推進会議で意見や要望を聞く機会を積極的に設けている。	ご家族には、運営推進会議に交替で出席していただいている。また、忘年会に合わせて開催する年1回の家族会で、ご家族からの要望や意見を出していただき、運営に反映させている。	
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	毎月ミーティングを行い意見や提案を出してもらっている。また、年1回アンケートを実施してその結果をもとに個別面談を行って思いを聴き取るようにしている。	職員アンケート調査を実施しており、集計結果は公開している。さらに、管理者との個別面談を行い、意見や提案を聞く機会としている。行事や催し物については、内容の企画から運営まで職員が中心になって実施している。	
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	個々に年間目標を立ててもらって向上心を持って働けるように支援している。また、資格取得についても可能な限り環境を整えて支援している。		
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	個々の年間目標を立ててもらって、それぞれの力量や希望にそった研修や講習が受講できるように配慮している。		
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	県や地区のグループホーム協議会の一員として研修や交流を図っている。また、サービスの質の向上を目的に、同一法人の事業所間で交流研修を行っている。		

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	見学や体験入居をしてもらったり、家庭訪問を通じて心身の状況や本人の思いを受け止めるように努力している。		
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	見学や体験入居、家庭訪問などを通じてご家族の思いを聴き取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	行政の相談窓口、他事業所や施設のサービスの紹介などをして必要としている支援につなげるように努めている。		
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	昔ながらの料理、保存食や漬物作り、農作業や行事など経験や知恵を生かせる場面を作るように努めている。		
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	本人の思いや状況は面会や電話を利用して知らせている。また、半年ごとに担当者会議に参加していただき本人の思いを実現するために検討している。		
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	隣接のデイケアとの交流、年2回の墓参りや地域の行事への参加などを通じてなじみの関係の継続に努めている。	地域行事への参加や墓参りを支援することで、馴染みの関係継続に取り組んでいる。隣接するデイケアでは、利用される方の地域毎に曜日が決まっているため、馴染みの方が利用される日に訪ねて行き、関係が途切れないように支援している。	
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	毎日の体操やレクリエーションに加えて、日曜日はゲームや戸外でのお茶会などを実施して利用者同士の交流が深まるように努めている。		
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	契約が終了してもその後の経過や様子に関心を持ち、相談や支援に努めている。		

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
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	ケアプラン作成時には丁寧に本人の思いを聴き取るようにしている。また23年度は生活調査を実施して暮らし方の希望や意向の把握に努めた。	嗜好調査や生活調査を行い、利用者の希望や意向の把握に努めている。意思疎通の困難な利用者に対しては、ご家族からの情報を基に、しぐさや表情の変化を把握し、職員間で情報を共有している。	
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	入居時はフェイスシートを活用して家族から聴き取りをしている。特に生活歴や生活環境、馴染みの暮らし方などについて詳しく把握するように努力している。		
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	朝夕のバイタル測定、水分や食事摂取量、排泄チェックを行い体調管理に努めている。また毎月の支援経過をもとに個々の有する能力を維持できるような支援を心がけている。		
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	担当者会議に本人、家族、スタッフが参加して話し合い介護プランを作成している。また、個別に担当者が毎月支援経過をまとめてモニタリングに生かしている。	利用者及びご家族の希望や意向を聞き、職員の意見を基に現状に即した介護計画を作成している。主治医からの意見やアドバイスも受け、支援経過に記録している。	チームとしての計画作成過程をより明確にするために、主治医や訪問看護師などの報告や課題を担当者会議録に記載することを検討していただきたい。
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	ケアプランに基づき身体状況や生活の様子、エピソードなど記録をしている。また毎月支援経過を作成しミーティングで情報を共有し介護に活かしている。		
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	訪問看護ステーションから週2回訪問を受けている。また、隣接の病院のリハビリ治療への送迎も行っている。		
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	回覧板や市報によって地域の行事や催しの情報を得て参加の機会を作り楽しんでいただく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
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	本人や家族が希望するかかりつけ医を受診できるように支援している。血圧や採血のデータを提供したり必要なときは職員も同行して状態の報告をして支援している。	かかりつけ医は、本人及びご家族の希望に添い、定期的な受診を行っている。専門科を受診する場合は、主治医の紹介状を持参して情報提供を行うなど、適切な医療が受けられるように支援している。	
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	週2回の訪問に加え、随時症状や気づきを伝えアドバイスをもらい、その後の適切な診療に結びつけている。		
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。	入院時には書面で情報提供をしている。また、病院との連絡は密にとり情報交換に努めている。		
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	重度化については家族の意向を調査して個別に話し合っている。身体的な重度化についても入居時に丁寧に説明するように努めている。	入居前に、重度化や終末期に向けたホームの方針を説明して了承を得ている。ご家族に対して終末期についてのアンケート調査を実施して、意向の把握に努めている。	
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	消防署の指導を受けて応急手当の訓練を行っている。また、急変時の対応マニュアルを新しく作成した。		
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	隣接病院との合同訓練や夜間想定訓練を実施している。その際地域の方やご家族にも参加していただき協力をもらっている。	法人全体の合同訓練を年に3回実施するとともに、ホーム独自の訓練を夜間想定で年1回行っている。通報、消火、避難訓練を実施し、地域住民やご家族にも参加してもらい、協力体制の強化に努めている。	

自己 評価	外部 評価	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	認知症やプライバシー保護についての勉強会を年間計画の中に組み、言葉かけや対応について意見交換をしている。	管理者は、声かけや失禁時などの対応方法について、尊厳や羞恥心に充分配慮して行うことを指導している。居室のポータブルトイレにはカバーがかけられるなど、誇りやプライバシーを損ねないように努めている。	
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	利用者へのアンケートを実施し希望を聞くようにしている。行きたい所、食べたいメニューなど利用者自身が自己決定できるように支援している。		
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	本人のペースを尊重して、それぞれの過ごし方ができるように配慮している。また、買い物や散歩など希望に添って支援している		
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	母の日、敬老の日、誕生日など身だしなみを整え記念の写真を撮り、外出時は、おしゃれが楽しめるような支援をしている。		
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	食事班を中心に手作りおやつの日を週一回設け郷土色豊かな食事を工夫して提供している。また、誕生日にはリクエストメニューを提供している。	味噌や梅干し、らっきょうなどを利用者と一緒に手作りしている。また、外食に出かけたり、毎週金曜日にはおやつを作るなど、食事が楽しいものになるように支援している。さらに、嗜好調査を行うとともに、栄養士資格を持つ職員が栄養バランス面にも気を配っており、利用者は充実した食生活を送ることができる。	
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、水分摂取量は記録し一日の必要量の確保に努めている。また、年に数回は栄養士によるカロリー計算や栄養バランスの評価をしている。		
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	食後は必ず口腔ケアを声かけし、見守りをして清潔保持に努めている。義歯洗浄を行い、舌苔にも注意し口臭予防に配慮している。		

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
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	排泄の時間やその状態を記録して、時間をみて誘導することで、トイレで排泄できるように支援している。	「生活記録表」の中で排泄状況のチェックを行い、排泄パターンの把握に努めている。トイレ案内や声かけにより失敗を少なくする取り組みを行い、オムツからパンツへの移行を支援している。	
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	毎日排便チェックをしている。朝と午後に運動を行い、水分、野菜やヨーグルト等の摂取を積極的に行い便秘予防に努めている。		
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	入浴順は個々の状態に応じて対応し、入浴中は昔話をしたり歌ったりしてゆっくりくつろいでもらえるように支援している。	午前中の中の入浴となっているが、発汗や失禁など、必要に応じていつでも入れるように柔軟に対応している。また、部分浴や茶殻入りの足浴を行うなど、利用者それぞれの状況や要望に添いながら入浴を楽しめるように支援している。	
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	身体を動かしたり、不安なことは日中に解決できるように支援している。不安や混乱、不眠時の対応として否定したり、説得したりせず、思いを受け止めるような支援をして安心につなげている。		
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	薬情をファイルしビルブックで効能と副作用について情報を得たり、訪問看護師に相談している。 新しく処方された薬は情報を良く知り、症状の変化の観察を行っている。		
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	調理の手伝い、花の手入れ、草むしり、ゴミ箱づくり、塗り絵、習字、日記など個々に応じて、できることを支援している。		
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	家族の支援をもらいながら、希望に添えるように外泊や外出の支援をしている。また希望にそって買い物や散歩などの外出ができるように努めている。	買い物に出かけたり、隣接する病院での診察やリハビリテーションの帰りに周辺を散歩するなどして、日常的に外出できるように取り組んでいる。また、生活調査の中で外出先の希望を聞き、ご家族の協力も得ながら外出や外泊の支援を行っている。	

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	希望に応じて、自分の財布を持ち買い物を楽しむことができるように支援している。		
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	いつでも電話ができるよう支援している。また、年賀状や手紙の支援もして大切な人との交流を続けてもらっている。		
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	玄関先には、季節が感じられるような花を飾り、館内には、昔の道具やわらべ歌などを中心に懐かしいものを集めて、居心地のよい空間作りに努めている。	廊下に懐かしい思い出の品々の写真やエピソードを掲示したり、季節の装飾品を飾るなど、心地よい空間作りに努めている。玄関先には、案山子とプランターに植えられた稲穂があり、季節を味わいながらベンチでくつろげるように工夫している。	
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	玄関先や廊下に椅子を置き思い思いに過ごせるような工夫をしている。また、雑誌や市報など自由に見てもらえるように本棚のコーナーも設置している		
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	使い慣れたタンス、椅子、テーブル、飾り、写真、位牌など、身の回りにそれぞれの馴染みの物を置き、安心して生活してもらえるように配慮している。	持ち込み品の制限は特になく、使い慣れたものを持ち込んでもらっている。ご家族の写真や手作りの装飾品も飾られており、居心地良く過ごせる居室となっている。	
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	一人ひとりの状態や身体機能に応じて、家具の配置を変える、敷物を利用する等の工夫をして、安全で自立した生活が送れるように支援している。		

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	26	担当学会議への主治医や訪問看護師の参加 や照会が十分にできていない。	ケアプランを作成する時は主治医や訪問看護 師の意見やアドバイスをもらう。	主治医や訪問看護師に事前に照会する。 会議録に記録する。	6ヶ月
2					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。