

## 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	0874100555		
法人名	鋼製特品株式会社		
事業所名	グループホーム「ひまわり」		
所在地	茨城県筑西市吉田611		
自己評価作成日	平成21年7月10日	評価結果市町村受理日	平成21年11月18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	
----------	--

### 【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21年9月17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)】

託児所併設、保育園が近隣にあり 子供たちが一緒に参加・協力して行事などを行い、地域に根ざしたホームを作り、社会との交流を心がけている。

### 【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)】

近隣は住宅地であり子供達が学校の行き帰りに寄っていけるようなばしょであった。法人内に職員の託児施設があり、そこが学校帰りの子供達の遊び場所にもなっている。その子供達が高齢者の居住空間に入りしてくれたりしている。また、赤ちゃんが来ている時には入居者に抱いてもらったりする事により入居者の笑顔が多くなったようであった。また、近所に同一法人の小規模多機能施設がありそこにはヤギも飼っており豊かな自然環境を活かした生活空間が構築されていた。職員の離職率も少なく働き易い環境が整えられているようであった。

## 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)
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)
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)
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、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
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
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
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	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
			実践状況			
<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	疑問がある場合は職員と話し合いを設けるようにしている、方針や目標など業務改善会議を通して話しあっている、日常的に各入所者の問題点・注意点など職員同士話し合うようにしている。	ホーム開設当初から掲げている理念に基づき職員は常に笑顔を絶やさない介護が継続されていた。ホームには、託児所が併設され入居者と子供達が一緒に遊ぶ姿も見られるとの事であった。	現在実践されている理念を尊重しながら、地域密着型の良さが引き出せるようなホーム独自の理念を作成するなどを試みられこれからのホームのあり方を検証されたい。	
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	地域の方々と交流できるようレクリエーション(夏祭り・バーベキュー大会・クリスマス会)を企画し家族・近隣の方たちを誘ったり、施設の畑を通じて近隣の方々としやすい環境を作り、相互理解に取り組んでいる。近隣の子供達もよく遊びに来ている。	事業所職員の託児所があり日常的に入居者と子供達が接する機会が持てている。また、その託児所を卒業し学校に通っている子供達もあり、その子供達と一緒にお母さん達も来所するなど子供をとおり地域との交流が盛んになっている。		
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	ホームでの催し物や運営推進会議・日々の近隣の方々との会話を通して、認知症についてや、当施設の入所者へ対して理解していただけるよう説明をしている。また、運営推進会議などを通じて市役所の介護担当者や専門職に認知症について話をしてもらうよう心がけている。			
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	利用者・家族からの意見など、実際の業務に反映できるよう会議などを通して話しあっている、今後の活動や、新しく施設として取り組みたい催しなどは報告し、市の職員や区長さん・民生委員の方々に助言を頂いている。	運営推進会議を利用し避難訓練を行う時の事をお知らせし、委員達も一緒に参加して貰えるような仕組みづくりをしている。地域の関わりには区長さんの協力を得ながら行っている。		
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	会議以外も市とのやり取りは直接向いて話すよう心がけ、相談・報告を行い、サービスの向上に取り組んでいる。	運営上判断がつかない事があるたび事に市町村に赴き相談している。現在は、スプリンクラーの設置について相談をしながらすすめている。		
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	研修などを通して知識を高め、利用者の行動を把握するよう心がけている。また、利用者の不穏な状態など早めに察知できるよう職員全員に申し送りを徹底したり、他部署に支援を依頼できる体制をとっている。	医師の指示のもとつなぎ・車椅子からのずれ落ち防止の安全ベルトなどが行われている。職員は、出来るだけ拘束をしないよう取り組みようとしている。廊下などは、監視カメラが設置されていた。	利用者が高齢化・重症化する中において座位保持に関する方法などをPT・OT・その他専門職等と相談する。身体拘束に関する基礎研修を繰り返し学習され拘束がない日常生活が出来る事を期待する。	
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	研修などを通して知識を高め、職員同士も注意しあえる環境をつくりだしている。他棟にもモニターを設置しお互いに様子が見たり、聞いたりできるようにしている。			

自己	外部	項目	自己評価	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
			実践状況			
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	パンフレットの常設、研修などを通して知識を高め、相互理解に努めている。需要に応じて適応について話し合い支援している。			
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	書面のやり取りだけでなく、直接会って説明し、不明・不安な点は誠意をもって説明し理解していただくよう努力している。			
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	運営推進会議や家族の面会時・利用者との日々の会話から意見や不満などを聞いて職員同士で共有するように努め、クレーム・相談報告書を記入し他部署・上司にも報告し改善に努めている。	法人独自にアンケート調査等を行い運営に関する意見を反映できるような方法を試みている。また、運営推進会議にも家族代表が参加しており細やかな意見の聴取ができています。		
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	業務改善会議を通し意見を交換できるようにしている、定期的に個人と面談するなどして、出来る事・出来ない理由を説明している。	職員は、施設長と日常的に話し合うことが出来るようであった。また、不定期ではあるが個人面談なども行い職員が自由に意見を言える仕組みづくりが出来ていた。		
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	責任や勤務状況に応じやりがいが感じられるよう評価している。			
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	経験や責任に応じ、職員の意見を聞きながら研修を選択している、研修に行っていない職員も相互に高めあっているよう、勉強会や意見交換を行っている。			
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	研修や市の集まりを通し、他の事業所の職員との意見交換や、介護支援専門員を通し、意見交換を行っている。			

自己	外部	項目	自己評価	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
			実践状況			
<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	始めは利用者も不安や疑問も多いと思うため、何度か面談の機会を設け、本人の意思や希望を聞いてご本人の意思が尊重できるようにしている。			
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	ご家族も始めての事でわからない事、不安なことがたくさんあると思うので、施設の見学や、面接などを繰り返し、ご家族の希望とすること不安などを解消できるようにしている。			
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	介護支援専門員に相談し、在宅での状態把握・家族状況を踏まえ、今後の望ましい選択肢について話し対応している。			
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	押し付ける介護ではなく、お互いに信頼できる関係であるよう心がけている。職員全員が利用者を支えあう良い関係作りが出来るよう、申し送り時・各棟会議・カンファレンスなどを通して啓発に努めている。			
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	入院当初から家族と相談しながら支援を進め、家族の意見も反映し、入所者との関係が遮断されないよう共に協力して支えているという意識が持ち続けられるようにしている。定期的に家族に面会を促したり、本人の気分転換をかねて、本人と自宅へ出向くなどの対応をしている。			
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	家族にも協力してもらいながら、馴染みの知人・友人との関係が継続できるよう、連絡の援助をしている。また、職員が入所者と共に自宅・親類の家を訪問し、馴染みの方々から疎遠にならないように努めている。	利用者の入居予定が決まった時より自宅に出向きその方が何を大切に生きてきたか、どの様な環境で生活してきたか。家族は居るのか、などその方を知る努力をしている。また、入居後も幼なじみ・お隣さん等がホームを訪れてくれる。また、本人と自宅を訪れているなど実行できている。		
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	レクリエーションを通して、他棟や他サービスの利用者との交流を図っている。気のあう利用者や買い物や食事を兼ねた外出や日々の散歩を行い、利用者同士の交流を支援している。			
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	退所後も、介護支援専門員・ケースワーカーを通し、家族や利用者の状況を知り、生活の支援の助言ができるよう連携している。			

自己	外部	項目	自己評価	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
			実践状況			
<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	食事や趣味などの希望はなるべく反映させるよう努力している。困難な場合は理由の説明をして、理解していただいている。	日常生活場面や家族からの情報を基にその方の思いをくみ取れるような支援を行っている。 お寿司が食べたいなどの意向を持っている方も多くあり定期的な外出以外に病院受診後など意向に沿える仕組みを作っている。		
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	家族・担当医師やサービス担当者・市の職員を通し、情報収集に努めている。また、本人からの思い出話などに耳を傾けるようにし、職員全員で共有している。			
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	観察・記録や申し送りなどから総合的に見ている。			
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	本人の意向・病状の中で必要なケアはもちろんのこと、ご家族の考え・現場スタッフが日々の生活を見ていて本人にとってより良い生活とはなにかを意見を出し合って計画をたてるよう努めている。	介護計画は、職員・現場スタッフ・医師・家族の思いを反映し、入居者の思いをくみ取りながら定期的に作成されていた。	作成された介護計画が日常生活に活かされその方の日々の生活が豊かになれるようなケアプランの作成と実践を期待する。更にその実践が介護記録に記載されモニタリングに生かされる事を期待する。	
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	個々の生活記録があり、観察や変化や違いなど気がついた点は記録するようにしている。			
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	当施設に併設されている、居宅支援・デイサービスの機能を活用し協力して支援している。			

自己	外部	項目	自己評価	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
			実践状況			
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	地域の消防機関に協力してもらい、避難訓練・救急救命講習を施行。また、地域の民生委員・区長・市の職員の方々の助言をもらいながら支援している。			
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、納得が得られたか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	入所時に本人・家族から希望を聞き、主治医と連携をしながら、病状にあわせ受診の支援をしている。	ホームと専属契約している医療機関の医師が、毎週水曜日定期的に訪問し入居者の健康状態の把握をしている。緊急時は、24時間対応の医師が電話などで対応してくれる仕組みがある。		
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	利用者の一番身近にいる介護職として、少しの変化でも職場内の看護職に相談し、助言を聞いている。定期的に来訪してくれる看護師にも不明な点はたずねて全介護職に報告している。			
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。	ご本人への面会、家族を含めて医療機関と随時連絡を取り合うようにし早期退院に向け受け入れ体制がとれるよう、退院後の指導・注意・助言をいただいている。			
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	入所時より重度化に対する説明を行い、家族・本人の意向を把握、書面に残し入院中も方針についてご家族・病院関係者と協議し決定している。終末をホームで全面的に迎えたいと考えている利用者・家族もいる。医師との連携で柔軟な対応をしたいと思う。	入居時家族とターミナル時の対応について相談し同意書を取り交わしている。ご本人の容態が変わる度に医師・家族と相談し同意書の更新を行っている。職員は、終末期に向けた研修を行いながら利用者が出られるだけ安心した生活がおくれるよう支援されている。		
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	定期的に勉強会をおこなったり、インシデント・アクシデントレポートの記入から管理者から介護職まで対応策を話し合っている。また、消防署員による救急救命の講習を受けて、急変時や事故発生時の対応を学ぶように指導している。			
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	定期的な避難訓練を行い、災害時のマニュアルを全職員が熟知できるようにしている。また、地域の消防団・近隣住民の方々へも災害時の援助をお願いしている。			

自己	外部	項目	自己評価	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
			実践状況			
<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	入居者一人ひとりの性格や行動を職員が把握し、利用者のプライドを大切に接し方や言葉かけをしている。		利用者個々の部屋にトイレが設えてあり、個々の好みによってカーテンなどでプライバシーが保てる建物になっていた。また、個人情報についても同意書がとられ適切に管理されていた。	
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	料理・献立など利用者の希望を取り入れたり、衣類の選択も本人の要望にあわせたりと、基本的には利用者の思いや望みを大切にし、日々の生活の中で、その思いを話せるふいんきを作り出そうと心がけている。			
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	個々のペースに合わせた生活パターンの支援するようにしている。趣味や買い物など一人ひとりの個性にあわせ、日々の予定をくんでいる。			
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	近隣の理容師さんの訪設により、好みのカットをして頂いている。また、希望によっては家族と美容院に行けるよう配慮している。			
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	食器の選択など配慮したり、職員と一緒に食事を取ることもある。行事やお祝い事などは一緒に楽しめるようにしている。	毎日の食事作成時、できる方には手伝ってもらったりしながら生活している。定期的に外食が楽しめるように行事の計画をしている。	食事摂取時、職員が見守っている状況が見られた。食事介助が必要な方も自分で出来る事が多くあると思われる。持てる力を生かすため職員も一緒に食事を摂るなどの試みをしながらゆったりした時間をもち持てる力を引き出す支援を期待する。	
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	皮膚の状態・飲食の摂取量や排泄の回数・定期的な体重測定など記録に残し、職員全体で把握できるようにしている。			
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	生活のパターンを作り出せるように、外出から帰設後の手洗い・うがいや食事後・就寝前の義歯の洗浄・口腔ケアを支援している。			

自己	外部	項目	自己評価	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
			実践状況			
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	できる限りトイレでの排泄を試み、オムツに頼らない自立に向けた支援を行っている。	居室には、個々にトイレが設置されその方ひとり一人に合わせた方法で自立に向けた支援がされていた。病院でオムツ使用になってしまった利用者も自室での排泄が可能になっている。		
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	散歩・レクリエーションによる身体機能の活性化に心がけ、水分の補給や乳製品・繊維質の多い食物などメニューに加えるように心がけている。それでも便秘がちな利用者には医師に相談をしている。			
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	時間の調整や時間帯は一人ひとりの体調に合わせて行っている、回数も制限は決めずに支援している。	入浴の時間は特に定めずご本人の体調に合わせた時間帯で入浴ができるよう支援されていた。		
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	個々のADLに応じ日中余暇活動を取り入れ、夜間良眠できる環境作りように気を配っている。			
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	受診後の内服処方では確実に申し送りをして、正しく内服できるよう注意している。また、処方内容の注意事項等を確認している。			
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	一人ひとりの歩んできた人生の経験から、出来る事・好きなことを把握し、散歩や食事・畑仕事・洗濯・掃除など日常生活の中から本人にあった楽しみ方や好きなことをしていただいている。			
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	その日になって自宅付近へ出かけたいとか、昔住んでいた家を見たいなど、個々によって希望はそれぞれ違うが、家族の協力などを得て、できる限り要望に添うように心がけている。	ご本人の意向に合わせて買い物に行く・自宅に戻ってみる・墓参りに出掛ける・買い物に行くなど様々な場面で外出できるような場面が作られていた。また、同一法人で飼っているヤギに会いに行ったりしている。		



自己	外部	項目	自己評価	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
			実践状況			
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	自己管理が可能な方には、利用者・家族が了解した分を管理してもらっている、自己管理が難しいと判断した場合は、利用者・家族とも相談し買い物など希望した際にはすぐに本人に渡せるようにしている。			
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	手紙は本人に渡し、読めない場合は本人の許可を得てからなるべく居室にて代読や代筆を行っている。			
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	レクリエーション活動で作成した物、行事などの写真等を飾り共有空間に家庭的なふいんきを作り、玄関先にも草花などを配置して利用者や家族にも心地良く過ごせるよう配慮している。	共用の空間は、食事テーブルの他ソファなどが設置され入居者が食後など自由にくつろげる空間ができていた。ホームの玄関前にもウッドチェアが設置され散歩に出られない方も日光浴ができる様な設備になっていた。		
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	ソファやテーブルの配置・話が合う利用者と食事の際隣同士にするなどくつろぎやすい雰囲気をつくり、自室で独りでもくつろげるよう利用者の好みの本・写真・花などを飾っている。			
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	使い慣れた生活用品・寝具や家具を持ち込んでいただき、配置も本人の意向を踏まえて行うよう配慮している	利用者本人の好みに合わせ自宅からの馴染みの物も鑄込まれている。家族写真なども手作りの額に入れられ自室に飾られていた。		
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	一人ひとりの認知状態や判断を否定しないように心がけて支援している。			

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	1	職員の転倒防止・転落防止という観点から、車椅子乗車時安全ベルトを使用することがあり、また、傷やオムツをいじるため、つなぎ着用をしていたが、本人は窮屈であり、苦痛を伴うものである。	安全ベルト・つなぎ着用を最小・最低限にする。 (安全ベルト・つなぎを使用する時間を減らす。) スタッフ全体で拘束を減らすことへの意義を理解する。	①なぜ、転倒・転落の危険があるのか、なぜ、オムツをいじるのか？を職員全員が考え、利用者の思い、体位を変えるには何をすべきか常に考えるようにするために、研修や勉強会を開催する。 ②管理者は①の事がなぜ必要なのかを、スタッフに繰り返し、説明していく	12ヶ月
2	2	新人スタッフを含め、全スタッフの介護の向上を図りたい。	スタッフ全員が認知症の理解・拘束をしない介護など、介護技術の向上・認知症についてのプロとなるための知識をつける。	①自分自身の向上の為に、研修会に参加したり、定期的に勉強会を開催したい。 ②一人一人年間の自己目標をあげて、自分自身を変えていく努力をする。 ③各自、個人面談をして、本人の悩み・不安などを 解消していく。	12ヶ月
3	3	記録の方法で、わかりづらい・見づらい・家族などに記録開示を希望されてもわからない、など難点がある。	誰が見てもわかりやすい、記録をする。	①時間の記入 ②内容・誰が読んでもわかる言葉で記入する。 ③時間・内容(ケアプラン・主治医の指示)の記録を色分けし、見やすい記録にする。	6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。