

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	0873900716		
法人名	株式会社 いっしん		
事業所名	グループホーム いっしん館こまち		
所在地	茨城県土浦市藤沢894-1		
自己評価作成日	H22. 2. 10	評価結果市町村受理	平成22年5月17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22年3月19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>毎朝ラジオ体操を行い、生き生きとメリハリのついた生活支援をしている。</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>法人の代表が常にホームの運営に関わり、職員と共にホームの課題に熱心に取り組んでいる。各ホームにおける質の高いケア提供を目指してエリア制を実施しており、複数のエリアマネージャーがホームの運営や緊急時の相談に当たる等、常にホームの管理者・職員をサポートしている。 市の介護相談員からの情報等も取り入れて利用者それぞれの思いを丁寧にくみ取り、全職員の気づきや意見を十分に反映しながら、利用者一人ひとりの自立支援や自己決定を尊重した介護計画が作成されている。また、日々の外出や地域の行事への参加、地元の方々との交流等は利用者それぞれの希望を取り入れてきめ細かに実施している。法人全体の行事としてその組織力を十分に活かし、家族も含めて利用者や職員が全員参加しての一泊旅行等を実施しており、家族間の親睦や利用者の楽しみ事としてたいへん喜ばれている。</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 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、安心して暮らしている (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
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	事業所の理念をいつでも確認できるように掲示している。新人マニュアルにも理念が組み込まれており、常に具体的な行動方針として、職員が理解し、実践している。	理念が掲載してある「いっしん基本マニュアル」は全職員が持っており、常に行動の指針にしている。月1回開催するスタッフミーティングではケアが理念と一致しているか振り返りを行っており、2ヶ月に1回は法人の代表が出席し日々のケアに理念をどのように反映させていくかについて具体的な話し合いをしている。	
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	踊りや歌、傾聴ボランティアを通し、地域との交流を図っている。また、近隣の方から野菜を頂いたりホームで外出した際には、お土産を渡すなどの交流を行なっている。	ボランティア等の地域資源を活用したり、地元の方から地域を深く知るための資料を頂いたり、地域の行事に参加したりして地域と自然な交流ができるよう取り組んでいる。またホームの夏祭りには地域の方々にも積極的に声かけして多数の参加があった。周りの住民とは日頃からの挨拶・声かけ等により地域の一員として自然な付き合いができています。	
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	前回の運営推進会議で取り上げられた検討内容や提案について、その経過を話し合い、ひとつずつ積み上げていくようにしている。また、現在取り組んでいる内容についても報告し、意見をもらうようにしている。		
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	2ヶ月に1度会議を行い、参加者からの意見を参考としたケアの方針を揚げ、サービスの向上に努めている。	利用者・利用者家族・地区長・民生委員・行政の担当者・介護相談員等の出席の下で2ヶ月に1回開催している。会議では情報公表・外部評価等の結果やホームの行事等を報告し、出席者からは意見や要望等も出され、また地域の行事等についての情報提供等もあり、日々のケアサービスに反映させている。	
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	GH連絡協議会にも行政の参加があり、サービスの向上について話し合いを行なっている。また、生活保護受給者の方も入居されているため、市の担当者の方々と情報交換する機会も多い。	市の担当者とは必要に応じて気軽に相談できる関係が出来ている。また市の介護相談員が毎月ホームを訪れ、利用者や直接お話をすることでホームでの利用者の様子を把握し、気になる事は率直に話し合いながら解決していく協力関係が出来ている。	
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	日中の施錠はしていない。入居者一人ひとりの行動に注目し、安全に生活ができるよう支援している。また、身体拘束に関するマニュアルを作成し、職員の理解を得ている。	身体拘束の弊害についても全職員が承知しており、身体拘束について細部にわたる検討を常に行い拘束の無いケアを実施している。利用者一人ひとりの行動の傾向を把握して常に見守りをし、日中は玄関の施錠をせず伸び伸びとした生活が出来るようにしている。	
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に注意を払い、防止に努めている	虐待になる前に相談の機会やミーティングを行い、虐待を未然に防いでいる。		

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	対応が必要と思われる入居者がいる場合は、随時、職員に説明を行ないながら入居者の支援に結び付けている。		
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、丁寧に説明を行なっている。特に利用料金や起こりうるリスク、看取りについての対応方針医療連携体制の実際などについて詳しく説明し、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	ご家族には、月に一度手紙を出している。また、訪問時には常に問いかけ、なんでも話していただけるような雰囲気作りを行なっている。出された意見や要望は、ミーティングで話し合っている。	利用者・家族が意見・要望を言い易い雰囲気作りに取り組んでおり、常に率直な話し合いをしている。利用者の希望により他のホームとの趣味による交流が実現したり、家族の要望で法人の経営する全グループホーム合同の家族会を実現させる等積極的に利用者・家族の意見や要望を事業所の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	日頃からのコミュニケーションを心がけ、ミーティングなどでも意見を出してもらっている。	月1回のスタッフミーティングにはエリアマネージャーが出席しており、隔月には法人の代表も出席している事から職員の意見や提案を直接伝えられる仕組みが出来ている。また、異動や勤務体制・研修等には職員の希望が取り入れられている。	
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	運営者も頻繁に現場に顔を出し、利用者と過ごしたり、職員の業務や悩みを把握している。また、社内にヘルパー養成講座の事業所をもうけ、資格取得に向けた支援を行なっている。		
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	2ヶ月に1度の社内研修を行い、職員の段階に応じてできるだけ多くの職員が受講できるように計画が立てられている。		
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	社内交換研修や男性ミーティング、合同のイベントを通して交流・意見交換を行なっている。また、研修会への参加も勧めている。		

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
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	必ず本人に会い、心身の状態や本人の思いに向き合い、職員が本人に受け入れられるような関係作りに努めている。		
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	入居前に面接を行い本人・ご家族から聞き取りして記録に残し、全スタッフが把握している。入居後もその都度要望等を伺っている。		
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	可能な限り柔軟な対応を行い、場合によっては他の事業所のサービスにつなげるなどの対応をしている。		
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	本人の思いや根本にある苦しみ、不安や喜びなどを知ることに努め、暮らしの中で共に支えあえる関係づくりを心がけている。		
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	ケアプランはご家族の意見を取り入れながら作成しており、気軽に面会や電話連絡をしていただけるよう環境作りをしている。また、こちらからの報告・連絡体制も整えてある。		
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	家族や友人のお墓参りにお連れしたり、行きつけの美容室を利用していただくなど、本人の希望にや生活習慣を継続させるような支援を行なっている。	馴染みの方からの贈り物や手紙が届いたり、急な面会等にも快く応じたりと、利用者と馴染みの方々のお付き合いを積極的に支援している。靖国神社参拝等を希望される利用者には法人全体が協力して実現できるようにしている。	
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	館単位のレクリエーションや他館と合同の夏祭り・一泊旅行を通して沢山の仲間と交流する機会を作っている。時には他利用者様を助ける姿も見られる。		
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	利用が終了した方でも、行事に参加していただくなど、継続的な付き合いに心がけている。		

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
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	日頃からのコミュニケーションを心がけ、把握に努めている。また、言葉や表情などからその真意を考えたり、それとなく確認するようにしている。	日々の関わりの中から一人ひとりの思いや希望を聞いたり、介護相談員をとおして話された事等でそれぞれの思いの把握に努めている。また把握した各人の思いはセンター方式の私の姿や私の気持ちシート等を使って全職員で確認し合っている。	
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	生活歴等の情報だけでなく、本人からもこれまでの暮らしについて話を聞くなど、本人の把握に努めている。		
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	本人の生活リズムを理解することと共に、行動などから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	日頃からの関わり合いのなかで、思いや意見を聞き、反映させている。アセスメントを含め、職員全員でモニタリング、カンファレンスを行なっている。	センター方式の一部を利用して本人の思いや希望を十分に把握した上で、一人ひとりの個性を大切にしながら自立支援や自己決定を尊重した、たいへん丁寧な介護計画が作られている。モニタリングやカンファレンスも全職員が関わって丁寧に実施されている。	全職員で、現在作成されている介護計画の援助内容の精査や介護計画の実施経過がわかるような記録についての検討等、介護計画・モニタリングについての更なる充実を期待したい。
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	個別にファイルを用意し、暮らしの様子や、本人の言葉などを記録している。すべての職員には、勤務開始前の確認を義務付けている。		
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、家族の状況や要望を軸に、臨機応変に対応している。急な外出や緊急受診等にも柔軟に対応している。		

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
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	運営推進会議の際に、周辺情報や支援に関する情報交換、協力関係を築いている。		
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	事業所の協力医の他、本人やご家族の希望に応じて対応している。	本人や家族の希望によるかかりつけ医への受診や協力医による住診等必要な医療が受けられるよう支援している。協力医とかかりつけ医は文書による情報の共有や職員からの伝言で常に利用者の状態がわかるようになってきている。	
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	訪問看護との契約に基づき、日頃の健康管理や医療面での相談、助言、対応を行ってもらっている。		
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。	入院によるダメージを極力防ぐため、医師と相談の機会を持ち、対応可能な段階でなるべく早く退院できるようアプローチしている。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	本人や家族の意向を踏まえ、医師、職員が連携を取り、安心して納得した最期を迎えられるように支援している。	終末期の過し方は法人全体で考えており、法人の方針は契約時に本人・家族に説明し了承してもらっている。重度化した場合には往診の医師の判断により本人・家族・職員が終末期の過し方や何処で過ごすか等の具体的な話し合いをし、本人や家族の意向にそった方法が選択できるようにしている。	
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	消防署の協力を得て、緊急の処置方法や蘇生法の研修を行なっている。また、夜勤時の緊急対応マニュアルを整備し、周知徹底をはかっている。		
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	消防署の協力を得て、年2回入居者と共に避難訓練を行なっている。全スタッフが2年に一度救命講習を受講している。	消防署の協力を得て年2回避難訓練を実施している。夜間想定避難訓練も利用者と共に実施している。避難場所・避難経路・緊急時の連絡網等の整備をしており、広域避難場所の確認もしている。	避難訓練時には近隣の方々にも声かけして具体的な協力依頼を検討したり、地域の防災訓練等に参加して災害時に地域からの援助が受けられるようにしておく事やホームが地域に貢献できる事等を伝える取り組みを期待したい。

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
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	まずは本人の気持ちを大切に考え、さりげないケアを行ったり、自己決定しやすい声かけに心がけている。	親しみを込めた言い方の中にも年長者である事を意識した丁寧な声かけがされていた。写真入のお便りは一人ひとりを対象に作成し個別のコメントを記入して送付している。個人情報には鍵付きのロッカーに保管して情報の保護に努めている。	
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	個別にゆっくりと会話をする機会を作り希望を聞き出している。また、自己表現できない方からは表情から読み取り支援している。		
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	1日の基本的な流れはあるが、時間を区切った過ごし方はせず、できるだけ個別性のある支援を行なっている。		
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	その日に身につける洋服を一緒に選んだり、新しい衣類を購入する際には個人レクとして外出するなど支援している。		
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	メニューは、利用者様の好みのものを聞きながら作成している。台所には仕切りが無く調理中の様子や香りが利用者様に届くつくりになっている。	1Fユニットと2Fユニットで一緒に季節感を取り入れたメニューを作成し、主菜・副菜を交互に作り一緒に食事を楽しんでいる。食事介助は利用者のペースに合わせてゆったりと声かけしながら行われていた。家族の訪問等もあり賑やかに笑顔のある食事風景が見られた。	
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	食事量も個々に合わせて調整し、毎食後に確認している。また、本人の好きなものや食べやすいものを出すよう心がけている。		
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、本人の状態に合わせた方法で声かけや介助を行なっている。方法は歯科往診時に相談している。		

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	排泄記録表を使用し、尿意のない方にも時間をみて誘導することにより、トイレで排泄ができるよう支援している。	排泄のパターンを把握して利用者それぞれに合わせた声かけ、誘導で排泄の自立を目指す取り組みをしている。パットを使用する取り組みを通して日中自立になった利用者等もあり、一人ひとりの状態に合わせた無理のない支援を行っている。	
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	排泄記録表を使用し、パターンを把握している。また、便秘予防のため、十分な水分補給と毎日ラジオ体操を行なっている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	これまでの生活習慣に合わせ好みの時間に入浴できるよう、配慮している。また、入浴剤などでリラックスできる環境作りもしている。	利用者の好みの時間に入浴できるようにしている。気のあった者同士での入浴や長湯・熱い湯等それぞれが楽しめるようにしている。また菖蒲湯や柚子湯等、季節をたのむ工夫もしている。さらに利用者の希望によって同性介助も行っている。	
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	本人の生活リズムに合わせ、昼寝をしたり、心地よく眠りにつけるよう、日中の行動に配慮している。		
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	個々の薬についての情報を個別にファイリングし、職員がいつでも確認できるようにしている。また、薬の内容に変更があった場合には往診担当者が申し送りをし、周知徹底している。		
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	個々の得意分野で力を発揮できるよう、家事や日曜大工などをお願いし、感謝の言葉を伝えている。		
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	一人ひとりの習慣や、楽しみに合わせて外食や散歩、個人レクレーションを企画して積極的に外出している。地域のイベントにも積極的に参加している。	日々の散歩や好みの美容院、買物、墓参等個別の外出は頻繁に行っている。またホームのイベントとしての外出も定期的に行い、地域での行事にも積極的に出かけている。年1回の1泊旅行は家族も含めて体調の許す限り全員が参加して盛大に行われ利用者・家族からたいへん好評である。	

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	現在は自身で金銭管理が出来る、もしくは支援によって出来る方がいらっしゃるが、必要によって支援できるよう準備してある。		
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	本人の希望にあわせて、電話や手紙を送ることができるよう支援している。		
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	フロアの装飾品や家具などは、入居者と共に考えながら設置している。また、入居前に使用していた家具や仏壇などがあれば持ち込んでいただける。	見やすい時計、文字の大きなカレンダー等が目につき易い場所に掛けてあった。お雛様のカレンダーや桜の枝を飾って季節を感じてもらふ配慮があったり、利用者の手作りのれんや絵が程よく飾られ落ち着いた雰囲気になっている。トイレ、浴室等も利用者の機能に合わせて使い易いようにとの配慮があり、清潔が保たれていた。	
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	フロア内には、個人のソファや大きめの椅子などを置いてくつろぎのスペースを用意しており、おのこの好みの場所で過ごしていただけるようになっている。		
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	居室内には馴染みの家具や好きな品々を持ち込んでいただき、本人・ご家族と相談しながら居心地のよい空間作りをしている。	絵の好きな利用者はイーゼルを持ってきていたり、野球の好きな方はひいきのチームのポスターを飾ったり、また、鏡台や好みの物入れ、家族の写真等それぞれがこだわりの品々を持ち込んでその人らしい部屋作りをしている。	
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	本人の身体状況に合わせ、環境整備に努めている。また、必要な目印を付けたり、物の配置に配慮している。		

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	介護計画の援助内容の精度や実施経過が分かるような記録についての検討等、介護計画・モニタリングをさらに充実させる。	全てのスタッフが利用者一人ひとりの介護計画を把握し、いつでも確認しながら日々のケアにあたることができる。介護計画書・モニタリングの内容をより充実させる。	介護計画書を介護記録と隣り合ったページに綴じ込み、その日の配置に着く前に内容を確認する。毎月の担当者会議・モニタリングに加え、3ヶ月に一度介護計画の振り返り(モニタリング)を行い必要に応じて介護計画の書き換えをおこなう。	3ヶ月
2	35	災害時対策として、近隣に住む方々との連携がとれていない。	避難訓練には近隣の方々にも参加いただき、万が一災害(火災など)が起こった際はすぐに地域からの援助が受けられるような仕組み作りをする。	次回の避難訓練には地域の方(地区長様、民生委員様・ご家族様)にご参加いただき、ご意見を頂きながら災害時の地域との連携を図れるよう、地域密着運営推進会議等で話し合いをしていく。	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。