

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	0873700488		
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玉造		
所在地	茨城県行方市玉造甲476-1		
自己評価作成日	平成21年8月20日	評価結果市町村受理日	平成22年5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11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)】

明るくゆっくりと利用者様の好きな様にすごして頂いている。買い物・外出など訴時にすぐ対応している。
--

【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)】

自然に囲まれた環境にあり、隣接する保健センターと利用者との交流も盛んにである。保健センターでの講演会や勉強会に参加することもある。ホームの畑があり、自由に野菜作りを楽しんでいる。時には食卓を彩り食の楽しみも味わっている。近くにはショッピングセンターがあり、買い物を楽しむ事もできる。何より図書館が近い事は、自分の目で好きなだけ借りられて、本が好きな利用者にとって恵まれた環境である。職員の対応も個人個人を尊重した、柔軟な対応になっている。常に理念を意識できるのは、社長が職員や利用者へ直接声を掛けることで、お互いに理念の共有ができていからである。

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 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
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	散歩・買物などを通して地域の方々に気軽に声を掛けたり挨拶ができる関係である。グループホームという施設を理解して頂けるように理念を掲げている	9月から体制が変わったのを機会に、地域との関わりを中心にした独自の理念を掲げている。社長とスタッフの交流が2カ月に1回あり。理念については職員はもとより、運営会議や家族との共有はできている。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	レクリエーションや夏祭り・クリスマス会など、近隣の施設や老人会の方を招待し一緒に楽しんでいる。地域のイベント、祭りなどにも積極的に参加している。	区長さんや保健センターから情報をもらっている。隣の保健センターでの行事にも参加している。老人会はないが、散歩で顔馴染みとなり時にはせりをもらうこともある。また、夏祭りを通じて近くのグループホームとの交流もある。	
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	運営推進会議を2ヶ月に1回開催し地域住民への働きかける機会を設けている		
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	利用者様の様子、行事(レク)現在抱えている事柄などを報告。参加者(委員)からの意見・質問・要望などを受けて検討・サービスの向上に活かしている。	利用者のこと、インフルエンザの勉強会を行う。民生委員も参加し、役所の担当も協力的。家族会も同時に開催。スタッフの名前がわからないという家族の声に、玄関に出勤者の顔がわかるように写真を掲示する工夫をしている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者や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	月に1回ケアマネの定例会に参加したり、職場体験の場として提供をしている。施設見学等を受け入れを継続していることで、地域に根づいてきている。最近は入居に繋がられている。	ケアマネの定例会に参加し、職場体験の場として提供をしている。施設見学等を受け入れることで地域とのかかわりを密にし関係性は良好に保たれている。	
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	日々の生活の中で常に人生の先輩として尊敬をしながら業務に携わっている。安全面に配慮し抑圧感の無い自由な暮らしを提供できるようにスタッフ全員が心掛けている。身体拘束についてのマニュアルがある。	3か月に1回研修を行っているスタッフミーティング後に勉強会を行い、拘束と思われるものについては即時改善に努めている。言葉の拘束についても全員で共通理解をしている。利用者の呼び方については本人、家族に確認する。	
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逃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	ミーティング・申し送りなどを活用し日々の状況が細かくわかるようにしてある。暴力行為だけではなく言葉や態度などにも配慮するように常に職員に伝えている。		

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に支援している	機会があるごとに職員に説明を行っている。現在活用されている方もいらっしゃるので、関係を密にすることで、他の利用者様にも必要であれば支援していきたい。		
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・解約改定等の際は御家族様に十分納得を得た上で同意を得ている。		
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	苦情窓口を設けているが、御家族様とは来館時には職員が誰でも必ず話しが出来る環境、または時間を作っている。相談・苦情・要望は随時受け付けすぐに対応できるようにしている	電話対応も行っているが、面会に来た時にスタッフルームでゆっくり聞けるように取り計らっている。家族が話しやすい環境になるように心掛けている。	
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	人事に関しては本社に一任しているが、利用者様の受け入れ、継続の可・否等はスタッフの意見を取り入れている。状態によっては他の施設(いっしん内)を紹介する事もある	職員はその都度意見が言える。社内研修の他、DVDを見るなどスタッフが個々に考えている。社長は議事録を見ながらスタッフの意見を引き出している。交換研修月2回。男性ミーティング月1回あり、会社研修室で行っている。	
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	運営者は2ヶ月に一度ミーティングに参加し職員が向上心を持って働けるように努めている。管理者は定期的に個別面談等を行い、職員が疲労やストレスが溜まらないように、明るい職場作りに努めている。		
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	新人研修を随時行っている。現場では能力に応じた丁寧な指導を行っている。社内研修を3ヶ月に1回行って居りその内容は職員全員が周知している。管理者は、月に1回スキルアップの為研修を行っている		
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	毎月地域のケアマネの定例会に参加し情報の共有化を図り質の向上に繋げている。又近隣のグループホームと交流を持ち、情報の交換も行っている。		

自己	外部	項目	外部評価	
			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
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	事前面談で生活状態を把握しているが、入居後は1対1で話の出きる場面作りをし、本人の想いや不安を受け止め、アセスメント方式によって個別支援計画書を作成している。	
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	ご意見箱は設置してあるが、面会時または電話などで十分に話しが出来る時間を作り、御家族様が求めているものを理解し、希望をケアプランに組み入れ作成している。	
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	グループホームに合っているか見極め、他のサービスが適している時は御家族様と相談し支援している	
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	施設内には家庭菜園が有り、職員と一緒に協力しながら作っている。食事作り・お掃除なども手伝って頂いて居り、昔のならわしなども数多く教えて頂いている。	
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	行事・一泊旅行に参加して頂ける様支援し変化時には家族に連絡・相談している。月に一度お便りをお送りし現況報告をして居る。一緒支えていくための協力体制を整えている。	
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	遠方の方々には手紙・電話でのやりとりが主であるが、地域の方々には知人・友人の方にも気軽に来館していただけるように環境を整えている	遠方から、つりに来ながら立ち寄ってくれる方がいる。散歩がてら床屋に行く方にスタッフが付き添う。近くにショッピングセンターがあるので、3日に1回は職員と一緒に行く。馴染みの人が2週に一度訪ねてくれる。
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ご利用者が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	お茶や食事の時間にはより多くの会話ができるようにしている。世話役の方には出きる限り役割を發揮して頂いており、利用者同士の関係が円滑になるように働きかけを行っている	
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	等事業所はグループホーム・有料老人ホーム・高齢者住宅・三本柱になっている。事情により退居になってしまった後も相談を受け、現況に合わせた支援を行っている。	

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
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	個々の話を傾聴し、本人の希望を見出し把握に努めている。意思の疎通が困難な方にはゼスチャーなどを交えながら汲み取り把握が出来るようにしている	一緒にお茶を飲みながら直接本人から聞いたり、困難な人は場所を変え、スタッフ一人に対応するなど工夫している。選択枠があり本人からくみ取り、スタッフ共有している。入居時に昔の事を家族、利用者からヒヤリング。将棋が得意な方のために将棋大会開催し、隣の高齢者住宅の方とも対戦している。	
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	全スタッフが利用者様の生活歴を把握し、又、御家族様に昔の話を聞き、アセスメントをしながらまず本人の出来る事に注目をし、一緒に行い支えていけるように取り組んでいる。		
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	毎日の心身状態は、ケース記録・申し送りを活用して把握している。個々の状態に合わせてお手伝い・テレビ観賞・将棋・オセロ・散歩など本人の出来る事・好みを生活の中に多く取り入れている。		
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	ご本人・御家族さまの意見・要望を聞き、利用者様主体の生活ができるように、モニタリング・アセスメントを実施し介護計画を作成している	職員の方が、ひとり2~3件担当して作成。1週間ごとにファイルに入れる。受診のための資料としても活用している。アセスメントにセンター方式の一部を使っている。	短期目標達成可能なものを具体的に設定し、介護記録と連動したものに検討していただきたい。モニタリングはアセスメント表に色を変えて記入するの一つの方法として参考にしてください。
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	1日を通し様子をケース記録に記入し必要時には申し送り帳も活用している。普段より情報を共有している事で、状態によっては介護計画書を見直している。		
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	等事業所はグループホーム・有料老人ホーム・高齢者住宅・三本柱になっている。医療行為が必要な時は連携している病院に相談し柔軟な対応をしている。		

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	地域のスーパーに買物に行ったり、外食などにも出掛けている。警察や民生委員・老人会などへの協力をお願いしている。又ボランティアの方にも来て頂いている		
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	入居時、利用者様・ご家族様の希望を確認し、希望に沿った医療機関受診もしている。医師の紹介状と連携によって体制が整っている	入居前からのかかりつけ医受診には、家族またはスタッフが付き添う。往診・訪問看護・クリニックの連携がとれていて、24時間対応できる。眼科・精神科の往診もある。	
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	訪問看護ステーションと連携を取っており、利用者様の健康管理・相談・助言等を常に行って頂ける体制が整っている。		
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。	定期的に面会担当医師・看護師から病状説明を受け、対応可能な段階で早期退院ができる様に働きかけを行っている。退院後も病院側と電話などで連絡を行っている。		
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、事業所の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	その人らしい生活が送れる様に、本人・家族の意向を踏まえ、終末期には医師と職員が密に連絡を取り、安心して迎えられるように取り組んでいる。マニュアルがある。	ターミナルは家族と医師と十分に話し合い、意向に沿えるような対応を決めている。看護師が隣のデイに勤務しているので、医師に相談するほどでもないが心配な時は見てもらえることができる。医療的な部分での不安を解消してくれるので心強い。	
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	応急処置ができるように、マニュアルや薬の救急箱も備えており手当てができるようにしている。全ての職員は救命救急講習を受講している		
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	避難訓練を年2回(夜間・地震想定)実施している。地元消防団への働きかけもしている。職員全員が災害時避難場所を周知している。	年2回夜昼想定で行っている。マニュアルあり。電話、住所、利用者の生年月日、家族の連絡網あり。誘導はエレベーター対応だが、階段利用のため、おんぶ紐を用意した。広域の避難場所は保健センター。備蓄は3日分用意。期限を見ながら交換、水の補給も行っている。	

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
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	トイレ誘導の声掛けをする場合など、本人を傷つけないような言葉掛け・対応・声のトーンなどにも配慮している。居室内にてポータブルトイレを使用している方には、目隠し用カーテンをつけている。	写真については家族に承諾もらう。集合写真には名前を入れないようにしている。	
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	一人一人の話を傾聴し意見を尊重し、決定を利用者本人ができるような場面作りを心掛けている。意思表示が困難な方には表情・身振り手振りなどで交えながら決定場面作りをしている。どちらも相互の信頼関係の上で成り立っている。		
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	食事・入浴・トイレの時間を決めずその人に合わせている。煙草や晩酌を楽しんでいる利用者様もいる。買物などにも気軽に出かけている。		
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	1000円カット・毛染め・移動理容室など本人の希望に沿った支援をしている。朝の着替えは本人の意向できめて頂いているが、一緒に選んだりもしている		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	旬の食材を多く取り入れ、メニューに利用者様のリクエスト入れている。色彩などにも配慮し、眼で楽しみ食欲が湧く工夫もしている。できる方には準備も手伝っていただく場合もある。	ユニット毎の献立を、栄養士といっしょに考えている。利用者と米とぎ、食器拭き、男性は掃除と職員と一緒にやっている。中には晩酌される方もいる。イベント食はひな祭り、忘年会、おせち料理、ずしやなど外食も行く。	
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	毎食の摂取量は記入している。Dr指示にて水分の摂取量が必要な場合はその都度記入している。食欲の無い時は、栄養にとらわれず、好みの食事の提供をしている。栄養士のアドバイスを頂くこともある。		
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、利用者様に応じた口腔ケアを行っている。ハミング・ガーゼなどを使い状況に合わせたケアを行い清潔保持に努めている。毎週歯科往診がある		

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
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	排泄パターンを把握しその人に合ったトイレ誘導を行っている。(ボードに排泄時間を記入活用している)出来る限りトイレでの排泄が出来るよう促している。	夜もトイレ誘導、オムツはしない方針である。時間はトイレで記入。ADLや行動パターンを把握することで、オムツからトイレで排泄できるようになった方がいる。	
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	排泄パターンを記録し、便秘の方だけではなく普段から繊維質の多い食材や牛乳、ヨーグルトなどをメニューに取り入れている。水分補給は小まめにし、適度な運動も取り入れながら薬に頼らない工夫をしている。		
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	一方的に決めず、本人の希望にあわせての入浴をして頂いている。入浴剤などで温泉気分を楽しんで頂いている。	自由に入れる。ゆず湯などイベント風呂にしている。困難な方も入れるようになった例もある。また一カ月程度かけて安心して入浴できるよう配慮する例もある。	
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・生活のリズムを整えるようにしている。居室内の温度調整を常に心がけ、眠れない時は話を聴いたり温かい飲み物をお出ししたり配慮している。布団を干し寝具も清潔にしている。		
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	全スタッフが薬の内容を理解・把握しており指示通りに服薬が出来ている。変更時は食べ物や飲み合わせの悪い品名などを申し送りに記入、全員が周知できるようにしている。又 服薬後の状態観察に努めている。		
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	掃除・洗濯量・ゴミ捨て・買物・家事等とそれぞれが役割を持ち、職員と一緒に行動して生活の一部となっている。その都度感謝の気持ちを伝えている		
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	日常的に外に出る機会を作っている。散歩・買物・外食・ドライブなど、又 計画を立てお弁当持参での遠出など定期的に行っており楽しみの一つとなっている。ご家族来館時に買物や外食を楽しんでいる方もいらっしゃる。	お弁当を持ってドライブにでかけたりする。希望があれば即実行、その都度ドライブは対応している。散歩のときは反射たすきを着用、スタッフが付き添う。	

自己	外部	項目	外部評価	
			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
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	基本的には金銭は持たないが、一部の方は本人希望の為、御家族様と話し合い少額であるが自己管理されており、買物にはスタッフ付き添いにて行かれ本人が直接支払いをしている。	
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	電話はいつでも利用できる。手紙はお預かりし代理で出している。	
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	玄関・ホールには写真や季節の花を飾っている。常に館内外・居室内は環境整備に心がけており居心地良く過ごせる工夫をしている。	広いホールには畳部分があり、車いすでも入れるようなコタツがあり、家庭的な雰囲気である。利用者が毎日めくる日めくりカレンダーが飾ってある。窓の外に木がなく、季節感を感じるように手作りの紅葉の飾りがある。
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	ホールにはソファを置き、和室にはマッサージチェア、冬にはコタツを置き一人で過ごせる空間又他の利用者様と落ち着いてくつろげるスペースに取り組んでいる。	
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	使い慣れた家具や生活用品を持ち込んでいただき、本人の過ごし易い居室作りをしている。	家から仏壇を持って来た方がいる。読書が好きな方は、近くの図書館から借りてきた本を段ボールに入れて置く様子も見られた。
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	バリアフリーになっており、全体に手すりが付いている。階段には滑り止めをつけいる。安全面に配慮し誤認・錯覚・アクシデントの原因になるようなものを置かない配慮をしている。	

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	短期目標達成可能なものを具体的に設定し、介護記録と連動したものに検討する。モニタリング、アセスメント表に色を変えて記入する。	半年に1度の見直し時、色を変えて記入。ケース記録に番号をつけ記録とケアプランを連動するようにする。	ケース記録とケアプランを連動するように行う。アセスメントシートに色つけて、状態がどの様に変化したのか一目でわかるようにする。	12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、行を挿入して下さい。