

### 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	1171000175		
法人名	株式会社 メデカジャパン		
事業所名	八潮ケアセンターそよ風		
所在地	埼玉県八潮市中央3-1-12		
自己評価作成日	平成22年5月7日	評価結果市町村受理日	平成22年8月26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://www.fukushi-saitama.jp/saitama22/">http://www.fukushi-saitama.jp/saitama22/</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 埼玉県介護支援専門員協会		
所在地	埼玉県さいたま市浦和区仲町2-13-8 ほまれ会館3階		
訪問調査日	平成22年5月25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)】

レベル低下した方でもその人らしく生活ができるようにすることに重点を置いている。
---

【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)】

当ホームは市街地にあり、幹線道路に面した2階建ての建物で一階はデイサービス、2階がグループホームとなっている。全国展開している株式会社が経営しており、介護保険事業を多角的に行っている。環境面では施設内廊下や壁に季節の花や観葉植物、手作り装飾品を飾って家庭的な雰囲気に配慮しており、居心地良い空間づくりが来ている。ケア面でも往診医の受診状況や医学情報を毎月詳細に文書でご家族に送付するなどきめ細かい対応がなされている。職員間の交流も良い関係が築けていて、日々の介護にも熱心な取り組みが見られる。
--

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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. 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させている (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
<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	会社としての理念に基づき援助を行っている。	会社組織理念はあるが、当ホーム独自の理念は無い。朝・夕礼時に会社の理念を唱和している。しかし、地域密着型の理念の実践にまで至っていない。	地域性を生かしたホーム独自の理念をつくり、実践されることを期待したい。
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、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	地域のボランティアや学生との交流などを行う機会を設けている。	ジュニアリーダーの会、高校生との交流の機会を設け、おやつを作ったりして、一緒に過ごしている。又、社会福祉協議会のボランティア活動のメンバーを通じて、短くなった色鉛筆などを小学生に送っている。しかし、近所付き合いまでには至っていない。	自治会活動に参加したり地域とのつながりが深まることで交流が促進されることを期待したい。
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	特に積極的な活動はしていないが、介護についての相談等については随時受けている。		
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	参加者の意見やご家族からの要望を取り入れ、実際の介護サービスに反映させている。	2ヶ月に一回運営推進会議が開催されているが、自治会メンバーや行政の参加はなく、家族的な様子になっている。	運営推進会議に地域の代表の方や、市町村職員にも参加をお願いし、事業所の内容を理解してもらう取り組みから実施されることが望まれる。
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	随時担当者とは連絡を取り、サービスにて不明な点を問い合わせたり、定期的な会議の中で他施設との情報共有を行っている。	必要時、市町村との連絡は取り合っている。積極的に連携しようとする取り組みは見られる。	運営推進介護の議事録を持参するなどして、さらなる連携が深まることを望まれる。
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	身体拘束廃止委員会を立ち上げ、禁止事項やケアの方法等について話し合いを行い、全職員が正しく理解できるよう会議等で研修や情報を提供するなどしている。施錠も過度にしないよう取り組んでいる。	身体拘束廃止委員会が立ちあげられ、何が身体拘束に当たるかを学んでいる。一方、各ユニットの出入口は家族への説明と同意により施錠されている現状がある。	身体拘束廃止委員会があるので、その中で出来るだけ身体拘束をしない工夫について職員全員で話し合い、それを継続し改善策を検討する取り組みを期待したい。
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	書類にて確認するほか、事例を用いて具体的に考えてみるような社内研修を設けている。		

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
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	権利擁護や後見人についての研修を内部で実施しているほか、市民後見人の研修生が半年間来所していた際、話を聞くなどして知識を深めた。現在後見人がついている方もいるため、情報の共有に勤めている。		
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	入居前に何度か見学に来ていただき雰囲気を感じていただく他、こちらから訪問した時にも不安や疑問点については少しでも払拭できる様十分な説明を行い、ご理解をいただけるようにしている。		
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	運営推進会議の他、随時ご意見をお聞きするようにしている。ご意見については運営に反映できるよう会議等にて検討し、次回の運営推進会議等にて改善点を報告するようにしている。	面会時に、ケアに対する家族の意見を聞くようにしている。その意見を毎月の合同全体会議とグループホーム全体会議で検討され職員同士で話し合うようにしている。	
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	カンファレンスや会議等で職員からの意見を聞く機会を設けている他、個別の面談も設けている。意見や提案をまとめ、運営に反映できる事柄に関しては可能な限り行っている。	職員の意見は管理者にも届いており、会議等で検討できる体制にある。働きやすい職場について管理者は配慮している取り組みが見られる。	
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	年1回の契約更改制度にて雇用形態、給与等の見直しを行い、個々の業務に対するやりがいを持つような目標設定等を話し合う機会を設けている。		
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	入職1ヶ月以内の職員には集中して内部研修を行うほか、その他の職員にも内外の研修に参加できるような体制を作っている。会議の際に伝達研修の時間も設け、周知できる様努めている。		
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	市内の介護事業者連絡会に随時参加する他、定期的に行われる市主催のグループホームの会議にて市内の全グループホームの管理者と交流を持ち、意見交換を行っている。		

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
<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	入居前の見学や訪問の中で、身体状況の他精神的苦痛や困っていることを少しでも多く把握し、信頼関係を構築し問題点を改善できるように努めている。		
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	入居相談やアセスメント調査時等で様々な事柄を聞き、改善すべきことや協力体制の確認を行う。信頼関係が築け、話がしやすい状況になるように話し合いをする機会を多く持つようにしている。		
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	アセスメントを行い、入居することでまず必要としている支援は何なのかを明確にし、一つひとつ問題が改善されるよう本人・家族とも話し合いをしている。		
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	ご利用者様と職員は擬似家族であり、ご利用者様にとってグループホームは家であることと位置付けし、家事についてもできることはしていただくようにしている。		
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	外出・外泊は自由であり、生活の中で問題点等がある場合にはご家族に報告し、共に問題解決ができるような体制をつくっている。		
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	家族以外の友人や知人との関係が途絶えないよう、外出や面会等は制限していない。また行きつけの美容室などにも継続して通えるよう、援助している。	外部からの面会は自由であり時間の制限はない。なるべく今までの生活が継続できるよう通いなれた歯医者等の通院支援をしたり、手紙や年賀状などは継続して交流が図れるようにしている。	
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	家事仕事などは声を掛け合い協力し合って行えるような環境にしている。居室で一緒にテレビを見たり、お互いできないことを補い合ったりして生活している。		

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	入院し退居された方などは、その後の状況についてお聞きしたり、施設等の情報提供をすることもある。		
<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	ご本人から聞く様々な思いや意向について、可能な事柄は把握しその方らしく生活ができるように努めている。認知症等にて聞くことが困難な方についてはご家族に意向を伺うようにしている。	ご本人の話は出来るだけ聞くようにゆったりと接するように努めている。希望や意向は十分に把握するように努めている。	
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	今までの生活で使用していた馴染みのあるものを持ち込むことで精神的に落ち着く居室にさせていただき、生活歴についても聴取してその人らしい生活ができるように努めている。		
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	個々の状態を見ながら出来る限り個別対応し、現在のその方にあった生活ができるよう努めている。		
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	カンファレンス等にて話し合い作成しているが、作成段階で家族の意見を取り入れるのが出来ない場合もあり、今後は家族を含めた担当者会議をきちんと開催するようにして作成するように努めたい。	職員同士で十分なカンファレンスをしてからケアプラン作成をしている。ケアマネジャーはスタッフからも情報をもらい随時状態に応じたケアプランが出来ているが、家族・本人の意向を把握して工夫をしている段階にある。	
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	支援経過に日々の状況について記録をしている。食事・水分の摂取量や排泄・入浴の状況等の身体面のほか、どんなことを話し、考えて行動しているか等の精神面について残し、介護計画の見直しに活かしている。		
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	今までの介護にとらわれずに、問題点がある場合には解決策をみんなで考え、新しい援助方法があるかを話し合い解決できるように努めている。		

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
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	近隣の公園にて散歩したり、地域の店にて買物するなどしている。		
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し、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	当センターにも月2回往診医が来るが、今までのかかりつけ医に継続して通院することを希望する場合はそれを優先している。歯科受診においても通院先を選択していただくようにしている。	かかりつけ医等への受診は定期的に行われており、診察時の状況や病状は細かく家族に文書で伝えている。往診医には休日にも連絡が取れる体制にある。	
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	併設のデイサービスの看護師が1日に1回はグループホームに寄り、体調の把握をしてくれている。また夜間等で緊急性のある場合は往診医である診療所の看護師に連絡が取れるようになっている。		
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。	病院へ見舞いに行くなどして状況を常に把握できる様にしている他、病院の関係者と連絡を密に取り、安心して入院生活が継続できるよう、又スムーズに退院し戻ってこれるような受け入れ態勢についても連携をとっている。		
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	今年に入り終末期を迎えたご利用者様がいたが、ご家族・主治医・デイの看護師とも連携を図りながら一体となって介護を行った。	デイサービス勤務の看護師が毎日夕方ホーム入居者の健康状態観察に来ておりきめ細かい対応をしている。看取りなども看護師は常駐していないが、家族の希望によりできる体制にある。終末期の不安解消のためホームでどのような取り組みが出来るか全体会議で話し合っている。	
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	消防署で行う普通救命講習に参加し応急手当の方法等を研修にて行う他、避難訓練等を定期的に行い、実践力を身につけている。		
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	避難訓練では日中・夜間両方を想定したものを実施。消防署ともどのように非難させるかを確認している。	防災訓練は年2回開催できており、実際に夜間の非難時大変であったなど検討課題があがっている。防災に対する近隣住民の協力関係は出来ていない。	地域との連携、協力体制を築いていく取り組みを期待したい。近所の方がいつでも駆け付けてくれるような関係作りが望まれる。

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>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	人生の先輩であるということを根底に、人格を尊重した言葉かけを行っている。特に排泄時等の声かけについては慎重に行うようにしている。	言葉掛けは十分配慮し、尊重した対応を心がけている。 また、プライバシーの尊重について話しあう場面を設けている。	
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	職員が様々な決定をするのではなく、簡単な質問に置き換えご本人が意思を表出し決定できる様な声かけ等を行っている。		
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	多少の時間が予定のスケジュールよりもかかってしまったとしてもご利用者がやりたいことを優先するよう、職員が勤めている。		
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	可能な方にはその日に着る洋服を自分で選んでいただいたり、ご本人からの希望にて美容室にてカラーやパーマをあてるようにしている。		
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	平日の昼食は2通りのおかずから好きな方を選択していただき、治療食も対応可能としている。主食を炊いたり汁物を作るのはご利用者様にさせていただいたりしている。片付けも出来る範囲で行ってもらう。	メニューは好みのもので食べていただけるように選ぶことが出来、主食もパン、米飯など選択できる。調理に対しても野菜の皮むきなどできる方には手伝ってもらうなど協力して食事が出来るように工夫している。	
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	平日の昼食・夕食については栄養士が計算した食事を召し上がっていただく。食事量・水分量は毎回チェックし、嚥下障害のある方にも安心して水分を摂っていただけるようゼリーにするなど工夫を行っている。		
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	毎食後歯磨きをしていただけるよう介助を行っている。口腔ケアの順番も決めて行う他、個々の状態に合ったケアの方法を決めている。		

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
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個々に対応し、なるべく過度のオムツを使用しないようにしている。夜間についても個別に誘導の時間を決めている。	排泄記録表に記入し、個々の排泄時間を把握するようにしている。なるべくトイレでの排泄が出来るように心がけ、オムツは夜間だけにするように努めている。	
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	体操等で体を動かしたり水分摂取を多くしたりしている。牛乳なども飲んでいただいているが、それでも便秘の方には主治医に処方していただいた下剤を調整しながら服用していただいている。		
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	入居前の事前調査にて夕方頃にかけて入浴されており、午後のおやつの後から始まり夕食前までの間に入浴していただいている。曜日指定等行わず毎日入浴できる状況にある。	入浴時間は特別に決めておらず、各々の入りたいタイミングを見計らってすすめている。女性の入浴は女性職員が入浴介助するようにしている。	
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	終身時間は一応決めてはいるが、眠れない方や遅くまで起きている生活スタイルの方については無理強いはいしていない。巡視の中で室温調整や体位交換等行い、居室にて安眠できるようにしている。		
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	薬の説明書等を職員が管理し、わかりやすいようにしている。副作用の可能性がある場合は職員全員がわかるように申し送るようにしている。ご家族にもわかるよう、毎回処方説明書をお渡ししている。		
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	タバコや飲酒は、可能な方には職員の見守りの範囲で楽しんでいただいている。花がお好きな方には花に携わる役割をお願いしたり、食器拭きや洗濯物をたたむなどの役割分担もしている。		
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	職員が買物へ行く時に一緒に出かけたり、ご自分の必要なものをご自分で購入していただくような援助を行っている。お盆などにはご本人の希望でご家族とお墓参りに出かけたり、ご家族と外食やお茶を楽しむ方もいる。	日常的な外出はないがお花見など行事のときは、気分転換をかねて車で出かけたりにしている。歩行可能な利用者は職員が支援して散歩の支援をしている。	利用者の希望に沿って外出ができるような工夫が望まれる。



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	個々の現金管理が出来ない方がほとんどのため通常は職員の方で管理しているが、買物等の外出時には小銭を入れた財布を持っていただき、ご自分で清算していただくようにしている。		
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	遠方に住むご家族と電話のやり取りができるように支援している。ご本人からご家族へ送りもをしたい時にもやり取りが出来るように支援している。		
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	落ち着いたある馴染みの深い音楽を流したりカーテンを活用しまぶしすぎないようにしている。季節の花や観葉植物を飾るなどして季節を感じていただくようにし、居心地の良い空間を作るように勤めている。	廊下、ユニット内は季節感を取り入れた装飾品で飾られていて、清潔感がある。	
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	個々でお気に入りの場所があり、ゆったり過ごせ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	居室内のものはすべてご本人の馴染みのあるものを持ち込んでいただき、家具の配置等についてもご本人・ご家族にて決めていただいている。	居室内の畳とフローリングは入居者の好みで選んでいただけるようになっている。家庭で使用していた家具・持ち物などがあり落ち着いた雰囲気である。	
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	安全に移動できるようバリアフリーになっており、台所や居室も移動しやすいようになっている。		

## 目標達成計画

作成日: 平成 22年 7月 13日

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	2	地域との交流について、現状ではボランティアや学生との交流等を行っているのみで、他に地域との交流が少ない。	町会への入会を近日中に実施し、近隣での催し等へ可能な範囲で参加していく。災害時等の協力体制等の構築を行う。	近日中に町会への入会、運営推進会議等へ地域の方も参加していただけるよう説明を実施。	6ヶ月
2	49	一人ひとりの希望にそって戸外にでかけられるような支援が現状では少なくなっている。職員の増員を行っているが入居者様のレベル低下により外出の機会が減少している。	個々の利用者のケアプランにも外出の機会を明記し、可能な限り外出できるような生活リズムを作る。	集団もしくは個別対応にて外出ができるような職員の配置をし、少しでも屋外に出ることができるようにする。	3ヶ月
3	1	会社理念は毎日の朝・夕礼等にて共有しているが、地域性を生かしたホーム独自の理念を作るまでには至っていない。	地域性を生かしてホーム独自の理念を作り実践していく。	職員会議や運営推進会議等にて原案を作成し、具体的にホームの現状に沿った理念を作成する。	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。