

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	0870101474		
法人名	株式会社ハートピア		
事業所名	ケアホーム日なた家	ユニット名(さくら)	
所在地	水戸市酒門町1739		
自己評価作成日	平成 30年 2月 21日	評価結果市町村受理日	平成30年5月8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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhou_detail_2016_022_kihon=true&JigyosyoCd=0870101474-00&PrefCd=08&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 茨城県社会福祉協議会		
所在地	水戸市千波町1918番地 茨城県総合福祉会館内		
訪問調査日	平成30年3月6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)】

3ユニット平屋建ての開放的な空間の中で認知症高齢者が安心して生活している。ケアする職員もひのびと入居者優先に考えて行動し温かく接している。ケアされる側の信頼関係が築けている。玄関から入ると、中庭にある人工芝が見えたり、窓辺でくつろぐ入居者の姿が見えたりする。看取り介護も積極的に実施し、住み慣れた日なた家で最期を迎えることを希望される入居者や家族の思いにこたえている。

【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)】

事業所には、一面が芝生の広い中庭に「あずまや」があり、バーベキューや水遊びの際に利用している。敷地隣りには神社がある。平屋建ての3ユニットで見晴らしが良く、明るく広々としており、雨の日でも室内で散歩ができる長い廊下がある。近くには東部公園や東部図書館があり、散歩しながら肌で四季を感じられる環境にある。多数の男性職員が在籍し男女のバランスの良さと調和がとれ、明るく笑顔の絶えない居心地の良い環境となっている。居室は、全室が和室対応で利用者は使い慣れた藤椅子や家族の写真、仏壇など好みの物を持ち込み、自宅にいるような落ち着いた雰囲気となっている。近隣の保育園のクリスマス会に参加したり、小・中学校の見学や体験学習、大正琴やバルーンアート、三味線など多数のボランティアを受け入れており、利用者が楽しむ機会を数多く設けている。

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、生き生きと働いている (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

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	日なた家の倫理綱領をみやすい所に提示している。全体会議の際に、倫理綱領を読み上げ共有意識するようにしている。ネームプレートに倫理綱領を入れいつでも確認出来る様にしている。	倫理綱領に基づき、日々のケアを行っている。倫理綱領は各ユニットの入り口に掲示するとともに、全体会議で唱和して、確認している。	
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	運営推進会議に地域の方が参加し意見交換を行なっている。避難訓練に地域の方が参加している近くのドラックストアや図書館を利用している。	利用者と職員は、定期的に近隣にある神社の掃除を行っているほか、施設の行事に住民を招待している。小学生や中学生の施設見学や体験学習、専門学校生の実習を受け入れている。また、多数のボランティアを受け入れ、利用者の楽しみとなっている。	
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	運営推進会議の中で、認知症についての事例検討を行い、地域の方と認知症の理解を深めた。		
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践、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	家族の代表、行政、地域代表、有識者、施設職員で構成しており、施設サービスの近況報告を含め、議題を一つ設けて、意見交換を図っている。	定期的に関係し、意見交換や事業所の介護の事例発表等を行っている。委員からの意見を受け、避難訓練の際に使用する上で車椅子が少ないとのことから購入をした。	
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	介護相談や介護保険課、高齢福祉課、生活保護課などと連携し、利用者についての入居相談や情報交換を行なっている。	入居状況をFAXで送り、電話で運営やサービスの課題についての相談をしている。介護保険課には更新の際に訪問し、高齢福祉課からは入居相談を受けている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	全体会議やリスクマネジメント会議で検討した内容を元にユニット会議で身体拘束が行われないよう検討している。帰宅願望のある入居者の強い方は、30分に1回存在を確認している。もし、外へ出た場合、本人確認の為に衣類等にネームプレートを貼っている。	身体拘束排除に関するマニュアルがあり、拘束委員会により定期的に検討会を開催して、身体拘束の無いケアに努めている。帰宅願望の強い利用者への対応も行っており、玄関には安全のため、人感センサーを設置し、重要事項説明書にも明記した上で施錠をしている。	
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	全体会議やリスクマネジメント会議検討している。入居者にアザが多く見られる時にはユニット会議で検討し虐待防止について検討している。介護経験や技術が不足している職員は現場内で技術を教えている。		

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支援している	全体会議やユニット会議、施設外研修において学ぶ機会を設けている。		
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	契約の際は、時間をかけて重要事項説明書及び契約書を説明している。家族、本人に不明な点があれば説明を更に加え、理解して頂くようにしている。		
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	重要事項説明書に苦情受付相談窓口を明記し窓口を開いている。面会時や電話など気軽に相談や苦情等の話しが聴けるよう心掛けている。満足度に関してのアンケートを実施しており、サービス向上を図っている。	意見箱を設置するほか、面会時に近況報告をしながら意見や要望を聴いている。家族アンケートを行い、家族等からの意見を聴いているが、結果報告をするまでには至っていない。	意見を言い難い家族に配慮し、アンケートの回収を第三者委員に委託したり、家族アンケートの結果を集計し家族等に報告することを提案する。
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	普段からコミュニケーションの時間を大切にしながらいつでも話し合える雰囲気を作っている。ユニット会議等で意見交換を図っている。	管理者は日頃から話しやすい雰囲気努めるとともに、職員面接時には「報告シート」を提出し、面談している。新人職員とはしばらくの間交換ノートをして、思いや意見等の把握に努めている。	
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	全体会議等で日頃の業務を振り返りが出来る様にしている。定期的に業務で困った事がないか確認している。		
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	職員の段階に応じて施設外の研修に参加を促している。経験が浅い職員や技術が不足している職員に対し、一緒に行動するなど技術を伝えている。		
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	同法人内にグループホームが2箇所あり、合同研修等を行なっている。		

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	利用初期にアセスメントを実施し、本人、家族のニーズを把握しケアプランに反映している。入居するにあたっての不安等が無いが確認し、要望等を聞いている。		
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	職員の立場で考えず、本人、家族の立場になって、それぞれの思いを受け止める様にしている。不安がある時には、職員と共に考え少しでも前に進めるようにしている。		
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	本人のおかれている状況や家族の思いを傾聴している。他のサービス利用を考えられる場合には、選択肢として提案している。		
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	一緒に食事やおやつを召し上がったたり、レクや各行事に参加したりと馴染みの関係が築けるよう努めている。洗濯たみや食器拭き、片付け		
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	御家族が面会等へ来られた際は、ゆっくりと会話できる場を提供している。ケア会議に御家族が参加し、家族の思いや本人の思いを話せる場を設けている。		
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	在宅でいた時に利用していた囲碁の方が定期的に囲碁ボランティアとして来られ囲碁を打っている	入居時に家族等から聴き取り、「基本情報私の支援マップシート」を活用し、申し送りノートに記載して共有している。手紙や電話の支援や、馴染みの店での買い物など、関係継続が出来るよう努めている。	
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	ユニット内だけではなく、他入居者と交流が図れる場を定期的に提供している(各行事・レク等)各ユニットには自由に行き来でき、いつでも他のユニットの入居者と交流出来るように対応している。		
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	これまで築き上げてきた関係を断ち切ることはしないよう、電話や封書の手段を用いて相談に応じる姿勢を示している。		

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
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	支援する中で、本人の好みや思いをキャッチし記録を行ない、ユニット会議等で反映できるようにしている。意思疎通を図る事が困難な方は家族等に本人がどのような暮らしをしていたかなど聞きながら対応している。	行動や表情を観察したり、本人や家族等から話を聴いて、「おかゆが食べたい」「食事を部屋で食べたい」などの声があり、ケース会議で検討し支援している。	
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	入居の際に、これまでの生活歴や暮らしぶりなどをご家族等に記入できる様式を作成している。施設で過ごされていた方は、職員等に情報提供をして頂いている。		
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	毎日、検温、血圧測定を行なっている。いつもと違った様子がある際は、声を掛けたり、再検するなどして心身の状態の把握に努めている。		
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	介護計画には利用者や家族の意向に沿って立案している。また、職員が日頃からの関わりの中で気づいたこと等をユニット会議で検討し、本人、家族の意向に沿った計画を立案している。	介護計画は、期間を決めて目標を設定し、見直している。洗濯たたみや食事のメニューをホワイトボードに書くなど、本人が出来る事を見つけて職員と共に行う事で本人の役割や生きがいを感じてもらえるよう支援している。	
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	ユニット会議等で日々の記録の重要性を伝え、職員間で共有を図っている。他のユニットの職員の協力が必要な時には、連絡帳を活用している。		
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	施設の近くに図書館やスーパー等があり買物や本を読みたい時に利用している。協力病院以外の受診でも家族の都合がつかない時には付き添いや送迎等を行なっている。嗜好品について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	施設の近くにスーパー等や図書館などがある。利用したい入居者は資源として活用している。		
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	入居の際に協力病院の説明を十分に行い、これまでのかかりつけ医から切り替えるかどうか本人及び家族等の意向に沿って対応している。	週2回訪問看護の看護師が健康チェックに来ている。かかりつけ医へ家族等の付き添いで通院しているが、状態によっては往診を受けられるよう支援している。	
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、訪問看護を利用している。訪看によるレクリエーションもある。連絡帳があり、薬の変更や状況等に変化がある場合は記入し情報の共有化を図っている。		
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。	入院時は本人の様子を把握する為、面会へ行く様にしている。その際に医療スタッフと情報交換している。退院時はスムーズに退院出来るよう話し合いを進めている。		
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、終末期介護に関する指針」を作成し、利用契約時に利用者や家族に説明すると共に同意を得ている。重度化した場合は、医師や家族、職員間で今後の方針を検討し実施している。	「看取りに関する指針及び同意書」「看取りのための手引き」があり、契約時に家族等に説明するとともに、段階に応じて話し合いを行っている。職員は年1回内部研修を受け、重度化や看取りに備えている。	
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	緊急時対応に関する研修を受けた者が全体会議等で職員に伝え知識を共有している。急変しやすい入居者に対しては、本人及び家族や医師と話し合いケアプランに反映している。迅速に対応する為、緊急対応について定時している。		
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	避難訓練を実施している。夜間を想定した訓練も行っている。地域に協力をお願いできるよう日頃からの関係づくりを心掛けている。	夜間想定や地震、水害を想定した訓練を、住民も参加して行っている。訓練後は反省会を行い、課題について話し合っている。一覧表を作成して備蓄品を管理している。	

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
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	利用者の尊厳を大切にす為、ユニット会議等で検討し実施している。利用者の個人情報等はキャビネットに保管している。	プライバシーを損ねないよう配慮しながら、自然な言葉かけを心がけている。個人情報に関する同意書を整備し、書類は鍵のかかる事務所のキャビネットに保管している。	
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	ケアの中での要望に対し耳を傾ける様にしているユニット会議で検討し実施している。		
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	何気ない会話をしながら本人の思いを理解するように努めている。図書館に行きたいや買い物に行きたいなどの要望に沿って支援している。		
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	本人及び家族に好みを聞いたりして尊重している		
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	本人の状況に合わせて食事形態を変えている。食事量の低下がある方は、どのように食事が楽しんで摂取できるかユニット会議で検討し実施している。食器拭きや食器洗い等の片付けを職員と共に行なっている。	自家菜園で取れた野菜を食材に取り入れたり、代替食を提供しているほか、利用者の状況に合わせた食事を提供している。利用者は出来ることを職員と一緒にやっている。	
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	体重測定を月1回行っており、体重の増減に注意している。体重の変化がある際は、医師と相談して対応している。その他に、ユニット会議で検討しケアプランに反映し対応している。		
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に、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	ユニット会議にて口臭等がある場合は対応方法について検討し実施している。口腔内に異常がある際は、歯科受診等の援助を行なっている。		

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
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	排泄チェックを作成し、排尿や排便の把握に努めている。入院中、オムツ使用であったが、立位がとれる為退院後は、トイレで排泄できるよう支援している。また、紙おむつからリハビリパンツへと改善できた。	排泄チェック表等から一人ひとりの排泄パターンを把握し、トイレ誘導して、できるだけトイレでの排泄が出来るよう、排泄の自立に向けた支援を行っている。	
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	排泄チェックを行ない、把握している。便が硬い時などは、水分を多めに摂るなど職員間の情報の共有化を図れるようユニット会議等で話し合っ対応している。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴拒否がある場合は、家族の協力を得たりしながら、気持ちよく入浴が続けられるよう対応している。	入浴は利用者の希望に沿っていつでも入れるよう支援している。入浴を拒む利用者には、時間や職員を替えたり、清拭や足浴で対応している。家族等の協力に入れる利用者も居る。	
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	今までの生活習慣があるので、1人ひとりの生活習慣に合せた就寝時間や起床時間になっている		
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	医療機関から処方される薬の説明書を個人ファイルに保管し、通院記録に詳細を記載するようにしている。薬の変更がある時には、訪看に情報提供している。		
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	役割や楽しみ事を本人及び家族から聴いて実行できるようにしている。役割が続けられるよう、お礼をきちんと伝えるなどしてやる気を引き出せるようにしている。普段からの会話を大事にして要望等がないか気に掛けている。		
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	買いものしたい、図書館に行きたいなど要望がある際は実施している。定期的にドライブも行っている。	散歩に出かけるほか、中庭で外気浴を行っている。希望により、図書館や近隣の施設、買い物に出かけている。年間行事計画を立てて、初詣や花見等に出かけている。	

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
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	施設内にある自動販売機や近所のスーパー等で買い物する際は、本人の能力に応じて所持し使える様に対応している。支払うことが難しい方は事務所保管のお金で支払うようにしている。		
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	家族に電話したいとの要望がある時は、電話をかけるなどの援助を行なっている。電話がかかって来る事もあり、その際は、相手や本人に確認して話せるように対応している。		
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	共同空間としての食堂ホールがある。そこで利用者同士の交流が図れるよう配慮している。季節を感じられるよう、カレンダーが各居室にある。体温調節の機能低下がある方は、室温計にて管理している。他のユニットに自由に行けるようになっている。中庭も自由に歩ける。	各ユニットの居間兼食堂の隣に和室があり、雛飾りやテレビ・座布団を置き、洗濯物を置んだり利用者同士が話をしてゆったり過ごせる空間となっている。また、加湿器を置き湿度管理をしている。自動販売機を置き利用者が好みの飲料を購入でき、職員が購入の支援をしている。中庭の「あずまや」を水遊びやバーベキューの際に利用している。「日常の五心」を掲示しており、職員に対して意識づけをしている。	
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	共同空間として食堂ホールがあり、他の入居者と自由に過ごせる場がある。一人になりたいときには自由に居室で過ごす事ができる。		
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	入居時に馴染みの家具や物を持ってきてもらえるよう説明している。入居後も相談があるとそのように伝えている。	全室が畳敷きになっている。衣類の保管はラベルを貼り利用者自ら管理できるよう支援している。利用者はそれぞれ、馴染みの物を持ち込んで居心地の良い部屋にしている。	
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	衣類の保管は本人に分かり易いようにラベルを貼り、自ら行える様に配慮している。歩行時もふらつきが強い方などは、シルバーカーや歩行器などを使用し安全に歩ける様対応している。ユニット会議等で自立に向けて検討している。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 ケアホーム日なた家
作成日 平成30年5月3日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに次のステップへ向けて取り組む目標を職員一同で話し合いながら作成します。
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組み内容	目標達成に要する期間
1	10(6)	運営に関する利用者及び家族等の意見の反映を実践するために、意見箱や面会時の要望に耳を傾けている。さらには、意見を言い難い家族に配慮したアンケートを実施し、結果を集計し家族に報告し運営に反映しなくてはならない。	アンケートを実施するにとどまらず、結果を集計し家族等に報告し運営に反映させる。	平成30年10月にアンケート実施を行う。そして、結果を集計し家族等に報告する。	6ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月

注1) 項目番号の欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。