

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	0172901134		
法人名	社会福祉法人 美瑛慈光会		
事業所名	グループホーム虹		
所在地	北海道上川郡美瑛町南町3丁目3番8号		
自己評価作成日	平成24年2月27日	評価結果市町村受理日	平成24年3月30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)】

家庭的な雰囲気の中で、決められた日課や時間にとらわれず、入居者それぞれのペースで生活していただいている。併設している小規模多機能事業所からの住み替えで入居された方が殆どで、利用開始当初から馴染みの環境や人の中で暮らすことができる。

事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL	http://system.kaigojoho-hokkaido.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0172901134&SCD=320
-------------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	タンジェント株式会社
所在地	北海道旭川市緑が丘東1条3丁目1-6 旭川リサーチセンター内
訪問調査日	平成24年3月10日

【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)】

・法人内における各施設との連携
この法人は、介護サービス事業として、養護老人ホームや老人保健施設など幅広い事業展開をしており、特に、グループホームは、隣接して小規模多機能が付設され、外出やイベント、食事の提供など様々な共同の連携が図られ、相互間の交流を深める支援となっている

・職員の意見の反映と利用者や家族に向けた様々な取り組み
年度の開始前に各スタッフにプランニングシートを提出させ、目標や課題を見出すことやライフサポートプランの作成や更新時には、必ず家族と話し合あって、了解のもとプランの実行に移すこと、更に、個別の記録に関しては、客観的事実と主観を分けて記載できるように工夫し、スタッフの個々のアイデアを自由に記載できる独特の取り組みがある。また、外出時の「思い出実現プラン」として、観光施設の見学や幼馴染みの出会い、墓参りなど、本人や家族の感想とその評価が作成され、斬新で工夫のある支援が構築されている。

. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目)				項目 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		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. 利用者の2/3くらい				2. 家族の2/3くらいと	
		3. 利用者の1/3くらい				3. 家族の1/3くらいと	
		4. ほとんど掴んでいない				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		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程度ある				2. 数日に1程度	
		3. たまにある				3. たまに	
		4. ほとんどない				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		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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている	
		3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない	
		4. ほとんどいない				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		66	職員は、活き活きと働いている (参考項目:11,12)	1. ほぼ全ての職員が	
		2. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが	
		3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが	
		4. ほとんどいない				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		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				2. 利用者の2/3くらいが	
		3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが	
		4. ほとんどいない				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		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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが	
		3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが	
		4. ほとんどいない				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					

自己評価及び外部評価結果

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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踏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	法人としての理念はあるが、事業所としての理念はない。今後、職員全体で理念を作り共有、実践していきたい。	法人としての独自の基本理念があり、施設内に掲示をしている。今後は、管理者、職員が、事業所の独自の理念を作り、実践につなげていくよう努める。	
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	地域の集いには利用者、職員で参加している。運営推進会議等でも情報交換や交流をしている。法人の行事についても、地域住民や関係者を対象としている。	地域の行事には、利用者や職員が参加している。また、法人の行事も含めて住民に参加いただき、地域の人達と日常的な交流に努めている。	
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	運営推進会議で認知症の勉強会を開いている。運営推進委員から認知症サポーターを養成していく計画もある。		
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	事業所の取り組みを報告し、運営に対し理解は得られたが、意見やサービスの向上という段階まではまだ発展していない。	定期的開催され、事業所の取り組みを報告し、理解を得られているが、今後は、意見等を取り入れサービス提供の具体的な内容について話し合っていくよう努める。	今後は、年6回を目安に、会議を開催することを期待します。
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取り組んでいる	必要に応じて事業所の実情を伝えるようにしている。	日常業務を通じて情報交換を行い、連携を深めるよう努めている。	
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「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	夜間のみ玄関の施錠をしている。身体拘束ケースはないが、身体拘束に関しての正確な理解度としては全体的に低く、今後勉強が必要。	身体拘束廃止について管理者及び職員は共通認識を持っており、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。	
7		虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	虐待の事例はない。学ぶ機会が少なく、今後計画的に勉強会を実施していく必要がある。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	管理者は、研修等で学んでいるが、もっと理解が必要。		
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	その都度問題なくできている。		
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並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	機会が乏しく、来年度からは家族会をつくる予定。	家族や来訪者等が管理者、職員並びに外部者へ意見や苦情等を言い表せるように環境の整備に努めている。また、家族会を設置し、運営に反映できるよう努める。	
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	年に何度か個人面談を行っている。年度開始前に、各スタッフからプランニングシートを提出してもらっている。	年度当初に事業所独自のプランニングシートを提出して、職員の意見や要望、提案を聞くような機会を設けている。また、個人面談を行い運営に反映できるよう努めている。	
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	内・外部研修の機会や企画を担当させるなど、目標や課題を与えて取り組んできた。労働時間やシフトに関してはできるだけ負担の少ないようにスタッフに相談しながら組んでいる。		
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	年度開始前に提出してもらったプランニングシートで目標や課題を見出す。内・外部研修の機会や企画を担当させるなど、目標や課題を与えて取り組んできた。		
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	内・外部の施設への研修に取り組み、課題に対しての報告書を提出させた。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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 サービスの利用を開始する段階で、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	利用開始当初は、本人が安心するまで頻繁に本人とマンツーマンで話をする機会をつくった。		
16		初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	利用開始からの本人の変化や満足度を家族に伝えてきた。		
17		初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	サービス開始前に、本人・家族との面接により、課題やニーズを整理し、他の選択肢を紹介した上で利用を決めてもらっている。		
18		本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	ライフサポートプランを基に本人の視点での支援を考えている。		
19		本人を共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	ライフサポートプランの作成や更新時には、必ず家族と話し合い、了解を得た上でプランを実行するようにしている。		
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	年に何度かは知人や親族に会う機会を作ったり、自宅へ行く機会も作っている。	知人や親族に会う機会を作って、馴染みの人や場所の関係が継続できるように取り組んでいる。	
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が同士の関係が回り合い、支え合えるような支援に努めている	利用者同士の関係に関しては、日頃のケアや関わりから評価し、利用者のストレスにならないような配慮をしている。場合によってはトラブルを回避する為に、スタッフが間に入るなどしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	情報提供や、状況が落ち着くまでの経過を把握することに努めたり、契約が終了しても、いつでも連絡してもらえるような関係を継続できるように伝えている。		
. 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	本人の視点を意識してライフサポートワークを作成し、実行している。	一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努め、本人本位に取り組んでいる。	
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	家族や本人、利用していたサービス事業者から情報を収集し、シートにまとめ共有している。		
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	主にライフサポートワークを活用し把握に努めている。		
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	本人、家族、担当スタッフを中心に、介護計画を作成し、ケースによっては随時カンファレンスを開催している。	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、家族の意見や思いを反映するようにしている。また、カンファレンス、モニタリングを通じて介護計画に職員の意見を反映している。	
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	記録に関しては、客観的事実と、主観を分けて記載できるような工夫をし、スタッフの個々のアイデアを自由に記載できるようにしている。		
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	行事や外出など、併設している小規模多機能サービスと連携しながら協同で行うことが多い。		
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	本人のこれまでと現在の人間関係や地域とのつながりを把握し、途切れないように支援する方針はあるが、機会は少ない。		
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	診察の結果については随時家族に報告しており、今後の対応についてもその都度相談しながら行っている。	本人や家族の希望するかかりつけ医となっている。また、医師や看護師との連携で適切な医療を受けられるように支援している。また、診察の結果を、家族に対し、常に、報告している。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
31		看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	必要に応じて報告、連絡、相談し、指示を仰いでいる。			
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、また、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。又は、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。	入院中の経過に関しては訪問、連絡等で随時把握に努め、情報交換や今度の方針についての話し合いも行っている。			
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、事業所です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	必要に応じて随時、話し合っている。その中で事業所ですることについても伝えていく。	本人や家族の意向を踏まえ、医師、看護師、職員が連携をとり、事業所ができることを十分に説明しながら方針を職員間で共有している。		
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	何人かの職員は研修や勉強会を通じて学んでいるが、経験年数の少ない職員に関してはスキルが乏しく、今後研修や訓練が必要。			
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	定期的に訓練を行っているが、乏しい。地域との協力体制についても弱い部分がある。今後は協力体制を築き、実際に起こった場合をリアルに想定した訓練が必要。	消防署の協力を得て、年2回避難訓練を実施し、設備の定期点検も行われている。	今後は、地域との協力体制を含めて、緊急時の連絡網や夜間の避難訓練等さらに検討されることを期待します。	
. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援						
36	14	一人ひとりの人格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	スタッフとの個人面談の中で振り返りシートを活用して再認識している。事業所全体のルールを作成中	振り返りシートを活用して、利用者の尊厳を理解しながら、その人に合わせたケアを行うよう職員間で共有している。		
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	重度の認知症の利用者の本心や深層を適切に察することができないことがある。日々の関わりから「なぜ？」という疑問から本人の立場に立って考えるということを意識していく必要がある。			
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	本人のペースに合わせた関わりを意識していると共に、24時間シートの見直しを行っているが、現状としては、職員数の関係で、その都度希望に応えること難しいことが多い。			
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	日々気をつけているが、状況によっては行き届かないことがあり、改善の必要がある。			

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
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	動作に関してはアセスメントを基に、その日の状態に合わせた支援をこころ掛けている。準備、片付けは協働で行ない、職員も同じメニューと一緒に食べている。	利用者の体調や気分に合わせて、季節的なメニューも取り入れながら職員と一緒に食事をしている。		
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	摂取量に関してはケアチェック表を活用し、モニタリングした上で支援している。			
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	毎食後行っており、その人に合わせ、必要な部分や不十分な部分を支援している。			
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	ケアチェック表の活用により、日々のモニタリングを活かしながらパターンを把握し、失敗を減らすよう努めている。	排泄チェック表で排泄パターンを把握し、トイレで排泄できるように時間を見計らって自立への支援している。		
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	下剤に頼っていることが多く、今後の目標として下剤をなるべく使用しないということが挙げられている。飲食物での工夫に関して各職員が考えているところ。			
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	殆どの利用者が時間帯や曜日を決めずに入浴していただいている。体調や気分配慮するよう努めている。	基本的に入浴日は決めているが、一人ひとりの希望やタイミング、生活習慣に応じて支援している。また、本人が希望すれば曜日や時間等が対応可能となっている。		
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	表情や姿勢などから本人の体調を察し、必要に応じて休むよう促しているが、夜間のことも考え、離床時間を配慮するようにしている。			
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	薬の内容については、担当職員中心に把握しており、いつでも確認できるように個人ファイルに薬の説明書を綴ってある。処方内容が変更された場合は、理由や内容等引継ぎをし周知に努めている。			
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	ライフサポートプランで暮らしのこだわりなどをまとめているが、活かしている機会としてはそれほど多くはなく課題になっている。			

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
49	18	<p>日常的な外出支援</p> <p>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。また、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</p>	<p>その日の希望にタイムリーに応えることは職員の数から難しいことが多いが、可能な限り対応するようにしている。大きな外出としては、年に2～3度はそのような機会を作り、家族とも相談しながら対応している。</p>	<p>一人ひとりの希望にそって、ドライブや散歩と戸外に出かけられるよう可能な限り対応している。また、年2～3回は郊外への遠出を、家族と相談しながら支援をしている。</p>		
50		<p>お金の所持や使うことの支援</p> <p>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</p>	<p>自己管理している利用者は1名。その他は必要に応じて家族の理解を得た上で使っている。</p>			
51		<p>電話や手紙の支援</p> <p>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</p>	<p>電話は希望時にいつでもできるようにしている。</p>			
52	19	<p>居心地のよい共用空間づくり</p> <p>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</p>	<p>環境に関しては、全体的に課題は多く、今後の改善計画においての優先順位も高い。職員全員で居心地が良く、利用者にとって使いやすい環境づくりを目指している。今年度から徐々にすすめている。</p>	<p>リビングや廊下の壁には、季節毎の飾りつけが行われ、共用の空間は、明るく、広く、自由にくつろげるよう椅子やテーブルを置き、本人が居心地良く過ごせるよう工夫している。また、利用者にとって気になる臭いや音の大きさ、光の強さは感じられない。</p>		
53		<p>共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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</p>	<p>共用空間のしつらえやレイアウトについては、課題になっている。</p>			
54	20	<p>居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>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</p>	<p>部屋によっては生活感が乏しく、現在担当スタッフを中心に検討しながら改善中。必要に応じて家族と相談している。</p>	<p>本人や家族と相談しながら、使い慣れた家具や寝具、好みのもの等が持ち込まれ、居室内は、安全で、本人が居心地よく過ごせるような支援をしている。</p>		
55		<p>一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>建物内部は一人ひとりの「できること」や「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</p>	<p>ものの配置など、安全面を考慮しているが、定期的に見直ししていく必要がある。</p>			

目標達成計画

【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	37	利用者の思いや本心をうまく引きだせていない、または察することができない 認知症の利用者に対する理解が弱い	本人の立場に立って考えるという視点を身につける	記録を活用。各スタッフの思いを集約していく カンファレンス時には評価から分析、共感へと移していく視点、思考の展開を意識していく 認知症に対する理解を深める 表面の言葉の裏に隠された思いがあることを推測する意識を持つ	6ヵ月
2	38 48	単調な暮らしになっており、日中の充実感が薄い	本人のペースを大事にし、役割や楽しみのある暮らしの支援ができる	24時間シートの見直し ライフサポートプランやアセスメントシートでの情報共有 情報収集 上記のことも踏まえる	6ヵ月
3	52 54	利用者が居心地良く、使いやすい環境とは言えない 家族や来客者が見て、良い雰囲気だとは感じられないような気がする	利用者にとって居心地がよく使いやすい環境をつくる 家族が安心できるような環境をつくる	環境やしつらえの改善 スタッフ全員への役割分担 イメージを固める 必要なものをリストアップし揃える 各居室には個人の馴染みのものを増やす	12ヵ月
4	13 14	知識や技術に自信がない職員が多く、発想が乏しい。やりがいに関しても弱い。	職員が自信を持って働ける。 常に課題を持ち、目標に向かって取り組める仕事にやりがいを持つ	内・外部研修を計画的に行う 他事業所研修を計画的に行う 各スタッフが担当する利用者の思いが実現できるような計画に取り組み、実現することで達成感を味わいやりがいを持つ 上記の環境改善をスタッフ全員で取り組み、全体で成功を味わう	12ヵ月
5	2 4 10	事業所の取り組みに関する家族や地域の理解がまだまだ足りない	事業所の運営を理解してもらうことで協力を得る	地域の行事や集いに参加 運営推進会議では事例検討や情報交換など、実際のサービスに結びつく内容にしていく 家族会を立ち上げる 事業所通信を定期的に配布し取り組みの周知を図る	6ヵ月

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入して下さい。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加して下さい。