

### 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	0870300357		
法人名	医療法人社団青洲会		
事業所名	グループホームおらが里		
所在地	土浦市藤沢3534-1		
自己評価作成日	平成24年8月28日	評価結果市町村受理日	平成24年12月12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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0870300357&amp;SCD=320&amp;PCD=08">http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0870300357&amp;SCD=320&amp;PCD=08</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24年10月9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)】**

入居者様お一人おひとりが培ってきたこれまでの暮らしや習慣を継続しつつ、「今」の想いに寄り添うケアを大切にしている。  
季節感や生活感を取り入れ、入居者様にとって心が和むような居心地の良い環境作りに取り組んでいる。  
また、地域交流など積極的に地域と関わることで生活に潤いが持て、よい刺激となっている。

**【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)】**

老朽化およびスプリンクラー未設置のため、現在の場所に新設転居している施設である。幹線道路から一つ中に入り、ショッピングセンターに隣接している。日常的に買い物や散歩、駐車場で行われる季節の地域行事に参加している。また、筑波山の四季折々の移り変わりを眺めることができる。転居後は、地域民生委員との連携により、地域住民と積極的に関わり利用者との交流に努めている。今後は、さらに公民館行事や幼稚園児との交流についても検討するなど日々努力していることが伺われる。

**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 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 (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
<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	日々手にする記録ファイルに添付することで、常に目につき意識づけできるようにしている。 また理念の中からケア目標を掲げ実践している。	理念の掲示やネームカードの裏側に表示し共有している。また、理念をもとに2ヶ月毎の短期目標を立て、実践に繋げている。	
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	移転後、区長さんや民生委員さんの協力のもと地域交流を進めている。 近隣の催し物や祭りにも参加している。	民生委員を通して地域住民との交流を積極的に行っている。定期的に、地域のボランティアの歌や演奏が行われている。また、移転前より来所していた小学生がバスで体験学習にきている。今後は、近隣幼稚園生との交流や公民館行事に積極的に参加して行きたい。	
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	地域に向け広報誌を配布したり、地域の方がいつでも立ち寄り、見学できるような体制を整えている。		
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	サービス状況を常に報告し、意見交換・アドバイスを頂いている。議事録の回覧やミーティングを通してそれらを共有し、日々のケアやサービスの向上につながっている。	2ヶ月に1回定期的に行われている。区長、民生委員、利用者家族、行政の参加により意見交換や情報を共有しサービス向上に努めている。	
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	毎月の入退居連絡や運営推進会議、土浦市GH連絡会などを通して取り組みの状況や報告、相談に努めている。	2ヶ月に1回地域密着型サービス連絡会に参加して、報告会、情報交換を行っている。生活保護者の手続きなど連絡調整を行っている。	
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	身体拘束を行うことでの弊害を職員間で十分に理解し、身体拘束する時間帯やその時の状態に応じて行うことをご家族に説明、同意を得て実施している。 またマニュアルを活用し、ケアの振り返りを行っている。	年1回法人の勉強会にて、確認しマニュアルをもとに話し合っている。安全のために、家族から同意を得て行っている。	

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
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のないよう注意を払い、防止に努めている	勉強会を通し、日々のケアの中でお互いの言動がそれに該当しないかなど振り返りを行っている。 また虐待の誘発原因となる職員のストレス管理を行っている。		
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	勉強会を通して知識の習得、理解を図っている。		
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	契約時に利用者やご家族の不安や疑問を確認し、説明を行っている。		
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	定期的に家族会を実施。家族代表が中心となり、家族同士で自由に意見や要望を出してもらい、それらを反映させている。	年2回家族会を開き、家族間や利用者の要望を聞いている。参加されない家族には、利用者家族がボイスレコーダーを使用し、議事録を作成し情報を提供している。また、議事録を郵送している。介護相談員の訪問により、要望を聞き実践に繋げている。	
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	日々の関わりの中や面接時に得られた意見や提案を運営会議に持ち寄り、反映させている。	毎月のミーティング時に、勉強会やモニタリングを行っている。連携ホームとの勉強会や情報交換を2ヶ月に1回行い情報の共有に努めている。	
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	法人の人事考課制度や年度末の契約更新時などにその評価を行い、各々に適した環境となるよう努めている。		
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	教育段階に合わせ、外部・内部研修への参加を促している。		

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
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	他GH事業所へ見学に行ったり、職員の意見交換ができるようにしている。		
<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	サービス導入前には必ず直接ご本人にお会いし、施設生活への困りごとや不安の把握に努めている。 できる限り、入居前にはホームの雰囲気を感じてもらおうとしている。		
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	入居問い合わせや施設見学、利用説明時に困りごとや不安・要望などを伺いながら、施設でできる支援を説明している。		
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	ご本人・ご家族のおかれている状況から必要な支援を見極め、他のサービス利用の可能性なども含め相談・案内している。		
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	利用者の自発性を大切にし、それぞれの得意分野などから役割が見出せるよう、共に支えあえる関係を築いている。		
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	利用者のご家族のこれまでの関係の継続や、時に利用者の想いを代弁・橋渡しすることにより、絆を大切にしている。またご家族の要望に合わせた支援や、ホームから協力を依頼したり共に支えあえる関係作りを大切にしている。		
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	馴染みの人の訪問や希望時には交流が図れるよう連絡調整している。自宅近所の行事等に参加できるようご家族と協力しながら支援している。	友人の面会や買い物に行っている。馴染みの場所への申し出は、家族との連絡調整を行い協力を得ている。また、利用者家族と一緒に友人が面会に来るなど、継続支援している。	

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
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同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	コミュニケーションが円滑に図れるよう職員が会話の橋渡しをしたり、利用者同士の関わり合いができていた時はさりげなく見守るなど状況に応じて支援している。		
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	サービス終了に向けた支援の段階からS W、地域CMと連携を図り、いつでも相談支援を継続できるようにしている。		
<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	日々の関わりから得られた生活への要望・想いはケア記録やカンファレンス用紙を通して職員間で共有し、実現できるよう努めている。また表情や行動からもその方のニーズ把握に努めている。	日々の関わりを通して、利用者の言葉から意向を聞き、スタッフ間で共有し支援している。また、雑誌や折込からウインドウショッピングに出かけている。。また、難聴の利用者については、孤立しないように、スタッフ間で情報の共有に努め支援している。	
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	入居時や面会時等を通してご家族に確認したり、日々の関わりの中から把握し、できる限り馴染みの暮らしが継続できるよう努めている。		
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	一人ひとりの生活の様子、言動の背景や要因を探り記録することで職員間で共有し、ケアの評価・継続に努めている。		
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	日々の関わりから得られたニーズに合わせて目標を設定している。毎月モニタリングを行い、更新は6ヶ月ごとに行っている。更新時はご本人・ご家族からの要望、職員から意見を反映させている。	毎月モニタリングを行い、6ヶ月または随時見直しを行っている。入居が長期の方の場合は、具体的計画内容が達成していれば、一部書面上から削除されている。また、利用者一人一人の書類が分散されている。	日々の関わりでは、より具体的な支援を行っています。その支援が統一かつ継続的に行われるような計画作成について検討して頂きたい。また、関連書類の集約についても検討して頂きたい。
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	一人ひとりの日々の様子を記録する他に関わり工夫や想いを記載することで、気づきや共有が図れ、特記事項はマーカーを活用している。		

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
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、その時々にも生み出さ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	ご本人やご家族の状況や力量、その時々にも生み出されるニーズに合わせ、ホームとしてできないことをすり合わせながら、できる限り柔軟な支援ができるように努めている。		
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	利用者の買い物に行きたいとの想いから、近くのお店に職員付き添いで行き、ご本人が好きな物を選び買い物をするを楽しまれている。		
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	入居時には今までの係りつけ医の受診が継続できることを伝え、自由に選択できるようにしている。受診時には上申事項などご家族にも理解できるよう書面を作成し、渡ししている。	定期的に関連病院へ受診している。また、遠方や継続受診については家族が行っている。定期的に歯科医の往診がある。緊急受診については、家族に連絡して受診か病院にて待ち合わせしている。家族不在時は、電話連絡にて報告し支援経過記録に記入している。	緊急時の受診記録、連絡方法についての記載の検討。連携施設以外への搬送や延命処置についても、同意や事前に記載が必要と思われます。
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	医療連携体制をとっており、連携看護師の定期的な訪問時に相談し、アドバイスを受けて健康維持が図れるよう支援している。		
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。	主治医の入院治療計画書に基づきながら、退院後も生活継続ができるように経過を追う中で病院関係者との情報交換や相談に努めている。		
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、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居時に看取りケアについて説明をしているが、利用者の状態に合わせてその都度話し合い、ケアの方針を確認している。看取りマニュアル作成している。	現在看取りの要望があり、病状に合わせて同意を得ながら行っていく。スタッフ間では、不安の声も聞かれている。	関連施設との連絡調整を行いながら、看取りについてスタッフ間で共有し、支援に繋げて頂きたい。
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	内部研修や勉強会に参加し、定期的に対応手順を確認している。		

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
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	消防署と連携を図り、定期的に訓練を行っている。今後、隣接する施設とも合同訓練を行っていく。	転居後消防署立会による訓練は行っていないが、昼夜想定にてスタッフ間訓練を行っている。震災後スタッフ間で、情報の共有を行い備品や備蓄の確認を行った。災害ダイヤルについても確認している。	消防署立会の避難訓練についての実施。近隣住民との連携について検討していく。また、震災時の利用者一人一人の必需品や防寒具の準備、整備について検討して頂きたい。
<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	一人ひとりの人格を尊重した対応を心掛けていると共に、接遇の勉強会や会議時に接遇チェック表に沿って言葉かけや対応の振り返りを行っている。	人生の先輩として、言葉使いや敬語に気を付けている。接遇について関連施設での勉強会を定期的に行っている。	
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	適切な言葉で想いを表出することが難しい方へは、自己決定しやすいよう選択肢をいくつか提示し、自己選択しやすい場面設定を行っている。		
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	一人ひとりの想いを大切にし、ご本人と相談しながら支援している。		
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	洗面所にブラシを用意しておき、その方の好みのヘアスタイルや身だしなみができるよう環境を整えている。更衣時は天候の話題より何点か衣類を用意し自己選択できる場面作りをしている。		
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	食事作りから片付けまでの一連の流れとして、その過程を共に楽しむことができ、それぞれの力が発揮できる場面作りをしている。	3食宅配食材を使用している。行事や季節毎、おやつなどがあるときは、宅配を中止して随時利用者と共に買い物に行き作っている。食事時は、スタッフと共に楽しく食べている姿が見受けられる。	
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	摂取量にムラがある方や体調変化がみられたときはチェック表を活用し観察している。		

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
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	食後、習慣として口腔ケアを行っている。 義歯洗浄ができるよう支援している。		
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	排泄パターンを把握し、できる限りトイレで排泄できるよう支援している。	殆どの利用者が布パンツを使用し、手引き歩行にてトイレへの誘導を行っている。トイレ内に頻回に入ってしまうなどの利用者について、日々スタッフ間で情報の共有に努め支援に繋げている。	
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	乳製品、オリゴ糖を摂取したり、軽体操、散歩等楽しく体を動かせる工夫をしている。		
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	一人ひとりの希望や習慣、タイミングに合わせて入浴の支援している。	入浴は、毎日入浴する楽しみとして支援している。移転後ホーム内のシャワー浴が可能となり機械浴であった利用者・家族に対し説明し了解を得たうえで、シャワー浴を行っている。	
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	一人ひとりの入眠前の習慣やその時々活動と休息のバランスをみながら、安眠できるような室温や音などの工夫をしている。		
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	内服変更時は薬の説明書を確認し、症状や心身の変化の経過観察を行っている。		
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	家事や畑仕事など個々の力を活かした役割、喫煙や飲酒が楽しめるよう支援している。		

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
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	日常的に散歩に行ったり、嗜好品や雑誌などを買いに出かけている。遠方へのドライブは利用者の希望を聞きながら計画している。	季節毎に散歩やドライブ、要望に合わせて外出支援している。また、隣接のショッピングセンターに散歩や買い物に行っている。外食については、家族と共に受診時や要望に合わせて行っている。	
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	小遣いはご家族の理解のもと所持したり、買い物時は自分で会計できる喜びや楽しみを大切に、個々の力に応じて支援している。		
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	希望時はホームの電話を使用して頂き、いつでも家族や大切な人と連絡が取れ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	入居者同士の関係やソファの配置などに工夫している。移転後も馴染みの家具を使用したり、季節の花を飾り落ち着いた空間作りをしている。	転居後、訪問者が多く利用者一人一人が落ち着かない様子が見られた。現在は、明るく落ち着いた空間作りの中、楽しくレクリエーションする姿が見られる。掲示物は多くはないが、季節感を感じたり、利用者一人一人の生活状況が見られるようにアルバムが置かれ工夫された空間になっている。	
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	テーブル、ソファなどの配置にて共有空間や個人で過ごせる場所を作っている。		
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	自宅で使用していた馴染みの家具や小物を持参して頂き、安心した居室環境となるようにしている。	居室入口には、書道の字で表札がかけられている。使い慣れた家具や仏壇、掲示物がされ、居心地良い空間作りがされている。	
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	トイレ、浴室、フロア内には手すりが設置されている。居室の名前を目線の高さに掲示したり、居室内の配置も考えている。		

## 目標達成計画

作成日: 平成 24 年 12 月 10 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	26	具体的計画内容が達成されていれば、一部書面上から削除されている 利用者一人一人の書類が分散されている	支援が統一かつ継続的に行われるような計画作成 関連書類の集約	達成されている一人一人の計画内容が削除できるものか、マニュアル化されているものか明確にし、誰が見てもわかりやすい計画作成をする 現在分散されていることで支障はないが、今後検討していく	6ヶ月
2	33	看取りケアにスタッフ間で不安の声あり	関連施設と連絡調整を行いながら、看取りについてチームで支援していきたい	ご家族とその時々で話し合い、ケアの方針・連絡方法等明確に記載していく 看取りマニュアルを活用し、シュミレーションの実施 スタッフの不安軽減、メンタル面のサポートに努める	6ヶ月
3	35	消防署立会による訓練の未実施 利用者一人一人の防災備品が準備されていない	消防署立会による訓練の実施 利用者一人一人の必需品、防寒具の準備	消防署立会による訓練の実施 防災備品の見直しを行い、必要物品を準備する	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。