

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	1176000451		
法人名	有限会社 かおる		
事業所名	グループホームかおる		
所在地	埼玉県坂戸市上吉田260-24		
自己評価作成日	平成23年11月30日	評価結果市町村受理日	平成24年4月4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.kohyo-saitama.net/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=1176000451&SCD=320
----------	---

【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23年12月21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)】

調理専門のスタッフがいて、毎日美味しい食事を提供している。また清掃スタッフもいるので、介護スタッフは多くの時間、密に入居者と接することができる。理事長が医師であり、週2回の往診があり、24時間対応で安心。看護師が週2~3日出勤し、入居者の健康管理と医師との連携を行っている。看取りまで支援できるので、ご家族も安心である。

【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)】

医師で理事長の、一人の利用者に対し月2回の往診および夜間の迅速な対応があり、入居者・職員の安心の源泉となっている。日報は毎日、医師へFAXにて報告し、医師は入居者の体調管理を行っている。介護者の看取り介護についても、理事長自ら職員向けの研修を行い理解を深め、年間数例の看取りが行われている。調理や清掃には、専門スタッフが配置され、職員は理念を実践するための行動指針【日常生活の中で役割づくりによる自立支援】の介護に専念できている。

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 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、活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 ユニット1(1F)

[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	事業所理念をリビングと生活日誌に掲示。毎日朝礼の場で復唱し再確認を行っている。毎月、目標を持ち、各自、自己評価を行っている。	グループ全体の理念でもある「個人を正しく認識して…」の個別ケアにおいて管理者・職員ともに共通の認識を持ち、ケアに反映させ実践している。	
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	出勤時や入居者様と散歩の時等には、こちらから積極的に挨拶するよう心がけている。回覧板やイベントの誘いの呼びかけを行い、近隣の人達と馴染みの関係を築いている。	近隣を散歩中に近所の人達から声かけがあり、職員からも挨拶等、積極的に交流を図っている。また施設で町会にも加入し、情報収集や活動参加に努めている。敬老会でも近隣の子どもの参加があり、世代間交流も図れている。	
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	ボランティアや小中学生の福祉体験学習等、積極的に受け入れて施設内の様子を理解していただくよう努めている。あるボランティアには毎月定期的にきていただいている。		
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	2ヶ月に一度開催し、家族代表や地域の方、市役所の方にも参加していただき、施設内の状況報告や意見交換を行い、サービス向上に努めている。	運営推進会議では、毎回家族代表や地域の代表者、市役所の職員も参加し、具体的な意見交換をし、サービスに反映している。	
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	ことある度に相談するようにし、確認を取りながら運営するよう努めている。	運営推進会議での意見交換や、市が主催する研修にも積極的に参加している。また市内のグループホーム部会にも参加し、常に情報収集や連携に努めている。	
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	点滴等で生命維持上必要で同意書を得ている場合以外は、拘束を行わないようにしている。玄関は、一人で出てしまう方がいるので、施錠してあるが、自由に入出入りできる入居者様もいらっしゃる。	原則として抑制は行っていない。ただし、緊急時や必要時のための抑制の同意書に予め家族の同意を文書にて得ている。身体拘束廃止について毎月全体会議で話し合われており、職員は何が拘束となるかよく理解している。玄関の施錠は、利用者の意向に沿って臨機応変に対応している。	
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	勉強会等に参加し、その内容を伝達講習にて、他のスタッフにも知らせている。虐待につながると思われる事柄は、すぐにスタッフ間に報告され、会議で話し合われたり、職員への注意・説明がされている。		

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	みなヘルパー2級以上の資格を持っており理解している。現在は活用すべき方はおられない。対応が必要と思われる場合は、随時スタッフに説明・アドバイスをを行いながら、支援に結び付けている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	事務長と管理者が十分な説明を行っている。看取りまで行っていることも説明している。		
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	家族会や面会時には、意見や要望を伺うようにしている。毎月ご家族に入居者様の様子を近況報告にてお知らせしている。	クリスマス会、敬老会の後で家族会(1/年)が開催され意見や要望を聞いている。家族の意見等は、社内会議で検討し、運営に反映させている。	
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	スタッフ間は、コミュニケーションをはかり、意見や要望を聞くようにしている。目標に対する自己評価の時には、自由に意見を記入してもらい、2ヶ月に一度の全体会議で、代表者と共に話し合うようにしている。	月間介護目標を定め(誤薬防止等)、書面で自己評価して提出し、全体会議で検討され、実践に活かされている。	自己評価方式は、ユニークな方法であり、さらなる発展を期待したい。
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	全体会議の席で、スタッフの意見を聞いてもらっている。		
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	研修への参加を常に促している。参加者は事業所内で伝達講習を行い、研修報告書の資料は、職員全体が目を通すようにしている。		
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	市のグループホーム部会に参加して、事例検討や情報交換を行って、サービスの質の向上に努めている。薬剤師さんの薬の勉強会も実施している。		

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
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	入所時は知らない所で不安があると思うので、そばに寄り添い、ゆっくりと目を見てお話を傾聴し、安心していただくよう努めている。		
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	入所時に、ご家族から可能な限り不安や要望をお聞きして、安心感を持っていただくよう努めている。		
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	ご家族の要望と利用者様に合ったサービスが提供できるよう努めている。		
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	米とぎや味噌汁づくり、食器拭きや片付け、洗濯物を干したり、畳んだり、衣類の修繕など、一人ひとりの出来ることを行っていただき、共に暮らす関係を築いている。		
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	外出や外泊など可能な方には、定期的に行っていたり、面会時には居室にてゆっくり過ごしていただくよう努めている。		
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	ほとんどの方が馴染みの人や場所との関係が途切れていると思われるが、年賀状を出すお手伝いをしている。何人かの友人が入れ替わり定期的に面会に来られる方もいる。コミュニケーションの中で、昔の話を引き出すようにしている。	利用者の中で、近所の知人や友人などの訪問もあり、交流が持てるようにしている。また近所の散歩や買い物等で、馴染みの関係を築いている。	
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	利用者一人ひとりを理解し、利用者同士関わり合いが持てるように、スタッフが間に入って支援す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
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	ご家族と継続的に付き合いをしているスタッフもいるが、なかなか難しい。手紙や電話をいただいた時には、ホームの様子などお伝えしている。		
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	入所時に、ご家族からの情報収集や日々の関わりの中で把握に努め、暮らしやすさや安心を与えられるよう配慮に努めている。	意思疎通が困難な利用者は、日常の行動から、本人の思いを推測し汲み取っている。また、家族からも情報収集を行い、対応している。ベテランの職員を中心に観察を行いながら、常に意向に沿うよう配慮している。	
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	入所時に、ご家族より生活歴や生活習慣、食生活等できるだけ詳しく聞き、その情報を他のスタッフにも伝えて把握に努めている。また本人とのコミュニケーションの中からも聴き取っている。		
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	一人ひとり出来ることは行って頂くよう声掛けし、変化を見逃さないよう注意している。変化があった時には、Dr.や他のスタッフにも申し送りして、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	毎月のケース会議で利用者の個別の検討を行っている。その後全体会議でも再検討し、見直しや変更をして、介護計画に反映させている。	居宅サービス計画書の作成は利用者に副ってよく検討し、その方に合ったケアを実践している。計画書は職員が共有できる環境にあり、各職員が共通の認識を持って細かいケアが行われている。	居宅サービス計画書に沿った詳しい介護計画書の作成により、よりサービスの質の向上が期待される。
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	個別記録には、出来るだけ本人の様子・言葉等を記入して、スタッフ間で情報を共有している。少しずつだが、ケアを番号で記録して、実践ができていないか、見直しに活かすように始めている。		
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、その時々にも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	通院等は事務長が対応しており、ご家族の負担を少なくしている。 看取りまで行うことで、ご家族に安心を提供している。		

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	歌や散歩、傾聴ボランティア等と協力しながら心豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。図書館の紙芝居をレクリエーションに活用している。またあるボランティアの方は、毎月定期的に来園してくださっている。		
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	坂戸内科医院の医師(理事長)により週2回の往診と毎日のDr.FAXにて健康管理がされている。本人・家族の希望される病院受診も受けられるよう支援している。	医師で理事長の、一人の利用者に対し月2回の往診および夜間の迅速な対応があり、入居者・職員の安心の源泉となっている。日報は毎日、医師にFAX報告し、医師は入居者の体調管理をしている。	
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	介護職と看護職は気軽に相談できる関係ができており、変化のあった入居者様の情報を伝えて、見てもらい、医師との連携につなげている。		
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。	事務長が見舞った際に、情報交換や相談に努め、かかりつけ医との連携をはかり、早期退院出来るよう努めている。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	終末期に向けて、本人、家族と話し合いを行い、事業所で出来ることを説明している。医師、看護師、介護スタッフが連携してチームで支援している。	「看取りに関する指針」を事業所独自に作成し、入居時に本人・家族に文書にて説明し同意を得ている。看取りの開始時期を配慮しながら、看取りのケアプランに関して早々に導入予定であり、医師を含めた検討が行われている。	
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	緊急時対応マニュアルを整備し、周知徹底を図っている。看護師による吸引や、酸素ボンベの使い方の指導も行われている。		
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	消防署の協力を得て、避難訓練や消火器の使い方などを定期的に行っている。	震災等に備えて、非常用備品を準備した。今後必要時、施設内で検討しながら対策を行っていく予定である。消防訓練は年2回行っており、近隣の協力も得て、実践的に訓練を行っている。	

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
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	時には親しみから言葉遣いが軽くなる場合があるが、人生の先輩として尊敬の気持ちを忘れずに声かけや対応をしようとしている。プライバシーに配慮し、さりげないトイレ誘導や居室でのケアに努めている。	特に排泄等のケアは自尊心を傷つけないよう、職員間で情報を共有し配慮している。言葉遣いは、職員間で互いに声をかけて注意を払っている。また職員の自己評価による振り返りで点検している。さらにはスピーチロックをしないケアに心がけている。	
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	「…しましょうか？」等返事ができるような問いかけを心がけている。複数の選択肢を提案して、一人ひとりの利用者が、自分で決める場面をつくるようしている。		
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、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	可能な限り利用者の意思を尊重し、その人のペースで生活できるように支援している。その時々々の予定行事等により、希望にそえない場合はよく説明し、納得していただけるよう努めている。		
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	利用者に選んでいただいているが、困難な場合は、好まれていたであろう身だしなみを、出来るだけ支援している。		
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	調理専門スタッフが栄養面を考え、楽しく食事できる雰囲気づくりも大切にしている。米とぎ、味噌汁づくり、食器拭きや片付け等、出来る方には行っていただいている。施設内の畑も活用している。	昼食、夕食は、利用者と共に調理ができるよう努めている。施設内の畑で収穫した野菜を献立に盛り込み、季節を感じ、収穫の喜びを味わいながら食事ができるよう配慮されている。また栄養士や調理員の配置により、栄養面も確保できている。	
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	食事摂取量、水分摂取量を毎日記録して、スタッフが情報を共有している。入居者様の状態に応じて、トロミ粉を使用したり、ミキサー、フードプロセッサ―を使用して食べやすくしている。		
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	本人の残存能力に応じた声かけや介助を行っている。拒否のみられる方は、声かけに応じられなかったとき介助。就寝時は、義歯は預かってポリデントにて消毒。		

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	排泄表により、一人ひとりの排泄パターンを把握して、その人に合わせた声かけ誘導を行っている。入所時にオムツの方でも、トレーニングにより日中は、布パンツ+パッド使用でトイレにて排泄を行っている方もいる。	プライバシーに配慮し、ケアを実践している。オムツ利用の利用者の排泄の自立支援が成功した例では、食事でも自立できるようになり、食事と排泄を関連付けて一連のケアを行っている。また便秘対応は野菜摂取等の食事面からもアプローチをしている。	
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	毎日便秘者確認を行い、排泄パターンを把握しつつ、乳製品やオリゴ糖入りの飲み物を勧めたり、歩行運動の支援にて対応。薬剤や看護師による処置も行っている。		
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	日勤帯の時間であるが、希望者は毎日でも入浴していただいている。遅い時間を希望される方は、夕方に入っている。週2～3回は皆さん入っている。	本人の生活のパターンや、ペースに合わせて入浴支援を実施している。入浴時のプライバシーも本人の意向や状態に合わせて配慮を行っている。	
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	日中の活動を促して、天気の良い日には布団を干し、室温調整に気をつけて、気持ちよく眠れるように支援。必要な方は、適度に休息をとっていただいている。夜間眠れない方には、談話や軽食などにて対応している。		
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	服薬ファイルにて確認を行う。薬の変更・追加の情報を申し送りにて共有。薬の内容を理解し、的確に服薬支援を行い、状態確認を行うようにしている。		
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	できそうなことをお願いして、張り合いを持っていただく。また感謝の言葉を伝えるようにしている。音楽や体操、散歩、ドライブなどで気分転換をしていただくように支援している。		
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	天気や天候、本人の希望に応じて、なるべく戸外に出かけられるように支援している。1月には初詣、5月には、家族と一緒にピクニックに出かけている。	多くの入居者にADLの低下がみられるので、利用者一人ひとりの歩行の状態に合わせて、意向に沿った支援を行っている。外出先は、個別の希望に沿うように職員間で調整しながら対応している。	

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
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	事業所で預かって管理しているが、一部の利用者は、ご家族了解の上で、持っておられる方もいる。ドライブに行った時など、おやつを買っていただいている。		
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	利用者の希望に応じて、電話や手紙のやり取りができるように支援している。行っている方は少ない。		
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	季節により、リビングの掲示板の飾りつけを変えて、季節感をだしている。行事の写真も掲示してあるので、入居者様は楽しんでいる。テーブルには、散歩の途中摘んできた野の花やスタッフが持ってきた季節の花が飾られている。	共有の居間は、窓の光が多く取り入れられ、明るい雰囲気作りがされている。台所から居間は常時職員が目の届く間取りとなっており、利用者が安心して過ごせる空間となっている。廊下の壁には、行事の写真等が掲示しており、家族が訪問の際にも様子が見えるようになっている。	
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	リビングにはソファが置かれ、利用者同士がくつろげる、居心地のよい空間になるようにしている。少し離れた廊下のソファは、ひとりで過ごせる空間になっている。		
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	馴染みの家具や仏壇を持ち込まれている居室もあり、利用者が居心地の良い居室になっている。	個々に馴染みの物の持込が自由に配置され、プライバシーが保たれる空間となっている。各部屋は、明るい日差しが入り、気持ちのよい生活が送れるように設計されている。	
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	バリアフリーになっていて安全である。共用のトイレや浴室、廊下には、手すりがついていて、出来るだけ自立した生活が送れるように工夫してある。		

目標達成計画

作成日: 平成 24年 3月 22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	前回同様ケアプランに沿った支援があまりできていない。少しはできていることもあるが、もう少しスタッフの意識を変えてもらう。	ケアプランとケアが連動して個別ケアを行えるようになること。	ケアプランの支援内容を記録に残していく。番号で記録し、支援方法が見えるような記録方法に変えていく。	12ヶ月
2	33	重度化や終末期に向けた方針の共有と支援について、書類等の整備はだいぶ出来てきたが、家族と話し合ったあとのチームでの支援体制がまだ徹底されていない。	高齢の方が多く、急変がいつ起こるかかわらないので、日頃から終末期ケアについて、スタッフ全員が支援方法等を理解していくようにする。	<ul style="list-style-type: none"> 過去の看取りケアプラン等を振り返り、検討会を開く。 終末期ケアや記録方法等の勉強会を開く。 終末期ケアに関する書類等を見やすい場所に整備する。 	12ヶ月
3	29	散歩に行くことも少なくなり、近隣住民との関わりが持てていない。	<ul style="list-style-type: none"> 面会によく来られるお友達などは、行事等へ招待する。 出来るだけ外出の機会を増やす。 	地域の行事等には、参加できる利用者様には参加していただくようにする。	12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。