

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	3170201028		
法人名	社会福祉法人 こうほうえん		
事業所名	グループホームよねはら		
所在地	鳥取県米子市米原8-8-5-77		
自己評価作成日	平成21年8月25日	評価結果市町村受理日	

※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.pref.tottori.lg.jp/dd.aspx?menuid=33690
----------	---

【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福祉経営ネットワーク		
所在地	東京都千代田区九段北4-1-9		
訪問調査日	平成21年9月8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)】

今年度、自治会の班長に任命され毎月の回覧物の配布や地域の行事等への手伝いと積極的に地域へ出掛けている。また「福米東子供を守る会」の協賛会員として、小学生の下校時の見守り隊も行って。運営推進会議の定期的な開催により地域の方との情報交換も密に行うことが出来ており、法人の目指す地域との「互恵互助」の関係を築きつつある。事業所の目標として、認知症ケアに有効とされるアクティビティの充実を図ること、嚙下体操リハビリ体操等を毎日習慣とし介護予防に努めることを掲げ取り組んでいる。ご利用者は自由な雰囲気の中「喜怒哀楽」を表現される方が多く、職員、ご利用者、ご家族が一体となった家庭的なホームとなっている。

【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)】

このグループホームは、デイサービス事業所の二階に位置し、近隣の住民が立ち寄りにくい構造になっているが、自治会との連携が進み、地域に認知されてきている。職員の定着は良く、利用者も穏やかに、落ち着いて暮らしている家庭的なホームである。認知症ケアに効果があるといわれているアクティビティを可能な限り充実するように職員が検討している。(よなごーごー体操や嚙下体操などもその一つである。) 近年リスクマネジメントが話題になっているが、2階に位置する1ユニットのホームは、災害時の避難に、より工夫検討する必要があると思われる。

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、安心して暮らさせている (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	法人の理念、基本方針等、法人が目指す目標が示してある「互恵互助」の読み合わせをほぼ毎日行っている。毎月のミーティング時、振り返りを行い次月の取り組みに繋げている。	法人理念・2009スローガン・グループホーム10原則などが掲示されて、理解されている。職員ハンドブックとして『互恵互助』があり、その読み合わせを職員ミーティングで行い、職員個人のケアに落としこんでいる。	いろいろの指針や理念が示されているが、最近、職員個人の目標を設定することで、努力の焦点が絞られる活動が始まった。より一層の推進が期待される。
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	今年度、自治会の班長となり会合への参加、清掃活動へも利用者と共に参加した。地域の祭りの準備から片付けまでに関わり、交流を深めることが出来た。「よねはら便り」も年4回の予定で発行し自治会の回覧でまわって貰っている。	自治会の班長という役割を担い、行事や活動の計画から実施までに関与して連携を深めている。道路から事業所に入りにくい点もカバーする地域との活動が進められている。	デイサービスと協働で、近隣の住民の立ち寄れる、介護教室や健康相談などの実施も期待される。
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	毎月、「なんでも相談日」を設け法人の広報誌に掲載している。		
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1回の会議の中で意見を日々の支援の中でいかしている。具体的な意見として配水管の臭気について、気になるとの意見があり浄化槽の清掃を検討した。また防災訓練への参加を近隣の班長さんが申し出てくださり実施予定である。	2ヶ月に1回の開催がなされている。事業所の運営や利用者の状況を伝えるほか、地域包括センターや民生委員・自治会からいろいろな情報が伝えられている。防災訓練の協働も大きな成果といえる。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	市町村の担当者には、事故報告書についてもレベルに応じて報告しており必要時に連絡をとっている。運営推進会議にも、包括支援センターの出席がある。	市の関連部署の長寿社会課や福祉課と連携を取っている。福祉課の職員は事業所に来訪する事もある。	今後、高齢者関連の福祉制度の変化が予想されるので、市をはじめ行政との情報交換が重要であると思われる。
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	身体拘束については、全職員が理解し共有している。言葉の抑制についても職員同士で意識しあっている。玄関の施錠については、早朝、夜の職員が一人の勤務トるとき以外は開放している。	法人の大方針であり、一切の身体拘束は行っていない。	
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	法人主催の研修会に参加している。		

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
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	理解を深める為に資料の配布をしている。入居時には必要に応じて説明をしている。		
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	重要事項説明書に基づき説明を行い理解が得られたときに署名にて同意を得ている。		
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	法人内に「ふれあいの橋の会」という第三者の会があり年に2回訪問して頂いている。特別に機械を設けてはいないが、日常的に職員は一人一人の入居者の思いを察する努力をしている。ご家族の来苑時にはお見送りをし要望がないか聞くようにしている。	法人本部から年一回の利用者家族のアンケート調査が行われている。その結果は法人グループホーム管理者会議やリーダー会議を経て、職員に伝えられ、検討が行われている。第三者委員の来訪もある。	
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	月1回のミーティングで意見交換をしている。管理者は日常的に意見を引き出すように努めている。	年2回の管理者と職員の個別面談が行われている。業務だけでなく日常の悩みを聞く場となっている。又、月1回の職員ミーティングでは、重要な情報交換の場となっている。	職員が自由に意見が出せるように、改善提案やなんでも提案などの制度を工夫するの一案であろう
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	人事考課の面接時に各自の思いを把握するように努めており、管理者は代表者にも伝える努力をしている。		
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	職員個々に教育訓練計画を立てており法人内の研修への参加は計画的に行っている。(認知症ケア研修、看取り研修など)法人外の研修に関しては掲示し参加を促している。		
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	法人内の管理者のステップアップが月に1回あり情報交換を行っている。今年度相互交流の研修を計画しており9月より実施予定である。		

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	入居前の面接は自宅に伺いご利用者、ご家族から困っていること、不安などを聴く様努めている。得た情報は職員間で共有している。		
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	利用前に自宅へ面談に伺った際に、これまでの様子を詳しく聴き、今後に望まれることを聴き取るように努めている。		
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	入居の相談を受けた際に、他の事業所のサービス利用の検討も視野に入れて対応している。1階デイサービスの利用につながった方も2名ある。		
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	職員はご利用者を人生の大先輩であると認識した関わり方をしており、特に昔からの慣わし(ちまき作り、干し柿作り等)を生活に取り入れ教えていただくように働きかけている。		
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	ご家族の訪問時に近況についてお話し以前の生活の中での暮らし振りを伺い今の生活に活かしケアプランに反映させるようにしている。外出、行事にも参加していただけるように声を掛けている。		
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	ご家族に、ご利用者の思いを相談し自宅に帰宅できるようにアプローチしており2名のご利用者が実現している。安来節の師匠の方がおられ、定期的にお弟子さんの訪問がある。かかりつけ医も入居前と同じドクターにしている方が多い。	家族の来訪は多く、利用者との同伴外出を行っている。また、墓参りや自宅への散歩や帰宅なども進めている。同敷地のデイサービスと協働で馴染みの人と利用者の面会などを検討している。	利用者個人の要望のメモ帳に、行きたいところや要望を聞き、書き取る工夫も良い。利用者の何気ないつぶやきもヒントになろう。
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	利用者同士の関係性、日常のトラブルの原因について職員は周知しており回避するように努めている。ゲーム(トランプ、カルタ、唄)などを通して交流の場をもうけるように努める。		

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	サービス利用が終了しても、住みかえられた先に面会に行ったりご家族の相談に乗るようにしている。ご家族の不安が軽減するように話を聴くように努めている。		
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	日々の関わりの中で、言葉を引き出し把握に努めている。またご家族からも情報収集し、本人の思いを大切にしている。	日常生活の利用者との会話や関わりの中から、意思確認するよう努めている。また、会話が困難な場合は、その表情やしぐさから読み取るようにしている他、家族からの情報を得て利用者の意向把握に努めている。	
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	本人、家族、知人の訪問時に少しずつ聴き取り個人の記録に残して情報の共有をしている。居室内になじみの家具などを置くことにより暮らしの継続が出来る環境づくりにも努めている。		
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	利用者個々の生活リズムを把握し、起床の時間、食事の量、嗜好、など本人の思い希望に添うよう努めている。個人記録にも具体的な本人の言葉を記録したり暮らし振りが解る記録となるように努めている。食事、水分量なども把握した上で勤務に入っている。		
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	月のミーティング時にケアプランのモニタリングを行い職員間で情報を共有しその人らしい暮らしが継続できるように介護計画を立てている。	本人や家族からの具体的な意向や要望がある場合は、反映している。また、具体的な意向が確認できない場合は、日常生活で楽しみにしていること等を計画に盛りこみ、その人らしさを追求している。	
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	個人記録以外にも、介護日誌、食事、水分量排泄状況の記録、職員間の申し送りノートを通して情報の共有に努めている。		
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	1階のデイサービスと連携をとり、相互に立てた行事計画に参加出来るよう配慮している。急な受診が必要となったときも、デイサービスで所有している車椅子毎乗れる車を利用できる。		

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	地域の公民館活動に参加している。ホームにて週に1回安来節の会がある。		
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	入居前からのかかりつけ医を入居後も希望されることが多く定期的受診は家族に同行をお願いしている。家族の都合が悪い時には職員が対応している。往診が必要な状況が多くなった時には主治医の変更の相談に応じている。必要時には主治医に相談の電話をし指示を頂いている。	家族の協力を得て、かかりつけの医師との継続的な関わりを持っている。また、利用者の状態によっては、往診中心の医師を紹介する等、家族と相談や確認をとりながら対応している。	
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	訪問看護ステーションとの契約に基づき定期的に訪問してもらっており日頃の健康管理、医療面での相談、助言、対応を行ってもらっている。日常的には1階のデイサービスの看護師に相談することが出来る。		
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。	入院時には介護連絡票にて医療機関にホームでの支援情報を提供している。入院中は職員が頻回に見舞うようにしている。退院時には病院のソーシャルワーカーとの連携を密にし必要時にはカンファレンスをお願いしている。		
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	重度化した場合の対応として住み替えの検討、終末期の希望について早い段階で主治医を交えてカンファレンスを行いご家族の意向を確認している。必要時には訪問看護の看護師にも参加してもらっている。	利用者が重度化した場合や家族から終末期を希望された場合、家族との連絡や情報共有の確認、医師を含めたカンファレンスを行っている。また、必要があれば訪問看護の看護師の協力も得ている。	終末期のケアに向けてのホーム内での統一した方向性や職員間の心構えの確認、また、終末期ケアの知識や場面ごとの対応例の確認等、職員が不安なくケアできる体制の整備が望まれる。
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	母体の施設が主催する、救急方の研修に参加している。		
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	防災訓練のマニュアルを作成し年2回利用者と共に避難訓練を行っている。	1階にある同一法人のデイサービスと合同で年2回、夜間を想定した避難訓練を実施している。また、地域との関係も良好で、近隣の班長から避難訓練に参加の申し出もある等、協力体制も構築しつつある。	近隣地域の協力者による合同の避難訓練がさらに発展していくよう期待したい。

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	個人の尊厳を奪う17項目について事務所内に掲示し常に意識が持てるようにしている。記録物は事務所外に必要時以外出さないようにしている。	利用者への尊厳の尊重として、言葉づかいに留意している。敬語を基本的に使用している他、排泄やプライベートな話題等の場面では、周囲の目や耳に配慮するよう努めている。	
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	午前、午後のお茶の好みをお品がきを見ながら決めてもらっている。余暇時間の過ごし方も選択肢を準備し決めてもらっている。		
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	入居者の気持ちを最優先し起床時間、入眠時間などもその人のペースに合わせている。		
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	起床時には着たい服を選んでもらい鏡を見ながら髪をといたりの整容を自分でしていたできるように支援している。近所に行きつけの美容室があり行くことも出来るが移動理美容者も利用することが出来る。		
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	昼食時は準備から片づけまで一緒に行っている。旬の食材、料理法等の会話をしながら楽しい雰囲気の中で食事が出来るようにしている。食事の前にはメニューの紹介をしベランダでは野菜も少し作っている。個々の手伝っていただいた内容の紹介もしている。	1週間の献立を作成しているが、利用者の希望で柔軟に対応している。また、家庭菜園で収穫した野菜を使用したり、利用者に調理や片付けにも携わってもらい、食事への関心を高めて楽しんでもらえるよう取り組んでいる。	
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、水分量のチェック表を常に確認し食事が少ない時には代用品を勧めたりしている。		
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	毎食後に声掛けを行い一人一人の力に応じて一部介助を行っている。		

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
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	一人一人の排泄パターンを把握する為に「ノムダス」のチェック表をとったり職員間での情報を記録に残すことで共有している。法人内の排泄ケアの研修会にも参加し知識の習得に努めている。	利用者個々の排泄状況を把握し、体調を考慮して対応している。できる限り自立を目指しているが、利用者の負担等を考慮して、オムツを使用している。その際は、コスト軽減等についても配慮するよう努めている。	
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	食事量、水分量を把握し運動の為に散歩に出かけたり、乳製品、食物繊維など食事の内容にも気を配っている。		
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	2日に1回の入浴が出来るように声を掛けている。希望にあわせて夕食後に入浴されている方もある。より安全に安心して入浴が出来るように福祉用具を購入し対応している。入浴できない日も足浴していただき循環不全の防止に努めている。	入浴は毎日可能で、自立の人は、夕食後の入浴も見守りに対応している。また、立ち上がりが困難な利用者に、福祉用具を活用している。入浴できない場合は、足浴や清拭等で対応する。季節感を取り入れる工夫もしている。	浴室の高さや手すりの位置等、利用者や介助する職員にとって、使い勝手がよいとはいえない状況である。利用者や職員の動線を確認し、工夫が必要と思われる。
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	不眠時には、昼間休息時間を取っていただくなど個々の状態に合わせた支援をしている。居間には畳のスペースとソファークッションが用意してあり状態の観察をし臥床時間を検討している。		
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	処方箋の綴りつを個々に作り職員が薬の内容を把握できるようにしている。服薬介助はISOのマニュアルに基づいて行っている。		
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	一人一人の役割を考え、洗濯物たたみ、炊事、など自発的にしていただけるように働きかけている。季節を感じていただく外出、季節毎の行事も計画している。		
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	今直ぐの支援が難しい場合でも家族に相談したり勤務を調整し支援している。近隣への散歩は日常的に行っている。季節を感じていただく為に花見の外出を年間を通して計画している、。	近隣の散歩は、可能な限り日常的に行うようにしている。外出の際に車椅子が必要な利用者が多く、利用者の希望を即時対応は困難な状況であるが、職員の勤務を調整して計画的に外出に努めている。	

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
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	毎日の買物には利用者にも一緒に行っていたが、買いたい物があつたときには、その時に財布から支払をしていただくように支援している。		
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	居間に設置してある電話を利用していただいております。希望があれば電話を掛ける支援をしています。		
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	季節の花を活けたり家庭的な雰囲気となるように工夫している。流す音楽もその時々に変えている。温度、湿度への配慮も温湿時計を確認し空調も活用しながら行っている。	共有スペースは、家庭的な雰囲気を意識して草花や小物を置いて季節感を出している他、食堂とリビングは広々とゆとりがあり、落ち着いた空間となっている。	浴室とトイレは、広さは十分である。ただ、特に浴室の安全配慮の状況は、利用者の身体状況を鑑みると、利用者と職員双方への負担軽減の工夫が望まれる。
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	エレベーター前の空間にテーブルと椅子を置き寛げる空間にしている。		
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	自宅に近い状態になるよう家具の配置にも考慮している。家族の写真など飾りご本人が安心できる空間作りに配慮している。	限りなく自宅あるいは入居前に生活していた環境に近づけるよう、本人や家族から意向を聞き、使い慣れた食器や家具、馴染みのある品々を配置して安心して過ごせるよう配慮している。	
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	自分の居室が解りやすいように表札とは違う位置に名前を貼ったりトイレの表示を解りやすい位置にかけたりと工夫している。		

目標達成計画

作成日：平成 21 年 9 月 30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	35	併設のデイサービスと共同での避難訓練は年2回実施しているが、自治会と「災害時における協力に関する協定書」を取り交わしているものの共同での避難訓練の実施がまだ実施できていない。	自治会との災害時における協力体制を具体的にしていく。	・年2回の避難訓練を、自治会と共に計画、実施し具体的な協力体制を明確にしていく。	12ヶ月
2	33	終末期ケアに向けて、職員が不安なくケアできる体制が確立されていない。	終末期ケアに向けてホーム内で統一した方向性を確認し職員の意識の向上を図る。	終末期に必要なケアについて、職員の要望を確認し法人内の看護師に依頼し、勉強会を実施する。 実践での知識を習得するために特養、老健での一日研修の実施。	12ヶ月
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。