

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	3471503742		
法人名	有) 青葉メディカ		
事業所名	グループホーム はるうらら		
所在地	福山市青葉台一丁目10番6号		
自己評価作成日	平成 23年 9月 1日	評価結果市町村受	平成24年3月5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.hiroshima-fukushi.net/kohyo/index.html>

【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 あしすと		
所在地	福山市三吉町南1丁目11-31-201		
訪問調査日	平成23年10月27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)】

地域に根ざした医療機関と隣接しており、日々の健康管理が行き届いている。緊急時においても 協力医療機関と連携している。
利用者様 一人一人に尊敬の念を抱き、家族・ボランティアと協力しながら穏やかに過ごして頂いている。

【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)】

隣接する医療機関と健康管理についてPT,OTとも密に連携を取り日々の生活の中で実践している。利用者にとって何が最善のケアなのか話し合い管理者を初め職員と共に日々尊敬の念で接し熱意をもってケアにあたっている。家族の協力のもと高齢化されている利用者に配慮し、外出の支援や事業所へボランティアが頻回に訪問され刺激ある生活の支援に結び付けている。家族がいつでも面会できる体制で安心感がある。今後も事業所での課題を明確にし優先順位を決め取り組んでいく。

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		項目		取り組みの	
		成果				成果	
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	○	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	特定非営利活動法人 あしすと			

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Alt+)- + (Enter+)- 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	理念を掲示し、ミーティングや勉強会を通じて方針を共有し、日々の業務で実践している	事業所内の良く見える場所に理念・目標を掲示し、利用者の尊厳ある介護に努めるとともに、朝の申し送り時理念が日頃のケアの中で活かされているか確認している。	
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	地域に根ざした医療機関を母体とし、町内行事への参加や施設での行事参加をして頂いたり 交流している	地域との交流を念頭におき、夏祭り等の行事への参加を目指してきたが利用者の高齢化や状態により難しい所もあるが清掃などには職員が出て馴染みの関係作りに努めている。地域の方のボランティアの受け入れや保育園の園児が来訪され披露することもあり、積極的に関わりをもっている。	
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	事業所は、地域と深い関わりを持ち、情報交換しながら 話し合い、取り組んでいる		
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	評価の現状を公開 報告をし、いつでも開示できるようにして サービスの向上に努めている	今年に入り運営推進会議は2回開催されている。家族、協力医等の各メンバーが参加し、運営体制の変更についての説明等されている。サービスに関する意見交換等は行われていない。	運営推進会議の目的を再度理解され地域密着型サービスとしての活動理解と支援を得るために地域の参加者を呼びかけられ交流促進のため定期的に開催されることが望まれる。
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に取り組んでいる	業務における困難事例や判断に困った時などは、連絡をし 教えて頂いている	地域のネットワークの交流会に参加し行政担当者の参加もあるため相談することもある。更に包括支援センターともその都度連携を図り協力体制を築いている。	
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	勉強会をし、目標も掲げて 全員で話し合い、理解に努めている	勉強会の開催やミーティングで事例を挙げ身体拘束について正しく理解するよう努めている。身体拘束の委員会を作り、具体的に話し合う機会もある。	
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	委員を決め、2ヶ月に一度 勉強会をしながら虐待防止に努めている		

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	学集会で得た方法、資料等を活用し相談、問い合わせがあれば応じている		
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	入所、退所時は十分に説明を行い理解を得ている		
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	利用者とは、時間をつくり 訴えや要望には耳を傾けており、ご家族の意見・要望にも随時、話し合いをし 日々の業務にいかしている	TELや手紙で日々の状態や暮らしぶりを詳細に伝え遠慮なく言ってもらえるように配慮している。意見や要望はケアに反映させている。	
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	月一回（第2水曜日） ミティングの時間をつくり、話し合いをし 反映させている	月1回開催されるミーティングで職員にまんべんなく意見を聞きとっている。個別にも聞き取られ、意見要望は内容を検討し運営者に提案している。	
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	代表者は、できるだけ 現場に顔を出し、職場の雰囲気、職場環境の把握に努めている、 管理者、事務長の報告で対応している、今後は もっと現場密着でと考えている		
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	代表者は、研修の機会があれば 積極的に受講するよう職員のレベルアップに努めている		
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	代表者としては、同業者と交流する機会が少なく、今後の課題である		
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	居宅介護支援センターの情報や、直接 ご本人に面会をし、不安、要望に耳を傾け、関係づくりに努めている		

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	ご家族の要望に対しては、じっくりと話しを聞き、関係づくりに努めている		
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	ご本人、ご家族が 一番望まれている事を理解し、居宅、主治医より情報を得ながらサービス利用の対応をしている		
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	日常生活で、できる事は やって頂き会話をしながら、ご本人の一日が 笑顔で居られるように支援している		
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	面会に来られた時は、話しをし 意見・要望ご本人様の状態 等を説明し、互いの情報交換の場としている		
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	利用者様の高齢化と体調変化により難しくなってきたが、便りや電話、故郷への墓参りをしたり、馴染みの関係が途切れないように支援している	便りや電話で馴染みの関係が途切れないようしている。家族の協力も得、遠方へ帰省されたこともあり継続的な交流ができるように働きかけている。	
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	各人の違いや 相性もあるが、孤立せず心穏やかに過ごせるよう気配りをし、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	退去された方々のご家族に対しても季節の便りをしたり、訪問も多く ボランティアとしても行事に参加して頂いたり 良い関係を継続している		
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	ご本人の要望には、耳を傾け 職員一同でその事の可能性や実現に向けて、ご家族にも協力を求め 取り組んでいる	本人からの要望はなく日常の会話の中で一人ひとりの表情を見極め、意向の把握に努めている。家族の要望も含め、スタッフ同士情報交換しながら共有に努め実現に向け取り組んでいる。	

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	会話の中で、昔のことや 経験して来た事など、ご家族も交えながら話をし、把握に努めている		
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	毎朝・毎夕 一日2回、気づき、状態変化について、情報交換をし 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	本人の要望をお伺いし、ご家族、職員、主治医、理学（作業）療法士等と話し合い介護計画に反映させ作成している	本人家族、職員の意見を聞き主治医PT、OTの意見を基に利用者本位の計画を作成している。日々計画に添っているかチェックし定期的見直しをされるとともに変化があればその都度見直しをされている。	
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	個別ファイルにて、日常の生活状態、身体状況を記録し、情報交換をし 共有しながら、計画の実践・見直しに活かしている		
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	居宅、リハビリ、主治医、ご家族、ボランティア、多職種に渡り、情報交換 共有をしながら 取り組んでいる		
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	必要に応じて 各機関、ボランティアの力をお借りしながら支援している		
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し、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	症状により、本人、家族が希望され、納得した医療機関を受診して頂いている	協力医療機関から週1回の往診の支援がある。希望する医療機関や他科の受診の同行については家族が行っている。訪問歯科の支援もある。	
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	協力医療機関や訪問看護ステーションの介護師とも連絡、相談でき、日常の健康管理の支援に努めている		

32		○入退院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作りを行っている	協力医療機関を通じて、情報交換、相談できるように努めている		
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	高齢化もあり、回避できない状態が多くなりました、ご家族ともよく話し合いをし、施設として出来る事の説明をし 早い段階から支援に取り組んでいる	看取りの経緯があり、早い段階から説明や話し合いを行っている。状況変化ではクリニックの紹介等もあるも協力医や利用者この主治医に相談をする等要望に応じている訪問看護やヘルパー利用も考えられるが現在のところ看取りについての支援体制は出来ていない。	平均年齢が高齢化の状況にある為看取りについて事業所で出来る範囲について体制づくりが早急に望まれる。協力医療機関との連携を密にされ、方針を共有し利用者、家族が納得し安心できる終末期について家族のニーズをくみ取り安心できる支援体制の構築を期待したい。
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	急変時にそなえて、応急手当や初期対応については、話し合い 確認しあいながら、実践出来るようにしている		
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	年2回訓練している 地域との災害対策については、不十分なので今後は協力体制の確立をしたいと思っている	避難訓練は夜間を想定した訓練も含め避難誘導についてマニュアルどりに定期的実施している。地域住民の協力体制は出来ていない。	あらゆる災害を想定し地域の協力体制について地域住民にお願いしたり運営推進会議で協力を呼びかけられ具体的な話し合いの必要性と協力体制の構築が望まれる。
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	声かけや接遇に対しては、日々 職員で話し合い、相手の立場にたった対応に努めている	理念にある尊厳を重視した対応に心掛け、居室入室の際にも必ず声をかけプライバシーに配慮した対応をしている。利用者の情報について保管を適切にされ守秘義務を徹底している。	
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	認知症のレベル低下もあり、本人の思い、希望を訴える機会は少なくなってきたが、できる限り 本人主体の声かけを工夫したり、働きかけはしている		
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	余暇時間を どのようにしたいか、声をかけたり 強制することなく、一人一人のペースを第一とし できる限り希望にそえるように支援している		
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	日常着、寝着、外出着と 本人の希望を伺いながらしており、随時 訪問美容師さんをお願いをし、気分よく過ごせるよう支援している		

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	新しい給食サービスを開始し、メニューは固定しているが、月一回 手づくりおやつの日を決めたり 旬の野菜、果物の差し入れ等のある時は、一緒に準備したり、後片付けをして参加して頂いている	利用者に無理なく手伝ってもらえるよう声かけをし下ごしらえを手伝ってもらっている。個々のペースで過度に介助せず必要に応じてサポートし、ゆっくりと見守り力量を活かせるよう支援されている。	
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	決められた摂取量、栄養バランスもとれているので、一人一人の状態に応じて 随時変化はつけている 水分量もチェックしながら支援している		
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 行っている 義歯や 介助の必要な入居者に対しては、声かけをしたり 確認をし清潔に努めている、専門医受診必要な入居者は 訪問歯科受診や口腔ケア指導して頂き 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	声かけや誘導にて、一人一人のパターンに応じて支援している	個々のパターンを把握し時間を見計らって誘導しトイレでの排泄に心掛け、日中は殆どトイレでの排泄を習慣としている。夜間も体位転換時声かけをし、トイレ誘導している。	
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	排便状態は、毎日チェックをし 主治医と連絡をとり会いながら、食物、運動、内服薬、坐薬 等にて便秘予防に取り組んでいる		
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	フリータイムは何度も挑戦してみたが、人為的なこともあり 時間帯、曜日は決めているが、状態変化や都合でいつでも対応はできるし、やっている	週2回から3回程度入浴を行っている。時期や利用者の状態を考慮し拒む方については無理強いせず、清拭や足浴を行い清潔保持に努め柔軟に対応されている。	
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	自室では自由に、共有スペースにおいても安心して休憩できるように環境作りをして支援している		
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	主治医、薬局の薬剤師の協力を得ながら、管理、確認、症状変化時の相談等、即、対応できる状態にしている		

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	できることはやって頂き、一人一人のできる力を確認しながら、その中から自信、感謝、できる喜びを感じて頂ける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	ご家族の協力も得ながら、お墓参りや故郷への帰省など希望にそえるように支援している	年間計画をたて花見には全員で出かけた。家族の協力を基に外出することもある。身体状況により難しいところもあるが敷地内に出たりすることで気分転換を図っている。	
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	施設内では、必要ないが 小銭を所持して頂き おやつを買ったり、友人、故郷へ電話をかける時等に使用できる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	季節、折り折りの便りであったり、友人への電話のとりつぎであったりと支援している		
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	利用者にとって不快とならないような BGMであったり、職員の声のトーンであったり、壁面を季節感を出したり アートで飾ったり、居心地良く過ごせるように支援している	工夫を凝らした折り紙や手芸品が飾られ利用者がゆったりと腰を掛けられる畳の場所があり、居心地良い空間である。玄関は家庭的な雰囲気である。空調や採光も適度が保たれている。リビングから事業所全体が見渡せ見守りやすい。	
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	くつろいで、穏やかに過ごせるように工夫している		
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	家具、観葉植物等、こだわりのある物を持ちこんだりして、安心して過ごせる場所となっている	居室の表札にはそれぞれ名字と花が飾ら、使い慣れた物品が持ち込まれレイアウトもそれぞれで心地よく過ごせる空間となっている。	
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	自室や いろいろな場所等、わかるように表示したり スペースを十分とったり工夫した環境作りに努めている		

目標達成計画

作成日:平成24年3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	4 (35)	地域住民との交流や災害時を想定した話し合いがなされていない。	地域住民参加の災害訓練や交流会を持つ。	H24年4/1隣接し有料老人ホームがオープンする事もあり、グループ全体で地域住民にも呼びかけて訓練等を行う。	H24、9月頃まで
2	33	重度化・終末期に向けた方針と支援体制を明確にする。現在もやっているが看取りについての体制が今一つ体制づくりが徹底化されていない。	重度化・終末期に向けての協力医療機関・ご家族・GHとの方針の共有と支援体制づくりをする。	①協力医療機関(主治医)、ご家族、GHとの方針についての話し合い徹底する→随時話し合いをしている ②訪看ST、ヘルパーの支援体制づくりをする→現在クリニック側と考慮中 ③事業所としてできることの説明をきちんとする→文書にして説明している	
3					
4					
5					

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、行を挿入して下さい。