

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	2374000285		
法人名	社会福祉法人一誠福祉会		
事業所名	グループホームうらら(あゆの里)		
所在地	愛知県新城市矢部字上の川1番地4		
自己評価作成日	平成26年1月13日	評価結果市町村受理日	平成26年3月31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.kaigokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=true&JigvosyoCd=2374000285-00&PrefCd=23&VersionCd=022
----------	---

【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『サークル・福寿草』
所在地	愛知県名古屋市中区三本松町13番19号
訪問調査日	平成26年2月6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)】

法人理念のノーマライゼーションとホームの理念である「笑・快・安」を基本とし、利用者の持てる力を最大限発揮して頂けるような支援を心がけています。日常生活では、調理や洗濯、掃除を取り入れ家庭的な雰囲気重視しています。気候の良い日の散歩、併設施設との交流、地域事業への参加、他のグループホームとの交流など、できるだけ外の出る機会を多く持ち、地域との交流も大切にしています。日中は出来る限り身体を動かしていただくことで、夜間十分な睡眠が取れるように支援をし、利用者の健康管理に気をつけています。

【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)】

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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、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

[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	「笑いある、快適である、安心がある。」が基本。天気の良い日は、散歩へ出かける様にし、昼間は身体を動かし、夜はゆっくり休む生活が送れる様に、利用者を支援している。		
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	散歩をはじめ、地域の行事「運動会・盆踊り・祭り等」や併設施設の行事等にも参加している。ほぼ毎日の買物。近隣の保育園との交流。市内のグループホームとの交流など地域に密着した活動を心がけている。		
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	日々の活動の中で、家族をはじめ地区の民生委員、区長さん、地域住人、スーパーの店員さん等に日々の活動を通し、伝えている。。		
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	2ヶ月に1度開催している。家族、区長さん、民生委員さん。地域包括センター、近隣のグループホーム職員等、多くの方が参加され、意見交換をしている。		
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に取り組んでいる	推進会議の報告、事故報告の他、疑問点等、相談しやすい状況にある。		
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	日中は玄関の施錠、外門の施錠はしていない。朝の人手が少ない時には～8:00頃まで施錠している。		
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	職員の声かけや、対応で気になる事は、その都度注意している。スタッフ会議等で問題になる様な事が無いが、話し合う場を設けている。		

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	研修内容の回覧をするなどし、個々の勉強に一存している。会議にて話し合う事はある。		
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	入所時や変更のある時は、その都度家族に知らせている。終末期については依然課題が残っている。		
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	運営推進会議の開催を定期的に行い、その際にご意見を伺っている。会議に参加されない家族については、家族が来荘された際に、ご意見を伺う様にしている。		
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	朝のミーティング、月1回定例会議、フロア会議で支援内容、業務内容などを話し合い、業務に反映している。		
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	勤務評価については日々の勤務状況から評価している。職場環境は、できる限り職員からの意見を聞き、皆で作る事を目指している。		
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	全職員が研修の機会が持てる様にしている。(施設内外問わず)		
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	推進会議への参加、他施設行事への参加、認知症ブロック会議・勉強会参加		

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	サービス導入の際の聞き取りの他、一部センター方式を取り入れ、職員が情報を共有し、本人の生活習慣を理解する様に努めている。本人が不安にならない様、笑顔で接する事を心がけている。		
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	家族の希望をお聴きし、多くの事を聞き取る様にしている。来訪者には挨拶を心掛け、明るく馴染みやすい環境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	利用者・ご家族の思いをお聴きし、出来る限り以前の生活に近い支援が出来る様に支援内容を考えている。不安なく、安心できる生活環境を常に考えている。		
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	調理を中心に、利用者に「わからない事を教えて頂く。」を実施。毎日の生活で利用者と職員が寄り添って生活を送る事を大事にしている。		
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	家族の方にも一緒に関わって頂き、「長寿を祝う会」と「忘年会」の大きな交流の場を設けている。運営推進会議や日々の生活において、相談・支援を行っている。		
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	外出企画やドライブ企画を立て、ご自身の家や地域に出掛ける事で、知り合いの方にお会いする事がある。主治医は、ほとんどの方が入所前からのかかりつけ医に行かれる。		
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	日々の利用者間の雰囲気に応じて、個々の活動、一緒に活動内容で支援している。個人の能力や好みを把握し、個人に合った支援が出来る様、心掛けている。		

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	個々に相談・支援を求めて来られる方はいない。特養入所に向けて、情報提供はしている。		
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	利用者(家族)の思い・希望は個人記録に残し、職員全体で情報を共有しながら、その人らしい生活ができる様に支援している。		
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	入所時、家族に生活歴の記入をお願いし、情報を頂いている。また、それまでのケアマネージャーや、サービス機関、医療機関より情報を頂いている。職員も利用者との会話等から個人の把握に努めている。		
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	個別記録を中心に利用者の行動パターンを把握。また、フロア会議等で情報を交換し合っている。職員は得た情報を基にケアに生かしている。		
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	計画作成者が中心に作成。3ヶ月に1度の見直しを行っている。毎日のミーティング、フロア会議での検討はもとより、全職員が問題点等ケアに繋がる意見を案件版に記載している。		
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	ケアについての気付きは、申し送りノートに記載し、共通理解ができる様にしている。個々のケース記録には日々の状況を記載し、職員が同じレベルの支援ができる様にしている。		
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	受診は基本、家族対応ではあるが、個々の状況によってはホームでの対応もしている。病院までの送迎も場合によっては行っている。季節ごとの行事食や、行きたい所等利用者に聞きながら一緒に考えている。		

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	地域の祭礼、運動会等の行事をはじめ、市のイベント(花火大会、のんほいルロット等)に参加出来る様に支援している。		
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、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	第1に家族に連絡しなるべく家族での対応をお願いしている。近隣の医療機関や、法人の協力病院とも連携が取れており、本人・家族の要望に合わせ、適切な医療が受けられている。		
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	看護師(非常勤)との共同体制は出来ている。看護師不在の時は併設施設の看護師に応援を依頼、適切に対応されている。		
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。	入院先に出向いたり、電話で状況を把握するなどし、退院の目途やその後の支援方法の助言などをもらう様にしている。		
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	看取りを原則としていないが、出来る限りホームで生活出来る様、ご家族に状況を説明し、方向性を相談している。その一方で、ホームでの生活が不可能になった場合を考え、特養などの申し込みもお願いをしている。		
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	消防署での救急救命法の研修を受講している。安全推進委員会へ定期的に参加し、急変時対応の為の施設内研修にも参加している。		
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	併設施設の防災委員会へ定期的に参加し災害時の対応に備えている。また、ホームでも消防署の指導のもと、担当者を中心に独自で避難訓練を行っている。食糧の備蓄もしている。		

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
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	一人ひとりに合わせた声掛けを行なう様に心掛けている。職員同士がお互いに声を掛け合い、協力しあう職場づくりを心掛けている。		
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	ゆったりと利用者の話を傾聴し、本人の意思、考えを理解しようとする姿勢を常に持つ様働きかけている。自己決定出来ない時は、職員が本人の思いを代行している。		
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	ユニット毎の流れもあり、全てにおいて一人ひとりの思いを優先する事は出来ていないが、出来る範囲で日々努力している。		
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	日中と就寝時の区別は常にしている。その方の好みを把握して支援をしている。特に外出の際の服装への配慮に力を入れている。		
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	一人ひとりの力を生かしながら、調理・配膳・片付けを行っている。個々の力を生かしながら、なるべく多くの利用者が食事作りに携われる様、声掛け、支援している。		
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	一緒に食事やおやつを食べることで、味や硬さの確認と、利用者の食事摂取状況や嗜好の把握をしている。必要に応じ、個別チェック表を記入、看護師が確認を行っている。		
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、歯磨きの声かけ、見守り、一部介助を行っている。義歯洗浄は週に1回義歯使用者全員行っている。		

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	排泄チェック表には排泄時間、排泄回数を記入。個別排泄パターンの把握と対応に心掛けている。		
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	毎朝ヨーグルト提供、個別に冷たい牛乳の提供。チェック表で便秘日数を記入。朝礼で報告。、確認。出来るだけ薬に頼らず、運動や食事・水分等で対応している。		
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	毎日16時から19時頃までに入っている。職員が順番に声をかけて入っている。夕食後に入られる方はほとんどいない。		
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	日中は出来るだけ活動的に過ごせる様に支援をしている。必要に応じ、自室あるいはソファや椅子で、個々に休息を取っている。室温はエアコンにて調整を職員が行っている。		
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	看護師が主治医、家族への連携を取り、服薬管理をしている。薬の変更はその都度朝礼やノートで申し送っている。		
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	個々に合ったものを作って頂くよう、日々模索している。活花・菜園・手芸・体操・喫茶店・ドライブ等を行っている。		
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	毎日の買物、散歩をはじめ、地域行事・併設施設の行事参加。市内のグループホームや近隣の保育園との交流。家族参加の食事会等を行っている、		

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
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	2名の方が手元の財布にお金を持っており、自身で支払いをする。(中身の管理はしていない)他に、預り金はホームで管理を行っている。のんほいルロットに行った際、個人の小遣いで買い物をする事があるが、支払は職員が支援をする。		
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	希望があればいつでも電話できる環境にある。日常的に電話したり、手紙を出す事は無いが、希望されれば職員が支援をしている。年賀状は家族宛てに出している。個人宛ての手紙の代読をし、本人又は家族にお渡ししている。		
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	食堂から直接トイレが見えない様にパーテーションを利用している。生花を行けて頂き、居心地の良い空間作りをしている。必要時にはエアコン・加湿器にて気温・湿度を調節している。		
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	ソファー、畳コーナー等好きな場所で休める様に配置している。利用者同士、居間の椅子や畳コーナーに腰掛けて話をしている姿がよく見られる。		
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	居室内は自由に家具等配置し、本人にとって居心地の良い居住空間となっている。安全面を考慮し、配置換え等を提案。一緒に変えることもある。		
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	トイレを表記する事で、自身で確認していたり、色分けされた居室の扉で自室を確認する事が出来ている。食堂のテーブルや畳コーナーで個々に合った活動をしている、		

目標達成計画

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るような、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	I-10	○運営に関する利用者、家族等の意見の反映 ・推進会議の場や、訪問時に、ご家族からのご意見や提案をお聞きし運営に繋げる努力をしている。	・家族からの小さな声も尊重し、家族と職員が協力して利用者の支援をすることができる。 ・家族に現在のホームの様子(全体及び個人)を、居室担当職員から報告することで、家族とのコミュニケーションの構築ができる。	・運営推進会議や敬老会・忘年会等に家族が参加された際に、皆さんから意見や要望を聞く機会を設ける。 ・毎月居室担当者からご家族に、利用者の状況を簡潔に文章でお伝えする。	12ヶ月
2	Ⅲ-26	○チームで作る介護計画とモニタリング ・介護計画は利用者の変化に合わせ、3ヶ月ごとに見直しをしているが、計画書に沿った支援が的確にされているかが、常に把握できるケース記録には到達できていない。	・職員全員が担当者の介護計画作成に関わる事ができる。 ・担当する利用者については、責任を持って状況把握をし、ご家族にお知らせする事ができる。	・3ヶ月頃の見直し際には、本人・家族・全職員から意見を聞く。 ・担当職員は毎月ご家族向けに、状況を文面でお知らせできるように、常に状況の把握に努める。	12ヶ月
3	Ⅱ-20	○馴染みの人や場との関係継続の支援 ・かかりつけ医や行きつけの美容院・床屋などには基本、家族の対応ではあるが、家族の高齢化や、対応可能な家族がいない方が多くなってきた。	主治医や美容院など、行きつけのところの利用を継続して頂く。 ・住所地の行事や法事などに出席して頂く。 ・利用者にゆかりのある場所、行きたいところにお連れする。	・受診や散髪などは、基本的には家族に支援して頂く。 ・家族・親族の高齢化や体調不良により支援が難しくなった場合などは、ホームで対応する。	12ヶ月
4	Ⅲ-36	○災害対策 ・併設施設と年2回合同訓練をするほか、独自に避難訓練を行っているが、職員全員が参加できていない。問題点を整理し、不測の事態に備えた避難の方法を、全員が身につけることが必要。	・利用者の避難経路や避難方法について、全職員が危機意識を持って考え、訓練につなげることができる。 ・地域社会とのつながりを継続する。	・併設施設や、地域の防災訓練への参加を続ける。 ・職員間で様々な災害を想定した訓練内容を検討し、実際の訓練に繋げる。	12ヶ月
5	Ⅲ-33	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 ・できる限りホームでの生活を維持して頂く努力をしている。ADLの低下や、医療が必要になった場合などは、家族と相談し方向性を決めるようにしているが、なかなか難しい。	・ご家族との信頼関係の構築。 ・利用者一人ひとりの状況を常に把握し、変化が見られた場合には速やかに対応(受診・入院など)をする。	・ご家族には常に状況をお伝えする事で、信頼関係が持てるようにする。 ・利用者のADL悪化や医療行為が必要になった場合には、家族、主治医などと方向性を話し、次の生活の場の検討・紹介を行う。	12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、行を挿入して下さい。