

平成22年度

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	1472800349	事業の開始年月日	平成13年1月1日
		指定年月日	平成13年1月1日
法人名	有限会社 あかつき		
事業所名	グループホーム あかつき		
所在地	(259-1306) 神奈川県秦野市戸川 737-5		
サービス種別 定員等	☐ 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
		通い定員	名
		宿泊定員	名
	☒ 認知症対応型共同生活介護	定員計	9 名
		ユニット数	1 ユニット
自己評価作成日	平成22年12月28日	評価結果 市町村受理日	平成23年2月25日

事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先	http://www.kaigo-kouhyou-kanagawa.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=1472800349&SCD=320
----------	---

【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)】

ひとつ屋根の下、利用者様とスタッフが大家族の様な関係を築き、毎日ゆとりのある時間の中で協力しながら仲良く生活しています。
--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鵜沼橋1-2-4 ケﾞ双ファースト 3階		
訪問調査日	平成23年1月15日	評価機関 評価決定日	平成23年2月10日

【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)】

「グループホームあかつき」は、大山など丹沢表尾根が望め、四季折々の姿が楽しめる秦野市街の北部に位置しています。小田急線秦野駅と渋沢駅からのバスルートがあり、バス停の「菩提」からホームまでの道筋では、梅の花が咲き始め田園風景が展開されています。 < 優れている点 > ○ 利用者の残存能力の維持 利用者は、最高齢が100歳、平均年齢は82.2歳ですが自立度が高く、車椅子使用の利用者は一人も居ません。食事や水分摂取も介助必要者はわずか1名です。また、排泄も同様で、声掛けや誘導程度で全員トイレで用を済ませています。ここでは、これらの残存能力を維持するために、利用者一人ひとりの日常生活の中に身体を動かすことや役割分担などが上手に組み入れられています。自分ひとりでする事や利用者同士で力を合わせてする事などが、布団の上げ下ろし、居室や共用空間の掃除、食材の買出し、食事の配膳下膳、毎日の散歩、家庭菜園での作業などとして、自主性に任せたり、お願いしたりして続けられている点に優れた介護力が感じられます。 < 工夫している点 > ○ 段差などハード面のバリアを活用 独身寮だった建物に手摺の設置などの改造が施されていますが、階段の昇降や玄関、敷居などの段差が利用者の動線に沢山残されています。このような環境の中でのサービスの提供には、職員の大変な努力が有ったと思われますが、利用者の行動に常に緊張感をもたせるなど、このバリアを日常生活でのリハビリに活用していることが工夫している点と言えます。
--

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
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 ~ 35	9 ~ 13
その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	グループホーム あかつき
ユニット名	

アウトカム項目			
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
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
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
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
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
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
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

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ます。 (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
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：9,10,19)		1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
		○	3. たまに
			4. ほとんどない
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の拡がりや深まりがあり、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
66	職員は、活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
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
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. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価		
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
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踏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	スタッフと理念を作り、実践している。	昔懐かしい「大家族」イメージの家庭作りが実践されています。利用者のADLの維持を狙って、自分の出来ることは率先して行ってもらったり、他の利用者の手助けをするなど、利用者同士の支え合いの関係構築にも力を入れています。		
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	運営推進会議などを通じ、地域の行事へ参加出来る様になったが、更に深い交流を求めたい。	近隣児童館の「うどん作り」に参加したり、福祉フェスティバルに利用者の作品を出品していますが、直近の運営推進会議では、支援専門委員会など地域からの認知度が低いことや地域との連携、地域資源の活用などが不足との助言を受けています。	事業所の地域内での認知度を高め、地域住民や地域資源から協力が得られるように、支援センターとの交流を深められることが期待されます。	
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	地域との交流を行なっている。			
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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	ホームの状況を細かく報告・説明し、意見・要望があれば、サービス向上の元とし活かしている。	会議メンバーの積極的な参加を得て、2ヶ月に1回開催し、会議の運営も軌道に乗ったように窥えます。会議では、入居及び待機者状況、行事、通院・往診状況、研修・会議などの近況と今後の予定が報告され、意見や要望を受けています。	会議では、ホームの移転計画案の報告を求められていますので、次回の運営推進会議では、議題として取り上げ、移転に関する問題点や運営などへの意見や提言を求められることが期待されます。	
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	常に連絡を取っている。	市役所への書類の提出は、ファックスを使わず、必ず手渡しすることを心掛けています。少しの時間でも挨拶や報告などを直に行うなど、緊密な協力関係構築に努めています。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	拘束しないケアを行い、職員の理解も持っている。	今年度は、マニュアルも作成されています。職員の身体拘束の禁止に関する理解度も高く、玄関などは、利用者の意思尊重という観点から鍵を掛けないケアが徹底されており、外へ出たい気配の時は、利用者と付近を連れ立って歩いたりしています。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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されることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待防止法を学ぶ機会を作っていないが、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	制度等を学ぶ機会を作っていないが、個々の必要性を話し合い支援している。		
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	家族との連絡を行っている。		
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並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	出来ていない	面会などで家族が来所した際には、職員から声をかけて要望や意見を聞き、運営に反映しています。行事の写真の裏にメッセージを書いて家族に送ることもありますが、定期的な家族への報告などは行っていません。	毎月のホーム便りの発行や利用者の様子の定期的な報告など、家族が意見を言いやすい雰囲気作りを、事業所側から積極的に行うことが期待されます。

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	出来ていない	職員は、朝夕の申し送りで情報の共有をしています。必要に応じて管理者が職員の意見を聞いていますが、会議などで職員同士で話し合う機会は少ないのが現状です。	理念の実践など事業所が目指す方向を統一するためにも、定期的な会議やカンファレンス、自己評価など職員の発言機会を設け、介護のあり方やホームの運営を職員と話し合うことが期待されます。
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	職員の働きを把握し、働きやすい環境を作る努力をしている。		
13		○職員を育てる取組み 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	市町村主催の研修やセミナーへ積極的に参加し各々の知識の向上に努めている。		
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つくり、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組みをしている	同業の集まりに参加し、又、総合研修を行なっている。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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	家族又は本人より情報を聞き、支援に努めている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○ 初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	家族との交流を図って、関係を築いている。		
17		○ 初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	情報を集め、努めている。		
18		○ 本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	本人の状況に応じて役割を作り、張りのある生活を心掛けている。		
19		○ 本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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・本人の意向を尊重し本人を支える関係を築いている。		
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	本人・家族の情報を元に、馴染みの方の話をしたり、家族と話し合い、何時でも面会出来る支援を行なっている。	入居時家族に、生活歴や趣味、思い出などを「バックグラウンド用紙」に記入してもらうとともに、利用者の話を聞き取り、馴染みの関係を把握しています。編み物やカラオケなど、趣味を継続するための支援も行っています。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	入居者の状況を把握し配慮し、席の配置などを配慮し支援している。		
22		○関係を断ち切らない取り組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係を大切にしながら、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	退去後も連絡をとり、関係を築いている。		
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。	一人一人の意向を把握し配慮しているが、困難な場合は家族と話し合い、支援している。	自分の思いを自分の言葉で伝えられる人が多いので、夜など落ち着いた時間をとらえて丹念に話を聴き、思いや意向を把握しています。把握した情報は日報に記録し職員間で共有しています。	
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	さりげない会話からの情報などを大切にし、ケアに活かせる様努めている。		
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	細かな身心の状態を把握し、迅速にケアに反映出来る様努めている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	職員の意見・気付き等を参考にプランを作成している。	入居時に把握した情報や職員が書いた日報を基に、計画作成者が、利用者にとって何が良いかを第一に考えて計画の作成や見直しを行っています。しかし、カンファレンスを開催し、職員全員で計画を作成するまでには至っていません。	定期的なカンファレンスを開催し、チームで作るケアプランについて職員への意識づけを行うとともに、介護計画作成やモニタリングなどの方法について検討されることが期待されます。
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	日報・職員連絡ノート等で情報を共有し活かしている。		
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	個々で支援している。		
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	自治体の方々の協力を得て、イベントなどの参加をしている。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 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	主治医と連携し、支援している。	かかりつけ医への送迎や付き添いを家族にお願いしていますが、家族が出来ない場合には、職員が行っています。かかりつけ医との情報の授受も協力医療機関への受診時と同様に行われ、受診報告記録で職員間でも情報の共有化が図られています。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	看護職員は在籍していないが主治医との報告、連絡、相談を密にし対応している。		
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、また、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。又は、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。	情報交換を行なっている。		
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	利用者様本人の病状や状況により、家族、主治医と共に協議し本人様にとって一番適する対応を行う様努めている。	運営者と管理者は、重度化や終末期への対応を、ホームの移転後の重要な課題として取組む意向を持っています。	
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	訓練ができていない。		
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	自治体が定める避難所がある。	3月に利用者7名と職員5名が、消防署の指導の下で防火防災訓練を行っています。また8月には夜間の火災を想定した総合訓練がマニュアルに従って行われており、地域の方々にも避難時の利用者の見守りなどの協力をいただいています。	マニュアルが作成され、定期的な訓練が始められています。が、訓練の実施前に計画書の作成と、終了後の実施記録の作成と反省会を行うことが望まれます。

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価		
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
その人らしい暮らしを続けるための日々の支援						
36	14	○一人ひとりの人格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	個々の状態に合った対応をしている。	バックグラウンド用紙や家族の情報から、尊厳を損なわない程度の愛称などが使われることもあります。また整容に関しては、人格の尊重やプライドを保持する支援として、お化粧品や髭剃り、髪型、着衣などに気配りが行き届いています。		
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	個々が自由に自己決定出来る様に努めている。			
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	個々の希望に合わせ支援している。			
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	基本・自立支援・自己決定の元支援しているが、介助が必要な方は状況に応じて支援している。			
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	食べたいものの要望を聴いたり、配膳・下膳・後片付けの手伝いをして頂いたりして、支援している。	食事は、温かいものを食べて頂くことの配慮から、利用者が食卓に着いてから盛り付けや配膳をしています。利用者は、配膳や下膳などのお手伝いや、畑で収穫したサツマイモで作るスイートポテトや、おはぎなどのおやつ作りに参加しています。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	家庭的な料理で栄養を摂取し、食事やおやつの時間に水分補給をおこなっている、又、個々の状態に応じて、水分補給を行なっている。		
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	食後に行なっている。		
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向けた支援を行っている	個々の状況に応じて行なっている。	最高齢100歳の方を含め、ほとんどの方が排泄チェック表などによる、声掛けや誘導程度の支援だけで、トイレで自立した排泄が行われています。車椅子対応トイレの無いことが、排泄の自立維持の取り組みを後押ししています。	
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	植物繊維を取り入れた食事の提供・水分補給、散歩等の運動を行ない予防している。		
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むように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている	時間や曜日は決まっているが、自己決定を尊重し、入浴支援を行なっている。	入浴日は、月・水・金の週3回で午後の時間帯で夕食前までに入浴されています。お風呂は、独身寮当時のままの大浴槽で、気の合った者同士で入っています。複数で入浴するため、中介助・外介助の2名体制で入浴の安全性を確保しています。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	空調管理や個々の余暇に応じて支援している。		
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	服薬の内容を把握し、主治医の指示に従い支援している。		
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	散歩やレクリエーション等、個々に出る事を把握し支援している。		
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。また、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	散歩や・ドライブ・季節に合わせた行事を行い、支援している。	散歩は日課で、全員2日に1回は必ず出るように支援しています。通常は、午前中に1人、午後に2人ずつで2組で、近くの小坂神社などへ行っています。お花見や丹沢方面へのドライブなど少し足を伸ばした遠出の外出も企画されています。	
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	出来ていない。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	本人の意思を尊重し、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	写真や個々で作った物を展示したり、季節に合った草花を飾っている。	利用者は、住み慣れた我が家のごとく階段や玄関などの段差を苦にもせず行動しています。玄関には季節の草花が飾られ、廊下やリビングには誕生会やドライブでのスナップ写真、福祉フェスティバルに出展した利用者の作品が掲げられています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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	日の当たりの良い場所で過ごしている。		
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	個々に応じて行なっている。	入居前の自宅の部屋に合わせることを基本に支援しています。畳敷きで布団の方やカーペットでベットを利用される方など、利用者の意思を尊重しています。仏壇など馴染みの物を持ち込み、自宅生活の延長線上で過ごせるように支援しています。	
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」や「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	転倒などが予想される箇所への手すりの設置、居室扉への表札など本人様の出来る事を知る事によりわかる事が持続出来る環境づくりを行っている。		

目標達成計画

作成日: 平成 23年 2月 24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	11～7	運営に関する職員意見の反映	定期的な会議を設け、職員の発言や提案を積極的に取り入れ、日々の介護やケアに活かす。	H23年2月より全体会議を開催。今後も毎月ケア会議を開催し、日々の介護に活かす。	1ヶ月
2	26～10	介護計画の作成時においてカンファレンスを開催し職員全委員での計画作成するに至っていない。	ケア会議を開催し定期での介護計画の見直し時等、職員全体で介護計画及びサービス内容を把握し、チーム全体の介護のレベルアップに繋げる。	現在、個別記録に各々介護計画・サービス内容を掲載し、職員への意識向上を促している。定期でのケア会議時に職員が各々サービス内容・介護計画に沿ったケアが出来ているか見直す機会を作る。	6ヶ月
3	10～6	定期的な家族への報告が出来ていない。	春・夏・秋・冬年4回ホーム便りを作成し家族へ送付する。	今後ほーむ便りの具体的な企画を考え、年内に創刊を目指す。	6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。