

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 | 0873500144 | | |
| 法人名 | 株式会社シルバーライフサポート木の実 | | |
| 事業所名 | グループホーム木の実 | | |
| 所在地 | 茨城県日立市十王町友部東2-1-19 | | |
| 自己評価作成日 | 平成25年2月15日 | 評価結果市町村受理日 | 平成25年6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.kaigokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&JigyosyoCd=0873500144-00&PrefCd=08&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認知症ケア研究所 |
| 所在地 | 茨城県水戸市酒門町字千束4637-2 |
| 訪問調査日 | 平成25年4月16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)】

| |
|---|
| 同敷地内にて居宅介護事業所・訪問介護・訪問入浴等の事業も行っており、入居前・入居後の在宅生活の支援も行っている事業所です。 |
|---|

【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)】

| |
|---|
| 事業所は駅のロータリーに面しており、商店や公園にも徒歩で行くことができる好立地にある。地域住民との交流も自然に行われており、ボランティアの協力も多い。地域との結びつきについては統括管理者が地区社会福祉協議会の活動に積極的に協力しており、地域の安心安全ネットワークの委員を務めている。また、自社所有の建物である利点を活かし家賃を低額に設定するとともに、定められた費用以外(通院等)の負担がなく、利用しやすい料金設定となっている。同一敷地内に居宅介護支援事業所、訪問介護事業所、訪問入浴介護事業所を運営しており、在宅生活時からホーム入所後まで継続的にその人らしい本人の望む暮らしを支援している。 |
|---|

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

[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 | 開設時にBS法を利用し関係スタッフ全員で理念を作成したので共有できており、努力している。 | 地域密着型サービスの意義を踏まえ、スタッフ全員で作上げた理念である。初任者研修は、もちろん、スタッフ会議等でも共有をはかり、当たり前のこととして、理念の実現に向けて取り組んでいる。 | |
| 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 | バス・電車の待ち時間にお茶を飲みに来る方がいたり、行事等には近所の方が参加してくれている。日課になっている散歩時に公園等で近所の方達と交流が持てている。 | ホームは駅のロータリーに面しており、商店や公園も徒歩で行ける距離にある。そのため、ごく自然に地域の方との交流が行われている。また、地域の夏祭りに参加したり、施設内でのアクティビティ等には多くのボランティアが協力している。 | |
| 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 | 管理者が地区社協の専門委員をしており地区の民生委員の方達に認知症の理解や支援の方法を説明したり、地域の人達の相談を受けて各機関に繋げている。 | | |
| 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回実施しサービスの向上や環境の整備等に活かしている。地域住民代表委員の方に橋渡しをして頂き地域の方との交流が増えている。 | 2ヶ月に1回実施されており、ホームの運営状況の報告や説明を中心に行い、市職員や地域の代表等の参加者から意見や助言、また地域の情報の提供を受け、サービス向上に活かしている。 | |
| 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 | 運営推進会議に市介護保険課職員2名が参加してくれており取り組み等を理解してもらっている。また管理者がグループホームの代表として市の高齢者権利擁護委員会の委員となり活動している。 | 総括管理者は地区社協の専門員や市の高齢者権利擁護推進協議会の委員を委嘱されるなど、市からの信頼は厚く、良好な関係を築いている。また、小学生、中学生の職場体験を受け入れるなど行政の活動に積極的に協力している。 | |
| 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 | 管理者が社外研修にて受けてきたことを社内研修で伝達講習を行い、理解・実践している。 | 「身体拘束ゼロの手引き」をもとに、ホーム独自の「身体拘束防止に関する手引き」を作成している。これらをもとに新人職員研修会をはじめとする社内研修を実施し、職員は身体拘束となる具体的な行為について十分理解しており、身体拘束を行わないケアを実践している。 | |

| 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 |
| 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 | 管理者が社外研修にて受けてきたことを社内研修で伝達講習を行い、理解・実践している。 | | |
| 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 | 日常生活自立支援事業や成年後見制度の社内研修を実施し、活用している利用者もいる。 | | |
| 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 | 入居時に説明し、改定時も説明し同意を得ている。 | | |
| 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 | 面会時に家族とスタッフが必ず話すようにしている。利用者にもアンケートを実施。介護相談員(月1回)の来所も活用している。 | 市の介護相談員が毎月利用者の話を聞いており、必要に応じて施設にフィードバックされている。施設から相談することもある。家族会の機会を活用したり、利用者・家族へのアンケートを実施するなどし、意見や要望の把握に努めている。 | |
| 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 | スタッフ会議にて意見・提案を聞く機会の場を設けている。 | 月1回開催しているスタッフ会議を活用して職員からの意見や提案を聞いている。また、日頃から職場内には気軽に意見が言える雰囲気があり、管理者、職員間での意見交換ができています。 | |
| 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 | 就業規則・賃金規定(パートタイマーを含め)を定めている。またキャリアパス制度を導入している。 | | |
| 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 | 個別研修計画を作成し実施している。また能力に応じた社外研修を受けさせている。 | | |
| 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 | 社会福祉協議会主催の交流会に参加したり、他のグループホームのケアマネに会議に参加してもらっている。 | | |

| 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 |
| 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 | 入居前の事前調査の段階から不安・要望等を聞き、本人が安心出きる様に説明している。入居前にホームに遊びに来てもらえるように話している。 | | |
| 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 | 入居時に必ず家族から要望・生活暦等を聞き書式に記入してもらっている。またケアプラン作成時の資料の同意を得ている。 | | |
| 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 | 入居前の担当ケアマネ・家族・本人と話し合い、本人に合った対応や支援方法を予測を含め検討し、対応している。 | | |
| 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 | スタッフ・利用者を含めた共同生活を念頭において、各自(スタッフ・利用者)のできる事での役割づくりはや、助け合いにて信頼関係の確立を図っている。 | | |
| 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 | 家族の役割としてできることは家族としてやって頂いている。(通院・散髪・一緒に買い物・散歩)また正月・お盆等家族が集まる時は外出・外泊をお願いし、不可能な時は家族でホームに遊びに来てもらうようにしている。 | | |
| 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 | 可能な限り馴染みの場所での散髪・買い物や、馴染みの人(以前住んでいた近所の方や友人など)が遊びに来れるように家族と共に支援している。 | 馴染みの理容店に行ったり、利用前に指導を受けていた編み物の先生が施設に来て指導してくれるなどの関係が続いている。家族や友人の訪問、馴染みの場所への外出なども行われている。居室には家族の写真が飾られていたり、馴染みの物品等が持ち込まれている。 | |
| 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 | ユニットをこえて関わり合いが持てるようにしており、時にはユニットの変更を行っている。また共同作業等にて関わり合いを持つように意図的にセッティングしてる。 | | |

| 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 | 希望する時は行っている。(本人・家族・施設等への協力)また在宅に戻る場合には社内のケアマネが担当することもできる。 | | |
| 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 | アセスメント時に本人・家族から聞き取り、またセンター方式のシートを活用している。 | センター方式を用いたアセスメントと年1回実施している本人・家族へのアンケート等をもとに、意向の把握に努めている。また、日頃の関わりの中で把握した事柄については、スタッフ会議や引き継ぎノートを活用して職員間で情報共有している。 | |
| 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 | アセスメント時に本人・家族から聞き取り、またセンター方式のシートを活用している。 | | |
| 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 | 随時経過観察をしており、その時に合った支援をするようにしている。 | | |
| 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 | 本人・家族・関係者より意見要望を聞き、スタッフ会議にて各スタッフの意見やアイデアを聞きプランを作成している。意見やアイデアがプランに反映しない場合は出来ない理由等を本人・家族・関係者・各スタッフに説明している。 | 利用者・家族等から丁寧に意見や要望聞き取り実施したアセスメントを基に、全職員が関わって介護計画を作成しており、全職員が介護計画の内容を把握している。日々の支援経過には利用者の生活状況と支援内容が適切に記録されている。また、スタッフ会議で出された職員の意見を介護計画の作成や変更に取り入れている。 | モニタリングは定期的実施されているが、更なるケアの向上に資するため、目標に対する現状の評価を分かりやすく記載できるような書式の工夫を期待したい。 |
| 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・引継ぎ記録を活用し情報の共有を図っている。又これらをモニタリングの資料の一部にしている。 | | |
| 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 | 家族が出来ない時は家族の代行(外泊時の送迎・理髪店の付き添い・入退去時引越し等)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 |
| 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 | ふれあいサロンの活用、図書館の利用、祭り・運動会への参加。日常生活自立支援事業や成年後見制度の活用。駐在所・消防・JR・タクシー・近隣商店への協力要請。 | | |
| 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 | 家族にも協力してもらい主治医への定期受診・健康診断・個別検査・専門医院への受診を実施しており、協力医療機関からの往診も受けられるようになっている。 | 歯科、眼科等専門医以外は施設の協力医療機関での対応となっている。本人、家族が希望すれば他の医療機関を利用することはできる。受診結果等の医療情報については家族に報告している。協力医療機関は施設に隣接しており、緊急時の往診も可能である。 | |
| 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 | 社内看護師に随時相談することもでき、受診や看護が必要と思われるときは協力医療機関に相談している。 | | |
| 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、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。 | 入退院時は必ずスタッフが付き添い病院関係者との情報交換や相談をしている。 | | |
| 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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる | 看取りの方針を定めており早い段階から本人・家族等と話し合いを行っている。また協力医療機関からの協力も得られる。(22年度改定済み) | 重度化した場合の対応については契約時に十分説明し、「終末期に関する確認事項」を取り交わしている。看取りについては状況に応じて対応することは可能である。家族の希望と医師の判断により、これまでに一人の方の看取りを行った。 | |
| 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 | 新任研修に組み入れており、また消防署より普通救命講習を受けている。 | | |
| 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 | 定期的に訓練を実施しており、消防署により非難時の打ち合わせや指導を受けている。 | 消防署との連携により夜間想定を含めた避難訓練を定期的実施している。また、運営推進会議のメンバーである地域の代表者は消防団員でもあり、公設消防だけでなく消防団との連携も図られている。 | |

| 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 |
| 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 | 社内研修により理解を図り、随時指導している。 | 社内研修では、利用者が年長者であることを常に意識した言葉遣いや態度で接することを教育している。排泄や入浴等の声かけ、介助についても誇りやプライバシーに配慮した対応に努めている。 | |
| 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 | 個別に話を聞いたり、場所を変える等工夫して自己主張・自己決定できる様に努めている。 | | |
| 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 | 本人のペース・希望を大切に支援するようにしている。 | | |
| 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 | 購入・理美容等は家族の協力も得て出来ている。 | | |
| 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 | 能力に応じて役割設定が出来ており、食事関連の流れが出来ており楽しむ事が出来ている。 | 職員も共に食事をしながら歓談するなど、和やかで落ち着いた雰囲気の中で食事ができるよう工夫されている。利用者の能力に応じて食事作りや配膳、下膳へ関わることができている。行事食、おやつ作り、外食など利用者の要望を取り入れた食事への配慮がなされている。 | |
| 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 | 食事摂取量・水分量を記録で残して分かるようにしている。個別に形状を変えたり、器等も変えている。 | | |
| 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、能力に応じて支援を行っている。 | | |

| 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 | 記録するようにし、検討し段階的に自立に向けた支援を行っている。 | 利用者に応じて排泄の状況を記録し、自尊心に配慮しながら自立に向けた支援を行っている。また、失禁が増えるなどの変化がみられる場合は、医師に相談しながら必要な対応をとっている。 | |
| 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動きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる | 飲食物の内容検討や運動している。また個別に主治医に相談している。 | | |
| 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 | 入浴日は決めているが希望がある時は支援している。また極力本人の希望する時間帯に行うようにしている。 | 週3日の入浴日を決めているが、個々の利用者の体調や希望に応じてくつろいで入浴を楽しめるよう配慮している。入浴の状況については記録を残し、対応が必要な場合は入浴を促したり、清拭等の保清援助を行っている。 | |
| 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 | 安眠・休息は本人のサイクルに合わせている。 | | |
| 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 | 服薬内容・副作用とわかるようにファイリングし活用している。 | | |
| 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 | 個別に役割を設定したり、趣味等行えるように支援している。家族の協力を得て外出・外泊の協力、本人の希望に応じた行事の設定。 | | |
| 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 | 希望があれば可能な限り外出支援(散歩・買い物等)行っている。 | 公園や商店が近くにあり、散歩や買い物等の外出援助が日常的に提供されている。徒歩で行ける距離に図書館があり、新たな馴染みの場所となった利用者もいる。希望に応じて外食、カラオケなどの外出援助も行われている。 | |

| 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 |
| 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 | 本人の協力に応じて所持管理の支援、買い物時の支払い支援を行っている。 | | |
| 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 | 本人が希望し相手先が了承している場合は支援している。 | | |
| 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 | 工夫している。 | 採光はほどよく、清潔感のある居間には、観葉植物や季節の花が飾られた居心地よく過ごせるよう工夫されている。壁には行事の写真や利用者の作品が飾られていた。また、カレンダーや時計も見やすい位置に配置されていた。 | |
| 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 | 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 | 馴染みのものの持込・本人の能力・好みに合わせてセッティングを心がけている。 | 自宅で使っていた馴染みのものや大切にしているものも居室に持ち込むことができる。訪問者が多い部屋にはソファが配置されていたり、家族の写真や若い頃からの趣味の貼り絵の作品が飾られているなど、それぞれが居心地よく落ち着いて暮らしていけるよう配慮されていた。 | |
| 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 | スタッフで話し合い環境整備を行っている。 | | |

目標達成計画

作成日：平成 25年 5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 | 26 | モニタリングは定期的実施されているが、更なるケアの向上に資する為、目標に対する現状の評価を分かり易く記載できるような書式の様式を工夫が必要。 | 達成できたのかできないのか、簡潔に評価が解るようにモニタリングを行う。 | 様式を作成し直す。 ・経過記録ではなく評価項目を作り、出来た・出来ない・達成・未達成をチェックする。 ・その他サービス内容の変更や本人の現況等の記入欄を作る。 | 12ヶ月 |
| 2 | | | | | 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、行を挿入して下さい。