

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	4678100084		
法人名	社会福祉法人 幸風会		
事業所名	グループホーム あじさい		
所在地	鹿児島県熊毛郡南種子町中之上1702番地4		
自己評価作成日	平成23年3月24日	評価結果市町村受理日	平成23年5月16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.kagoshima-kaigonet.com/
----------	---

【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 シルバーサービスネットワーク鹿児島		
所在地	鹿児島市真砂町34番1号 南光ビル303号		
訪問調査日	平成23年4月9日	評価確定日	平成23年5月9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)】

<p>・利用者一人ひとりの真の思いを大事にし、その人らしい生活が笑顔で送れるように、利用者の生活リズムに合わせた援助を行う事で、希望や思いが叶うようにします。</p> <p>・家族的な雰囲気でお助け合い思いやりを大切に利用者様がゆったりと過ごす時間を大切に笑顔で暮らせるグループホームにします。</p>

【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)】

<p>母体法人は特別養護老人ホームを中心として、訪問介護、訪問入浴、通所介護事業を行っており、同じ敷地内の一角に当ホームがある。ホームの裏手には畑があり、利用者は収穫を楽しみにしている。</p> <p>福祉コミュニティの中にあり、地域の小中学校との交流や町のイベントへの参加を積極的に行っている。また、近くに公立病院があり、医療面での連携も緊密に行われている。</p> <p>管理者と職員は活発に意見交換を行い、利用者本位のサービスが提供できるように熱心に取り組んでいる。</p>
--

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広がったり深まり、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

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	職員間で理念をもとに、具体的なケアについて話し合い意見の統一を図りケアの実践を行っています。	「明るく穏やかに助け合い思いやりを大切に」という運営理念を基に、5つの具体的な目標を掲げている。職員会議の際に、理念を基にした具体的な考え方やケアの方法について話し合いがなされている。	
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	・地域の文化祭へ作品の展示、販売や郷土芸能の見学を行っています。 ・地域の学校の運動会や音楽発表会に参加したり、郷土芸能や季節毎の慰問で交流を行っています。	地域の文化祭で作品の展示や販売を行ったり、小中学校の行事に参加している。また、住民や子供たちをホームに招いて餅つき大会を行うなど、地域との交流に努めている。	
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	事業所内で認知症高齢者の理解についての研修を行い、地域で暮らす認知高齢者の支援や理解者の一員として活動しています。		
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	会議の中で、状況報告、活動報告を行い、話し合いの中で意見を出してもらい、サービスや運営に活かしています。	地域包括支援センター職員や地区の老人会長、利用者やご家族代表等が参加し、ホームの現状や活動報告、意見交換などが行われている。	
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	市町村の担当者に、ケアや課題解決の為に相談をしたり、助言を受けながら日頃から連携を取りながらサービスを進めています。	困難事例等を行政窓口相談したり、町の担当者がサービス担当者会議に出席するなど、協力関係を築いている。	ホーム側からの相談に止まらず、双方向での情報発信や情報共有が行える関係作りに期待したい。
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	法人内の身体拘束委員会や研修会への参加し身体拘束の意義についての理解を深め、拘束をしないケアを行っています。	法人全体の「身体拘束委員会」に代表が出席し、ホームのミーティングで報告している。身体拘束についての正しい理解が得られ、拘束を行わないケアを実践している。	
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	身体的な虐待だけでなく、言葉・心理的・経済的な虐待についても研修する事で理解を深めて施設内から虐待を起きないように努めています。		

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
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	現在まで利用された方はいません。制度については、管理者がパンフレットなどで簡単な説明を行っています。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	入所に関しては、特に利用者や家族の気持ちを十分に察し丁寧に説明する事で、入所に関して納得、理解して頂く事で、安心して契約を行っています。		
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、家族の意見や要望に対しては、職員で話し合い検討、改善に向けた取り組みを行っています。また、運営推進会議でも検討しています。	ご家族からの要望は、随時、聞き取りを行い対応している。必要に応じて職員間で話し合ったり、運営推進会議で議題として検討している。	
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	毎月のミーティングで職員の意見を聞き、代表者会議に提案し話し合いの機会をもうけて運営に活かしています。	管理者は、毎月のミーティング等で、職員の意見や提案を聞く機会を積極的に設けており、出された提案等は、可能な限り運営に反映されるように努めている。	
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	管理者が個々の勤務態度や頑張りの評価を行い代表者に報告、定年まで働けるような環境、条件を整えられるように努めています。		
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	毎年1名は、県の老人福祉協議会の研修へ参加、地区の研修へも積極的に参加しています。事業所内の研修や研修報告を行い、介護力の向上に努めています。		
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	事業所が集う地域での研修会に参加し、交流を行うと共にサービスの質の向上に取り組んでいます。		

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
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	事前に本人のニーズや身体状況を利用者本人、家族に聞き、利用者本位のサービスを提供し安心して暮せるように努めています。		
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	家族の不安や困っている事にも耳を傾ける事で、精神的な支援を行い信頼関係を築くように努めています。		
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	身体、精神状況を的確に把握し、必要な支援が考えられる場合は、他の事業所やサービスの紹介をしたり、相談に努めています。		
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	利用者の得意な部分を活かし役割を持って一緒に生活を築き上げて行くような工夫や声かけ支援に努めています。		
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	家族の思いに寄り添いながら日々の暮らしの出来事や気づきの情報共有に努め、本人と一緒に支えるために家族と同じおもいで、支援している事を伝えている。		
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	知人や友人、行きつけの場所等と本人が付き合いを継続できるように、一緒に遊びに行ったり、来て頂いたりして継続的な交流が出来るように働きかけています。	地域行事への参加や墓参り、自宅への外出機会の確保等の取り組みが行われ、馴染みの人や場との関係が継続されるように支援している。	
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	個別に話しをしたり、気の合った者同士で、過ごせる場所作りをしたり、みんなで楽しく過ごす時間を作ったりしています。		
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	隣接の特養に入所された方とは、行事等も一緒に行き声を掛け合い交流やかかわりを持っています。		

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
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	日々のかかわりの中で声をかけなどコミュニケーションに努め、思いの把握に努めています。言葉や表情等からその真意を汲み取りそれとなく確認しています。	日常的に表出される言動から、希望や意向を把握し、本人本位に検討して支援している。	
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	これまでの生活歴やこだわり、なじみの暮らし方を本人や家族、ケアマネ等から聞き取ったりしています。		
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	一人一人の生活リズムを理解して動きや声の大きさ、表情等から心身の状態を感じ取ることができるように努めています。		
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	職員間で日常生活動作の様子や表情など気づきなどを記入し、本人、家族、職員の意見を取り入れて介護計画を作成しています。	更新時に、ご家族の希望や意向を確認しており、受診時には主治医から情報を収集している。また、毎日のミーティングでは職員から意見やアイデアが出されており、情報を共有しながら現状に即した介護計画を作成している。	
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	食事、排泄、体調の変化や日々の様子など気づき等を個別に記録し、全ての職員が確認できるようにし情報の共有を行い介護計画を見直し実践に活かしています。		
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	本人、家族の思いや要望に応じて、受診の介助、自宅訪問や墓参り等を柔軟に支援しています。		
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	地域の一員として文化祭や運動会、音楽発表会等への参加を行う事で地域の一員として暮らしを楽しく過ごせるよう支援しています。		

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
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	本人、家族の希望を大切にし、希望者に対しては以前からのかかりつけ医での診療を継続しています。	本人及びご家族の意向を尊重してかかりつけ医を選定しており、適切な医療が受けられるように支援している。	
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	隣接の特養看護師と密接な連携を取り、日常の健康管理や医療面での支援を受けています。利用者の普段の状態や持病等を良く知っている看護師資格を有するパート職員もいます。		
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。	入院による状態の悪化を極力防ぐ為、面会に行ったり、家族・病院と支援方法に関する情報交換を行い早期に退院できるよう支援しています。		
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	終末期になり医療行為が必要になった場合は、医療行為ができないため、家族、職員、関係機関と話し合い、ホームでできる範囲の看取りで良いのか入院かの相談をしています。	入居の際、緊急時の延命治療について確認を行っている。身体状況の悪化や重度化が見られた場合には、医療機関への入院や施設入所を含めた提案や相談の場を設けている。	
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	緊急時の対応について応急処置から連絡、対応方法について職員間で話し合い確認しているが、訓練については定期的に行っていません。		
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	消防署の方や地域の消防団の協力を頂き夜間を含め避難訓練を年3回行っていきます。台風など災害に備えて非常食等を2～3日分準備してあります。	同一敷地内にある特別養護老人ホームと合同で、年3回の避難訓練を実施し、内1回はグループホームを出火想定場所として行っている。非常食を備蓄しており、避難訓練時に期限を確認し更新している。また、水害対策として土嚢を準備している。	

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	ミーティングや研修会等で利用者の人生や人格を尊重しプライバシーを損ねないような声かけや対応の仕方について話し合い実践しています。	老施協主催の研修や職場内でのミーティングで理解を深め、一人ひとりの人生や人格を尊重した声かけや対応が行われている。	
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	職員間で決めた事を押し付けず、選択肢を提案し自分で決め納得できるように働きかけ、思いを汲み取れるようにしています。		
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	基本的な一日の流れはあるが、一人一人の状態に合わせ、その時々本人の気持ちを尊重し利用者本位のケアに心がけ柔軟な対応をしています。		
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	個々の生活習慣に合わせた支援を行い、衣類等は自分で選ばせるなど個性を尊重しています。誕生会にはお化粧品やおしゃれをして参加しています。		
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	できる方が少なく毎日ではできないが簡単な下拵え等のできる部分を行っています。利用者と職員と一緒にとってきた野菜や山菜の調理方法を相談したり、会話を楽しみながら下拵えをしたりしています。	野菜や山菜の下ごしらえを、利用者と職員と一緒にやっている。週に2日はパン食となっており、年に4回程度の外食機会も設けられている。	
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	栄養士の立てた献立を参考に栄養バランスに気をつけ、見た目にも食欲が出るように工夫しています。水分補給にも十分気をつけ一人ひとりの状態に合わせた援助をしています。		
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	口腔ケアの重要性を研修で学び食後の歯磨きの声かけ介助を行っています。食前食後のうがいや入れ歯の洗浄を援助しています。		

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
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	排泄パターンを把握することで失敗が少なくトイレでの排泄がスムーズにできオムツから紙パンツ・布パンツへの移行ができるようになり気持ち良い排泄ができるようになっていきます。	排便については、チェック表で回数等を把握している。排尿に関しては、定期的な時間誘導を行うことで、オムツから紙パンツや布パンツへ改善されている。	排泄の量やパターンを医療機関などに情報提供できるように、チェック表の活用方法を検討していただきたい。
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	繊維質の多い食材を使用したり、水分をしっかりと摂るなどしています。歩行運動や散歩を行ったり排便の誘導をして自然排便ができるように取り組んでいます。		
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	基本的な入浴時間はありますが、一人が入ると皆が入ると希望があり、その希望に沿った対応を行っています。入浴順番やお湯加減、垢すりの硬さ等配慮し気持ちよく入浴できるようにしています。	基本的には午後から3～4名を目安に入浴していただいているが、希望や必要に応じて、随時対応している。入浴の順番、お湯の温度、垢すりの硬さ等、意向に添えるように配慮して支援している。	
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	日中の活動を促し生活リズムを整えるように努めています。一人一人その時々状況に合わせて、運動と休養のバランスが取れるよう支援しています。		
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	職員が一人一人の服薬の内容を把握できるように薬の説明書をいつでも見れるようにしています。処方や用量の変更時や状況の変化が見られたときは、協力医療機関との連携が図れるようになっていきます。		
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	野菜作りの得意な方、縫い物の好きな方、歌や踊りの好きな方などその方の生活歴やできる事を活かした暮らしに心がけ楽しく過ごせるよう支援しています。		
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	本人の希望に応じ墓参りや買い物等に出かけたり天候の良いときは、散歩や山菜取りに出かけたりしています。	庭への散歩や、向かいの林に山菜採りを兼ねて出かけたりにしている。また、希望があれば墓参りなどにも出かけられるように支援している。	

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
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	自己管理できる方には、所持して頂いています。できない方には購入前にお金を渡し、支払いをしていただき、残金を預かっています。		
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	家族や友人などが電話をしやすい雰囲気づくりや職員から利用者に電話を掛けるように促したりしています。毎年年賀状を出したり、手紙を出す方もおられ、代筆・投函等の支援をしています。		
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	居間兼食道は、明るくソファもあり利用者が好みの場所で、ゆったりと居心地良く過ごせるように季節の花や飾り付け等を行っています。	陽当たりの好いリビングは開放的な雰囲気で、季節の花々や利用者の作品が飾られている。芝で覆われた中庭には、段差も無く自由に出入りすることができる。	
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	居間の片隅には、ソファを置き仲の良い利用者同士や一人でゆっくりと過ごし、くつろげるスペースがあります。		
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	居室には、それぞれトイレ・洗面所があり利用者の行動能力に合わせてベッドの位置を工夫したり、本人が居心地良く過ごせるように、写真や使い慣れた日用品が持ち込まれ、居心地良く過ごせるよう配慮しています。	居室にはトイレと洗面所が設置されており、希望があれば畳の使用も可能である。ベッドと筆筒は、利用者の身体状況や好みを考慮して配置している。	
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	利用者の状態に合わせ手すりや浴室、トイレ・廊下・居室等の居住環境が適しているかを見直し安全確保と自立への配慮をしています。		

目標達成計画

作成日 平成 23年 5月 16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	20	年間計画で遠足、地域の運動会、ふるさと祭り、初詣など地域へ出かける行事はできていますが、地域の方が気兼ねなく遊びに来れるような体制が不足しています。	家族以外の地域の方の訪問者が少ない為、地域の子供から高齢者までの方との交流が継続できるような支援、体制を築いて行きたい。	まずは、地域の小学校と敬老会や餅つきなど交流を始めて行きたい。	4ヶ月
2	43	現在は、排便のチェックを行い、排便コントロールを実施しています、排尿チェックは行っていません。	排便・排尿の排泄チェックを行い、排泄管理を行う事で体調維持と医療機関などへの情報提供の参考資料にする。	排泄チェック表に排便の欄を追加すると共に処置の状況も記載する。	1ヶ月
3	45	基本的には入浴時間は決めています、ご利用者の意思を尊重した対応を行っています、身体的な低下で浴槽内に入れない利用者が増え、シャワー浴の方が増えています。	冬場までには、対策を検討し入浴ができるようにしたい。	手すりや段差解消、浴槽の改修を検討を行い、冬場までは、改善したい。	5ヶ月
4	55	利用者の体力的低下や認知症の進行でベッドから立ち上がりの不安が増え転倒のリスクが増えています。	スムーズな移乗移動、転倒予防と介護職の身体的な負担軽減ができる様にしたい。	低床ベッドが必要な利用者への導入を行い、安全な生活を支援する。	2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。