

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	0873800676		
法人名	有限会社 メディカルアシスト		
事業所名	グループホーム つくし		
所在地	茨城県稲敷郡阿見町曙176-3		
自己評価作成日	平成22年5月2日	評価結果市町村受理日	平成22年9月21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://ibaraki-kouhyou.as.wakwak.ne.jp/kouhyou/infomationPublic.do?JCD=0873800676&SCD=320
----------	---

【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22年6月15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)】

利用者と人と人としての関わりを大切にし、地域の行事やボランティア活動などにこれまで同様、積極的に参加していきたい。季節に合った催し物やレクリエーション、外の風にあたる散歩や外出など生活の中で四季の移り変わりを感じることでできる機会を提供していきたい。

【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)】

公道に面し車の通りも多いが、住宅街に隣接している。地域住民との交流を積極的に持ち、阿見町主催の行事や四季折々の行事に参加している。また、小、中学校の認知症体験なども職員自らが各学校に足を運び自己アピールに努めている。最近では、幼稚園との交流なども職員スタッフが中心となり積極的に行われている。また、子供パトロールに参加し、緊急時ホームに駆け込めるようなシステムにし、積極的に地域参加している。

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)	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)
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)	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)
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)	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)
59	利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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)		

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	玄関や休憩室、事務所に会社の基本理念、ホームの理念を掲げるとともに、毎朝行われる申し送りの際に唱和し、日々の業務に取り組んでいる。ホームの理念は職員でカンファレンスをして作った。	法人の理念を基に、地域密着型理念としGHつくしの独自理念を作成している。また、その達成に向け毎月の目標を作成し、日々共有している。	
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	自治会に入会させて頂き、各種行事へ参加したり、町主催のボランティア活動に参加し地域住民との交流を図っている。	地域ボランティアに参加し、ゴミ拾い、資源ごみ回収への協力をしている。また、阿見町のお祭りや、コスモスの種まきなど地域住民との交流を積極的に行っている。	
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	ホームで作成した新聞を近所の回覧で見てもらい地域の理解を得られるよう努めている。運営推進会議では協力を呼びかけ、地域の行事にも積極的に参加するようにしている。		
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、そこの意見をサービス向上に活かしている	運営推進会議の意見等を参考にし、地域で必要とされていること、ホームで出来ることなどを話し合うようにしている。	2ヶ月に1回の開催を行っている。参加者は、行政、区長、民生員3名、管理者、ケアマネ、家族代表が参加している。以前は、議事録を作成していたが、行政が参加出来なくなって以来議事録は作成していない。	利用者家族や、行政への報告を行うことにより、家族参加や地域参加に貢献できると思われれます。また、GHの活性化に繋がっていくと思われれますので、議事録の作成をお勧めします。
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	各種書類提出や研修の際などに、行政担当者との情報交換の時間を設けて頂き、サービスの質の向上に取り組んでいる。	小、中学校の防犯パトロールを実施している。中学校の体験学習の実施、子供育成会の訪問が行われている。管理者は、役場に積極的に向き相談することにより、運営推進会議での協力も得られている。	
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	身体拘束についてのカンファレンスを行い、情報、意見交換をし、定期的に身体拘束についての資料も全職員に目を通してもらい意識づけをしている。	身体拘束について、スタッフそれぞれが意識して日々の業務を行っている。年2回の勉強会を実施し、拘束についての知識の共有を行っている。	
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	虐待防止のポスターを玄関に提示し、職員、来荘者等への意識と注意を高めるとともに、職員も研修やホーム内カンファレンスに参加し虐待について考え、防止に努めている。		

茨城県 グループホームつくし

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	地域福祉権利擁護事業や成年後見制度の研修がある時には参加するようにするとともに、対象となりそうな利用者が入居している時には行政担当者に相談し必要な支援を提供している。		
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	契約を結ぶ前に、一度見学に来て頂き大枠を説明した後に契約を取り交わすようにしている。その他、契約書の合間あいまに疑問点がないかを確認しながら説明、契約を行っている。		
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	日頃の活動や会話の中で、困っていることや、やってみたいことがないか等を聞きながら、日常のケアや活動の中に取り組んでいる。また、玄関に「ご意見箱」を設置するほか、アンケート調査などを行い運営に反映させている。	写真を添えて家族レターを、2ヶ月に1度郵送している。年に2回家族会を開催し管理者とケアマネが参加している。利用者の意見を代弁し家族に連絡することもある。	家族会の議事録作成について検討していただきたいと思います。また、家族会の参加についてスタッフの参加も検討していただきたいと思います。
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	業務の合間や休憩時間、カンファレンスの時などに意見や提案を聞くようにしている。	職員が本音で語ることができるように、経営者と「本音で語ろう」と時間を作っている。月に1回のカンファレンスでは、研修報告会、利用者の情報交換を行っている。また、日々の休憩時間も業務についての話し合いを行っている。	スタッフの意見交換ができる時間、場所の設定について検討していただきたいと考えます。
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	職員の各種届出書(勤務変更、残業等)を確認する他、通常業務以外での実績などについては、必要な指導、助言を行い向上心を持って働けるように努めている。また、職員ストレス解消のために、定期的な交流会(食事会等)を設けている。		
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	役職者や勤務年数、経験のある職員には研修を受講させている。また、役職者により職員への指導、助言を日常的に行っている。		
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	町主催の研修に参加したり、情報交換の場を設けている。また、当ホームが中心となり、町内グループホームの連絡会を作り意見交換等をし、町内グループホームの質の向上に努めている。		

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	入居時に家族から利用者の現状、情報、何が悩みか等を聞き出し、実際のサービス開始時にそれらを活かせるようにしている。		
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	入居申し込みの際にはホーム見学を兼ね来て頂き、家族の現状、何が悩みか等を聞きだし、協力できるように努めている。		
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	入所相談を受けた際、グループホーム以外の介護保険サービスも紹介、説明し、本人及び家族が必要とするサービスが利用できるよう支援している。		
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	自分で出来ることは、声かけしなるべく自力で行えるような支援をしている。また、本人の趣味等を活かし、職員も一緒に活動するようにしている。		
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	入居後も日頃の様子や状態を手紙と写真でお知らせするとともに、面会や家族との外出、自宅への外泊等呼びかけている。また地域の行事や施設内行事開催の際には、広報誌や面会時に連絡し参加を促している。		
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	ホーム近隣で行きたい場所があれば職員が送迎している。町外等に行きたいとの要望がある時には家族へ相談し、協力を呼びかけている。会いたい人に関しても、事前に家族から連絡や面会はしてもらっても大丈夫かを確認し、電話をしてもらったり面会の依頼をしたりしている。	地元の職員が多いため、季節によって田畑を見に行くこともある。友人の訪問なども積極的に行われている。年賀状や暑中見舞の支援を行っている。	
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	普段の生活から利用者同士の関係や相性を把握しながら、座席の調整やグループ分けを行い孤立することなく快適な生活が継続できるよう支援している。		
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	契約終了時及び契約終了後も利用者及び家族の要望がある際には必要な相談等に応じるようにしている。		

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
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	ホーム独自に「利用者の声」という一覧表を作成し、日頃の会話の中や活動の中で、本人がやりたいこと、行きたい所、好きな物、嫌いな物などを書き出し、その表に貼り付け希望、意向の把握に努めている。	利用者の声や情報を一覧表にし3ヶ月毎にまとめて独自のノートに転記している。一覧を通してスタッフの観察力が付いてきている。	利用者一人一人の情報を一覧から直接記載することにより、思いや意向の把握が早期支援につながると考えられます。検討をお勧めします。
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	入居前のサービス利用時の様子などを家族や他事業所からの情報収集は行っている。入居時にも生活歴や、趣味、施行調査なども行っている。		
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	申し送りやカンファレンスの時に利用者の状態報告を行うとともに、連携医療機関へも報告、相談し対応している。		
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	利用者それぞれに担当スタッフを割り当て、定期的あるいは状態変化の際にはアセスメントを実施し、それを元にケアカンファレンスを開催している。状態変化に合わせて随時プラン見直しを検討し、本人、家族とも相談して介護計画を作成している。	利用者一人一人に担当スタッフが決定している。担当者会議やモニタリングは、定期的に行われている。	利用者の意向を計画に反映すること、暮らしを反映した計画作成を検討していただきたいと思います。
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	ケース記録への記入のほか、申し送りやカンファレンスを活用しながら情報を共有し日々のケアにあたっている。		
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	ホームで対応できることについては、個別の要望に応えるように支援している。		

茨城県 グループホームつくし

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	本が好きな方には町の図書館を利用してもらったり、地域の行事を見学したり、参加する際はボランティアの方に支援してもらっている。		
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	契約時に受診希望の医療機関を確認し、適切な医療を受けられるように支援している。	かかりつけ医の受診は、基本的に家族の支援としている。受診結果は、家族から直接報告を受け、ケース記録に記載している。定期検診の結果は、随時電話や手紙で知らせたり、面会時に報告している。	
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	連携医療機関の看護師に相談しながら日常の健康管理をしている。		
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。	安否確認を踏まえた面会を行うほか、家族を通して入院中の状態を確認したり、必要に応じ家族了承の下、医療機関関係者と退院に向けての話し合いを行っている。		
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	状態変化や重度化しそうな場合は連携医療機関との話し合いの場を設けたり、他の介護サービスを紹介したりしながら、本人、家族の意向に沿った対応を検討している。また状態変化の都度カンファレンスを行い、現状に合わせたケアを提供できるよう努めている。	契約時に「重度化対応・終末期ケア対応指針」を説明し、終末期について話し合っている。定期的に終末期支援について研修会を行っている。地域医療を担う医師との連携についても行っている。	
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	消防署の協力の下、緊急時の対応が迅速に行えるよう全職員が救急講習を定期的に通っている。		
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	年に2回避難訓練(火災想定・地震想定・夜間想定)を行なうほか、新入職員には消火器、火災報知機棟の使用方を説明している。また、運営推進会議の際に非常時の協力を呼びかけている。	年に2回夜間想定での避難訓練を行っている。広域避難場所も確認している。備蓄も行っている。地域住民の協力依頼についても依頼している。	夜間の場合は特に地域の方々の協力が必要なため、具体的な協力依頼について検討し、また、地域の方々の避難場所として利用可能であることを伝えて地域への貢献に繋がっていただきたいと思います。

自己	外部	項目	外部評価		
			自己評価 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	声掛けに関しては利用者の自尊心を損ねぬよう注意して行い、一人ひとりの性格や生活習慣を尊重した対応を心掛けている。	年上であることを意識して、人格の尊重に努めている。家族からの情報集取を通して呼び方を工夫している。	
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	レクリエーションやお茶の時間に希望や好みを聞きだすようにしている。買い物や外出なども、本人と話し合い日時を決めたりしている。		
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	生活にメリハリをつけるために、ある程度の日課は職員が決め、入浴や食事準備、休息などの日常動作は本人のペースで過ごしてもらっている。		
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	着替えや外出時などは服を自分で選んでもらうように支援している。		
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	職員が全てを準備するのではなく、個々の状態に合わせて担当を決めたり、出来るところはコミュニケーションを図りながら職員と一緒に行うようにしている。	目線を合わせて、介助見守りを心がけている。利用者一人一人の使い慣れた御箸やコップを使用している。準備や後片づけについても、利用者同士で分担されている。イベント時には家族の承諾を経てお酒を楽しむ支援をしている。	
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	メニューや食材は食事摂取量を毎食チェックするとともに、水分摂取量の少ない利用者に関しては、水分摂取表で一日の摂取量を確認し、連携医療機関に報告し適切な支援を行なっている。		
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	毎食後の歯磨き、うがいをを行い口腔内の状態把握に努めている。腫れや虫歯がある際には連携医療機関に報告し適切な支援を行なっている。		

茨城県 グループホームつくし

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	排泄時には排泄チェック表に記入する事で一人ひとりの排泄パターンを把握し、気持ちよく過ごせるよう配慮している。	排泄チェック表を元に時間誘導を行い排泄パターンを把握している。オムツはずしの支援している。日中はリハビリパンツの支援を行っている。	
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働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	便秘症の方については、連携医療機関へ連絡、相談をして適切な支援を行っている。毎日運動の時間を設けるほか、個別の体操や食事の調整などを行っている。		
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	基本的には夜間入浴を行っているが、本人の希望や状態に合わせて午前・午後入浴も併用している。	入浴は週3回行い、夜間を希望する方の支援としてスタッフの勤務体制(準遅番)を新たに作り支援している。	
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	昼夜逆転を防止しながら日中の活動を多く持ち、適度な疲労と適切な休息が取れるよう支援している。		
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	薬が処方された際には処方箋を全職員が確認するほか、副作用等については連携医療機関に確認、相談している。		
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	入居時に家族から生活歴や趣味等を聞きだし、それを参考にして日々の余暇活動に反映させている。		
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	レクリエーションの時間を活用し、事前に行きたい所、やりたい事を聞き出し屋外での活動を多く取り入れている。また本人の希望に合わせて地域の図書館や買い物、外食などの外出支援も行っている。	買い物支援は、月に1回交替で実施している。外食支援は、2ヶ月に1回行い外食の楽しむ支援を行っている。	

茨城県 グループホームつくし

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	金銭管理は基本的にホーム側で行なっている。必要な物がある時や外出時には職員が支払いを行っている。出納帳は定期的、または面会時に本人及び家族へ報告している。		
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	電話は希望があれば自由に行ってもらっている。自身で連絡して頂くか、職員が代わりに連絡するようにしている。年賀状や暑中見舞いなど家族等に出せるよう取り組んでいる。		
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	ホーム周りには季節の花などを植え、館内には利用者の普段の生活風景写真や季節に見合った装飾を施すようにしている。	共同空間は広々としている。ウッドデッキには、お布団が干してあり、生活感のある雰囲気がある。喫煙所が設けられ、利用者見守りで使用できるように支援されている。	
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	ホールにソファを設置したりテラスや庭にデッキチェアを設置し、気の合う仲間と過ごせる場所の確保をしている。		
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	自宅で使っていた物をなるべく持ち込んでもらい、自宅にいた時と同じような生活が送れるよう配慮している。また、本人の状態や好みに応じてベット等の使用も検討するようにしている。	家族の思いが繋がるような飾り付けがされている。暖かい雰囲気がある。生活しやすい環境づくりがされている。	
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	利用者が分かりやすいように、居室に利用者の写真を貼ったり、入り口に番号(番地)をつけたりしている。		

目標達成計画

作成日: 平成 22年 8月 31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	35	火災や地震などの災害時に地域の住民の協力体制がはっきりとされていない。	災害時にはお互いに助け合いが出来るように地域住民と協力体制を築いていく。	夜間の場合は特に地域の方々の協力が必要のため、具体的な協力依頼について検討し、また地域の方々の避難場所として利用可能であることを伝えて地域への貢献に繋げていけるようにしていく。	6ヶ月
2	26	介護計画に利用者の意見や思いがあまり取り入れられていない。	利用者の意向や家族の意見をもっと取り入れた計画作成をしていく。	利用者や家族との面談等の機会を設け、日常生活の関わりだけでは得られない情報をつかみ、取り入れられるよう努力していく。	6ヶ月
3	4	現在は運営推進会議の内容を利用者の家族や行政に報告をしていない。	議事録の作成と、家族や行政への報告を行うようにする。	議事録を作成し、運営推進会議の内容を理解してもらえるようにし、家族や地域住民にいろいろなことに協力、参加してもらえるよう働きかけていく。	1ヶ月
4	10	家族からの意見や要望を聞く機会が少ない。職員の家族との関わりが少ない。	家族会の議事録を作成する。職員と家族が話しをできるような機会を設けるようにしていきたい。	議事録を作成し、家族からの意見、要望を取り入れられるようにしていく。家族会の面談の際には職員にも参加してもらおうようにする。	2ヶ月
5	23	利用者の日常の会話や活動の中から得た情報を利用者の声という一覧表に3ヶ月に一度まとめている。	利用者の新しい情報を職員全員がすぐに把握できるようにする。	3ヶ月に一度ではなく、もっと早めにまとめあげ、利用者の思いや意向なども早めに拾い上げられるようにしていく。	3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。