

(別紙4) 平成 26 年度

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	3171400397		
法人名	社会福祉法人赤碕福祉会		
事業所名	グループホームあかさき		
所在地	鳥取県東伯郡琴浦町赤碕1062-4		
自己評価作成日	平成27年1月8日	評価結果市町村受理日	平成27年4月9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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人鳥取県社会福祉協議会		
所在地	鳥取県鳥取市伏野1729番地5		
訪問調査日	平成27年2月12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>高齢化・ADLの重度化にありながらも、医療・専門職との連携を図りながら、日々健康管理に努めている。個々のに身体状況、本人のペースで日常生活がおくれるよう支援している。行事・家事を通して、得意分野での能力の発揮・楽しみの提供に努めている。ボランティアとの馴染みの関係ができてきている。</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>医師・療法士等専門職との連携を密にし、利用者の重度化への対応に努めておられます。職員は理念のもとに個人目標を設定し、利用者の尊厳や地域とのつながりを大切にして支援しておられます。利用者で構成されるひまわり会で一人一人の思いを伺い、家族の協力も得ながら思いの実現につないでおられます。</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. 全くいない
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)	○ 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

[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	地域の中で安心して生活が継続でき馴染みの人、場所、関係づくりができるように理念としてかかげ毎朝唱和をして確認している。	「利用者の尊厳を大切にすること」「地域住民の一員として地域活動に参加すること」等を理念に掲げ、毎朝ミーティングで唱和しておられます。全職員が半期ごとに理念に基づく行動目標を掲げ、尊厳の保持、地域とのかかわりを意識した実践が行われています。	
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	地域の行事(小・中学校運動会、文化祭、洋ラン展、小学校発表会)に参加している。地元のお店に出か馴染みの場所となっている。	地域の小学校や公民館の行事に参加しておられます。また、近所の商店に買い物に行ったり、近所の方ができた野菜を持って事業所に立ち寄られたりしています。紙芝居や傾聴など地域のボランティアの訪問も多く、日常的に地域との交流が図られています。	
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	なし		
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	年4回開催している。利用者の健康面、専門職との連携、外出支援、出来事報告・ヒヤリハット、防災体制取り組みについて質問、助言を頂き反映するように努める。	運営推進会議を年4回開催し、利用者、家族、地域住民、町の福祉課が参加されています。会議では、防災対策など継続的に話し合われていますが、状況報告に留まっています。	運営推進会議は事業所のサービス向上のための意見を取り入れることのできる貴重な機会です。事業所の取り組みや課題等についてもメンバーから意見を得られるような働きかけを期待します。2カ月に1回の開催となることが望まれます。
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	運営推進委員に参加して頂き、町内の情報提供、感染症の情報、助言を頂くと共に介護保険の情報を頂く。行事(秋祭り)の案内を行い交流を図っている。	運営推進会議において、事業所の実情を伝えるとともに、町の担当者より感染症などの情報を受けておられます。また、町へ行事の案内を行い交流を図っておられます。	
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	月1回委員会に参加している。自分たちのケアから利用者の体験をして身体的だけでなく言葉の拘束はないか検討し委員会に報告し拘束をしないケアに取り組んでいる。	日々の利用者への対応を振り返り、職員が拘束となるような場面を体験、対応について検討し、法人の身体拘束廃止検討委員会に報告されています。全ての職員が、言葉の拘束も含めて身体拘束をしないケアに取り組んでおられます。	
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	部署会で虐待防止の勉強会を行い、防止に努めている。		

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
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	部署会で勉強会を行う。面会者や家族にも活用して頂けるようにパンフレットを玄関に置いている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	十分な話し合いの時間を設け、利用料金や援助に対する心配ごと、不明点を伺い、理解納得して頂きながら契約を行っている。今年度の新規はなし。		
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	利用者と一緒に毎月開催している。(ひまわり会)意見、要望を伺っている。家族の面会時には日常の様子を報告すると共に意見要望を伺っている。玄関に意見箱やノートを設置している。	ひまわり会を毎月開催し、利用者一人一人の意見や要望を伺っておられます。また、家族の面会時に意見を聞き、運営に反映しておられます。	出された意見や要望が運営に反映されていることを利用者、家族等に伝える機会を設けたり、家族へお便りを送る際にアンケートを同封するなど、より一層意見等が言いやすくなるような取り組みを期待します。
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	毎月の部署会で業務気づきや意見を発する機会を設けている。年2回の個別面談もあり、意見要望を聞く機会を設けている。	月1回の部署会や年2回の個人面談など、職員から意見を聞く機会を設けておられます。業務の流れや利用者に関することについて意見や提案を聞き、運営に反映しておられます。	
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	上半期・下半期の目標を設定し、成果、課題につて個々と面談している。業務について、役割分担をしてやりがいへと繋げている。		
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	苑内研修(月1回)、外部研修への参加、職員間での伝達研修を行い、職員の育成に努めている。また、OJT制度も取り入れて育成に努めている。		
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	県グループホーム協会に加入し相互研修で他法人の活動等の情報交換ができる。琴浦町のGH連絡会感染症対応・防災体制・リスク対策・情報交換を行っている。		

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
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	事前面談でご本人に会い生活状態を把握するよう努めている。ご本人の思いに向き合いながら口頭、記録により伝達し全職員が共通認識の下援助にあたっている。		
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	家族の不安なこと、困っている事サービス利用状況等、これまでの経緯を聞くようにしている。面会時には、生活歴、要望を聞いている。ホームでの様子を伝え、家族との関係の継続に努めている。		
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	相談時、ご家族やご本人の状況をよく伺い、実情を確認しニーズを探り、改善に向けた支援を行うように努めている。		
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	個々の能力に合わせ役割の機会を提供している。季節の行事(野菜植え・野菜収穫・切干大根・梅干し・らっきょ漬け・おやつ作り)を共に行う事で性格に合わせた役割の提供を行う。		
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	日々の暮らしの出来事や気づきを伝える事で共に支え合う関係作りに努めている。月に1度生活状況、写真を添えてお便りしている。外食・受診に行っている。家族と墓参り、外食、喫茶店に外出している。		
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	地元のスーパー、馴染みの鮮魚店へ買い物に出掛け馴染みの方との継続的な支援に努めている。馴染みのお寺、神社、お墓参り等。希望時、馴染みの外食の機会に応じた働き掛けを行っている。	地元のスーパーや鮮魚店へ買い物に行ったり、墓参りや自宅近くの神社へ初詣したり、利用者一人一人の馴染みの関係や場所を把握し、支援をしております。	
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	利用者同士の関係性について職員間で状況を把握し共有するよう努めている。その時々々の心身の状態や認知度に合わせ支援を行っている。職員が間に入り挨拶をして利用者同志の人間関係作りに努めている。		

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
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	退去された方の家族の訪問があり年賀状も届いている。入居者、職員と一緒に特養に面会に行くようにした。		
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	ひまわり会、カンファレス時に本人の希望を確認。生活の中で朝食(漬物・ふりかけ)選択を設け嗜好、趣味の発見に努める。場所を変える(外出・入浴)ことで日頃言えない事を話される事がある。	ひまわり会で一人一人の思いや意向を把握しておられます。外出時などに、ふとつぶやかれたことから思いをくみ取ることもあります。意思疎通が困難な場合は、日々の表情や反応、家族からの聞き取り等により把握に努めておられます。	
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	入所時は本人、家族からこれまでの生活歴、情報収集に努めている。また、知人からの情報収集に努めている。		
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	生活チェック表・個々の生活記録表を活用している。利用者の生活のリズムを把握、状況に合わせた援助を行っている。重要事項は記録綴りに記入し情報共有している。		
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	毎月部署会を開催し9名一人ひとりについて話し合いを行っている。月1回モニタリング・カンファレスを行い、現状に即したプランを作成。家族からの要望の確認し家族へ説明・同意を得ている。	介護計画の作成及び見直しは、利用者、家族の意向をふまえ、医師や看護師、理学療法士などの専門職の意見を聞き行っておられます。月1回モニタリング、3カ月に1回計画の見直しが行われています。	
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	日々の記録に本人の言動もまじえて、実施結果を詳しく記入するようにしている。生活の様子、言動を記録しプランの見直しを行っている。ケアのまとめからケアプランに反映している。		
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	医療機関・家族との連携を取りながら健康管理に努めている。行事だけでなく外出の一つとして本人の思いを汲み(喫茶店でケーキを食べる)入れた支援を行っている。		

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
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	小学校、中学校運動会・発表会に出かけた。公民館の洋ラン展等の催しに出かけ地域の馴染みの方と過ごされた。自宅付近の施設(塩谷定好)で地域の方と過ごされた。防災訓練に近隣の方の協力体制に取り組んだ。		
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	本人・家族の希望するかかりつけ医になっている。必要に応じて専門医の往診・受診を行っている。病状をみながら24時間対応の訪問看護・主治医への報告を行っている。	利用者や家族の希望するかかりつけ医に受診をされています。家族が同行する場合には利用者の状態を伝え、必要に応じて職員が同行したり、専門医の往診を受けるなど、適切な医療が受けられるよう支援しておられます。	
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	体調・状態に変化が少しでもあればGH看護師に報告、相談、指示をもらう。併設の特養看護師との連携(点滴技法)を図っている。訪問看護に日々の状況を報告相談している。		
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。	入院時、本人への支援方法に関する情報を医療機関に提供したり、職員が見舞うようにしていきたい。今年度は、入院者はなし。		
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	契約時にターミナルケアについて家族に話をしている。希望があれば支援していく方針である。主治医のもとで家族と一緒に状況を聞く事でご家族の意向、対応方法が理解できた。	契約時に、重度化や終末期の方針について家族に説明しておられます。状況変化に応じて主治医と相談しながら、家族の意向を確認し、対応しておられます。	
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	部署内研修で救急手当での研修を行っている。		
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4回火災の避難訓練を実施し、地域住民の参加もあり意見も頂いている。近隣の方に来て頂き利用者の見守り体制を作っていく。	年4回火災を想定した避難訓練を実施しておられます。夜間を想定した訓練も行われ、食糧などの備蓄も確保されています。地域住民にも参加いただき、見守りや誘導等役割を担えるよう取り組んでおられます。	訓練で明らかになった課題を整理し、積み上げることで、地域住民との具体的な協力体制を築かれることを期待します。

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
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	苑内研修で全職員が学ぶ機会を設けている。接遇委員会で利用者に対しての言葉かけを事例に挙げて話し合った法人内で接遇マニュアルを作成し実施している。	法人で接遇マニュアルを作成し、職員研修を実施しております。毎月接遇委員会で「慣れあい、命令口調の言葉かけはないか」などテーマが設定され、各事業所で日々の言葉かけ等振り返り、一人一人の人格を尊重した対応に努めております。	
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	ひまわり会(入居者の会)において、希望を引き出し提供に努めている。買い物時の好みの物、入浴後の衣類を自己決定できるようにしている。数種類のおやつ見て頂き、選んで頂けるようにしている。		
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	本人のペースに合わせ、その時々希望を聞き配慮し援助している。外出の希望があれば外気浴、畑、ドライブに出かけてケーキを食べている。		
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	日々の整容・衣類の選択の機会を設けている。本人の希望を聞き、カット、毛染めをして化粧をして頂いている。		
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	ひまわり会で聞き出し希望メニューを取り入れる様にしている。畑で出来た野菜を収穫して料理、おやつにつかった。盛り付け、味見出来る事をして頂いている。茶碗拭きをして出来る事を發揮しておられる。	利用者の好みや畑で収穫した野菜などがメニューに取り入れられています。利用者と職員が会話をしながらゆったりと食事をし、盛り付けや片づけなど、できることを一緒に行っております。	
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	食事摂取量が少ない方は個人記録表を活用してかかりつけ医と連携を取りながら対応している。食事摂取量の観察を行い状況に応じて栄養確保に努めている。個々に合った食事形態、代替食を提供している。		
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	毎食後の口腔ケアを実施している。週2回義歯洗浄剤で消毒している。舌ブラシを使用されている方もあり、1人ひとりの口腔状態に応じた対応をしている。STに診ていただきアドバイスをしてもらっている。		

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
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	排泄チェック表を活用し確認することで一人一人のパターンを把握することが出来た。オシメ対応の方でも状況に合わせてトイレ案内をしている。	排泄チェック表により一人一人の排泄パターンを把握しておられます。おむつを使用している方も、状況に応じてトイレでの排泄を支援しておられます。	
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	炊飯時に麦を混ぜている。献立1日1回にヨーグルト、1品以上きのこを取り入れる。水分摂取量の少ない方はゼリーを食べてもらっている。腹部マッサージを取り入れている。		
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ず、個々にそった支援をしている	その日の体調を見て本人の希望を聞きながら入浴して頂いている。	利用者の希望や体調に合わせて、週2回～3回入浴ができるよう支援されています。体調の悪い方には、訪問看護と相談し、清拭などが行われています。	
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	個々の睡眠パターンを把握し、寝付けない方には温かい飲み物を飲んで頂きながら、ゆっくりと話を聞いたりしている。日中の活動量を上げるように(外出・リハビリ)関わりを持つようにしている。		
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	処方箋を個々のケース記録に綴り、効能・副作用について理解できるようにしている。変更時には、口頭だけでなく引き継ぎノートに記入している。主治医と情報共有に努めている。		
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	食事盛り付け、食器拭き、洗濯たたみ、家事を毎日取り組んでいる。散歩で見つけた花を生けたりされている。誕生会で夕食による気分転換ができています。		
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支援している	本人の希望には(ドライブ・散策)に出かけるように支援している。家族と買い物や夕食へ出かけている。実家地区の公民館・畑に行かれる時は、家族に場所の聞き取りをして支援に繋げている	利用者の希望に応じて、ドライブや散策などに出かけておられます。また、家族との夕食や、地域のボランティアの方と近くの公園に出かけるなど、支援しておられます。	

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
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	預り金の管理は職員が行っている。本人が買われた際は支払いをして頂く機会を設けている。家族へは金銭出納報告書を作成し報告している。		
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	本人が電話をかけたい時等はゆっくり話が出来るよう配慮している。年賀状が届いた際には本人に手渡し、能力に合わせ、読み上げ等の援助を行っている。		
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	ホール・廊下にソファを置いて思い思いに過ごせる空間作り季節に応じた花飾り・新年の習字を貼りっている。温度・室温の定期的なチェック、換気を行い快適な空間の維持している。	共用スペースにはソファが置かれ、季節の花や利用者の作品などが飾られています。温度管理や換気を定期的に行い、昼食時には音楽を流すなど、快適に過ごせるよう工夫がなされています。	
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、廊下にソファを置いて、1人で過ごしたり、仲の良い方同士ゆっくりくつろげるスペースを作っている。		
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	家族の写真や使い慣れた品々を思い思いに飾っている。家族も新しい写真を持ってきてくださる等本人の思いを汲んで協力がある。自分の好みの音楽を流して聞いたりテレビを置いておられる方もいる。	居室には使い慣れたタンスや家族の写真、趣味のものが置かれ、居心地よく過ごせる配慮がなされています。	
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」「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	理学療法士に相談しながら個々にあった車椅子、老人車の設置場所になっている。自室の表札・トイレ、風呂がわかりやすいように表札・のれんを使用している。		

目標達成計画

作成日：平成 27 年 4 月 7 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	6	出された意見や要望が運営に反映されていることを利用者、家族等に伝える機会を設けたり、家族へお便りを送る際にアンケートを同封するなど、より一層意見が言いやすくなるような取組みを期待します。	家族の意見、要望を反映する。	毎月、体調面に関わる近況等を手紙に書いて送付をしている。アンケートを作成し、同封し意見、要望反映していくよう努める。	12ヶ月
2	13	訓練で明らかになった課題を整理し、積み上げることで、地域住民との具体的な協力体制を築かれることを期待します。	近隣住民との繋がり、協力体制を確立する。	近隣の方との関係作りを行うためにボランティアで来て頂き利用者の身体状況等、ホームの構造を知って頂けるように取り組んでいく。	12ヶ月
3	3	運営推進会議は事業所のサービス向上のための意見を取り入れることのできる貴重な機会です。事業所の取り組み課題等についてもメンバーから意見を得られるような働きかけを期待します。2か月に1回の開催となることが望まれます。	運営推進会議の開催し意見を得る。	運営推進会議開催時には目標達成状況を報告し今後への取り組み等意見を頂き反映していく。	12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。