

(様式1)

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 23 年 10 月 1 日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3471502447		
法人名	佐々木産業有限会社		
事業所名	あけぼのあゆみホーム		
所在地	〒721-0952 広島県福山市曙町5-5-25 (電話) 084-954-5704		
自己評価作成日	平成23年10月1日	評価結果市町受理日	

※ 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UR	http://www.hksiks.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=3471502447&SCD=320
------------	---

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	社団法人広島県シルバーサービス振興会
所在地	広島市南区皆実町一丁目6-29
訪問調査日	平成23年10月27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）】

庭には菜園を設けて野菜やお花を作ることも出来、また散歩していただけるスペースも確保し閉鎖的にならないようにゆったりとした生活をしていただけるように工夫をしております。あゆみホームの亀のマークのように一歩一歩ゆっくりと自分のペースで暮らして頂きながら、自立支援をしていく事を心がけています。

【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）】

静かな住宅地に位置し、広い敷地内に平屋の建物と庭や菜園があり、一周できる遊歩道も設けてある。戸外の自由な散歩、菜園での季節の野菜作りなど、入居者一人ひとりがゆっくりゆったりとした生活を継続できる環境である。職員は、入居者に寄り添いながら要望や意向の把握に努め、穏やかでゆったりとした生活を笑顔で支援している。また毎月家族へ個々の詳細な健康状況、生活状況の報告をし、家族の安心と信頼に繋げている。医療機関との連携も図られていて、かかりつけ医の定期的な訪問診療など適切な医療支援を行っている。運営推進会議を通じて、地域住民や行政との協力関係も築かれている。前回の外部評価の改善点を踏まえ、マイナス面に目を向けたものだけでなく、利用者の意向に基づき、楽しみや役割を入れた個別で具体的な計画となるよう、職員全員で取り組み改善に努めている。

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
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。	ホームの理念を毎朝朝礼にて唱え、現場に入るようにしている。	事業所として三項目の基本理念をつくっている。毎日朝礼時に唱えていて、日々のサービスの中で理念を振り返り基本に戻るように努めている。	地域密着型サービスを開始してまもなく10年を迎えられる機会に、現状に即応した理念について、見直しを含めて話し合われることを期待します。
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。	町内会に入会し、地域の溝掃除や年末の夜回りなどに参加するように心がけている。推進会議には、町内会長さんや組長さんにも参加していただいている。	町内会に入会しており、溝掃除や年末の夜回りに参加したり、地域行事の夏祭りや文化祭には、利用者と共に参加し地域の人々と交流している。	
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。	依頼があれば講演会などに出向き、認知症についてのお話をするようにしている。地域に向けての発信は出来ていない。		
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。	推進会議で議題になった問題点は職員会議に出し、改善に努めている。	2ヶ月ごとに開催される運営推進会議には、町内会長、老人会会長、組長、市職員、地域包括支援センター職員、民生委員、家族、ホーム関係者が出席している。介護における種々の問題点を議題として話し合い、それぞれの立場からの自由な意見交換を行い、それらをサービスの向上に活かしている。	
5	4	○市町との連携 市町担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実績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組んでいる。	推進会議にも出席してもらい、意見を頂いている。また、電話などで相談したり指導を仰いでいる。	運営推進会議には市から毎回担当者が入れ替わって2名の出席があり、情報の提供や意見交換をしている。	

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
6	5	<p>○身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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。</p>	ホームでは拘束ゼロを目指し取り組んでいる。	身体拘束をしないケアの実践に関するマニュアルがあり、その取り組みに関する研修も行っており、職員は理解のもと身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	
7		<p>○虐待の防止の徹底</p> <p>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。</p>	研修に参加したり、ホーム内でも勉強を度々するように心がけている。		
8		<p>○権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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。</p>	一人暮らしの方や、家族が必要な時に相談に乗るようにしている。		
9		<p>○契約に関する説明と納得</p> <p>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。</p>	入所時には十分に説明している。また、理解、納得出来かねる時には随時対応するように努めている。		
10	6	<p>○運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>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。</p>	推進会議にも交代で出席して頂いたり、ホームに来られた時に双方が話し合いの機会を常に設けている。	家族には、運営推進会議に順番に出席してもらい、意見や要望を聞くようにしている。また訪問時には、職員と話し合いの機会を設けている。	運営推進会議の議事録を玄関に掲示するなど、参加されない家族に対しても情報提供し、今後の運営につなげていくことが望まれます。

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
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。	毎月第二火曜日、職員会議に参加している。意見交換の場を設置している。	毎月1回開催の全体会議及びユニット会議では、非番の職員も参加して、話しやすい雰囲気のもと、自由に意見や提案を行っている。	
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。	毎月の出勤計画、実績点検、職員研修計画の決定に参加している。給与明細、支出事務を担当。職員評価実施している。		
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。	出来るだけ多くの職員を研修や講演会へ参加させ、勉強するようにしている。		
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。	同業者との交流はあまりしていない。事業者説明会や研修会には必ず出席するように努めている。		
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。	普段からよく話を聞き、コミュニケーションを取りながら本人の思いを聞き、出来ることと出来ないことを見極めながら、良い関係を作るよう努力している。		

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。	入所に当たってのフェイスシート作成時に、出来るだけ細かく家族の思いや不安、困っている事を聞き、サービス計画に活かしている。		
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。	家族の思いや本人の思いを汲み、出来ることと出来ないことを見極めながら、みんなと仲良く出来て安心して暮らせ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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	利用者の方が自立して出来ることと出来ないことを見極め、掃除や草むしりなど暮らしの中に取り入れている。		
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。	お盆や正月、お彼岸などは出来るだけ家族と交流していただくよう支援している。		
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。	馴染みの人の訪問や外出など、家族と共にその場所に出向き、活きたり、お盆や正月には出来るだけ家族と一緒に過ごすよう進言するなど、本人と馴染みの人との関係継続や家族の絆を大切にしている。		

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
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。	利用者間でも気の合う合わないがある為、テーブルの位置を配慮している。孤立しがちな利用者にはスタッフが間に入り、レクリエーションに参加出来るよう努めている。		
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。	退去後面会に行ったり、ご家族より近況報告を頂いたりしているが、その後の関係は十分ではない。		
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	○思いやりや意向の把握 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。	日々の会話の中から、本人が望んでいることを把握するように努めている。	日々の生活の中で本人の訴えや発言、表情から察したり、職員間で本人の視点にたって話しあい、できるだけ、何をしたいかの意向の把握に努めている。	意思を伝えることが、難しい利用者さんには、表情や動きに着目し、角度を変えて細かく対応を試みるなど工夫して、今以上に思いの手がかりを得ようという姿勢での取り組みを期待します。
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。	入居時に御家族より聞き取りを行っている。日々の会話の中から本人より昔の生活を聞き出している。		
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。	個人記録に1日を通しての行動や発言などを記入している。毎日バイタルチェックを行い、記録している。		

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	<p>○チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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。</p>	<p>3カ月に1回モニタリングを行い、サービス担当者会議を開いている。御家族来所時に現状報告を行い、意見や要望を伺っている。</p>	<p>本人の意向の把握や、家族の訪問時に意見や要望も聞き、職員間で日々のかかわりの中での気づきを話し合い、利用者のより良い生活を支援する介護計画を作成し、3ヶ月ごとに見直しも行っている。前回の外部評価の改善点を踏まえ、マイナス面に目を向けたものだけでなく、利用者の意向に基づき、楽しみや役割を入れた個別で具体的な計画となるよう職員全員で取り組み改善に努めている。</p>	<p>家族の意見や要望が反映された介護計画となっているが、できるだけサービス担当者会議への参加の呼びかけをしてもらいたい。毎月家族へ個々の詳細な健康、生活状況の報告に、さらに介護計画の目標にそった内容も付け加えるなどの検討をしてもらいたい。</p>
27		<p>○個別の記録と実践への反映</p> <p>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。</p>	<p>個別の介護記録や日勤・夜勤別の申し送りノートの記入により、職員間で情報を共有している。モニタリングで活用できるよう、ケアプランに沿って介護記録を記入している。</p>		
28		<p>○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>本人や家族の状況、その時々にも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。</p>	<p>当ホーム以外のサービスは利用していない。</p>		
29		<p>○地域資源との協働</p> <p>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。</p>	<p>地域の夏祭りや文化祭にスタッフが付き添い参加している。</p>		
30	11	<p>○かかりつけ医の受診診断</p> <p>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。</p>	<p>入居時にかかりつけ医を定め、定期的な往診（月2回）に来ていただいている。かかりつけ医は、ご家族の希望により決定している。</p>	<p>今年の4月から、本人と家族の了解を得て、かかりつけ医を協力医療機関に変更してもらっている。定期的な訪問診療や看護師との連携も図られており、適切な医療が受けられる体制が整っている。</p>	

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。	看護師1人と連携し、24時間体制を4月から新しく強化しました。		
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。	入院の際、出来るだけ情報提供をしている。入院中に見舞ったりしながら関係作りに努めている。		
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。	入所時十分に説明し、その後重度になられた時には、医師や家族と相談しながら支援に取り組むようにしている。	重度化した場合の事業所としての対応については、入居時に十分説明している。かかりつけ医や家族と相談、連携をとりながら支援に取り組むようにしている。	
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。	十分とは言えないが、研修を行い実践力がつきつつある。		
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。	町内会などと連携を図り、協力体制は出来ている。年2回の訓練は続けていきたい。	今年度は1回目の防災訓練を来月実施予定である。また町内会や組長との協力体制も出来ている。	運営推進会議において、災害対策について話し合い、地域住民の参加、協力を得ながら、利用者も一緒に訓練を年2回は実施し、防災グッズ、食料や飲料水の備蓄についても検討されることを期待します。

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
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。	認知症の重軽の度合いにより、状況によっては一方の入居者の弁護になってしまい、両方の人格尊重にならない場合がある。	日々の暮らしのなかで一人ひとりの尊厳を守ることを意識した言葉かけや対応に努めている。疑問を感じた時は、その場で注意したり、職員間で話し合うなど、確認と改善に徹している。個人情報の取り扱いについては、電話での応対も含め十分気をつけている。	
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。	認知症の軽度の方は自己の決定が可能だが、重度の方は生活の支援に重点があり、希望を十分聞きだせていないように思う。		
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。	身体機能状況や特に精神的機能状況に重点をおき、日々どのような状況か見極め支援している。		
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。	定期的に訪問理容に来てもらい、カットや白髪染めをして頂いている。季節感が認識できない方は、声かけや介助にて身だしなみ等への支援をしている。		
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。	お米を研いでいただいたり、テーブルを拭いていただいたり、個々の能力に合わせてお願いするようにしている。	毎日の朝食と土曜日は手作りの献立となっており、利用者の要望を聞き、買い物に行ったり、菜園で取れた野菜で食材の準備をしたり、個々の能力に応じて、一緒に作業している。手洗い後にさらに消毒し、個人の手拭タオルも1日2回交換するなど、衛生面に十分注意している。	

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
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。	ホーム独自で食事を作る日と、業者からの配食とを交互に行い、一人一人の健康状態に合わせてお粥にしたり一口大に刻んだり、軟らかく調理したりして対応している。水分補給は1日1500ccを目指して、入浴後やレクリエーションの後などこまめに摂取を心がけている。		
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に，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。	歯磨きやうがいはスタッフの見守りや一部介助にて行い、義歯の人は毎晩洗浄剤につけて対応している。家族のかたと話し合い、希望される方には訪問歯科に往診に来てもらい、月2回の口腔ケアをしてもらっている。		
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。	一人一人の排泄パターンを記録してトイレ誘導に役立て、失禁が減った人は、リハビリパンツから布パンツに変えるなどの対応をしている。	一人ひとりの排泄パターンを把握し、定期的にトイレ誘導を行い、リハビリパンツから布パンツに変えるなど、排泄の自立に向けた支援を行っている。	
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。	毎日の運動にラジオ体操を取り入れ、無理のないように、足の悪い人には椅子に座って体操していただいている。		
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，個々に応じた入浴の支援をしている。	一人一人の体力や体調に配慮しながら、週2～3回の入浴支援を行っている。入浴しない日には清拭を行っている。また、失禁などの場合には、陰部洗浄を行うなどの支援をしている。	利用者の希望にあわせて週2～3回の入浴支援をしている。1時間ぐらいの入浴を希望される利用者にも対応し、ゆっくりくつろいでの入浴を支援したり、また、ゆったりと話を聞く時間になるよう心がけている。	

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
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。	一日一回部屋で休息する時間を設け、読書をしたり、新聞を読んだり、昼寝をしたり、昔のアルバムを見たりと、それぞれ自由な時間を作って頂けるように支援している。		
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。	医師からの説明や病院からの説明書を、スタッフ全員が分かるようにファイルしている。薬の変更があった時は必ず全員に伝わるようにしている。		
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。	洗濯干しやたたみ、玄関などの掃除や食卓の台拭き等、出来ることをしていただく。季節の草花を生けたり、みんなで作ったものをリビングの壁や部屋に飾ったりしている。春にはお花見、秋には菊花展などに出かけている。		
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。	外に出たいと希望があれば、スタッフが付き添って散歩に行ったり、不穏になられた時は寄り添い、話をよく聞いている。家族の方と相談しながら支援しているが、地域の方の支援は得られていない。	花見、盆踊り、文化祭、菊花展などへ外出を支援している。また日常的には近くのコンビニへの買い物や、ホーム敷地内の建物の周りの遊歩道を散歩するなど支援している。	
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。	一人ずつの家族からお金をお預りしており、希望者の方にはスタッフが付き添い、お菓子や日用品等を買っている。預かったお金は、金銭出納帳につけて、家族の方にサインをもらっている。		

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
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。	電話をかけさせないようにと希望される家族もあるが、先に必ずスタッフが対応し説明の上、協力していただけるようにしている。		
52	19	○居心地の良い共用空間づくり 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。	一緒に掃除をしたり、リビング等に季節感のある花や手作り作品を飾り、良い空間作りに努めている。	ウッドデッキのあるリビングは天窓による採光もあって明るく、ソファや畳のコーナーもありゆったりしてくつろげる空間となっている。壁には手作りのカレンダーや作品が飾ってあり、家庭的な雰囲気の温かい感じの居場所となっている。	
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。	くつろげる畳の場所やソファ等、自分たちで自由に過ごしていただいている。		
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。	居室には家族や入居者の好みや、持ってこられた物等を置き、本人が心地よく過ごせるように配慮している。	備え付けの整理ダンスの上には、利用者の好みのものや思い出の物が置かれていて、落ち着けて居心地よい居室環境である。	
55		○一人ひとりの方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。	出来ることは自分でしていただき、そばで見守り、忘れていたことはできるだけ思い出していただけるよう、アドバイスするようにしている。		

V 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。	○ ①ほぼ全ての利用者の ②利用者の3分の2くらいの ③利用者の3分の1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	○ 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	○ ①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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した表情や姿がみられている	○ ①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
60	利用者は、戸外への行きたいところへ出かけている	○ ①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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	○ ①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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	○ ①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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る	○ ①ほぼ全ての家族と ②家族の3分の2くらいと ③家族の3分の1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	○	<input type="radio"/> ①ほぼ毎日のように <input type="radio"/> ②数日に1回程度 <input type="radio"/> ③たまに <input type="radio"/> 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や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	○	<input type="radio"/> ①大いに増えている <input type="radio"/> ②少しずつ増えている <input type="radio"/> ③あまり増えていない <input type="radio"/> ④全くいない
66	職員は、生き活きと働けている	○	<input type="radio"/> ①ほぼ全ての職員が <input type="radio"/> ②職員の3分の2くらいが <input type="radio"/> ③職員の3分の1くらいが <input type="radio"/> 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	○	<input type="radio"/> ①ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> ②利用者の3分の2くらいが <input type="radio"/> ③利用者の3分の1くらいが <input type="radio"/> 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	○	<input type="radio"/> ①ほぼ全ての家族等が <input type="radio"/> ②家族等の3分の2くらいが <input type="radio"/> ③家族等の3分の1くらいが <input type="radio"/> ④ほとんどできていない

(様式2)

2 目標達成計画

事業所名 あけぼのあゆみホーム

作成日 平成 24年 1月 4日

【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組み内容	目標達成に要する期間
1	1	今の理念が長い文章なので現状に即応したものに作り変えていく	今の理念を10年近く使っているのもう少し解りやすく短くして対応していく	職員全員から意見を出してもらい、皆で協議して作っていく	3ヵ月
2	35	災害対策について地域住民の方との話し合いや、一緒に訓練等を通して協力を得る	地域住民の方に参加を呼びかけて、利用者と一緒に訓練の実施をしていく	今年最初の推進会議で議題に「ホームの災害対策について」を掲げて話し合う。 食料や飲料水の備蓄も前向きに考えていく	年2・3回達成まで
3	10	推進会議の際、家族の代表者に出席してもらっているが、他の人には情報提供が出来ていない。	全員の家族の方に推進会議の内容を知って頂けるようにする	玄関に推進会議の議事録を掲示して全家族の方が閲覧出来るようにしていく	2ヶ月
4	19	利用者の思いを家族に伝え、共に支える。盆、正月、お彼岸の外出支援	昨年に引き続き、利用者の思いをしっかりと家族に伝え協力をお願いする	家族の立場と状況を職員が共有し、家族と共に考える体制作り	随時達成まで
5					
6					
7					

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。