

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	2371301181		
法人名	株式会社 パートナーシップ		
事業所名	グループホーム優楽家 ユニット1		
所在地	名古屋市守山区百合が丘1812		
自己評価作成日	平成22年12月20日	評価結果市町村受理日	平成23年3月18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.kaigo-kouhyou-aichi.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2371301181&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『サークル・福寿草』		
所在地	愛知県名古屋市守山区松原町一丁目24番地 COMBI本陣S101号室		
訪問調査日	平成23年1月24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)】

- ①職員の個々の経験・能力・技術に応じて、外部研修の参加を促し、レベルアップを図っている。
- ②近隣の介護事業所と交流や連携を保つ為、情報交換や行事参加に努めている。

【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)】

ホームは、守山区の丘陵地帯の新興住宅地の中に立地していることで、自然環境に恵まれ、ホーム建物も地区に調和した家庭的な雰囲気である。職員は明るく笑いがあり、一人ひとりの人格を尊重したサービスの提供に努めている。各居室の入り口には、暖簾や表札、お気に入りの顔写真を飾り、利用者が戸惑うことが無いよう、自室が確認できる工夫がなされている。利用者の健康管理は、毎月1回の定期健診、投薬検査等で、適切な対応が受けられる仕組みになっている。また、訪問看護ステーションとの連携により、日常の健康管理の他に、重度になった方への対応も行えるように、ホームとしてできる限りの体制も確立されている。

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 利用者や職員が、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、その時々々の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	利用者が地域の一員として、地域の中で暮らす事ができるような支援を念頭にホームの方針を立て、職員間で理念の共有、再確認をしながら、日常の介護に反映させている。	ミーティングやカンファレンス等には、理念を思い起こさせるよう管理者が話をし、皆で共有したり、常に基本に戻れるように努めている。家庭だったらどうか？と、いつも自問しながら支援に努めている。	
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	地域の一員として、自治会、保健委員の活動や地域交流会への参加等、積極的に地域の方々と交流する事に努めている。	地域の一員として、主にゴミ収集所の管理を行う保健委員や地域の防範パトロール隊として、自治会の中の役割を担っている。また民生委員主催の交流会などには、積極的に参加している。	
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	利用者が地域住民の一員として、地域貢献できるよう、職員と共にゴミ当番、施設外の清掃活動に参加できるよう努めている。		
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	運営推進会議では、地域住民、専門家の様々な目線で率直な意見を頂き、事業所のサービス向上に、有効的に活用できるよう努めている。	2か月に1回開催し、地域包括支援センター職員にも案内を送り、出席が実現している。会議で地域の高齢者を招待して茶話会を開いてはとの提案があり取り組んでいる。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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に取り組んでいる	介護保険制度やその他の制度等について、疑問や困難事例があれば、その都度行政に連絡を取り、解消したり改善できるように取り組んでいる。	月1回は、事務的な用事で担当部署を訪れ、困ったことがあれば相談をしている。過去には医療保険で利用できる訪問リハビリについて相談をし解決に至った経緯がある。また、空室ができた場合の情報提供も行っている。	
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	勉強会、カンファレンス、全体会議を通して、利用者の意志と反し、苦痛や制限を加える行為は広い意味での身体拘束に当たると理解を深めるよう努めている。	職員研修やカンファレンス等で、身体拘束について話し合い、職員が理解を共有できるように努力している。言葉の拘束については、職員が気付けるように管理者が促している。	
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	社内で研修を行い、虐待について勉強し、日々、不適切な言動がないか再確認し、虐待につながる可能性について認識を深めている。		

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	実際に成年後見制度を利用している方がみえる。 担当者は今後、制度利用が必要になる場合を視野に入れ、関係機関と情報交換に努めている。		
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	契約に際しては、事前に重要事項説明書に沿って、利用者又は家族の方に施設を利用する上での説明を行い、理解、納得の下、サインと捺印をしたものを双方一部ずつ保管するようにしている。		
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	利用者、家族の希望や意見は日常の中で職員が聞き取るように努めており、それを記録に残し、毎朝のミーティング等で周知し、改めて日々の運営に反映させている。	家族向けのホーム便り『優楽家新聞』で、日常の生活を毎月知らせ、家族会、夏祭りの時に意見交換を行っている。家族の訪問時にも意見、要望を聴き、時には独自のアンケートを実施して、ホーム運営に反映させている。	
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	月一回の全体会議、カンファレンス等で職員の意見を聞くようにしているが、普段から職員の意見に耳を傾け、勤務時間外でも随時話し合いで対応するように努めている。	フロア会議、全体会議、ケアカンファレンス等で、職員の意見を確認するようにしている。また、管理者は日常的に職員が相談や意見を言い易い雰囲気作りに努めている。	
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	施設長は職員個々の能力、特性を把握し、優れている点を認め、それを活かし伸ばせるような職場環境に努めている。		
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	施設内の勉強会等を勤務時間内に開催したり、名古屋市主催の『福祉人材確保のための職員研修』に、随時参加を促し、職員個々の技術・能力の向上に努めている。		
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	近隣のグループホームと定期的に打合せの機会を持ち、災害時の連携体制、地域交流について話し合いを行っている。 また、それぞれの行事に参加し、情報交換、交流を行っている。		

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	入居の相談の際には、訪問したり、来所して頂き、見学や面談を重ね、不安の解消や本人の要望を聴くように努めている。		
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	入居の相談の際には、訪問したり、来所して頂き、見学や面談を重ね、不安の解消や家族の要望を聴くように努めている。		
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	入居の相談時には面談を重ね、現時点で本人と家族の望む必要なサービスは何か見極め、事業所のサービス内容を提示し、相互理解に努めている。		
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	人格ある一人の人として尊重し、利用者主体の生活が営めるよう、側面から見守り、支えながら本人の気持ちを理解するよう努めている。		
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	随時、本人に対する家族の意向を伺い、それを踏まえた支援ができるよう努めている。 また、家族の相談も随時受け付け、信頼関係を築くよう努めている。		
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	本人が今まで親しんだ場所や人間関係の把握に努め、可能な限り関係が継続できるよう援助している。	利用者の趣味の継続では、盆栽、絵、編み物等ができるように支援をしている。 毎月お墓詣りに行く方、介護タクシーで馴染みの美容院に行く方もある。	
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	職員は常に利用者の状況、人間関係を把握し、トラブルにも即座に対応できるように努めている。 利用者同士が快適に交流でき、良好な関係が維持できるよう支援している。		

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
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	事業所では、サービスが終了しても相談を受け付け、その後の交流を保っている。		
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	本人の意志を尊重した生活スタイルを維持できるように努めている。 適切に言葉で意思表示できない方については、日常生活を通して、日々の言動から本人の望みの把握に努めている。	入居時や認定調査時に聴き取り、また、随時会話の中からも把握に努め、家族にも確認している。意思表示の困難な方については、日頃の言動から読み取れるように、職員間で細かい観察に努めている。	
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	入居時に今までの生活歴についてアセスメントし、職員間で情報を共有できるようにしている。 また、随時、家族や親戚、知人等から得た情報は記録に残し、カンファレンス等で発表している。		
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	今までの生活スタイル、生活習慣を重視し、本人の持っている能力や機能を充分活かして生活できるよう支援している。		
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	本人の日頃の生活ぶりや会話、行動からどんな事を望んでいるか把握し、カンファレンスやサービス担当者会議で話し合いを重ね、介護計画を作成している。	カンファレンスや担当者会議で、本人や家族と話し合いながら計画を作成している。見直しについては6か月1度実施している。介護計画は、職員がいつでも見られる場所に保管し、課題が出た際には、問題点を報告しながら、日々のケアの反映させている。	カンファレンス等で、本人や家族の希望を聞きながら介護計画を作成しているが、日常それを理解し、意識して支援できるかは、職員の力量にかかってくるため、レベルアップを図るためにも外部研修へのより積極的な参加を期待する。
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	日々のケアの実践は個人の介護記録に残し、介護計画に反映している。 一日の全体の様子、特記事項、伝達事項は申し送りノートで情報が浸透するようにしている。		
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	施設内の閉鎖的な環境にとらわれず、外部より、訪問美容、訪問マッサージ、傾聴ボランティア等を取り入れ、地域の社会資源を活用している。		

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
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	日頃から地域行事や交流会の情報収集を行い、地域の社会資源を積極的に活用し、地域住民の一員として生活できるよう支援している。		
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	可能な限り本人又は家族の望むかかりつけ医に継続して受診できるよう支援している。困難な場合は本人、家族の了承の下、施設の提携医院に移行して頂き、今までの治療が継続できるよう、医師と連携を図っている。	本人や家族の希望するかかりつけ医受診を支援しているが、ホーム提携医以外は基本的には通院を家族に依頼している。緊急時の往診、歯科医の訪問診療、メンタルクリニックへの診察など、適切な医療を受けられる支援をしている。	
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	介護職員は、日頃の利用者の状態を看護師に報告し、訪問看護ステーションとの連携により、日常の健康管理を行っている。		
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。	入院時には定期的に病院へ足を運び、その都度病院関係者と話し合いの場を持ち、現状把握と退院時に向けての準備を行っている。		
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、事業所ですることを十分に説明しながら方針を共有し、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度や終末期の場合は、先々を見越し本人にとって最良な方法は何か、現状の施設の体制でどこまで対応できるかを主治医、本人、家族と共に話し合いをし、施設での対応を検討している。その意向は全職員に伝え、統一した方針で取り組んでいる。	ホームとしては、本人や家族の希望があり、家族の協力が得られ体制が整えば看取りも行う姿勢である。その場合は、職員間で話し合い、統一した対応ができるようにしている。過去、2か月ほどの期間で看取った経験もある。	
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、マニュアル作成と共に、勉強会を開催し、適切な対応ができるよう努めている。		
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	定期的な防災訓練を行い、災害時に的確な判断ができるよう努めている。 夜間帯の緊急連絡体制を一覧表にして、速やかに対応できるように掲示している。	年2回の避難訓練を行っている。夜間訓練も行い、緊急連絡体制の確認を行った。スプリンクラーは、23年度内に設置予定である。また、近隣の事業所と独自に協力体制を作り、連絡方法の確認も行っている。	年2回の訓練の他、地震や火事の時、利用者自身も自分から避難しようとするように、日常的に練習を行うことがより望ましいと思われる。

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	利用者の自尊心を傷つけないよう、話し方、接し方には日頃から注意している。	トイレ誘導の声かけは、耳もとで行うなどの配慮がなされている。排泄や入浴介助では、希望に添って同性介護を行っている。一人ひとりの性格を見極め、その方に合わせながら支援している。	
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	職員の主観でなく、利用者が自ら選択し、決定できるよう支援している。 利用者の希望に沿って自己決定に至るまでの援助を行っている。		
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	一人ひとり生活リズムやペースについて、その人の体調や心理状態等に配慮しながら、できる限り個別性のある支援を行うと共に、日常的に決まりや都合を優先させた支援にならないよう努めている。		
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	訪問美容を招き、利用者さんの身だしなみやおしゃれに関し取り組んでいる。洋服等の買い物ができる利用者は一緒に出掛け選んでもらっている。 お気に入り(希望)の美容室のある方は、定期的な送迎援助の下、継続した利用ができるよう支援している。		
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	調理や配下膳について、出来る限り利用者さんと共に進めるよう努めている。 また、職員が利用者さんと同じテーブルで食事をする事で、コミュニケーションを図っている。	ユニットで分担して、副菜、主菜を作り、相互に届けあっている。行き来することにより、コミュニケーションが出来、利用者にも良い刺激となっている。盛り付け、お茶入れ、食器洗い、片付け等、出来る人は職員と共に行っている。	
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	利用者の個々の食事量、水分摂取量等について、個人別チェック表に記入し、日々の状態を把握している。 水分摂取量が少ない時は随時、水分補給を促すなど配慮している。 希望者は個人で宅配の牛乳類を頼み、好きな時に飲んでもらったり、声掛けて提供している。		
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	食後には必ず声掛けにて口腔ケアを促し実施している。就寝前には義歯洗浄を実施している。 月に1回、歯科往診があり、口腔内の清掃及び健診、指導をして頂いている。		

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	排泄パターンの状況を把握し、個別に対応し、できる限りトイレで排泄できるよう取り組んでいる。 状況に応じて居室にポータブルトイレを設置している。	利用者の排泄パターンを把握してトイレ誘導し、オムツをしないケアができるように努めている。自分で排泄できる人には転倒予防という視点から、安全ブザーを設置して、利用者の動きの把握に努めている。	
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	便秘予防について、看護師と相談しながら、食事面での工夫や水分量の調整、散歩や毎朝のラジオ体操を取り入れている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴は可能な限り、利用者の希望に合わせるように一人ひとりの入浴時間、タイミングを把握するよう努めている。 入浴拒否のある方も不快感なく入浴できるよう支援している。	毎日入浴出来るが、基本は週3回の入浴であり、午前でも午後でも可能である。季節的に暑い時期には、利用者の様子を見て、シャワー、清拭の対応も行っている。入浴拒否のある人には、タイミングを見たり気分転換したりしている。	
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	利用者の個々の生活リズムを把握し、夜間に安眠できるよう努めている。 また、薬剤の使用については、安易に考えるのではなく、個人の生活全体を視野に入れ、家族、医師と相談しながら、必要最小限に留めている。		
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	薬説明書等は常に職員が確認できる場所に保管し、理解するように努めている。 家族や医師に症状の報告を行い、治療方針や服薬変更は常に相談、話し合いしながら進めている。		
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	ミーティング、カンファレンス等を通じて、一人ひとりの利用者がどのような事が得意で、どのような事に興味があるのかを把握しながら、できることをお願いするように役割分担している。		
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	散歩、買物、ドライブ等、可能な限り希望に沿った外出支援をしている。 季節毎に行事を企画し、外出や外食を実施し、その都度希望を伺うようにしている。 今後は、家族や地域の人々を交えた外出の機会も試みたい。	日々の買い物、散歩、ドライブ、外食、喫茶店に出掛ける支援を行っている。季節に合った外出、初詣、花見、紅葉狩りにも出掛けている。また、家族と共に外食、喫茶店、買い物に出かける利用者もある。	自己評価にもあるように、家族を巻き込んだ外出を実現されると、利用者の楽しみになるとともに、ホームと家族の距離がより近付くのではないかと思われる。

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	利用者の個人の希望によっては、家族了承の下、小額の現金を所持してもらい、安心感を持ってもらっている。 また、買物に出掛けた際は、出来る方にはご自分で支払いして頂くよう支援している。		
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	電話や手紙は希望に応じていつでもできるように支援している。 居室に電話の設置はできないが、携帯電話を所持している方もいらっしゃいます。		
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	利用者が自分の家に居るように家庭的な雰囲気を出し、本人にとって馴染みの場所であると思えるよう配慮している。 また、季節の飾り付けを利用者と共に行うことを努めている。	共有空間である居間は広く、明るく、清潔であり、利用者の作品等が飾られている。リビング壁面の模様替えは、季節に合わせ、毎月行っている。また、個室の表札は、職員手作りのものがかけられている。	
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	共有空間においては気軽に明るく楽しく、くつろげるよう家具の配置に気を配り、定期的に模様替えをしたり、安全で快適に過ごせるよう配慮している。		
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	居室には家族と相談しながら、本人の愛用していた家具、雑貨類等、使い慣れた物や好みの物を取り入れ、本人の居心地の良い空間作りに努めている。 また、危険な物はないか、職員で確認しながら、整理整頓、環境整備に努めている。	各居室の入り口に、好みの暖簾、表札、利用者本人の写真を飾り、個性を活かした工夫がされている。居室内には、使い慣れた家具、身の回りの品を持参し、各自が住みやすい居室となっている。また、親族の写真を飾り、楽しみとなっている方もいる。	
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	場所等がわかりやすいよう、表示の工夫をしている。 住居の環境はバリアフリーを基調に手すり等を設置し日常的に利用する生活スペースに安全性を考えながら、自立した生活を維持できるよう配慮している。		

目標達成計画

作成日: 平成 23年 3月 3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	<ul style="list-style-type: none"> ・個々のケアプランを理解し、それに沿った支援が定着していない。 ・利用者さんそれぞれの言動、思いに「何故だろう？」と疑問に感じていない。 	<p>『利用者さんのことをもっとよく知ろう！！』</p> <p>～気づき、考える介護～</p>	<p>①介護記録の記載内容を見直し、記録の意味を再確認する。⇒勉強会</p> <p>②プランに沿った記録ができるよう、利用者さんへの関わりを深める。</p> <p>③カンファレンスの方法を見直し、カンファレンスで利用者さんの立場になって話し合う形式を検討する。⇒センター方式 (アセスメントをスタッフ全員で行う。)</p>	12ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月