

### 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	2172800548		
法人名	特定非営利活動法人うらら		
事業所名	グループホームうらら金山 (櫻館)		
所在地	岐阜県下呂市金山町988-1		
自己評価作成日	平成24年 2月10日	評価結果市町村受理日	平成24年 4月23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	<a href="http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2172800548&amp;SCD=320&amp;PCD=21">http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2172800548&amp;SCD=320&amp;PCD=21</a>
----------	---

**【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 中部社会福祉第三者評価センター		
所在地	岐阜県関市市市賀大知洞566-1		
訪問調査日	平成24年 3月13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)】**

当グループホームは、濃飛バス(ぬくもりの里)バス停より徒歩1分程に位置し、国道41号線、256号線とのアクセスが良く、利用者様のご家族始め訪問者の方の利便性が高い。平成24年8月には、下呂市立金山病院が開設の予定で、医療・福祉の連携が今まで以上に強化されると期待される。又、近隣には特別養護老人ホーム、道の駅、温泉施設、体育館、プール等の施設が整い、様々な交流の機会に恵まれた良好な環境である。地域との交流は散歩や買物の時を通し日常にお互いに声を掛け合い、地域住民としての生活の場が築かれていると考えられる。地元中学生による職場体験学習の受け入れ、保育園への訪問交流、公民館を借用しての利用者さんの作品展の開催、各種のボランティア団体による訪問も計画し地域との交流に取り組んでいる。

**【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)】**

周囲を緑深い山々が取り囲み、澄んだ空気と自然豊かな地にホームは立っていた。畑には昨夜来の残雪が残り、春の到来にはまだ時間がかりそうである。そのような凜とした空気の中ではあるが、ホームの中では暖かな支援が展開されていた。地域との交流強化を目標達成計画に取り上げ、利用者が地域に出ていくことを実践している。地域の祭礼や盆踊りには利用者の姿があった。周囲の農家とも交流し、採れたての野菜が届く。利用者一人ひとりに対し、その人らしさを支援しようとする“個別ケア”への挑戦として、「気づきノート」の取り組みを復活させた。まだ成果として目に見えるものはないが、「気づきノート」から、利用者にとつての素晴らしい介護計画が生まれて来ることに期待したい。

**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 3. 利用者の1/3くらい 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、生き活きと働いている (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している (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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	理解し易い理念を作り掲示している。職員会議で唱和し身近なものと捉え協議に努めている。	「ぬくもりの金山の地・・・」で始まる理念を掲げ、理念に忠実なケアを展開している。利用者が集うホールには、かつて利用されていた利用者が毛筆でしたための見事な理念の額が掲示してあった。	
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	散歩や買物には、出来るだけ利用者さんに参加して頂き地域の方との出会いを大切にしている。地域の行事には極力参加するようにしている。	職員のほとんどが地元出身ということもあり、地域との交流強化を目標達成計画に取り上げて取り組んできた。祭礼や盆踊りには利用者が参加した。ホームのベランダは、花火大会の見物には特等席である。	
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	現在のところ不十分であるが、開かれた施設として、声を掛け合うなかで理解を深めている。		
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	ご家族を始め、市役所関係者、地区自治会役員老人クラブ、民生児童委員への方の参加を依頼し意見、要望を聞き、利用者さんの立場に立ったサービスの向上に生かしている。	運営推進会議を偶数月ごとに開催しており、行政担当者をはじめ様々な経歴の持ち主が参加している。ホームからの報告事項だけでなく、利用者の紹介や作品展の見学等も行っている。	「目標達成計画」のモニタリングを実施したり、地域密着型サービスに知見を有する者をメンバーに加える等の工夫によって、会議がさらに充実したものと期待したい。
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に取り組んでいる	市の高齢福祉課、保健師、包括支援センターのケアマネージャーと情報交換しホームの運営に協力を頂いている。	運営推進会議には、市の担当者が必ず出席しており、ホームの状況を把握している。制度改正時の質問や、その他の相談にも適切に対応してもらっている。	
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	勉強会を開催し、具体的な事例について協議し理解を深めている。玄関の施錠については、時間帯により自動又は施錠をすることがあるので、改善に取り組みたい。	入居間もない利用者があり、帰宅願望が強いことから、時間帯を限って玄関ドアを施錠している。ホーム前の道路が急坂であり、転倒・骨折を防止するための緊急施策である。	
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	関連文書は回覧し徹底するよう努めている。		

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	関連文書、パンフレット等は回覧、配布して理解を深めているが、今後勉強会の議題で取り上げる重要な課題と考えている。		
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	契約の事前には、契約書・重要事項、その他の関連書類を提示、説明している。		
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	運営推進会議では、直接意見や要望を聞いている。玄関に用紙を置き意見を記入提出して頂いている。書類の発送時には専用の用紙を同封している。	運営推進会議が平日に行われる都合上、家族の参加は多くはない。しかし、ホーム訪問時に率直な意見や要望を提起する家族もおり、家族アンケートには、感謝の言葉に添えての意見提案もあった。	
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	職員会議や日常的に意見・提案を聞く機会がある	限られた時間内ではあるが、毎月1回、職員会議とカンファレンスを行っている。若い職員をリーダーに据える等、自由に意見を述べ合う環境は整っている。	
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	関連グループと連携を取り、環境整備や改善に取り組んでいる。		
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	研修案内は掲示し、希望があれば受講の機会を設けている。又職員自ら希望する研修会には、シフト変更等の配慮をして研修に参加出来るようにしたい。		
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	関連グループとの定期会議への参加をしている。他施設への見学の機会を設けている。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	環境の変化により不安になられたり、以前みえた家庭や施設との習慣の違いに対応して頂けるよう職員間の連携を密にして行く。		
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	家族の要望をお聞きすることを大切にし、当施設の現状を説明し、理解を頂きながら信頼関係を築く。		
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	本人・家族が望む支援内容を職員全体で協議しより適切なサービスを提供する。		
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	小さな事でも、本人が出来ることは本人にして頂き、互いに共感し合える関係を築く。		
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	本人の立場に立ち、家族と話し合い、関係者と連携をし本人を支えるチームの一員であるという認識で対応する。		
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	家族への協力を要請し、知人の訪問や面会の機会をより多くする。	今は退居されてしまったが、かつて書道の教師をしていた利用者のもとに、同好の士が訪ねてきたことがある。利用者の希望に副って、職員と共に墓参り、仏様参りや近所の友人を訪ねた事例もある。	
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	利用者同士の間には職員が寄り添い、不足する部分を少しだけでも埋めて行くよう努める。		

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	機会を捉え、退所後の近況を連絡し合える関係が個別的には出来ている。		
<b>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</b>					
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	会話や行動、身体的な状況から得られた情報を職員間で共有する為、申し送りノートを作成し活用している。	利用者の状態変化や個々の思い・意向を聞き漏らすことのないよう、本部事業部長の提案によって、「気づきノート」を復活させた。	その人らしさを支援する“個別ケア”の原点は、思いや意向の把握(気づきノート)にある。日々のケアの中から、利用者の“真の叫び”をつかんで欲しい。
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	研修会に参加し、暮らしの把握の為の手法を参考にしサービスの提供に努めている。		
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	一日2回のバイタルチェックを定期に実施している。生活記録、介護記録、排泄記録、入浴記録を作成し活用している。本年度は新たに(気づきノート)の整備を検討する。		
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	ケアマネージャーの観察記録、介護職員の介護・生活記録を計画に生かしている。家族の意見は、面会時、電話等で把握し計画に反映している。	介護支援相談員が聞き取った利用者の思いを、支援の方針に転嫁して介護計画を作成している。「気づきノート」に書き溜められた情報の有効活用は図られていない。	職員全ての耳目を集積して聞き取った「気づきノート」の新情報(思いや意向、生活歴等)を活かし、介護計画に反映させることを望みたい。思い残しのない人生を支援するために・・・。
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	記録内容を分析し、見直しをしている。		
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	現状では、人的・施設面で制約があるが、出来ないではなく、どうしたら出来るか取り組んで行く。		

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	地域の関連機関と連携し、利用者のより良い暮らしを支えて行く。		
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	入所前にかかりつけ医を選択している。家族による通院介助が困難な場合は、当施設の協力医に変更することもある。受診結果はその都度家族に伝えている。薬の内容は職員全員が把握している。	ホーム提携医には気軽に相談できる雰囲気があり、職員からの信頼感もある。これまでの馴染みのかかりつけ医を引き続き利用する利用者もいるが、その場合の通院付添いは、原則家族対応である。	
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	非常勤であるが、定期に勤務している。必要に応じ24時間連絡、対応出来る体制である。		
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。	当施設の協力医の指示により、連携し協力が得られている。		
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	看取り指針により、家族と話し合い、当施設で出来ること、出来ないことを説明している。	利用者の高齢化が進み、重度化や終末期の対応のために看取り指針を作成している。しかし、まだ利用者・家族に内容を正確に伝えて、同意を得る(同意書を取り交わす)までには至っていない。	終末期のケアに関しては、利用開始時の一度の説明や同意書の取り交わしで終了するものではない。状態の変化や時の流れに合わせ、その都度、利用者や家族、主治医等を含めた関係者の意見調整が望まれる。
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	緊急連絡体制は整備している。初期手当での訓練は不十分で、今後の課題である。		
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	毎月15日を防災の日とし、避難訓練を重点に実施している。年1回消防署の指導による訓練を実施している。	運営推進会議に併せて、消防署立会いの防災訓練を実施した。消防署からの指導事項を含め、多くの課題も見つかった。また、ホーム全館にスプリンクラーが設置され、夜間を想定した避難訓練も実施している。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	人生の先輩として、尊敬する気持ちを忘れないよう心がけ、丁寧な言葉使いに努めている。居室に入る場合は必ず声を掛け同意を得ている。	利用者の呼称(呼び名)にも配慮し、苗字にさん付けを基本としている。同じ苗字の利用者もあり、名前にさん付けで呼ぶ場合もある。いずれにしても、本人、家族が適切と感じる呼称を使うことを心掛けている。	
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	働きかけるよう努めているが不十分である。		
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	出来る限り利用者さんの希望を優先するよう務めゆったりとした時を過ごして頂くようにしている。		
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	服装や整容の変化に気づき、声を掛けるよう努めている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者さんの出来る力に応じて、食材の下ごしらえや配膳をお願いしている。職員は同じテーブルに座り、会話をしながら食事時間を過ごしている。	職員も利用者の間に入って、同じ食事を摂っている。誕生会等のイベント時には、赤飯や味ごはん等、利用者に人気の高い食事を提供している。隣の農家から、新鮮な採れたての野菜が届くこともしばしばである。	
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	栄養士が献立をたて、栄養面や食べ易い食事に配慮している。		
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、口腔ケアを実施している。夜間は義歯を預かり、洗浄剤を使用管理している。		

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
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	排泄は自立している人が多いが、排泄の状況が分かる表を活用し、利用者さんに応じた時間に声掛けし支援している。	トイレで排泄してもらうことを原則としており、利用者それぞれのパターンを把握して、声掛けや誘導を行っている。	
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	献立に野菜を多く取り入れている。食事時間以外にも随時水分補給をしている。排泄状況表を活用し便秘の防止に努めている。		
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	入浴準備は毎日しているが、利用者さんは隔日の入浴となる。入浴時間は一人20～30分でゆったりとしていると考えるが、家庭の様には出来ない。	1日置きの入浴を原則としているが、風呂好きで毎日のように入浴している利用者もいる。半面、拒否が強い利用者もあり、無理強いせず時間を置いたり、呼びかける職員を変えたりして対処している。	
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	施設の予定にこだわることなく、利用者さんの体調、好みに応じ柔軟に対応している。		
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	一人一人の薬の内容はファイルに閉じ職員は、いつでも知ることが出来る。症状の変化は生活記録や申し送りノートに記入し、必要に応じて看護師、医師に報告相談している。		
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	一人一人の出来る力に応じて、強制的にならない様配慮し参加して頂いている。		
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	天候により、毎日の散歩を日課としている。時には車を利用してドライブに出掛けている。季節により花見、紅葉狩等、外出の機会を設けている。	利用者の健康状態と天候が許す限り、散歩が日課となっている。車いすの利用者も外出機会を得ており、家族アンケートでも満足度は高い。近くの公園まで、弁当を持参してハイキングすることもある。	

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	ご家族と相談し、預かり金として管理し、必要に応じ使えるように支援している。ある程度本人で管理できる方は、少額を所持して頂いている。		
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	本人の希望により、自由にして頂いている。		
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	木造の広い空間を取り入れている。手づくりの掲示物や絵は季節に応じて取替え変化を持たせている。	ホールは広々としており、吹き抜けの天井を持つユニットは開放感がある。1階や2階にウッドデッキが設けてあり、多目的に使用されている。ユニット入口の階段が、車いす利用者や職員にとっての障壁となっている。	
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	和室、リビングのテレビを設置しているコーナー、テラスのベンチを利用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	利用者さん、ご家族の好みや都合により利用して頂いている。	毎年の誕生日に贈られた職員の寄せ書きを、居室の壁いっぱい飾っている女性利用者がいた。その下に、米寿の祝いに集まった家族との合同写真が貼られていた。利用者を囲む4人のひ孫の笑顔が愛らしい。	
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	バリアフリーの構造であるが、新館は二階建てのため階段の昇降には、安全面で特に注意が必要である。		

### 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	2172800548		
法人名	特定非営利活動法人うらら		
事業所名	グループホームうらら金山 (向日葵館)		
所在地	岐阜県下呂市金山町988-1		
自己評価作成日	平成24年 2月10日	評価結果市町村受理日	平成24年 4月23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	<a href="http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2172800548&amp;SCD=320&amp;PCD=21">http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2172800548&amp;SCD=320&amp;PCD=21</a>
----------	---

【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 中部社会福祉第三者評価センター		
所在地	岐阜県関市市平賀大知洞566-1		
訪問調査日	平成24年 3月13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)】

当グループホームは、濃飛バス(ぬくもりの里)バス停より徒歩1分程に位置し、国道41号線、256号線とのアクセスが良く、利用者様のご家族始め訪問者の方の利便性が高い。平成24年8月には、下呂市立金山病院が開設の予定で、医療・福祉の連携が今まで以上に強化されると期待される。又、近隣には特別養護老人ホーム、道の駅、温泉施設、体育館、プール等の施設が整い、様々な交流の機会に恵まれた良好な環境である。地域との交流は散歩や買物の時を通し日常にお互いに声を掛け合い、地域住民としての生活の場が築かれていると考えられる。地元中学生による職場体験学習の受け入れ、保育園への訪問交流、公民館を借用しての利用者さんの作品展の開催、各種のボランティア団体による訪問も計画し地域との交流に取り組んでいる。

【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)】

--

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 3. 利用者の1/3くらい 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している (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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	理解し易い理念を作り掲示している。職員会議で唱和し身近なものとして捉え協議に努めている。		
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	散歩や買物には、出来るだけ利用者さんに参加して頂き地域の方との出会いを大切にしている。地域の行事には極力参加するようにしている。		
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	現在のところ不十分であるが、開かれた施設として、声を掛け合うなかで理解を深めている。		
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	ご家族を始め、市役所関係者、地区自治会役員老人クラブ、民生児童委員への方の参加を依頼し意見、要望を聞き、利用者さんの立場に立ったサービスの向上に生かしている。		
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	市の高齢福祉課、保健師、包括支援センターのケアマネージャーと情報交換しホームの運営に協力を頂いている。		
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	勉強会を開催し、具体的な事例について協議し理解を深めている。玄関の施錠については、時間帯により自動又は施錠をすることがあるので、改善に取り組みたい。		
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	関連文書は回覧し徹底するよう努めている。		

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	関連文書、パンフレット等は回覧、配布して理解を深めているが、今後勉強会の議題で取り上げる重要な課題と考えている。		
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	契約の事前には、契約書・重要事項、その他の関連書類を提示、説明している。		
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	運営推進会議では、直接意見や要望を聞いている。玄関に用紙を置き意見を記入提出して頂いている。書類の発送時には専用の用紙を同封している。		
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	職員会議や日常的に意見・提案を聞く機会がある		
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	関連グループと連携を取り、環境整備や改善に取り組んでいる。		
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	研修案内は掲示し、希望があれば受講の機会を設けている。又職員自ら希望する研修会には、シフト変更等の配慮をして研修に参加出来るようにしたい。		
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	関連グループとの定期会議への参加をしている。他施設への見学の機会を設けている。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	環境の変化により不安になられたり、以前みえた家庭や施設との習慣の違いに対応して頂けるよう職員間の連携を密にして行く。		
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	家族の要望をお聞きすることを大切にし、当施設の現状を説明し、理解を頂きながら信頼関係を築く。		
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	本人・家族が望む支援内容を職員全体で協議しより適切なサービスを提供する。		
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	小さな事でも、本人が出来ることは本人にして頂き、互いに共感し合える関係を築く。		
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	本人の立場に立ち、家族と話し合い、関係者と連携をし本人を支えるチームの一員であるという認識で対応する。		
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	家族への協力を要請し、知人の訪問や面会の機会をより多くする。		
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	利用者同士の中に職員が寄り添い、不足する部分を少しだけでも埋めて行くよう努める。		

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	機会を捉え、退所後の近況を連絡し合える関係が個別的には出来ている。		
<b>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</b>					
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	会話や行動、身体的な状況から得られた情報を職員間で共有する為、申し送りノートを作成し活用している。		
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	研修会に参加し、暮しの把握の為の手法を参考にしサービスの提供に努めている。		
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	一日2回のバイタルチェックを定期に実施している。生活記録、介護記録、排泄記録、入浴記録を作成し活用している。本年度は新たに(気づきノート)の整備を検討する。		
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	ケアマネージャーの観察記録、介護職員の介護・生活記録を計画に生かしている。家族の意見は、面会時、電話等で把握し計画に反映している。		
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	記録内容を分析し、見直しをしている。		
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	現状では、人的・施設面で制約があるが、出来ないではなく、どうしたら出来るか取り組んで行く。		

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	地域の関連機関と連携し、利用者のより良い暮らしを支えて行く。		
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	入所前にかかりつけ医を選択している。家族による通院介助が困難な場合は、当施設の協力医に変更することもある。受診結果はその都度家族に伝えている。薬の内容は職員全員が把握している。		
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	非常勤であるが、定期に勤務している。必要に応じ24時間連絡、対応出来る体制である。		
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。	当施設の協力医の指示により、連携し協力が得られている。		
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	看取り指針により、家族と話し合い、当施設で出来ること、出来ないことを説明している。		
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	緊急連絡体制は整備している。初期手当での訓練は不十分で、今後の課題である。		
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	毎月15日を防災の日とし、避難訓練を重点に実施している。年1回消防署の指導による訓練を実施している。		

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	人生の先輩として、尊敬する気持ちを忘れないよう心がけ、丁寧な言葉使いに努めている。居室に入る場合は必ず声を掛け同意を得ている。		
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	働きかけるよう努めているが不十分である。		
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	出来る限り利用者さんの希望を優先するよう務めゆったりとした時を過ごして頂くようにしている。		
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	服装や整容の変化に気づき、声を掛けるよう努めている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者さんの出来る力に応じて、食材のごしらえや配膳をお願いしている。職員は同じテーブルに座り、会話をしながら食事時間を過ごしている。		
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	栄養士が献立をたて、栄養面や食べ易い食事に配慮している。		
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、口腔ケアを実施している。夜間は義歯を預かり、洗浄剤を使用管理している。		

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
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	排泄は自立している人が多いが、排泄の状況が分かる表を活用し、利用者さんに応じた時間に声掛けし支援している。		
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	献立に野菜を多く取り入れている。食事時間以外にも随時水分補給をしている。排泄状況表を活用し便秘の防止に努めている。		
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	入浴準備は毎日しているが、利用者さんは隔日の入浴となる。入浴時間は一人20～30分でゆったりとしていると考えるが、家庭の様には出来ない。		
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	施設の予定にこだわることなく、利用者さんの体調、好みに応じ柔軟に対応している。		
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	一人一人の薬の内容はファイルに閉じ職員は、いつでも知ることが出来る。症状の変化は生活記録や申し送りノートに記入し、必要に応じて看護師、医師に報告相談している。		
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	一人一人の出来る力に応じて、強制的にならない様配慮し参加して頂いている。		
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	天候により、毎日の散歩を日課としている。時には車を利用しドライブに出掛けている。季節により花見、紅葉狩等、外出の機会を設けている。		

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	ご家族と相談し、預かり金として管理し、必要に応じ使えるように支援している。ある程度本人で管理できる方は、少額を所持して頂いている。		
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	本人の希望により、自由にして頂いている。		
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	木造の広い空間を取り入れている。手づくりの掲示物や絵は季節に応じて取替え変化を持たせている。		
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	和室、リビングのテレビを設置しているコーナー、テラスのベンチを利用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	利用者さん、ご家族の好みや都合により利用して頂いている。		
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	バリアフリーの構造であるが、新館は二階建てのため階段の昇降には、安全面で特に注意が必要である。		

## 目標達成計画

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	4	○運営推進会議を生かした取り組み 従来から慣例で、施設外からの慰問の受け入れが主で、会議の開催が付属的になっている。 ご家族や行政関係者地域の参加者の方々に事業所の実情や取り組みを理解いただく機会としては、不十分である。	利用者さんご家族、市の担当者、地域の関係者に参加していただき、実情を報告し理解を深める。	会議の開催曜日、時間の設定の見直し活動状況報告書の項目、内容の検討 会議案内状の工夫	6ヶ月
2	26	○チームでつくる介護計画 ケアマネの観察記録や聞き取った利用者の思いを支援の方針に転嫁し介護計画を作成しているが、現場職員の気づきが有効的に活用されていない。	介護計画に現場の職員の気づきを反映させ職員全体で共有し、支援に生かして行く。	気づきノートを活用し新しい情報(利用者さんの思いや願い)を取り入れる。	6ヶ月
3	19	○居心地の良い共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、階段、浴室、トイレ等)が利用者さんにとって、不快な思いにならない様工夫しているが、ユニットの入り口の階段が、車椅子利用者の外出時に不便である。	改築、修繕等と福祉機器の設置	スロープの設置の検討 昇降機の設置の検討	10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。