

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	4370102149		
法人名	医療法人 医誠会		
事業所名	グループホーム茜		
所在地	熊本市貢町135		
自己評価作成日	平成22年8月25日	評価結果市町村報告日	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://search.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 九州評価機構		
所在地	熊本市上通町3-15 ステラ上通ビル4F		
訪問調査日	平成22年9月6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)】

家庭生活の延長であるGHの目標に向け、本人の残存能力に合わせて家事・身の回り等援助しながら、入居者全員の家族としての気持ちを持ってるように援助している。歯科の訪問診療や2階にある認知症デイサービスと合同での外出や交流、みつぐ苑で行われる行事に参加したり、リハビリを希望されるご本人やご家族に対しては理学療法士に相談し、毎日行っている。

【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)】

開設時からの課題であった地域とのつながりや関係の構築が次第にできあがり、成果を上げているようです。ホーム長や管理者の努力が実を結んだ成果といえるでしょう。社会情勢の変化にともない認知症啓発や地域密着型サービスの理解にもつながることであり、重要な成果だと思われます。運営推進会議も年間の計画的な運営で充実したものにしており、地域とのつながりや協力体制や情報共有ができています。夏祭りや文化祭、非常時の連携など、限られた職員では難しいことも、法人の協力もあっての事だと思われます。階上の専門医師との連絡ノートは、医師からのコメントを職員全員が共有する事にも役立っており、家族にとってもこれまで以上に安心できるホームといえます。今後はこれらの特徴を活かして地域の認知症や認知症ケアの専門施設として、地域の一翼を担われることが期待されます。

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、活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	共に支え、共に生きる。 家庭的な環境のもとで、穏やかに安心して生活していただけるように支援している。	職員は、毎朝唱和してから職務にあたるようにし、また運営推進会議において、ホーム長や管理者から理念について話をしている。	
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	民生委員、老人会の皆様がボランティアに来ていただいている。西里デイサービスセンターのバザーに参加。地域の清掃など、職員が参加している。防災訓練にも参加していただき、協力してもらっている。	夏祭り等の呼びかけを運営推進会議の委員からの協力を得られることにより、地域との交流が活発になってきている。	ホームの社会資源を十分活用した地域との付き合いによって、認知症理解促進につとめられることが期待されます。
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	近隣の一人暮らしのお年寄りが病気のときは時々訪問し、食事の提供を行っている。クリニックを通して地域に説明。家族会などで理解していただいている。		
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	周辺の老人会・民生委員に実状を伝えアドバイスを受ける。 民生委員を通して地域の人に畑を貸していただき、さつま芋を植えられる状態になった。	年間計画をあらかじめ各委員に伝えておくことによって、会議の内容が充実したものになってきている。認知症やケアについての研修会や災害訓練時の参加・文化祭への呼びかけなど季節や時期に応じた計画で実施している。	
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	包括との連携。 推進会議出席依頼説明。 市の介護相談員受入。	ホーム開設時から行政担当者とは、よく連絡を取り合っており、運営上のことで困ったことが出てきた時や相談したいことがある時などにも連携を図っている。	
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	玄関も施錠なし。 職員も研修会の実施。 家族・地域の人の拘束の意味を説明。	法人全体で行われる研修会に出席したり、ホーム独自でも勉強会は実施している。離設の場合も言葉かけし、寄り添うケアを心がけている。	
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	虐待について定期的にアンケート調査をしたり、勉強会を行っている。 入浴時などに身体観察の実施。		

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	実例あり。その後、月1回面会あり。安心して生活して居られる。		
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	人事などの変更、介護保険の変更・改定時、家族会や茜だよりで説明。各自、面会時に説明している。		
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	広報で意見or相談を申し出ただくよう伝えている。 家族会、面会時の対話で、相談にのっている。 ご意見箱設置。	話しやすい雰囲気作りを心がけ、面会時に家族の希望や要望を聞き出している。家族会は年2回実施している。	
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	月2回の勉強会時、職員の意見を聞きながら運営している。 時折、懇親会を兼ねて実施。	職員のスキルアップに関するマニュアルが整備されており活用している。半年毎の職員面談をし、各自の目標や課題を設定し人事管理を行っている。また職員の自信を引き出し法人の理念を共有するよう努めている。	
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	職員の年齢・体力・家族状況を把握し、無理なく就業できる状態を作るよう努めている。 年2回、面接を実施。		
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	毎月の勉強会、同一法人のみつぐ苑内での研修に参加を促している。 資格試験に向けて、外部の研修も受けるように促している。		
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	熊本市高齢介護福祉課主催の介護相談専門員及び支援員受入施設など、意見交換会に参加している。		

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
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	家族と共に見学していただき、ご本人の問題点・家族の思いなどを傾聴し、ご利用者との仲を調整し不安の解消に努めている。		
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	現在の問題点を聞き取り、ケアプランの目標とし、全職員でケアに活かしていく。		
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	暫定プランに取り上げ、状態観察後家族の了解を得て、必要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	同じ時に各自に可能な部分を受け持って、清掃などを行う。家庭生活の延長であるGHの目標に向け、本人の残在能力に合わせて家事・身の回りなど援助しながら、入居者全員の家族としての気持ちを持てるように援助している。		
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	嫁、姑の関係で苦しむ家族を援助して、本人と家族の関係が良く保たれるよう援助している。		
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	友人関係、お寺の僧侶などの出入りがある。併設施設に友人がおられる入居者に対して、定期的に面会に行っている。	併設法人の他事業所に知り合いを訪ねたり、以前から続けている趣味を継続して支援するなどしている。	
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	できない利用者に対して、できる利用者が手伝っておられる。 利用者同士の会話ができるように努めている。		

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	他病院に入院し契約終了しても見舞いに行き、退院後の相談に乗って、安心できるよう支援に努めている。		
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	ご本人・家族からの聞き取り、希望・意向があればできるだけ叶えられるように努めている。困難な場合、主治医に相談し助言してもらっている。	本人や家族から希望や意向を聞きとり、毎月のモニタリング会議で職員が共有している。連絡ノートを利用した主治医からのアドバイスも、ケアの中で活かすように努めている。	
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	入居時のアセスメントや、本人や家族からの聞き取り、職員や他の入居者との関りを通して、希望や意向の把握に努めている。		
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	日勤者は夜勤者へ申し送りを行い、日勤帯の様子など情報交換を行っている。夜勤帯での異常があれば日勤帯に申し送りをしている。		
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	家族会や面会時に、家族の希望や日常生活状態を話すように努めている。サービス担当者会議、モニタリングも定期的に行っている。	3ヶ月毎のモニタリングや担当者会議での意見を踏まえて計画を作成している。計画書は本人や家族にわかりやすく説明し納得してもらっている。	
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	月に2回は勉強会を行い、職員間で情報を共有しながら介護技術の向上に努め、実践や介護計画の見直しに活かしている。		
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	歯科の訪問診療や、2階にある認知症デイサービスと合同での外出や交流、みつぐ苑で行われる行事に参加している。		

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	老人クラブの文化祭やボランティアによる音楽レクに参加したり、併設施設で行われる行事に参加し、楽しんでいただけるように支援している。		
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	併設のクリニックをかかりつけ医としている入居者が多く、症状に応じた受診を支援することにより、精神面を含めた体調管理が図られている。定期的に歯科受診も行っている。	専門医としてのクリニックが階上にあるため、ホームとのケア連携がとりやすく、また入居者にとっても安心して受診することができている。受診結果は、家族に報告し共有している。	
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	介護職から異常の報告が看護師にあり、受診の必要があればかかりつけ医に連絡し受診に努めている。グループホーム茜には夜勤者、准看護師2名で対応している。		
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。	看護サマリーの提供。 定期的に面会に行き、情報交換や相談に努めている。		
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	医療連携体制の説明時に重度化や終末期について話し合っており、指針同意確認書も準備している。終末期については、家族の協力を前提としており、その都度医師や家族と十分に話しをするようにしている。急変に備え、最低必要品を常時バッグにまとめて準備していただいている(安心バッグ)。	文章での確認等の準備はしているものの、終末期のあり方やケアについては本人や家族の意向が最優先されるものと考え、できる限りの支援をしている。	
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	勉強会や併設の施設と合同に定期的に行っている。		
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	避難訓練は夜間・昼間を想定して、地域の協力を得て非常サイレンも地域に鳴らしている。併設の施設と合同で年2回実施、合計4回行っている。	近隣の了解を得て戸外にサイレンを鳴らすように設置し、協力を得るようにしている。実践訓練もできている。	

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
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	プライバシーへの配慮から、記録は入居者から離れた場所で行い、入浴・排泄時の言葉かけにも配慮するよう周知徹底を図っている。 プライバシー保護のためのマニュアルも備え、場に応じて活用している。	入浴や排泄時の声かけ・介護記録の記入など、プライバシーに配慮している。	
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	人生の先輩として敬意を表し、入居者の思いを傾聴することにも配慮している。 時に居室を離れて話しかけることで、思いが聞かれることも多い。		
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	基本的な1日の流れはあるが、入居者のペースに合わせて自由に過ごせるようにしている。 散歩やリハビリはご本人・家族の希望にて毎日行っている。		
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	入浴の準備は、自分でできる入居者にはやってもらっている。 化粧などは必要に応じて支援している。		
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	個人の嗜好や味付けに注意しながら料理している。下ごしらえや盛り付け・片付けは、入居時の大切な日課として定着しており、職員も雰囲気作りをしながら共に食事を取っている。	献立作成から買い物まで職員と入居者が一緒に行っている。調理の手伝い・盛りつけ・箸並べ・後片付け等、それぞれが役割を持って生活できるよう支援している。近隣の協力で季節の食材も食卓に出され、職員も同席した食事は和気藹々とした時間となっている。	
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	毎食の摂取量のチェック。水分摂取量は全員で把握するよう努め、体調管理をしている。 管理者が栄養士の資格があるため、栄養のバランスには十分配慮している。		
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	食事後の口腔ケアの施行。 誘導は職員全員で行っている。定期的に歯科衛生士による指導も行ってもらっている。		

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	定期的にトイレ誘導を行っている。 トイレの場所を分かりやすくしている。 全員の方にトイレで排泄できるよう支援している。	屋間は全員がトイレ排泄での支援している。	
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	排便チェックは毎日行っており、便秘気味の入居者に対しては、腹部マッサージや水分を十分に摂取していただき、朝からの冷たい牛乳で対応している。芋類を多く献立に取り入れ、自然排便に取り組んでいる。		
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	広くて明るい施設での入浴を希望される方は、併設施設で入浴していただいている。 現在2名の方が利用、4名の方はホームでの入浴を希望。当日の気分や体調を聞き、拒否のないように誘導して入浴していただけるよう努めている。	一人ひとりの希望に添う支援を心がけ、入浴拒否が強い方にも声かけやタイミングを配慮することで無理強いないケアに努めている。	ホーム1階での入浴時にはプライバシーに十分配慮されることが望まれます。
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	入居者にとって不快な音や光がないように配慮し、生活感や季節感を取り入れて居心地良く過ごせるような工夫をしている。不安のある入居者に対しては、眠くなるまで話を聞くようにしている。		
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	手渡し、必ず服薬を確認している。 利尿剤服薬入居者、高血圧入居者で血圧の変化のある方に対して、食後2時間に血圧測定を行っている。		
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	食事作りや掃除・洗濯など、出来ることは役割分担にしている。トランプ・折り紙・言葉遊び・ボール遊びなどのレクリエーションを通じて、楽しみごとの支援もしている。できる役割を評価し、自身を持っていただくように支援している。		
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	併設の施設や2階の認知症デイサービスが日常の外出先となっている。買い物希望される入居者には、定期的に外出している。 外出を希望される入居者に対しては、家族やボランティアと協力しながら出かけるように支援している。	買い物や散歩、菜園作り等が日常的な外出の機会としている。今年実施したデパート巡りには、家族やボランティアの協力もあり楽しいひとときを過ごすことが出来ている。	家族の支援は勿論のこと、地域ボランティアの活用も望まれます。

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	希望により、お菓子やジュースを一緒に買いに行き、買物の楽しみも支援している。		
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	電話は居室でも話ができるように配慮し、手紙については切手購入・投函が自由に出来るように支援している。		
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	リビングなど適度な採光と温度調節がされ、季節の花を飾り、季節感を取り入れる工夫をしている。	食堂兼居間から外を眺めると季節の草花や野菜が専用の花壇に植えられており心が癒される。廊下の壁には思い出の写真も貼っており、ホームでの生活ぶりが家族や来訪者にも伺えるような場作りが出来ている。	
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	気の合う人と会わない人の座席を考え、孤立しないように配慮している。休息を取る人、TVを見る人、各自が自由に過ごしている。		
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	入居者の馴染みの家具や小物を持ち込んでもらい、個別にくつろげる居室作りを支援している。	屋食がすむと自室で過ごされる入居者が多く、住み心地の良い居室空間ができあがっている。家族も手伝ってその人らしい部屋作りがしてある。	
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	全員バリアフリー・トイレの表示など分かりやすく低い位置にしている。園芸も庭に下りず、ベランダに立った位置で土いじりができるよう考えている。掃除用具・レクの用具など、収納場所も分かりやすくしている。		

目標達成計画

作成日：平成 22 年 7 月 15 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		個人ニーズに合ったリハビリの充実	生活上必要な生活リハビリを、楽しみながら充実させていく。	食事作りや掃除・洗濯など、ご本人の好きなことや興味のあることを一緒に行う。併設の介護福祉施設で行われる行事に参加する、トランプ・折り紙・言葉遊び・ボール遊び・花の世話・スーパーに買い物に行ったり・近隣の散歩など、レクリエーションを通じて楽しんでいただき、下肢の筋力維持に努める。	6ヶ月
2		介護技術の向上に努める	入居者が安心して生活していただけるように、介護技術の向上に努める。	月に2回は勉強会を行い、職員間で情報を共有しながら、介護技術の向上に努める。併設介護福祉施設で行われる勉強会に参加する。認知症の研修も定期的に行い、外部研修にも参加する。急変や事故発生時に備えて、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る。	6ヶ月
3		地域社会参加	地域社会との良好な関係を築き、維持する。	地域の行事に参加する。 地域の方と触れ合う機会を多くする。 秋には薩摩芋が収穫できるので、老人会の皆様を招待して、芋掘り大会を行う予定。 ボランティアの受け入れを行う。	6ヶ月
4		外出の機会を多く持つ	外出することで気分転換を図り、買物・食事・散歩を通して楽しみを持っていただく。	近くのスーパーに定期的買い物に行く。 家族・ボランティアの協力を得て、デパートへ食事・買い物に定期的に行く。 認知症デイサービスと合同で、バスハイクに出かける。	6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。