

### 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	4372301202		
法人名	有限会社 トータルライフケア		
事業所名	グループホーム あゆみ		
所在地	熊本市富合町南田尻471		
自己評価作成日	平成21年9月17日	評価結果市町村報告日	平成21年11月16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://search.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/kaigosip/Top.do">http://search.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/kaigosip/Top.do</a>
----------	---

【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21年9月28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)】

日常生活の中で、利用者の方が今のような世界観の中でどのように思い・感じておられるのか、何に不安をもっておられるのかを考える介護を心がけています。常に利用者・ご家族の思いに添える、認知症介護の基本が実践できるよう考えています。

【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)】

少人数ケアの特性を活かして、一人ひとりにじっくりとつきあい、その方の意向や考え方を把握することにより、その人がどのような生活歴や環境で過ごされた方なのか、どうしてそんな行動をしたいのか等を考えるケアを行うおうとしている。事業所としては、入居者にとってどのような支援・介護を行えばいいのか等、職員が専門的な知識を得るための研修や資格取得のためのバックアップ体制を整えている。

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 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、安心して暮らせている (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	毎日、理念の唱和をしているので共有はできている。しかし特に地域とのふれあいについての実践が少ない。	理念は毎日申し送り時に唱和をして共有を図っている。事業所として目標を設定し、3～4ヶ月に一度理念に沿って目標が解決できているかを確認している。	
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	地区の老人会と子ども会の合同グランドゴルフ大会に応援参加したり、緊急連絡先に地区の消防団の方も入っていただいた。しかし日常的な交流ではなくまれである。	地区で開かれる行事に参加したり、ホームでも行事を開催し交流の機会を図っている。しかし、その後の継続的な交流になりえるまでには至っていない。	認知症のケアや関わりなどについて地域の方々に啓発する機会や、相談等を実施するなどして、地域とのつながりを日常的に出来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	地域包括支援センター主催の認知症サポーター養成講座に職員が出席したが、まだ地域に活かしていない。		
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	ひやりはっと・事故報告書の報告、行事報告などを行い、ご家族の立場からの意見や地域の情報交換などを職員に伝達している。	運営推進会議では入居者の状況、ホームの活動内容や行事予定、事故・ひやりはっとの報告、時節に応じた報告を行っている。	地域の一員としての役割を周りの人々に知ってもらうためにも委員の人选や議題等を検討し、充実した委員会運営が期待されます。
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	地域包括支援センターの情報誌に事業所を掲載していただいたり、近所の独居高齢者の、災害時の一次避難場所として利用できるよう開放している。	運営推進会議には、地域包括支援センターからの参加があっている。	地域密着型サービス事業所としては、市町村との関わりが深くなっていくものと思います。本庁及び支所との連携を積極的に取り組まれることを望みます。
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	職員会議で資料を基に管理者が身体拘束について説明した。腰ベルトを使用している利用者の家族には文書で承諾をえて、定期的に評価している。	どういうことが身体拘束になるのかを職員に説明しており、職員も認識している。入居者の状態(怪我をするなど、やむ終えない場合)によっては、本人、家族に説明をし、同意を得てケアに取り組んでいる。	
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	管理者は、本年度の認知症介護実践者研修受講時に学んだ。職員への研修は未実施である。		

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
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	管理者は、本年度の認知症介護実践者研修受講時に学んだ。職員への研修は未実施である。入居前の段階で、利用者の日常生活自立支援事業の手続きを社協に相談した。		
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	契約書と重要事項説明書に沿って説明を行い、納得を得て署名をいただいている。		
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	ご意見箱の設置や運営推進会議、熊本市介護相談訪問派遣事業での利用者・ご家族の意見を職員会議で報告している。転倒が3回起こった利用者のご家族の意見を職員間で共有し、見守り体制の工夫を行った例がある。	面会に見えた時に意見や要望を尋ねるほか、遠方で面会に来られない方の場合は電話にて行っている。意見箱を玄関に設置している。	
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	毎月の職員会議で意見や提案を聞く機会としている。社内勉強会の参加しやすい時間帯や、休憩時間の確保などについて意見を取り入れている。	毎月開かれる職員会議で意見や要望を聞く機会を設けている。その結果として、事業所の質の向上に反映させている。	
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	代表者と管理者は、毎月運営会議を行い、職員の勤務状況や介護姿勢について報告・相談を行い教育体制の整備や人事考課制度の導入の準備を行っている。代表者は基本給や諸手当の基準表を作成した。		
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	代表者は、賞与前に管理者と職員の評価面接を行っている。社内の勉強会を月2回実施し、職員の向上心への働きかけを行っている。		
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	宇城地区のグループホーム連絡会や勉強会に参加したり、グループホーム連絡協議会熊本ブロックに参加し、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
<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	入居前の状況などを関係者と連携し、事前訪問などで情報収集している。本人の訴えを聴き安心して入居できるよう配慮している。		
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	入居時に本人・ご家族と面談し、ニーズの把握をしている。		
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	アセスメント時に支援内容を見極めている。		
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	共同で作業をしてできることを支える意識はあるが、全ての職員がそれを智自浄的に意識して対応しているとはいえない。		
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	入居前の家族との関係を理解し、現在の関係を支えるよう意識している。家族との関係づくりで、本人への働きかけは多いが、家族への働きかけは少ない。		
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	本人の友人や近所の方の面会がある。また、本人が建てて大切にしていた家族のお墓があると家族から情報を得たので、本人と一緒に参りに行った。積極的な職員からの働きかけは少ない。	入居者の友人の来訪があったり、建立されたお墓が近隣にあるときは、墓参りに一緒に行くこともある。今までの馴染みの人に会いたいとき等は、外出の支援をおこなっている。	
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	利用者同士を思いやる言動があった場合は、その利用者に相手利用者の気持ちが伝わるよう代弁したりしている。体調不良の利用者を、他の利用者が気遣うような言動がある。		

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
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	契約終了した利用者は、特養入所となった。入所先の近所に外出した際には、利用者と一緒に面会に行ったりした。一時的であり定期的にフォローしてはいない。		
<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	本人の思いはカンファレンスで職員間で共通理解し、検討している。	一人ひとりにじっくりとつきあい、本人の意向の把握や行動の意味を考えて日々ケアを行っている。	
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	アセスメント用紙に記入している。より詳細な生活歴が記入できるようセンター方式のシートの導入を検討中である。		
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	介護職員が個人記録にその日の状況を記録している。毎日の申し送りや記録から把握している。		
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	職員間の話し合いはできている。家族とは面会時や近況報告書で情報交換している。しかし介護計画について話し合う機会は少ないと感じている。	病院から情報を得たり、家族の情報をもとに計画作成担当者が計画を作成し、その後職員と話し合っている。作成した計画を本人や家族に説明し確認してもらっている。定期的にモニタリングを実施し現状にあった介護計画を作成している。	
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	個別の記録に実施したケアの結果を記入している。「気づいたこと」「申し送り事項」の欄で情報の共有を行っている。		
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	利用者が入院したとき、常に気がかりに思っている精神科入院中の長男(唯一血縁関係にある家族)が面会に来れないか病院スタッフへ調整・相談した。		

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	今まで本人の暮らしを支えていた地域資源の情報把握が十分できていない。ホーム内での生活になりがちである。		
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	本人・家族に、個別に希望のかかりつけ医と連携している。かかりつけ医からの診断結果を家族に伝え治療方針の選択・決定してもらっている。	家族に協力をしてもらい、本人の希望のかかりつけ医に受診してもらっている。家族がどうしても出来ない場合には職員が通院介助を行っている。	
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	病状の変化や気づきは、記録し看護師に報告・相談する。看護師の判断・指示・受診結果も記録し情報共有している。		
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。	入院した際は、看護師・ケアマネが入院時と退院時に病院を訪問し情報提供や退院後の問題点の把握をしている。連携救急病院とは地域連携会議などに出席し、利用者・家族の望む医療が受けられるよう連携シートの作成を検討中である。		
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、事業所の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	現在は病状が変化したその都度に本人・家族に希望を聞き対応している。重度化対応・終末期ケア指針を作成し、本人家族の意向を文書で確認する準備をしている。	重度化したときの対応や、終末期ケアの対応指針、看取り指針確認書、意向確認書などを作成中である。	
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	急変や事故発生時の対応について勉強会を実施した。応急手当の実践研修は今年度実施していない。		
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	災害訓練時に避難訓練を行ったが、参加していない職員はレポート提出のみとなって、実践訓練ができていない。地域消防団と緊急時の連絡体制をとっている。	年に二回、昼間と夜間の災害を想定した実施訓練を行っている。運営推進会議に地域の消防団に参加してもらい、緊急時の連絡体制を作っている。	

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
<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	全ての職員が確実に対応できているわけではない。勉強会やOJTで教育している。	プライバシーを尊重した会話の仕方や、入居者の部屋を訪ねる時の声かけ(「失礼します」と言葉かけ)なども勉強会や研修会を行い、職員の対応を促している。	
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	本人の意思の表出を待つようにしているが、時々職員が誘導してしまっているときがある。		
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	1日の計画を立てるのではなくその日の利用者の流れで支援している。しかし職員の人数によって買い物の希望があっても実施できず、日を変えて対応しているときもある。		
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	一緒に服を選んだり、外出着に着替えるのを介助したりしている。		
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	嫌いなメニューの時はその利用者に合わせて一人分を変更している。その日の利用者の希望によって、皮むき・食器洗いを一緒にしている。	入居者の嗜好を把握し、食事担当者がメニューを決めている。メニューによっては、同じ食材で別の献立にするなどの配慮もしている。入居者のその日の状態等に応じて調理や後片付けなどを一緒に行っている。職員も入居者の傍で同じ物を食べて食事を楽しんでいる。	
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	食事カードを作成し、好みや適量・とろみなどの注意事項を記入している。食事摂取・水分量は体温表に記入し管理している。		
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	毎食後、歯磨き・うがい・義歯洗浄を利用者の自立度にあわせて行っている。訪問歯科の口腔衛生指導と連携している。		

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	排泄チェック表で排泄パターンを把握し、トイレでの排泄を誘導している。リハビリオムツから布パンツに改善できた例がある。	排泄チェック表で排泄のパターンを把握して、トイレでの排泄を誘導している。	
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	水分・運動・腹部マッサージを介護計画に入れ実践しているが、下剤を使用している場合もある。		
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	週に3～7日入浴できるよう配慮している。利用者の入浴したい時間帯を把握し、大体の予定を立てて実施・変更し対応している。	入浴時間は本人の希望に応じて入浴できるように配慮している。一人ひとりの入浴したい時間帯の把握もおこなっている。	
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	居室で寝たくないときは、談話室のたたみ間やソファで寝ることもある。昼夜逆転し夜間起きているときも眠剤は極力使用せず、利用者のリズムに合わせている。		
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	薬の追加や変更があった場合、個別の記録に詳細や注意点を記入し情報共有できるようにしている。一人ひとりの服薬説明書を保管し、一日分の薬をセットするとき確認するようにしている。		
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	利用者個人の好み・価値観に合わせて役割を考え実施している。集合レクリエーションは自由参加としている。		
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	週1～2回、買い物・家族への面会の外出支援を行っている。花見・アジサイ見学などの計画をし、家族の参加も促している。	職員は日常的に散歩に付き添ったりしている。日中は、玄関には鍵をかけていない。桜や紫陽花の花見など季節に応じて外出を行っている。	

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
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	お金がないと不安を訴える利用者には、財布に小額を入れて安心感があるよう支援している。預かり金を職員が管理して、買い物時に支払っている。		
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	年賀状を本人が手書きし家族に出したりしている。家族との電話による会話などについては、希望しない利用者への積極的な働きかけが少ない。		
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	季節感のある設えは、時々遅れがちではあるが配慮できている。	共有空間の椅子は、滑り止めを兼ねて音が鳴らないような工夫を行っている。行事毎の写真をはるなど生活感や季節感を感じられるような工夫をしている。	
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	リビングは全て見渡せるようになっているため、独りになれるスペースがない。観葉植物などを置き間仕切りをしてはどうかと検討しているところである。		
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	利用者と本人の意向を尊重しているが、馴染みのものは置いてもらうよう配慮している。	仏壇や鏡台など本人が自宅で使っていた物を持ってきてもらうように配慮している。フローリングに畳を敷いたり、ベッドが苦手な方には布団を使用するなど一人ひとりにあった居室作りをしている。	
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	談話室はたたみ間なので立ち上がりをしやすくするため移動可能な手すりを準備している。		

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	2(2) 4(3)	地域の方々とのかかわりが少ない(運営推進会議に案内状を出しても地域の方の出席がほとんどない。地域の方々とのなじみの関係づくりができていない)	①運営推進会議へ地域の方々の参加率を向上させ、地域の方へあゆみの事を知っていただく ②地域への行事参加の機会を増やす	①老人会会長さんや民生委員さん、区長さん、駐在所の方々に運営推進会議に出席いただき地域の情報収集、なじみの関係作りを行う ②地域の行事へ参加し交流を深める	12ヶ月
2	10(6)	グループホームの運営について入居者の家族の意見・要望をうかがう機会が少なく、情報交換不足である。	①ご家族と職員が接する機会を定期的につくり何でも話し合える関係づくりをする ②職員からご家族への働きかけを意識して行う	①家族会を年2回(5月・11月)定例化する ②利用者の情報収集や介護実施状況の報告等を家族に行う(データベース化や報告の内容の充実)	12ヶ月
3					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。