

自己評価及び外部評価票

※「自己評価の実施状況(太枠囲み部分)」に記入をお願いします。【セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。】

自己評価	項目		外部評価	
	自己評価 実施状況	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
1	<p>○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。</p>	<p>「住み慣れた地域でその人らしく安心して暮らせるように」の理念は、職員全員が理解しており、その人らしく暮らせるような環境作りを工夫し、日々実践している。</p>	<p>理念は利用者にもわかりやすい内容で、日常的に利用者、家族、地域住民、職員等で理念の周知共有に取り組む姿勢は十分に確認できました。</p>	<p>理念の掲示場所が玄関の上部1か所、気づきにくい場所なので、車イス利用者等誰もが見やすい複数個所に掲示工夫できればさらに良いと思います。</p>
2	<p>○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。</p>	<p>現在の新しい場所に移って約3年、毎日の散歩時に地域の皆さんと挨拶や声を掛けさせていただき、また、地域の推進委員とおして徐々に地域に溶け込んできている。</p>	<p>地区民生委員や地区自治会役員との交流も年々深まってきている様子で、地域の交流行事にも参加したり、ホームの野菜作りを手伝っていただいたり地域の一員としての関係性が築かれている。</p>	<p>利用者の重度化が進む中、外出を億劫がる利用者が増えてきていることと、より良い対応を期待したいと思います。</p>
3	<p>○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。</p>	<p>所長が地域の依頼で講演活動をしている。研修者等を毎日受け入れている。地域住民代表者との交流会の機会を設け認知症の理解や支援に協力いただいている。</p>		
4	<p>○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、その意見をサービス向上に活かしている。</p>	<p>2か月に1回開催している。運営推進委員さんより地域のイベント交流行事や地域の様子等について情報があり、運営に活用させていただいている。</p>	<p>行政、地域、家族、利用者の参加により年6回の運営推進会議が開催され、特に非常時の対応についての課題提起等もあり地域交流や事業運営にも深く関わっていただいている。</p>	<p>地域の運営推進委員の方からもっと意見が出るような推進会議の運営工夫をさらに期待します。</p>
5	<p>○市町村との連携 市町村担当者や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、協力を築くように取り組んでいる。</p>	<p>必要に応じて連絡、相談を行なっている。運営推進会議にも毎回出席されている。</p>	<p>市町村担当者は運営推進会議等にも毎回出席されて事業所の理解と協力関係が構築されている地域のグループホーム4か所との交流も定期的に開催されておりケアサービスの情報交換がされている。</p>	
6	<p>○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「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>	<p>夜間時以外、玄関に鍵をかけることもなく個室にも鍵がない。ベットの柵は転倒防止に使用するのみ。ドラックロックもしていない。</p>	<p>市町村担当者や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、協力を築くように取り組んでいる。</p>	
7	<p>○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の虐待が見逃されることのないよう注意を払い、防止に努めている。</p>	<p>介護の内容や言動が虐待にならないよう職員全員が気を付けている。会議で話し合いをもっている。</p>	<p>市町村担当者は運営推進会議等にも毎回出席されて事業所の理解と協力関係が構築されている地域のグループホーム4か所との交流も定期的に開催されておりケアサービスの情報交換がされている。</p>	

自己	外部	項目	外部評価	
			自己評価 実践状況	実践状況
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。		次のステップに向けて期待したい内容
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。		
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。	全員の利用者とお茶会が頻繁に行なわれ、その席で直接要望や意見を把握するよう努めている。また家族の月2～3回の面会時にご家族からの要望も聴いている。ハウスでの暮らしの様子等についても広報便りを利用して家族とのコミュニケーションを図っている。	利用者、ご家族と話し合った内容や個別の支援や運営に反映させたいことを記録して残していただくとよいと思います。
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。	日常の職員ミーティングや職員会議等で職員個々の意見を聴いたり、企画提案等についても全員で話し合いが図られている。特に非常時の連絡網や組織表、夜間の緊急対応等についても職員の意見を取り入れて実施されている。	
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。		
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。		
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、ネットワーキングや勉強会、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。		

自己	外部	項目	自己評価		外部評価	
			実践状況	次のステップに向けて期待したい内容	実践状況	
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を努めている。	傾聴に心がけ利用者が話しやすい環境、雰囲気作りをしている。			
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、関係づくりを努めている。	介護の労をねぎらい今までの話を聴く、毎月のお便りで利用者の様子をお知らせする。			
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、他のサービスを利用も含めた対応に努めている。	通院時の送迎を行なっている。その他必要に応じて支援を行なっている。			
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。	家族の一員として協力できることはやっていた。また、感謝の意を伝えていく。			
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。	家族との連携を密にして、できる家族にはやっていただいている。(床屋、通院、外出時の運転等)			
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。	馴染みの家、店、場所に行き、馴染みの人に声をかけていただく、多くの馴染みの人が面会に来てくれる。	兄弟姉妹、親せき、知人友人等利用者個々のこれまでの関係性を把握し、事業所に気軽に立ち寄りできるように働きかけを行ない関係性を継続できるような取り組みが図られている。		
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が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている。	利用者同士の話し合いが日々行なわれている。また、着脱等に手をかしてあげている。利用者同士が気遣う言葉が聴かれる。			

自己	外部	項目	自己評価		外部評価	
			実践状況	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。	利用者が他施設へ移られてからも、家族が地域の代表として運営推進委員でおられる。入院通院になった場合は様子を见に行ったり家族との交流がある。			
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。	毎日の生活の中で本人の言動から、思いや意向を把握できるようにしている。		日常の活動やお茶の時間等で個々の思いや意向をくみ取り確認を行ないながら個別ケア計画に反映させている。最近では利用者の重固化が進む中、職員は介護業務に追われ、改めて話をする機会が少なくなっている。	介護業務が複雑な中でも個々の利用者さんとのコミュニケーションを大事にする体制の工夫を期待します。
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。	これまでの入院先、入所施設、本人、ケアマネジャー、家族等から生活歴、経過について話を聴き情報を得ている。			
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。	毎朝、バイタルを取り体調、行動を観察して記録している。また職員会議等での検討も行なっている。			
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、家族、その他必要関係者と話し合い支援計画を立てている。職員会議に図り全職員が周知している。		利用者や家族の意向を基に安心してその人らしい生き活きとした暮らしが図られるようにケア計画が作成され、全職員による評価や見直しも定期的に行なわれて周知共有がされている。	
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。	個別記録に記入して、情報を共有して、ケア計画に活かしている。			
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、その時々生まれぬニーズに対応して、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。	本人、家族から要望があればニーズに応じて必要なケアを行ない対応している。			

自己	外部	項目	自己評価		外部評価	
			実践状況	実践状況	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。	民生委員、社会福祉協議会、包括支援センター、地域医療機関の支援、ボランティア等の支援を実施している。			
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。	かかりつけ医があり、適切な診療ができれば必要によっては往診もしていただいている。	利用者や家族が希望するかかりつけ医がおり事業所に往診してくれる等の配慮もされている。受診時に時々職員が付き添い医療情報も共有できるようにしている。	かかりつけ医が不明だったり協力的でない場合を考えて地域の基幹医療機関との協力提携も考慮していければと思います。	
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。	介護職と訪問看護師の連携が取られており、適切な受診や看護が受けられている。			
32		○入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、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。	入退院時には家族と共に情報交換、相談を行っている。病院関係者とも良い関係を築いている。			
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、事業所が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。	終末期になった場合の意向は前もって家族に尋ねてある。本人のためにどうしたら良いか主治医、家族と相談をし本人の意向にあった支援に繋がっている。	利用契約時に終末期について本人家族に事業所の方針をしっかりと説明し職員にもマニュアル等で管理者が指導している。実際に終末期ケアの事例は少ないようですが、取り組む姿勢は職員から十分伺えました。	特に夜間等の看護師がいないことに不安を訴える職員もいました。訪問看護の頻度を増やすなどの考慮もお願いしたいと思います。	
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。	マニュアルはあるが、定期的な訓練は行っていない。			
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。	年2回、避難訓練、消火訓練、通報訓練を行ない、消防署員、消防部員にもご協力いただいている。	年2回の防災訓練が実施されており、地元消防団にも参加協力をしていただいている。スプリングラターの設置もあり食料飲料水の備蓄もされている。地域近隣の避難協力の体制もよく整備されている。	防災対策で特に地震対策としての家具や書棚等の転倒防止対策をさらに整備していただくようお願いしています。	

自己	外部	項目	自己評価		外部評価	
			実践状況	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。	個室に入る際、声かけをして了解を得る。人々の先輩として、クライアントとして言葉遣いに注意して対応する。	利用者の呼称は「さん」であったり、入室や排泄時の声かけも尊厳を大事にする配慮がされている。理念に基づいた利用者の人格の尊重やプライバシーを大事にした支援が図られている。		
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。	意見を聴いたり思いや希望を表出できるように声かけの工夫、散歩に行くかどうか自己決定により行っている。			
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。	何をしたいのか、どの場所に居たいのか等、その人の希望に添った支援をしている。例えば、多くの人は手芸をしても、展望席が好きなど人には展望席で、好きな音楽を聴いて楽しんでいる。			
39		○身だしなみやおしゃべりの支援 その人らしい身だしなみやおしゃべりができるように支援している。	着なしは自由にしていただき、服、帽子等でお洒落を楽しんでおられる。髪の毛も個人の好みでパーマをかけていたりされている。			
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。	要望を聞き献立に取り組んでいる。台所が側にあるので、煮たり焼いたり匂いにも食欲をそそられる。野菜等の皮をむいたり、切るなどの準備から片付けまで利用者と一緒にこなしている。	事業所の庭先で野菜を作り、採れた野菜で利用者さんの好物の二ラ煎餅やおやき、おはぎ等を利用者さんと一緒に作り、楽しく味わっている。利用者さんの嗜好を取り入れた献立が図られている。		
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。	バランスの良い食事を日々心がけている。摂取量を記録して栄養を確保できるよう支援している。			
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、自分でできる人には声かけをする。できない人には職員が支援している。			

自己	外部	項目	外部評価	
			自己評価 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。	ポータブル使用、トイレ誘導等、個々の排泄にあわせた支援をしている。	利用者個々の排泄リズムを大事にして、できることは無理がない程度に利用者さんにとっていただく等自立支援を大事にした支援が図られている。排泄記録や声かけもケア計画に反映されている。
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。	野菜、水分量の多い料理の工夫。 散歩、体操等なるべく身体を動かせるよう働きかけている。	
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、職員の手で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に合わせた支援をしている。	順番もあるが、入りたい人に入っていたり、希望によりデイサービスの温泉に利用している。	利用者さんの希望により、ほぼ毎日入浴できる体制になっており、入浴時間もゆったり入れるような配慮もされている。また同法人が運営するデイサービスの温泉も利用する等利用者さんは楽しみにしている。
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々々の状況に応じて、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。	布団を干したり、リネンの清潔、程度の換気に心がけている。安心して眠れるよう精神の刺激にならないような対応に心がけている。	
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。	服薬管理をしており、目的、効能について周知されている。症状変化の確認も行なっている。	
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。	新聞の好きな人には新聞を読んでいたが、手芸の好きな人には手芸を、歌の好きな人には歌を、と生活に楽しみが持てる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支援している。	毎日の散歩のほか、桜、薔薇、紫陽花、紅葉と、季節ごとのお花見、外出支援。 買物同行の支援をしている。	事業所の周辺は菜園畑が多く、交通量も少ないので散歩も安全がよく外出を楽しんでいる。お花見、バラ園、紅葉、外食行事等季節毎の行事も盛り沢山で面白い物を楽しみながら日常的に外出活動をしている。

自己	外部	項目	自己評価		外部評価	
			実践状況	次ステップに向けて期待したい内容	実践状況	次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への支援 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。	事業所での預かりを希望されれば、購入代行を行なう。または、本人が買いたい物ができるように支援している。			
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。	子供から手紙をもらおうと自身で読まれる。電話をしたときには支援を行なっている。			
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。	共用の空間にはソファが置いてあり、腰かけて外を眺めることができる。常に温度の調整を行ない、季節感が味わえるように花を飾り、居心地良く生活できる工夫をしている。	居間兼食堂の共用スペースは利用者がゆったりと落ち着ける場になっている。大きな吹き出し窓に向かってソファが置かれていて、遠くの山々も一望できて日差しを浴びながらゆっくりくつろげる憩いの場所になっている。		
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。	展望コーナーがあり、好きな時に自由に行くことができ利用者同士が会話をしたり、一人で外を眺めたりできる楽しみがある。			
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。	居室は本人が自由に写真を飾り、植物、花を置いて工夫している。居室の窓からは大好きな山の景色が見えると喜ばれている。	居室は利用者の馴染みの品物が持ち込まれていて、写真や花や鉢植え等が飾ってあり、適度の彩光で明るい居室空間になっており窓からも遠くの山々を望むことができ落ちて着いた居室環境が提供されている。		
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。	バリアフリーになっており、床はカーペット、手すりも在り、転倒防止になっている。内部は広いので、ウォーカー、車いすもゆったり通れている。			

1 自己評価及び外部評価票

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2093300057
法人名	社会福祉法人にこにこ会
事業所名	にこにこハウス
所在地	長野県下高井郡山ノ内町平穂4223-36
自己評価作成日	平成 25年 11月 3日 評価結果市町村受理日

※事業所の基本情報は、公表センター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

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	長野県介護福祉士会
所在地	長野県長野市南長野南町1001-3ロワール丸ビル4F
訪問調査日	平成25年11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)】

認知症のご利用者様の言動を決して否定しないで、共感・共有できおるケア支援をモットーとしている。そのために日常生活のあらゆる場面で、個人及びグループによる回想法を活用して、特に祭り、敬老会やお盆行事、お正月行事では利用者様お一人お一人の切いころの思い出や楽しい懐かしい記憶を蘇らせ、当時の経験したこと等を一緒に行なうことにより、生きがいと存在感を持っていた、張り合いのある心地よい暮らしを提供できるように全職員が取り組んでいる。

【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)】

ホームの近くを夜間瀬川が流れ北信五岳を望む自然環境に恵まれた場所に立地している事業所は、開設当初から認知症に対する深い関心と熱い思いを寄せる管理者のリーダーシップのもと、ごく当たり前の暮らしをめざした運営が展開される中で年々職員の意識向上やスキルアップも図られてきている。ケア計画においても、利用者のニーズを反映して、穏やかで安心な生活を大事にすることを基本にして、ひもときシートを活用する中でチームケアが図られている。

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。ユニットが複数ある場合は、ユニットごとに作成してください。

ユニット名()	項目	取り組みの成果 (該当する箇所を○印で囲むこと)	項目	取り組みの成果 (該当する箇所を○印で囲むこと)
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向をつかんでいる。 (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ほとんど個んでいない	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ます。 (参考項目：9, 10, 19)
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)
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 ③利用者の1/3くらい 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者とのつながりが広がり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)
59	利用者は、職員が支援することによって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 ③利用者の1/3くらい ④ほとんどない	66	職員は、生き生きと働いている。 (11, 12)
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 ③利用者の1/3くらい ④ほとんどない	67	職員から見ると、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。
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 ③利用者の1/3くらい ④ほとんどない	68	職員から見ると、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。
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 ③利用者の1/3くらい ④ほとんどない	57	利用者の重度化が進む中介護業務に追われつつも話し合う時間が少なくなっている。
			60	重化等で、足が痛い、トイレの心配等で外出希望者が減少傾向。
			64	プライベートな話しをする場所の確保が課題。
			66	職員の世代交代もありチームワークにも課題がでてきている。

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ってしまう、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	目標達成に要する期間
1	1	・理念の共有と実践 理念の掲示場所が1カ所で気づきにくい場所がある。	・利用者、家族、地域住民、職員が理念の周知・共有ができる。	・ホールの壁に2ヶ所と事務室のボードに掲示しました。 1ヶ月
2	2	・事業所と地域の付き合い	・地域との交流を深めていく	・毎日の散歩は天候が許す限り続けています。散歩ができない利用者の方は、玄関前の駐車場で外気浴を楽しんでいます。隣接する畑の耕作者とも農作物の生長を見せてもらい交流している。 1ヶ月
3	3	・運営推進会議を生かした取り組み	・年間6回開催し、地域の情報等多くの意見が出る会議にする。	・家族代表1名、地域代表4名、包括1名、事業所から理事長、所長、管理者、職員1名が出席し、家族と地域代表は数年で交代して、幅広い意見が出せるようにしている。 12ヶ月
4	10	・運営に関する利用者、家族等の意見の反映	・家族会、面会時、外部評価などの機会を通して意見を把握していく。	・外出行事、事業所内行事、ターミナルケア、その他5月の家族会で一人ひとりから意見を聞く。運営に反映された時は、今後の参考になるよう記録に残していく。 12ヶ月
5	23	一人ひとりの思いや以降を把握する。	・利用者と親密に関わりを持ち、思いを受け止める。	・毎日行っている回想法の活用、入浴時や訪室時等あらゆる機会をとらえ、一人ひとりの利用者とコミュニケーションをとっている。 1ヶ月

注) 頭

複数のユニットを有する事業所において、事業所全体でユニットごとの目標の総括を行う場合は、本様式を1つ作成してください。

(様式4)

グループホーム にこここハウス

作成日：平成26年 4 月 15 日

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ってしまう、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	30	・かかりつけ医の受診支援	・利用者の希望するかかりつけ医があり、それぞれ受診している。	・家族が都合のつかない時は、職員が受診に協力しています。	1ヶ月
2	33	・重度化や終末期に向けた方針の共有と支援	・利用者・家族の意向に添った終末期を迎えられるよう、主治医・訪問看護師等と話し合いをもつ。	・連絡をすれば契約日以外でも訪問してもらえ、看取りの際にも来ていただいている。また、主治医の往診もあった。ターミナルケアの学習を全職員で行った。	1ヶ月
3	35	・災害対策	・家具や書棚等を転倒防止のために固定する。	・業者に依頼した。	3月
4					
5					

(注) 頭

複数のユニットを有する事業所において、事業所全体でユニットごとの目標の総括を行う場合は、本様式を1つ作成してください。