

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	0872000500		
法人名	医療法人 健佑会		
事業所名	グループホーム ファミリーユ2階		
所在地	つくば市大曾根3681		
自己評価作成日	平成28年7月31日	評価結果市町村受理日	平成28年12月7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.kaigokensaku_ip/08/index.php?action=kouhyou_detail_2011_022_kani=true&JigyosyoCd=0872000500-00&PrefCd=08&VersionCd=02
----------	---

【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認知症ケア研究所
所在地	茨城県水戸市酒門町字千束4637-2
訪問調査日	平成28年9月16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)】

利用者様の雰囲気も良く、楽しく過ごした頂くためにもスタッフのチームワークを大切にしています。申し送りの徹底、情報の共有し、一人一人に合わせた支援に努めています。健康面にも安心して過ごして頂ける様に看護師、介護士を連携も取れています。家族会等も実施し、御家族様の参加の協力を頂き、楽しい時間を過ごして頂いております。

【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)】

緑豊かな敷地に、同一医療法人が運営する医療系施設、各種福祉施設、障害者施設などが設置されている。法人内で連携した対応が取れるので、重度の方の受け入れも可能となっている。地域がら、東京から転居されて利用となった方もいて、家族との関係作りが難しいと感じることがある。職員は全員正職員で採用し、働きやすい環境にしている。フロア毎の目標は各ユニットで利用者と一緒に考え共に行動している。2階ユニットは秋の味覚を味わう、3回ユニットは毎日笑顔で、4回ユニットは食事を楽しむなど、それぞれ利用者の特性が現れている。利用者と職員が一体となって取り組んでいる様子がうかがわれた。

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)	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)	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)	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)
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)	66	職員は、活き活きと働いている (参考項目: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)	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
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)	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
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、安心して暮らせている (参考項目:28)		

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	基本理念、基本方針を常に意識して職務にあたるように見やすい場所に掲示。理念は具体化するために、毎月目標を設定して、ケアの実践、評価を行っている。	基本理念・方針は常に意識できるように共有スペースに掲示し共有している。今年は接遇に力を入れ「ホスピタリティNo.1」を追求する取り組みを行っている。フロア毎の目標設定は利用者の特性に合わせたものとし、理念の実践につなげている。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	立地条件的に地域交流が難しいが、運営推進会議に利用者の家族、民生委員さん、市役所の職員の方に参加を頂き、意見を交換している。近隣の店での買い物、外食で地域に出る機会を設けている。	いわゆる地域との交流より、組織内での交流が主になっている。民生委員の協力を得て認知症についての勉強会を行ったが継続困難だった。今後の行事についても積極的に呼びかけていくつもりである。筑波大学の学生や、県立医療大学の看護研究の場として提供、中学生の職場体験の希望も受け入れ、利用者に喜ばれている。	
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	学生の受け入れを行っており、認知症に対しての理解して頂けるよう努めている。また、家族会などで認知症の勉強会などを実施している。		
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	会議の中で意見交換をしながら、改善点を見出して、サービスの向上に繋げている。	民生委員や家族、市職員6～10人の参加で行っている。活動報告を中心に意見交換している。会議と同時に家族会を4・7・10月に行っている。その中で認知症の勉強会を行い好評だった。	
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	高齢者ケア会議、地区別ケア会議、地域密着型サービス連絡会に参加して、市町村との連携を図っている。	個別のケースはその都度連絡している。地域密着型連絡協議会に参加、年3回の学習会を行っている。虐待や災害(水害)など時の話題になっていることがらをテーマとして行い、同法人運営の他施設とホームの横のつながりもできてきている。	
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	建物上、安全の為に家族同意のもと玄関は施錠している。入居者様のADLの低下に伴い、転倒リスクの高い方には3点柵を使用しているが、家族に説明し同意を得て実施している。	法人内に身体拘束廃止委員会があり、定期的に話し合いを行っている。当ホームでは転倒のリスクが高い方にサイドレールを使用しているが、ホーム、法人、家族と十分話し合ったうえで導入した。	
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	虐待防止関連についての勉強会が法人内で実施され、委員中心に意識を高め、アンケートや目標を挙げている。		

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	権利擁護については介護保険制度の勉強会に絡めて学習している。独居で遠縁の方しかおられないケースや金銭問題を抱えている方については後見人制度の活用等を勧めるようにしている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	1家族ずつ面談形式にて説明をさせて頂いている。新規契約時には、契約書、重要事項説明書を説明、理解、納得頂けるように対応している。		
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	運営推進会議や家族会を定期的に行い、意見、要望を伺っている。意見、要望は、議事録等で市や職員に伝達している。実行出来るものは、直ぐに実行し、課題とするものは継続検討とし、運営に反映させている。	運営に関してはあまり意見は出されないが、個人的に金銭面での意見が多い(例えば、おむつ代やパット代など)。行事については、家族の意見も取り入れて計画している。	
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	スタッフ全体ミーティングやフロアミーティングを定期的実施し、また日常の申し送りの際等でも意見や提案を聞き、反映させている。	月1回のミーティング。個人カンファレンスが中心になるが、業務改善なども話し合われる。参加できない職員には事前にアンケートを取り、全員の意見を聞いている。イベントがあるときは職員全出勤なのでこの機会を利用してミーティング行うこともある。	
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	年2回法人内規に基づいて、自己目標の提出、業務考課、取組み姿勢、能力、プロセス考課を実施。個人面談も行っている。努力や実績を評価し、給与や処遇に反映してやりがい、向上心に繋がるようにしている。		
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	法人教育委員会主催の研修会の参加、リーダーに関しては、主任、リーダー研修会の参加、ファミーユ独自の勉強会も実施している。外部研修に関しては、経験や必要性に応じて参加を勧めている。		
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	つくば市地域密着型サービス連絡会の勉強会に参加し、事例検討、事業者交流、意見交換を行っている。		

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
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	相談を受けた段階で可能な範囲での情報収集を行い、自宅又は施設訪問で直接ご本人と面談している。心身の状況に合わせながら、気持ちを引き出せるように傾聴し、信頼関係を築けるように努力している。		
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	GHの見学相談時に現在困っている事、不安や要望について伺い、認知症の対応についてのアドバイスを行っている。又、GHの目的や当施設の特徴等を理解して頂けるように丁寧に説明している。		
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	今一番何が必要か、その為にはどのようなサービスを使用すればいいのを見極めて、アドバイスしている。介護保険外のサービスを含めていろいろな情報を与えられるように努めている。		
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	入居者様はかなり加齢と共にADLが低下しているが、出来る範囲での家事のお手伝いをして頂いている。季節の行事、余暇活動を共にすることで一緒に考えたり、感動を共に味わったりすることで関係を築いている。		
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	日々の様子は家族会や面会時または電話等で報告させて頂き、共通理解が出来るようにしている。家族との外出や外泊、行事の参加や面会を促し、本人を共に支援していくことを理解して頂いている。		
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	面会や手紙、電話のやり取りを勧めている。家族より情報を頂き、関係が途切れない為の方法を家族にも協力してもらい関係継続を図っている。	家族への手紙、個人の携帯で家族へつなぐなど、本人と家族の絆となれるような支援を行っている。面会時間は自由、回数は個人によって異なる。担当制を取り、面会が少ない方へは担当職員が間をとりにちコミュニケーションを図っている。	
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	コミュニケーションに問題のあるケースが増えているのが現状である為、職員が間に入り関係を繋ぐように配慮している。外出や行事等で楽しい時間を共有させて、関係改善を図る工夫をしている。		

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	その後の行動、様子については、担当のケアマネや施設などに確認し、協力が必要な場合は一緒に協力し支援している。		
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	思いや意向を十分に伝えられない方もおられる為、ゆっくりを話しを聞くように努力している。すぐに叶えられない希望に関しては、スタッフ、家族で相談して本人の意向に添う努力をしている。	日常の会話から聞き取っているが、夜間などまとめて時間を取りやすいときに1対1で話し合うこともある。日々の業務の中で、できるだけゆっくり話せる時間を作るよう心がけている。利用者のエピソードを記入する専用ノートがあり、新しい出来事、気づきはノートに記入して共有している。	
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	入居前より家族、担当ケアマネ、利用事業所等から情報収集している。家族にバックグラウンドアセスメントシートを記入して頂き、すべての情報を利用者プロフィールとしてまとめ、新情報は追加記入している。		
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	入居申し込み申し込みの時に1日の過ごし方や心身の状態について家族より情報を収集している。入居後は24時間シートを記入し、現状の把握に努めている。		
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	家族とフロアスタッフ、管理者で担当者会議を行い、意見をまとめて介護計画に反映させている。本人、家族の意向を十分に汲みとる事を大切にしている。体調面では主治医と連携を取っている。	フロアリーダーが計画作成担当者。居室担当制をとって、モニタリングは担当職員が行う。プラン変更や更新についてはケアマネジャーが中心となり、担当者会議の後作成する。	
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	フォーカスチャーティングを導入しており、介護計画書とリンクさせながら日々の様子を記録している。毎回申し送りを実施、ノートへの記入、見直しが必要な場合は、ケアプラン評価用紙に記入している。		
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	法人内にいろいろな機能を持ったサービスがあるため、それを活用している。ニーズにあった対応をとるため、他のサービスの管理者とも常に連携を取っている。		

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
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	地域には利用しやすい店舗もあるため外出し、生活を楽しめるよう支援している。地域のボランティア活動されている方の協力にも力を入れている。		
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	本人、家族の希望する医療機関で、適切な医療が受けられる様に支援している。法人外の病院受診の場合は、状態の報告書を作成し、情報交換をさせて頂き関係を築いている。	同一法人の病院受診は職員が付き添う。それ以外の受診は家族が付き添い、受診に必要な情報や受診結果は文書で取り交わしている。家族からは、同一病院内には24時間当直医がいるので安心といわれている。	
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	施設長が看護師であり、スタッフは報告を怠らない様に努め、常に心身の変化等の情報を共有しながら、協働し支援している。		
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。	入院後は病棟に伺い、主治医や看護師長より情報を収集して、経過や今後の方向性について検討している。日頃より、外来受診に同行し、現状把握に努め、主治医との良好な関係作りに努めている。		
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	早い段階から予測出来る状況を説明して、当ホームでの可能な対応の範囲を説明している。家族の意向を確認して、主治医と連携を図り、決定した方針に添って支援している。	看取りは行わない方針。利用開始時に家族へ説明している。できるだけ特養や病院で対応する方向で考えている。終末期の介護はハード面での心配があり、職員は不安を感じている。	
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	法人の定期的な研修に参加をしている。また、マニュアルを整備して取り組んでいる。利用者の急変時の対応については施設長とも話し合い、スタッフは対応の指示を受けている。		
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	消火訓練、通報訓練、避難訓練、総合訓練を適時に行い、スタッフ全員が訓練に参加し習得出来る様に訓練の機会を持っている。法人内の病院や施設との同時の訓練も実施して、協力体制を確認している。	直近の台風で水害は駐車場のみ、建物の被害はなかったが、100kgの室外機が倒れた。避難訓練はそれぞれ火元を変えて、年4回法人全体で行っている。消防車の通行確認も行った。ホームでは2ヶ月に1度行っている。予告なしで連絡網での応答訓練や消火器の取り扱い訓練を行った。持ち出しリュックあり。	

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	法人内のプロジェクトで接遇力向上に努めている。また身体拘束廃止委員会で人権尊重を積極的に働きかけている。	写真掲示の同意書あり。部屋のネーム代わりに写真利用しているが特に問題はない。利用者の様子から、自分の部屋と認識しやすいと思われる。	
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	スタッフ側からの声かけで、気持ちを引き出したリ、表情から気持ちを汲み取ったりしている。いろいろな場面を作り、本人がリラックスでき、自らも感情が表現しやすい環境に配慮している。		
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	食事内容や受診等は決定している為、変更が難しい部分もあるが、それ以外に関しては本人のペースや希望を尊重している。		
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	定期的な出張理容があり、自分の希望を伝えカットしている。更衣時や外出時は、本人の着用したい洋服を選んで頂いたりして、身だしなみやおしゃれの気持ちが低下しないように支援している。		
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	能力に合わせて、作業に参加してもらっている。好みや季節のものを取り入れ、食事を楽しんでもらえるように工夫している。	献立は管理栄養士が作成。手作りを重視、食材も季節のものを使用、出汁もきちんと取り、美味しい食事作りを意識している。外食も楽しむ。釜めし、お寿司、マクドナルド、ほっともっとなどを楽しみにしている。時にはホームで収穫した野菜が食卓に並ぶ。	
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	管理栄養士が作成した献立を参考にして、バランスの良い食事提供に努めている。食事量のチェックと、必要時は水分チェック表を使用し管理している。摂取量が少ない場合は主治医と相談し補助食品を使用している。		
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、歯磨き、義歯の洗浄、うがい等を行っている。能力に合わせて介助している。		

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	個々の力や排泄パターンの把握に努め、情報を共有し、介護計画を立て支援している。本人の自尊心や羞恥心に配慮しながら支援すると共に心身の状況にあった支援が出来る様にしている。	排泄パターンを把握したうえで個人に合わせて声掛けをしている。	
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	食事の工夫や水分の摂取、ラジオ体操や音楽体操、散歩等の運動で便秘予防に取り組んでいる。その対応でも無理な場合は主治医と相談している。		
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	入浴時間は午後からとしている事が多いが、タイミングや体調に合わせて実施している。また、皮膚観察を行っている。	本来は毎日入れるようにしたいが、職員体制との兼ね合いがあり、週5回を目標にしている。毎日希望する方はいないが、一番風呂を希望する方がいる。体調にあわせながら考えている。	
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	個々の生活パターンがあるため、それに合わせて休息を促している。徘徊や不穏があり、十分な休息や睡眠が取れていないと判断した場合は、主治医に報告し相談している。		
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	内服薬の情報は個人のカルテに綴じてあり、すぐに確認出来る様になっている。内服薬の種類や量の変更が生じた場合は、フォーカスチャート、申し送りノートに記入し、その後の変化を申し送りしている。		
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	個々の生活歴や趣向、楽しみにしていることを理解した上で、フロア入居者全員で取り組み楽しめることも考えながらレクを積極的に実施している。		
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	利用者の体調に合わせて、戸外への散歩を行っている。フロア全体の外出は、家族への協力の声掛けをしたり、体調の良い方を中心に外出している。留守番の方は、室内で楽しめるレクリエーションを行ったりしている。	夏は暑いので室内でのレク。春・秋の外出ししやすい時期には戸外で過ごすことが多い。中庭を散歩したり、畑での野菜づくり、水やりなどの作業もある。初詣に行ったり、月1度くらいの外出に出かける。	

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	外出時には、本人が買いたいものを選択して、支払いを行えるように付き添い支援している。		
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	年賀状の作成をし、家族に送っている。電話の希望も対応できるときには応じている。		
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	行事の際の写真の掲示や作成した作品の掲示を行っている。室内の明るさ、温度は、本人での調節が困難な方が多い為、定期的にチェックしている。	利用者の作品を飾り季節感を出している。リビングは広く利用する工夫がされている。利用者の花火や天の川の塗り絵が飾られ、習字教室での作品も掲示されている。リビングには、すすき・りんどう・菊の花と季節を感じさせる生け花があった。	
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	食堂やリビングのソファで新聞を読んだり、テレビを観たりしている。食堂の自席も気の合う人との組み合わせを配慮している。		
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	入居時には、家族の協力を頂き、本人の使っていた家具や椅子、テレビなどを持ち込んで頂いている。その後も危険のないように環境整備をしている。	ご本人や家族の希望を取り入れ、本人の体の状態に合わせて、使いやすいような配置になっている。日中はダイニングで過ごしているので、居室はシンプルなレイアウトの部屋が多い。	
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	広いスペースではないが、場所がわからなくなる場合もあり、トイレ等の表示をしている。個々の能力に合わせて安全を配慮した上で個室のドアに名前を貼ったり、家具の配置を変更している。		

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	35	新入職員も多く、防犯、防災対策のマニュアルが周知されていない。スタッフ教育、訓練が不十分な状況。マニュアルの見直しを含め、早急に体制を再構築する必要あり。	予測不能な事故や災害が発生した場合に、スタッフ全員が的確な判断・対応ができる。	①消火・通報・避難訓練や総合訓練を2ヶ月に1回実施。スタッフ全員が、訓練の機会を持つ。 ②訓練実施後問題点を集約して、マニュアル修正に繋げる。 ③施設設備点検を実施し、防犯・防災対策に不備が生じないようにする。 ④入居者も訓練参加、避難行動の練習を重ね、意識付け。	12ヶ月
2	26	入居者のADLや認知症日常生活自立度が様々である為、支援度合いに差が生じて、不満につながる場合が出ている。	本人の残存機能やモチベーションが向上し、フロアの中の連帯感も生まれる支援がケアプランに組み込まれ、入居者様1人1人が満足感を持てるようにする。	①毎月、フロアカンファを実施して入居者自身が取り組める目標を設定。入居者自身が意識して過ごせるよう声かけ。 ②毎日のアクティビティは、全体での取り組み、個別での取り組みを取り入れる。本人のレベルに合わせた提供。 ③担当者会議には家族にも出席頂き、現状の理解と問題解決に向けての協力体制をとる。	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。