

(別紙4) 平成 24 年度

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	0870800505		
法人名	株式会社 アヴィック		
事業所名	エクセレントホームなごみ		
所在地	茨城県龍ケ崎市川原代町875番地		
自己評価作成日	平成25年1月26日	評価結果市町村受理日	平成25年7月30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.kaigokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2011_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0870800505-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2011_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0870800505-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022</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認知症ケア研究所
所在地	茨城県水戸市酒門町字千東4637-2
訪問調査日	平成25年3月15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)】

利用者様の意志と権利を尊重し、その人らしい生活ができるよう支援することを第一に考え、自立への取り組みができる環境を整備し、安全を守る支援に努めている。

【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)】

近くを流れる小貝川と、のどかな田園風景の中にある白を基調とした洋風の建物である。敷地も広く、芝生や樹木の庭の手入れも良く行き届いていた。館内も天井高さや廊下は基準よりも広めに作られ、窓が多いため陽当たり良好で、ゆったりとした時間が流れていた。社長は地元の方で地域の方とも親しく、ホームも今年で開設9年目を迎え、徐々に地域との交流も根付いてきている。職員もベテランと新人が融合し、バランスが取れている。管理者を中心によくまとまっており、利用者も安心して生活を送っている。家族への連絡や報告はまめに取っており、家族や利用者の話をじっくり聞き、親身になって対応していた。

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)	○ 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)
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)
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)
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 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんどいない	66	職員は、活き活きと働けている (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)	○ 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
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
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	利用者様が安心して笑顔で過ごして頂けるよう、心にとどまるサービスを目指して理念に基づき心掛けている。	理念は6カ条から成り、地域密着の意義も含まれていた。玄関や各ユニットに掲示され、いつでも見られるようになっていた。毎朝、朝礼で理念を唱和するほか、社長が「職場の教養」という雑誌を用意し、音読することにより浸透を深めている。また、週間・月間目標を掲げ取り組んでいる。	
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	多種多様なボランティアの来園をいただき、ふれあいの場となっている。また、地域交流(イベント等)の場へも参加している。	ホームで夏祭りや花火大会、運動会を開催し、近所の方を招いている。また、地域の子供会に出向いて参加したり、コミュニティーセンターに出かける事もある。小学生～大学生のボランティアや地域ボランティアが多数訪れ、賑わいを見せている。	
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	地域の人々へ、イベント等の招待をし、認知症を理解して頂けるように交流に努めている。	/	/
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	年間計画に基づき運営会議を行いさまざまな意見を向上につなげている。	推進会議は2か月に1度開催。参加者は区長、地域住民、家族代表、高齢福祉課市職員等で運営状況の報告やイベントの案内が中心である。推進会議を通して災害時の協力を呼び掛けている。	災害に対する地域での活動が乏しいように感じられ、市職員も参加する推進会議において、地域での災害に対する意識を強く持っていただく意味での推進会議の活用を期待します。また、災害対策以外にも、ホーム以外の地域住民にも関わる問題(介護保険、認知症、インフルエンザ、食中毒等)について勉強会や資料提供を行い、理解を深めて頂くよう取り組みを試みてはいかがでしょうか。
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	市担当者と、支援等の情報共有は重要であり、連絡を取り合っ協力関係に取り組んでいる。	高齢福祉課担当者には推進会議の他にもまめに相談にのってもらうなどの連携がとれており、電話連絡の他、直接出向くこともある。生活保護の担当者は年1回程度来所している。	

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
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	利用者様の安全を考え、必要に応じて玄関の施錠を行っている。また家族にも説明し理解を得ている。	安全上の問題から玄関の施錠はしているが、それ以外には行っていない。普段から会議等を通じ拘束について話し合いの機会を持っている。退院直後の方で拘束が必要となった場合でも、医師や家族と十分に相談して検討している。今後、マニュアルについては協議していくとのこと。	
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	利用者様の虐待が無いよう周知徹底を行っている。日々の実践に努めている。		
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	社内研修や外部の研修に参加していきたいと思っている。		
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	契約に関しては、ご家族様と利用者様に十分な説明と理解された上ですすめている。ご家族との連絡を密に取り合うようにしている。		
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	利用者様、御家族様の意見要望をいただき話し合いを設け、スタッフ等にも情報共有し、日々のケアに取り入れ、運営推進会議等に反映させている。	利用者の情報や連絡は管理者を通してまめにっており、家族の面会時や電話連絡を通じて意見の反映に努めている。また、季節毎に各ユニットで便りを発行しており、情報収集に努めている。ただ、中には本人との面会を拒む方や面会が殆ど無い方もおり、そういった方に対しては苦慮している。	頻繁に面会に来られる方からの意見の聴衆については対応できているが、面会が少ない方に対する意見の反映が十分とは言えない。定期的に無記名アンケートを実施する等、意見の聴衆に努めて頂きたい。
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	月一回ミーティングを実施し、必要に応じてはその都度臨時ミーティングを行い、スタッフとの時間をとり、意見、提案を出し話し合いの機会を設け反映させている。	月1回のミーティングにて意見を聞く機会を作っている他、年1～2回、社長と直接面接を行い、意見を聞くようにしている。また、通常業務中でもユニットリーダーを通じ意見が出る事もあり、備品の購入等が反映されている。	
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	スタッフの個々の状況を把握し向上心を持って働けるような環境作りに努めている。		

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
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	ミーティング又は研修を行いサービス向上に心掛けている。外部研修についても、積極的な参加にシフトを調整しながらレベルアップに心掛けている。		
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	交流に関しては構築されてないのが現状だが、今後はネットワークづくりや勉強会、等を通じて情報共有し、サービス向上に生かしたいと思っている。		
<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	入所前、入所後、関係機関から十分な聞き取りを行い、本人の不安、要望又日々の変化に注意し安心して生活が送れるよう努めている。		
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	ご家族様の不安、要望を聞きその要望、希望が反映されるよう検討し、安心されるよう連絡、報告に努めている。		
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	利用者様ご家族様が望まれる支援を伺い、整理検討し満足していただけるサービスを心がけている。		
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	利用者様から、学ぶことが多いため、尊重し接し見守り、コミュニケーションのとれる状態を常に心がけている。		
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	利用者様の不安、要望する情報及び現状を伝え、話し合い理解と協力の元より良いケアができるよう心がけている。		

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
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	可能な限り、利用者様が望まれる要望に添えるよう心がけている。	利用者も地元の方が多く、友人や家族が面会に訪れ楽しんでいる。また、家族とともに外泊したり、墓参りに出かけたり、寿司や天ぷらを食べに出かけ関係継続の支援に繋げている。	
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	利用者様の性別、年齢に関わることなく生活ペースに合わせながら個性を尊重し、交流の場を設け環境作り心掛けています。		
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	現在まではありませんが、十分な配慮(プライバシー等)持って対応し、又相談があれば連絡を密におこなっていきたく思っている。		
<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	本人家族の思いや暮らしが可能な限り実現していける様コミュニケーションをしっかりと支援している。	本人とは、普段の会話から思いや意向を聴き取るよう努めている。また、家族にも相談し、協力を依頼している。知り合いに電話したい方についても、家族に確認の上、出来るだけ本人の意向に沿って対応している。	
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	入所にあたり情報提供書等を早めに入手し、職員全員が情報を共有し、スムーズな施設生活が送れるよう努めている。		
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	全利用者の現状把握と共に担当制を導入し一人ひとりの現状をより細かく把握できるよう努めている。		
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	ミーティング、モニタリングによりチーム全体で意見や考えを出し合い現状に即した介護計画の実現をめざしている。	前回指摘があった箇所であるが、計画書の内容を理解し、それに沿ってケース記録も対応できていた。目標設定、サービス内容も本人のニーズに合わせて記載され、その人らしい現状に即した計画書になっていた。	

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
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	朝の申し送り、介護日誌、申し送りノート等により、職員間で情報を共有しながら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	個人の状況を把握し、その人の望む暮らしに近づけていける様、サービスの多機能化に努めている。		
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	各種ボランティア、地域行事からの参加の声かけもあり、利用者の状況に応じて、できるだけ参加して頂くよう支援している。		
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支援している	入所時、施設担当医(1/2W往診)か本人、家族が希望する医師受診か決めて頂き意向に添った医療を受けられるよう支援している。	2週間に1度、循環器と神経外科の往診が入っている。かかりつけ医に受診する方もおり、その場合は基本的に家族対応となっている。受診結果は必要時に家族に連絡している。	
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	担当医だけでなく、看護職とも必要に応じた相談や情報提供を行い適切な受信、看護を受けられるよう支援している。		
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。	入院時には、相談員、看護師等との情報交換、相談など利用者についての情報をより共有できるよう関係づくりに努めている。		
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	入所契約時、十分な説明と本人家族の意志を書面にて確認している。施設では対応できる範囲で全職員が支援に取り組んでいる。	看護師不在の為、現在看取りは行っていない。契約時に家族に説明をしている。また利用者状況が変化し食事が全く摂れず医療的な処置が必要になった時には次の受け入れ先を相談している。	

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
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	定期的には行っていないが、利用者状況やヒヤリハット事故、報告書の内容に添って随時行っている。		
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	夜間を含めた避難訓練を年2回行ない、近隣地区の方々にも声かけし地域との協力体制の充実をはかっている。	避難訓練は年2回行っている。内、1回は消防署立ち会いで実施している。チラシ等を近所に配り、参加を呼び掛けているが、住民の参加は得られていない。夜間想定での訓練も行っている。	
<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	日々利用者様の状況を確認、人格を尊重しその人の立場になって、プライバシーを守り支援に努めている。	個人情報については、鍵付きの書庫で厳重に保管されている。言葉かけにも十分配慮し、一人一人の人格を尊重するよう心掛けている。	
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	利用者様の思い希望に沿えるよう意見を聞くように心掛け、利用者様の自己決定を支援するように努めている。		
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、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	利用者様個々の状況に応じ、一日の流れの中で意見を考慮し可能な限り希望に沿えるよう心掛けている。		
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	散髪(ボランティア)訪問を受けている。ご家族様と連絡を取り合い、四季を通して衣類等の持参、又は購入をお願いしている。		
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	利用者様の好き嫌いを把握し、メニューは一部変更して提供している。後片付けも個々の状況に合わせて行っている。	食事は季節の物を工夫して取り入れるようにしている。調理は職員だが、皮むき等の下準備は出来る人をお願いしている。お箸などは個人の使い慣れたものを使用していた。	

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
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	利用者様の食事、水分摂取をチェック。体調変化を把握して必要に応じて医師に相談、指示を受け対応している。		
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、口腔ケア及び義歯洗浄等をしている。希望又は必要に応じて歯科医師の対応(往診)を受けている。		
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	排泄パターンを把握し、一人ひとりの状況によって時間に合わせトイレ誘導している。声かけ、介助によりトイレでの排泄、排泄の自立支援に努めている。	車椅子の方でも日中はトイレへ誘導している。夜間オムツの方でも、日中はリハビリパンツを着用し、誘導を行っている。排泄パターンを把握し、その方のパターンに合わせ誘導を行っている。	
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	水分摂取、体操、散歩及び食事の工夫をするなどして個々に合わせた予防に取り組んでいる。		
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	利用者様の健康状態に応じ入浴、シャワー浴で支援している。時間帯については個々の状況に応じて随時の入浴を行っている。	入浴は週2~3回程度。バスマットは1人1枚使用し、感染防止に努めている。ゆず湯などを使用し、季節感を感じるよう配慮をしている。その方の身体状況に合わせ、シャワー浴での対応もしている。	
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	昼寝約1時間を取り入れ、安眠、休憩が取れるよう支援している。		
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	担当医師の指示のもとで服用し、確認する。又、体調変化の場合は医師に相談指示を受ける。職員が服薬の内容を把握し誤薬の無いように各自の綴じ込みファイルにて確認している。		



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
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	利用者様とのレクレーション、ぬり絵、等作品作成、気分転換が図れるよう支援に努めている。又洗濯物たたみ等を職員と共にやっている。		
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	利用者様の希望に添えるよう散歩、ドライブで楽しむことができるよう努めている・又買い物等にも職員が同行し楽しんでいただいている。	日常的に散歩やドライブなどの外出を行っている。イベントで花見や近所の大仏に出かけたりしている。また、家族が面会に来て外出することもあり、積極的に支援している。	
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	利用者様の希望がある場合に限り、ご家族様了承の上、金銭の所持ができるよう支援している。又買い物希望がある場合は、希望に添えるよう支援している。		
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	ご家族様よりの電話、手紙等をお願いしている。声を聴くことで、手紙を見ることで、利用者様の気持ちが落ち着かれるよう支援している。		
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	常時職員が清掃を行い、季節感を感じられる環境を設けるよう心がけている。(花・創作品を飾る)	天井はとても高く開放感があり、廊下も広く取られている。トイレもユニット毎に4か所ずつ設置され、“トイレ待ち”の心配は無い。居間もスペースが広く、壁には大型のテレビが設置され、食後は皆がソファーに横になり、ゆったりと寛いでいた。また、廊下には季節の飾りやイベントの写真等が飾られていた。	
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	共有の場(リビング)では自由に好きな席に座れるよう、談話の場になっている。		

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
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	写真、小物が置かれ馴染みの物を入所時に持参される方が多く、居心地良く過ごしていただいている。	居室は全て施設で用意された介護ベッドが設置。クローゼットやロッカーが既に配置されている。家族との写真や馴染みの物を持ってこる方もいるが、利用開始前の見学でベッドが設置してあるのを見ているため、わざわざ持ってくる家族はいないとの事。	利用開始時の説明において、本人が馴染みの物に囲まれ、居心地良く過ごせることが、認知症の進行防止にも繋がる事を家族に説明し、出来るだけ馴染みの物(使い慣れたベッドや家具を含む)を持ってきてもらう様積極的に働きかけて頂く事を期待します。
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	利用者のQOL/ADLに沿った、適した居室環境を作り、安全で自立援助することを心がけている。		

## 目標達成計画

作成日: 平成 25年 5月 10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		面会の少ない家族等の意見、要望があまり聞けないため、そういう方々の意見を運営に反映しづらい。	多くの利用者、利用者家族の意見等をくまなく、施設の運営向上に反映していく。	定期的は無記名アンケートを送り、返信して頂き意見をまとめ運営向上に反映していくように取り組む。	6ヶ月
2	4	毎回テーマにそって会議を開催しているが報告、意見交換、雑談で終わる事が多い。	会議をよりサービス向上に活かしていけるよう、結果を出していく。	会議にて災害時の協力体制の具体化をすすめていく。毎回のテーマに添って勉強会、資料提供をし、参加意欲を高めていく。	3ヶ月
3	54	利用開始時に利用者の馴染みの物等の持参を促しているが、利用者によっては無くされる。又他利用者が、居室に入り持ち出すことがある。	利用者が心地よくすごせるよう、貴重品以外の馴染みの物を持参して頂く。	家族の協力を得ながら、馴染みの物を1つでも多く持参して頂き、施設全体で管理していく。	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。