

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	2171600352		
法人名	特定非営利活動法人 瑠泉会太陽		
事業所名	瑞浪グループホーム太陽		
所在地	岐阜県瑞浪市西小田町4丁目69番地		
自己評価作成日	平成25年 7月30日	評価結果市町村受理日	平成25年10月 4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.kaijokensaku.jp/21/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&JigyosvCd=2171600352-00&PrefCd=21&VersionCd=022
----------	---

【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 中部社会福祉第三者評価センター		
所在地	岐阜県関市市市賀大知洞566-1		
訪問調査日	平成25年 8月22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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・社訓、運営理念、日常五心を常に考えて行動することで、チームワークの向上やステップアップに繋げている。 ・自分達が受けたいケアを基本に、入所者の立場で考え行動している。 ・職場の雰囲気も良く、スタッフ間のコミュニケーションも取れている。 ・スタッフ全員が働きやすい環境を作る努力をしている。
--

【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)】

<p>9年目を迎えたホームは、利用者の穏やかな暮らしの継続に最適な、周囲を田園に囲まれた長閑な環境に立地している。利用者の介護度が比較的高いため、遠方の外出を避けて近隣の散歩にとどめる等、利用者の残存能力を把握のうえ、安心・安全な支援を重視している。</p> <p>家族アンケートの記述には、「法人の責任者が看護師であり、ホームにも看護職員が常駐しており、利用者を安心して託している」との同様意見が複数あった。看護師の資格・経験を活かして、協力医との緊密・強固な連携が功移築されており、看取りの体制も整えている。家族の殆どはホームでの看取りを望んでおり、これまでも実施事例は多い。ホームでは利用者本位の生活が維持されており、終の棲家として利用者、家族の安らぎの場所であると言える。</p>
--

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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)	○ 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. 全くいない
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
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	3つの理念を掲げ、職員間で理念の意義を確認・共有し、意識して業務にあたっている	ホームの方針として、介護度の段階に拘らず平等に受入れ、普通の暮らしの継続や利用者を中心とした家族的な個別介護の実践を掲げ、職員一丸となって取り組んでいる。	
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	近隣の方と挨拶を交わしたり、畑で採れた野菜を頂く事もある。事業所は常に開放しており、交流している。	開設から9年目を迎え、自治会に加入し地域に溶け込むよう努めている。地域の農家からは季節の新鮮な野菜のおすそ分けを受け、認知症に関わる問合せがあれば快く応じ、地域との良好な関係を構築している。	
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	介護問題に関して相談があれば、適切なアドバイスを行なっている。		
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	2ヶ月に1度会議を開催し、地域の方にも多数参加して頂いている。会議で出してもらった意見やアドバイスを、サービスの向上に活かしている。	行政、地域、そして多くの家族の参加を得て、年6回の開催を目指している。外部評価の結果も報告し、開かれた会議としている。参加者は活発に意見を出し合い、サービス向上に活かせるよう取り組んでいる。	行政、地域代表等のメンバーは充実している。知見者枠のメンバー参加があれば、会議はさらに充実度を増すとと思われる。
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に取り組んでいる	必要があれば連絡を取り、意思疎通を図っている。	市に出向いて運営推進会議の議事録や手続き書類を提出し、情報交換を行う等、良好な関係を築いている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	基本的に身体拘束は行わない方針だが、入所者の安全に支障がある場合のみ、本人・家族の同意を得た上で行うこともある。	拘束事例については実践を通して管理者、職員間の話し合いや注意喚起を行い、拘束についての正しい知識を有している。理由のある拘束の実施については、利用者、家族に説明を行い、了解を得て期限付きで実施している。	
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	職員同士が言葉使いを含め注意を払い、防止に努めている		

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
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	認知症の方を支えていく上で、制度の必要性は理解している。現在、制度を必要とされている方はみえないが、今後必要とされる方がみえたら、活用できる様、支援していきたい。		
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	不安や疑問点はしっかりと聞き、その都度対応する事で解消出来ている。		
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	意見や要望は、ご家族の面会時に聞く様にし、コミュニケーションを図っている。	家族の訪問は頻回にあり、職員は訪問時に必ず意見を確認して介護計画に反映させるよう努めている。訪問のない家族には電話を掛けて意見を聞き、利用者の様子は便りを作成のうえ家族に配布している。	
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	職員からの意見は、ミーティングや日常のコミュニケーションの場で聞いている。職員の意見や要望を出来るだけ取り入れて、より働きやすい職場作りに努めている。	管理者は職員と常に対話を欠かさず、きめ細かくコミュニケーションを図っている。職員とは相互に気兼ねなく意見の言える関係にあり、意見を表す機会が多く、意見は実践にも反映されている。	
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	職員が働きやすい環境が一番で、どうする事が良いのか、職員からの意見を聞き、取り入れている。		
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	研修の情報があれば職員へ提供し、参加を促している。研修に参加した内容をミーティングで話し、他の職員のスキルアップにも繋げている。		
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	研修に参加した時に交流したりして、知識の向上に努めている。		

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
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	サービスの導入初期は、環境の変化と不安を取り除く為、話を聞いて寄り添うことを大切にしている。		
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	サービス導入初期は、頻回にコミュニケーションを取り、思いを理解し、1日も早く不安を取り除ける様努めている。		
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	本人や家族の気持ちを大切にし、安心出来るスピードで、支援を工夫している。		
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	持ちつ持たれつの関係の構築は重要と考えている。気持ちを言葉にして伝える事、皆で支える事を大切にしている。		
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	家族にしか出来ないケアもあるという事を、家族やスタッフが共有し認識して、ケアを提供する上で家族の関わりを重要なポイントにしている。		
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	面会や手紙のやり取り等の希望があれば、家族の協力も得て、援助をしている。面会にはいつでも来て頂ける雰囲気を作っており、関係の継続は良好である。	利用者の俳句の先生や昔からの友人が訪れ、ホームにて落ち着いて談笑できるよう支援している。また、以前から続けている読書や絵の趣味が継続するよう支援している。	
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	個々の関係、全体の和を考えた声掛け、居場所の確保等を工夫している。		

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	必要があれば相談に乗りアドバイスをしている。		
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	個々からの聞き取りは常に行い、思いや意向を把握している。把握した内容を援助方針に反映させている。	介護記録を用い利用者の思いや意向を記している。利用者の重度化が進み発語のない利用者も居ることから、思いや意向の収集は今後の課題でもある。	把握した利用者の思いや意向(嗜好・飲酒)が支援に活かされている例はあったが、介護計画にまでつながった例は見られなかった。介護計画への連動も一考を。
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	本人や家族から、必要な情報を収集し、生活歴や暮らし方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	表情や言動を観察し、わずかな変化を見逃さない様注意し、把握することに努めている。		
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	本人や家族の希望を基に、状態に応じた介護計画を作成している。家族面会時には話し合い、計画に反映させている。	毎月、ホームの様式である「ケアプランチェック表」を用い、家族に確認のうえモニタリングを実施している。介護計画は1年を目処に見直しを実施している。現在は利用者の身体状況からADL主体の計画が多い。	
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	介護計画に沿って、SOAP式で介護計画を記入し、スタッフ間で共有している。		
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	本人や家族からの希望や要望には柔軟に対応して、サービスの多機能化に取り組んでいる。		

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	民生委員やボランティアの協力があり、支援に活かしている。		
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	2週間に1度、指定医の回診がある。個々の状態や希望によっては、ホーム以外のかかりつけ医を受診し、必要時には相談したり指示を受けたり、サマリーや情報提供書の交換を行なっている。	利用者、家族の希望を優先し、通院は家族の同行を原則とし、困難な場合は職員が同行している。代表と2名の看護職員を有し、健康管理や医師との情報の交換は専門的であり、利用者・家族の安心となっている。	
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	状態変化や異常に、早く気付く為のポイントの指導を受け、実践している。		
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。	入院先の病院と、サマリーや情報提供書の交換を行い、本人や家族の支援を行っている。		
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	本人の状態や、予測される現状を踏まえて、家族と話し合い、対応方針を決めている。家族には、事業所で出来る事と出来ない事がある事をしっかりと伝え、理解して頂いている。	看護師である法人代表、経験豊富な職員によって、医師と連携してこれまでも多くの看取りを経験している。利用者、家族は看取りの実績を評価し、そのほとんどがホームでの看取りを希望している。	
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	緊急時対応マニュアルを作成し、それに基づいて備えを共有している		
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	消防訓練を年2回行い、内1回は、消防署員の方の立会いの下で行なっている。地域の方には、実施を報告し、協力を得られる様に話をしている。	消防署の指導を受け、夜間想定を含み年2回の避難訓練を実施している。運営推進会議で避難訓練に関する報告を行い、地域の意識付け(協力)を目論んでいる。	

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	自尊心を損なう事がない様に、職員はお互いに注意しあっている。	呼称は利用者の希望に沿い、失礼のない範囲のその人らしい呼称としている。言葉遣いは日頃から職員同士の牽制を行い、その都度注意し合い誇りを損なわないよう心がけている。	
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	声掛けやコミュニケーションを工夫して、思いや希望を表しやすい様な雰囲気作りを大切にしている。		
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、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	集団生活であるので、守って頂くルールや約束はあるが、一人一人のペースや希望に添える様に、柔軟に対応している。		
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	希望に応じて、個別に援助している。馴染みの美容室へ行ったり、家族が散髪に来て下さったり、おしゃれには気を配っている。		
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	食事の準備や片付け等、一連の動作を一緒に行う事は無いが、下準備を部分的に手伝ってもらったり、食材の調理方法のアイデアを出して頂く事もある。	家庭と同様に職員が食材を購入し、その日に決めた温かい料理を提供している。咀嚼や嚥下能力を考慮し、米飯は柔らかく炊き、刻みにするなど食事を楽しめるよう工夫している。	ごみ置き場にはビールの空き缶が溜まっていた。飲酒の習慣のある利用者には、思いに沿ってノンアルコールビールを添える配慮もある。
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	個別に、量やバランスを考えて提供している。必要な場合、血液データを基に、塩分等コントロールし、体調管理に努めている。また、水分量は、飲んだ量をチェックし、季節に合った水分量を管理している。		
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、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	歯科医や歯科衛生士の訪問アドバイスを受け、それらを反映した口腔ケアを実践している。		

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	排泄チェック表を使用し、個々の排泄パターンを把握し、トイレ誘導を行なっている。日中は原則として、オムツは使用せず、トイレでの排泄を支援している。	排泄記録を取り、適切な声掛けや誘導を行い、失禁のない快適な排泄を目指し取り組んでいる。夜間、自立排泄の可能な利用者は合図の鈴を鳴らし、聞きつけた職員が誘導してトイレでの排泄を実現している。	
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	ほぼ毎日排便があるように、医師や看護師と相談して、狂態に応じて対応している。		
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ず、個々にそった支援をしている	高齢であり疾患もあることから、体調管理を優先し、体調や気候をみながら対応している。時間や曜日は、職員の人員の都合もあり、こちらで決めさせて頂くが、可能な限り希望は聞いている。	週3回の入浴を実施している。風呂好きの利用者にはゆっくり入浴を楽しめるよう、時間に余裕を持って支援している。健康の状況から安全を優先したシャワー浴に止め支援する配慮もしている。	
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	個々のペースに合わせ、休息を取ったり、起床・就寝時間を決めて対応している。		
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	薬効表を作成し、職員全員が理解出来るようにしている。薬の変更があった時の申し送り、状態変化の報告・記録を徹底している。		
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	個々が持っている能力や知識を活かせる様に、声掛け、働きかけを行なっている。それぞれの嗜好品や楽しみ事、気分転換が行えるように配慮している。		
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	年齢やADLの低下の為、難しい場合が多いが、天気の良い日に外へ出たり、近所を少し散歩したりしている。	自立歩行の厳しい利用者の多いことから、安全を優先し散歩外出は限定的である。利用者の無理のない歩行能力の維持を考え、ホーム内を職員と歩くよう努めている。	

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
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	現在は、現金を所持している方はみえないが、希望があれば家族とも相談の上、所持することを援助している。		
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	希望があれば、電話や手紙のやりとりが出来る様に支援している。		
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	一般家庭と同じ設備を使用し、不快な雰囲気や室温、臭いなどがないように気を付け、落ち着いて過ごせる空間作りを意識している。	穏やかな生活を過ごす場所として、居間を利用者の集う場所としている。掃き出しの大きな窓からは十分な採光を取入れ、掃除の行届いた清潔な空間である。食事中はテレビを消して穏やかな音楽を流すなど、音や室温にも配慮している。	
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	その時々気分により、思い思いの場所で過ごす事が出来る様に配慮している。		
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	本人が使い慣れている家具や寝具を使用している。居室内は、本人の好きな様にレイアウトや飾りつけを行なっている。	利用者、家族の希望する家具や電化製品を持込んでいる。持込み量の少ない居室もあったが、趣味の折り紙、絵を書くための色鉛筆、小説のある居室の風景は、一般家庭での自分の部屋そのものである。	
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	ADLが維持できる様に、建物内の柱や手すりを利用したりバビリをおこない、活用できるもので可能な力を活かしている。また、建物内はバリアフリーになっており、安全に生活ができる環境である。		

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	23	把握した利用者の思いや意向を支援に活かしているが、介護計画にまでは繋がっていない。	利用者の思いや意向を介護支援に活かしてはいたが、介護計画にまで転記することに配慮する。	再度利用者さんの思いや意向を聞き取り、介護計画を見直し作成していく。	2ヶ月
2	4	運営推進会議に、行政や地域の方等のメンバーは充実しているが、知見者枠のメンバー参加があれば、会議が更に充実する。	知見者の方に、会議への参加を依頼し、更に充実した会議の開催を目指す。	普段の参加者の方やスタッフ等に、知見者の方に知り合いがいれば紹介して頂き、参加を呼びかけていく。	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。