

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	2190200077		
法人名	合同会社 聖恵会		
事業所名	恵みハウス		
所在地	岐阜県関市大平台14-5		
自己評価作成日	平成24年 2月25日	評価結果市町村受理日	平成24年 6月 5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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2190200077&SCD=320&PCD=21
----------	---

【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	岐阜県関市市平賀大知洞566-1		
訪問調査日	平成24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)】

介護を必要とされる入居者の皆様方に、「温かい家庭的な環境の中で、愛と思いやりの介護支援ができるように最善を尽くします。」又、クリニックが併設しているので医師及び看護師の医療スタッフにより、入居者の皆様の健康安全管理には万全を来し、介護に努めております。地域密着の介護施設として、地域自治会、民生委員、婦人会、自治会長さん方と密接な連絡と情報を取り合い、地域の特性を生かした地域ぐるみのケアを目指しています。又、地域中学生の体験学習を毎年受け入れ、高齢者と中学生とのふれあい交流を深めつつ最善の介護工夫に取り組んでおります。

【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)】

ホームは小規模多機能事業所と隣接しており、相互に機能を有効活用している。ホーム利用者の3名は、小規模多機能事業所の機械浴槽を利用して入浴支援を受けている。「便り」を共同で発行したり、運営推進会議を合同で開催したりしている。
運営母体であるクリニックが隣接する敷地内にあり、提携医としていつでも迅速に対応できる環境である。本人、家族だけでなく、職員にとっても大きな安心感となっている。
小規模多機能事業所の利用者と同様、地域の芸能祭のカラオケ大会に出場した。地域住民からは温かい声援が飛び、地域への浸透の深まりが感じられる。

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	理念は玄関、応接室、ミーティング室などいたる所にかかけ管理者と職員が共有している。	職員だけでなく、利用者、家族、来訪者等にもホームの理念を理解してもらえよう、様々な場所に掲示している。玄関にも、「・・・愛に満ちた思いやりの心をもって・・・」との理念が掲示してあった。	
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	中学生の職場体験、公民センターでのカラオケ大会に利用者様出場で皆さんで応援に行ったり、利用者様共々町内の防災訓練に参加している。	隣接の小規模多機能事業所の利用者と帯同し、地域の芸能祭のカラオケ大会に出場した。地域住民からは温かい声援が飛び、地域への浸透の深まりが感じられる。	
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	地域の民生委員、利用者様の家族中心に認知症の予防、対応を話している。		
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	サービス向上とまではいかないが、地域密着サービスであることを再認識させていただいている。併設の小規模の方の利用が増えないことを一緒に心配して下さっている。	ほぼ2か月ごとの運営推進会議が開かれており、ホームの活動状況を報告した後、メンバーの活発な意見交換を行っている。	
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取り組んでいる	市のサービスを教えて下さったり、手続きを指南して下さったり困り事にも相談に乗っていただいている。	市の担当者は運営推進会議にも欠かさず出席しており、ホームのよき理解者となっている。運営推進会議でも、担当者から適切なアドバイスがもらえている。	
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	直接の身体拘束はしないが職員が一人対応の時は施錠をしている。実際には家族の了解を得て車いすにいていただいている。	管理者、職員共に身体拘束をしないケアの重要性を認識してケアにあたっている。玄関のドアも、基本的には施錠しない方針を持っている。	
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	理念に反することであり職員が心身共にストレスをためないように休憩を確保している。		

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
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	管理者研修、実践者研修で学ぶことはあったが、実際、現場では例がない、職員が次々と研修の機会をもつことができるとよい。		
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	説明と納得は十分慎重に対処している。		
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	重要事項説明書に苦情相談窓口をのせてあり契約時に説明してあるので要望をきかせていただいている。	運営推進会議への家族参加がやや減少傾向にあることは気がかりではあるが、家族のホーム来訪(面会)は多く、意見や要望を聞いてケアに反映させようとの思いは強い。九州や関東から訪れる家族もいる。	
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	一斉のミーティングがかなわず周知徹底に苦慮しているが個別に意見提案をきいている。	職員の意見や要望を聞き、働きやすい職場づくりに努めている。学校や保育園が休みの日には、子ども連れの出勤も認めている。	会議やミーティングは、職員相互の意見を知る機会でもある。時間や職員配置を工夫して、定期的な会議体が定着するよう望みたい。
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	事務方がそれぞれ現場に入ることが多いので職員の生の声をきいている。		
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	開設二年目であり少しずつ研修を受けはじめているが順調ではない。		
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	開設二年目で、まだ難しい現状であるが、ケアマネは、居宅のケアマネの会に入れてもらって出席しはじめています。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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	新規利用者には特に配慮し安心して利用していただけるようスタッフ間で申し合わせている。		
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	ご本人の心情とご家族の思いを考えあわせて職員の共通認識としている。		
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	認知度が進み、ご家族が家でみるができないということで、他のサービスを考えることははない。		
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	利用者様といっしょに洗濯物をたたみをしたり、新聞を音読したりしてコミュニケーションをとっている。		
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	ご家族が時々施設に来られたりして顔なじみになっているところもある。施設での様子を話したりしている。		
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	なるべく一人一人の利用者様にあわせたいが全体的に身体状況のギャップが大きく今後の課題である。	盲学校に通っていた時代の友人が訪ねてくることがある。床屋やカラオケボックス等へ付き添い、馴染みの場所への継続支援を行っている。	日を追うごとに薄れていく利用者の記憶ではあるが、家族や関係者から情報を得て、かつての関係が蘇えるような取り組みに期待したい。
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	利用者様同士の関係がよくなるようコミュニケーションを持つがそれぞれ自分だけを相手にしてほしい向きがあるので苦慮している。		

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	亡くなられたと同時に葬儀後あいさつと荷物を引きとられたあとは今のところ関われない。		
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	一人一人の思いや希望はうかがっています。認知能力に応じて対応しているが困難な希望もあり、その場のスタッフで対応を話し合っている。	利用者の思いをかなえるケアを実践しようとしている。が、思いや意向を適切に表出できる利用者、対応不可能な希望を述べ利用者、まったく自身の意向を示さない利用者等々、様々な対応が必要となっている。	
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	ご家族や紹介ケアマネからの情報をもらい把握しようとしているがアセスメント途上の感がある。		
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	介護記録申し送りを参考にしながら、現場に入り、コミュニケーションをとり情報を得ている。		
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	スタッフが一斉に話し合うことは困難なのでケアマネが現場に入り、スタッフからの情報をもらいながらプランの経過と変化をキャッチしている。	介護計画の見直し機会は、3～4ヶ月ごとの定期的な見直しと、状態変化時の見直しである。利用者の意向の変化に着目した見直し例はなかった。	「個別ケア」とは、利用者個々の思いや意向の実現に他ならない。利用者の意向の変化を読み取り、その人らしさの感じられる介護計画の作成を期待したい。
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	ケアマネが現場に入ってみてスタッフからの利用者様からの生の情報を得るべく努力している。		
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	利用者様の希望やできそうなことをスタッフ間で話し合っって試行錯誤しながら支援方法を考えている。		

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	外部から音楽療法ボランティアなど招いて楽しんでいただいているが今後その方向の資源をも考えていきたい。		
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	併設のクリニックが基本となるが専門外のことには利用者様のかかりつけ医に受診におつれしている。	ホームと隣接した土地に運営母体のクリニックがあり、ほとんどの利用者がかかりつけ医として受診している。専門医等への付き添いは、家族の協力を得て行っている。	
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	利用者様異常時はすぐにナースやドクターに報告し処置などしてもらっている。		
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。	介護情報を提出すると共にできるだけ見舞、情報をえておき、退院時の診療情報はドクターをとおしてこちらに提供してもらっている。		
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	ご利用される時にご本人、特にご家族に救命救急に関する同意書をとドクターの支持をいただきながらチームを組んで支援している。	利用開始時に、利用者・家族の意向を聞き取り、重度化や終末期の対応について話し合いを行っている。家族からは、ホームでの看取りを希望する声が多い。	
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	まず併設のクリニックのドクターに報告し現場にいる職員（ヘルパー、ナース）が救急処置をする。ミーティングで予想されることについて話し合っている。		
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	市の防災訓練に利用者様と共に参加したり当施設もヘルメット着用で避難訓練をしている。運営推進会議でも近所の助け合いの話をしている。	隣接の小規模多機能事業所と合同で防災（避難）訓練を行っている。夜間を想定した避難訓練の実施が予定されているが、まだ実際には行われていない。	運営推進会議でも、「防災」は一大関心事になっている。夜間災害では地域住民の協力が不可欠であり、小規模多機能事業所と連携しての夜間想定訓練の実施を望みたい。

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	利用者様に対して言葉かけ呼称、守秘情報、秘密厳守の徹底を指導しているところである。	2年目を迎えて、利用者と職員の関係は密になっている。親しい関係ではあるが、馴れ馴れしくならないよう、職員は立場をわきまえた対応をしている。利用者の故障は、苗字に「さん付け」が基本である。	
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	利用者様がそれぞれ希望を表して下さっているが、それに対してゆとりを持って対応し、自己決定にまでは困難な状態である。		
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	できる限りその人その人のペースでいきたいが全体との調和を考えると難しいのが現状である。		
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	朝の整容、ヒゲそりなど楽しく会話しながらしているが全員の人となるとむずかしい。		
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	汁物をつくる時など味をみてもらったり具やメニューの好みをきいている。片付けはテーブルの上のみ手伝ってもらっている。	毎食ではないが、外食業者の配食サービスを利用した食事支援が主体である。単調にならないよう、月に1回の外食支援を行っており、利用者にとっての楽しみとなっている。	
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	利用者様個々の摂取量によっては栄養面で問題がある方はドクターに相談して栄養補助食品を処方していただいている。		
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	毎食後はできていないが、夕食後菌みがきしていただき、胃ろうのかたには口腔ケアをしている。		

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
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	必要最小限のリハビリグッズ対応をしている。利用者様の排泄間隔、体調をつかんでスタッフ間で話し合っている。	尿意や便意の薄くなった利用者であっても、極力トイレでの排泄してもらうケアを実践している。そのため排泄チェック表を記入し、利用者個々の排泄パターンを把握し、声掛けやトイレ誘導を行っている。	
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	副食は外部委託だが、おやつ時に水分・繊維系のものをと工夫している。ひどい便秘にはナースとドクターが対応している。		
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	限られた職員でなじみになり順番が決まってしまう傾向にあるので、少しずつ公平になるよう考慮している。	利用者の希望(入浴回数、時間帯)をすべて叶えることはできないが、利用者間で不公平感の出ないような配慮は見られる。また、3名の利用者が、隣接の小規模多機能事業所の機械浴槽を利用している。	
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	共同の生活のため泊り時には、21時消灯テレビのスイッチを切るようお願いして守ってもらっている。		
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	服薬が自立の方は説明を理解におられるがそうでない方は完全に服薬されるのを見守る。		
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	好きなことは把握しているが、職員の数がかかわらず対応が難しいがその時で歌や昔のことなどのおしゃべりをして気分転換をしている。		
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	喫茶店など一部の要望にはこたえられず計画して誕生日会を兼ねたり、花見など行事を兼ねての外食しかできず。今後の課題である。	利用者の重度化に伴い、思い通りの外出支援が困難になってきている。利用者全員での外出はまれであり、個別の支援で利用者の移行に促している。	現行の職員配置では、利用者が満足する外出支援は難しい。家族やボランティアの協力を得て、利用者が少しでも多くの外出機会に恵まれることを望みたい。

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	自由にお金を所持していただくことは遠慮してもらっている。あらかじめ予定したことについての金銭的なことについては家族と連絡をとっている。		
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	電話や手紙の支援はしていない。 家族等にはセンターが取り持っている。		
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	行事作業の花などをそれぞれが飾ったり季節やクリスマス会、正月、豆まきなど時期を応じた飾りをしている。刺激にならないよう配慮している。	華美ではないが、ホールの壁面には職員と利用者が共同で制作したと思われる季節の飾りつけがしてある。イベントでの楽しそうな写真も貼ってあった。	
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	特に工夫はしていないが、体調によっては居宅で休んでいただいている。		
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	ご本人の思い出の写真や懐かしい物をおいてもらっている。	各居室には、ベッド、たんす、洗面台が設置されており、利用者にとっての利便性が高い。利用者個々に様々な備品の持ち込みがあり、個性の出た居室づくりを支援している。	
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	居室がわかるようにスタッフがついて部屋の数を一つ一つかぞえながら部屋をわかっていただいている。		

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	23 26 27	申し送り事項など重要な事は何度も強調しないと浸透しない。利用者様の願いなど気付かずに流れてしまわないかと危惧する。	各利用者様の本当の思いや願いの気付きを共有しプランにつなげていく。	介護記録のフォームを見直してプランから見た記録、新しい発見、気付きの記録、英語でも可とする。	6ヶ月
2	21	ハウスの利用者様間の関係は生活の基盤であるだけに難しい面がある。また性格や認知症の度合いなどの違いもあり、時に陰悪になったり、また仕切る方ありでふさわしい対応が難しい。	利用者様と職員との信頼関係を築き、利用者様同士の関わり支援に努め、新しい発見や気付きなど情報を共有する。	ハウスにはいろいろな性格やこだわりを持った方がおられ、雰囲気なるべく安定するように職員同士情報交換をして、話し相手になったり日常の家事を一緒にしたり、レクリエーションを考えたりして調整していく。	6ヶ月
3	13	各職員が思い思いに介護をしており、調和が取れていない。チームケアにあたるまでには距離を感じる。	各職員が介護、特に認知症介護の知識を得る	施設に来る案内での講演会やセミナー、また介護実践者研修の受講の機会を増やすシフトの作成をする。できれば職員が意欲的に休日を利用して個人的に学ぶ機会を勧めて行く。	6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。