

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	2373000989		
法人名	有限会社ウイング		
事業所名	介護支援センターつばさ グループホーム事業部 Aユニット		
所在地	愛知県豊田市下林町4丁目111		
自己評価作成日	平成25年 2月 7日	評価結果市町村受理日	平成25年 8月23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/23/index.php?action=kouhyou_detail_2012_022_kani=true&JiyosyoCd=2373000989-00&PrefCd=23&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 中部評価センター
所在地	愛知県名古屋市中区左京山104番地 加福ビル左京山1F
訪問調査日	平成25年 2月19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)】

<p>1、外出支援と身体拘束をしないケアの考え方として、施設内の施設は就寝時～朝以外はしません。 2、食に対する支援として、栄養士による生鮮食材を使ったバランスのとれた摂取を心がけ、ご利用者と共に調理しながら提供しています。 3、地域との交流も増え、地域に喜んで頂ける施設作りを目指している。</p>
--

【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>深刻な重度化が進行していたが、方針を転換を行い利用者・家族の状態に合った他事業所への移行支援を行い、共同生活の場としての機能を戻している。 利用者が、しぼりのない自由な生活を実現できるように、職員一人ひとりが「利用者の為に何が出来るか」を考え支援を行っている。職員個々の意識の高さから、利用者の何気ない言動から個々のニーズを吸い上げ個別支援に繋げている。今回実施した家族アンケートでも個々に合わせた支援に対する感謝の言葉が多く寄せられていた。今後も個別支援の継続と、さらなる支援の充実を期待するところである。</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 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. 全くいない
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	「いきいきわくわく」の理念を玄関口に掲示。常に念頭に置き、施設運営計画の中で意識して取り組んでいます。	来所者からも見える位置に「いきいきわくわく」の理念を掲げ、今日を精いっぱい生活してほしいとの思いを込め、日々支援を行っている。	
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、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	区費を納め、回覧板を廻して貰いながら、1区民として奉仕活動・夏祭りにも参加し、当事業所イベント参加もしていただいて、交流を深めています。	地域のボランティアの受け入れを行い、外部からの新たな気づきを得ている。また、隣接するデイサービスとの合同のイベント等の実施を行っており、今年実施した「地域交流イベント」も好評を得た。	
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	今年度イベントから、認知症サポーター制度の紹介と申込代行を実施。包括支援センターとの協力関係も密にしている。		
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	区長・老人会・民生委員・家族代表・包括支援センターの出席があり、地域サービスの向上について交流を深めている。	2カ月に1度「いきわく推進会議」を行っている。ホームでの活動の報告や、地域で実施される行事情報の交換をし、地域住民との協力体制の構築に努めている。	
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	包括支援センターとの協力関係がより密になり、認知症サポーターやささえあいネットなどの連絡相談が行えるようになりました。	「豊田市ささえあいネット」に登録をし、地域の高齢者が住み慣れた地域で安心して生活ができるように、地域包括支援センターと連携をとり、相談・支援を行っている。	
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	積極的な外出支援を行うため、施設内の施錠は、原則就寝時～朝のみにしています。	開かれたホームを目指し施錠は行わない。利用者が外に出たければ職員はそっと寄り添い、一緒に散歩に出でいく。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	24'研修会実施。研修後の理解を評価するためテストも実施。不合格者なし		

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	全職員向けの勉強会は実施していない。管理職には、教育の一環としてのみ実施している(幹部教育)。また、成年後見人制度が必要と思われるご家族に対しては、活用方法等、説明している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	幹部教育の中で実施している。毎月の会議の中では、一部分を実施。契約時には、同意を得る為の処遇手続きも含め、十分な説明をしている。		
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	家族等訪問時、担当ばかりでなく、管理者が率先して、聞き取るようにしている。包括センターのチラシや苦情箱も設置し、言いにくい事も言って頂けるチャンスを作っています。	外部評価アンケートの結果や日々の聞き取りの中で新たな気づきを得て、改善に繋げている。今年度は制服の導入を行った。	
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	月次の会議では、社長も出席し、意見具申を聞き、年2回(6ヶ月毎)全職員個人面談を実施している。	改善点を話し合うことで、スタッフのスキルの向上、毎月の目標を設定する。併設のデイサービスと人事交流をすることで、新たな気づきに繋がっている。	
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	給与水準は時給アップを実施。有給消化率の向上を図っている。やりがいについては、キャリアアップのためのテキスト代の負担や企画して、失敗しても、再挑戦させる工夫をしている。		
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	OJT計画を作り、教育履歴も作って、実践にそくした勉強会の実施。1講座20分と決めて行っている。		
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	愛知県GH協議会の研修会に積極的に参加。ケアマネ等、他施設訪問や同業者の自施設見学も積極的に受け入れている。スローガンは「最初はつばさから」		

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	申込の段階で、利用者面談をし、関係を築くようにしている。面談は、ケアマネ2名で実施。		
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	見学～申込の段階で、介護保険システム全体と他施設も含めた実情を説明し、経年変化に伴う取組方法など、十分に説明して信頼を得るようにしています。面談者・社長・施設長・ケアマネ2名等。		
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	GH入居のみを優先するのではなく、介護の必要性から判断して支援している。見学のみで、今後の安心を得られて感謝されることも多くあります。		
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	一緒に生活しながら本人の思いを考えて、出来ることを積極的に行うようにしようとしている。調理、掃除、洗濯たみなど		
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	家族の面会時には努めて日頃の生活の様子を報告している。また、日常生活を写真に納めて、アルバム作りをしている。		
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	近隣の入居者は面会時、ご本人との関係を聞いて、本人了解のもとに面会してもらっている。看取りの結果、近隣入居者様家族より感謝として寄付を頂き、記念樹設置に繋がりました。	利用者が繋がりのある人や地域との関係を継続できるように積極的に支援を行っている。	
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	行事、レク、入浴、おしゃべり等、機会あるごとに仲間同士になれるよう、職員から働きかけをしている。友人同士で入浴することもある。		

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	DS・CPもあり、地域の人のみならず、前入居者の方へも気軽に相談や会いに来てくださいの旨、話をしている。看取り後、死亡した利用者の家族の方がボランティアに立ち寄られることもあり。		
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	利用者3名に対して3名の職員が、より深くパーセントケア出来る様担当割で介護している。終末期や失語状態の利用者に対しても寄り添ってケアしている。	利用者の思いや希望を、日々の会話や表情から把握することに努めている。また、職員全員が、利用者に何が出来るかを考えながら支援をしている。	
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	どの職員も利用者から聞いた情報はカンファレンスにて職員間で共有している。		
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	変化をつけるよう、レクや外出(歩行・ドライブ)で現状満足せず、心身状態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	3名利用者3名職員担当で、そのケアのあり方を熟知するよう努めている。カンファレンス時には、意見やアイデアを反映させている。	利用者個々に合わせた介護計画となるように、利用者・家族・職員が密に連携を取り合い作成を行っている。個別支援をプランに盛り込み、その人らしい生活を支えている。	
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	交代時の記録を仕事前によく読み、当日の状況の把握に努め、情報の共有に努めている。		
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	DS・CPの機能を活かし、職員間での柔軟な対応を心掛けている。また、栄養に関しても、厨房による職員への料理講習など実施して嚥下障害利用者への対応もしている。		

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
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	地域交流として、神社への月1回の利用者、職員参加の清掃奉仕活動に取り組んでいる。		
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	かかりつけ医師の理解のもと、365日24H対応としている。往診は月2回。緊急時の指示伺いは上記対応可能としている。	協力医療機関の月2回の往診や歯科医の往診等を行い、利用者の健康の維持管理を行っている。密接な関係を築いており、急変時の迅速な対応等を行うことができるようにしている。	
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	訪問看護ステーションと契約しており、各々の指示指導を多大に頂いている。現在その指導あってこそその看取りを実施している。		
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。	CP等があるため、医療連携室との関係は大変密になっている。救急搬送は当然、体制完備済		
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	終末期・重度化に対して、失語(BPSD)を基準としえ、意志の疎通を重視して対応している。かかりつけ医と連携して十分な説明に取り組んでいる。	利用者の重度化が進み、GHでの共同生活が難しくなった場合は、他施設と連携をし、利用者・家族に合った支援を受けることができるように支援を行っている。	
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	救急対応について、救命講習Ⅰの受講を義務付けている。ADL低下パターン集を作り、過去履歴も参考にしよう、努めている。		
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	防災火災訓練の年2回の実施済。施設には通報装置・スプリンクラーなど、設置済	定期的に防災・火災訓練を行い、職員の防災への意識を高めている。また、職員全員が普通救命講習Ⅰを受講しており、非常災害時には迅速に対応をすることができるように努めている。	

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
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	暴言や当てつけ、嫌味等々を使わない言葉によるよいコミュニケーション作りの為の勉強会を'24実施。誇りを十分持ってもらうよう、(いきいき)心掛けをしている。	利用者の自尊心の尊重をし、日々の支援の中で、利用者からの言葉を否定しないよう気を付けている。また、利用者と相談しながら利用者本人がやりたいことを決め、実行に移している。	
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	職員から声掛けをして、できる限り本人が自己決定できるよう介護している。食事時間の調整や、DSレクへの参加呼びかけなど、常に変化ある生活の中で、こまかいことも決定してもらうようにしている。		
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	作業と介護を分けるように努めている。介護の中では、マンツーマンでの会話が2時間以上に及ぶことも多々ある。		
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	身だしなみに抵抗のある方もみえるが、職員が常に清潔を保つように気を配っている。訪問理容だけでなく、在宅時から通っていた美容院へ通えるよう、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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	調理できる人、好きな人には、一緒に作ってもらっている。嚥下体操には力を入れており、好評です。	昼食前には嚥下体操の「うめぼし体操」を行い、嚥下能力の維持向上を図っている。外食やおやつ作りを定期的に行い、利用者が食事を楽しむことができるように配慮をしている。	
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	栄養配分は、栄養士作成メニューにて管理し、新鮮食材を使ったバランスのとれた摂取を心掛けています。嚥下機能の低下した利用者にはペースト・刻みにする等して提供しています。水分量を記録し、ゼリー菓子等にしながら、摂取に努めています。		
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	食べた後の歯磨きは必ず実施。ADL低下、重度の利用者に対しては、職員による口腔ケアを実施している。		

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	食事前のトイレ誘導が、1つのパターン化されており、確認してトイレへ行ける様、施設内に表示板を掲げている。排泄記録による心身状態の平常化に努めている。	さりげない声かけにより、他の利用者にわからないように羞恥心に配慮したトイレ誘導となっている。誘導は排泄パターンを把握したうえで、利用者の快適で自立した排泄となるように支援を行っている。	
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	バランスのとれた食事提供、毎朝の牛乳等乳製品の摂取。嚥下機能の低下した方にもミキサー食で繊維質も摂れるよう工夫している。散歩も習慣化し、腸の動きが悪くならないようにしている。		
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	週間で決めているが、各々の希望・体調等、考慮して入浴していただいている。	希望や体調に合わせて柔軟に対応をしている。また、入浴時には、利用者の身体状況の変化を確認し、体調変化を早期に発見をすることができるように努めている。	
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	昼夜逆転にならないように配慮しながら、その日の体調等に応じて、休んでいただいている。		
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	誤薬はない様努めている。副作用については勉強会にて理解している。重度化に向けて薬についての意見を専門医と相談できる体制がある。		
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	毎月の計画の中で、役割を決め、各々利用者を楽しんでもらっている。		
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	歩行困難とならぬよう、朝、夕の散歩には努めて誘っている。家族との外出についても介護者が必要な場合は、同行していくようにしている。	朝夕の散歩を日課とし、下肢筋力の維持に努めている。また、利用者の希望や季節に合わせ、行事外出を行っている。	

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
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	本人の認知状態に応じて、自分で管理して頂くこともある。買い物に行くときは、当然職員が付き添い、入出金を確認している。重度の方の必要品は、職員が責任を持って買いにいき、毎月出納帳にわかりやすく記載、ご家族にお渡ししている。		
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	家族への電話に対しては、ご家族の了解を得て、社内電話をかけてもらっている。手紙やその他文書についても住所移転をして頂いた方へは十分な対応をしている。		
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	トイレの場所をわかりやすく矢印にしたり、季節の行事を壁に貼ったりして、室内にいるとわかりにくい季節感を演出するよう努めている。	清掃が行き届いた共用の空間は、日光が差し込み非常に明るい印象である。訪問調査当日は、利用者が思い思いの場所で穏やかに過ごしている姿を見ることができた。	
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	テーブル数や椅子・ソファの配置に心配りをして、1人での居場所作りも努めている。		
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	原則、使い慣れた家具・寝具・調度品をおすすめしている。畳の部屋希望者に対しては置畳にて対応している。失禁のある利用者にもCFシートと簡易トイレにて対応している。	利用者それぞれ趣味の作品や馴染みの物品を居室に持ち込んでおり、個性のある居室となるように配置等工夫を行っている。	
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	安全のための室内手摺は完備済。全館バリアフリー施工済。現在は、外部空間へのバリアフリー化を実施中。全個室に表札をつけ、ご本人が自分の部屋をわかるよう、工夫しています。		

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	2373000989		
法人名	有限会社ウイング		
事業所名	介護支援センターつばさ グループホーム事業部 Bユニット		
所在地	愛知県豊田市下林町4丁目111		
自己評価作成日	平成25年 2月 7日	評価結果市町村受理日	平成25年 8月23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/23/index.php?action=kouhyou_detail_2012_022_kani=true&JiyouvoCd=2373000989-00&PrefCd=23&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
所在地	愛知県名古屋市中区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成25年 2月19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)】

<p>1、外出支援と身体拘束をしないケアの考え方として、施設内の施設は就寝時～朝以外はしません。 2、食に対する支援として、栄養士による生鮮食材を使ったバランスのとれた摂取を心がけ、ご利用者と共に調理しながら提供しています。 3、地域との交流も増え、地域に喜んで頂ける施設作りを目指している。</p>
--

【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> </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 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、生き活きと働いている (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	「いきいきわくわく」の理念を玄関口に掲示。常に念頭に置き、施設運営計画の中で意識して取り組んでいます。		
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	区費を納め、回覧板を廻して貰いながら、1区民として奉仕活動・夏祭りにも参加し、当事業所イベント参加もしていただいて、交流を深めています。		
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	今年度イベントから、認知症サポーター制度の紹介と申込代行を実施。包括支援センターとの協力関係も密にしている。		
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	区長・老人会・民生委員・家族代表・包括支援センターの出席があり、地域サービスの向上について交流を深めている。		
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	包括支援センターとの協力関係がより密になり、認知症サポーターやささえあいネットなどの連絡相談が行えるようになりました。		
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	積極的な外出支援を行うため、施設内の施錠は、原則就寝時～朝のみにしています。		
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	24'研修会実施。研修後の理解を評価するためテストも実施。不合格者なし		

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	全職員向けの勉強会は実施していない。管理職には、教育の一環としてのみ実施している(幹部教育)。また、成年後見人制度が必要と思われるご家族に対しては、活用方法等、説明している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	幹部教育の中で実施している。毎月の会議の中では、一部分を実施。契約時には、同意を得る為の処遇手続きも含め、十分な説明をしている。		
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	家族等訪問時、担当ばかりでなく、管理者が率先して、聞き取るようにしている。包括センターのチラシや苦情箱も設置し、言いにくい事も言って頂けるチャンスを作っています。		
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	月次の会議では、社長も出席し、意見具申を聞き、年2回(6ヶ月毎)全職員個人面談を実施している。		
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	給与水準は時給アップを実施。有給消化率の向上を図っている。やりがいについては、キャリアアップのためのテキスト代の負担や企画して、失敗しても、再挑戦させる工夫をしている。		
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	OJT計画を作り、教育履歴も作って、実践にそくした勉強会の実施。1講座20分と決めて行っている。		
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	愛知県GH協議会の研修会に積極的に参加。ケアマネ等、他施設訪問や同業者の自施設見学も積極的に受け入れている。スローガンは「最初はつばさから」		

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	申込の段階で、利用者面談をし、関係を築くようにしている。面談は、ケアマネ2名で実施。		
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	見学～申込の段階で、介護保険システム全体と他施設も含めた実情を説明し、経年変化に伴う取組方法など、十分に説明して信頼を得るようにしています。面談者・社長・施設長・ケアマネ2名等。		
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	GH入居のみを優先するのではなく、介護の必要性から判断して支援している。見学のみで、今後の安心を得られて感謝されることも多くあります。		
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	一緒に生活しながら本人の思いを考えて、出来ることを積極的に行うようにしようとしている。調理、掃除、洗濯たみなど		
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	家族の面会時には努めて日頃の生活の様子を報告している。また、日常生活を写真に納めて、アルバム作りをしている。		
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	近隣の入居者は面会時、ご本人との関係を聞いて、本人了解のもとに面会してもらっている。看取りの結果、近隣入居者様家族より感謝として寄付を頂き、記念樹設置に繋がりました。		
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	行事、レク、入浴、おしゃべり等、機会あるごとに仲間同士になれるよう、職員から働きかけをしている。友人同士で入浴することもある。		

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	DS・CPもあり、地域の人のみならず、前入居者の方へも気軽に相談や会いに来てくださいの旨、話をしている。看取り後、死亡した利用者の家族の方がボランティアに立ち寄られることもあり。		
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	利用者3名に対して3名の職員が、より深くパーセントケア出来る様担当割で介護している。終末期や失語状態の利用者に対しても寄り添ってケアしている。		
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	どの職員も利用者から聞いた情報はカンファレンスにて職員間で共有している。		
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	変化をつけるよう、レクや外出(歩行・ドライブ)で現状満足せず、心身状態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	3名利用者3名職員担当で、そのケアのあり方を熟知するよう努めている。カンファレンス時には、意見やアイデアを反映させている。		
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	交代時の記録を仕事前によく読み、当日の状況の把握に努め、情報の共有に努めている。		
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	DS・CPの機能を活かし、職員間での柔軟な対応を心掛けている。また、栄養に関しても、厨房による職員への料理講習など実施して嚥下障害利用者への対応もしている。		

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
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	地域交流として、神社への月1回の利用者、職員参加の清掃奉仕活動に取り組んでいる。		
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	かかりつけ医師の理解のもと、365日24H対応としている。往診は月2回。緊急時の指示伺いは上記対応可能としている。		
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	訪問看護ステーションと契約しており、各々の指示指導を多大に頂いている。現在その指導あってこそその看取りを実施している。		
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。	CP等があるため、医療連携室との関係は大変密になっている。救急搬送は当然、体制完備済		
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	終末期・重度化に対して、失語(BPSD)を基準としえ、意志の疎通を重視して対応している。かかりつけ医と連携して十分な説明に取り組んでいる。		
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	救急対応について、救命講習Ⅰの受講を義務付けている。ADL低下パターン集を作り、過去履歴も参考にしよう、努めている。		
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	防災火災訓練の年2回の実施済。施設には通報装置・スプリンクラーなど、設置済		

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	暴言や当てつけ、嫌味等々を使わない言葉によるよいコミュニケーション作りの為の勉強会を'24実施。誇りを十分持ってもらうよう、(いきいき)心掛けをしている。		
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	職員から声掛けをして、できる限り本人が自己決定できるよう介護している。食事時間の調整や、DSレクへの参加呼びかけなど、常に変化ある生活の中で、こまかいことも決定してもらうようにしている。		
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	作業と介護を分けるように努めている。介護の中では、マンツーマンでの会話が2時間以上に及ぶことも多々ある。		
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	その日来る服をご自分で選んでいただき、髪型は訪問理容用を利用いただいている。また、職員による古着のプレゼントも行っている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	調理できる人、好きな人には、一緒に作ってもらっている。嚥下体操には力を入れており、好評です。		
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	栄養配分は、栄養士作成マニュアルにて管理し、生鮮食材を使ったバランスのとれた摂取を心掛けています。水分量を記録し、ゼリー菓子等にしながら、摂取に努めています。		
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	食べた後の歯磨きは必ず実施。ADL低下、重度の利用者に対しては、職員による口腔ケアを実施している。		

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	食事前のトイレ誘導が、1つのパターン化されており、確認してトイレへ行ける様、施設内に表示板を掲げている。排泄記録による心身状態の平常化に努めている。		
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	便秘がちな方には、乳酸飲料を習慣的に摂取していただいている。散歩・体操をする事で腸の動きを活発化し、便秘にならないように配慮している。		
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	在宅時からの習慣も考慮し、その方の希望する時間帯で入浴できるよう支援している。		
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	昼夜逆転者もいるが、その日の身体状況に応じて休んでいただいている。		
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	誤薬はない様努めている。副作用については勉強会にて理解している。重度化に向けて薬についての意見を専門医と相談できる体制がある。		
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	毎月の計画の中で、役割を決め、各々利用者を楽しんでもらっている。		
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	歩行困難とならぬよう、朝、夕の散歩には努めて誘っている。家族との外出についても介護者が必要な場合は、同行していくようにしている。		

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
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	本人の認知状態に応じて、自分で管理したり、こずかい帳をつけて頂いている。買い物に行くときは、当然職員が付き添い、入出金を確認している。		
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	家族への電話に対しては、ご家族の了解を得て、社内電話からかけてもらっている。手紙やその他文書についても住所移転をして頂いた方へは十分な対応をしている。		
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	トイレの場所をわかりやすく矢印にしたり、季節の行事を壁に貼ったりして、室内にいるとわかりにくい季節感を演出するよう努めている。		
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	テーブル数や椅子・ソファの配置に心配りをして、1人での居場所作りも努めている。		
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	原則、使い慣れた家具・寝具・調度品をおすすめしている。畳の部屋希望者に対しては置畳にて対応している。失禁のある利用者にもCFシートと簡易トイレにて対応している。		
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	安全のための室内手摺は完備済。全館バリアフリー施工済。現在は、外部空間へのバリアフリー化を実施中。		

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	63	重度化した利用者の家族の不安に対して、看護能力不足・寝たきり全介助用設備能力不足	①看護常態化利用者に対して、療養型施設への移行を支援する。 ②全介助利用者に対してチーム対応をする。	経済的負担が過度にならぬ様な、施設を斡旋する。 重度化利用者に対して、3人1チームで対処する。	10ヶ月
2	59	一部利用者に、入居した事への不穏が見られる。日中部屋に閉じこもりがちの人もある。	レクリエーション・脳トレーニング時、積極的に参加してもらう。 入居仲間へのあいさつ・掛声の奨励。	日常生活の手助けも積極的に参加し、活動して頂く。 悩みごとを、より多くの仲間と共有して話し合う様にする。	10ヶ月
3	58	昼間、落ちつかず、不穏になる方への対応に（他の人への影響が大きい） 職員間の対応に差が出てくる。	落ちついていい（暮らせる）時間を積極的に会話することで楽しんでもらう。	1時間を標準として傾聴技術による会話を楽しむ。 傾聴技法・ケアプランへの理解を深めるための教育（ロールプレイ）を行う。	10ヶ月
4	65	固定化したメンバーによる、マンネリ化。	・次回テーマを決めることで、提言要望を多く出してもらう。 ・近隣住民・利用者家族への積極的な呼びかけで、メンバーを増やす	・年間計画の作成と会議後の報告書を参加者全員へ送付する。 ・次回テーマの要望の聞き取りをする。	10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。