

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	2374900328		
法人名	愛知三愛福祉会		
事業所名	グループホーム あいわ (ユニット1)		
所在地	愛知県日進市米野木町南山987-58		
自己評価作成日	平成25年 1月20日	評価結果市町村受理日	平成25年 4月22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=kouhvu_detail_2010_022_kani=true&JiyosyoCd=2374900328-00&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	愛知県名古屋市長区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成25年 2月28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)】

自然に囲まれ静かで穏やかな環境の中で、のんびりと笑いのある日々を過ごしている。利用者が健康でのびのびと生活できるよう、又、利用者の新しい可能性や生きる喜びをみつけられるようスタッフと利用者で協力し支えあいがら暮らしている。

【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)】

新たに着任した管理者を中心に、利用者が一日でも長くホームで楽しく過ごせるように、職員が全力で支援にあたっている。協力的な家族が多く、利用者と一緒に外出や外食、自宅への泊まりなどの支援協力をしており、家族・ホームが一体となって利用者の暮らしを支えている。
 経営法人の関連施設が近隣に所在していることを利点とし、利用者の重度化や要介護度の進行等による、より適した施設への移行にも対応できるほか、協力病院も隣接しており、緊急事態の対応にも安心感がある。
 周囲の豊富な自然や、木の温かみのある建物とあいまって、利用者や家族、職員からぬくもりが感じられるホームである。

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	「慣れ親しんだ地域で、その人らしく生活していくこと」の大切さをスタッフ間で話し合うことを心がけ、具体的にどの様に取り組んでいくかを話し合っている。	法人理念については、会議や研修時の理事長講和で唱和しているため、参加した職員は理解している。新管理者は、グループホームであることの意味を追求していきたい旨の意向を示している。	職員の異動を機に、職員全員で「ホームの目指すもの」を話し合うことを望みたい。
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	自治区の回覧板を回してもらい、地域の季節の行事に参加できるようにしている。	近隣には民家がほとんどないが、自治会に加入して回覧板等で情報を得ている。隣接する関連施設内の喫茶店に出かけたり、ボランティア訪問を通じて地域とのつながりを保っている。	
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	事業所独自の活動はないが、入居相談、施設見学を随時受け入れ、ホームの役割を説明している。		
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	活動報告や事故報告、利用者の生活状況の報告を行い、意見交換をしている。あいわでの活動に生かせることは随時生かす様になっている。	2カ月に1度、市職員、地域包括、民生委員、自治会長等の参加を得て、活動・行事報告を中心に意見・要望の聞き取りを行っている。多くの家族に参加を呼び掛けているが、現状は難しいところである。	会議の呼称にとらわれず、興味の湧くテーマを盛り込むことで出席率の向上を目指したり、ホームが認知症ケアのノウハウの発信源としての役割を担えるような取り組みを期待したい。
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	運営推進会議を通して現状報告し、情報提供をもらっている。	市職員が常に運営推進会議に参加しており、ホームの課題や現状は伝わっている。問題が発生した場合でも連絡を密に取り、情報や助言を得ている。包括支援センターからは入居相談等で協力関係を築いている。	
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	法人内の職員研修で学ぶ機会をもち、身体拘束をしないケアの周知徹底を図っているが、十分な取り組みとはいえない。	玄関や窓は無施錠のため、鈴やチャイム音で利用者の行動を察知して、自由な行動をできるだけ妨げない支援を行っている。強い帰宅願望で何度も離設する利用者の方家族に対し、見守りすることで生じるリスクについて説明し、了解を得て対応している。	
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	法人内の職員研修で学ぶ機会をもち、理解を深めるようにしている。日々のケアで見過ごされないようミーティングで情報交換している。		

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	ホームとして学ぶ機会はない。		
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	入居前にそれぞれのご家族に契約内容を説明している。又、「あいわ」での生活をどのように送っていくのかを話し合い、理解を得るようにしている。		
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	面会時に近況報告をスタッフで行い、日々の様子を伝えるよう心がけている。些細な内容でもスタッフスタッフに伝えてもらえるように話をしている。	運営に関する意見要望は少ないが、預かり金の補充等で家族が来所する機会を増やし、話し合いを行っている。訪問が難しい家族に対しては、電話で状況報告等をした際に意見を聞きとっている。	
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	毎月第3日曜日にミーティングを行い、スタッフの意見や思いが話せる場を設定している。	毎月第3日曜日開催のミーティングには、当日従事者及び参加できる者を交えて、約1時間半ほどの意見交換・状況報告を行っている。議事録を作成し、参加できなかった者にも周知できる対策をとっている。	
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	スタッフ全員が意見を持って働ける環境整備への取り組みは不十分である。		
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	法人内の月1回の研修と2か月に1回のステップアップ研修へは参加しているが、日々の業務の中での参加は難しい。		
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	同市内のグループホームとの交流はほとんどないが、入居者の情報交換は随時行っている。		

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	必要に応じ体験入居、施設訪問、自宅訪問をし、本人が不安等を話せるような関係づくりに努めている。		
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	家族が不安や心配事など、どんな事でも話しやすい、相談しやすいよう接している。		
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	入居相談、申込み時に本人さんの様子を家族より聞き、ホームへの入居が最善なのか話し合い、他の情報の提供もしていく。		
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	スタッフも利用者から学ぶ姿勢を忘れず、お互い支えあいながら利用者さんの意志を大切に心がけている。		
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	お客様ではなく、一緒にお茶を飲んだり、食堂で他住人さんと接してもらえようとしている。日々の出来事を伝え、何かあった時は一緒に考えていく様にしている。		
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	時々面会や電話があるが、月日とともに途切れてきている。	敬虔なキリスト教信者である利用者のため、日曜礼拝等の継続への支援を続けている。関連施設へ移転した元利用者や、病院受診後に立ち寄ってくれる知人等の情報を把握して、馴染みの関係継続を支援している。	
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	その時に状況によりスタッフが間に入り穏やかな関わりが持てるよう心がけている。又、利用者の何気ない会話や行動の観察にも注意している。		

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	全員ではないが、可能な限り特養へ移った住人さんにあいわ住人さんと会いに行っている。		
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	日々の生活の中で、思いや望みが何かを言葉や行動から把握し、ささいな変化も見逃さないよう注意している。	利用者の思いや意向は、日々の生活の中で行動や言動から把握して対応している。意向の表せない利用者には、話した内容や様子をミーティング等で話し合い、サービスに活かしている。	
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	入居時に家族や本人から今までの暮らしぶりなどを伝えてもらっている。入居後も面会時に随時話を聞き、情報を得ている。		
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	今までの生活スタイルも含め、一人ひとりに合わせた暮らしを提供できる様、本人、家族と話し合いながら支援している。		
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、家族の思いをできるだけ聞き、介護計画に反映させている。毎月のミーティングで一人ひとりの生活について介護計画に沿った生活が送れているか、モニタリングを行う。	概ね半年ごとにモニタリングを行っている。それを基に家族や職員の意見を加味し、次期間の計画を作成している。利用者の状態の変化には、こまめにかつ早めに対応している。	
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	日々の生活記録を大切に、スタッフ全員が住人さんの情報を共有し、情報把握に努めている。ミーティングや申し送りが必要時は検討し、計画の見直しに結びつけている。		
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	柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいるとはいえない。		

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
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	病院、消防署、スーパー、コンビニ、喫茶店、薬局等、様々な資源を活用し、豊かな思いで生活できるようにしている。		
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	月に一回の定期受診はスタッフが付き添い、随時家族に報告している。必要に応じ家族同行での受診もしている。	眼科、耳鼻科など利用者希望の受診は原則家族対応だが、付添い費用の利用者負担により、代行できる旨を重要事項説明書や口頭で紹介している。	
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	月1回開催する近隣施設看護介護連絡会で情報交換、相談をしている。法人内看護職員とも協働できている。		
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。	月1回近隣施設看護介護連絡会で情報交換、関係づくりはできている。入院中もできるだけ病院に顔を出し、情報交換や相談するよう努めている。		
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	原則、重度化対応や終末期対応はしていない。次の生活の場をどのようにしていくか、家族と話し合い対応している。	契約書・重要事項説明書とも重度化した場合の基準は明記していないが、医療行為が必要になった時点で医師、家族を交えた協議を行っている。	できるだけ早い時点で重度化した場合の指針を定め、職員にも周知されることを提案したい。
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	救急救命講習を定期的に受けている。又、法人内研修にて介護技術の研修を受け、実践に役立っている。		
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	年に2回尾三消防署の指導のもと、避難訓練を実施している。震災時の避難訓練も年に1回行っている。	年2回、消防署の協力を得て、初期消火に失敗した想定で避難・誘導の訓練及び消火器使用訓練を実施している。スプリンクラーの設置も完了しているが、木造建築であり火災発生には細心の注意を払っている。	避難後の見守りについては、今後も地域の協力体制が維持できるよう、運営推進会議等を通じて依頼さ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
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	日々の生活の中で馴れ合いで住人さん一人ひとりの個にあった丁寧な介護を忘れがちである。ミーティング時等にスタッフ間で事例検討などで話し合っている。	利用者の誇りやプライバシーを傷つけたり、言葉で押さえつけるような言動がないように心掛けている。利用者の気持ちを大切にし、温かい言葉かけやさりげない支援を行っている。	
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	住人さんが自己表現、自己決定できるよう接遇に気をつけている。		
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	住人さん全員の一人ひとりのペースに合わせた支援はできていない。ケアプラン担当者を中心にスタッフ全員が住人さんの想いを理解し日々のケアを実践していきたい。		
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	朝の整容は行っているが、その人らしい身だしなみとは言えず不十分だ。		
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	食事づくりや片づけ等は利用者を手伝ってもらい、生活の役割の一部を担ってもらっているが、食事を食べる時間や空間をもう少しゆったりと楽しく食べられるよう支援していきたい。	職員が交代で献立を考えて調理しており、利用者が極力参加できるように献立を工夫している。誕生日や行事日には、特別食を用意して生活に潤いを持たせている。	
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	一人ひとりに合わせた量やバランスの支援はできている。食事も住人さんと一緒に食べ、必要時は介助している。		
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	月に1回歯科衛生士による口腔ケアを行い、必要なケアの指示を受け、毎食後実施している。		

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	必要な住人さんにはチェック表を用意し、トイレ誘導している。排便についても記録していき、必要時は担当医に相談し、指示ももらっている。	自立排泄が困難な利用者や状態が変化した場合は、トイレ誘導の回数を増やしたり、パッドに変えるなど一人ひとりに合わせた支援を行っている。	
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	排便チェックしていない住人さんの様子にも注意し、対応している。食事バランスや運動にも配慮し、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ず、個々にそった支援をしている	チェック表を見ながら、どの住人さんにも楽しんでもらうようにしている。入浴中も談笑してもらえるよう支援している。	在宅時の生活習慣を考慮し、入浴は原則的に夕食後の19時～21時の間に支援している。入浴を好まない利用者には無理強いのない声かけで、入浴したいと意向が出るタイミングに合わせて支援している。	
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	日中はできるだけ様々な活動を行い、夜間良眠できるように心がけている。又、無理強いのないようにも注意し、必要時は日中臥床してもらっている。		
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	内服薬の個人ファイルを使用し、一人ひとりの内服状況の把握に努めている。変更時は、体調の変化や行動に注意し、様子観察している。		
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	買物、外出の好きな住人さんは、スタッフと一緒に買物に行き、花の好きな住人さんは花壇を一緒に作ったり居室に花の世話をしてもらうなど。		
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	季節ごとの外出や買物、喫茶店には出かけているが、一人ひとりのその日の希望に沿い、出掛けることはできていない。	どの利用者も公平に外出が出来るように配慮しているが、個々の希望を実現するまでには至っていない。日常的には買い物に出かけたり、近隣の関連施設の喫茶店や散歩に出かけているが、遠方への外出は少なくなっている。	

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
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	1名以外は基本的にスタッフが金銭管理している。		
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	暑中見舞い、年賀状、手紙の返事等、随時スタッフとともに書くようにしている。		
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	生活感のある居心地の良い空間づくりは配慮できている。さらに居心地良く過ごせるよう、季節の花を飾るなどの工夫をしていきたい。	木の温もりが感じられる建物で、1枚ガラスの大きな窓が多く室内が明るい。食堂や居間に面して、こじんまりした和室が各所にあり、訪問時には雛段が飾られていた。木に囲まれた生活空間は、手触りや風情が利用者に馴染み、安心感につながっている。	
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	食堂以外に4畳ほどの畳の部屋やソファに座りTVを見たり、音楽を聞いたりするスペースもあり、利用している。		
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	今までの生活が継続できる様、愛用の家具、衣類、寝具等を持参してもらっている。又、花が好きな住人さんには、鉢花を飾り、育ててもらっている。	木造り引戸の居室入り口は、懐かしい雰囲気がある。室内には筆筒や仏壇などが持ち込まれ、思い思いの小物を飾って、その人らしい、居心地のよい部屋づくりを行っている。	
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	安全を第一に環境づくりをしている。又、一人ひとりの思いや生活能力に合わせ、安心して生活してもらえよう支援していきたい。		

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	2374900328		
法人名	愛知三愛福祉会		
事業所名	グループホーム あいわ (ユニット2)		
所在地	愛知県日進市米野木町南山987-58		
自己評価作成日	平成25年 1月20日	評価結果市町村受理日	平成25年 4月22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_2010_022_kani=true&JkyosyoCd=2374900328-00&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	愛知県名古屋市長区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成25年 2月28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)】

自然に囲まれ静かで穏やかな環境の中で、のんびりと笑いのある日々を過ごしている。利用者が健康でのびのびと生活できるよう、又、利用者の新しい可能性や生きる喜びをみつけられるようスタッフと利用者で協力し支えあいながら暮らしている。

【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)】

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	「慣れ親しんだ地域で、その人らしく生活していくこと」の大切さをスタッフ間で話し合うことを心がけ、具体的にどの様に取り組んでいっかを話し合っている。		
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	自治区の回覧板を回してもらい、地域の季節の行事に参加できるようにしている。		
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	事業所独自の活動はないが、入居相談、施設見学を随時受け入れ、ホームの役割を説明している。		
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	活動報告や事故報告、利用者の生活状況の報告を行い、意見交換をしている。あいわでの活動に生かせることは随時生かす様にしている。		
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	運営推進会議を通して現状報告し、情報提供をしてもらっている。		
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	法人内の職員研修で学ぶ機会をもち、身体拘束をしないケアの周知徹底を図っているが、十分な取り組みとはいえない。		
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	法人内の職員研修で学ぶ機会をもち、理解を深めるようにしている。日々のケアで見逃ごされないようミーティングで情報交換している。		

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	ホームとして学ぶ機会はない。		
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	入居前にそれぞれのご家族に契約内容を説明している。又、「あいわ」での生活をどのように送っていくのかを話し合い、理解を得るようにしている。		
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	面会時に近況報告をスタッフで行い、日々の様子を伝えるよう心がけている。些細な内容でもスタッフスタッフに伝えてもらえるように話をしている。		
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	毎月第3日曜日にミーティングを行い、スタッフの意見や思いが話せる場を設定している。		
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	スタッフ全員が意見を持って働ける環境整備への取り組みは不十分である。		
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	法人内の月1回の研修と2か月に1回のステップアップ研修へは参加しているが、日々の業務の中での参加は難しい。		
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	同市内のグループホームとの交流はほとんどないが、入居者の情報交換は随時行っている。		

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	必要に応じ体験入居、施設訪問、自宅訪問をし、本人が不安等を話せるような関係づくりに努めている。		
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	家族が不安や心配事など、どんな事でも話しやすい、相談しやすいよう接している。		
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	入居相談、申込み時に本人さんの様子を家族より聞き、ホームへの入居が最善なのか話し合い、他の情報の提供もしていく。		
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	スタッフも利用者から学ぶ姿勢を忘れず、お互い支えあいながら利用者さんの意志を大切に心がけている。		
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	お客様ではなく、一緒にお茶を飲んだり、食堂で他住人さんと接してもらえようとしている。日々の出来事を伝え、何かあった時は一緒に考えていく様にしている。		
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	時々面会や電話があるが、月日とともに途切れてきている。		
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	その時に状況によりスタッフが間に入り穏やかな関わりが持てるよう心がけている。又、利用者の何気ない会話や行動の観察にも注意している。		

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	全員ではないが、可能な限り特養へ移った住人さんにあいわ住人さんと会いに行っている。		
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	日々の生活の中で、思いや望みが何かを言葉や行動から把握し、ささいな変化も見逃さないよう注意している。		
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	入居時に家族や本人から今までの暮らしぶりなどを伝えてもらっている。入居後も面会時に随時話を聞き、情報を得ている。		
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	今までの生活スタイルも含め、一人ひとりに合わせた暮らしを提供できる様、本人、家族と話し合いながら支援している。		
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、家族の思いをできるだけ聞き、介護計画に反映させている。毎月のミーティングで一人ひとりの生活について介護計画に沿った生活が送れているか、モニタリングを行う。		
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	日々の生活記録を大切に、スタッフ全員が住人さんの情報を共有し、情報把握に努めている。ミーティングや申し送りが必要時は検討し、計画の見直しに結びつけている。		
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	柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいるとはいえない。		

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
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	病院、消防署、スーパー、コンビニ、喫茶店、薬局等、様々な資源を活用し、豊かな思いで生活できるようにしている。		
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	月に一回の定期受診はスタッフが付き添い、随時家族に報告している。必要に応じ家族同行での受診もしている。		
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	月1回開催する近隣施設看護介護連絡会で情報交換、相談をしている。法人内看護職員とも協働できている。		
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。	月1回近隣施設看護介護連絡会で情報交換、関係づくりはできている。入院中もできるだけ病院に顔を出し、情報交換や相談するよう努めている。		
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	原則、重度化対応や終末期対応はしていない。次の生活の場をどのようにしていくか、家族と話し合い対応している。		
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	救急救命講習を定期的に受けている。又、法人内研修にて介護技術の研修を受け、実践に役立っている。		
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	年に2回尾三消防署の指導のもと、避難訓練を実施している。震災時の避難訓練も年に1回行っている。		

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
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	日々の生活の中で馴れ合いで住人さん一人ひとりとの個にあった丁寧な介護を忘れがちである。ミーティング時等にスタッフ間で事例検討などで話し合っている。		
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	住人さんが自己表現、自己決定できるよう接遇に気をつけている。		
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	住人さん全員の一人ひとりのペースに合わせた支援はできていない。ケアプラン担当者を中心にスタッフ全員が住人さんの想いを理解し日々のケアを実践していきたい。		
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	朝の整容は行っているが、その人らしい身だしなみとは言えず不十分だ。		
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	食事づくりや片づけ等は利用者を手伝ってもらい、生活の役割の一部を担ってもらっているが、食事を食べる時間や空間をもう少しゆったりと楽しく食べられるよう支援していきたい。		
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	一人ひとりに合わせた量やバランスの支援はできている。食事も住人さんと一緒に食べ、必要時は介助している。		
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	月に1回歯科衛生士による口腔ケアを行い、必要なケアの指示を受け、毎食後実施している。		

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	必要な住人さんにはチェック表を用意し、トイレ誘導している。排便についても記録していき、必要時は担当医に相談し、指示ももっている。		
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	排便チェックしていない住人さんの様子にも注意し、対応している。食事バランスや運動にも配慮し、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ず、個々にそった支援をしている	チェック表を見ながら、どの住人さんにも楽しんでもらうようにしている。入浴中も談笑してもらえ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	日中はできるだけ様々な活動を行い、夜間良眠できるように心がけている。又、無理強いのないようにも注意し、必要時は日中臥床してもらっている。		
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	内服薬の個人ファイルを使用し、一人ひとりの内服状況の把握に努めている。変更時は、体調の変化や行動に注意し、様子観察している。		
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	買物、外出の好きな住人さんは、スタッフと一緒に買物に行き、花の好きな住人さんは花壇を一緒に作ったり居室に花の世話をしてもらうなど。		
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	季節ごとの外出や買物、喫茶店には出かけているが、一人ひとりのその日の希望に沿い、出掛けることはできていない。		

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	1名以外は基本的にスタッフが金銭管理している。		
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	暑中見舞い、年賀状、手紙の返事等、随時スタッフとともに書くようにしている。		
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	生活感のある居心地の良い空間づくりは配慮できている。さらに居心地良く過ごせるよう、季節の花を飾るなどの工夫をしていきたい。		
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	食堂以外に4畳ほどの畳の部屋やソファに座りTVを見たり、音楽を聞いたりするスペースもあり、利用している。		
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	今までの生活が継続できる様、愛用の家具、衣類、寝具等を持参してもらっている。又、花が好きな住人さんには、鉢花を飾り、育ててもらっている。		
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	安全を第一に環境づくりをしている。又、一人ひとりの思いや生活能力に合わせ、安心して生活してもらえよう支援していきたい。		

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	1	法人理念については理解しているが、「あいわ」独自の目指すケアや理念はない。	「あいわ」独自の目指すケアや理念をつくる。	毎月のミーティングで話し合いを重ね、決定する。	6ヶ月
2	49	季節ごとの行事はできているが、日常の外出は、買物と喫茶店が多く、又、同じ住人さんが行くことが多い。	住人さんひとりひとりに合わせた外出ができるよう、個別、又は少人数での外出を担当者を中心に実現する。	外出が増やせるよう勤務表を調整する。担当者を中心に、ミーティングで外出先を決定していく。	12ヶ月
3	40	日常の食事でも住人さんの意向が取り入れられているが、より住人さん目線の食事が提供できるようにしていきたい。	住人さんリクエストによる献立の作成を月1回程度行う。	ミーティングで各月の当番職員を決め、当番となった職員は住人さんから希望を聞き、献立を作る。	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。