

自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 28 年 12 月 16 日

【事業所概要【事業所記入】】

事業所番号	3491500496		
法人名	医療法人 紅萌会		
事業所名	認知症対応型共同生活介護事業所 グループホーム小春		
所在地	福山市神辺町川南547番地7		
	電話番号	084-960-0883	
自己評価作成日	平成 28年 10月 17日	評価結果市町村受理日	平成29年1月5日

※事業所の基本情報は、介護サービス公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先

【外部評価機関概要【評価機関記入】】

評価機関名	一般社団法人 みらい
所在地	広島県福山市山手町1020番地3
訪問調査日	平成 28 年 11 月 29 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)】

- ・日常生活の中で自分でできる事を見つけ、できるだけ自立した生活を続け自分らしさを保てるよう、支援している。またレクリエーションとして折り紙、塗り絵、貼り絵などを楽しみながら行っている。
- ・利用者が体調不良になられた時は系列病院で対応している。緊急を要する時には、主治医の指示のもと「福山記念病院へ搬送する。」急変時は老健看護師と連携をはかり適切な指示をもらっている。
- ・月に一度、小春会議
- ・2ヶ月に一度、運営推進会議を行い地域の方やご家族の方に参加して頂いている。

【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)】

国道182号線に面していて、周辺は会社や商店が多く、商業地帯となっている。事業所の敷地内には同法人の老人保健施設、デイサービス事業所が併設され複合施設となっている。研修や行事等は合同で実施し、研修面は充実されていて、各職員のスキルアップに繋がられている。また、毎年恒例になっている行事の一つである納涼祭には地域の方、ボランティア、家族等多くの方が参加され利用者にとっては楽しみとなっていると共に交流の場にもなっている。ケア面に於いては一人ひとりのできる事は活かし、自分らしく生活出来る事を大切にされた支援を心掛けている。利用者も少人数(9人)という事もあり、職員との関わりも密であり、家族の様に一人ひとりに寄り添い、会話を大切にその人の思いに沿い、落ち着いて穏やかに過ごせる環境づくりをされている。2年前からの課題であった運営推進会議も2ヶ月に1回開催し、利用者、家族代表、認知症地域支援推進委員、民生委員、行政等の方々の参加により勉強会や災害訓練等と共に行う事もあり各分野の方の参加が毎回得られ地域の理解と協力体制へと繋がられてきている。特に医療面に於いては医療連携が充実していて、健康管理や緊急時の対応も24時間体制であり、また、併設の老健に看護師が常駐している事もあり、急変事も速やかに対応する事ができ、利用者、家族にとっても安心である。管理者、職員も優しく、明るく、家庭的な雰囲気の事業所となっている。今後更なる取り組みに期待したい。

自己評価および外部評価結果

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	申し送りをする場所に掲示し、職員がそれぞれ自覚を持ち、理念を共有し実践に向け日々取り組んでいる。また朝の申し送り前に皆で唱和している。	職員の意見を基に作成した独自の理念を毎朝の申し送りの際、唱和し、意識付けをされると共に日々のケアを振り返る機会とし、統一したケアを実践されている。	
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	運営推進会議や事業所主催の納涼祭、消防避難訓練を通して関係づくりに努めている。またチャレンジウィークの受け入れにより地域との交流を図っている。	毎年恒例になっている併設施設と合同の納涼祭に民生委員や地域やボランティアの方等が多く参加され交流の場となっている。また、地域の中学生の体験学習も受け入れ触れ合う機会を持つと共に散歩時には挨拶を交わし地域の一員として交流が図れる様取り組まれている。消防訓練への協力も得られている。	
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	実施していない。		
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	定期的開催し利用者状況や行事報告、外部評価の結果内容を伝え、さまざまな意見を得てサービス向上につなげている。イベント情報やボランティア情報も得ている。H27年度より、2ヶ月に一度の運営推進会議を開催している。	利用者、利用者家族をはじめ各分野の方々の参加の下、現状を多岐にわたり報告し、質問事項に沿って意見交換をされ、立場の違う方々の貴重な意見を得、サービスに活かしている。避難訓練や他の行事の中でする事もあり、色んな情報が把握でき有意義な会議となっている。	
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	市町村担当者とは相談し易い関係ができています。不明な点があれば、電話・運営推進会議で相談しアドバイスをいただき日頃のケアに反映させている。	毎回運営推進会議へ参加してもらっている為、実情は理解されている。その中で相談する事もある。また、疑問点等についても出向いたり、電話等で助言等してもらい協力関係が築かれている。包括支援センター主催の健康教室の依頼があり協力している。	
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	併設老健の勉強会に参加し、職員間でも身体拘束をしないケアに取り組んでいる。玄関のドアが開けば警報機が鳴るようにして自由に出入りができるように対応している。	拘束はしないと言う事を周知している。リスクに対しても職員で話し合い工夫や要因について検討し職員同士で声かけしながら見守り重視で対応している。研修も併設の施設の勉強会に参加し、具体的な行為については理解されている。	
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	併設老健での勉強会に参加し、職員間でも言葉、行動などに気を付けながら防止に努めている。		

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	必要な方に活用できるよう、制度の話し合いは行っているが、十分に把握することは難しい。関係者には出来る限りの情報提供などを行っている。		
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	実施している。		
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	家族の訪問時(面会)に日々の生活状況を伝える中で、意見や要望が出やすい雰囲気作りに努めながら、聞き取るようにしている。意見や要望については、職員に周知すると共にサービスにも活かしている。	訪問時や電話等で、現状を報告する際、聞き取る様務めている。日頃から信頼関係を築き些細なことでも見逃さず把握し、その中での意見や要望は記録し、申し送りや会議で職員に伝え、個々に対応すると共に反映させている。また、家族アンケートも実施している。	
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	日々の業務の中で聞き取るようにしている。	申し送りや月1回の小春会議で提案や意見を聴取する様務めている。気軽に言える雰囲気なので出し易い、また、日々気付きがあればその都度提案している。出された意見等は職員で話し合い、反映させている。働き易い環境づくりに取り組まれている。	
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	法人本部と話し合いを行いながら対応している。H27年4月より時間有休が取得できるように取り組みを行った。		
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	年間の研修計画を作成し対応を行っている。		
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	併設老健での勉強会に参加や納涼祭等の行事やボランティア訪問に合わせて交流を図っている。		

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	本人の思いや精神、身体状況も把握し受け止める努力をしている。		
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	機会あるごとに話を聞き、信頼関係を築いている。		
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、家族と一緒に話し合い、いま一番必要と思われるサービスが利用できるよう努めている。		
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	実施している。		
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	行事等に家族の方も一緒に参加していただいている。		
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	家族の方が定期的に訪問されたり、親戚の方や知人なども来所されている。また家族の方と外出されたり、気持ちよく訪問できる環境づくりにも取り組んでいる。	自宅近くまでドライブに出かけたり、以前御世話された幸運仏のお祭りに行かれたり、また、法事に出られる方もいる。日頃から家族や親戚の方の訪問やイベント等で出会う機会もあり、関係が長く継続出来る柔軟な支援をされている。	
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	一緒に歌を唄ったり、色塗りや編み物、ゲームなどをされたり、利用者同士が関わり合え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
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	長期入院等により、退去された利用者や家族の方が、相談されたり、今後について話し合ったりしている。		
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	日々の行動や表情、生活歴から把握し、ケアプランに思いを取り入れ、家族の協力を得ながら対応している。意思疎通が困難な方には、家族からの情報と日頃の日常状況から把握するように努めている。	会話の中や選択史から、また、家族からの情報や表情、行動から把握し、買い物や食べたい物等の希望が出たり、編み物が得意だったとの家族からの希望で毛糸や棒針りを準備され出来る時にしてもらおう等、それぞれの意向に沿った支援をしている。	
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	入居前や入居時に、本人や家族の方に生活歴や趣味、馴染みの暮らし方の話を聞き、職員全員が把握できるようにしている。		
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	日々、把握するように努めている。		
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	モニタリングは、個々の担当者が行い、記録を基に本人の思いや家族の意見を取り入れ、カンファレンスで検討し、計画書を作成している。見直しは6ヶ月毎としているが、3ヶ月毎にモニタリングを行い確認している。	アセスメントや生活状況(できる事、出来ない事)、家族や本人の思い、職員の意見等を基にカンファレンスで検討し、本人本位の計画を作成している。モニタリングは3ヶ月毎に行い、見直しは半年としている。状態変化が起きた場合はその都度現状に即した見直しをしている。	
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	実施している。		
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	緊急な場合や他科受診は、家族の要望を踏まえ可能な限り事業所で柔軟に対応している。		

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	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に支援している	本人や家族の希望のかかりつけ医となっている。協力医療機関による、月2回の往診や希望により訪問歯科の対応もある。他科への受診は家族対応となっているが、状況に応じ同行支援も行っている。	協力医療機関の往診が月2回あり、個々の希望で訪問歯科支援もある。他科については基本家族対応であるが柔軟に支援している。緊急時や夜間等も24時間対応ができると共に看護師との連携ができている為安心である。結果等についても適宜家族に報告し共有している。	
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	併設の老健看護師と連携を図っており、適切な受診や看護を受けられるように支援している。		
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。	病院関係者との情報交換に努めている。		
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	利用者、家族には、契約時書類にて説明をしている。看取りの指針や重度化した場合の手順もあり、職員間での話し合いも行っている。	利用開始時看取りについての説明はしている。現段階では急変した場合は主治医から家族に説明してもらい、家族の納得が得られた段階で併設の老健施設に入所してもらっているが、老健施設の看護師の指示を得ながら終末期ぎりぎりまでは支援されている。	
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	急変時は、併設の老健看護師に連絡を取り、指示をもらい対応を行っている。		
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	年2回、併設の老健と合同で、消防避難訓練を実施している。職員の役割担当を決めて、地域の方の参加協力のもとで行っている。	消防署指導1回、自主訓練1回、併設の老健と共に実施し、日中、夜間(2人)を想定し、通報、消火、避難方法等についての訓練を行い、地域の方の協力も得られている。利用者の避難確認は居室の名札を落とす事で速やかに対応できるよう工夫されている。他の災害については時折話し合っている。	

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	施設全体の研修やプライバシーの研修を通じて、日々話している。一人ひとりに応じた言葉かけや対応に配慮し支援している。	馴れ合いになっても常に節度ある対応をするよう心掛けている。どの場面でも尊厳を大切に個々にあった声かけをするよう周知し、職員間でも気づいた時は注意し合っている。併設の施設の研修に参加すると共に日々話し合っている。記録等についても配慮している。	
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	本人の思いや望みを言える事が出来る関係づくりをしている。本人の思いにそって生活ができる様に支援している。		
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	基本的な1日の流れはあるが、状況を踏まえて利用者の希望に添えられるように支援している。		
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	本人もしくは家族の希望により、散髪希望があれば、外部より理容師が来所されているので、依頼し希望に添える様に支援している。		
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	食事が楽しめるよう、利用者の状態により下準備から手伝ってもらったり、おはぎなど自分で作る機会を設けたり、誕生日には、その人の好きな献立で対応している。会話のある人同士を同じテーブルにする等の工夫した対応を行っている。	出来る方には下ごしらえやテーブル拭き等してもらい、力量発揮の場面作りをしている。おやつ作りは声かけしながら楽しくしてもらっている。食を促す声かけやメニューの話を楽しみながら楽しい時間となっている。皆さん完食。	
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	一人ひとりのコップの量を把握し、水分補給に気を付けて、体調管理を行っている。食べる量も一人ひとりの状況に応じて支援している。		
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、口腔ケアの声掛けを行い、自分で出来ない方には介助を行っている。		

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
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	排泄チェック表や表情、行動から把握し、日中はトイレ誘導を行い、夜間は状況に応じ個々に対応している。起立困難な利用者の方は、居室でパット交換を行っている。	個々の時間帯や表情、行動等から把握し日中はトイレ誘導され立位や座位をしてもらう事で機能維持とパットの軽減に繋げている。排便チェックもされ不穏にならないよう取り組まれ、食べ物や運動等でコントロールされている。	
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	個々により対応の違いはあるが、飲み物の工夫や運動(歩行)等に取り組み排泄のコントロールを行っている。		
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	回数と時間帯は決まっているが、希望やタイミングに合わせた対応で湯温についても希望を聞き入浴をしてもらっている。	週2回、午後となっている。その日の希望を聞き、本人が気持ちよく入浴してもらえるよう柔軟にしている。湯温やゆっくり入りたい方には希望に沿うようにしている。拒否の場合は無理強いせずタイミングや工夫をし清潔保持に努めている。	
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	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	薬の効能書き、副作用の注意点をファイルしている。職員が理解し、服薬支援、症状変化の確認に努める。薬剤師が訪問され説明などを行われている。		
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	一人ひとりの生活歴や趣味を把握して、日々の生活に取り組んでいる。洗濯物たみをされたり、新聞折り、散歩をされたりして過ごされる。		
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	散歩は日課としており、気候に合わせて散歩をしている。近隣へ買い物に出かけたり、季節に応じた外出(花見など)を行い、出かける機会を持つように取り組んでいる。	四季折々の外出(花見、コスモス畑)等に出かけたり、近隣の大型スーパーやコンビニなどに買い物に行かれたり、散歩は、毎日、日課となっていて、外気に触れる機会を持たれている。出来るだけ閉じ込めないで、楽しみごとと気分転換、五感刺激となる支援に努めている。	

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
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	家族からお金を預かり、利用者が希望されれば、一緒に近隣の店に買い物に行っている。		
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	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	共有空間はゆったりとしたスペースがあり、季節感を取り入れた飾りつけをして、居心地良く過ごせるように工夫している。	季節感を感じる飾り付けをされ、利用者の作成した作品や一年ごとの集合写真が飾られている。スペースも広く明るくゆったりとしている。死角もなく食事準備の音や匂いが五感刺激となると共に家庭的な雰囲気である。不快な匂いもなく室温にも配慮されている。	
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	思い思いに過ごされている。		
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	使い慣れたものや好みの物を置かれたり、家族の写真などを飾られ、居心地良く過ごせる居室となっている。	家族の写真やお誕生日のご自分の写真、自分が作成されたぬり絵等が飾られ、使いやすい工夫と、自宅に近い環境づくりで落ちついて過ごされている。清掃が行き届いている。	
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	トイレの場所には、「トイレ」と大きく張り紙をしたり、洗面所には、青い花を目印にしたり自立して暮らせるように努力している。		

V. サービスの成果に関する項目【アウトカム項目】

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	○	①ほぼすべての利用者の	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ます	○	①ほぼすべての家族と
			②利用者の2/3くらいの				②家族の2/3くらいと
			③利用者の1/3くらいの				③家族の1/3くらいと
			④ほとんど掴んでいない				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	○	①毎日ある	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		①ほぼ毎日のように
			②数日に一度程度ある				②数日に1回
			③たまにある			○	③たまに
			④ほとんどない				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		①ほぼすべての利用者が	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広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている		①大いに増えている
		○	②利用者の2/3くらいが			○	②少しずつ増えている
			③利用者の1/3くらいが				③あまり増えていない
			④ほとんどない				④全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き活きた表情や姿が見られている		①ほぼすべての利用者が	66	職員は生き活きと働けている		①ほぼ全ての職員が
		○	②利用者の2/3くらいが			○	②職員の2/3くらいが
			③利用者の1/3くらいが				③職員の1/3くらいが
			④ほとんどない				④ほとんどない
60	利用者は戸外の行きたい所へでかけている		①ほぼすべての利用者が	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				②利用者の2/3くらいが
			③利用者の1/3くらいが				③利用者の1/3くらいが
			④ほとんどない				④ほとんどない
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	○	①ほぼすべての利用者が	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利用者の2/3くらいが				②家族等の2/3くらいが
			③利用者の1/3くらいが				③家族等の1/3くらいが
			④ほとんどない				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	○	①ほぼすべての利用者が				
			②利用者の2/3くらいが				
			③利用者の1/3くらいが				
			④ほとんどない				

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	4	運営推進会議について	<ul style="list-style-type: none"> ・2ヶ月に1回の会議を継続していく。 ・家族・地域住民、民生委員、市町村職員、包括職員に参加して頂き、意見交換を行っていき、それを今後のサービスに反映させていく。 	地域の方(地域住民、民生委員、町内会長、包括、市町村職員)に継続して参加して頂けるように依頼していく。	12ヶ月
2	2	地域との付き合いについて	地域住民と交流をもう少し増やしていく。	<ul style="list-style-type: none"> ・散歩時に挨拶をすることで顔見知りの関係に繋げていく。 ・地域での行事に参加する。 	12ヶ月
3					
4					
5					

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。