

### 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	1170600355		
法人名	有限会社ナーシングケアセンター		
事業所名	グループホーム ふれあいの家		
所在地	埼玉県春日部市南1-7-5		
自己評価作成日	平成29年2月1日	評価結果市町村受理日	平成29年4月3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	<a href="http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/11/index.php">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/11/index.php</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	株式会社ユーズキャリア		
所在地	埼玉県熊谷市久下1702番地		
訪問調査日	平成29年2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"> <li>・利用者の自立支援と言う視点から役割を持って頂き、又 足・腰の機能低下予防としてレクリエーションにも力を入れて取り組み、生き生きとした毎日を送っていた。</li> <li>・スタッフ全員が専門研修への参加に積極的であり 自己研鑽に努めている。</li> <li>・地域との関係を絶やさないよう努めている。</li> <li>・駅から近く、買い物等楽しめる事 又反面、田舎風景の所もある。</li> <li>・行事等を通じてボランティアの受け入れもしている。</li> </ul>
--

**【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>東武伊勢崎線春日部駅西口より徒歩15分程にある定員9名、1ユニットのグループホームである。住宅に囲まれ、近くにスーパーや病院、公共施設、公園等があり暮らしやすい環境にある。三食手作りで提供される食事は家庭的を心掛け、入居者に調理の下ごしらえや準備を手伝って頂き、今持っている力を発揮できる支援に取り組んでいる。「笑顔、チームワーク」を目標としながら全職員で入居者に寄り添い、自立に向けた支援を行っている。</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、その時々々の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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	事業所理念とホーム理念があるが入居者一人一人の支援をする為に、具体的な行動指針となるよう 毎年目標を立て職員はその目標を共有し実践している	年度末に翌年度の目標を職員全員で話し合い、作成している。日々の小休憩時や月1回のカンファレンスで理念を振り返り、意識の共有を図り実践につなげている。	
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	運営推進会議の開催、町内行事への参加、地元商店へ買い物に行ったりして、地域との交流を図っている。	自治会に加入しており、地域の情報は回覧板から得ている。運営推進会議に近隣住民に参加頂いたり、傾聴ボランティアの受け入れや公民館で行われる地域サロン等に入居者と共に参加し交流を図っている。	
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	運営推進会議を利用して認知症理解の為、職員が受けた研修の内容を公表している。		
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	4回にわたり介護予防運動指導員の指導のもと、介護予防のための体操や口腔体操を行った。	2ヶ月毎に開催している。入居者、職員、近隣住民、市役所介護保険課職員等、多数参加のもと、ホームの現状や活動内容を報告し、質疑応答等により双方向の意見交換を行い、サービスの向上に活かしている。	
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	春日部市がすすめているボランティア制度を積極的に受け入れており、運営推進介護の際には市の出前講座も利用している。	運営推進会議に参加して頂き、その都度、入居者の様子やケアサービスの取り組みを伝えている。密に連絡を取り合いながら良好な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 代表者および全ての職員が「介護保険法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	夜間は防犯の面から戸締りとして施錠している。日中は鈴などを付けて予防し無断で外出される方に対して原因を見極め利用者に寄り添うケアに努めている。	道路に面しており、防犯上、夜間は施錠している。外出願望の強い方は日々の関わりの様子から兆候を察知した際にはさり気なく声を掛け、散歩等にお連れし、安全面に配慮した自由な暮らしに努めている。管理者は外部研修に参加し、報告会等の内部研修で周知を図っているが、まだ充分ではないと考えている。	拘束による弊害やリスク等を十分に理解し、職員全員が意識の共有を図るため、更なる取り組みが望まれる。
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	職員全員で話し合いの場を持ち虐待防止に取り組んでいる。 就寝介助や特に入浴時には注意に努めている。虐待に関する研修にも参加している。		

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	成年後見人制度を利用している入居者もいる為、カンファレンス等で職員に説明しながら勉強している。又パンフレットを掲示している。		
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	契約に際しては不安や疑問点を確認しながら十分な説明を行い、理解・納得に努めている。		
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、苦情箱を設置している。又相談連絡先のポスターを掲示している。 月一回、家族への通信にも記載している。	玄関に意見箱を設置し、市の介護相談員のポスターを掲示している。家族には面会時に声掛けし、何でも言って頂けるような雰囲気作りを心掛けている。意見、要望があった場合、職員全員で話し合い、運営に反映させている。	
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	1日2回の小休憩が職員の意見交換の場になっている。コミュニケーション作りの大事な時間であり入居者の変化やサインを確認・記録しチームケアに反映している。	毎日2回、小休憩があり、入居者の変化やサインを確認、記録、申し送り等で意識の共有を図り、チームケアに活かしている。管理者は日常的に要望や意見を聞くように心掛け、話しやすい雰囲気づくりに留意している。出された意見はケアプランや運営等に反映させている。	
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	賃金アップや社内・社外研修・処遇改善に取り組んでいる。 ・自己目標管理シート		
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	研修への参加は積極的に勧めている。又社内研修・勉強会を開催しスタッフのキャリアアップにつなげている		
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	2ヶ月に1度 グループホーム連絡会を実施、ネットワークづくりに努めている。 実践者研修、初任者研修生等幅広く受け入れしている。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入居前からの面接やアセスメントを十分に行っている。		
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	入居相談時から、入居後も家族と話し合うよう努めている。面会来訪時又は電話により話す機会を持つよう努めている。		
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	入居希望者多数の時、本当にホームへの入居が良いか、他のサービスでももう少し在宅が可能かどうか十分に検討している		
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	職員全員が本人のできることを試行錯誤しながらひとつでも多く発見していくよう努めている 受容、傾聴、寄り添いに心がけている。		
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	利用者に変化があった時は必ず電話連絡をし、来訪時には日頃の様子を伝え 又、病院への受診をお願いしたりしている。		
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	家族はもちろん、友人、知人の来訪時には、ゆっくりと話しが出来るように支援している。(リビングや居室)	日々の関わりから本人の言葉や表情等から思いや意向の把握に努めている。家族の協力の下、友人等との面会や行きつけの美容院、お墓参り等に出掛け、馴染みの関係継続に努めている。	
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	座席の場所は必要に応じて慎重に決め時々替えている。職員は利用者が他の利用者を支えることが一番大切だと周知している。		

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	他の施設へ移ったり、入院の場合、家族の了解を得て面会に行っている。		
<b>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</b>					
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	日常生活の支援の中で、その方の思いをキャッチし、笑って楽しく安心、安全に過ごせるようなチームケアに努めている。	入居者の日頃の会話や生活状況から思いや意向の把握に努め、さり気なく分かり易い言葉掛けに配慮している。日々の申し送り等で得た情報を共有し、家族と話し合い、どのような暮らしが最良なのかを検討している。	
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	入居前の情報をしっかり把握して暮らしぶりを担当ケアマネと連絡を密にし、必ず訪問して面接を行っている。		
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	決められた日課はあるものの、本人の自由に過ごすことを優先させている。 振り回される介護に心掛けている。		
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	当面の介護計画を作成し、その後、情報が追加されたとき計画の見直しを行っている。本人と家族を含めて目標を話し合っている。	入居者、家族の思いや意見を聞き、話し合い、計画を作成している。日々のケアで変化に気付いた際には意見等を取り入れ、柔軟に対応し計画に反映させている。	
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	入居直後は本人の状態として気付きを一覧に記入しスタッフ間で情報を共有している。又個人記録に日々変化があればスタッフ同士話し合い、介護計画の見直しに活かしている。		
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	本人に必要と思われるサービスを可能な限り取り入れている。 ・在宅マッサージ ・訪問歯科 ・インフォーマル的なボランティアを受け入れている		

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	月に一度の介護相談員や毎週、傾聴ボランティアに来訪して頂いている。 又月に一度自治会で開催している「高齢者サロン」へ積極的に参加している。		
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	提携病院と本人希望のかかりつけ医と相談しながら不安を取り除くよう支援している。 認知症専門の病院に受診連絡票を持参の上、通院し良いアドバイスを得ている。	希望するかかりつけ医を受診することができる。 受診は家族対応となっている。適切な診察が受けられるよう、健康状態を記した「受診連絡票」の支援をしている。協力医による訪問診療が月2回あり、週1度の口腔ケア等、希望される方には、受診支援を行っている。	
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	24時間、看護師との連絡が可能で相談・指示を仰ぐことができる。 看護師への連絡ノートを利用して利用者の変化に対応している。		
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。	入院した場合、本人、家族から希望を聞きながら早期退院に向け、病院と連携を計っている。		
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	入居時に急変時対応について又は延命措置について主治医から家族に説明をして頂き、同意を得ている。 入居時に重度化に対する指針を明確にしている。	入居時に本人、家族と話し合い、ホームで対応し得る範囲について、指針を明確にし十分に説明している。重度化に伴う変化の際には、その都度、本人、家族と話し合い、ホームと方針を共有し検討の上、支援している。	
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	職員全員が普通救命講習を受講している。 カンファレンスにて看護師より指導を受けている。		
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	防火計画書を作成している。災害時における緊急避難時職員のフローチャート作成している。 自治会会館も一時避難場所にと協力得ている。	年2回、5月と10月に入居者と職員が参加し、昼と夜間を想定した避難訓練を実施しているが、現在は地域住民や消防署の参加までには至っていない。	消防署に協力を依頼し、地域住民の災害時対策に関する理解を求め、協力体制を築いて行く事が望まれる。

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	会話では自尊心が傷つかないように言葉や態度に気をつけるよう努めている。自身の身内と利用者を置き換え、入浴、排泄介助には特に注意するよう職員には常々伝えている。	一人ひとりの人格を尊重し、人生の先輩として敬う心を持って対応している。トイレ、入浴等さり気ない言葉掛けや、羞恥心、自尊心に配慮した支援を全職員で共有して行っている。	
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	認知症の為に思いがうまく伝えられない為、日々の生活の中で態度や会話の中から把握できるよう洞察力を高めるよう努めている。		
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	ホームでの生活として一日の流れは決められているがそれにとらわれるずゆっくりとした日々過ごしてもらおう。		
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	お正月に着物を着たり、お誕生会や外出時にはお化粧をするよう心掛けている。		
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	一人一人の能力に応じ調理の下ごしらえや食事の準備や10時と3時のお茶を入れて頂いている。時々ホットプレートを使い調理しながらの食事もしている。	食材を購入し、職員が3食手作りで提供している。玉葱の皮むき等本人が出来る事をサポートして頂いている。時には希望により、焼きそばやお好み焼き等を皆で調理しながら、職員と同じテーブルで会話をしながら食事を楽しんでいる。	
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	食事・水分量はきちんと記録し足りない時は本人の好みに応じて工夫している。栄養状態はDr.Nsとも相談している。		
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、声かけ、見守り、又は介助にて全員の口腔ケアを行っている。訪問歯科の指導も受けている。		

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	個人の排泄記録を元に可能な限り声かけし誘導して失敗のないよう支援している。	チェック表で一人ひとりの習慣や排泄パターンを把握し、ニーズに沿った対応を心掛けている。羞恥心に配慮しトイレでの排泄を目標としながら自立に向け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	医療との連携をし、排泄コントロールをしているが水分補給、体操、歩行などに力を入れている。		
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	個浴で週に3回だが、希望があればいつでも入浴可能 本人の希望によりシャワー浴、足浴、清拭で対応することもある。	基本的には週3回、午後に個浴で対応している。拒む方には無理強いをせず、時間をずらしたり、声掛け等の工夫をしている。時には菖蒲湯や柚子湯等で季節感を味わって頂いている。	
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	10時、3時のお茶も飲む場所は自由、就寝介助は、一人ひとりスタッフがじっくり関わり「おやすみなさい」「又来ますよ」と安心して入眠できるよう支援している		
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	医者と看護師の指導の下、職員全員が薬に対して留意している。 誤薬の無いよう服薬させる職員と確認する職員の2人チェック体制をとっている(マニュアルを使う)		
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	本人が関心のある事が何かアセスメントで把握し習字・裁縫・料理・庭の手入れ等、楽しみが持てるよう支援している。		
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	地域の行事への参加、外食・花見・遠足等出来る限り行くように支援している。 入浴日以外は買い物・散歩などの外出支援している。	天気の良い日は近隣への散歩やスーパー等で買い物をしたりし、気分転換を図っている。公民館の地域サロンに参加したり、季節の花見やドライブを楽しんで頂いている。家族の協力の下、美容院、お墓参り等の外出準備の支援をしている。	



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
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	買い物では自分で支払いをする事が出来るよう支援している。移動パン屋に來訪して頂き、全員が参加して好みのパンを購入している。		
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	年賀状、暑中見舞い等定期的に出すよう支援している。電話もいつでも使用可能であり、家族からの電話の時も本人と必ず話をさせるよう支援している。		
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	季節感が常にあるように、花や飾り物を利用して居心地よく暮らせるよう工夫している。	リビングにキッチンが配置されており、食事の支度を身近に感じることができる。行事の写真やお雛様、季節の貼り絵等を飾り、明るい空間を作り、居心地よく過ごせるように工夫している。	
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	リビング内には畳のコーナーもあり、廊下にはソファ、外にはベンチもあり2階非常口前に籐の椅子・テーブルあり、自由に利用してもらっている。		
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を活かし、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	可能な限り、使い慣れた身近なものを持参してもらっている(食器、写真、椅子、テーブル、位牌、加湿器)	居室はエアコン、押し入れ、床頭台が備付けされている。今迄の生活スタイルで暮らせるよう、思い出の物や使い慣れた食器等、お気に入りの物を持ち込んで頂き、居心地よく自分の家として過ごせるように工夫し、支援を行っている。	
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	通路・トイレ・浴室等には全て手すりを設置している。 トイレへの誘導案内を貼ったりしている。		

## 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	(13)	避難訓練を年2回、実施しているが、地域住民の参加までに至っていない	避難訓練に地域の住民を招き、災害対策に関する理解を求める	地域の住民に、事前に避難訓練の日時を伝え、参加を求める	10ヶ月
2	(5)	職員が高齢者虐待防止関連法や虐待防止について学ぶ機会を増やす	職員が高齢者虐待について理解し、虐待防止の意識を持つ	高齢者虐待防止のために、職員参加の勉強会を設け、虐待防止についての理解を深める	10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。