

1 自己評価及び外部評価票

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2072700723		
法人名	社会福祉法人 協立福祉会		
事業所名	高齢者グループホームなのはな		
所在地	長野県東筑摩郡山形村2526-1		
自己評価作成日	平成31年1月30日	評価結果市町村受理日	平成31年3月22日

※事業所の基本情報は、公表センター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://kaigo.nsyakyo.or.jp/modules/general/general_divindex.php?jigyo=2072700723&gi
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社マスネットワーク
所在地	長野県松本市巾上9-9
訪問調査日	平成31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)】

「いつもあきらめない介護をめざします」を理念とし、一人ひとりの個性を活かし入居者本位の生活が送れるよう支援に努めています。

【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)】

隣には系列法人の診療所、デイケアが設置、運営されており、医療面に関する支援、連携をはじめ利用者同士の交流や車など設備の共用でも連携を図りサービスの向上に努めている。医療面の連携については、日頃の健康管理から看取り時の対応を含めて、利用者、家族だけでなく施設で働く職員への安心にも繋がっている。施設は、中央に大きなサンルームがあるため大変明るく、木材も多く使用しているため居心地良い雰囲気である。事業所独自の理念が作成されているが、職員は理念を具体化させるため毎年目標を立て取り組んでおり、3月に振り返りと反省を実施して話し合い、全員で次年度の目標を作成。理念の具現化に努めている。職員は、「いつもあきらめない介護をめざします。」という事業所理念のもと、認知症高齢者の人格を尊重し、出来ることを引き出す支援に努め、モップ掛けやゴミ捨て、食器拭き等の役割のある生活を実現、また安易にオムツに頼らず、清潔保持にも徹底した排泄介護など、質の高いサービスを日々提供している。
--

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。ユニットが複数ある場合は、ユニットごとに作成してください。

ユニット名()		項目	取り組みの成果 (該当する箇所を○印で囲むこと)	項目	取り組みの成果 (該当する箇所を○印で囲むこと)		
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向をつかんでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	①ほぼ全ての利用者の ②利用者の2/3くらいが ③利用者の1/3くらいが 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ます。 (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。 (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。 (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させている。 (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				

自己評価及び外部評価結果

〔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。	法人の理念に基づいた、事業者の理念を掲げ全員で介護の実践に取り組んでいる。	法人理念に基づく事業所独自の理念がつけられ、玄関、スタッフルームに掲示されている。また理念を具現化するため年間目標を全職員で作成しており、年度の反省を行い話し合いながら目標を決めていく過程で理念の共有が深まり、実践へと繋がっている様子が伺える。	
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。	地域ボランティアの方々、保育園、中学校、他施設との交流を行っている。季節ごとの野菜の差し入れもあり、地域交流ができています。	今年度から区費を払い地域の自治会に加入した。地域ボランティアの来訪が頻繁でハーモニカやオカリナ等の演奏、保育園の園児、中学の職場体験、民生委員の掃除等、毎月交流している。また近所の農家から季節ごとに野菜の差し入れがある等日常的に交流している。	
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。	年1回の健康祭りで館内見学を開催しているが、来訪者はほとんどなく、理解や支援の方法など活かしていない。		
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。	2か月に1回の会議の開催を実施し地域の方々より意見、アドバイスを頂き改善に努めている。	2ヶ月に1回の年6回開催されている。参加者は、利用者家族、地域の方(区長・民生委員、友の会会員)、行政担当者など。今年度は会議で出た意見で地元消防団との連携が始まる等運営に活かされている。	更に活発な会議の運営を目指す上で、多様な方の参加を促すなどして、地域との連携を深めていかれることを期待します。
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。	運営推進会議にて、事業所の取り組み、事故報告、空き情報等の報告を行い情報交換に努め良い関係を築いている。	市町村担当者とは、2ヶ月に一度の運営推進会議にて事業所の取り組みや利用者の暮らしぶりを伝え、協力関係を築くよう取り組んでいる。	市町村で主催する事業所の連絡会や地域ケア会議等にも積極的に参加する等され、更に連携を深めていかれることを期待します。
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。	学習会への参加で理解を深め、危険を伴う事柄は職員間で意見交換、情報共有し、拘束をしないケアを実践している。	現状身体拘束は行われていない。身体拘束に関する研修が法人全体及び事業所単体でも行われており、拘束しない介護への認識が職員間で共有されている。過去に病院からつなぎを着て戻った方がいたが、施設では普段着で対応した。玄関も日中は開錠されている。	
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。	学習会へ参加し、情報共有し日常的にもお互い注意い合う取り組みを行っている。		

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
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。	地域の中で学ぶ機会はあるが、今年度は参加できていない。		
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。	実施できている。		
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。	年4回のモニタリング、年2回の家族会、来訪時等で入居者の様子を伝え、家族の要望、意見を頂く事ができ、運営に反映させている。	面会等の家族来訪時に入居者の近況を伝えると共に要望・意見等を伺っている。2ヶ月に1回の運営推進会議、年2回の家族会でも家族に意見を伺っている。また玄関に意見・要望を表せる投書箱が設置されている。	投書箱などの設置や活用方法、案内等を工夫され、更に利用者、家族等が意見、要望を表出しやすい環境を整えられることを期待します。
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1回の職場代表者会議で職場の意見、状況の報告ができている。毎月の部会で意見、要望、提案を聞く機会を設けている。	毎月1回全職員が出席する事業所内会議を開催、そこで出された職員からの意見・要望は、法人が開催する職場代表者会議で話し合わせ、職員の声が反映されるシステムが出来ている。個別面談が年1回あり、意見・要望を聞く機会となる。	
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。	要望、意見をくみ取り、個々の個性を活かした業務分担を行い、より良い人間関係の構築に努めている。		
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。	研修、学習会への積極的参加を促している。学習内容等は、部会で報告を行い、情報共有をおこなっている。		
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。	毎月ボランティアを通し他事業所デイとの交流ができている。月1回診療所、訪問看護との会議を設け、より良いケアの向上に繋げている。		

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。	入居前に本人、家族と面談し要望に耳を傾け安心につなげる努力を行っている。		
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。	入居前の聞き取り、その時々々の要望に耳を傾け不安がないよう働きかけている。		
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。	聞き取りにより、色々な提案を行っている。		
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。	一人ひとりに寄り添い、その人らしさを尊重し、残存機能を活かした暮らしの支援を行っている。		
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。	本人の思い、状況等、来訪時や電話にて報告し家族と共に連携しながら支援をしている。		
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。	家族、友人、知人等が自由に来訪できる環境を整えている。又、外出等、家族に協力を仰いでいる。	殆どの利用者が村内の出身であるため、友人、知人が自由に来訪出来る環境作りに努めている。また関係継続のため年賀状や電話でのやりとり等支援している。馴染先への外出等は車を借りて施設で行くケースと、家族の協力を得て出掛けるケースがある。	
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。	全体レクリエーションを通し顔なじみの関係作りに努力し、席順等配慮し入居者同士円滑に過ごせる様努めている。		

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。	必要に応じ家族の相談を行っている。		
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。	入浴時等、マンツーマンで対応できる機会に思いを聞き取ったり、発した言葉から本人の思いを把握し、できる限り思いに添えるようケアの提供を実施している。	管理者が中心となり、利用者との日々の関わりの中で、表情やしぐさ、様子なども含めて思いや意向の把握が出来る様、職員への指導に努めている。また気付いたことは記録をし職員間でも共有に努めてチームで思い、意向の把握をしている。	
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。	4か月に1回のモニタリングで見直しを行い、必要なケアの導入など振り返りを行っている。		
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。	申し送りで情報の共有を行い意見交換し、有する力が出せるようケアに取り組んでいる。		
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。	状況の変化の報告はもちろん、モニタリング、カンファレンスを行い、家族、看護師と話し合いを設け介護計画に反映させている。	担当が中心になり毎月モニタリングを行い評価している。3ヶ月に1回計画の見直しを実施する共に、必要があれば申し送りの際等に、ミニカンファレンスを行い迅速に支援の見直しを行い、現実に即した支援を提供する仕組みがある。	
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	日々の細かい気づきを記録し、情報共有し介護計画の見直しの実践ができています。		
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。	その都度相談しながら、可能な限り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。	ボランティアの受け入れ、散歩、外食、外出を 実践し変化ある暮らしの支援に心掛けている。		
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2回往診、週1回訪問看護、年2回歯科往診といった医療連携を築いている。	かかりつけ医の決定については、本人、家族の希望を大切にしている。隣接する系列の診療所が協力医になっており月2回の往診がある。訪問看護が週1回訪問し利用者の健康状態を把握、協力医との連携を図りながら利用者の医療面を支えている。専門医への受診時には、施設で文書を作成したり、ケースにより同行する等十分な受診支援をしている。	
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。	緊急時はもちろん、週1回の訪問看護にて報告を行い、適切な医療を受けられる体制がとれている。		
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。	サマリーにて情報提供ができています。入院中も担当看護師、相談員と連絡を取り合い情報交換を密に行い関係づくりを実践している。		
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。	早い時期から家族、医師、看護師、職員との話し合い実施。また、状況の変化に応じその都度話し合いを実施し、双方納得のいく終末期を迎えられる支援を実践している。	体調が落ちてきた時点で家族に対してかかりつけ医の医師より予後の説明があり、家族を含めたチームが情報を共有、医療と介護が連携し、本人・家族を支える仕組みがある。かかりつけ医療機関の看護師による看取りに関する勉強会が定期的に開催されており、看取り後についても振り返りのカンファレンスを行いサービスの質の向上に努めている。	
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。	看護師との学習会や、マニュアルで実践力を身につけている。今年度の新人職員への指導が必要。		
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3回の消火器、避難訓練を実施。隣接する診療所と共に実施し協力体制をとった。運営推進会議にて訓練結果を報告し、有事の際、地域消防団の協力を仰げる体制が整っている。	年3回の避難訓練を実施し、昼間想定、夜間想定、通報、消火器の訓練を行った。水、食料、オムツ等の備蓄もされている。今年度から地元消防団の協力が仰げる体制が整った。	確実にステップアップされている項目ですが、来年度予定されている夜間想定避難訓練の実施に加え、更に近隣地域との災害に関する連携が深まることを期待します。

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
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。	一人ひとりに合わせた声掛け、誘導ができており適切なケアの実践ができています。	法人全体の会議や事業所内の会議にて、一人ひとりの尊重とプライバシー確保に関して学ぶ機会を設けている。また日頃から管理者が中心となり、日々の介護の中での言葉掛けや対応について職員へ指導を行っており、配慮して取り組まれている。	
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	傾聴に心掛け思いをくみ取り、希望に添えるよう支援している。		
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。	個々の生活ペースに配慮し、身体状況に合った生活の支援を実施し、無理強いしないケアを提供している。		
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。	家族の協力を仰ぎ、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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	施設内の畑で野菜を作り、季節感ある献立の提供希望献立、外食、行事食を取り入れ、一緒にテーブルを囲み会話あふれる食事を実践。	焦らず、その人のペースで食事提供する事を心掛けている。利用者には後片付けなど出来る範囲での参加してもらっている。季節に応じた行事食を大事にしており、春のふき味噌作り、お彼岸のおはぎ、干し柿、野沢菜漬け等々、利用者と一緒に皮むきや調理等を行っている。	
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。	一人ひとりに合わせた食事の提供(嚥下状態、咀嚼状態、量)ができています。		
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。	毎食後必ず自分で行っている。できない部分は介助で行っている。		

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。	一人ひとりに合わせたケアを実践している。失敗を減らせるようその人に合わせた時間で誘導し軽減に取り組んでいる。	排泄表を活用し一人ひとりの排泄リズムを把握することでトイレへの誘導を行い、それにより紙パンツから布のパンツに戻れた方もいる。尿路感染を防ぐため清潔保持を徹底しており、下着は毎日交換しオムツの方は交換毎に陰部洗浄を行っている。	
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。	排泄チェック表を活用し排便の確認を毎日実施。食事量、水分量をカルテに記入し把握。看護師の指導のもとその人に合わせ薬で排便を促している。		
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。	体調に合わせ、できるだけ本人の意思を尊重している。	一人ひとりの希望、タイミングに合わせて曜日を変更するなど対応している。職員は利用者1対1のマンツーマンで支援しゆったりとした関わりを心掛けている。お湯は一人ひとり交換し清掃もしている。浴室窓から見える風景にこだわりがあり、木製の扉、竹が植えられ、さながら温泉旅館に似たような雰囲気となっている。	
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。	冬季は湯たんぽの提供を実施。家族の協力を得て季節に合った寝具の提供。一人ひとりに合った時間で休息できる環境を支援している。		
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。	診療所より服薬の指導を受け、内服ケアを実施している。誤薬防止に力を入れカンファレンスの実施を行っている。		
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。	役割分担は無理の無いように行い、可能な作業はスタッフと一緒に日々の生活に変化を取り入れる努力をしている。		
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。	気候の良い季節には外出を取り入れ気分転換をはかり、散歩可能な方へは散歩支援を実践している。スタッフだけでは対応できない事柄は家族の協力をもらっている。	職員と一緒に隣接する診療所のゴミ捨て場までゴミを捨てに行ったり、敷地内を散歩する等、日常的な外出支援に努めている。年2回、車を利用して食事会・ドライブで外出する機会を設けている。また本人の希望を確認し施設で対応が難しいケースは、家族の協力を得ながら支援している。	

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。	金銭管理は行っていない。		
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。	本人の希望に合わせ支援している。		
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。	季節に合わせた装飾の工夫、自由にくつろげるホールづくり、不快にならないよう、空調の管理の実践をしている。	施設の中央に大きなサンルームがあるため採光が良く、施設内は大変明るくなっている。また床や壁には多くの木材が使われているため温かい雰囲気であり、全体的にとっても居心地の良い施設である。フロアや廊下の壁には季節に合わせた作品や交流している保育園児からの絵などが飾られ、それらも心地よい雰囲気を作っている。	
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。	ソファで自由に過ごしたり、窓際で日光浴したり好きな本を自由に読める環境を提供している。		
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。	馴染みの物を持ち込み、壁面への装飾は本人の好みに合わせ居心地よく過ごせる支援を実施している。	和室と洋室があるがどちらも自宅のような落ち着いた設えとなっている。居室は持ち込みの制限がなく自宅で使っていた筆筒や写真、思い出の品々などが飾られており居心地良く過ごせるように配慮されている。備え付けのクローゼットには洋服が掛けられるようになっており本人が選びやすい様になっていた。	
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。	居室の表札を見やすくする。トイレを大きく表示する等、迷う事なく過ごせる工夫を実践している日めくり、新聞等自由に活用できるように支援している。		

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	35	災害対策において、近隣地域との連携を深め協力を仰げる様関係作りに努めていく。	近隣地域の方々の協力が得られる関係を築いていく。	年2回の訓練時に地元の消防の方、近隣の住人の方がたに参加協力をお願いし、有事の際の協力体制を整えていく。	24ヶ月
2	4	運営推進会議でのメンバーの見直し、議題の工夫を行い、参加しやすい会議運営を目指していく。	幅広い方々にお声をかけ、会議に参加していただき、なのはなを知って頂く。	交流のある保育園、中学校、駐在、消防、近隣住民ボランティアの方々等、参加頂き、その時々に参加メンバーに合わせ議題を工夫していき、マンネリ化しない会をめざす。	24ヶ月
3	10	意見、要望を表出しやすい環境を整える	資料等、活動内容を開示し気軽に意見、要望を出せる工夫をする。	地域会議の議事録、評価結果等資料を自由に閲覧できる様スペースを玄関に設置する。現在ある投書箱をわかりやすい位置に置き換え、投書用紙にも項目をつけ、意見が書き易い工夫をする。	12ヶ月
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。