

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	2092500095
法人名	社会福祉法人ジェイエー長野会
事業所名	グループホームあぐり河野
所在地	長野県下伊那郡豊丘村河野1669-3
自己評価作成日	平成28年12月28日
評価結果市町村受理日	平成29年3月30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.kaigokensaku.jp/
----------	---

〔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 医療福祉事業部
所在地	長野県松本市巾上13-6
訪問調査日	平成29年1月24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)〕

平成18年2月開設。開設当初より常に入居者本位のケアに心掛け、安心安楽の暮らしが継続出来る環境をスタッフ一人ひとりが真剣に捉え、入居者や入居者家族が「あぐり河野」で生活でき本当に良かったと思って頂けるように努めてきた。
個々との関わりを特に大切に、食事の準備や片付け、掃除、洗濯物たたみ等お手伝いを願ひし、スタッフと一緒に協力し支え合っている。
ADLの低下が見られる入居者には作業療法士をお願いして、リハビリ体操を行い機能維持に努めている。家族との思い出や絆を大切に家族合同の食事をしています。近くの小学校とは相互訪問、ボランティアの訪問等地元の方々と交流しております。本年度4月よりジェイエー長野会との合併により、法人の理念、行動目標に基づき、基本方針を掲げ、職員間で共有している。

〔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)〕

利用者が安心してここで暮らすことが出来るよう、利用者と家族の関わりを大切に考えた支援をしており、家族との食事が開かれている。焼肉大会も子供だけでなく、家族みんなが参加して行われている。四季折々の衣類交換も家族が来て利用者と一緒にやっており家族と利用者に積極的に関わっている様子がうかがえる。地域の医療機関との連携や訪問看護や作業療法士の利用など、利用者が適切な医療が受けられるよう支援している。学校や地域、ボランティア、企業など多くの協力体制があり支えられている。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目№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

ユニット名()			
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 ↓該当する項目に○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 (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、活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+Enter) 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、ホームの基本方針を掲げ、職員会・ケア会議時に全員で唱和し、理念の共有と実践に努めている。 また、基本方針の見直し、再確認を毎年職員全体で行っている。	ホームの基本方針は年度初めに全員で話し合い見直しをしている。会のあるごとに唱和し、認知症ケアの中で気付きを持って実践につながるよう努めている。	
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	近隣の小学校と相互訪問で世代間の交流を深めている。 地区の祭事や行事など招待を受けたり、ボランティアの訪問があり、交流を深めている。	昨年できたホーム横のサロンでは行政と連携して介護予防教室が開かれており、利用者も参加し交流している。学校や多くのボランティア組織との日常の交流がある。納涼祭には地区の人にも声をかけ参加して頂いている。	多くの方の支援を得ている事業所なので、事業所の基本方針に沿って更に、事業所側からの地域への具体的な発信を広げて行き、利用者の馴染みの暮らしを創って頂きたい。
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	ホーム主催の納涼祭行事には地域の方々を招待して入居者と一緒に楽しんでいる。 入居者と接する事で認知症の人の理解を深めている。 地元短大や中学校の実習受け入れも行っている。		
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	2ヶ月に1回定期的に行い、ホームの情報を発信して意見や助言を頂いている。 意見は入居者へのサービスの質の向上、職員の職場環境改善の参考としている。	行政や学校、地区の方々が委員となり定期的に開催され、活動の報告や利用者の状況などに付いて話し合われ、サービスの向上に努めている。	会議の記録の取り方を検討され、会議録を残し、よりサービス向上につなげて頂きたい。
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	行政・包括支援センター、社会福祉協議会等関連機関への連絡・報告を行い、最新の情報を受けサービスの質の向上に活かしている。	入居に関することや入院に付いてなど事業所の状況を担当者に伝え、常に連絡を取り合い、協力関係を築くよう取り組んでいる。	

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
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	身体拘束の学習会を実施。 「身体拘束排除宣言」を玄関先に掲げ、実践に取り組んでいる。玄関の施錠は夜間に防犯のために行なっている。	車いす利用者が歩いてしまうなど特に夜間心配な面もあるが、柵で囲うことはせずフットコーンなどで工夫し、身体拘束のないケアに取り組んでいる。外部の研修にも参加している。	
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	虐待防止の研修会へ参加し、学習会を実施。虐待防止への理解を深め、ホームで虐待が発生しないよう全スタッフが努めている。		
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	研修会に参加し質の向上を計る。		
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	運営規程、契約書、重要事項説明書などは時間を掛け、納得されるまでわかりやすく説明して同意を得ている。要望や疑問に付いても、必ず聞くようにしている。		
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	入居者の意見や要望は日々の生活の中から汲み取り、家族の要望や意見は家族会を開き聴く機会を設けている。面会時に家族が話しやすい雰囲気作りを心掛けている。	家族会の時、日常の面会や受診の時など家族と会う時に話を聞き、意見を取り入れるよう心掛けている。	
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	個別面談・全体会議・職員会、日々の業務の中で職員からの意見や提案を聞くようにしている。	個人面談や職員会などで意見を出し合っており、上部にも意見が届くようになっている。	

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
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	職員の働く意欲や、やりがいなど、向上心を持って働けるよう、環境を整える等の配慮、対応に努めている。		
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	研修にはなるべく多くの職員が受講できるようにしている 全体研修会において、研修報告会を実施する機会を設け、全職員が共有できるように図っている。		
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	グループホームの連絡会に参加や、視察研修の受け入れを行い、交流し意見交換会を行い、サービスの質の向上に向けて取り組みを行っている。		
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	傾聴し、ご本人の気持ちを受け止め、安心が保たれるよう、関係作りに努めている。		
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	ご家族の話を聴き、今困っている事等を聴き出し関係作りに努めている。		
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	どのような介護を求めているのか、相談をし他の選択肢も含め対応に努めている。		

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
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	畑仕事や家事レクリエーションを入居者と一緒に に行い、長年の経験をうかがい、日々の生活に 取り入れている。		
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	面会時や月々のお便りで入居者の様子を伝え ている。遠方等で面会の少ないご家族には電 話で様子を伝えている。 年2回家族と食事会を開催し家族との絆を大切 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	ご本人が行き付けの美容院や医院との関係が 続くように支援を行ったり、親戚・友人との交流 も大切にしている。	家族と買い物に出たりお墓参りに出かけたりし ている。年末年始やお盆は家で家族と過ごす 利用者もあり、家族のつながりを大切にという 思いで支援している。	
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	入居者の意思に添ってレクリエーションを行っ ている。 入居者同士の関係も考え、席の配置にも考慮 している。		
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	退所後もご家族の方から、近況報告や介護相 談を受ける等の関係を継続している。		
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	日々の関わりの中で、思いや意向の把握に努 めている。本人の視点に立ち把握しようと努め ている。	言葉を発しない利用者の思いを汲み取る難しさ を感じながらもゆっくり関わることで、食べたい ものがあるか、行きたいところがあるかなど、利 用者の思いを汲み取ろうと努めている。	

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
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	家族より、生活歴を聞き職員で共有している。ご本人を知る上でも重要性があり、継続的に行っている。		
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	一日の生活の様子を介護明細に記入し、心身の状態等、全員が確認し現状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	本人、家族の意向を踏まえて計画を立てている。毎月のケア会議で計画を確認、検討し見直しを行っている。	利用者の様子や気付いたことは申し送りや日々の連絡ノートなどで共有し、相談、ケア会議で確認し、家族の意向を踏まえて計画を作成している。	アセスメント、モニタリングしたことを活かし、より利用者の現状に即した計画を作成できるよう望みたい。
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	介護明細に記入、申し送りや会議で、気づきや工夫を話し合い職員間で共有し、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	ご家族・本人の希望に合わせて外泊や外出等に応じている。ニーズに応じ職員同行の受診にも対応している。		
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	学校や地域の行事に参加させて頂いている。地域ボランティア、各種ボランティアと協働し読み聞かせの会、音楽の日など共に暮らしを楽しむ事ができるよう支援している。		

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
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し、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	それまで受診されていた病院や医院が希望のかかりつけ医になっている。受診の時にはホームの様子を主治医に伝え返事を頂いている。必要に応じてスタッフが同席している。	今迄の医師がかかりつけ医だが、状況により地元の医師が診ることもある。その場合も情報共有し適切な医療が受けられるよう支援している。訪問看護や必要に応じ作業療法士も入っている。	
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	訪問看護師が1ヶ月に2度定期的に来所、日々の報告、医療面でのアドバイスを頂きケアでの不安を軽減している。緊急時の対応もお願いしている。		
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。	長期入院された時は面会にうかがい状態を確認したり、主治医・担当看護師・ソーシャルワーカーと連絡を取り連携を図っている。退院後ホームで安心して生活できるよう助言を頂いている。		
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	契約時や状況に応じ、段階的に家族と話し合いを行い、施設が対応できるケアに付いて説明させて頂き、同意書を交わしている。	状況に応じて施設が出来るケアに付いて説明し、本人や家族と話し合い、出来る限りここの生活を支え、希望があれば看取りを行う体制がある。看取った事例を参考に全体の研修も行っている。	
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	救急手当や意識不明時の対処方法、心肺蘇生術等の学習及び実施訓練が未実施であり、定期的に行い、習得し対応できるように努める。		
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	訓練計画を作成し、年2回以上避難訓練を実施している。消防署、地元消防団、運営推進委員の地域の方々の協力を得て訓練をしている。	火災の訓練は行っているが、ハザードマップを見ながら豪雨災害に付いても訓練を行う計画がある。区長さんを通じ地元地区の協力体制があり協力員さんもあり、近くの企業との協力関係も出来つつある。	

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
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	利用者の人格を尊重し、自尊心を傷付けないよう、一人ひとりに合わせた声掛けや対応に努めている。	基本方針に添い、ダメや待つなどの言葉を使わないように、言葉使いには特に気を付けるようにしている。接遇の研修も行っている。	
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	一人ひとりの状態に合わせ、ご本人が答えやすく、決定できるような働き掛けに努めている。		
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	一人ひとりのペースを大切に、それに合わせた対応に心掛けている。		
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	一緒に好みの服を選んで頂いたり、整髪（できる方には）して頂き、手の届かない所はお手伝いをさせて頂き、身だしなみに心掛けている。		
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	利用者の希望献立や、季節を感じて頂ける献立に心掛けている。 ホームの畑があり一緒に収穫をしたり、野菜が食卓に上がり、楽しみへの支援につなげている。	畑から取ってきた野菜の皮を剥いたり、利用者が出来ることをして食事作りをしている。希望ではおはぎやサンドイッチを作ったり、お正月にはおせちを作ったりして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	一人ひとりの摂取量をだまかに把握している。状態に合わせて、食事形態に工夫し対応している。		

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
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	食後個々に声掛けをし口腔ケアを行っております。義歯を外したり声掛けで出来ない所は職員が介助しております。		
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	排泄の記録を取り、一人ひとりの排泄チェックをしている。 排泄の状況に応じて、パットなどの種類を考慮している。	一人ひとりの様子を見ながら、時間を見てトイレに誘っている。名前を書いたパットやオムツは他の方の目に触れないよう囲い、トイレの収納に気を付けている。	
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	食物繊維の多い食材を多く取り入れた食事内容にしている。 水分は多く摂取し、牛乳やヨーグルトも取り入れている。 体操や歌を唄い便秘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てしまわずに、個々にそった支援をしている	ご本人の希望と健康状態を考慮し入浴を楽しんで頂いている。 入浴時はスタッフと大切なコミュニケーションの場であると共に、身体の観察等も大切にしている。	毎日準備しており希望で夜間入浴することもある。時には気の合った利用者同士一緒に入浴を楽しんでいることがある。	
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	ご本人の生活習慣や体調・希望に合わせて起床・就寝の支援をしている。 居室内に温度・湿度計を配備し、管理を行っている。		
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	服薬時に職員間で名前等確認し、ご本人に渡したり、介助で服用して頂いている。飲み忘れや誤薬の防止に服薬チェック表を用いている。 本人の状態変化の場合は、主治医、訪問看護師へ相談、指示を受けている。		

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
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	家事仕事など、役割になっている仕事もあり、お願いした時には、感謝の言葉を伝えている。経験上から力を発揮して頂いている。		
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	季節事お花見、紅葉ドライブ、外食会と計画実施しているが、全員が外出できるとは限らない。日常的に外出できるような個別の支援の工夫が課題である。	出かけられる利用者は職員と一緒に週3回食材の買い物に出掛けている。気候が良ければ散歩したり公園にも出かける。隣のサロンに行く利用者もいる。個々の希望に添っての支援が課題のようだ。	
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	家族と相談の上、日常生活費として施設で預かっている方や少しだけご自分で管理されている方もいます。		
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	ご家族からの電話の取り次ぎを行っている。聞き取りが難しい場合は、プライバシーに配慮しながら、職員がやり取りできるように支援している。		
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	ホール内は外の景色が良く見える様にしております。また、季節感のある絵や飾り付けをしています。	広いホールにソファやテレビが置かれ利用者がくつろげる場となっている。ホールからは外の景色が眺められ季節を感じることができ、壁には利用者の作品や写真が貼ってあり楽しむことができる。	
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	気の合う利用者同士でソファに座って雑談したりテレビを見たりしている。ご本人の居室にて自由にゆっくりと好きなように過ごされている。		

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
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	ご本人が今まで使用しているタンスや鏡、位牌・家族やご主人との思い出の写真等持ち込まれ、居心地良く過ごせるよう支援している。居室が分からない方には、名前を書いて分かるようにしている。	居室は日当たりが良く、家で使っていたタンスを置いたり、家族の写真や作品を飾って居心地よく暮らせるよう工夫している。季節ごとに家族が衣類の入れ替えを行ったり居室の様子を見ている。	
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	ホーム内はバリアフリーとなっており、廊下には手すり、トイレには介助バーを設置、夜間照明にも配慮、安全快適に生活できるようにしている。 トイレには大きく「便所」と分かりやすく手書きで書いてある。		

目標達成計画

作成日:平成29年2月21日

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	10	アセスメント、モニタリングした事を活かし、より利用者の現状に即した計画を作成していく。	利用者様のアセスメントシートの充実とセンター方式を実施していく。	利用者様のアセスメントシートの充実とセンター方式を実施しケア会議に各担当者に現在の利用者様の状態をセンター方式などで報告をし計画書に反映していく。	6ヶ月
2	2	多くの支援を受けている事業所なので、事業所の基本方針に沿って更に、事業所側からの地域への具体的な発信を広げていき、利用者の馴染の暮らしを創っていく。	広報を作り地域住民の方へ事業所の紹介や行事などを発信していく。	広報を作り地域住民の方へ事業所の紹介・ボランティアの協力や事業などを発信していく。	6ヶ月
3	4	運営推進会議の記録を残し、よりサービス向上につなげていく。	会議などの内容を議事録にまとめていく。	会議終了後すぐに内容を議事録にまとめていく。	1ヶ月
4					
5					

注) 項目の欄については、自己評価項目の№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。