

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	3490200221		
法人名	ウェルフェア株式会社		
事業所名	みのりグループホーム川内		
所在地	広島県広島市安佐南区川内一丁目22番55号		
自己評価作成日	平成31年3月1日	評価結果市町村受理日	令和元年 6月24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.mhlw.go.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 あしすと		
所在地	広島県福山市平成台31-34		
訪問調査日	平成31年3月27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)】

入居者が生活の主役になれるよう、日々のスタッフの接遇や雰囲気作りを行っている。認知症の方に対しても、まずは個人であることの尊重に心掛けている。あわせて認知症の方のBPSDに関しても、生活の場面からアプローチできるよう、毎日のケアの在り方を確認しあっている。

【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)】

事業所は畑や住宅に囲まれた南向きの日当たりの良い静かな環境にある。利用者は近所への散歩はもちろん、スーパー・認知症カフェ・サロンなどへ積極的に出かけ、公園で花見をし、商業施設でバイキング形式の食事をする等地域に溶け込んだ生活をしている。運営推進会議には町内会長・民生委員などが参加し、この方々が中心となってサロンを開催する等、地域との交流が活発で協力的体制にある。管理者が中学校や地域等で認知症講座の講師を務め、中学生の職場体験の受け入れを行っている。事業所の優れている点は、家庭に近い落ち着いた雰囲気、利用者本位に生活できるよう支援していること、職員は利用者の意向を大事にして利用者が納得するまで寄り添い、一人一人の希望を叶えたいと思いつながりながら共に過ごしていることである。工夫点は事業所独自のケアプランチェック表を活用し、職員がケアプランを意識しながらケアをしていることである。

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 (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	特定非営利活動法人 あしすと			

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	毎週月曜日には施設理念を唱和し又、その都度申し送りや会議で伝えている。	事業所の理念を事務所やスタッフルームに掲示し、毎週月曜日の朝礼時に職員が唱和し共有している。管理者から職員に声かけをしたり、問題を提起して議論することで職員の意識向上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	地域の行事に参加することは勿論、定期的にサロンで講師を行い交流を図っている。	地域の祭り・認知症カフェ・サロンなどに参加し、町内清掃にも職員と利用者が一緒に参加している。管理者が中学校や地域で認知症講座の講師を務め、中学生の職場体験を受入れている。また、近隣から野菜をもらったり、手品・日本舞踊などのボランティアも入るなど地域との交流が盛んである。	
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	日頃のGHでの実践を地域向けに講座を開いている。		
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	日常のサービスの評価や報告だけでなく、地域に住まれている高齢者の情報や、施設をどのようにしたらより良くなるか等の話し合いを行っている。	年6回運営推進会議を開催し、町内会長・老人会会長・民生委員・福祉会の人等が参加している。事業所の利用状況や活動の報告を行い、話しやすい雰囲気活発な意見交換が行われている。会議に参加している人の発案で認知症カフェ・サロンを開催している。	事業所の活動状況の周知・連携のため市職員・地域包括支援センター職員の参加を引き続き依頼される事を期待する。
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	包括支援センターなど、地域啓発活動以外でも利用者相談など密に連絡を取り合っている。	管理者が認知症アドバイザーとしてサポーター養成講座などに協力し、協力関係を築いている。市の研修にも参加し職員のスキルアップに取り組んでいる。	
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	拘束も行わず、施錠もせず勤務体制を変える事で、その方のニーズに応えている。	身体拘束の研修を年2回行い、スピーチロックなど気になればその都度声かけをしている。職員は利用者の徘徊や行動を制止するのではなく、納得するまで寄り添うケアに取り組んでいる。玄関のみ施錠している時があり、勤務調整・職員の意識への働きかけ・施錠しなくても安全に過ごせる対策を検討している。	

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
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	年2回の虐待予防研修を実施している。抽象的にならない様、すぐに実践できることまで落とし込んでいる。		
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	制度については学ぶ機会を設けられてはいないが、かけはしのスタッフとは担当の入居者の情報だけでなく、施設スタッフともコミュニケーションが取れている。		
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	入居される時は事前に施設の特徴を伝えた上で契約をしている。		
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	面会の時には必ず職員が飲み物を家族の所へ持って行くようにしている。その際に意見等を含め話をしている。	家族には面会時に声をかけ、世間話や利用者の近況報告をし、意見や要望を出しやすい雰囲気作りをしている。掃除についての要望に人員を配置して環境整備に取り組むなど、職員間で共有・検討し反映させている。	
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	会議、研修、面談にて実施している。また日々の朝礼でもそれらの時間を設けている。	日々の朝礼・会議・研修・面談時に職員から出される意見や提案について、その根拠を確認しながら、勤務体制や旅行・親睦会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	統一した評価基準に沿って職員を評価している。勤務時間外労働をなるべく減らしている。又、勤務時間外手当を細かく付けている。		
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	外部研修への参加呼びかけは行っているが、機会が多いとは言えない。		

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
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	管理者が積極的に他施設と交流を図っており、今後交換研修など繋げていきたい。		
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	新規入居の方に関しては特に情報を取り入れられるよう、個別のノート等に細かく記入している。またスタッフはその方のそばにいれるよう、指示をだしている。		
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	可能な限り面会にきて頂きたいことを伝え、その都度、本人の様子も伝えていき、それに伴いながら、家族の要望等を聴いていつている。		
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	本人の好みややりたいことなどを事前に聞いておき、外出や趣味活動を提供させて頂いている。		
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	特に新規スタッフに関しては、介護する側の立場にならないよう、まずは一緒に過ごすことだけを行っている。また朝礼時等でも、共感できないケアに関しては、指導していつている。		
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	特に新規入居の家族に関しては、面会の必要性や、入居後も家族の力が必要な事を伝え、お互いに協力していけるよう話をしている。		
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	「馴染みのヒト・モノ・場所を職員も本人と同じように大切にする」という目標を掲げているが、全利用者に対して実践は出来ていない。	親戚・友人・知人の面会時、湯茶の接待をしてゆっくりしてもらうように支援している。利用者の希望により電話や年賀状の作成・投函、自宅・釣り堀等、利用者が話されるキーワードをとらえて、人や場所との馴染みの関係継続の支援をしている。	

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
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	共有スペースでお互いが関わっている。		
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	年賀状や暑中見舞いなど継続している。		
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	出来る限り意向を把握し実践しているが、すべてに対応できていない。	入浴時や日常生活の場で話される言葉から、利用者の希望や意向を把握している。利用者・家族の発する言葉を大事に受け止め、ケアノートで情報共有している。意向表出が困難な場合は家族等からの情報を基に、本人本位に検討している。	
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	入居前に家族や担当ケアマネ等から情報収集している。		
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	出勤時に挨拶を必ず行い、表情や声等を気にかけるようにし、昼のミーティングの際にも、スタッフ同士で振り返るようにしている。		
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	半年に1回ケアプランの更新と、3ヶ月に1回モニタリングを実施し、プランが惰性にならないようにしている。	家族からは、面会時又は電話にて意見・要望を聴き、午後の職員会議で、3カ月毎にモニタリング、6カ月毎にケアプランを見直している。事業所独自のケアプランチェック表を活用し ケアができていないか確認・記録し、モニタリングを容易にしている。	
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	個別記録とは別に、その方の日々の様子等を一覧できるよう、ノートを活用している。		

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
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、その時々にも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	今年度より、訪問看護との連携を図るよう契約を結んだ。		
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	地域ボランティアの活用や、季節によって外出したり、祭りに参加している。		
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	月2回主治医が施設に往診にきてくれる。また体調不良時はその都度主治医と連携し対応している。	入居時に、かかりつけ医について説明し、家族が納得・賛同し事業所の協力医に移行している。往診が月2回あり、夜間・緊急時の対応も可能である。協力医は利用者を尊重し受容してくれている。他科受診には職員が同行し、必要があれば歯科の往診も受けることができ適切な医療が受けられるよう支援している。	
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	週に1回、近隣から訪問看護がこられる。その際にバイタル確認や情報提供を行っている。		
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。	随時施設から連絡を行い、また病院へも面会に行ける機会を設けている。		
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	重度化した際の施設での出来る事、出来ない事を説明している。終末期に関しては主治医と連携をとり、施設として生活を大事にしていく事を伝えて行っている。	入居時に事業所で出来る事出来ない事を説明し、本人・家族の意向を踏まえ文章化し同意を得ている。入居が長期化したり重度化した場合、家族の意向を確認しながら支援している。事業所は最期まで支援する姿勢であり、看取りやエンゼルケアも行なっている。看取りをすることで職員への対応の変化が見られ、振り返りもしっかり出来て職員のケアの質の向上につながっている。	

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
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	季節や行事の際に、感染症対策や吸引方法を皆で勉強しているが、定期的には行っていない。		
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	避難訓練を毎年2階行っている事で職員のスキルを上げている。しかし避難に対しての地域への発信は出来ていない。	年2回(6月・12月)夜間想定消防訓練を専門業者に委託し、利用者も一緒に参加して実施している。地震・火事想定避難訓練、消火訓練も実施している。米・レトルト食品・水などの3日分の備蓄がある。災害発生時には近隣の施設へ避難できるよう協力体制にある。	消防署にも事業所の様子を知ってもらい消防署との連携が図れるよう、時には消防署にも立ち合いの依頼をされることを期待する。
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	生活を支えさせてもらう立場である事をスタッフで共有するように努めている。不適切ケアにはその都度注意している。	利用者一人一人の特性・性格を把握し人格を尊重し、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。不適切と思われるケアがあれば職員会議で話し合っている。職員は明日よりも今日・今できる事を今する・利用者のこだわり職員もこだわる・利用者のしようと思う事を邪魔しないようにと心掛けている。	
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	マニュアルをあえて使用せず、毎日の入居者の生活の違いに対応させてもらっている。		
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	その時の季節や本人の声を拾い上げ、外出も含め柔軟に対応させてもらっている。		
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	その方の色や形など、本人の好みの恰好をされている。		

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
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	一緒に準備、片づけをしたり、嗜好に合わせて食事を提供させてもらっている。	利用者に何が食べたいか問いかけ、職員が献立を作成し3食手作りしている。利用者は買い出し・下ごしらえ・お盆拭きなどを職員と一緒にしている。利用者一人一人のタイミングでテーブルにつき、職員と共に会話を楽しみながら食事をしている。午後にはコーヒータイムがあり、時にはクレープを焼いて匂いや味を楽しんでいる。	
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	その方に応じた食事量で対応している。食事量や水分量が低下している方に関しては、個別に記録している。		
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に、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	現状は就寝時のみ口腔ケアを行っている。		
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	全介助の方に関しても、オムツは使用せず、トイレに座ってもらい排泄をしてもらっている。	排泄チェック表を確認しながら個々の利用者に応じて、さりげなく優しく小さな声でトイレ誘導し、出来ない部分を介助するように、自立に向けた支援をしている。ほぼ全員がリハビリパンツとパッドを使用し、夜間も含めトイレで排泄している。	
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	嗜好を含め水分をしっかりと飲んでもらうよう努めている。また座位の意味もスタッフに伝え、技術向上に努めている。		
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	基本的には午後から入浴になっているが、回数は決めず、声があれば入ってもらっている。入居者は限られるが、夜間入浴も行っている。	週2～3回午後に職員と1対1で会話を楽しみながら入浴している。希望があれば同性介護や夜間入浴も出来る。入浴を嫌がる利用者には無理強いせず入浴日を調整したり足浴やシャワー浴で対応するなど、利用者に応じた入浴の支援をしている。	
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	個別に応じて就寝してもらっている。眠れない方に関しても、ホットミルクやお菓子等を提供し、ゆったりとした気持ちで寝てもらえるよう努めている。		

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
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	薬セットを各スタッフで行い、どのような効果や副作用あるのかを確認するようにしている。		
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	生活歴に応じて、花を活けたり家事をされたりされる方がおられる。		
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	買い物や散歩等行っている。行事的な事に関しては企画書を作成し、リスク管理も含め不備がない様対応している。	日常的に職員と散歩や近隣のスーパーに買い出しに出かけている。利用者が自宅・墓参り・釣り堀・喫茶店・神社などへ行きたいと言われれば、職員は早い段階で希望に沿うように個別に支援している。事業所全体では車で商業施設へ出かけバイク形式の食事を楽しんだり、天気の良いからと急遽花見に出かけたりと様々な場所へ頻繁に外出している。	
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	基本的には個人の財布は施設で管理させてもらっている。欲しいものがあれば、一緒に行ったり、買い物を頼まれたりされる時もある。		
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	本人の要望に応じて家族に電話されるときもある。		
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	季節に応じて掲示物を張り替え、明るくなり過ぎない様、光量にも留意している。また必要な大きな物音を出さないよう、スタッフ間で共有していつている。	明るく広いリビングには中央に大きなテーブルがあり、利用者は対面するように座り、コーヒーを飲みながら談笑している。テラスに続く大きな窓からは景色が見渡せ、暖かい光が差し込み、近くにはソファが設置されくつろぎの空間となっている。花が所々に飾られ、壁には利用者の作品が展示してある。リビングから調理中の職員の姿が見え料理の匂いが広がり、生活感が出ている。	

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
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	ソファで隣り合って過ごされている事が多い。パーテーションなどは使用していない。		
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	備え付けのベッドやタンスは設置してあるが、私物が最高の福祉用具である事を伝え、少しでも本人の生活空間になるよう努めている。	明るく広い居室には、鏡台・写真・本などの入居前の思い出の品々が持ち込まれ、個々のこれまでの生活環境が活かされ、利用者が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	
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	「安全な環境」が職員主体になりがちな面がある。これに対しては勉強会などで意識の共有を図っている。		

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	45	入浴介助の技術の差があり、入居者のADLによっては、浴槽内へ入ってもらう事が困難な時がある。	職員による技術の差を無くし、前介助の方でも浴槽内へ入ってもらえる支援が行える。	特に新人スタッフからの見直しを、ベテラン職員、管理者がその都度行っていき、どこが難しいのかを検討し、改善を図っていく。	6か月
2	26	ケアプランの捉え方や、記入の仕方がスタッフによってばらつきがある。	ニーズ、長期、短期目標、サービス内容と、各スタッフが順序をたてながら、プランを作成できるようになる。また事前に家族へも連絡がとれるようになる。	各ケアカンファレンスへ、管理者が参加し、説明を交えて行っていき、統一を図っていく。	6か月
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。