

### 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	2375900244		
法人名	社会福祉法人幡豆福祉会		
事業所名	グループホーム しはと		
所在地	愛知県西尾市西幡豆町池下66-1		
自己評価作成日	平成23年10月31日	評価結果市町村受理日	平成23年12月19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.kai gokouhyou.jp/kai gosip/infomationPublic.do?JCD=2375900244&amp;SCD=320&amp;PCD=23">http://www.kai gokouhyou.jp/kai gosip/infomationPublic.do?JCD=2375900244&amp;SCD=320&amp;PCD=23</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
所在地	愛知県名古屋市中区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成23年11月16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)】**

入居者の方が生き生きと安心して暮らしていくために、ケアプラン・リスクマネジメント・職員のチームワークが必要と考え今年度より、月に3回会議を実施している。以前に比べケアプランの浸透、リスクマネジメントの理解、離職者の減少に繋がっている。  
 今年の4月に西尾市と合併したが、地元での自主防災グループのスタッフとして活動を続けている。年に1回の地区避難訓練や夜間想定での避難訓練では、近所の方の協力を得ながら実施出来ている。

**【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)】**

管理者・職員が現状に満足することなく、利用者に対しての思いやりを求め続ける支援が利用者の笑顔に繋がっており、利用者が穏やかに過ごしている雰囲気が印象的であった。  
 利用者が入院の際は職員が励ましの寄せ書きを贈り、一人ひとりの誕生日には家族・友人を招いてケーキ・お寿司でお祝いをする等、ホーム全体で家庭的な雰囲気を作り出している。  
 ホーム全体の動きを「ホームの出来事」、利用者の近況を、「健康状況・受診状況・行事参加状況・担当職員よりの報告」で報告しており、家族のホームに対する信頼度は高い。家族アンケートでは殆どの家族が全ての項目で「大いに満足」と答えている。

**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**

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)	<input type="radio"/> 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る (参考項目:9,10,19)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	法人全体の理念を事務所内に飾っている。毎年年度初めに、理念・目標についての説明を実施。	法人理念・方針を展開し、ホームとしての年度目標を掲げ理念の共有・実践に繋げる取組を行っている。	具体的な年度目標を掲げているが、年度末の評価の際に達成度の確認が困難に思われる。達成度を容易に確認できる数値目標を掲げ、職員が達成感を味わえる取組を望みたい。
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	地域の組費を支払い、回覧板にて各行事や情報を得ている。近所の保育園・小学校の交流を続けている。	管理者は小学生対象の認知症サポーター養成講座の講師として活動し、受講した高校生が夜間の避難訓練に来て手伝う事もある。中学生の福祉体験・ボランティアの受け入れ、保育園・小学校との交流も行っている。	キャラバンメイト・ボランティア受け入れ等、広い範囲の地域活動はされているので、利用者・職員が町内の一員として隣近所のお付き合いを深めて行く事を期待したい。
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	夏休みのボランティア、福祉体験等で地元の中学生に認知症の理解や支援方法を伝えている。		
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	毎回グループホームの活動報告を行い、参加者の方から意見やアドバイスを求めている。感謝祭の内容や社会資源の活用等具体的にサービス向上に繋がっている。	出席メンバー・開催回数など軽減要件を満たしており、活発な意見交換が成されサービス向上に活かされている。利用者の「緊急避難時に近隣の人が助けに入ってくれない」との意見で、外壁の鍵を外した事もある。	
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	推進会議の中で活動報告を行い、市役所の方からアドバイスや助言を頂く。感謝祭の時は、2名の方が参加。	推進会議には市の担当者が必ず出席し、顔馴染みになりホームの状況を良く理解している。感謝祭には役所からも2名の参加があった。管理者はキャラバンメイトとして活躍し、役所との協力関係は構築されている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	身体拘束について全体ミーティングの時に、話し合いの機会を設けている。夜間帯以外では玄関は解放されている。外へ行く場合は、職員が付き添っている。	各居室を含め何処からでも外に出る事が出来、玄関の施錠をしない支援をしている。利用者の離接には制止する事はせず、本人が納得してホームへ戻られるように支援をしている。	
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	高齢者虐待防止関連法については全体ミーティング時、話し合いの機会を設けている。又、入浴介助時、体にアザがないか確認している。		

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	年に1回全体ミーティングの時に話し合っているが、それを活用できるまでには云っていない。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約時に細かな内容・説明を行うようにしている。入居に至るまで、できるだけたくさん話を聞くように努力をしている。		
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	玄関に意見箱を設置。面会時に入居者の状況を説明し、家族の方とコミュニケーションを図りながら、意見・要望を聞き出すように働きかけている。	年度始めに家族会を行なっている。ホーム全体の動きを「ホームでの出来事」、利用者の近況を「健康・受診・行事参加・担当者の報告」として、毎月報告している。訪問時の家族意見・要望を、運営に反映している。	
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	アンケートを取って、全体ミーティング時に少しずつ話し合いを進めている。	月3回の定例会議・年2回の個人面談に加え、今年度は職員アンケートを実施し、個々の思いや意見・要望を把握し出来る事から実施している。	職員アンケートの意見として、「管理者はやる事が多くて大変だ」の声がある。職員の育成の面からも、一部の仕事を職員に任せて管理者として余力を持たれる事を期待する。
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	出来る範囲で、職場環境・条件の整備に努めている。(年間の公休消火表の作成や個人面談の実施等)		
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	管理者は、指導者育成研修に参加させてもらっている(1ヶ月に1回計6回)が、介護員の外部研修が実施出来ていない。		
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	管理者は、中三河ブロック交流会へ参加しネットワーク作りを行えているが、介護員の取り組みが行えていない。		

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
<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	各担当にアセスメントとして、困っていること・要望等を聞き出してケアプランに生かしている。		
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	入居前に家族から聞き出すようにしている。入居後も面会時等に話を聞いている。		
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	同法人の特別養護老人ホームへの入居申し込みを一緒に行っている。		
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	自立支援、残存能力の活用の考えを少しずつ実践している。		
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	面会時ゆっくりと過ごして頂くような声掛けを行い、絆が深められるような工夫をしている。但し、支えていく関係作りは実践出来ていない。		
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	定期的なお墓参り、近所の買い物、知人の訪問等に取り組んでいる。	近くの弘法さんの月命日に参ったり、お墓参りを楽しみにしている。地域に暮らす知人・友人に会う機会を増やすために買い物に同行したり、カラオケに行く支援を行っている。カラオケでは、2時間以上も歌う事がある。	
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	気の合う方同士で入浴してもらったり、職員が間に入り、入居者同士の会話が増えるように工夫をしている。		

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
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	同法人の特別養護老人ホームへ移動した時は、介護方法のアドバイスをし、時々様子を見に行くようにしている。		
<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	日々の会話の中から、要望を読み取る努力をしている。家族からの意見を考慮している。	言葉で意向を伝えるのが困難な利用者からは、一緒に過ごす会話やしぐさから意向を知るように努めている。誘い水として、興味のある雑誌を一緒にめくりながら、馴染みの場所を聞きだして支援に結びつけている。	
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	センター方式のアセスメント用紙を活用し、入居前に全職員が共有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	毎日の様子は、申し送りノートに記入している。又1アセスメントとして1日の過ごし方を各担当で把握している。		
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	ケアプランは担当職員が意見を持ち寄り、家族の意向も反映されている。	利用者・家族の思いと担当職員の意見により立案された計画が、日常の支援に活かされていた。介護計画は家族にも分かりやすく説明されている事が、設問7項(外出)に全員大いに満足との回答からも理解できる。	日常の介護記録は解りやすく記録されている。しかし、介護計画に基づいたケアが別紙のチェックリストで毎日記入される等、重複する箇所もあるので簡素化する事を提案したい。
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	1日の様子を記入する用紙と個別のファイルを使用。月に2回ケア・リスク会議と1回全体ミーティングを行っている。		
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	自発的な意見を尊重できるように努力している。外出時は家族の協力を得ながら、柔軟な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
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	近所の買い物、お寺参り、学校行事等個々に合わせながら援助を心掛けている。		
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	今までのかかりつけ医を基本的には維持し、変化のあった場合は、その都度家族と相談している。	管理者は利用前までのかかりつけ医の重要性を理解している。提携医・かかりつけ医共に利用者・家族の意向に応え、ホームで通院支援を行っている。	利用者の高齢化・重度化に伴い職員の負担も増加してくる。家族にお願い出来る分野は依頼し、ホーム・家族の総合力で高齢化・重度化に対応して行く事を期待したい。
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	情報や気づきを看護師や管理者に報告してもらい、必要時受診してDrの指示を仰いでいる。		
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。	入院時できるだけ面会を行い、看護師や理学療法士に状況を聞くようにしている。		
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	いつ急変するか分からない事や、急変があった時の対処方法等顔家族にアンケートを取り共有している。	重度化した場合は同一法人の特養施設と調整(入居時に特養に申込み)し、利用者にとって最適な環境を提供しようとしている。	
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	急変時のマニュアルは作成済。先月心肺蘇生法・AEDの研修を実施。		
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	2か月に1回は避難訓練を実施。通報訓練・夜間想定は、1回ずつ実施。	管理者は地域の自主防災会のメンバーとして、地域の防災訓練の企画段階から参加している。推進会議で地域住民に協力要請し、通報・避難・消火訓練を行っている。夜間想定訓練では5分で避難誘導が出来た。	

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	一人一人丁寧に対応しているが、時々親しみの込め過ぎてしまう時がある。	理念「畏敬と尊宗の念」の実践として「利用者 の大切にしている思いを尊重し敬う気持ち」 で支援している。職員が排泄・入浴時の言葉 かけにも配慮していることは、利用者の穏や かな表情からも読み取れた。	
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	外出や献立を決める時に意見を導くような 働きかけをしている。入居者の体調やペー スを大切にしている。		
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	心掛けてはいるが職員の少ない場合は、要 望に答えられない時がある。		
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	更衣の際に衣類を選んでもらったり、髪を整 える際に希望を伺ったりしている。		
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	嫌いなメニューの時は、別メニューを提供。 できる方は限られているが、食材切り、食器 洗い、食器拭き等を一緒に行っている。	台所に入る人、後片づけをする人等、能力に 応じて職員と共同作業を行っている。職員も 同じテーブルで同じ物を食べている。男性利 用者が職員に、「お前食べろ」とフルーツを勧 める微笑ましい場面を見ることができた。	
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	栄養士はいないが、栄養のバランスは考え て献立を決めている。水分に関しては食事 以外にも摂れるように工夫している。		
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	入れ歯使用者は、夕食後外してもらい消毒 液にて保管。しっかり自分で磨けない方は、 仕上げ磨きを実施。全員うがいをする時に、 うがい薬を使用。		

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	排泄表にて記録は取っているが、自立に向けた支援は出来ていない。但し、できるだけトイレでの排泄は心掛けている。	利用者全員がトイレで排泄出来るように、「オムツ外し」を方針として取り組んでいる。排泄表・利用者の表情・しぐさ等個々のパターンを把握して、さりげないトイレ誘導を行っている。	
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	便秘に効く食事を提供したり、Drに薬を相談している。夕食前の体操にお腹のマッサージを取り入れている。		
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	基本的には週に3回で曜日も決まっている。但し、希望者に関しては、柔軟に対応している。	基本的には週3回の支援であるが、日曜日以外であれば希望に沿って柔軟に対応している。一般浴が困難な利用者には、法人の機械浴を借りて支援を行っている。	
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	体調によって昼寝を勧めたりしている。天気の良い日は、布団を干す様にして気持ちよく寝てもらおうようにしている。		
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	処方箋は、ケースファイルの頭に挟みすぐに確認できるようになっている。薬の袋の一包化や、色分け等をして投薬間違いのないように工夫している。		
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	生活に楽しみや、やりがいを持てるように家事の手伝い・編み物・カラオケ・買い物・お墓参り等の外出をしている。		
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	外へ行きたいと希望があれば可能な範囲で実施。本人の希望に関しては、ケアプランの目標にして実現できるように計画している。	利用者の様子を見ながら、短時間ではあるが週2～3回近隣の散歩をしている。月1回は弁当・外食を楽しむ遠出を行っている。利用者の興味のある雑誌をめくりながら、行きたい所を見つけて出かける事もある。	

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
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	基本的にはホームで管理している。家族へのおこづかいや買い物の支払い時などに手渡している。		
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	一部の方は支援している。ケアプランの目標にもあがり半年かけて手紙を送ることができた。		
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	安全性を重視して生活感や季節感の工夫は見られない。去年脱居場を半分にして、浴室近くへ移動した。	季節の花がテーブルに飾られ、食堂には温かな日差しが差し込んでいる。利用者がゆっくり箸を動かして、掃除をしていた。畳コーナーに座り、洗濯物を綺麗にたたんでいる様子からは、居心地の良さを感じ取れた。	
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	食堂の席は、安心して過ごせるように配慮した。居室にはソファが3つあり、落ち着いて会話ができるようにしている。		
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	各居室には、今までの暮らしの延長として自分の使っていた家具等を置いている。	清掃が行き届いた居室に、馴染みの家具や写真が持ち込まれている。入院中に他の利用者や職員が寄せ書きした色紙や、誕生会の貼り紙・感謝状が壁に掲示しており、温かい思いが感じられる居室環境である。	
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	自室がわかるように扉に写真を貼っている。電動ベットや介助バー等を準備している。		

## 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	26 (10)	介護計画(ケアプラン)に基づいた記録がバラバラでわかりやすくなってない	介護計画(ケアプラン)に基づいた用紙を作成し記録を残していく	介護計画(ケアプラン)に基づいた様式を作成重複する箇所を簡素化していく	3ヶ月
2	1 (1)	23年度目標の内容が達成度の確認が難しい物になっている	24年度の目標は具体的な取組目標をかかげられるようにする	全スタッフで話し合いを行い、具体的な数値目標を考えていく	3ヶ月
3	30 (11)	通院介助を職員(管理者)が行う事で現場が手薄な状態になっている	家族。地域に出来る事はお願いし、入居者の高齢化・重度化に対応出来るようにする	主治医、眼科へ往診に変更して頂くように相談していく	2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。