

(別紙4) 平成 24 年度

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	0870700226		
法人名	特定非営利活動法人 エプロン		
事業所名	グループホーム エプロン		
所在地	茨城県結城市大字田間1489番地2		
自己評価作成日	平成 24 年 11 月 27 日	評価結果市町村受理日	平成25年3月15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.kaisokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2011_022_kani=true&JivvosvoCd=0870700226-00&PrefCd=08&VersionCd=022
----------	---

【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認知症ケア研究所		
所在地	茨城県水戸市酒門町字千束4637-2		
訪問調査日	平成25年2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)】

認知症高齢者の方が穏やかにその人らしく安心して暮らしが送れるように家に代わる自宅のような住まいの提供に取り組んでおります。その人に寄り添う介護によりここにいるだけで安らげる心地良い・安心して暮らせる居場所、居心地の良い自分の居場所になるようにと考えています。毎日がゆっくりとした時間の流れの中で、自分でできる喜びと達成感のある暮らし。ケアを受けながら個人のペースに合わせ、その人らしくのんびりと楽しく暮らして頂いております。

【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)】

自宅生活延長の場として、個人個人に合わせた生活パターンの維持に努めている事業所である。管理者・職員は利用者の日々の様子を細かく観察しその日の利用者の要望が何かを見極め、ケアの提供にあたっていると言う。地域との交流は散歩・買物時に挨拶を交わしたり、神社の草取りに職員と一緒に地域の一人として参加し、そこでも交流を深めている。地域の夏祭りには神輿がよってくれるので、利用者は手拍子・あし拍子で一段と楽しい表情だとの事。管理者は交代して1年強であるが、これからは総合的に意欲的に取り組んで行きたいとの事で期待したい。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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	事業所内に掲示したりミーティングなどに、言葉で伝えるよう意識している。	地域密着型サービスの意義を踏まえた4つの理念を玄関に掲示したり、日々の職員との会話・ミーティング等で確認し共有している。日々のケアにあたりながら職員と一緒に確認している。職員からは理念の一つである利用者本位の提供に努めていると、聞きとり返答があり、利用者の満足度の把握は表情から察している。	
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	老人会の慰問・夏祭りのおみこしが来てくれる。福祉大会などにも参加し、地域の人々の交流がみられる。地域へ買い物やドライブに出かけている。	老人会の慰問・夏祭りのおみこしが来てくれ、利用者は楽しい一時(手拍子や足でリズムを取っている)を過ごしている。自治会に加入し職員と一緒に利用者は神社の草取に参加し地域住民と会話を楽しみ交流を図っている。ボランティアの訪問(歌・ギター)がある。地域住民から野菜を頂くことが多い。自治会総会に出席し更にホームへの理解を深めたいとの事。	
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	地域の人達からの声かけ緊急時の通報など。散歩時の会話もみられる。		
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	ホーム内での行事・入居者の介護度の状況などの報告助言などを実施している。また、家族も参加され、意見交換を行っております。	2ヶ月ごとに民生委員・家族代表・行政・事業所関係者の構成メンバーで開催。議題は利用者の生活状況や社会福祉・認知症についての意見交換を行い、サービス向上に努めている。ミーティング等で職員に報告し共有している。キャラバンメイトを活用し地域に向けて勉強会開催の提案が家族からあり検討中。	議事録に話の内容も記録に残し職員と共有することが望ましい。運営推進会議の意義から広く第三者の意見として、自治会長・消防団に参加呼びかけを提案する。家族に対しても報告を行うと同時に、意見の吸い上げを期待する。
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	感染症・事故発生時の市町村への連絡。インフルエンザ発生時の予防対策と相談。担当職員の方には推進会議に積極的に参加頂いている。	日頃から行政と連絡を密にとり、情報交換を行っている。地域密着型連絡協議会・ケアマネ会に参加し、行政とも協力関係に取り組んでいる。小・中学生の体験学習は今後、働きかけて行くとのこと。	

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	身体拘束委員会を設置している。職員も心がけ実践している。	勉強会開催・マニュアル作成・委員会設置を行い、身体拘束となる具体的な行為・弊害を理解し、拘束を行わないで安全に生活できるように取り組んでいる。外出傾向の利用者にはそれとなく職員が付き添い、外出している。昼間は地域の協力もあり施錠はしていない。車椅子の点検は職員が行っている。スピーチロックは職員間で注意をはらっている。	
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	ミーティングに話し合いお互いに声をかけあい虐待防止に努めている。		
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	言葉では聞いているが良くわからない。現在のところ対象者はいないが今後研修に参加したい。		
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	入居時に説明し同意書に署名捺印する。退居後の予定希望を確認の上必要な事業所への連絡、情報提示などの調整に努めている。		
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	面会時に意見相談など気軽に話せる雰囲気になっている。全体会議で検討する。	家族が言いやすいように、積極的に面会時に声掛けをし意見や要望を聞くようにしている。施設長が交代してからは、意見や要望は出ていないが、意見の言い出しにくい家族の配慮を検討中。	
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	ミーティングに意見を出し合い改善に向ける。	ミーティングや日々の介護からの気づきや提案はその都度話し合っている。業務の流れの意見があり、改善した。職員の様子からストレスや不満解消には管理者が声掛けや職員同士で食事会を行っている。勤務体制・研修受講・資格取得は配慮し離職防止に努めている。	
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	一人一人がゆとりをもって勤務でき定時に退勤できる。時々食事会を設けている。		

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
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	研修会への参加又は、資格試験前の受講など。		
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	グループホーム交流会などに参加し情報交換をしている。また、他施設との勉強会を実施している。		
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	本人が安心して生活できるよう不安なことがあれば傾聴する支援を行っている。		
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	家族の不安に耳を傾け納得するまで何度も話しあっている。		
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	本人の隠されている能力が発揮できるよう職員間で話しあってサービスに取り組んでいる。		
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	本人の隠された能力が発揮できるよう支援している。		
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	本人の希望(外泊・外食・外出など)があれば家族に連絡し調整を図っている。		
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	家族をはじめ友人の面会を歓迎している。	家族・友人の面会や年賀状・手紙が届いたり、利用者の要望があれば電話をかけて馴染みの人との関係継続に努めている。家族の協力を受けながら、馴染みの理・美容院・お墓参り・自宅・子供宅に出かけている。外出が難しい利用者には馴染みの場所の馴染みの味の食べ物を提供している。	

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	食事の際食堂で経営栄養を行い、孤立の解消を図り、他入居者との関係を維持している。利用者同士が支え合える環境作りを大切にしている。		
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	退居の際、今後の生活について本人をはじめ家族の意向を十分に考慮し相談に務めている。		
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	常に本人の生活を観察をし諸々の希望があればその都度対応している。	利用者の生活暦・会話の中から思いや暮らしの希望・把握に努めている。日々利用者の気持ちが変わるので、決め付けしないで、その日その日の利用者の様子や表情から職員で検討し利用者本位のケアに努めている。	
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	サービス計画書に基づいて支援を行ない経過観察を行っている。		
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	一人一人の残存能力を理解し共に生活を過ごしている。		
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	全体ミーティングで話し合いをしたり往診時に医師の意見を聞いて課題の解決に努めている。	家族・利用者の意向やケース記録の気づき・医師の意見等を下に会議を開催し現状に即した介護計画を作成。作成後は家族・利用者に説明し同意を得ている。ケアプランの目標・サービスの実践をチェックしモニタリング・評価につなげている。	
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	入居者の生活に変化があれば介護記録に残し、ミニミーティングや全体ミーティングで方向性を決めていく。		
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	可能な限りニーズに応えられるように検討している。		

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
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	開かれた事業を展開していくために地域の民生委員の意見を参考にしながら入居者の生活の支援に結びつけていく。		
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	かかりつけ医受診時は、待ち時間が長くないように診療所から連絡が来ます。	往診が2週間ごとにあり往診記録に記入。、居宅療養管理指導書・在宅療養計画書を家族に送付している。かかりつけ医受診時は家族が付き添い、外出記録に記入していることが確認された。受診内容は全職員で共有。	
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	全身状態に変化がみられた場合には看護師に状況を伝える。訪問看護師との契約により定期的に関わってもらい個々の利用者様の健康状態の把握や緊急時の相談・連絡を行っている。		
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。	入院中に面会に行くなど入居者の状況を把握し退院後などの情報、相談をする。		
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	家族、主治医、ケアマネ、看護師等を交え話し合い、今後の方針を決め看取りアセスメントシートにのっとり対応する。	契約時に確認を取っているが(同意書あり)、状況変化時には家族・医師・ケアマネ・看護師と話し合い、再度確認を行い、他の利用者にも配慮を行い、ターミナルケアに取り組んでいる。今年になり3名を看取ったが、分かりやすいマニュアル・アセスメントシートが整備されていて、医療連携が24時間取れているので、職員の不安は無いとのこと。	
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	ミーティングに看護師からの指導があり、24時間体制で緊急時は訪問看護師に連絡し主治医に相談、指示受けが出来る。		
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	避難訓練、及び消化訓練を行なう。災害用食料品飲料水など確保している。	消防署指導・自主訓練を年2回、地域住民と合同訓練(消火器使用方法・緊急通報システム・連絡網・避難経路確認・利用者の行動把握・夜間想定)を実施し、協力体制は出来ている。また、東日本大震災後は職員間で話し合い、あたらな問題点等を確認した。備蓄品は3日分確保。コンセントの点検は行っている。	

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
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	声かけは常に相手の立場に立って行なうよう指導している。	利用者の人格を尊重したケアの提供に職員間で注意している。声掛けのトーンはゆっくりと行われていた。書類関係は事務所内に保管し個人情報保護に努めている。写真等の掲載は同意を得ている。	
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	入居者との信頼関係を築きあげながら何でも話しあえる環境づくりを行なっている。		
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	自分から意向を伝えるのは難しいですが、そのような希望があれば可能な限り対応していく。		
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	散髪をはじめ衣類の選択を関係者や家族に働きかけている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	楽しみながら調理の下ごしらえや食器洗いを一緒に行なっている。	利用者の希望を聞き献立をたてている。週2回の買出しは一緒に出かけ、利用者の力量に合わせた下膳・食器拭き等を楽しげに行っていた。職員も同じテーブルを囲み会話の中に笑いがある楽しげな食事風景であった。木曜日はパン屋さんが来て利用者は好きなパンを選んでいる。おやつ作りを利用者と職員で行うときもある。	
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	日々の食事を把握しながらその人らしい食事量で提供している。水分量・食事量ともに記録に残している。		
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、歯磨きを行い、口腔内の清潔に努めている。		

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
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	排尿が頻回な入居者に対してはトイレ誘導時以外にも汚染の確認を行なっている。	排泄パターンの把握や利用者の表情・様子から察知し前誘導を行い、トイレでの排泄に向けた支援に努めている。利用者が不快な気持ちにならないよう、プライバシーに配慮し確認を行っている。	
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	水分不足や運動不足による便秘をなくす為その人にあった支援を行なっている。		
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	早く入浴を済ませて休みたいとの希望があれば、順番を早めに実施し、対応している。	入浴日は4日間で、基本的には2回の入浴であるが、利用者の希望にあわせた入浴支援を行っている。季節に応じたゆず湯・菖蒲湯を使用し、ユックリ気持ちよく入浴出来るよう努めている。感染防止として足拭きマットは個人別に使用。異性介助を嫌がる利用者には配慮・対応を行っている。	
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	夜間眠れず訴える入居者に対しては、昼間の臥床時間を短くし散歩などの外出を実施している。		
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	内服の名前確認を行い一人一人飲んだのを確認する。担当者は薬の内容を確認する。		
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	築き上げてきた人生観を大切にしながらその人らしい支援をおこなっている。		
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	天気が良い日には戸外への散歩の付き添いをしている。家族と外出の希望があれば連絡調整を行なっている。	天気のよい日は利用者の体調に合わせ、散歩に出かけ、地域の方々と挨拶を交わしたり、季節の移ろいを感じたり、太陽を浴び五感の刺激に努めている。買物・ドライブ・季節ごとに花見にも出かけているが、高齢に伴い外出の機会は少なくなってきたので、利用者全員で行けるようにしたいとの事。家族と外食する利用者がある。	

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	金銭管理は家族対応となっております。		
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	本人の意向があればその都度対応しております。		
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	季節に合わせた空調管理を行い生活しやすいようにしております。畳の和室では皆が足を伸ばし、くつろげるような環境で生活していただいています。	温かい日差しがリビング全体に差し込みのんびり・ゆったり過ごしている利用者の姿がある。利用者のおもいおmoiの場所で(たたみ・ソファ)過ごしている。床暖房を設置しているので、利用者から気持ち良いよと言う声が聞かれた。	
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	同じ趣味が行なえるようテーブルの配置の工夫をしている。		
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	馴染みのベットや筆筒を居室で使用するにより安心して生活が送れるよう工夫している。	使い慣れたものが利用者の安心感に繋がることを家族に伝え、ベッド・衣装ケース・ハンガーラック・椅子等を安全面に配慮し設置している。位牌や家族の写真・小物や孫さんからのぬいぐるみ等も利用者にとって心地よく過ごせるポイントとなっている。	
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	生活習慣(時間割りなど)を居室に掲示し自分で行動できるように工夫している。花壇の配置も水遣りしやすいように工夫している。		

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	45	入浴をはじめその他のケアについても職員の知識や技術に差があり統一したケアがなされていない。	入居者の自立に向けた支援方法を再度職員間で確認し、統一されたケアが行われるようにする。	年間、月間、週間で実施できる会議やカンファランスの日時を決めて実施する。内容は介護技術をはじめ日頃疑問に感じているものを議題にし、職員間で話しあう。	3ヶ月
2	35	自然災害については全員が不安である。	不安の解消に努め、安心したケアを継続していく。地域とのつながりを深める意味も含め消防団及び自治会長との連絡、協力体制を構築していく。	運営推進委員会に地区の消防団や自治会長を招き施設の運営をご理解していただく。地域の行事に参加をして信頼関係を結んでいく。	6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。