

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	2393000043		
法人名	医療法人 寿光会		
事業所名	グループホーム上豊田 青空		
所在地	愛知県豊田市若草町1-7-21		
自己評価作成日	平成25年10月20日	評価結果市町村受理日	平成26年1月9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	
----------	--

【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なごみ(和)の会		
所在地	名古屋市中種区小松町五丁目2番5		
訪問調査日	平成25年11月25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)】

<p>尊厳を重視し、「できる事」、「できない事」、「やりたい事」、「やりたくない事」それぞれの入居者様のニーズにあわせた支援。その中でも受容、共感、傾聴を大切にし心に寄り添う介護をしています。理念でもある「虹色カラー」を大切に、その方がその方らしく、そして輝けるよう、入居者様の生活が安定し、日々、楽しく生活できるような支援に取り組んでいます。職員も自分の得意分野を活かし職場でのやりがいを感じてもらい入居者との信頼関係作り役に立っています。地域の方との交流や地域でお役に立てることを実施、計画しています。</p>

【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)】

<p>掲げている「虹色カラー」の理念がぶれる事なく随所に活かされ、実践している事業所である。入居者と職員が一つの家族であると考え、それぞれの得意分野を活かしながら、自然な毎日が送れるよう努めている。家族の一員として、入居者から習字や日本舞踊、裁縫など各々の教示をレクリエーション時に受けたり、各職員にも手芸や園芸等、趣味を日々の運営に活かしてもらい、彩りある生活を實現している。「まずは基本」と、寝る、食べる、排泄することが自然に出来るよう徹底して支援に取り組んでいる。入居者の把握を職員全員で共有するため、書類も工夫が見られる。転記しない記録方法や、決定事項の色分け、閲覧後に確認押印。緊急時、迅速に持ち出せるよう個人の記録のファイル化等、ホーム独自の仕組みがある。近隣地域へは、ホームを知ってもらう事から始めると考え、新たに豊田市の「まちかど救急ステーション」への登録や、ホーム室内開催の秋祭りを試み、近隣へ声かけし積極的に発信している。次第に手ごたえを感じ始めており、今後の発展が楽しみなホームである。</p>
--

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				

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	理念は折に触れ再確認し、職員の意見を取り入れ、実践状況の把握に努めている。	「共にその人らしさあふれるカラーを作っていきます。」と、虹のような色々なカラー、個性の尊重を理念に掲げている。パンフレットに掲載し、職員入社時にも詳しく説明し、周知を図っている。入居者も職員も、その人の得意分野を生活の一部に活かしてもらうことで理念を実践している。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	交流の機会を増やすよう努めている。	町内会に加入しており、広報紙から情報収集している。「まちかど救急ステーション」に登録し、地域に向けてAED講習会を開催。太鼓やよさこい等のボランティアの協力を得ながら、夏祭り、秋祭りをホーム行事として開催し、チラシをポスティングし、地域、特に近隣へホームの周知に努めている。学校の職場体験の受け入れも行っている。	
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	施設開放を進めている。 地域の方の相談窓口を作った。		
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	地域包括センター、民生委員さんには地域へ相互発信の場となり、ご家族さまからも直接意見をいただき、サービス向上に直結している。	入居者と入居者家族、民生委員、地域包括支援センターとホーム代表者の構成で年6回開催している。入居者が多数参加しており、発言しやすいアウトホームな雰囲気の会議となっている。機能向上について提案いや、防災訓練に関して相談する等、身近な話題や助言、情報交換で運営に反映させている。	
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に取り組んでいる	市町村開催の説明会や研修に積極的に参加している。	「ささえあいネット」という地域の取り組みに参加している。民生委員と行政と連携を組んで地域を支える活動で、防災訓練や各テーマの会議に参加。ホームの空き情報も提供し協力関係がある。市町村主催の研修も参加している。	
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	身体拘束となる行為は職員全員が熟知しており身体拘束をせず安全に暮らせるよう努めている。	契約時に説明を行い、実際に必要が生じた際に再度、書面にて同意を得ている。期間を設定し、毎日経過観察、検討を都度行い記録している。職員へは入社時にマニュアルで確認し、日常も職員間で注意し合っている。玄関施錠せず(ユニット間施錠有り)、帰宅願望のある方には、後ろから付き添って見守るなど対応している。外出を把握するため玄関に鈴をつけて職員全員で注意し、安全に配慮している。	
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	事業所内で虐待はあってはならない行為と職員全員把握しており、防止に努めている。		

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
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	成年後見制度について職員は知識を深め、必要性がある入居者様はご家族と制度の活用を相談している。		
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	必ず読み合わせを行い同意を得ている。		
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	意見箱の設置。運営推進会議の開催、相談員さんの来所により反映している。	入居時の家族からの聞き取りを重要視しており、丁寧な聞き取りを心掛けている。面会時に入居者ご本人の様子を伝えた際に、ご家族の状況や事情を聞くようにして、希望を言い易い雰囲気づくりに努めている。家族との連絡は月に一回以上ある。	
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	1ヶ月に一回職員会議を開催し自由に議案を出してもらい、皆で話し合っ反映している。	月に一度の職員会議の議題を前もって職員から聞きとり、決めている。管理者は、自身が夜勤を勤め、職員全員に忘年会を促す配慮をする等、職員との信頼関係構築に努めている。結果、職員からの提言は活発で、当番制を導入する等、公平で融通のある業務が職員の案で確立され、サービス向上に反映されている。	
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	労働条件は個別に配慮している。職場環境には特に配慮し、ストレスの軽減に努めている。個々の向上達成を評価し給与に反映されるようにしている。		
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	外部研修や内部研修に参加してもらい現場にフィードバックしてもらっている。		
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	研修会や渉外活動により交流をしている。		

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
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	事前の面談時や入居時、本人の話をしっかりと聞きよう努めている。		
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	事前の面談時、申し込み時、入居時にしっかりと話を聞きよう努めている。		
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	本人、家族共それぞれの希望を聞きようになっている。		
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	出来る事は一緒に行い、入居者様と職員が助け合っている。		
19		○本人と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	家族の役割を伝え協力をお願いしている。本人が直接家族に伝えにくい事は職員が代わって伝える事もある。		
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	友人や知人が訪ねやすい環境作り、本人の思い出の場所、行きたい場所へ可能な限りお連れできるよう心がけている。	入居者の出身地を職員が把握し、共感し合える話題を心掛けている。墓参りや馴染みの美容院へは、家族に協力を得ている。藤岡出身の入居者の馴染みの土地がきっかけで、藤岡の足湯へホーム全体で定期的に出かけるようになったなどある。馴染みの方の来訪は、いつでも受け入れており、後で家族へ報告している。年賀状、手紙支援をしている。	
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	耳が遠く会話に入れない方、孤立している方を皆の輪の中に入れるよう職員が把握し関わりを持てるよう努めている。		

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
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	困った時は何でもご相談ください、連絡くださいと伝えている。		
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	可能な限り個々の希望に沿うよう努めている。	居室や入浴中など1対1になれる時に信頼関係構築に努め、会話の中の発言から思いや意向を汲み取っている。新たに得た発見や情報は、申し送り時に職員間で共有している。訴えの深刻度により、検討会議を開いたり、家族へ相談する等対応している。	
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	事前に生活歴を把握し、会話の中で情報を得たりして把握している。		
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	常に努めている。		
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	定期的にモニタリングし現状に即した介護計画を作成している。	入居当初は3カ月、その後6カ月の目安でモニタリング、計画の見直しを行っている。入居者からどう過ごしたいかの希望をとったり、家族に担当者が意見聴取した後、ケアカンファレンスを行う。職員全員、内容の把握に、確認印をとっている。書類の言葉の表現を具体化し、よりわかりやすく支援出来るよう工夫している。	
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	個人の経過記録に記入し、活用している。		
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	必要性に応じて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	把握に努め支援している。		
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、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	希望を大切に、ご家族の協力を得ながら受診できるよう努めている。月に2回、往診を受けている。	協力医の月2回の往診の他、法人の病院の、内、外、歯、リハビリ科の受診があり、緊急時に対応。病院側で送迎、医療情報も連携がとれている。各ユニット一人ずつの医療担当者がくすりのセットを行い、確認し合っている。在宅医療管理の書類は家族へ送付している。血液検査の頻度を個別対応に変更した。	
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	気づいた事があれば専用ノートに書き、月に6回の医療連携時に相談し、適切な看護を受けられるようにしている。		
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。	病院と連絡をとり連携を図っている。		
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	看取りの方針を定め医療連携の体制を敷いている。	看取り介護を行っているが、前例はほぼない。入居時に同意書をとっている。点滴、ストーマは対応可能。吸痰や胃ろう等、日常的に医療行為が必要となった場合、介護老人保険施設や療養型病院の紹介などを行っている。	
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	定期的に講習を受け実践力を身に付けている。		
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	年2回、昼夜想定での避難訓練を行なっている。	年2回、消防署立ち会いの下、近隣住民へ参加を呼び掛けて、昼、夜想定でそれぞれ行っている。外へ出るところまで避難訓練をしている。この他に、地域の「ささえあいネット」の防災訓練に参加している。ホームを「まちかど救急ステーション」に登録し、AEDを設置、インターネットからも検索可能となっている。	防災協力を得るには、まずホームを知ってもらうこと、この考えからの活動を継続充実し、広がり期待される。非常時に備える物品の整備充実が望まれる。

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	人格を尊重し、個々に適した対応を行なっている。	入居者の生活歴、以前の職業、こだわりを尊重し、プライバシーを侵害しないよう配慮している。声のかけ方は、家族のような雰囲気づくりに努めながら、見下した言葉を使わないよう注意し、話を個別で伺えるよう居室での会話を重視している。理念である個々への対応に重きを置いて支援している。オムツ交換時、失禁時に同性介助で配慮している。		
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	ご本人の話を傾聴したり問いかけを行なっている。			
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	なるべく希望に沿って支援できるよう努めている。			
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	化粧品の購入やメイクのお手伝いなどしている。			
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	出来る方には、準備や片付け等を手伝ってもらっている。	昼、夕食前に嚥下体操を実施。ヒーリングや歌謡曲のBGMや、席の配置で落ち着いた食事の雰囲気づくりをしている。職員も一緒に食事し、好みの把握に努めている。ユニットごと調理で、食事はご本人のペースで進め、味付けもそれぞれの好みを反映している。1か月ペースで季節の行事食。おはぎ、あんみつ等のおやつ作りも行っている。		
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	チェック表に記入し状態把握に努め、個々の好みに応じた捕食、補水を行なっている。			
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	毎食後口腔ケアの声掛けを行い出来ない方は職員が介助している。 月に1回、歯科往診を受けている。			

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
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	排泄パターンを把握しトイレ誘導を行なっている。紙パンツ、パットの使用も尿量によって使い分けている。	日中なるベクトイレでの排泄を心掛け、場合によって二人体制で支援する。夜間は、転倒の危険を考慮し、ベッド上での対応。パターンを把握し個別に誘導したり、時間をずらす、大きめのパッドを用いる等で睡眠優先、生活の安定を重視している。そのためのニーズの把握のため、排泄チェック表を活用している。	
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	水分摂取量の少ない方は声掛、多日に水分補給し、個々の状態に合わせ調整、ケアを行っている。		
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	必要最低限の介助、見守りを行いゆっくり入浴していただけるように努めている。	ユニットの浴室を交互に稼働させ、夏場はのれんをかけて換気と扇風機で、冬場は暖房で室温調節を行っている。浴湯は状況に応じて足湯や入れ替えをし、時々入浴剤を楽しんでいる。出来る範囲でご自分で洗っていただき見守っている。入浴後は好みの飲み物で水分補給、1か月に一度体重測定をしている。	
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	居室の室温や寝具の調整を行い、ゆっくり眠れる環境を作っている。		
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	処方箋を個々にファイルし重要な事は申し送りを行い、職員に周知してもらっている。		
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	個々の経験、趣味を活かし活動できるよう支援している。 個々の能力にあわせ役割を持ってもらっている。		
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支援している	近所へ散歩やドライブ、モーニングにお連れしたりする。買い物等の希望は職員やご家族に協力していただいている。	日常的な外出は、希望と季節と天気により決行。月に一度は、喫茶店やドラッグストア等空いた時間を利用して希望に沿った外出をしている。ご家族と共に外出される入居者もおおり、夕食等の欠食が可能となっている。ホーム全体の外出では、猿投神社へ初詣、西山公園で花見、藤岡石畳足湯等へ出かけている。	

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
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	自己にて持っていたい方は自己管理していただいている。		
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	実施している。出来ない方は職員が近況等をご家族に知らせている。		
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	共用空間の清潔保持に努め、毎月のカレンダー作りや季節の花や野菜を入居者様と一緒に育てている。	入居者の貼り絵などの作品が壁に展示されている。玄関近くの、行事の様子や職員の写真とコメントの掲示が、ホームの紹介に役立っている。中庭の園芸プランターが、共用部から観賞し易い位置に配置されていたり、トイレの案内表示を天井から吊るし一目で認識出来たり、自家栽培の南瓜などを飾っているところから、ホーム側のさりげない気遣いが感じられる。	冬場や夜間の気温対策についてご一考されることを期待します。
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	自分の好きな所に座り、テレビを見たり、ソファーに座りお話をされている。		
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	使い慣れた食器や、家具を持ってきていただいている。	居室内の配置も個々の意向を尊重し、その人らしい生活を支援している。居室入口に、手作りの表札を下げている。内鍵や洗面台がありプライバシーを保つ空間が確保されている。食品の差し入れ等の持ち込み時は、申告していただくようお願いしている。日誌に記録して、摂取量を把握して健康管理に留意している。	
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	職員見守りの中、洗濯や		

目標達成計画

作成日: 平成 25 年 11 月 25 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	2	地域の方と入居者様との交流の機会が少ない。	地域の行事に入居者様が参加できるよう支援する。 ホームに近隣の方が来所していただける機会を増やす。	環境美化や夏祭り、交通安全運動等の行事に入居者様とでかける。 ホームでの介護相談や職場体験、楽しんでいただける行事を開催する。	12ヶ月
2	13	認知症対応型なので職員が認知症という病気を理解することで今以上にその場に即した介護、よりよいサービスの提供ができる。	認知症の外部研修、内部研修を受けられる機会を増やす。	現在行っている月一回の認知症の勉強会を継続していく。 外部研修も勤務としてできるだけ多くの職員の参加してもらう。	12ヶ月
3	35	災害時、地域の方との協力が具体化していない。	避難訓練に地域の方も参加していただく。 マニュアルを訓練後、毎回、改訂し職員の把握を徹底する。	訓練の日時、参加の呼びかけを工夫して、できるだけ多くの方に参加していただく。 防火管理者が前回の訓練の反省を元に改定し職員に再度、周知してもらう。	12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、行を挿入して下さい。