

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	2092700026		
法人名	特定非営活動利法人なかまと		
事業所名	グループホーム てととと和合		
所在地	長野県東筑摩郡麻績村日4769-1		
自己評価作成日	平成24年2月6日	評価結果市町村受理日	平成24年4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	
----------	--

【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24年3月6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)】

旬の食材を使った暖かい手料理、季節を感じられる昔からの行事の実施。 自然を感じながら、皆さんが今まで生活してきた思いを大切に、一人ひとりの個性を大事に安心して生活が出来るように心がけています。

【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)】

・事業所の脇を麻績川が流れ周辺に竹林が多く田園があり自然豊かな環境である。和合地区の集会所が隣接しており、災害時の避難場所になっている。10月には、消防署、区長、自治体関係者等参加のもと集会所への避難訓練を実施している。事業所挙げて 評価事業の取組みをしている。麻績川の水害を想定した訓練、スプリンクラー設置に伴い内装工事、介護計画に対する改善等取組んできた。地区行事への参加、事業所行事に地区の方を招く、外出行事にボランティアの協力、年間通して中学校との交流等地域との関わりを深めている。旬の食材を収穫して蕎麦、竹の子、野沢菜、白うり等の保存食を経験豊かな利用者から職員が伝授して、一緒に作り心豊かな食卓にしている。夜勤者2名配置している。管理者はじめ職員は個々の尊厳を保持して常に見守り、寄り添える体制を目指している。職員の勤務年数も長く馴染みの関係づくりが出来ている。耳に優しい楽しい会話が食堂、ホールに聞かれる。
--

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

ユニット名()		項目		項目			
		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	取り組みの成果 ↓該当する項目に○印	取り組みの成果 ↓該当する項目に○印	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、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している (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	日々の生活の中で理念にそって介護できているか話し合い意見の統一を図っている。困難にぶつかった時、理念に振り返るようにしている。	2年前に職員で理念の見直しをしている。玄関に掲げてある理念を朝の申し送り時に確認している。理念を意識して介護にあたるようにしている。迷った時、困難な状況になった時には理念に戻り検討している。	
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	毎日の散歩の折など地域の方に気軽に声をかけていただき、顔なじみができ、野菜をいただくなどしている。	地区の三九郎、祭り等へ参加をしている。事業所行事のクリスマス会等に地域の方を招待して交流している。麻績川の増水時に地域の方が見回り対処された事を伺った。散歩時の挨拶、会話、野菜を頂くなど近所との付き合いがある。	
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	地元の中学生との交流を続けている。利用者の方が作ったものを渡し喜ばれている。		
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	前回の検討事項の達成度の報告をし、検討をいただき次の参考にするようにしている。	区長、麻績、筑北村の担当者、包括、理事、理事長、出席可能な家族、職員が出席して年6回開催している。活動報告、外部評価報告、事業所に係わる様々な災害対策はじめ多くの意見交換が活発にされている。会議報告も出来ている。	
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	利用者の困難事例において相談し助言をいただいている。	困難事例に関して相談し解決している。運営推進会議等で来所の折に事業所の状況を把握出来るようにしている。日常的に密に連絡、報告をして相談している。	

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
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	玄関には施錠することなく自由に入出入り出来るようにしている。 利用者が外出しそうな時は、さりげなく見守り声をかけをしている。	常に拘束をしないケアを原則としている。日勤者の少ない時、入浴時安全面を考慮して施錠していたこともあるが、現在は施錠しない対応が出来ている。	
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	日頃から職員同士態度や言葉使いに注意を払い、虐待がないように心がけるようにしている。		
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	これからの検討課題とする。 研修に参加し学んでいく機会を増やしたい。		
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	十分な説明をし、理解していただけるよう心がけている。		
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	家族会で提案された事項は、職員とよく話し合い日々の業務に反映させるようにしている。	年1回の家族会、毎回運営推進会議に出席できるように配慮している。面会時は職員から話しかけ意見が出し易い場作りをしている。出された要望、意見は運営推進会議、職員間で共有し解決に向けている。	
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	毎日朝20分のミーティングを行い提案された事項は全体ミーティングで話し合いが持てる機会を作るようにしている。	毎朝のミーティング、月2回の全体ミーティング、随時個人面談をして意見、提案を聞く機会を作っている。内容により理事会等に反映させている。個人目標を立て面談等で話合っている。	

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	ケース会議、行事など定期的にスタッフと話し合いやサービス状況を把握し、課題を共有し解決の道を探り、職場環境の改善を図っている。		
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	年間研修計画に沿って、個々の勤務状況、経験に見合った研修に勤務として参加させている。又、資格取得にむけた環境整備も実施している。		
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	県内の同種の事業施設との交流会・研修会に積極的な参加を求めている。		
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	入所直後の不安に対し、本人との話の中から思いを聴くことで寄り添うことで、職員と本人の関係作りが出来るようにしている。		
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	家族の思いは何なのか？回数を重ね、共感できるように聴き取りする等信頼関係を作れるようにしている。		
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	本人や家族、ホームと本人の信頼関係を築けるように心がけ、本人にとって1最良の支援が出来るようにつとめている。		

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	同じ目線で接し安心して暮らせるよう、又お互い支えあっていけるような生活を心がけている。		
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	月1回のお便りを出し、ご本人の生活状況がいつでも知っていただけるようにしている。体調の変化等の時は、家族に連絡し、相談・報告を細かめに取り関係作りを深めていけるようにしている。		
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	昔から利用している商店へ職員と買い物に出掛け、知人に会った時は楽しく会話ができるようにしている。	通い慣れた商店、理美容店に職員と出かけて知人と話す機会がある。家族と墓参り、外泊することがあるが年々減少している。隣接している宅老所に馴染の方が利用される日には交流している。地域の知人、友人の面会もある。	
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	心身の状況や気分・感情で日々変化することもあるので注意深く見守るようにしている。食事やお茶など、利用者同士で協力し合っているように働きかけている。		
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	他施設に異動があったが、その後の様子を把握する為ご家族に伺った。		
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	本人と話の中でさりげなく聴いてみたり、生活歴など家族に相談し把握出来るようにしている。	思いや意向を家族から聞き出したり、日々の会話の中で把握するよう努めている。把握された内容は記録して職員間で共有し、一人ひとりの思い、意向が叶うよう検討し実現できるようにしている。	

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
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	会話の中から繰り返し語る事や好きな事の情報をお聴きするようにしている。		
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	利用者一人ひとりの生活リズムを理解できる事への支援をするようにしている。		
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	長期目標ケアマネージャーと計画し、その中から1ヶ月の短期目標を担当制で計画し、職員全員でモニタリングし次の目標に繋げている	一部センター方式を活用している。介護計画は現状に即し、理念を意識して立てるようにしている。担当が1ヶ月の短期目標を立て全職員で毎月評価して翌月の目標に繋げている。	介護計画は変化に伴う見直し、定期的な見直しをして、介護計画に対する利用者家族から意見を聞き反映させ、計画の説明、同意の確認をすることが望ましい。記録用紙等の改善はあるが、記録の重複が見られる。更なる簡素化を期待したい。
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	日々細かく状況を記録に残し特記部分をもうけ、変化のあった事は一目で分かるように工夫した。		
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	遠方の家族の方にはホームで食事を一緒に食べていただいている。		
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	毎月の行事の中で地域のボランティアの方に来ていただき、一緒に時を楽しんでいる。又、顔なじみの床屋さんにも出向いている。		

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	家族対応を基本とし職員も同伴しているので日頃の状態も伝えることが出来、家族にも今の状態を分かって頂くことができる。	殆どの方は村内のかかりつけ医を継続している。通院は家族、職員がしている。薬は職員が薬局に取りに行っている。通院に関しての情報は医師、本人、家族、職員、看護師が常に共有して支障のないよう連携している。	
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	変化のあった時には、看護師に報告し早期発見に努めている。 バイタル時には、日頃の状態を伝えている。		
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。	家族・病院と連携をとり、退院後の支援に結び付けている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	ご家族来所の折には意向をお伺いし具体的な話し合いをしている。	重度化した場合や終末期について入居時に事業所の方針を説明している。状況に応じて医療行為を必要としない場合において、家族と相談しながら進めている事を伺った。	
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	緊急時の対応を学び、対応が出来るようにしている。		
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回利用者・職員・地域(年1回)共に実施 前回の反省点を掲げ、次回に活かすようにしている。 全職員が訓練に参加できるようにしている。	3.11震災直後の運営推進会議に防災に関して話合っている。水害を想定した利用者、職員の避難訓練を消防署、区長、行政関係者が参加して実施している。玄関に非常用持ち出しザック、ヘルメットが用意され、倉庫に非常用備蓄品の用意がある。スプリンクラーの設置がされた。	避難訓練参加者からの反省会記録を確認した。反省を活かし今後、地域の方との連携をどのように具体化していくのか、又、夜間想定訓練、シュミレーションを行っていくことも期待したい。

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
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	本人の気持ちを大切に考え、誘導の声かけにも本人を傷つけない配慮をしている。常に言葉遣いに気をつけている。	『個々の尊厳を保持し、…』理念に掲げ日々利用者への言葉づかいに気をつけている。不適切と思われる時には職員間で検証している。常に穏やかに接するよう心掛けている。研修の機会を多く作り意識の向上に繋げている。	
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	複数の選択肢を提案し、利用者が自分で決める場面をつくるようにしている。		
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	一日の流れはほぼ決まっているが、状況に合わせて対応している。		
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	自己決定がしにくい利用者には、一緒に考え気持ちが添えるように支援している。		
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	お手伝いなど全員が参加できる様にした。挨拶だけでも参加することで食事が始まる意識作りをした	毎日3名の当番を決め食事作り中心に係われるよう意識的にしている。個々の状態に合わせた係わりも並行してしている。週2回買物に利用者と一緒に掛ける、希望食作り、旬の食材を使う、季節の漬物作り等皆で係わり楽しい食卓作りをしている。	
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	村の栄養士の指導を受けている。メニューを一緒に考えたり、好きだったものを話の中から引き出したり工夫している。		

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	きちんと口腔ケア出来るように声かけ・見守りをするよう支援している。 口臭など気になることがある方については、お茶ですすぐなど工夫している。		
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	リハビリパンツ・尿取りなど使用されている方もいるが、トイレでの排泄が出来るように支援している。排泄パターンを知るため、排泄票を作成し様子を見て早めに声かけをするなどしている。	個々の排泄パターンを把握して、個々に合わせたトイレ誘導がさりげなく出来るようになっている。自立に向けた支援によりオムツずしの経験を伺った。	
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	排泄パターンの記録をすると共に、むやみに薬に頼らずに繊維質の多い食材の使用や水分摂取・適度な運動の大切さを常に意識している。		
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	「気持ちがいよいよ」「温まるよ」など気持ちよく、入浴で来るようにこえかけするなどしている。	1人週3~4回入浴している。夏場は回数を増やす等気候に合わせた入浴に配慮している。ゆっくり時間をかけて希望に添いながらしている。拒否される時は、時間を変えて言葉を選び入浴への誘導をしている。	
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	昼食後の午睡もフロアの炬燵で横になったり、ソファで過ごしてもらったり自由に休める場所作りをしている。		
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	個々の処方箋の用紙が、職員誰でもがすぐに分かるようにしている。 服薬は口に入れるまで見守りし、薬が変わったときは変化がないか細かく注意し、変化が見られたときは看護師に相談するなどしている。		

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
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	利用者一人ひとりの力が発揮できような仕事を頼み感謝を伝える。 日帰り旅行の実施や季節の行事を行うようにしている。		
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	週2回の食材の買い物同行の声かけをし、希望があれば一緒に行く。 遠方への外出も年数回実施している。	希望する帰宅、随時の散歩等は、職員が外出支援している。外出行事は利用者の希望に添いながら目的地を決め、ボランティアの協力も得て実施している。今後、家族も参加し易いよう毎月の便りに事前に予定を掲載することを伺った。	
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	外出時規定額をお預かりしている個人現金の中より使っていた。		
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	希望があればいつでも答えるようにしている。 年賀状を出すための支援を行っている。書けない方には職員が代筆している。		
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	季節を感じ取れる展示物を取り入れている。フロアの飾りつけは利用者と一緒に考えている。	玄関に桜の花を飾り、お雛様のタペストリーが壁に飾られ春を感じられた。施設改修の折に、流し場から利用者の顔が見えるようにした。炬燵、テーブルの配置も工夫され、常に安心感の持てる居心地の良い共用空間作りがされている。	
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	ソファや椅子を多く置き、好きな所に座れるようにしている。		

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
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	本人が使い慣れた物を持参していただき使用している。	布団、ベッド利用の方、個々に合わせた部屋作りをしている。使い慣れた家具、家族が思いを込めて作った作品や写真が飾られていた。部屋から見える桜の木、竹林等居ながらにして自然を親しめる。共用部分と共に清潔感のある居住空間となっている。	
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	皆で炬燵を囲めるようにソファを多くしている。 「トイレ」等の目印をつけている。		

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	・介護計画の定期的な見直しと家族・利用者の意見の反映 ・毎月のミーティングでサービス計画の検討をスタッフ全員の共有	介護計画は本人がよりよい生活を送れるよう本人・家族の意向を聞き関係者で、アイデアを出しながら現状に即したプランを作成し実施していく。	・介護サービス計画の見直しを3ヶ月ごとに行なう。 ・家族にサービス内容を説明しサインをもらう。 ・毎月実施しているミーティングでサービスを検討しスタッフ全員で取り組んでいく。	12ヶ月
2	35	・年2回の合同訓練を行っているが、実情に添った訓練になっているのか、地域の方にと連携が取れているのか？	地域の方に助けていただける方法を提案していく。又地域において出来る事は一緒に参加しいつでもお互い連携が取れる体制に整える。	・業務の中で緊急時を想定し、シュミレーションを行う。(夜間宅老休業日、少人数の勤務日) ・地域の方にどんな事をお手伝いいただけるか具体的に提案して話し合っていく。	12ヶ月
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。
目標達成計画