

### 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	1171900259		
法人名	株式会社 カネット・ふれあい		
事業所名	ふれあい多居夢・戸田		
所在地	埼玉県戸田市川岸3-5-1		
自己評価作成日	平成22年12月5日	評価結果市町村受理日	平成23年3月7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.fukushi-saitama.or.jp/saitama22/">http://www.fukushi-saitama.or.jp/saitama22/</a>
----------	---

【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 埼玉県介護支援専門員協会
所在地	埼玉県さいたま市浦和区仲町2-13-8 ほまれ会館3階
訪問調査日	平成22年12月17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)】

入居者のペースに合わせて「その人らしい」生活を過ごして頂けるよう努めている。  
特に外出レクリエーションには力を入れており、普段の会話の中から次の企画につながることも多く、楽しみのある生活の実現を目指している。

【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)】

法人本部が全社の研修体系を作り、これに基づいて事業所の職員が研修を受けている。研修後は事業所内での伝達研修等全員に徹底できるシステムが創られ運営されている。  
一方、事業所前の広場を活かし、ハロウィン中継点となり子供たちが来所したり、又御輿の来所で地域との連携が活発化している。  
事業所で認知症サポーター養成講座を開催され、事業所が持つ強みを発揮されていて地域との協力関係ができてきている良い例である。

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
<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	スタッフの目に付く場所に「理念」を提示し、理念に基づくケアの提供を目指し、スタッフの意見などを出し合っている。	運営理念である「穏やかに、おだやかに」は職員全員が検討して定めている。運営理念は例えば「足音やスタッフ間の話声等、音や不快なものを取り除く事を意識して利用者さんへ配慮する」など具体的な行動に生かしている。	
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	地域のお祭りやイベントに参加したり、地域ボランティアの来訪を依頼したりと交流に努めている。	施設の前の駐車場が御神輿の休憩所になったり、近所の子供たちのためにハロウィンの時期にはスタンプラリーの通過地点となり子供たちへのお菓子のプレゼントを利用者さんが行い地域との身近な交流が来ている。	
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	地域行事への参加から、認知症高齢者とのふれあいを促しながら、理解して頂けるように働きかけている。 また、認知症サポーター養成講座も開催し、地域への呼びかけも行っている。		
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	会議は統括ホーム長が行い、その議事録や資料を回覧することで情報や意見などを共有し、より良いサービス提供に繋げるように努めている。	市役所の職員も毎回出席し季節的な課題など適切な助言を受けている。また、民生委員、家族からの参加もある。常時8名ぐらいが定期的に参加して開催している。家族からの活発な意見も多く出ている。	今後は消防関係者の出席や近隣の町内会等の方々の参加が望まれる。
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	介護相談員の来訪や運営推進会議での市担当職員との情報交換の場があり、その都度ホーム状況などの説明を行っている。	介護相談員の定期的な訪問があり、利用者から話しをお聞きしている。また、相談員と職員の対話もできている。市の担当者とは運営推進会議等で様々な意見交換をしている。	
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	身体拘束廃止の勉強会や資料配布をスタッフ全員に行い、拘束のないケアを目指しているが、エレベーターキーや1F玄関の鍵は、建物の構造上、ロックがある。	全員職員へマニュアルを配布して身体拘束のない施設を徹底して指導している。身体拘束の実際の内容や詳細について職員間で分かる仕組みを作り対応している。外出志向の利用者には、そっと寄り添い外出して安心感を高め、玄関の施錠による閉塞感の緩和を実施している。	
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	虐待防止の勉強会や資料配布をスタッフ全員に行い、虐待への理解を深め、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	関連の研修を案内し、学びの機会を伝えている。		
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	契約書や重要事項説明書などの読みあわせを行い、理解・納得を得ながら契約をしている。改定や解約時にも説明を充分に行い、納得が得られるように働きかけている。		
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	1Fに意見箱を設置し自由な意見が聞かれるように工夫している。 主に面会時や電話連絡時に状態報告などを行い、今後についての意見聴取や要望などを反映させている。	意見箱を設置して多くの方からの様々な意見を施設として取り入れるように努力している。その意見を運営推進会議等に活用して改善に取り組んでいる。	なかなか意見が出ない時が多いので、今後は本社宛等に変更するなど、多くの意見等がもらえる仕組みを考えて欲しい。
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回/月にホーム長会議を行ったり、随時の個人面談を行ったりしながら、意見や提案を聞き、ケアの向上に努めている。	管理者が事務所にいる時、職員さんから気軽に様々な意見が多く聞く事ができる。個人の意見を身近に聞く事により、施設運営に活用している。	
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	居室担当や係りなどの役割があり、やりがいを持って働ける環境ではあるが、人員不足のため、それが負担になる場合もある。		
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	法人研修や個別での勉強会を行い、個々の向上に努めている。		
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	空室情報提供や同業者の見学対応、GH協勉強会への参加などを通してネットワークづくりに努めている。		

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
<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	入居時は特に積極的にコミュニケーションをとるようにし、不安や要望などを聞き、一緒に解決していくように心がけている。		
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	初期段階以外にも、入居後も常に家族へは連絡・相談を通して要望などの聴取に努めている。		
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	家族からの情報聴取と共に、入居者との面談や他機関からの情報書などを元に初期プランを立て、説明・実践している。		
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	新入職者が多く、これからの課題になっているが、暮らしを共にする関係が築けるよう、意識的に取り組んでいる。		
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	手紙や電話・面会時など、細かく現状を伝え、今後の対応や対策についても、その都度話し合うようにしている。		
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	家族の同意があればいつでも面会に来られる状態であり、可能な限り支援している。	友人等が来た時や連絡等があった時などは、家族へは手紙を入れて報告している。 町内の盆踊りなどに、積極的に参加し、幼馴染みの友達から、声をかけてもらうなど、なじみの関係を継続する支援を行っている。	
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	個々に良好な関係が保てるよう介入したり、誕生会や外食など月に1回は入居者全員で楽しめる機会を設けたりしている。		

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	退去後も相談や支援に応じていく旨を家族に伝えている。		
<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	本人や家族の希望に沿うように努め、出来る限り個人の決定を尊重するようにしている。	センター方式を取り入れながら、排泄や睡眠時間等の把握に努めている。計画作成時には、それらの情報をもとに担当制でのプランへの落とし込みを行い、本人の意向を尊重してプランを作成している。	
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	生活歴を把握し、その方にあった接し方や会話を探り、一人ひとりの尊厳を大切するよう努めている。		
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	常に心身の状態把握に努めている。食事を基本とした日課以外は、各々に自由な時間を過ごして頂いている。		
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	医療機関と連携を図り、本人と家族の意向も踏まえた上で話し合い、居室担当を中心に介護計画を作成し取り組んでいる。	体調に不具合が生じた時など、すぐケアプランを修正し対応をしている。それ以外は半年に1度、プランの見直しを行い、本人の状態にあったプランを作成し介護計画へと落とし込みがしっかりと出来ている。また、初期プラン3ヶ月で見直ししている。	
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	日常の出来事や会話などを記録に残し、スタッフ間の情報共有や介護計画立案へ繋げている。また、記録に加え、スタッフ間でも常に話し合いを持ちながらケアに反映させるように努めている。		
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	その時々柔軟に対応できるよう努めている。		

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
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	外出レクリエーションを中心に、地域資源の活用に取り組んでいる。		
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	2回/月の往診と随時の受診・必要医療機関への紹介などを行っている。 入居前からの主治医を継続し、家族の協力のもと個別に受診しているケースもある。	月2回の受診と必要時の受診が出来るように努めている。また、提携医に所属している保健師との連携がとてよくできており、緊急時や定期的な相談、報告としっかりと利用者さんのフォローもできる体制にある。	
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	看護職の配置はないが、かかりつけ医の保健師と24時間連絡がとれるようになっており、医療的な指示・相談・受診が受けられる。		
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。	入院時には介護サマリーを作成し、治療以外での継続した介護が受けられるよう、病院関係者と連絡を取り合っている。 また、面会を通じて状態把握に努めながら、関係性の構築も図っている。		
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	ADLの低下や状態の変化がみられた際には、家族・医療機関などとこまめに連絡をとり連携を図っている。	家族や提携医等とのこまめな連携を行う事で対応をしている。施設としての明確な受け入れ内容があり、家族との話し合いもしっかりと出来ている。また職員への説明もされているので、受け入れがいつでも出来る体制となっている。	重度化した時や終末期の支援の仕方など、職員全員が学習されると良い。
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	緊急チャート図を作成し、素早い対応を心がけている。 応急手当などは入職時や内部での勉強会を通じて行い、外部講習への参加も促している。		
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	2回/年の防災訓練を行い、内1回は夜間を想定して行っているが、今後は近隣住人も交えた訓練なども検討中。	年2回の防災訓練を実施している。消防署の職員の参加もあり、実際に火災時の避難場所や避難を行う利用者も明確にされている。また、火災発生時には防火壁の外に誘導する現実的な対応方法を、消防署から指導されている。	緊急時は、職員だけの対応には限界があり、近隣住人の支援が大切である。幸い近隣住民と一緒に訓練することが検討されているので実現できること期待したい。

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
<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	言葉使いに充分留意した対応を心がけている。	言葉づかいには、とても気を使っている。誇りやプライドをさりげなく尊重する話し方や接し方でケアを支援している。	
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	出来る限り本人の決定を尊重している。 自己決定が困難な場合はそれまでの観察や情報から、よりその人が望むであろう対応を考え、提供している。		
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	本人の希望を大切に、その都度確認しながら、自分のペースで生活してもらえよう支援している。		
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	日常での身だしなみは勿論、外出時や時間がある際には、化粧やマニキュアなどのおしゃれも楽しんでいる。		
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	入居者へ献立の相談をし、食べたい物の把握に努めている。 また、準備や調理・片付けにも参加して頂き、役割や楽しみのひとつになっている。	外食は月1回以上は行い、好きなものや嫌いなものをしっかりと把握されている。味付けや量も利用者 に合った対応を心掛けている。職員間で献立等について検討し、各ユニットで作成・料理を行い利用者への美味しい食事作りを目指している。	
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	一人ひとりの状態を把握し、食事・水分摂取量の確保に努め、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、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	本人の能力に応じて促したり介助したりと、毎食後の口腔ケアに取り組んでいる。		

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	排泄パターンの読み取りからトイレ誘導を行っている。	排泄は各個人の時間や量を把握することで声かけによりトイレでの排泄が行われている。現在はおむつを使用している利用者はいない。	今後重度化した場合の対応など、職員全員が今から学習されることを期待したい。
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	食物繊維の多い食材を取り入れたり、水分摂取量を多めにしたり、個別に対応している。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴時間にこだわることなく、2回/週以上は入れるよう、チェック表を用いて随時声かけ、促しをしている。	入浴日や入浴時間は決めておらず、基本的には利用者が入りたい時には入れるようになっている。最低限の入浴の回数は職員が把握して清潔の保持に努めている。	
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	一人ひとりの習慣や体力・体調を考慮し、安心して休めるよう心がけている。		
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	服薬内容について、スタッフがいつでも確認できる場所にファイルを設置している。また、状態の経過を観察・記録しDr.へ報告・相談している。		
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	外出レクリエーションを中心に楽しみや気分転換の時間を提供している。また、食後の片付けや洗濯物たたみなど、個人の能力に応じた役割も持てるよう配慮している。		
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支援している	家族やスタッフの付き添いにて、遠出や外食などの機会がある。	季節の花見や近所への外出機会を多くとっている。外出先等は、利用者の意向に沿って決めている。数人で出かけるコースもあり、日常的に外出することの仕組みが出来ている。	



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	普段の管理・保管は金庫にて行っており、外出時は小額を本人に渡すなどしながら最終的な管理はスタッフがやっている。		
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	手紙は本人へ渡し、自身で開封して頂いており、電話の取り次ぎも行っている。		
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	絵や置物などのフローアー装飾により季節感を出すと共に、毎日の清掃や消臭・室温管理など…居心地のよい空間づくりを心がけている。	同じ場所にいるのではなく、施設内にソファや椅子を置くことで、飽きないように工夫されている。お茶なども自由に飲めるよう、利用者さん本意の空間が出来ている。	
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	お茶室・廊下・事務所など、共有スペースでくつろげるようにソファを置いている。		
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	個々に合った居室作りをしている。また、定期的に清掃を行い、清潔で安全な環境作りに努めている。	個人の持ち物を多く使用する事で、利用者が落ち着いて生活できるように配慮されている。	
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	段差に注意しながら、安全かつ最大限自立した生活が送れるよう、日々の観察からケアを考えている。		

## 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	3,13	運営推進会議において、地域の方の参加が少ない	地域の方に運営推進会議へ参加して頂く	①町会長さんや近隣住民の方などとの交流の機会の一つとして、運営推進会議や消防訓練などへの参加を呼びかけ、実施する。 ②1回/年程度、消防署員の方の運営推進会議への参加をお願いし、防災に関する話し合いを職員・入居者様のご家族・地域住民などで行う。	12ヶ月
2	6	入居者様のご家族など、外部の方の意見が集まりにくい	入居者様のご家族から、より多くの意見を集める	1回/年程度、本社管理とする「アンケート」を実施し、その結果を各ホームで話し合い、ケアプランの立案や環境整備などに繋げる。	6ヶ月
3	12,16	入居者様は高齢化・重度化してきているが、ターミナルケアなど、重度化した場合の学習機会が殆どなく、経験も少ない	入居者様の重度化に関する研修を行う	①1回/年の事業所内研修の中で、「ターミナルケア」を主体とした研修時間を設ける。 ②各ホーム内勉強会にて①の伝達研修を行い、スタッフへの周知を図る。	6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。