

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	1175100757		
法人名	有限会社大むさし		
事業所名	グループホーム新堀やすらぎ		
所在地	埼玉県新座市新堀二丁目15-15		
自己評価作成日	平成26年12月5日	評価結果市町村受理日	平成27年2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	http://www.kaijokensaku.jp/11/index.php?action_kouhyou_detail_2014_022_kani=true&figvosyoCd=1175100757-00&PrefCd=11&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 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26年12月22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>自立支援の考えを柱に本人の出来る事を発揮できるような環境づくりと支援。</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>昼食の献立作り→スーパーへの買出し→調理→配膳→食事→下膳→食器洗い、片付けを入居者のほとんどの方がこなしている。これこそ自立した生活そのものである。ホームはすまいであり、従前の生活をそのまま継続ができています。職員は、味見、調理等でできないところを支援しているだけである。また、メニューに偏りがなく等アドバイスしている。これこそ自立支援の真髄ではないか。メニューも前日と異なり、全て個人個人ではないが数種類作り入居者の望みに応えている。買出し、公園への散歩は頻繁に行っていて、いつものコースにあるダンス教室の前で、経営者とたまたま会い、昔取った杵柄で、ダンスを思い出して踊った利用者もいる。これこそ地域に溶け込んでいる好事例である。</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	理念の共有は出来ている、職員により理解度が違うことで実践の場でも違いが出ている。	毎月の会議の場で、自立支援を促している。入職後の浅い職員には、適時自立につながる支援を丁寧にアドバイスしている。 職員は、入居者を見守ることを基本に、食事・掃除など普通の生活を目指す、自立援助の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、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	夏祭り等地域のイベント、近所の公園清掃等を通じ地域の方々との交流を持つ、また買い物、散歩等近所の方にお会いした時は必ず挨拶をするよう心掛けている。回覧板にて地域の方々との情報交換を行なっている。	自治会に加入し、自治会のイベントに参加し地域のとのつながりを大切にしている。一方、事業所の行事にも招き双方向の交流にも力を入れている。	
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、地域の人々に向け活用している	地域の方からの認知症に対する疑問、質問に対して個別に答えることはあるが、地域貢献として具体的に活かすことはしていない。		
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	活動報告、事故報告等を行い、地域の方々からの意見、提案を施設運営に活かしている。認知症高齢者とのかわり、地域の協力をお願いしている。	運営推進会議には、市の職員、自治会、地域の住民、家族の方たちが定期的に出席して事業所の課題等について協議している。 そして、可能なものから運営に生かしている。	運営推進会議のメンバーを広げ、地域の皆様にさらなる周知がなされることが望まれる。例えば、警察署、消防署、栄養士等新たなメンバーが加わる活動を期待したい。
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	運営推進会議、入居者に関する報告事項等にて、市役所介護保険課担当者との連携、協力を得ている。	市の職員が、運営推進会議に出席しているため、事業所の現状を報告し、指示を仰いでいる。また、市の基準に従い、事故報告している。	
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	身体拘束は行っていない。また身体拘束をしないケアについての指導を行なっている。	身体や生命の保護に係る事態を除き身体拘束をしないケアが契約書に明記され、新人研修時徹底した研修が行われている。また、玄関は、日中施錠せず、夜間のみ施錠している。このため、玄関から、一人で出てゆくケースもあるが、幸い職員が確認して、事業所に帰宅している。	身体拘束廃止委員会を毎月開催し、マニュアルの輪読など職員全員が身体拘束について理解を深めることが望まれる。
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	虐待は行はれていない。虐待の防止についての指導、虐待についての資料配布と勉強会。		

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	成年後見制度研修会に参加し、制度について学んでいる。		
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	契約前にはご家族との話し合いを充分に行い、後日、説明、理解不足によるトラブルが無いよう努めている。		
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	家族会面談、日常の面会により機会を設けており、サービス向上につなげている。	4か月に1回の家族会があり、意見を聴取している。 また、運営推進会議においても家族の出席があり、ここでも意見を拝聴している。	
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	フロア会議(毎月)等を通じて意見、提案を聞く機会を設け反映している。	毎月開催されるフロア会議では、活発な意見交換がなされている。多くは個別ケアに関することであり、支援計画に反映させている。また、この会議には経営者も参加し、生の意見を聞き運営に生かしている。	
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	資格取得支援をし、職員の資格取得を支援している。研修会の予定をボードに張り出し希望者には参加を支援している。		
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	外部研修の案内、参加の促し、勉強会を通じて知識技術の向上を図る。		
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	各研修、事例検討会、協議会への参加により交流、ネットワーク作りを推し進めている。		

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
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	本人とのコミュニケーションを大事にし傾聴、また動作、表情等言葉にならないような訴えも読み取り不安にならないよう努めている。		
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	家族には契約時に説明し理解を得ているが、不安なことがある時は当施設の知識経験等を交えながら、安心していただくように接している。		
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	入居の際にはご家族とご本人の話をじっくりと聞き何に困っているのか何を必要としているのかを聞き取り支援している。		
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	常に職員側からではなく、入居者の側に立った思いを考え本人にとってより良いと思われる事を支援している。が職員間の差が大きい。		
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	支援の過程でご家族にも出来るだけ関わっていただけようようにしている。		
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	基本的に面会時間などは設けておらずいつでもご友人の方々と合う事が出来るまたキーパーソンの承諾があれば外出も可能です。	馴染みの友達の訪問もあり、関係が途切れないよう、職員が支援している。また、お墓参りなどご家族(同行はご家族が基本)のきずなが切れないように希望に積極的に支援している。	
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	日常生活の中で職員が入居者同士の橋渡しになり交流が持てるように努めている。		

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
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	退去された後はほとんど交流はなくなっている。		
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	普段の何気ない会話、表情、しぐさを通じて本人の思い等を感じ取るようにしている。	認知症の方はの思いや意向を確認することは難しいが、表情や仕草から読み取っている。また、家族から自宅で生活史をよく聞きその判断の材料にしてケアしている。	
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	入居者ファイル、ケアプランを常に熟読し、把握に努めてはいるが職員間で差が出ている。		
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	入居者一人一人、その日のバイタル計測、体調観察を行っている。また職員間で入居者のその日の状態を申し送り、現状を把握し対応している。		
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	フロア会議等を通じて担当職員が中心になり、都度、現状に即した介護計画を作成に反映している。	毎日の状況や、家族の希望をノートに記載し、共有している。毎月のフロア会議ではこれをもとに議論し、内容をケアプランに落とし込み、修正実践している。サービス担当者会議やモニタリングも基準に基づいて実施し記録も整備されている。	ケアプランについて今一度見直しされることが望まれる。例えば、ケアプランに基づく実際のケアがどのようになっているか等が判る記録を検討することが期待される。
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	毎日、個別の介護記録に様子を記録し、職員は必ず目を通し情報を共有している。また記録内容を介護計画に反映できるよう工夫している。		
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	本人や家族の状況の変化、新たなニーズが生じたときは、各会議等で話し合い対応している。		

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	地域コミュニティーセンターを利用し近隣の方と共に習い事、ロビーコンサート観賞等を行っている。		
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	協力医が2回/月定期往診を行っている。それ以外にも緊急時には24時間対応している。	眼科、精神科等専門医を除き訪問診療を受けている。また、歯科医の訪問診療はあるが、全員受診しているわけではない。非常勤ではあるが、看護師が在職し、適切なアドバイスを受けている。必要時、夜間も相談できるので安心。	
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	介護職員は医療的なことに関しては看護師に相談、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。	入居者が入院されるまたされた場合には必要な情報は提供できるようにしている。協力医任せになっていてあえて病院関係者との関係づくりは行っていない。		
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	ターミナルケアについてはその段階でご家族、医師、看護師、ケアマネ、介護職員、にて十分な話し合いをし、必要であれば勉強会を開くなどたいおうしている。	状況に応じて、医師・家族・職員で協議し、重度の入居者の対応について検討している。過去においては、看取りの経験事例もあるが、その例数は少ない。	
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	救急救命訓練、火災時の初期消火訓練等定期的に行っている。		
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	定期的防災訓練を行っている。また地域の方々との合同避難訓練を計画している。	3.11の地震時は、特に混乱はなかった。水・食料などの備蓄も行っている。防災・防火・避難訓練は、毎年1回は実施している。2階にはベランダもあり、避難の選択肢の一つになっている。	

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	全室個室対応、室内は個々人の自由空間とし、入浴、食事等可能な限り個人の意思に沿って行なっている。	プライバシーの確保には十分に気配りし、各部屋で着替えなどのケアを行っている。家族との利用者の話し合いなどもお部屋の中でしよう心がけている。	
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	普段の何気ない会話、表情、しぐさを通じて本人の思い等を感じ取るようにしている。食事のメニュー決めなど普段の生活の中で好きな食べ物、今食べたい物を言えるように雰囲気作りをする。		
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し、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	入居者様のその日の思いを大切にし、どのように過ごしたいか、やりたい事は何なのかを聞き取りながら支援している。		
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	美容院への送り迎え、職員、看護師による散髪、外出時にはお化粧品等の声掛けをし、していただいている。		
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	メニュー決め、食材の買出し、食事作り、後片付け等入居者の皆さんで行なっていただいています。職員は自立支援の立場から見守りと助言をしています。	普通にお餅つきし、お雑煮を食している。(小間切れにしてのどに詰まらない工夫をしているが)家庭の延長の生活を目標して支援している。利用者の希望に応じて、毎食複数のメニューを作り、食している。	
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	献立の記録を見ながら、同じ物が続いているか、片より、不足するものが無いかを助言している。	利用者と職員は、昼食や夕食の材料を一日2回の買出に行っている。また、日曜日にも機会を見つけ、外出し外食している。これが利用者を楽しみの一つとなっている。	
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	食事の前には口腔嚥下体操を行いご縁予防に努め、食事の後には口腔ケアを行なうように声かけしている。		

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
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	入居者さんの排泄習慣に任せ自立支援の立場から見守り、また外出前や排泄が遠くなっている方には、さりげなく声かけをしている。	おむつしている方はいないが、便の症状により、予防的におむつをしている方もいる。便秘気味の方は、定時トイレ誘導をしている。	
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	せんい質の多い食物が出来るだけ摂れるようにメニュー決めるときには助言している。便秘がちの方には水分補給、体を動かすように運動や散歩等にお誘いする。		
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	朝7時から夜9時までで何時でも入浴できるようにしている。入浴が好きではない方には普段より声かけする事で、間隔があかないように支援している。	朝から夜九時まで、複数の職員がいる場合には入浴可能。基本は2から3回/週入浴している。	
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	個々の身体の状態を常に観察し、状況に応じて、休憩、安眠できるように支援している。		
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	服薬については厳重なチェックをし誤薬の無いよう努めている。職員は薬剤師よりのお薬説明書にて薬内容の確認がいつでも出来る様になっている。		
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	入居者さんの昔からの趣味、経歴を活かしたもので、全く新しく挑戦するもので興味を持って頂ける物で気分転換の支援をしている。(書道等習い事、将棋、トランプ、しりとり、カラオケ、合唱、お手玉、ボーリング、ダンス、コーヒー、畑作り等)		
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	食材の買出し、近所への散歩、毎月の行事等、外出支援を行なっている。また誕生日月にはご本人の思い出深い場所や行ってみたいところを聞き実現している。	昼食や夕食の材料を一日2回の買出しに利用者と職員が行っている。また、日曜日も、機会を見つけて、外出し外食している。	

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
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	入居者さんの希望に沿ってご家族とも話し合いながら支援している。食材の買い物等の際にはその方の可能な限りお金の所持、使用を支援している。公共交通機関利用時はできるだけ本人に任せるように支援している。		
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	電話は掛けること出来るが職員が取り次いでいる。		
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	フロア、廊下等共有スペースにはスナック写真や皆さんの作品等を飾り付けし、生活感、季節感を感じて頂く事が出来るようにしている。また入居者皆で金魚を飼育し楽しんでいる。	加湿器を用い湿度のコントロールしている。ここ数年インフルエンザなどの感染症が発生していない。また、クリスマスツリーがユニットごとにおいてあり、季節感が出ている。	
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	フロアにはソファを置くなど入居者同士で談笑する等楽しく心地よい空間になるようにしている。		
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	入居する前から使用されていたものを出来るだけ居室にても使用していただくよう支援している。	入居者個人個人で、材料がスパゲテータなど身近な食材を用いリースを手作りし、居室の扉に飾っている。部屋の中思いのほか、広く思い思いの写真や、人形を飾って生活感を出している。	
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	共有スペース(キッチン、食堂、トイレ、風呂等)には名札、各居室には表札、入居者の方にはいつでも必要な時に使用できるようにしている。		

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	ケアプランについて今一度見直しされることが望まれる。例えば、ケアプランに基づく実際のケアがどのようになされているか等が判る記録を検討することが期待される。	アセスメント表を見直し、毎回のケアプラン作成に反映させる。 介護職員がケアプランを把握し、毎日のケアに活かせるようにする。介護記録にも残すようにする。	アセスメント表の書式を改善する。 ケアプランを確認しやすいように工夫する。	12ヶ月
2	2	身体拘束廃止委員会を毎月開催し、マニュアルの輪読など職員全員が身体拘束について理解を深めることが望まれる。	定期的にフロアミーティングで身体拘束マニュアル等を使って確認して理解を深め身体拘束防止に努める。	フロアミーティングにて身体拘束についての勉強会を定期的に行う。 身体拘束マニュアルが日頃から確認できるようにする。	12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。