

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	2592200022		
法人名	株式会社Beスマイル		
事業所名	グループホームBeスマイルあど川		
所在地	滋賀県高島市安曇川町田中302		
自己評価作成日	平成22年11月11日	評価結果市町村受理日	平成23年1月25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.kaigo-shiga.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2592200022&SCD=320
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人ニッポンアクティブライフクラブ ナルク滋賀福祉調査センター		
所在地	滋賀県大津市和邇中浜432番地 平和堂店 2階		
訪問調査日	平成22年12月15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)】

誰にでも笑顔で、又、利用者・家族にも不安を持たれないよう誠意を持って接している。来訪者が「また来ます」と 帰られ、再訪される様、過ごし易い空間作り・雰囲気作りに努めている。ホーム内でも季節感を味わって頂ける様、ディスプレイにも工夫し、実際に戸外にも出掛けている。開所以来、近隣の方とも、より親しい関係になり、また、地域の方との交流もボランティアの方々の協力で、昨年よりまた一歩前へ進めることが出来ています。

【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)】

近江聖人中江藤樹の生誕の町のほぼ中心に位置する当事業所は幼稚園・小中学校・市役所分室と隣接し『住み慣れた町での家庭生活の延長』と運営者の思いを職員全員が共有しサービスを提供している。近江商人の『三方よし』の精神を取り入れた理念『スマイル、スマイル、スマイル』は玄関やホールに掲示し事業所の名前にも付けられ笑顔は現場でも実践している。利用者の中には今年100歳を迎える利用者をはじめ、平均年齢85.8歳と高い。車椅子使用2名を除いては自力歩行可能で、職員と食事の準備・後片付け等出来ることは積極的にその人の有する力を発揮してもらおうよう支援の向上に努めている。家族・知人・ボランティアなど来訪者が多い。玄関に一歩足を踏み入れると、我が家に帰ってきた様な、ほっとし穏やかな気持ちになれる雰囲気のあるホームである。

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) ○	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) ○
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) ○	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) ○
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) ○	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) ○
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) ○	66	職員は、生き活きと働いている (参考項目:11,12) ○
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) ○	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 ○
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) ○	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 ○
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) ○		

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	職員は全員理念を理解していて、利用者や家族近所の人等に対して、常に笑顔で丁寧に対応している。	近江商人の三方よしの精神『自分もよし』『相手もよし』『世間もよし』を理念としている。地域との結びつきを重視し利用者の住みなれた地縁関係維持や地域活動にも積極的に参加し、理念の理解と実践に努めている。	
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	交流の機会はあるが、利用者の重度化により、あまり参加が出来ていない。時には地域のゴミ拾いに参加している。	自治会に加入し、地域の夏祭りや清掃作業に利用者と職員ともども参加し交流を深めている。中学生の職場体験を受け入れ、地域と事業所が関わる機会を持つよう努めている。	
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	資格取得の為の実習生の受け入れ、又、ボランティア・中学生の福祉職場体験の受け入れを行なっている。		
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	2か月毎に開催し、運営の状況の報告や課題について話し合いをする中で委員より適切な助言や提案を頂き、サービス向上に向けて少しずつ活かしている。	2か月毎奇数月に開催し利用者・民生委員・包括支援センター・家族代表等で構成している。内容は現況報告・評価への取り組み等で包括センターへボランティアグループの紹介を依頼する等、議事録に残している。	
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	事業主・管理者が事業所の状況を随時伝え、協力関係を築いている。事業主が、認知症ネットワーク会議の委員を務め、新設する事業所の事で、市町村担当者との関わりが増え、相互理解が深まっている。	長寿介護課には日常的に相談しアドバイスをもらっている。利用者の受け入れ相談や認定更新時に利用者の暮らしぶりを伝えること等、連携を深めている。	
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	全ての職員は身体拘束について理解しているが、職員の少ない時、見守りが困難な場合には、一時的に施錠をする時もある。外部研修等を利用して身体拘束をしないケアの理解を深めるよう努めている。	日中は開錠しているが利用者の一人が徘徊し職員で探していた所、近所の通報が寄せられた事例もある。地域の理解も徐々に得られつつあるが、全面的な協力に至ってない。研修にも積極的に参加し、職員に徹底するよう努めている。	運営推進会議の応援を得て地域の協力を得られるよう期待したい。
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	外部研修や、ミーティング等で再確認して日々のケアの中で常に虐待に値するか？を問い防止に努めている。職員の疲労やストレスが利用者のケアに影響しないよう比較的ゆとりを持ってシフト等にも工夫している。		
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	外部研修の中や、ミーティング等で制度について理解を深めている。また、利用者の中に制度を利用している方が居られる。		

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
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	重要事項説明書の説明時には、特に契約解除の要件については、入院したら即契約解除等といった事はない等、利用者が不利益にならない事を伝え、安心して契約を結んで頂いている。		
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	運営推進会議に利用者・家族の参加を願い要望・意見を求めている。また広報や訪問時、家族交流会等を通じて何でも話して貰える雰囲気作りに留意し、要望・意見を頂き、運営・サービスの向上に努めている。	年一回の家族交流会を市内のホテルで開催し何でも話して貰える場を作ることや面会時に意見を聞くようにしている。苦情相談窓口は当事業所窓口を契約書に明記し確認印を得ている。	苦情相談窓口については、事業所のみならず第三者の窓口についても契約書あるいは重要事項説明書に明記し、説明して欲しい。
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	毎月の会議だけに留まらず、常日頃や特に問題が起こった時は、職員の気づきやアイデアを聞き出し参考にしながら、運営するよう心がけている。	毎月の職員会議の他に日々の業務の中で直接意見等を聞く様になっている。そこで出た意見やアイデアなどは緊急性の内容であれば即対応し、それ以外の場合は次回の職員会議で検討している。	
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	職員夫々の状況に応じて勤務体制を組み、勤務を継続できるように配慮している。希望する資格取得には支援をしている。また、勤務中に現場を離れ休息出来るよう休憩時間確保に努めている。		
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	研修参加はオープンで、その人に見合った希望の研修に参加し、研鑽を促している。また、働きながら資格取得を目指している人の応援に努めている。		
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	現時点では、市内で地域のネットワーク作りが進行しており、徐々に進みつつある。また、複数事業所連携の事業に参加し、研修や勉強会に参加するようになった。		

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	サービスの利用について相談があった時は、必ず本人に会って心身の状態や本人の思いに向き合い、職員が本人を受け入れられるような関係づくりに努めている。		
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	家族の苦労や今までのサービスの利用状況など、これまでの経緯について、ゆっくり聞くようにしている。話を聞くことで、落ち着いて頂き、信頼関係を築けるように努めている。		
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	早急な対応が必要な相談者には、可能な限り柔軟な対応を行い、場合によってはケアマネジャーや他の事業所のサービスにつなげるなどの対応をしている。		
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	本人の思いや根本にある苦しみ、不安、喜びなどを知ることにも努め、暮らしの中で分かち合い、共に支えあえる関係作りに留意している。		
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・家族の会う機会を持つ為にも、定期受診や季節の衣類の入れ替え等、家族の意向に沿いながら絆が切れないように支援している。		
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	親戚や知人の来訪時には、話易い場所を提供し、また本人が、出かけられるよう支援している。	利用者宛てに知人・友人からの中元や歳暮が届くことや、家族からの電話の取り次ぎや手紙のやりとりもあり馴染みの関係が継続できるように支援している。	
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	利用者間については、職員が調整役として中に入ったりする。また、性格の合わない利用者間は、席を工夫するなどしてトラブルが少なくなるよう努めている。		

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	新しい住まいでも、これまでの暮らしの継続性が損なわれないように、これまでの生活環境、支援の内容、注意が必要な点について情報提供し、きめ細かい連携を心掛けている。		
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	日々の関わりの中で声をかけ、把握に努めている。言葉や表情などからその真意を推し測ったり、それとなく確認するようにしている。意思疎通が困難な方には、ご家族や関係者から情報を得るようにしている。	絵を描くのが好きな方や外に出ることの好きな方は入居しても、それが途切れることなく支援し本人の希望や意向の把握の困難な3名については家族等の情報で表情や言葉かけで利用者の真意の把握に努めている。	
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	家族の訪問時等に生活歴や好み、暮らし方を聞き、把握に努めている。		
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	各利用者の日々の状況把握に努め、持てる力を生かし支援する様努めている。		
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	日々の生活の中で、本人の思いや意見を聞いたり、家族や関係者(医師、訪看)の意見を聞き、会議などで話し合い、本人がより良く暮らすためのケアに生かすようにしている。	家族や関係者から得られた情報や記録から職員で話し合い最終的に管理者が介護計画を作成する。本人や家族等の新たな要望や状況の変化により臨機応変に改定し最低3か月の見直しと家族の確認印を得ている。	
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	個別にファイルを用意し、血圧や体温、排泄等身体的状況及び日々の暮らしの様子や本人の言葉やエピソード等を記録している。いつでも全ての職員が確認出来るようにしている。		
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、家族の状況に応じて、通院や送迎等必要な支援は柔軟に対応し、個々の満足度を高めるよう努力している。		

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	地域の図書館・近隣のギャラリーへ出向いたり、各種ボランティアの利用で日々の暮らしを楽しめる様に支援している。		
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	事業所の協力医の他、利用前からのかかりつけ医での医療を受けられるよう、ご家族と協力し通院介助を行ったり、訪問医療に来てもらうケースもあり、複数の医療機関と関係を結ぶように努めている。	かかりつけ医との関係は途切れる事のないよう支援している。家族が本人が弱ってきているので協力医に変更を希望する方、訪問医療の往診など家族と協力し受診同行など支援に努めている。	
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	訪問看護ステーションと医療連携を組んでおり、週1回の健康管理や医療面での相談・助言・対応を行ってもらっている。緊急時は、電話相談にも応じて貰い、適切な医療につなげている。		
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。	入院時には、病状を把握し、本人の支援方法等に関する情報を医療機関に提供している。また、医療機関や本人・家族と連携をとりながら、早期退院出来るように対応している。		
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	早い段階から本人・家族と機会を有る毎に、話し合い、また、事業所で可能なケアを十分に説明し取り組んでいる。	入所時に重度化や終末期における事業所の対応を話し合い確認し、同意書に本人の署名か家族の署名を得ている。今までに看取りの研修を事業所で2回行い職員も日頃からの対応が出来るよう取り組んでいる。	
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	救急救命講習などを受講し、備えている。		
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	消火器等の設備点検は、年2回実施しているが、避難訓練は、今年度実施出来ていない。また、地域との合同訓練は課題となっている。	非常灯の設置や消火器の定期点検は実施し消防署へ報告している。今年度は避難訓練は実施してない。非常用食料・飲料水の準備はない。地域の協力体制は、まだ出来ていない。	消防署の指導下で、来年度は地域の協力も得た避難訓練になるよう運営推進会議での協力を得られるよう期待したい。

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	人前であからさまに介護したり、誘導の声かけをして、本人を傷つけてしまわないように、目立たずさりげない言葉かけや対応に配慮するように努めている。	利用者を人生の先輩と敬意を持って接し、トイレなどの声かけにも『散歩に行きましようか』『気分転換しましょう』と誘導する等職員間で注意し合っている。個人情報等の書類はカウンターの裏の棚に置き配慮している。	
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	職員は利用者と過ごす時間を通して、利用者の希望、関心、嗜好を見極めるように心掛けており、それを基に日常の中で本人が選びやすい場面を作れるように努めている。		
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	行きたいところへ外出(自宅や買い物等)したり、本人のサインを読み取り、休息場面を作るなど個別対応を心掛けている。しかし、入浴や行事等、職員の都合が優先されてしまうことも少なくない。		
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	衣類の選択は、本人と共にやっている。整髪等に関しては、馴染みの理美容室に行ったり、困難な場合には出張サービスを受けられるよう支援している。		
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	利用者と共に料理を作り、本人の嗜好により個別に献立変更も行う。食事は利用者と職員が同じものを一緒に食べるようにしている。また、食後には食器の下膳が出来るように支援している。	利用者5名は職員と一緒に食事の手伝いを行い箸・湯のみは家から持ち込んでいる。2名は刻み・粥・とろみの職員による介助であるが100歳の方は粥に半介助でほぼ完食と職員もテーブルを囲み賑やかに摂っている。	
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	食事量・水分量共に、個々の活動量・摂取量に応じて支援している。		
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	起床時・就寝前に口腔ケアを実施している。昼食後には、必要に応じて実施している。		

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	失禁があるからとすぐにおむつ使用はせず、排泄パターンを把握して、トイレ誘導するなどして個々に応じた排泄の支援をしている。	個人記録などで排泄パターンの把握に努め入所時のリハビリパンツや布パンツを維持している。失禁が見られた方は原因追究し職員で話し合い自立支援に努めている。	
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	便秘予防に水分補給や牛乳の飲用、繊維質の摂取および運動を促している。便秘になった場合、医師と相談し、下剤等で調整している。		
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	現状では、入浴の曜日・時間を決めて行っているが、希望があれば対応できるようにしている。	今は冬場で週4回一日4～5名の入浴支援であるが、希望や状況により何時でも入浴が出来るよう対応している。入浴剤を入れ『温泉に行きましょうか』の声かけをし、一人ひとり、湯のはりかえを行っている。	
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	日中は個別に体調の変化等を見ながら休息したり、夜には必要に応じて話したり、添寝したり安心できるように努めている。		
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	通院記録には必ず目を通し、会議で伝達し薬の準備・配薬は別の職員が行い、間違いがないように努めている。		
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	花の世話、洗濯干し・たたみ等それぞれに合ったことを出来るように支援している。		
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	本人の希望に応じ、散歩・買い物・理美容の為の外出を支援している。	4名の利用者は車椅子で、他の利用者は独歩で日常的な散歩は出かけている。月一回の外出や季節の行事、花見・藤・紅葉見物は全員がバスで出かけ、年1回は現地で家族が待っているところへ行き、家族の交流の場にもなるよう支援している。	

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	利用者の買い物は、事業所の立替で行うようにして現金を所持しない形をとっているが、本人の希望がある場合、ご家族と相談して所持して頂け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	本人が希望されたら電話や手紙などの支援をしている。		
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	季節の花を飾ったり、壁面に季節を表現したり季節感を感じて貰える様努めている。ただ、今年は特に暑く、暑さ対策に不備があった。トイレの流し忘れや汚れの確認を怠らず、気持ちよく利用できるように努めている。	リビングの壁面やボードには季節感を表現した4月は桜、5月は藤、7月は天の川と天井からの星座が和紙・布・ビニールで豊かに演出し利用者を楽しませている。共用の廊下にはソファを置き寛げる場になっている。	
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	ローカなどにソファを置いたりしてホールではなく、一人で過ごせる居場所づくりに工夫している。		
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	居室は使い慣れたペットや布団、家族の写真などを置き、居心地良く過ごせる工夫をしている。	ペット・畳・布団・整理筆筒・テレビなど本人の希望のものを持ち込み、使い勝手良いように配置し居心地良く過ごせるように工夫している。	
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	利用者が安全に生活できる様手すりを設置。居室やトイレ等、場所が分かる表示をしたりして自立に向け支援している。食堂のイスとテーブルを安全性の高いものを買換えた。		

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	13	避難訓練が実施出来ていない。非常用食料・飲料水の準備もない。 地域との協力体制が確立出来ていない。	1年2回の避難訓練の実施 非常用食料および飲料水の常備 地域との協力体制を築く	消防署の指導・協力を得て行なう 非難袋の整備をする(非常用食料・飲料水等) 地域との連携システムの整備を行なう	12ヶ月
2	6	運営推進会議を活かした取り組みについて地域の推進委員が少ない 契約書・重要事項説明書内に、苦情相談窓口について事業所のみ明記である	自治区の区長・老人会長の参加を仰ぐ 委員のみでなく家族等の意見・要望を把握する 定期的な広報の充実	地元自治区の区長・老人会長等に働きかける 利用者家族へのアンケート調査を実施する 契約書・重要事項説明書に事業所並びに第三者の窓口についても明記する	6ヶ月
3	5	玄関の施錠を含め、身体拘束をしないケアに取り組んでいるが、見守りの困難な時に施錠をしてしまう事がある。	日中は施錠せずに常にオープンにできる。	運営推進委員の充実を図り、外出をしても連絡が行き届くような体制作り	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、行を挿入してください。