

### 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	2376100174		
法人名	社会福祉法人昭徳会		
事業所名	高齢者グループホーム小原安立		
所在地	愛知県豊田市沢田町座内22番地		
自己評価作成日	平成28年9月19日	評価結果市町村受理日	平成28年11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	
----------	--

【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	名古屋市千種区小松町五丁目2番5
訪問調査日	

【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)】

自然あふれる環境の中で、ゆっくりとした時の流れを大切に利用者が6名という少人数でお互いに助け合いながら暮らせるよう取り組んでいる。庭先の畑で野菜を共に育てて収穫したり、個々の趣味を楽しめる環境作りを意識し、年2回の家族会(夏祭り・秋祭り)を開き、行事や面会を通して職員と家族との交流を増やす事で信頼関係も構築できるよう努めている。地域との繋がりも大切に考え、地元の学生の職場体験や、地元の行事・ボランティアなど地域資源を活用し、地域に根付いた施設を目指している。利用者や家族が安心して過ごせるよう看護師と24H体制で連絡が取れるよう対応し、利用者一人ひとりの意思を尊重したり思いに寄り添いながら支援している。H28年5月より、共用型通所介護を開設し、地域の高齢者を受け入れている。

【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)】

◎軽減要件適用事業所  
 今年度は「軽減要件適用事業所」に該当しており、外部評価機関による訪問調査を受けておりません。したがって、今年度の公表は以下の3点です。  
 ①別紙4「自己評価結果」の【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点】と「自己評価・実践状況」 ②軽減要件確認票 ③目標達成計画

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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	・法人理念「幸福」を基に施設目標を掲げ、見える位置に掲示している。基本理念を具体的に示した「職員行動指針10か条」で、意識の共有を図る為に会議で唱和し、実践した職員を褒め合う「スマイルカード」を送るシステムがある。		
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人として日常的に交流している	・自治会に加入し、定例会で地域行事の把握・情報交換を行っている。 ・地域ボランティアの活用や利用者の地元の方と交流が図れるよう、なじみの場所へ外出したり知人と話す機会が持てるよう努めている。		
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	・地域の高校へ出向き、認知症についての説明や理解を深める為の機会を作っている。中学生の職場体験を受け入れている。		
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	・利用状況・サービス内容・職員研修で知り得た知識を生かした取り組みの報告している。運営推進会議での助言や情報をGH会議で報告し、提案を活かしている。利用者代表・家族代表・民生委員・地域包括センター職員の構成で自由に意見交換している。		
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	・豊田市サービス介護事業者講習会に参加したり、市担当課と連絡を取り相談や助言をホームの運営に活用し、協力関係が継続できるよう努めている。豊田市の介護相談員による毎月の訪問で意見交換し、ケアの向上に反映させている。		
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	・身体拘束の研修を行い、言葉掛けや薬の知識について学ぶ機会を設けている。 ・玄関やユニット入口は日中開錠しており、利用者へ見守りを基本とし、拘束をしない介護に取り組んでいる。		
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	・虐待や身体拘束の動画を活用し、勉強会で分かりやすく周知している。日頃の様子観察や更衣・入浴際ボディチェックを必ず行い、職員間で情報を交換し見逃さず事のないよう早期発見、虐待防止に努めている。		

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	・権利擁護の制度について、研修や会議で学べるよう取り組んでいる。 ・現在は制度を利用している入居者はおられないが、今後活用できる体制作りを心掛けている。		
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	・利用者や家族に契約書や重要説明事項の該当箇所を示して十分な説明を行い、不安や疑問点を確認しながら理解された上で契約を結んで頂けるよう配慮している。契約後も質問に応じ、柔軟な対応をしている。		
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	・市の介護相談員との利用者面談で意見を確認し、改善点は今後のケアに繋げている。意見箱の設置、面会や電話など支援方法を家族と相談して進めている。定期で便りを送付し把握できるよう報告している。		
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	・会議や施設行事に管理者が参加し、運営に関する意見交換を行っている。 ・職員の意見や個性を大切に考え、やりがいや前向きな気持ちで働けるよう提案や意見を聞き、反映できるよう努めている。		
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	・出来る範囲で勤務調整を行い、職員に負担がかからないよう配慮している。 ・資格取得者には奨励金や資格手当がつく事もあり、やりがいや向上心に繋げている。		
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	・職員の能力に応じ、必要なスキルや知識が持てるよう施設内外で研修に参加でき、報告書で他職員との情報を共有している。専門分野の各委員会へ所属し、知識の向上や現場実践で取り組んでいる。		
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	・西三河地区のGH連絡協議会に加入し、会議や研修を通じてネットワークを構築している。介護サービス連絡会や外部研修に参加できる環境にあり、同業者と交流する機会がある。老施設の事例研究で発表し、サービスの質を向上させる取り組みをしている。		

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
<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	・事前に生活歴や習慣・趣味を把握し、入居後も本人や家族から意向や嗜好を確認し職員間で情報収集・共有している。利用者を早期から理解する事で不安を軽減し、その人にあったサービス提供や生活環境へ整えてられるよう支援している。		
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	・入居前後に家族とよく話し合い、利用者についての相談や経緯、施設に対しての要望を聞き入れられるよう努めている。 ・家族の負担や不安に思う気持ちに寄り添い、心配を安心に変えられる言葉掛けをしている。		
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	・本人や家族が施設にどのような支援を必要としているか、面談や話し合いを通じて支援方法を見極めている。 ・他のサービスを提案したり確認しながら、その方に合ったサービスを提供します。		
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	・共同生活の場において、それぞれの特技や能力に応じて出来る事をお願いすることで、お互い助け合いながら生活できるようサポートしている。		
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	・定期的に「うぐいす便り・個人便り」で日常生活の様子や健康状態を報告している。 ・体調や生活の変化について面会や電話で連絡や相談をし、支援方法を家族の意見を取り入れ、共に支え合う関係作りに努めている。		
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	・家族の協力を得て、利用者の思い出の場所や馴染みの店へ出掛け、地域との関係が途切れないよう支援している。 ・併設している特養にいる地元の知人と交流できるよう配慮している。		
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	・孤立したり淋しい思いが少なくなるよう利用者の思いを傾聴したり、共同生活でお互いを支え助け合いができるよう支援している。利用者の性格や特徴を把握し必要に応じて職員が間に入り、利用者同士が気持ちよく関わり合い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	・退所後も引き続き相談や助言と言う形で支援し、家族との関係性を大切に考え対応している。契約終了後も家族が遊びに来る事がある。		
<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	・利用者の願いや希望をが叶えられるよう、職員は意向を本人や家族から情報収集しケアプランに反映させ、サービス提供している。アセスメント評価結果や利用者の日頃の会話で得た情報も参考にしている。		
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	・入居前の生活歴や利用者の日々の言葉や行動から心の中にある本当に伝えたいことをくみ取ろうと努めている。何気ない会話から出た今までの暮らしぶりを把握し、記録する事で利用者への理解を深めている。		
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	・生活リズムを24Hシートに記入して新人職員が見ても理解できるよう支援方法を明記し取り組んでいる。暮らしの中で出来る事、出来なくなりつつある事を確認しながら本人の意思のもと対応している。		
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	・施設介護サービス計画書を作成する際は、本人からの聞き取りや家族の意向を確認し、記録や毎月のモニタリングと課題分析を基に、サービス担当者会議で話し合い、反映させている。		
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	・個別の介護記録表があり、日常生活での利用者同士や職員との関わりの様子や自ら発した言葉・行動を記録している。その中で気づいた事柄に対して申し送りノートで報告し、随時情報共有しケアに活かしている。		
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	本人の体調、好み、希望などを重視して個別に取り組んでいる。面会、外出、家族との外食、病院受診・往診の希望に対応している。併設された特養や共用型通所介護で、地元の知人との交流が可能で支援している。		

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
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	・暮らしを支える為に、利用者にとって大切な関係である馴染みの場所と人に関われるよう情報収集し支援している。地域のボランティア、学校、こども園、理美容、消防署などの資源を活用し協力を得ている。		
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	・本人や家族に、入居時に医療を受ける際の希望を確認し、要望に沿って対応している。受診は家族の協力で行い、都合がつかない場合は往診で対応してくれるかかりつけ医もあり、状況に応じ調整している。緊急時には、協力医療機関への受診が受けられるよう支援している。		
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	・併設特養の看護師が毎日利用者の健康状態を確認しており、体調に変化がある場合は24H連絡体制で看護師へ相談する事ができ、必要に応じて家族への報告や受診依頼をしている。		
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。	・入院中は利用者が安心できるよう可能な限り面会し、病院関係者及び家族との連絡を密に取り合い、情報交換や相談に努めている。 ・併設特養の看護師と連携する事で、病院関係者との関係性を深めている。		
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	・入居契約前後に、重症化した場合の対応に関わる指針を渡し、両者の納得のいく形で決められるよう説明し確認と同意を得ている。併設の特養へ実務研修へ出向き、早急に重症化の対応ができるよう努めている。		
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	・事故や急変時は責任者へ報告し、緊急時に備えて対応マニュアルの作成し分かりやすい場所に準備して職員間で常に確認している。応急講習や勉強会で技術の習得に取り組んでいる。		
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	・消防署の協力を得て、災害を想定した避難訓練・避難経路確認、消化器の使い方等の訓練を定期的実施している。備蓄品や防災用具もすぐに持ち出せる位置に配備し、法人の総合訓練やピレッジ3施設合同による訓練で協力体制の確立に努めている。		

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>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	・個人情報取り扱いの理解と利用者の尊厳に配慮した言葉掛けや対応が出来るよう研修等で重要性を伝え、意識を高めている。排泄・入浴・更衣時はカーテンや扉を閉める等、羞恥心やプライバシーに配慮している。		
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	・日常生活の会話で思いや希望を聞き取り、表情 やちょっとした仕草にも目を配り本当の想いを汲み取れるよう心掛けている。 ・わかりやすい表現や言葉で声掛けをし、自己選択できるよう努めている。		
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	・その人らしい生き方やその人にあったペースで過ごせるよう、その日の心身の状態に合わせてその都度希望を確認し、意思を尊重している。		
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	・体調や気候を考慮し、本人好みに合わせて選択できるよう支援している。 ・理美容については、本人や家族の希望に合わせて対応している。		
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	・併設特養栄養士の献立で、季節の行事や郷土料理を取り入れている。個別での外食や畑の穫れたての野菜を職員と一緒に調理し、配膳・後片付けをしている。食事の際は、職員と一緒にテーブルを囲み音楽を聴きながら団欒を楽しめる工夫をしている。		
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	・栄養士作成の献立で、1人ひとりの体調と一日の食事・水分量を把握し記録している。 ・お茶入りの急須を置き、いつでも好きな時に水分が摂れるよう対応している。		
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	・起床時や毎食後に口腔ケアの声掛け・見守り介助を行い、就寝前は義歯洗浄をし清潔保持に努めている。口腔内の異常時は看護師へ相談し、家族に報告して連携し歯科受診等の対応をしている。		

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
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	・個々の排泄周期や様子に合わせたトイレ誘導・声掛け・介助を行っている。		
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	・排泄チェック表で個々の便の頻度、形状、量を記録している。水分摂取量・散歩・体操、乳製品等で支援し、便秘の予防を意識している。		
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	・利用者のペースでゆっくり楽しめるよう、希望の時間帯に入浴できるよう個浴で対応している。季節に応じた菖蒲湯・ゆず湯など楽しめるよう支援している。		
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	・それぞれの利用者の生活習慣や心身の状態や体調の変化を考慮し、自室や安心出来る空間で休息、臥床できるよう支援している。		
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	・個別に薬の一覧表を作成し、作用や副作用など会議等で勉強会を行い、理解を深めている。服薬変更時は、看護員及び介護職員には申し送りノートで周知し、様子観察・記録に残し情報共有している。		
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	・利用者の個性を活かし、得意な家事や趣味・生活で得た経験や知識を大切に、少しでも楽しめるようその人に合った支援を行っている。季節や好みに合わせたおやつ作りや飲み物の提供をしている。		
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	・天候の良い日は散歩や畑の野菜の収穫・草取りをしたり、希望に応じて買い物や外食・地元の行事に参加し親しい人に会えるよう家族にも協力を得て計画的に外出することもある。		



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	・本人や家族と相談の上、一人ひとりの能力や希望に合わせて金銭管理の支援に取り組み、外出などでお金を支払う機会を持つことができるように努めている。		
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	・必要性や希望に応じ、職員が間に入り電話連絡等の支援を行っている。 ・施設から写真付きで近況報告はしているが、手紙等のやり取りは利用者の希望に沿って支援している。		
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	・共有スペースの清掃等の行い、天候や季節に応じた明るさや温度を調整し、清潔で安心し快適に過ごせる空間作りに努めている。居間から畑の野菜・季節の花が見え、室内でも生け花や観葉植物を飾り、観賞しながら寛げる空間作りや四季を感じられる工夫をしている。		
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	・畳の間やテーブル席・ソファを置き、席は決めずお好きな場所でレクリエーション、談話やテレビ観賞等を利用者の意思で自由に過ごせるよう配慮している。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	・親しみのある家具や思い出の品、家族写真など気持ちが安らぎ落ち着いた生活が送れるよう本人の希望に合わせた居室作りをしている。		
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	・バリアフリーで手すりを設置し、居室・トイレ・浴室などは入り口に分かりやすく表示し、わかる工夫で安全・安心できる自立した生活への支援をしている。		

## 目標達成計画

作成日: 平成 28 年 9 月 19 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	27	生活状況や利用者の言葉・行動をそのままパソコン入力で記録しているが、パソコン操作が不慣れでうまく行えず簡易な内容の入力になっている事がある。	パソコン操作の苦手な職員のスキルアップを目指し、利用者の声や様子を具体的な記録し、ケアに生かしていく。	パソコン入力で生活記録を入力する際は、慣れるまで職員がそばで操作確認し、利用者の様子を話しながら記録の必要性を理解してもらい、ケアプラン等で実践していく。	6ヶ月
2	33	重症化に向けての職員全員のスキルアップが必要である。	認知症や高齢者の心身の状態を理解する。	研修や会議等で学ぶ機会・話し合う場を増やし、全職員に周知できるよう努めていく。	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、行を挿入して下さい。