

### 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	2373000989		
法人名	有限会社ウイング		
事業所名	介護支援センターつばさ グループホーム事業部 Aユニット		
所在地	愛知県豊田市下林町4丁目111		
自己評価作成日	平成26年 1月21日	評価結果市町村受理日	平成26年 6月20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.kaijokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JivogyoCd=2373000989-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JivogyoCd=2373000989-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
所在地	愛知県名古屋市長区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成26年 2月 5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>1、利用者の思いや希望に寄り添って作成されたケアプランに基づき、個別の支援を重視している。いつでも外出したい時は、職員が付き添う。</p> <p>2、地域の行事、夏祭りや月1回の奉仕作業などに参加したり、グループホーム主催の交流イベントに地域の方々に参加してもらうなど交流を図っている。運営推進会議にも毎回出席していただいている。</p> <p>3、食事については栄養士による栄養バランスの整った家庭的なメニューを提供し、利用者に喜ばれている。</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>理念である「いきいきわくわく幸せに」は、利用者の自立度の維持を前提に、職員と一緒に共同生活を営む場所と位置づけている。法人代表自らが、理念に込めた思いについて運営推進会議を通じて参加者である利用者、家族、地域代表、行政担当者等に説明を行い、理解を求めている。</p> <p>ホームでの暮らしが可能な利用者には、残存能力を見極めてできることを見出し、「必要以上の支援を行わない」ことを心掛け、利用者のペースを大切に支援している。自立度の低下からホームでの暮らしの継続が困難と判断した場合は、状態に適した施設の紹介を行い、見学には職員も立会っている。</p> <p>利用者の思いや意向を聞き取り、実現するよう傾聴力の向上を目指した研修を実施している。今後も、知識と技術力を備えた職員による「利用者本位」の支援の継続に期待したい。</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 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	事業所の理念「いきいきわくわく」を玄関に掲示し、地域で信頼していただける様に意識して取り組んでいる。	玄関の目立つ場所に理念を掲示し、職員のみならず来訪者に公表し、常に理念を身近なものとして意識できるよう工夫している。ユニット会議に理念に関わるテーマを取上げ、実践に反映している。	
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	月に1回の奉仕活動、夏祭りなどの参加、交流イベントや推進会議などで交流を深めている。	昨年から中学校の体験学習を受入れ、利用者の楽しい交流の機会としている。毎月地域の老人会の清掃活動に参加している。地域交流会として地域住人を招待して豚汁を振舞い、ゲームなどで交流している。	「家族、利用者、地域に楽しんで貰う」をホームの合言葉とし、地域交流を積極的に進めている。着実に地域の理解を得ており、交流の輪の拡大に期待したい。
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	年1回の交流イベント内で認知症の人の理解を深めるコーナーを設けるなどしている。		
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ヶ月に1回の推進会議では毎回テーマを決めて、勉強会(認知症高齢者の対応・栄養についてなど)を行っている。	年6回開催の会議には、家族、地域、行政、同業者、看護師と多くの参加を得ている。「徘徊」、「ホーム行事」、「看取り」など、会議の議題を予め決め、参加者が目的意識をもち運営に参画できるよう取組んでいる。	運営に則した議題を掲げ、意見交換を実施している。更に会議の成果を目論見、同業者など知見者の参加を働きかけ、複数の視点から意見を収集して実践に反映することを望みたい。
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	ささえあいネットからの情報を得たり、認定調査依頼、オムツ券の連絡等、密にとっている。	市主催の地域高齢者の「徘徊見守りネットワーク」に参加し、同法人のデイサービスと共に協力している。毎月、市の介護相談員の訪問を受け、運営に関わる相談や報告を行い、相互に協力する関係を築いている。	
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	施設内での研修を行い、職員に周知徹底を図っている。施設玄関の施錠も夜間以外はしない事も徹底している。	「身体拘束」を年間の研修テーマに取上げ、職員は知識を有している。玄関は開放し、帰宅願望の強い利用者は制止することなく利用者の思いに添い同行している。運営推進会議で、徘徊を題材にした寸劇を演じ、参加者の理解を深めている。	
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	虐待防止チェックシートを職員の目の届くところに掲示し、職員同士注意しあっている。		

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
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	成年後見制度については、入所者の家族や見学者に対し、必要と思われる場合説明している。		
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	契約時には利用者や家族の不安を伺い、1時間以上かけて丁寧に説明している。		
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	利用者や家族の要望について職員に十分説明し、家族との連絡が取れるようにしている。	家族の訪問時には必ず呈茶を行い、利用者の様子を介護記録を基に伝え、意見を聞き取るよう努めている。ホーム便りを送付し、きめ細かく利用者の情報を提供することで、家族の意見収集と実践に努めている。	
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	毎月の職員会議に毎回社長も参加し、年2回個人面談を実施している。	月1回のユニット会議は、非番の職員も交えて全職員が参加し、情報を共有する機会としている。年2回、法人代表による個人面談を実施し、遠慮なく意見を表すことのできる風通しの良い職場環境を築いている。	
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	職員個々の努力実績・勤務状況を把握し、スキルアップできるよう、環境を整えている。		
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	個人の成長を図る為、目標をかけた、施設内で研修を受ける機会を設けている。		
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	ブロック会議に参加したり、同業者に当施設に来て頂き、話を聞く機会を持ち、情報交換を行っている。		

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
<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	申込の段階で、利用者面談し、不安に対してはよく話を聞きやさしく説明し、関係を築くようにしている。		
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	見学、申込の段階で、介護保険のシステムの全体と流れを含めた実情を説明し、困っている事、不安についても十分説明している。		
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	GH入所のみ優先するのではなく、本人、家族にとっての介護の必要性を判断して支援している。		
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	ご本人が出来る事は出来る限りしていただき、積極的に行えるようにする。		
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、家族の立場も十分に考え、提案しながら関係を築いている。日常生活の写真を家族に見ていただいている。		
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	本人の話をゆっくり傾聴する事により、情報を得て少しずつ支援を広げている。以前住んでいた地区の方が訪問されることもあった。	教師だった利用者の同僚や、地域の友人が複数連れ立ちホームを訪問しており、楽しく交流できるよう支援している。スポーツ新聞購読の習慣や俳句づくりの趣味の継続を、職員が間に入って支援している。	
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	仲間同士で入浴したり、行事レクリエーションも仲間になれるよう参加をうながしている。		

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	前入所者の家族からの相談を受けるケースもある。退所後の家族のフォローもしている。		
<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	利用者9名に対し、職員3名により1人1人の思いや暮らし方を考え、寄り添ったケアをしている。	職員3名1組のチームを編成し、利用者の思いや意向を把握する仕組みを築いている。職員の傾聴力向上を目指した勉強会を実施している。把握した内容は、「個人シート」に記録して全職員に共有している。	
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	個人情報シートを活用している。傾聴により情報を集め、シートに記入し月1回のカンファレンスで職員で共有している。		
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	個人によって日々、心身の状態が変化する為、状態を把握した上でその人にあつた対応をしている。		
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	心身の変化に対し、本人、家族、医師、看護師と相談し、意見を支援、介護計画に反映している。	1ヶ月ごとにモニタリングを行い、ケアカンファレンスに活かしている。ケアマネージャーは、利用者個々の心に添い、普通の暮らしの継続を大切にしたいケアプランを目指している。定期的に、3ヶ月を基本に見直している。	「その人らしい」個別のケアプラン作成について取り組んでいる。今後、更に利用者の意向を捉えた個別計画となるよう期待したい。
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	ケース記録に記入し、毎日の申し送りにて情報の共有を図っている。		
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	入所者の変化に応じて、ケアプランを変更するなどして対応している。		

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	地域交流として月1回の神社奉仕作業へ参加、市の文化イベントに利用者も参加するなど支援を広げている。		
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	かかりつけ医の往診は、月に2回、緊急時の指示は24時間携帯電話で対応してもらっている。	かかりつけ医は利用者、家族の希望医としている。提携医は月2回の往診を実施し、急変時の24時間の対応を可能としている。通院受診は家族の同行を基本とし、医師に説明を要する場合は職員の同行もある。	
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	訪問看護看護師による週1回の訪問にて相談、支持を仰いでいる。		
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。	家族の了解を得て入院中の利用者の状態を病院の関係者と情報交換し、関係を作っている。		
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	重度化した場合について、入所時に十分説明しているが、早い段階で必要あればかかりつけ医と連携し、支援している。	理念の「いきいきわくわく幸せに」の実践にあたり、利用者の自主・自立を重視していることを家族に説明している。重度化に際しては提携医、看護師の助言の下、利用者に適した施設の紹介など親身に対応している。	
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	救急講習Ⅰの受講をしている。		
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	防災火災訓練を年2回実施。通報装置、スプリンクラー設置済み	消防署の立会いの下、年2回の訓練を実施している。消防署はホームの近くにあり、利用者の急変時に消防署の職員が徒歩で駆けつける実績もある。通報システム、職員連絡網、非常避難袋を整えている。	ホームは川の近くにあり、水害の懸念がある。早期に水害を想定した対策を望みたい。

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	利用者の自尊心を暴言などで傷つけないよう、コミュニケーション術を勉強し、心がけている。	耳の不自由な利用者には、近くに寄り添い優しく呼びかけている。上からの目線に注意し、威圧感のない温もりのある言葉遣いに努めている。居室は必ず利用者の了解を得て入室し、プライバシーを確保している。	
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	職員が声かけし、出来るだけ本人が自己決定できるよう、働きかけ支援している。		
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	普段より利用者の話を傾聴し、本人のペースを大切にして支援している。		
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	朝の起床時は本人で服を選んで頂き、整容され、一部の方は化粧の支援を行っている。		
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	利用者が出来る事は出来る限りしていただいている。料理や盛り付け、片付けなどやっけていただいている。	法人の管理栄養士の作成するバランスの取れたメニューを採用し、手作りの温かい料理を提供している。茶碗、湯のみ、箸などは使い慣れたものを使用し、利用者は配膳、下膳、皿洗い等に意欲を見せている。	
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	栄養士が作る献立により、バランスのよい食事が提供され、糖尿病の方は調整している。		
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	食後は口腔ケアの声かけし、自立されていない方には職員が援助して行っている。		

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
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	個々のパターンを理解し、失敗をしないよう声かけ誘導を行っている。記録もとっている。	排泄記録を参考に、適切な声掛け・誘導を実施し、失禁のない快適なトイレでの排泄を支援している。自立排泄の可能な利用者には無用な支援をせず、トイレの外から見守りを行って自立排泄の継続に努めている。	
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	便秘にならないよう、体操や散歩など運動していただいたり、腹部の温マッサージを行っている。		
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	利用者の好きな時間、たとえば夕方など、個人に合わせた支援を行っている。	週2回の入浴を基本に、利用者の希望に応じて夕刻の入浴や入浴回数について柔軟に対応している。風呂の苦手な利用者は、声掛けや職員を変えるなどの工夫を凝らし、利用者の意思を尊重して対応している。	
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	昼夜逆転にならないよう体調に応じて休息していただいている。		
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	ケース記録の下方に本人の薬についての情報をおき、内容を理解するよう努め、確認できるようにしている。		
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	年間計画を作成し、季節に応じたレクリエーション、外出ばど楽しんでいただいている。		
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	本人が外出したいときに応じて職員が付き添い納得されるまで支援している。	日常的に散歩を実施し、外気に触れることで気分転換を図る機会としている。食事、喫茶、紅葉狩り、初詣と、多くの外出を実施している。本年は、利用者の希望を汲み取る個別外出の実施を目標に掲げている。	

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	本人の認知状態に応じて外出時等、買い物の為にお金を持参していただく事もある。職員が責任を持って、入出金を確認している。		
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	本人の希望があれば、電話できる状況にあり、今年も年賀状をご家族宛に書いていただいた。		
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	季節に合わせて壁面を飾りつけ、季節感を感じていただいている。フロアは明るい雰囲気をつくろげる環境である。	日中はリビングに集って過ごす利用者が多く、利用者の心身の状態の変化を常に見極め、最適なテーブルや座席の配置を考えている。リビングにさりげない季節の飾りつけを行い、季節を感じる空間としている。	
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	ベンチやソファを設置してひとりで過ごせる居場所を工夫している。		
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	居室には自宅で使用していた家具、布団など使い慣れた物を持参していただいている。	利用者の習慣に配慮し、ベッドか、布団を敷くかを自由に選択できる。使い慣れた家具、位牌、写真や、趣味の俳句作りを楽しむライティングデスクを持ち込み、利用者の居心地の良い居室となるよう支援している。	
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	自分の居室入口には手作りの名札を貼ったり、トイレの場所を大きく表示し、出来るだけ自立して生活できるよう工夫している。		

### 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	2373000989		
法人名	有限会社ウイング		
事業所名	介護支援センターつばさ グループホーム事業部 Bユニット		
所在地	愛知県豊田市下林町4丁目111		
自己評価作成日	平成26年 1月21日	評価結果市町村受理日	平成26年 6月20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.kaijokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JiyosyoCd=2373000989-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JiyosyoCd=2373000989-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
所在地	愛知県名古屋市長区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成26年 2月 5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>1、利用者の思いや希望に寄り添って作成されたケアプランに基づき、個別の支援を重視している。いつでも外出したい時は、職員が付き添う。</p> <p>2、地域の行事、夏祭りや月1回の奉仕作業などに参加したり、グループホーム主催の交流イベントに地域の方々に参加してもらうなど交流を図っている。運営推進会議にも毎回出席していただいている。</p> <p>3、食事については栄養士による栄養バランスの整った家庭的なメニューを提供し、利用者に喜ばれている。</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)】**

--

**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
<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	事業所の理念「いきいきわくわく」を玄関に掲示し、地域で信頼していただける様に意識して取り組んでいる。		
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	月に1回の奉仕活動、夏祭りなどの参加、交流イベントや推進会議などで交流を深めている。		
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	年1回の交流イベント内で認知症の人の理解を深めるコーナーを設けるなどしている。		
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ヶ月に1回の推進会議では毎回テーマを決めて、勉強会(認知症高齢者の対応・栄養についてなど)を行っている。		
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取り組んでいる	ささえあいネットからの情報を得たり、認定調査依頼、オムツ券の連絡等、密にとっている。		
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	施設内での研修を行い、職員に周知徹底を図っている。施設玄関の施錠も夜間以外はしない事も徹底している。		
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	虐待防止チェックシートを職員の目の届くところに掲示し、職員同士注意しあっている。		

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
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	成年後見制度については、入所者の家族や見学者に対し、必要と思われる場合説明している。		
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	契約時には利用者や家族の不安を伺い、1時間以上かけて丁寧に説明している。		
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	利用者や家族の要望について職員に十分説明し、家族との連絡が取れるようにしている。		
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	毎月の職員会議に毎回社長も参加し、年2回個人面談を実施している。		
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	職員個々の努力実績・勤務状況を把握し、スキルアップできるよう、環境を整えている。		
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	個人の成長を図る為、目標をかけた、施設内で研修を受ける機会を設けている。		
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	ブロック会議に参加したり、同業者に当施設に来て頂き、話を聞く機会を持ち、情報交換を行っている。		

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
<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	申込の段階で、利用者面談し、不安に対してはよく話しを聞きやさしく説明し、関係を築くようにしている。		
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	見学、申込の段階で、介護保険のシステムの全体と流れを含めた実情を説明し、困っている事、不安についても十分説明している。		
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	GH入所のみ優先するのではなく、本人、家族にとっての介護の必要性を判断して支援している。		
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	ご本人が出来る事は出来る限りしていただき、積極的に行えるようにする。		
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、家族の立場も十分に考え、提案しながら関係を築いている。日常生活の写真を家族に見ていただいている。		
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	以前住んでいた場所の近隣のなじみの方に面会していただく機会を持ち、利用者喜んでいただいている。		
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	仲間同士で入浴したり、行事レクリエーションも仲間になれるよう参加をうながしている。		

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	前入所者の家族からの相談を受けるケースもある。退所後の家族のフォローもしている。		
<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	利用者9名に対し、職員3名により1人1人の思いや暮らし方を考え、寄り添ったケアをしている。		
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	個人情報シートを活用している。傾聴により情報を集め、シートに記入し月1回のカンファレンスで職員で共有している。		
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	日々の観察、記録に残し、現状の把握に努めている。		
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	心身の変化に対し、本人、家族、医師、看護師と相談し、意見を支援、介護計画に反映している。		
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	ケース記録に記入し、毎日の申し送りにて情報の共有を図っている。		
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	入所者の変化に応じて、ケアプランを変更するなどして対応している。		

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	地域交流として月1回の神社奉仕作業へ参加、市の文化イベントに利用者も参加するなど支援を広げている。		
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	かかりつけ医の往診は、月に2回、緊急時の指示は24時間携帯電話で対応してもらっている。		
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	訪問看護看護師による週1回の訪問にて相談、支持を仰いでいる。		
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。	家族の了解を得て入院中の利用者の状態を病院の関係者と情報交換し、関係を作っている。		
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	重度化した場合について、入所時に十分説明しているが、早い段階で必要あればかかりつけ医と連携し、支援している。		
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	救急講習Ⅰの受講をしている。		
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	防災火災訓練を年2回実施。通報装置、スプリンクラー設置済み		

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	利用者の自尊心を暴言などで傷つけないよう、コミュニケーション術を勉強し、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	職員が声かけし、出来るだけ本人が自己決定できるよう、働きかけ支援している。		
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	普段より利用者の話を傾聴し、本人のペースを大切にして支援している。		
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	起床時、ご本人に服を選んでいただいたり、入浴後、髪を結って喜んでいただいている。		
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	利用者が出来る事は出来る限りしていただいている。料理や盛り付け、片付けなどやっ ていただいている。		
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	栄養士が作る献立により、バランスのよい食事が提供され、糖尿病の方は調整している。		
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	食後は口腔ケアの声かけし、自立されていない方には職員が援助して行っている。		

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
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	個々のパターンを理解し、失敗をしないよう声かけ誘導を行っている。記録もとっている。		
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	便秘にならないよう、体操や散歩など運動していただいたり、腹部の温マッサージを行っている。		
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	利用者の好きな時間、たとえば夕方など、個人に合わせた支援を行っている。		
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	昼夜逆転にならないよう体調に応じて休息していただいている。		
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	ケース記録の下方に本人の薬についての情報をおき、内容を理解するよう努め、確認できるようにしている。		
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	年間計画を作成し、季節に応じたレクリエーション、外出ばど楽しんでいただいている。		
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	本人が外出したいときに応じて職員が付き添い納得されるまで支援している。		

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
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	本人の認知状態に応じて外出時等、買い物の為にお金を持参していただく事もある。職員が責任を持って、入出金を確認している。		
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	本人の希望があれば、電話できる状況にあり、今年も年賀状をご家族宛に書いていただいた。		
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	季節に合わせ壁面を飾りつけ、季節感を感じていただいている。フロアは明るい雰囲気をつくつる環境である。		
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	ベンチやソファを設置しひとりで過ごせる居場所を工夫している。		
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	居室には自宅で使用していた家具、布団など使い慣れた物を持参していただいている。		
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	自分の居室入口には手作りの名札を貼ったり、トイレの場所を大きく表示し、出来るだけ自立して生活できるよう工夫している。		

## 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	2	地域との交流を拡大し、地域の理解を深める。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年に1回地域交流イベントを計画実行していく。</li> <li>・月に1回喫茶サロンを開く。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①地域交流イベントや喫茶サロンを開催し、家族・地域の方に施設開放、介護相談を行う。</li> <li>②地元学生ボランティアを受け入れる。</li> </ul>	6ヶ月
2	4	運営推進会議へ同業者など知見者の参加を働きかける。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・運勢推進会議の活性化をはかる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①計画に基づき、テーマを決め、同業者を招き、勉強させて頂く。</li> <li>②認知症サポーター養成講座を開き、地域の方、家族に参加頂く。</li> </ul>	8ヶ月
3	26	更に利用者の意向を捉え、個別のケアプランを拡充していく。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個別のケアプラン作成について、本人の希望が活かされているか見直す。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①傾聴を十分行い、ご本人の情報を多く知る。</li> <li>②知り得た情報から希望に沿ったケアプランを作成する。</li> </ul>	3ヶ月
4	35	施設の立地を考え、水害に備え、対策を考える。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・防災訓練の内容の中に水害に対する訓練を取り入れる。</li> </ul>	防災訓練を2回行うが、夜間想定訓練にに加え、水害時における訓練を行う。	3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。