

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	0873200356		
法人名	株式会社 ユニマットそよ風		
事業所名	岩瀬ケアセンターそよ風		
所在地	茨城県桜川市岩瀬30-2		
自己評価作成日	平成26年1月15日	評価結果市町村受理日	平成26年5月28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.kaigokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2011_022_kani=true&JigyosyoCd=0873200356-00&PrefCd=08&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認知症ケア研究所
所在地	茨城県水戸市酒門町字千束4637-2
訪問調査日	平成26年2月13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)】

ホームは市街地にあり病院やスーパーなど生活しやすい環境にある。また、周りは山に囲まれており、季節の移り変わりを感じられる場所にある。ホームにはデイサービスが併設されており、行事などを一緒に行うなど交流する機会がある。
 ご利用になっている入居者様には、その人の出来ることや持っている能力を発揮し、毎日を笑顔でその人らしく、生き活きとした生活が送れるように支援している。また、御家族が気軽に逢いに来られるように、行事の参加を呼びかけたり、一緒に外出できる機会を持つようになっている。
 また、職員1人ひとりが『大丈夫、そよ風があるから』の会社理念のもと、入居者様が地域で暮らしていけるように毎日のケアに取り組んでいる。

【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)】

病院やスーパー、市役所が近くにあり生活しやすい環境にある。デイサービスが併設されていて近所の利用者も多く、馴染みの方と一緒にすることもできる。グループホームとデイサービスが同じ企画で行っており外出の機会が多い。地域の難巡りへ参加しており、家族や地域の方が訪問しやすい環境作りをしている。利用者にも笑顔がみられる。

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) <input type="radio"/>	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ます (参考項目:9,10,19) <input type="radio"/>
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) <input type="radio"/>	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) <input type="radio"/>
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) <input type="radio"/>	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広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4) <input type="radio"/>
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) <input type="radio"/>	66	職員は、生き活きと働いている (参考項目:11,12) <input type="radio"/>
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) <input type="radio"/>	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 <input type="radio"/>
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) <input type="radio"/>	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 <input type="radio"/>
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、安心して暮らしている (参考項目:28) <input type="radio"/>		

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	法人の理念を基に地域密着型サービスの意義や事業所の役割を意識しながら独自の理念を作成し、毎朝唱和して常に理念を意識したケアが実践できるように努めている。	エレベーターや職員室などに理念を掲示しており、朝礼時に唱和している。毎月ケア目標を掲げている。次年度からの理念を検討している。	
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	自治会に加入し、地域の清掃活動に参加している。また「子供110番」「高齢者地域見守りネットワーク事業」にも参加している。	職員と利用者が一緒にがグリーン活動へ参加している。お神輿の通るルートになるなど、交流の機会を作る努力をしている。併設デイサービスセンター利用者や近所の方が面会に来られている。	
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、地域の人々に向けて活かしている	毎月発行する広報紙「そよ風だより」に認知症についての専門コーナーを設け、利用者家族、地域の人に向けて発信している。 また、認知症地域相談窓口にも登録している。	/	/
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	家族代表、区長、地域の代表、民生委員、地域包括支援センター等の参加を得て2か月に1回開催している。会議では利用者の状況、活動報告や外部評価の結果を伝え、出席者からの意見をいただきサービスの向上に努めている。会議の内容は「そよ風だより」で家族に報告している。	2か月に1回会議を開いている。区長は不参加の時もあるが、関係は良好。家族代表は同じ方をお願いしている。活動報告、意見や要望など頂いたものを伝達して職員と共有し、サービス向上に努めている。	
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	市町村担当者は運営推進会議に毎回参加している。地域包括支援センター主催の認知症サポーター養成講座を受諾している。	市役所も近いため、運営推進会議以外でも行き来が多く、情報交換など関係は良い。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指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	身体拘束に関する委員会を設置し、定期的(2か月に1回)に開催している。 施錠については2階のドアは常に開放している。職員の目の届かない1階のみ施錠して利用者の安全を確保している。	委員会メンバーが中心となり、問題点など改善に向けて話し合いを行っている。1階の玄関施錠は道路に面しているため、利用者安全面・不審者対策として行っている。	

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
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	身体拘束に関して事業所独自の理念があり、委員を中心に全体会議等で勉強会や検討会を実施している。		
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	一部の職員は研修に参加して理解を深めている。参加できない職員には研修報告書にて情報を共有している。 現在、制度は活用していない		
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	契約時には契約書および重要事項説明書の内容を十分に説明し、利用者および家族が納得した上で署名捺印をいただいている。		
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	家族の面会時やケアプランの更新時、家族会の開催時には意識して意見や要望を聞くようにしている。	新年会・夏祭り・創立記念祭へ家族参加の声かけをし、関わる機会を設けている。不参加の家族へは月一回請求書と共にお便りを送付。様式へ家族の要望を書いて頂ける記入スペースがあり活用されている。	
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	定期的で開催されるセンター会議、グループホームカンファレンスで意見の交換ができています。出席できない場合は書面にて意見や提案を聞くように努めている。	職員は会議の他、日頃より意見や提案を言いやすい環境であり、申し送りノートを活用しコミュニケーションが取られている。管理者は対応できるものは早急に対応する姿勢で意見を反映させている。	
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	定期的な考課表を用いて、職員個々の実績、勤務状況を把握している。職員への登用制度もあり、向上心を持って仕事ができる職場作りにも努めている。		
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	外部の研修は、個々に応じた内容の研修に希望制で参加している。センター内では、毎月決まったテーマに添って、勉強会を行い、職員一人ひとりが知識を深められるよう取り組んでいる。		
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	市内のグループホームの代表者が集う「グループホーム協議会」が2か月に1回開催され参加している。管理者同士が外部研修会に誘い合っている。またお互いにイベントに誘い合い交流をしている。		

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
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	初回訪問時等に本人が困っていることや不安に思っていること等を聞き、受け止めるように努めている。		
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	初回相談時より家族等が話しやすい雰囲気を作り困っていることや不安、要望に耳を傾け、良い関係作りに努めている。		
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	本人と家族がサービス導入を検討している段階で必要としている支援を見極め対応に努めている。		
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	『介護をしてあげている』という立場ではなく、日常生活の中の料理や行事などを通して喜怒哀楽を共にし支えあう関係作りに努めている。		
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	家族には何事も報告・連絡・相談をし、利用者を共に支えていくという関係が作れるようにしている		
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	家族以外にも女学校の友人が訪れたり知人等が気軽に訪問している。 年賀状や暑中見舞い等も「だれに出したいか」をうかがいなじみの関係が継続するように支援している。 かかりつけの美容室へ出かけたりしている。	近所の友人宅への行き来をしたり、家族が友人と共に面会へ来られたりしている。礼状や年賀状のやりとりがある。お墓参りや外出は家族の協力を得ている。	
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	利用者同士が関わりを持てるよう毎日のレクリエーションの時間をとっている。 参加できない利用者も孤立せず皆の集まる場所で過ごす事が出来ている。		

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
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	サービス利用を終了した利用者には他施設への面会、家族には季節の挨拶状等を送付している。また、必要に応じて相談や支援に努めている。		
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、利用者がどのような暮らしを望んでいるかを会話などから把握し、出来るだけ要望に応えられるように努めている。	日々の関わりで会話の中より把握したり、家族より情報を得ている。困難な場合は、情報・表情などで沿うよう支援している。	
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	本人や家族の話により把握することに努めている。またアセスメントの活用・記入により全員が把握できるようにしている。		
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	ひとり一人の出来ることに目を向け、安心して生活できるように、心身状態等の現状の把握に努めている。職員は現状を把握するための情報の共有を行っている。		
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	介護計画は定期的に関催されるカンファレンスで意見交換し作成している。家族の意向は面会の時に担当職員がさりげなく聞き取りを行い、情報の共有ができるように家族の意向のみを別に記録している。	プランと記録が連動している。本人や家族の意向もプランに反映されている。モニタリングがきちんとされ、見直しなど定期的に行われている。家族の意向が分かるよう記入されている。	
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	個人記録にはケアプランのNo.を記入し、プランに沿った記録をしている。記録から新たな課題の発見・見直しに努めている。		
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	デイサービスを併設しており、ボランティアの方を招いてのイベントなどは交流も兼ね、一緒に楽しめるよう支援している。身体の状況に応じて、デイサービスの特殊浴槽を利用することもある。		

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
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	ご家族と一緒にかかりつけの美容室、病院受診等を継続して利用できるように支援している。		
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	協力病院の月2回の訪問診療はあるが、利用契約時に希望のかかりつけ医を確認し継続して受診している。緊急時にかかりつけ医以外に受診する場合は受診経過や薬の情報等が一目で分かるような経過記録も作成している。	本人のかかりつけ医がある方は継続されている。協力病院の訪問診療がある。別紙に受診記録様式を作り、見やすく個別に管理している。	
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	週1回の訪問看護師に相談できる体制ができている		
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。	入退院時の医師からの説明を家族と共に聞くなど、利用者が安心して治療を受けることができ、早期に退院できるよう病院関係者との情報交換や関係づくりをしている。		
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、事業所の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	高齢化、重度化している利用者の家族とは『職員は人生の終末期まで携わることを意識してケアさせていただく』ということを話し承ってもらっている。医療体制の問題から現在看取りまでは行っていないが、引き続き医療連携を整えていける取り組みをしている。	重度化・終末期への対応は、方針に沿った支援・ケアをしていくと話し、了承済み同意書を頂いている。医療体制の問題で看取りまでは難しい。連携へ向け検討中である。	
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	心肺蘇生法や緊急時の対応の訓練を定期的に行っている。 マニュアルは職員がいつでも見られる場所に常置している。		
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、地域との協働体制を築いている	消防訓練は地域の消防署立会いのもと、定期的実施している。運営推進会議を活かし、ご家族や自治会の役員、市町村担当者等運営推進会議メンバーにも参加していただいている	年2回、夜間想定・消防立会い行っている。家族や近所の方の参加もある。災害時、近所の方への連絡網が作成されている。マニュアル化され、職員は理解している。	近所の方に役割をもっていただき、消防署との具体的な打ち合わせなどが期待される。外部の方が分かるよう反射材などを用いた利用者のネームプレートとチェックリスト作成などの更なる工夫も配慮されたい。

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	人生の先輩であることを常に意識し、名前は姓で呼ぶことを基本としている。また、大勢の前で大きな声を出すのではなく、個人対個人で話ができるように場所や時間を考慮している。入浴や排泄誘導の際はプライバシーに配慮した言葉かけや対応をしている。	利用者をちゃん付けで呼ばない。関係が慣れあいにならぬよう注意し気を付けている。排泄失敗時は声かけを工夫し、違う話題などで誘導対応している。	
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	職員からの押しつけではなく、本人の意思を確認してから行動へ移すようにしている。利用者の会話等からも、本人の思いや希望を自己表現や自己決定できるようにしている。		
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	『～はどうしますか?』など日々の生活のリードや声かけはするが、個々のペースで自由に過ごせるように支援している。		
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	その日の気温に合った服装や外出の際には、普段よりおしゃれな服装にしたりお化粧をしたり、好みを聞きながら一緒に選んだりしている。家族と共に外出し美容院を利用する利用者もいる。		
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	昼食・夕食は厨房で調理している。利用者と一緒に厨房に取に行ったり盛付け、配膳、後片づけをしている。自然と一人一人の役割ができていく。外食の機会も多くしている。	利用者が厨房へ食事を取りに行ったり、配膳・下膳の他、台所に立ち片づけるなど、個々に出る役割が行えている。イベントなどで好みのものに変更したり、外食にも出かけている。ポーセラートで作成したお皿を個人で使用したりしている。	
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	食事量水分量は毎回記録に残している。栄養士の作成したメニュー表をもとに食事を提供している。		
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	食後各利用者の力に応じて支援しながら口腔ケアを行っており、口腔内の清潔保持に努めている。		

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
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	失禁の少ない利用者は布パンツを着用している。一人ひとりの排泄パターンを把握し、トイレでの排泄やポータブルトイレでの自立に向けた支援を行っている。	本人に合わせ、綿パンツやリハビリパンツ・パットの使用もあるが、本人が安心のため使用している面もある。車いすの方は介助している。ポータブルトイレを夜間使用している方もいる。	
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	個々に応じて、牛乳など多めの水分摂取をすすめたり、腹部マッサージ、便秘薬等でのコントロールを行っている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	個々の希望やタイミングで入浴して頂けるように支援している。午前中の入浴を基本としているが、希望があれば午後、夜間にも行っている。また、入浴剤で変化をつけ楽しめるようにしている。	行事などの関係で午前中に基本入浴時間を変更。特殊浴はデイサービスセンターの浴槽を利用。現在は利用はない。希望があれば午後や夜間も対応。拒否がある方は声かけ工夫し、週2回入れるようにし、毎日入浴される方もいる。	
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	ひとり一人の生活習慣に合わせて自由に休息を取って頂いている。自分で動くことが出来ない方は時間を決めて、ベットやソファで休息できるようにしている。		
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	服薬管理を工夫し、誤薬がないようにしている。ご本人の状態や好みに合わせた服薬方法にかえ、シロップや散在にしたり、ゼリーと一緒に服薬する等飲みやすいようにしている。		
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	何かひとつでも役割を持つことができるように生活歴や特技を活かせる機会を設けるように支援している。食事の準備や後片づけは役割として定着している。		
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	初詣や花見、紅葉狩り、外食等できるだけ楽しめるような計画をたてている。外食は好評で、時にはスイーツだけを食べるために外出したり、その日の気分、天候に合わせて随時外出できるようにしている。	初詣や花見など季節の行事や外出で外食をする機会がある。近所の友人宅へ行ったり、買い物へ出かける事もある。墓参りなどは家族の支援が得られている。	

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	原則的にはお金は鍵のかかる金庫で保管しているが、少額なら所持している利用者もいる。買い物に行ったときは自分で支払える様支援している。		
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	字が書ける方にはご家族、知人への年賀状、暑中見舞い状を出すことを支援している。また、お正月には家族に「おめでとうコール」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	リビング、廊下にソファを置き自由に座れるようになっている。和室でも自由に横になることができる。 玄関、リビングには季節に合った飾りつけや外出時や生活の様子の写真・利用者の作品も展示している。	食堂などの共有スペースは圧迫感が無く、明るい。和室があり花が置いてある。上がれない利用者のため、畳でちょっと座れるスペースが設置されている。イベント時の写真や作品があり、今の時期は雛段が飾られている。	
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	共有空間(リビング)にソファがあり気の合う利用者同士が利用している。 居室はひとり部屋となっており、独りになりたいときにひとりになれる。		
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	居室には日常生活の中で作成された作品や写真などを貼り、入居者自身が過去と向き合えるようにしている。入居時には使い慣れた湯のみ、茶碗、枕などを持参していただいている。	居室には使い慣れたタンスなどがあり、入り口に暖簾がかかっていた。個人の作品や写真が飾られている。	
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	トイレ、浴室、居室は解りやすく明記したり、茶碗、コップには名前を明記して利用者が配膳できるように工夫している。		

目標達成計画

作成日:平成26年5月21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	13	年に2回ご家族様や近隣の方にご参加頂き、避難訓練を実施しているが、ご家族様・近隣の方の役割が明確でなかった。ご利用者様の中には、若年の方もいる為、外部の方が、ご利用者様とすぐに判断できるような方法を検討する。	①避難時の近隣の協力者や職員の役割分担を明確にし、スムーズに避難誘導することができる。 ②ご利用者様とひと目で分かるようにし、避難できたかどうか把握できるようにする。	①運営推進会議を活かし、予め近隣住民やご家族様、職員の役割分担を明確にしておくと共に、避難時に、現場で具体的に指示する職員(その日のリーダー)を明確にする。 ②ご利用者様と分かるように、反射材のついたタスキに氏名を明記し、避難時に装着できるようにする。また、チェックリストの作成をする。	8ヶ月
2					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。