

### 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	3471503072		
法人名	特定非営利活動法人 NPO法人 エルダーサポート協会		
事業所名	グループホーム 愛の郷 水呑		
所在地	広島県福山市水呑町4571		
自己評価作成日	平成22年9月12日	評価結果市町村受理日	平成22年11月12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.hiroshima-fukushi.net/kohyo/index.html">http://www.hiroshima-fukushi.net/kohyo/index.html</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 あしすと
所在地	広島県福山市三吉町南1丁目11-31大福ビル201号
訪問調査日	平成22年10月19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)】

家庭的な環境を提供し、自立支援すると共に「見る」「聞く」「嗅ぐ」「食べる」「触る」といった五感の刺激で心癒す生活を送っていただけるように取り組んでいます。食事は一緒に作り、一緒に食べ、後片付けも一緒に行ないます。『同じ釜の飯を食う』のこわざのように家族のように毎日と一緒に過ごし、苦しいことや、楽しいことを共に感じて過ごす、とても親しい間柄になれるように、日常業務を優先するのではなく、一緒に接する時間を大切にしています。職員と入居者様ではなく、家族のように気軽に話せる関係を作れるように頑張っています。

【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)】

建物は平地の閑静な場所にあり、利用者の散歩や戸外活動に恵まれた環境にある。職員と利用者は家族のように信頼し合える関係となっていて、笑いが耐えない。日頃の行事・運営推進会議等には利用者も参加し、共有の時間を過ごしている。管理者と職員は日頃から意見が出しやすい関係にあり、出された意見はケアに取り入れサービスに質の向上に活かしている。又職員の自己採点を基に管理者が評価し職員のスキルアップに繋がるような工夫がされている。地域との繋がりは積極的な地域行事への参加や事業所行事への招待等を通して地域に浸透するよう取り組まれている。

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)	○	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)	○	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	各ユニット事に独自の理念を掲げ、毎朝の申し送り時に唱和し、実践に繋げている。	地域密着型サービスの主旨を踏まえた独自の理念を作成している。職員は日頃から理念を念頭に置き支援を行い、日々唱和することにより意識統一を図っている。	
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	町内会に入り、色々な地域の行事に参加している。 (盆踊り、運動会、御輿の担ぎ手、文化祭など)	地域行事へ利用者と共に参加したり、事業所主催の「愛祭り」へ地域住民を招待する等して顔なじみの関係が築かれている。日常的には散歩時会話を交わす等地域の一員として溶け込んでいる。	
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	運営推進会議の場で認知症の特性や、グループホームでの取り組みなどお伝えしている。		
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	運営推進会議の際は利用者様が居られる場で行ない、実際にサービスをみて頂き報告を行ない、意見交換を行っている。また、町内会に入り色々な行事に参加し、親睦を図り認知症に対する理解を深めてもらっている。	年2～3回町内会長・地域役員・民生委員・市職員・利用者・家族代表の参加により開催している。事業所の状況報告や意見交換等を行い、参加者からの意見については支援内容に反映させている。	開催回数を増やす事により運営推進会議を定着化され、より多くの意見や、情報が得られるような体制作りをされるよう期待したい。
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に取り組んでいる	市町村担当の方とは密に連絡をとる事がないので、こまめに連絡を取るようにしたい。	市担当者の運営推進会議への参加や、介護保険へ直接相談事をする等して関係作りに努めている。	
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	身体拘束排除宣言を職員、利用者の目のつく所へ掲げ、身体拘束ゼロの手引きを参照し、スタッフ全員が理解し取り組んでいる。	身体拘束排除理念を掲示し、定例会議で読み上げる等して全職員理解している。居室・玄関とも日中は開錠し、利用者への見守り強化や、言葉かけに配慮した支援を行っている。	
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逃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	高齢者虐待防止法について、勉強の場を作り、常に薬・暴力・精神的な虐待について検討し考えてる。		

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	個々の関係者との話し合いを持ち、支援を行っている。必要に応じて包括支援センターや家族との話し合いの場を設けている。		
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	申し込みに来られた時点で説明を行ない、また、契約時に重要事項説明書、契約書に基づき説明を行ない、質問等にはその都度、お答えし納得を図っている。		
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	毎月、お便りを送り意見があれば、いつでも連絡をくださるよう、お伝えしている。意見や要望があった際は、定例会議などの場で話し合うようにしている。	家族会の席や訪問時に意見・要望が出される。日頃から意見が出しやすい関係作りが築かれていて、出された意見は定例会議で検討しサービス内容に反映させている。	
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	月に一度、ミーティングの場を設け、職員の意見を聞き改善に努めている。	日常的に職員は管理者に対し意見が言いやすい関係が築かれている。月毎の定例会議で職員からの意見を聴く取り組みがされ、出された意見は日頃のケアで実践している。	
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	付き1回の定例会議に職員が意見を言える場を設けたり、個人個人とも意見があれば、その都度、その場で話し合いを行い整備に努めている。		
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	月1回、2名は研修に行ってもらい研修内容を定例会議で報告し職員全体のスキルアップの向上に努め、また個々での資格取得のための支援や研修を受ける機会を作っている。		
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	月に1回、地域包括の主催の意見交換の場には参加しているが施設同士の交流は現在行っていない。		

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>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	相談があった後、必ず事前に本人に、お会いし確認をしている。		
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	申し込みの際に、出来るだけ見学に来て頂き、困っている事や不安に思っている事などを聞く機会を作っている。納得されるまで、何度も話し合いの機会も作っている。		
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	家族の話を聞き、リハビリ医療やあんまや鍼の医療など、その他のサービスが利用できるように努めている。		
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	料理の仕方、掃除の仕方、病気の時の対応など利用者の得意な分野で意見を聞き教えてもらえる関係を築いている。		
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	行事などには参加して頂き、一緒に楽しんで頂いたり、お手伝いもして頂いている。		
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	暑中見舞いや年賀状など、季節のお便りを出す支援を行ったり、電話での支援を定期的に行っている。馴染みの方からの電話も必ず取り次いでいる。	馴染みの友人・知人との関係は便りの送付や電話、事業所への訪問により関係が継続できるよう支援を行っている。利用者こだわりの場所へは家族の協力により本人が納得した支援を行っている。	
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	ゲームやレクリエーション・役割りを通し利用者同士が支え合えるように支援している。		

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
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	電話での連絡やお便りなど送り、その後の経過を教えて頂いたり、相談して頂いている。		
<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	何気ない日常の会話の中で希望を聞きだし、申し送り時やケアプランに記載し把握に努めている。	利用者の経歴や生活歴を基に日頃の会話の中から思いや要望を読み取り支援に反映させている。困難な場合はいくつかの選択肢を提示して本人の希望に添ってケアを行っている。	
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	入所されたばかりの方など、入所される前の利用施設や担当の方に情報を頂いたり、面会時や電話、お便り等でご家族へ、これまでの生活歴をお聞きしたり、ご本人と会話の中で聞き出し把握に努めている。		
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	出来る事と出来ない事、好きな事、苦手な事を提供するレクや日常生活の中(家事などで観察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	問題があれば、その都度カンファレンスを行い本人、家族、必要な関係者と話し合いを行い、その人らしさが活かされた介護計画が作成できるように努めている。	介護計画はアセスメント・本人家族のニーズ・担当者の意見を基にカンファレンスを行い作成している。見直しは3カ月を目安としているが、状況によってはその都度行い、家族から承諾をもらっている。	
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	記録に残し、毎日、申し送りを行わない情報の共有に努め見直しに活かしている。		
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	その都度、カンファレンスを行い、支援の方法を変えてニーズに対応している。		

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	必要に応じて関係団体と協力し支援している。		
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	入居時に、当施設の提携医かこれまでの、かかりつけ医かを聞き、本人、家族等の希望や意思に完全に副った支援を行っている。	利用者・家族納得の医療機関による2週間毎の往診を行っている。他のかかりつけ医や他科への受診は家族同行が基本となっているが、困難な場合は職員が同行し希望に添った支援を行っている。	
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	施設看護師と提携医の看護師と相談している。		
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。	入院時には、本人と家族の意向を医師に伝え、随時連絡を取ります。		
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	主治医を中心として、家族・主治医・施設職員で集まり、話し合いを何度も行い、ご家族の意志も何度も確認しながら事業所でできる事の支援を行っている。	終末期の指針を作成していて、重度化した場合には、関係医療機関・家族・担当者で相談し対応している。終末期には家族への連絡は頻繁に行っていて希望に添った看取りの経験もある。	
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	定期的な訓練が行っていない。		
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	年に2回、避難訓練を行っており、職員全員が身につけられるように努めている。地域の方も参加して頂き、避難訓練も行っている。	年2回運営推進会議で協力を呼びかけ利用者・地域住民参加の下、夜間想定を含み避難訓練を行っている。地域からは避難場所に利用したいとの声が出ている。スプリンクラも設置されている。	地域からの提案を早急実現されるとともに、全職員・地域住民の防災訓練への参加が今後も継続的に行われるような取り組みに期待したい。

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
<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	声かけに対しては、もう少し工夫が足りない。	一人の人として常に対等な立場で接し、人生の先輩として尊重している。日々のケアに於いて特に羞恥心への配慮には気を配っている。個人情報の取り扱いについても十分理解し、管理にも配慮している。	
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	出来るだけ多く、自己選択、自己決定ができる場面を演出している。「何にしますか？」「どうしましょうか？」「どちらが良いですか？」など、選択肢のある声かけを行っている。		
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	声かけの際には、「どうしましょうか？」「どうされますか？」「どうしたいですか？」と声を掛け、入居者様の意思表示をして頂くようにしている。		
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	美容院などは、馴染みのお店に行っています。出掛けられない方や特にこだわりがない方は施設に来て頂いている美容院を使用されています。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	献立を一緒に考えたり、一人ひとり順番に食べたいもの聞いて献立を決めたりしている。後片付けや下準備、配食など一緒にしている。	食事の手伝いは利用者の力量に合わせたものとなっている。献立は利用者と職員が一緒に考え、食事中は同じテーブルを囲み同じものを食べ会話をしながら楽しく過ごされている。	
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、水分摂取量は必ず記録し、摂取量の把握に努めている。状態に合わせた食事形態にしてお出ししている。		
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	朝と夜の習慣の方に対しては、毎食後を強制はしていませんが声かけ等で行かれる方は、毎食後口腔ケアを行っています。		

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
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	定期的にトイレの誘導を行ない、記録に残し排泄パターンの把握に努め、排泄の間隔が分かればオシメやリハビリパンツから布パンツへの変更を行っている。パットも取れるようになりたい。	排泄チェックリストや生活パターンを基に定期的にトイレ誘導を行っている。昼夜を問わず自立での排泄に向け声かけ時間を工夫する等して支援を行っている。	
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	便秘についての研修を行い、毎日の排便を記録し食物繊維の多く入った食べ物や飲み物、寒天ゼリーなどお出しし工夫している。また、毎日、適度な運動を行っている。		
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	曜日を定めることなく、本人の希望を聞いているが時間に幅がなく。また、拒否があった時には、声かけの工夫やタイミングを見ようになっている。	基本週3回午後からの入浴となっているが希望によっては毎日でも対応している。拒否の方は無理強いをせず言葉かけに工夫し、足浴・清拭をする等して清潔保持に努めている。	
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	独りになりたい時は個々の居室に戻られ、ご自分の時間を作られ休息されている。		
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	一人ひとりの薬の目的や副作用、用法や用量について分かりやすく個人記録に		
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	読書ルーム、少人数での談話ができるスペースがあり、いつでも利用できるようになっています。編み物、折り紙、鉢植えがあります。歌の好きな方はカラオケなど楽しまれています。		
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支援している	買い物、外食、受診、散歩、ドライブ、運動会、敬老会、文化祭、帰宅など必要に応じて、関係者の方の協力の下、支援している。	日常的には近隣への散歩や利用者の希望により買い物に出かけている。2ヶ月に1回花見・動物園・文化祭・初詣等家族と一緒に出かけたり、外食に行く等して意向に添った支援を行っている。	

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
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、ご家族の希望に応じて、お金を持って頂いている。		
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	電話は自由に掛けて頂き、掛かってきた電話も取り次いでいる。手紙も、季節ごとに代筆をしたりして送っている。		
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	家庭的な雰囲気や花などを大事にしています。季節感のある飾りや花などを飾っています。	リビングは窓が広く外の景色が見渡せ季節を感じる事ができる。壁には利用者の手作りの装飾品が展示してあり、畳コーナーも設置してあり利用者にとって居心地良い空間となっている。	
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	気の合った利用者同士が職員を目を気にせず談笑できる空間の確保ができています。		
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	入居の際にご家族、ご本人と相談しながら、使い慣れた家具や装飾品・仏壇や遺影などを持って頂き、落ち着いて過ごせる環境が作れるように工夫しています。	使い慣れた家具や趣味の装飾品が持ち込まれており、その人らしく工夫された居室となっている。利用者にとって自宅と呼ぶに相応しい場所となっている。	
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	トイレや洗面所にはトイレ、洗面所と明記し、居室には表札を平仮名で表示し、混乱のないように工夫しています。		

## 目標達成計画

作成日：平成22年11月12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	スタッフの介護レベルの統一が図れていない。	スタッフの介護レベルのUP	・施設内、外研修(月1回) ・定例会議にて意見交換を行う。	12ヶ月
2	34	急変や事故発生時に対する知識が足りない	・緊急時に焦らず対応が出来るようになる。 ・迅速な初期対応が出来るようになる	定期的な応急救護や処置、初期対応等の実習、勉強会を行う。	12ヶ月
3	26	意見の共有が出来ていないことがある。	意見の共有、同じ気持ちで援助が出来るようになる。	定期的な個人面談にて、職員のモチベーション等把握できるようにする。	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。