

### 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	2373001375		
法人名	有限会社 みふねの家		
事業所名	グループホームあさがお		
所在地	豊田市御船町東山畑54-16		
自己評価作成日	平成24年2月15日	評価結果市町村受理日	平成24年5月29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	株式会社 ケア・ウィル		
所在地	愛知県名古屋市中村区椿町21-2 第2太閤ビルディング9階		
訪問調査日	平成24年3月16日	評価確定日	平成24年5月9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)】

平成24年1月5日に施設が移転し、入居者、職員での新しい生活が始まりました。民家改修型から現代風の施設となりましたが、以前からの「その人らしい生活」をめざし、入居者に選択肢のあるケアに取り組んでいます。また、新施設になり、ボランティアさんの受け入れも増えました。施設(入居者、入居者家族、職員)、地域の方々、ボランティアさんの交流にも力を入れて行きたいと思えます。

【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)】

ホームは近隣に移転し、新しい建物では小規模多機能居宅介護施設を併設している。地域で初めてのグループホームということもあり、地域住民からはどのような介護施設で何をやる事業所なのか分からず、ホームとしても地域にどのように貢献していけばよいか分からず、互いに手探り状態であったが、運営推進会議のメンバーである地域の代表(地域の福祉担当者)がパイプ役を務めてくれ、災害時の協働体制を話し合うことができた。震災時には耐震構造のホームが地域の避難拠点となると予想され、その受け入れも検討している。地域の祭りや神社の清掃に参加したり、防犯パトロールを兼ねたゴミ拾いを行うことにより、入居者の顔を覚えてもらい、近所の方からは農作物を頂くこともある等、地域への浸透が実を結びつつある。地域唯一のグループホームとして、地域包括支援センターと共に認知症への啓蒙活動拠点として認知症講習会を計画している。

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	運営理念「相思相愛」の言葉は全ての職員は把握しているが、その意味を理解できていない職員がいる。現在、入居者、家族、職員に伝わりやすい理念を考案中。	職員と入居者の思いやりの共同生活との意をこめて「相思相愛」を理念として掲げている。一層入居者の心に寄り添ったケアを目指し「あなたらしく生きるために衣食住を整えます」を職員一同で新たに定めた。	
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	地区の行事には可能な限り参加している。また、入居者には参加が難しい行事もあるため、職員のみでの参加もしている。	町内会に加入し地域の祭り、ゴミ拾いを兼ねた地域のパトロール、神社の清掃に入居者も一緒に参加している。地域では初のグループホームということもあり、認識がないため地域の行事に参加し入居者と共に交流を深めていった。地域の福祉担当者が地域とのパイプ役を務めてくれている。そのお陰で災害時の共助体制作りのきっかけができた。	
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	地区の福祉担当の方に、地域住民へ認知症についての勉強会を提案。開催するための手順を確認中。		
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	毎回、入居者家族、地域の代表の方に意見をいただき、サービスの向上のに努めている。	メンバーは自治会代表、組長、地域包括支援センター職員、民生委員、職員であり、奇数月に開催している。ホームの避難訓練に地域住民の参加を運営推進会議で呼びかけたところ、地域自治会も初めてなので、何を手伝えばいいのか分からなかったとの声があった。震災時には耐震構造のホームが地域の避難拠点となるべく心がけ、地域からも期待されている。	
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	運営推進会議を2ヶ月に1回行い連絡を取り合っている。	運営推進会議には地域包括支援センター職員が必ず参加している。地域には他にホームがなく、認知症啓蒙の拠点がなかったため、同会議でホームが手を挙げ、認知症講習会を地域包括支援センターと共に計画している。	
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	取り組んでいる。	今まで身体拘束の実例がなく、今後も拘束は行わない姿勢である。管理者は日々のケアの中で「ちょっと待って」という入居者の行動を抑制する言葉が耳に入ることがあり、職員の言葉遣いについては気をつけている。実際に耳にした時点で職員を教育し、正しい言葉かけを例示して指導している。	
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	職員には外部研修の参加を促し、管理者から、定期的に虐待防止に関わる話をしている。		

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
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	理解している職員が少ないため、外部研修、事業所内研修で、理解、活用が出来るよう努めていきたい。		
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	行っている。		
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	家族の面会時、あるいは職員が月に1回入居者の状況報告として家族に電話連絡する際に要望の有無を確認している。また、運営推進会議の場でも地域の方々の前で意見をいただいている。	家族には月1回は入居者の近況を写真入りで報告し、来訪時にはケアの要望を聞いている。車いすの入居者が「リフト浴なら入浴することができる」という家族の希望を叶えるため、この度の移設で併設している小規模多機能施設にリフト浴を新設し利用できるようになった。	
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	職員からの意見は、そのつど聞いている。可能な限り反映させている。	管理者も職員もことあるごとに勤務体制等の要望、入居者の変化などについて話し合っている。月1回の会議では職員が制限なく意見を言える機会であり、議事録として残され、発言は職員全員に共有されている。管理者、代表もその声を運営に活かしている。	
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	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	外部研修を正社員は1年に1回以上、パートは加納な範囲で受けることを促している。内部研修は不定期で行っているため、定期的に行えるよう努めたい。		
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	他の事業所との計画はしているが実現できていない。		
<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	計画作成担当者を中心にミーティング場で話し合っている。また、各入居者に担当職員をつけている。		

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
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	管理者、計画作成担当、入居者担当職員を中心に家族と関わっている。		
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	計画作成担当、管理者がアセスメントを行い、職員に伝達し、ケアを行うように努めている。		
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	代表者、管理者からグループホームの在り方を職員に伝え、理解するよう努めている。		
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	家族が本人との関わりを絶やさないう、職員が間に入りやり取りをしている。入居時にも家族に説明している。		
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	家族との外出、外泊をすすめている他、友人の面会も入居者によって有る。	家族との外出、外泊を積極的に勧めており、訪問時にも家族と一緒に外出している方がいた。家族への年賀状も支援しており、書けない人は代筆をしている。かつての同僚、部下、友人の来訪もあり、初回の面会時には認知症の症状や本人の状況を伝え、次回からの訪問が途絶えることのないよう配慮している。	
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	日常生活(家事など)を入居者同士で行えるよう努めている。また、行事での交流にも努めている。		
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	以前入居していた方の家族からの介護相談はある。その家族から入居が必要な方の申し込みもある。		
<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	努めている。また、困難な場合は入居者家族の思いも含め検討している。	職員は食事、入浴、掃除の担当に分かれているが、その日の担当だけをこなせばいいという感覚に陥ることがないように注意を払っている。担当ではなくても、仕事をしながら目や耳に入る事柄から入居者が何をしたいのかを理解できる職員を育てたいと考えている。介護計画通りに生活を送るだけでなく、その日の気分や希望を入居者に寄り添い、配慮するよう指導している。	

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
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	本人が入居する前の生活環境を知り、一人ひとりのリズムに合わせ暮らしていきけるよう努めている。		
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	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	計画作成者、担当職員を中心に介護計画の検討、作成を行い、ミーティング等で、他の職員に伝達をしている。また、家族にも確認、意見をもらい、介護計画を完成させるようしている。	入居者の変化は日常的に管理者に報告され、即応できることはその場で対応している。担当職員と計画作成担当者により、プランの原案が作成され、会議で討議の結果、家族に提示される。その結果家族の要望で更に変更されることもある。日常の気づきは「特記事項」として共有され、入職時必ず確認している。	
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	日常生活の行動は生活の記録として、ケアの実践とうは、特記事項として記入し、職員間で常に情報を得られるようにしている。		
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	1日の生活の中で、細かいスケジュールは作らず、その日の入居者の希望、体調に合わせて支援を行っている。		
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	支援に努めている。		
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	基本、入居前のかかりつけの病院での受診を勧めている。	入居前の関係継続を重視し、これまでのかかりつけ医での受診を勧めている。地元で協力医があり、毎月往診を受けている入居者もいる。かかりつけ医の定期受診は家族が行っているが、家族が困難な場合はホームで支援している。受診時、情報は書面で家族に伝え、受信結果は家族から入手して個人カルテにファイルし、共有している。歯科の往診があり治療を受けている。	
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	支援に努めている。		

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
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。	施設ないでの生活状況、既往歴等、情報提供している。		
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、事業所です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	そのつど、家族、本人、主治医、施設と話し合い、方針を決めている。	入居時に看取りについて指針と現状を説明し、同意書を交わしている。支援については、入居者の状態に応じて早い段階から家族、協力医、看護職員、職員で話し合い方針を決定している。入居者の尊厳を守りながら、最期まで支援できる体制作りに取り組んでいる。また、職員の精神的な支援については、過去の経験に基づき、それぞれに合った対応に努めている。	
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	管理者、看護師から、対応のしかたを伝えているが、職員が集まって訓練を行うことは出来ていない。		
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	1年に2回施設全体の避難訓練を行っている。地域との協力体制については、運営推進会議で話を進めている。	防災マニュアルを作成し、地域防災訓練に入居者と共に参加している。ホームでは年2回夜間を想定し、入居者と一緒に避難訓練を実施している。実施しての課題から地域との連携の促進を会議で話し合い、ホームとしての行動方針を検討している。運営者が地元住民であることから、夜間などの支援体制が確立されている。	緊急時の対応が速やかに行えるよう、繰り返しの訓練、初期消火訓練の実施及び地域住民との連携に向けての取り組みの継続に期待される。
<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	職員全員に言葉かけについて伝えている。	入居者一人ひとりの人格を尊重したケアに心がけ、職員は入居者への言葉かけに配慮し、内部研修において学習に努めている。不適切な言葉遣いには、管理者がその都度指導し、質の高いケアの提供に取り組んでいる。行事などの入居者の写真掲示は、本人、家族の了解を得て行っている。	今後も内外研修の受講の一層の充実と継続に期待したい。
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	入居者に選択肢のある声かけが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、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	職員のペースに入居者が合わせることはない様、職員に日々伝えている。		
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、外出時を中心に、職員が入居者の希望、あるいは入居者の気持ちになって支援できるよう努めている。		

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
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	行っている。	献立は栄養士が作成し、昼食は1週間分の食材を入居者と一緒に買い物に出かけ調理している。楽しく食事ができるよう職員は考え、入居者の希望を聞いて食材をアレンジしたり、味付けに変化を持たせる等工夫している。朝、夕食は食品メーカーの食品を利用しており、家族による試食会を予定している。入居者の状態に合わせて、できることを役割として職員と一緒にしている。	
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	主治医、家族からの情報を基に、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	基本的には入居者個人が歯磨き、義歯の洗浄を行っているが、最後に職員が、確認、ケアを行っている。また、月に1回歯科の訪問あり。		
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	紙おむつを使用し、自力歩行が出来ない入居者でも、トイレに座っての排泄を支援している。	チェック表をもとに一人ひとりのリズム、パターンを把握し、ホーム独自の誘導時間票を作成している。オムツやパッド利用であっても、トイレを利用することで、当たり前の生活と自信の回復に繋がるよう時間を見ながら誘導しており、自立に繋がっている。職員は入居者の尊厳に配慮し、失敗した時などはさりげない支援の実践に努めている。	
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	運動や水分摂取の働きかけを行い、主治医による下剤の調整を行っている。		
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	入浴は、基本的な予定表は作っているが、入居者のその時の希望、体調に合わせて変更している。	予定表はあるが本人が希望する時間に毎日入浴できるよう支援している。入浴を拒否する方には無理強いせず、人や時間を変えて声をかけ、週3回の入浴を目標に支援している。また、リフト浴も可能で利用する入居者もいる。体調などにより入浴できない場合は、清拭や足浴を行い、清潔の保持に努めている。	
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	職員側の都合ではなく、入居者の希望する就寝時間、または、休息時間に合わせるよう努めている。		
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	薬は職員で管理し、用法、容量を主治医の指示の基に行っている。		

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
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	入居者の希望する役割(家事など)や楽しみごとが出来るよう努めている。		
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	少人数のでの外出をしており、入居者が特別に希望される場所については、家族にも支援をお願いしている。	天気の良い日曜日は外出の日として、県境にある道の駅へ買い物やドライブに出かけている。毎月の行事の中で季節毎の外出や神社へのお参り、地区の盆踊り会、民芸館祭りなどにも出かけている。気分転換や季節を感じる散歩には、車いす利用であっても一緒に出かけている。入居者の買い物や希望する場所へは、個別ケアで支援している。	
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	入居者、家族の希望があれば、個人管理のもと、所持してもらっている。		
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	入居者の希望があれば対応している。		
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	移転ご間もないため、現在、季節感、生活観を取り入れていくために検討中。	明るい日差しの入るリビングでは、職員から入居者の様子が見やすい位置に椅子とテーブルが配置され、寛ぐ姿やゲーム、歌、体操をしている様子が伺えた。玄関には植物の鉢が置かれ、リビングには季節の花が生けられている。壁には入居者の作品や行事、外出時などの写真が掲げられ、入居者の楽しそうな様子や季節の雰囲気を感じられる。	
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	入居者数以上のイスやソファ等々のスペースは確保している。		
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	基本的には入居者が自宅で使っていたタンス、バベッド等を持ち込んでいただいている。	清潔で暮らしやすい居室を目指し、支援に取り組んでいる。移転した際、新しい家具類を揃えた方もいたが本人が使い慣れた物を持ち込むことを促している。また、家族の写真や本人の作品などを飾ることでこれまでの馴染みの生活継続とその人らしい暮らしを提供できるよう努めている。家具などの配置は本人、家族の希望に合わせて行っている。	
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	入居者の各居室は、入居者の自立度に合わせ、トイレ、浴室、リビングの位置を考慮し、決めている。		

## 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	36	施設内研修が定期的、継続的におこなえていないため、全体的なスタッフ教育が不十分である。	施設内研修を定期的におこない、継続することにより、スタッフ教育を充実させる。	・毎月1回、内部研修日を設ける。研修の内容はスタッフからの要望で決める。要望が無いときは、管理者の判断で現スタッフに必要とされる内容で研修をおこなう。	2ヶ月
2	35	年に2回の防災訓練はおこなっているが、地域住民との連携を踏まえた防災訓練がおこなえていない。	地域住民が施設の防災訓練に参加してもらえる。	・運営推進会議に地域の代表の方が毎回参加していただいているので、運営推進会議の日に情報開示の他に、防災訓練を取り入れる。見学あるいは参加した時の意見をいただき、今後の防災訓練に反映させる。	2ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月
6					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。