

### 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	4372800997		
法人名	農協法人		
事業所名	グループホーム やまびこ		
所在地	熊本県上益城郡山都町下馬尾288-5		
自己評価作成日	平成 21年11月17日	評価結果市町村報告日	平成22年1月14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://search.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/kaigosip/Top.do">http://search.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/kaigosip/Top.do</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 九州評価機構		
所在地	熊本市上通町3-15 ステラ上通4F		
訪問調査日	平成 21年 12月 16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)】

利用者の方の「今の思い」を察する力(気づき)に力を注いでいます。その思いをさりげなく支援する事でその方の笑顔や笑いが聴かれます。安心してゆつくりと暮らしていけ、その方が残されている力を発揮していただける「場所」づくり心がけています。  
 アピールとしては、平凡な日々のなかでの、一つの単位として、家族としての暮らしが出来ており、利用者・スタッフ共に支えあったり、助けあったりして楽しく暮らしていけていると思います。ベランダから差し込む日差しのように、ぽかぽかと暖かく明るい楽しい「わが家」です。

【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)】

和風の落ち着いたホームにはウッドデッキが設けてあり、入居者が切干大根を作ったりするスペースとして活用されている。入居者にとってわが家のような場所にしようという職員の思いが、ホームのすみずみに家庭的な雰囲気として配慮されている。職員は一人ひとりの能力に応じた役割を探しだし、日々の生活の中でできるだけ発揮してもらい、入居者同士が相互に支え合う生活を支援している。近くに住んでいる職員が多いため、緊急時にも駆けつけられるような連絡体制があることから、信頼と同時に安心感も得られている。今後は入居者の介護度の差を、パーソナルな支援計画とその実施によって個別の潜在能力の維持につなげられることが期待される。

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)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 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、一緒にゆつく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	つくりあげただけの理念でなく、実際の日々のケアに活かされているか話し合っている。	理念はリビングに掲示し、理念に沿ったケアについて話し合いながら、日々実践に努めている。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	日常的に散歩や買い物に出かけ、地域の人たちと挨拶を交わしたり、お話ししたりしている。地域活動も参加させてもらっている。	地域で開かれる祭りなどの行事に参加したり、地区の清掃活動に職員が積極的に参加したりして、地域との関係づくりに努めている。	
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	地域の研修や啓発の場に職員が出かけていっている。老人会の集まりで認知症サポーター養成講座などを行政と共に行ったり、中学生の職場体験や福祉事業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	2ヶ月に1回の運営推進会議ではその間の行事や暮らしぶりの報告が主になっている。評価結果は委員の皆さんに配布報告して意見・情報・助言をもらっている。	運営推進会議は隔月に一回開催し、地区の区長や民生委員・老人会会長、行政職員、入居者家族などが出席し、多方面からの意見を聞いている。	
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	様々な機会を通じて行政とは連携が取れている。事業所の実情やサービスの取り組みは運営推進会議に参加していただいているのでご理解いただけている。	事業所開設当時から、運営推進会議の度に來てもらっている。普段も機会を見つけては出かけて行き、協力関係を築いている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指定義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	基本的に身体拘束は行っていない。、ケア時の声かけに対しても利用者の抑圧感を招いてないか話し合っている。	管理者自らが身体拘束の研修に出かけ、職員に具体的な行動を基にレクチャーし、どのような行為が身体拘束になるのかを教えている。	
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	研修会や勉強会に参加して、高齢者虐待防止法に学ぶ機会はあるが理解は得られている。声かけなどで相当しないか等は、常に話題にしている。		

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	理解できている職員とそうでない職員がいるため、それぞれに理解を深めるための研修や勉強会への参加等学ぶ機会を作って行きたい。		
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	介護報酬の改定により利用料が増加する場合や、諸物価の変動により利用料の値上げを行う場合は、家族会で相談、報告して理解をいただくようにしている。		
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	ご家族には訪問時や家族会などで常に問いかけ、何でも言ってもらえるようにしている。気兼ねなく話せる雰囲気作り心がけている。	毎月の請求書と同時に入居者の状況報告書を同封したり、年に2回の家族会で直接的な意見の収集を行っている。普段の面会の時にも、家族に会って意見を聞くようにしている。	
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	代表者、管理者は、日頃からコミュニケーションを図り、職員の要望や意見を聞くように心がけている。	管理者は普段から職員と話し合い、意見を聞いている。重要な相談に関しても、法人組織全体で取り組む体制がある。	
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	職員の資格取得に向けた支援がなされ、職員が向上心を持って働けるように働きかけている。		
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	年間に行われる内・外部研修に参加している。日々のケア提供を”学びの場”としている。		
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	郡内に連絡会があり、その中で研修会や、交流会を持つ事により、サービスの質の向上を目指している。		

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	サービスの利用について相談があった時は、必ず本人に会って心身の状況や本人の思いをお尋ねして、安心してもらえるような関係作りに努めている。		
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	これまでの経緯やご家族の思いをゆっくり聞くようにしている。そして、事業所としてどのような対応が出来るかお話ししている。		
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	早急な対応が必要な方には、出来る限り柔軟な対応を行い、場合によってはケアマネージャや他の事業所のサービスにつなげるなどの対応をしている。		
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	支援する側、される側という意識を持たず、お互いが同じ屋根の下で暮らしているという思いをもって、和やかで落ち着いた生活が出来るように声かけや場面作りをしている。		
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	御本人の日頃の暮らしぶりをきめ細かく報告したり、ふる里訪問したり、ご家族との関係が途切れないように心がけている。		
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	馴染みのお店や、美容院に行きそこでまた、馴染みの方々にお会いでき楽しい時を過ごすことが出来るように外出など工夫している。	美容院への送迎をはじめ、入居者の知り合いの人には職員から声をかけたりすることで、なじみの関係継続に努めている。	
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	利用者同士の関係が上手くいくように職員がクッションになり、食事の位置や活動時の位置など雰囲気を考え工夫している。		

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	他の事業所に移られた方にも、利用者と一緒に訪問したり、入院された方にはお見舞いに行ったりしている。		
<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	日々の関りの中で、声をかけ把握に努めている。言葉や表情からその真意を推し測ったり、それとなく確認するようにしている。意思疎通が困難な方には、ご家族から情報を得るようにしている。	言葉だけでなく、表情や態度から入居者の意向を把握するように努めている。家族からの情報収集から把握することもある。	
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	日々の暮らしの中で、ご本人や家族からどのような暮らしをされて来たかお尋ねして情報を得ている。		
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	利用者一人ひとりの生活リズムを理解し、出来ないことより出来ることに注目している。		
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	ご本人や家族には日頃のかかわりの中で、思いや意見を聞いている。また、カンファレンスで気づきやケアのアイデアを出しあっている。	計画作成者がカンファレンス記録や職員の感想から次の計画案を作成し、面会に来た時に家族に見せて、それらの意見を把握して作成している。	定期的なモニタリングをととして入居者の状態を的確に把握し、計画の見直しや変更役に役立てる仕組みが期待されます。
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	個別にファイルを用意し、食事・排泄等、身体状況及び日々の暮らしの様子や本人の言葉、エピソードなどを記録することにより、職員間で情報を共有し実践やケアの見直しなどに活かしている。		
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	要望には、前向きに対応出来るよう柔軟な対応を心がけている。		

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
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	町内で行われているサロンに出かけたり、町内の温泉に出かけたり、母体のマイクロバスを借りての旅行なども行っている。		
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	ご本人やご家族が希望されるかかりつけ医となっている。受診や通院はご本人やご家族の希望に応じ対応している。必要に応じて受診の付き添いやご家族との同行もある。また、暮らしぶりの情報提供も行っている。	家族の協力で、かかりつけ医への通院を支援している。場合によっては職員が代わりに通院介助を行うこともある。	
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	体調や些細な表情の変化を見逃さないように、早期発見に取り組んでいる。変化に気づいたことがあれば、直ちに看護職に報告し、適切な医療につなげている。		
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。	入院時は、本人への支援方法を情報提供し、出来る限り職員が見舞い、入院によるダメージを防ぐようにしている。また、ご家族とも回復状況など情報交換しながら、速やかな退院支援に結びつけている。		
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	重度化した場合のことは家族会等で議題にして事業所で出来る対応と方針について説明させてもらっている。	入居する時点で重度化した場合の説明を行い、もしも看取りが必要になった時には、改めて関係者で話し合うようにしている。	
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	消防署の救急救命士の協力を得て、応急手当や蘇生術の研修を実施し、全ての職員が対応出来るようにしている。		
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	年2回避難訓練を行っている。地域の協力体制については、運営推進会議や近隣の方に協力をお願いしている。	年に2回、昼夜の火災を想定した避難訓練を行っている。昼間の部では消防署員にも立ち会ってもらい、訓練後には反省点を話し合い改善を行っている。	

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>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	常にさりげない言葉かけに心がけており、自己決定しやすい言葉掛けを行うように努めている。	普段のケアの中で職員の言葉のかけ方などを指導しながら、入居者の人格を尊重した対応を行なうよう配慮している。	
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	利用者の状況に合わせて、本人が答えやすいような働きかけを行っている。意思表示が困難な方は、表情や行動で観察している。		
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	基本的な一日の流れは決まっているが、時間を区切った過ごし方はしていない。しかし、入浴や行事等スタッフの都合で行う事も少なくない。		
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	本人の馴染みの理美容院で、希望にあわせたカットや毛染めをしてもらえるよう連携を取っている。ご本人のこだわりのスタイルでその人らしさが保てるような手伝いをしている。		
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	職員と利用者が同じものを、同じテーブルで、楽しく摂ることが出来るよう雰囲気作りを大切にしている。	昼と晩のおかずは配食サービスを活用しているが、入居者が希望した献立はホームで作って対応をしている。食材の下ごしらえなど、できることを手伝ってもらっている。	
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	食事は個々に合わせて提供している。ご本人の好きな物や食べやすいものを出すようにしている。		
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	毎食後、自分で出来る方は声かけ見守りをし、出来ない方に対しては食後のケアを行い、嚥下障害による肺炎の防止に努めている。定着している。		

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	排尿チェック表を使用し、尿意のない方にも時間を見計らってトイレ誘導している。トイレでの排泄を大切に、パンツ、パット類は本人に合わせて使用している。	できる限りトイレに誘導を行い、オムツもなるべく使用しないような排泄支援を行っている。	
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	排泄パターンを記録し、便秘の方には牛乳やヨーグルト、十分な水分補給などに努めている。また、腹部マッサージや腸の動きをよくするため散歩なども誘っている。体を動かすことの大切さを常に意識付けしている。		
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	隔日ごとと一応の入浴日は決めてあるが、利用者のその日の体調や希望を確認して行っている。また、拒否ある場合は、タイミングや声かけの工夫を行っている。	本人の希望や体調を見計らいながら支援している。入浴拒否の方にも、声かけのタイミングに努力している。	
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	その方の生活のペースで午睡したり、心地よく眠りにつけるように、日中の活動に配慮している。眠剤を飲まれている方には睡眠状況を把握して、日中の活動の妨げにならないか確認している。		
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	利用者の薬の処方、効能、副作用の説明がすぐに分かるように個別管理している。薬の変更時は詳細な記録で職員に伝えるようにしている。		
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	得意分野での力を発揮してもらえよう、お願い出来るような仕事を頼み、感謝の言葉を伝えるようにしている。負担感のないように配慮している。		
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	職員の都合や、外出する利用者、時間帯が固定化してしまっている。車椅子の方の外出が少なくなって来ている。その日の希望の支援は十分とはいえない。	日常的な散歩や美容室利用、一泊の旅行にも出かけているが、職員の都合で、入居者の希望にすぐに対応できないこともある。	入居者の身体状況に差があるため、全ての入居者への対応は困難と思われませんが、日中の職員配置を見直すことも期待されます。

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
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	家族よりお金を預かり、事業所が管理している方でも、お買い物の時や病院受診時など支払いが出来る方にはスタッフ見守りで、ご自分で支払っていただいている。		
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	毎年、年賀状や暑中お見舞いを出すための支援を欠かさずに行っている。、利用者の希望に応じて電話したり、手紙を出したりしている。。		
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	観葉植物や季節柄の花を植えたりして心穏やかに生活できるように支援している。様々な音は生活の音として捉えることが出来るため、不快にはつながっていない。	観葉植物や季節行事の飾り付けなどで、季節感を出している。共用空間には、ソファと畳とが用意されており、入居者が自由に選べるようにしてある。	
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	ソファやテーブル、椅子の配置に工夫して落ち着いた寛げるスペース作りに取り組んでいる。		
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	居室はご家族や利用者の思いでレイアウトされている。写真や馴染みのものを置いて居心地よく過ごせるように工夫している。	入居者の馴染みのタンスやテレビなどの家電も持込まれ、家族の写真なども飾って、自室らしい設えになっている。	
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	一人ひとりの分かる力を見極め、安全で自立した暮らしが出来るように工夫している。		

## 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	26	モニタリングは、月に1回の見直しを行っていたが仕組みとしては不十分なため、改善が必要である。	ケアプラン実施表を作成して、その実績を月単位で集計し、数量的な把握と成果や効果などを記録して、モニタリングする。	①ケアプラン実施表の作成 ②ご家族や利用者の思いなども評価する。	3ヶ月
2	49	ホームでの暮らしに生きがいを感じてもらう一環として、戸外に出かける支援をしているが、職員の都合や、外出する利用者、時間帯が固定化してしまっている。ご本人のその日の希望の支援は十分とはいえない。	日中の職員の増員やボランティアなどの活用、ご家族の協力などで、ご本人の思いやご家族の思いなど、体調を加味した上で、ご希望に添えることが出来るように取り組んでいく。	①日中の職員の増員 ②ご家族への協力依頼 ③ボランティアへの声かけ協力依頼。	3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。