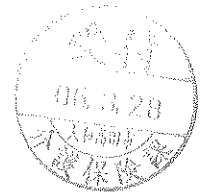


令和6年3月11日



地域密着型サービス外部評価結果報告書

奈良市高天町48番地6 森田ビル5階
特定非営利活動法人 Nネット
理事長 北條 正崇

特定非営利活動法人 Nネット 外部評価機関における外部評価の結果について、別紙書類をもってご報告致します。

当該結果を活用され、貴グループホームの今後のさらなる質の向上を目指して頂けることを期待致します。

都道府県名:	奈良県
法人名:	社会福祉法人 協同福祉会
代表者名:	理事長 大國 康夫
事業所名:	あすならホーム高田グループホーム
事業所番号:	2990200087
事業所住所:	〒 635-0062 大和高田市磯野南町5-15
訪問調査日:	令和6年2月8日
評価確定日:	令和6年3月11日

利用者家族等アンケート集計表

【認知症対応型共同生活介護事業】

事業所名【

あすならホーム高田

調査年月日【

令和6年2月8日

回答数【

11名

(1) 職員は、ご家族が困っていること、不安なこと、求めていること等の話をよく聞いていますか？	1.よく聞いてくれる	2.まあ聞いてくれる	3.あまり聞いてくれない	4.全く聞いてくれない
	4	6	1	0
(2) 事業所でのご本人の暮らしぶりや健康状態等について、ご家族に報告がありますか？	1.よくある	2.ときどきある	3.ほとんどない	4.全くない
	5	5	1	0
(3) 事業所での金銭管理、職員の異動等について、ご家族に報告がありますか？	1.よくある	2.ときどきある	3.ほとんどない	4.全くない
	1	4	3	1
(4) 職員は、ご本人の介護計画をご家族にわかりやすく説明し、一緒に内容に関する話し合いをしていますか？	1.説明を受け一緒に話し合っている	2.説明は受けたが話し合っていない	3.説明も話し合いもない	
	6	5	0	
(5) 職員は、ご本人の思いや願いや要望等を理解し、対応してくれていると思いますか？	1.よく理解している	2.まあ理解している	3.理解していない	4.わからない
	4	5	1	1
(6) 職員は、ご家族やご本人のその時々状況や要望に合わせて、柔軟な対応をしていますか？	1.よく対応してくれる	2.まあ対応してくれる	3.あまり対応してくれない	4.全く対応してくれない
	5	5	1	0
(7) 事業所のサービスを利用することで、ご本人の生き生きとした表情や姿が見られるようになりましたか？	1.よく見られる	2.ときどき見られる	3.ほとんど見られない	4.わからない
	7	1	1	1
(8) ご本人は、職員に支援されながら、戸外の行きたいところへ出かけていますか？	1.よく出かけている	2.ときどき出かけている	3.ほとんど出かけていない	4.わからない
	3	5	2	1
(9) 事業所のサービスを受けていて、健康面や医療面、安全面について心配な点はないですか？	1.全くない	2.あまりない	3.少しある	4.大いにある
	2	4	4	1
(10) 事業所へは、ご家族が気軽に訪ねて行きやすい雰囲気ですか？	1.大変行きやすい	2.まあ行きやすい	3.行き難しい	4.とても行き難しい
	7	4	0	0
(11) ご家族から見て、職員は生き生きと働いているように見えますか？	1.全ての職員が生き生きしている	2.一部の職員のみ生き生きしている	3.生き生きしている職員はいない	
	7	4	0	
(12) ご家族から見て、ご本人は今のサービスに満足していると思いますか？	1.満足していると思う	2.どちらともいえない	3.不満があると思う	4.わからない
	6	1	3	1
(13) ご家族から見て、今のサービスに満足していますか？	1.大変満足している	2.まあ満足している	3.少し不満がある	4.大いに不満がある
	4	6	0	1
(14) 事業所がうけた外部評価結果を事業所窓口で、又は、インターネットのウェブ上で公表されているのを閲覧されたことがありますか？	1.毎年閲覧している	2.一度は閲覧した	3.閲覧したことがない	4.公表されていることを知らない
	0	4	7	0
(15) 「閲覧した」と回答された方は何で閲覧されましたか？	1.事業所窓口	2.インターネット	3.事業所窓口とインターネット	4.事業所より配布
	0	0	1	3

※無記入回答がある場合、項目により回答数と一致しない場合があります。

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	0299020087
法人名	社会福祉法人 協同福祉会
事業所名	あすならホーム高田グループホーム
所在地	奈良県大和高田市磯野南町5-15
自己評価作成日	令和6年1月10日
評価結果市町村受理日	

※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 <https://www.koikokusha.jp/inf/2917/index.php?cat=100&subcat=1022&url=299020087>
<https://www.koikokusha.jp/inf/2917/index.php?cat=100&subcat=1022&url=299020087>

【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 Nネット
所在地	奈良市高天町48番地6 森田ビル5階
訪問調査日	令和6年2月8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)】

・「大家族」として、入居者・職員皆で助け合いながら生活し、信頼関係も深まる。
 ・「あれしたい」「これしたい」「これ食べたい」等、レクリエーションや企画書め、出来るだけ実現できるように工夫を一緒に楽しめている。
 ・こまめに情報共有が出来ているため、一人一人の状態把握や理解がしやすい、知識や経験が増える。
 ・職員は、一人一人の苦手をカバーできるほどの長所が沢山あり、仲が良かったため、課題があっても、チームで乗り越えていける。

【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)】

事業所は、近鉄高田駅から徒歩7分の甘田川に面したところにあり、敷地内に小規模多機能ケア、看護小規模多機能ケア、訪問看護、居宅介護を有する地域密着型のホームである。管理者が、法人の明確な理念や方針のもと利用者、家族、地域住民、職員を大切に、暖かさや楽しさに満たした「大家族」をつくるため運営管理している。若く仲の良い職員が、利用者がより「その人らしくいてもらうために」家族や地域を巻き込み、お好きなものを食して頂き、「行きたい」と仰るとお出かけの計画を実行出来るように支援し、共に楽しんでいる。ITを利用し職員間の情報共有や家族に利用者の様子を伝えるなど開かれたホームである。

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2/3くらい 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. 数日に1回程度 2. たまに 3. 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、事業所の理難者や応募者が増えている (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、生き生きと働いている (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)	○ 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。

自己評価	外部	項目	自己評価		外部評価		
			実践状況	実践状況	実践状況	実践状況	
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	<ul style="list-style-type: none"> 各月に全体会議の理念を共有し取り組んでいる。 「あすなら10の基本ケア」の定着を目指し、日々実践を職員教育に努めている。 定期的な、学習会・サロン・オレンジカフェ活動に参加し実践している。 理念を共有してその人らしく過ごせるように取り組んでいる。 	<ul style="list-style-type: none"> 「10の基本ケア」に沿って支援している。グループホームは、助け合いながら一緒に過ごす「大家族」を目指している。月間目標を決め、2月は認知症ケアの原点に立ち戻り「しっかりコミュニケーションを取る」を目標に、職員は実践に励んでいる。 	<ul style="list-style-type: none"> 法人理念の「大切にしたい7つのこと」をもとに、「10の基本ケア」に沿って支援している。グループホームは、助け合いながら一緒に過ごす「大家族」を目指している。月間目標を決め、2月は認知症ケアの原点に立ち戻り「しっかりコミュニケーションを取る」を目標に、職員は実践に励んでいる。 	<ul style="list-style-type: none"> 地域柄2つの自治会に入り、施設長が総会に出席している。事業所で転倒予防教室やランチ企画(調理をして食す)を催すサロン、利用者がウエイトレスを担うオレンジカフェを開催し交流している。利用者や地域のカフェやコンビニ、スーパーを利用している。事業所の存在を更に広めたいと考えている。 	<ul style="list-style-type: none"> 次回合同での開催については、行政も公認している。家族が、忌憚なく話せる場作りや粘り強いお願い、オンラインの併用など工夫されれば、発案会議の運営につながるよう期待する。
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	<ul style="list-style-type: none"> 自治会に参加。 ホームでは地域の方にサロンやオレンジカフェへ運営推進会議に参加してもらい、居場所づくりを行っている。 市から委託されている転倒予防教室にも時々参加し、地域の一員として交流している。 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症の理解を深めてもらうために、サロン、オレンジカフェ、勉強会、運営推進会議等で学習会や事例報告を行っている。 オレンジカフェでは、入居者がウエイトレスしてお茶出しをしたり、直接関わる機会を設けている。 イベント、行事にも、地域の方・入居者と一緒に参加できる機会を作っている。 	<ul style="list-style-type: none"> 運営推進会議は2か月に1度、市職員、地域包括、まちかどネット、成年後見人、家族、職員が参加して、事業所の他サービスと合同で通常開催されている。利用者の日頃の様子を大画面に映し、報告や質問に答えている。家族へは、案内状のデザインを工夫し送っているが、地域代表とともに参加が少ない。 	<ul style="list-style-type: none"> 市の介護保険課、地域包括センターに相談や情報報告をしている。市委託の転倒予防教室、社協主催の民生委員の見学会を受け入れている。地域包括システムケア連絡会で地域密着事業者でのケア連絡会を立ち上げ発信している。将来的には、子育て支援にも繋げたいとの考えもある。 	
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	<ul style="list-style-type: none"> 認知症の理解を深めてもらうために、サロン、オレンジカフェ、勉強会、運営推進会議等で学習会や事例報告を行っている。 オレンジカフェでは、入居者がウエイトレスしてお茶出しをしたり、直接関わる機会を設けている。 イベント、行事にも、地域の方・入居者と一緒に参加できる機会を作っている。 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症の理解を深めてもらうために、サロン、オレンジカフェ、勉強会、運営推進会議等で学習会や事例報告を行っている。 オレンジカフェでは、入居者がウエイトレスしてお茶出しをしたり、直接関わる機会を設けている。 イベント、行事にも、地域の方・入居者と一緒に参加できる機会を作っている。 	<ul style="list-style-type: none"> 運営推進会議は2か月に1度、市職員、地域包括、まちかどネット、成年後見人、家族、職員が参加して、事業所の他サービスと合同で通常開催されている。利用者の日頃の様子を大画面に映し、報告や質問に答えている。家族へは、案内状のデザインを工夫し送っているが、地域代表とともに参加が少ない。 	<ul style="list-style-type: none"> 市の介護保険課、地域包括センターに相談や情報報告をしている。市委託の転倒予防教室、社協主催の民生委員の見学会を受け入れている。地域包括システムケア連絡会で地域密着事業者でのケア連絡会を立ち上げ発信している。将来的には、子育て支援にも繋げたいとの考えもある。 	
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態、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	<ul style="list-style-type: none"> GHでの取り組みや、状況報告を行い、運営推進会議で出た意見、改善点を今後の向上に生かせるよう確認している。 コロナがら類へ移行し、少しずつ家族さんの参加も増えてきた。しかし、まだ少数の為、参加の案内の工夫も増やしつつの工夫が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> GHでの取り組みや、状況報告を行い、運営推進会議で出た意見、改善点を今後の向上に生かせるよう確認している。 コロナがら類へ移行し、少しずつ家族さんの参加も増えてきた。しかし、まだ少数の為、参加の案内の工夫も増やしつつの工夫が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> 運営推進会議は2か月に1度、市職員、地域包括、まちかどネット、成年後見人、家族、職員が参加して、事業所の他サービスと合同で通常開催されている。利用者の日頃の様子を大画面に映し、報告や質問に答えている。家族へは、案内状のデザインを工夫し送っているが、地域代表とともに参加が少ない。 	<ul style="list-style-type: none"> 市の介護保険課、地域包括センターに相談や情報報告をしている。市委託の転倒予防教室、社協主催の民生委員の見学会を受け入れている。地域包括システムケア連絡会で地域密着事業者でのケア連絡会を立ち上げ発信している。将来的には、子育て支援にも繋げたいとの考えもある。 	
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	<ul style="list-style-type: none"> 月極巡回訪問し、事業所の状況やサービスの内容を伝え、連携が取れるよう取り組んでいる。 市の各関係者、担当者との協力関係が築けるよう取り組みに努めている。 	<ul style="list-style-type: none"> 月極巡回訪問し、事業所の状況やサービスの内容を伝え、連携が取れるよう取り組んでいる。 市の各関係者、担当者との協力関係が築けるよう取り組みに努めている。 	<ul style="list-style-type: none"> 運営推進会議は2か月に1度、市職員、地域包括、まちかどネット、成年後見人、家族、職員が参加して、事業所の他サービスと合同で通常開催されている。利用者の日頃の様子を大画面に映し、報告や質問に答えている。家族へは、案内状のデザインを工夫し送っているが、地域代表とともに参加が少ない。 	<ul style="list-style-type: none"> 市の介護保険課、地域包括センターに相談や情報報告をしている。市委託の転倒予防教室、社協主催の民生委員の見学会を受け入れている。地域包括システムケア連絡会で地域密着事業者でのケア連絡会を立ち上げ発信している。将来的には、子育て支援にも繋げたいとの考えもある。 	
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、互いの施設を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	<ul style="list-style-type: none"> ケアについて、都度話し合い、身体拘束をしないケア、具体的な行為について日々確認している。 外出したい様子が見受けられれば、見守りや付き添い等もしている。(日中鍵の施設はしていない) 勉強会等をし、正しく理解をして身体拘束をしないケアに取り組んでいる。 	<ul style="list-style-type: none"> ケアについて、都度話し合い、身体拘束をしないケア、具体的な行為について日々確認している。 外出したい様子が見受けられれば、見守りや付き添い等もしている。(日中鍵の施設はしていない) 勉強会等をし、正しく理解をして身体拘束をしないケアに取り組んでいる。 	<ul style="list-style-type: none"> 運営推進会議は2か月に1度、市職員、地域包括、まちかどネット、成年後見人、家族、職員が参加して、事業所の他サービスと合同で通常開催されている。利用者の日頃の様子を大画面に映し、報告や質問に答えている。家族へは、案内状のデザインを工夫し送っているが、地域代表とともに参加が少ない。 	<ul style="list-style-type: none"> 市の介護保険課、地域包括センターに相談や情報報告をしている。市委託の転倒予防教室、社協主催の民生委員の見学会を受け入れている。地域包括システムケア連絡会で地域密着事業者でのケア連絡会を立ち上げ発信している。将来的には、子育て支援にも繋げたいとの考えもある。 	

自己	外部	項目	自己評価		外部評価	
			実践状況	実践状況	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注意を払い、防止に努めている	・各部署内での学習会を通じて学ぶ機会を定期的に行い周知を図っている。また日頃から注意を払い防止に努めるよう職員間でもアンテナをはっている。 ・身体的な異常があれば確認・共有が行われており、虐待防止の徹底は出来ている。			
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に支援している	・虐待や身体拘束防止の学習会を、年に2回実施。 ・GHで2名後見人がついていての方がおられ、都度連携し、制度を活用している。 ・年に1度、成年後見制度の学習会を実施。1度ではなかなか知識習得は難しいため、定期的に学習する必要がある。 ・市で開催の、「高齢者虐待防止研修」にも参加している。			
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	・契約の際、都度確認や説明を行っている。必要時、相談に乗ったり、解決策を話し合ったり、密に連絡を取り合っている。特に、理解が必要な部分(転倒・徘徊リスクは特に!)は、強く説明している。 ・契約、解約、改定時には十分な説明を行い納得してもらえている様取り組んでいる。			
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	・入居者との普段の会話からや、面会時やケアプラン更新時、その他必要時こまめに家族と意見交換・情報共有し、運営推進会議でも意見交換し、運営に反映させている。	訪問する家族が多く、来訪時に話を聞いている。計画変更時、状態に変化があるときは意見を聞き、ケアに関する意見は実行するようしている。家族には、遠慮なく話してほしいと考えているが、把握しきれない部分もある。家族の悩みを聞く機会を待とうと、3月に茶話会を開く準備を進めている。	運営推進会議の家族参加が少なく、外部評価を認知している家族も少ない。活発な茶話会になり家族の意見を集約され、運営に反映されるところにも、運営推進会議につなげ、外部評価の内容が周知されることを期待している。	
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	・朝礼、申し送り、ケア会議の時間を毎日設け、年に2回の職員面談、随時ミーティングもを行い、常時意見や提案を出来る環境を作り、反映させている。 ・常日頃からコミュニケーションを取り、より良い運営が出来るよう協力している。	全員参加のケア会議開催は難しく、日中11:00からと夜勤18:00からの15分で話し合いの場を持ち、申し送りやケア会議に充てている。会議内容やケアプラン、医療面の情報は共有ソフトを利用して、職員が常時確認、発言できるよう工夫し共有を図っている。茶話会の開催は「家族は相談できる場が欲しい」との職員提案から実現した。管理者は年2回の個人面談を開き、職員意見を聞いている。		
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	・正規職員・定時職員ともに、年に2回面談があり、課題や目標を煮えたり、GHとしても目標を立てたりと、向上心を持って働けるよう努めている。 ・資格取得応援制度・研修費負担等もある。法人内での学習会や研修もあり、随時参加している。			
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	・入職時から研修もあり、法人内外で研修が行われている。 ・朝礼時にケア会議や、学習会を行い働きながら学べる機会を作っている。 ・外部研修等、興味のある研修に参加できるように取り組んでいる。 ・研修や学習会での発表を定期的に行い、学びのインプット、アウトプットが出来る様になっている。			

自己	外部	項目	自己評価		実践状況	外部評価	
			実践状況	次のステップに向けて期待したい内容			
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、ネットワーキングや勉強会、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	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容			
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	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	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容			
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	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容			
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、暮らしと共にする者同士の関係を築いている	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容			
19		○本人と共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支えら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	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容			
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	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容			

自己	外部	項目	自己評価		外部評価	
			実践状況	実践状況	実践状況	実践状況
21		○利用者同士の関係の支援 利用者が同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず利用者が同士の関係が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	・1丁目・2丁目と分かれているが、お互い行き来は自由にしている。 ・入居者同士の関係を把握し、孤立しないよう支え合えるような支援に努めている。			
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	・サービス利用が終了しても、他部署とも連携を図り情報共有や、相談支援したり、施設内外の他のサービスを利用出来るよう連携している。			
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	・年と共に出来ない事が増えネガティブになりがちであるが、一人一人の希望を聞き対応している。生活に関する事など聞いたり、把握し、その都度検討している。 ・希望時すぐに外出等なかなか出来ない事があるが、日時を調整して、出来る限りの事はしている。	家で行ったことをしてもらおうと、書道や読書、編み物等をされている。日美展に出品する水墨画を描かれる人や1日の時間の流れを自ら決め、自由に過ごす方もいる。また、流引きやマニキュアでおしゃれを楽しむ方もあり、以前は飲酒する人もいた。朝ペランダで日向ぼっこをされている利用者もいる。		
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	・生活歴や趣味について、本人との会話・家族からの話や過去の写真を見せてもらったり、アセスメント等で知ることが出来る。 ・会議等でも都度確認し、個々の歩んで来た歴史を重んじるよう配慮している。 ・今後も、出来るだけたくさん入居者の写真等も持参してもらったり、自宅訪問等で一緒に歴史を知っていきたい。			
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	・一日の流れを自己決定されている方もいる。 ・個々の体調に合わせて生活してもらっている。 ・現状把握も都度共有したり、支援経過や申し送りにて職員間で共有している。			
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	・定期的なケア会議やミーティングで情報共有を行い、本人・家族の意向を聞きそれを反映した現状に即した介護計画を作成している。 ・ケアプランは半年ごとに見直し、更新している。	介護計画は、モニタリングはされていないが、毎日午前と午後に行う話し合いの時間をケア会議にあて、6か月ごとに見直し反映している。利用者それぞれ楽しめることや趣味嗜好、家族の希望や意見も反映させた介護計画になっている。		
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	・個別記録を支援経過として毎日写真等もあけながら記録し職員間で周知している。 ・必要時にはケア会議やミーティングで議題を上げ、意見交換し見直す機会を持っている。気づきや好事例等も共有している。			

自己	外部	項目	自己評価		外部評価	
			実践状況	実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待していること
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	・住診医・訪問看護ステーションNSとの医療連携をとっている。 事業所内に通い、泊り・訪問・巡回等のサービスの利用があり、家族・本人の要望に柔軟に対応できるしくみになっている。			
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	・外出や外食の機会や季節毎のイベントや時には会議に参加したり、習い事をしたりそれぞれの暮らしが楽しめる様に工夫をしている。			
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	・内科医の定期的な往診以外にも、状態変化時のかかりつけ医やマツサージ師等の行き来があり連携(状態把握)を取りながら支援している。 ・訪問歯科医も毎月往診があり、個人に合わせて適切な治療を受けている。		2ユニットごとに別の内科医院を協力医とし、利用者は全員契約して月2回の訪問診療を受けている。希望の医師をかかりつけ医に選ぶこともでき、往診も受け入れられている。眼科、整形外科を受診する人もある。訪問看護ステーションより週1回看護師の訪問もある。かかりつけ医とは、緊急時24時間連絡可能で事業所内の看護師ステーションも駆けつけ緊急時の体制ができています。入退院があったり、安心の材料である。	
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	・入居者に何か変化があれば訪問看護師にて訪問してもらい適切な対応や助言をもらい対応している。また、日々の関りで得た情報を看護師と情報共有している。			
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、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、病院や家族と連絡を取り、早期退院できるよう、連携している。また、入院時の様子も情報共有している。			
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	ターミナル意向伺い書にて契約時や入院・退院時や重度になった場合に早めに話し合いを重ねたりGHで出来る事を充分に説明しながら方針を決めている。終末期を迎えた際、段階を随んで説明や一緒に学習会をし、主治医や訪問看護ステーションNSと連携し、支援している。		入居時に説明し重度化になれば家族の意向を再確認し、家族の思いとすり合わせながら方針を決めている。昨年は1名の看取りを経験した。家族も宿泊され穏やかな最期となり感謝された。家族、職員共が後悔が残らないよう看取れたいとが宝物になった」との職員の言葉が印象に残った。	
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	・年に2回定期的な訓練を受け発生時冷静に対応できるように準備している。正統・定時・夜勤問わずに参加出来るように努めている。 ・救急搬送時、対応・注意事項等、その場にいる職員と一緒に対応し、誰もが対応できるよう、順次経験を積めるようにしている。			

自己		外部		自己評価		外部評価		
項目	内容	実践状況	内容	実践状況	内容	実践状況	内容	
35	○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	○災害対策 定期的に行い、順番で訓練を受け、情報共有に努めている。 ・サロンの際に、消防訓練と一緒に、地域の方にも避難方法や消防隊からの助言等を共有している。 ・大雨警報が出た際も、早めに対策本部を事務所まで立ち上げ、事業所全体で情報共有し、避難レベル2から、必要に応じて順番に避難や物品移動を行っている。	・災害訓練を定期的に行い、順番で訓練を受け、情報共有に努めている。 ・サロンの際に、消防訓練と一緒に、地域の方にも避難方法や消防隊からの助言等を共有している。 ・大雨警報が出た際も、早めに対策本部を事務所まで立ち上げ、事業所全体で情報共有し、避難レベル2から、必要に応じて順番に避難や物品移動を行っている。	・5回火事、水害、地震に備え、地震に備え、夜間も利用者参加し災害訓練を行っている。地域包括システム、法人と連携し地域協定書を結ぶことができ。4月からは義務化になる事業継続計画(BCP)は、3月に完成の予定である。水、食料、ヘルメット、簡易トイレ等の備蓄もしているが、停電時の対応が必要と考えている。	・5回火事、水害、地震に備え、地震に備え、夜間も利用者参加し災害訓練を行っている。地域包括システム、法人と連携し地域協定書を結ぶことができ。4月からは義務化になる事業継続計画(BCP)は、3月に完成の予定である。水、食料、ヘルメット、簡易トイレ等の備蓄もしているが、停電時の対応が必要と考えている。	・5回火事、水害、地震に備え、地震に備え、夜間も利用者参加し災害訓練を行っている。地域包括システム、法人と連携し地域協定書を結ぶことができ。4月からは義務化になる事業継続計画(BCP)は、3月に完成の予定である。水、食料、ヘルメット、簡易トイレ等の備蓄もしているが、停電時の対応が必要と考えている。	・5回火事、水害、地震に備え、地震に備え、夜間も利用者参加し災害訓練を行っている。地域包括システム、法人と連携し地域協定書を結ぶことができ。4月からは義務化になる事業継続計画(BCP)は、3月に完成の予定である。水、食料、ヘルメット、簡易トイレ等の備蓄もしているが、停電時の対応が必要と考えている。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援								
36	○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	・「大家族」をモットーにしているが、個人の人格を尊重し対応や言葉かけを入居者・職員共に気を付けている。	・「大家族」をモットーにしているが、個人の人格を尊重し対応や言葉かけを入居者・職員共に気を付けている。	・「大家族」をモットーにしているが、個人の人格を尊重し対応や言葉かけを入居者・職員共に気を付けている。	・「大家族」をモットーにしているが、個人の人格を尊重し対応や言葉かけを入居者・職員共に気を付けている。	・「大家族」をモットーにしているが、個人の人格を尊重し対応や言葉かけを入居者・職員共に気を付けている。	・「大家族」をモットーにしているが、個人の人格を尊重し対応や言葉かけを入居者・職員共に気を付けている。	
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	・常時本人さんの思いや希望を聞く機会を設けている。 ・自己決定出来ない方へは悪い言葉を流さぬように心がけている。必要時には職員間で話し合い、情報共有している。	・常時本人さんの思いや希望を聞く機会を設けている。 ・自己決定出来ない方へは悪い言葉を流さぬように心がけている。必要時には職員間で話し合い、情報共有している。	・常時本人さんの思いや希望を聞く機会を設けている。 ・自己決定出来ない方へは悪い言葉を流さぬように心がけている。必要時には職員間で話し合い、情報共有している。	・常時本人さんの思いや希望を聞く機会を設けている。 ・自己決定出来ない方へは悪い言葉を流さぬように心がけている。必要時には職員間で話し合い、情報共有している。	・常時本人さんの思いや希望を聞く機会を設けている。 ・自己決定出来ない方へは悪い言葉を流さぬように心がけている。必要時には職員間で話し合い、情報共有している。	・常時本人さんの思いや希望を聞く機会を設けている。 ・自己決定出来ない方へは悪い言葉を流さぬように心がけている。必要時には職員間で話し合い、情報共有している。	
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、その日どのように過ごしたいか、希望にそって支援している	・食事の時間等、大まかな一日の流れはあるが、個々の希望や状態に合わせて、職員側の都合を優先せず一人ひとりのペースを大切に(起床時間や食事時間等)希望に添える様に努めている。	・食事の時間等、大まかな一日の流れはあるが、個々の希望や状態に合わせて、職員側の都合を優先せず一人ひとりのペースを大切に(起床時間や食事時間等)希望に添える様に努めている。	・食事の時間等、大まかな一日の流れはあるが、個々の希望や状態に合わせて、職員側の都合を優先せず一人ひとりのペースを大切に(起床時間や食事時間等)希望に添える様に努めている。	・食事の時間等、大まかな一日の流れはあるが、個々の希望や状態に合わせて、職員側の都合を優先せず一人ひとりのペースを大切に(起床時間や食事時間等)希望に添える様に努めている。	・食事の時間等、大まかな一日の流れはあるが、個々の希望や状態に合わせて、職員側の都合を優先せず一人ひとりのペースを大切に(起床時間や食事時間等)希望に添える様に努めている。	・食事の時間等、大まかな一日の流れはあるが、個々の希望や状態に合わせて、職員側の都合を優先せず一人ひとりのペースを大切に(起床時間や食事時間等)希望に添える様に努めている。	
39	○身だしなみやおしゃやれやれが出来るように その人らしい身だしなみやおしゃやれが出来るように支援している	・服選びや化粧の好みも入居者の希望に添える様に努めている。 ・衣類の選択や季節に合わせて衣類の交換などを家族にも協力してもらっている。 ・訪問理美容も毎月あり、希望に応じてカット・カラーもし、身だしなみも大切にしている。	・服選びや化粧の好みも入居者の希望に添える様に努めている。 ・衣類の選択や季節に合わせて衣類の交換などを家族にも協力してもらっている。 ・訪問理美容も毎月あり、希望に応じてカット・カラーもし、身だしなみも大切にしている。	・服選びや化粧の好みも入居者の希望に添える様に努めている。 ・衣類の選択や季節に合わせて衣類の交換などを家族にも協力してもらっている。 ・訪問理美容も毎月あり、希望に応じてカット・カラーもし、身だしなみも大切にしている。	・服選びや化粧の好みも入居者の希望に添える様に努めている。 ・衣類の選択や季節に合わせて衣類の交換などを家族にも協力してもらっている。 ・訪問理美容も毎月あり、希望に応じてカット・カラーもし、身だしなみも大切にしている。	・服選びや化粧の好みも入居者の希望に添える様に努めている。 ・衣類の選択や季節に合わせて衣類の交換などを家族にも協力してもらっている。 ・訪問理美容も毎月あり、希望に応じてカット・カラーもし、身だしなみも大切にしている。	・服選びや化粧の好みも入居者の希望に添える様に努めている。 ・衣類の選択や季節に合わせて衣類の交換などを家族にも協力してもらっている。 ・訪問理美容も毎月あり、希望に応じてカット・カラーもし、身だしなみも大切にしている。	
40	○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	・食事の際、隣に座って食事を取り楽しく会話が出来るように努めている。 ・食卓の盛り付け、お茶の用意、片付け等みんなで行う事を習慣化出来るように努めている。 ・随時、食事やおやつ・イベント企画等で、食べたい物、美味しいものを一緒に作り楽しむように工夫している。 ・マクドナルドや、牛丼、カツ丼、お寿司等、自宅で生活していた際に、外食や家で食べておられた物を、ホームで食べたりにしている。	・3食、おやつとも給食業者から納入の調理済み食品を蒸煎し、盛り付けて提供している。とろみ付けもあるが、概ね通常食を食している。同じ釜の飯を食うとの思いもあり、職員も同じものを食している。食器は良いものを使用し、愛用の茶碗、箸を持ち込む人も、無理に食べなくてよいとの考えで、好きな物を好きな時間に、鍋パン、ハンバーグ、カレーを買って食すこともある。食事は楽しみと職員がメニューを企画し、カレーや鍋を作りし、寿司や牛丼の出前を取ることもある。健康面は、かかりつけ医とも相談しながら対応している。	・3食、おやつとも給食業者から納入の調理済み食品を蒸煎し、盛り付けて提供している。とろみ付けもあるが、概ね通常食を食している。同じ釜の飯を食うとの思いもあり、職員も同じものを食している。食器は良いものを使用し、愛用の茶碗、箸を持ち込む人も、無理に食べなくてよいとの考えで、好きな物を好きな時間に、鍋パン、ハンバーグ、カレーを買って食すこともある。食事は楽しみと職員がメニューを企画し、カレーや鍋を作りし、寿司や牛丼の出前を取ることもある。健康面は、かかりつけ医とも相談しながら対応している。	・3食、おやつとも給食業者から納入の調理済み食品を蒸煎し、盛り付けて提供している。とろみ付けもあるが、概ね通常食を食している。同じ釜の飯を食うとの思いもあり、職員も同じものを食している。食器は良いものを使用し、愛用の茶碗、箸を持ち込む人も、無理に食べなくてよいとの考えで、好きな物を好きな時間に、鍋パン、ハンバーグ、カレーを買って食すこともある。食事は楽しみと職員がメニューを企画し、カレーや鍋を作りし、寿司や牛丼の出前を取ることもある。健康面は、かかりつけ医とも相談しながら対応している。	・3食、おやつとも給食業者から納入の調理済み食品を蒸煎し、盛り付けて提供している。とろみ付けもあるが、概ね通常食を食している。同じ釜の飯を食うとの思いもあり、職員も同じものを食している。食器は良いものを使用し、愛用の茶碗、箸を持ち込む人も、無理に食べなくてよいとの考えで、好きな物を好きな時間に、鍋パン、ハンバーグ、カレーを買って食すこともある。食事は楽しみと職員がメニューを企画し、カレーや鍋を作りし、寿司や牛丼の出前を取ることもある。健康面は、かかりつけ医とも相談しながら対応している。	・3食、おやつとも給食業者から納入の調理済み食品を蒸煎し、盛り付けて提供している。とろみ付けもあるが、概ね通常食を食している。同じ釜の飯を食うとの思いもあり、職員も同じものを食している。食器は良いものを使用し、愛用の茶碗、箸を持ち込む人も、無理に食べなくてよいとの考えで、好きな物を好きな時間に、鍋パン、ハンバーグ、カレーを買って食すこともある。食事は楽しみと職員がメニューを企画し、カレーや鍋を作りし、寿司や牛丼の出前を取ることもある。健康面は、かかりつけ医とも相談しながら対応している。	・3食、おやつとも給食業者から納入の調理済み食品を蒸煎し、盛り付けて提供している。とろみ付けもあるが、概ね通常食を食している。同じ釜の飯を食うとの思いもあり、職員も同じものを食している。食器は良いものを使用し、愛用の茶碗、箸を持ち込む人も、無理に食べなくてよいとの考えで、好きな物を好きな時間に、鍋パン、ハンバーグ、カレーを買って食すこともある。食事は楽しみと職員がメニューを企画し、カレーや鍋を作りし、寿司や牛丼の出前を取ることもある。健康面は、かかりつけ医とも相談しながら対応している。

自己	外部	項目	自己評価		外部評価	
			実践状況	実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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、習慣に合わせた支援をしている	・水分摂取等個別ケアが出来るように支援している。食事も一口大や刻み・トロミ等々に合わせるように食事形態を工夫している。 ・飲みたい物が飲めるよう、移動店舗での購入や、家族に依頼している。 ・栄養や脱水の懸念のある方は、家族や主治医に依頼して、必要なものを準備している。			
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	・毎食後に口腔ケアを行っている。歯ブラシ・スポンジブラシ等個々に合わせて使用している。 ・訪問歯科医師が毎月訪問して下さり(個々で回数は違うが)、口腔内のケアや治療をしてもらっている。			
43	(16)	○排便の自立支援 排便の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排便のパターン、習慣を活かして、トイレでの排便や排泄の自立にむけた支援を行っている	・出来るだけ自力で排便が出来るようの方でもトイレでの排便を毎日便し支援している。 ・個々の排便パターンを把握し、時間や状態に合わせてトイレ誘導している。 ・布パンツ(ナパッド)で過ごして頂けるように努めている。			全員のパンツにパッドを基本に考え、トイレでの排泄を促している。利用者個々の排泄パターンや合図を見極め、誘導と再掛けをしている。立ち上がることなどで生活リハビリにもつながっている。退院後はおむつ、リハビリパンツを利用することもあるが、自立度が上がり必要なくなる方がほとんどである。
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	・職員全員が排便の確認が出来るように工夫して便秘にならないように努めている。 ・自然排便出来るように水分の工夫やオリゴ糖、ゼリー、食べ物等提供している。又、自然排便が難しい場合は看護師・住診医と連携し薬などで調整している。			
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	・週2回の入浴日を設定しているが、決められた曜日に本人の体調や気分が乗らない日があれば、日を改めて入浴出来るように支援している。本人の、入浴道具を使用したり、一緒に着替えの準備をしている。 ・ゆつくり入浴や更衣が出来る様1対1で入浴対応している。 ・冬至前後に、柚子風呂を実施し、季節を楽しんでもらえる工夫もしている。			浴槽は小さめの検造り、床は畳敷きで安全に配慮し、床に座って洗体される方もいる。風呂は、ほぼ毎日沸し、週2回午後職員と1対1で入浴し、ストレス解消になっている。雑談や悩み相談もあり、ニースの把握につながっている。全員の肩まで浸かり、自分のシャampooを使い、季節のゆず湯も楽しんだ。
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、休んだり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	・その時の状態により、居室(ベッド)・ソファで自由に休んでもらっている。 ・夜間帯、不安になり眠れない方には、お茶やお菓子等を提供し、一緒に話をしたりと安心してもらえる様工夫している。 ・夜間どうしても不眠気味な方は、ゆつくり眠れるよう、薬の調整等している。 ・週に2回シーツ交換を実施し、気持ちよく眠れるよう環境整備実施。			

自己	外部	項目	自己評価		外部評価	
			実践状況	実践状況	実践状況	実践状況
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	<ul style="list-style-type: none"> ・診察医や薬局と連携している。 ・個別の薬情ファイルでいつでも確認出来るようにしており、変更時には必ず情報共有し変化があれば都度共有している。 ・服薬ミスが無いよう、薬セット(W手エック)、配薬時、配薬後と4回目で確認をしている。 ・配薬の際(ケースから取り出す際、本人横でも)、本人や他職員にも確認してもらう為に、『日ごち・タイミング・薬数・氏名』を、声に出して読み上げている。 		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	<ul style="list-style-type: none"> ・女性・男性に関わらず、役割分担し一緒に家事を行っている。 ・季節行事や企画等の実施や飾り付け等も、会話を交えて楽しく出来る様工夫している。・週1回のコープの移動販売で好きな物を買ってもらう。 ・新聞の読誦、趣味の継続(書道、読書、編み物等)が出来る様支援している ・個人に合わせ支援したり、複数名で歌やレクリエーションを行うなどしている。重度者介助や業務優先になつてしまっている場合もある為、『座って会話をする』をもっと習慣づける必要がある。 			
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそつて、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	<ul style="list-style-type: none"> ・普段の会話から、やりたいこと・行きたい場所を聞き把握し、本人からも自ら希望を言えるような環境を心掛けていく。 ・本人、職員だけでなく、家族にも声掛けし、一緒に外出や企画に参加されることもある。 ・おでかけや、散歩等、企画だけでなく、普段の生活の一部として実施行ける様していきたい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・初詣、春の花見、馬見丘陵公園などに出かけている。家族にも声掛けし全員で出掛けることもあ ・察知して、実演できるよう取り組んでいる。職員や家族と買い物したり、家に帰る人もいる。前庭やベランダでお茶をしたり、ユニット間を自由に行き来し、思い思いの過ごし方をしている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・名のみ、個人ポーチを準備し、1か月毎に自身で管理している。 ・使いたいものや食べたいもの等、自分自身で選んで購入出来るよう支援している。 			
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支援している	<ul style="list-style-type: none"> ・年賀状や手紙、電話等、希望があれば支援している。 			

自己	外部	項目	自己評価		外部評価	
			実践状況	実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	<ul style="list-style-type: none"> ・2時間以内の換気、温度・湿度の管理をしている。 ・1.2丁目間を自由に行き来できるようになっている。 ・家具や席の配置換えを行ったり、音・光・温度に不快を覚える方への個別対応や、生活・レクリエーション等に季節感を感ぜられる工夫を行っている。 ・居室に訪室する際は、必ずノックをし返事を聞いてから入室。窓が大きいため、四季を感じられる。 	<p>南側に大きな窓とベランダがあり、リビングは天井が高くすっきりとした木造りで床は畳が敷かれ、対面キッチンから利用者の様子が見える。六角テーブルや椅子の高さは、利用者の下腿長に合わせて選んでおり、使いやすい。利用者が掃除のお手伝いをすることもある。</p>		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・関係性や状態により、座る席を都度工夫している。 ・自由に動いてもらい、思い思いの席で過ごしてもらっている。 ・一人きりになっている際は、無理強いもしないようにしながら、声をかけて席に誘ったりしている。 			
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	<ul style="list-style-type: none"> ・ダンスや楽器、写真や趣味の物等、自宅で使い慣れたものを持参し、使用してもらっている。 ・季節毎に家族にて衣替えや、必要品持参してもらっている。 ・足りないものや希望されるものは、家族に依頼。時折、一緒に買いに行くこともある。 	<p>居室は畳敷で、窓には障子があり、トイレと洗面台、クローゼット、エアコン、ベッド、手付き用タンスが設置されている。使い慣れた馴染みの筆筒を持ち込み、孫や御主人の写真、ぬいぐるみ等を飾っている。写真にお供えをする利用者もいる。</p>		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・家事等に少しでも参加できるよう、役割分担しながら支援している。 ・カレンダーや時計を使用し、自立した生活が送れるよう取り組み。 ・歩行を妨げないように、不要な車いすは収納し、椅子はテーブルへ入れ込み、車いすロック(アームレスト・フットレスト)も、随時確認している。 ・自力で立てるよう、本人の体格に合わせた椅子やテーブルの使用。 			

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ってしまうよう、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】				目標達成に要する期間	
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	
1		<p>現状における問題点、課題</p> <p>『介護計画書(案)』を作成し、説明・話し合いをしてきたつもりであったが、『一緒に話し合っている』:6名 『説明は受けたが話し合っていない』:5名 と半数の方が、答えがおられた。思い、意見を組み取れるようにしていく。</p>	<p>『介護計画書』を、本人・家族さんと一緒に話し合いながら作成する。</p>	<p>面会時等、随時、意見交換し情報共有する。『介護計画書(案)』の説明と内容の意見交換を行う。</p>	12ヶ月
2		<p>『外部評価結果』を、郵送と口頭で説明したが、『閲覧したことがない』:7名もおられた。 『公表されていることを知らない』:0名の為、外部評価結果の内容確認の必要性をあまり感じられていないと思われる。</p>	<p>『外部評価結果』を閲覧してもらい、よりよい事業所にするために、意見交換をする。</p>	<p>基本的には、面会に来られた際に、手交で提供。書類を提供するが、書類に掲載HPのURLを記載し、閲覧方法を選ぶようにしておく。面会に来られない方には、送付で提供する。 随時、話す中で、外部評価の結果を閲覧したか、閲覧した結果どう感じたか等も確認していく。</p>	12ヶ月
3		<p>『運営推進会議』の参加者が少なく、意見・情報交換が乏しい。 必要性の理解や、日時の調整、参加しやすい雰囲気作りが必要。</p>	<p>『運営推進会議』に半数以上の家族さんに参加してもらい、情報交換を行う。</p>	<p>気軽に参加できるような内容(茶話会)、やチラシ等を作成し、早い目に呼びかけていく。 日常動画等も見てもらい、普段の様子も伝えていく。</p>	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、行を挿入して下さい。