

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

【事業所概要(事業所記入)】			
事業所番号	1690200470		
法人名	社会福祉法人 戸出福祉会		
事業所名	だいが中田館		
所在地	富山県高岡市下麻生89-2		
自己評価作成日	平成27年4月10日	評価結果市町村受理日	平成27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	www.toyama-shakyo.or.jp/kouhyou/
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 富山県介護福祉士会
所在地	939-8084 富山県富山市西中野町1-1-18 オフィス西中野ビル1階
訪問調査日	平成27年4月17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)】

自宅で過ごす時間を大切に、普段の自宅でのご利用者の様子を知ることからサービスを始めている。ずっと自宅で過ごせるよう、通いや泊まりのサービスは最低限にしている。必要であれば1日に何回も訪問し、安否確認や服薬確認などに重点をおいている。そのため、なるべく中田地区の方を登録者としている。また、一時的に状態が悪くなり、小規模のサービスを利用することによって状態が改善し、元気になられた方もおられる。その場合はデイサービスなど他のサービスを紹介し、自立に向けて生活できるよう提案している。

【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)】

開設(平成26年8月)1年経っていないが、法人の他事業所のノウハウを活かし利用者の立場に立ったサービス提供に努めている。家族との関わりを大切に、利用者・家族の意向や要望に寄り添い、小規模多機能ホームのサービスを柔軟に組み合わせ通所時に夕食を提供したり、訪問時に近所の方々と交流し、連絡帳で健康状態や排泄状況を家族と共有し、民生委員の協力を得て単身利用者をサポートするなど、住み慣れた自宅での生活を支援している。また、同事業所他サービス利用の顔なじみの方との交流や糖尿病や塩分制限の食事の提供・身体状況に対応した浴場整備など、いままでの生活が継続できるよう支援している。

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	
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	法人理念はあるが、事業所としての理念は掲げていない。事業所の目標を共有するようにしていく。	法人理念「思いやりと心の豊かな介護をととして、地域に愛され信頼される施設を目指します。」を掲げ、利用者・家族にも知っていただけるよう事業所内の目のつく場所に掲示し、共有を図っている。また、事業所の処遇方針4項目を目標に日々努力している。	職員の意見を取り入れたホーム独自の具体的な理念作成に期待したい。
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	地域の行事参加は事業所単位でも行い、利用者個人の参加の機会も妨げないよう自宅での生活も大切にしている。	地区の祭事には神輿・獅子舞が来所・かかし祭りや地区の文化祭に利用者と一緒に制作した作品を提供・慰問ボランティア受け入れ時には地域に回覧し地域の方々と一緒に楽しむなど、相互交流が行われている。訪問時に、自宅地域の老人会行事等に参加を促している。	
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	地域の長寿会の会合で、寸劇を通して健康等についての話をすることがある。		
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	現在はまだ具体的な支援の事例について（事例検討など）は、まだ行っていない。	会議は地域包括支援センター職員・自治会長・民生児童委員・長寿会長・身体障害協会会長・利用者、家族代表が出席して、2ヶ月ごとに同事業所グループホームと一緒に開催している。運営状況や活動内容を報告し意見交換が行われ、地域情報の収集に努めている。議事録は職員に回覧・家族等の来所者に見ていただくためホーム内に設置している。	
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に取り組んでいる	不明な点があれば連絡をし、確認をとってからサービスに取り入れている。必要時包括にも連絡をとる。	開設が1年経っていないため、市担当者とは制度や運営について相談・助言をいただき、また地域包括支援センターとは、運営推進会議を通じて情報交換を行うなど、協力関係を築いている。また、地域ケア会議に事例を出し、地域の他事業所と共にケア向上に努めている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定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	拘束になりそうな行動は、毎日のミーティングの中で職員のケアの方法を確認、統一している。	研修を通じて、身体拘束の具体的な内容やリスク・生命に関わる場合短期間拘束する手続き等を理解し、日々のサービス提供時に、言葉かけや接遇方法を職員同士で確認、注意し合いながら、身体拘束をしないケアが実践されている。	
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	お互いのケアの方法を見ながら、日常的に不適切な言動や行動があれば、その場で注意するようにしている。		

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	管理者から権利擁護に関する研修を受ける機会を作る。年度の研修計画に入れる。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	重要事項説明書、契約書記入時に説明を行っている。		
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	連絡帳、送迎時、電話をした時など、職員に何でも言いやすい雰囲気に対応できるよう話している。	連絡帳や送迎時に積極的にコミュニケーションを図り家族の意見・要望の把握に努めている。その意見・要望は記録し、職員全員で共有しサービスに反映している。また、ホームでの様子や活動内容を知っていただくため、広報誌の制作・発送を検討中である。	
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	毎日のミーティングや月1回の会議の中で自由に意見を出し、検討する機会をつくっている。	職員は定例会議や全体会議・事業所内の委員会（10委員会）で意見・提案を言う機会を持っている。職員の意見等は法人全体運営会議で報告、検討し、運営・サービスに反映している。事業所裏の用水が散歩時に危ないとの職員の意見で、フェンスを設置している。	
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	目標管理シートを年度初めに記入し、個々の目標を達成できるよう指導している。		
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	異動者・新人にはプリセプターをつけ、何でも話せる、相談しやすい環境にしている。		
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	外部研修があれば掲示し、参加を促している。他施設との交流の機会も計画している。		

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	利用間もない方には特に目配りし、どうしたら楽しんでもらえるかを探すようにしている。		
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	今家族が何に困っているのかをサービス前にしっかり聞きとり、本人も家族も安心できるような体制をとることで信頼を得られるようにしている。		
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	本人・家族が気づかない不安にも、気づけるように情報収集し、必要な支援を別居家族なども視野に入れて提案している。		
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	一緒にレクリエーションを楽しむなど、職員だから利用者だからと分け隔てなく過ごしている。		
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	ご家族にも、頼れる支援はお願いし、みんながチームなのだという考えでケアを行っている。		
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	今までの生活を大切にし、サービスを利用することで地域の友人等との関係が途切れないよう、自宅にいる時間も作っている。	訪問時には近隣住民との交流を持ち、馴染みのスーパーで買い物をしたり、通所時には同事業所他サービス利用の馴染みの人と交流する機会を持っている。また、単身利用者は民生委員の協力を得て「ひとり暮らし」登録や地域のひとり暮らし老人昼食会の参加など地域の方々に支えていただけるよう働きかけている。	
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	利用者同士で作業を共同で行ったり、お互いの不安を話し合ったりする場の調整(席やテーブル等)も行っている。		

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
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	次のサービスに利用者が不安を感じないように、少しずつ慣れていけるよう、移行の時期は可能であれば事前に短時間の見学等を行う。		
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	最初に聞いた情報にわかったことを少しずつ記録し、共有している。	基本情報・アセスメントシート・日々記録しているミーティングシート・ケース記録・連絡帳等での家族の意見要望から、利用者の思い・暮らし方の希望の把握に努めている。また、在宅生活を基本に、柔軟に検討されている。	
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	これまでどんな仕事をしていた、何をするのが好きだったなど、元気だった頃の生活も把握するようにしている。		
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	その日の状態、気分にあったケアを提供できるよう話を聞いている。		
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	職員みんなの気づきを集めたシートを元に、本人・家族の希望を入れて計画を立てている。	3カ月ごとにアセスメントシートを見直し、介護度更新時・心身状態の変化時に計画を見直している。計画はケア・マネジャーが原案を作成し、サービス担当者会議で検討して現状に即した計画が作成されている。	提供サービス内容のモニタリングを充実する取り組みに期待したい。
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	毎日のミーティングでその日の全職員の気づきを確認し、計画に役立てている。		
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	対応可能なニーズであれば、予定になくても外出や手作りおやつなど、レクリエーションとして取り入れている。		

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
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	必要な地域の資源を把握し、また足りない場合は地域資源につなぐ役割も行う。		
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し、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	受診が必要な場合は家族に伝え、本人の状況を事前にかかりつけ医にも伝え、適切な処置が受けれるようにしている。	連絡帳で日々の健康状況を家族と共有し、かかりつけ医での受診を継続していただいている。情報提供や必要時の受診同行を行い適切な医療が受けられるように支援している。	
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	状態の変化は適宜看護師に伝え、生活に支障が無いか相談している。		
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。	病院連携室と入院前の状態について連絡を取り、どのような状態に改善すれば自宅での生活が可能か伝えている。退院前にも病院での状態を確認する。		
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	現在、重度化、終末期はまだ無いが今後に向けて研修を行っていききたい。	契約時事業所の出来る事・出来ない事を説明し、利用者の心身状況の変化時には早い段階から話し合いを行い、利用者・家族の要望に沿えるよう柔軟に対応したいと考えている。	
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	看護師を中心に常日頃より対応について指導を受けている。		
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	まだ対応について具体的に訓練等を行えていないため、地域の体制も含め取り組んでいきたい。	開設は平成26年8月で、今月同事業所他サービスと合同で夜間想定火災訓練を利用者と一緒に実施する予定である。地域との協力体制は築けていないが、館長は地域の水害対策講習会の参加や災害時の地域避難場所の確認等の情報収集に努めている。	運営推進会議で、災害時の協力体制や事業所のできることを話し合う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
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	常にケアを行う際、意識している。不適當なケアがあった場合はすぐ指導している。	プライバシーを確保したケアや個人情報の取り扱いの研修会を通じ、人格を尊重しプライバシーを確保した言葉かけや接遇方法を理解し、日々のサービス提供時には職員同士で確認しながら実践につなげている。	
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	可能な限り自己決定をすすめ、ケアが押しつけにならないようにしている。		
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し、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	基本スケジュール以外の時間に支援を希望され、体制的に支障がなければそのようにしている。（入浴時間の変更など）		
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	鏡を見る時間、洋服を選ぶことなども大切にし、支援に取り入れている。		
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	必要・可能な時は準備や片付けを手伝ってもらい、食べたい気持ちになって頂く。後片付けのときも献立のことを話題にするなど、食べる楽しみを共有している。	現場でご飯・味噌汁を調理し、副食は業者に委託して、季節感や利用者の嗜好・治療食（糖尿病食・塩分制限食）に対応した食事や季節の手作りおやつを提供している。また、柔軟な通所時間対応で希望がある場合は、夕食が提供されている。	
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	食材は外注で、栄養士がしっかりバランスを考えている。水分がすすまない時は、好きな飲み物に変えて提供している。		
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	歯ブラシ、コップ等を各家庭から持ってきてもらい、毎食後口腔ケアを行っている。		

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
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	ひとりひとりの排泄パターンをつかみ、必要時に誘導、つきそいを行っている。	排泄状況の記録や習慣を活用し、時間ごとの誘導や声かけを行いトイレでの排泄を支援している。また、連絡帳で自宅や通所時の排泄情報を家族と共有して、自宅での排泄に活かしていただいている。	
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	排便回数、間隔もチェックし、水分や食事量等に注意している。		
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	大抵の曜日や入浴時間帯は決めさせてもらっている。必要時や希望時は柔軟に対応している。	ホーム内には、大きな浴場・個浴・座位で入浴できる浴槽が整備されている。利用者の希望や体調に合わせ回数は柔軟に対応し、職員と一緒に利用者のペースでゆっくりと入浴している。また、菖蒲湯やゆず湯など季節感を大切に、会話をしながら入浴が楽しめるよう支援している。	
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	昨晚の睡眠の状態や、その時の本人の状態に合わせて適宜休息できるよう援助している。		
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	家族や医療機関より薬剤情報をもらい、服薬介助を行っている。		
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	ひとりひとりの好みやその時の気分に合わせ、仕事を頼んだり、レクリエーションを決めたりしている。		
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	ドライブや地域の行事、外食など、施設の外での楽しみも計画し実行している。	年間行事計画を作成し、季節ごとの花や地域の祭りの見学・ファミレスや喫茶店での外食に出かけている。訪問時近隣住民との交流や散歩・馴染みのスーパーでの買い物など外出の機会を多く持つよう努めている。	

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
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	家族より了解を得て、少額のおこづかいの持参をお願いしている。移動販売や外出の際に使う方もおられる。		
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	電話をかけたいという希望があれば、相手方の不都合さえなければかけてもらっている。手紙も書いてもらっている。		
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	共用スペースは職員と利用者が共同で季節に合った装飾を作っている。トイレや居室に迷うことがないよう張り紙をしている。	ホームは2階にあり、広々と明るく季節ごとに姿を変える田園風景を眺める事が出来る。利用者と一緒に制作した季節ごとの装飾品を飾り、畳の間(冬季には炬燵を整備)やソファ・椅子を適所に配置し、利用者個々に安心して過ごせる居場所の確保に努めている。	
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	各利用者のそれぞれの落ち着く場所があるため、その都度過ごしたい所へ誘導している。		
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	泊まりの部屋は固定し、本人が落ち着いて眠れるように配慮している。	居室にはベットと洗面台が整備されている。宿泊時には、使い慣れた日用品や馴染みの装飾品を持ち込んでいただき、同じ居室での利用で、安心して過ごしていただけるよう配慮している。	
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	最小限の援助に留め、できることは自分で行えるよう、畳から立ち上がる際につかまりたい所に手すりがある等、家具の配置も気をつけている。		

(別紙4(2))

事業所名 だいご中田館

作成日: 平成27年5月26日

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	1	事業所において目標や理念となるものが作られていない。(数字ではなく、ケアの目標等)	・ミーティング、会議での話し合いでコミュニケーションの強化を図る。 ・意見を伝えていく姿勢の強化を図る。	全体会議で「自分たちの事業所を良い方向に変えるためにはどのようなことができるか」という議題で話し合いを行い、目標を作成した。その後みんなで目標を達成できるよう、日々声を掛け合っている。	6ヶ月
2	26	介護支援専門員によるモニタリングが月1回行われていない。訪問として自宅へは行くが、計画の達成度までは確認できていない。	毎月全員の短期目標の達成度を確認し、モニタリングを行う。	毎月全員の短期目標の達成度を確認し、毎月の利用者処遇会議において、または毎日のミーティングの中で新たな目標の提案を行っていく。	3ヶ月
3	35	災害時の対応について、職員に周知されておらず、近隣との協力体制も確立されていない。	災害時の対応や協力体制について、近隣自治会との協同の防災計画や防災訓練を行う。	まずは職員に対しての防災訓練マニュアルの徹底をし、それをもとに近隣自治会に防災訓練の見学を促す。その後、参加協力に結びつけるように働きかけ、一緒に訓練を行えるようにし、自治会の事業計画にも盛り込んでもらう。	24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。