

# 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	2591300054		
法人名	株式会社 ニチイ学館		
事業所名	ニチイケアセンター野洲		
所在地	滋賀県野洲市比江966-4		
自己評価作成日	平成27年11月12日	評価結果市町村受理日	平成27年12月24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.kaijokensaku_ip/25/index.php?action=kouhyou_detail_2014_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2591300054-00&amp;PrefCd=25&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku_ip/25/index.php?action=kouhyou_detail_2014_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2591300054-00&amp;PrefCd=25&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク滋賀福祉調査センター		
所在地	滋賀県大津市和邇中浜432番地 平和堂和邇店2階		
訪問調査日	平成27年11月26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)】

比江地区の住居が多い地域に位置し、散歩の機会には畑や民家のお庭などを見ながら、道端の花を摘んだり季節の花々を見て楽しんでいます。地域のお祭りではホーム前が休憩場所となり、入居者の皆様がお神輿の太鼓を叩いたり地域行事に気軽に参加出来ています。入居者の要望にて近隣のショッピングセンターへの買い物支援や地元の神社へのお参り等、外出支援も出来る事から行っています。ホーム前面が駐車場になっている為、開所時より地域小学生の集団登校集合場所として使用され、朝から子供達のにぎやかな声がする環境です。又建物裏の畑では、地域の方々が丹精こめて野菜作りや花作りを行い、日々のコミュニケーションの中から収穫時にはお裾分けで野菜を頂く事もあります。日中は入居者ご家族は勿論、お知り合いの方や地域住民の方等が気軽に訪問出来るように玄関を開放しています。

## 【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)】

当事業所は、介護事業を全国で運営するニチイ学館が、県内で3ヶ所目のグループホームとして昨年12月に開設した。蓄積した運営ノウハウをベースに、法人理念に加え独自の理念を掲げ利用者、職員双方の笑い声あふれる事業所を目指しホーム長を先頭に職員が一体となり運営に取り組んでいる。利用者の状態は現時点で全員要介護3以下であり、利用日数は入居後平均数ヶ月程度だが、全員ゆったりとホームでの生活を楽しんでいる様子がうかがえる。地域自治会に加入し、児童の登校時集合場所提供や、「認知症サポーター講座」の開催、地域行事への参加など地域との交流、貢献にも取り組みつつある。家族とは毎月「ニチイケアセンター野洲便り」を発送し、家族親睦会を年2回計画、1回目を本年10月「ニチイ祭り」として開催し交流と信頼関係の強化に取り組んでいる。

## 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、活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

【ユニット名：向日葵】

〔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	1階事務所に会社の経営理念を掲示し、職員は社是・経営理念が記載されているコンプライアンスカードを持ち把握している。又、ホーム独自の理念とユニット毎の理念があり各ユニット入り口に掲示し、日々理念の共有と実践に取り組んでいる。	事業所独自の理念「一日三笑」(地域とともに、家族とともに、仲間とともに)を掲げ、さらにユニット毎の理念も作り運営の指針としている。所内に掲示すると共に日常ケアでの出来事や問題を理念に照らして話し合うなど実践に繋げている。	
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	開所時より地域自治会に加入し、自治会行事(一斉清掃・夏祭り等)への参加やホーム主催の「ニチイ祭り」への地域住民の方々の参加もあり、地域とのつながりを作りつつある。	夏祭りへの参加や日常の散歩時には地域の人達と会話もしている。「ニチイ祭り」では近隣から大人・子供合わせて約40名の参加を得ている。事業所主催の「認知症サポーター研修」を開催し地域への貢献にも取り組んでいる。	
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	ホーム主催の認知症サポーター講座(H26年11月)に地域住民の参加もあり、ホーム内の見学も常時行っている。		
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か月ごとに開催し、野洲市高齢福祉課・民生委員・自治会役員・入居者ご家族の参加にて、ホームの状況や行事報告を行い、意見交換を行っている。	利用者の状況や事業所の行事報告と共に、駐車場の児童集合場所提供、外出時のサポート体制、徘徊発生時の対応などについて話し合っている。議事録に記録し職員も閲覧して改善に活かしている。	会議には地域包括支援センター職員も適宜出席することが望まれる。
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	市担当者は運営推進会議に参加頂き、ホームの状況や取り組みに理解を得ている。又アドバイスも受けている	高齢福祉課とは介護全般にわたり相談を行っている。転倒などの事故が発生した場合、報告と共に対処策などについて助言も得ている。包括支援センターとも関係を維持し連携を深めるようにしている。	
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	事業所の年間研修計画の中で「拘束ゼロセミナー」に参加し、都度の情報共有を行い、職員1人1人が意識を持ち、常に防止に努めている。玄関の施錠は日暮れから防犯上行っているが、日中は開放している。	職員は年間研修計画で「拘束ゼロセミナー」を受講し、会議でも取り上げ実践に活かしている。1階玄関は夜間以外施錠せずセンサーも付けていない。利用者の安全は職員の見守り、目配りにより守られている。	
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	「高齢者虐待防止マニュアル」を使用し、定期的な研修を行い、事例検討やチェックリストでケアの振り返りを行っている。		

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
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	現在「成年後見制度」を利用されている入居者がおり、制度理解は出来ているが、今一度職員に向けての権利擁護等の研修の機会を設け制度理解を促す予定。		
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	契約時は重要事項説明書の読み合わせを行い、十分に時間をかけた説明を行っている。又、改定や契約内容等の変更がある際には、家族会開催にて、説明・同意を頂いている。		
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	来訪時やケアプラン変更時等にご家族様の希望等意見を聞く機会を設けている。年1回顧客満足度調査を行い日ごろ思っている事を無記名で提出して頂く機会がある。又、日々の入居者との会話の中で要望等があれば伺い、実現可能な事から、実施している。	家族の訪問は、利用者一人当たり平均月2～3回あり、家族親睦会や介護計画変更時なども活用し、利用者の状況を説明して家族の要望を聞いている。本社が毎年家族アンケートを実施し結果を事業所にフィードバックし運営に活かしている。	
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	毎月1回のホーム内会議にて、職員意見を聞き提案・要望等を反映させている。又、定期的に管理者との個別面談を行い個々の意見を聞く機会も設けている。	毎月の職員会議で意見を聞いている。開設間もないため料理の仕方や掃除の仕方など職員の意見、提案を中心に運営を行っている。管理者は日常必要な時以外にも年1回の定例個人面談を行っている。	
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	管理者との個別面談を実施し個々の思いや状況を把握し、働きやすい職場作りをおこなっている。非常勤勤務者には「キャリアアップ」制度により、定期的な昇給制度がある。又勤務継続期間により給与への反映も出来ている。		
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	新卒職員には、専属のOJTを付け、1年間に亘りフォローを行い、目標設定にて自身の役割や取り組み姿勢を作り出し、知識や技能の習得を行う等の人材育成を行っている。他職員にも内外の研修情報を伝え、自らのキャリアアップを進めている。		
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	企業内での他職種や他地域との交流の機会は有るが、同業他社との交流の機会は外部研修参加時などになり、機会は少ない。		

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	入居相談時よりご本人の状況把握を行い、必ずご本人と直接会話の機会を作り思いを聞き、安心して入居が出来るよう関係作りを行っている。		
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	ご家族とは、入居に向けての話し合いを行い、お困りの事やご希望、ご質問等を伺い不安感の軽減が出来、安心して入居頂けるよう関係づくりに努めている。		
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	相談の内容により、ホーム入居とは別の必要な支援があれば、その都度ご案内を行っている。		
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	一人一人の状態に合わせて共同生活が出来るよう自立支援を行っている。又、若い職員は料理の味付けや洗濯物の畳み方等を聞き、一緒に行い助け合いの関係が出来ている。		
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	ご家族のホーム来訪時には、日々の記録を見て頂き、情報共有している。又、ご家族のご協力にて外食・外出・外泊の機会が持てるよう支援を行っている。		
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	以前の住まいの近隣の方や、昔からのお知り合いがホームを訪問したり、ご本人の思いを大切に関係づくりの継続を支援している。	家族に加え近隣の知人の訪問も多くあり、手紙や電話の支援も行っている。利用者の希望により野洲市内への買い物など馴染みの場所へは職員がタクシーで(費用は事業所負担)同行支援している。	
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	ゆっくりと過ごせるコーナーを設け、気の合う入居者同士が過ごせる空間作りを行っている。他者の体調等も気にかけて思いやりのある言葉かけを行う場面もある。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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	退去後もご家族様との関係を保ち、何か有れば相談に乗っている。今後も必要に応じての支援を行う。		
<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	個々の思いや希望を聞き、1日の過ごし方や趣味等の継続を支援し、困難な事にも出来る範囲の支援が出来るよう検討を行っている。	アセスメントはセンター方式A～D表を使い詳細に把握している。入浴時や夜勤時を活用し利用者の本音要望を聞き出している。家族からの聞き取りで「実はそうだったのか」と気づくことがあり参考にしている。	
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	入居時にご家族様のご協力にて生活歴やこれまでの経過をセンター方式書式へ記入して頂き、それを見て職員は把握に努め、その後の変化も都度の記入にてスタッフ間での共有を行なっている。		
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	ホームでの過ごし方や日々の心身状態、変化していく現状の把握にて、今出来る事出来ない事を共有し、個別対応にて支援を継続している。		
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	定期的なモニタリングとケアカンファレンスを行い現状把握にて、ご本人にとって寄り良い支援が出来るよう、ご家族の希望も伺い、ケアプラン変更時に反映している。	介護計画は計画作成担当者が作成している。毎日の介護記録を基に3か月単位にモニタリングシートを作成し計画の見直しに繋げ、家族の確認を得ている。変更を必要とする状態に至った時は随時見直している。	
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	個別記録内容は各職員が把握している。管理日誌にて変化を共有し現状に即した支援を行い、カンファレンス時の意見交換で介護計画見直しの参考にしている。		
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	ご本人、ご家族が今何を望まれているかを知り、必要な支援を提供できる体制を作っている。希望があれば、外出支援やレクリエーションに生かし、既存のサービス以外の支援が必要な場合は対応出来るよう柔軟な体制を作っている。		

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
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	地域の催し行事への参加や近くの商店の利用等行っている。今後も地域資源の有効利用を行う。		
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、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	提携医の定期訪問での受診を行っている。入居前よりかかりつけ医には、ホームより状況報告を行い、医療の継続性を支援している。	従来からのかかりつけ医利用者は4名で、受診に当たっては主治医と連携を取り合っている。他の利用者は協力医療機関を受診し、ユニット毎に月1回の訪問診療を受けている。契約看護師とも連携を密にしている。	
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	訪問看護師の定期訪問を行い、提携医との医療連携にて健康維持を支援し、体調変化時には適切な対応を行っている。		
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、ホームよりサマリーの提供を行い、現在の状況を共有している。入院中は元より退院決定後の医療カンファレンスに参加し、退院後の支援方法を把握し職員への周知を行っている。		
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、事業所できるところ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	「重度化した場合における対応に係る指針」の書類を取り交わし、終末期を迎えた時には協力医・ご家族・ホームとの話し合いにて、ご家族の希望を伺いホームとしての支援や変化時の対応等、具体的に取り決めを行い、ご家族の理解を得る体制を整えている。	事業所として重度化時の対応指針を決め文書化して、入居契約時に家族の確認印を得ている。終末期を迎えた段階で利用者の状況を見つつ家族、医師、事業所3者で看取り同意書を交わすようにしている。職員の救急対応力向上のためホーム内研修に取り組んでいる。	
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	職員には救命講習受講を促し、急変時対応の把握に努めるようホーム内での研修参加と緊急時対応マニュアルもあり日々学べるよう備えている		
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	防災委員会にて1年間の訓練予定を立て、年2回は消防署の協力にて避難訓練を行い、全職員が災害に対する避難・誘導方法の把握を行う。又地域住民の協力を得ての避難訓練も計画している。	防災マニュアル、緊急時連絡網は整っている。開所後初めての防災避難訓練を消防署の指導のもと8月に実施した。今後年2回実施する。地域住民の協力は8月の訓練では得られていない。	災害発生時には地域の人との協力を得ることが必要であり、協力参加体制作りに取り組んでほしい。

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	個々の状態を把握し、尊敬できる年長者との思いを持ち言葉かけ等の対応行っている。又、プライバシーに関する事には、周りの状況を見て、言葉かけの工夫を行っている。	研修などを通じて利用者は人生の大先輩であると考え言葉使いに注意をしている。特にトイレ誘導時はそっと声掛けするようにしている。トラブルがあった場合は利用者の尊厳を傷つけないで納める心遣いを行っている。	
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	献立作成時には入居者からの意見を反映する為に、献立作りに参加頂き、入浴も時間曜日の決まりは無く、好きな時間に入浴できる。全てにおいてご本人の希望や思いの確認を行い、自己決定出来る支援を行っている。		
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	ホーム独自の決まりごとは何も無く、毎日の過ごし方もそれぞれのペースで過ごされている。散歩や外食・買い物等の希望があれば、個々の対応を行なっている。		
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	季節毎の衣替えや毎日同じ服装にならないよう配慮行い、2ヶ月毎の訪問理美容、爪きり時にマニキュアの希望を聞き身だしなみやおしゃれへの関心が薄れないように支援行っている。		
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	毎日の献立は職員と入居者とで決め、調理に参加される方、配膳のお手伝い出来る方とそれぞれの出来る事をお願いしている。又、献立内容も季節感を取り入れ楽しみながら食べられる工夫もしている。	メニューは利用者の希望を入れてユニット毎に作っている。食材は生協やスーパーから調達し、調理は利用者の協力を得つつ行っている。朝食は和、洋セレクトメニューとしている。時には外食に行っている。	
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	個人記録に食事量・水分量の記載があり個々の状態を把握し、個別に対応行っている。嚥下状態にも注意行い、必要な方には粗さざみでの提供、食欲低下の方には好みの食材提供や栄養補助飲料の提供も行なっている。		
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	訪問歯科の受診にて口腔内の清潔を保つ支援を行い、歯科受診されていない方には、うがいや歯磨きの促しや義歯の清潔に留意している。		

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	個人記録の排泄部分で排泄パターンを把握し、排泄での失敗が無いよう、個々に誘導対応行なっている。ホーム入居後にリハビリパンツ使用を中止した入居者も居る。	利用者の半数は布パンツ着用である。トイレはドアの色を変え、床にマークを付け分かり易くしている。排泄パターンによる誘導の結果、布パンツに改善した利用者もいる。誘導時の声の掛け方に注意している。	
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	毎朝、乳酸菌飲料の摂取行い、水分や食物繊維の摂取にて便秘予防を行なっている。又、医師の指示にて服薬調節を行なっている方には、服薬管理、毎食前の運動等で、良い影響があるよう働きかけを行なっている。		
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	入浴時間の決め事は無く、ご本人の希望を伺い入浴を楽しめるよう、毎回違う入浴剤を使い「今日は〇〇温泉です」と伝えゆっくりと温泉気分に浸れる工夫もしている	基本は2日に1回の入浴としている。時間帯など特に決まりはなく毎日入浴している利用者もいる。入浴剤の活用やゆず湯、菖蒲湯などを取り入れ入浴を楽しめる工夫をしている。	
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	今までの生活習慣を壊さず、休息の為に昼寝やゆっくり居室内で過ごせる時間を大切に支援している。夜間も音や光に注意行い、安眠出きるような環境作りへの支援を行っている。		
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	職員は個々の服薬内容を理解し、服薬時には声出し確認と複数人での確認を行い支援行っている。又、服薬変更は確実に申し送りを行い、職員全員が把握出来ている。		
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	今までの趣味や嗜好品を把握し、継続出来る事は支援行い、楽しみごととしての物作りや室内飾り作りを継続して行なっている。		
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	気温や天気・体調把握にて、ご本人の希望を聞き、散歩・外出・外食・買い物等戸外に出られる機会を作っている。ご家族との外出や、友達との外出等継続出来るよう支援を行っている。	春秋の好季節にはコースを決めて近隣の散歩や買い物に出かけている。車椅子利用者についても同様に外出できる支援をしている。美術館、花見、初詣、などにも出かけているが現状外出頻度が高いとは言えない。	比較的元気な利用者が多く、日常の外出機会を更に増やす取組みを期待したい。



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
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	お小遣い預かりの対応で金銭管理行なっている。買い物の機会には、個々に応じて支払いを任せ、金銭感覚を失わないよう支援を行っている。		
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	ご家族への電話や知り合いとの手紙のやり取りでの交流を支援し、継続出来るよう配慮行なっている。携帯電話使用している入居者も居る。		
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	共用部分は清掃での清潔を保持し、採光や温度の調節行なっている。壁面の飾りつけを入居者と共に作成する事で、季節感を感じられる工夫をしている。	適切な明るさと広さ、空調の効いた居間や廊下には利用者の作品や手造りのカレンダー、季節の花などを飾り居心地の良さを演出している。掃除は行き届いており、トイレや浴室は清潔に保たれている。	
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	リビングにソファコーナーを設け、ゆっくり寛げる場所を作っている。又、気の合う者同士がお互いの居室(1階2階)を行き来する事もある		
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	入居時に今までお使いの馴染みの家具をお持ち下さいとお伝えしている。入り口には表札を掛け、ドアを開けたら、馴染みの家具や匂いがある事で居心地良く過ごせる配慮をしている。	電化製品や使い慣れた家具、家族の写真などを持ちこみ利用者にとって落ち着ける部屋づくりをしている。掃除はできる利用者は自分で行き、職員も手助けしてきれいに保たれている。	
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	ホーム内は全てバリアフリーで手すりの配置も多い、トイレ3ヶ所は緑マークとドアに表示、お風呂もドアへの表示があり、各居室は表札や飾りつけで区別出来ている。玄関はスロープもあり、安全に出入りが出来る配慮がなされている。		

# 自己評価および外部評価結果

【ユニット名：秋桜】

〔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	事業所独自の理念と各ユニットの理念を出入り口に掲示し出勤時に見て確認出来ている。又、理念に向かい実践出来るように意識している		
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	地域行事には積極的に参加し、ホーム行事への参加も呼び掛けを行い相互に交流出来る機会作りをしている。入居者散歩のおりには必ず挨拶し日常生活の中での交流を心がけている		
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	認知症サポーター講座の企画やホーム見学会等常時誰でもが入りやすいよう玄関の開放を行い、介護相談等への対応も出来ている		
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カ月に1回のペースで地域自治会会長や民生委員、市職員と入居者家族の出席で、ホームからの報告を行いながら意見交換を行っている		
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	市担当者は運営推進会議に参加頂き、ホームの状況や取り組みに理解を得ている。又アドバイスも受けている		
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	身体拘束についての研修に参加し報告行い全スタッフ共有している。ベットの柵でも拘束となる事をスタッフで話し合い対応方法を検討した。2F出入り口の施錠については帰宅願望の強い入居者対応の為(外へ出る行為が頻回)会社指示にて、暫く行っている		
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	身体拘束研修時に高齢者虐待についても学び、言葉での虐待について話し合い、スタッフ間で気がついた時には直ぐに注意し防止に努めている		

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
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	成年後見人制度を利用している入居者が居るが、全スタッフが制度について理解が出来るかは難しい為、今後の研修において学ぶ機会を作る予定		
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	契約時には重要事項説明書の読み合わせを行い十分に時間をかけての説明を行ってからの契約締結となり、ご家族の不安や疑問にも直ぐに答え理解されている		
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	利用者には日々の生活の中で意見要望は聞いている。ご家族様には介護計画書変更時や来訪時に要望等を伺いケアプランへ反映したり、スタッフ間で共有している		
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	月1回のスタッフミーティングにて個々の意見を聞く機会があり、提案などがあれば都度反映させている		
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	スタッフの不安等を聞く機会を設け(個別)解決に向けて話合っている。又、キャリアアップへの研修情報や、労働組合からの情報も開示している		
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	新卒職員には1年間OJTを付け、一緒に学び取り組み指導を行っている。他スタッフには外部研修・内部研修情報提供し、シフト調整しながら学ぶ機会を設けている		
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	他法人同業者との交流の機会は少ないが、外部研修時などで知り合い交流する機会がある		

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	初期のアセスメントの中でご本人の思いや状況把握を行い、ご本人との会話から思いを聞き安心できる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	入居に向けての話し合いの中で、ご家族の不安や困っている事を聞きだし、対応策などを具体的に示し不安感の軽減が出来るよう対応している		
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	グループホーム入居申し込みの段階で今の状況を伺い入居が必要かの見極めを行い、他サービスの必要があればお伝えしている		
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	日々の生活の中で、スタッフと一緒に出来る事をして頂き、調理などではコツや味付けなどを教えて頂き協力しながら、良い関係作りを行っている		
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	ホームに来訪時には、ホームでの様子をお伝えし、ご本人の思いを共有しながら、ご家族様と共にホームでの生活をより良くする為に協力頂いている		
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	以前の住まいの近隣の方や昔からのお知り合いがホームに来訪されたり、海外在住の娘様と手紙でのやり取り等、ご本人の思いを大切に関係作りの継続を支援している		
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	配席の変更やレク時での参加呼びかけで利用者同士の交流の機会を作り、合同レクの開催で1F、2Fの入居者の交流もある。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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	2階で退去者は居ないが、今後退去があれば相談や退去先での様子を伺う機会を設け関係が途切れない支援を行う予定		
<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	ケアプラン変更時には必ずご本人の思いを聞き反映している。聞き取りが難しい時にはご家族や生活の中からの発言等を参考にご本人の思いを知り把握している		
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	アセスメントの中でご家族より生活歴や今まで利用されたサービス等を聞き把握している		
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	ご本人の思いと出来る事、理解しているかを日々の生活の中から見つけられるよう1日全体の流れも把握し共有している		
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	カンファレンスでの意見や気づきを話し合い課題の抽出をし、ご家族様からは要望を聞き、介護計画作成に反映させている		
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	日々の記録は簡潔に記入し、特変時にはより詳しい記録を記入し各自確認をしている何かあれば報告連絡にて共有しながら介護計画の見直しを行っている		
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	都度の状況把握行い今何が必要かをご家族様との話の中から知り、希望があれば対応できる事から対応している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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	今までの生活で利用していた馴染みの神社や商店など、利用出来る範囲で利用し継続した支援が出来るよう工夫している		
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	提携医の定期訪問での受診もあるが、今までのかかりつけ医への受診もご家族様の協力で行っている。又毎週の訪問看護で体調管理も行っている		
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	訪問看護師の定期訪問を行い、毎週の状況は提携医への報告を行い医療連携を行っている。又、体調不良など早めに知る事で早めの対応が出来る		
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。	入院後の状況は都度病院に確認し、退院時には退院に向けたカンファレンスに参加し退院後の注意点等の把握に努めている		
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	「重度化した場合における対応に係る指針」の取り交わしにより終末期の対応についてご家族と話し合いを行いチームでの支援が出来る体制作りに取り組んでいる		
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	救急搬送時の手順やマニュアルが常時見える場所に掲示してある、救命講習も定期的に行い応急手当等の初期対応が出来るよう知識を得る機会を作っている		
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回消防署立会いの下で訓練を行い、避難誘導の手順を把握出来るよう計画している。今後は地域住民との協力体制が取れるよう共同訓練の企画も進めている		

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
<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	1人ひとりの状態を把握し適切な言葉かけを行っている。気になる言葉使いをしている場合はその都度職員同士が注意し対応している		
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	ご本人の思いを大切に、日々の生活の中から問いかけの工夫し思いを聞き出せるようにゆっくりとしたかかわりを持つ時間を作っている		
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	今までの生活習慣が継続出来る様、施設側の決まりごとで時間を決めるのではなく、ご本人の思いを聞き、したい事をしたい時に出来るよう支援している		
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	その日の衣類はご本人が決め、整髪や化粧品にて身だしなみの整えを支援している。男性は入浴時にひげそりを行い清潔感のある身だしなみが継続できている		
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	季節ごとに季節が感じられる献立と一緒に考え反映している。又食事作りは一緒にし後片付け等積極的にお手伝い頂いている		
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	偏った献立にならないよう、日々の献立記録を参考に献立を考え、1人ひとりの状況に合わせ食事提供量や食材に工夫している。水分量も把握し、脱水や便秘にならないよう摂取の促しを行っている		
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	食後は必ず口腔ケアの促しを行い、訪問歯科は希望者のみ利用している		

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	1人ひとりの排泄リズムを把握し、トイレ誘導を行っている		
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	朝食時には乳酸菌飲料とヨーグルトの提供を行い、昼、夜の献立には食物繊維の多い食材を使用する等工夫している。天気の良い日の散歩や毎日の体操で体を動かす機会も設けている		
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	ご本人の体調を把握し短時入浴やシャワー浴など希望時に入浴できる。足浴の実施や入浴剤の使用で心地よく入浴でき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	自由に居室に戻りベッドで休息出来る。夜間もリビングの消灯行い音や光に配慮行っている		
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	スタッフ各自誰がどのような薬を服用しているかを処方箋にて確認し、服薬変更時には申し送りにて把握し様子観察も行っている		
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	趣味や好きな事の継続が出来るよう支援している。又、ご家族様の協力にて気分転換に外出や買い物などに出かける方も居る		
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	天気の良い日には玄関先で日向ぼっこをしながら近所を散策したり、ご家族とのお墓参りや日曜日には教会へ行く方も居る。定期的に自宅に帰る方やご家族様の協力で遠方(大阪)までの外出される方もいる		



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	ホームではお小遣いとして金銭管理を行っているが、ご本人の希望にて買い物時には所持し支払いの機会を作っている		
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	常時、必要となれば電話使用は出来る。手紙のやり取りも出来る。携帯電話を使用している方も居る		
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	共有の空間では掃除の徹底、物の配置に配慮し不快や不便さが無いよう気をつけている。リビングには季節が解る様に壁画を作成し季節感を取り入れた各自の作品も掲示している		
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	机やイスの配置を考え、行動しやすくしている、1人になれる空間でも見守りが出来るよう配慮している		
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	今まで使用していた家具などを持参して頂けるようお伝えし、使い慣れた物の使用で環境変化への混乱が無いようにしている。ご本人が好きなぬいぐるみやシールを壁にはり心地よい空間作りをしている方も居る		
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	ホーム内は全てユニバーサルデザインで段差無く手すりも多く設置されている。トイレドアも色を変え表示もして他居室と違うように工夫している。居室は表札や飾りがり、自分の部屋とわかるよう区別している		

## 2 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	4 (3)	運営推進会議において野洲市高齢福祉課からの出席はあるが、野洲市地域包括支援センターからの出席が無く、地域密着型施設として地域包括との連携が必要と思われる	運営推進会議を活かした取り組みとして、より地域の高齢者の実情に詳しい地域包括シエンセンターとの連携を行い、運営やサービス向上へのアドバイスを頂ける場とする	<ul style="list-style-type: none"> <li>野洲市地域包括支援センターに運営推進会議開催日を毎回お知らせし、出席頂ける様お願いする</li> <li>毎回の運営推進会議内容を知らせ、地域包括の意見を聞く機会を運営推進会議内で作る</li> </ul>	9ヶ月
2	35 (13)	地域の住民参加の避難訓練が出来ていない	年1回は地域住民と共に避難訓練の機会を設け、グループホームの入居者の状況を知って頂き、万が一の時に、ご協力頂ける体制を作る	<ul style="list-style-type: none"> <li>年2回行う消防署立会いでの避難訓練の中で、地域住民参加を呼びかけ実施する</li> <li>今年度は来年2月に避難訓練を予定しているので、地域の回覧でお知らせし、地域消防団と協力しての訓練を企画する</li> </ul>	3ヶ月
3	49 (18)	自立されている入居者が多く居るが、外出支援の機会が少ない現状がある	希望の外出支援が出来る体制があり、定期的に出出が出来るとする	<ul style="list-style-type: none"> <li>天気、体調見て近隣への散歩支援</li> <li>近隣への買い物支援</li> </ul> ユニット毎ではなく、少人数で小まめな外出支援を行う事が出来る体制を作る(人員配置)	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。