

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	3150480063		
法人名	社会福祉法人 こうほうえん		
事業所名	グループホーム せいどう		
所在地	境港市高松町892-3		
自己評価作成日	平成26年1月20日	評価結果市町村受理日	平成26年3月27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	http://www.kaigokensaku.jp/31/index.php
----------	---

【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 福祉経営ネットワーク		
所在地	東京都千代田区九段北4-1-9 市ヶ谷MSビル4F		
訪問調査日	平成26年1月29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)】

地域からボランティアの方が定期に来て下さる。家族からも交流会を企画して頂いている。公民館活動に参加する事で馴染みの関係を持っている。毎年、味噌作りの参加が定着し誘って頂く様になる。自治会に入り町内の清掃活動を行っている。地域に向け防災訓練の案内を行い、共に訓練を行うなど地域との関わりを持って生活している。本年は就労支援の方の受け入れを実施。介護福祉科の高校生、初任者研修の実習を受け入れホームの支援内容を再確認する機会を得ている。年2回の小学校との世代間交流も継続で馴染みの関係となっていることで「こども駆け込み110番」を掲げいつでも受け入れを行う体制を持っている。職員は認知症サポーターとなり、養成講座に参加し認知症の理解を得る活動を行っている。年6回の運営推進会議を活かし地域の活動に進んで参加する。

【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)】

デイルームが広く、利用者が落ち着いて過ごしている。今年度からは、1日1回は外に出ることを目標に掲げ、天気の良い日は玄関先やバルコニーでの日光浴、散歩などとともに、日々の買い物にも出かけている。また、脱衣所にはプライバシーに配慮しカーテンを取り付けている。地域との連携は、自治会の活動や公民館行事などに積極的に協力した。また、事業所の認知症支援の方法や知識を地域に還元する講演を行うとともに、小学校との交流や「子ども駆け込み110番」として地域への定着を進めている。月2回ボランティアグループの来訪があり、利用者との交流が行われ、高等学校福祉科1年生の「4日間2名」の実習も受け入れた。

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)
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)
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)
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)
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
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
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

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	法人の理念、グループホームの理念を掲げ、唱和し、職員一人ひとりの意識の向上に努めるようにしている。また、職員会は、理念に基づいた、部門目標やチーム目標に基づき取り組んでいる。	法人基本理念、グループホーム介護10則等を事業所内に掲げ、各種会議で理解を深めている。各チーム目標は毎月進捗を確認している。	
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	地域活動に(ゴミ置き場の掃除、公民館行事、地域ボランティア、敬老会、地域での草刈)積極的に参加して、地域の方がたと、交流を図っている。	自治会に加入し、活動に協力している。公民館や地域ボランティアとの協働は多数多方面にわたっている。	
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	運営推進会議で、地域から参加の委員より情報の提供を受け、アドバイスも頂く。認知症キャラバンメイトとして、公民館、ふれあい塾で認知症についての話しを行い、理解を得ている。		
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ヶ月に一回運営推進会議を開き、活動状況などを報告している。意見や助言を頂いている。市からの情報提供やアドバイスも頂く。又、その意見や助言を活かしサービスの向上に努めている。	事業所の状況の報告と、自治会長や市職員などからの福祉の地域情報を受けている。地域防災協定の詳細の実現に向けて、検討を進めつつある。認知症に関する知識を地域に還元している。	
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取り組んでいる	市町村担当者との連携をして、情報交換を行っている。情報を活かしてサービスの質の向上に努めている。市役所とは電話や訪問をうけ連携をとっている。介護相談活動報告を得る。	介護保険関係の相談や、生保関係の連絡などを行っている。市の介護相談員2名が来訪し、利用者の意見を聞き取っている。	
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	法人で、身体拘束の廃止を行っている。職員間でも身体拘束になる具体的な行為を、正しく理解して、日頃から身体拘束ゼロのケアに努めている。	法人として拘束ゼロを宣言している。言葉の抑制などを研修し、自己チェックなども行っている。	
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	知識の向上に努めるために研修会に参加している。虐待の意味を理解し、職員もお互いに注意しながら防止に努めている。言葉使いにも注意をはらっている。		

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	研修会にも参加している。必要が生じた方については、家族に制度などを説明したうえで、市の福祉課、包括支援センターと連携を取っている		
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	契約書、重要事項説明書をもとに、分かりやすく説明し、同意を得ている。不安、疑問があれば、理解していただくまで十分な説明おこない、不安や疑問を引き出しやすい話し方に努めている。		
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	玄関に意見箱を設置、ホームページや重要事項説明書、契約書に苦情受付の紹介。利用者・家族から意見や要望が言いやすいように心掛けている。第三者委員を設置している。アンケートからの改善を実施している。	年1回の法人はアンケート集計分析されて、公表されている。この外部評価にあたって、利用者家族へのアンケートも行われており、参考にして、サービス向上に向かっていく。	
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	職員が意見が言えるように雰囲気づくりに努めている。職員会議や申し送り時には、必ず意見を聴き改善に繋げている。利用者の状況に応じ常にケアの方法や不安を話せる機会を設けている。	申し送り時のチーム会議や、リーダー会議などで職員の意向を把握している。年2回の上司面談でも将来の意向などを把握している。法人内3グループホームの「リーダー 同士の会」での情報共有も行われている。	
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	資格取得時には、手当の支給体制をとってもらっている。職員が個々の年間目標を掲げ、実践を行っている。リフレッシュ休暇制度。		
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	年間研修計画を伝え自主研修の機会を促している、研修に参加できる環境を整えている。研修に参加した内容を報告し実践に繋げている。他部署の研修委員会に参加し意見交換を行っている。		
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	グループホーム協会に加盟し相互研修をおこなっている。意見交換を活かしサービスの向上に努める。また、法人内の各グループホームと意見交換を定期的に行っている。		

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
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に楽し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	入居前にはご本人や家族、ケアマネから要望、不安な事を伺い、信頼関係を持つ事に努めている。職員全員が情報を把握することで、スムーズな入居に繋げる。		
16		○初期に楽し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	入居前には家族と必ず面談をし、本人の様子はもちろん、困っておられること、要望を伺い、支援方法の説明をしている。困っていること、不安があれば、いつでも相談が出来る様に努めている。		
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	申し込みを受けた時や見学された時に、今必要なサービスを見極め、他のサービスへの橋渡しをするなど、対応に努めている。		
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	職員と一緒に生活することで、共に笑い、悩み、考えながら日々暮らしている。また職員が分からない地域の事、行事の事などを教えて頂いている。		
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	家族が面会に来られた時には、様子をお知らせして、家族と共に本人を支えていく関係づくりに努めている。毎月のお便りや広報誌を送って日々の暮らしを伝えている。		
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	馴染みの方に気軽に面会に来て頂ける様にとつとめている。交流会などで出会われた時は、話しやすいよう場所を提供する。	買い物や美容院などへの外出をはじめ、利用者が前に勤めていた工場を訪問したり、子供の施設に毎月面会に行くなど馴染みの場所への訪問が多い。	
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	利用者の状況に合わせたテーブル配置にしたり、ソファで、利用者同士の会話が出来る配置にする。職員が間に入ることにより、会話が弾むようように努め、共同で作品づくりを行っている		

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
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	転居されたところへ面会に行き、本人、家族、その職員に状況をうかがっている。転居後も相談や、支援に努めている。		
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	一人ひとりの思いを伺って生活支援計画に反映させ、職員間で共有を行い支援している。意思疎通の困難な人は、家族から意向を伺ったり、行動、表情から本人の思いに添える様に努めている。	入居時のアセスメントで利用者や家族の意向を確認している。また、日々の関わりの中から些細なことでも表情やしぐさから要望を感じ取るなど、家族と職員の信頼関係が出来ており、連携を取った支援に繋がっている。	
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	ヒストリーシートを使って、生活歴、環境、エピソードなどの把握に努めている。ご家族からの情報も職員間で共有し把握に努める。		
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	生活支援計画に沿って支援を行っている。日々の心身の状態を観察し、やりたいこと、出来ることを伺い提供している。本人が出来る事で自信を持って頂くよう努めている。		
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	利用者、家族からの意向や職員の情報を取り入れ支援計画書を作成している。月1回の職員会議、日々の申し送り時に、意見やアイデアを出しあい、その都度話し合っ実践している。	カンファレンスに際しては出来るだけ家族の参加を要請して、土曜や日曜日に日程を調整して開催している。また、高齢の家族の要望を聞き取るために、自宅に出向くなど、より意向に沿った計画策定に取り組んでいる。	
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	個人記録をしっかりと記入することで、モニタリングに反映し、生活支援計画の見直しに活かし職員間で共有しながら実践している。		
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	利用者の状態によっては作業療法士、言語聴覚士の評価を頂いてサービスの提供を行っている。栄養士の方に日々の献立を見て頂きコメントを参考にし作成している。		

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	公民館・ふるさと塾の行事に参加し地域の方と一緒に、味噌作り、運動会、公民館祭り、餅付き等の行事に参加し力を発揮している。		
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	かかりつけ医と、常に連携をとり安心した支援が出来ている。他の医療機関への受診もご家族の協力の元受けられる様に支援している。	往診を行うホームの主治医に加え、利用者の入居前から継続しているかかりつけ医との関係性の構築に努めている。家族同行での受診に際しては情報を書面で詳細に伝える等、連携を取りながら支援に取り組んでいる。	
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	訪問看護師に日常の状態を覗いて頂き、助言を受け早期の対応が出来ている。		
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。	入院先には介護連絡表を提示し、先生や看護師に引き継いでいる。看護師、ソーシャルワーカーとの連携をとっている。また、ご家族と一緒にカンファレンスにも参加をする体制をとっている。		
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、事業所の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	家族やかかりつけ医と連携して、利用者、家族の思いに添ったケアができる支援を行っている。終末期の在り方について家族と話し合いもおこなっている。看取りケア研修に参加し支援に取り組む。	終末期の対応に関してはカンファレンスの際に利用者や家族から「最期を迎えられる時の意向確認及び同意書」と「医療意向確認及び同意書」の書面による意向の確認を始めた。さらに、看とりとなった場合は医師を含めたカンファレンスを行い意向に沿った支援を行っている。	
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	救急救命法の研修に参加し、実践力を身に付けている。急変を予測し、対応を職員間で常に話し合っている。救急対応マニュアルも確認している。		
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	定期の訓練を実施し自治会や地域の方も参加出来ている。緊急通報も自動で法人や施設長に繋がる様になる仕組みを取っている。災害時の避難場所が明確となっている。	地区自治連合会と「非常災害時における協定書」を策定し、相互協力の協定締結に向け取り組んでいる。火事を想定した防災訓練を年に2回行うと共に、毎月の設備点検や年に1回法人が防災チェックを行っている。	防災訓練は深夜想定で実施する他、地震や風水害に対しても行われた。さらに、ヘルメット等の防災グッズの準備や利用者が速やかに避難出来るよう訓練に取り組まれたい。

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	言葉づかいについてチーム内で話し合い、 尊厳を奪わない言葉かけをするようにしている。 常にプライバシーの保護に努めている。	利用者に対するプライバシーへの配慮は事務所に「介護10原則」や「言葉の抑制ワースト10」などを掲げると共に、人事考課の中での自己チェックを行い、チーム会で反省点などを話し合いを進めている。	
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	自己選択の出来るように話し掛けている。意思表示の困難な方には、表情や仕草から読み取る。利用者の思いや希望をその都度耳を傾けて聴いている。		
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	一人ひとりの気持ちや今の思いを伺い、本人のペースを尊重し支援をしている。		
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	自分の着たい服を選んでいただいている。ただし本人の選ぶ服が季節に合っている服となるように助言をしている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食器は本人のものを使用して頂く。利用者の能力に合わせ希望の食材で献立の作成をおこなう。買い物では品物を手に取り選ぶ等を行っていき、調理、炊事にかかわって頂いている。	献立は1週間分を利用者とともに検討しており、法人の栄養士に確認してもらい、美味しい食事の提供に努めている。利用者はそれぞれの方に応じて準備や片づけを行い、誕生日にはケーキを作る等、食を楽しんでいる。	
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	献立を管理栄養士に確認をして頂き、アドバイスを頂いてバランスの良い食事提供している。水分量も1日1500cc以上摂取できている。好みの水分を伺い提供をしている。		
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	毎食後口腔ケアを行っている。自ら出来ない方には介助をし、義歯の不具合、歯茎の腫れなどがあつた時には、直ぐに歯科医と連携をとり受診が出来る体制をとっている。		

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	一人ひとりの排泄パターンを把握しながら支援している。個々のその時の状態によってチームで常に話し合いをして見直しをしている。尿取りパットの快適性もチェックしている。	排泄支援は必要に応じ排泄チェック表を作成している。また、便秘対策としてヨーグルトやオリーブオイル、炭酸飲料などを状況に応じて提供している。また日中は布パンツで快適に過ごせるよう排泄の自立に向け支援している。	
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	繊維食、水分量、乳製品、オリーブオイル、散歩を大切に考え支援をする。また、薬に頼らないよ個々の状態を観察し一人ひとりのパターンに合わせた対応をしている。		
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	時間曜日にとらわれず、個々の体調・表情を見ながら声を掛け、希望に添った入浴ができるように支援している。入浴の無い日は清拭と着替えを行っている。	循環式の浴槽を備えており、入浴は毎日実施している。1人の利用者の入浴回数は週3回から4回行い、早く入りたいとの要望には出来るだけ応えている。また、足ふきマットは1人1枚で対応し、清潔を心掛けている。	
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	日中に役割、趣味、外出の支援で、夜間十分な睡眠がとれるように配慮している。生活リズムに合わせて、日中も休息してもらう場合もある。居室の温度や加湿に配慮をしている。		
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	薬を受け取った時には、処方箋と薬の確認を行っている。また、処方箋はいつでも確認が出来るように薬と一緒に保管している。分からない時は薬剤師に相談できる体制が出来ている。		
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	ヒストリーシート活用し生活歴の把握に努めている。残存能力をいかした生活支援計画を作成。計画に沿って支援している。毎日したい事を伺って支援している。		
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	日光浴、散歩に出かけたり、買い物に同行していただく。墓参り、息子様の面会など支援おこなっている。外出が毎月一人70%を目標としている。正月には多くの方が自宅にて過ごしている。	天気の良い日には玄関先やバルコニーでの日光浴や散歩を行い、日々の食材の買い出しに職員と一緒に出かけている。今年度は1日1回は外気に触れることを目標に取り組んでおり、家族との外出やホーム全体で大型バスでの外出も継続的に行いたいと計画している。	

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
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	利用者の希望、力に応じて、買い物の支払いをして頂いている。自ら財布を持ち買物をされる方もいる。職員はお金を持っているという安心感、能力を理解している。		
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に支援をしている	年賀状を書いたり、手紙のやり取りが出来る様支援をしている。電話の取り次ぎ、自身で掛ける事もおこなっている。家族からの伝言が多い状況である。		
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	季節に応じた飾り付けや、花をいつも生けている。天井に扇風機を設置することで、暖房の効率化を図っている。居室の空気の入替えを日々行うと同時に花粉、黄砂、PM2.5の状況を見据えている。	利用者が集うデイルームは広くとっており、利用者の作品が壁面に飾られたり天井から吊るされ、ボランティア手作りのパッチワークが彩りを添えている。明かり取りの窓や中庭からは日射しが差し込み、明るく落ち着いた雰囲気醸成されている。	
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	共用空間の中で共に時間を過ごせるスペースやがあり、利用者同士で会話をしたり、テレビを観たり、新聞を読んだりできる場所がある。気の合う方同士一緒になれる様支援を行っている。		
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	使い慣れたものを持って来て頂き自宅と変わらないような雰囲気を作り、落ち着いて過ごしてもらおう。家族の面会時にはゆっくりと過ごして頂くよう支援する。	居室は南向きと東向きに作られ、日当たりが良い。それまでの生活が継続できるよう、使い慣れた馴染みの物を持ってきており、利用者が心地よく過ごせるよう、危険がない限り居室内は自由にしてもらっている。	
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	目印を付け、一人でトイレへ行ける様にしている。廊下に手すりがあり、安全に歩行が出来るようになっている。歩行器や車椅子でも移動が可能。待つ姿勢を心掛け出来る力を生かすよう努める。		

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	1	感染症予防対策としての環境が十分に整っていない。	感染症予防対策の充実	<ul style="list-style-type: none"> ・玄関から入室の際手洗いが出来る環境を整える。 ・口腔ケア用品の衛生面に対応した保管が出来る。 	3ヶ月
2	2	個々に対しての防災グッズの準備が整っていない。	安全に対する準備の充実	<ul style="list-style-type: none"> ・防災頭巾の作成をおこない身近な所にセットする。 	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、行を挿入して下さい。