

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	3491500348		
法人名	株式会社 プロケア		
事業所名	グループホーム桜並木		
所在地	広島県福山市西深津町六丁目6番10某		
自己評価作成日	平成30年1月5日	評価結果市町村受理日	平成30年2月20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.hiroshima-fukushi.net/kohyo/index.html
----------	---

【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 あしすと		
所在地	広島県福山市平成台31-34		
訪問調査日	平成30年 1月24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)】

ワンフロアーに2ユニットある為、互いの距離が近く、程よい距離感を保ちながらオープンに交流している。利用者と職員は、家庭的な雰囲気の中で馴染みの関係がしっかりとできており、お一人お一人のペースを大切に、安心して過ごして頂ける環境作りが心がけている。ご家族とは密に連絡を取り、信頼関係を築くとともに、施設に来ていただきやすい雰囲気作りにも努めている。訪問看護ステーションと連携をとり健康管理を行うとともに、異常の早期発見に努め、併設の有料老人ホームへの移動を含め、出来る限り長く馴染みの場所で過ごして頂けるように配慮している。

【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)】

住宅街の一角にある、介護複合施設の3階に事業所はある。2ヶ月に1度開催される運営推進会議には町内会長、公民館長、複数の民生委員などの参加を得て、意見交換が行われている。町づくり推進委員会にも参加すると共に、小学生との交流会やボランティアの受け入れなど地域との交流の機会もある。利用者は、月に数回食事作りやおやつ作りをしたり、日々の洗濯物を干したり畳んだり、それぞれ自分のペースで生活を楽しんでいる。また事業所から各家族に毎月配信される「さくらめ〜る」は、利用者の生活の様子が分かりやすく伝わるように工夫されたものになっている。

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	特定非営利活動法人 あしすと			

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	介護複合施設としての施設理念のもと、グループホームとしての理念を意識し、その下でサービスの提供ができるよう努めている。	理念はスタッフルームに掲示すると共に、各人の名札の裏に明記し、周知をしている。また管理者は月1回の勉強会で、日頃のサービスが理念に沿ったものとなっているかを職員に投げかけている。	
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	施設として、町づくり推進委員会に参加し、定期的に地域と交流をもっている。	介護複合施設の代表が町内会会合に参加すると共に、会議室を町内会や老人会の活動に提供している。地域の小学生との交流や福祉関係の学生、ボランティアの受け入れを行うと共に、地域のまちづくり推進委員会に参加し、運営推進会議には複数の民生委員の参加や公民館長の参加を得る等、地域との交流を深めている。	
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	現在、地域の人向けには行っていない。		
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	定期的開催し、施設の現状や、利用者の様子を報告している。町内会からは毎回参加があるが、家族の参加はない。日程など考慮する必要がある。	町内会長、民生委員、公民館長、包括などの参加を得て2ヶ月に1度、定期的開催している。会議では事業所の活動報告や地域の情報を得るなど活発な意見交換が行われている。会議の情報により、町づくり推進委員会に参加をするようになった。	事業所の活動状況を共有し、さらに連携を深めるためにも市担当者の参加を依頼されることを期待したい。
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	地域包括支援センターとは密に連絡をとり、連携を図っている。市の福祉課とは特に連携をとっている。	管理者は、介護保険課や生活福祉課などと連携を取り、報告・相談を行っている。	
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	内外の研修を通し、身体拘束の具体的な行為を職員一人一人が再確認することで、意識改革をしサービスの向上につなげていきたい。	内部研修では、具体的に何が拘束にあたるかを話し合い、意識統一をしている。言葉による拘束など、日頃のケアで不適切な場面が見られれば、管理者がその都度注意を行っている。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	勉強会や日頃のミーティングを通じて、繰り返し職員に問いかけることで、意識改革を促し、防止に努めている。職員同士が注意しあえる環境をつくりたい。		

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
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	必要時には制度を活用できるよう支援していくが、職員の制度に対する理解は十分ではない。		
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	契約時には、契約書や重要事項説明書を基に説明し、疑問点がないか確認している。変更事項がある際は、文書にて説明し理解を得ている。		
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	家族が要望や意見を出しやすいよう、面会時など日頃からの関わりを大切にしている。利用者には日々の生活の関わりの中で要望を聞き、可能な限り実行するように努めている。	利用者には、入浴時などを利用して要望や思いを聴くようにしている。入浴回数とか一番風呂に入りたい等、身近な要望が多いが可能な限り、応じている。家族には面会時に要望や意見を聴けるよう、日頃の関わりを大切にしている。	
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	月に1回会議を行い意見交換を行っている。必要によって個別での面談を実施している。	職員が参加する労働条件や物品管理に関する複合施設の会議が月に1度行われ、意見交換をしている。また管理者は、新入職員や勤務状況で必要と思われる職員に、適宜個人面談を行い意見を反映するように努めている。	
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	職員の増員による業務負担軽減に努めている。給与体系を整備し、資格手当の増額を実施している。		
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	研修予算を組み、職員の資質向上のために受講する費用を支援している。実践者研修の受講を勧めている。		
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	地域包括センターでの勉強会や、グループ内での連絡会を通じ交流を図っているが、他施設との交流はない。		

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
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	申し込み時や事前面接の際に、本人や本人をよく知っている人からしっかりと要望を聞き、安心して過ごすことができる環境作りに努めている。		
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	申し込み時や施設見学の際に、家族の要望や不安に思っていることをしっかりと聞くことで信頼関係を築き、入居後は家族との連絡を密に取るよう努めている。		
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	必要に応じて対応するように努めている。		
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	暮らしてきた生活環境や個性の違いを大切にし、一人一人に合わせた対応をするよう心掛けている。		
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	面会時や電話などで、本人さんの状況を伝えるようにしている。		
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	家族以外の面会も少数ではあるが、手紙が届くこともある。本人の居室でゆっくりと過ごしてもらえるよう配慮している。	時には友人、住んでいた家の近所の方、知人等の訪問がある。主には家族や孫などの訪問となるが、面会時には居室でゆっくり過ごしてもらう様に配慮している。中には携帯電話を持ち、直接家族と連絡を取り合っている利用者もある。	
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	ソファで過ごしたり、皆さんに声をかけて手作業をするなど、出来るだけ一緒に過ごしていただけるような工夫をしている。		

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	退居後も連絡があれば相談に乗っている。		
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	入居時や入居後の日々の生活のなかで、希望や意向を聞き、できるだけ本人の意向に沿った生活が送れるよう、ミーティング等で検討している。	利用開始時には特に利用者の暮らし方の希望を把握するように努め、ミーティング記録に残し職員で共有している。その日に着る洋服選びなど、その都度利用者の意向を聴くようにしている。	
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	入居前に家族や居宅の関係者に話を聞き、入居後も必要に応じて情報の収集に努めている。		
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	ケアプランや定期的なモニタリングを行うなかで、本人の現状の把握に努めている。		
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	月に1回ケア会議を開催し、計画作成者や担当職員だけではなく、他の職員の意見も参考にケアプランを作成し、モニタリング、見直しを行っている。	暫定プランは担当職員が作成をし、月1回のケア会議で検討する。3ヶ月に1度モニタリングを行い、6ヶ月でプランの見直しを行う。状態が変化した場合にはその都度検討を行っている。	現状では、プラン作成後家族の同意を得ているが、プランに家族の意向を反映するためにも、事前に意見や要望を聴く取り組みを期待する。
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	日々の記録はケース記録に記入し、それぞれの職員が確認することで情報を共有している。週に1回行うユニットごとのミーティングの内容も記録に残し、情報を共有、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	できる限り本人や家族の状況に合ったサービスの提供に努めている。		

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
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	地域とのつながりや関係が途切れないように努めているが、地域とのつながりが希薄になっている利用者も多い。		
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	主治医は連携病院の医師、もしくは、本人家族の希望する病院の医師としている。	家族の受診対応で、かかりつけ医の継続も可能である。週に1度の協力医の往診や、月2回の在宅訪問クリニックの利用ができる。夜間や緊急時の対応も可能である。	
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	併設の訪問看護ステーションと連携をとり、週に1回の健康観察を実施するとともに、日常の些細な事柄も相談し、異常の早期発見、対応に努めている。		
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。	入退院に関しては、入院先の地域連携室と連絡を密に取り、情報交換や相談をしている。		
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	申し込み時や入居時に、重度化対応の指針を示し、施設でどこまで対応できるかを説明するとともに選択肢を示し、理解を得るようにしている。重度化した場合には、早い段階で家族に伝え支援できるようにしている。	事業所の利用開始時に、事業所としてできる事、できない事の説明を行い、事業所での看取りを希望される方には、在宅訪問クリニック利用を勧めている。年に一度、家族の意向の確認を行い、重度化や終末期に向けた対応の共有を行っている。	
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	マニュアルを作成し、施設内でAEDの使用方法を学ぶ機会を設けたり、外部での研修の機会があれば参加するように促しているが、さらに実践力を身につける必要がある。		
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	施設全体として、消防立会いの下避難訓練を実施しているが、職員全員が避難の方法を身につけるまでには至っていない。今後も訓練を繰り返し実施する必要がある。	介護複合施設全体として、年に1度消防署立会いの下、消火訓練を行っている。職員は、水消火器を使用した消火訓練を経験している。事業所は、地域の災害避難場所として指定されている。	年2回は消火避難訓練を行い、スタッフが昼夜を問わない避難訓練を身につける機会を持つことと、避難経路の周知徹底を期待する。

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
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	相手を尊重し、自尊心を傷つけないように心掛けながら、一人一人の性格やその時の気分に合わせた声掛けをしている。居室に入るときは、必ず本人の許可を得るようにしている。	排泄介助時には、利用者が不快感を感じない様な声掛けを心掛けている。また自分の物に触られることを嫌う利用者に洗濯物を配ったり、居室の掃除をする時には、必ず声掛けを行い了解を得て行っている。	
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	しっかりと話を聞くことで信頼関係を築き、何か言いたそうにしている時は、こちらから問いかけることで思いを表現しやすいような環境、関係作りに取り組んでいる。		
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	大まかな予定はあるが、日々臨機応変に対応している。一人一人のペースを大切にしているが、時には職員の都合を優先させていただきますことがある。		
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	その日の服装は、出来るだけ本人に選んでもらっている。清潔を保てるよう着替や髭剃りの声掛けをし、マニキュアを塗ったり好みのアクセサリーを付けてもらっている。		
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	日々の食事は厨房で作っており、洗い物や食器拭きを手伝ってもらっている。月に何回かは、職員と一緒に食事やおやつを作り、出来る場所をしてもらっている。	通常は、厨房で食事は作られる。月に1度誕生日会を兼ねて、事業所で食事を作る日を設け、買い出しから食材の皮剥きや切る等の調理を利用者と共に行っている。また月に数回は、利用者とおやつ作りを行い楽しんでいる。	
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	一人ひとりの状態を見ながら、食事形態や提供量を検討し、厨房から提供された物にさらに工夫を加えている。食事量のみだけでなく、水分量も記録している。		
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、歯磨きや、義歯をはずして洗うように声かけするとともに、職員が介助して口腔ケアを実施することもある。希望者は、訪問歯科の口腔ケアも受けることができる。		

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	排泄のサインを見逃さないように注意し、その都度トイレ誘導をしているが、尿便意の曖昧な利用者には、間隔を見ながら声かけ誘導もやっている。自立の利用者にも確認や見まもりを行い、清潔保持に努めている。	排泄チェック表を参考に声かけを行うと共に、利用者の排泄サインを見逃さないように注意している。夜は睡眠を優先し、トイレのため起床する方への対応のみをしている。レクリエーションには体操を取り入れ、身体機能の維持も考慮した支援をしている。	
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	内服での管理が主体となっているが、水分摂取を促すなど、便秘の改善に努めている。		
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ず、個々にそった支援をしている	午前中の中入浴を基本とし入浴日を設定しているが、その日の状態により臨機応変に対応している。午後からの入浴や曜日の変更などその都度対応している。入浴の順番にも配慮している。	基本週2回、午前中の中入浴としているが、利用者の希望で3回にしたり曜日の変更に応じるなど柔軟な対応をしている。利用者の好みに応じたお湯に温度調節をしたり、浴槽に浸かるのを嫌う利用者には、シャワー浴と足浴を行う等工夫をしている。	
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	生活リズムを整えながら、日中でも居室で休んでもらうなど、一人一人の状況に応じて対応している。空調や照明も個人に応じて対応している。		
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	処方された薬は、処方箋で確認し、不明な点は、医師や薬剤師に確認しているが、個々の把握は十分とは言えない。処方に変更があった時は特に気を付け、情報の共有に努めている。		
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	個々の生活歴、興味やできることを見極め、本人を尊重しながら個別に対応するように心がけているが、十分に力を活かしていない。嗜好品などは家族に持て来てもらう場合もある。		
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	季節や天候を考慮し、散歩や外出行事を計画しているが、十分ではない。家族の協力により外出している利用者もいるが、一人一人の希望には添えていない。	気候の良い時には、近所の公園へ散歩をしている。またドライブでバラ公園や花見、初詣などに出かけている。家族と共に外食や買い物、娘の家や住んでいた家の周囲に出かけるなどもしている。	

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	希望があれば、巡回の売店や自動販売機を利用できるが、現金を使用する機会はほとんどない。財布を持つことで安心する利用者には、家族の了解のもと所持してもらっている。		
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	電話がかかってきたり、手紙が届けば取り次いでいる。携帯電話を所持している利用者もあり、家族や友人からかかってくる。		
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	季節感が感じられる壁画を皆で作製している。空調や換気に気を付けるとともに、トイレや浴室は、清潔を保つよう心掛けている。	廊下の床は板張りで、ゆったりと広いリビングは開放感がある。リビングのテーブルの他、テレビを取り囲むようにいくつかのソファが配置され、くつろげるように工夫されている。壁には、季節に応じた利用者のクラフトの作品が飾られている。トイレは利用ごとに掃除を行い、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	利用者の状態により、テーブルやソファの配置を変えている。気の合う利用者同士がゆっくりと過ごし、会話ができるような環境作りに努めている。		
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	入居前に家族に説明し、なるべく使い慣れた品を持ちこんでもらうようにしている。部屋の中は、本人や家族の意向をふまえて配置をしている。	ベット・整理ダンス・洗面台の備え付けの備品の他、自宅から整理棚や椅子・テレビ・冷蔵庫・仏壇などが持ち込まれている。写真や時計・本・人形・観葉植物など思い思いにレイアウトされ、居心地の良い空間となるように工夫がされている。	
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	安全な導線を確保し、自由に動ける環境作りに努めている。トイレの位置がわかりやすいような工夫をしている。		

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	ケアプラン作成後に家族の同意を得ているが、さらに家族の意向を考慮する必要がある。	ケアプランに家族の意向を反映していく	ケアプランを作成する際は、事前に家族と密に話し、取り入れて欲しい内容や項目など希望を確認する。その上で意向を取り入れたプランを作成する。見直しの際は、事前に家族の意向を確認する。	12ヶ月
2	35	消火避難訓練の実施が年1回である。	避難経路や誘導の方法を職員一人一人が身につける。	年2回の消火避難訓練を実施し、そのうちの1回は夜間を想定して行う。夜勤者2名での誘導訓練を行い、全職員が役割分担や避難順序を確認する。	12ヶ月
3	4	運営推進会議に市職員の参加がない。	運営推進会議に市職員にも参加してもらう。	運営推進会議への参加を市に依頼する。	6ヶ月
4					
5					

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。