

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	2570600284		
法人名	社会福祉法人華頂会		
事業所名	グループホームはるか		
所在地	滋賀県草津市新浜町153番2		
自己評価作成日	平成24年 12月17日	評価結果市町村受理日	

【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)】

家庭的な雰囲気の中で、生活が出来る様に、スタッフがバタバタ動かないようにしている。住宅街の中に有り、車もたくさん通らない所に位置しており、静かに生活が出来るようになっている。又、田畑があり、日差しが良く、開放感がある。一日の生活の中で、自由に過ごして頂き、自分の事は、自分で出来る様にスタッフが支援するようにしている。

※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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人滋賀県介護福祉士会		
所在地	滋賀県草津市駒井沢町302番地		
訪問調査日	平成25年1月25日		

施設はイオンモールから5分程度で、周囲は田畑に囲まれた住宅街にあり静かな環境にある。2階建てで2ユニットには15名が入居されている。「当たり前」の生活を普通に送っていただくを理念に掲げ、職員が一丸となって自立(自律)支援に取り組んでいる。このことは、施設のケアへの取り組みからも汲み取れる。利用者は、家庭的な雰囲気の中で、自由に落ち着いて生活されており満足感が伺える。職員は更に、利用者の理解に向け、研修会に参加して質の向上に努めている。

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 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんど掴んでいない	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	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	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	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	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	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	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	玄関先に理念を表示している。毎朝、引き継ぎ時に全員で唱和し、理念を心掛けている。	理念「住み慣れた地域で自分らしく生活能力の維持、向上に向け、当たり前の生活を普通に過ごす支援」に向けて、日々の生活が画一的にならないよう個々の能力と自発性を引き出して支えるよう努めている。	
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	広報「はるか号」を発行。ホームでの行事に参加してもらっている。又、散歩時に挨拶をしている。散歩や外出の際出会うと挨拶を言葉と交わしており、又近所の方が野菜や果物を届けて下さる事がたびたびある。	広報を公民館に配布したり、施設前に貼りだして情報を伝えている。夏祭りやクリスマス会には、子供を含め少人数ながら参加を得ている。散歩時のゴミ拾いや近所の緊急通報の協力もしている。近隣とは互いにおすそ分けをする関係もできている。	
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	広報に、ホームの出来事を掲載し、認知症のことについても、掲載している。行事や催し物がある時、施設の門壁に表示し参加をよびかけている。隣りの一人暮らしの方の緊急通報先になっている。		
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か月に1回運営推進委員会を開き、ホームの事を報告している。又、話し合いを行っている。意見をサービス向上に活かしている。	2か月毎の会議は継続され、事業報告や課題が検討されている。一例として議題に上がった「アクシデント報告の方法」の改善や「門扉」の設置によって、庭での自由な日光浴や安全の確保がなされている。	
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	困った時は相談に行き、助言を受けてサービスに繋げている。	草津市には相談事がある都度訪問して助言を得ている。病院でのリハビリを制度上の助言を受けて繋げている例もある。市職員の参加のもとで、草津地区の地域密着型事業所会議において認知症理解の啓発活動が検討されている。	
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	日中の施錠は、基本的に行なわないようにしている。やむを得ない時には、短時間だけ行なっている。センサーで対応している。『身体拘束禁止の対象となる具体的な行為』を掲示し、身体拘束しないケアに取り組んでいる。	以前は、複数ヶ所設置していたセンサーを1カ所(2階の階段前)のみとし、見守りで対応している。日常生活動作が低下して、転倒のリスクが大きくなった場合、家族に説明して拘束しない方針を伝えて理解を得ている。	
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	虐待防止についての啓発を行ない、早期発見、対応を行なっている。職員間でも、言葉使い、接し方等、注意し合い虐待防止に努めている。		

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	法人の外部研修資料で学び、活用できるようにしている。日常生活自立支援事業や成年後見制度について、学ぶ機会が無い。これからは、学ぶことに努めていきたい。		
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	契約の際十分な説明を行ない、不安や疑問点を尋ね理解、納得を得られるように努めている。入所時に十分な説明を行ない、理解・納得を図っている。それ以外は、その都度、説明を行なっている。		
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	玄関に意見箱を設置している。又は、面会時に、意見・要望を聞き、速やかな対応に努めている。利用者は日々の生活の中で、家族は面会や電話の折、意見や要望を聞き、運営に反映させている。	玄関の見やすい場所に「意見箱」は設置されているが、むしろ施設側から 家族の訪問時に、利用者の状況を伝え、意見や要望の聴取に努めている。苦情窓口は、重要事項説明書に公的機関を含めて明記され説明がな	
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	ケア会議や必要時合同会議を行なっている。日頃より運営の関する意見や提案を聞くようにしている。	月1回のケア会議や年2回のアンケートを通して、職員の意見や提案ができるようになってきている。その中から、課題がある都度「全体会議」で議論され、施設の運営に繋げている。職員からは、管理者とは良好な関係にある	
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	就業環境について意見を聞き、職場環境や条件の整備をしている。		
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	職員は、研修を受けるようにしている。研修後、報告書を記入し、勉強会を開催し、他の職員にも、学ぶ機会を設けている。採用後、認知症の理解を深める資料を渡し読んでもらっている。また力量に合った研修に参加し		
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	2か月毎のグループホーム、小希望多機能会議に参加し情報を得て、サービスの質の向上に繋げている。		

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	本人を理解する為に、コミュニケーションをしっかりと取るようにしている。家族や本人から困っている事、不安、要望等を聞き本人の安心を確保するように努めている。		
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	困っている事、不安な事、要望を傾聴し、相談を受けている。面会時や電話等で本人の状況を伝えとともに、家族の思いを聞き、良い関係作りに努めている。		
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	安心して生活が出来るように意見・意思を聞き、必要としている支援を見極め、早期対応に努めている。入所前の情報を元に職員間で話し合い、家族、本人とも相談し、サービスを含めた対応に努めている。		
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	本人の趣味・興味を把握し、一緒に行なっている。又は、生活動作を一緒に行なうようにしている。職員は家族の一員として生活するように心がけ、共に支え合う関係を築いている。		
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	毎月本人のホームでの近況報告の便りを郵送している。面会時も本人の様子を伝え、両者の絆を大切に、本人を支えていく関係を築いている。 又は、来訪時に、会話や相談ができるようにしている。		
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	家族の協力を得て、外出などを行なってもらっているが限られた人数である。又、家族や知人の面会時は居室でゆっくり過ごしてもらい関係が途切れないよう支援している。入所時家族へ面会をお願いをしている。	利用者への来客は、お部屋でくつろいでいただいている。以前から繋がりのある老人会への出席や墓参りなど、可能な限り馴染みの関係が継続できるように努めている。	
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	日中、自由に過ごして頂いている。又は、スタッフが間に入るようにして、利用者同士の関係が築けるように努めている。		

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
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	退所後も、状況に応じアドバイスや相談に応じられるようにしている。 同系列の施設に入所された場合は、面会に行っている。		
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	一人ひとりの思いや希望・要望を聞き、生活できるように努めている。日々の関わりの中で本人の思いや意向を把握できるように努めている。	日々の係わりの中から、満足度、希望、意向の把握に努めている。気づきはケア会議で検討している。サービス計画1表(本人・家族の意向).2表(生活コース)が記載され、サービスに繋げている。さらに「ひもときシート」活用に向けて研修をしている	
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	生活歴や馴染みの暮らし方を聞き、その環境に近くなるように努めている。 家で使用していた物等を持ってきてもらうようにもしている。		
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	毎日記録を記入するようにして、変化があれば、引き継ぎの際に話し合うようにしている。又、出来ることを見つけ、有する力を日課に活かすようにしている。		
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	計画は3カ月毎に見直しをしている。家族には来所時状況を説明や相談をし、本人や職員間でも話し合いをし介護計画に反映させている。	サービス計画に沿ったケアが提供できるように、サービス内容に基づいた実施記録を心がけている。その中から、新たな課題は本人や家族、職員間で検討してケアプランに反映している。	
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	毎日、記録を行ない、情報を共有している。変化があった場合には、話し合いを行ない、記録している。個別のケース記録、カンファレンスシート、連絡ノートに記入し情報を共有しながら実践や介護計画の見直しにいかしている		
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	本人や家族の状況を考え、事業所での多機能なサービス提供などに取り組んでいる。 必要に応じて医療機関を受診したり、リハビリ通院の支援を行なっている。		

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	地域の歌や踊りのボランティアに来てもらっているが頻度は少ない。		
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	同系列の病院に定期的に受診するようにしている。本人及び家族の希望を大切に、受診機関を決め定期的に受診している。受診時は職員が同行し医師に状態を説明、適切な医療を受けられるように支援している。	提携病院への受診やかかりつけ医への受診は定期的に支援している。通院への同行では状況を報告し、家族と受診されるときは、病院に情報提供書を渡している。	
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	利用者に変化があれば、直ぐに看護師に相談し、指示を受け対応している。適切な受診や看護を受けられるようにして、健康管理に努めている。		
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。	病院関係者や家族と情報交換や相談に努め、連携を図っている。		
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	体調に変化が起こった場合には、医療関係者との連携・連絡を密にするようにしている。「重度化した場合における対応の指針」を入所時に説明、同意を得ている。またその時の状況に応じて家族と話し合い、入院や特別養護老人ホームへの申し込みについて説明している	重度化への対応については、入所時に確認して成文化しているが、その都度、意向を確認して対処している。入院された場合は、面会に行って状態を把握している。退院後も家族から状況を聴いている。	
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	緊急時の対応マニュアルがあり、常に見られるようになっている。 全ての職員が対応できるようにしている。		
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	昼夜を想定した避難訓練を4回/年実施している。地域との協力体制は出来ていないが、今後検討したい。全職員が対応できるように今後も訓練を行なっていきたい。	消防署指導の元避難訓練が実施済。工夫として、居室の名札(裏面に避難した)が確認に役立つと考える。スプリンクラー設置や災害用の飲料水の備蓄もされている。地域住民協力体制は今後の課題として残る。	運営会議で地域の防災計画に施設への協力を盛り込んでいただけないか検討をお願いしたい。

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	一人ひとりの尊厳を大切にし、一人ひとりに合った声掛けを行なうように心がけている。命令口調や否定をするような声掛けにならないように努めている。	日々のケアの中で、馴合いになった場面があれば、職員同士や管理者から気づきを伝えられている。個人情報の保護については、入職時に説明と約束をしている。	
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	本人の思いや希望を傾聴し、コミュニケーションを取りながら、自己決定できるように働きかけている。日常生活の中で介護者とゆっくり関わる事で、本人の思いや希望を表しやすい雰囲気作りをしている。		
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	一人ひとりのペースを大切に、希望に添えるように支援している。		
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	定期的に美容訪問があり、本人の希望を聞き、ヘアカット、顔そりなどをしてもらっている。好みの服装や季節に合った服装の支援をしている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	月1回、希望献立の日を設けるようにしている。一人ひとりの持っている力を生かしながら、出来る範囲で利用者と職員と一緒に準備、食事、片付けをしている。	最近の希望献立では、すき焼きを取り入れている。手づくりの食事はリビング前の台所で調理され、匂いが食欲をそそる。副食4品は美味しいとの評判通りであった。手伝える人は自然な形で調理場に入り職員と準備や片付けを行なっている。	
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	カロリー計算された栄養士による献立表を使用している。食事、水分の摂取量を毎回記録、摂取量の確保と健康管理に努めている。		
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、口腔ケアを行なってもらっている。義歯は每晚洗浄剤を使用し、清潔保持に努めている。		

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
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	個人の排泄チェック表を作成し、一人ひとりのパターンを把握するように努めている。又は、誘導を行なっている。排泄間隔が長い時は、トイレへの声かけをし自立に向けた支援をしている。	排泄チェックにより、個人のパターンを把握して支援している。リハビリパンツから布に替えた成功例もあり、全員が夜間を含めオムツは使用していない。オムツを使用しない施設の方針が徹底されている。	
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	なるべく自然排便があるよう飲食物、運動、マッサージ等、工夫をしている。便秘時は、腹部マッサージや温罨法を行なっている。便秘の改善がない場合は主治医に相談、緩下剤等で便秘予防に取り組んでいる。		
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	曜日や時間帯が決まっているが、一人ひとりのペースに合わせて、ゆっくり入浴してもらおうようにしている。数種類の入浴剤を使用し、温泉気分を楽しんでもらっている。曜日、時間等は本人からの希望があれば検討している。	入浴は個別対応でゆっくり入浴できるように配慮している。また、種類の違う入浴剤を使ったり、ゆずを入れたりと変化を楽しんでもらっている。冬場は浴室の温度差がないように暖房に気を配っている。	
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	居室の温度調整等を行ない、寝やすい環境を提供している。長時間にならないように心がけている。眠剤に頼らないよう、昼間の活動量を増やす工夫をし、気持ちよく眠れるように支援している。就寝、起床時間も自由である。		
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	薬局から個人個人に渡されている『薬の働きや飲み方の説明、注意事項』で副作用、薬効等を理解、服薬の支援と症状の変化の確認につとめている。		
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	利用者の誕生日等には、希望メニューによりお祝いを行なっている。又、四季に応じた行事や外食を楽しんでもらっている。買い物や散歩、個人の趣味、喫煙、掃除等張り合いがあり、楽しい生活が送れるよう支援している。		
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	散歩や庭に、自由に出かけられるようにしている。家族との外出も自由に行なってもらっている。散歩、買い物等希望があれば支援に努めている。家族との外出は自由だが頻度は少ない。	利用者の希望で外出したり、声かけにより天気の良い日は毎日散歩に出かけている。週2回の買い物や紅葉狩り、桜見物、レストランでの外食も行っている。	

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
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	本人や家族の意向で所持している方は、職員と買い物へ行きお金を使えるよう、また所持してない方も希望の品があれば家族の了解を得て購入でき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に支援をしている	本人が希望されたら、自由に電話が出来るように支援している。手紙も自由に出せるようになっている。		
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、殺風景にならないように配慮し季節の花を飾ったり、絵や置物で生活感を採り入れ、明るい雰囲気になっている。季節感を出したり、利用者の作品を飾るようにしている。	適切な温度調整と静かな環境で、落ち着いて過ごされている。大きな窓からは温かな日差しがあり、季節毎の田畑が見える。利用者の作品が飾られアットホームな雰囲気が感じられる。	
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	リビングで自由に過ごして頂けるようにしている。気の合った利用者同士が自由に話ができるように、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	居室には使い慣れた物や、馴染みの物を持ちこしていただき、居心地良く生活していただけのように配慮している。	居室は個々の好みによってレイアウトされ、馴染みの家具や飾り付けがされている。夫の遺影にお茶を備えている等、個性的である。全室、エアコン、空気清浄機、換気扇、温湿度計が設置されている。	
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	生活空間はバリアフリーで居室、浴室、トイレは名札やプレートで表示し分かりやすい工夫をしている。必要な場所には手摺を設置し、安全な環境に配慮している。		

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		利用者は家庭的な雰囲気の中でゆったり生活をしているが、職員は利用者一人一人の思いを理解できていないところもある。	利用者が何か一つ楽しみを持ち、生活に意欲をもってもらえるように支援する。	利用者との関わりから得た情報や感じたこと、利用者の思い、面会者から得た情報等を記録する。日々のカンファレンスで話し合い、アセスメントし介護計画に繋げる。	12か月
2		災害時の避難に不安がある。	災害時の対応方法を理解し、冷静に動くことができる。	3ヶ月毎の避難訓練を継続する。また地域住民へ協力をお願いする方法について検討する。	12か月
3					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。