

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	2572300024		
法人名	社会福祉法人 近江ちいろば会		
事業所名	グループホーム ぼだいじ		
所在地	滋賀県湖南市菩提寺327-16		
自己評価作成日	平成28年10月31日	評価結果市町村受理日	平成28年12月21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	
----------	--

【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28年11月15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)】

・看取りについてはご家族、主治医、事業所と連携し、しっかり話し合い確認し誰もが納得と安心出来る中での看取りをしている。
 ・協力医院の幅を広げ、整形外科・内科・認知症専門医院との連携をとり、相談しやすい関係の下で体調管理をしている。
 ・湖南市高齢福祉課のサポートを受け、週2回の百歳体操・毎日のラジオ体操を行う事で体力の維持向上に努めている。
 ・6地域で行っている徘徊発見保護訓練に職員が参加をし、地域に認知症の理解を深めていただくよう地域啓発を積極的に行っている。

【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)】

当事業所は、法人が同じエリアで運営する介護施設群のグループホームとして開設し14年目を迎えている。これまでに蓄積したノウハウを活かし、利用者が自己の能力に合わせ、できるだけ自律的な生活ができる支援を目標に取り組んでいる。アセスメントはセンター方式により利用者の情報を詳細に把握し、ケアに活用している。日常的な散歩で地域住民と会話したり、自治会館での「お茶の間サロン」へ出かけるなど、外出に併せて地域と交流できるような力を入れている。利用者が重度化した時は医師、家族、事業所の三者連携のもと、家族の意向を尊重したケア対応をしている。職員に対する家族の信頼が厚い。食後には利用者の元気な歌声が聞こえている。

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	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、生き活きと働いている (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している (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	朝礼・カンファレンスや全体会議で必ず理念の唱和を行っており実践できている。	「ゆったりとした時間の中でその人らしい生活をここ住み慣れたぼだいじで」を掲げ、パンフレットや事業所内に掲示し、併せて運営10か条を唱和するなど職員の理解を深め実践に繋げている。	
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	お茶の間サロンや夏祭りに参加出来ており地域の方達とのお付き合いが続いている。	自治会に入会し、近隣公園のゴミ拾いや自治会館での「お茶の間サロン」に参加している。近隣の幼稚園、保育園とも交流を持っている。包括支援センターと協力し「行方不明発見保護訓練」に参加している。	
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	アルツハイマーデイの啓発活動や地域の行方不明発見保護訓練・キャラバンメイトのボランティア活動などで貢献している。		
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	グループホームの状況報告をしご家族の代表の方や地域包括職員、民生員などからの質問や意見を交わし、改善すべき内容については改善している。	行政、地域代表、家族が参加し状況報告や相談をしている。「お茶の間サロン」への事業所としての関わり方、手伝い方を協議し決めている。外部評価は開示している。会議の議事録は不完全である。	議事録には出席者、話し合いの内容などをきちんと記録し残しておくことを望む。
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	市の高齢福祉課のサポートを受けながら「いきいき百歳体操」を実施し体力維持向上に取り組んでいる。	高齢福祉課と日常的に連携を取り合い、事業所の状況や事故報告などを行っている。「いきいき百歳体操」の指導を受け実施している。行方不明者が出た場合に備え地域交番とも連携している。	
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	運用マニュアルを周知した上で、やむを得ない身体拘束を行う場合ご家族に説明をし実施する事に同意を書面でいただいている。また、必要でなくなった場合はただちに解除をする。	職員は拘束について法人内研修により理解を深めている。日中玄関は開錠し職員の見守りに対応している。やむを得ない場合のみ家族の理解を得て安全のため車椅子利用者のベルトを架けることがある。	
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	身体的虐待、言葉による虐待についてもしっかり話し合い虐待が行われないよう職員同士の連携をとっている。		

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
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	成年後見人制度について研修で学ぶ機会を設けている。		
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	契約時は管理者が対応をし、十分に時間をかけ、理解を頂けるよう説明を行っている。		
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	ご家族からの意見や相談・苦情については話しやすい環境を作り、メールでの意見等の連絡がとれるようにしている。また、ケアプラン説明の際にしっかりご家族からの意見や要望を聞ける機会を設けている。	訪問来所時や介護計画更新時、年1回開催の家族会の場などで意見を聞いている。最近ではメールを通して聴くことも多い。家族要望で事業所の入口玄関を2ヶ所から1ヶ所に一本化し解り易くしている。	
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	代表者とは年2回にターゲットプランにて、管理者には常時伝える機会がある。また会議などで意見交換が出来る体制を持っている。	月1回の職員会議や、年2回の職員スキルアップターゲットプラン面接時に意見を聞き運営に活かしている。開設14年経過しており、職員提案で調度品やカーテンの交換などを実現している。	
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	人員不足からなかなか有給をとる事が困難ではあるが、とれるよう工夫を少しずつ改善されている。		
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	法人内の研修や介護サービス事業者協議会による研修などに参加し学ぶ機会を多く持っている。また、法人独自の研修内容が優れており、職員にとって非常に力となる学びとなっている。		
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	定期開催される「ほほえみネットこなん研修」で身近な同業者との交流の機会をもつ事ができる。		

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
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	特に入居時には不安な気持ちに寄り添うケアをしている。また話をよく聞き、困っておられる事がないか安心して暮らしていただける為の信頼関係の構築に努めている。		
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	しっかり話せる時間を持ち、相談内容によっては職員全体で話し合い解決するようにしている。		
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	時間をとって話し合い必要な対応をしている。		
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	本人の立場、家族の立場に立って考えるようにしている。		
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	家族の方と一緒に考え、ご家族の支援が必要な場合はご家族に支援をしていただいている。		
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	地域のお茶の間サロンに出掛けて行き、馴染みのある方との交流をかわしている。また、馴染みの美容院に行っていたく事している。	センター方式のアセスメントシートと独自のフェイスシートで関係を把握している。家族、知人の訪問を促すと共に、馴染みの美容院や地域サロンへ出かけたり、電話や手紙の支援に取り組んでいる。	
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	仲の良い関係を把握し、偏りがないようにテーブルの配置など工夫をしている。		

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	サービスが終了しても納涼祭のご案内状を出し来ていただいたり、運営推進会議に出席を継続して来ていただいている。		
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	毎月個々の担当者がケース記録から、本人に必要な支援の内容を検討するカンファレンスを行っている。	「気持ちシート」の活用や家族の情報、日常の関わりの中で希望を聞きだしている。希望表出困難な利用者には表情、仕草から推し測っている。食事時の寛いだ会話時に聞き出すことが多い。	
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	入居時にはセンター方式を利用してアセスメントを行っている。またケアマネより出来る限りの情報収集を行っている。		
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	日々のケース記録の共有化と口頭伝達にて把握をしている。また、「ひもときシート」を使ってその方の有する力の把握ができるよう活用をしている。		
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	課題取り組みを1か月間モニタリングし、その評価を行い、カンファレンスで検討を毎月行っている。また3ヶ月毎にケアプランを見直し、家族に確認をいただいている。	モニタリング記録を基にケア会議を持ち3ヶ月毎に計画を更新し、家族に来所を要請し説明のうえ確認印を得ている。状態が急変した場合は都度更新し確認を得ている。	
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	ケース記録にケアポイントを明確に記録し、職員間で情報を共有し、介護計画に繋げている。		
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	ニーズの把握に努める努力はしているが、重度化により柔軟な対応が難しい場合がある。		

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
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	ボランティアと入居者の方が一緒に楽しんでいただく時間を持っている。また、季節の花観賞ドライブや喫茶に行ったり、お買い物や馴染みの美容院への外出支援を行っている。		
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	家族・本人の希望を大切にしかかりつけ医との連携は出来ており、適切な医療を受ける事が出来ている。	従来のかかりつけ医受診者は2割程で、他の利用者は契約医受診に変更している。受診は家族同伴であるが状況により職員が付き添っている。医師とは書面で利用者情報、受診結果を共有し合っている。	
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	看護師には必要に応じて見ていただいている。また、状況をしっかり伝えた確かなアドバイスをいただいている。		
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。	入院時には管理者と看護師が主治医や関係者に状況の確認を行い、家族と相談の上、早期に退院できるよう努め、入院中の訪問し状況把握に努めている。		
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	重度化や終末期の意向確認は行っており、主治医より病状の説明を行っていただき、家族との看取りの意向確認の話し合う場を設けている。	入居時に「医療・看取りの指針」などで説明の上、同意書に家族の確認印を得ている。終末期には、医師、家族、事業所3者の話し合いを持ち、終末ケアの進め方についても文書化している。看取りを多く経験し、対応に応じる能力を有している。	
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	マニュアルを基に全体会議で確認を行っているが、訓練は行っていない。		
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	火災訓練は年4回行っている。水害や地震訓練は行っていない。	夜間想定を含めて年4回火災避難訓練を消防署の指導も得て実施している。事業所の傍に河川があるが、氾濫、浸水を想定した避難訓練は行っていない。	水害、浸水を想定した避難訓練を実施するとともに、地域の協力も含めた避難体制を確立することを望む。

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	個々の認知症の症状に合わせて利用者の人格を尊重し、誇りやプライバシーに配慮した声掛けを行っている。また、毎年人権研修に参加をし学ぶ機会を設けている。	利用者への声掛けは、親しみの中にも尊厳を傷つけないよう留意し、気付いた時は職員同士でお互いに注意し合っている。特にトイレ誘導時の声の掛け方に注意を払っている。	
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	入居者本人の希望を聞き、出来る限りの希望を叶えるよう支援をしている。		
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	無理強いをしない支援を行っている。		
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	好まれる方にはマニキュアなどを施し染髪などを希望された場合は希望に添うよう支援をしている。		
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	出来る方には一緒に食事の盛り付けをしていただきしている。また、その日のメニュー書きをしていただく役割を持って下さっている方もいる。	施設からの配食サービスを受け、月1回のバイキング配食が利用者の楽しみになっている。回転ずし等への外食も取り入れている。利用者は配膳、食器洗いなどに参加している。職員も一緒に同じ食事を食べている。	
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	食事量については毎日記録にのこしている。水分摂取量については必要に応じて記録している。栄養バランスが不足されている方においては、家族と相談し本人の摂れる形を取り入れている。		
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	歯磨きの声掛け、歯ブラシ・スポンジブラシ・口腔ウエットティッシュなど、個々に応じて支援している。		

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	トイレでの排泄を基本にしているが、状況によりリハビリパンツ、パッドが必要と考えた場合はご家族に相談の上使用している。排泄チェック表から排泄パターンを読み取りトイレ誘導し、自立に向けた支援をしている。	布パンツ着用者は3割程度で、他の利用者はリハビリパンツ、パッドを着用している。排泄パターンを把握し、昼夜ともトイレ誘導しているが、2名は夜間ポータブルトイレを使っている。	
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	水分摂取・飲み物・植物繊維、便秘薬、腹部マッサージ等、主治医や看護師、家族と相談し個々にあった支援をしている。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴時間については出来るだけ本人の希望に添うようにしている。重度化や自己選択が難しい方については安全を優先した入浴を支援している。	入浴の回数、時間に制限はなく最低週2~3回の入浴を実現している。入浴拒否者には、色々な話題を取り入れ入浴気分を盛り上げている。浴室床暖房が故障しており簡易暖房機で対応しているが不十分である。	冬場を迎え、高齢利用者が寛ぎ満足できる暖房設備への改善を望む。
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	昼夜逆転がないように昼寝を希望される方については、時間を短く設定し声を掛け支援をしている。		
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	個々の薬を理解できるよう薬リストをファイリングしている。また、服薬時は名前・日付等を読み上げ手渡し、服薬がしっかり出来ているかの確認をし服薬チェックリストにチェックを行っている。		
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	個々にあった役割を持って活動をしていただいている。食事盛り付け・洗濯干したたみ・ゴミ捨て・掃除などを行って下さっている。		
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	希望を叶えられる時には希望に添えるよう支援をしている。また、ボランティアさんの協力を得て出掛ける支援をしている。計画たてて行う外出支援については3日程の日程を設定して行っている。	天気の良い日は近くの河川敷などへ散歩に出かけ、季節ごとの行事外出は3組、3日に分けて行っている。「お茶の間サロン」へ出かけたたり、デッキでの日光浴や、雨の日は中庭を望む廊下の室内散歩を楽しんでいる。	

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	お金の自己管理の出来るかた、またお金を持っている事で安心出来る方には現金に所持をして頂いている。また、ご家族に理解を求め事務所預かりで、必要に応じてお渡しし、支払をして頂いている。		
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	ご家族に電話をかける事も、ご家族から電話がかかってきても自由に使用していただいている。以前では自室に電話を置いていられた方もおられた。年賀状を書いて出して頂く支援もしている。		
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	共有スペースはすべて中庭に面しており、ガラス戸から明るい陽射しが入り季節感を感じていただける構造になっている。ゆっくり外を眺めながら楽しい会話が聞かれる環境である。	建物の中央にある中庭はガラス張りで、中庭から季節や天候を知ることができる。居間や廊下には利用者の作品が飾られ、懐かしい柱時計や日めくりカレンダーが架けられている。浴室、トイレは清潔に維持されている。	
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	共有スペースがリビング・ダイニング以外にもあり、少し1人でゆっくりとしたい時間を持っていただけ工夫をしている。		
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	自宅で住んでおられた時に使用されていた馴染みの家具を持ち込んで頂き、配置も従来の生活に近い形で出来るよう配慮している。	各居室は庭に面して窓が大きく取られており明るくて開放感がある。利用者は各人の好みの品や家具を持ち込み、自分で衣類の収納を工夫するなど自分の部屋として生活している。	
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	必要に応じてトイレや居室の明示をしている。また、その方にとって安全に生活できるよう手すりなどをつけ経過して頂いている。		

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	45	冬場うい迎え、高齢者利用者が寛ぎ満足できる暖房設備への改善を望む。	高齢者にとって寒暖の差は身体面で大きく影響する為早急な手配をする。	安全性が高く高齢者に適していると判断したダイソンのファンヒータを購入し使用して頂く事にし早速購入使用を頂いている。	0ヶ月
2	4	運営推進会の議事録の内容などをしっかりと記録に残しておく事。	運営推進会議での議事録をとれる職員体制をもつ事に努める。	運営推進会議への出席者を主任も含めた2名体制で行う事とする。	1ヶ月
3	35	水害・浸水を想定した避難訓を実施すると共に、地域の協力も含めた避難体制を確立する事。	湖南省での水害・浸水被害予想区域マップではグループホームが位置する区域での危険性は非常に低いとされているが、地震対策や避難について検討するべきである。	小規模多機能事業所との火災訓練を実施しているが、地震時の避難について2事業所で検討し話し合い火災時の緊急時対応マニュアルに地震時の対策を追記する。	2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。