

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	2570101002		
法人名	有限会社ミキ		
事業所名	グループホーム三亀 (ユニット名: もみじ)		
所在地	滋賀県大津市別保3丁目1-24		
自己評価作成日	平成 29年 8月 3日	評価結果市町村受理日	平成29年 10月 6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)】

「住み慣れた地域で互いに支え合い、ゆつくり暮らす。楽しく暮らす。元気に暮らす。」の理念で、のんびりゆったり、元気で日々が送れるよう心がけ、出来るだけ近隣住民の方と交流が出来る場であるようにしている。また、近隣の行事にも参加し楽しい時間を過ごしている。一方、定期的に回覧を出したり、目的に応じ施設の開放や地域の清掃活動にも職員が参加するなど、開かれた施設を目指している。施設の防火・防災訓練には地域住人も参加があり、協力体制ができています。

※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 29年 9月 15日		

【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)】

開設約14年となり、年々地域との密着を深めている事業所である。地元の夏祭りや地蔵盆、小学校の運動会など地域住民との交流の機会は多く都度参加している。「ゆつくり暮らす」「楽しく暮らす」「元気に暮らす」とリズムカルでわかりやすい理念のもと管理者と職員は日頃から利用者本位のサービスを心掛けている。職員は利用者の残存能力をできるだけ維持し、可能ながざりしたいことはして頂く思いで介護し、一人ひとりの人格を尊重しつつ家庭的な雰囲気でも過ごせるように支援している。家族から事業所への信頼も厚く、運営推進会議には毎回家族と利用者の出席があり意見や情報交換の機会とし、事業所運営やサービスの向上に繋げている。

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)
57	利用者と職員が、一緒にゆつ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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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: もみじ

[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	住み慣れた地域で互いに支え合い、「ゆっくり暮らそ」「楽しく暮らそ」「元気に暮らそ」の理念で、地域の中でその人らしい暮らしの支援を行っている。	開所当初からの三つの理念を玄関、リビングに掲示し、職員は勤務当初から理念を自覚して、日々の支援にいかしている。管理者は職員の指導にも理念をもとに行うことで定着を促している。	
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人として日常的に交流している	運営推進会議だけでなく、運動会や祭りなどに参加し、散歩時などはお互いに声を掛け合える関係を保っている。	自治会に加入し各々の広報のやり取りや、季節毎の行事を初め、月2回開催される地域サロンに利用者は職員と参加している。びわこ花火大会には事業所の屋上を開放して地域の人と共に楽しみ日頃から交流を深めている。	
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	運営推進会議を含め、認知症の方を知っていただけるようお話をし、相談があれば対応している。		
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	運営推進会議には地域役員の参加が多い。グループホームの行事報告や問題点、取り組みなど報告。地域の行事や交流の機会に繋げている。行政からの連絡書類で地域住人に必要な内容であれば、必要枚数コピーし配布している。	2ヶ月毎に開催し、自治会役員、地域包括支援センター職員の他、毎回家族と利用者の参加も得ている。外部評価の結果も報告し、議事内容は職員に周知し共有している。	
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に取り組んでいる	市町村との連絡を図り、グループホーム協議会等にも積極的に参加し、地域の認知症ケアの向上に協働している。周辺地域の諸施設との連携を図っている。	市介護保険課とは日常、制度の運用相談等で連絡を取り合い、玄関に市協力事業所の旗を掲げ認知症相談窓口の役割を担っている。地域包括支援センターとは利用者の受け入れや、介護指導等で協力関係を築いている。	
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	玄関は解放されており、天候・体調により外出、散歩を取り入れ気分転換に努めている。身体拘束の研修を行い、職員が正しい認識のもとケアに取り組んでいる。	身体拘束ゼロセミナーには毎年参加し、研修結果は職員全員に伝達研修をして内容を共有している。身体拘束の意味を身体だけでなく、スピーチロックも含まれることなど職員は日頃からその意味を理解しケアに取り組んでいる。	
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	虐待防止の研修受講し、施設内研修で全員に周知を図っている。また、問題の報道があった場合、職員同士で問題提起し、話し合いを行っている。		

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	新入職員のオリエンテーションでは必須項目に入れ説明している。成年後見人や保佐人との交流も図れている。		
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	入居時、退所時や不明と感じられた際には直ぐにご連絡いただけるように声掛けを行っている。		
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	意見箱を設置すると共に、来所時に声掛けを行っている。家族へのお便りも毎月2ユニットとも送付している。	玄関に意見箱を設置し家族が気軽に意見を表せるよう配慮している。毎月、利用者の写真付きのお便りを送り家族の安心を得ている。家族からは少しでも自立を望む声が寄せられそれに応えられるよう努めている。	
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	ユニット会議などで意見を聞き、上申するようになっている。職員用意見箱の設置や業務改善提案書用紙の準備など、職員の意向を伝え易い環境にしている。	毎月のユニット会議や適時の個別面談で意見を聞く機会を設けサービス向上に活かすようになっている。時期や行事等により人手の不足時にはボランティアの協力を得る提案を実現している。	
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	個別面談の機会をつくり、個々の目標、悩み、実績など把握するとともに、希望日時にそえるようシフト調整している。努力が見られたり、功績があった場合等は給与明細袋に感謝のメッセージ等一言コメントを入れている。		
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	施設内研修、随時、外部の研修にも声掛けを行っている。目標設定や聞き取りのため、個人面談にも積極的に取り組んでいる。研修案内は休憩室に掲示し、常に申し込みできるようにしている。		
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	淡海グループホーム協議会などを中心に交流を行っている。		

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
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	入所前の聞き取り調査、入所後のケアプランに慣れていただける取り組みをし、声かけコミュニケーションを取り、対応している。		
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	入所前の聞き取り調査、入所後のケアプランに慣れていただける取り組みをし、ご家族様が安心されるよう話し合いを行い、都度聞き取りを行っている。		
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	「その人らしさ」を反映したサービスにするため、アセスメントを充実させている。状況の変化に応じ介護計画の変更もしている。		
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	共同生活を送る仲間であるため、みな平等で同じ接し方をし、利用者同士もそうであるように支援している。 家事手伝い、園芸、作業手伝いなど役に立っていることを実感してもらっている。		
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	月に一度個人ごとに手紙を写真つきで送付し、近況報告をしたり、面会時に報告・相談などを行っている。体調変化や、急ぎの報告などは、速やかに電話連絡している。		
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	友人の面会やなじみの場所、人の思い出を話すことで心の充実を図っている。馴染みの場所がテレビや雑誌、新聞などで紹介された場合、それに関する会話が繋がるよう支援している。	家族や孫そして、利用者が仲人という人の面会もある。家族と外出し馴染みの外食を楽しむ利用者もいる。毎年、膳所神社に初詣する利用者もおり、これまでの親しみのある場所へ思いが継続するよう支援している。	
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	無理のない程度にレクリエーションへの参加を呼びかけたり、気の合う仲間と話す機会を設けている。		

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	サービス利用中の記録は介護サマリーや情報提供書などにより、次のサービスにつなげている。		
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	過去の生活や趣味などを考慮し数回に分けて聞き取りを行っている。 園芸など個々の利用者に合った趣味を継続して楽しみを持ってもらう。	利用者から思いの把握が困難な場合は、フェイスシートや生活歴そして家族面談から意向を汲み取り希望に沿った支援に努めている。化粧や季節の衣服のコーディネートにも応え、利用者毎の楽しみを把握し介護に取り入れている。	
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	本人や家族、前担当者との情報収集とアセスメントに努めている。会話中の表現や、単語、しぐさ等から得られた情報も記録しサービスに繋げている。		
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	センター方式のシート活用や一日の過ごし方の観察により潜在能力の把握に努めている。生活歴を知ることにより、作業や調理手伝いなど、いろんな活動を試みるようにしている。		
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	趣味や得意分野を生かすためチームアプローチを充実させている。 各職員の情報収集はケア会議で取り上げ定期的にモニタリング、アセスメントを行い、計画作成の基盤としている。	介護計画は、サービスケア会議やモニタリングを反映して3ヶ月毎に見直し、変化が生じた時は都度見直しをしている。その結果は本人の承認を得て家族にも承認を得ていることだが家族の確認印が得られていない。	介護計画の作成や見直しにはその都度、家族の承認と確認印を得て欲しい。
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	記録用紙はいつでも見たり、記入したりできる状態で毎日モニタリング可能である。 申し送りノートにて職員の情報共有を行っている。		
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	それぞれのニーズに応じるため、1:1対応によるケアを行ったり、役割分担や利用者担当を決めている。		

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	地域行事への参加や見学、ボランティア受け入れなど、インフォーマルサービスの活用をしている。		
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	医療連携体制を確保し、月2回の定期回診があり、必要時は受診している。	入居時に協議し、本人と家族との合意のうえ全員が協力医をかかりつけ医としている。毎月2回の往診で利用者の健康を管理している。専門外来には職員が同行して受診支援し情報は家族と共有している。	
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	入居者の身体において気になることがあれば、看護師に相談したり医師への連絡をお願いしている。		
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。	入院となった時、入院時情報提供書を作成し、情報提供している。退院許可が出た時点で、状態確認し必要があればリハビリ依頼等の連絡をしている。		
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	入所時、聞き取り調査を行っている。重度化した時、医師、看護師、家族、職員が協議できるよう支援している。	「重度化した場合における対応に係る指針」を文書化し、入居時に説明して家族の同意を得、終末期の対応を確認し記録に残している。これまで看取りに至った利用者は無いが、事業所の指針に基づき適切に対応が出来るよう研修等を通じて備えている。	
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	緊急時の対応についてはマニュアル化しており職員への周知徹底を図っている。緊急時の対応の研修を受講している。		
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	防火・防災についてマニュアル化し職員へ周知徹底を図っている。年2回地域住民と交えた防火(災)訓練を実施している。	年2回消防署立会いの下、消火・通報・避難訓練を行い。内1回は夜間を想定した訓練を実施している。地域住民の参加協力も得て、避難場所や誘導方法などの確認を行い、災害時に備えた備蓄品も確保している。	

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
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	職員のオリエンテーションでマニュアルに沿った説明している。利用者台帳等の個人情報の取り扱いには注意している。会話時には個々に利用者に合わせて声の大きさ、距離、言葉使いに注意している。	職員は利用者を人生の先輩として尊敬し、新人研修や内部研修を通じてプライバシー確保に努めている。トイレ誘導の声掛けや、なれなれしい言葉使いには職員で注意しながら利用者の尊厳に配慮した支援に努めている。	
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	居室や入浴時など話しやすい環境を利用し、1対1で傾聴するようにしている。表現したい言葉が見つからず発言がとまるなどときは、ヒントや導きの声かけを行っている。		
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、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	一日の中で達成感を感じていただけるように散歩、塗り絵、書道など、無理の無い程度に自由に選択でき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	更衣時、好みの服を一緒に選んだり、季節に応じての衣替、入浴後の着替えはこれにより確認、毎回の整容も支援している、また定期的な理容も行っている。		
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	季節感や行事食に配慮し、利用者と一緒に献立を立てている。食材の下処理など出来ることや、食器やテーブル拭きも職員と利用者で行っている。郷土料理や食の話題に触れることで、回想につなげている。	毎食職員手作りの食事で、献立は利用者の好みや行事食を取り入れ、職員も一緒にテーブルで同じ食事を取っている。利用者は調理の下ごしらえや後片付けなど出来ることを手伝っている。	
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	1週間分の献立提示により栄養バランスを考えている。摂取量の記入により日々のモニタリングにつなげている。食事時以外にも定期的に飲み物提供し、1日の水分摂取量を確保している。		
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	毎食後自力で出来ない方は職員と共に口腔ケアを行っている。義歯使用者は就寝前に洗浄し消毒液にてケアの見守りを行っている。歯ブラシ、コップ等も殺菌消毒を行っている。		

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
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	プライバシーや尊厳を考えながらの声かけ、誘導。報告を受ける。 ケース記録に記入することで、個人のパターンを把握、モニタリングにも生かしている。	日中は全員トイレでの排泄を励行し、夜間は多くの利用者が居室でのポータブルトイレを利用している。個々の排泄パターンを把握し、日中の失禁回数が改善された利用者もいる。トイレは判り易いように大きく表示している。	
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	乳製品、果物、根菜などをメニューに取り入れ、食物繊維の調理法の工夫をしている。歩行やリハビリ体操を日課に取り入れる一方摂取状態に合わせた調理提供に取り組んでいる。		
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	週3回本人の健康状態を配慮し、その日に意向に沿った時間帯に入浴をおこなっている。出来ることはやっただきながら、コミュニケーションの充実に努めている。	月水金の週に3回を基本に、利用者の希望に応じて一般浴で入浴している。季節のしよぶ湯やゆず湯も採り入れ、職員との会話が弾み入浴を楽しみにする利用者もいる。	
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	就寝時間は本人に任せ、入眠出来ないときは職員との会話や飲み物提供などで安心感を与えるようにしている。身調に合わせ安眠・休息できる環境を提供している。		
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	薬事情報はいつでも見れるようにしてある。変更時は申し送りノートに記入し情報を共有し、体調管理に努めている。新薬や変薬で理解不足のときは薬剤師に聞いたりする対応を行っている。		
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	やりたいこと、好きなことを日常の会話から見出し、役に立つ喜びを感じてもらえるよう、家事・作業手伝いをさせていただき、感謝の気持ちを必ず伝えるようにしている。		
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	近くの公園や庭に散歩に出かけたり、外食や行事の計画を定期的に立て実行している。また、ご家族の協力による外出、外食などインフォーマルサービスも取り入れている。地域の行事の見学や地域住民との交流をはかっている。	地域の祭り見学や地藏盆詣り、花見や外食を兼ねたドライブなど利用者の希望に沿った外出を支援している。普段は、近くの神社への散歩や事業所の屋上に出での五感刺激も行っている。	

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	ほとんどの利用者は金銭管理していないが、管理している者には、外出や買い物の機会を増やし、買い物ができる喜びを感じてもらえるように支援している。		
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	年賀状、お礼の手紙、届け物があったときのお礼の電話など自由にしていただいている。難聴により、電話での会話が難しい利用者には、職員が代わりに電話し、そのことを伝えている。		
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	毎日定刻、清掃・消毒・換気を行っている。温度調節は利用者の声を優先している。手が届くところに本や雑誌を配置し、季節の花や植木を配置することで和みの空間を演出している。	リビングには利用者が手がけたちぎり絵や塗絵等が掲示され寛いだ雰囲気でも過ごせるようしている。廊下には四季毎の手作りカレンダーを掲示し利用者に季節感を与えている。浴室やトイレは清潔である。	
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	リビングにソファを置き、ゆったりした空間を作っている。 共同空間は利用者個々がお喋りしたり、好きなこと、家事ができる空間づくりを工夫している。		
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	家具などは本人の使いやすい場所に配置し飾りつけも相談しながら行っている。 収納品が分かりやすいように、内容を表示するシールなどを貼って分かりやすくしている。	利用者の思い入れのある家具や寝具で居心地良く過ごせるよう工夫している。嫁入りの筆筒や鏡台、家族の遺影や仏壇を身近に置くことで利用者が自宅と変わらない生活ができるように支援している。	
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	トイレの場所がわかりやすいように手作りの標識を数箇所に設置している。居室には手作り表札をかけている。利用者一人一人にとって何が危険であるかを職員全員で把握し、共有している。		

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	26	介護計画の作成や見直しにはその都度、家族の承認と確認印を得る。	サービス計画書(1)(2)は利用者本人の署名と家族の署名、確認印を得る。 難しい利用者の場合、家族に署名と確認印を得る。	サービス計画書作成後、利用者本人に説明し署名を得る。家族が面会ある利用者は、面会時に家族に署名、確認印を得る。面会が少ない、また、ほとんどない家族の場合、郵送し、署名、確認印をお願いし、返送してもらう。	12ヶ月
2					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、行を挿入してください。