

### 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	2373001375		
法人名	有限会社みふねの家		
事業所名	グループホームあさがお		
所在地	豊田市御船町東山畑54-13		
自己評価作成日	平成30年1月31日	評価結果市町村受理日	平成30年4月13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	特定非営利活動法人なごみ(和)の会		
所在地	名古屋市中種区小松町五丁目2番5		
訪問調査日	平成30年2月14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)】**

「衣・食・住を整えます」を事業所理念に掲げ、施設全体の生活環境と、入居者1人1人の生活環境を整えることを目標にケアを行っています。また複数のボランティアさんの訪問があり、地域住民との関わりも力を入れていきます。

**【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)】**

グループホームあさがおは、小規模多機能サービスと障害者活動支援センターを併設し、自由に他事業所利用者等が行き来する家庭的な雰囲気1ユニット事業所である。今年で14年を迎える。家族アンケートでは、本人の満足度と職員の活気等が満点を得ており、家族からの評価が高い。市、地域包括支援センターや自治区とは、認知症サポーター養成講座の講師を務めたり、「かえるメール」への入居者登録や、地域行事の参加及び自治区担当者との情報交換を継続している。また、来所の地域ボランティア数が昨年より増え、発展している。そして今年度、緊急時対応可能な医療機関との提携を実現し、1名の方の看取りを行っている。実務支援シート活用による個別ケアの実践を進め、経験を今後のより良いサービスに繋げている事業所であり、地域の福祉拠点として今後もその存在感が益々期待される。

**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広がったり深まり、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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	「衣・食・住」を事業所理念に掲げ、管理者及び職員は理念を目標に支援に努めている。	法人理念、ホーム理念、そして年度ごとの目標をそれぞれ玄関や共用部に掲示している。ホーム理念「衣・食・住を整えます」に関連づけて作成された実務支援シートを、職員が共有することで個別ケアを提供し、理念の実践につなげている。	
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	地域の行事(夏まつりなど)に職員・入居者が参加している。	町内会に加入している。入居者と盆踊り等行事に参加し地域と関係を築いている。ボランティアの来訪が活発で、昨年よりグループ数が増え、歌・ギター、マンドリン演奏、尺八、歌・踊り、オカリナ等を併設事業所と共に楽しみ親交を深めている。	
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	地域包括支援センターの職員とともに、地域の認知症サポーター養成講座など協力している。		
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	運営推進会議で毎回情報提供を行っている。提案や質問がある場合はその場、あるいは次回の会議で回答・報告を行うようにしている。	家族、自治区担当者、民生委員、地域包括支援センター職員の参加により、年6回開催している。ファミリー会と称し、議題は年間で計画している。避難訓練や救急救命講習等、参加者にも有益な内容にしている。今年度は、避難準備情報等が発令された場合の対応を市へ確認し、参加者へ情報提供している。自治区の福祉担当者がファミリー会向けに定期的にお知らせを発行し、自治会と密に情報交換している。	
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	介護相談員との情報交換、及び地域包括支援センター職員への相談を行っている。	昨年度に引き続き、市の取り組みである「かえるメール」への入居者登録をしている。また今年度、地域包括支援センターへも登録したり、認知症サポーター養成講座の講師を引き受ける等行政との連携を更に厚くしている。市からは非常用の飲料水が支給されている。県や市主催の研修情報を職員へ知らせ、希望者は参加している。	
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	夜間の定められた時間以外は玄関の施錠は行っていない。スピーチロックを含めた身体拘束を行わないよう努めている。	日中玄関施錠はせず、見守りを強化して行動の制限をしないよう取り組んでいる。また、併設事業所の送迎を利用して入居者の気分転換を図っている。ベッド柵での身体拘束は行わず、低床にしたり床に畳を敷いて対応している。権利擁護の研修を実施している。	
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	コンプライアンスルールの説明や掲示を行って虐待の防止に努めている。		

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	コンプライアンスルールの説明や掲示を行成年後見制度は外部研修に参加し、職員が学べるよう努めている。		
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	契約時に説明を行い、入居後でも必要に応じて説明を行っている。		
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	意見要望は各入居者担当職員が家族と連絡を取り合い、要望があれば計画作成担当者及び職員へ報告し、支援に反映させるよう努めている。	職員（主に担当職員）が日常生活の関わりの中から、入居者の意見等を拾うようにしている。また家族は、ファミリー会や月一度の電話報告の際等に聞き取っている。目安箱の仕組みもあり、専用ポストは設けず、さりげなく投函できるよう玄関ポストで受け付けている。定期的な電話報告や誕生会等の招待、また新聞や写真号外を発行して家族との関係構築を図っている。	
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	可能な限り職員の意見要望を聞くよう努めている。また年に2回面談を行っている。	月1度の会議や年2回の面談等に意見・提案の機会がある。最適なサービス提供のためのシフト調整や、家具の配置、行事の提案等、職員から上がる意見・提案を反映させている。研修についても、受けたい研修を募集したり研修情報を掲示したり、受講日の調整をする等、職員の希望に沿うよう努めている。	
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	年2回の面談や事業所内の自己評価を含め職員の努力、実績の把握をし整備に努めている。		
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	内部研修は年間で計画し行っている。外部研修は職員が希望する内容のものに参加している。		
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	同業者での相互訪問の話しはあるが、実践出来ていない。		

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
<b>II.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入居時のカンファレンスと、本人への関わりを密にし、関係づくりに努めている。		
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	家族カンファレンス時と入居後の状況報告及び情報交換を行い信頼関係づくりに努めている。		
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	家族カンファレンスと本人からの要望に耳を傾け、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	本人ができることを見極め、暮らしの中で役割を持てるよう努めているが、できることのみでの支援になっている。		
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	各入居者に担当職員がおり、家族との関係作りに努めている。		
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・身内との面会や外出を可能な限り支援している。	馴染みの地域や生活歴を本人との会話や家族情報からアセスメントしている。毎月の氏神参りや墓参りに同行したり、行きつけの床屋、一時帰宅等の希望を聴き取り家族へ伝える等の支援をしている。家族の協力を得ながら馴染みの関係を継続している。	
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	入居者が集まるリビングなどでは、席の配置や職員の関わりで入居者同士が関わり支えあえる支援に努めている。		

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	必要に応じ、相談や支援ができるように努めている。		
<b>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</b>					
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	各入居者担当職員を中心に努めている。困難な場合は他の職員に相談し検討するよう努めている。	主に担当職員が日常の会話の中から思いや意向を聞いている。把握が困難な場合は、家族や他職員へ相談したり、会議時に掘り下げて検討している。年に一度「夢かなえます」企画を立て、担当係を中心に入居者の行きたい場所・したい事柄を集め実現に向けて取り組んでいる。	
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	入居時の家族カンファレンス・入居者担当職員による、本人・家族からの情報収集を行い、把握に努めている。		
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	入居前の生活・能力の情報収集と、入居後の生活・能力を観察し把握に努めている。		
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	家族・各入居者担当職員・計画作成担当者がカンファレンスを行う場を設けており意見を要望を反映できるよう努めている。	担当職員が入居者の状態変化等、必要に応じて実務支援シートを更新している。会議時には参加職員でモニタリングし共有している。このシートを基に介護計画原案を立て、家族カンファレンス(家族・担当職員・計画作成者参加)にて作成している。	
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	記録についての内部研修情報共有に努めているが、記録方法の統一ができていない。		
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	入居者担当職員による本人・家族からの聞き取りや家族カンファレンス時の要望などがあれば可能な限り支援できるよう努めている。		

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	把握に努めているが支援できていない。		
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	希望があれば入居前からのかかりつけ医の受診を可能な限り支援している。希望がなければ事業所の協力医への受診、訪問診療の支援を行っている。	今年度、以前から取り組んでいた医療連携強化を進め、24時間対応可能な医療機関との提携が実現している。基本的には、協力医をかかりつけ医とし受診支援している。適切な医療が受けられるよう施設職員の看護師が中心となり対応している。	
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	入居者の体調などの変化職員は看護師へ報告し、看護師を主治医へ報告し指示を受け支援している。		
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。	入居者が入院した時は事業所の計画作成担当者や看護師が、入院先の相談員と看護師と情報交換を行い、退院に向けての支援に努めている。		
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	入居時と、入居者の体調の変化時に家族カンファレンスを行い話し合いと説明を行い支援に努めている。また、重度化した場合協力医の訪問診療を提案し支援できるように努めている。	指針を定めており、入居時に説明し、重度化の際に改めて同意を得ている。今年度、新たな協力医との提携により看取りが可能となり、最近でもお一人の方を看取った。終末期介護計画を策定し、家族と医師と密に連携し取り組んでいる。今後、振り返りの機会を設け課題を検討し、経験を重ねる都度方針を固めていく予定でいる。	
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	心肺蘇生・AEDの講習を年に1回消防署職員を招き研修を行っている。また外部の訓練も可能な限り受けるように努めている。		
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	年2回全事業所合同で避難訓練を行っている。可能であれば消防署と合同で訓練を行っている。	年2回、3事業所合同で実施している。1回は日中を、1回は夜間を想定し行っている。今年度避難訓練時に、消防署と通報機器点検業者の参加が得られた。通報や救急要請の手順のシミュレーションや訓練後の課題検討等の助言を受けている。年に一度、消防署職員による救急救命講習を実施している。水・食糧が3日分、入居者・職員の人数分備蓄されているが、今後、より多く確保していく予定である。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	職員の一方向的な声かけになりがちだが、丁寧な声かけと、本人が選択出来るような声かけができるよう努めている。また更衣・排泄介助時などの配慮にも努めている。	法人で権利擁護研修を実施。また、接遇マナーに重点を置いた自己評価を行っており、振りかえりの機会を設けている。事業所独自にも「権利擁護、虐待防止、コンプライアンスルール」を作成し、それを基に研修を行っている。特に言葉かけに注意するよう伝えている。	
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	職員の一方向的な声かけになりがちだが、本人が選択出来るような声かけができるよう努めている。		
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し、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	基本的には入居者のペースで過しているが入浴・食事時間はある程度決まっている。		
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	自ら衣類を選んだり更衣できる入居者の場合は職員が必要に応じて支援するが、困難な場合は職員が本人らしさを考え支援できるよう努めている。		
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	食材の調理前の下準備や食器洗い、拭きなど入居者が出来ることを職員とともにこなしている。	朝、昼食は、職員が献立、調理しており、夕食は業者による宅配を利用している。きざみ、ムース食も必要に応じて対応可能である。誕生日には家族を招待し共に食事を楽しまれる方もいる。餅つき、節分、節句、流しそうめん等四季折々に行事食を提供している。米飯の硬さ、食器の形状やスプーンの用意等、食べ易さに配慮している。	
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	塩分制限など医師からの指示がある入居者へは調整した食事を提供し、嚥下機能が低下している入居者には食材を加工したり、水分にトロミをつけるなどして提供している。		
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	月に1回訪問歯科がありその時に指導を受けながら日頃の口腔ケアに努めている。		

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	立位が可能であればスタッフの介助で便器での排泄を支援している。定期的な排泄誘をおこなっているが、入居者の言葉や表情などで職員が声を掛けるなどして対応している。	座位が可能であればトイレでの排泄を支援している。排泄記録は個別で記録している。定時の誘導と共に仕草等から声かけをしている。実務支援シートでも、個々の排泄パターンや排泄用品情報が書き込まれており、職員間でケアを共有している。夜間は3時間おき巡視。就寝状況により柔軟に支援している。	
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	食事のメニューにヨーグルトなどを取り入れているが、入居者の家族、主治医と相談しながら他の食材や薬などを使用し便秘予防に努めている。		
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てしまわずに、個々にそうした支援をしている	基本となる入浴予定は立て、声かけをおこなっているが、入居者のその時の気分や体調などで変更している。	基本、週に3回入浴している。入浴の意向や時間帯、同性介助、入浴剤の有無等、個々にその日の希望を尊重して実施している。入浴後は、お茶やアクエリアスで水分補給している。入浴を嫌がる方には、時間をずらして声掛けする等工夫をしている。	
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	日中は入居者の希望があれば居室で休息するなど支援している。就寝、起床時間は入居者の希望する時間で対応しているが、希望がない場合は職員が声かけし支援を行っている。		
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	薬の追加や変更があればその都度職員へ伝達し、様子観察が必要な場合も職員へ伝達し変化の把握に努めている。		
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	本人の希望があれば出来る範囲での支援を行っている。希望がなくても本人の生活歴や趣味などを聞き取り支援に努めている。		
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	家族の協力を得ての外出が中心となっている。地域の人々の協力を得ての外出は今後の課題である。	季節の良い時期にはホーム周辺を日常的に散歩している。個別に担当職員が同行し神社参りやゴミ拾いに出たり、併設事業所の送迎時に共に出かけ気分転換を図っている方もいる。地域行事へ参加したり、家族と外出する等、個別で出かけている。ホーム全体では、花見へ出かけている。「夢叶えます」企画にて外出先を検討している。	運営体制はその時々により変わるものの、入居者それぞれに適した外出が実現するよう、過去の取り組みを検討する等、再考されることを期待します。



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
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	家族・本人の希望があれば所持を検討するが、現在の入居者のお金の所持は無い。		
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	居室の電話設置や手紙は可能である。家族・本人の希望で検討する。		
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	玄関や廊下には季節に応じた飾りをしている。共用空間(リビング)はテーブル、テレビなどの配置はその時の入居者に合わせ変更している。	玄関(日中)や事業所間は施錠なく自由に入出りできる。併設の他事業所利用者や職員のお子さんの声が多々聞こえ、また、共用部と廊下との明暗が自宅のような空間となっている。自室やトイレの判別がし易いようプレートの向きに工夫が見られる。食卓位置の変更等を職員間で考え、心地よく過ごせる環境を提供している。また担当係がホーム内の美化や環境整備を行っている。	
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(リビング)は入居者同士の関係や、ペースを考慮し席の配置をおこなっている。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室は基本自宅で使用していた家具などを本人・家族と相談しながら決めている。	入室時には扉をノックし、入居者のプライバシーに配慮している。寝具の整備は一律ではなく、個性を考慮し適切なペースで定期的に行っている。居室内の家具配置やベッド高さ等も個々に合わせて考えている。非常時の避難誘導の工夫を居室入口に施している。	
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	廊下の手すり、居室の表札など入居者の判断で移動、使用できるよう努めている。		

## 目標達成計画

作成日: 平成 30 年 4 月 7 日

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	49	施設行事としての外出はあるが、入居者1人一人の希望としての外出支援が行えていない。	入居者1人一人の希望で外出の機会が増えるよう支援していく。	あらためて入居者1人一人の希望を聞き取るようにし、職員での対応が可能な日時を検討していく。希望の外出先が遠方である場合は引き続き家族の協力を得るようにする。また「夢叶えます」の企画も入居者1人一人の対応が出来るよう検討する。	6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、行を挿入して下さい。