

### 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	2373600390		
法人名	株式会社ほっとファミリー		
事業所名	グループホームほっとファミリー		
所在地	愛知県江南市野白町野白12番地		
自己評価作成日	平成25年10月25日	評価結果市町村受理日	平成26年 6月 6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	<a href="http://www.kaijokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JiyosvoCd=2373600390-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JiyosvoCd=2373600390-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
所在地	愛知県名古屋市長区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成25年11月19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)】**

民家改造型のグループホームのため、入所者が早くに馴染み、安定した生活を送ることが出来ていると思う。  
また、家族とも話しが良く出来ることが多くなり、本人の思いや家族の考えが伝わるが増えている。本人もここがいいと、話してくださり、ありがたい気持ちです。毎日の体操やみんなで行う行事など、出来るが増えているので、楽しく暮らせる場所となっていると思います。ホントに皆が楽になることを目指しています。

**【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)】**

今年度は利用者の入れ替わりがあり、要介護度が軽い利用者の受け入れが進んだことから、ホーム全体が元気になった印象がある。前年度までの課題となっていた、外出支援についても、日帰り旅行で温泉に出かけたり、ADL維持を目的とした散歩等で体を動かしたりと、活動的な外出が多くなってきている。家族外出も同様に、家族に対して、利用者の「今」を伝え、今だからできる外出を積極的に支援している。家族の関係継続支援としての効果も進み、家に居ることはできなくなっていた事が、ホームに入ってからできるようになったと、外食や親戚行事などに連れ立って出かける姿もある。  
その人らしさの支援を基本に、本人の普通の日常を支援する、「あたりまえ」ほ支援方針が、本人と家族の満足につながっている。

**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 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
<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	理念に基づいた介護支援を目指し、申し送り等で情報の共有と介護を実践できるよう心がけている。	「みんな一緒に みんなが楽になる暮らし」の理念を日常支援に反映させ、家庭的な環境で支援を実践している。	
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員として日常的に交流している	利用者の生活のリズムに合わせて参加している。	地域イベントのお誘い(お祭り、正月どんど焼き等)、お散歩時のあいさつや立ち話、回覧板のお付き合い等、ホームの経過年数と共に地域の中に溶け込む感がある。地域の中にホームが在るとい認識もされている。	
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	外出は多くしており、近所の喫茶店では、優遇していただいている。散歩も毎日しており、近隣の方とのコミュニケーションも図れている。		
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	今年度は利用者家族へのお知らせも多くしており、ホームの取り組みにも理解をしてもらえるように報告や話し合いもできている。	2ヶ月に1回の会議開催がある。包括支援センターが毎回参加し、市の担当者も年1回の参加がある。今年度から積極的に家族にも働きかけ、参加も増えてきている。ホームの運営の報告、困りごと相談等で活用している。	
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	市役所も理解をしてもらっている。生活保護の方も多く、連携を必要としている。	生活保護の利用者を受け入れていることから、市との連携は深い。介護保険課とも日常的に報告、相談を行い、適切な助言と指導を仰いでいる。地域包括支援センターと連携を図り、困難事例の解決をした事例がある。	
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	徘徊マット、アラームを使用して、事前に察知している。しかし、出て行こうとする行為を玄関で何時間も説得したりと、スタッフが工夫をしているが、玄関の施錠は時に行うこともある。	ホーム内で事例検討を行っている。アラーム使用や施錠、不適切な声掛け等、職員間で身体拘束防止について話し合い、正しい理解を周知している。職員の見守りの徹底で、利用者の安全を確保している。	
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	カンファレンス等で、虐待につながる言葉や態度を勉強し、指摘し合っている。		

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	社会福祉協議会が支援してくれている。必要な人にも、利用したいと考えているが、金銭的な問題があり実現していない。		
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	入居時に説明を行い、同意を得ている。		
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	家族と会うことが多くなり、要望など直接話していただける事が多い。それに対して、早い解決をしている。	利用者の入れ替わりをきっかけに、家族への働きかけを見直し、面会数も増加の傾向にある。また、毎月の支払いにホームを訪れる際も、家族との定期的な直接の関わりの機会となっている。	
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	カンファレンスにて話し合っている。	隔月の職員会議で意見や提案を聴取し、話し合いを行っている。利用者毎に職員担当制となっていることから、利用者支援については、意見を言いやすい環境がある。運営についても同様に、職員会議の中で話し合う機会がある。	
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	スタッフの労働環境は就業規則を整え、働きやすいように努めている。		
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	新人には、プリセプターをつけ、仕事を覚えられるようにしている。外の研修はなかなか行けていない。		
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	今年は地区のグループホーム協会の活動は無く、交流会が開かれていない。個人的には連絡しているところもあり、情報を交換している。		

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
<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	受け持ち制は変わらず継続している。生活、精神面などの対応は、カンファレンスで皆で話し合いきめている。		
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	入所時に家族の希望を伺い、家族とともに考えている。初期の段階では、変化があったら家族にも知らせている。お互いに同じ気持ちを共有できるようにしている。		
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	初期の段階では、特別に声かけを多くし、本人の望みや不安の把握に努めている。		
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	出来ることはしてもらい、助けあうように心がけている。実際にその人しか出来ない仕事や仲間を楽しむことを自発的にしてもらっている。		
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	面会、外出はいつでも、来ていただけるようにしている。また、此方からも、機会を設けるようにしている。面会時には家族と話が出来るようにしている。		
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	いつでも誰でも来て頂ける事を応援している。そのときはお部屋で過ごせるように支援している。	日課の継続と生活スタイルの継続を支援している。日常支援でその人らしさを支援できるように、生活歴の聴き取りを行い、入居前と同じ生活が送れるように配慮している。訪問者には制限を設けず、本人が望めば誰とでも会うことができるように支援している。	
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	一緒に生活し、いろいろなことを共有できるように努めている。お互い支えあえるようになりたいと思ひ、楽しい経験を多くしていきたい。		

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
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	退所しても、相談援助をしていくことを家族にも話している。実際時々電話やはがきなどを頂いている。		
<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	個別に話しを聞く機会を多くしている。その中で本人の思いを受け取り、叶えられることは実行している。しかし、どうにも出来ないことには苦労している。	1ユニットで馴染みの関係の中での支援の特性を活かし、コミュニケーションを厚くする工夫をしている。特に入浴中は1対1でゆっくとコミュニケーションを図り、利用者の意向を聴取している。申し送り等で情報伝達を行い、内容を周知している。	
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	入所時の聞き取り、生活の中での話しなどで本人のこれまでの状況を把握に努めている。		
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	出来ることは支援して継続し、日常の安定した生活が送れるように配慮している。		
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	ミーティングや日々の申し送り時に話したいをしている。それを計画に反映させている。家族にも説明し承諾得ている。	職員担当制で利用者の意向を把握し、ケアカンファレンスで職員意見と情報を集約して介護計画を立案している。家族の希望は来訪時等に聴き取り、介護計画への反映を図り、作成後に本人と家族に説明し、同意を得ている。	サービス担当者会議等で、本人・家族を交えた話し合いの機会が望まれる。計画の更新時等で、計画の振り返りを行う等、内容の検討を本人・家族と共に話し合える機会の設置が期待される。
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	日々の様子を記録しているが、なかなか記録の工夫ができていない。		
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	家族の状況や本人の必要性のあることは、惜しまず支援している。(病院受診、市役所への届出買物代行等)		

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	町内では理解を得られている。社会福祉協議会との連携もある。近隣の喫茶店などは良い受け入れ状況である。		
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	主治医とは長いお付き合いである為、連携は良好である。他医療機関受診の場合も施設での状況などを文章にして伝えている。	現在は利用者全員がホーム協力医を主治医としている。他科受診は原則家族対応としているが、困難な場合はホームが受診を支援している。医療連携の訪問看護師の週1回の健康管理を含め、利用者の体調管理には万全を期している。	
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	介護職と看護職は日常一緒にケアにあたっている。訪問看護とは相談など行い、会議にも出席してもらえる。日常の健康管理も文章などで伝えている。		
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。	入院時は看護サマリーにて施設の状況と家族の思いを伝え、必要ならば診察時の付き添いもしている。退院時も病棟NSやSMWとも連携をとっている。		
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	重度化したと主治医判断のときには、家族と話し合い、方針を決めている。また、出来ることと、出来ないことの状態も見極めることも必要となってきた。	重度化と終末期については、医師の判断で家族と話し合いの機会を設けている。本人・家族の意向・希望の聴取を行い、ホームのできる限りの支援で応える方針があり、今年度は2名の利用者の看取りを行っている。医療が必要となった場合は、医療機関や他施設への移行等、本人にとって最善の方法を選択できるように支援している。	
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	緊急時のことを、想定して、どうするか家族とも話し合い、訪看にも援助してもらっている。		
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	地域との連携はなかなか進んでいない。スプリンクラーの設置は今年に行う予定である。	夜間想定も含め、年2回の避難訓練を実施している。飲食料品の備蓄の他、毛布・携帯コンロ等も準備し、有事に備えている。スプリンクラー設置予定もあり、民家改造型ホームの課題改善を進めている。	地域連携はじめ、地域避難所への経路確認、実際の移動等、避難訓練の一環としての実施が望まれる。

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	入所期間が長くなると不満や慣れがでてくるので今年からは外出を多くするようにしている。また、個別に話しを聞いたりしている。スタッフも長くなりすぎたのか、遠慮のない言葉を発するので注意している。	目上の人として敬語での対応を基本とし、言葉づかいが強くなりすぎないように、やさしく接することを心がけている。「親しき仲にも礼儀あり」を職員が実践できるように、管理者とリーダーが接遇の指導に当たっている。	
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	希望や訴えが出来るように、個別に話を聞いたりしている。		
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	本人のペースで生活出来るようにし、強制はしていない。部屋に行き、仮眠をとる人も、リビングで休憩する人も好きなようにしている。		
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	2ヶ月に一度のカットを有償ボランティアで行い、洋服は本人が選び、整容は援助している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	片付けは担当を決め行っている。その際皆で協力して早くできるようにしている。自分専用の箸や茶碗を自分で覚えてもらっている。行事には好きな食事を選んでもらい、協力して作っている。	自分の食器、自分の場所で、楽しく食事ができるように、食事時間はもめ事を持ち込まないように配慮している。馴染みの喫茶店のランチへ出かける日は自分の好きなものを注文したり、誕生日には普段よりも豪華な食事を作って祝いしたりと、行事食の楽しみもある。	
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	食事量摂取チェック表をつけ、足りない人には補食を行い、水分は時間に補給している。		
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	毎食後口腔ケアを実践している。入れ歯消毒やかみ合わせのチェックもし、必要なら歯医者受診もしている。		

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
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	排泄チェック表を使用している。リズムを把握し時間で誘導して失禁の無いように支援している。入浴の無い日は陰部洗浄をしている。	トイレでの排泄を基本とし、排泄パターンを把握して、適切に声掛けや誘導を行っている。ADL維持を目標に、手引き歩行でトイレに向かう利用者もおられる。日常的に生活リハビリを行う一環で、場所の移動はできる限り歩行を実践している。	
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	便秘の人には緩下剤を使用。排便チェックをしリズムを把握している。水分量と運動を予防に取り入れている。		
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	入浴は個別で入り、ゆっくりと話が出来るほどリラックスしている。拒否の方も居ない為楽しみの一つとなっている。	毎日の入浴を提供し、利用者毎には隔日の入ができるように支援している。入浴中は1対1の関係になれることから、利用者の話をよく聞き、関係を深める機会となっている。「井戸端会議」を楽しみにしている利用者は多い。	
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	本人のペースで仮眠を取ったり、休息をしている。夜間は気持ちよく眠れるよう静かにすごしてもらっている。		
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	薬説明書を作成し、用法や用量が不明な時に確認できるようにしている。また、個人の名前や日にちと時間、色づけなどでわかりやすくしている。		
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	毎日のリズムを崩さないように、体操やストレッチレクリエーションを行っている。嗜好品も禁止せず工夫している。行事も行い、外出も増やしている。		
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	家族がよく外出させてくれている。施設でも外出を多くして、今年は日帰り旅行にも行っており、喫茶店などの外出も多い。	日課の散歩は、悪天候を除いて、毎日出るように努めている。喫茶店外出、日帰りの温泉旅行等、ロケーションの変化にも配慮し、日常とは違った場所へ外出する機会も作っている。また、屋内にいても、手足の運動や体操を行い、気分転換や体を動かす支援をしている。	利用者の入れ替わりをきっかけに、外出支援を積極的に実践できた成果があることから、今後の継続が期待される。家族外出の支援も同様に、「出かけられるうちに…」の意識共有の継続に期待したい。

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
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	外出時にお小遣いをもらい、自分で買い物をしてもらった。ふだんはお小遣いをもっておらず、欲しい物は代行している。		
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	したいときには施設の電話を使ってもらっている。基本的にはいつでも出来るようにしている。		
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	本人に好きな持ち物をもっている。掲示物も自分たちの写真や絵など飾っている。季節の飾りも施設で作って、雰囲気を出せるように工夫している。	自分の食器、自分の道具、自分の場所…等々、ホームでの居場所づくりを工夫し、安心して過ごせる環境を作っている。気の合う利用者同士の歓談の声や、リビングのソファで、ゆったり、がのんびりと過ごす様子は、生活への安心感がうかがえる。	
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	自分のスペースを確保できるようにしており、各自気の合う人と話せるようになっている。		
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	自分のものを使用してもらっており、自分の家とあまり変わらないようにしている。掃除も定期的に行い本人が好きなように模様替えなどしている。	持ち込みの物品も多く、本人の望むように家具等を配置し、落ち着いて過ごせる環境を工夫している。一日の大半を共有空間で過ごす習慣の利用者がほとんどで、居室は「寝床」の意識が高いことから、本人が安心して就寝できる場所となるように配慮している。	
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	施設内は整理されていて、移動しやすくなっている。障害物はなく、わかりやすい場所となっている。		

## 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		職員交代があったことから、支援について、新たに統一して行くことが必要となる。	統一したケアができる。	2ヶ月に一度のカンファレンスと日々のケアの確認受け持ち制をもっと活用して行く。	6ヶ月
2		介護計画を家族や本人も交えて検討していく。それを職員と共有して介護にあたる。	家族と共有したケアができる。	家族に随時報告し、計画をたてる時に、一緒にできるよう日時を合わせる。職員間でも共有出来る様に話し合う。	6ヶ月
3		災害時の地域の避難場所や移動方法など、具体的な事を実施していく。地域との連携をとっていく。	安全確保ができる。	地域の避難場所や地区の避難訓練に参加する。避難訓練実施の継続。	6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。