

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	2570500062		
法人名	株式会社 アイエスアイ		
事業所名	グループホーム さくら苑		
所在地	滋賀県東近江市聖徳町4-23		
自己評価作成日	平成27年9月1日	評価結果市町村受理日	平成27年10月29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27年10月7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)】

グループホームさくら苑では日中の時間を利用して手足の運動やリトミック(音楽に合わせて体を動かす)を行い下肢の筋力低下を少しでも防ぐ様に努め、物作りや昔使ってたお手玉等を使ったレクリエーションに取り組んでいます。日々の生活の中で今までして来られた調理の盛り付けや配膳、洗濯たたみ等を手伝って頂き利用者様に役割を持って頂ける様に考えています。職員には担当制を作り利用者様と個別に関わりを持ち希望される時は外出や居室の整理等を一緒に行っています。季節に沿った行事を行い少しでも楽しい日々を送って頂ける様に考えています。接遇面においては人生の先輩である事を念頭に利用者様を尊敬し謙虚な姿勢で対応する事を心掛けています。

【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)】

床暖房が施され、居間、廊下、居室など広々とし、利用者にとって快適な生活空間となっている。「その人らしい、楽しみの持てる生活を支援し、地域との繋がりを大切に」を理念に掲げ、利用者の気持ちや思いを優先し、利用者が穏やかに暮らせることを目指して支援している。職員間の情報の共有、職員の担当制を採り入れ、個人個人の希望に沿うように介護に努めている。家族の願い(おやつをもっとなど)も利用者の健康などにとってよくない時は十分話し合っ得てもらうなど、あくまで利用者第一の介護を心掛けている。利用者は、高齢化で身体機能が低下しているが、ほぼ毎日のラジオ体操や体を動かすレクリエーションを楽しみながらその維持に努めている。出来る限り洗濯物の整理、調理の下拵えなどをし、紙細工、塗り絵、折り紙、坊主めくり、カラオケなどを楽しんでいる。

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、活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	理念を事業所内に掲げ、職員は周知している。又、理念を踏まえた行動を行うよう心がけている	理念に基づき「人格の尊重、生涯役割を持つ、おだやかで普通の暮らしをする」の基本方針を決めて、玄関や居間に掲げ、理念や方針に沿って職員全員が介護に努力を重ねている。	
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	子供会神輿の休憩所としての敷地提供、夏休みラジオ体操の敷地提供、小学生登校集合場所敷地提供等	自治会や老人会の要請で認知症講座の講師を担っている。広い敷地を活かして、地域の子どもたちに機会あるごとに場所を提供するなど、地域との繋がりと地域の理解が深まるように努めている。	
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	地域の方に向け認知症や介護保険の勉強会をしたり月1回老人会の清掃作業に参加、敬老会の手伝いをしている		
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	運営推進会議冒頭にて、活動報告、事例検討を行い援助の仕方等、会議出席者からの意見や提案を取り入れている。	地域住民代表、行政の出席を得て年6回開催しているが、家族の出席が少ない。議事録は管理者が口頭で職員に伝えているが、共有化が確認欄がなく明確でないなど、議事録が簡略になっている。	家族の参加を増やすことと、議事録のタイトルや内容をより具体的詳細に記入すること、その他記録も含めて職員全員が共有化した証左を残すことに努めて欲しい。
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	介護支援専門員の事例検討会の出席や認知症見守りネットワーク事業への参加	市主催の事例検討会等で管理者だけでなく職員も発表するなど行政と連携し協力している。介護問題の相談などで市と日常的に交流している。近隣事業所3か所と公民館が協同して徘徊見守りネットワークを築いている。	
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	身体拘束となる具体的な行為はスタッフ全てが理解できる様資料を作り、理解に努めている。	玄関の施錠は夜間のみ行い、外出する利用者には可能な限り同行している。所内研修を実施して、全職員へ徹底させ、身体拘束をしない支援に努めている。近くの交番や警察の助力で徘徊を短時間で解決した事例がある。	
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注意を払い、防止に努めている	威圧感のある言葉使い等に注意を払い、傷や内出血等の確認をバイタルチェック時や入浴時に行い、都度スタッフ間で話し合っている。		

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	管理者/計画作成担当者は理解しているが、職員全ては取り組めていない		
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	契約時十分な説明及び疑問点について話している。		
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	施設玄関に意見箱を設置している事と契約時意見を伝えてもらえる様をお願いしている。	毎月のたよりに訪問の御礼と利用者の毎日の様子や状態を記入して家族の来訪を促している。来訪時や、介護計画の見直しを説明をするとともに、利用者の状況報告をして家族の要望を聴いている。	
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	ショートミーティング、社内研修、定例会議時にスタッフに発言を促している。	2か月に1度ほぼ全職員参加の職員内部研修時に、職員の意見や提案を聞き、介護現場に反映させている。そこでこの事業所の良い点改善すべき点を討議し現状を見直している。居眠りが多い時にはレクリエーションを変えるなどの提案事例が功を奏している。	
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	人事考課やキャリアパスを取り入れ、ステップアップの為に資格取得の協力を行っている。		
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	資格取得の為に研修参加協力(金銭/休日)を行っている		
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	グループホーム部会や見守りネットワークの認知症、高齢者保護訓練に管理者/計画作成担当者及び希望職員共が出席し同業者とのコミュニケーションを図る様になっている。		

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
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	利用者の担当を決め個々に関わりを多くもコミュニケーションを図る事で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	細かな報告や、相談など密に連絡をとる様心がけている。		
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	申込相談に対応すると共に必要と判断すれば居宅ケアマネに同席してもらう等、見識を広げるよう心がけている。		
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	利用者様に調理の下準備や食器拭き、掃除等に参加して頂いている。日常の会話の中でも冗談を言い合い、喜怒哀楽を共にしている。		
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	家族様には、どんな事でも報告を行い、一緒に本人様にとって良い方法を考えている。		
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	在宅時住まわれていた地域へ、外出時立ち寄りしている。事業所の買い物等利用者様と一緒に出かける事もあり、なじみの方と出会った場合には会話等出来る支援を行っている。	利用者は、在宅時住んでいた地域での買い物時、定期受診など通院時の待合時に馴染みの方と出会い、相手から声をかけられることも多く、自然に会話を楽しんでいる。会話を楽しむことをできる限り支援している。	
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	なじみの関係を大切にし、座る場所、レクリエーション時のグループ等、関係を大切にしている、		

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	サービス終了後も本人様と出会い、関係者との情報の交換を行っている。		
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	毎日の生活ペースは決まっているが本人様の希望を聞き決めて頂いている。	買い物に行きたい等利用者の希望を聞き、職員と一緒に出かけている。利用者の希望に沿った生活ができるように担当者を決め、細やかな聞き取り、意向の汲み取りを行なっている。ひもときシートの活用を検討中である。	
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等、本人を含め、家族様や関係機関から情報を収集しケアプランに生かしている。		
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	心身の状態は朝のバイタルチェック時に把握し、常に変化や異変に気づく様心がけている。		
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	本人様、家族様からの話を基に、スタッフの意見を取り入れ介護計画を作成している。	急変時や退院時には都度見直し、モニタリングとケアカンファレンスに基づき、家族の意向も加味して3ヶ月毎に変化が無くても介護計画を見直している。共に家族に説明し署名承認を得ている。計画を計画倒れにならないように、介護現場で共有し活かすことに注力している。	
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	個別記録には毎日記入し、受診の内容や本人様や家族様の言葉を記録に残し、スタッフ誰が見ても理解できる様取り組んでいる。		
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			

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	家族様の協力を得て地域の老人会等に参加されたり面会に来て頂いている。		
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	スタッフによる受診は協力医療機関での受診となるが治療内容について要望があれば以前のかかりつけ医の受診を促している。	協力医が従来のかかりつけ医であった利用者が9名中7名である。協力医と異なるかかりつけ医のままの利用者は2名である。後者の場合も家族と交互に同行支援している。受診結果は家族と共有している。夜間、医療アドバイスを協力医の看護師からもらえる体制を備えている。	
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	健康管理はスタッフがやっているが、必要時にはかかりつけ医院や関連事業所看護師に意見や助言をもらっている。		
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。	家族様又は医療スタッフとの情報交換を行っている。		
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	利用者の高齢化に伴い、エアマットの使用や車いすでの生活をして頂いている。	家族、医療の協力と職員の心構えが未だ十分でなく、重度化や終末期に向けた方針は確立していない。入院や退去の時に支援や協力をしているが、その都度対応に悩んでいる。看取りは過去に対応事例がある。	重度化や終末期に向けた方針を明確にし文書化して、家族と早期の方針共有が出来るように検討して欲しい。
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	個別には救急法を受けた者がいるが、事業所として定期的な取り組みは行っていない。		
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	定期的な消防訓練を行っている。	連絡網を整備し、火災時の専用連絡用電話やスプリンクラーなど防災設備を設置している。年2回の訓練実施がなされていない。	年2回の訓練実施、地域の協力や消防署の指導を得ての訓練実施をして災害に備えて欲しい。

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、その方に合った話し方をしている。ケアに対しても本人のプライバシーを大切にケース記録は外から見えないよう配慮している。	一人ひとりの思いに沿った生活が出来るように、所内研修を実施し、誇りを傷つけないように、特に言葉かけに注意している。利用者に不満がありそうな場合、それを少しでも和らげるように内容や相手を変えて支援するなど工夫をしている。	
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	日々の過ごし方や入浴の可否等は本人様に確認を行い、自己決定してもらっている。個別での関わりを持ち、話しやすい雰囲気作りの努めている。		
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、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	大まかな1日の流れはあるが、その日の本人様のペースに合わせている。		
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	理容は2カ月に1度、訪問カットに来て頂いている。化粧品等は一緒に買い物に行き選んだりしている。美容ボランティアの訪問もある。		
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	日々の食事は盛りつけに工夫を凝らしている。週末や季節の行事には利用者様の好みの物を聞き一緒に作る様にしている。	配食が主である。週末や季節行事に、ちらしずし・茶碗蒸し・ロコモコ丼等工夫した料理を提供し、手伝える利用者は職員と一緒に参加し、ホットケーキ・どら焼き等おやつ作りを笑顔で楽しんでいる。職員は別の食事と一緒に食事をしている。	重度化のため食事介助が増加するが、味付けや硬さの確認のためにも検食して利用者の食事に活かして欲しい。
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	定期的な水分の摂取を行っている。献立については食材業者において、栄養管理できるようにになっている。		
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	食後、就寝前、起床時に歯磨きを行って頂き、自ら出来ない方については職員が声掛けやケアを行い義歯については、毎日夜に消毒をしている。		

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
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	排泄間隔を考慮し、声かけを行い、トイレへの誘導を行っている。	排泄パターンを把握し、時機や仕草を見てトイレ誘導をすることで、オムツから紙パンツとパットに1名替わられ、オムツをしている利用者は1人もいなくなっている。	
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	便秘予防におやつ時等に牛乳を利用した物を提供したり、起床時にコップ1杯の水を飲んで頂いている。		
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、個々にそった支援をしている	入浴日は決まっているが、本人様の希望を聞き可否を決定している。冬季は入浴剤を使用する事で皮膚の保湿をしたり、ゆず風呂等で香りを楽しんで頂いている、	利用者全員が週3回入浴している。様々な香りを楽しめるよう色々な入浴剤を使用している。個浴槽で、浴室の中央にあり重度化した利用者の場合、2人又は3人で入浴介助支援をしている。	
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	就寝の基本時間はあるが、本人様の状態を尊重し自発的に就寝できる様にしている。体位や皮膚の状態を観察し本人様にあったマットレスをレンタルしている、		
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	ケース記録に最新の個別の薬の説明書を綴り、いつでも確認できるようにしている。各人の1日分をセットし手渡しを行い、服薬を確認している。		
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	季節に沿った行事を行ったり、おやつ時には盛り付けや配膳を手伝ってもらっている。買い物は利用者様と一緒にしている。		
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	買い物外出や季節の外出、本人様の希望に沿って散歩等を行っている。	車いす利用者も多いが近所の散歩には出かけるなど、散歩や買い物への同行支援している。家族の同行やボランティアの協力で見守り出かけている。人手不足から思うような外出ができていないが春の桜、秋の紅葉を数回に分けて全員参加で実施している。	

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
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	自ら金銭管理をされている利用者様もおられる。外出時には、お土産等購入できるようにしている。		
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	希望があれば、随時家族様と電話できる様にしている。また受診結果や連絡時等、利用者と電話を代わり話せる様にしている。		
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	フロアのテーブルには空席を設け好きな方と談話や食事を楽しめる様にしている。玄関には季節の花等を飾る様にしている	段差のない明るく広々としたフロアが中心にあり、居室、和室、厨房、玄関、風呂、トイレが周りに配されている。職員はフロアから見渡すことができ、利用者は見守られ、穏やかにゆったりと過ごしている。職員と利用者協働作品の毎月のカレンダーを飾り楽しんでいる。	
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	ソファの場所にTVがあり、気のあった方同士で会話や、視聴を楽しまれている。居室にて独りでテレビを観たり臥床できる時間を作っている。		
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	居室には、今まで使用されていた家具等持ち込まれ、自由に利用して頂いている。	家族の写真、思い出の品、手作りのパッチワークの作品等を飾り、テレビなど利用者の今までの生活を持ち込んだ居室もあれば、整頓され装飾物がほとんど見られない簡素そのものの居室など利用者個々の好みの部屋になっている。	
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	トイレや浴室には場所が理解出来る様に大きな字で書いた紙を貼り、居室前に表札を掲げている		

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	33	重度化や終末期に向けた方針を明確にし文書化して、家族と早期の方針共有が出来ていない。	重度化や終末期に向けた方針を明確にする。	ハード・ソフトを客観的に見つめ直し、重度化や終末期に向けた方針を策定する。	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、行を挿入して下さい。