

# 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	2591400029		
法人名	社会福祉法人 甲南会		
事業所名	グループホームせせらぎ		
所在地	滋賀県甲賀市甲南町葛木869番地2		
自己評価作成日	平成27年1月15日	評価結果市町村受理日	平成27年3月19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2月17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)】

平成26年全国グループホーム大会で口述発表を行った。平成27年2月には第33回滋賀県社会福祉学会で実践について口述発表する予定である。平成25年10月に訪問看護ステーションと契約を行い週1度健康管理で看護師が訪問している。また開所して初めてターミナルケアを行い 訪問看護ステーション、主治医、家族と連携をとり穏やかに最後を迎えられた。平成26年7月にもGHで利用者を家族との協力のもと看取りを行うことが出来た。認知症の理解、チームアプローチ、身体拘束、薬の理解、介護技術、利用者の事例検討会など スタッフの意識向上の為に研修会を行った。家族会では利用者家族からグループホームで大掃除を手伝いたいと意見があり12月に家族会の主催の大掃除を実施され、7名の参加となった。

## 【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)】

設立7年目になる木造平屋建ての事業所に18名の利用者が暮らしている。職員は利用者個々の人格を尊重し穏やかに安心して生活を送るための介護を基本に、日常生活で利用者の「おもしろい」に寄り添い、応えるケアをしている。散歩から帰った後は明るく広いリビングで仲間と一緒に団らんしたり好きな趣味に興じている。利用者の介護度は高いが医療連携体制加算事業所として、協力医は月1回、訪問看護師は毎週定期的に往診し、健康管理面では安心して過ごすことができる。広報誌「清流」を作成し家族はじめ公民館などに配布、地域の催事には積極的に参加し、事業所の活動内容を紹介している。市の要請で認知症介護の講演をするなど地域の福祉に貢献している。近隣周辺には同系列のデイサービスなどの福祉施設があり、利用者に面会の知人や地域住民が多い。

## 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

【ユニット名：もえぎ】

[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	朝の申し送りの時に出勤のスタッフが理念を読み上げている。 グループホームの会議の時に理念に基づいてケアを検討している。	職員は「地域とのかかわりを大切にし利用者の思いに沿った暮らしを」との理念を基に日常生活の中で理念の実践に取り組んでいる。課題や見直しがある場合は会議の中で全員で討議し実践に繋げている。	
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	地域の夏祭りに地域住民の方の協力的を得て参加している。利用者の暮らしていた地域へドライブに行ったり 地域の知り合いが利用者の面会に来られている。	地域の催事には参加し、広報誌を町内や公民館に配り活動内容を紹介している。近くにデイサービスがあり利用者を訪れる地域の友人や知人が多い。毎年中学、大学、看護学生、留学生の実習を受け入れている。	
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	地域包括の職員などと一緒にキャラバンメイトで小学校や地域の住民向けに認知症の研修会を行った。虐待会議にも参加している。		
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	2か月に1回、市の職員が必ず参加し運営推進会議を行っている。その際サービスの内容を説明している。	隔月に家族代表、地域の区長、地域包括支援センター、事業所職員が出席し実施している。内容は行事報告が主体で、介護費用についての質疑や旅行・行事などの意見交換を行い、議事内容を全職員に回覧している。	
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	キャラバンメイトや運営推進会議などで市の職員と連携をとっている。虐待ケース会議に参加した。	風邪の流行期や夏場の食品衛生管理について市の長寿福祉課と連携を密にし予防について助言を受けたり、災害について意見交換をしている。市の要請で住民対象に認知症介護の啓発講演の講師をしている。	
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	全職員対象に身体拘束の研修会を実施している。開所以来グループホームでは身体拘束をしていない	昼間は玄関の施錠はせず、職員全員で利用者を見守り徘徊外出のないよう努めている。全職員に身体拘束禁止の研修を行うと共に、外出の場合を想定し地域との連携体制を強化している。玄関には補助的にセンサーを取り付け出入りを感知している。	
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	職員研修で高齢者虐待の研修を全員を対象に行っている。		

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	職員研修において成年後見制度に関して研修を行っている。		
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	入居する時は家族に契約について分かりやすく説明し、家族の不安なところや疑問点について聞くようにしている。また契約書の変更の時は全家族に説明をし同意書をいただいている。		
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	苦情相談窓口を設置する。面会に来られた時やケアプランの説明の際家族の意見を反映している。またグループホームの会議を定期的に行いスタッフから意見を聞き、苦情について報告書を作成しスタッフと対応策について話し合っている	家族の面会時や介護計画の説明時に時間を掛け意見を聞き出し、これらを会議で職員全員に説明し対応している。家族会は年1回実施している。家族からの提案で年末大掃除を実施し利用者、家族、職員が一体となり取り組んだ。	
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	朝の申し送りの時や普段のケアの現場の中でスタッフの意見を聞き必要であればカンファレンスを行って対応している。	職員と管理者は朝夕の引継ぎ時に意見交換しており、検討事項がある場合は会議を開き対応している。代表者とは年2回懇談している。職員の提案で自立補助機器(車椅子から便座への移動補助)の導入を実現した。	
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	各スタッフにヒヤリングを実施し管理者や職員個々の得意な所や課題を明確に把握している。又介護福祉士等の資格取得の支援を行っている。		
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	認知症の理解 リスクマネージメント 身体拘束 感染症 救急対応の研修を行った。新人職員が増え新人に対して介護技術、認知症の研修等を行った。		
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	代表者は市、県、全国に交流を行っている。管理者は日本認知症グループホーム協会滋賀県支部での活動を行っている。		

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
<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	入居申し込み時から相談に乗り、実態調査においては本人の思いを受け止め必要によっては本人と何回も話し合いをしている また家族から生活歴や情報シートに出来るところなど記入してもらい安心確保に努めている。		
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	入居申し込みの時点でじっくりと家族の思いを聞き不安を取り除けるようにしている。また面会時には必ず家族と話しをし、ゆっくりと悩みを聞いている。		
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	家族が入居申し込みに来た時、本人の状況、介護者の状況を聞き必要によっては担当ケアマネジャーと相談をしながら支援をしている。		
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	基本理念に有るように利用者と共に料理のメニューや日中の活動に関して選択肢を多く一緒に選んでいる。活動内容や行事に関しても利用者と一緒に決めている。		
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	家族に毎月の郵便にて必ずグループホームでの様子を手紙と写真を添えて伝えている。また遠方から来られた家族には写真を撮り面会時に写真を渡している。利用者の居室に家族の写真を飾っている		
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	地域から利用者の知り合いが面会に来られる。また利用者の希望を聞き、本人が住んでいた所にドライブに出かけている。	盆暮れの帰省、墓参や馴染みの店などに行く場合は家族または職員が同行している。来訪者も多く居室で話し合うことがある。知人や親戚、家族あてに手紙を書いたり電話をかける場合は職員が支援している。	
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	食事作りや行事(外食ツアー、ドライブツアーや季節ごとの行事)などで利用者同士の関係性を創っている。また利用者の誕生日では誕生日会を行いユニットの利用者全員でお祝いをしている。		

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	退居時にいつでも相談に乗る事を伝え、実際、退去者家族から相談の電話があり、対応している。又退去後のサービス担当者からの相談にも応じている。		
<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	日々の生活の中に選択肢を多くしている。話す事が困難な場合は生活歴等から本人のニーズに答える事に努めている。	日頃交わす言動に注意し家族の話などを参考に本人の意向をくみ取るよう努めている。意思表示の困難な利用者には過去の生活歴を調べたりくつろいだ際に時間を掛けて本人から聞き出すよう努めている。	
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	入居時にアセスメントシートを活用し本人の日々のニーズの把握に努めている。又面会時に家族から情報を聞き経過を把握している。		
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	利用者一人一人の一日の様子の変化や心身状態の様子等スタッフと申し送りや普段の会話の中で共有している。		
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	ADLの低下、認知症の重度化に伴い重度化になっても生活が出来るように入浴用ストレッチャー スタンディングマシンの導入をし、利用者が安心、安全に生活が出来るように工夫している。	介護計画は医師、看護師の意見を参考に本人、家族の希望を採り入れ、ケアマネジャーの職員が検討した上で作成している。計画は本人や家族の署名捺印を貰っているが、3か月毎に見直しはされていない。	介護計画は状態変化がなくても3か月毎に、体調の変化があった場合にはその都度見直し、家族に説明し承認を得ることを期待したい。
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	利用者のケース記録に毎日のその日の状況を記録し、ケアの変更に関してはケアプラン補強シートに記入し家族への説明も行っている。		
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	利用者の一人一人の変化についてスタッフ同士話せる機会を作りその時々ニーズに対応できるようにしている家族の状況についても面会時に話を聞き要望についてはすぐに対応できるようにしている。		

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
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	給食ボランティア、生け花ボランティア、お茶会のボランティアなど協力して利用者の生活を支えている。防災に関しては消防署、区長さんと協力できる対応が来ている。		
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	かかりつけ医との関係を密に行っている。特に協力病院とは連携をとり利用者の状況に対応して電話連絡をし、急きょ訪問診療に来て頂いている。	18名の利用者のうち17名が家族の合意により協力医を主治医として診療を受けている。月1回の往診と年1回の定期健診を受け、毎週看護師が訪問し、受診結果は家族と共有している。かかりつけ医の利用者には通院支援している。	
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	訪問看護ステーションと契約し週1回看護師が訪問し健康管理をしている。また24時間電話相談ができる体制を確立している。		
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。	利用者の入院時、主治医と、家族と相談し病気の状況を把握しながら話し合いが来ている。また入院時利用者が混乱を少しでも減る様に看護師の協力を得ながら入院時の環境作りを行っている。		
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	平成26年6月に利用者をGHで病院、訪問看護、家族、ケアスタッフと共に協力し看取ることが出来た。看取りのあとは偲びのカンファレンスを行い今後の看取りに対していかしていきたい。	重度化、終末期方針は文書化しているが、入居時には口頭で簡単な説明をしており確認書は交わしていない。体調が悪化し確認書で家族が看取り希望した段階で指針を説明している。看取り希望者に対しては確認書を定期的に見直し、署名捺印を貰っている。	契約書の介護に関する条項で重度化、終末期ケアの方針を説明する際、口頭での説明に終わらず文書を交わして基本方針を共有することを確認してほしい。
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	急変時の対応については研修会を行っている。消防署と区長との消防訓練を年に2回行っている。AEDも設置を行っている。		
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	緊急時の電話連絡の訓練、年2回の消防署、区長との合同訓練を行っている。	年2回消防署指導のもと避難訓練を実施、うち1回は夜間を想定している。緊急連絡網や避難マニュアルもあり地域の区長も避難訓練に参加している。スプリンクラーや自動火災報知機は設置している。	

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>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	職員研修を行うとともに、日頃から職員同士で利用者への言葉かけや対応に注意している。	利用者の人格を尊重し丁寧に優しく声掛けするよう心掛けている。個人情報や秘密の保持については個人情報利用同意書を交わし、研修会や会議で徹底している。契約書や個人情報は鍵のある書庫に保管してある。	
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	生活の中で利用者が選択できるように個々の中核症状に合わせ本人が自己決定ができるように細かいところまで工夫をしている。		
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	生活歴を重視し、一人一人の生活リズムに沿う形でサービスを支援している。		
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	本人の生活歴を把握し本人のおもいに沿いその人らしい身だしなみやおしゃれを支援している。		
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	一人一人の生活歴や地域性を大切に料理のメニューを決め、利用者と一緒に料理を作り片づけも行っている。嚥下状態の悪い方には柔らかく食の提供を行っている。	全食地元の店から食材を購入し、利用者職員が相談して調理している。ユニット毎職員1人が利用者と一緒に食事しているがその他の職員は持参の弁当を食べている。誕生日や祝日は特別メニューで祝っている。	
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	利用者の状況や本人の嗜好に合わせた食事を提供し適切な食事量を摂取し栄養状態、水分量を把握しまた、飲み物もたくさん選択肢を広げ利用者一人一人に好みに合った飲み物を提供している。		
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	朝、夕の口腔ケアにイソジン液でうがいをしている必要に応じて口腔清拭や舌下のブラシを使用している。週に2回入れ歯洗浄剤を使用し、洗浄を行っている。		

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	利用者の排泄パターンの把握、サインを受け止めて利用者の出来る所や困っている所をアセスメントし排泄介助を行い自立支援に努めている。	排泄表から個人のパターンを把握しトイレに誘導している。大部分の利用者はリハビリパンツを着用しているが、声掛けなどの誘導でパンツの交換が減っている。排泄の自立補助器具を取り付けるなどの工夫もしている。	
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	排便を促すように毎朝、ヤクルト、牛乳、を提供している。繊維ファイバーを使用している。水分摂取量の把握や運動量の把握に努めている 主治医と連携をとり、マグミットの調整を行っている。		
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	利用者一人一人にいつ入りたいか 希望を聞きその希望の沿って入浴を提供している。認知症の重度化に伴い入浴用のリフトを設置している。	平均週2~3回、午前か午後の希望時間帯に入浴している。介護度の高い利用者には職員は2人で対応し安心してくつろげるよう心掛けています。ゆず湯、菖蒲湯、入浴剤の使用などで入浴を楽しむ工夫もしている。	
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	生活習慣やその日の状況に応じて休息したり眠れるようにしている。眠れない利用者にはゆっくり話をきいたり、足浴を実施している。		
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	薬剤師の方がGHで薬について研修を行っている。また利用者のケース記録に服薬している薬の効果、副作用の書いた紙をどじ常に確認ができるようにしている。		
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	日常生活(食事作り 洗い物 洗濯干し 掃除)の活動以外にも花の水やりや手芸などを行っているまた生活歴に応じた色塗りや裁縫なども行っている。		
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	日常的には中庭や近所を散歩したり、家族との外出を支援したり外食ツアーや買い物その他に季節に応じた行事を企画し、実行している。	車椅子の利用者が8名いるが、何回かに分けて近くの店に買い物に行ったり天気の良い日は週3回以上近くを散策し、自然や地域の人との触れ合いを楽しみにしている。月に1回全員で外食に出掛け、季節毎に花見や植物園、一泊二日の観光旅行などで遠出することもある。	

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
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	利用者の中核症状に合わせお金の管理ができる人は本人の意向を聞き利用者が管理できる額を本人にできる様に支援をしている。		
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	本人の希望により家族や友人と電話や手紙のやり取りを支援している。また伊勢旅行や日帰り旅行の様子をスタッフが家族に手紙を書き写真を添えて手紙を送っている。		
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	共有空間、廊下には自然の光が入る様になっている。生活や季節を感じてもらう為に季節の花を飾りまた利用者と一緒に作った季節の展示(カレンダーなど)を行っている。	共用の場所は空調、換気の設備が整っている。トイレは2.5畳の広さで車椅子の使用が可能である。食堂兼居間にはテレビがありニュースや娯楽番組を楽しんでいる。利用者の作品や花を飾り、窓からは近くの山や畑が眺められ季節が味わえる。	
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	畳部屋をフローリングに改築を行い、雑音などで混乱される方がゆっくり過ごせるスペースになっている。		
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	入居前に家族と本人に使い慣れた物を中心に居室を整備してくれる様に話をしている。普段の整備を本人と職員で行っている。	居室の広さは9畳で和室、洋室どちらにも利用できる。ソファやタンスなど使い慣れた家具を持ち込み家族の写真を飾り家庭の雰囲気が表れている。家族も泊まれ、室内は綺麗に清掃され寝間着やシーツも清潔であった。	
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	バリアフリーになっていて手すりを設置している。車いすの利用者の方でも食事作りが出来るように調理台を設置し、生活できるように分かりやすく表示をしている。利用者の声掛けにも工夫し、出きる事を生活に生かしている。		

自己評価および外部評価結果(

【 ユニット名 : あけぼの 】

[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	朝の申し送りの時に出勤のスタッフが理念を読み上げている。 グループホームの会議の時に理念に基づいてケアを検討している。		
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	地域の夏祭りに地域住民の方の協力的を得て参加している。地域の知り合いが利用者の面会に来られている。家族本人の希望により在宅に帰る支援を行った。		
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	地域包括の職員などと一緒にキャラバンメイトで小学校や地域の住民向けに認知症の研修会を行った。		
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	2か月に1回、市の職員が必ず参加し運営推進会議を行っている。その際サービスの内容を説明している。		
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	キャラバンメイトや運営推進会議などで市の職員と連携をとっている。虐待ケース会議に参加した。		
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	全職員対象に身体拘束の研修会を実施している開所以来グループホームでは身体拘束をしていない。		
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	職員研修で高齢者虐待の研修を全員を対象に行っている。		

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	職員研修において成年後見制度に関して研修を行っている。		
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	入居する時は家族に契約について分かりやすく説明し、家族の不安なところや疑問点について聞くようにしている。また契約書の変更の時は全家族に説明をし同意書をいただいている。		
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	苦情相談窓口を設置する。面会に来られた時やケアプランの説明の際家族の意見を反映している。またグループホームの会議を定期的に行いスタッフから意見を聞きいている。		
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	朝の申し送りの時や普段のケアの現場の中でスタッフの意見を聞き必要であればカンファレンスを行って対応している。		
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	各スタッフにヒヤリングを実施し管理者や職員個々の得意な所や課題を明確に把握している。又介護福祉士等の資格取得の支援を行っている。		
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	認知症の理解 リスクマネジメント 身体拘束 感染症 救急対応の研修を行った。今年度は新人のスタッフが増え新人に対して介護技術、認知症研修、身体拘束に対して研修を行った。		
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	代表者は市、県、全国に交流を行っている。管理者は日本認知症グループホーム協会滋賀県支部での活動を行っている。		

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
<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	入居申し込み時から相談に乗り、実態調査においては本人の思いを受け止め必要によっては本人と何回も話し合いをしている。入居前に3~5回ほど入居者本人と面会に行きGHの説明や本人との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	また面会時には必ず家族と話しをし、ゆっくりと悩みを聞いている。入居前には何度も電話のなどで家族不安を聞き入居に向けての不安を取り除いている		
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	家族が入居申し込みに来た時、本人の状況、介護者の状況を聞き必要によっては担当ケアマネージャーと相談をしながら支援をしている。		
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	基本理念に有るように利用者と共に料理のメニューや日中の活動に関して選択肢を多く一緒に選んでいる。活動内容や行事に関しても利用者と一緒に決めている。		
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	家族に毎月の郵便にて必ずグループホームでの様子を手紙と写真を添えて伝えている。また遠方から来られた家族には写真を撮り面会時に写真を渡している。利用者の居室に家族の写真を飾っている		
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	地域から利用者の知り合いが面会に来られる。また利用者の希望を聞き、本人が住んでいた所にドライブに出かけている。本人のなじみのある散髪屋に行かれたりしている。		
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	食事作りや行事(外食ツアー、ドライブツアーや季節ごとの行事)などで利用者同士の関係性を創っている。また利用者の誕生日では誕生日会を行いユニットの利用者全員でお祝いをしている。		

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	退居時にいつでも相談に乗る事を伝え、実際、退去者家族から相談の電話があり、対応している。又退去後のサービス担当者からの相談にも応じている。		
<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	日々の生活の中に選択肢を多くしている。話す事が困難な場合は生活歴等から本人のニーズに答える事に努めている。		
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	入居時にアセスメントシートを活用し本人の日々のニーズの把握に努めている。又面会時に家族から情報を聞き経過を把握している。		
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	利用者一人一人の一日の様子の変化や心身状態の様子等スタッフと申し送りや普段の会話の中で共有し対応の変更が必要なときはその都度ケアプラン補強シートに記入し共有できるようにしている。		
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	利用者担当にアセスメントシートに記入してもらい家族の思い、本人の思いを受け止めて計画作成者担当とカンファレンスを行いケアプランに反映している。必要なときはPTとカンファレンスを行ってケアに反映している。		
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	利用者のケース記録に毎日のその日の状況を記録している。		
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	利用者の一人一人の変化についてスタッフ同士話せる機会を作りその時々ニーズに対応できるようにしている家族の状況についても面会時に話を聞き要望についてはすぐに対応できるようにしている。		

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
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	給食ボランティア、生け花ボランティア、お茶会のボランティアなど協力して利用者の生活を支えている。防災に関しては消防署、区長さんと協力できる対応が来ている。		
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	かかりつけ医との関係を密に行っている。特に協力病院とは連携をとり利用者の状況に対応して電話連絡をし、急きょ訪問診療に来て頂いている。		
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	訪問看護ステーションと契約し週1回看護師が訪問し健康管理をしている。また24時間電話相談ができる体制を確立している。訪問看護とは24時間オンコールする体制が出来ている。		
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。	利用者の入院時、主治医と、家族と相談し病気の状況を把握しながら話し合いが出来ている。また入院時利用者が混乱を少しでも減る様に看護師の協力を得ながら入院時の環境作りを行っている。		
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	家族会でターミナルについて話し合い、また、GHで出来るターミナルについて契約者を作成し、家族によっては、同意を頂いている。またスタッフともターミナルについて研修を行い、ターミナルの利用者が亡くなったときには偲びのカンファレンスを行っている。		
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	急変時の対応については研修会を行っている。消防署と区長との消防訓練を年に2回行っている。AEDも設置している。		
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	緊急時の電話連絡の訓練、年2回の消防署、区長との合同訓練を行っている。		

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
<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	職員研修を行うとともに、日頃から職員同士で利用者への言葉かけや対応に注意している。		
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	生活の中で利用者が選択できるように個々の中核症状に合わせ本人が自己決定ができるように細かいところまで工夫をしている。		
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	生活歴を重視し、一人一人の生活リズムに沿う形でサービスを支援している。		
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	本人の生活歴を把握し本人のおもいに沿いその人らしい身だしなみやおしゃれを支援している。		
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	一人一人の生活歴や地域性を大切に料理のメニューを決め、利用者と一緒に料理を作り片づけも行っている。		
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	利用者の状況や本人の嗜好に合わせた食事を提供し適切な食事量を摂取し栄養状態、水分量を把握しまた、飲み物もたくさん選択肢を広げ利用者一人一人に好みに合った飲み物を提供している。		
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	朝、夕の口腔ケアにイソジン液でうがいを行っている必要に応じて口腔清拭や舌下のブラシを使用している。週に2回入れ歯洗浄剤を使用し、洗浄を行っている。		

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	利用者の排泄パターンの把握、サインを受け止めて利用者の出来る所や困っている所をアセスメントし排泄介助を行い自立支援に努めている。		
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	排便を促すように毎朝、ヤクルト、牛乳、を提供している。繊維ファイバーを使用している。水分摂取量の把握や運動量の把握に努めている 主治医と連携をとり、マグミットの調整を行っている。		
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	利用者一人一人にいつ入りたいか 希望を聞きその希望の沿って入浴を提供している。		
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	生活習慣やその日の状況に応じて休息したり眠れるようにしている。眠れない利用者にはゆっくり話をきいたり、足浴を実施している。		
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	薬剤師の方がGHで薬について研修を行っている。また利用者のケース記録に服薬している薬の効果、副作用の書いた紙をとじ常に確認ができるようにしている。		
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	日常生活(食事作り 洗い物 洗濯干し 掃除)の活動以外にも花の水やりや手芸などを行っているまた生活歴に応じた色塗りや裁縫なども行っている。		
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	日常的には中庭や近所を散歩したり、家族との外出を支援したり外食ツアーや買い物他に季節に応じた行事を企画し、実行している。		

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	利用者の中核症状に合わせお金の管理ができる人は本人の意向を聞き利用者が管理できる額を本人にできる様に支援をしている。		
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	本人の希望により家族や友人と電話や手紙のやり取りを支援している。また伊勢旅行や日帰り旅行の様子をスタッフが家族に手紙を書き写真を添えて手紙を送っている。		
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	共有空間、廊下には自然の光が入る様になっている。生活や季節を感じてもらう為に季節の花を飾りまた利用者と一緒に作った季節の展示(カレンダーなど)を行っている。畳部屋を車いすでも入れるように改築を行い共有スペースにした。		
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	ふれあい広場もあり気のあった利用者同士が居室で話したりと各自のニーズに対応した空間で過ごしている。		
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	入居前に家族と本人に使い慣れた物を中心に居室を整備してくれる様に話をしている。普段の整備を本人と職員で行っている。		
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	バリアフリーになっていて手すりを設置している。車いすの利用者の方でも食事作りができるように調理台を設置し、生活できるように分かりやすく表示をしている。利用者の声掛けにも工夫し、出きる事を生活に生かしている。		

## 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	33	利用者が入居の時に重要事項説明書 契約書を家族に説明していたが、終末期ケアの方針を文章で説明を交わしていない。	利用者、利用者家族に終末期ケアの方針を文章で説明を行い、終末期ケアについて家族と利用者と一緒に方向性を考えていく。	・現在入居している利用者、家族には説明しているので新しく入居される方に対しては、入居時の契約書等の説明時に終末期ケアの方針を文章で家族、利用者に説明を行う。	入居時
2	26	介護計画は3か月に一回見直し、変更を行っていない。	3か月に一回、介護計画の見直し、変更を行い、家族にも説明を行う。	・ケアプラン補強シートにケアの具体的な内容(変更)を記入し家族に説明しサインを頂くようにする。	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。