

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	2590100075		
法人名	有限会社 ミキ		
事業所名	グループホーム 富士見		
所在地	滋賀県大津市富士見台15-36		
自己評価作成日	令和1年 9月 16日	評価結果市町村受理日	令和 1 年 11月 12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31年10月18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』の理念に基づき、その人らしい生活の援助に努めている。
グループホームでの生活を入居者だけでなく、スタッフも楽しめるような雰囲気作りを心がけ、ふれあいの時間や何気ない会話など利用者様同士の語らいの時間も大切にしている。

【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)】

近くに大きな病院があり、住宅密集地の中の普通の民家風の事業所である。職員と利用者が肩を寄せ合って暮らしており、アットホームを打ち出していることと工夫している。利用者個々の好みや思いを生活に出来るだけ採り入れるように努め、集団での行動を強いないように、かつ仲よくおだやかに暮らせるように支援している。家族が少なく経済的に決して恵まれない利用者も受入れ、楽しくかつ費用負担が多くならないような暮らしができるように工夫している。職員は感謝の言葉を働き甲斐にして介護に当たっている。通院支援は殆ど職員が担っており、法人としてもいろんな面でそれを支えている。利用者は、食事前の口腔体操、リハビリ体操、床拭きなどで身体機能維持に努め、読書、テレビ鑑賞、新聞読み、裁縫、洗濯物たたみ、調理の手伝いなどできることをし、節分、七夕、クリスマスなど季節の行事などで個々の調子に合わせた生活を楽しんでいる。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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	「ゆっくり暮らす」「楽しく暮らす」「元気に暮らす」3つの理念を、それぞれの利用者さんに併せて自立の支援を行っている。	仲よくかつ個々の思いに沿える普通の暮らしの在り方を想い、理念に沿えるように工夫している。迷ったときには理念に沿った解決策を採るようにして、利用者に接している。理念を玄関、居間に掲示し、パンフレット、家族だよりの封筒にも記載して共有に努めている。	
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	自治会に加入し、地域での行事(地藏盆・運動会・祭りなど)への参加(見学)祭事の協力を行っている。近隣の人達への挨拶や会話を絶やしていない。	近所との挨拶や会話、地域のお祭りにお供えをするなど地域行事には参加している。認知症相談所としても開放している。高齢化によるボランティアの受入が中断するなど、近隣の事情もあるが地域との交流が低調になっている。	地域との交流がより活発になるように、工夫して欲しい。
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	実習生を受け入れ実地研修を行う用意はあるが、現在は受け入れ要請がない。地域の方々へ運営推進会議を通じ事業内容を発信するよう試みている。		
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	サービスの現状報告、利用者様の近況、ニーズを報告し、現状から抽出した課題を検討、改善また学習の場としている。	地域包括支援センター職員、成年後見人等の参加で隔月開催している。地域の代表には声かけをしているが参加までに至っていない。事業所の現状報告、外部評価や事業所の課題を議論している。議事録の家族や職員への周知が足りない。	地域住民の参加を得ること、家族への議事録配布と応答、職員の回覧を検討・実践して欲しい。
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	行政からの運営推進会議の参加にて相談・指導・情報提供して頂き、また依頼業務にも応じている。	地域包括支援センターとは日ごろ相談・助言・報告などで交流・接触している。認知症相談所として門戸を開放している。利用者の成年後見人制度の使用促進を受けて、協働して実践している。	
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	隔月に身体拘束適正化委員会を開催、その趣旨に基づき職員の啓発に取り組んでいる。	玄関は夜間のみ施錠し、昼間は開放している。身体拘束廃止委員会を隔月開催し、職員は内容を共有して介護に活かしている。徘徊はないが、対応ネットワークを整備している。	
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	月ごとに開催する人権学習で実情の調査、検討から虐待に類する事象の発生を未然に防いでいる。		

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
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	日常生活自立支援の研修、成年後見制度の申請に関与している。		
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(入所)前の見学や入退居についても十分に時間をとり説明している。また、起こりうるリスクを説明し納得、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	意見箱の設置や家族さん意向の聞き合わせを行っている。意見や要望はケア会議等で話し合い反映している。	家族の訪問時や毎月の便りや請求時、電話連絡時に意見や要望を聴くようにしている。意見・要望が殆どなく、運営に反映することが出来ていない。	連絡・対話方法と内容をより工夫して、家族の理解や協力が得られるようにして欲しい。
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	日頃からコミュニケーションを図り、手段としてメールやLINEの活用も行っている。	毎月の職員会議や日ごろの現場での対話から職員の意見・要望を聴き取り、連絡帳に記載し共有し、支援に活かしている。コーヒークップを揃えて欲しい、マニュアルの改訂、連絡帳とメモでの投棄の二重チェック等の意見を実現している。	
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	職員の疲労やストレスの要因について気を配り勤務時間中にも気分転換できる場所を確保。個々に面談を実施している。労働条件、仕事に対する聞き取りを行い、各自に合った労働条件の提示や環境条件の整備に努めている。		
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	積極的に参加申し込みできるよう、研修の紹介・報告・資格取得を働きかけている。ケアに関しては、実践指導している。		
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	グループホーム交流会に参加し、情報・意見交換しサービスの質を向上させている。		

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	聞き取りには時間をかけて、懇談中の何気ない言葉に気づけるようにしている。入居(入所)後は今までの暮らしを考慮しながら、ホームの暮らしに慣れ、仲間作りが出来る支援を行っている。		
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	相談には、時間のゆとりを持ち、同じ立場で共に考えるように努めている。		
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	ホーム利用の選択には十分な情報と専門職としての助言を行っている。		
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	本人の不安・苦しみ・喜び等を知ることに努め、受容と共感を大切にし、利用者様と職員が協働しながら和やかに過ごせるように努めている。		
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	富士見便りの文章連絡、来訪時や電話等で近況報告などを行っている。また家族様と面談する時間を作っている。		
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	親戚への連絡、望まれる旧友などの来訪が可能になる配慮、支援している。	日頃の会話の中で思い出話などから思いや馴染みを聴き出している。馴染みの場所への外出希望などは、個々に異なり、ホームの中で過ごすことが一番と思う利用者が多くなっている。	
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	個別に話を聞いたり、相談に乗ったり、また気の合う者同士で過ごせるようにと職員が調整役になっている。ゲームやレクリエーション等で親睦が図れるようにも努めている。。		

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	培われた関係性を大切に相談や支援に応じる姿勢でいる。		
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	本人や家族から情報を得て、できる限り利用者様の意向に添えるよう努め、信頼関係を大切にして希望や意向が引き出せるように耳を傾けている。	フェイスシートなどから把握し、日頃の会話からも好みやぼやきも聴き逃さず本音を汲み取っている。利用者間の好き嫌いもあり、様子を見ながら食事時の配置などを変えている。読書好きの利用者には図書館への同行も支援している。	
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	プライバシーに配慮しながら、利用者様や家族様から情報を得ている。		
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	生活、心理面の視点やできないことよりもできることに注目し、その人全体の把握に努めている。		
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	ケア会議等にてアセスメント・モニタリングについて意見交換を行い、利用者様の思いや意見を反映し再計画している。	医師の往診記録と看護記録を採り入れ、介護記録、モニタリングを基に、利用者個々の状況に沿えるように、介護計画を作成し、状態に変化が無くても3ヶ月毎に、急変時は都度計画を見直し、家族の承認・捺印を得ている。	
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	気づきや状態変化を個々のケア記録に記し、また申し送り(ノート・口頭)で職員間の情報共有を行い、ケアプランの見直しに反映させている。		
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	外出・外泊は家族様も協力的である。ニーズがあれば、その時の状態に応じて柔軟に対応している。		

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	運営推進会議出席の行政機関からの情報、研究した支援に関する情報を実践に生かしている。		
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	利用者様は、定期回診で医師、看護師に直接希望を伝えている。また職員は伝達に助力している。専門医への受診は可能な限り家族様にも同行して頂き、支援している。	全員が希望で協力医をかかりつけ医にしている。月2回の看護師と共の往診、週1回の看護師訪問を受けている。専門医などの受診は殆どが職員が同行支援しており都度家族に伝え、医師間でも情報共有している。	
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、健康において気になることがあれば随時、看護師と連絡がとれる体制をとっている。看護師は週に1回以上ホームを訪問している。		
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。	事業所での対応可能な段階で、なるべく早く退院できるよう地域医療・ソーシャルワーカーと連携を取っている。		
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。	提携医療担当医の指示に従い、本人、家族様の望まれる対応が可能か明確に伝え、滞らない支援に心がけている。	重度化や看取りの指針を入居時に説明し承認を受けている。看取り実績はないが、対応マニュアルを備えている。研修より実際の看取り体験で諸々の習得を目指している。	
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	対応マニュアル及び、既往症対応情報を基に、救急車が到着するまでの応急処置や準備することについて各職員が対応できるようにしている。		
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	マニュアルを作成・消防への自動火災通報装置・スプリンクラーを設置している。また、消防訓練等で消火器の使用方法や避難経路を確保している。年に2回消防署立会のもと訓練を行っている。	消防署の参加と指導助言を得ての、年2回の訓練を実施している。非常食用羊羹や飲料水、日常品の備蓄をしている。夜間想定訓練は無く、地域住民の参加も得ていない。	夜間想定訓練と、地域住民の訓練参加を実現して欲しい。

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	介助が必要な時も利用者様の気持ちを察知し、さりげなく対応し自己決定しやすい環境を作っている。	利用者を人生の先輩として敬う気持ちを大切に接している。特に排泄誘導時や入浴時の声かけはプライバシーと尊厳に気を付け、安全にも配慮して行っている。	
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	日々の支援の中から利用者様の思いや希望を伺い、自己決定できるような言葉かけをしている。		
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	一人ひとりの生活リズムに可能な限り合わせられる様に努力しているが、集団生活上無理もある。		
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1回美容師による各利用者様の好みにカットしてもらっている。日々の服装も個人で選べるようにしている。		
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	食事準備・盛り付け・後片付け等、各利用者様に応じた手伝いをしてもらっている。	メニューと食材を業者から提供を受け、調理は職員が交替で行い、利用者と職員と一緒に歓談しながら食べている。利用者は、少なくなってきたが調理や後片付けを手伝っている。時には利用者の希望を容れた調理やおやつ、誕生日会での好みのおやつを楽しんでいる。	
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	各利用者様に合わせて、量等それぞれが食べ易いように工夫している。カロリー計算され栄養バランスの取れた食事を提供している。		
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	声掛け、見守り、介助にて毎食後の口腔ケアをしている。		

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	排泄パターンを把握しパット、リハパンの減量、失禁による不快感の軽減に努めている。トイレ使用時等プライバシーに気を付け、自尊心を傷つけないよう心掛けている。	排泄状況を詳細に記録し、それを基準に誘導時の声かけをしている。促しや誘導でおむつから自立排泄になった利用者もいる。現在、布パンツの利用者3名、リハビリパンツの利用者3名である。	
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	運動不足・水分不足にならないよう必要に応じた促しをし、顧問医師の処方等に対応している。		
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	原則日曜日以外は毎日入浴対応している。平均週2～3回程度。希望によっては連日入浴も可能となっている。	機械浴ではなく、器具を種々用意して、車椅子の利用者にも応じた入浴介助をしている。希望者は毎日、平均で2～3回/週入浴している。入浴時に優しく丁寧に介助することで入浴を楽しめるようにしている。	
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	就寝時間はおよそ21時と定めているが、各利用者様のリズムに合わせて昼寝など取り入れている。		
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	薬の変更・増量等あった場合は、申し送りノートと口頭確認伝達している。本人の状態変化等については、できる限り詳細な報告を医師、看護師にしている。また管理薬剤師へ相談、助言をも受けている。		
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	掃除・花の水やり・食事準備等、各利用者様に合った事をしてもらっている。金魚を飼育し生き物への優しさや成長する楽しみをもってもら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	日常的な散歩・ドライブ以外に個人的な買い物等は関係者にも支援依頼している。	高齢化とホーム内に居りたい希望も増え、外出などは少なくなっているが、近所の神社や定期コースの散歩、初詣やドライブなどを、外気に触れる機会にしている。	

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
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	基本的にはお金の所持はしてもらっていない。場合によっては利用者様個々の管理能力に応じて支援・管理を行い所持していただく。		
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	家族の安否確認などは、通話ができるまでの支援を行っている。		
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	リビングに季節ごとの貼り絵(壁紙)を利用者様と職員が共同制作後飾り季節感を味わってもらっている。居室・リビングの空調管理を常に行っている。利用者様の状態により冷暖房の使用を制限している場合もある。	やや高台にあり、居間からの眺望は良い。居間や廊下に利用者の作品や職員との共同作品を飾り、水槽に沢山の金魚を飼い、台所が隣接しており、家庭的な状態となるように工夫している。浴室、トイレは清潔に保っている。	
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	各利用者様の気に入った場所で、くつろげるようにしている。		
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	使い慣れた生活必需品を置かれている。中には在りすぎて混乱を招く場合もあるので、その際は家族様に相談している。	冷暖房設備と収納スペースを備えているが、他は全て利用者が使いやすいもの、置いておきたいものを持ち込んで暮らしている。多くの利用者の居室は、ベッド以外のものは少なく、広々して動き易くなっている。	
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	各利用者様の状態に応じた環境作りをして、問題が生じた場合は、その都度職員間で話し合い不安・混乱原因を取り除き、自立支援に努めている。		

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	I 2(2)	地域との交流	地域の方に推進会議、消防訓練に参加していただく	地域行事への参加、推進会議・消防訓練への参加呼びかけ	1年
2	I 4(3)	運営推進会議の議事録が家族や職員に十分に周知できていない	推進会議議事録の周知	議事録ファイルを事務所(玄関)に設置し、いつでも誰でも閲覧できるようにする。職員に関しては、議事録を回覧する。	3か月
3					
4					
5					

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。