

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	2570700076		
法人名	社会福祉法人 友愛		
事業所名	カナリヤグループホーム ユニット逢		
所在地	滋賀県守山市三宅町833		
自己評価作成日	平成24年1月26日	評価結果市町村受理日	平成24年3月16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	http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2570700076&SCD=320&PCD=25
----------	---

【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 平和堂和邇店2階		
訪問調査日	平成24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)】

○ 利用者さんがそれぞれのペースに合わせて自由に生活できるように、24時間体制で支援しています。
 ○ 日々の生活の中で、職員が利用者さんに教えられることは多々あり、職員と利用者という一方的な関係ではなく、共に生活するという相互の人間関係を作るように努力しています。
 ○ いつも職員が間に入るのではなく、利用者さん相互の関係が作れるようなきっかけ作りを心がけています。
 ○ 希望により一緒にお墓参りをしたり、それまでのなじみの場所に出かける、地域の人に来てもらって一緒に歌うを歌ったり囲碁をするなど、施設外ともつながりを持ってるように努めています。

【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)】

当事業所は守山市の郊外に母体法人がショートステイ等の介護施設と共に併設し本年で設立9年目を迎える。周囲に田園を望む環境の中、利用者は調理などの場面で各々の持てる力を発揮しつつ職員と共に活気ある生活を送っている。特に地域との交流は夏祭りや学区のふれあい広場への参加、認知症の出前講座の開催に取り組む一方、事業所主催の餅つき、ひな祭りなどの諸行事には地域の参加を得ており双方向の活発な交流を行なっている。遠方の地にふるさとを持つ利用者の希望に応じてその場所を訪問し、ロビーに「ふるさとの思い出をたずねて」の写真展示をするなど馴染みの関係支援、思い出作りにも積極的に取り組んでいる。利用者には敬意をもって接し、利用者の力を引き出そうとするケアを実践している事業所である。

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、安心して暮らせている (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	理念は、職員室に掲げている。徐々に実践に繋がるように心掛けているが、十分とはいえない。	「地域と関わりながら自分のもてる力を存分に発揮して自分らしく…」の理念を掲げている。ホーム会議、ユニット会議では理念を念頭においた話し合いを心がけ、実践に繋がるよう取り組んでいる。	
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	買い物で近くの店に行ったり、自治会の夏祭りに参加している。散歩時に挨拶はしている。時々近所にすむ入居者の知り合いの家に行っている。週に1回地域の人に囲碁をさしに来てもらっている。	地域の夏祭りに模擬店を出して参加したり、認知症出前講座で地域に貢献もしている。事業所主催の餅つきなどには住民が多数参加し、地元コーラスグループや幼稚園児の訪問を受けるなど活発に交流している。	
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	実習生や研修等を受け入れて認知症の説明をしている。地域の方にも運営推進会議の場で理解や支援の方法を伝えている。まだホーム内だけで外に出ては出来ていない。		
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	運営推進会議で地域の方に認知症や施設の説明をしている。そして地域の方に広めていってもらえるように努力している。施設職員の意見ばかりでなく、参加者の色々な意見が聞けるようにしている。	利用者家族、地域代表、市職員、提携医など有識者の参加を得て隔月に開催している。事業所の報告と共に毎回テーマを決めて討議や意見交換を行ない会議報告書に記録し運営に活用している。	評価結果の開示と併せ、会議を目標達成計画取り組みのモニター役として活用することが望まれる。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	運営推進会議に市の職員・市の介護相談員に参加してもらっていてホームの現状を知ってもらっている。また、市の介護相談員には月1回ホーム内に入ってもらい色々な意見を頂いている。	市の高齢福祉課とは運営推進会議以外でも連携を持ち、各種報告書の提出や法令解釈などについて相談している。介護相談員を受け入れ、日常のケアについての意見交換を行なっている。	
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	身体拘束はないように努めている。研修で定期的に確認するようにしている。夜間帯以外は原則として玄関に施錠せず、自由な外出を保障している。	職員は施設内研修で「身体拘束禁止」「虐待禁止」を受講し理解を深め実践に努めている。玄関は夜間以外は施錠せず、職員の見守りにより自由に外出できるようにしている。	
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注意を払い、防止に努めている	施設内研修を行なって基礎知識を学び、虐待が起こらないようにするためにはどうすべきかを検討している。		

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
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	日常生活自立支援事業を活用しておられる利用者がおられるが、全職員が詳しい内容を把握していない。成年後見制度についても理解は不十分である。		
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	契約時には重要事項説明書に基づいて、ホームで出来る事・出来ない事、生活の上でのリスク、料金、退居の条件などを納得してもらえるように説明して同意を頂いている。		
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	家族の面会時には、職員から話しかけ要望をきけるように努めているが、外部者には運営推進会議ぐらいしか話せる機会がない。利用者や家族が自由に意見を言えるようにはなっていない。	家族会を結成、開催し交流とあわせて意見や要望を聞く機会としている。内部、外部への苦情相談窓口は重要事項説明書に明示している。意見を取り入れトイレのドアの取っ手を操作しやすいように変更した例がある。	
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	職員の意見や提案を聞く機会は、月1回の会議の場ぐらいしかなく、機会自体十分ではない。意見は聞いてもらえるが反映されているとは言い切れない。	職員は月1回のホーム会議で毎日記録した利用者の個人記録の中などから課題や意見を具申している。代表者や管理者も可能なものは実現し運営に反映するべく取り組んでいる。	代表者、管理者と職員の日常コミュニケーションや個人面談の機会を更に増やす努力をして欲しい。
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	代表者は日誌などでホームの状況を把握している。そして可能な限り現場に来るようにしている。また、必要時は面談を行いやりがいなど、各自が向上心を持って働ける様に努めている。		
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	研修の案内は貼ってあるが各自の意志に任せている。必要な研修は立場や経験を考慮して受けてもらっている。新人職員には1ヶ月程ベテラン職員と一緒にしてもらい指導を行っている。		
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	淡海グループホーム協議会に入会しており、協議会の研修で同業者と交流を深めるようにしている。また、良い施設には見学に行き交流を深めている。		

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
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	面接時に本人から現在の状況と昔の習慣を細かい所まで聞くようにしている。情報を駆使して本人との関係作りに努めている。		
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	職員ばかりが話すのではなく、家族が何に悩んで困っておられる事を話してもらえるように努めている。否定はせずに苦労や困難を分かち合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	サービス開始時、家族の要望によつての急な入居には必要によつて対応している。		
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	日常生活において、共に協力し支えあっているが、介護される立場にしている事もあり、職員が優位になっている事もある。		
19		○本人と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	面会に来られた時に近況報告や情報交換など話す機会を持っているが、一緒に本人を支えていく関係にはまだ十分にはなれていない。		
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	今までの関係が途切れない様に、行きつけの店や近くの友人宅などに出向いたりしている。	居住地の祭りへの参加、馴染みの店や美容院の利用支援のほか、利用者の生まれ故郷(徳島県や岐阜県)を遠方でも訪ねる支援も行うなど馴染みの関係維持に取り組んでいる。	
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	なるべく距離をとるようにしているが、職員が間に入りすぎている所もある。孤立しないよう配慮しているが、支援不足な所もある。		

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
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	他の事業所に移られた時や入院された時は利用者と一緒に会いに行き関係が途切れないようにしている。移られる時は移られる事業所に本人のこれまでに生活状況を細かく伝えている。		
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	日常の会話の中や行動などで、把握に努めている。個人差があり自己主張できない人には配慮しているが、不十分である。	フェイスシートや個人記録及び日常の仕草や会話から利用者の思いや意向を把握している。意向表出困難な利用者については、フェイスシートを参考に表情から読み取ったり家族の意見を聞いて把握している。	
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	事前に調査したり、日常の会話の中で把握できるようにしているが、これまでの生活の延長にはなれていない。		
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	おおまかな一人ひとりの現状把握はできているが、細かなことが把握できていない所がある。		
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	職員同士では話し合いをしているが、本人、家族、必要な関係者とは十分ではなく、一緒に本人を支えていく介護計画とは言えない。	利用開始時のアセスメントを基にケアマネジャーが基本計画を作成している。毎月モニタリング表を作成し、ケアに取り入れているが、介護計画書への反映、見直しには結びついていない。	介護計画書は状態変化が生じた場合の随時修正と共に、3ヶ月ごとの定期見直しを行ない、家族の確認印を得ることを望みたい。
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	新しい発見など個別記録に記入したり、日常で話したりしている。職員同士がより共有して、反映できるようにしたい。		
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、その時々にも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	家族の通院が困難な時はホームの職員が代わりに通院に付き添っている。また、車椅子での通院の時は送迎を行っている。		

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
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	地域資源の把握ができておらず、ホームの中で完結している。		
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	今までかかっておられたかかりつけ医に受診してもらっている。通院時に日頃の様子を記入してかかりつけ医に渡したり、必要時は通院に付き添っている。また、家族が通院できないときは職員が代行している。	全員がかかりつけ医を受診している。受診時に利用者の日頃の様子を記して医師に渡すなど密な関係を築いている。受診結果は家族から報告を受け個人記録に残している。提携医は緊急時の活用のみとしている。	
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	ホーム内に専属の看護職がおらず必要時には併設のデイ、特養の看護職に相談している。		
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。	できるだけ早く退院出来るように病院・家族と連携を取っている。また、利用者の環境の変化を考えて職員と利用者で面会に行くようにしている。		
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	入居時には、ホームで対応出来る事と出来ないことを明確に話しており、家族にもホームで対応出来なくなった時の事を考えた話をしている。定期的な確認が十分にできておらず、ぎりぎりになってからの話し合いになってしまうこともある。	重度化、終末期対応は利用契約書の「契約の終了」「契約解除」の条項に該当するとして、現時点では看取り介護には対応していない。但し、契約条文に重度化、終末期の対応方針として明言されているわけではない。	終末期ケアについて事業所の考え方、方針を明確にし、重要事項説明書などに明記し、早い段階から家族と話し合いを持つとともに定期的に確認することが望まれる。
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	勉強会など開いているが、全ての職員が、実践力が身につけているとは言えない。		
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	訓練はしているが、実際に起こった時の想定が出来ていない。地域との協力体制は築けていない。	災害対応マニュアルを基に年2回夜間を想定した避難訓練を行ない、内1回は地元消防署の立会い指導を受けている。緊急時の備蓄や避難場所も決まっているが地域との協力関係は出来ていない。	訓練に地域の人の参加が得られるよう運営推進会議などで依頼し協力関係を築いて欲しい。

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	人格を尊重し、傷つけないようさりげない声かけや、対応に配慮している。トイレ誘導などで、他の利用者に聞こえてしまう声かけになっている時がある。	職員は利用者を人生の大先輩として常に敬意を持って接することを心がけている。食事中職員と利用者の和やかな会話が見られた。個人ファイルなどは事務所で保管している。	
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	選択肢を出したりして、自己決定できるように働きかけているが、職員の思いが強くなっている時がある。		
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	出来る限り希望に添えるようしているが、職員の都合を優先しているところがある。		
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	着ている服を褒めたり、本人と一緒に服を選ぶようにしている。		
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	一緒にメニューを決めたり、日によって個人の好みや意見を聞いたり、外食したりしている。準備や片付けなども一緒に行っているが、力を活かしきれていない場面もある。	食材の買出しには職員と利用者が一緒に行き、調理はむしろ利用者が主体になっている。職員も同じものを一緒に食べ、誕生日のお祝い食や外出時にあわせた外食も月に数回楽しんでいる。	
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	食べる量は記録に記載して把握している。水分が摂れるよう提供などしているが、水分量は把握しておらず不十分な時がある。		
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	利用者任せになっており、時折声を掛ける程度で、出来ていない事が多い。		

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
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	排泄のサインなど見逃さないようにしている。排泄の失敗している人など、トイレで排泄ができるよな支援が出来ていない。	自分の意思でトイレに行く利用者も多いが、そうでない利用者については職員が排泄のサインを察知して誘導をしている。約半数はリハビリパンツを着用している。	毎日の排泄記録からその人の排泄パターンを把握し、よりの確なトイレ誘導を期待したい。
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	運動や飲食物などで簡単な働きかけはしているが、個々に応じた便秘予防とは言えない。便秘になってから対応している事が多い。		
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	本人の好きな時に入浴をしてもらっているが、拒まれる方には、入浴したいと思えるように工夫が出来ていない。	時間帯は決めずいつでも入浴できる。入浴を拒否する利用者については、時間帯をずらしたり、ゆず湯や入浴剤の利用で勤めるなど、最低週2回は入浴を実現するようにしている。	浴室の床が石材であり、冬場は冷たいと思われる。マットを敷くなどの工夫を望みたい。
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	一人ひとり好きに居室へ戻り休んでおられる。又、その日の体調を見つつ、無理されないように声かけしている。		
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	服薬表を作成し、職員が内容を把握できるようにしている。しかし、職員全員が服用している薬の内容を理解できていない。		
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	一人ひとりの生活歴や力を活かせるよう負担にならないよう支援しているが、継続が出来ていない。楽しみがないから寝るに繋がっている。		
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	外出は日常的にしている。目的がない事が多かったり、大勢で行ってしまい動きがとれず、ただ行っただけになってしまう事があ	花見、雪見、紅葉見物や地域行事、思い出を訪ねた遠出など外出に取り組んでいる。花の手入れや、鶏の世話、夏にはバーベキューなどで事業所の庭に出る機会も多くしている。	

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	お金を所持しておられる方は少なく、所持していても使う機会がない人が多い。買い物などで、時々支払ってもらう程度である。		
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	希望がある人は電話を使っているが、やり取りができるような支援はできていない。手紙のやり取りは、ほとんどない。		
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	生活感や季節感など採り入れているが、共用の空間で、過ごしやすい環境になっていない部分がある。	居間は利用者にとって馴染みやすい民家風で季節の花を飾っている。共用ロビーには雑飾りや利用者にとって思い出の外出時の写真などを掲出している。トイレや浴室は清潔に保たれている。	
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	気の合う利用者同士で、ソファなどで話したりされているが、ゆっくり過ごせる場所とは言えない。共用空間で一人になれる場所が少ない。		
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	本人の使い慣れた物などを居室に置いてもらっている。本人とは相談ができておらず、家族が中心な所が多い。	使い慣れた筆筒などが持ち込まれ、その人なりの部屋を作り上げている。部屋の片付けや掃除は、利用者の気づきを待ち必要以上は手を出さないようにしている。	家族アンケートに部屋の掃除を望む声が複数出ている。気づきを待つ姿勢から一歩進んで利用者と協働し、こまめな清掃が望まれる。
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	一人ひとりの力に合った環境を居室辺りでは出来ているが、共有の場所ではできていない所もある。		

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	26	モニタリング表を作成しているが、3ヶ月毎の介護計画書の見直しには結びついていない。	3ヶ月毎に介護計画書を作成し、家族に説明できるようにする。	モニタリング表を介護計画書の見直しにより結びつけやすい形に変えていく。	6ヶ月
2	52	共用空間が有効に活用できていない。少人数で過ごせる場がほとんどない。	今まで以上に居心地のよい空間が作れるようにする。	テーブルなど家具の配置を見直す。ほとんど活用できていない座敷の利用方法を検討する。	3ヶ月
3	48	何もせずに一日が終わってしまう方がいる。ホームの中での役割がない人がいる。	生活の中での楽しみや役割が増えるようにする。	持っている力を生かしながら、その時だけでも主役になれる場面を作る。それぞれの趣味や好みにあった楽しみを用意する。	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。