

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(もえぎユニット)		
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23年1月7日	評価結果市町村受理日	平成23年4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	http://www.kaigo-shiga.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2591400029&SCD=320
----------	---

【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23年3月21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)】

地域に向けての取り組みとしてグループホームの避難訓練で通報訓練に地域住民の協力を得た。また地域住民から介護について相談を受けた。地域と連携をとり地域の祭りやみそ作りに積極的に参加した。更に今年度は地域にむけてグループホーム主催、甲賀市共催で認知症の講演会を行い222名であった。ケアで特に力を入れている食事に関しては利用者のニーズに対応し得意料理など生活歴からアセスメントし、料理を作ったり、季節の物や郷土料理などを作っている。今年は文化祭を初めて行い利用者の得意な所や出来る所を見極め製作活動や出し物をし利用者一人一人が輝いた時間を送る事ができた。家族も制作した作品を見て驚いておられた。このような実践を全国グループホーム大会、滋老協の研究発表会で実践を発表した。また認知症ケアジャーナルの雑誌にケアの実践を掲載し、好評を得た。

【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)】

運営母体は介護老人福祉施設、ケアハウス、ショートステイ等幅広い福祉事業を運営している。当事業所の前には広い公園があり恵まれた自然環境のなかに位置し、3年前に建設された木造平屋建てに18人の利用者が、職員と共に笑顔で生き生きとした生活を送っている。日常生活は利用者の潜在能力を発揮して貰う事を基本としたサポートに徹している。利用者の人生を豊かにする方針により、食事は朝、昼、夕食共に手作りで季節の野菜を多く使用し、時間をかけて職員と利用者が一緒に作り楽しい食事を摂っている。7人の車椅子を使用している利用者を含め18人中8名が一泊旅行、17人が日帰り旅行に出かけて人生の楽しい思い出を作っている。管理者は職員の養成に力を入れており、また自らは市と共催した認知症啓発講演会の講師を勤めたこともある。

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	事務所の基本理念・方針をかかげている 特に認知症高齢者に焦点を当てて事業独自で作成した理念である 全スタッフで毎朝、申し送り時読んでいる	利用者の「おもい」に寄り添い、尊厳を持ってその人がその人らしい生活を送れる様に努め、さらに地域住民との交流を大事にし、地域福祉の拠点となるよう努めるとの理念を作って職員は毎朝唱和している。	
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	地域の祭りなどの行事に昨年度よりも多く参加している 又、利用者の馴染みのあったお店などに買い物に出かけたりしている	広報誌「清流」を年4回発行し地元配布して理解を深めている。地域の七夕、夏祭りや利用者の経験を生かした「みそ作り」に参加している。事業所の夕涼み会、避難訓練等の行事に地元の人に参加して貰っている。	
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	グループホーム主催、市が共催で認知症の理解の講演会を住民に向けて行い、22名もの参加があった		
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カ月に一回も運営推進会議を行い、利用者の状況や行事の報告、地域への取り組みなど報告し、地域包括の職員、地域の区長、家族代表に意見をもらっている	会議は地域包括支援センター、地域代表者、家族代表者、事業所幹部で構成し2カ月毎に開催し議事録も残している。事業所から現状と今後の取り組み等を報告し出席者から意見を貰い運営に活かしている。	会議の一層の充実を図るために、全員が出席出来る日を設定し、議事録を職員に回覧して共有することを期待したい。また会議が改善取り組みのモニター役を果たすことを望みたい
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に取り組んでいる	市町村とも常に連絡を取り、周辺の地域から認知症の講演会の依頼があり、地域で講演会をしている	市の介護保険課員とは日常的に相談を行いサービスの向上に努めている。管理者は市と共催の認知症啓発講演会で講師を勤めたり、県老人福祉施設研究大会で発表する等して、市との密接な関係を保っている。	
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	開所してから十一項目の身体拘束をしていない	法人全体で年に1回身体拘束についての研修を行っている。玄関、自室、門扉等は開放して職員は利用者の行動の見守りに徹して、絶えず明るい声掛けを行っている。地域の交番や住人にも呼びかけて見守りに協力して貰っている。	
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についての研修会を行っている。現在身体拘束は一切行っていない。又、今後も方針として一切行わない		

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
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の学習をしており実際利用している利用者の支援をしている		
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	入居する時は家族に分かりやすく契約について話している。改定の際は家族会等で説明をしている 面会の時に家族と必ず話し、不安や疑問点がないか尋ねている		
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と共に家族や面会者に話をした内容に対応して運営に反映している	家族の来訪時や運営推進会議に出席した家族、事業所が開催する行事に参加した家族等から意見や苦情を聞きだし職員会議で話し合い運営に取り入れている。苦情相談窓口は重要事項説明書に明記し説明している。	
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	毎月の会議で意見を聴き、すぐに対応している	毎月1回管理者は全職員が参加する職員会議で業務改善に関する討議を行って職員からの提案やアイデアを業務に反映している。管理者は職員と個人面談をし意見を運営面に取り入れている。	
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	ヒヤリングを実施し、管理者や職員個々の状態の把握に努め資格取得などを支援している		
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	スタッフの一人一人のニーズに対応した研修会に参加を進めている。 認知症の勉強会や介護技術などグループホーム内での研修会も実施している		
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	全国グループホーム大会に参加し全国のGHの交流をしている。 認知症ケア学会に参加して、最新の情報をスタッフに伝えている		

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	入居申込時から家族に本人への関わりの相談に乗り、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		
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	入居申込の時点でじっくりと家族の思いを聴き、不安をとりのぞけるように相談に乗っている		
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	家族が入居申込に来た時、本人の状況を聴き、必要によっては担当ケアマネジャーと相談をとり支援をしている		
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	基本理念に利用者と共に生活を創ることをあげ実施している。行事や日々の食事作りなど利用者と一緒に取り組んでいる		
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	家族と密に連絡を取り共に利用者を支える関係を築いている。認知症についての理解も深められるように援助している		
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	今までの友人や近所の方が面会に来られておりその都度話しやすいように支援している	利用者の要望で生まれ育った地域にドライブに行き馴染みの人に再会したり、馴染みの店に買い物に案内している。友人、近所の人、趣味の仲間が来て楽しく話をしている。電話の応援もしている。	
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	食事作りなど日々の活動を利用者数人と取り組むと共に、会話でも共通の話題を提供し利用者同士の関係作りに努めている		

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	退居時にいつでも相談に乗る事を伝え、退去者家族からの電話もある。又、退去後のサービス担当からの相談に応じている		
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	家族との話し合いから得られた情報と利用者の発する言葉や態度から本人の意向を汲み取っている。意思表示の困難な利用者についてはその人の生活歴から希望や楽しみごとを掴みサービスに生かしている。	
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	入居時にセンター方式のシート等を活用し、本人のニーズの把握に努め、それに基づいたケアプランを作成している		
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	各利用者に担当職員を配置し、アセスメントが十分できるように努めている		
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	利用者や家族にはその都度思いを聴き、計画作成担当者、管理者で介護計画を作成している。ADLで課題がある利用者に対しては、PTの意見を反映している	介護計画の作成は本人や家族と十分話し合い、利用者の生活歴を反映して職員、計画作成担当者、管理者で話し合って作成している。計画は家族に説明して意見と同意印を得ているが、見直しは6ヶ月毎である。	計画の見直しが6カ月毎となっているが、3ヶ月毎に行って家族の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	介護記録を日々記録し、特に重要な事項については申し送りをし、ケアプラン補強シートを使用しケアプランにも反映させている		
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	認知症の症状についての病院受診を中心に医療との連携に努めている 訪問診療を協力病院により行ってもらっている。		

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	給食ボランティア・フラワーアレンジメントのボランティアなどを受け入れ利用者が楽しく、安心できるようにしている 消防署と連携をとり安心してらせるように消防訓練の実施をしている		
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	かかりつけ医との関係を密に築いており、適切な医療が受けられるように支援している 特に協力病院と連携がとれており、迅速に対応できている	かかりつけ医(利用者の大半は事業所の協力病院と同じ)とは密接な関係を築いており、利用者は持病の医療を受けている。月1回の往診、年1回の定期健康診断を受診している。	
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	利用者の状態、薬の処方など把握し、受診時適切な情報を伝えている		
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。	入院している病院の、医師、看護師、そして家族を入れてカンファレンスを行い、退院後の対応についても話し合っている		
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現在の希望にアンケートをとり、各利用者家族と相談している 終末期の意向確認書を提出してもらい、家族と話し合いをすすめている。ターミナルケアについての研修にも参加している	かかりつけ医の協力を得てターミナルケアに取り組んでおり、昨年秋に「終末期の意向確認書」を利用者、家族と話し合い作成して、意向に沿う方針で取り組みをしている。	重度化や終末期の取り組み指針について、重要事項説明書に明記すると共に「意向確認書」を定期的に更新することを期待したい。
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勉強会を行っている 消防署の救急救命の研修会に参加している		
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	消防訓練を年に2回、定期的に行っている。又、職員の連絡体制、地域との協力体制、緊急連絡網を整備している 避難訓練の通報訓練に区長さんに参加して頂いている	避難訓練は年2回実施、内1回は消防署立ち会いのもと行い講評を貰っている。地域の区長も参加し協力を得ている。マニュアル、緊急連絡網も整備して訓練している。自動火災報知設備、スプリンクラーも設置している。	

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
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	職員研修で接遇の研修に参加したり記録等に については施設できる事務所にて管理している	年に2回接遇の研修(プライバシーの保護を含む)を行っており、職員は利用者に対し人生の先輩として尊敬の念を持ってやさしく、明るい言葉かけに徹し一人ひとりに合った言葉をかけている。	
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	職員への認知症の研修を行った。認知症の中核症状についてスタッフが考えるようになった。		
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	入浴や食事など本人のペースにそって支援している。		
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	希望する人は家族の協力を得て毎日化粧をしており、理美容も本人の希望に沿って毛染めやパーマをしている		
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	毎日の食事作り、片付け等を利用者と職員が一緒に行っている	食事が最大の楽しみと考え、季節の旬野菜を取り入れた多彩な献立を利用者と職員が相談して作っている。利用者と職員が共に調理、配膳、片付けを行ない一緒に食事を楽しんでいる。献立表は家族に送っている。	
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	水分摂取量については、全員毎日記録し、食事量については必要に応じ、記録している。 体重測定も行っている		
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	朝夕の口腔ケアにイソジン液(又は緑茶)でうがいをしている。 必要に応じて口腔清拭している 舌下ブラシ		

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	排泄アセスメントをし、適切な排泄ケアを行っている	利用者の排泄チェック表から、個人別の排泄パターンを読み取り、利用者の顔つきを見ながら行動を見て声掛けをして誘導し排泄の自立に向けた支援をしている。トイレは和式と洋式がある。	
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	毎朝、牛乳・バナナ・ヨーグルトを提供し、朝食後のトイレ誘導に努め、水分の適量摂取に努めている 主治医と連絡を取り、医師の指示によ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	一人一人の体調、本人が安心して入浴できる時間をアセスメントし、入浴をしている 今後夜間入浴についてのニーズを掘り起こしていく	一人ひとりの体調と希望に合わせる自由時間入浴としている。夜間入浴を希望する利用者には夜入ってもらっている。希望者は毎日入浴している。浴室は広く暖房設備があり冬場も寒さを感じることなく入浴を楽しめる。	
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 夜間に、利用者のニーズにあわせて足浴をしている。		
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	服薬している薬の説明書はケース記録に綴っている		
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	日々の食事作り、洗い物、掃除・洗濯等の生活の活動以外にも畑・花の世話などしている		
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	家族との外食支援の他に、四季折々を感じるドライブや外食に取り組んでいる。 又、一泊旅行や日帰り旅行にも行けるよう、支援している	気候の良い日は週に3回位中庭や隣の公園を散歩している。毎週数人で食材の購入や買い物に外出し、毎月全員が馴染みの店で外食をしたり、花の季節は皆で花見のドライブに行き、日帰り旅行や一泊旅行もしている。	

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
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	風邪の流行時は外出していないが、毎月外食に出かけている		
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	家族等、手紙などのやりとりは出来ており、読めない方には職員が代読している		
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	建物全体に自然光が入るようになっている共用空間にはカレンダーや飾りをし、月日の解るようにしている 利用者に解りやすいように《便所》と張り紙をしている	建物の天井から自然光が入り、廊下や居間の共用空間は明るく清潔感がある。中庭には相互交流が出来るように東屋があり季節の花を飾っている。食堂の横にある和室にお雛様を飾り季節感をだしている。白板を置いて今日の行事予定を書いて知らせている。	
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	和室もあり各々のニーズに合っ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	家族と本人に使い慣れた物を居室に整備できるようにしている	居室は洋式と和式の好みに応じて変換が出来るので、家族に依頼して利用者が家庭で生活していた環境に近い部屋作りをしている。使い慣れた家具や机、仏壇、家族の写真等の調度品を持ち込んでいる。	
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	建物全体がバリアフリーでトイレ等解るよう張り紙をしている		

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	4	2ヶ月に1回運営推進会議を行ってきたが、行政の担当者の欠席が数回あった。	行政担当者が必ず出席し、2ヶ月に1回運営推進会議を開催する。	日程調整を行政担当者との日程調整を先に行い、担当者に強く必ず出席していただくようお願いする。	1ヶ月
2	26	6ヶ月に1回ケアプランを作成し、家族の承諾を得てさらに状態に応じて随時ケアプランの見直しを実施してきたが、3ヶ月に1回のモニタリングを実施し家族の承諾を得ていない。	3ヶ月に1回モニタリングを実施し家族の承諾を得る。	計画作成担当者が計画的にケアプランを見直しを行い家族の承諾を得る。	3ヶ月
3	33	重度化や終末期の取り組み指針を重要事項説明書に記載していない。	重度化や終末期の取り組み指針を重要事項説明書に記載する。	重要事項説明書に重度化や終末期の取り組み指針を記載する。	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。