

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		
所在地	滋賀県守山市三宅町833		
自己評価作成日	平成27年12月15日	評価結果市町村受理日	平成28年2月9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28年1月15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)】

<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域の小学生の下校見守りを毎日行っている。多くの利用者の役割として定着していて、通学路まで片道400メートルほどあることからいい運動にもなっている。 ○ 施設での祭りや、地域の行事への参加を行っている。 ○ 退院後のリハビリに力を入れている。なじみの環境、人間関係の中でADLの向上が見られている。 ○ 季節ごとの行事を企画し、季節感を感じてもらえるように、また予定があることで「楽しみにできることがある」ようにしている。
--

【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)】

<p>運営母体の法人は乳幼児から高齢者まで幅広い事業を展開し、相互の交流がある中で、定期的に行われる園児との交流は利用者の楽しみになっている。自治会には平成15年開設当初から加入し、地域との繋がりを積極的に行っている。最近では利用者による小学生の下校見守りを新たに取り入れ、地域との触れ合いを更に深め、利用者の遣り甲斐にもなっている。「地域と関わりながら自分の意志で自分の持てる力を発揮して自分らしく生活する」を理念として話し、口出しは極力抑え利用者の意向を尊重した支援を行っている。しかし、開設13年目に入るホームでは介護度の高い人も増え、これからは利用者の終の住処となりうる体制づくりに真摯に取り組んでいる。敢えて厳しい自己評価をすることで、全職員が課題を強く認識する機会になっている。</p>

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)
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)
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)
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)
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
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
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：逢】

〔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	理念は作成しているが、定期的に職員で確認し、学びあう機会を作れておらず、実践につなげられているとは言いづらい。	「地域と関わりながら自分の意志で自分の持てる力を…」と理念に謳い、地域と密に関わり利用者の意向を尊重するケアに努めている、管理者も随時、現場で職員に声掛けし意識向上を図っている。	
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	毎日利用者とともに通学路に立ち、小学生の下校見守りを行っている。地域の夏祭りに参加し、地域の方との交流をしている。地域のボランティアや学校の体験学習を受け入れている。	自治会に加入し、地域の祭りに出店したり、地域の防災訓練に参加するなど繋がりが深い。歌やダンスなどのボランティアや保育園児との交流を定期的に行っており、新たに地域の小学生の下校見守りを始めている。	
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	体験学習や介護福祉士の実習を受け入れ、我々が行っている認知症の人への支援方法を伝えている。		
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	現場の現状を知ってもらおうと、お便りの配布・写真などを使って工夫はしている。現場での課題を会議の話題に挙げるように心がけている。現場職員の参画を目指しているが、現場の職員数の都合でなかなかできていない。	利用者家族、地域住民、市職員などのメンバーで構成し隔月に行っている。ホームの現状を知ってもらう為に現場の視察など取り入れている。議事録が簡単すぎて内容が些か分かり辛いところがある。	誰が見ても討議内容が分かる様に議事録を作成し、回覧等で全職員が内容を確認し共有するよう望みたい。
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	運営推進会議や集団指導、文書交付・事故報告などの機会に市町村の担当者と情報交換をしている。市の介護相談員に月1回施設に入ってもらい、現状を見てもらい意見をいただいている。	運営推進会議以外にも市の高齢福祉課とは情報交換や相談したり指導を受けている。窓口の担当者もほぼ固定され気安く話せる関係を作り、最近では将来採り入れる医療連携体制加算の相談を行っている。	
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	定期的に研修の場を設け、職員への理解を促している。身体拘束の禁止に当てはまる具体的な行為は行っていないが、スピーチロックは、職員数がぎりぎりである中でつい行ってしまっていることが多い。	年2回ほど身体拘束禁止に関する研修を行っている。不適切な言動があればその都度、管理者等が注意し、改善に努めている。玄関は日中施錠せず、見守りなどで安全を確保している。徘徊時は、連絡などいただける地域との協力関係が出来ている。	
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	定期的に研修の場を設けている。虐待とまではいかないが、ゆとりのない中で、時折きつい言葉かけや強引な誘導をしてしまっている場面がある。		

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
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	現在これらの制度を利用している利用者はいないこともあり、職員の理解度は低い。聞かれたとき、必要と感じた時に支援につなげられるように学習してもらいたい。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、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	入居時に契約書等を読み上げながら説明し、その場で疑問点を確認するようにしている。職員の契約に関する意識が低いので、入居契約の場に同席してもらうなど理解度を高めていきたい。		
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	ケアプランの更新をお渡しする際に、極力ご家族に来訪してもらって要望などを聞くようにしている。面会に来られる家族と、あまり来られない家族の意見の聞き取り具合に差が大きいと感じている。	家族の面会時、ケアプラン更新時や家族参加行事の中で意見、要望を聞き出しサービス向上に活かしている。更に意見を聞き出す場を設けるため、家族を交えての食事会を新たに計画している。	
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	話を聴いてもらってはいる。その内容が反映されているとは言い切れない実情もある。	月一回の職員出席のグループホーム会議や日常の会話から意見、提案を聞き取っている。職員の提案で利用者による小学生の下校見守りを始めている。更に管理者と職員との個別面談も採り入れる計画をしている。	
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	よい仕事ができるように、勤務時間中に交代して休憩時間をとれるよう努めているが、職員の配置が薄いときなど十分にできていない。資格に関する手当は作られたが、査定など日ごろの勤務に対する評価はできていない。		
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	施設全体での研修のほか、グループホームでも認知症ケアに関する研修を1年かけて行っている。外部研修に関しても内容を掲示し、時にはレベルにあったものをすすめるようにしている。施設全体での研修で、もっと現場職員が困っていることについての研修を行ってほしいと考えている。		
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GH協議会への参画、その他外部研修で他事業所の職員との情報交換をおこなっている。施設内他部署との交流が不十分である。		

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
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	事前の訪問調査での本人との面談、家族やすでに利用されているサービスの担当者からの聞き取りを行い、本人の困りごとや要望を聞き取るようにしている。		
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	入居申し込み、訪問調査、契約の各段階で本人や家族から話を聴き、疑問点を解決してスムーズにサービスを導入できるようにしている。		
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	見学や入居申し込みの段階で、私たちにできること、できないことをしっかりと伝えるようにしている。私たちが対応しきれないこと、急を要するときには事業所内外の他のサービスにつなげることもある。		
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	日常生活を共にする事で関係の向上に努めている。利用者によって偏りがあるので今後の課題である。		
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	毎月GH新聞を発行するなど、面会になかなか来れない家族様にも情報を発信しているが、面会に来られる家族様と来れない家族様では差ができています。		
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	近くの方の馴染みの継続は出来ているが、遠くの方の支援はできていない。	利用者の希望で馴染みの神社の参拝や馴染みのお店での買い物などをして関係が途切れない様支援している。ボランティアで来る歌声メンバーの中には地域のシルバーで利用者の馴染みも多く楽しみにしている。	
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	関係の把握は出来ている。 関わり支え合う支援はできていない。		

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
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	問い合わせがあれば相談に応じている。退所後も全員ではないが様子を見に行く事がある。		
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	日々些細な事でも情報収集できるように努めている。生活歴や馴染みの暮らし方をもとに、意思が伝えにくい方でも元々の暮らしに近づける努力をしている。	日々の会話の中から思いや意向をくみ取っている。意思表示の困難な利用者については表情や仕草からくみ取ったり、家族の意見を参考にしている。情報は業務日誌に記録し職員間で共有している。	
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	事前調査や家族の聞き取りなどで情報収集している。個人ファイルに情報はあるが細かく周知されていない。		
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	日々のバイタル・体調管理は申し送りや記録で把握に努めているが、有する力は職員主導で動く事も多く把握しきれていない。		
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	カンファレンス会議を3ヶ月に1度開き職員間の意見交換をして介護計画を更新している。家族・医師など必要な関係者との話し合いはできていない。	状態変化がある時はその都度、変化がなくても3ヶ月毎にカンファレンスを開き介護計画を見直し家族から承諾印を得ている。それまでに聞き出した家族の思い、意向を取り入れ、必要時には主治医の参加も促している。	
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	日々の様子を個別記録に残し、特記事項などは申し送りで伝え情報共有に努めているが、情報の共有不足である。		
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	通院時の付添、送迎や家族の希望があれば往診に変更するなどニーズに合わせて対応している。今後さらにサービスの多機能化に取り組む必要がある。		

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
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	自治区での祭りの参加や小学生の下校見守り、月3回の地域ボランティアの訪問などの地域資源の活用ができています。さらに地域資源を見つけ共有しどのように活用していけるか協議する必要がある。		
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	家族の希望があれば往診して下さる医師にお願いしている。元々のかかりつけ医に受診されている方は家族に情報を伝えている。	かかりつけ医受診はバイタルデーター携行で家族が同行し、受診結果は家族と事業所で共有している。利用者事情で5名が往診可能なかかりつけ医に変更している。医療連携体制加算導入の具体検討に入っている。	
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	併設施設の看護師に、疑問点があるときは相談できる体制になっている。グループホームへの配置ではないため、定期的に相談を受けられる形にはなっていない。利用者の主治医によっては介護職と医師が直接連携をとっている。		
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。	随時面会して利用者の安心につながるようにしている。入院当初から病院関係者との情報交換に努めているが、病院によってはうまくいっていないこともある。		
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	GHとして医療連携体制をとる方向で動いているが、まだ実現に至っていない。終末期が近づいている方については、その都度個別に家族や主治医と相談しながら、文書で方針を共有するようにしている。	重度化や終末期対応方針素案はあるが未だ明文化されておらず年度内に文書化の予定である。協力医の見直し、教育や心構えの支援等、方針に基づく事業所内体制づくりを構築中である。重度化や終末期対応の職員対象研修は実施している。	重度化や終末期対応方針を重要事項説明書に明記し、利用契約時に利用者と家族に説明し、方針を共有できる体制づくりを期待したい。
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	ヒヤリハット・事故報告書を活用して、応急手当や初期対応について確認するようにしている。ヒヤリハットの報告数が減ってきていて、事故の芽に気づいていないのではと感じることがある。		
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	施設での避難訓練は年に2回、昼間と夜間想定でそれぞれ行っている。地域との連携ができておらず、夜間職員数の少ない時間帯に災害が起こった時の不安が大きい。	消防署立ち合い指導を得て、対応マニュアルに基づく訓練(うち1回は夜間想定)を法人全体で実施している。地域防災訓練には職員が参加しているが、法人訓練への自治会や自衛消防団との連携体制は構築中である。	避難訓練時及び災害時に地域住民の参加が得られるよう地域協力体制の早期確立を期待したい。

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	左記の事を意識して会話・対応しているが、日々の生活の中で砕けた言葉・対応をしてしまっている場面も多々あり反省し再度考え直す必要はある。	日々のケアの中で、利用者と接する時の態度や言葉遣いについてユニットリーダーが職員と個別に話し合っている。個人情報保護やプライバシー確保の研修は受講している。個人情報書類は書棚に施錠保管している。	
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	飲み物の温や冷など生活の中の細かい選択は聞いているが、外出希望や食事の選択などはできていない。		
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	職員の都合でペースが組まれている。介助の量も多く一人ひとりにかける時間が少ない。		
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	入所前から着ておられた服を着ていただいている。整容などはしているが、化粧など細かいニーズは把握できていない。		
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	朝・夕食は外注で決まっている。昼食は一緒に作る事があるが作っている利用者はほぼ固定されてしまっている。食事が食べにくい方に食べらる補食は提供している。	配膳・後片付けに利用者も参加し、生活のやりがい、充足感向上に繋げている。昼食は同じ食材をユニット毎で異なる調理をする楽しみを組み入れている。花見弁当、流し素麺など行事食で作る喜びを味わう工夫をしている。職員も一緒に同じものを食している。	
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	食事量は記録で把握し、栄養面は栄養士の献立がメインになっている。水分は定期的に声をかけて提供しているが、不十分な事がある。		
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	朝・夕食後に口腔ケアはしている。昼食後はできていない。磨き方や口腔状態の把握など勉強し向上する必要がある。		

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
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	排泄パターンの把握が曖昧で失禁後にトイレ誘導する事が多い。	排泄チェック表に加え、表情や行動から判断しトイレ誘導しているが兆候把握ができない時もある。布パンツ使用は2名である。夜間は重度化した利用者への排泄量に応じたパンツ交換や適時のトイレ誘導を心掛けている。	
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	起床時の乳製品の摂取はできているが、活動量が増えていないので、便秘になる方が多い。下剤での対応が増えている。		
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	入居者より希望があれば入浴していただけるが、現状自身から言われる入居者も少なく職員の都合で入浴している状態である。	希望を汲み入れながら週2回以上で午後の入浴が平均的である。入浴を嫌がる利用者には夫々に声掛けをしている。入浴剤等で利用者が入浴を楽しめる工夫をしている。浴室内床マット設置での保温対策を検討している。	
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	居眠りなどされていたら午睡してもらう時間を作ったり、体調に合わせた休息は意識できている。 睡眠の為のケアが職員1人ひとりで差がある。		
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	ある程度目的はわかっているが一つ一つの副作用までは理解できていない事もある。服薬表をいつでも見れる位置に置いてあるので誤薬などのミスがでないようにしている。		
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	調理・洗濯たたみなどしていただく機会を作っているが、利用者が固定してしまっている。音楽を流す事も多く楽しまれている方もいる。小学生の下校見守りは気分転換になっていると思うが一日で行ける人数が限られてしまう。		
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	職員の企画の外出や週末のドライブなどは出来ているが希望に添った外出は出来ない。家族との外出は家族に任せている状態である。小学生の見守り活動が日常的な外出になっている。	小学生の下校見守りや事業所内花壇や畑の手入れで気分転換を図っている。季節に応じて帰帆島やコスモス園など事業所周辺に揃って出掛けている。墓参など利用者と家族が出掛けることもある。昼食の食材購入には利用者が同行している。	

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	お金を所持しておられる方は現在おられない。家族より預かり管理している。本人がお金を持つ事が大事である事は理解しているので、預かり金を使ったり食材の買い物時に支払いをお願いするなど使用できるように考えていきたい。		
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	現状は、ほぼできていない。馴染みの関係性の維持の為に手紙や電話をする機会を作っていきたい。		
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	日中・夜間で光の調節をしている。浴室は暖房があるが冷えてしまい寒いことがある。壁面に季節の貼り絵など季節感を出せる工夫はしている。掃除が行き届いてない部分もあるので再度清潔に注意していく必要がある。	居間は中央に広いテーブルを配し、採光良く居心地の良い共用空間となっている。随所に貼り絵や書など利用者の作品を飾り、利用者がくつろげるよう配慮している。トイレ、浴室は居間に隣接し利用しやすく、清潔である。	
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	和室があるが上手に活用できていない。ところどころに椅子を置いて座れるようにしているが、自身で移動される利用者も少ない。		
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	元々自宅ですべて使っておられた馴染みの家具を持って来ていただいている。家具が少なく殺風景な居室もある。家具の配置なども家族任せで、本人の使いやすい場所に無い状態の居室もある。	居室は和室と洋室があり明るく清潔で空調完備している。窓からは近隣の田園風景も眺められる。利用者は家族写真や家具など馴染みの物を持ち込み、自宅に近い雰囲気のなかで落ち着いて過ごしているのが窺える。	
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	車いすが通れない部分があったり、手すりが不十分である。		

自己評価および外部評価結果

【ユニット名：結】

〔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	理念は作成しているが、定期的に職員で確認し、学びあう機会を作れておらず、実践につなげられているとは言いづらい。		
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	毎日利用者とともに通学路に立ち、小学生の下校見守りを行っている。地域の夏祭りに参加し、地域の方との交流をしている。地域のボランティアや学校の体験学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	体験学習や介護福祉士の実習を受け入れ、我々が行っている認知症の人への支援方法を伝えている。		
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	現場の現状を知ってもらおうと、お便りの配布・写真などを使って工夫はしている。現場での課題を会議の話題に挙げるように心がけている。現場職員の参画を目指してはいるが、現場の職員数の都合でなかなかできていない。		
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	運営推進会議や集団指導、文書交付・事故報告などの機会に市町村の担当者と情報交換をしている。市の介護相談員に月1回施設に入ってもらい、現状を見てもらい意見をいただいている。		
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	定期的に研修の場を設け、職員への理解を促している。身体拘束の禁止に当てはまる具体的な行為は行っていないが、スピーチロックは、職員数がぎりぎりである中でつい行ってしまっていることが多い。		
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	定期的に研修の場を設けている。虐待とまではいかないが、ゆとりのない中で、時折きつい言葉かけや強引な誘導をしてしまっている場面がある。		

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
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	現在これらの制度を利用している利用者はいないこともあり、職員の理解度は低い。聞かれたとき、必要と感じた時に支援につなげられるように学習してもらいたい。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、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	入居時に契約書等を読み上げながら説明し、その場で疑問点を確認するようにしている。職員の契約に関する意識が低いので、入居契約の場に同席してもらうなど理解度を高めていきたい。		
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	ケアプランの更新をお渡しする際に、極力ご家族に来訪してもらって要望などを聞くようにしている。面会に来られる家族と、あまり来られない家族の意見の聞き取り具合に差が大きいと感じている。		
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	話を聴いてもらってはいる。その内容が反映されているとは言い切れない実情もある。		
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	よい仕事ができるように、勤務時間中に交代して休憩時間をとれるよう努めているが、職員の配置が薄いときなど十分にできていない。資格に関する手当は作られたが、査定など日ごろの勤務に対する評価はできていない。		
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	施設全体での研修のほか、グループホームでも認知症ケアに関する研修を1年かけて行っている。外部研修に関しても内容を掲示し、時にはレベルにあったものをすすめるようにしている。施設全体での研修で、もっと現場職員が困っていることについての研修を行ってほしいと考えている。		
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GH協議会への参画、その他外部研修で他事業所の職員との情報交換をおこなっている。施設内他部署との交流が不十分である。		

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
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	事前の訪問調査での本人との面談、家族やすでに利用されているサービスの担当者からの聞き取りを行い、本人の困りごとや要望を聞き取るようにしている。		
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	入居申し込み、訪問調査、契約の各段階で本人や家族から話を聴き、疑問点を解決してスムーズにサービスを導入できるようにしている。		
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	見学や入居申し込みの段階で、私たちにできること、できないことをしっかりと伝えるようにしている。私たちが対応しきれないこと、急を要するときには事業所内外の他のサービスにつなげることもある。		
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	一緒に家事をしたりして暮らしを共にするよう心掛けてはいる。しかし、入居者もスタッフは帰る者と分かっておられ、まだ支える側、支えられる側という関係になってしまっている。		
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	面会時に家族に様子を話したり意見を貰い、ケアに繋げていくようにしている。また家族から昔に話しや今までの関係を聞くようにしている。しかし、まだまだスタッフが中心で「共に」と言うところまではたどり着けていない。		
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	買い物や外出で偶然に馴染みの方に出会う事はあるが、こちらから、意識して出向いて行ったりは出来ていない。また、十分に本人の馴染みの関係を把握しきれていない。		
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	利用者同士、何かをしておられる際はあえてその場から離れたりして、利用者同士が関わり合い、支え合いながら行動出来るようにしている。上手く輪に入れない入居者がいる時は意識して職員が間を取り持つようにしている。		

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
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	職員が個人の意味で、勤務時間外に退去された方に会いに行っている時はある。全職員、全退去者に対して行えている訳ではない。		
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	日々の関わりを通して把握に努め、言われた事があれば記録に残したり、職員間で話共有できるように努めている。しかし、まだまだ十分に把握出来ているとは言えない。		
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	入居前調査時に家族や本人から聞き、フェイスシートを作成、全職員が目を通すようにしている。サービス利用の過程はある程度把握出来ているが、生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境に関しては十分に把握しきれていない事もある。		
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	日々の関わりや、介護記録を記入する事によって把握に努めている。また毎出勤事に介護記録を読む事により、出勤していない日の変化も見逃さないように努めている。		
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	三ヶ月に一回カンファレンス会議を開き介護計画の見直し、更新を行っている。また各個人の状況に合わせ随時行う事もある。本人、家族、職員以外の方から、意見を聴いたりアイデアを貰える機会は無い。		
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	記録を取り、職員間で共有するようにしている。またカンファレンス会議の場で振り返り、介護計画の見直しに活かしている。以前よりは行えているが、まだまだ十分では無い。		
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	通院時の付添や送迎、月一回の喫茶コーナーを通じた他部署との交流を行っている。しかし、サービスの多機能化には取り組めていない。		

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
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	施設とし季節ごとの祭りには参加している。しかし地域資源については十分に把握しきれておらず、協働できていない。		
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	基本的には入居前からのかかりつけ医に継続して通院してもらっている。必要時、様子を書いた手紙を渡したり、通院に付添や送迎もしている。家族や本人の事情で通院が困難な場合は、往診可能な病院を紹介、切り替えておられる。		
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	併設施設の看護師に、疑問点があるときは相談できる体制になっている。グループホームへの配置ではないため、定期的に相談を受けられる形にはなっていない。利用者の主治医によっては介護職と医師が直接連携をとっている。		
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。	随時面会して利用者の安心につながるようにしている。入院当初から病院関係者との情報交換に努めているが、病院によってはうまくいっていないこともある。		
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	GHとして医療連携体制をとる方向で動いているが、まだ実現に至っていない。終末期が近づいている方については、その都度個別に家族や主治医と相談しながら、文書で方針を共有するようにしている。		
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	ヒヤリハット・事故報告書を活用して、応急手当や初期対応について確認するようにしている。ヒヤリハットの報告数が減ってきていて、事故の芽に気づいていないのではと感じることがある。		
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	施設での避難訓練は年に2回、昼間と夜間想定でそれぞれ行っている。地域との連携ができておらず、夜間職員数の少ない時間帯に災害が起こった時の不安が大きい。		

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	一人ひとりを尊重した言葉かけは心掛けてはいるが、完全に出来ていない。プライバシーについても、トイレの声掛け等十分に配慮しきれていない時も多い。		
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	本人が自己決定出来るような選択肢のある声掛けを心掛け、思いや希望を言えるように心掛けている。意思表示が少ない方や意思疎通が難しい方に関しては課題がある。		
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	起床時間、就寝時間、入浴時間は本人のペースを大切に出来ている。その他については、各個人と言うよりは全体の流れ、職員に合わせた時間になってしまっている事が多い。		
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	服装については、持っている服から選んで貰いその人らしさを大切にしている。しかし「おしゃれをする」「おしゃれがしたい」と思えるような事がなく、おしゃれする事に対する支援は出来ていない。		
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	調理、食事、片付けと出来るだけ皆で行い、その事が楽しみや生きがいになっている方もおられる。食材は栄養士が考えた物が届き、そこからの何を作るかの選択になり、利用者の意見が殆ど反映できていない。		
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	栄養士が考えた食材が届きバランスの良い食事になっている。また、各個人の状態に合わせて食事形態を変えている。食事量が少ない人は補食を準備したり、医師から処方されている栄養調整飲料を飲んで貰っている。おやつ時に飲み物を提供し水分が不足しないようにしている。		
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	介助が必要な方は起床時、就寝前には声掛けや誘導を行っている。自立されている方は、本人任せになってしまっている。どちらにしても、毎食後は全員行えていない。		

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
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	本人任せや、訴えられた時のトイレ誘導、汚れた後の交換になったりと、自立に向けた支援は行えていない。また、トイレ誘導時本人のプライドやプライバシーに配慮した声掛けに難しさ、課題がある。		
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	便秘が及ぼす身体的、心理的な影響を理解するようにしている。便秘にならないよう起床時に野菜ジュースや乳製品を摂って貰うようにしている。しかし、まだまだ下剤を服用している方が多く、頼ってしまっている。		
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ず、個々にそった支援をしている	出来るだけ本人の入りたいと思った時間に入って貰えるようにし、時間は決めていない。しかし介助量の多い方は職員の都合になってしまっている。		
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	一人ひとりのリズムに合わせて、就寝したり午睡をして貰っている。寝具も最初は家で使っていた物を持って来て貰い、その後状況に合わせて寝心地の良い物を提供出来るように、家族にも依頼している。		
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	薬の説明書はすぐに見られる所に置き、何かあればすぐに確認できるようにしている。薬の目的や作用はある程度把握できているが、副作用までは十分に把握しきれていない。		
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	日常の家事や、今年度新たに始まった小学生下校の見守りが全員の役割となった。しかし、以前行っていた畑や花壇等生活歴を活かした役割や楽しみに対する支援が出来ていない。コーヒー等の嗜好品を提供し気分転換する機会は作れている。		
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	事前にスタッフが決めた外出や、その場で決まるドライブでの外出は出来ている。しかし、一人ひとりのその日の希望に合わせた外出は行えていない。また、家族との外出は家族任せになっており、地域との協力は全く行えていない。		

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
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	お金を持つことに対する大切さは理解している。しかし各個人での管理が難しく、持っている人は少なく全く持っていない人が多い。持っておられる方も使う機会がなく、所持や使う事への支援は行えていない。		
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	電話は掛けたがる方もおられるが、受ける側の家族の都合もあり使えていない。手紙に対する支援も行えていない。		
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	不快や混乱を招くような刺激は無いよう心掛けている。室温は感じ方に個人差もあり、最後は衣類で調整して貰っている。日めくりカレンダーや季節毎の掲示物、外出時の写真を壁に貼り、季節感や生活感を出すよう心掛けている。		
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	居間のテーブル以外の所に椅子やソファを置き、少人数で座れる場所はある。周りから死角になるような場所は無く独りになれる所は居室しかない。共有空間で和室があるが通路、物置となり活かしていない。		
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	入居時に家族に依頼し、家で使っていた家具を持って来て貰うようにしている。本人が居心地よく過ごせるよう、家族と相談しているが、本人の意向は十分にくみとれていない。		
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	一人ひとりと言うよりは、全体に合わせた安全な環境作りになっている。「わかること」に対する支援は行えていないが、一人ひとりが建物の事を覚えていかれ、現在は支障はない。		

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	運営推進会議の内容が十分に現場の課題に即していないため、抽象的な話で終わっている。 会議録の整備が不十分で、職員に周知できていない。	運営推進会議の中身を、現場の課題に即した充実したものにし、内容を職員に分かるようにする。 ユニットリーダーにも会議づくりに参画してもらう。	運営推進会議の議事録を整備し、回覧する。また職員会議の中でも話題にあげる。 ユニットリーダーとの話し合いの中で、運営推進会議の議題についても議論し、内容をより充実させる。	6ヶ月
2	33	重度化対応方針が明文化されていないため、ご家族にはっきりとした説明ができていない	重度化対応方針を決定し、ご家族に説明する。 看取り、重度化に対応した介護技術を身につける。	重度化対応方針について職員会議、運営推進会議で話し合い、決定する。 重度化や看取りに関する研修を行う。	6ヶ月
3	42	朝夕の口腔ケアは出来てきているが、昼はできていない。また、口腔ケアが本人任せになっていて、徹底できていない。	毎食後に口腔ケアを行う習慣を作る。	毎食後に声かけ、誘導を行う。 職員も一緒に歯磨きをする。	3ヶ月
4	38	業務優先な部分があり、本人らしい生活が徹底されていない。できる事できない事、好きな事嫌いな事を把握し個々に応じてその時の気持ちに寄り添い支援する必要がある。	個々の好きな事を週一回以上できる時間を作る。その時のご利用者様の言葉・思いに寄り添い実現できる方法を考える。	ご利用者の好きな事、出来る事の把握の徹底。	3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。