

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	2572300024		
法人名	社会福祉法人 近江ちいろば会		
事業所名	グループホーム ぼだいじ		
所在地	滋賀県湖南市菩提寺327-16		
自己評価作成日	平成25年1月1日	評価結果市町村受理日	平成25年2月18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25年1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)】

・毎月入居者全員のカンファレンスを行い、モニタリングにつなげられている。また、カンファレンスでは、活発に議論を出し合うことが出来ている。
 ・個々の出来ることを再検討しており、市の高齢福祉課のサポートを受け、週1回の百歳体操や音楽療法等で出来る力を維持する支援をしている。
 ・地域とのつながりや社会性を継続してもって頂けるようにお茶の間サロン等、地域の行事に参加しています。
 ・開設より10年が経過したが、グループホームで最期までその人らしく過ごしていただけるように看取りの支援もさせていただいている。

【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)】

運営母体の法人は当事業所の他に10カ所の福祉施設を運営し地域に於ける福祉相談窓口となっている。木造平屋作りの建物は利用者の自立支援の為に段差を設けたり、雨の日でも歩けるように幅広い回廊を設け、中庭の植木や草花で季節感が味わえる設計となっている。居間と食堂は左右の窓から自然光が入り明るく清潔感があり、ゆったりとした居住空間となっている。利用者は家庭的な雰囲気の中、笑顔で明るい生活を送っている。防災設備は火災報知器、非常通報電話機、スプリンクラー等を備え充実している。医療連携体制加算事業所として看護師が常駐し介護福祉士8名を有して質の高いケアに取り組んでいる。看取りについては家族との連携体制を構築してこれまでに6名の看取りケアを行った。

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している (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	法人の理念及び、グループホーム独自の理念と実践十か条を掲げ、会議やカンファレンス時に職員で唱和して意識づけている。	法人の理念をベースに独自のスローガン、実践十か条を掲げ地域との交流も深めながらサービスを実践している。毎月のカンファレンス時に職員が唱和し日常のケアと照らして振り返り、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	自治会の準会員になっており、お茶の間サロン(毎月)・奉仕活動・夏祭り等に参加している。また、自治会の方に運営推進会議に加わってもらっている。	自治会に加入し毎月地域主催のお茶の間サロンに8名が参加、管理者は世話役をしている。事業所の夏祭りには地域の人も参加、地域の夏祭りには招待され交流を図っている。小学校とはカルタ大会に来て貰い交流がある。	
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	人権まちづくり懇談会や地域のフォーラムや自治会等の依頼を受けて、講演をしたり見学を受けている。		
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	グループホームの状況報告をし、質問や意見を受け内容を記録に残している。またとりいれるべきものは、改善していくようにしている。	会議は隔月に開催、事業所の活動報告や自己評価、外部評価についても討議し運営改善に活かしている。提案によりお茶の間サロンや夏休みの子供会ラジオ体操に6名が参加する様になった。	家族代表者の積極的な参加と、議事録についてはもう少し詳しく議事の内容も記録し、充実を図ることを期待したい。
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	互いに必要に応じて連絡をとっている。また、市の高齢福祉課のサポートを受けながら、週1回のいきいき百歳体操を実施、3ヶ月に一度体力測定を行っている。	毎月市の介護相談員が2名来所し利用者とのヒアリングで気づいた点を職員と話し合い介護方法について意見交換している。市からの要請で「在宅看取りの事例発表会」に講師として参加している。	
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	マニュアルを作成している。玄関の施錠については、夜間を除いて施錠していない。	身体拘束に関する研修会は外部研修及び法人内研修を年各1回受講し職員全員が共通認識を持って取り組んでいる。日中職員は利用者の行動の見守りに徹し玄関は施錠をしていない。精神的な拘束にも気を付けて優しい言葉かけをしている。	
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	法人内勉強会で学ぶ機会があり、虐待が行われないよう職員同士の連携をとっている。		

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	マニュアルは作成してあるが、職員全員が活用出来るまでは理解できていない。		
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	契約時は管理者が対応し、十分に時間をかけて丁寧に説明を行っている。		
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	直接申し受けたり意見箱の設置をしており、細やかに管理者に伝えるようにしている。また、ケアプランの説明時に意見、要望を聞く機会を設けている。尚、受けた意見への対応は早期に行っている。	家族会の時や訪問時に家族から意見や苦情を聞き出して運営に反映している。家族会でアンケートを取り、その中の提案よりベテラン職員との懇談会を行い家族に理解を深めて貰った。	
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	代表者とは年間2回、管理者には常時伝える機会が設けられている。	代表者は年2回、管理者は毎月のカンファレンスで意見や提案を聞き、運営に反映させている。職員の提案で利用者が椅子に座った時の踏み台を牛乳パックの空き箱を利用して利用者と一緒に作っている。	
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	少しずつ改善されている。しっかりと休める場所ができていない。		
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	法人内外の研修を受ける機会や職員に応じた研修を受ける機会がある。尚、随時OJT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	定期開催されるほほえみネットこなんの研修で身近な同業者と交流の機会がある。		

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
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	入居前には、本人と面接を行い入居の説明をしている。また本人の要望を聞き、安心して暮らして頂けるよう、本人の意向に添うように努めている。		
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	入居前時には、一緒にアセスメントを行い、家族の要望を聞き不安なことなどを解消できるように努めている。また来所時に、こちらから話しやすい環境を作り、本人に細かな変化があった場合に連絡し合えるように関係づくりに努めている。		
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	時間をとって話し合い必要な対応をしている。		
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	日常生活を通して、人としての関係を築ける様に言葉づかい等に気をつけながら、暮らしを共にしている。		
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	本人の様子などをお伝えし、支援の方法を相談している。また、行事などにお誘いして、共に過ごせる時を作るように努めている。		
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	身内や友人との時間を持ったり、手紙や電話ができるよう支援している。また、家族に対しても、その大切さを説明して、理解してもらえるように努めている。	ケアハウスのお茶会に出かけて知人に会ったり、近所の喫茶店や商店に買物に行く支援をしている。初詣には近くの神社へ法人の車でやっている。盆暮れの一時帰宅、実家の行事への参加などは家族の協力のもとで実施している。	
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	仲良い関係は見守り、不快な関係に気付いた時は、中和に入り、早期に解決するように努めている。		

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	サービスが終了しても、納涼祭等の行事であったり、ご飯作りにボランティアとして来て下さる家族がおられる。また、これまでの関係性を大切に、その都度、職員が声をかけさせている。		
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	毎月個々の担当者が記録をまとめ、本人に必要な支援の内容を検討するカンファレンスを行っている。	日々の状況変化を毎日、ケース記録や申し送り書に記入し職員が共有している。利用者の毎日のさりげない行動と会話や表情から本人の意向を汲み取りそれを実現できるよう取り組んでいる。	
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	入居時には、センター方式を利用してアセスメントを行っている。		
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	日々のケース記録を共有し把握するようにしている。		
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	課題取り組みを1か月間モニタリングその後評価を行い、カンファレンスで検討を毎月行っている。また、3ヶ月毎にケアプランを見直し、家族に確認してもらっている。	介護計画は利用者、家族、職員、管理者と看護師が参加して作成している。計画書は3カ月毎に見直し家族の署名捺印を貰っている。「介護計画モニタリング表」を作り目標達成度を毎月カンファレンスで確認している。	
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	朝昼夕夜間に分けケース記録にケアポイントが明記しており、細かく記録し介護計画につなげている。		
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	ニーズの把握に努め、必要や要望に応じ対応しているが、重度化により柔軟な対応が難しい場合がある。		

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	重度化により、外出する機会が少なくなったが、地元小学生や学生ボランティア等の訪問が多くなった。		
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	本人や家族の望まれる病院やかかりつけ医に行ってもらい、受診時は情報提供書を用意している。	18人中5人がかかりつけ医にかかり、通院は家族の都合が悪い時は事業所が支援をしている。13人の利用者が月に1回協力医の訪問診療を受診して結果は医療記録に記載し、家族に報告をしている。	
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	看護師には常時、報告連絡相談し、指示をもらうようにしている。また必要に応じて看てもらっている。		
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。	入院時は、管理者と看護師が主治医や関係者に状況の確認を行い、家族と相談の上、早期に退院できるよう努めている。		
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	重度化や終末期の意向確認を家族と行っている。また、主治医から病状を説明をってもらい、家族に看取りケアの意向確認の話し合いの場を設けるようにしている。	終末期ケアに対応しており「看取り指針の同意書」を入居時に利用者と家族に説明し署名捺印を貰っている。毎年家族会の後で相談し、見直しをしている。ターミナルになると再度、家族の合意を取っている。これまでに家族の協力の下で6名の看取りを行った。	
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	マニュアルは用意できているが、定期的な訓練は行っていない。		
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	火災時の避難訓練は実施しているが、水害や地震においては出来ていない。	災害対応マニュアルを作成し避難訓練を年2回実施し、内1回は消防署立会いの下で行い他の1回は夜間を想定した訓練を行っている。地域の支援体制は現在構築中である。	災害時には地域の協力を得ることが重要で早急に自治会長等を連絡窓口とした地域協力体制の構築を期待したい。

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	個々の認知症の症状に合わせ利用者の人格を尊重し、誇りやプライバシーに配慮した言葉かけを行っている。また人権研修もやっている。	職員はプライバシー遵守の外部及び内部研修に参加し、利用者には誠実に優しくいたわる気持ちで接している。個人情報事務所の書庫に保管している。	
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	個々の症状に合わせて、意向を聞いたり選択してもらっているが、重度化により、本人の介助拒否があっても説明して行わなくてはならない状況が増えてきた。		
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、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	業務改善委員会を中心に利用者との関わりを増やせるように努めているが重度化により、安全を優先し十分に対応できているとはいえない。		
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	個々の服装や身だしなみのこだわりを理解し、大切にしている。		
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	食事作りが出来る利用者が少なくなって来ている為、法人給食の食事を提供している。食事前の取り分け作業は利用者に行ってもらっている。金曜日の夕食のみ好みを聞き外注弁当を頼んでいる。尚個々に合わせた食事は提供している。	管理栄養士が利用者の身体状況、嗜好、栄養バランスを考えた献立表を作り配食サービスを受けている。利用者は盛り付けと後片付けを職員と共に、職員と一緒に食事している。お餅、パンケーキ、お好み焼きを作り楽しんでいる。家族会で近辺の料亭へ食事会に行った。	
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	食事量は全員記録しており、水分については必要に応じて記録している。栄養バランスが不足してしまう方においては家族と相談し本人の摂れる形を取り入れている。		
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	歯磨きの声掛け、歯ブラシ渡し、スポンジブラシ、口腔ウェットティッシュ等個々に応じて支援している。		

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	トイレでの排泄を基本にしているが、失禁が多くなればからは、家族に相談した上で、リハビリパンツ、パットを使用しながら、トイレ誘導し、自立に向けた支援をしている。	排泄チェック表から排泄パターンを読み取り職員はデータを参考にして表情と行動からさりげなく声掛けをして誘導し排泄自立に向けた支援をしている。現在リハビリパンツは4名、パットは3名が着用している。	
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	水分摂取、飲み物、食物繊維、便秘薬、腹部マッサージ等、主治医や看護師、家族と相談し個々にあった支援をしている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴時間などではできるだけ希望に沿えるようにはしているが、重度化や自己選択が難しい方については安全を優先した入浴の支援をしている。	8時から19時の間、希望の時間に入浴が出来、週に3~4回入っている。嫌がる利用者にはさりげなく声掛けをして誘っている。浴室は広くて明るく浴槽は檜で脱衣室に床暖房機器を設置している。	
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	日中帯は、休みたい時に休んでもらっている。夜間は、出来るだけ良い睡眠がとれるよう支援している。		
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	個々の薬を理解しており、いつでも処方せんなどで確認できるように備えてある。また、症状等気になる事は記録に留めている。また、日付、名前等を読み上げ確認してから手渡しで服用している。		
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	掃除・野菜や花作り・洗濯・ゴミ捨て・食事運び等の中で役割を持ってもらっている。音楽療法は毎月2回、ハーモニカや踊り等を毎月行っている。体操は毎日ラジオ体操と週1回の百歳体操は欠かさず行っている。		
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	その日という希望には、出来る時と出来ない時がある。但し予め日を設定して出かけてはいる。家族には協力してもらいながら、出かけてもらっている。	天気の良い日は10人位が庭に出て花壇の手入れをしたり近辺を散歩している。季節毎には初詣や、花見、植物園、紅葉の名所等を訪ねている。家族の希望で一緒に外出や外泊をすることもある。	

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	お金を使える力のある方には、持ってもらっている。また、必要に応じて家族に理解を求めている。		
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	電話は自由に出来る用意をしている。支援が必要な方にはできるようサポートしている。手紙については家族の協力のも行っている。		
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	明りの調節が出来るようになっている。季節が感じられるよう、居室はもとより共有部分においても外が見える部分が多い。季節に応じた飾りをしている。	食堂兼居間は大きな窓から自然光が入り広くて明るく清潔感がある。職員と利用者が共同で季節毎の花を飾り季節感を出している。トイレは2室に1ヶ所有り2畳の広さで車椅子での利用が可能である。清掃は毎日職員が行い週に3回は業者が来て行っている。	
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	リビング、居室以外にも共有スペースがあり、廊下の途中にはベンチやテーブルセットが設置してある。		
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	新しいものではなく、本人の使っておられたものを持ち込まれるようにしている。また、配置も出来るだけ従来の生活に近い形に出来るよう、配慮している。	居室は約9畳で洋室と和室があり各部屋に洗面所が付いている。部屋には家族の協力を得て生活に馴染んだ家具、小物入れ、ベッド等を置き、家族の写真を飾り家庭的な雰囲気が感じられる。	
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	必要に応じて、トイレや居室の明示をしている。また、廊下や出入口に不要なものを置かないようにしている。		

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	運営推進会議でのご家族代表の方の参加が出来ていない事や会議議事録の記録者がいない事で詳細な記録が行えなかった。	運営推進会議においてご家族代表の方や地域の方々と共に、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、会議での意見をサービス向上に活かしていく。	毎回の運営推進会議にご家族の代表の方にご参加いただき事業所の活動内容について地域の方々と共に討議し運営改善に活かしていく。また、議事録も記録係を決め議事内容の詳細を記録しておく。	12ヶ月
2	35	防火避難訓練は年2度行っているが、夜間想定 の自主避難訓練を行えていない。それ以外の 非常災害時についてマニュアルはあるが訓練 は行えていない。地域の方の協力については 運営推進会議で話題になるものの訓練に参加 して頂けていない。	夜間を含む非常災害時の訓練を職員全員 で具体的に考え、訓練を行う。その際、地域 の方にも訓練に参加いただき、協力体制の 構築や改善点を話し合う事が出来る。	年4回の夜間を想定した訓練を行ない訓練を強化する。職員全体会議でマニュアルの再確認と具体的にどのように動いていくか話し合い、訓練を行う。内2回は消防署との事前連絡を入れる。運営推進会議などで地域の方に声を掛け協力していただけるような関係づくりをしておく。	12ヶ月
3	48	開設から10年が過ぎ利用者様自体の状況が大きく変わってきており、認知症の進行により精神面身体面において、医療を必要とする事が多くなった事や身体的に重度化してきている。	百歳体操で無理な運動をせず、自分の行える範囲で運動を行う事で、年齢に関係なく運動効果を得られる事が分かってきているので、百歳体操を行う事により病気や障害の予防につなげていきたい。	各ユニット内での週1回の百歳体操を実施し、3ヶ月に1度の体力測定を行い、病気や障害の予防に努めていく。	12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。