

### 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	2590300097		
法人名	社会福祉法人 さざなみ会		
事業所名	グループホーム姉川の里		
所在地	滋賀県長浜市大井町973番2		
自己評価作成日	平成26年5月1日	評価結果市町村受理日	平成 26年 7月 14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26年6月6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)】**

「家族の一員として共に過ごす」を事業所の目標に掲げ、介護する人される人ではなく同じ場所で共同生活を営む関係であるという想いを大切にしています。入居者がいま求めている事に耳を傾け、入居者とスタッフが一緒に取り組んでいます。その人の出来る事と出来ない事を見極め、今できる事や持てる力を出来る限り維持していけるように支援しています。

**【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)】**

平成21年4月に開設し、小規模多機能事業所と特別養護老人ホームを併設している事業所である。法人の基本理念に基づき、毎年事業所の運営方針を掲げている。管理者をはじめ全従業員は事業所の取組方針を良く理解し、内外の研修に積極的に参加して資質向上に努め日常ケアに活かしている。事業所では利用者の個性、残存能力の活用に努め、中庭での花・野菜作り、事業所内の清掃、食事の準備から片付けまで、利用者の出来る事を職員と一緒に楽しんでいる。月1回協力医の診療を受け、協力医には運営推進会議に参加して頂き指導を受けており、担当看護師には入居者の健康管理での指導を得ている。毎年忘年会やクリスマス会その他、地域ボランティア来所により、歌や音楽、踊りなどを楽しみ、地域の祭りや運動会観戦など地域との交流を積極的にすすめている。

**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、生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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	毎日業務に入る前に、理念や目標の唱和をしている。	法人の基本理念に基づき、全職員で「家庭的な雰囲気と地域住民と交流の下で…自立した日常生活を送って頂けるように努める」との運営方針を定め、玄関へ掲示し朝礼時に唱和して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	行事の時などに年に数回ボランティアの方々に来ていただくなど交流している。	自治会に加入し、文化祭への作品出展、地域防災訓練など可能な行事に参加している。また2ヶ月に1度地元ボランティアが来所し、ゲームや歌、園庭でのおしゃべり会などを一緒に楽しんでいる。	
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	地域のボランティアの方や運営推進会議の委員の方を通じての関係作りを行っている。	/	/
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	会議にて討議しサービスの向上に繋げている。	自治会長、老人会会長、嘱託医、民生委員、家族代表、市関係職員が参加し2ヶ月に1度開催し、事業所運営状況を報告し、徘徊や災害対策、外部評価の課題等を討議している。	
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	運営推進会議を通じて市町村担当者と報告や意見交換等し協力関係を築くよう取り組んでいる。	長浜市取り組みの「理学療法士等の派遣事業」への参加や、地元高校生徒の就業体験受入などを通して協力体制を構築している。また市高齢福祉介護課には、事故発生報告や介護・災害問題等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	身体拘束に関する研修に参加し、身体拘束の行為を知り身体拘束を行わないケアを行っている。	身体拘束に関する外部研修会に参加し、全職員参加の報告・講習会を開催し、職員会議等での話し合いを通して「拘束しないケアの実践」をすすめている。玄関は夜間以外施錠せず、職員による見守りで安全を確保している。	
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	研修等で高齢者虐待防止法を勉強する機会を設けており、職員間で注意を払い防止に努めている。	/	/

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
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	不定期ではあるが、研修等を通じて学ぶ機会を設けている。		
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	管理者やケアマネージャーが契約締結時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	運営推進会議や日常のやり取りの中で、聞ける機会を持つことができる。	年2回の家族との交流会(夏祭り、忘年会)や日常的な来訪時を活かして、利用者、家族の意見を聞く機会を設け、意見は職員会議で検討し、サービス改善に活かしている。家族の申し出により食事に乳製品を取入れ、利用者の体調が回復した事例がある。	
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	会議などを通して、職員の意見などを聞く機会を持っている。	管理者はケース記録や朝礼で職員の意見・要望を聞き、職員会議で討議しているが、日頃の職員とのコミュニケーション不足も見られる。職員の提案で、夜間入浴、外出支援を2組に分けて実施した事例がある。	管理者はケア現場の観察などを通して職員との意見や要望を聞く機会を増やし、日常ケアの改善に活かして欲しい
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	代表者と職員が接する機会は少ないが、代わって総括の役職の者や管理者が個々に話を聞く機会はある。		
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	日常の業務を通じ、一人一人のケアの向上に努められるようにしている。		
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	外部での研修を通じ、交流の機会を設けている。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	本人の意見を第一に考え、なおかつ安全安心に生活して頂けるよう信頼関係を築いている。		
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	利用希望される時点で、困っている事や不安な事などを聞き出し、サービスに組み込むようにしている。		
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	可能な限り家族などの意見を尊重して、サービスの利用を考えている。		
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	洗濯物をたたむことや、食器を拭くことなど、入居者の状態に合わせ、暮らしの中でそれぞれが役割を担って過ごし、お互いに支え合う関係を築いている。		
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	入居者に関する事で、家族に依頼できることは積極的にお願いしながら家族を含めた支援関係を築いている。		
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	祭りや行事ごとの機会に知人等と関わる機会を作ったり、外出計画などを通し馴染みの場所へ行けるように努めている。	フェイスシートで入居前の生活状況を把握し外出支援に活かしている。近隣の友人が気軽に来所し談笑したり、家族への手紙出状の支援も行っている。また家族来所時に、家族と共に利用者行きつけの食堂での食事、買い物や美容院にも出掛けている。	
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	人と人なので上手くいく事ばかりではないが、座席の配置を変えたり職員が間を取り持ちお互いのコミュニケーションが円滑とな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	入院された場合には、直接病院へ行き入院中の経過や状態を確認するなどしている。		
<b>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</b>					
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	普段からの関わりの中やカンファレンス等の機会に一人ひとりの思いや希望などを聞き、それに応えられる所は応えられるよう努力している。	フェイスシートを読み、日常ケアを通して利用者との会話や表情・仕草、行動を通して思いの把握に努めている。把握困難な利用者は家族の情報も参考にし、日々の申し送りでも全職員が利用者の意向を共有している。	
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	入居前にフェイスシートを通じ把握に努めている。また、直接家族から生活歴などを教えていただけるように努めている。		
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	毎日健康チェックを行い、それに合わせて日々の顔色や声、動きなど様々な所を観察し把握に努めている。		
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	カンファレンスを通し介護計画を作成している。それ以外には定例のミーティングなどで情報の共有や介護計画に必要な意見の交換などを行っている。	介護計画は入居時に本人、家族との話し合いを通して作成し、3か月毎に計画の見直しを行っている。見直しでは職員、看護師で話し合い、本人、家族の意見を聞き、ケアマネージャーが作成し家族に説明のうえ承認印を得ている。	
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	些細な事でも記録に残すようにしている。介護計画を作成する際にはその記録も情報源にしている。		
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	状況が変わった際には必ず職員間で意見を出し合い対応できるようにしている。		

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
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	個人の能力を発揮しながらそれぞれのペースで継続した生活ができるよう、日常生活の中で本人のできることを中心に支援している。		
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	定期往診等を通して、かかりつけ医との関係は築けている。それ以外で受診される際には、本人や家族からの希望に応じた医療機関で受診いただいている。	利用者の希望に応じた対応を基本とし、現在7名が毎月1回協力医の往診を受け、2名がかかりつけ専門医の受診を継続している。かかりつけ医の受診は家族の付き添いを基本とし、場合により職員が付き添い受診結果は家族と共有している。	
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	変化が認められた際には看護職と相談し必要に応じて受診へとつなげることができている。また薬に関しても看護職と相談しながら支援している。		
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。	退院前にはカンファレンスに出席し情報交換などを行っている。		
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	家族には入居前に重度化に関する指針は説明している。入居される段階で事業所が対応できる内容等を更に細かく説明し、常に家族の方と相談を行えるよう心掛けている。	入所時に、事業所作成の「重度化した場合の対応に係る指針」により事業所方針を本人、家族に説明し、本人・家族の署名を得ている。なお事業所方針として看取りは行っていない。	
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	救命講習やAEDの使用方法などに関する研修を行うと共に、急変時の対応マニュアルを作成している。		
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	年2回避難(防災)訓練を実施している。その時に入居者にも参加頂いている。	年間防災計画に沿って年2回(内1回は消防署立会の避難訓練)の防災訓練を実施し、水害訓練も実施している。非常食は3ヶ月の備蓄があり、事業所の提案で、地域住民及び職員・利用者参加による地域防災訓練を毎年実施している。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	自尊心や自信を傷つけないように注意し丁寧な言葉使いと笑顔を心掛けている。また、相手の意向が確認出来るような言葉かけにも気をつけている。	市高齢福祉介護課からの講師派遣による人権研修や外部人権研修を受講し報告書を全職員に回覧している。職員は利用者の人格を尊重し、声掛けは敬意を持って優しく行っている。個人情報事務所ロッカー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	「して下さい」ではなく、「どうですか？」など問いかけるような言葉かけを行い、相手の思いや自己決定を尊重できるように努めている。		
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	入居者一人一人のペースに合わせて過ごしていただきたいという思いを持ち、できるだけ希望に沿えるようにしている。		
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	洋服を選ばれる際、色の組み合わせや季節感、天候などを含め入居者の方と共にコーディネートできるよう関わっている。		
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	食事に介助の必要な方がいるが、職員自身も利用者と同じように腰かけ、会話を楽しみながら食事を摂っている。	夕食は配食を利用し、朝・昼食は利用者の好みのメニューを取入れ職員が調理している。食材に畑で収穫した野菜等を使用するのも利用者の楽しみとなっており、食材の準備、調理、後片付けを手伝っている。職員も利用者と同じテーブルで食事を楽しんでる。	
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	季節や、入居者のその時の体調などに応じて必要と思われる食事量や水分量を摂っていただいている。		
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	自分で出来ない方に関しては、介助を行い可能な限り清潔保持が出来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
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	排泄の時間等を記録し、そこから一人一人の排泄パターンを知りトイレへの誘導を行っている。	各人の排泄チェック表により職員は排泄パターンを共有しており、利用者の様子をよく観察し、さりげなく声掛けをしトイレ誘導を行っている。入居してリハビリパンツからトイレ使用に改善した事例もある。	
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	乳製品や、食物繊維を意識し食事に活用している。また、水分の摂取量や日常の運動にも気を配っている。		
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	入浴を楽しみにされている方には毎日の入浴を提供し、入浴を拒まれる方には曜日などを決めずにその方のタイミングで入浴が出来るよう工夫している。	毎日入浴が可能で、平均週3～4回、毎日5～6人が利用している。希望者には午後10時迄の夜間入浴にも対応している。利用者は好みの入浴剤を使用し、浴室・浴槽は使用の都度水洗いし清潔に保っている。	
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	場所や状況に応じて居室で休んで頂くなどの対応を行っている。また、夜間気持ちよく睡眠をとっていただける為には、昼間の過ごし方も大切と考え昼間でも気分良く過ごして頂けるように努めている。		
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	薬の変更があった際にはその薬の効果や服用後の状態観察などに十分気を配っている。		
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	出来る事は無理のない範囲で行って頂き生活の中にやりがいを持って頂けるようにしている。		
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	家族の協力も得て、外出(食)や外泊などもしていただいている。天気の良い日は、テラスに出て、お茶を飲んでいただいたりもしている。	車椅子利用者が多い中で、外出機会を増やす為、外出回数を1日2回に増やし、事業所周辺や寺への散歩に出掛けている。毎月1～2度のドライブで花見、新緑巡り、紅葉巡り等を楽しみ、家族来所時に、家族と一緒に外食に出掛けている。	

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	貴重品については事務所金庫で預かっている。外出時に金銭を使う機会を設けることもある。		
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	二か月に一度、入居者の状況を綴り、家族へ手紙を送っている。		
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	季節の花を飾ったりしている。また、入居者の好まれる音楽や映像を流したり、カーテンを開け、庭や外の景色を見ていただけるようにしている。	居間は明るく、空調設備・換気装置を備え、室温調整や換気に努め、隅々まで清潔で居心地良過ごせる様配慮している。また滑り止めのため、毎日教室・廊下は水拭き清掃を行い、居間は広くバリアフリーで車椅子でゆったりと自由に移動できる。	居間に利用者の作品を掲示するなど、更に居心地の良い共用空間作りをすすめて欲しい。
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	入居者間で気の合う方同士の座席の配慮を行ったり、知人の来訪等があると、地域交流スペースなどでお過ごしいただいたりしている。		
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	自宅で使用されていた家具類をお持ちいただき、その方にとって心地よく馴染みある環境で過ごせるよう工夫をしている。	居室内はバリアフリーで空調設備を備え、広いガラス窓から陽が差し込み、周囲の自然豊かな風景が望まれる。居室には馴染みの家具、寝具や家族写真等を持ち込み心地良く過ごせるように工夫している。	
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	出来る限り把握に努め、居室の物の配置などには工夫を施している。		

## 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	27	介護度を見極め、個々の能力を更に引き出せるようにしていく必要がある。	日常のADLはもとより、その方が今できる事は何かという視点で接しながら個々の能力を引き出させるようにする。	入居者の方と関わる時間を作り、些細な事でも「出来る事」を見つけていく。カンファレンスなどを通じて他職種からの情報も得ながら出来る事へと繋げていく。	6ヶ月
2	49	外出などをしようと企画するも入居者9名中6名は車椅子という状況である為、なかなか一度に全員で外出する事が難しい。	何回かに分けながらも、全員が外出など行事に参加できるようにしたい。	外出時、職員以外にも付き添える方を探す(ボランティアの方等)一つの行事を複数回行い全員が参加できるようにしていく。	6ヶ月
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、行を挿入して下さい。