

# 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23年3月15日	評価結果市町村受理日	平成23年6月28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	<a href="http://www.kaigo-shiga.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2590300097&amp;SCD=730">http://www.kaigo-shiga.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2590300097&amp;SCD=730</a>
----------	---

## 【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)】

<p>入居者とスタッフが一緒に炊事、洗濯、掃除、買い物とできる限り共同で行います。日頃忘れていた事を再び呼び戻すことに努めると共に、わかりやすい工夫をすることでいつまでもその人の持つ力で生活が継続できるように支援します。</p>
--

## 【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>利用者と家族の思いに寄り添い、管理者と職員は住み慣れた地域での生活の継続を支援し人生の先輩として尊敬の気持ちを大切にすることを重視した理念を共有し実践につなげている。近くを姉川が流れる自然豊かな環境の中で利用者は自分の持っている能力を生かし事業所の中庭の一角に作られた自家菜園で野菜作りをしたり、食材の買い出しに出かけたりと日常的にできることを職員と一緒にやっている。事業所全体にゆったりとした時間の流れを感じ、中庭を望む開放的で明るいリビングからは利用者同士の話し声や笑い声が聞こえる。</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)	○ 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、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
<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	法人理念、事業所理念を作り上げ毎朝の朝礼時に唱和し、常に見える所へ掲示して実践につなげるよう意識付けている。	地域に生活する人生の先輩として、家族の一員として、尊敬の気持ちを大切に支援に努めるとの事業所独自の理念を作り上げた。良く目に付くリビングの入り口に掲示し、毎朝の朝礼には全職員が唱和をし定着している。	
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	自治会へ入会し、地域で取り組まれている地域支援ネットワーク作り、災害支援活動ネットワーク連絡会の一員となっている。姉川の整備活動や、地域の消防訓練への参加を行った。	自治会に加入し地域災害ネットワーク連絡会の一員として活動に参加している。利用者は近くの小学校の運動会に見学に行ったり、地域の文化祭に作品を出品したりと事業所と地域との交流を積極的に行っている。	
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	外部へ向けての伝達講習は行っていないが、運営推進員やボランティアの啓発により人から人へ伝えていってもらえるように働きかけている。		
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	2カ月に1度開催している。会議参加者から出た課題は議事録にて事業所内で回覧すると同時に検討している。	診療所所長、民生委員、長浜市職員、地域包括支援センター、家族会代表、事業所で構成し、2か月に1度開催している。会議では運営に関する意見や報告、外部評価などについて検討し取り組みに生かしている。	
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	具体的な利用者からの要望や対応策課題と感ずること、また事業所で出来ることの限界など相談している。	市高齢福祉課には運営や利用者の対応策課題などを相談し、アドバイスを得ている。市職員の見学を受け入れるなど積極的に連携をはかっている。	
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	玄関は深夜～早朝までの戸締り時にのみ施錠することとし、利用者の外出を阻止するために施錠しないようにしている。言葉の拘束もあることも意識し、「待つ」「だめ」等の言い方には気をつけ、否定的な発言をしないようにしている。	玄関は日中施錠せず夜間の防犯上の施錠のみとしている。フロアにセンサーを設置しているが利用者の動向には全職員が注意し外出しそうな様子を察知したら声をかけ付き添う支援をしている。職員は全員が身体拘束をしない取り組みの意味を理解し実践している。	
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	事業所内で作成されたマニュアルを参考にしながら、職員全体で見過ごすことがないように努めている。		

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
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	外部での研修へ参加し、知識の習得をしている。		
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	契約時の説明はわかりやすい言葉で、本人、家族が納得されるまでさせていたたいている。		
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	家族会として会議だけではなく、食事会も含め和やかな雰囲気の中で交流を図り話しやすい環境を作っている。	家族会を設けているが全員の参加が困難な時には利用者の誕生日に家族に同席してもらうなどして気軽に希望や要望を聴取する機会を作っている。苦情相談の窓口も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	可能な限り毎朝のミーティングに参加し、定例会議に管理者と職員が意見交換できる場を設けている。	管理者は職員と毎月の定例会議のほかにも日頃から意見交換の機会を持つように心がけサービスの向上に生かしている。	
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	自己チェック表を使った振り返りと面談を組み合わせて個々人の思いを受け止め、よりコミュニケーションを深め、ストレスケアも行うように図っている。		
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	職員の一人一人に応じた外部研修の参加を促し、希望者は優先的に参加してもらっている。定期的に内部研修も行っている。		
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	地域の事業所協議会へ加入し、職員交流研修やセミナー開催時の参加を出来る限り多くの職員が参加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
<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	入居前に1度だけではなく、何度か面談する機会を設けている。		
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	1度だけではなく、何度か面談する機会を設けている。		
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	ケアマネと連携を図り、必要なサービスを話し合い、当サービスだけでは充足出来ないようなら他のサービスを紹介するなど必要に応じて対応している。		
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	人生の先輩として、畑作り、郷土料理の作り方、郷土の行事の言われ等を教えて頂き、一緒に行い生活の知恵などを学ばせてもらっている。		
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	行事などの参加へ呼びかけ、一緒に楽しむ機会を作ったり、面会、外出、外泊は家族の要望に応じて、いつでも受け入れている。		
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	面会にいつでも来て頂ける環境を作っている。「ケアセンター姉川の里」の利用者で馴染みの方がおられる日には会いに行き交流を図っている。	利用者への面会は多く、家族以外にも旧友がたずねて来ている。同建物内の「ケアセンター姉川の里」の利用者の中になじみの人がいたりすると会いに行くなど、今まで親しかった人たちと交流する機会を作っている。	
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	利用者の個性を把握し、座席の配置を工夫したり、利用者同士の人間関係をよりよくするよう努めている。		

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	退居される時には次施設及び家族へ十分な情報提供を行っている。		
<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	日々の生活の中から利用者の希望や意見を聞くよう努め、カンファレンス時に検討する場を設けている。	フェースシートにより得られた情報をもとに家族や本人からの希望や要望の把握につとめている。利用者の表情や行動からも思いや意向を読み取り支援につなげている。	
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	本人及び家族、ケアマネからの情報をもとに、さらに信頼が深められるように日々の会話に工夫し、暮らしに繋げている。		
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	業務日誌、介護記録、健康チェック表、連絡ノートを活用している。一人一人の生活パターンの把握に努めている。		
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	職員同士、他職種にも意見を聞き、話し合いケアプランを作成している。	本人、家族、かかりつけ医から得た希望・情報を反映し介護計画を作成している。3か月毎の見直しを行い、必要な状況発生時は、ケアマネージャーが主治医、家族、関係職員の意見を基に見直し、家族の同意を得ている。	
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	日時、利用者の様子、それに対するケア等を記録し、次回カンファレンス時の材料としている。		
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	利用者の要望に応じて外出、外食など個別の支援を行っている。		

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	派出所の巡回パトロールの立ち寄りや、消防訓練には消防署との連携、地域での文化祭への出展、見学などを行っている。		
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	入居前のかかりつけ医の継続か否かは、利用者や家族の意向を伺っている。協力医には月に1度定期的に往診に来てもらっており、急病時にも支援を得ている。家族等の都合で必要に応じて病院への付き添いや送迎も行っている。	かかりつけ医は入居と同時に利用者や家族の要望を得て切り替えてもらっている。協力医には月に1度往診に来てもらっているがそのほかの受診は家族がおこなっている。急病時の対応は協力医と連携を図っている。	
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	朝・夕の申し送りに看護師も可能な限り参加し、病気に関すること、体調変化など報告、相談を行い指示を頂いている。		
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。	病棟看護師に入院前の状態を書面で報告し、入院中は数日おきに面会している。職員間で入院中の情報も共有し、退院の受け入れに備えている。		
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、事業所です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	重度化した場合の対応に係る指針を作り、利用者がその状態になった場合には主治医、家族と相談しながら支援している。	「重度化した場合の対応に係る指針」を作り利用者がその状態になった時には主治医、家族と連絡を取り随時意志を確認しながら支援している。しかし早期から提示して、利用者・家族に説明する基本指針としては使われていない。	医療連携体制加算で求められている「重度化や終末期に向けての事業所の指針」を早急に作成し、利用者や家族に説明し確認印を取ってほしい。
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	内部研修を実施している。緊急時対応マニュアルを作成し、職員にはいつでも確認出来る場所へ置いてある。		
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	利用者とともに年2回避難訓練を実施し、1回は夜間を想定した訓練も行った。施設内全力所に火元責任者の名を明記している。地域の災害支援ネットワーク連絡会へも加入している。	年2回消防署の指導の下、自治会の協力も得て利用者とともに避難訓練を実施している。また火災だけでなく姉川に近いことから水害や地震に対応した訓練も行うようにしている。	

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
<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	内部研修を実施し、全職員が認知症ケアの理念の理解をしている。	尊厳を守るケアの研修を行うなど職員は全員が利用者のプライバシーを守り、人生の先輩として接するように努めている。個人情報などは利用者の目の届かない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	水分補給時にはお好みの飲み物を選んでいただき、活動時の参加等様々な場面で意思表示、自己決定の場を設けている。		
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	グループホームの大まかなスケジュールはあるが、利用者個々の生活ペースを大切にしている。起床、就寝、入浴、食事、散歩など利用者の体調や希望に柔軟に対応している。		
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	洋服などは着たい服を自分で選んでもらっている。又家族など利用者の好みをお伝えし、持参していただいている。		
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	朝・昼は利用者と共に調理している。夕食は配食会社へ委託している。利用者の能力に応じて調理、盛り付け、配膳などの担当をしてもらっている。食事は職員と共に語らいながらゆっくりと時間をかけている。	夕食は配食会社へ委託し、朝、昼は利用者と共に調理している。利用者は能力に応じて食材の買い出しから関わり、味付けなども話合ったりして職員と共に食事時間を楽しんでいる。誕生会や外食も取り入れている。	
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・水分チェック表に記入し把握している。		
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	義歯のある方は就寝時に洗浄液につける。自分で磨くことを忘れられる方への声かけと準備を行い、口腔内異常がないかチェックを行っている。		

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
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	排せつチェック表をつけ、個々の排せつパターンを把握している。トイレやポータブルトイレでの排せつを中心とした支援を行っている。	トイレを利用した排泄を基本に、夜間は一部ポータブルトイレも含め支援している。排泄チェック表で排泄パターンを把握し、さりげない声掛けでトイレへ誘導し個々のサインを職員が共有して支援するよう心掛けている。	
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	排せつチェック表をつけて、排便を把握している。食事のメニューを食物繊維の多い物を入れたり、乳製品、水分量、運動量を考え排便を促している。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴は毎日希望を伺い、17時頃までを入浴時間としている。入浴剤は毎日替え、浴室・脱衣室は冷暖房器を設置している。入浴を嫌う利用者には時間帯をかえて勧め、気持ちよく入浴してもらえよう支援している。	入浴は週平均3~4回で利用者の希望で毎日入ることもできる。時間は17時頃までとし、浴室は十分な広さが確保され、中には利用者同士一緒に入ることもあるなど入浴の時間が楽しいものになるように支援している。	
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	光・音・室温調整を行い、眠れない人には温かい飲み物を提供したり、気持ちが安らぐまで話を聞くなどの対応をしている。寝具は本人が使い慣れた物を使用している。		
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	病名とおおよその薬の効能を一人一人のファイルや薬剤情報で確認し、変更、追加を把握している。服薬時には毎回飲み込みまで見守り、確実な服用が出来るようにしている。又薬に関する説明を看護師より受けている。		
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	利用者個々の特技や能力を勘案しながら、畑作業や調理、盛り付け、配膳、食後の後始末などを行っている。		
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	希望があれば散歩へ出かけたり、日々の食材の買い物と一緒に出かけよう努めている。誕生日にも個々の希望を伺い外出、外食などの支援をしている。	気候の良い時には戸外へ出かけ、近くの畑でサツマイモの苗を植えたり、日々の食材を買い出しに行くなど支援に努めている。月に1回程度は利用者の希望を聞いて外食を兼ねたドライブに出掛けたり、季節の花見や紅葉狩りにも出掛けている。	地域のボランティアや家族の協力を得た外出支援が望まれる。

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	自己管理に不安のある人は、施設金庫にて預かり、外出時など必要な分だけ使えるようにしている。		
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	希望時には電話や手紙が出せる様な支援をしている。		
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	玄関、廊下は余裕のある広さがあり、台所と居間はワンルームとなり広くて天井も高い。開口部から広い庭園とその隣接する道路の桜並木が眺められ、開放感を感じられる。廊下や居間などに事業所で行った行事の記念写真や心和む風景画などを掛けている。	居間は、台所と一体になっていて明るく開放的である。玄関や廊下は車いすの利用者がすれちがう際にも支障がない広さを確保している。隅々まで清潔に清掃し、思い出の写真や絵を掛けて居心地良くしている。	
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	ソファを設置したり、人数分より多く椅子を置き、お気に入りの所へ座れるように工夫している。		
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	居室には家庭から持ち込まれた家具などを置いている。利用者の作品や外出時のスナップ写真が飾っている。家族の遺影や位牌を持ちこまれている利用者もいる。	利用者の使い慣れた家具や寝具を持ち込み、家族との思い出の写真や小物を置くなど、一人ひとりの個性を大切に居心地良くつるげる居室になるよう工夫している。	
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	カンファレンス、モニタリング内で状態の把握に努め、その人にとって自発的に行動しやすい環境を提供するよう努めている。		

## 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	33	重度化や終末期への対応としてどこまでの支援ができるのか	重度化を想定した取り組み	重度化の取り組みをされている施設への外部実習を行う	12ヶ月
2	28	グループホームとして今後より認知症の方に応じた取り組みや知識が必要となり、専門性が高くなってきている	職員の認知症に対する理解を深める	他事業所への定期的な外部実習の機会を持ち、気づきの情報伝達を行う。また認知症に関する勉強会や研修を年4回は実施する。	12ヶ月
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、行を挿入して下さい。