

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		
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27年12月15日	評価結果市町村受理日	平成28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28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)】

グループホームせせらぎでは 開所当初から利用者の思いに寄り添ったケアと看取りまでのケアを行っていくとの理念のもと日々ケアを行っている。平成27年4月～平成27年12月現在までに5名の利用者の看取りケアを、スタッフ 利用者本人、家族 訪問看護師 主治医と連携をとり行った。また病院で亡くなられた方が2名おられ家族への相談などの家族支援にも努めた。それに伴い新しく入居される利用者に関しては入居前から家族と利用者本人と何度も面会を行い家族との相談、本人との相談をしながら入所しても極力不安にならないように支援してきた。また地域包括との連携のもと地域で困っておられる方の相談しながら入居に向けて支援を行った。また看取りに関して忍びの会をスタッフと一緒にいった。看取に関して滋賀県老人福祉施設協議会の学会で発表を行った。2か月に一回運営推進会議を開催した。

【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)】

自然豊かな環境に恵まれた設立8年目の事業所である。理念には「利用者の”おもい”に寄り添いその人らしい生活を送れるように支援するとともに、地域住民のための福祉拠点となる」と掲げている。職員の間には何よりも利用者の”おもい”を第一に考えて日々のケアにあたる姿勢が浸透している。利用者はそのような職員と共に日常生活や行事を一緒になって楽しむことで、安心感に包まれゆったりとした時を過ごしている。今年度に入り、事業所では関係者の連携のもと6名の利用者を看取っており、家族からはたくさんの感謝の言葉が寄せられている。また市内の新設グループホーム職員11名の実習を受け入れ、管理者を向出させて設立に協力するなど、地域の福祉拠点としても着々と実績を積み上げている。

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 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広がったり深まり、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 【もえぎユニット】

[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	朝の申し送りの時に出勤のスタッフが理念を読み上げている。 グループホームの会議の時に理念に基づいてケアを検討している。	利用者一人ひとりの思いや地域とのかかわりを大切にすると理念や方針を作り、玄関に掲示している。朝礼時に唱和するとともに、管理者は折に触れ理念に沿ったケアの大切さを説いて理解を深めている。	
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	利用者の暮らしていた地域へドライブに行ったり 地域の知り合いが利用者の面会に来られている。民生委員の方と連携をとり利用者が安心して生活が出来るように支援していただいた。	地元の祭りや行事に参加し、事業所の夏祭りには地域住民やボランティアの参加協力を得るなど相互に交流している。野菜を差し入れてくれる地域の人もある。住民から認知症についての相談を電話で受けている。	
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	地域包括の職員などと一緒にキャラバンメイトで小学校や地域の住民向けに認知症の研修会を行った。		
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か月に1回、市の職員が必ず参加し運営推進会議を行っている。その際サービスの内容を説明している。	隔月に開催し事業所の現状や行事報告をして、意見交換している。行事”蛍ツアー”に関して蛍の生息地や時期の情報を区長より得た。職員は議事録に各自目を通して重要事項は管理者が口頭でも伝えている。	
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に取り組んでいる	キャラバンメイトや運営推進会議などで市の職員と連携をとっている。	地域包括支援センターとは運営推進委員会以外にも市主催の認知症の研修会開催や入居相談などで連携している。市長寿福祉課には事故報告や衛生管理面で随時相談し、助言を受けている。市が開催する研修会の講師を務めている。	
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	全職員対象に身体拘束の研修会を実施している。開所以来グループホームでは身体拘束をしていない	毎年内部研修を実施して全職員が理解を深め、拘束のないケアに徹している。玄関は昼間施錠せず見守りで対処し、外に出ようとする様子が見られた時は、近隣と一緒に回ったり風呂を勧めたりしている。職員間で原因を話し合い対処法を共有し、言葉遣いも注意しあっている。	
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の研修を全員を対象に行っている。管理者 リーダー職員が中心になり虐待が見過ごされてい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	職員研修において成年後見制度に関して研修を行っている。		
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	入居決定後家族や利用者本人に何度も面会を行い契約についての事や入居の準備物などの説明を細かく行い、家族や利用者が不安に感じている時はその都度相談に乗っている。		
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	苦情相談窓口を設置する。面会に来られた時やケアプランの説明の際家族の意見を反映している。またグループホームの会議を定期的に行いスタッフから意見を聞きいている。苦情について報告書を作成しスタッフと対応策について話し合っている	利用者からは日々の関りの中で、家族からは面会時や介護計画の説明時に、また年1回の家族会開催時に意見、要望を聞いている。職員の名前がわかるようにしてほしいとの要望があり、制服を導入してネームをつける案を検討中である。	
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	グループホーム会議の時や普段のケアの現場の中でスタッフの意見を聞き必要であればカンファレンスを行って対応している。	副苑長、管理者との3者面談を年1回行っている。会議や日々の業務の中で、意見や提案があれば全員で検討している。朝の調理分担や献立の見直しを提案し改善した結果、夜勤者の負担を軽減し朝の時間に余裕が持てるようになっている。	
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	各スタッフにヒヤリングを実施し管理者や職員個々の得意な所や課題を明確に把握している。又介護福祉士等の資格取得の支援を行っている。		
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	認知症の理解 リスクマネージメント 身体拘束 感染症 救急対応の研修を行った。新人職員が増え新人に対して介護技術、認知症の研修等を行った。法人以外の研修も積極的に参加している。		
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	代表者は市、県、全国に交流を行っている。		

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
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	入居申し込み時から相談に乗り、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 また家族から生活歴や情報シートに出来るところなど記入してもらい安心確保に努めている。		
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	入居申し込みの時点でじっくりと家族の思いを聞き不安を取り除けるようにしている。また面会時には必ず職員が家族と話しをし、ゆっくりと悩みを聞いている。		
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	家族が入居申し込みに来た時、本人の状況、介護者の状況を聞き必要によっては担当ケアマネージャーと相談をしながら支援をしている。		
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	基本理念に有るように利用者と共に料理のメニューや日中の活動に関して選択肢を多く一緒に選んでいる。活動内容や行事に関しても利用者と一緒に決めている。利用者の立場になって考えるように心がけている。		
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	家族に毎月の郵便にて必ずグループホームでの様子を手紙と写真を添えて伝えている。また遠方から来られた家族には一緒に写真を撮り面会時に写真を渡している。利用者の居室に家族の写真を飾っている。		
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	地域から利用者の知り合いが面会に来られる。また利用者の希望を聞き、本人が住んでいた所にドライブに出かけている。民生員の方からの支援を得ることもできた。	家族や知人の来訪がよくある。隣接する喫茶店で地元の知人と交流を持っている。”夢実現ツアー”と称する企画で、同窓会への参加を支援している。遠く離れた郷里への帰省を望む利用者の援助を現在計画している。	
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	食事作りや行事一泊旅行(外食ツアー、ドライブツアーや季節ごとの行事)などで利用者同士の関係性を創っている。また利用者の誕生日では誕生日会を行いユニットの利用者全員でお祝いをしている。		

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	退居時にいつでも相談に乗る事を伝え、実際、退去者家族から相談の電話があり、対応している。又退去後のサービス担当者からの相談にも応じている。		
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や声掛けを多くしている。話す事が困難な場合は家族の方から生活歴等から本人のニーズに答える事に努めている。	利用者18人中10人が意向把握が困難であるが、本人の生活歴、家族からの思いや意向、本人の表情や仕草から情報把握している。申し送り事項として記入し、内容を共有して利用者と接しケアに活かしている。	
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	入居時にアセスメントシートを活用し本人の日々のニーズの把握に努めている。又面会時に家族から情報を聞き経過を把握している。		
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	利用者一人一人の一日の様子の変化や定期的に行うバイタルチェックや心身状態の様子等スタッフと申し送りや普段の会話の中で共有している。		
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	ADLの低下、認知症の重度化に伴い重度化になっても生活が出来るように家族と相談し介護用品の購入や入浴用ストレッチャー スタンディングマシーンの導入をし、利用者が安心、安全に生活が出来るように工夫している。	利用者の生活状況を把握し、日々の申し送り事項による利用者、家族の意見意向も踏まえて、モニタリング表及びサービス計画表を作成している。3か月毎にまた状況変化の都度見直し、本人又は家族に説明して署名捺印を貰っている。	
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	利用者のケース記録に毎日のその日の状況を記録し、職員間で共有する為申し送り帳に記入している。ケアの変更に関してはケアプラン補強シートに記入し家族への説明も行っている。		
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	利用者の一人一人の変化についてスタッフ同士話せる機会を作りその時々ニーズに対応できるようにしている家族の状況についても面会時に話を聞き要望についてはすぐに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	給食ボランティア、生け花ボランティア、お茶会のボランティアなど協力して利用者の生活を支えている。防災に関しては消防署、区長さんと協力できる対応が来ている。		
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行っている。特に協力病院とは連携をとり利用者の状況に対応して電話連絡をし、必要であれば訪問診療に来て頂いている。	従来のかかりつけ医を利用している人は2名おり、2週間に1度事業所に往診して貰っている。一方、協力医には月1回第3水曜日に訪問診療を、訪問看護師からは週1回の健康管理を受けている。	
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	訪問看護ステーションと契約し週1回看護師が訪問し健康管理をしている。また24時間電話相談ができる体制を確立している。看取りに関する相談も行った。		
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。	利用者の入院時、主治医と、家族と相談し病気の状況を把握しながら話し合いが出来る。また入院時利用者が混乱を少しでも減る様に看護師の協力を得ながら入院時の環境作りを行っている。		
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	数名の方をGHIにて方の利用者をGHで病院、訪問看護、家族、ケアスタッフと共に協力し看取ることが出来た。看取りのあとは偲びのカンファレンスを行い今後の看取りに対していかせるように取り組んでいる。	本年度事業所内で6名を看取っている。重度化や終末期に向けた取り組みについて、職員の意識も自然と高まっている。入居時に重度化や終末期対応について契約書に明記した事業所方針を説明し、承諾確認印をもらっている。	
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	職員は消防署より救急救命講習を受けている。急変時の対応については研修会を行っている。消防署と区長との消防訓練を年に2回行っている。AEDも設置を行っている。		
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	緊急時の電話連絡の訓練、年2回の消防署、区長との合同訓練を行っている。またせせらぎ苑と防災委員会を定期的に行い災害対策事業継続計画(BCP)についても検討をしている。	避難訓練は年2回行い、内1回は消防署の立会で訓練指導を受けている。事業所は近隣自治会とは離れていることから、法人全体での防災委員会を立ち上げているが、地域や法人の他施設との連携が十分ではない。	防災委員会が中心となり夜間を想定した避難訓練を行うことを望みたい。併せて地域の参加協力体制を得るよう地元区長及び住民への施設PRを行うことを期待したい。

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	人権尊重の理念に基づき、職員研修を行うとともに、日頃から職員同士で利用者への言葉かけや対応について注意している。	プライバシー保護の内部研修を年1回定期的に行っている。日々の利用者への言葉かけは、職員同士でお互いに注意しあっている。複数の職員で声を掛けすぎて利用者を混乱させないなど対応の共有をしている。	
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	生活の中で利用者が選択できるように個々の中核症状に合わせ本人が自己決定ができるように細かいところまで工夫をしている。		
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	生活歴を重視し、一人一人の生活リズムに沿う形でサービスを支援している。		
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	本人の生活歴を把握し本人のおもいに沿いその人らしい身だしなみやおしゃれを支援している。		
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	一人一人の生活歴や地域性を大切に料理のメニューを決め、利用者と一緒に料理を作り片づけも行っている。嚥下状態の悪い方には柔らかか食などの提供を行っている。	利用者の介護レベルに応じてキザミ食、おかゆ食を作り、職員2人は一緒に食事を取り、他は食事介助にまわっている。誕生会には、本人の希望食を作り、皆で祝っている。準備や片付けでは、利用者それぞれが出来ることを職員と共にしている。	
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	利用者の状況や本人の嗜好に合わせた食事を提供し適切な食事量を摂取し栄養状態、水分量を把握しているまた、飲み物もたくさんの選択肢を広げ利用者一人一人に好みに合った飲み物を提供している。		
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	朝、夕の口腔ケアにイソジン液でうがいをしている嚥下状態が悪い方は必要に応じて口腔清拭や舌下のブラシを使用している。週に2回入れ歯洗浄剤を使用し、洗浄を行っている。		

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	利用者の排泄パターンの把握、サインを受け止めて利用者の出来る所や困っている所をアセスメントしそれに伴い排泄介助を行い自立支援に努めている。	排泄チェック表を作成してそれに基づく定期的な声掛け誘導をしている。利用者18人中リハビリパンツ11人、オムツ4人その他の人はパットを使用している。声掛けで交換回数を減らす一方、認知症の進行により無理な誘導をしないよう配慮している。	
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	排便を促すように毎朝、ヤクルト、牛乳、を提供している。繊維ファイバーを使用している。普段の生活では水分摂取量の把握や運動量の把握に努めている 主治医と連携をとり、下剤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	利用者一人一人にいつ入りたいか 希望を聞きその希望の沿って入浴を提供している。認知症の重度化に伴い入浴用のリフトを設置している。	週平均2～3回入浴し、時間帯は11時から16時に行っている。入浴を楽しむのに脱衣室にCDデッキから演歌を流して歌う人もいる。入浴用リフトが1ユニットの浴室に設置され、他のユニットにも設置計画を進めている。	
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	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。眠れない利用者にはゆっくり話をきいたり、足浴を実施している。		
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	薬剤師の方がGHで薬について研修を行っている。また利用者のケース記録に服薬している薬の効果、副作用の書いた紙をとじ常に確認ができるようにしている。		
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	日常生活(食事作り 洗い物 洗濯干し 掃除)の活動以外にも散歩や花の水やりや手芸などをしているまた生活歴に応じた色塗りや裁縫なども行っている。		
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	日常的には中庭や近所を散歩したり、家族との外出を支援したり外食ツアーや買い物他に季節に応じた行事を企画し、実行している。同窓会にも職員と一緒に付添い支援した。	天気の良い日は散歩がてら隣接する喫茶店に行ったり、近くの運動公園で子供たちの競技を見たりしている。事業所行事として外食ツアーを行っている。車椅子利用者が18人中14人と多く、リフト車や施設車を利用してそれぞれの希望する外食を楽しんでいる。	

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	利用者の中核症状に合わせお金の管理ができる人は本人の意向を聞き利用者が管理できる額を所持し買い物などの支援をしている。		
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	本人の希望により家族や友人と電話や手紙のやり取りを支援している。また一泊旅行ではスタッフが家族に手紙を書き写真を添えて手紙を送っている。		
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	共有空間、居室、廊下には自然の光が入る様になっている。生活や季節を感じてもらう為に共有空間には、季節の花を飾り、また利用者と一緒に作った季節の展示(カレンダーなど)を行っている。	食堂兼居間は18畳と広く前庭から明るい自然光が入り窓からは庭に建てられた東屋が見える。食堂には利用者が書いた書初めの「さる」が掲げてあり正月を迎えた楽しさを感じられる。トイレや浴室は広く清潔に保たれている。	
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	車いすの方が増え、畳部屋をフローリングに改築を行い、雑音などで混乱される方がゆっくり過ごせるスペースになっている。		
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	入居前に家族と本人に使い慣れた物を中心に居室を整備してくれる様に話をしている。普段の整備を本人と職員で行っている。	各居室とも9畳のフローリングでベットを設置し、大きな洗面台が備え付けられている。愛用の家具の上に家族写真を飾っている。全室にエアコン、換気扇、スプリンクラー、火災感知器を設置し、安全面に配慮している。	
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	バリアフリーになっていて手すりを設置している。車いすの利用者の方でも食事作りが出来るように調理台を設置し、生活できるように分かりやすく表示をしている。利用者の声掛けにも工夫し、出きる事を生活に生かしている。		

自己評価および外部評価結果【あけぼのユニット】

[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	グループホームの会議の時に理念に基づいてケアを検討している。		
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	地域の夏祭りに地域住民の方の協力的を得て参加している。地域の知り合いが利用者の面会に来られている。家族本人の希望により在宅に帰る支援を行った。		
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	地域包括の職員などと一緒にキャラバンメイトで小学校や地域の住民向けに認知症の研修会を行った。		
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か月に1回、市の職員が必ず参加し運営推進会議を行っている。その際サービスの内容を説明している。		
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に取り組んでいる	運営推進会議やキャラバンメイトでの参加により市の職員と密に協力関係を築いている		
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	全職員対象に身体拘束の研修会を実施している開所以来グループホームでは身体拘束をしていない		
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	職員研修で高齢者虐待の研修を全員を対象に行っている。		

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
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に関して研修を行っている。		
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	入居決定した際は、入居日までになんども家族や本人と面会をし契約に関して詳しく説明し、家族が疑問や不安を感じている時は相談に乗っている		
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	苦情相談窓口を設置する。面会に来られた時やケアプランの説明の際家族の意見を反映している。またグループホームの会議を定期的に行いスタッフから意見を聞いている。		
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	朝の申し送りの時や普段のケアの現場の中でスタッフの意見を聞き必要であればカンファレンスを行って対応している。		
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	各スタッフにヒヤリングを実施し管理者や職員個々の得意な所や課題を明確に把握している。又介護福祉士等の資格取得の支援を行っている。		
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	認知症の理解 リスクマネジメント 身体拘束 感染症 救急対応の研修を行った。今年度は新人のスタッフが増え新人に対して介護技術、認知症研修、身体拘束に対して研修を行った。		
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	代表者は市、県、全国に交流を行っている。		

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
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	入居申し込み時から相談に乗り、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。入居前に3~5回ほど入居者本人と面会に行きGHの説明や本人との関係づくりに努めている。		
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	また面会時には必ず家族と話しをし、ゆっくりと悩みを聞いている。入居前には何度も電話のなどで家族不安を聞き入居に向けての不安を取り除いている		
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	家族が入居申し込みに来た時、本人の状況、介護者の状況を聞き必要によっては担当ケアマネージャーと相談をしながら支援をしている。		
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	基本理念に有るように利用者と共に料理のメニューや日中の活動に関して選択肢を多く一緒に選んでいる。活動内容や行事に関しても利用者と一緒に決めている。		
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	家族に毎月の郵便にて必ずグループホームでの様子を手紙と写真を添えて伝えている。また遠方から来られた家族には写真を撮り面会時に写真を渡している。利用者の居室に家族の写真を飾っている		
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	地域から利用者の知り合いが面会に来られる。また利用者の希望を聞き、本人が住んでいた所にドライブに出かけている。		
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	食事作りや行事(外食ツアー、ドライブツアーや季節ごとの行事)などで利用者同士の関係性を創っている。また利用者の誕生日では誕生日会を行いユニットの利用者全員でお祝いをしている。		

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	退居時にいつでも相談に乗る事を伝え、実際、退去者家族から相談の電話があり、対応している。又退去後のサービス担当者からの相談にも応じている。		
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表情や視線などから本人に選んでもらうように努めている。		
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	入居時にアセスメントシートを活用し本人の日々のニーズの把握に努めている。又面会時に家族から情報を聞き経過を把握している。		
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	利用者一人一人の一日の様子の変化や心身状態の様子等スタッフと申し送りや普段の会話の中で共有し対応の変更が必要なときはその都度ケアプラン補強シートに記入し共有できるようにしている。		
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	利用者担当にアセスメントシートに記入してもらい家族の思い、本人の思いを受け止めて計画作成者担当とカンファレンスを行いケアプランに反映している。必要なときはPTとカンファレンスを行ってケアに反映している。		
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	利用者のケース記録に毎日のその日の状況を記録している。食事が減ったりしている利用者や血圧の変動が激しい方に関しては独自に記録表を作成し主治医に報告している		
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	利用者の一人一人の変化についてスタッフ同士話せる機会を作りその時々ニーズに対応できるようにしている家族の状況についても面会時に話を聞き要望についてはすぐに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	給食ボランティア、生け花ボランティア、お茶会のボランティアなど協力して利用者の生活を支えている。防災に関しては消防署、区長さんと協力できる対応が来ている。		
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行っている。特に協力病院とは連携をとり利用者の状況に対応して電話連絡をし、急きょ訪問診療に来て頂いている。月一回訪問診療に主治医に来ていただいている。		
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	訪問看護ステーションと契約し週1回看護師が訪問し健康管理をしている。また24時間電話相談ができる体制を確立している。		
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。	利用者の入院時、主治医、家族と相談し病気の状況を把握しながら話し合いが出来る。また入院時利用者の混乱が少しでも減る様に看護師の協力を得ながら入院時の環境作りを行っている。		
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	家族会でターミナルについて話し合い、また、GHで出来るターミナルについて契約書を作成し、家族によっては、同意を頂いている。またスタッフともターミナルについて研修を行い、ターミナルの利用者が亡くなられたときには偲びのカンファレンスを行っている。		
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	急変時の対応については研修会を行っている。消防署と区長との消防訓練を年2回行っている。AEDも設置している。夜間帯の利用者の緊急が要する場合に対応が出来るように管理者 副主任が緊急連絡対応している。		
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	緊急時の電話連絡の訓練、年2回の消防署、区長との合同訓練を行っている。		

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
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	職員研修を行うとともに、日頃から職員同士で利用者への言葉かけや対応に注意している。		
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	生活の中で利用者が選択できるように個々の中核症状に合わせ本人が自己決定ができるように細かいところまで工夫をしている。		
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	生活歴を重視し、一人一人の生活リズムに沿う形でサービスを支援している。		
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	本人の生活歴を把握し本人のおもいに沿いその人らしい身だしなみやおしゃれを支援している。		
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	一人一人の生活歴や地域性を大切に料理のメニューを決め、利用者と一緒に料理を作り片づけも行っている。		
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	利用者の状況や本人の嗜好に合わせた食事を提供し適切な食事量を摂取し栄養状態、水分量を把握しまた、飲み物もたくさん選択肢を広げ利用者一人一人に好みに合った飲み物を提供している。		
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	朝、夕の口腔ケアにイソジン液でうがいを行っている必要に応じて口腔清拭や舌下のブラシを使用している。週に3回入れ歯洗浄剤を使用し、洗浄を行っている。		

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	利用者の排泄パターンの把握、サインを受け止めて利用者の出来る所や困っている所をアセスメントし排泄介助を行い自立支援に努めている。		
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	排便を促すように毎朝、ヤクルト、牛乳、を提供している。繊維ファイバーを使用している。水分摂取量の把握や運動量の把握に努めている 主治医と連携をとり、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	利用者一人一人にいつ入りたいか 希望を聞きその希望の沿って入浴を提供している。利用者の体調の具合や状態に合わせて入浴の提供をしている。		
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	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。眠れない利用者にはゆっくり話をきいたり、足浴を実施している。		
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	利用者のケース記録に服薬している薬の効果、副作用の書いた紙をとし常に確認ができるようにしている。		
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	日常生活(食事作り 洗い物 洗濯干し 掃除)の活動以外にも花の水やりや手芸などを行っているまた生活歴に応じた色塗りや裁縫なども行っている。		
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	日常的には中庭や近所を散歩したり、家族との外出を支援したり外食ツアーや買い物他に季節に応じた行事を企画し、実行している。		

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	利用者の中核症状に合わせお金の管理ができる人は本人の意向を聞き利用者が管理できる額を本人にできる様に支援をしている。		
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	本人の希望により家族や友人と電話や手紙のやりとりを支援している。また伊勢旅行や日帰り旅行の様子をスタッフが家族に手紙を書き写真を添えて手紙を送っている。		
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	共有空間、廊下には自然の光が入る様になっている。生活や季節を感じてもらう為に季節の花を飾りまた利用者と一緒に作った季節の展示(カレンダーなど)を行っている。畳部屋を車いすでも入れるように改築を行い共有スペースにした。		
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	ふれあい広場もあり気のあった利用者同士が居室で話したりと各自のニーズに対応し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	入居前に家族と本人に使い慣れた物を中心に居室を整備してくれる様に話している。普段の整備を本人と職員で行っている。		
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	バリアフリーになっていて手すりを設置している。車いすの利用者の方でも食事作りが出来るように調理台を設置し、生活できるように分かりやすく表示をしている。利用者の声掛けにも工夫し、出来る事を生活に生かしている。		

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	35	防災委員会が中心となり夜間を想定した避難訓練を行うことを望みたい。併せて地域の参加協力体制を得るよう地元区長及び住民への施設PRを行うことを期待したい。	避難訓練に関して夜間帯の避難について特養のスタッフと連携をとりながら訓練を行う。また地域住民に対しては避難訓練をしている事を具体的にPRをしていく。	・夜間を想定した訓練は開所当初から行っているが、今後の具体的な対応は、特養のスタッフと一緒に訓練を行うようにする。 ・地域の参加に対してはすでに地域の区長の参加を得ている。今後の対応としては介護教室などで避難訓練を行っていることをPRしていく。	6ヵ月～1年
2		家族アンケートで意見としてスタッフの顔と名前が分からないので名札などしてわかりやすいようにしてほしいとの意見があった。	スタッフの顔と名前が家族にわかり家族との関係がとれるようにする。	・スタッフの顔写真と名前を、各ユニットの居室前廊下に掲示する。	6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、行を挿入してください。