

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	2590300261		
法人名	株式会社 幸和介護		
事業所名	グループホーム いろいろ庵		
所在地	滋賀県長浜市野瀬町743番地		
自己評価作成日	平成30年6月28日	評価結果市町村受理日	平成30年8月13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 ナルク福祉調査センター		
所在地	滋賀県大津市和邇中浜432 平和堂2階		
訪問調査日	平成30年7月19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)】

滋賀県長浜市、旧浅井町に平成17年にあいち診療会グループホームいろいろ庵として開所し、平成30年より運営が株式会社幸和介護へ変わりました。あいち診療会が行ってきた「利用者様本位のサービス」「利用者様が最期まで安心して暮らすことができる場所の提供」を引き継ぎ、地域医療と綿密に連携し利用者様が安心して暮らしていけるグループホームを目指しております。また、株式会社としての新しい理念は「自分の家族に入ってもらいたいと思えるグループホームを作る」こと。介護の質が問われる昨今、グループホームの社会的な役割は非常に大きいと考えております。我々が目指すものは「当たり前のことを当たり前に行うことができるグループホームであること」です。山間部に位置し、緑に囲まれた立地条件を生かし、静かで長閑な環境の中、認知症をお持ちのお年寄りが生き生きと毎日笑

【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)】

当事業所は、平成30年1月より運営母体が代わり、これまでのサービスを引き継ぎながら、より地域に密着した事業所を目指して新たにスタートしている。職員は「自分の家族を入れたいと思う事業所」「自分が入りたいと思う事業所」との理念の実現に向け、日々、利用者個々に沿った支援に努めている。利用者一人ひとりの生活パターンを把握し、食事や、入浴、排せつなど「当たり前のことを当たり前に行う」としたサービスに配慮している。
 法人及び事業所の代表者は、管理者兼計画作成担当者でもあり、事業所の運営から職員の指導や重度化する利用者への介護に今までの経験を活かして取り組んでいる。

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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者の 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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、安心して暮らせている (参考項目:28)	<input type="radio"/> 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	「自分の家族を入れたいと思えるGHを作る、当たり前のことを当たり前に行う。」運営の理念をこのように掲げ、日々実践に取り組んでいる。運営理念を玄関に掲げ皆が意識を共有できるようにしている。	運営母体の交代時に新たに創った理念を玄関に掲示し、職員は理解、共有そして実践に努めている。利用者を自分の祖父母、両親との思いで日々の介護に臨んでいる。	
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	地元住民との交流として地域の小学校との定期的な交流会、隣の畑を作っている方との交流(野菜をいただくなど)を行っている。地元の自治会長さんに運営推進会議の委員になっていただいている。	自治会に加入し、清掃や地藏盆の行事参加等地域との関わりを大切にしている。小学校の運動会見学や、小学生が来所しての利用者との交流は継続している。事業所の理解者、応援者は余り増えていない。	地域への情報発信や行事交流等工夫を凝らして、繋がりがより深く広まり理解者が増えることを期待する。
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	管理者は長浜市が行っている認知症啓発活動キャラバンメイトの一員として「専門職」として地域の方への認知症理解の活動に取り組んでいる。		
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	運営推進会議には地元の方や看護師、小学校の校長先生、有識者などに参加していただき、様々な意見をいただいている。参加していただいた方の意見からボランティアの活動を知るなど会議を活かしている。	地域代表、行政、有識者、駐在所等で構成して2ヶ月毎開催しているが利用者家族は含まれない。ハーモニカボランティアの受け入れや外部評価調査の報告もし、事業所運営に活かし議事録は職員に公開している。	利用者家族の参加も得て欲しい。
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	日常からわからないことや運営上で疑問に思ったことはすぐに連絡し、意見を仰いでいる。また、上記キャラバンメイトや介護相談員の受け入れなど行政との連携は密にしている。	運営母体の交代時には長浜市の担当者と頻りに協議を重ね、相互理解を深め協力関係を築いている。市の認知症啓発キャラバンメイトの一員として研修の講師も担っている。	
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	身体拘束を行わないことをうたった文章を玄関に表示している。また、運営推進会議でも身体拘束防止の会議を開いている。株式会社として身体拘束に関する指針を作成し、職員に周知している。	「身体拘束廃止に関する指針」を作成し職員はその内容を理解し実践に取り組んでいる。「自分がしてほしくないこと」「自分がされて嫌な事」をしないケアに努めている。外部研修にも参加し、所内で共有している。昼間、玄関は開錠し職員が見守っている。	
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	虐待に関するセミナーや研修会に定期的に出かけ、内容を職員間で周知するようにしている。また、会議で虐待防止に関して話を持つなどしている。		

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
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	権利擁護と成年後見制度に関して定期的にセミナーや研修会に出かけ、内容を職員間で周知している。		
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	契約時は管理者が必ず立ち合い、契約内容に関して説明をしっかりと行い、疑問などにしっかりと答えるようにしている。		
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	苦情受付窓口を設置し、苦情や意見に対応している。また、日々の活動の中で家族様が来所の際、現在気になっていることや改善してほしいことの提案などを行っていただけるようにしている。	毎月の利用料金支払い来所時や普段の面会時を家族の意見等を聞く機会として活用している。居室のベッドの位置や日々の生活に関する提案などがあり、利用者ごとの要望に応じている。	
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	日常から職員との関係を築き、話しやすい環境を整えている。会議でも職員に意見を求める機会を作り職員の意見を取り入れるようにしている。	毎月、職員会議を開催し運営に関する意見を聞く機会としている。必要に応じて個人面談も行い、日常の介護について職員の悩みの相談に乗り、意見や提案を出しやすいような雰囲気づくりに努めている。	
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	個人個人の力量に合わせ勤務の時間を調節したり求める業務内容を変更している。それに合わせて職員の給料水準を変更している。		
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	職員の知識や技術、経験年数などを加味し、求める業務内容を変更している。また、新規の職員にはベテランの職員が常に教えられるようにしている。管理者からの直接の指導を入社時に行っている。		
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	湖北地域介護サービス事業者協議会グループホーム部会に参加し、一緒に研修を受けたり様々な運営上の悩みを相談したりしている。		

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
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	入所前の本人様及びご家族様からのケアに関する意向の聞き取りを行い、ケアプランに反映するようにしている。また、入所直後は信頼関係を築くことを重要視し、職員にも伝えている。		
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	ご家族様には初期の段階は特に連絡を密にし、本人様の状態をお伝えするようにしている。また、疑問に思われることなどがなければ常に確認するようにしている。		
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	初期は特に認知症の症状が変化しやすくホームに慣れていただきやすい環境を作るとともに話を聞いたり落ち着けるような環境を整備するように心がけている。		
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	利用者様と話し合いの中で職員に求められる役割を見極め、何を求めているのか、職員がすべきことをし、信頼関係を築くようにしている。		
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	ご家族様との関係を断ち切らないよう、月に一回は来所していただけるように声掛けを行い、ご家族様と利用者様が培ってきた関係を保っていただけるように支援している。		
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	馴染みの場所への訪問やご家族様との外出、馴染みの関係の方の来所しやすい雰囲気づくりなどに注意している。	家族同伴で行きつけの理髪店の利用、利用者が読み慣れた新聞の個人契約等馴染みの場所や、物の継続を支援している。毎週末に食事介助に訪れる家族や知人の面会もあり関係が途切れないよう支援に努めている。	
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	利用者様個人個人の性格を見極め、お互いが良い関係を保てるように必要時は間に入るなどしながらストレスのない生活を送っていただけるようにしている。		

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
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	家族様や利用者様が大切にしていた方との関係が切れないようにご家族様への支援や連絡、年賀状の送付など支援している。		
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	個人のこれまで暮らしてきた生活歴の聞き取りや本人様が求めていることなどを聞き取り、ケアプランに反映するようにしている。	フェイスシートから生活歴を読み取り、アセスメントシートから日常生活での意向の把握に努め、利用者本位に対応している。日々の会話や把握困難な利用者には家族からの情報で思いを読み取るよう努めている。	
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	利用者様のこれまで暮らしてきた内容を確認し、できるだけそれに即した形で生活していただけるように支援している。		
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	本人様の現状の力やADLを入所時から評価し、できることをそのまま継続していただけるように支援している。		
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	ケアプランはケアマネが基本的な考え方を作成し、職員の意見を求めたうえで決定している。	介護計画は、状態の変化がない場合でも3ヶ月毎に利用者や家族、職員の意見を聞き見直している。その都度、家族の承認と確認印を得るようにしているが、日付の記入が無く、一部家族は承認を得ていない。	介護計画の見直し時には、全ての家族の承認と確認印を得、その日付を記入して欲しい。
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	日々のケアの内容はカルテに記載し、特記事項などは職員間で共有できるように申し送りを密にしている。また、必要なことは連絡ノートに記載し、職員全員がわかるようにしている。		
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	一人一人が違ったサービスを求められるため、基本的な毎日の流れの中で個人個人が求めるサービスを組み込むようにしている。		

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	目の前の小学校跡地の活用、プールに来る子供たちとの交流。地元の方との会話などできることを行い、地域に溶け込めるようにしている。		
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	本人様が望まれる医師への受診はご家族様へお願いしている。基本的にいり庵へ入所される際には協力医に連絡し、継続した医療処置が受けられるように支援している。	入居時に全員が希望により協力医をかかりつけ医としている。月2～3回の往診と訪問看護師との連携で医療を支えている。2名の利用者はかかりつけの専門外来を家族の付き添いで受診し、医療情報は共有している。	
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	訪問看護ステーションれもんと連携し、月に2回訪問していただき、利用者様の医療的ニーズなどに関して話し合いが持てる機会を作っている。		
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。	入院後は早期に退院できるよう働きかけ、協力医にも協力を仰ぎ、いり庵での治療を行うことでリロケーションダメージなどを防ぐようにしている。		
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	終末期に至る際、利用者様及びご家族様、また、医療関係者にも連絡を取りながらその方が望まれる最期の迎え方を十分に話し合うようにしている。	「重度化した場合における対応に係る指針」を文書化し、併せて「重度化、終末期対応意思確認及び同意書」を入居時に説明し確認を得ている。昨年度は3名を看取り、日頃から家族の思いに応えられるよう準備し、関係者と連携を取り介護している。	
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	非常時のマニュアルを作成し、利用者様の急変時などにどのように対応するか決めていく。		
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	災害における避難場所の確認、対応の方法などマニュアルを作成している。	「防災及び非常災害時対応マニュアル」を作成し、年2回避難訓練を行っているが日中想定であり、地域住民の協力は得られていない。非常時の飲料水や食品は3日分備蓄して災害に備えている。	避難訓練は年2回行い、内1回は夜間を想定したものをを行い、地域住民の参加協力が得られるよう期待する。

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	利用者様の生活歴や性格に配慮した自尊心を損ねない声掛けなどを行う。プライバシーに関しても配慮している。	「個人情報保護マニュアル」を作成し、一人ひとりのプライバシーに配慮して介護している。利用者を人生の先輩として尊重し、各々声掛けを使い分け自尊心やプライドを傷つけないよう努めている。	
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	日常生活上で本人様に決めていただける機会を多く作り、本人様の希望に沿ったケアができるように配慮している。		
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	日々の決まった流れから本人様の望まれることができる時間を作り、できる限りその人が望まれるようなケアをしている。		
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	散髪の手配、毛染めの支援、日々の洋服選びの支援、保清に関しても本人様が望まれるようにしている。		
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	ご飯の硬さやみそ汁の味の濃淡、おやつや季節を感じられる献立など配慮している。	配食サービス利用であるが朝食は職員が住民の差し入れ野菜などで手作りしている。季節や行事を考慮したメニューで楽しむ工夫をしている。準備や後片付けをする利用者も居り、職員は弁当持参で交代で摂っている。	
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	一日を通じて必要な水分量を把握し、脱水状態にならないようにしている。また、栄養は十分に考えられたメニューを作成してくれている。		
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	一日三回の口腔ケアを行っている。必要時は歯科受診も行っている。		

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	その人に合った排泄介助を行っている。定時誘導であったり、排泄後のケアであったり、自尊心に配慮しながら気持ちの良い排泄ができるように配慮している。	自立している3名の内2名は夜間も布パンツを使用している。他は個々の排泄パターンを把握し、トイレでの排泄を支援している。重度化する利用者には大パッドに小パッドを重ね常に清潔な状態であるよう工夫している。	
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	毎日ヨーグルトを食べていただいている。必要な方は下剤の使用及び看護師に排便を依頼するなどしている。		
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	週に3回は入浴していただくようにしている。入浴時はできる限りゆっくりとはいれるように職員が考えて行動してくれている。	平均週に3回、午前中に入浴している。入浴を嫌がる利用者には気分を見計らい誘導し、入浴剤で変化をつけて入浴が楽しめるよう工夫している。重度化している利用者にはリフト浴で支援している。	
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	夜間安眠できるよう、寝具の手入れや居室の温度の確認、必要な方には眠剤を処方していただけるように医師と連携している。		
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	薬剤師が利用者様の服用している薬に関して説明を行ってくれている。また、薬の内容に関しても医師からの説明を皆が周知できるようにノートに記載している。		
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	それぞれの利用者様が役割や楽しみを持って生活できるよう、利用者様それぞれのことやしたいことを把握し、実践していただいている。		
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	利用者様の希望で出来る限り毎日散歩に出かけるようにしている。天気の悪い日は室内でのウォーキングや体操を取り入れている。	体調や天候に配慮しながら近所へ散歩に出掛けている。利用者の希望により、職員と日常の買い物や、花見の季節のドライブ等の外出支援も努めている。	

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
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	利用者様個別にお小遣いを預かっており、好きなものを買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	必要な方には電話や手紙が書けるように支援している。		
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	共有の空間は落ち着けるように混乱を招くものは置かないようにしている。季節感のある飾りつけをしたり皆がわかりやすいような日めくりカレンダーを作り掲示している。	リビングは、利用者がスムーズに移動できるようにテーブル等を配置し、壁には小学生からの手紙を掲示し、和やかな雰囲気にもなっている。畳コーナーや広い廊下に置かれたソファは利用者が各々寛ぐ場所として活用している。	
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	全員が集まるような大きなテーブルは置かず、中型のテーブルを2つ置き、気の合ったもの同士で過ごせるようにしている。		
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	居室は本人様とご家族様に好きなように家具を配置していただき、居心地の良い居室を作っていただけるようにしている。できないときは職員が入り、なごむものを張るなどし、居心地を確保している。	居室はフローリング仕様でベッドは備え付けで、利用者に合わせて高低の調整も可能である。テレビや使い慣れた家具を持ち込み、家族の写真を飾り利用者が其々落ち着いて過ごせるよう工夫をしている。	
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	バリアフリーのホームだが、たたみの間は段差があったり、階段のある居室があったり利用者様個人個人の力を発揮できるようになっている。		

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	2,35	地域住民との交流が希薄。緊急時に協力してもらえる体制がない。	自治会長さんらに協力を仰ぎ協力関係を築けるようにしていく。	運営推進会議で自治会長さんらに協力を要請する。出来ることとできないことはっきりとさせ、災害時の対応を検討する。	6ヶ月
2	4	運営推進会議へのご家族様の参加がない。	家族会を作り、参加を要請する。	家族会を作ることを第一目標とし、その後家族会から代表して1名でも参加していただけるように要請していく。	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。