

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	2571200225		
法人名	医療法人真下胃腸科医院		
事業所名	大宝の郷		
所在地	滋賀県栗東市糺8丁目17番54号		
自己評価作成日	2019年7月20日	評価結果市町村受理日	2019年9月25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	大津市和邇中浜432番地 平和堂和邇店2階		
訪問調査日	令和元年9月5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)】

真下胃腸科医院と連携することによって、質の高いターミナルケアを実施している。基本的に、朝、昼、夕、の食事は施設でつくっている。施設の庭にある畑で胡瓜、南瓜、薩摩芋などを栽培し食事やおやつに収穫して食べている。その他にも外出を積極的に行い、季節を感じれるように努力している。市の地域包括センターからの委託で、「認知症カフェ」を週1階開催している。中学生の研修、人権擁護団体の講習の受け入れ、地域の人のボランティアなど積極的に取り入れ、地域との交流、入居者の社会参加などの機会を設けている。毎月カンファレンスを行い、入居者について話し合いを行い、本人を知ること努めている。2カ月に一度、真下医院ドクターも交え、様々な事を話しあう場を設けている。

【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)】

JR栗東駅の近くの住宅街に立地する2階建てのグループホームである。近くに法人の運営する医院があり健康管理を定期的に行い、利用者家族共安心である。利用者は日常的に職員同伴でスーパーへの買い物や所内の菜園で野菜を栽培したり、植木の手入れなど自然に親しんでいる。職員が計画した季節毎の花見や毎月の誕生会では利用者の希望に応えるよう外食したり、馴染みの場所に職員が同行したりしている。最近入居した利用者が連れてきた犬を利用者全員の家族の了解を得て飼ひ、可愛がり利用者の癒しに繋がっている。中学生の実習の受け入れや地域包括支援センターとの連携の下、認知症講座、認知症カフェ、傾聴ボランティアの受け入れ等地域に愛される事業所を目指して活動している。家族からは職員はとても親切で本人と家族の要望に沿ったケアに対し感謝の声が多い。

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 (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	玄関や事務所に理念を掲示している。2ヶ月に1回の全体会議時に職員全員で理念斉唱し、理解し実践できるようにしている。	「穏やかで家庭的な生活・・・」「地域の人達とのふれあい・・・」等4つの理念を掲げ玄関や事務所に掲示している。週1回事務所を喫茶室として開放し理念を実践している。全体会議の冒頭に全員で理念を唱和し定着を図っている。	
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	隣の農協さんの朝市開催日に喫茶店として開放し、交流を図っている。週に一度「認知症カフェ」を開催している。	自治会に加入し、利用者は地域のお祭りや小学校の運動会を見学している。中学生の体験学習を受け入れや認知症講座を開催している。「認知症カフェ」として事務所を開放したり地域との交流も盛んに行っている。	
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	介護者と家族の会の勉強会や、地域の研修依頼など積極的に受け入れている。週一度の認知症カフェを開催して、地域の人々の集まれる場、相談できる場の提供を行っている。		
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	運営推進会議でグループホームが地域で行えること、地域の認知症の方がいきいきと暮らせるために必要なことなど意見交換を行っている。	隔月毎に開催し、地域の代表、地域包括支援センター職員、家族代表等が出席し事業所の活動報告等している。事業所の課題や改善について話し合いをしていない。会議議事録も不十分で職員に伝達していない。	会議は事業所の報告だけではなく、課題を出すと共に地域の情報を得る場として活用して欲しい。議事録も出席者から出た内容を記載するとともに職員に回覧し伝達することを望む。
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	運営推進委員の地域包括センターと日頃から連絡を取り合い、地域の認知症啓発活動を行っている。	地域包括支援センターと連携して「認知症カフェ」「認知症講座」を開催し、地域の福祉活動に寄与している。市から委託された介護相談員が月1回利用者一人一人と話し合いその結果をケアに反映させている。	
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	施設内の研修で勉強する機会を設けている。	全体会議で身体拘束ゼロセミナー受講者が中心となり、話合っている。家族からの要望もあり、止む無くセンサーとベッドの4点柵を設けている利用者があるが、ベルを鳴らしてもらい職員と連携できるよう対応している。早期に2点柵に改善できるよう努力している。	
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	施設内の研修で勉強する機会をの受けている。		

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
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	研修会に参加する機会や、勉強会はない。		
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	入所前に説明を行い同意のサインをもらっている。		
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	毎年、家族会を開き意見を聞いている。意見箱を設置し対応している。	家族会や家族来訪時、意見や要望を聞いている。聞き取った内容は全体会議で討議し、ケアに反映している。家族からは、適度な外出等で気分転換出来ていると感謝されている。職員の退職や異動時、家族に連絡して欲しいとの要望がある。	職員の退職や異動時、電話や広報誌などで家族に知らせることを望みたい。
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	全体会議の場で出た意見は、反映できるように働きかけている。	代表者、管理者は年度初めに職員と個別面談を行い意見・要望を聞いている。情緒不安定な利用者を職員の提案で話を否定しないで聞いて上げることにより改善してきた。提案で誤薬防止の3重チェック表を作成し、実行している。	
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	管理者が個別面談を行い、個別に意見を聞き、出来る範囲で行っている。		
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	施設内の勉強会で、学ぶ場を設けている。		
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	年1回法人全体の勉強会を行っている。		

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	入居申込用紙に情報の記入をしてもらっている。入居段階で、見学と面接を行い本人の情報収集を行っている。入所前にフェイスシートの記入を行っている。		
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	入居前の見学と面接のときに話を聞き情報収集に努めている。初回ケアプラン作成時に家族の思いを聞き、ケアプランに反映している。		
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	入居前の見学と面接のときに話を聞き情報収集に努めている。必要なサービスや用具は手配している。		
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	本人の出来る事は自分で行えるようにフォローしている。		
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	行事への参加、家族会の開催など家族が参加できる場を設けて本人の様子を話したり、情報交換を行っている。家族に行えることは協力を依頼している。		
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	通っていたデイサービスへの参加の援助を行っている。自治会のふれあい喫茶に参加し、馴染みの関係の継続に努めている。本人が通っていた美容院へ行く援助を行っている。	馴染みの人や場所をフェイスシートで確認し、馴染みの美容室へ行く支援や、以前通っていたデイサービスに職員が同伴したりしている。学生時代の友人や利用者が住んでいた近所の人などの来訪がある。	
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	入居者同士の人間関係に気をくばり、良好な生活が行えるように支援している。カンファレンス時に入居者同士の関係について情報交換を行い、席の配置の調整などを行っている。		

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
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	入居者が亡くなった後も、家族が時々面会に来ている。また、面会時は職員が積極的に話を行っている。		
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	日常会話などで得た情報を記録に残している。カンファレンスで情報の共有を行っている。	職員はフェイスシートによる把握とともに日常生活で利用者と接する中で会話と声掛けから思いや意向を汲み取っている。その情報は連絡ノートで共有し毎月のカンファレンスで討議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	家族の来所時、本人の様子を伝える時に本人の馴染みの生活などを聞いている。その情報は、記録に残したり、カンファレンスの時に情報の共有を行い、施設での生活に繋げている。		
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	本人の日々の様子を細かく記録に残している。その情報を職員が共有し本人の現状の把握に繋げている。		
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	毎月カンファレンスを行っている。3ヶ月毎にケアプランを作成し、家族に同意のサインをもらっている。	介護計画は利用者や家族、医師、看護師、職員の意見を検討し、計画作成担当者が3カ月毎に見直している。緊急時は都度見直し、いずれの場合も家族に説明した上で署名、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	日常の様子を細かく記録に残している。また、連絡ノートなどを活用し、職員全体での情報の共有に努めている。		
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	入居者が入居する前に通っていたデイが同法人のデイサービスであり、連携を取って施設からデイへ通えるように調整している。同法人のもう一つのグループホームへ訪問している。		

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	自治会の集まりのふれあい喫茶への参加、近所の美容院でのカットやパーマ、近所の住人によるボランティアなど活用している。		
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し、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	1人につき月2回の往診がある。ほぼ毎日往診に来ているので、何かあればすぐに相談できている。必要時は、職員が受診に付き添っている。	利用者全員が提携医をかかりつけ医としており、全員が月2回の往診を受け、必要があればいつでも受診できる体制である。他の科については家族付き添いが原則であるが、職員が同行し、症状を説明することがある。受診結果は共有している。	
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	1人につき月2回の往診があり、ほぼ毎日往診に付き添って来所する。その時に何かあれば相談し対応している。		
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。	入院時は、速やかにサマリーによる情報提供を行っている。退院前のカンファレンスには積極的に参加している。		
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、事業所の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	入居時に、ターミナルケア、看取りケアの話を行っている。ADL低下により重度化した場合、医師、看護師を交えて家族とターミナルケアについて話を行い、プラン作成を行い、同意のサインをもらっている。	入居時に看取り指針を説明し署名を得、重症化に際し詳細を詰めて再度確認している。職員は最後までグループホームでお世話したいと望んでいる。現在、やむを得ず緊急に病院へ搬送する場合の医療処置について、家族の意向を確認する書面の整備をしている。	
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	マニュアルを作成し、全体ミーティング時に、急変時の対応を話し合い、確認している。		
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3回の消防避難訓練を行っている。	消防署指導のもと、火災・地震・水害訓練を年3回実施しており、そのうち1回は夜間を想定した訓練をしている。近隣住民の訓練参加は無い。災害対応マニュアルに近隣住民の連絡先の記載がない。水、食料、簡易トイレ、ランタンなど備蓄している。	三方を囲む住宅の住民に火災発生時に協力を頼むことは必須であり、訓練に参加を促してほしい。推進委員会で自治会役員にお願いし、災害対応マニュアルの連絡網に連絡先を記載することを希望する。

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	言葉遣いなどの接遇面には十分注意するように心がけて対応している。全体ミーティングで理念斉唱を行い、意識づけできるようにしている。	言葉遣いを丁寧にすることが全体の申し合わせ事項になっているが、職員の言葉遣い、態度に対し利用者の受け取り方が違うので、職員同士、直接口頭でまたは記録によりお互いに課題を共有している。	
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	友人に会いに行く、近所の寄合への参加、欲しい物の買い物など、本人のお思いを実現している。		
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	入浴面では本人の希望を聞き、買い物希望があれば、買い物への援助を行ったり、本人の暮らしを尊重している。		
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	散髪やパーマの希望があれば、美容院に付き添ったり、訪問してもらったりしている。服は本人家族と相談し、本人の好みの服装が出来る様に援助している。		
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	ほぼ毎食、職員と入居者で手作りを行っている。献立も、季節感が出る様職員と入居者とで立てている。	職員が1週間の大体の献立をたて、時には利用者も一緒に食材購入に行き、毎食、利用者と一緒に調理している。自家製の野菜も利用し、誕生日の献立は利用者の希望に沿い、希望があれば外食も同伴している。	
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	毎日、食事量と水分量のチェックを行い、必要に応じて促しを行ったり、摂取できるように工夫を行っている。		
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	毎食後、介助必要者への口腔ケアは行っている。必要者は、歯科受診し対応している。		

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	個別の排泄パターンを把握し、個々に応じた排泄介助を行っている。	利用者のしぐさや行動で便意や尿意をくみ取り誘導している。しぐさなどを示さない場合には各利用者の排泄の記録を見てこまめに誘導している。夜間も気配やセンサーで感知し付き添っている。	
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	体操や散歩など運動の機会を積極的に設けている。毎日水分摂取量をチェックし、必要に応じ促しや介助を行っている。食事は繊維質が取れるように献立の工夫を行っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	2日に1回のペースで入浴できている。個人の気分に応じて入浴しない日や、連続して入浴することも行っている。	毎日風呂を用意し、利用者が隔日に入れるよう工夫している。午後を原則としているが要望があれば午後や夜間も対応している。入浴拒否者には癖を掴み、気長に声掛けをし入浴を実現している。	
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	レク活動など提供しているが、参加は本人の意思を尊重している。個々、自室でものんびりと過ごせるように働きかけている。		
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	医師、看護師、薬剤師と連携を取り薬の調整を行っている。		
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	季節ごとに外出を企画し実施している。個別外出は本人の希望により、随時行っている。入居者により、グランドゴルフを行ったり、希望のレクや行事は行っている。		
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	本人の欲しい物を一緒に買いにいたり、時々家に帰る援助を行ったり、普通だったデイサービスに付き添ったりしている。	近くの散歩、買い物は利用者の要望に従って、午前中に職員が同行している。利用者が以前通っていたデイサービスや美容院への希望にも同行している。年間行事の中に初詣や季節毎の花見など企画し計画的に外出している。	

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	家族からお金を預かり、必要時職員が清算している。自分で管理できる入居者は、家族の協力と同意のもと、自由に所持し、使ってもらっている。		
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	自由に行ってもらっている。施設への電話の取次ぎを行っている。入居者が希望したら、家への電話の援助も行っている。希望者は自由に携帯電話を持ってもらっている。		
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	季節が感じられるようにレク活動を通じて季節ごとの壁面作成を行い、飾っている。花など季節を感じられるものを飾っている。	居間は季節毎に利用者が分担して作った紙製の花や写真、書で壁一面を飾り、明るい雰囲気である。食卓も利用者の希望に合うように配置換えをしている。共用部分の掃除は職員が主であるが、利用者もモップ掛けを手伝っており、清潔である。	
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	玄関、庭、廊下に椅子を設けて、一人になれる場所を確保している。		
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	馴染みの家具を自由に持ち込んでもらっている。本人の写真や家族の写真を飾ってもらっている。	ベッド以外の家具は本人が持参し、利用者の馴染みの品物や、テレビなどある。壁には各人思い思いの写真や手作りした作品が飾られており、その人なりに居心地よい部屋となっている。清掃は利用者と職員が協力している。	
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	表示を分かりやすくして工夫している。居室前に、目印をつけてわかりやすい様に工夫している。		

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	運営推進会議の議事録をもっと詳しく書いて、職員で共有し、施設の質の向上につなげるよう工夫が必要。	議事録を詳しく書く。 職員への回覧を行う。	会議の時、ボイスレコーダーを使用して、聞き取りながら詳しい議事録を作成する。 議事録を職員に回覧する。	24ヶ月
2	10	職員の退職や異動時、家族への情報提供がされていない。	職員の退職、異動を家族が周知できる。	毎月の施設の新聞で、退職や異動は知らせる。	24ヶ月
3	35	火災発生時に、周辺住民の協力を得られる体制が不十分である。	火災時に周辺住民の協力を得られる。	施設の避難訓練への参加を近周辺住民に呼びかける。 運営推進会議のメンバーに緊急時の協力を依頼し、連絡網を作成する。	24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。