

# 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	2510101575		
法人名	医療法人 緑生会		
事業所名	グループホームクリーム大石 西館		
所在地	滋賀県大津市大石淀3丁目2-2		
自己評価作成日	平成23年8月31日	評価結果市町村受理日	平成23年11月21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 <http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JGD=2510101575&SCD>

## 【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10月4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)】

利用者の皆様は、全体的に歩ける方が多くおられます。また、ご自分の意志を伝えられる方がほとんどですので、個別ケアの重要性を更に深めて行きたいと思っております。スタッフの知識や工夫に寄るところが、今後必要と思っています。自然に恵まれた大石でもあり、外に向けてケアの幅を広げ利用者の持っている力をまだまだ発揮できる様にしていきたいと思っております。

## 【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)】

医療法人緑生会中山病院の系列で、地元自治会でもグループホームの必要性の理解を得られている。理念には、地元の大石や淀町で生活して町づくりに参加して、自分らしく楽しく皆さんと一緒に暮らす事を掲げ、地元にとけこんでいる。職員も近くの人が多く、普通の大家族の家庭のような雰囲気である。共同生活することで認知症の進行を抑え、症状を改善させようという主旨を実践して効果をあげている。管理者はサービス向上のため職員の能力を上げる研修会や資格取得を推進している。家族からの便りや面会時に自由に意見を受け入れている。火災報知機や防火用のスプリンクラー等を設置し防災面でも安心して利用することができるホームである。

## 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
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	理念は、常にリビング、スタッフルームに掲示し、またスタッフ会議でも確認しています	「私たちは、大津市で、大石で、淀町で生活しています。私たちは町づくりに参加します。(中略)自分らしく楽しく皆さんと一緒に暮らします。」と解りやすい理念で地域密着の意義を踏まえて実践している。	
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	常に利用者様が外で散歩したり、地域のお店での買物、美容院も利用しています いつも玄関を開放し、訪問して頂きやすくなっています	自治会には事業所として、また地元の利用者1名は個人としても加入している。7月は大石清掃に参加した。9月に事業所でバザーを開催、チラシ100枚を配布し沢山の住民、家族等が参加した。利益金を東日本大震災に寄付した。	
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	母体の医療法人を通じて地域自治会主催の勉強会に講師を派遣したり、参加者として認知症を地域の方に理解して頂く様になっています		
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	利用者様のご家族、地域の方、自治会の方など出席して頂いて意見を聞いています	包括支援センター、地域代表、事業所関係者、自治会、入居者代表の出席で年6回開催している。議題は行事や生活記録、事業所の現状、これからの計画等で議事録に解りやすく記録し、サービス向上に活用している。	運営推進会議の議事録を職員に回覧が徹底されていないので、今後は工夫する事を期待したい。
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	地域包括支援センターなどを通して運営推進会議にも参加して頂いています	地域から近い信楽、宇治、京都の入居希望の件について大津市と意見交換等している。来年4月秋葉台にオープン予定の小規模多機能型居宅介護事業所についても相談している。	
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	現在拘束はありません 事故のない様、スタッフの声掛け付き添いでカバーし、センサーなども必要に応じて使用しています(センサーは家族の了解をいただきます)	ベットからおりた際職員に知らせるための離床センサーが必要な利用者が数名いる。その家族には了解を得て設置している。玄関の施錠はしていない。職員のケアのレベルアップのため認知症の勉強会を月1回介護部長が開催している。	
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	スタッフ会議での勉強会を持ちます また、スタッフの相談や悩みを聞きストレスが溜まる事のない様にしています		

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
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	利用者様で、後見人保佐がおられる方がいらしゃいます スタッフ会議の場で勉強会を持ちます		
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	入居時の説明は管理者、事務、直接のケアスタッフとの面談を通して同意を頂く様になっています		
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	全員のスタッフが、個々の利用者様の話を聞き、不満苦情を全員で共有し理解し改善をする様にしています 苦情処理ノートで記録を残し、活用しています	苦情ノートを設置して、入居者、家族等に記入して貰い職員間で共有している。家族面会者もよくあり、職員も極力家族の方と接触し連絡事項等があれば併せて話をしている。面会時、枕元が汚なかった等の指摘を改善した。	
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	スタッフ会議で要望、意見を聞く、または、リーダーが直接話しを聞いたり、提案ノートも設けてケアに反映しています	月に1回スタッフ会議を開催している。その中から火災通報や防犯のためのセコムを設置、離床センサー設置を決めた。年間行事計画は職員の意見を反映して決めている。	
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	休憩時間の確保をしゆとりを持てる様、配慮しています 個々の状況に応じた声掛けや相談に応じる（勤務時間、休みなど）		
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	レカデア他、社会人としての研修に参加しています 緑生会内での研修会にも交替で参加します その内容は、スタッフ会議で発表し共有しています		
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	新人研修、グループホームスタッフ研修など参加しています		

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
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	入居前の見学のお奨め、ご本人ご家族の面談をしています 入所当初は、特に情報を細かく記録し全員で共有しています		
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	複数の職員で話を聞く、入居時以外にも面会時などを利用して家族にお話をさせて頂き、ケアプランの作成の参考にし、反映させています		
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	今までのご家族の負担を傾聴し心より理解するように努めています		
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	スタッフの個性、年齢差もうまく利用し、利用者の方の喜びや寂しさに共感する様、お話を聞く事に重点をおいています		
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	面会時には、時間を頂きお話ををさせて頂き、ケア記録なども読んで頂きます お話の内容などは、面会簿に記載しケアに役立てています		
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	ご家族以外の方の訪問も歓迎させて頂いています(ご家族には報告する)	事業所は今までの暮らしの継続を配慮している。「お話」や「散歩」に知人の訪問をうけ楽しんでいる利用者がある。利用前に引き続き趣味の大正琴を大石公民館で習っている利用者の送迎をしている。	
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	リビングの席の配慮、また揉め事が大きくならない様声掛けなどしています 利用者様の想いは否定せず受け止めます		

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
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	入院された場合などは、お見舞いに行き利用者様同士、またスタッフとの関係の継続に務めます		
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	自室で一人居たい方、一人では寂しい方、個々の要望を尊重しています おやつ、食事、外出などで皆様共有の楽しみも持て頂きます	利用者の気分や気持ちを把握し、寄り添いながら個々の要望を尊重してる。その結果、3時のおやつや買い物や外食を楽しみにしている利用者や、自室には家族の写真や自作の刺しゅうしたハンカチ等を飾って楽しんでいる人などそれぞれである。	
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	食事後、おやつ後、またお部屋に伺い昔の話の聞いたり、時には、こちらから質問して教えて頂く形でたくさん情報を頂ます		
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	身体状況を見ながら昼寝、家事のお手伝い等をして頂きます		
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	月1回スタッフ会議で意見を出したり介護計画の検討をしています 提案ノートの活用も合わせてしています	3ヶ月に1回、本人、職員、主治医の話を反映、介護計画の見直しをし、家族の承認を受け職員全員が共有している。モニタリングも月に1回実施している。個別の介護記録に殆ど毎日、行動や印象深かった言葉等を記録し参考にしている。	
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	個別の介護記録を勤務前に読み、朝・夕の申し送りは連絡帳を利用しています 提案ノートへの記録も随時行う		
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	管理者を通じてクリニック、病院などの受診の手配をしています 外出、買物支援も個別に行います 外泊時には、ご家族との連絡を密にします		

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
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	民生委員を通じて敬老会への参加のお世話をお願いします 消防訓練に参加下さっています		
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	強制ではありませんが、南大津クリニックの医師がかかりつけ医となり、週一回、もしくは複数回定期受診を行っています 歯科訪問治療も実施しています	本人と家族の希望で南大津クリニックの医師が全員のかかりつけ医である。週1回あるいは複数回定期受診や往診を受けている。その結果を都度家族に報告し、必要に応じて相談に乗っている。歯科、眼科等への通院は職員が付き添い対応している。	
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	週一回、看護師の訪問もあり助言や指導をして頂いています		
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。	かかりつけ医の判断でお願いしています 入院された場合は、管理者がご家族に連絡をとり送迎などもしています また、退院後のケアについてもお聞きしています		
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	終末期のあり方の要望をお聞きし文書化しています(昨年度再確認させて頂きました)	本人または家族との間で「終末および急変事における意思確認書」を取り交わし毎年印をもらい確認している。緊急時の連絡網、対応のマニュアルもある。	
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	急変時には母体の中山病院へ連絡し、指示をもらっています 吸引器、酸素ポンプの使い方などは、スタッフ会議で適宜確認しています		
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	年二回の火災(地震)訓練に参加、中山病院との連携も訓練しています	年2回中山病院と共同で、南消防署指導のもと、近隣住民と共に災害避難訓練を実施している。緊急連絡および対応マニュアルを作成している。災害対策と防犯のためセコムに加入している。	非常口前の廊下横に荷物が置いてあるので片付けて欲しい。

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
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	トイレ誘導や入浴の際には、利用者様の羞恥心に十分配慮した声掛けや、介助を心がけています 自室への立ち入りには、ノックや声掛けで了解を得ます	契約時に家族との間で「現況報告」「偽名表示申込書」等個人情報保護に関する書類を取り交わしている。個人情報書類の取り扱いやプライバシーに関する事は職員同士で十分注意し合って対応し、関連する研修も受けている。	
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	ご本人の意思を必ず事前に確認し、医療的な事等は医師より説明を受け、納得して頂く様にしています 外出なども希望を聞いています		
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	起床、就寝、食事時間、入浴などご本人に合わせています		
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	美容院へは、ご本人の希望で実施、通えない方は訪問美容も実施しています お化粧道具など用意し、スタッフがお手伝いしています		
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	料理の味付け、盛り付け、配膳、洗い物などはできる方にして頂いています 好き嫌いは、ご自由にして頂き、別メニューも用意しています	職員と会話を交え楽しく食事をしている。献立は利用者の好みも参考にしている。例えば、当日の西館は稲荷ずしがあったが油揚げ嫌いな利用者はおにぎりになっていた。食器洗いをしている利用者もいる。夕食の食材のみ宅配の献立である。	
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	水分量は記録し、食事以外に1000ccを目安にしています 体重測定、血液検査などの結果を参考に水分量など考慮しています		
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	毎食後実施しています 特に夕食後は、きちんと義歯の管理もしています		

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
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	排泄記録に添ってトイレ誘導の声掛けを行っています 失敗した時はすみやかに始末をし、ご本人の気持ちを大切にす また、失敗の原因も考え次に生かします	夜間おむつを使用する利用者やポータブルを置く人もいる。日中のトイレ誘導はしぐさや「入居者経過記録」等を参考に声掛け支援を行っている。トイレの前には「入ってます」、「空いてます」の可愛い札がかかっている判り良い。	
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	排泄記録をつける 管理者から医師の指示等により薬も使用 牛乳、ヨーグルトなども食事に多用している		
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	昼、夜の入浴を実施しています 順番はスタッフが決めさせて頂く事もあります が、できる限り要望に添う様にしています	基本的に入浴時間は13時～15時19時～20時である。通常は週2回だが週4回入浴する利用者もある。冬季にはゆず湯も楽しんでいる。拒絶する方には時間を変え勧めるが無理強いはしない。	
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	起床、就寝時間は個別に対応します 空調、寝具の清潔保持、室内の温度、湿度にも留意しています		
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	薬の内容について、各人ファイルを作成しわからない点は薬剤師に聞く、また誤薬には十分注意して工夫している		
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	月1回以上外出、外食の実施 季節の行事、誕生会、散歩など 買物は希望に応じ一緒に出かけます		
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	天候にも左右されますが、散歩を日課としています ご家族様にも協力頂き、外泊、旅行、外食などもして頂いています	天候の良い日に希望に沿って、ホーム周辺へ散歩する。毎月1回買い物と外食を楽しんでいる。6月には守山芦刈園と中華料理の外食を楽しんだ。他に石山、瀬田、宇治、草津、守山へも出かけている。	



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	買物を数人単位で実施したり、外食の際スーパー等に立ち寄り、ほしい物を購入して頂きます		
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	電話は原則自由です(一部ご家族の要望をお聞きしている方もあります)年賀状を、家族に出したり、スタッフからも差し上げます		
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	毎日、朝夜の清掃を実施しています 季節の花なども利用者様に生けて頂きます 夏の暑さには、すだれを利用スタッフの声の大きさなどにも気をつけます	清掃は職員がしている。居間、台所、食堂、玄関、浴室、トイレ等は清潔である。直射日光をさけるため「よしず」を設置し、リビングは床暖房で安全性を確保している。食堂は丸いテーブルを使用し会話がしやすいように配慮している。	
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	テーブルは、3つありそれぞれ気の合う方で座って頂きます ソファも用意しています		
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	自宅で使っておられた、タンス、仏壇なども置いて頂いています カーペット(防火)も使用	寝具は備え付けのベットで、タンス、机、テレビ等は使い慣れた物を持ち込んでいる。家族の写真や絵や自分で作った作品を飾っている。個々の部屋の入口には一人ひとり違う絵を描いた楽しい表札を掛けている。	
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	トイレの場所、水道の出し方、エレベーターの使い方など、出来るだけ視覚に訴えています 手摺、スベリ止めなども使っています		

## 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	地域との繋がりの幅が広がりにくい、バザーは年一回であり、それ以外の接点が見つけにくい クリームの存在は認識されていると思うが・・・	地域の清掃、お祭りへの協力など具体的に参加を利用者様とできる様にする	自治会を通し参加させて頂く	12ヶ月
2	12	新しいスタッフが多い スタッフの悩みや健康面のサポートが十分ではない	*スタッフ全員が健康(身体・精神面)でケアにあたる事が出来る *不安を抱えたまま仕事をしない	*勉強会を通じて、各々のスタッフの意識や知識の充実 *身体を守るケアの仕方の習得	6ヶ月
3	23	それぞれの方の認知症を理解し、形態別のケアがまだ出来ていない	*個別ケアが出来る *利用者様の安心を得られる	*その方に寄り添い話を聞いたり、スタッフがその方の気持ちをより理解する	6ヶ月
4	35	全員参加の訓練が出来ていない	全員参加でクリームの訓練をする	季節の良い時期に利用者様にも参加頂き、手順なども具体化する	6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。