

# 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	2590400152		
法人名	医療法人 泰山会		
事業所名	グループホーム近江 1番地		
所在地	滋賀県近江八幡市上畑町88番地		
自己評価作成日	平成27年9月30日	評価結果市町村受理日	平成27年12月3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 平和堂和邇店2階		
訪問調査日	平成27年10月23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)】

利用者がいつでも、外に出て頂けるように、玄関は開放しており、地域の方にもご協力いただき、見守り支援を頂いております。

## 【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)】

2ユニットを運営する当事業所は広々とした田園地帯に囲まれ、入居者は恵まれた自然環境の中でゆったりとした生活を送っている。法人理念「私や私の親、家族が受けたいと思える医療、介護、福祉サービスの実現」を基に、『入居者は家族であるという思いで接する事』という管理者の思いを事業所の理念とし、管理者は「地域と強い繋がりを持つ事が入居者へのより良いサービスに繋がる」という信念を持って職員に徹底を図っている。職員は地域行事へ積極的に参加し、一方で認知症の勉強会を主催する等相互の交流を深めている。入居者は恵まれた環境の中で、自由に近隣への外出や散歩を楽しみ、おらかな気分で生活している。排泄の自立や食事介助からの自立を目指して、出来る限り入居者自身が自分で行動する事を根気よく支援し、成果を上げている事例もある。

## 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)
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)
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)
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、活き活きと働いている (参考項目:11,12)
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
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
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)	○ 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	月1回の会議で参加職員が理念に基づく支援について検討している。	事業所理念を毎月の会議で話し合い、家族の繋がりの大切さを確認し合い共有を深め、日常ケアの中で入居者と接する時の声掛け等で実践している。	法人の運営方針変更を機会に、地域と強い繋がりを持つ事の重要性を強調した地域密着に相応しい理念を共有することを期待する。
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	地域の方々に利用者を知っていただく為にイベントを行い、婦人会、老人会の方々に参加していただいています。地域の方々から、野菜等取れたものを頂きながら、入居者との交流を図っています。	自治会に加入し地域住民と密接に係わっている。地域の祭りに参加したり、事業所行事の盆踊り、クリスマス会に参加を呼びかける等相互交流の機会を増やす様努めている。	
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	運営推進会議で町内の人の参加をお願いする。利用者の散歩時等に認知症のご理解を得ながら、声掛け、畑の収穫を一緒にさせて頂いたりしています。		
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	毎回、事業所の活動報告や利用者さんの近況報告などさせていただいている。地域での行事等に参加させて頂く。	2ヶ月に1回開催し、地域住民代表、入居者家族、行政の参加を得て事業所の行事報告や家族も参加できるイベントに対する要望を受けて夏祭りを開催した。自治会の消火・避難訓練への協力要請に対して事業所として協力している。議事録は毎回発行し職員に回覧して共有している。	
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	運営推進会議には必ず出席したいいただき、ホーム内での、問題や家族様からの不満などを一緒に考えていただいている。高齢福祉課の窓口で状況報告、相談等に出向くように努めています。	介護保険課には毎週のように出向き事業所の状況報告や相談をしている。運営推進会議に毎回出席を要望し助言等を受けてケアサービスに活かしている。介護保険制度の変更等行政上の指導や助言を得ている。	
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	どんな事が拘束にあたるのかを全職員がわかるように月一回のミーティングで勉強しては、利用者さんが安心して生活されるよう、配慮している。玄関は施錠をせず、敷地に柵を設けることなく、自由に外に出られ散歩をして頂いています。	管理者及び全職員が身体拘束禁止について認識を深めるため職員会議で勉強している。外部研修や内部伝達研修で認識を深めている。夜間を除き玄関の施錠はせず、マットやブザー等のセンサー類も一切使用していない。	
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	外部研修に参加させて頂き、報告会を設け職員間の啓発に努めています。		

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	実際成年後見制度を利用されている利用者さんがおられ、また、これから利用したいと言われている利用者さんもおられるので、勉強する機会がありました。		
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	入所の際には、まず、直接本人と会い、いろいろと話を聞かせていただき、その後に家族様と十分に納得いかれるまで、説明をさせていただいております。		
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	玄関に意見箱を設け、クレームなどは、申送りノートや、月一回のミーティングで話し合うようにしております。月1回訪問をして頂いております、相談員さんへのご意見、ご要望をお聞きし、運営に反映させて頂いております。	利用者家族の訪問時にはどんな些細な意見でも聴く様努めている。運営推進会議でも家族代表の意見を聞く機会を持っている。クリスマス会等家族も参加するイベントを開催している。玄関正面の事務所前に意見箱を設置している。	
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	事務所にはいつでも職員が入りやすい様な雰囲気なので職員の運営などの意見はいつでも聞けるようにしております。その意見に基づき職員間同士で話合う機会を設けております。	毎月1回の職員会議で意見を出し合い職員間で話合う機会を設けている。管理者との個人面談でも提案や意見等を出す機会を設けている。職員の休憩時間の確保が改善された反映事例がある。	
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	社員、パート全員に、年二回の評価制度設けており、業務等再確認して頂いております。常勤パートさんには社員への登用制度設けている。		
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	研修の申込の機会があれば職員に参加、不参加の声掛けをしています。全くの未経験者には先輩職員が指導しています。		
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	同じ地域内にあるグループホームや小規模多機能などに夏祭りに参加していただいたり、お互いの悩みや問題など、話し合ったりしております。		

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
<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	入居された時には、その人に添ってケアプランを立て、1ヶ月のカンファレンスでの、その人のニーズに合っているかどうか職員間で話し合っています。		
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	ホーム内では、いろいろな家族様が訪問して下さり、その際には家族さんの要望等を聞き、ケアに反映されるよう、努力しています。		
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	入居される前の面談の際、利用さんには事業所での、出来ることなどをお伝えしております。医療ニーズの高い方などは、他のサービスの利用を紹介したりしております。		
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	グループホームは利用者主体の家である事を常日頃職員には伝えております。決定権は利用者さんにある事を伝えております。その上で職員さんが利用者さんと共に暮らす家である認識を高めています。		
19		○本人と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	家族様にはいつでも来ていただけるようなオープンな関係を保つ様努力しております。		
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	入所される前の友達や親戚の方にも来訪していただく様、常に声掛けさせて頂いております。昔、働いていた会社や住んでいた家など、ドライブがてら出かけたりしております。	昔なじみの友人や家族は勿論のこと、それ以外の親戚にも訪問の機会を増やせるように面会時間の制限をせず出来るだけ訪問する事を呼びかけている。利用者の馴染みの場所にはドライブで出かけることもある。	
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	気の合った利用者さん同士、同じ席で食事をとったり、また、全員で外食や桜見などに出かけたりしております。		

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	入所され、一時期、介護保険が使われない場合でも、ホーム内の一員として、病室に顔を見に行ったり、洗濯物を運んだりしています。		
<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	その人のニーズに添ってケアプランを立て、そのケアプランに添った一貫性を持ったケアをする様努力しております。困難な場合は、日頃の見守りの中で、本人や家族の情報を取り入れる様に努力しております。	アセスメントシートで入居者本人の意向や要望を把握し、職員間で共有し日常ケアに活かす様努めている。重度化により把握が困難な場合は家族の情報や本人の日頃の行動等から推測して検討している。	
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	入居前の面談で本人の生きて来た歴史を把握するように努めております。以前利用していた事業所に様子を聞くようにしています。		
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	ケース記録に日々の様子などを時間事に記入し、一日の過ごし方や、心身状態などの把握に努めております。		
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	本人がどの様に生きたいかを聞きだし、生活史や家族様や友人、親戚などの方から、知り、その上でケアプランを立てる様に努めております。	利用者、家族の意向を基にその他関係者とも協議し担当者会議で検討の上、介護計画作成者が作成し家族の承認を得ている。初回の計画作成後、毎月モニタリングをしているが、3ヶ月毎の見直しが続いていない。変化がない時の家族の承認が出来ていない。	3ヶ月毎の見直しは継続して行い変更の有無にかかわらず家族の承認を得て欲しい。
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	ケース記録は時間事に記録し、日々の様子や気づきや興奮された内容など、記入する様に努力しております。ケース記録を読むように職員には呼びかけ、特変などでは、口頭で告げるよう努力しております。		
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	カンファレンスを開き、その人のニーズに合ったケアをしているか、また、ニーズが変わっていないか、検討しております。		

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	ボランティアで歌声喫茶に來訪していただいたり、利用者さんと一緒に作ったり、また、近所で取れた野菜などをいただいたりしております。		
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	本人のもとのかかりつけ医には家族様と職員と一緒に同行したり、また、ホーム内では2週間に1回の訪問診療をしていただいております。	入居者18名のうち9名が月2回の事業所協力医の往診を受け、残りの9名が従来のかかりつけ医を受診している。基本的に家族対応であるが希望で事業所も支援している。かかりつけ医受診の結果は事業所でも把握、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	看護師の配置に伴い、日頃の利用者の状況を共有して、受診、看護を行っている。		
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。	入退院時は、看護師が、主治医や医療機関の看護師と連携を取り、退院の際はカンファレンスを受けるようにしている。		
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	主治医、医療機関、医療機関の地域連携室等、また家族様の意思を十分に反映できるように体制をとるようにしています。	重度化や終末期になった場合の事業所の方針を文書化し明確にしている。終末期に入った時に看取り介護同意書を交わしている。本人・家族への早い段階での説明まで至っていない。	入居契約時または出来る限り早い段階で家族と話し合いを持ち、事業所の方針について説明し承諾印を得て共有出来るようにして欲しい。
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	救急救命の講習は既存職員は受けており、新入職員においては受講して頂く予定です。		
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	地域の方との協力を得られる様に、運営推進会議で呼びかけております。避難場所は職員全員に伝えております。地域の防災担当者と連携をとれるようにしております。	年2回の避難訓練を実施し、内1回は夜間を想定した訓練を実施しているが消防署の立ち会いがない。地域の参加も得て地域防災訓練を協働で実施した。避難場所、避難経路は職員に徹底している。スプリンクラーや消化器等初期消火設備は完備している。	避難・防災訓練は消防署の指導や応援を得て実施して欲しい。

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
<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	人生の大先輩にあたる方々なので、敬語を使うよう、全職員には声掛けをしております。トイレ、風呂場などは必ずドアを閉める様に努めています。居室はプライバシーを守る為全個室になっております。	職員は事業所理念に基づき『利用者は家族同様』の気持を持って尊厳を守る事に細心の注意を払って支援している。個人情報に関わる書類は事務所の書棚に保管しているが容易に持ち出しが可能な状態である。	個人情報に関する書類等は施錠が出来るロッカー等で保管する事が望ましい。
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	職員とにコミュニケーションにより、いろいろな思いを聞いております。		
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	利用者と一緒に外に出たいといわれれば、散歩に出かけたり、おかずをどうしようと言われたら一緒に買い物にでかけたりしております。		
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	訪問理容室にカットをしていただいております。自分で服を選んでいただいたりしております。		
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	キッチンに立っていただき、出来る事はしていただいております。食材を切ったり、下拵えしていただいたり、味見していただいたりしております。	簡単な調理、配膳、下げ膳等の手伝いを利用者も出来る範囲でしている。食事は職員も一緒に和やかな雰囲気である。食事の介助を必要とする入居者の自立を目指して、ゆっくりでも良いから自分で食べる様声掛けをして習慣づけている。	
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	一日の食事量や、水分量などを、介護日誌に記入し、状態を把握して、栄養バランスや水分量には十分配慮するよう支援していません。		
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	自分で出来る人は、していただき、出来ない人に対しては声掛けや、介助により、支援しております。		

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	排泄日誌を照らしながら、排泄パターンをつかみ、出来るだけ、トイレに声を掛ける様に支援しております。	入居者個々の排泄パターンを排泄日誌で共有、把握し、入居者の尊厳を傷つけないようなトイレ誘導を心掛けている。歩行器や車椅子を使ってトイレでの排泄に改善した入居者もいる。	
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	自力便が出るよう、日中の活動の中で、体を動かす体操やボール投げ、散歩などを組み入れております。便秘気味の人には、食物繊維の多い食べ物や水分を多めにとっているように指導しております。		
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	出来るだけ、本人の希望に添って声掛けしております。入浴が嫌いな方や、拒否の多い方は、時間や曜日を問わず声掛けしております。	原則として週2～3回対応しているが、毎日希望する入居者もあり、希望に沿って柔軟に対応している事例もある。車椅子の入居者は浴用椅子を利用している。きれいな湯で入浴を楽しめる様1日2回浴槽の洗浄をしている。	
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	個々のライフスタイルを守りながら、本人の希望に添って眠りたい時に寝て頂くよう、また、湿度にも気をつけて加湿器を導入しております。		
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	訪問薬剤管理指導報告を往診の際には必ず聞く様にしています。薬が変わった時には、解るまで必ず聞くように努力しております。		
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	日々の職員とのコミュニケーションの中でやりたい事や、好きな事や、今までどの様に暮らしてきたかなど、お聞きし支援にあたっております。		
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	町内を散歩したり、畑作りに参加したり、車を利用して外に花見にいたり、外食したりしております。	日常的には広大な田園の散歩に出かけたり、畑で野菜の栽培を手伝ったりしている。季節の花見や神社への参拝等を楽しんでいる。車椅子の入居者も楽しめるよう玄関先での日光浴等をしている。外食も入居者の楽しみの一つで月1～2回支援している。	



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	買物や外食や受診、理美容など、定額の現金を家族全員から預っている分から支援しています。		
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	携帯を持たれている利用者さんは、必要な時は自分で掛けるよう、そのほかに方は施設の電話を利用して頂いております。		
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	リビングにはゆっくりくつろげる様にソファを用意しております。季節を感じられるよう、壁紙にその月の特徴を生かした催し物飾ったり、月日が分かる様大きなカレンダーを作っております。	リビングの食卓には入居者の名前を表示し、座る場所が判り易い様に工夫している。季節の花を生けたり職員が描いた絵を壁に飾って楽しんでいる。トイレ、浴室はゆったりして清潔に保っている。	
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	テーブルにはお一人お一人のお名前を判りやすい様に張らせて頂き、位置については、利用者同士気の合う者同士楽しく食事が出来るように配慮しております。ソファは各自が自由に座って頂いております。		
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	馴染みのある物を出来るだけ家から持ってきて頂いております。	居室はフローリングでベッドを備えているが、希望によりマットに布団を敷いて和風の設えにも対応している。馴染みの家具や仏壇等を持ち込んで好みの部屋作りをしている。	
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	廊下、トイレ、浴室は手すりを設置しており、トイレ、浴室は、分かりやすく表示しております。		

## 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	26	利用者、家族の意向を基にその他関係者とも協議し担当者会議で検討の上、介護計画作成者が作成し家族の承認を得ている。初回の計画作成後、毎月モニタリングをしているが、3ヶ月毎の見直しが続いていない。変化がない時の家族の承認が出来ていない。	3か月毎に、介護計画書の説明を本人家族に行い承認を得る。	計画作成担当者が、職員との検討を、毎月行われている会議以外にモニタリングを実施し、利用者、家族の意向を聞き、サービス担当者会議を開催していく。	6ヶ月
2					
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。