

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	2570100509		
法人名	医療法人湖青会		
事業所名	高齢者グループホーム南志賀の里		
所在地	滋賀県大津市南志賀三丁目1-18		
自己評価作成日	平成25年1月25日	評価結果市町村受理日	平成25年3月8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	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 株式会社平和堂和邇店2階		
訪問調査日	平成25年2月15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)】

平成13年3月の開設以来、長期で入所されている入居者が多く、医療法人の強みとして、医療連携を緊密にとり、重度化の対応や看取りに取り組んでいる。「ゆっくりと 一緒に楽しく いきいきと」の理念のもと、本人を中心に、家族の意向を丁寧に聴きながらの支援を大切にしたいと考え取り組んでいる。又、併設する認知症対応型通所施設と連携したレクリエーションの提供、ボランティアグループや幼稚園の子供たちとの交流等地域との交流も継続して行っている。

【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)】

医療法人を母体とする事業所であり、家族が医療関係について事業所に信頼を置いている、デイサービスを併設した2ユニット事業所である。重度化した場合や看取りの方針と体制については入所時など折に触れ家族に説明し納得してもらい、変化のあった場合に都度対処している。2年間で5例の看取りを経験し、家族、職員ともに安堵感に満ちたものであったこともあり、そこでの努力・頑張りが管理者・職員の大きな経験と自信となっている。この経験と自信が職員の意欲を高め、サービスの質向上に努めている。事業所全体が清潔に保たれ、利用者がゆったりと職員に見守られて暮らしている。

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)
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)
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	地域や自分を取り巻く人とともに生活していくという意味から「ゆっくりと一緒にたのしくいきいき」との理念の下、個々の思いをくみとり支援につなげるようにしている。	法人の理念を受けて事業所独自の「ゆっくりと一緒にたのしくいきいき」との理念を玄関に掲げ、日頃のサービスの原点とし支援に活かしている。	
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	自治会に加入、文化祭に出品したり、地域のボランティア団体と交流している。公民館やサロンの行事にも参加している。	地域ボランティア、保育所園児との交流を深め、認知症に関する相談や見学を受け入れている。自治会に加入し、その催しに出品などしている。地域自治会との交流と連携が定着していない。	自治会との関係を深める努力をさらに進めて協力が得られるようにして欲しい。
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	今年度から認知症相談窓口事業に登録。地域住民からの相談も数件ではあるが受け付けているが、積極的には活かしていない。		
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	今年度は、入居家族が年に数回づつ会議に参加し、広く意見がいただけるようにした。	弁護士や多くの家族や、規定のメンバーが出席し隔月開催している。事業所での課題や他事業所の事故の検討など様々な内容で開催されている。議事録の回覧で職員が内容を共有し支援に活かしている。	
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	制度上の疑問点を確認したり、利用者の権利擁護やケア内容について、担当者に相談している。	市の担当には「制度改定」などで相談することなどで日頃から市と連携している。認知症関係の住民相談など近隣の窓口と行政への橋渡し役を行っている。	
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	玄関の施錠は、夜間のみ。身体拘束行為は行っていない。法令順守について、又身体拘束について研修し、理解する必要があると考える。	外部研修に参加し内部研修を実施して、職員は理解を深めている。昼間は施錠していないが、大津市の徘徊SOSシステムにも参加している。	
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	地域包括支援センターの職員を講師にまねき学習会を開いたり、新聞記事を回覧するなど利用者の尊厳について考える機会をもうけている。		

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	権利擁護については具体的な支援が必要な入居者については、適切な支援ができるよう社会福祉協議会や地域包括の担当者に相談し連携をとるようにしている。職員が理解し家族の相談を受けられるよう学習が必要。		
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	利用者や家族の思いを丁寧に聴けるよう時間をとり、コンセンサスを得られるように配慮している。		
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	苦情箱や苦情受付担当者を設置。家族会を開催し意見交換を行った。面会時には、管理者も出合い日常の様子を伝え、家族の思いを聴き取れるようにつとめている。	家族訪問時日頃の様子を伝達し、敬老の日には家族とともに祝い、運営推進会議にも出席してもらい、その際に意見や要望を聞き検討し対応している。苦情窓口は明示している。	
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	毎月の法人全体会議で代表者に伝える機会がある。事業所全体会議や日々の職場においても職員とよく話し合い、意見や提案を受けやすい関係作りに努め運営に生かすようにしている。	日常、職員から管理者に気軽に相談や提案があり、月1回のユニット会議で職員の提案などを検討し、かつ月1回の法人全体会議でそれら提案などを検討し法人全体で共有しサービスに活かしている。	
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	入居者の状況に応じた人員配置をおこなったり、資格手当、処遇改善手当を支給し、個人の努力や実情を評価、反映させている。休憩時間の確保や残業を減らせるように業務内容を見直している。		
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	適任者には認知症実践者研修等の参加をすすめたり、講習案内を掲示、全員に周知している。外部の研修は勤務体制もあり、参加できない現状があるが、法人内の理学療法士にアドバイスをうけケアに活かす等OJTを行う機会はある。		
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	淡海グループホーム協議会に加盟し、職員間研修や管理者間で情報交換している。ホーム間の交流は継続的には行っていない。		

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
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	入居間もない利用者とは、生活歴や家族からの情報を参考にしながら、本人の思いを表出できるよう個別にゆっくりかかわり信頼関係を築いていくように努めている。		
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	入居相談時より、困っていることや不安を聞き取るようにしている。入居当初は特に、不安や要望を伝えていただけるよう面会時等に話し合う時間を大切にしている。		
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	相談時に優先的に必要と考えられる時は、地域包括支援センターの相談や認知症専門医への受診の提案、デイサービスの利用等をすすめている。		
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	行事の内容や料理の方法を一緒に考えたり、見守りを手伝っていただいたり、子育ての悩みを打ち明けるなどの関係にある。		
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	面会時には近況を伝えたり、家族歴に配慮しながら利用者の生活を支えるために家族としてどのような関わりを大切にしていけるか、一緒に考えていきたい…という事を家族に伝え可能な限り協力を得ている。		
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	時々ではあるが、外出時に自宅周辺や馴染みの店を訪ねたり、懐かしい場所へ食事や買い物にでかけたりしている。	フェースシートを基本にして、各自の馴染みを把握理解し支援している。法事への参加や実家での宿泊、馴染んだ教会の拝礼の支援などできるだけ人や場所との馴染みの維持を支援している。	
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	座席の工夫や、職員が間にはいって話やすい雰囲気作りをするなど配慮している。ホールでの見守りや体調不良者への声掛けなどの場面がみられる。重度化により利用者同士の交流が困難になってきている。		

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	特養へ入居された方への情報提供や面会、家族へ手紙を出すこともある。		
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	利用者の入退去があり、個々の生活の意向や思いを聞き取り信頼関係が気づけるように努めた。重度の利用者に対してはこれまで経験から本人の思いを推し量り支えている。	状況に応じてセンター方式も使用し、利用者の思いや意向をくみ取るように努めている。就寝時、入浴時などによく聞かされる本音を職員が聞き取り、共有し支援に活かしている。	
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	入居時に独自のシートを用いて生活歴等を家族に記入していただいたり、本人や家族に聞くなどして細かく把握するようにしている。在宅時に利用していた事業所とも連携し出来るだけスムーズに生活を移行できる様に情報収集している。		
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	日常の経過記録を各項目ごとに記載できるように工夫、改善し、変化を把握しやすいようにしている。毎月の職員会議で意見交換し、情報・ケアの方向性について共有、検討している。		
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	細かい見直しについては、毎月のカンファレンスでケア内容について検討し、カンファレンスシートで修正、家族には口頭や手紙で伝えている。3ヶ月ごとにプランを開示、面会時に家族に相談し要望や意見を聴くようにしている。	毎日の生活記録、毎月のカンファレンスを基本に検討し、改定した介護計画を家族に連絡している。変化がなくとも、3か月ごとに介護計画を作成し家族に説明し同意を得ている。	
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	経過記録はプランと連動しており、毎月モニタリングを行っている。カンファレンス以外にも利用者情報ノートを利用して情報やケア内容の共有に努めている。必要があればそのつど口頭で話し合い確認している。		
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	家族の希望による宿泊の受け入れや、家族宅への宿泊の送迎、デイ利用の家族との交流等ニーズがあれば出来るだけ個々に対応するようにしている。		

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	地域のボランティアグループの協力を得て、外出支援や地域の行事に参加している。身体状況に応じて社協の福祉用具を借りたり、権利擁護事業を適切に利用できるよう支援している。		
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	家族の同意のもと、法人の医師が主治医となり、緊密に連携をとっている。安心して過ごしていただけるよう必要時医師と家族との面談も調整している。又、認知症専門医等の受診に同行、適切に受診できるよう支援している。	家族の同意を得て、法人医師が主治医となり2週に1回の定期受診、週1回の訪問看護を受けている。専門医(認知症など)はかかりつけの医師受診を家族と同行支援している。	
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	法人の訪問看護ステーションや併設するデイサービスの看護師に相談、医師とも連携をとり、疾病の早期発見や適切な処置、看取りにいたるまで情報を共有し、チームで支援している。		
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。	入院の際にはGHでの生活の様子をケアプランを用いる等して情報提供している。主治医や相談員と連絡をとり、本人や家族の意向もふまえ退院後の受け入れもおこなっている。認知症専門病院の相談員との連携もとれている。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化した場合や看取りの体制については家族会で家族に説明している。状況に応じて適宜医師を交えて説明する機会を設けている。	入居時に基本的な看取りの方針について説明し同意と承認を得ている。看取りの体制については、状況に応じて(重度化の進行など)家族と相談し、その段階であらためて説明し同意と承認を得て、看取りを支援している。	
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	今年度は救命救急の講習は実施出来ない。急変や重度化の対応については会議で繰り返し確認するとともに、経験の少ない職員については個別に対応を伝えている。		
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	夜間時の火災を想定した避難訓練をおこなっている。地域のボランティアグループの緊急連絡網があり、協力を得られ、訓練にも参加されている。	マニュアルを整備し、年2回避難訓練(内、夜間想定訓練1回)を実施している。地域ボランティアの協力も得て実施している。備蓄は法人全体で給食業者が行っている。自治会の協力、参加は得られていない。	自治会の協力が得られる方策を検討して欲しい。

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
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	理念の下、個々の人格を尊重した対応の大切さを伝えている。日々のケアの中で、おざなりになっている事もあるので、具体的な研修を通した振り返りが必要であるとする。	新人研修、内部研修を定期的を実施し、マニュアルを整備し、人格の尊重を大切にすることに努めている。特に言葉かけには、利用者個人の性格と状況を判断して誇りを損なわないように接している。	
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	利用者はフランクに自分の思いを伝えている場面は多いが、個々の希望の実現には至っていない事もある。困難な方についてもアイコンタクト等用いゆっくり話しかけるようにしている。		
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	前頭側頭葉型認知症で、特に日常の流れや、身体の状態に応じたケアが必要な方が数名おられ、個別のペースに合わせている。希望に添った毎日の過ごし方には課題も感じている。		
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	外出の際にはお化粧をしたり、サンプルを持ってきてもらい好きな靴をえらんでもらったりしている。化粧品や衣服の購入に個別に買い物でかけることもある。		
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	日常的に食事の準備はしていないが、時々季節の料理やおやつ作りをしている。ボランティアやデイと一緒に料理をしたり、外食する機会も時々設けている。	配膳室から運ばれてくる食事を、職員が個々に利用者に適するように加工している。利用者も清拭、後片付けに参加して職員と一緒に楽しんでいる。時には、おやつを利用者の希望を受けて、一緒に作り、食べて楽しんでいる。	
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	チェック表で把握。とろみをつけたり、寒天で固めるなど工夫している。夜間、アクエリアス飲用の習慣があるかたは、希望に応じ提供している。		
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	訪問歯科を利用されている方もあり、勉強会を設け、口腔内の改善に取り組んでいる。午前、就寝前の2回が現状である。		

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	排泄チェック表により、個人のパターンをつかんでトイレ誘導している。全介助の方でも日中はトイレで排泄できるよう支援している。	利用者の排泄パターンを理解し、職員がさりげなくトイレへの誘導している。高齢、高介護度の利用者が多く自立化よりも現状の維持に努めている。	
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	寒天入りや乳酸菌入り飲料、腹部マッサージをおこない排便誘導しているが、便意のない方もおおく自然排便が難しく主治医や看護師と相談しながら緩下剤も使用している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴は概ね3日毎に午後に入浴している。夕方、入浴を希望されるかたには希望を聞いて対応している。	入浴は普通は週2回、時には入浴剤、柚子湯などで楽しんでいる。希望により毎日の入浴もあり、また入浴できない場合は清拭し、利用者の清潔維持に努めている。リフト入浴を備えている。	
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	午前午後休息の必要な方や、ホールのソファで休まれる方、比較的夜遅くまで起きておられる方等個々の体調やペースを優先している。		
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	往診時の指示や服薬の変更については記録を回覧し周知できるようにしている。症状の変化については管理者が朝夕確認したり、注意が必要なときは口頭やノートで情報の共有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	ホールの見守りや家族との外出支援、好きな歌手のビデオを楽しんだり、興味のもてるような行事へ参加するなど個々の力や体調に応じていきいきと生活できるようにと考えている。理念の中での「いきいきと」の実践は課題である。		
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	タイムリーな対応は難しいこともあるが、ボランティアの協力を得て、食事やドライブに外出したり、希望があれば家族との外出支援もしている。その日の希望による外出支援は十分対応できていない。	天気に恵まれた日には散歩し、またボランティアの協力で桜、バラ、菖蒲などの花見、礼拝、初詣、コンサート、買い物などの外出支援をしている。回転すし、そばなどの外食も楽しんでいる。	

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	利用者の中には、外出時に買い物を楽しまれるかたもおられる。管理は事務所でしている事を伝え、納得していただいている。		
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	本人の写真入の年賀状をだしたり、家族や親戚に電話をしたり、取り次いだりして交流ができるよう支援している。FAXでのやりとりも行っている。		
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	不快なおいや音には留意し、明るく清潔に保てるよう心がけている。花をかざったり、季節の壁紙をつくって飾っている。障害物や異食をまねくことがないよう整理整頓をこころがけている。	玄関、居間の壁にはボランティア指導による毛筆作品や手芸品が多数掲示された、大きな窓で採光に工夫した居間兼食堂である。浴室、トイレは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	テーブルの周囲にソファをおいたり、玄関脇にベンチをおく等してコーナーをつくっている。		
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	入居時になじみの家具や家族の写真等飾る等して、自分の居場所が作れるよう依頼している。	ユニット毎に和室3、洋室6の居室があり、各居室に洗面台、クローゼット、空調機が備えられている。信仰の対象、家族の写真、テレビ、馴染の家具や趣味の道具を持ち込んで、馴染の生活維持に工夫している。	
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	移動しやすいように手すりをbつけたり、表札、トイレの名札等認識しやすい工夫をしている。新しい入居者の部屋にスタッフの写真を貼っている。		

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	自治会に加入はしているが、お祭りや文化祭への参加のみ。関係を深め、交流や連携を深める必要がある。	運営推進会議に、地域の住民参加を働きかける。(現在は地域のボランティアグループ代表が出席)	民生委員に会議への参加を依頼する。	3ヶ月
2	10	面会時等にご家族には声をかけ、話しやすい雰囲気づくりに努めているが、さらに意見や提案を受け入れやすい環境を整える必要がある。	御家族から、ホームの運営や、支援内容についてい意見や提案をしやすい環境を整える。	家族向けにアンケートを実施する。	6ヶ月
3	35	避難訓練は消防の参加のもと行っている。地域ボランティア(橙の木)も参加していただいているが地域住民の協力を依頼し関係を強めたい。	避難訓練に地域の住民に参加していただき協力関係を築く。	地元の消防団に参加を依頼する。	12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。