

### 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	2170102871		
法人名	医療法人社団 久誠会		
事業所名	鏡島弘法前ケアセンター (東ユニット)		
所在地	岐阜県岐阜市鏡島1293-2		
自己評価作成日	平成24年 7月 3日	評価結果市町村受理日	平成25年 3月19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	<a href="http://www.kaijokensaku.jp/21/index.php?action=kouhyou_detail_2012_022_kan=true&amp;JigyosvCd=2170102871-00&amp;PrefCd=21&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/21/index.php?action=kouhyou_detail_2012_022_kan=true&amp;JigyosvCd=2170102871-00&amp;PrefCd=21&amp;VersionCd=022</a>
----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	特定非営利活動法人 中部社会福祉第三者評価センター		
所在地	岐阜県関市市平賀大知洞566-1		
訪問調査日	平成24年 7月27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)】**

地域の馴染みはもちろんの事、法人内の他事業所との連携をとり、OT,PT,ディサービスとのつながりを持ち、アクティビティの継続を取り入れている。  
医療と連携しており、状態の異変時、急変時には主治医にれんらくし、迅速に対応している。

**【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)】**

ホーム独自の理念を「いつまでも元気に生活できるようお手伝いします」と定めており、利用者の身体機能の低下に応じて、支援の内容を柔軟に取り組んでいる。  
母体法人が医療機関であることから、家族の医療に関しての信頼は厚い。家族アンケートを用いてさらなる期待に応える取り組みも必要な課題であろう。  
介護計画の取り組みに関しては、昨年度に比べ書類や情報収集の記録を整備しており、管理体制を整えつつある。職員間で記録方法や、介護計画立案時の情報を共有する取り組みがあれば、介護計画を活用する支援につながることであろう。ホームの弱点も目線を変えれば、強みとなりうる。そんな工夫の実践を今後も期待したい。

**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 3. 利用者の1/3くらい 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. 全くいない
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している (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
<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	毎朝、運営理念を唱和し入所者一人ひとりに合ったケアが提供出来る様意見交換を行っている。	ホーム入り口にホーム独自の理念を掲げている。利用者の健康が継続するように、きめの細かい健康管理を行っている。	
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	地域の自治会に加入しており、資源分別回収に協力している。天気の良い日は、弘法様へ散歩に行き、その途中で地域の人から挨拶がある。	ホーム敷地内の草取りを、近隣住民が手伝うなど近所付き合いが定着している。利用者が地域に出かける機会は減少しているものの、1階デイサービスとの交流を継続している。	
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	見学の申し入れがあった時は随時、見学をしていただいている。「弘法前通信」を発行して、地域の回覧板に載せて頂き、認知症の理解に努めている。		
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	運営推進会議は3か月に1回開催し、意見を参考にしている。避難訓練を実施した後の話し合いでは「緊急時にはすぐに駆けつけます」と言っていた。	規定の回数には達していないが、運営推進会議では、参加者から意見要望を聞き出している。「ホーム主催の夏祭りがなくなってしまい残念だ」との声が上がっている。	ホームのイベントを楽しみにしている利用者、家族、地域の声を大切にしたい、再開を目指して討議してほしい。
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	月1回、利用者状況の報告を行なっている。運営推進会議には毎回参加をして頂いている。	市町村担当者が運営推進会議に出席した際に、情報交換している。その他の連携は、法人本部が取りまとめている。	
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	法人で月1回の身体拘束と事故対策の委員会が行われており、利用者の安全を常に話し合っている。身体拘束マニュアルが作成されている。	安全管理の視点から、ホームの居間に監視カメラを設置している。利用者の所在確認という利点はあるものの、利用者・職員がカメラを意識して自由に活動できない難点がある。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	6番と同じで、利用者に変化があった時は、即、原因を追究している。		

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	研修に参加した職員から、研修報告を提出してもらい、全職員が把握できるように努めている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、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	契約の締結、解約となった時はグループホームでの生活状況を話して理解を求め、介護度の変更があった場合は料金変更がある事を説明し、納得してもらっている。		
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	ケアプランの説明をする時に家族の意見や要望を聞き、納得をしていただいている。その他にも家族からの要望があれば、それらを運営に反映させている。	家族アンケートでは、感謝の声が多く寄せられている。その反面、小さな疑問や要望もあった。運営法人・ホームが家族から意見を抽出する機会がない。	法人独自に家族アンケートを実施する取り組みがあれば、ホーム運営に活かせるであろう。
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	月に1回、ミーティングを行い意見を出し合い、話し合っている。一人ひとりの意見に対し実践し、改善を行なっている。	定期的にホーム内ミーティングを開催して、職員間での意見交換がある。ホーム内で判断が難しい場合には、法人内会議にて管理者が相談している。	
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	交付金の受給申請済み。給与水準においては、今年度のキャリアパスを構築した。その他は職員勤続5年ごとに1度のリフレッシュ休暇が提供されている。		
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	キャリアパスの構築に伴い、レベルに合った研修に参加が出来るよう取組を行っていく。法人内での各委員会の勉強会も継続をしている。新たに研修委員会が活動をはじめている。		
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	昨年度は他のグループホームとの交流をもくひょうにしていたが、実現できなかった。今年度は13番での研修や、その他での研修参加時に他施設の職員と交流を図っていくように一人ひとりが努力をしていく。		

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	サービスを導入する段階で本人が困っている事、不安なこと、要望など本人の意見絵お尊重し行動を見守りながら、又、会話の中で何を希望されているのか把握する様に努めている。		
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	事前面接時、家族の要望を聞き、本人の様子をみながら希望にそうプランをたてるよう努めている。		
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	家族、本人の要望を取り入れつつ、本人の残存機能を生かせるよう支援を常に検討している。		
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	日常生活の中で共に作業したり、会話の中で昔の習慣や知恵を学ぶことがある。		
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	年2回、家族との日帰り旅行の参加で家族との関係を築いている。		
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	外出や散歩はするが、遠距離の利用者は馴染みの場所には行けず、面会や家族との外出を呼びかけている。毎月21日の弘法様の縁日にはまれに知人、友人に出会う事もある。	1階デイサービス利用者がホームに入居するなど、事業所自体が馴染みの場であったケースがある。また、親しい友人が来訪して、居室で食事を楽しむ事例がある。	
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	レクリエーションや誕生会を毎月実施し、他のユニットの利用者との交流を深めている。又、気の合う人同士の席を考慮している。		

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	当グループホームから病院に入院後、系列法人の老健施設に入所された方々に必要に応じてフォローをしている。		
<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	本人の希望や意向は、衛生面や事故のリスクを考慮したうえで、出来るだけ取り入れるように努めている。	日々の会話や支援の中で、本人の思いを聞き取っている。記録に情報を残しているものの、希望や思いをくみ取るには不十分な内容となっている。	介護記録の記入をさらに具体的に記録する工夫があれば、計画作成担当者の情報収集に役立つであろう。
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	日常の会話の中から、生活歴や生活環境、これまでのサービス利用の経過等を把握して、それに沿ったケアを提供できるようにミーティングで話し合っている。		
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	本人に勧めてみて出来る作業はしてもらい、負担になるときは無理強いをせず、出来る事を探っている。しかし、現状では持続性がなくなってきた人もいる。		
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	朝のミーティングではその日の状況、毎月のミーティングでは状況の変化、問題行動を話し合い、それに沿ってプランを立てている。	健康で安全な生活を維持するために、ADLを主体とした介護計画作成に取り組んでいる。担当者がモニタリングを行い、計画作成担当者が計画立案に役立っている。	
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	毎日の記録に加え、朝のミーティングや毎月のミーティングで気が付いたことを話し合い、ケアの変更が生じた場合は申し送りノートに記載し、全職員が把握した上でケアにあたっている。		
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	本人や家族のニーズは可能な範囲で対応している。		

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
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	毎月21日に開催される弘法様の縁日に出向き、沢山の人の込みや賑わいを見て頂くことで、昔を思い出していただける様に支援している。		
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	系列法人の三浦医院に定期受診するとともに、本人・家族等の希望に応じて、かかりつけ医に受診してもらっている。又、本人の病状に合わせて、それに適した医療機関に受診していただいている。	職員送迎により、運営母体の医療機関へ受診している。緊急時には、担当医から指示があり迅速に対応できるよう連携している。	
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	看護師が配置されており服薬管理をしている。介護職は、利用者の日々の変化を事細かに報告し、健康管理に努めている。病状に合わせて医療機関とも連携し受診をしている。		
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。	入院する際は系列法人の医師が家族と相談し、医療機関を紹介している。医療機関との相談や情報交換は当医院を通じて密に行っている。		
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	重度化した場合は家族と医師とで話し合い、本人の病状と思いを聞きながら対応している。	常時医療が必要となった場合などには、主治医と家族が話し合い方針を定めている。また、法人内サービスを利用可能であり、家族の安心につながっている。	
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	緊急時のマニュアルを作成し、事務所に1部と各職員全員が持っている。また勉強会を開き、AEDの取り扱い方法や鏡島分署の職員を招き、蘇生訓練を行い実践力の向上に努めている。		
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	ケアセンター全体での避難訓練を年2回、夜間想定での避難訓練を年1回行った。夜間想定での避難訓練は運営推進会議時に行い、地域の方々にも協力を得られるようにしている。	法人全体で災害対策委員会を運営しており、委員会が主体となって避難訓練を行っている。災害備蓄等も法人本部で取り組んでいる。	

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
<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	法人内で接遇委員会を設置しており、言葉使いの改善に取り組んでいる。	接遇委員会で勉強会を開き、介護上の言葉使いなどについて話し合っている。また、記録物は事務所内で管理して、個人情報漏えいを防いでいる。	
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	利用者一人一人の会話や行動、表情などからその時の思いを感じ取り支援している。		
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	一人ひとりの状態や行動、習慣、今考えていることを察知しながら支援している。理解力のある人には直接希望を聞いている。		
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	自分で出来ない人には持っている衣類の中から、毎回同じ洋服にならない様に考慮し、清潔感や体に合った物、また本人の好みも聞き入れ支援する。		
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	食材の準備やテーブル拭きなど、利用者の協力を得ながら行っている。	利用者の体調に合わせて、キザミやとろみをつけて工夫している。また、季節に応じた献立を考えて、利用者が食に対する興味を持つような取り組みがある。	
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	1日に「何を」「どれだけ」食べたらよいかを「食事のバランスガイド」を参考にして調理をしている。又、体調や嗜好に合わせて両ユニットで協力をしている。たまには利用者のリクエストに応じる事もある。		
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	認知が進み、嗽の出来なくなった利用者以外はその人の能力に応じ毎食後、洗面台に行き、見守りや一部介助、全介助にて歯磨き、義歯洗浄を行っている。		

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
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	排泄記録表のチェックを行い、一人ひとりの排泄時間に合わせて誘導を行なっている。記録表にて職員間の申し送りも実施している。	夜間時転倒の危険性が場合には、ポータブルトイレを使用して安全に配慮している。また、利用者にも「自分でトイレに行きたい」との思いがあり、トイレでの排泄を支援している。	
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	繊維の多い野菜や生野菜を多く使用し副食を作ったり、水分の摂取量等に気を配っている。		
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	ユニットにある個人浴や、車椅子の利用者は機械浴を利用し、身体機能に応じた入浴支援を行っている。	家庭用浴室での入浴が困難な場合には、1階デイサービスの機械浴を用いて入浴している。	
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	日中はホールで利用者の様子を見ており、休息が必要な人は、居室に案内して休んでもらっている。常に見守りが必要な方にはホールにて対応している。		
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	利用者の状態に少しでも異変が見られるときは、看護師に定期薬の変更があったのか尋ねたり、薬剤情報を見たりして異変の原因を追究している。		
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	年齢を重ねるにつれ軽作業が出来なくなってきた利用者にも声かけをし、簡単なことを手伝って頂くようにしている。月2回の生け花教室や、OTによる習字など利用者の能力や希望に応じて参加して頂いている。		
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支援している	天気の良い日には、弘法様まで散歩に出掛けたり、毎月21日の弘法様の縁日には買い物や田楽を食べて楽しむ利用者もいる。年2回の家族旅行を行なっているが、身体的な低下、家族の事情等もあり、全員参加は難しい。	身体機能低下に伴い外出が困難な事例が増えつつある。しかしながら、年に2回の家族旅行は恒例行事として継続できている。本人の希望に応じた個別の対応は、ほとんど行われていない。	高齢の利用者にとって大切なのは、思い出作りかもしれない。本人の心に残る場所を捜し出す取り組みを期待したい。



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
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	毎月21日の弘法様の縁日に出かけた時や、バス旅行に行ったときには、本人が支払うように支援している。		
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	電話は本人の希望があればいつでも支援している。手紙を書いて出す事が出来るが、できる利用者は東にはおりません。		
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	居間に職員が毎月、一般の年間行事や季節感を取り入れたカレンダーを作り掲載している。又、七夕やクリスマスには飾り付けも行なっている。	ホームの入口である共有スペースには旅行の写真を飾り、来訪者の目を楽しませている。しかしながら、共有スペースの有効活用には発展していない。	共有スペースが広いこともホームの利点といえる。有効活用して、さらなる取り組み事例に期待したい。
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	サンルームの中で気の合った利用者同士で過ごしたり、家族、知人が来設された時もサンルームにて過ごして頂いている。		
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	入居時に家で使用していた物を持参して頂くようお願いしている。居室のボードには思い出の写真や本人の作品が貼ってある。	転倒の危険がある場合には、センサーを設置して安全な見守りが可能となっている。また、自宅から思い出の品を持参する方、すっきりときれいにまとめている方など様々である。	
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	廊下やトイレには手すりを取り付けてあり、安全に配慮をしている。汚物室や浴室をトイレと勘違いして入ってしまうので、使用後は必ずドアを閉めておく。		

### 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	2170102871		
法人名	医療法人社団 久誠会		
事業所名	鏡島弘法前ケアセンター (西ユニット)		
所在地	岐阜県岐阜市鏡島1293-2		
自己評価作成日	平成24年 7月 3日	評価結果市町村受理日	平成25年 3月19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	<a href="http://www.kaijokensaku.jp/21/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&amp;JigyosvCd=2170102871-00&amp;PrefCd=21&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/21/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&amp;JigyosvCd=2170102871-00&amp;PrefCd=21&amp;VersionCd=022</a>
----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 中部社会福祉第三者評価センター		
所在地	岐阜県関市市平賀大知洞566-1		
訪問調査日	平成24年 7月27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)】

地域の馴染みはもちろんの事、法人内の他事業所との連携をとり、OT,PT,ディサービスとのつながりを持ち、アクティビティの継続を取り入れている。 医療と連携しており、状態の異変時、急変時には主治医にれんらくし、迅速に対応している。
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【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)】

(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))
-----------------------------------

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)	○ 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. 全くいない
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)	○ 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	毎朝、運営理念を唱和し入所者一人ひとりに合ったケアが提供出来る様意見交換を行っている。		
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	地域の自治会に加入しており、資源分別回収に協力している。天気の良い日は、弘法様へ散歩に行き、その途中で地域の人から挨拶がある。		
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	見学の申し入れがあった時は随時、見学をしていただいている。「弘法前通信」を発行して、地域の回覧板に載せて頂き、認知症の理解に努めている。		
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	運営推進会議は3か月に1回開催し、意見を参考にしている。避難訓練を実施した後の話し合いでは「緊急時にはすぐに駆けつけます」と言っていた。		
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取り組んでいる	月1回、利用者状況の報告を行なっている。運営推進会議には毎回参加をして頂いている。		
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	法人で月1回の身体拘束と事故対策の委員会が行われており、利用者の安全を常に話し合っている。身体拘束マニュアルが作成されている。		
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	6番と同じで、利用者に異変があった時は、即、原因を追究している。		

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	研修に参加した職員から、研修報告を提出してもらい、全職員が把握できるように努めている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、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	契約の締結、解約となった時はグループホームでの生活状況を話して理解を求め、介護度の変更があった場合は料金変更がある事を説明し、納得してもらっている。		
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	ケアプランの説明をする時に家族の意見や要望を聞き、納得をしていただいている。その他にも家族からの要望があれば、それらを運営に反映させている。		
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	月に1回、ミーティングを行い意見を出し合い、話し合っている。一人ひとりの意見に対し実践し、改善を行なっている。		
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	交付金の受給申請済み。給与水準においては、今年度のキャリアパスを構築した。その他は職員勤続5年ごとに1度のリフレッシュ休暇が提供されている。		
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	キャリアパスの構築に伴い、レベルに合った研修に参加が出来るよう取組を行っていく。法人内での各委員会の勉強会も継続をしている。新たに研修委員会が活動をはじめている。		
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	昨年度は他のグループホームとの交流をもくひょうにしていたが、実現できなかった。今年度は13番での研修や、その他での研修参加時に他施設の職員と交流を図っていくように一人ひとりが努力をしていく。		

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	サービスを導入する段階で本人が困っている事、不安なこと、要望など本人の意見絵お尊重し行動を見守りながら、又、会話の中で何を希望されているのか把握する様に努めている。		
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	事前面接時、家族の要望を聞き、本人の様子をみながら希望にそうプランをたてるよう努めている。		
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	家族、本人の要望を取り入れつつ、本人の残存機能を生かせるよう支援を常に検討している。		
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	日常生活の中で共に作業したり、会話の中で昔の習慣や知恵を学ぶことがある。		
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	年2回、家族との日帰り旅行の参加で家族との関係を築いている。		
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	外出や散歩はするが、遠距離の利用者は馴染みの場所には行けず、面会や家族との外出を呼びかけている。毎月21日の弘法様の縁日にはまれに知人、友人に出会う事もある。		
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	レクリエーションや誕生会を毎月実施し、他のユニットの利用者との交流を深めている。又、気の合う人同士の席を考慮している。		

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	当グループホームから病院に入院後、系列法人の老健施設に入所された方々に必要に応じてフォローをしている。		
<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	本人の希望や意向は、衛生面や事故のリスクを考慮したうえで、出来るだけ取り入れるように努めている。		
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	日常の会話の中から、生活歴や生活環境、これまでのサービス利用の経過等を把握して、それに沿ったケアを提供できるようにミーティングで話し合っている。		
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	本人に勧めてみて出来る作業はしてもらい、負担になるときは無理強いをせず、出来る事を探っている。しかし、現状では持続性がなくなってきた人もいる。		
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	朝のミーティングではその日の状況、毎月のミーティングでは状況の変化、問題行動を話し合い、それに沿ってプランを立てている。		
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	毎日の記録に加え、朝のミーティングや毎月のミーティングで気が付いたことを話し合い、ケアの変更が生じた場合は申し送りノートに記載し、全職員が把握した上でケアにあたっている。		
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	本人や家族のニーズは可能な範囲で対応している。		

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
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	毎月21日に開催される弘法様の縁日に出向き、沢山の人の込みや賑わいを見て頂くことで、昔を思い出していただける様に支援している。		
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	系列法人の三浦医院に定期受診するとともに、本人・家族等の希望に応じて、かかりつけ医に受診してもらっている。又、本人の病状に合わせて、それに適した医療機関に受診していただいている。		
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	看護師が配置されており服薬管理をしている。介護職は、利用者の日々の変化を事細かに報告し、健康管理に努めている。病状に合わせて医療機関とも連携し受診をしている。		
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。	入院する際は系列法人の医師が家族と相談し、医療機関を紹介している。医療機関との相談や情報交換は当医院を通じて密に行っている。		
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	重度化した場合は家族と医師とで話し合い、本人の病状と思いを聞きながら対応している。		
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	緊急時のマニュアルを作成し、事務所に1部と各職員全員が持っている。また勉強会を開き、AEDの取り扱い方法や鏡島分署の職員を招き、蘇生訓練を行い実践力の向上に努めている。		
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	ケアセンター全体での避難訓練を年2回、夜間想定での避難訓練を年1回行った。夜間想定での避難訓練は運営推進会議時に行い、地域の方々に協力を得られるようにしている。		

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
<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	法人内で接遇委員会を設置しており、言葉使いの改善に取り組んでいる。		
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	利用者一人一人の会話や行動、表情などからその時の思いを感じ取り支援している。		
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	一人ひとりの状態や行動、習慣、今考えていることを察知しながら支援している。理解力のある人には直接希望を聞いている。		
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	自分で出来ない人には持っている衣類の中から、毎回同じ洋服にならない様に考慮し、清潔感や体に合った物、また本人の好みも聞き入れ支援する。		
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	食材の準備やテーブル拭きなど、利用者の協力を得ながら行っている。		
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	1日に「何を」「どれだけ」食べたらよいかを「食事のバランスガイド」を参考にして調理をしている。又、体調や嗜好に合わせ両ユニットで協力をしている。たまには利用者のリクエストに応じる事もある。		
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	認知が進み、嗽の出来なくなった利用者以外はその人の能力に応じ毎食後、洗面台に行き、見守りや一部介助、全介助にて歯磨き、義歯洗浄を行っている。		



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
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	排泄記録表のチェックを行い、一人ひとりの排泄時間に合わせて誘導を行なっている。記録表にて職員間の申し送りも実施している。		
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	繊維の多い野菜や生野菜を多く使用し副食を作ったり、水分の摂取量等に気を配っている。		
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	ユニットにある個人浴や、車椅子の利用者は機械浴を利用し、身体機能に応じた入浴支援を行っている。		
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	日中はホールで利用者の様子を見ており、休息が必要な人は、居室に案内して休んでもらっている。常に見守りが必要な方にはホールにて対応している。		
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	利用者の状態に少しでも異変が見られるときは、看護師に定期薬の変更があったのか尋ねたり、薬剤情報を見たりして異変の原因を追究している。		
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	年齢を重ねるにつれ軽作業が出来なくなってきた利用者にも声かけをし、簡単なことを手伝って頂くようにしている。月2回の生け花教室や、OTによる習字など利用者の能力や希望に応じて参加して頂いている。		
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支援している	天気の良い日には、弘法様まで散歩に出掛けたり、毎月21日の弘法様の縁日には買い物や田楽を食べて楽しむ利用者もいる。年2回の家族旅行を行なっているが、身体的な低下、家族の事情等もあり、全員参加は難しい。		

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
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	毎月21日の弘法様の縁日に出かけた時や、バス旅行に行ったときには、本人が支払うように支援している。		
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	電話は本人の希望があればいつでも支援している。手紙を書いて出す事が出来るが、できる利用者は東にはおりません。		
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	居間に職員が毎月、一般の年間行事や季節感を取り入れたカレンダーを作り掲載している。又、七夕やクリスマスには飾り付けも行なっている。		
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	サンルームの中で気の合った利用者同士で過ごしたり、家族、知人が来設された時もサンルームにて過ごして頂いている。		
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	入居時に家で使用していた物を持参して頂くようお願いしている。居室のボードには思い出の写真や本人の作品が貼ってある。		
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	廊下やトイレには手すりを取り付けてあり、安全に配慮をしている。汚物室や浴室をトイレと勘違いして入ってしまうので、使用後は必ずドアを閉めておく。		

### 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		久盛会としてGH内で行っている会議等の実態が殆どわからない	GHの状況把握をしてもらう	理事長、事務長への会議録の回覧	12ヶ月
2		体力が低下により年2回の家族バス旅行が困難になってきた	家族もバス旅行を楽しみにしている 今まで続けてきた行事をなくすのは寂しい 年1回でも良いので続けて行きたい	体調、体力を考慮し、負担がかからない範囲で 少人数でも参加に向けて検討する	12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。