

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	1691000119		
法人名	メディカル・ケア・サービス東海株式会社		
事業所名	愛の家グループホーム南砺福光		
所在地	富山県南砺市福光777番地1		
自己評価作成日	平成28年9月25日	評価結果市町村受理日	平成28年11月30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	一般社団法人 富山県介護福祉士会		
所在地	939-8084 富山県富山市西中野町1-1-18 オフィス西中野ビル1階		
訪問調査日	平成28年10月18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)】

自然に恵まれた豊かな環境の中でゆったりと生活しております。
 お一人お一人の生活歴を大切にしながら、これまでの生活が出来る様に継続できる様に支援しております。
 外出なども継続的に行い、馴染みのある行事等に参加し地域交流もしております。

【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)】

運営法人はスケールメリットを生かし職員の経験に応じた研修の実施、また、各種マニュアルが詳細に整備されており、職員間に周知され活用されている。不定期ではあるが必要な情報提供、ブロック会議が開催されて情報共有されている。
 職員は、常時携帯している「ケアの信条」を毎日読み合わせすることで意識づけし、利用者本位の支援となるよう実践している。
 事業所の運営にあたり、家族や職員の意見を聞くため、年1回アンケートを実施している。提案された意見についての対策案を周知し、実践し、評価してもらい体制を築いており、サービスの質の向上に繋げている。

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)	○	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)	○	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、生き活きと働いている (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
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	組織全体の運営理念があり、常にクレド(ケアの信条)を各職員が携帯している。その上で職員が運営理念を実践に繋げる様に努めている。	利用者の支援方法を考える際に立ち返るものとして意識づけするために、「ケアの信条」を朝礼時に職員で読み合わせをしたり、理念を常に携行し共有の徹底を図り目標とするサービスに繋げている。また、新入社員には、研修にて理念の説明をしている。	
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	地域の行事には毎月参加するようにしている。	地域の祭りや公民館での行事に参加している。また、日頃から散歩に出かけ住民の方々と挨拶を交わしたりし住民の方々と関わりを持つように努めている。市内で開催されている「菊祭り」等に出かけたりもしている。近隣のお寿司屋さんに来てもらって握りずしを食べるなど、地域の方との交流がある。	
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	ボランティアの受け入れ実施やご家族会を通じ努めている。又、地域行事等も積極的に参加しております。		
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	運営推進会議において、ホーム内での活動や事故の報告など行いながら話し合いを行っている。又、そこでの意見を活かす様にしている。	利用者、家族、地域包括支援センターの職員、自治会長、民生委員が会議に参加しており、事業所での活動報告をしている。家族から、外出の時の利用者の様子を教えてほしいという意見があげられ、家族も一緒に外出してもらうなど、会議内容をケアに活かし、日々の支援につなげている。	
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	必要に応じて、市の担当職員と連絡を取っている。地域包括支援センターの職員とは運営推進会議を通じて、取り組みを伝えたり、相談をアドバイスを頂いたりして協力関係を築いている。	南砺市が実施している認知症のネットワークやグループホームの会議に参加しており、いつでも連絡が取れる体制となっている。	
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	運営組織全体で身体拘束をしないケアの実践を行っている。研修等でも指導しユニット内には身体拘束に関する掲示をし常に意識付けをしている。又2か月に1回、職員によるチェックシートを用いたチェックを行い意識づけを行っている。玄関の施錠は夜間のみ防犯の為にしている。	2ヶ月に1回、チェックシートを使用し、「身体拘束をしないケア」を行うことができているか確認している。改善項目にチェックがついた場合は、どのように改善していくかについての具体的な対策案を考え、実践している。	
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	年間の勉強会に取り入れ、虐待を見逃すことがない様に注意をしている。又、組織全体でも虐待防止について力を入れている。又2か月に1度、職員によるチェックシートを用いた点検を行い、意識づけを行っている。		

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
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	管理者は成年後見人を理解している。 現在、1名のご入居者様が成年後見人を利用している。		
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	契約の際に、書面・口頭にて説明を行っている。 又、疑問点も随時説明を行い、納得を頂いた上で契約手続きを行っている。		
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	意見箱や苦情相談窓口の設置を行っている。ご入居者様からは不満や苦情を居室にて発言しやすい様な配慮を行っている。ご家族様には面会時に気づいたことや要望がないかを確認する他、年に1回、御家族様アンケートを実施し意見を頂く様にしている。	1年に1回、家族にアンケートを実施し、その結果から今後どのように取り組むかについての具体的な対策案を考えている。アンケート結果と対策案については、事業所に掲示し、さらに家族会でも報告されている。また、家族の面会があった時には、職員から声をかけ、意見を聞くようにしている。	
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	代表者は職員アンケートで管理者は直に職員から意見や提案を聞く機会を定期的ないし随時設けるようにして運営に反映させている。日常業務の中でも職員から改善案があれば全体会議にて検討、改善に努めている。	1年に1回、アンケートを実施し、職員に意見提案を表出する機会を設けている。職員から聞かれた意見や情報について、会議にて一緒に話し合いながら調整している。	
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	運営組織全体として、永年勤続表彰や資格取得支援制度・資格手当等を設け職員のモチベーションの向上に努めている。		
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	ホーム内でも計画的に研修を行っている。資格取得の為に支援制度もある。外部研修にも出来る限り参加できる様にしている。		
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	運営組織内での交流は行われている。管理者は月例会議や研修で同業者と交流する機会がある。又、職員は他のホーム等への見学を実施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
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	ご入居者様と話す機会を設けその都度、意向や要望を確認し希望に沿った対応を行う様にしている。		
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	入居前に見学等で困っていることや要望などを確認し関係作りを行っている。		
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	入居前にニーズの把握を行いながら本人とご家族で必要なサービス内容を話し合っている。また、入居後もサービス内容の変更等が必要な時は、朝礼などで話し合いを設け、ご利用者本位の支援内容となるように対応している。		
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	日常の家事仕事や畑仕事、生け花やお茶をたてて頂くなど、ご利用者と共に支え合いながらホームでの生活を行うように支援している。		
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	定期的な面会やご家族との外出、行事などをご家族とともに開催しながらご利用者本人を共に支え合えるような支援を行っている。		
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	ご利用者の地元で開催される行事などに参加し、馴染みのある人や場所へ出掛ける事が出来る様に支援をしている。	個別の意向や希望を把握した時には、臨機応変に職員体制を調整し支援している。地元のお祭りに参加してもらったり、馴染みの方に年賀状を送るなどし、関係を継続できるよう支援している。	
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	食事のお手伝いや体操などを一緒に行い孤立しない様支援して、日々皆さんと顔合わせが出来る様に努めている。		

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	退去後であっても、御家族様から連絡があれば相談に応じるようにしている。		
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	ご本人の希望に合わせて外出などを行っている。又、趣味等も本人からの意向を確認しながら本人本位の支援を実施している。	日々の支援の中での何気ない会話や表情から意向を把握するようにしている。また、散歩に出た時など、利用者がリラックスして話をしやすい場づくりをし、意図的に本人の意向を聞き出すよう努めている。	
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	入居前や入居後などもご家族と話をしながら馴染の暮らし方や生活環境の把握に努めている。		
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	排泄パターンや入浴等の希望などを聞き心身の状態を把握するようにつとめている。		
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	ご家族や職員、その他関係者と話し合いを行いながら課題の解決やケアの在り方について検討を行い、現状に即した介護計画を作成している。	利用者の意向、家族の意見を取り入れ、介護計画を作成している。また、往診にきていた医師の意見や看護師にも意見を聞き、介護計画に盛り込んでいる。	利用者の意向を把握する体制は確立されてきているが、その意向を活かした介護計画を作成されることに期待したい。
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	ケース記録に記載しユニット会議・カンファレンス等で情報共有を行っている。気づきの部分を出る限りケアに組み込み実践できる様に努めている。		
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	画一的なケアにとらわれず、ご利用者の変化に合わせてながら柔軟な支援を心掛けて取り組んでいる。		

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
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	地域行事への参加を積極的に行っている。		
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	受診に関しては契約前に意向の確認を行い、かかりつけ医の継続または、事業所の協力医の往診を受けるかを相談し、適切な医療が受けられるように支援をしている。	かかりつけ医は、利用者、家族の希望に沿っている。受診については、基本的には家族にお願いしている。その際、「通院経過報告書」に事業所での様子を記載し、家族からかかりつけ医に渡してもらっている。かかりつけ医からのコメントが書かれてくることもあり、適切な医療を受けられる支援につなげている。	
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1回看護師が訪問しバイタル測定・日々の様子を介護職員と共有しながら適切な看護が受けられるように支援をしている。		
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。	入院時はサマリーを作成し情報共有を行っている。入院中も定期的に面会へ伺い、病院関係者から話を聞きながら状況の把握に努めている。		
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	契約時に重度化した場合の対応について話しをして、出来こと、できないことについて説明を行っている。又、状態の変化などに合わせてご家族の意向を確認するようにしている。	基本的には、看取り支援は行わない方針であるが、家族や医師の協力が得られるということで行ったことがある。また、今後看取り支援をしていくことについて、体制を整えることも含めて検討中である。	
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	現時点では全職員が応急手当講習を受講していないが、取得出来る様に計画を立案している。また、研修等で初期対応について学ぶ機会を作っている。		
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2回、避難訓練を実施し、災害対策の研修も実施している。	年2回、火災を想定して避難訓練、防災についての研修が行われている。また、3日分の備蓄を保管しているが、災害が起きた場合には、近隣の事業所から、さらに物資が届けられる体制となっている。	

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
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	朝礼時に言葉遣い等の指導を行い、実践出来ない職員には再度個別指導をしている。	朝礼にて、管理者から「利用者の視点に立つて考えること」や言葉遣いに気を付けるよう伝えている。また、日々の支援の中で、不適切な発言や対応が見られた時には、その都度指導している。	
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	外出等の希望があった時にはその希望に沿うようにし支援をしている。また、日常生活においても自己決定できるような働きかけを行っている。		
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	外出希望や買い物希望等はその日に対応が出来る様に実施している。又、天候が悪い際は日を改めて決め、対応できる様に努めている。日中の活動ではご本人のペースに合わせた支援を行っている。		
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	ご自身で衣類の着脱が可能の方はご本人から衣類を選んで頂いている。又、介助が必要な方でもおしゃれを楽しめるような支援を行っている。		
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	準備(野菜切り・盛り付け)や後片付け(下膳や食器洗い)は職員と共にご利用者と実施している。	献立表をもとに食事を作っているが、お祭りなどの行事がある時や利用者からの希望が聞かれた時には、その都度献立を変え、対応している。また、外出に出かけたり、近隣のお寿司屋さんから出前を取るなどして、食事が楽しいものとなるよう支援している。	
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	希望に応じて水分摂取ができる様にポットを台所付近へ用意しご自分で飲んで頂ける様に対応している。又、ご自分で希望できない方は職員の方から促す様にして水分を取って頂く様に対応している。		
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	介助が必要な方は食後に介助しながら口腔ケアを実施している。又、ご自分で行う事ができる方はご自身で行って頂けるように支援しているが、忘れた時などは必要に応じて声掛けを行なっている。		

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	排泄パターンの把握に努め、介助が必要な方には個別で誘導を実施している。	一人ひとりに応じて「排泄表」を使用し、排泄パターンをつかみ、利用者の自尊心や不安感に配慮しながら声掛けを行い介助を行っている。日中夜間で布パンツ、リハビリパンツ等、本人に合わせて使用している。	
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	食事ではヨーグルト・牛乳を飲んで頂き便秘の解消が図れるように努めている。起床時にも水分を摂って頂くようにしている。		
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	曜日・時間帯は決めずに希望に沿って入浴が出来る様に支援を行っている。入浴を拒まれる方でも3日から4日に1回は入浴をして頂ける様に声掛けをしている。	利用者の希望する時間や過ごし方に合わせて入浴してもらっている。シャンプーやボディソープは事業所にも用意してあるが、利用者の希望する好みのもを持ち込み使用してもらい、入浴の満足度を上げる工夫をしている。	
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	ご利用者様の日々の身体状態により、居室で休んで頂く様に声掛けをしている。又居室内で休むことを不安がられる方にはソファなどで休んで頂くなど、その方々に合わせた対応を行っている。		
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	薬の目的・副作用、服薬内容が常に確認できる様にファイルで纏めて保管、閲覧できるようにしている。また、薬に変更があった時は申し送りや朝礼等で情報共有をしている。		
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	外出等で気分転換を図り食事の準備等やお手伝い等で各自の役割を見つけ生きがいのある生活を行えるように支援をしている。		
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	ご家族から情報提供をして頂いて以前行った馴染の場所や地域行事等への参加を行っている。又、日常の中でもご希望があれば出来る限り外出する機会を設けるようにしている。	花見や紅葉を見にドライブに出かけたり、外食に出かけたりしている。晴れている日には近隣に散歩にも出掛けるなど気分転換を図っている。また、外出する際には、利用者との会話を大切にしており、少人数で対応している。	

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
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	ご利用者個々に事業所内の金庫で管理を行っているが、外出した際は各自で財布を持って買い物ができるように支援をしている。		
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	ご希望がある時には電話を掛ける事が出来る環境になっている。しかし、ご家族との関係性によっては電話が出来ないご利用者もいるが、そのような場合もご家族にご協力を頂けるように努めている。		
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	共有スペースは皆さんが居心地良く過ごして頂ける様にソファを配置したり、外の風景を見て季節感を感じて頂ける様な家具の配置をしている。	事業所内は窓が多く、吹き抜けもあり、広々とした空間になっている。また、利用者の動線を考えたテーブル・家具の配置とし、転倒防止などに配慮した移動しやすい空間となっている。	
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	気の合うご利用者様と会話出来る様にソファやテーブルを配置していつでもどこでも会話出来るような環境を作っている。		
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	居室内はご家族様から馴染の物を持ってきて頂いたりして、ご本人が居心地良く過ごせるように工夫している。	利用者の体の状態や移動方法等を考え、利用者にあった家具の配置となっており、安心して居心地良く過ごせるよう工夫している。	
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	自分のお部屋やトイレの場所がわかり易いように、掲示物などで明示をしている。また、安全に生活できるように家具などの配置にも配慮している。		

(別紙4(2))

事業所名: 愛の家グループホーム南砺福光

作成日: 11月21日

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		利用者の意向を把握する体制は確立されてきているが、その意向を活かした介護計画をして欲しい。	意向に上がった内容はケアプランに反映をす る。	①カンファレンスの際に意向に合わせたサービスを検討する。	1ヶ月
2					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、行を挿入して下さい。