

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	0895100055		
法人名	株式会社 メディカルアシスト		
事業所名	グループホーム 湖畔の家 桜の花棟		
所在地	茨城県桜川市上野原地新田112-1		
自己評価作成日	平成24年12月28日	評価結果市町村受理日	平成25年4月23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.kaigokensaku.jp/08/index.php?action=kouhvu_detail_2011_022_kani=true&JigvosyoCd=0895100055-00&PrefCd=08&VersionCd=022
----------	---

【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認知症ケア研究所
所在地	茨城県水戸市酒門町字千束4637-2
訪問調査日	平成25年2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)】

自然豊かな環境に湖畔の家はある。入居者には、四季折々の行事や外出を計画し季節を味わってもらえるようにしている。事業所の理念の他に職員目標を考え入居者の支援にあたっている。入居者一人ひとりのペースや状態に合わせた対応を心掛け家庭的な雰囲気が保てるよう努めている。また、地区の一員としてゴミ拾いや上野沼を守る会の活動に参加している。市内のグループホームや障害児施設と行事を通じ交流している。

【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)】

沼の湖畔に設立され、四季を通して環境豊かな閑静な立地となっている。日常的に、湖畔周囲の散歩を行い、地域の方々との交流を楽しんでいる。また、近隣の方が散歩を通して施設の見学に来ている。利用者は農家の方が多く、季節の花作り・花摘みやジャガイモ作りを職員と共に行っている。収穫祭やガーデンランチを行い、利用者家族と共に楽しんでいる様子が写真を通して見受けられる。定期的なボランティアの介入により、そば打ちや音楽会(歌手)を行っている。利用者1人1人が日々楽しく生活できるような支援を行っている。

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 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
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	朝礼時に、メディカルアシストの基本理念と湖畔の家の目標を唱話している。又、職員は理念・目標を実践出来るようにと、取り組んでいる。	会社の理念を基に、ホーム独自の目標をスタッフ間で作り実践に繋げている。毎日の朝礼にて唱和し、共有実践に繋げている。	
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	地域のゴミ拾いに参加している。同地区の障害児・者施設の行事の見学に出掛けたり、地区の方が地域の行事の案内を持ってきてくれる様になった。	区長の紹介により、地区のゴミ拾いや新年会、障害者施設と合同の音楽会を開いている。ボランティアの介入により、連携施設と共にそば打ち、お祭り、納涼会に地域の方を招待し、区長を通して招待状を配布している。	
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	職員2名がキャラバン・メイトとして活動が出来る様になった。本年度から桜川市のキャラバン・メイトとして認知症サポーター講座に参加している。		
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	施設の行事の様子、職員勉強会の内容を報告している。委員の方から意見をもらいサービスに役立てている。	2カ月に1回の奇数月に開催している。参加者は、行政、民生員、区長、2~3家族にて行い意見や情報交換、報告が行われている。参加されない家族には郵送にてお知らせしている。	
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	運営推進会議や月1回の広報紙で湖畔の家の様子を報告しており、分からない事や何かあれば市の担当者にその都度相談している。	グループホーム連絡協議会を発足し、連絡調整をし施設見学やイベントを開催したり、情報交換をしている。また、ケアマネ連絡協議会に参加している。生活保護者には、窓口にも利用者も同行している。ヘルパー2級の実習の受け入れを行っている。	小中学校の体験学習の受け入れや地域住民との交流会を積極的に行い、市町村との連携について再検討して頂きたい。
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指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	職員は、定期的に研修を行い身体拘束について理解している。危険防止の為に玄関にはチャイムを置き玄関の出入りが分かる様にしている。	毎年1回研修を行い、拘束をしないケアについて検討している。帰宅願望の強い方には、一緒に散歩をして施錠を行わない工夫について、日々検討し支援に繋げている。	
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	職員会議で、虐待についての研修会を開いている。又、職員は入居者の立場になり介助にあたる様に心掛けている、		

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	行政担当者から情報を頂き、必要のある方は関係機関と話し合いの上活用出来るよう支援している。		
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	契約書・パンフレット・重要事項説明書を用いてご本人、ご家族の不安や疑問を除くよう十分な説明を行い、理解と納得をえている。また、改定時は文書等にて説明を行っている。		
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	意見箱を設置している。面会時などに家族とコミュにケーションを図り苦情や気付いた点など話して頂けるように努力している。意見はその都度職員間で話し合い運営に役立っている。	家族からの意見は、面会時に聞いている。利用者からは日々の支援を通して意見を聞き、スタッフ間にて共有し支援に繋げている。手拭タオルは個々で使用し、トイレ清掃については、チェック表を使用するなどの改善を行っている。	
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	月一回代表者などがミーティングに参加し意見や提案を聞き、業務に反映させている。	全体会議を月1回行い、社長の参加により研修報告、勉強会、ケースカンファレンスをおこなっている。また、全体会議をもとに、各ユニット毎にモニタリングを行っている。参加されないスタッフは後日資料の配布や説明を受け共有している。	
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	自己評価などを通して職員個々の状況を把握しできるだけ希望に沿った環境にできるよう努めている。		
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	月一回のミーティングで介護技術などの研修をおこない、必要であれば外部の研修にも参加出来る様にしている。		
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	桜川市グループホーム連絡会を通じて他グループホームと情報交換や交流を持っている。		

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
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	同じ目線に立つ、声掛け、傾聴、日常の助け合いから信頼関係を築けると考えている。又、職員は、入居者が話しやすい環境をつくり傾聴・共感することで良い関係をつくらせようと日々努めている。		
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	施設見学・入居相談・面会などその都度、家族に声を掛け話をする。不安な事や要望などを話して頂けるよう努めている。小さな事でも情報交換をし信頼関係を築いている。		
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	入居申し込み時、家族からの不安な思いや希望などを傾聴し、話をするようにしている。家族や本人の状況を考え必要としているサービスを紹介出来る様に努めている。		
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	家事や散歩など生活を共にすることでお互い助け合う関係と考え業務にあたっている。		
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	入居者の様子を面会時や電話で報告・説明している。家族に相談する事で、共に支えていく関係が出来る様に努めている。		
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	家族や親せき、近所の方など馴染みの方が来所された際はコミュニケーションがとれるよう支援している。気軽に面会に来て頂ける様な雰囲気作りが出来ればと考えている。	利用者家族や老人会の友人が面会に来ている。定期的に自宅に外泊している利用者がある。また家族と共に地域行事のひな祭りや雨引き観音のあじさい、墓参りに家族と共に参加している。	
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	利用者同士がどのような関係にあるか把握しテーブルの位置を配慮するなど円滑に関わり合いができるよう支援している。		

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
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	家族の気持ちに配慮しながら家族との関係を継続し、必要があれば相談に応じ支援している。退所後に電話や面会などで本人を励ましたり、家族の相談にのる様なケースもある。		
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	1人ひとりの希望にできるだけ応える様に努めている。日々の生活から感じとり話して頂けるように努力している。困難な方には、寄り添う事で思いが分かるように努めている。	帰宅願望のある利用者に寄り添い、湖畔の散歩をしている。季節の花々や野菜作りの要望に対し、利用者に教わりながら行っている。また、黒鳥の餌付けの要望があり一緒に行っている。	
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	面会時に家族から話を聞いたり、本人に聞いてアセスメントをおこなっている。		
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	1人ひとりの出来る事、やりたい事を把握し一緒に一日の過ごし方を考えている。職員間で状態チェックや気付いた事などを、ケース記録・連絡帳・勤務中に報告し合い情報を共有している。		
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	本人、家族、職員が出席し担当者会議を実施し話し合い、介護計画に反映させ実践している。	3か月または6か月で随時計画を見直している。介護計画と日々の記録の連動性について検討し、チェック式日課表を作成し実践に繋げている。今後は更に、利用者一人一人と過ごす時間を大切にするための工夫として、記録の簡素化について検討していく。	
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	ケース記録を毎日記入し、職員間で思った事・気付いた事を話し合い、介護計画に反映させ実践している。		
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	本人や家族の状況の変化やニーズに合わせてケアプランの見直しを行っている。芋煮会やクリスマス会などにボランティアを呼ぶなどしている。		

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	上野沼の散歩を中心に市内の行事など外出する機会を設けるようにしている。また、運営推進会議にて区長に働きかけ地域と連携していけるように努めている。		
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	入居前に受診していた医療機関に継続して受診が出来るよう支援している。又、家族が対応出来る状況の方には家族の方に通院の対応を行ってもらっている。	月2回の往診を行っている。突発受診は、家族に連絡してスタッフが同行している。受診後の結果は、家族に電話連絡にて報告している。また介護記録へ記入し、処置行為は日々の申し送りにて共有している。	スタッフ同行による受診については、介護記録に記載しているが、記載方法の検討していく。また、救急時の連携施設や搬送先について、スタッフが周知出来る方法を検討して頂きたい。
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	職場に看護職はいないが、往診に来る主治医に相談し医療を受けている。また、かかりつけの病院の看護師と日頃より連絡をとり、連携がとれるようにしている。		
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。	入院時やその後の面会時に情報交換を行っている。職員へも随時経過報告を行い情報の共有と退院後の対応の変更などを意識付けに努めている。		
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	本人や家族と話し合い、意向に添える様に医療機関と連携し対応している。	要望に合わせて看取りを行っていきたい。現在要望はない。今後は、要望に合わせて検討、準備を行っていく。病状毎に家族に連絡し、認知症の進行状況をお便りにて報告している。	
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	内部研修を通して応急手当や初期対応の訓練を行い、緊急時のマニュアルの整備を行い冷静に対応出来る体制をとっている。		
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	定期的に火災の避難訓練を行っている。今も、地震はあるのでガスの復旧の仕方はほとんどの職員実践出来る様になっている。	日中夜間想定にて年2回の避難訓練を行っている。近隣住民や地域の方の参加はないが、区長や民生委員の方の協力は口頭にて確認している。震災後、備品や備蓄、連絡網について再確認している。	火災、地震、緊急時にあわせた具体的マニュアル、協力体制や連絡協定などの具体的対応について検討して頂きたい。

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
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	親しみのある言葉や敬語を使い、その方に合った対応・声掛けをしている。	トイレは、ほぼ自立しているため、声掛けや誘導はしていない。使用後の汚染状況や声掛けに気を付けている。重要事項説明書に於いて、個人情報保護の具体的項目の許可について検討していきたい。	
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	会話・行動などから思いや、希望をくみ取る。希望がある場合は実現出来る様に支援する。		
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	その日の体調により散歩、入浴、運動など希望にそって支援している。		
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	移動美容室を利用している。皆様カットやパーマなどされている。衣類は本人に選んで頂く。介助が必要な方には、本人が望むように支援している。		
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	メニューは決まっているが、入居者の好きな味付けや好きなものを工夫して作っている。その方に合った食事形態にしている。料理クラブを開催し団子やカレー作りを入居者中心で行っている。	献立は宅配業者に依頼している。誕生日やイベント、収穫祭には、利用者と共に献立を検討し作っている。月1回料理クラブを開催したり、敷地内の庭でのガーデンランチを行い、食事を楽しむ機会になっている。職員は、見守りにて同席している。	
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	食事量・水分量はその都度チェックし記録している。摂れない方には、好きな物を出している。又、家族に相談し協力してもらっている。		
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	食後の口腔ケアを実施している。1人ひとりに合わせブラッシングの介助や手伝いをし、口腔内のチェックをしている。		

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
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	排泄チェックをし、1人ひとりの排泄パターンを把握し日中はトイレ誘導をしている。座位がとれればトイレでの排泄を支援している。	リハビリパンツまたはパット使用にて、自立支援を促している。居室にてポータブルトイレを使用しているが、設置場所は各利用者に合わせて検討されている。	
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	飲食物(牛乳・食物繊維がある食物)や運動をすすめている。排泄チェックを活用し、自然排便を目指している。		
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	入浴予定はある程度決まっているが、個人の体調やタイミングで相談して決めている。入浴剤やゆずなどを浴槽に入れ楽しめるようにしている。	週3回、午後に入浴支援を行っている。足ふきマットは個別に準備して使用している。拒否する利用者には、時間や担当者を変更するなどの工夫と状況選択を行っている。	
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	シーツ交換や布団干しなど行う。入眠時の温度調節をする。体調により昼寝を促したり、眠れない方には、一緒にテレビを見たりゆっくり話したりなどして過ごしている。		
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	誰がどんな薬を飲んでいるか、説明書のファイルをつくり確認している。確実に内服するようにしている。何か変化があれば、医師・薬剤師に相談している。		
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	レクリエーション・散歩・行事を実施している。各人の得意な事や好きな事をレクなどに反映出来る様に考えている。日々楽しみのある生活をと考え支援している。		
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	散歩・地域での季節の行事に参加して貰っている。定期的に家族と外出される方もいるので、協力して頂き本人の希望の場所に出掛けられる様に支援している。	地域のイベントや季節に合わせて、外出や外食支援を行っている。外出先の要望があれば、家族に情報提供し支援に繋げている。また、帰宅願望の強い利用者については、湖畔の散歩や家族に情報提供して外出や外泊支援に繋げている。	

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	小遣い程度(1000円~2000円くらい)自身で持っている方はいる。買い物に出掛ける際に自分の財布から支払ができる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	家族の都合を考慮し、希望があれば電話をしている。家族が離れている方には手紙で定期的に近況を報告している。		
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	季節を感じられる様な飾り・花を生けている。外の景色を楽しめるように環境を整えゆったり・いごこち良く過ごせるように工夫している。	木造作りの落ち着いた雰囲気施設の施設になっている。季節の飾りや行事、イベントの写真の掲示がされている。2つのユニットは離れているが、状況により棟続きにはない利点があり、ユニット毎の工夫がされている。	
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	食堂・談話スペースなどくつろげる場所がある。居室・食堂などで思い思いに過ごせるように対応している。		
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	本人や家族の希望に配慮し、自由に使って頂いている。馴染みの家具や物を持ち込んでもらう。又、写真を置いたり気持ち良く使ってもらえるように気をつけている。転倒防止の為配置には注意している。	居室の入口は、利用者一人一人に合わせた工夫がされている。馴染みの家具やテレビ、趣味の飾りがされ、居心地良い空間作りがされている。	
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	建物内は、段差はない。廊下・トイレ・浴室など必要な場所には手すりがついている。居室には表札、共用スペースなどが分かりやすいよう工夫している。		

目標達成計画

作成日:平成 25 年 4 月 19 日

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	30	①職員同行による受診についての記載方法の検討 ②救急時の連携施設や搬送先について職員が周知出来る方法の検討	①受診時の状況を誰もが分かる表の作成をする。 ②緊急時の主治医以外の搬送先の確認を 家族にし、職員に周知出来る表の作成をする。	①受診時の記録表の作成、家族への連絡状況が 確認出来る物をつくる。 ②緊急時の搬送先の確認、表の作成をする。	1ヶ月
2	35	火災・地震・緊急時にあわせた具体的なマニュアル、協力体制や連絡協定などの具体的対応についての検討	災害・緊急時のマニュアルをもとに職員が、行動出来る。	火災・地震・緊急時に行動出来る具体的なマニュアル作成をする。近所の施設に協力を仰いでマニュアルが紙面だけの物にならないように、職員全体で取り組む。	12ヶ月
3	5	小中学校の体験学習の受け入れや地域住民との交流会を積極的に行う。	小中学校との交流がもてる。	運営推進会議で、市役所や地域の方に相談した、小中学校に足を運び交流出来るか依頼していく。	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。