

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	2093400014		
法人名	社会福祉法人飯綱町社会福祉協議会		
事業所名	グループホーム「わが家」		
所在地	長野県上水内群飯縄町倉井2562-2		
自己評価作成日	平成23年11月14日	評価結果市町村受理日	平成24年5月14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	株式会社マスネットワーク 医療福祉事業部
所在地	長野県松本市巾上13-6
訪問調査日	平成23年12月2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)】

その方にとって「ふつう」とは何かを考えながら、接するように心掛けています。また、入居者が自己決定出来るような言葉がけに、徹しています。

【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)】

玄関には、わが家と6人全員の名前が表札に刻まれている。社会福祉協議会で運営するグループホームであるが、飯綱町の認知症支援の拠点となり、町で認知症を支える発信の中心となっている。理念に掲げられ「どんな時でも、この地域で暮らす私が主人公」を忘れず、困った時には利用者に寄り添い、利用者の言葉を聞くことで解決を図ってきた。日々朝起きて屋外の空気を吸い、太陽にあたるのが人間の生活リズムを整える、利用者の課題が起きた時は職員側に問題があるとすべての職員が理解されケアにあたっている。嘱託医となる医師の協力体制もあり、運営推進会議のメンバーとなっている。一緒にこの地域での認知症支援への取り組みを行い、地域ぐるみでの支援ができています。地域住民が高齢となってくることで利用者との関係性も変わりつつある。来年度は、わが家も新築され、利用者も2ユニットとなり移転する。ホームへの地域の期待も大きく、利用者の安心して過ごせるホームとしてさらに生まれ変わる事を期待したい。

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

ユニット名()		項目		項目			
		取り組みの成果 ↓該当するものに○印		取り組みの成果 ↓該当する項目に○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、活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	「どんな時でも この地域で暮らす私が主人公」の理念をいつも職員全員が考えながら、日々のケアに取り組んでいます。	理解力の低下となり、切ない、不安な気持ちにならず生活できるように、一人ひとりの気持ちに沿い、理念に沿った「主人公は私」となれるように職員全員で取り組みを行っている。地域密着型の意義をしっかりと捉え、寄り添うケアに努めている。	
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	地域での行事(防災訓練・敬老会・運動会・お祭り)など、全員で積極的に参加しています。毎日の散歩、買い物に出掛け地域の方とのふれあいもあります。近所の方にも遊びにも来て頂いています。	地域の老人会には、皆が招待され出かける。町民運動会には、席を用意していただき皆で出かける。おでんや甘酒も飲み楽しく過ごされている。お祭りの参加、買い物、朝早く散歩に出かけゴミ拾いをし地域の方からも喜ばれている。	
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	事業所内に認知症支援室がありまして、介護相談会、家族のつどい、地域に出向いての学習会など開催しています。	/	/
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	ホームでの日々の利用者さんの様子をお知らせしています。また、事故報告・ヒヤリハットも公開しています。運営推進会議で頂いたご意見を職員全員で共有しサービス向上に活かしています。	運営推進会議の年間予定は、事前に運営委員や家族にお知らせし、年に6回の運営推進会議が開かれる。ホームの主治医も委員となっており、利用者家族も全員集まることも多い。ホームの課題や状況が話され、ホームの持ち方、あり方など活発に意見交換がなされる。夕涼み、年忘れ会等もあり内容の工夫もある。	
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取り組んでいる	地域包括支援センターの方がホームに訪れ、ありのままを見て頂いています。また、お互いに情報を共有するようにしています。	包括支援センターの方が運営推進会議に出席され、利用者の状況や地域での認知症相談等についてもなされる。地域で支える認知症支援等にも努めている。	

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
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	会議の時に、何が拘束にあたるのか学習会を設けて職員間で話しています。玄関の施錠は、夜間帯にたまにあります。(日中は無しです)	日中夜、鍵をかけないケアに努めてきた。今年度、利用者が外の環境に誘われ出てしまった事があり、夜間のみ一人介護となるとき、利用者の状況により一時的に鍵をかける。鍵をかける事の弊害を理解し何を優先する介護か確認もした。	
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	会議内にどういう事が虐待に当たるのかを学習し、職員は各自、意識してケアにあたるようにしています。		
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	法人で行う研修に参加しています。成年後見制度が必要な時は活用出来るように支援していきたいと思っています。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	管理者が契約・解約に立ち会っています。利用者さん、ご家族さんの質問等お聞きしながら説明させて頂き、理解して頂けるように努めています。		
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	いつでも、意見・要望・苦情など聴く体制でおります。そのような時には、きちんと受け止め速やかに返答できるように努めております。	今の家族の要望や心配事は、このホームが新しくなる時に継続して入居できるか、継続した支援を望む声が多い。家族からの意見、要望は職員が共有できるように色を変えた用紙を用い、検討する。運営推進会議等でも意見等言いやすい環境となっている。	
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	法人と意見交換の機会が設けられております。課題などもその場所にて話し合い解決の方法など探しております。	ホームの毎月の連絡会議には、必要時に法人の課長が出席し連絡や課題、質問などが出される。法人との職員会議は、年に2-3回あり、意見を出したり法人の方針が提示される。管理者会議もあり意見交換の場になっている。	

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
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	法人の課長・衛生管理者が訪問し、業務状況を把握しており、課題があれば一緒に考えていただき働きやすい職場づくりに努めています。		
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	いろいろな研修に誰でも参加出来るようにしています。会議時に研修報告などを発表して内容の共有出来るように努めています。		
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	同業者と、人材交流・学習会などにも参加させて頂いており、ケアに活かしています。		
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	ご本人の困っている事・不安な事などをお聴きして、ご家族、以前に利用していたサービス事業者があれば情報も参考にさせていただきます。お試し期間もあり、少しずつ安心してお過ごし頂けるよう努めています。		
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	傾聴に徹しています。ご家族・ご本人の今までの関係を断ち切らない様な支援を心掛けています。		
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	何が必要で、何を優先させていけば良いのか、ご家族とご本人と相談しながら見極め、支援させていただきます。他事業者さんとも連携が取れるようにしています。		

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
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	家族の一員という事を忘れずに、その方の持っている力が発揮でき、利用者さん同志認め合えるような関係づくりに努めています。		
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	ホームでの日常の様子をなるべくお伝えしています。いつでもホームに来て頂けるよう、お伝えしています。行事等の時はお越し頂いています。		
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	今までの馴染みの人だったり、場所だったりも大事にして、関係が途切れないように支援しています。	利用者の家まで、お連れし安心する方もいる。以前は、友達が遊びに来て時間を過ごすこともあったが高齢となり、馴染みの関係となる方も変わってきている。馴染みの美容院や買い物に出かけ店の方から気軽に声をかけてもらう。	
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	それぞれ仲間を認めあったり、お互いに協力して頂けるような場面づくりに努めています。		
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	どんな時でも関われる体制はあります。日頃よりコミュニケーションが取れるようにしています。		
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	どんな時も「本人に聞いてみる」を忘れずに、その方に合った支援に努めています。	利用者の訴えに耳を傾け、共感することで利用者が訴えている事やケアとして、何をしたらよいかが見えてくるという視点を忘れず、まずは本人に聴いてみる。ひもときシートの活用も始め、いかに利用者の思いを把握できるか日々努めている様子が窺える。	

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
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	今までの生活環境や生活歴を知る事により理解でき、安心してお過ごし頂くよう努めています。		
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	一人ひとりの、状態を把握するように努め、無理のない日々を送って頂けるようにしています。		
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	ケアマネを中心に、それぞれが考える支援、その方にとっての安心・安全につながる介護計画を作成するようにしています。	介護計画は、3ヶ月毎に見直しをしている。担当制となっており、毎月のケース検討会で話をする。評価の様式も新たに検討され、アセスメントからモニタリング、評価の流れがはっきり見えるようになった。ケアマネは利用者の自宅に出向き、意向を確認しケアプランの説明をする工夫等し家族とのつながりを大事にしている。	
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	介護記録や健康状態を把握するものがあります。状態などは、職員間にて共有しています。記録等はご家族にも公開出来るようにしています。		
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	どのようなニーズにも、柔軟に対応していくよう努めています。		
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	認知症支援室との連携で地域との繋がりを大切にして、利用者さんが心穏やかに安心して暮らして頂けるように支援しています。		

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
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	どんな事でも、常に相談させて頂ける主治医が近くにいる下さり、ご家族・ご利用者・職員も安心です。主治医とは良好な関係です。	入居後もかかりつけ医を、継続し、受診される方もいる。ほとんどの方のかかりつけ医は、ホームの委託医であるため、毎月職員が受診の付き添いをし推進会議の委員である医師は十分利用者を理解され適切な治療が受けられる。必要時は医師から家族に説明がなされ安心した医療が受けられている。	
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	法人内の看護師(非常勤)と利用者さんの健康状態の共有しています。緊急時等の時にも速やかに対応出来る体制です。		
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性を構築している	主治医との連携により、入院になっても入院先のソーシャルワーカーと早目から情報を共有しながら、早期退院に向け進めています。		
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	重度化しても、主治医・ご家族と連携をとりながら、その時に出来る事を全員で共有し、確認しながら支援していきます。	看とり指針ができた。去年は家族、利用者の希望でホームの看とりがなされた。主治医、家族と指針に基づき、段階ごとに話し合いをし職員全員で共有し見送る事が出来た。	看とり指針ができ、ホームとしての看とりの考え方、看とり介護の具体的な方法が明記された。段階的な同意にもとづき実施されることから同意書、意思確認書等の作成も考慮されたい。
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	全職員、救命講習を受けています、忘れてしまう事もあるので定期的な受けようとしています。		
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	地区で開催されている防災訓練・ホーム内でも避難訓練を全員参加にて行っています。地域の方にも協力頂いています。	年2回の災害訓練を行っている。地区の災害訓練にも参加し消火訓練、消火器取扱、防水訓練等行う。総合訓練では避難訓練、消火訓練、避難訓練を総合的に地域住民の協力を得て行った。	

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	利用者さんを大切に思う心で接していきたいと努めています。 またこちらが得た個人情報 は他者に漏らすことのないように細心の注意を しています。、	研修は、法人の計画に基づき、各事業所に必要 な内容で行う。プライバシー保護についても 毎年研修している。トイレ誘導時にも大きな声 で声かけしない等、お互いに配慮している。認 知症が進んできた方の尊厳や誇りを損ねない 対応に心がけている。	
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	一人ひとりの思い、希望を可能な限り実現でき るように見守り、自ら選択出来るような声掛け を心掛けています。		
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	その方の、その時の思い・体調などをみさせて 頂きなが、無理なくご自分のペースでお過ごし 頂けるよう、配慮しています。		
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	季節・寒暖差・などもお知らせしながら、なるべく 自分で選択できるように支援しています。		
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	献立・買い物・食事作り・後片付けの流れの中 でご利用者さんに出来る事に関わって頂ける ように、心掛けています。	献立は、利用者と相談し食べたいものがあれ ば材料を買いに行き作る。その時々々の材料を 使い利用者が下ごしらえを一緒にしてくれる。 利用者は広告チラシを見て安いものを教えてく れ、一緒に買い物に出かけることもある。	
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	その方にあった食事量、好みの形状、水分摂 取量に配慮しています。 献立がないので、 食事は偏らないように(申し送り・日誌確認に て)しています。		

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
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	毎食後、口腔ケアはそれぞれの方で違った支援をしています。口腔ケアチェック表も活用しています。義歯は週に一度、洗浄消毒、必要時は歯科通院また、訪問歯科にも対応しています。		
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	排泄パターンはチェック表より全員把握しています。排泄間隔にも気を付けていて、そっと声掛けさせて頂き見守っています。	排泄パターンは、職員全員が理解しており、トイレ誘導し失禁を出来るだけ減らしたいと思っている。尿意があっても間に合わない方もいるため排泄間隔に気を付け声かけしている。	
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	排便コントロールはチェック表より排便リズムを把握します。水分摂取・食事内容・体操などに配慮しています。主治医と相談しながら、下剤は最小限に心掛けています。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	毎日入浴ができます。その日の体調で、清拭であったり・足浴もできます。夕方からの入浴なので、ゆっくりのんびり入って頂いています。	入浴は毎日、夕方から家庭と同じように全員が入っている。一人ずつゆっくり入浴が行われている。足浴等もでき、その時の体調や様子で気持ちよく入浴できるように努めている。	
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	夜間によくお休み頂けるように、日中の活動に配慮しています。午後には、カフェイン入りの飲み物は避けています。		

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
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	職員は、一人ひとりの服薬について把握するよう努めています。主治医とは連携を密にとり合い、日々の状態をお伝えして出来る限り薬を減らせないと、努めています。		
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	それぞれの方の趣味・やりたい事が出来るように支援しています。また、出来る事は、行って頂けるように配慮し、職員からの感謝の言葉もお伝えしています。		
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	日常的に外出はおおいです。皆で揃って出かけたり、ご本人が希望される時は、個別に対応できるよう努めています。帰宅時・散髪・友人宅訪問・外食など、個別支援しています。	屋外には、日常的に出かけている。車椅子の方でも一緒に出掛け、毎朝日光に当たり体のリズムを整える。また、お弁当を持ち、車で花見に行ったり、紅葉を見たり、そばを食べに出かける。利用者が希望される時は友人宅訪問、散髪、帰宅支援等も積極的に行っている。	
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	自己管理できるかたは、お金を持って頂いています。希望の買い物には個別に対応しています。支払いが出来る方の見守りをさせていただきます。		
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	電話は自由に使えるようになっています。使い方の分からない方の支援もしています。手紙などの返事を出される時も、いつでも支援できるようにしています。		
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	その方の、居心地の良い空間作りを目指しています。必要以上に立ち入り過ぎない事も心掛けています。	共同のフロアには炬燵があり、利用者は皆フロアに集まりくつろいでいる。フロアからは道路を通る人が見え、太陽が燦々と入ってくる。いつでも時間や日がわかり見当識を起こさないように大きな時計があらゆる場所に置いてあり、利用者の不安を招かない工夫をしている。	

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
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	皆さんが集える場所あったり、ホーム内のあちこちにイスがあったりで、思いおもいの時間を過ごす事もできます。		
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	その方の馴染みの物が居室にあったり、ご自分の居心地が良いように整理されたり、飾り付けをされている方もいられ、見守らせて頂いています。	一人ひとりの居室は、畳と障子が落ち着いた雰囲気を出している。それぞれの部屋には炬燵があったり、ベットがあり、時計も置かれる等、使いやすく整えている。利用者が自分で掃除をし整理する方もおられるため、見守り支援をし居心地の良い環境を作っている。	
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	一人ひとり、「出来ること」「やりたい事」「分かる事」を見極めながらの支援を心掛けています。安心・安全に暮らして頂けるように努めています。		

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	54	生活が変わる事による不安感	新しいホームで安心して暮らして頂く。	利用者さんの声を聴きスタッフ間の連携を強くして全員で取り組みます。	12ヶ月
2					
3					
4					
5					

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。
目標達成計画