

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	2091900015	
法人名	株式会社 ライフサポート陽心	
事業所名	グループホーム和	
所在地	長野県東御市海善寺下権田1100	
自己評価作成日	平成24年12月15日	評価結果市町村受理日

※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/
----------	---

【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	長野県松本市市上13-6
訪問調査日	平成25年2月28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)】

施設は東御市の西側の高谷にあり豊科山、丸子町等一望できる場所にあり地域密着型で本人の希望を取り入れながら出来る限り家族での生活に近い環境で過ごしていただいております。
家族や地域の中で安心して生活できるグループホーム和でありたいと、日々努力しております。

【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)】

H24年4月より開設した、グループホーム和は、併設した小規模多機能居宅事業所で認知症の利用者も増え、在宅生活の継続が難しい利用者の増加から地域の住民の協力を得ながら開設した施設である。地域住民の協力もあり地域コミュニティを進めるために「交流館和」も住民の憩いの場になり、学校帰りの子供もこのホームにやってくる。このホームに携わる経営者は、将来像を醸成する福祉の専門性を活かした経営運営に努め、高齢夫婦が助けあいの地域で住めるように、ホームで食事を妻と一緒に食べて帰る夫もおられ、地域密着型サービスも行っている。職員の生活も大事に考え、ここで働きながら、家族を持ち生活し、一緒に福祉の推進ができるような配慮も行い生き生きと働ける環境づくりに取り組んでいる。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目№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		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させている (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、その時々々の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

2013/3/9

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	グループホーム和の基本理念は職員に配布している。 基本理念をもとに個人目標を立てている。	ホームの理念は、職員に配布され、朝のミーティングの時に復唱している。職員が常に立ち戻る職員の基本姿勢が示され、利用者の一人ひとりを大切に社会性、公共性と利用者、家族との関係性を大事にした理念に基づき生活支援を行っている。	
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	地域の民生委員や地主さんに気楽に立ち寄ってもらい自分の家で採れた野菜などを頂くなど日常的なお付き合いができています。 又地域のボランティア団体の受け入れも出来ています。	地主さんや民生委員はホームの出入りが楽に行えるように道路整備の働きかけをしたり、野菜を住民が持って来て下さる。読み聞かせ、絵手紙などボランティアの来訪も多い。保育園の交流等沢山の交流がある。併設するコミュニティの交流館は学校帰りに子供が寄り、短住の住民は昼ご飯を食べ休憩する等、地域の住民が集まる場になっている。	
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	利用者の日常生活を第一にしつつ、地域の人の相談を受け、職員と話し合いながら相談者の不安などの解消に今現在努めている。		
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	運営推進委員会は今年度開催予定で計画している。	平成24年に開設されたため、併設する小規模多機能では、地域の民生委員、行政、家族と共に行っているが、このホーム独自の推進会議は行われていない。今年度、行政と相談し小規模多機能との兼ね合いから効果的な運営推進会議の開催に取り組む予定である。	
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	市町村担当者に事業所の考え方、運営の実情を積極的に伝えるためパンフレットを持参し訪問している。市町村主催の研修や講演会も積極的に参加している。	市町村や包括支援センターとの交流は多く、困難事例の紹介、相談がなされている。市町村開催の研修会などにも積極的に参加し協力関係の構築ができています。	

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
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	身体拘束をしない本人の安全の確保を常に職員はミーティング等で話し合い、特に弱者に対してはストレスがないように努めたい。	鍵をかけないケアに取り組んでいる。市が開催する身体拘束排除の研修会には毎年参加し、職員内で情報共有をしている。荷物を風呂敷に包み帰宅願望の利用者もおられるがドライブに連れ出したり、家族に電話をし落ち着かれる。朝のミーティング等で話し合いをしている。	
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逃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	職員全員が県と市の高齢者虐待防止関連法等の資料やマニュアルを読み学んでいる。また研修を受けしっかり知識を持ち、日頃より声かけ、接し方に注意し虐待の防止に努めている。		
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	運営者が福祉の大学教授でもあり職員が日常生活自立支援事業や成年後見制度を学び利用者に必要と考えるか話し合っている。		
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	前もって契約書を渡し、じっくり理解していただいてから契約している。 契約解除の際も十分な説明を行い理解、納得を図っている。		
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	家族便りを作り、生活の様子等を家族に伝えたい。	家族の面会時には多くの話を聞くように努めている。身体機能低下に入浴回数が少なく家族からの要望もあり、リフト浴設置を行い入浴の回数も増えた。家族の声には耳を傾けている。家族便りも作り、家族に利用者の様子を伝えている。	
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	グループホームについて勉強会を行っていく。	毎月1回の職員会議がある。その際に話をする機会はあるが、日々の生活の中でいつでも相談しやすい体制がある。職員は自分たちで計画し改善する仕組みができており、管理者に報告し意見反映ができています。	

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
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	日々の仕事への取り組みの目的を明確にしてケアの仕方、やりがいのある仕事を聞いて実践出来るよう配慮している。また希望を考慮したシフトを組み向上心をもって働きやすい環境に努めている。		
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	代表者が福祉の大学教授であるので時間を作って勉強会や研修会を行っている。また外部研修にも積極的に参加するようにして研修内容の発表の場を設けて発表している。		
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	社協のボランティアの受け入れや、地域の老人会との交流及び行事参加を通じてサービスの向上及び質の向上に取り組んでいる。		
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	見学や体験入居を設け本人が困っていることや不安なこと、要望等に耳を傾けている。また利用するにあたり本人の安心と関係作りをじっくり努め、本人との信頼関係に努めている。		
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	家族の立場に立ち要望や苦勞されたこと話をしっかり聞き受け止めて関係を築いている。また本人と家族間の考え方の違いも理解し受け止めるよう心がけている。		
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	相談時において本人、家族の状況、要望など聞き必要に応じたサービスに努めている。また介護保険のサービスや制度、利用など丁寧に説明している。		

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
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	職員は入浴、食事、買い物、レク、体操、野菜作り、などを通じて一緒に過ごしている。また一方的な関係にならずに喜怒哀楽を共にしている。		
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	面会時、電話連絡時、コミュニケーションを密にしている。家族とともに本人の日々の生活を一緒に支援していく関係を築いている。		
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	本人の顔なじみの友達やお茶のみ仲間達が気軽に施設に来ている。	利用者の連れ合いが、やってきては一緒に夕食を食べて帰る人もおられ、夫婦という絆を大事にし支援している様子がうかがえる。利用者がごだわる自分の車をホームの駐車場に止めて本人が自分の車を見て安心している方もいる。家族と相談し馴染みの関係、物などを大事に支援している。	
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	地域密着型の施設であるので馴染みの関係をそのまま施設で楽しんで会話、レクなどで楽しんで過ごしている。 万が一利用者同士の関係が悪化した場合は早期に気づき話し合いを持ち、支援に活かしている。		
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	日々利用者の関係を大切にシケアに関する相談や支援に応じ継続的に関係を保っている。		
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	面会時に本人や家族から暮らし方の希望、意向等を聞いて本人の生活スタイルが送れるよう支援している。	一人ひとりの思いは、家族から生活歴を聴き取り、また日々の生活の中で話を聞き、本人の希望や意向の把握に努めている。本人の希望から検討し、つまみを一品つけてもらい、満足された日々を過ごせるようになった利用者もいる。	

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
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	利用前の希望や意向等、本人と会話しながらコミュニケーションをとっている。		
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	一人ひとりの一日の過ごし方、本人のできる力わかる力を職員全員が現状を把握できるよう努めている。		
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	職員会やミーティングで職員全員で話し合いを持ち意見交換をしながら介護計画を作成するように努めている。	介護計画の見直しはまだ、しっかり行っていない。利用者の担当制となっており職員からの意見を聞き、モニタリングを2カ月毎に行うようにしている。家族の希望は面会時に聴くようにしている。	アセスメント様式の見直しも必要であり、利用者を丁寧にアセスメントすることで自立支援や日々の生活での利用者の思いが見えてくる。担当職員との連携の中、アセスメント、介護計画、毎月のモニタリングによる状態の変化への対応と3カ月毎の介護計画の見直しが望ましく今後に期待したい、
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	個々にケア記録ファイルを作りケアの実践、結果、気付いた事など記入して職員間での情報を共有し実践や介護計画の見直しに活かしている。		
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	ただ施設を利用するだけではなく本人や家族の要望に応じて病院の送り迎えや入浴利用の送り迎え、美容院、理髪、etc.などを柔軟に支援している。		
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の受け入れや民生委員、警察等の受け入れも行っている。 また地域の消防署には避難訓練の指導して頂いている。		

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
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	在宅の主治医を大切に本人の希望の医療をうけるように努めていく。	かかりつけ医は、入居前の主治医がそのまま入居後も継続し、受診は家族が行っている。家族が連れて行けないときは、職員がお連れするが待ち合わせて一緒に話を聞くなど受診後の情報共有も行っている。往診での利用者もおり協力病院の医師が来てくれる。協力病院もあるため緊急時支援も安心である。	
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	看護職も介護業務を協力し連携体制を採りながら利用者の健康管理に努めている。		
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。	入院はなれない場所であり不安やストレスの負担が多く家族と話し合いながら医療機関に対して情報交換やケアについて話し合い早期で退院できるよう支援していきたい。		
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	重度や終末期の利用者が日々を安心、安楽に暮らせるために家族や、協力医療機関等と連携を密に図り支援に取り組む体制を整えている。	重度化指針ができています。協力医療機関と連携し看とりや重度化に対する支援もできる。訪問看護も契約している。家族と相談し住み慣れたこのホームで最期まで過ごすための支援体制はできています。	利用前の主治医が継続してかかりつけ医であるが、早いうちから、家族や本人の意向を確認し、重度化した時の対応を主治医を含め話し合いの機会を持つことも大切である。主治医の重度化時の対応、ホームでできることを家族に説明し、方針を共有することも大切となる。また、重度化時には重度化プラン作成をし、安心した生活支援の取り組みに期待したい。
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	消防署の応急手当の講習などで指導を受けている。又緊急時の事故発生時も慌てず、実際の場合で活かせるよう日常訓練している。		
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	夜間の防災訓練を計画実施する予定。	スプリンクラーの設置や自動通報システムは整備されている。地域協定も結ばれている。年2回の避難訓練を行っており、避難通路の確保もできている。備蓄食品等も併設の施設にたくさん用意されている。	地域協定は結ばれているものの、近隣、消防団との連携を行い、具体的な対応への取り組みが望まれる。夜間の災害訓練も含め、課題の確認をし災害対策への更なる取り組みに期待したい。

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
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	個人情報保護法の研修や資料を読み全職員がプライバシーを損ねないよう気を使いながら秘密保持の徹底を図っている。 また利用者の写真など掲示するときは必ず本人の確認をとるように心掛けている。	研修には、毎年参加している。個人情報保護の取り組み、秘密保持の徹底に努めている。新人研修も県が行っている研修会を含め内部研修、職員の面談でも徹底をしている。言葉掛けにも注意し接遇や言葉使いの様子からも利用者の人格尊重の様子がうかがえた。	
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	本人が思いや希望を表せるよう職員がコミュニケーションをとって意思を読み取るようにしている。又意思表示が困難な利用者に対しては表情や行動を注意深く見守っている。		
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	一人ひとりの生活のリズムやペースに合わせてその日をどう過ごしたいか希望に沿った支援を心がけている。 食事などもその人のペースに柔軟に対応している。		
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	一人ひとりの希望、個性を大切にしている。		
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	利用者の希望の献立等も入れていく。	栄養面を考えた献立が、関連機関から届き、体調管理に取り組んでいる。しかし季節に、畑で採れる野菜や近隣が届けてくれる野菜をアレンジし、利用者に喜ばれる食事作りに努めている。目で見て楽しむことも忘れない。利用者が食事後の片づけを積極的に行い、楽しんで調理参加している。	
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	カロリー計算された栄養士の献立で個々に応じて食べる量や栄養バランスなどを工夫している。また10時、15時にお茶の時間を設けてその人の状態に合わせて水分の摂取量を確保している。		

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
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に、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	一人ひとりの習慣や力に応じて毎食後口腔ケアを支援している。		
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	一人ひとりの力に応じて、おむつ、トイレなどの手段を用いて段階的に自立に向けた支援を行っている。	排泄支援はできる限り、トイレで排泄できるように支援している。重度の方2人がオムツであるが他の利用者は皆トイレで行っている。排泄パターンを共有し失禁などない対応に努めている。夜間は睡眠を優先とした対応も考慮し、その人の状況にあった支援を行っている。	
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	毎日排便の有無を確認にて体の様子を看護師と相談している。 便秘の場合は主治医と相談しながら出来る限り自然排便を促している。		
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	本人の希望通りに時間帯、タイミング、体調、回数など順番を伺ってくつろいで入浴頂いて。また湯加減、お湯の量、入浴時間など本人の好みに応じた入浴を提供している。	浴槽には、家族の希望からリフト浴を設置した。一人で入浴が難しくなっている人も体調に合わせて、安心して苦痛なく入浴ができる。利用者の要望により、入浴の時間、回数なども配慮し入浴をしている。行事では、春先に明神館温泉に行くなど入浴の楽しみもある。	
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	出来る限り本人にとって自然に眠れるように一日の生活の仕方を細かく見つけ工夫しながら支援している。また一人ひとりが自分の好きな場所で休息できるよう心がけている。		
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	薬箱と名入り薬袋を用意して飲み忘れ、誤薬を防ぎ、薬が変わった場合は速やかに全職員に伝えるようにしている。 また職員は投薬の内容を理解して、毎日の症状の変化などを確認しケア記録に記入している。		

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
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	利用者全員で歌ったり、カラオケしたりまた調理したり希望や能力に応じてそれぞれが日々の生活の中で活かせるよう支援している。		
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	ふれあい祭り等の行事に今後も参加したい。	自治会での運動会の参加や敬老会へのお招きもある。保育園に出向き、利用者が作った折り紙を持って出かけ、園児に渡す楽しみがある。暖かくなると車でお花見などに出かけ、その日の気分で屋外に出かける機会が多い。	
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	本人と、家族とで良く話し、小額所持してもらう等納得して頂き安心して頂くよう支援している。買い物等で支払いが足りない場合は援助して家族に説明している。		
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	家族や友人、大切な人に本人の思い通りに手紙を出したり、電話したりして外部との交流を支援している。家族や、友人たちの訪問が増えた。		
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	玄関廻りや居間、食堂は季節の花々を置き居心地良く過ごせるよう季節感を取り入れている。利用者に不快な音、光、色などないよう常に気を配り取り組んでいる。	屋内は木目を大事にした作りであり、談話室はホテルロビーを思わせる和の作り、浴室内の壁にも木目調の新素材でカビが生えにくい衛生面に配慮された落ち着いた住まいである。食堂からベランダにつながり太陽が燦々と入り、利用者がゆっくり集う場所である。	
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	応接間、ホール、畳の部屋など設けひとりになれるスペースや気のあった利用者同士でこたつを囲みながら話せる居場所を工夫している。		

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
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、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	本人や家族と相談して自分の身の回りの物を自由に持ち込んで不安なく利用できるよう工夫している。	居室には、利用者が自宅で使っていた筆箱やいすを持ち込み家と同じ様に引き出しに何が入っているか名札を付け、自分で整理も行え安心して過ごす方もいる。またペットや家具も本人に合わせてホームで用意し、本を読む等、過ごしやすく生活できる工夫をしている。	
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	一人ひとりの身体機能を活かし、普通の生活が送れる場としての備えをしている。 また玄関、廊下、各箇所において必要最小限の手すり、滑り止めマットで自立した生活を送れるよう工夫している。		

目標達成計画

作成日: 平成25年3月9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	26(10)	日常カンファレス等でモニタリングを行っているが記録がされていない。	記録を行う。	3ヶ月に1回は見直す。	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、行を挿入してください。