

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	2592200105		
法人名	株式会社Beスマイル		
事業所名	グループホームBeスマイル新旭		
所在地	滋賀県高島市新旭町安井川1丁目12-1		
自己評価作成日	平成24年 5月13日	評価結果市町村受理日	平成24年 6月22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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2592200105&SCD=320&PCD=25
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人ニッポンアクティブライフクラブ ナルク滋賀福祉調査センター		
所在地	滋賀県大津市和邇中浜432番地 平和堂店 2階		
訪問調査日	平成24年 5月30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)】

誰にでも笑顔で、又、利用者・家族にも不安を持たれないよう誠意を持って接している。特に利用者には、安心感をもってもらえる居場所となるよう仕事に工夫と努力をしている。再訪される様、過ごし易い空間作り・雰囲気作りにも努めている。ホーム内でも季節感を味わって頂ける様、ディスプレイにも工夫し、実際に戸外にも出掛けている。

【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)】

近江商人の『三方良し』の精神に共鳴し、利用者・地域・職員の三者が笑顔で日々を送れる様理念を作成し、管理者、職員は利用者の思いを最優先に笑顔を絶やすことなく日々のケアに取り組んでいる。ケアサービスの中でとりわけ排泄の自立支援について、個々のパターンを把握する事により、介助を必要とする利用者1名の他はほぼ自立の状態を維持している。利用者の憩いの場であるリビングの掃き出し窓と勝手口の外階段と並行してスロープを設け車椅子でも敷地内へ出られる工夫をして約350㎡の畑地を用意し、この菜園で自給自足を目指して整備中である。昨年7月の開所以来、管理者・職員は利用者及びその家族の思いに沿ったケアをしようと努力している事業所である。

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ます (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	全職員に行きわたっておらず、確認の必要がある。今後、理念について、理解を深め、サービスの質を向上していきたい。	玄関、共用場所であるリビングの見やすいところに掲げ、家族への通信にも掲載し幅広く共有を図り、管理者・職員は日々のサービスの中で、常に利用者が笑顔で満たされるよう実践している。	
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	7月の開所以来、地域との交流には至っていないが、これからも近隣の方へのあいさつから、交流を広げていきたい。自治会には加入し、回覧板等により地域の情報は収集している。	散歩、買物等の日常外出時の近隣住民への挨拶や会話を積極的に進め、自治会への入会により情報を収集できるようになり、これから交流や事業所からの情報提供を始めようとする段階に入った。	日常的な挨拶や会話を積み重ねると共に地域のイベント等への参加・協力により理解を深める等の地道な接触から始めることを期待したい。
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	昨年7月からの開所であり、これから努力していくところです。		
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	一回目の会議の開催にむけて、努力していきます。	昨年7月の開所以来開催実績がないが、メンバー構成をし開催に向け努力中である。	早期の定期開催実現を期待したい。
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取り組んでいる	事業主・管理者が利用者の暮らしぶりやニーズの具体を伝えている。事業主が、認知症ネットワーク会議の委員を務め、市町村担当者との関わりが増えている。	市の健康長寿課とは、入・退去発生時の報告や助言を得るなどコミュニケーションを図っている。最近では運営推進会議の開催の助言を受けた。	
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	身体拘束については、基本的な事は理解しているが、職員の少ない時等やむを得ない時には、安全性を考え一時的に施錠する時もある。	外部研修や職員会議での話し合い等で理解を深めている。玄関も含め施錠はせず、見守りを中心にして補助的にチャイムも設置している。	昼間の一時的な施錠については、しない方向での工夫がないか職員や家族とよく話し合うことを期待したい。
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	外部研修や、ミーティング等で再確認して日々のケアの中で常に虐待に値するか？を問い防止に努めている。		

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
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	利用者の中で、制度を利用している方がおられる。外部研修で今後理解を深めていきたい。		
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	重要事項説明書の説明時には、特に契約解除の要件については、入院したら即契約解除等といった事はない等、利用者が不利益にならない事を伝え、安心して契約を結んで頂いている。		
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	面会時やそれ以外でも家族の方と会話をし、意見や要望を聞いて利用者の対応に生かしている。	利用者家族の面会時に得た意見や要望等の情報はスタッフ連絡ノートで管理者・職員間で共有している。入浴についても、利用者や家族の意向や要望をくみ取り、時間や回数も意に沿うよう対応している。	
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	毎月の会議だけに留まらず、常日頃や特に問題が起こった時は、職員の気づきやアイデアを聞き出し参考にしながら、運営するように心がけている。	管理者は会議、日々の連絡ノートや個別面談で意見把握をしている。反映の一例として利用者の状況や体調によって特定の職員に負担が掛り過ぎないように全員でカバーできる工夫をして取り組んでいる。	
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	職員夫々の状況に応じて勤務体制を組み、勤務を継続できるように配慮している。		
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	研修参加はオープンで、その人に見合った希望の研修に参加し、研鑽を促している。		
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	市内で地域のネットワーク作りが進行しており、徐々に進みつつある。また、複数事業所連携の事業に参加し、研修や勉強会に参加している。		

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	サービスの利用について相談があった時は、必ず本人に会って心身の状態や本人の思いに向き合い、サービスの開始を受け入れられるような関係づくりに努めている。		
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	家族の苦労や今までのサービスの利用状況など、これまでの経緯について、ゆっくり聞かせて頂くようにしている。話を聞くことで、落ち着いて頂き、信頼関係を築けるように務めている。		
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	早急な対応が必要な相談者には、可能な限り柔軟な対応を行い、場合によってはケアマネジャーや他の事業所のサービスにつなげるなどの対応をしている。		
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	本人の思いや根本にある苦しみ、不安、喜びなどを知ること努め、分かち合い、共に支えあえる関係作りに留意している。支援する側される側との意識を持たず、協働しながら和やかな生活が送れるように努めている。		
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	本人・家族の会う機会を持つ為にも、定期受診や季節の衣類の入れ替え等、家族の意向に沿いながら互いの関係が切れないように支援している。		
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	親戚や知人の来訪時には、話易い場所を提供し、また本人が、出かけられるよう支援している。	家族や友人の来訪時などに利用者のこれまでの生活状況を聞き取り、介護計画書に記載し職員間で共有している。家族・友人等の来所時には利用者本人の意向に沿って、外泊や遠出等の外出支援に努めている。	
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	利用者間については、職員が調整役として中に入ったりする。また、性格の合わない利用者間は、席を工夫するなどしてトラブルが少なくなるよう努めている。		

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	これまでの生活環境、支援の内容、注意が必要な点について情報提供し、きめ細かい連携を心掛けている。今までの関係を大切にして、家族からの要望があれば終了後も支援している。		
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	難聴者の利用者に対して、ホワイトボードを利用して、意思疎通を図るなど工夫していた。	利用者の思いや意向は、本人・家族との面談時に確認し介護計画書に記載し職員間で共有している。和式の居室を希望する利用者には畳や夏季にはゴザ等の利用にも対応し、意向に沿うように努めている。	
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	家族の訪問時等に生活歴や好み、暮らし方を聞き、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	各利用者の日々の状況把握に努め、持てる力を生かし支援する様努めている。		
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	日々の生活の中で、本人の思いや意見を聞いたり、家族や関係者(医師、訪看)の意見を聞き、会議などで話し合い、本人がより良く暮らすためのケアに生かすようにしている。	管理者・職員は利用者本人、家族、協力医等の関係者の意見や思いを聞き取り、管理者がサービス計画書を作成する。毎月のモニタリング、3ヶ月毎の介護計画書見直しを行い、結果を家族に報告し承認を得ている。	
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	個別にファイルを用意し、血圧や体温、排泄等身体的状況及び日々の暮らしの様子や本人の言葉やエピソード等を記録している。いつでも全ての職員が確認出来るようにしている。		
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、家族の状況に応じて、通院や送迎等必要な支援は柔軟に対応し、個々の満足度を高めるよう努力している。		

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	地域のイベント等に参加している。		
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	事業所の協力医の他、利用前からのかかりつけ医での医療を受けられるよう、ご家族と協力し通院介助を行ったり、訪問医療に来てもらうケースもあり、複数の医療機関と関係を結ぶように努めている。	利用者1名のみ家族の要望により協力医に変更したが、他は利用者のかかりつけ医での受診を支援している。訪問診療もケースバイケースで対応している。	
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	訪問看護ステーションと医療連携を組んでおり、週1回の健康管理や医療面での相談・助言・対応を行っている。緊急時は、電話相談にも応じて貰い、適切な医療につなげている。		
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。	入院時には、病状を把握し、本人の支援方法等に関する情報を医療機関に提供している。また、医療機関や本人・家族と連携をとりながら、早期退院出来るように対応していきたい。		
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	現在、対象者がいないが、柔軟に対応していきたい。	重度化あるいは終末期の考え方については、契約時に個別面談の中で説明しているが、事業所の方針や指針は文書化に至っていない。新設1年経過したばかりで、重度化・終末期の事例がまだ発生していない。	医療連携体制加算申請の条件の1つとなっている「重度化、終末期における対応に係わる指針」を文書化し、本人・家族の同意印を得るよう期待したい。
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	救急救命講習などの未受講者の受講を進め、備えていきたい。		
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	実施出来ていないので、早期実施に努めたい。	昨年7月の開所以来実施できていないが、早急に実施を計画している。スプリンクラーや各種防火設備は完備している。災害時の避難経路も表示している。	消防署の指導を得て、年2回(内1回は夜間想定)の避難訓練の早期実施と災害時の対応マニュアルの作成、備蓄の確保等を期待したい。

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
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	本人を傷つけてしまわないように、目立たずさりげない言葉かけや対応に配慮するように努めている。援助が必要な時もまずは、本人の気持ちを大切に考えてさりげないケアを心がけたり、自己決定しやすい言葉かけをするように努めている。	プライバシーに関する研修、職員会議での話し合いを行い、利用者の人格を傷つけないような言葉かけに配慮している。個人情報に関する書類等は施錠できるロッカーで保管している。	
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	職員は利用者で過ごす時間を通して、利用者の希望、関心、嗜好を見極めるように心掛けており、それを基に日常の中で本人が選びやすい場面を作れるように努めている。		
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	行きたいところへ外出(自宅や買い物等)したり、本人のサインを読み取り、休息場面を作るなど個別対応を心掛けている。		
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	衣類の選択は、本人と共にしている。整髪等に関しては、馴染みの理美容室に行ってもらっている。		
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	利用者と共に料理を作ったり、片付けを行っている。また、職員と利用者が同じテーブルを囲んで楽しく食事が出来る雰囲気作りも大切にしている。食事の配膳下膳が出来るように支援している。	調理の一部を手伝ったり、進んで配膳をしたり出来る利用者があり、管理者・職員が同じテーブルで和やかに食事を楽しんでいる。ほとんどの利用者が自分で下膳している。外食や誕生日会等も楽しんでいる。	
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・水分量共に、個々の活動量・摂取量・好みに応じて支援している。		
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	起床時・就寝前に口腔ケアを実施している。昼食後には、必要に応じて実施している。		

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	トイレでの排泄を基本に、本人の生活リズムに添ったさりげない誘導支援をしている。また、失敗しても本人が傷つかないよう精神面の配慮や周囲にも気を使って対応している。	職員は利用者の状態を詳細に介護日誌に記録し全員が個々の排泄パターンを把握しようと努めている。介助を必要とする1名以外は、利用者の約半数が自立状態を堅持しており、残る利用者も昼間は布パンツで過ごせるようになった。	
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	便秘予防に水分補給や乳製品の飲用、繊維質の摂取および運動を促している。便秘や下痢になった場合、医師と相談し、下剤・整腸剤等で調整している。		
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	現状では、入浴の曜日・時間を決めて行っているが、希望があれば対応できるようにしている。	原則週に3回と決めているが、入浴を拒否したり、体調がすぐれない利用者には、本人の意向に沿って曜日や時間を変更する等、タイミングを考慮した支援をし、少なくとも週に2回～3回は対応している。	
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	なるべく日中の活動を促し、生活リズムを整えるように努めている。一人ひとりの体調や表情、希望を考慮し、ゆっくり休息がとれるように支援している。		
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	通院記録には必ず目を通し、会議で伝達し薬の準備・配薬は別の職員が行い、間違いがないように努めている。		
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	花の世話、キッチンの手伝い、洗濯干し・片付け等それぞれに合ったことを出来るように支援している。		
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	本人の希望に応じ、散歩・買い物・理美容の為の外出を支援している。	近辺の散歩や買い物等の日常的な外出や利用者の希望に沿ってドライブや紅葉狩り、花見等の季節を感じさせる外出も支援している。	

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
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	利用者の買い物は、事業所の立替で行うようにして現金を所持しない形をとっているが、本人の希望がある場合、ご家族と相談して少額所持して頂け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	本人が希望されたら電話や手紙などの支援をしている。		
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	季節の花を飾ったり、壁面に季節を表現したり季節感を感じて貰える様努めている。トイレの流し忘れや汚れの確認を怠らず、気持ちよく利用できるように努めている。	共用の場である居間は南向けの大きな掃き出し窓で採光も良く広さを感じさせる空間になっており、ゲームや歌を楽しむ事もある。台所のカウンター越しに居間兼食堂を見渡す事ができ、利用者の見守りもし易い作りになっている。トイレ、浴室も清潔に保っている。	
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	廊下にソファを置いたり、ホールにも大きなソファがあり、一人で過ごせる居場所や仲の良い人と会話出来る場所もある。また、戸外にもベンチがあり気分転換も図れる。		
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	居室は使い慣れたベットや布団、家族の写真などを置き、居心地良く過ごせる工夫をしている。	居室は全てフローリングで、利用者の希望により畳を置いて和式にする事も対応している。利用者の使い慣れたものを自由に持ちこむ事も出来る様配慮している。	
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	利用者が安全に生活できる様手すりを設置。居室やトイレ等、場所が分かる表示をしたりして自立に向け支援している。食堂のイスとテーブルを安全性の高いものになっている。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホームBeスマイル新旭

目標達成計画

作成日: 平成24年 6月22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	3	開催実績がない。メンバーが揃っていない。	早期に開催し、定期的に行う。	早急にメンバー要請をして、開催する。	3ヶ月
2	13	避難訓練・防災訓練が実施されていない。	第1回目を早急に実施する。	消防署と連携して、計画をたてる。	3ヶ月
3	5	昼間に人手が足りない時の見守りに限界があり、一時的に施錠せざるを得ない時がある。	昼間でも施錠しないで見守りが出来る。	家族に協力や利用者との関わりで、平穩に過ごして頂けるようにケアの工夫をする。	12ヶ月
4	12	重度化及び終末期における対応指針が文書化されていない。	文書化して、家族等の確認を取る。	文献を参考にしたり、訪看との打ち合わせを重ねたりして、文書化する。	6ヶ月
5	2	地域との交流がとりにくい。	地域の一員となるホームにする。	地域の行事等に参加させてもらうように、働きかける。	12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。