

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	4692600028		
法人名	社会福祉法人 滴々会		
事業所名	グループホーム音野舎		
所在地	鹿児島県南九州市知覧町郡2069-2		
自己評価作成日	平成22年9月6日	評価結果市受理日	平成22年10月28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.kagoshima-kaigonet.com/
----------	---

【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 シルバーサービスネットワーク鹿児島		
所在地	鹿児島市真砂町34番1号 南光ビル303号		
訪問調査日	平成22年9月22日	評価結果確定日	平成22年10月20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)】

他人に対し自分に対し「明るく・暖かい心・笑顔」を忘れないように心がけ、入居者との関わりは勿論のこと、家族との関わりを大切にして、お互いが気軽に話し合えるように努めています。行事なども隣設の特養・ケアハウス・デイサービスの方々と合同で行うものもあり、良い交流ができる。

【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)】

このホームは、自然環境に恵まれたのどかな田園風景の中に建てられている。母体法人は、特別養護老人ホームやケアハウス、デイサービスセンター、ヘルパーステーション、訪問看護ステーション等の施設・事業所を有し、総合的な介護福祉拠点として地域の中で重要な役割を担っている。協力医療機関や訪問看護スタッフの支援を受けながら、利用者が残存機能を活かして役割のある生活を送ることができるように取り組んでいる。近くのスーパーに買い物に出かけて顔馴染みになったり、墓参りや自宅の様子を見に行くなどして、住み慣れた環境を離れてからも、馴染みの関係を継続できるように支援している。

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

グループホーム 音野舎

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	毎朝ミーティング後に全員で復唱。復唱する事で事業所の理念に対する意識を高め業務に入っている。	事業所独自の理念を作成し、日常的に目につきやすい場所に掲示している。毎日のケアで気付いたことがあれば、職員同士がその場で注意し合い、共通理解の上で理念を実践できるように努めている。	
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人として日常的に交流している	買物は近くのスーパーを利用し、近所の方々と会う機会ができています。また毎月ボランティア慰問あり、一緒に歌ったり踊ったり、終了後の茶話会で交流を深めている。	自治会に加入しており、地域で行われる行事にも積極的に参加している。また、近くにスーパーがあり、毎日のように買い物に出かけている。ボランティアなど、外部の人々が来訪して交流する機会もある。	
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	改めて「外に向けての発信」という事はしていないが、推進会議時などを利用している。		
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	入居者の状況や活動状況などを報告し、その中で各意見を聞きながら今後のサービスに繋がられるようにしている。	2月に1回のペースで会議を開催しており、利用者の状況や行事報告に加えて、運営上の課題について話し合いが行われている。話し合われた内容は、必要に応じて他のご家族にも報告している。	
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	必要に応じて訪庁し、助言をもらっている。また推進会議の前後の時間を利用し、利用者の生活状況や環境をみてもらったりもする。	日頃から市担当者や往き来する関係が築かれており、事業所の状況を把握してもらいながら質の向上へ向けて連携している。	
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	法人全体での研修会に全員参加し、「拘束禁止」を理解できている。玄関の施錠に関しても同じで常に解放状態である。	日中、玄関の施錠はせず、利用者が外出されそうな場合は無理に止めることはせず、職員と一緒に付き添うようにしている。法人内で行われる身体拘束に関する勉強会に参加しており、身体拘束を正しく理解して拘束をしないケアの実践に努めている。	
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	法人全体の研修会あり全員参加、業務の関係で出席できなかった者に関しては伝達を必須とし、全員が「虐待防止」を意識している。		

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
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	法人全体の研修会に全員参加。		
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	入居時に「利用契約書」をもとに説明し納得のうえで契約に至っている。 契約内容については、管理者だけでなく全職員も理解できるよう勉強の機会を持っている。		
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	面会時などを利用し随時状況報告、その中で御家族の意見を聞くようにし、要望・本人の状態に合わせたサービス提供に繋がれるようにしている。また外部者に関しては玄関に「意見・苦情箱」を設置しており自由に投稿できるようにしている。	利用者の意見や要望は、日頃の会話からくみ取るようにしている。また、ご家族の訪問時には職員が声をかけて、気軽に意見や要望を話してもらえぬ雰囲気づくりを心がけている。改善が必要な場合には早急に対応して、サービスの質向上につなげている。	ご家族から得られた意見や要望をサービスの向上に活かすという事業所の姿勢を、より多くのご家族に示す機会として、家族会の開催などを検討していただきたい。
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	事業所内のミーティング(1回/月)や各事業所が合同で意見交換する機会があり、必要に応じて問題提起し意見や助言がもらえる。	管理者は、日頃から意見を言いやすい雰囲気づくりを心がけている。ミーティングでは、月目標に対する反省が報告されており、その中で職員から出された意見は運営に反映させている。	
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	全体会議、運営会議、主任会議などによる業務改善報告・各事業所の主任を通して勤務状況の把握や資格取得のための研修案内、介護職員の職位、職責又は職務内容などに応じた任用等の要件を定めている。		
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	事業所の見回りと職員とのミーティングなど、研修については、法人内の全体研修や勉強会を開催。また外部研修については本人の申出なども考慮し勉強する機会を設けている。		
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	GH連絡協議会など管理者や介護職員が共に出席し、他施設との意見交換の機会を得ている。		

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	御本人はもとより御家族や各関係者からの情報収集に努め、「本人を知る」事に努める。また入居後もゆっくり語り合える時間を作れるように職員全員で協力し合っている。		
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	先ず来園時の「笑顔で気持ちよく対応」や「素直に聴く」事を徹底し、何でも気軽に話し易い雰囲気を感じてもらえるように努めている。		
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	申込み時や相談時などに、必要と思われるサービスを紹介している。		
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	「支援」という事を念頭に「できる事」を継続できるように共に生活。一緒に食材の買出し・準備をしたり、時には職員の体を労わってくれる言葉もあり掃除や食後の片づけを率先、また時間を見つけてはマッサージをしてくれることも多い。		
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	面会の少ない御家族に対しては「面会要請」をしたり、面会時は一緒にお茶を飲んでもらったりと共に過ごす時間を持ってもらうようにしている。 外出なども自由に行っている。		
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	家族や友人・知人など、いつでも自由に来園、本人の部屋でゆっくりと談笑できるようにしている。墓参り外出や地域行事なども可能な限り参加し、地域の方々との交流を続けられるようにしている。	行きつけの美容室を利用される利用者をはじめ、自宅訪問や墓参りなどをされる方もあり、馴染みの関係を可能な限り継続できるように支援している。	
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	食事席など個々の状態・関係などを踏まえた上で決めており、食事介助の動きが見られたり、助言が聞こえたりと、お互いの助け合いのもと良い関係が保たれている。		
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	いつでも相談に応じる体制はできており、御家族の思いを聞きながら必要と思われるサービスを紹介できるように努めている。退居後もいろんな行事などで御一緒する機会があり気軽に言葉を交わせるような交関係が続いている。		

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
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	本人・御家族を交えた話し合いを行い、これからの生活に対する意向・希望などを確認しサービス計画に反映させている。	日常的な会話の中から一人ひとりの意向を把握するように努めている。意向の表現が困難な利用者に対しては、ご家族への聞き取りや毎日のケアにおける表情の変化からその思いを理解し、本人の希望に近付けるように支援している。	
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	入居時に御本人・御家族より聞き取りを行っているが不十分な部分もあり、日常の語りの中から汲み取れるように「聴く」事に努めている。		
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	職員全体で状態観察に努め、個々の記録に残している。		
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	状態にあった生活・サービス提供ができるように2ヶ月ごとにカンファレンスを実施。必要に応じて家族との話し合いも実施し計画の見直し・変更をしている。	介護計画作成時にはご家族への聞き取りをはじめ、必要な関係者からも意見を求めている。定期的にモニタリングを行い、必要な場合には現状に合わせた新たな介護計画を作成している。	
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	申し送りは勿論の事、個々の生活記録や毎日の日誌に記録し全員で共有。必要時の見直しや実践に活かされている。また個々の運動・作業計画も作成し記録を残している。		
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	本人の希望・家族の状況により病院受診・買物代行など対応。体調に関しては併設の訪問看護ステーションが24時間オンコール体制をとっており安心感を提供できている。また法人特養に來られる理学療法士により8回/月の機能訓練を受けている。		
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	推進会議委員に市職員・民生委員・地域代表の方々を依頼。また定期的実施する避難訓練の際も消防職員の立会いを依頼し協力を得ている。		

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	主治医の往診・外来受診はいつでもできるようにしており、必要時は主治医の紹介により専門の病院受診も可能である。	本人及びご家族の希望によりかかりつけ医を決めており、ご家族の協力を得ながら歯科、皮膚科、精神科などの専門医受診も含めて支援を行っている。状況に応じて、訪問看護師から医療機関へ連絡しており、適切な医療が受けられるように連携を図っている。	
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併設。(24時間オンコール) 週一回、訪問看護師による健康チェック実施。日常生活の中で不安に思うことはいつでも相談できる。また2ヶ月ごとに合同のカンファレンスを行い、医療従事者としての専門的な意見をもらうようにしている。		
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。	状態伺い・経過を知るためにも、随時病院を訪問し担当看護師との関わりを持っている。またMSWとの連携により受け入れ態勢など調整している。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	「重度化」は決して否めない状況であるが、必要に応じて家族と話し合い、主治医との連携を図り状況に見合った支援のあり方を検討している。緊急時の対応については、家族を含めた各関係者との連絡をこまめにとるようにしている。	「重度化及び看取り介護に関する指針」を作成しており、入居時に説明し同意を得ている。これまでに看取りを行った例はないが、医療機関との連携を図り、本人及びご家族の希望があれば看取りができるように体制を整えている。	
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	訪問看護師の指導のもと、定期的に勉強会を行い、心肺蘇生・機器の取り扱い・応急手当の方法などを学んでいる。法人全体でも勉強会あり、全員参加できている。		
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	消防職員・地域住民・法人他事業所職員の協力をもらい、「昼間・夜間」の避難訓練を実施。法人全体で行う「風水害時の災害」の訓練にも参加している。	利用者及び職員に加えて、消防署や地域住民、法人職員が参加して定期的に避難訓練を行っている。指摘のあった事項については話し合いを行い、実際の災害時にスムーズに対応できるように準備している。	

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
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	常に意識した対応に努めているが、お互い「気づき」の時点で注意し合うような関係を作っている。また支援者としての自分自身の振り返りも大切にしており、次に活かせるようにしている。	トイレ誘導の声かけは、周囲に注意をはらいプライバシーを損ねることが無いように留意しながら行っている。排泄時に見守りが必要な場合には、タオルを掛けて目隠しするなどの配慮をしている。	
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	あらゆる事に対する働きかけは必要であるが、「待つ援助」を大事にし、個々の可能性を引き出せ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か、希望にそって支援している	先ず本人の意向確認。各作業なども思い思いに参加し、時間の使い方も自由に行っている。外出・帰宅希望などがある場合は、御家族の協力をもらったり、職員が付き添ったりと、可能な限り「今」を大切にされた対応に努めている。		
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	御家族と一緒に外出し、行きつけの店で整髪。また御家族の都合がつかない場合は、職員付き添いで馴染みの店に引率している。		
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	食材の買出しから準備まで、本人の意思を確認しながら一緒にしている。また食後の片付け・掃除など声掛けをお願いしたり、2～3名の方は自ら進んで実施している。	ホームで栽培した野菜も食材として加え、食事から季節を感じるができるように工夫している。職員だけで食事の準備をすることはなく、利用者もそれぞれの力量に合わせて配膳や下ごしらえなどに参加してもらっている。	
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	献立表を法人の管理栄養士に確認してもらい必要な助言をもらうようにしている。また個々の機能状態により自助具も活用し、自分の手で食事を楽しめるようにしている。		
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	毎食後の口腔ケアを習慣化しており、特に口腔内のトラブルは観られない。声掛けにて皆さんが実施できている。		
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	排泄チェック表をもとに誘導・声掛け実施。常に快適な状態で過ごせるようにしている。	排泄チェック表に、一人ひとりの排泄時間や失敗の有無等を記録して排泄パターンの把握に努めている。利用者の状況によっては、排泄の自立を目標とした介護計画を作成して支援している。	

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
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	水分補給の勧め、ラジオ体操・館内歩行など体を動かすことに努めている。頑固な便秘症の方に対しては薬剤でコントロール。飲水量の少ない方に対しては家族との話し合いにより炭酸飲料など好みの物で対応。		
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	本人の意向を確認、入りたい時間や曜日を変更するなど柔軟に対応している。	入浴チェック表を作成し、週2～3回入浴できるように支援している。入浴拒否がある場合でも声掛けのタイミングを変えたり、利用者同士で入浴することで、適切な入浴が確保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	体体温存のため、昼食後の1時間程度を休憩時間としている。夜間は自室ドアを閉めてプライバシー保護に努め、ゆっくりした空間で安心して休めるようにしている。		
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	処方時の「薬説明書」を総てファイルしており、いつでも確認できるようにしている。また薬剤は全管理としており、飲み忘れ・誤薬を予防している。		
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	遠足や地域行事への参加など、外出する機会をつくり楽しみを持てるようにしている。またどんな些細な事でも「今できる事」を続けてもらい役割を感じ取れ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・家族の希望により、いつでも外出できるようにしている。また季節に応じた外出行事を企画したり墓参りなども実施。帰宅願望により落ち着かないような場合は、自宅までのドライブをしたり、本人の気の済むまで散歩に付き合っている。	毎日近くのスーパーへ買い物に出かけたり、希望に応じて散歩や墓参りに行くなど、日常的にホームの外に出る機会が持てるように支援している。また、季節毎に屋外の行事を企画したり、畑で育てた野菜の収穫等を行っており、屋内では感じるできない季節の変化を感じる機会を設けている。	
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	お小遣程度を預っており、本人申出時はいつでも使えるようになっている。		

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
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	電話連絡など希望時はいつでも対応している。		
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	ホールの壁飾り物など全員で作り、季節に応じたものを飾るようにしている。畳の間では洗濯物を片付けながら、お喋りを楽しむ場所となっている。	共用スペースには畳の間やソファが設置されており、利用者は思い思いに過ごすことができる。また、時節に応じた飾り付けにより、季節を感じることができるように配慮している。	
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	その時々気分により、好きな場所で過ごせるように、ホールや前庭に椅子を置いたり、畳の間も利用している。		
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	思い思いの家具を持ち込み、本人・家族で自由な空間作りをしている。 認知症にまつわる行動に関しては安全な時間を過ごすために、施設側に空間作りを依頼される場合もある。	職員は使い慣れた物の持ち込みをご家族に依頼し、馴染みのある居室になるように働きかけている。転倒回避のために、本人及びご家族と相談して畳を敷いている居室もあるなど、利用者の状況や好みに合わせて居心地の良い空間となるように工夫している。	
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	ベット・畳など、本人の意向や機能に合わせた対応を行い、生活上の動きをリハビリと捉え「できる事」を継続できるようにしている。 また専門の機能訓練士による訓練も受けており機能の低下防止に努めている。		

目標達成計画

作成日: 平成 22 年 10 月 28 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	10	高齢化に伴い機能面の低下は否めず、支援～介護に移行していく入居者も多くなっているが、機能の程度や認知症状を家族としてどの程度理解しているのか不明である。	本人の状況を実際に観てもらったり、それに付随する生活支援の程度を家族と共に共有する。	法人全体で開催する行事への呼びかけだけでなく、GH独自で行う館外行事など、事前に日程を報告し一緒に参加していただき、本人の実情を理解してもらう。	1年間
2	19	入居者にとっては「家族が一番」であり、家に帰りたいかったり、家族の顔を心待ちにしているが、入居期間が長くなると、生活全般を施設のまかせっきりになり面会の機会も徐々に減少、家族としてのふれあいが非常に少なくなっている。	短時間でも一緒に過ごす時間を作ってもらい、家族関係が希薄にならないように支援する。	一定期間において面会のない家族に対して、電話連絡または文書にて本人の状況を報告しながら面会要請を行う。	1年間
3					
4					
5					