

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	2071300236		
法人名	有限会社 ゆりかご		
事業所名	グループホーム ゆりかご		
所在地	〒389-2255 長野県飯山市静間2900-2		
自己評価作成日	平成26年5月2日	評価結果市町村受理日	平成26年9月19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 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26年7月3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)】

デイサービス、訪問介護事業所、居宅介護支援事業所、介護タクシーを併設した複合型施設のため、それぞれが連携し、地域に密着したサービス、地域にとって必要とされるサービスの提供を目指しています。利用者や家族にはもちろん、地域の方にとっての「より所」となるように、地域のニーズの把握とそれに応えることが出来るように、職員が一丸となって取り組んでいます。

【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)】

経営者は、「利用者中心にサービスが行え、利用者や家族の様子に合わせたサービス提供を行いたい、地域に必要なサービスは自分が提供できるようにしたい」という強い思いから自分が住み慣れた地区に障害者支援、認知症支援、ヘルパー支援の事業所を開設した。老人世帯の多いこの地区に必要なサービスの展開を行ってきた。そんな強い思いがあるためいつでも地域に情報を発信し、この地区で暮らしやすい環境を作るため積極的に地域に働きかける努力を惜しまない。認知症があっても利用者一人ひとりの思いをいかにケアプランにつなげいかに利用者の気持をくみ取っていきけるか、自己尊重した生活が出来ているか問いかけながらホームの運営を展開してきた様子が伺える。これからもさらに地域に必要なニーズに対応し人と人との関係性を大事にした事業の展開に期待したい。

・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 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)	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)
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)	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)
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)	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広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)
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)	66	職員は、活き活きと働けている (参考項目:11,12)
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)	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
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている (参考項目:30,31)	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
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)		

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Alt+-) + (Enter+-)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
理念に基づく運営					
1	(1)	<p>理念の共有と実践</p> <p>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</p>		<p>「お年寄りを敬う」複合施設としての理念があり、地域に根ざし、その人らしく、地域の一員として生活できるグループホーム独自の理念が壁に貼られている。ゆりかご新聞が年4回の発行され、グループホームの役割を発信している。個人情報に配慮した地域発信も考慮している。</p>	
2	(2)	<p>事業所と地域とのつきあい</p> <p>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</p>	<p>運営推進会議や地域交流会を通じて、地域の方々とのつながりの構築に努めています。また、避難訓練等でも地域の方々にも参加いただき、交流を深めています。</p>	<p>地域に根差した経営者が住み慣れた地域でホームを開設しているために、地域交流は一軒の家としての役割をなしている。運営推進会議においても地域の集落サロンの紹介もあり一緒に参加し認知症の啓発相談窓口にもなっている。地域交流は日常的におこなわれ、野菜が来ると立ち寄って、おすそ分けを頂くなど行われている。</p>	
3		<p>事業所の力を活かした地域貢献</p> <p>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</p>	<p>集落サロンでの計画に参加させていただき、認知症の支援、啓発活動にとりくみ、ご協力いただいています。また、相談窓口を開設し「いつでも相談・利用を」という位置づけになれるようにしています。</p>	/	/
4	(3)	<p>運営推進会議を活かした取り組み</p> <p>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</p>	<p>2ヵ月に1回の会議も定着してきました。行政・地域の方々、ご家族の方々の助言・ご意見を頂き、サービスに反映できる様に努めています。</p>	<p>運営推進会議には老人会、地域サロンの世話人、小学校の方などの参加もあり、2ヵ月毎に開催されている。有事の際には地域住民の避難場所にもなっている。ボランティアの紹介もあり、ハーモニカ、コーラスなどが来てくれるようになった。運営推進会議をより効果的になるように準備を進めている。</p>	
5	(4)	<p>市町村との連携</p> <p>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</p>	<p>運営推進会議での話し合いを基に事業所の考え方を理解いただき、直面している課題解決に向けた話し合いを積極的に行っています。</p>		

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)	<p>身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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</p>	<p>会議やミーティングにおいて、社外研修会でも身体拘束に関する理解を深め、拘束による弊害についても把握するようにしています。また、利用者の尊厳を守る事を常に念頭におき、拘束をしないケアに取り組んでいます。</p>	<p>屋外に出掛ける傾向のある利用者にはついて、ミーティングなどで話し合いを行い統一したケアに努めてる。一緒に屋外散歩に出掛けたり、ゴミ捨てには一緒に出掛けるなど行い拘束のないケアに努めている。身体拘束について生ずる弊害などは充分理解され研修会の参加も行い利用者を第一に考えたケアに努めている。</p>	
7		<p>虐待の防止の徹底</p> <p>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</p>	<p>研修等に参加し、理解を深めるように努めています。虐待予防の為、利用者の権利の侵害等についても、常に意識しながら、支援を行い、取り組んでいます。</p>		
8		<p>権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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</p>	<p>社内・外の研修に参加して、今後も必要な方が居れば適切に助言できる様にしていきます。</p>		
9		<p>契約に関する説明と納得</p> <p>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</p>	<p>契約の締結、解約に関しては、ご本人・ご家族に文面、口頭にて責任者が細部まで説明し、理解・納得を得てすすめています。</p>		
10	(6)	<p>運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>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</p>	<p>利用者に関しては、日常生活の中でつづやき等、常に耳を傾け対応できるようにしています。ご家族には、連絡ノートを活用し、家族会・新聞等その都度、文面・意見交換会の場で反映するようにしています。</p>	<p>家に行きたいと訴える利用者には一緒に家まで行くことで満足に繋がっている。家族との食事会も2カ月毎に開催され食事後、家族会議を行い意見が言いやすい環境を作っている。面会簿が一人ひとり作成され意見を言いやすい工夫を行っている。</p>	
11	(7)	<p>運営に関する職員意見の反映</p> <p>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</p>	<p>月1回のスタッフ会議、2週間に1回の各部署の責任者会議、毎日のミーティングで職員からの意見を反映、解決できるようにしています。</p>	<p>月1回のスタッフ会議があり、全員出席している。2週間おきに責任者の会議 朝のミーティング等もあり意見をいつでも言える環境にある。個人面談も年1回開かれている。職員の意見や意向など聞く良い機会になっている。管理者などに日々意見が言いやすい環境が整えられている。</p>	

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	毎年個人面接を行い、業務にかんする事は全員に周知徹底させなんでも言い合いができ、陰口のない働きやすい職場を目指しています。		
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	県社協グループホーム連絡会等の研修には必ず参加し、社内勉強会を充実しています。		
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	地元の事業所と職員の入れ替え等を行い、実習し学ばせていただいています。また、利用者体験も職員に一日してもらい、感想などを聞き、反映しています。		
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	施設見学をしていただき、ニーズの聞き取りを行っています。ご家族、以前利用されていた事業所との情報交換を行いながら、ご本人の不安、心配等を聞き出し、安心して生活できるよう、関係づくりを深めています。		
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	ご家族の施設見学を通じ、ニーズの聞き取りを行います。その上でご家族が希望されるサービス提供が可能か、またご本人の希望に合う生活の場として可能か伺いながら判断して頂きます。		
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	複合施設の自施設、他の事業所の方がよいか、ご本人・ご家族のニーズに合わせ、必要なサービスは何か見極め、支援の提案をさせていただきよう心がけています。		

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
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	一人ひとりの生活歴、昔の生い立ち、経験等を把握し、スケジュールにとらわれず、本人の生活スタイルに沿ってすごしていただく事を常に意識して努めています。		
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	ご家族の意見・希望をうかがいながらご本人の状態をお伝えして、ご本人とご家族、ご家族とスタッフとコミュニケーションを大切にしています。		
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	ご本人、ご家族からの聞き取りを通じ、可能な限り馴染みの場所や人との関係が途切れないように働きかけています。	集落サロンへの参加は地域の馴染みの利用者との交流の良い機会になっている。年賀状を書き家族に送る支援、電話で話をしたい時に話ができる機会を作り、家族交流している利用者もいる。2カ月毎に自分が住んでいた家に帰宅する利用者や教え子が面会に来るなど馴染みの関係が途切れない支援に努めている	
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	一人ひとりの状態、その日の状況をスタッフがしっかりと把握し、利用者間のコミュニケーションや関わりが図れるように空間や時間を作る事を心がけています。		
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	他施設・病院等による退所の場合でも、機会があれば面会に出向き、ご本人・ご家族の希望があればできる範囲でアドバイスをさせていただき、よい関係作りに努めています。		
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	普段のご本人のつぶやき、又ご家族の意見を聞き取り、スタッフ会議、ミーティング等で意見交換をしながら、ご本人の思いを実現できるようにしています。	思いの把握は日常の中で利用者のつぶやきに耳を傾ける。1対1で話をする事で色々な利用者の言葉が聞かれ、気付きとつぶやきを見逃さないようにしている。職員が利用者から教えていただく事で実践に繋がっている。	

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
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	ご家族にも協力いただきながら、聞き取りを行い、以前利用していた施設・病院からの情報を得て、生活歴、生活環境の把握に努めています。		
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	スタッフ会議、ミーティングで把握できるように努め、支援の統一ができる様に、情報を常に共有しています。		
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	介護計画書をそのまま提示し説明しても中々職員に徹底させることは難しい。そこで、一つの目標を細かに分析したものを個人ファイルに添付し、いつでも確認できるようにしています。	介護計画は3か月毎の見直しを行い、毎月職員会議でモニタリングを行っている。担当者会議は家族が面会に来られた時に合わせて行うようにしている。毎朝のミーティングでモニタリング、利用者の様子等情報確認し、随時のプラン変更に対応できるようにしている。職員にケアプランの統一を図るためケアプランチェック表の利用を行っている。	
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	業務日誌、個別記録から情報を共有し、毎日のミーティングで「気づき」を具体化し、ケアの実践やプランの見直しに反映でき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	ご本人・ご家族のニーズに可能な限り対応して、支援が出来るように心がけています。		
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	運営推進会議や地域交流会などを通じ地域とのつながりや地域資源の活用が出来るように努めています。		

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)	<p>かかりつけ医の受診支援</p> <p>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</p>	<p>今までの主治医でいくか、入居時に委託医へと主治医を変更するかをご本人・ご家族の希望にて選択していただく。必要時には相談・話し合いを大切にし、納得のいく医療を提供できるようにしています。</p>	<p>かかりつけ医は在宅で見ていただいている主治医が入居後も継続している利用者は2名いる。入居時に痛く主治医を変更するかはご家族、家族の意向を聞き対応している。訪問看護の導入や、併設にデイサービスの看護師がいるため、医療面での体制は整っている。</p>	
31		<p>看護職との協働</p> <p>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</p>	<p>訪問看護師が定期的に訪問し、ご本人・スタッフからの訴えに対応しています。健康状態の情報の共有・管理と治療・相談に対応できるように努めています。</p>		
32		<p>入退院時の医療機関との協働</p> <p>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。</p>	<p>早期の退院に向け、病院の医師・ソーシャルワーカー・ご家族との情報を共有できる様に努めています。</p>		
33	(12)	<p>重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる</p>	<p>重度化や終末期についてのご本人・ご家族の希望に対し、出来る限り添えるように主治医・訪問看護師・ご家族と十分に検討し支援しています。</p>	<p>ターミナル指針が作成されている。重度化や終末期について本人、家族の希望や意向を確認しその都度話し合い、利用者にとって何が良いのが最善の方法を医師やチームで支援できるように取り組んでいる利用者ひとり一人に十分納得のいく支援に努める体制作りがある。</p>	
34		<p>急変や事故発生時の備え</p> <p>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</p>	<p>救命講習・AEDの使用方法について講習会を社内研修で概ね全員のスタッフが参加して習得しています。</p>		
35	(13)	<p>災害対策</p> <p>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</p>	<p>緊急連絡訓練・避難訓練を実施し、有事に備えています。また、地域の方々にも訓練への参加を呼びかけ、参加していただいています。</p>	<p>年2回の防災訓練を行っている。日中と夜間想定をした避難訓練を行い近隣住民、消防署などの参加のもと、利用者を非難した。前回の外部評価の意見から職員の役割も決めた。夜間想定での訓練も行いトリアージ等視野に訓練に取り組んだ。自動通報装置、スプリンクラーの設置もある</p>	

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
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	自己決定の尊重と尊厳を守ることを徹底しています。理念に基づき、権利侵害の防止に常に意識しながらケア提供をしています。	トイレも利用者のプライバシーに配慮し鍵をかける使い勝手になっているものの、事故発生時には屋外からも鍵が外せるように工夫されている。トイレ使用中のカードを下げるなどの工夫もある。職員にも守秘義務について十分留意し職員からの誓約書も頂いている。	
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	普段の関わり、会話において常に意識し、思い・希望などを自ら選択できる方法を取りながら、自己決定を促しています。		
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	理念「その人らしく、その人のために」に基づき、ご本人の自己決定の尊重・個人支援を意識しています。		
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	ご本人の好みを尊重し、季節感、気温とうの側面的環境に順じていただけるようご家族の協力を得ながら、衣類や枚数をご本人が選択できるようにしています。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事は調理員がつくっています。後片付けを利用者に協力していただいています。また、ゆっくりと食事ができる環境づくりをしています。	献立は地域の食材や季節ごとの行事食など献立に組み入れながら利用者が楽しめる食事作り、家族会での食事会でのアンケートを取り入れながら職員が作っている。利用者は茶碗を拭いたり食材の野菜を畑に職員と一緒に摂りに行き 下ごしらえの手伝いを行っている	
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	食事摂取量は個人ごとに日誌に記入し、把握できるようにしています。ご本人に合った食事量、形態などに配慮し、食事量の低下している方には、好みの物を提供し、栄養面で偏りが無いようにしています。		

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
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	毎食後に口腔ケアの支援を行い、それぞれの方に合わせた支援をしています。義歯は毎日洗浄剤を用いて清潔保持に努めています。		
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	排泄チェック表により、個々の排泄パターンをつかみ、排泄間隔にも配慮しながら排泄介助が出来るよう努めています。	排泄チェックにより、利用者の排泄パターンの確認を行っている。布パン利用は2名 他の利用者はリハビリ使用しているがトイレ誘導をしたりポータブル利用など失禁にならずトイレで排泄出来るように排泄チェックでの排尿確認など利用者ごとの自立支援に努めている	
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	水分摂取、食事量、食事形態、適度な運動に配慮しています。便秘のひどい方には、主治医の指示のもと個人の状態に合わせて担当者が責任を持って行うようにしています。		
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ず、個々にそった支援をしている	冬季は週2回、春～夏期は週3回の入浴をおこなっています。前回入れなくて、希望があれば、入浴日以外でも入浴できるようにしています。	入浴は春から夏は週3回、冬は週2回の入浴である。体調により入浴がいつでも行えるように体制は整えている。皮膚トラブルになりやすい利用者はシャワーを使うなどの工夫もある。菖蒲湯、ゆず湯、バラ湯など利用者が楽しんで入浴志季節を感じられる工夫をしている	
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	睡眠までの導入支援を大切に、個別に支援しています。晩酌を毎夕される方もいます。眠剤の服用にかんしても主治医と相談しながら支援しています。		
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	一人ひとりの服薬に関して、把握できるようにしています。主治医、訪問看護師、ご家族と連携し、日々の状態の情報を共有できるようにしています。作用・副作用についても理解でき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
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	一人ひとりの「できること」「できないこと」を把握し、スタッフがお手伝いする事で日常生活の中で役割を担っていただくことにより、意欲の向上につながるように努めています。		
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	日常的には、花の水やり散歩などの機会に戸外へでています。集落サロンのお誘いで近くのセンターに定期的にお茶のみ・催し等に出かけ、行事の際には、ボランティアサークルに移動支援をお手伝いいただき、外出しています。	屋外には花の水やり、季節に畑の野菜採り、1対1で散歩に出掛ける。行事参加で花観に出掛ける機会があり、ボランティアや家族が同行し外出の楽しい機会になっている。家族の協力経て定期的に家に帰ったり、個別に利用者の要望により買い物に出掛けるなど、個別支援にも努めている	
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	ご家族の承諾のもと、小銭入れを持っている方もいます。好きな飴を買いに行くのが楽しみの様です。ご本人の要望時にドライブを兼ねて、外出支援を行っています。		
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	要望があれば、ご本人と直接通話していただいたり、代読したりして大切な人とのやり取りに支援している。また、ご本人からも返事ができる様であれば、手紙・電話などで連絡できるよう支援している。		
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	ホールなどの共有スペースは飾り付けなどを工夫し季節感が持てるように支援しています。冬季にはコタツを提供。暖かい時はベランダに出るなど、居心地良く過ごせる空間作りを心がけています。	共有スペースである食堂には季節感のある飾り付けをし利用者が落ち着いて過ごせる雰囲気醸し出している。トイレも清潔感あり、食堂、洗面台、トイレなど温度差がないような作りになっている。	
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	気の合う方は、座席の配置などによって配慮しています。冬季は、コタツを設置してご本人が選択してあたれるような環境づくりに努めています。		

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
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	写真(家族・お孫さんなど)自分が使用していた家具や使い慣れた物、思い出のあるもの等を置き、心地よく過ごせるよう居室の配慮に努めています。	居室には家族の写真が張ってある。馴染みの関係が途切れないように家族の思いが詰まっている。利用者が使うお茶碗や箸は今まで家で使っていたものを持ってきていただいている。使い慣れたイスを持ってきて落ち着いた環境で過ごしている。	
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	一人ひとりが「できること」「わかること」を把握しながらそれぞれの方にあわせた目印、居室名をつけて位置確認ができるように配慮しています。		

目標達成計画

作成日：平成 26年 8月25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		入所時からみると足の筋力低下を家族が気にされている様子。面会が遠のくと、余計、久しぶりに来所されてびっくりされるのも仕方がないが、連絡方法を考えたらどうか。	事業所の新聞等で、状態説明をしたり、面会ノートに記入したり、面会に来れない人の報告を考えたい。	電話連絡等、面会の遠のいている人には、具体的に状態説明をし、段々とレベル低下している人には、特に説明をする。	3ヶ月
2					
3					
4					
5					

注)項目の欄については、自己評価項目の 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。