

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	2072100221		
法人名	社会福祉法人 みまき福祉会		
事業所名	認知症対応型共同生活介護 ほのぼのホーム		
所在地	長野県東御市布下37		
自己評価作成日	平成25年9月30日	評価結果市町村受理日	平成26年5月1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	長野県松本市巾上13-6		
訪問調査日	平成25年11月21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)】

「のびやかに すこやかに」という事業所の理念のとおり、認知症になっても住み慣れた地域でご本人の希望する生活が送ることが出来るように支援しています。ホーム内での生活に限定することなく散歩や外出・外食にも積極的に出掛けております。外出には家族にも連絡をし、外出先で家族との時間も大切にしています。利用者さん同士で話をしたりしてつろいでいます。野菜の皮むきやお漬物、食器拭きなど利用者さんが出来ることを無理なく行って頂いております。

【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)】

いつまでもすこやかに生き生きと安心して暮らし続けたいという法人の理念と、のびやかにすこやかにという認知症グループホームの理念を、隣接する温泉、診療所、特養、デイサービス、訪舎などと連携がとられ、地域に生活する人々の核になることを目指している姿が、介護記録から把握できる。2年後在宅総合支援センターとして、ほのぼのホームも新築計画の中に組み込まれているとのこと、職員の新たな取り組みに、立ち向かう真摯な姿勢がうかがえた。

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		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 3. 利用者の1/3くらい 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)	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、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

〔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)	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	法人の理念・事業所の理念を誰もが見える所に張っています。会議などの前に唱和し、職員全員で共有できるようにしています。	法人の理念、事業所の理念を施設内の目につくところに掲示し、常に全職員が意識しながら介護の拠り所として実践につなげている。	
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	近隣3地区と地域連携情報会議を開催しています。防災訓練に近隣の消防団にも参加頂いております。	近隣地区の区長、民生委員、ボランティアと年4回の会議をもち、主に防災について話し合っている。また、どんど焼き、夏祭り、保育園との運動会など交流も行われている。ボランティアの訪問もある。	
3		事業所の力を活かした地域貢献 http://www.kaigokensaku.jp/	法人主催の事業所報告会などにより地域の方々にも出席いただいています。認知症の勉強会なども開催しています。		
4	(3)	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	運営推進委員会と家族会を合同で開催し、サービス内容を報告し、ご理解をいただいています。委員会や家族会での話し合いの内容を職員全員で共有し、サービスに反映させています。	運営委員会は、年6回家族会と合同で開催されている。地域、家族、行政の参加があり、都合のつくときは利用者も参加し、活発な意見が話し合われサービスの向上に反映されている。	
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取り組んでいる	東御市の地域包括センターや高齢者係と連絡を取り合いアドバイスをいただいたり、運営推進会議の際に福祉事業の市の取り組みなどを報告していただいています。	運営委員会の際には施設内を見学してもらい、ことあるごとに担当者と連絡をとりあっている。介護相談員の訪問も、月1回行われている。	

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)	<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>職員全員が身体拘束をしないケアについて理解し、実践している。</p>	<p>日常的に職員があらゆる機会を通して、勉強会をもち、介指定基準における禁止の対象となる具体的な行為を、正しく理解し実践している。夜間のみ玄関を施錠し、スピーチチャックもしないよう努めている。</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>職員全員が虐待の防止について理解し、事業所で勉強会などを開催し防止に努めている。</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>法人で研修会を開催したり、制度の資料を事業所内に置き閲覧できるようにしてある。</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>本人・ご家族に契約書、重要事項説明書を解りやすく説明します。その都度、疑問・質問については説明しご理解いただいています。</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>家族会にて希望、要望をお聞きしています。面会に来所された際にも要望等を個別で伺いサービスに反映させています。</p>	<p>年6回の家族会での意見や要望を家族会長より、施設側に伝えられる。面会時に個々の要望を聞いたり意見箱などを設置し意向を聞くよう努力している。</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>定期的に法人全体の運営会議を開催しています。年に2回職員全員が代表者や管理者と面談を行っています。毎月のスタッフ会議でも意見や提案をする時間を設けています。</p>	<p>毎月のスタッフ会議と年2回の自己申告と管理者と面談を行い、職員は意見や要望を言える機会が設けられている。</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	理事長・常務理事・施設長が訪問しています。自己申告書を毎年作成し各自の希望・要望を提出しています。		
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	研修に積極的に参加できるように情報開示を行っています。 研修に参加した職員が事業所に戻りOJTを行い、職員全員で勉強するようにしています。		
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	依田窪福祉会と合同で研修会を開催し、職員の交流も行っています。 地域のグループホームの勉強会に参加したり、相互評価などの自己啓発活動に努めています。		
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	入居される際に事前にご本人の要望等をお聞きし、サービスの提供に反映させている。入居後もその都度ご本人に要望等をお聞きするように努めている。		
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	入居される際に事前にご家族のの要望等をお聞きし、サービス内容についてもご理解いただけるように努めています。入居後も面会時にお話する時間を設け関係作りにも努めています。		
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	ご本にやご家族とサービス内容についてお話しする機会を設け必要な支援が行え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
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	職員全員が入居されている方々と一緒に生活を送っている家族のような関係を築くように努めている。孤独にならないように一緒に様々なことを行うよう努めています。		
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	職員全員がご家族と共にご本人の生活を支えていくように支援しています。ご家族との関係も継続されるようにご本人とご家族の時間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	外出や外泊について制限がないことをお伝えしています。併設しているサービスの利用者も気軽に来所出来るよう出入口を開放しています。ご近所の方が面会に来やすいように努めています。	併設のデイサービスへは、利用者がいつでも訪れることができるよう出入口を解放している。医療は通院をしてなじみの人と会える機会をつくる努力をしている。	
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	食事やお茶の時の席などを配慮しています。ソファーでくつろぐ際にも人間関係に配慮しています。お話しをする際に耳の遠い方の近くに座り入居者さん同士が会話しやすいように支援している。		
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	併設の特養に入所されたり、在宅復帰されて併設のデイサービスを利用されている方々との関係が継続できるように特養に尋ねて行ったり、デイサービスへ行ったりするように支援している。併設の事業所と合同で行事を行い一緒に参加するように支援している。		
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	ご本人やご家族から思いや意向をその都度お聞きし、職員全員が共有できるように努めている。日常の会話からご本人の思いや意向をお聞きしている。困難な場合はご家族にも協力をしていただき検討している。	日々のかかわりの中で、言葉や表情から思いや意向を把握するよう努めている。家族と外出外泊などの情報は、面会時に家族から得よう努力している。	

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
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	入居前に利用していたサービス事業所よりの情報提供を参考にしたり、事前にご本人やご家族より今までの暮らしについてお聞きしています。入居後もご本人との関わりから情報の収集に努めています。		
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	職員間の申し送りをを行い、日々の状態や心身の変化や身体状況等の変化についても職員間で共有できるように記録するように努めている。		
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	カンファレンスやモニタリングを行うことはもちろん、日々の申し送りでもケアの見直しを検討している。ご家族にも現状をお伝えし、ご意見を参考にしてケアの検討を行っている。	介護計画作成者を中心に本人・家族・職員の意見を反映し、介護計画は作成されている。月1回カンファレンスを行いモニタリングを評価につなげ、現状に即した計画を作成しようとしている。介護計画サービス記録が検討され、計画、実施状況が把握できるようになっている。	
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	個別の記録に日々の気づきなどを記入するように努めている。 カンファレンスに記録内容を反映しケアの見直しや検討を行っている。		
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	急な外出や外泊にも対応しています。 独居の利用者さんが自宅に帰りたい等の希望があった際にはご家族や様々なサービスの利用が出来るように気軽に相談出来るように取り組んでいる。		
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	民生委員や地域包括センターの職員の協力や助言をいただいています。 地域のボランティアの受入れも積極に行っています。		

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>ご本人やご家族の希望で選択して頂いています。通院や受診もご家族やご本人の希望で対応しています。</p>	<p>かかりつけ医は、本人と家族が希望する医療機関になっているが、全員が隣接する医療機関を利用している。</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>訪問看護と契約し、週に1回看護師が訪問してくれます。ご本人の健康管理や医療面での相談に乗ってくれています。ご本人や職員の相談相手になっています。</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>かかりつけ医や診療所の医師に相談し、ご本人やご家族にとって最善の方法で対応出来るように努めています。</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>加齢に伴って重度化する場合や終末期を迎えることも十分起こりうることで、入居者や家族の希望を踏まえ、医師や職員が連携し、安心して納得のいく生活や終末期ケアが出来るように取り組んでいる。常に家族には入居者の状態を報告し、話し合うように心掛けている。</p>	<p>入所時より本人・家族に状況の変化に応じて話し合いが行われている。医療面での医師、訪問看護師、職員との連携はとれている。</p>	<p>折に触れ、加齢に伴う重度化に向け家族に説明し、理解していただける努力を継続していくことを望む。</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>緊急時のマニュアルを作成し、訪問看護や医師との連携をそれるようにしています。また、救急法の研修なども受けています。職員同士で対応について勉強し備えています。</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>法人全体で防災計画を策定しています。また、地域の消防団等とも協力体制を作っています。避難訓練も夜間想定や日中想定により行っています。</p>	<p>自動通報装置、スプリンクラーの設置、避難経路図、年2回(昼・夜間想定)の防災訓練も行われている。消防団、地域住民とも協力体制がとれている。</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
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	利用者が介助や援助が必要な際は先ずご本人の気持ちを大切に、自尊心を傷付けないように配慮しています。入居者の情報収集や他の事業所との連携の際にも守秘義務について十分理解し取り扱いや管理を行っています。	呼び名は利用者と相談している。援助が必要な際は本人の気持ちを大切に、表情を見ながらさりげなく希望に沿うようにしている。利用者一人ひとりに合わせて、生活できるよう配慮している。	
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	利用者一人ひとりに合わせた声かけや対応をしています。意思表示が困難な方や耳が遠い方についても表情や筆談などを行い、ご本人の希望をお聞かしています。		
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	食事やお茶の時間は目安として決まっていますが、日々の入居者の状況に応じた対応が出来るようにしています。ご本人の体調や気持ちを優先し対応しています。		
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	日々の洋服や入浴後の洋服の準備についてもご本人の希望をお聞きし対応しています。理容サービスの際もご本人の希望が伝わるようにサポートしています。美容ボランティアによるお化粧品などが行えるように配慮しています。		
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	職員が全て食事の準備を行うのではなく入居者さんに野菜の皮むきや味見などをして頂いたりしている。後片づけについても入居者さんと一緒に行い、食器拭きなどは入居者さんにお手伝いして頂いています。	調理の下準備、片付けなど利用者のできる範囲で職員と行っている。食材の買い物も利用者1名が職員と行う。畑で採れた野菜や地域からの食材の差し入れもある。利用者は職員と一緒に楽しみながら食事をしている。	
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	利用者の日頃の様子や健康状態などを配慮して食事量や水分量の対応をしています。医師や訪問介護に相談をし指導を受けています。日々の申し送りでも当日の状況を職員全員で把握し対応しています。		

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	毎食後口腔ケアを行って頂いています。 一人ひとりに合わせた声かけをしケアを行っています。 夕食後は義歯の洗浄を毎日行っています。		
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	利用者一人ひとりの排泄習慣やパターンを職員が理解し、出来るだけご本人が自立した排泄を行えるように対応しています。	トイレの排泄を介護の原則として、尿とりパットを活用しながら、一人ひとりの排泄パターンに応じて対応している。	
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	食事は野菜を多く使用し、繊維質の摂取を心掛けています。水分量の減少が便秘に影響するのでお茶だけでなく乳製品をと入れた飲み物を摂取できるようにしています。 排便の確認についてもご本人の自尊心を傷付けないように行っています。		
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	木曜日と日曜日以外に実施しています。 予定表と作り行っていますが、ご本人の希望があった時には入浴できるように配慮しています。	週2回入浴を基本として、希望日時いつでも対応している。入浴は隣接する事業所の温泉を利用している。	
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	夜間はもちろん日中でもご本人の希望があればお部屋で休息して頂いています。 リビングのソファーや畳の上でも休息出来るようにしています。廊下にソファーを設置し、日光浴や休息出来るように配慮しています。		
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	処方された薬について職員で学習しています。 個人ファイルに処方薬の説明書を入れてあり常に確認できるようにしています。 処方薬が変更になった際も副作用や注意事項を職員で学習しています。		

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	利用者一人ひとりの趣味・趣向については入所されても継続して行えるように配慮しています。ホーム内での生活だけでなく散歩や外出も積極的に行っています。		
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	ご本人より散歩の希望がある際には一緒に散歩に出かけたり、買い物にも出掛けています。外出も積極的に計画しています。事前に家族にも連絡し協力して外出や外食に出かけています。	一人ひとりの希望に沿うように努め、散歩・買い物・畑仕事などを行っている。月1回全員で外出し、公園でのお茶会や外食など外に出る機会を多くもてるよう努力している。	
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	行事や散歩、外出した際にご本人の欲しいものを購入して頂けるように支援しています、		
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	ご本人の希望がある際には対応しています。家族から電話や手紙が来た際にはご本人にお伝えしお話し出来るよう配慮しています。		
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	季節の花を飾り眺めたりして楽しめるようにしています。採光を調節したり、空気の入替えをして、自然を感じられるようにしています。日光浴や外を眺めることが出来るように廊下にソファを設置しています。	廊下の窓際にソファが置かれ、四季折々の自然の豊かさを眺めることができる。フロアの一角に一段上がった畳のスペースは、事務室を兼ねているが、利用者が腰かけたり寝転んだり自由にくつろげる空間がある。	
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	食事の席やテレビの前のソファ、畳などご本人の希望する場所でくつろいでいただいています。		

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	入居時にご自宅で使用されていた使い慣れたものを使用できる旨の説明をしています。 家族が用意した物を使用できるように配慮しています。	ベッドの部屋、畳の部屋があり利用者の希望する居室になっている。改修した2部屋は窓がないため天窓をつけ、自然光が入るように工夫されている。他の居室は引き戸ではき出し口となっており災害時も避難しやすい。	
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	施設内は伝い歩きが出来るように家具などを配置しています。 いつでも職員がサポート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 3月 7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		ご家族とのコミュニケーションが不足しているのではとのご指導がありました。グループホームでのケアについてや身体機能の維持・低下について理解して頂くように努める	ご入居者さんの日々の生活や身体状態などを報告するように努める。	面会時にご入居者さんの様子をお伝えし、ご家族と職員が協力してご入居者さんの生活を支えていけるよう取り組む。	1ヶ月
2			年齢を重ねることによる機能低下や認知症の方々の機能低下について理解して頂くように勉強会を行ったり資料の配布をする。	年に6回開催している家族会にて勉強会を計画する。(第1回を6月に行うよう計画中)	3ヶ月
3					
4					
5		http://www.kaigokensaku.jp/			

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。