

平成 21 年度

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	1472602778	事業の開始年月日	平成17年4月1日
		指定年月日	平成17年4月1日
法人名	社会福祉法人 愛翁会		
事業所名	ななかまど		
所在地	(〒229-1137) 神奈川県相模原市二本松3-8-15		
サービス種別 定員等	☐ 小規模多機能型居宅介護	登録定員 通い定員 宿泊定員	名 名 名
	☒ 認知症対応型共同生活介護	定員計 ユニット数	9名 1 ユニット
自己評価作成日	平成21年12月25日	評価結果 市町村受理日	平成22年4月14日

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先	
----------	--

【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)】

開設から5年を経過し、入居者の認知症状およびADLの低下が目立ってきた。そんな中でも、可能な限りご本人の意思を尊重し、快適な暮らしへの支援に全力を注いでいる。買い物や散歩、地域の行事への参加、季節に合わせて全員で外出し戸外での食事、また年に1回はマイクロバスを借りての日帰り旅行を実施している。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社団法人 かながわ福祉サービス振興会		
所在地	神奈川県横浜市中区本町2-10 横浜大栄ビル8階		
訪問調査日	平成22年1月18日	評価機関 評価決定日	平成22年3月23日

【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)】

【事業所の概要】 この事業所はJR橋本駅からバスで10分ほどの閑静な住宅地の一角にある。広い敷地内の鉄骨造り2階建て建物の2階を使用している。1階には同法人の小規模多機能型居宅介護事業所が併設されている。庭には紅梅・白梅があり2月には見事な梅を鑑賞できる。ホームの入口に生花や油絵を飾っている。室内は明るく掃除が行き届いて清潔である。 【地域との交流】 地域との交流が盛んで、年間を通して自治会や地域の催し（神社のお祭り、町内会や商店街の盆踊り、ふるさと祭り、小学校の運動会など）や小規模多機能型居宅介護事業所と合同の納涼祭、ボランティアによるイベントなどに参加し、地域の方との良好な関係作りに努めている。 【医療と健康管理】 利用者の健康管理については、小規模多機能型居宅介護事業所の看護師が毎週利用者の健康をチェックして健康管理に当たっている。さらに協力医療機関の看護師とは24時間相談できる体制ができています。 「重度化した場合の対応に関する指針」を作成し、入居時に本人や家族に説明し、同意を得ている。全体会議で職員に説明し、職員は勉強会や研修会に参加して重度化した場合の対応についての方針を共有している。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ～ 14	1 ～ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ～ 22	8
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 ～ 35	9 ～ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ～ 55	14 ～ 20
V アウトカム項目	56 ～ 68	

事業所名	ななかまど
ユニット名	

Ⅴ アウトカム項目			
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
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
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
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
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
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
62	利用者は、その時々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

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
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：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまに
			4. ほとんどない
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の拡がりや深まりがあり、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
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
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
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. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価		
			実施状況	実施状況	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踏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	新入職員が一挙に入ったため再度理念の確認と共有が必要	全職員が参加する全体会議で、日常業務の中での問題点（過去に起きた拘束など）について話をしている。原点に立ち返って、理念や認知症の方への接遇マニュアルによって説明し、理念を共有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	自治会に加入、地域の行事に積極的に参加、近くの商店街での買い物、理美容院の利用など	介護の日に高齢者福祉施設協議会の一員として参加し、地域の方の認知症介護への理解を深めている。関連施設と一緒に催し物を行い、地域の方に参加してもらい積極的に交流し良好な関係作りに努めている。		
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	介護の日のイベントに高齢協として参加、介護への理解を深めている。小規模多機能といっしょに地域交流事業を行い、事業所に足を運んでもらう機会をつくっている			
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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	2ヶ月に1回開催し、日々の暮らしの報告や、外部評価、防災など多岐にわたって話し合いを行っている	会議では、事業所の活動状況、災害対策（継続審議となっている）、外部評価や事業計画について話し合い意見や助言をもらって運営面に反映させている。		
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	高齢協のグループホーム部会を通じて市町村と連携している	市の介護保険課および生活保護課の担当者と利用者の状況やケアサービスの状況について情報の交換をしている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	数年前に夜間の身体拘束を行った経験をふまえ、学習と話し合いによってしっかり理解を深めている	認知症の方への接遇マニュアルを作成し、身体拘束をしないケアに努めている。日中は、玄関、ホームの出入口や居室は施錠せず自由な暮らしを支えている。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	認知症の方への接遇マニュアルを作成し、類似の行為やその怖れのある行為について認識を深めている		
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	2人の入居者が成年後見制度を利用しており、後見人を招いて勉強会を行った		
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	契約時に管理者と計画作成担当者が十分な説明を行っている。入居後も随時話し合いを行い理解と納得を図っている。		
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並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	3ヶ月に1回の家族会や食事を開催し、意見や要望を聞く機会をつくっている。	要望や苦情についての窓口は、重要事項説明書に明記している。家族の訪問時や運営推進会議で意見や要望を積極的に聞いている。意見や要望、苦情など出された時は職員会議で取り上げ改善につなげている。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	全員参加のスタッフ会議と全体の正職会議を月1回開催し情報の交換と意見交換を行っている	管理者は、会議のほかに日常業務の中でいつでも職員から相談を受けたり要望を聞いて業務の改善に反映させている。	
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	管理者は職員の勤務状況を把握し、できる限り条件や環境の向上を図ろうと努めている		
13		○職員を育てる取組み 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	職員の個々の能力に応じた研修計画を立て、研修受講の機会をつくっている		
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つくり、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組みをしている	高齢協のグループホーム部会で定期的に症例検討会や研修会を開催、市外のGHの見学会に参加している		
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 サービスの利用を開始する段階で、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	訪問調査や家族によるバックグラウンドの記入などを通し本人の不安や要望を把握している		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	入居前に自宅を訪問し、本人の状況、家族の不安や要望をリサーチしている		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	入居にあたり、ご本人家族と面談し、必要なサービス、支援の提供についての話し合いを行っている		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	一緒に食事をしたり、買い物に行ったり、ご本人の意向を尊重しながらパートナーシップを築いている		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	日々の生活の様子を記録し、家族来訪時に読んでいただき情報を共有している。家族会や食事会など話し合いの機会を持っている。		
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	生活歴を把握し、馴染みの人間関係や場所などを話題に取り入れ、親戚や知人の面会を奨励している	過去に家族と電話で話をするなどしていた利用者がいたが、今ではADLの低下により困難となっている。事業所では親戚、友人、知人の面会を奨励している。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	互いの意志の疎通は難しいが、アクティビティの時など職員が間に入ることで関わり合いを支援している。		
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	死亡以外にサービスの利用終了の事例がない		
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。	希望や意向が見られる場合はそれを尊重し、意志表示ができない場合は、ご本人が何をしたいかを考えて支援している	利用者と共に暮らす生活の中で、会話、表情から利用者の意向を把握するように努めている。意向の把握が困難な方には入浴時などリラックスした状況の時に話を聞いたりして根気よく意向の把握に努めている。	
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	家族やケアマネと連携し、入居以前のサービス利用や生活歴の把握に努めている		
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	無理強いすることなく、ゆっくり過ごせるよう配慮しながら、個々の生活録を職員全員で共有している		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	職員をグループ分けし、定期的な見直しと、入退院など状況の変化に即応したサービス計画を作成している	職員を3グループに分け、3ヶ月ごとのアセスメント会議で利用者や家族の意向を確認し、話し合いを行い、全体会議で職員の意見や医師、看護師の意見を取り入れ、計画作成担当者が現状に即した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	個別記録は毎日記入し、申し送りや職員連絡ノートにより職員全員が共有している		
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	入居者の生活全般に対してグループホームとして可能な限り柔軟に対応している		
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	地域の一員として地域の祭りや盆踊り、行事に参加するとともに、買い物や理美容院を利用している		
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	協力医が月2回の往診と24時間オンコールの対応をしてくれる。必要に応じて専門医の受診をしている	基本的にはホームの協力医の診断を求めるが、かかりつけ医の選択にあたっては、本人や家族の希望を優先している。精神科、眼科について、かかりつけ医を利用している方が2人おり、通院時は家族または職員が同行している。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	小規模多機能のナースが日常的には対応、協力医のナースは24時間オンコールで対応してくれる		
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、また、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。又は、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。	入院中は定期的に職員が面会し状況把握に努め、病院の医師、看護師、リハビリ担当者、家族、職員で退院に向けた話し合いを行っている		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	「重度化の指針」への同意および「インフォームドコンセント」への意向を確認している	「重度化した場合の対応に関する指針」を作成し、本人や家族に説明し、同意をもらっている。職員は勉強会や研修会を通して重度化や終末期のあり方について理解している。これまで、重度化に対応したケースが2例あり、その際は、最後の段階で病院への入院となった。	
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	緊急時対応マニュアルを作成、職員会議や自主勉強会を実施している		
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	防災時対応マニュアルを作成配布し、見やすい場所に保管している。職員会議で避難訓練を年2回実施している。地域の防災訓練にも代表が参加している	消防署の指導により、避難訓練は年2回の職員会議のときにシミュレーションすることで実施している。非常用食料、飲料水の備蓄については、町内会の備蓄を利用することになっている。	これまでの避難訓練の参加者は職員にとどまっているが、地域住民も参加する訓練体制の構築を期待したい。また、飲料水を事業所内に備蓄されることが望ましい。

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	○一人ひとりの人格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	認知症の方への接遇マニュアルを作成し、日常的に活用している	認知症の方への接遇マニュアルを基に日常業務の中で利用者の尊厳とプライバシーを損なわないことを徹底している。会議では利用者の頭文字を使うなどプライバシーに配慮し、個人情報が含まれる書類は鍵のかかる書庫に保管している。	
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	希望を表したり自己決定可能な方にはその実現のために支援し、難しい方には声かけや誘導でその方の希望を把握す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	1日の大まかな流れはあるが、体調や気候にあわせ、買い物、散歩、日光浴など柔軟な対応をしている		
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	化粧や髪の設定や毎日の着替えにご本人の意向を尊重し、楽しんでもらっている		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	一緒に買い物に行き、可能な限りメニューも相談して決める。食器拭き、野菜の皮むき、米とぎなどを一緒に行う。食事は職員も一緒に食べる	職員は利用者と一緒に食卓を囲み、テレビを消して音楽を流し、食事をしている。介助の必要な方が6名いるが、職員は食事をしながら介助したり、食べこぼしをサポートしている。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	個人の状態に合わせて常食、おかゆ、きざみ、ミキサー食などの食事形態で提供、お茶やコーヒー、紅茶、牛乳、スポーツ飲料などを常備し、必要な方には水分量を記録している		
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	歯磨き、うがい、食べかすの除去を行うなど個々に応じた口腔ケアをしている。就寝中は入歯の洗浄を行うが、毎食後の口腔ケアは全員には実施できていない。		
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向けた支援を行っている	排泄チェック表を活用し、一人ひとりの排泄パターンを把握しながら、声かけ誘導を行い、自立に向けた支援を行っている。	職員は利用者個々の排泄パターンを把握し、観察をしながら声をかけ、可能な限りトイレでの排泄ができるよう心がけている。	
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	水分摂取量の把握（5名）毎朝の牛乳（3名）、ヨーグルトなど個々に応じた便秘予防を行っている。また、廊下を歩く、外出するなど運動の機会をつくる		
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、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴したい日、時間など希望が確認できる場合は実施。マンツーマンの入浴のため会話や歌を歌う、など楽しみながら入浴できるよう取り組んでいる	利用者の心身の状態を考慮しながら午前、午後といつでも入浴できるよう支援している。入浴したがいらない方には無理強いせず時間を置いて声を掛けたりして対応している。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	これまでの生活習慣や体調を見ながら、昼寝・休息などをすすめている。室温はこまめにチェックしている		
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	服薬ファイルを作成し、定位置に保管、職員が常時確認できるようにしている。薬が変わった場合は個人記録、連絡帳で情報を共有できるようにになっている		
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	誕生日や季節の行事食で気分転換をはかる。短時間ではあっても毎日アクティビティを実施し楽しんでもらう。家事を手伝ってもらっている		
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。また、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	近所の自販機まで珈琲を買いに行ったり、家族と共に地域の行事に参加したり、年に2回程度は日帰り旅行を実施している。	散歩、買い物、地域の催しへの参加、日帰り旅行、季節の花見など外出の機会を設けている。歩行が困難な方には車椅子で戸外に出かけたり、庭で外気浴をしたりしている。	
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	お金の管理ができる方は小遣い程度を所持し、自由に使っておられる		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	かろうじてかかってきた家族からの電話に受け答えできる方はいるが、他の方は電話・手紙ともやりとりすることができない		
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	カーテンを活用、絵や写真、花などにより季節を感じていただく。居間と廊下にソファをおき、好きなように過ごしていただけるようにしている	建物内には、絵や季節の花が置かれている。共用空間には利用者の手形や行事の写真が飾られている。リビングにはテレビ、加湿器、ソファが置かれ、くつろげる場所となっている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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	居間以外にも廊下にソファや椅子を配置している。天気の良い日はベランダに椅子を出し日光浴をすることができる		
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	馴染みの家具や家族写真など、家族がアレンジして居心地の良い居室にしている	居室には専用のクローゼットが備え付けられている。利用者は、使い慣れた馴染みのベット、ソファ、ぬいぐるみ、家族の写真を持ち込み安心して過ごせる部屋造りをしている。	
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」や「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	バリアフリー、床はクッションフロア、必要な手すりは完備している。居室には手製の表札をかけ、トイレは夜間でも電気をつけたままにしている		

(様式5)

事業所名 ななかまど（グループホーム）

目標達成計画

作成日：平成 22年 4月6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	No. 35	入居者のADLの低下にともない重度化が進行している。当ホームは2Fにあり、夜間の職員体制が1名ということもあって、災害発生時の通報や避難誘導の方法を全職員が身につけることが課題である。	火災発生時に冷静な判断や行動ができるよう、通報や避難誘導方法を全職員が身につける。 会議の場でも定期的に避難訓練の機会を持つ	自治会や運営推進会議で地域に協力を依頼し、入居者、地域の方、小規模多機能の職員等と共同で、夜間の火災発生を想定した避難訓練を実施する。	1 2 ヶ月
2	No. 48	重度化が進み、表情が乏しく意欲低下が見られ、ご本人の意志を引き出すことが困難になっている。個々に見合った支援方法の見直しや、かかわり方で入居者の笑顔や活力を引き出すことが課題になっている。	アクティビティを充実することで、入居者の笑顔や活力を引き出すことを目指す。	新しい職員が加わったことで、アクティビティの技量に格差が生じている。職場内研修や外部研修で全員のスキルアップを目指す。 日常生活の中に口腔体操を取り入れる。	6 ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					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。