

### 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	3170201028	
法人名	社会福祉法人 こうほうえん	
事業所名	グループホームよねはら	
所在地	鳥取県米子市米原8-8-5-77	
自己評価作成日	平成22年11月25日	評価結果市町村受理日

【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)】

今年度、運営推進会議をとし、地域の方がたが三階を利用し健康づくり体操も始まり少しずつ関わりを持つ事も出来た。  
 事業所の目標として、認知症ケアに有効とされるアクティビティの充実を図ること、嚥下体操リハビリ体操等を毎日習慣とし介護予防に努めることを掲げ取り組んでいる。  
 ご利用者は自由な雰囲気の中「喜怒哀楽」を表現される方が多く、職員、ご利用者、ご家族が一体となった家庭的なホームとなっている。

※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	<a href="http://www.pref.tottori.lg.jp/dd.aspx?menuid=33690">http://www.pref.tottori.lg.jp/dd.aspx?menuid=33690</a>
----------	---

【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 福祉経営ネットワーク	
所在地	東京都千代田区九段北4-1-9	
訪問調査日	平成22年12月9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)】

広い廊下やトイレ、居室の引き戸も広く開き、車イスへの対応に支障のない設備である。また、利用者のかかりつけ医や歯科医の往診があり、医療との連携が図られている。利用者の状態変化に伴い、夕食も事業所で作るように変更した。利用者個々の嚥下・咀嚼力の低下に即時対応できるようになり好評である。地域との連携は、課題であった自治会と協働で防災訓練が実施された。また、市と自治会の推進により、当ホーム3階の「よねはらクラブ」を活用した健康体操「やって未来や塾」が、月2回以上行われ、近隣住民やデイサービスの利用者10名以上が得られている。地域との連携の推進母体になることが期待される。

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

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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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、基本方針等、法人が目指す目標が示してある。GHよねはら独自の理念も掲げ毎月のミーティング時、振り返りを行い次月の取り組みに繋げている。	法人の理念や基本方針は、入り口のホールに掲示され、独自のGHよねはらの理念が食堂に掲示されている。昼の職員ミーティングでは、職員ハンドブック「互恵互助」の読み合わせが行われている。	
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	清掃活動へも利用者と共に参加した。三階を活用し米子市推進地域の方の体操の場として活用している。	地域の年2回の清掃活動には利用者と職員が参加している。市の活動である健康体操の場を提供したり、なんでも相談日を設定して住民からの問合せ・見学・相談などを受け付けて地域貢献を図っている。	地域への広報の手段として、正面道路わきに、事業所の掲示板を設置する予定になっている。効果に期待する。
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	毎月、「なんでも相談日」を設け法人の広報誌に掲載している。		
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	2ヶ月に1回の会議の中で出た意見を日々の支援の中でいかしている。また防災訓練も自治会長さんはじめ地域の方と実施でき意見交換できた。	2カ月に一回運営推進会議が開催されている。自治会長・民生委員・地域包括・家族代表などの参加で、事業所の状況報告や地域の動向、ボランティア紹介の情報が得られている。歌の会ボラ3名が毎週来訪している。	
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	市町村の担当者には、事故報告書についてもレベルに応じて報告しており必要時に連絡をとっている。運営推進会議にも、包括支援センター及び市職員にも参加して頂き、クレーム対応についてアドバイス頂いた。	利用者数の連絡や事故報告を行っている。生活保護の支援の相談やクレーム対応などでもコンタクトが図られている。	
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、全職員が理解し共有している。言葉の抑制についても職員同士で意識しあっている。玄関の施錠については、早朝、夜の職員が一人の勤務となるとき以外は開放している。	法人の身体拘束ゼロ宣言に基づき、拘束は行っていない。利用者との対話の言葉による抑制が話題になっており、職員間で検討中である。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	法人主催の研修会に参加している。		

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
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	理解を深める為に資料の配布をしている。入居時には必要に応じて説明をしている。		
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	重要事項説明書に基づき説明を行い理解が得られたときに署名にて同意を得ている。		
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	法人内に「ふれあいの橋の会」という第三者の会があり年に2回訪問して頂いている。特別に機会を設けてないが、日常的に職員は一人一人の入居者の思いを察する努力をしている。ご家族の来苑時には要望がないか聞くようにつとめている。	定期的に家族への法人アンケートを実施している。要望や課題の集計分析を行い、対応を検討している。また、この外部評価における家族アンケートも参考にしている。第三者委員の利用者との対話も行われている。	
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	月1回のミーティングで意見交換をしている。管理者は日常的に意見を引き出すように努めている。	職員のミーティングや人事考課時の面談などで、職員の意向を聞きとっている。異動の希望なども話し合われている。	
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	人事考課の面接時に各自の思いを把握するように努めており、管理者は総合施設長にも伝えている。		
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	職員へ法人内研修や外部研修の情報提供し研修参加を促している。細やかに参加状況有無把握している。		
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	法人内の管理者のステップアップが月に1回あり情報交換を行っている。今年度相互交流の研修を計画し2月に実施。7月には1ヶ月間他グループホームへ1名勤務し交流もできた。		

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
<b>Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入居前の面接は自宅に伺いご利用者、ご家族から困っていること、不安などを聴く様努めている。得た情報は職員間で共有している。		
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	利用前に自宅へ面談に伺った際に、これまでの様子を詳しく聴き、今後に望まれることを聴き取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	入居の相談を受けた際に、他の事業所のサービス内容も説明しいろんな視野で判断できるよう努めている。		
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	職員はご利用者を尊重した関わり方をしており、共に支え合って生活するよう努めている。		
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	ご家族の訪問時に近況についてお話し以前の生活の中での暮らし振りを伺い今の生活に活かしケアプランに反映させるようにしている。外出、行事にも参加していただけるように声を掛けている。		
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	ご家族との関わりが少なくなる様ご利用者に代わり電話し面会等お願いする。散髪等なじみの店に出かける。	入居者は、みんな地元の出身であり、ときどき自宅に戻ることもある。家族のホームの行事への参加もある。地元の美容室や馴染みの店、日常の買い物にも出かけている。	
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	利用者同士の関係性、日常のトラブルの原因について職員は周知しており回避するように努めている。ゲーム(トランプ、カルタ、唄)などを通して交流の場をもうけるように努める。		

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	サービス利用が終了しても、住みかえられた先に面会に行ったりご家族の相談に乗るようにしている。ご家族の不安が軽減するように話を聴くように努めている。		
<b>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</b>					
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	日々の関わりの中で、言葉を引き出し把握に努めている。またご家族からも情報収集し、本人の思いを大切にしている。	入居時の情報収集の折に、生活歴を聴き取っており、要望の把握に努めている。言葉で伝えることが困難な場合でも身体の動きや行動を読み取ることで、少しでも本人の思いに近づけるよう心がけている。	
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	本人、家族、知人の訪問時に少しずつ聴き取り個人の記録に残して情報の共有をしている。居室内になじみの家具などを置くことにより暮らしの継続が出来る環境づくりにも努めている。		
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	利用者個々の生活リズムを把握し、起床の時間、食事の量、嗜好、など本人の思い希望に添うよう努めている。生活、個人記録にも具体的な本人の言葉を記録し暮らし振りが解る記録に努めている。		
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	月のミーティング時にケアプランのモニタリングを行い職員間で情報を共有しその人らしい暮らしが継続できるように生活支援計画を作成している。	ケアカンファレンスは半年に1回行っており、介護支援専門員や介護士が出席している。利用者本人からは前もって意向や要望の確認を取っており、生活支援計画策定に反映している。	ケアカンファレンスにはできる限り、利用者本人や家族の参加を得て、より意向に沿った生活支援計画の策定に取り組まれない。
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	個人、生活記録以外にも、介護日誌、職員間の申し送りノートを通して情報の共有に努めている。		
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	1階のデイサービスと連携をとり、相互に立てた行事計画に参加出来るよう配慮している。急な受診が必要となったときも、デイサービスで所有している車椅子乗れる車を利用できる。		

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	ホームにて週に1回安来節の会がある。		
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	特に内科疾患は全員往診対応。歯科も往診対応し必要に応じて相談している。	利用者それぞれにかかりつけ医がおり、歯科医を含めて6か所の医師からの往診がある。それぞれの医師とも連携を取りながら、支援に努めており、受診に際しても家族からの要請で同行もしている。	
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の契約に基づき定期的に訪問相談している。管理者も看護師である為対応できる。		
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。	入院時には介護連絡票にて医療機関にホームでの支援情報を提供している。入院中は職員が頻回に見舞うようにしている。退院時には病院のソーシャルワーカーとの連携を密にし必要時にはカンファレンスをお願いしている。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化した場合の対応として住み替えの検討、終末期の希望について早い段階で主治医を交えてカンファレンスを行いご家族の意向を確認している。重度化指針を元に説明している。	看取りケア(終末期ケア)マニュアルを用意しており、法人作成の看取りケア指針もある。看取り研修にも参加し、持ち帰り研修を行う予定である。利用者、家族からも看取りの希望もあることから、その時のために備えている。	利用者の高齢化、重度化に伴い、早い段階に延命に関しての確認、同意を取るなど、緊急時への備えが必要と思われる。
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	母体の施設が主催する、救急方の研修に参加している。		
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	防災訓練のマニュアルを作成し年2回利用者と共に避難訓練を行っている。夜勤一人体制の避難訓練も実施した。	地元自治会と災害時における協力に関する協定書を取り交わしており、火災発生時と地震発生時の防災安全対応マニュアルを作成して、夜間想定での避難訓練を実施した。	地震や風水害など様々な災害を想定した訓練により、さらなる災害に対しての意識や対策が望まれる。

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	個人の尊厳を奪う17項目について事務所内に掲示し常に意識が持てるようにしている。往診時、面会時等プライバシーが保てるよう部屋等に配慮している。	利用者を敬い、年長者としての誇りを損ねないような話し方や声のトーンに気を付けており、往診時には居室で診察が受けられるよう、前もって誘導するなど、プライバシーへの配慮がある。	
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	午前、午後のお茶の好みを聞き提供している。余暇時間の過ごし方も選択肢を準備し決めてもらっている。		
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	入居者の気持ちを最優先し起床時間、入眠時間などもその人のペースに合わせている。好きなテレビ番組は必ず観れる様支援している。		
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	起床時には着たい服を選んでもらい鏡を見ながら髪をといたりの整容を自分でしていたできるように支援している。近所に行きつけの美容室があり行くことも出来るが移動理美容者も利用することが出来る。		
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	昼食時は準備から片づけまで一緒に行っている。旬の食材、料理法等の会話をしながら楽しい雰囲気ですぐに食事が出来るようにしている。食事が向かない時ご本人の好きなものを提供し楽しんで頂ける様工夫している。	野菜の下ごしらえやみそ汁等できる範囲で参加している。状態変化に伴い、嚥下や咀嚼力の低下により、調理方法や食材に注意を払い、楽しく食せるよう工夫している。食事の際には、車いすから椅子に移乗している。	
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	食事、水分量のチェック表を常に確認し食事量が少ない時には代用品を勧めたりしている。夕食も麦を入れたりGHで作るように変更した。		
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	毎食後に声掛けを行い一人一人の力に応じて一部介助を行っている。嗽困難な方には、多機能スポンジ使用し残渣物除去している。		

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	一人一人の排泄パターンを把握し職員間で情報を共有し記録に残している。法人内の排泄ケアの研修会にも参加し知識の習得に努めている。パット等も個々の排泄を考えて使用している。	トイレ内に利用者のリハビリパンツや膝かけなどを用意しており、交換の際の羞恥心への配慮がある。可能な限り布パンツや薄型のリハビリパンツ、パットを使用し、それぞれの排泄パターンに対応している。	
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	食事量、水分量を把握し運動の為に散歩に出かけたり、乳製品、食物繊維など食事の内容にも気を配っている。毎日体操を実施している。		
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	2日に1回の入浴が出来るように声を掛けている。入浴剤を使用したり、ゆず湯や菖蒲湯など昔からの習慣も大切にしている。	利用者の重度化に伴い、職員2対利用者1で入浴介助を行っている。入浴は1日おきに実施し、日曜を除いて毎日入浴日を設定している。日曜には風呂の全体の掃除を行い、清潔保持に努めている。	
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	不眠時には、昼間休憩時間を取っていただくなど個々のド態に合わせた支援をしている。居間には畳のベットとソファベッドが用意しており状態の観察をし臥床時間を検討している。		
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	処方箋の綴りを個々に作り職員が薬の内容を把握できるようにしている。服薬介助はISOのマニュアルに基づいて行っている。薬に変更があった場合細やかな観察と記録を行っている。		
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	一人一人の役割を考え、洗濯物たたみ、炊事、など自発的にしていただけるように働きかけている。季節を感じていただく外出、季節毎の行事も計画している。		
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	今直ぐの支援が難しい場合でも家族に相談したり勤務を調整し支援している。近隣への散歩は日常的に行っている。季節を感じていただく為に花見の外出を年間を通して計画している。	車使用の関係上、時間を見計らったの外出となっている。その中で、藤の花を見に行ったり、車いすを使って近隣への散歩や、小学校の運動会に出かけるなど、気候の良い時期にはできる限り外出の機会を持つよう取り組んでいる。	



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	毎日の買物には利用者にも一緒に行っていたとき買いたい物があつたときには、その時に財布から支払をしていただくように支援している。個人で小銭を持ち、DSにてパン購入される。		
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	居間に設置してある電話を利用させていただいており希望があれば電話を掛ける支援をしている。贈り物等のお礼は必ずご利用者が話せるよう配慮している。		
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	季節の花を活けたり家庭的な雰囲気となるように工夫している。流す音楽もその時々に変えている。温度、湿度への配慮も温湿時計を確認し空調も活用しながら行っている。華美な飾りはしないよう心がけている。	広い廊下や居室の大きな引き戸で、ゆとりが感じられる。また、様々な観葉植物が置かれ、優しい音楽を流している。デイルームは建物の角にあり、大きな窓からの景色で四季を感じ、職員手作りの背もたれを施すなど、家庭的な雰囲気の中で過ごすことができる。	
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	エレベーター前の空間に沢山の観葉植物等置き、寛げる空間作りをしている。午後は日当たりも良く日光浴に利用している。		
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	自宅に近い状態になるよう家具の配置にも考慮している。家族の写真など飾りご本人が安心できる空間作りに配慮している。	窓には障子を施し、落ち着いた木枠の洗面台を設えている。それぞれの好みのものや使い慣れた家具を持ち込んでもらい、できるだけ自宅に近い形の部屋で過ごせるよう配慮している。	
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	自分の居室が解りやすいように表札とは違う位置に名前を貼ったりトイレの表示を解りやすい位置にかけたりと工夫している。		

## 目標達成計画

作成日：平成 23年3 月8 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	37	現在グループホーム独自の車が無く、外出出来る時間も限られ、車椅子対応の方も多く、外出の機会が少ない。	ディサービス休みの日曜日外出計画を立てる。	ご利用者一人月/2回を外出の最低目標とし、楽しみのある計画、実施を行う。	6ヶ月
2	2	地域の方との触れ合う機会が少なく、ボランティア活動での訪問も一組である。	地域の方、ご利用者のご家族との交流の機会を増やす。	3月より月/1回地域の方のお話の会も始まる。3階屋上を利用し、家庭菜園を行い、ご家族、地域の方のご協力を得ながら活性化に繋げる。既にご家族、地域の方了解済みでご協力頂ける。	12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。