

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	1193800065		
法人名	有限会社フクシ		
事業所名	グループホーム藤の里大越		
所在地	埼玉県加須市大越3386-1		
自己評価作成日	平成26年8月10日	評価結果市町村受理日	平成26年9月2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.kaijokensaku.jp/11/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kan=true&JigyosvCd=1193800065-00&PrefCd=11&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社シーサポート		
所在地	埼玉県さいたま市浦和区領家2-13-9-103		
訪問調査日	平成26年8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)】

平成25年4月開所で、利根川や渡良瀬遊水地、そして古河市に近い風光明媚な場所にあります。1ユニット9人の少人数の利用者が、プライバシーに配慮された個室で、個人の能力を最大限に生かせるように共同生活を送ります。24時間体制の援助のもと「居心地の良い空間」を提供いたします。生き甲斐や喜びが持てるような生活環境を整え、利用者のペースに合わせ、有する能力を最大限に生かせるよう支援し日常生活を送っていただきます。常に利用者寄り添う支援・個別ケアに心がけ、利用者へ安心安楽を提供いたします。

【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)】

●職員による明るく細やかな支援が利用者のよりどころとなっていることが感じられた。職員による丁寧かつ自尊心に配慮した対応が利用者の穏やかな生活に繋がっている。
 ●納涼祭をはじめとした四季折々の行事が年間で計画されており、天候や体調への配慮から外出機会が減ることに対して工夫を持って対応がなされている。家族や地域との親交の場としても捉え取り組んでいる。
 ●定められたケアプランの策定方法・細かな記載による支援記録・研修後の報告書の提出などより職員への指導が行き渡っていることが感じられる。今秋より長期の研修に参加も予定されており更なるサービスの充実へと発展す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 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、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

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)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
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	地域の自治会に加入し、お祭り、敬老会等に参加、ホームの行事にも回覧、声かけにて生活に密着したサービスとしてかかわっている。地域の人が馴染みの人たちに囲まれて、暮らしを続けられる支援を理念に掲げている。	事業所の理念・原則・目的は、パンフレットやホームページに記載されており、開設より1年半が経過する中で、「管理・指導者の牽引」・「職員のチームワーク」によりその実践に努めている。	
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員として日常的に交流している	日常的な散歩や季節行事等に、近隣の人たちと挨拶したり、来ていただいたりしている。畑で取り立ての野菜等おすそ分けも多く、作り方も教えてくれる。行ったり来たりのお茶のみもする。	地域の運動会やお祭りに参加するなど地域との結びつきを大事に活動がなされている。地域に根差した交流は事業所の運営を支えるものと認識し取り組んでいる。	万一の事態に対しては地域の方々の災害時の受け入れなども思い描かれており、地域を思う心が更なる地域交流につながることを期待される。
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	支所の高齢者福祉課・生活福祉課の介護研修等の取り組みに参加。敷地内のプレハブ小屋を地域の方々に開放している。		
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	会議の報告とともに質問、意見、要望を受け、検討事項等も合わせ、取り上げられた内容の充実に取り組んでいる。	行政の職員、地域の方々、家族が参加し定期的に開催がなされている。健康維持に役立つ研修を一緒に実施するなど単なる業務報告とならないよう工夫した取り組みがなされている。	
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に取り組んでいる	包括支援センター、市町村担当窓口には折に触れ、ケアサービスの取り組みや状況を報告したり相談し、行政の情報もメールで届くようにしている。	直接窓口に訪問し相談や情報の聴取に努めている。運営推進会議にも複数の職員が参加してくれるなど関係の構築も成されている。	
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	定期的に代表者からの伝達と解説で拘束の意義を教示し、職員も徹底的に実践している。	年度の研修計画にあらかじめ虐待の防止についての研修が設定され、実施がなされている。身体拘束・事故防止についても職員への指導徹底に努めている。	
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逃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	虐待セミナーに参加したり、藤の里でのアンケートを行い、ミーティングで話し合いをし、職員に浸透させている。		

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	社会福祉協議会や包括支援センターへの学ぶ機会に参加したり、家族会などを通し必要性、活用を話し合ったりしている。		
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	契約時に利用料金や、医療連携体制加算、医療負担、個人負担、重度化に対する対応等、家族に十分な説明と納得をいただいている。		
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	利用者にはお茶・レクリエーションの時間を利用し、家族には苦情箱を設置し、面会時に職員が話し合うなどしている。	行事の案内をしたり面会時に声をかけたりと日常からコミュニケーションを図り、意見や要望を自然に聴取できるよう努めている。また誰もが苦情や意見を投函できるボックスの設置もなされている。	
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	ミーティング・研修会を行う中で、意見を出し合っている。	1か月に1回職員会議が実施されており、利用者のケア方法等の話し合いがなされている。管理指導者の配慮により職員間のチームワークが醸成されるよう努めている。	
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	代表者は定期的に職員と面接を実施し、評価する。その中で、やりがいや給与基準なども話し合い、環境を整えるよう努めている。		
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	藤の里内で議題を出し合い、月一回の研修会を行っている。また外部での研修会や実習に参加させ、レベルアップにつなげている。		
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	加須市地域密着事業者連絡会に参加しており、勉強会や情報交換し、サービスの質の向上に取り組んでいる。		

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
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	事前面談で生活状態を把握するよう努める。サービス利用についての相談には、必ず本人と会って不安や困っていることへの思いに向き合い、家族も含め信頼関係に努めている。		
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	家族の状況を把握し、家族が求めているものを理解し、どのような対応ができるか、事前によく話し合っている。		
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	相談時本人や家族の思いと状況等を話し合い、必要としている支援の提案、他のサービスの情報等考え合わせ、速やかに必要なサービスへとつなげている。		
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	利用者は人生の先輩であるという考え方を職員が共有しており、利用者に教えてもらえるような工夫、声かけに気を配り、職員の年齢層の対応に家族的な信頼関係を築いている。		
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	利用者の様子や職員の思いをきめ細かく伝えることで、協力関係や気づきの情報共有に努め家族を支援している。		
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	他の施設に移ったりした人も面会をしたり、家族との交流、行事参加を呼びかけている。	利用者の友人の訪問に対しても支援がなされるなど入居前の関係維持に努めている。納涼祭の開催にあたっては多くの方に来訪してもらえるよう広報に努めており、ホームへの来訪のきっかけづくりにも取り組んでいる。	
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	個別に話を聞いたり、相談にのったり、皆で楽しく過ごす時間や、気の合う同士で過ごせる場面作りをするなど、利用者同士の関係がうまくいくように職員が調整役となり支援している。		

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
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	他の施設に移ったりした人も面会をしたり、家族との交流、行事参加を呼びかけている。		
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	日々のかかわりの中で声かけ、把握に努めている。	入居時には身体状況等の情報を細かに聴取しており、それらをもとに職員間で検討・共有し、安心して迎え入れられるよう取り組んでいる。またチラシなどを見ながら買い物の相談をするなど自然な会話の中から利用者の要望聴取をする姿が見受けられた。	
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	本人や家族、関係者等から聴き取るようにしている。レクリエーションや行事参加で、プライバシーを配慮しながら把握に努めている。		
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	生活、心理面の視点や出来る事に注目し、その人全体の把握に努めている。		
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	日頃のかかわりの中で、思いや意見を聞き、反映させている。アセスメント、モニタリング、カンファレンス等を含め、意見交換を行って、介護計画を作成している。	日常の状況が一覧できる状況表、利用者それぞれに立てられたチェック項目表、職員からのケアプラン作成アンケート、個別のカンファレンスなど多様な記録や確認に基づきケアプランの策定・改定がなされている。	
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	個別にファイルを用意し、食事、水分量、排泄等身体的状況や薬の確認をしたり、本人の言葉、会話等ケア記録に記入し、職員間の情報共有を徹底する。介護計画は常時記録とともに見られるようにファイルしている。		
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、家族の状況に応じて、通院や送迎など必要な支援を柔軟に行っている。医療連携体制を活かして、医療的にも利用者にとって個々の満足を高めるよう努力している。		

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
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	利用者が安心して、地域で暮らしを続けられるよう民生委員、ボランティア、消防、図書館等、普段から活用したり連携をとっている。		
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、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	本人・家族が希望するかかりつけ医、又は協力病院となっている。受診や通院に本人・家族の希望に対応している。	入居前からの継続受診に対する支援、個別の往診や訪問看護の受け入れなど一人ひとりの希望と状況にあわせた対応に配慮がなされている。受診時は日常の様子を伝えられるよう記録が整備されている。	
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、日頃の健康管理や医療面での相談、助言対応をしてもらっている。		
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。	家族とも協働しながら、医療関係と三者一体となって、退院計画を具体的に話をする。		
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	重度化に伴う不安に、藤の里が対応しえる最大のケアについて説明を行っている。	状況の変化に対応しながら・本人家族の希望を考慮しながら・事業所のできる支援の理解に努めながら・関係機関との連携を図りながら重度化の対応に向き合っている。	
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	救急救命研修に参加したり、勉強会を行っている。日中、夜間とマニュアルを作り、職員全員に周知徹底をしている。		
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	2ヶ月毎に防災訓練を実施し、災害時の対応に準備している。	2か月に1回の避難訓練の実施は、法定を大きく上回る実施回数であり、災害に対する危惧と利用者の安全を願う理念が表すものである。また訓練の想定は夜間・火災・地震・停電など多様になされている。	

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
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	常に言葉使いや、介護方法などに配慮するように、申し送り時等を利用して活かしている。記録などについての守秘義務を励行しており、管理についても留意している。	明るい会話により利用者に配慮した言葉かけがなされており、利用者からは挨拶や感謝の言葉が自然に返されている。また排せつ時もありげない誘導にて支援がなされている。	
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	日常生活の中で、利用者に合わせた声かけ、本人の希望や意思に働きかけ、本人の意思決定を促している。		
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	その日、その時の体調に配慮しながら、個別性のある支援を行っている。		
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	本人の意思決定で衣類を選んでいる。支援が必要な人には、職員と一緒に考えて決めている。馴染みの美容院で染めたりカットしている。		
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	利用者の嗜好調査に添った食事の提供を心がけている。農家からの頂き物の野菜等は、利用者の好みを聞きながら一緒に調理したりしている。	調理専門のスタッフの配置・法人内の栄養士の照査等により食事の提供がなされている。食事の前後も利用者・職員による会話により明るい食卓となっている。	
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、水分チェックを毎日行い記録し、職員が情報を共有している。職員会議でメニュー、バランス等話し合っている。		
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	毎食後の歯磨き、うがいを、職員の声かけ介助により行っている。夕食後の口腔ケア時に必ず義歯洗浄を行っている。		

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
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	時間、リズムを把握し、トイレ誘導、声かけを促し、トイレ排泄ができるよう支援している。オムツ使用者ゼロ。	羞恥心・ケアをする職員の性別・プライバシーに配慮しながら支援に努めている。ケアプランのチェック事項や日々の記録も細かに記載がなされている。	
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、排泄、水分量の確認をしており、散歩、体操、お手伝い等体を動かす事により、自然排便を心掛けている。便秘の時は本人に合った、下剤で排便を促している。		
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ず、個々にそった支援をしている	本人のペースで入浴している。特に不満等無く入浴を楽しんで頂いている。	家庭的な個浴が用意されており、清潔が保たれた浴室となっている。転倒の防止や入浴時間に配慮しながら支援に努めている。	
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	不眠の人の原因を把握し、日中の体操、日光浴等活動を高め、安眠に繋げるようにしている。		
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	ファイルに個人個人の処方箋のコピーを入れ、職員が内容把握できるようにしている。服薬時本人に手渡し、服用確認をし、袋を回収している。毎日薬の配薬ファイルに薬を入替えており、服薬管理を行っている。		
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	役割、楽しみを持っている。掃除を手伝う人、食事をかたづけしてくれる人、園芸をする人、洗濯を干したりたんでくれる人、得意な料理をしてくれる人、新聞月刊誌を楽しみにする人等、楽しんでできる支援をしている。		
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	季節感を味わっていただけるよう散歩、外でのお茶のみ、ドライブ、花見観劇等体調に合わせ出かけている。	年間行事計画が策定されており、四季折々のイベントが楽しまれている。外食や家族との外出もなされており、天候や体調により外出機会が減ってしまうことに対して工夫と対応に努めている。	

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
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	基本的には家族から預かる。利用者が管理出来る人は、家族の協力を得て持っている。できる人への支援をしている。		
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	毎年年賀状を書いたり、書ける人は日常的に手紙を書いたり、孫とのやりとりを楽しんでいる。電話も希望時、随時かけられる支援をしている。		
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	花を活けたり、プランター、植木を置いている。ベンチやテーブルを庭先に置き、お茶を飲んだり、会話出来るスペースを造っている。	屋外には畑や花壇、室内にはカラオケ機器を設置するなど充実した環境が整えられている。皆で集まるリビングは明るく・天井が高い快適な共有空間となっている。	
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	フロアに、ソファ、長椅子を置いている。一人でいたり、気の合った人達でくつろいでいる。		
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	馴染みのもの、使い慣れたものを本人の意向、家族と相談しながら、居心地の良い居室に配慮している。	空調・テレビ・洗面台が完備した居室は、タンスなどの家具が自由に持ち込まれており、プライベートな空間となっている。	
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	本人にとって「何がわかりにくいか」「何がやっていただけるか」職員、担当等で話し合い、利用者の目線に立って不安を取り除けるよう、工夫し試みている。		

(別紙4(2))

事業所名 : グループホーム藤の里大越

目標達成計画

作成日 : 平成26年9月5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	13	介護の基礎が部分的に習得されていないので、接遇なども含め研修会等で習得したい。	利用者・家族に対して安心できる介護を実践できる	厚生労働省の推すキャリアアップ等の研修を実施、また正社員の一部は喀痰研修を実施	6ヶ月
2					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。