

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	2397400017		
法人名	有限会社 クレイドル		
事業所名	グループホーム いせ木 1階		
所在地	愛知県北名古屋市長瀬木郷前62番地		
自己評価作成日	平成21年9月10日	評価結果市町村受理日	平成21年11月30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.aichi-fukushi.or.jp/kaigokouhyou/index.html
----------	---

【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『サークル・福寿草』
所在地	愛知県名古屋市中村区松原町1丁目24番地 S101号室
訪問調査日	平成21年10月15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)】

玉石混合の介護施設の中でこの施設はどのようにしたら良いのかと考える時、グループホームとは何なのかという原点に立ち戻って本来のあるべき姿を求めるべきである。集団処遇から個別処遇へと移っていったのは何故なのか、どうしてグループホームは小さな単位でしか認可されていないのかを考えれば、自ずとその求めるものは見えてくる。利用者一人一人の個性に合わせたケアを丁寧に追い求めていけば、そのための負担も決して軽くはないかもしれないが、そこから生まれてくるであろう結果は大きなものになってくると思われる。私たちは是非ともそれを追い求めたいと思い、努力しているつもりである。

【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)】

管理者は第一に、利用者の立場に立って考え、自宅で過ごしているような環境を作り出すことに心を砕いている。普通の家庭で過ごす当たり前の自由な時間を保障するため、規制を排除し、利用者一人ひとりの状態に合わせた支援をしている。また、外出の機会も多く、買い物、喫茶店、バスピクニック、旅行等、自由な生活を充実させるようなプログラムを実践している。管理者の人柄によるものか、利用者も職員も解放的で温かみが感じられるホームである。職員が「(利用者は)私の家族ですよ。」と、朗らかに言っていたのが印象に残った。

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	ミーティング等機会がある都度理念の内容等について話すようにしている。理念は確認し易いように申し送りや夜勤待機をするスタッフルームに掲示している。	利用者の立場に立ち、生きてきた人生観を理解し、地域住民との交流の下、家庭的環境で日常生活を送ることができるよう支援することを理念としている。理念を掲示し、管理者と職員は理念を共有して日々のケアに取り組んでいる。	理念は事業運営の根幹となるものであるため、来訪者にも伝えられるよう玄関等誰もがみられるところに掲げることを期待したい。
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人として日常的に交流している	職員を伴い地域のスーパーなどに買い物に出掛けたり、散歩や外出をして近所の人に挨拶や声掛けするように努めている。	ホームの隣につくられた地域交流スペースを老人クラブの踊りの練習に開放している。練習当日には利用者も参加して楽しんでいる。老人クラブからは慰問に訪れたり、交流が密になされている。	
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	ホールを開放し利用してもらえるようにして相互理解を深めるように努力しているが、勉強会や講習会などを開催するほどの余裕はまだない。		
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	地域の代表の方々にはまず施設を理解してもらい、その上で率直な意見を出していただけるよう配慮している。互いに前向きな意見を交換でき、施設の運営に反映するよう	会議は、奇数月に開催されている。利用者、家族、老人クラブ会長、市役所職員、地域包括支援センター職員、施設職員が出席し施設概要、事業報告の他、利用者の生活状況や地域との交流について話し合っている。	
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	地域ケア会議を通じて行政や他施設からの情報収集や意見交換を行っている。認知症コーディネーター地域ネットに加入し地域連絡網の構築や情報交換を行っている。	管理者が隔月、市の地域ケア会議に出席し、職員が認知症コーディネーター地域ネットに参加し、情報交換をしている。	
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	夜間の戸締り以外は施錠をすることはない。それぞれの利用者の個性を重んじ、型にはめるような介護はせず、拘束と思われるようなケアは排除するよう努めている。	昼間は開錠されていて、来客用センサーがついているだけである。利用者の見守りが注意深くなされていて、利用者が出て行った場合にはすぐに職員が付き添い、利用者の気持ちを満足させるよう配慮している。	
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	虐待防止講座を開催し、虐待とは何かを考える機会を持ち、予防と防止に努めている。		

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
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	利用者は入居時にすべて身元引受人を擁しており、煩雑かつ費用負担の大きい制度を活用するまでに至っていない。		
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	入居時に家族に対して十分に説明するよう努めている。契約時に内容について同意書を作成し、医療連携や退所やターミナルケアについての考え方など理解を得ている。		
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	通信紙や収支報告など施設での状況報告をしたり、問題や異常があればその都度連絡相談をするようにしている。意見を聞く機会は運営推進会議以外には設けていないが、個別にでも意見が出ればすぐに対応するようにしている。	管理者、職員が開放的姿勢で職務を遂行しているため、家族は来所時に直接、管理者、職員に意見、要望を伝えている。現在までのところ、意見、要望に対しその場で説明することで解決がなされている。	
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	ミーティング時には積極的な意見交換ができるよう心がけている。普段からも意見がくみ取れるように気軽に話し掛けをしている。	ミーティングで、職員に意見を出しやすいよう働きかけている。日常的に職員の気付いたことを言いやすい環境にしている。職員の意見を受けて、処遇改善に取り組み、給与体系を刷新した。	
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	できる範囲での異動などの人事考課や、新人からのリーダー登用など、能力や経験が生きるようにしている。		
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	研修の機会は積極的に捉えて資質の向上に努めている。研修した職員による内部へのフィードバックができるよう、ミーティングで報告会を行う。		
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	協会への加盟や、地域ケア会議への参加、交流会への職員の派遣など積極的に取り組んでいる。		

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	積極的に会話を試み、その中から本人の人物柄や考え方を汲み取り生活歴などを知ることにより今後のケアに生かせるよう努めている。		
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	多くの家族が入居させることが目的で以後を考えていないので、入居は目的ではなく手段であることを認識してもらい、これで終わりではなくこれが始まりであり係わりが持てるよう説明している。		
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	施設によりそれぞれ特徴があることを説明し適切な利用を勧めている。相談時に必ずしも入居希望があるとは限らず、どのようなニーズがあるのか見極め必要なサービスを提案するようにしている。		
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	色々な家事に参加を促して共同生活をしているような意識付けを行っているが、本質的に利用者の気持ちの中から介護されているという気持ちを取り除くことは難しいと思われる。		
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	家族は介護を放棄したのではなく、生活環境の改善と生活自体の安定を求めてきている方が多いため、通信紙を発行して施設の様子を報告したり利用者の変化や要望に対して家族の意見を求め一緒に考えていけるようにしている。		
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	地元スーパーへ一緒に買い物に行ったり、馴染みの商店に出掛けたりして地域社会の中での生活を継続的にできるように努めている。	旧知の友人や近隣の人が月2～3回訪問したり、友人宅を利用者と職員が訪問することもある。また、自宅が近くの利用者は、散歩ついでに行ってみたりすることもある。	
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	気の合った者同士が話し合ったり、共同で作業したりできるように配慮している。		

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	死亡や入院などで退去された方がほとんどのため、以後のフォローはほとんどない。在宅に戻った方にはケアマネに引き継いだり情報を提供したりしてサービスの継続に配慮した。		
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	日々の生活の中で希望や意向を把握するよう努めている。本人の立場に立って介護するようにしているが、共同生活の中で不自由となる場合が出てくるのは止むを得ないことかもしれない。	入居時のアセスメント及び日々の会話の中から注意深く汲み取っている。施設のスケジュールをできる限り取り払い、利用者の気持ちを優先した自由な暮らしを実現できるよう支援している。	
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	利用者の生活歴や価値観などは入居時のヒアリングだけでなく、日常生活の中で把握するように努めている。		
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	毎日の生活の中でその人のできる事やしたい事を見極めて生活援助の中に活かすよう努めている。		
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	解決が必要なことや個人的な問題点などをミーティングで話し合い、介護現場に活かしていくようにしている。そういった話し合いの中から介護計画に反映できるものを汲み取っていくようにしている。	利用者とは日ごろの関わり合いの中から、また、家族とは来訪時の自由な話し合いの中から意見を聞き取り、ミーティングやカンファレンスを行ってケアプランに反映させている。	家族に向けて、ホーム便りに添えて、個別の近況についても加えられることについて検討されたい。
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	色々なチェック表を作成し細かく管理できるようにし、個人ファイルに転記することにより情報共有に繋げるようにしている。大まかなポイントは連絡引継帳に記述して遺漏がないようにしている。		
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	体験入居制度や家族と一緒に宿泊したりして理解を深めたり、医療受診や個人希望に対応したりして、できる限り個別処遇ができるようにしている。		

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	重要な季節行事などをボランティアの協力を得ながら行ったり、近くにある資料館や福祉施設を利用したりして変化のある生活が送れるように配慮している。		
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	提携医による定期的な往診や訪問看護による健康管理を行っている。希望によって家族が他の医療機関に受信させることも可能としている。	協力医院の医師と看護師が交互に毎週、訪れている。かかりつけ医は入居の際、協力医に変更することを原則としている。特別な診療科等で変更できない場合の通院介助は基本的に家族が行うこととなっている。	
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	訪問看護師に対して、健康や医療についての相談をしたり、提携医に引き継いでもらったりしてそれぞれの健康を保てるようにしている。		
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。	入院受入病院とも契約関係を結び、主治医との情報交換や施設からの情報提供に努めている。		
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	入居時に施設の方針について説明し理解を得るようにしている。	契約時に重度化や終末期の方針について、利用者、家族と相談、説明し、同意書を作成している。その後、相談を重ね、必要に応じて方針を変更することもあるが、その方針は、利用者、家族と共有している。	
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	消防署の協力を得て、施設内にて救急処置法や心肺蘇生法などの講習会を開催している。		
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	避難訓練を行うことにより緊急時の対応に混乱がないよう、また適切な対応ができるようにしている。	当日勤務している職員、利用者で年間4回程度、台所から出火しエレベーターは使えないという設定で避難訓練を行っている。備蓄についてはリストアップし準備を進めているところである。	少人数の避難だけでなく、全員で行うことも期待したい。また、検討段階の災害用備蓄品についても、確保することを期待したい。

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	個人のプライバシーや尊厳を重視し、これを守るよう配慮している。	利用者の部屋に入る場合や個人の持ち物に触れる場合は必ず本人の許可を取っている。利用者の話を根気よく聞き、人と人としての付き合いを重視することで利用者の尊厳を守っている。	
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	利用者の嗜好を理解するように努め、それに合わせた処遇ができるようにしている。選択が可能なことにはできるだけ希望を聞き、自らの意思で決定できるようにしている。		
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	毎日の固定されたスケジュールをできるだけ減らし、個人生活の自由性を尊重するようにしている。		
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	外出着と普段着とは区別したり、それまでの好みを尊重できるように着衣は着なれたものから選択できるようにしている。ケアのし易さではなく、好みと個性を重視している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	共に買物に出掛け、できる範囲の下準備や配膳に参加して食事が楽しみになるよう配慮している。下膳や洗い物にも参加してもらい生活意識を持ち続けられるようにしている。	食事担当(担当は半年ほどで交代)の職員がメニューを作成している。利用者の好みは普段の会話より聞き取り、食べられないものがある場合は、代替物を用意している。準備、後片付けは、男性利用者も参加して、その人ができる事をしている。	
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	季節感と栄養価を考えて一週間分づつメニューを作り、その摂取量をチェックしている。水分摂取においても一日の摂取量をチェックし、確保に努めている。		
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	起床時と就寝前及び毎食後に口腔ケアを行っている。残渣物による健康への影響や肺炎防止に努めている。		

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
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	半数ほどではあるが、失禁等がある方にはRパンとパットを使用し、定期的にトイレ誘導し排泄を促している。	チェック表を使用して、その人の状態を詳細に記録し、その人の排泄パターンに合わせ、定期的にトイレ誘導している。失禁等があった場合は、周りに気付かれないように自室へ誘導し着替えの支援を行っている。	
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	便秘気味の方には朝ヨーグルトやフルーツ等を摂っていただいたり、散歩などを促し運動できる機会を増やしている。		
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	入浴日は週3日と決っているが、毎日入りたい方は、別ユニットでも入って頂けるよう支援している。	入浴は毎日、午後、用意されていて、利用者は半数ずつ1日おきに入浴している。希望であれば毎日も可能である。入浴拒否の利用者には足浴から勧めるという工夫をしている。	
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	今までの習慣に近い状況で生活して頂けるように、自由に休んで頂けるようにしている。		
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	主治医から直接処方してもらい、薬の用法等は指導してもらっている。その効果や結果は主治医にフィードバックし、よりよい健康管理に努めている。		
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	園芸や炊事、裁縫など得意なことがいかにせるように役割を持って活動できるよう配慮している。		
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	朝の散歩だけでなく、食材の買い物時などに同行してもらったり、喫茶店に出かけたりする機会を設けて外出する機会を多く持つようにしている。	可能な限り散歩に出かけ、時には喫茶店にも立ち寄りしたりしている。月に2、3回は車で少し遠くのショッピングセンターや市の施設にも出かけている。また、年に2回ほどは遠方の温泉やお花見も企画されている。	

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
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	管理できる人には少額であれば本人に任せ、買い物に同行して使うことができるようにしている。お金を持つことにより精神的に安定する人が多く、手元に置きたい人には置いていただくが、但し無くしても後悔しない程度の金額である。		
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	電話したいという希望がある場合事務所まで来てもらってその支援を行っている。郵便を出す人もあり、その援助をしている。		
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	什器備品類はできるだけ家庭で使用されているものを配置したり花を飾ったりしている。居間は採光に配慮され、明るく開放的になるようにしている。	広々とした陽あたりのよいウッドデッキがあり、時にはテーブルを出し、お茶を楽しむこともある。リビングは広すぎず落ち着いた雰囲気である。利用者が作った手入れのよい菜園があり、収穫物が食卓に供されている。	
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	居間ではソファを2基、ウッドデッキではベンチを設置し居場所作りをしている。ウッドデッキからはそのまま菜園にでられるようにし、散策できるようにしている。		
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	入居時に使い慣れた家具や衣類を持ち込んでもらっている。	利用者が使い慣れた整理ダンス、鏡台、テレビ等を持ち込んで、一人ひとりが個性に溢れた居心地の良い居室づくりができるように、その人らしい工夫をしている。また、居室の床にカーペットを敷くことは可能である。	
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	必要な個所には手すりを設置したり、トイレや浴槽等も使いやすいように配慮している。車椅子の自走ができるよう広めの廊下や扉を採用している。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム いせ木

目標達成計画

作成日: 平成 21年 11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	26	利用者の個別の近況について、家族への報告が十分でない。	毎月家族宛てに送付しているいせ木通信と同時に、個別の状況報告書を送付するようにする。	職員を担当割り振りして、利用者の個別状況について報告する書類を作成するようにする。	2ヶ月
2	13	外部研修などは機会ある毎に参加しているが、内部研修についてはあまり実施されていない。	研修計画に沿って定期的に研修会を開催し職員の資質の向上を図る。	職員間でテーマに沿った担当を決めて講師となり、研修会を開催する。	3ヶ月
3	35	災害時の緊急用備蓄品がまだ揃っていない。	三日分の食料や災害時の用品を買い揃えて備蓄し緊急時に備える。	用品のリストアップは終了しているので、順次購入し備蓄していく。	3ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月