

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	3170200152		
法人名	社会福祉法人 こうほうえん		
事業所名	グループホームかわさき		
所在地	鳥取県米子市両三柳5332		
自己評価作成日	平成22年11月30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)】

利用者の自発的な家事全般への手伝いが、役割として日常的に行なわれている。職員と共に個々の力を出し合いながら共同生活が営まれており、利用者同士の交流もある。家庭的な雰囲気を大切に笑顔が引き出せる関わりに努めている。自己決定して頂くことを大切に、生活のどの場面でも声を掛け個々の希望を聞くように努めている。地域自治会との交流も、今年度は近くの公園に花壇を作り利用者と共に管理する等継続した取り組みが実施出来た。地域の行事、防災訓練にも参加する等交流の機会が増えている。

※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	http://www.pref.tottori.lg.jp/dd.aspx?menuid=33690
----------	---

【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8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)】

1ユニット9名の家庭的な雰囲気を利用者と職員が和やかに生活を過ごしている。24時間対応の医師との連携が行われ、状態変化の際の安心感が得られている。昔ながらの料理作りに利用者も積極的に参加し、職員とともに食事の準備から片付けまでを楽しむ取り組みがなされている。地域との交流は、自治会との協力が進められ、夏まつりへの出店が行われ、一斉清掃や防災訓練にも参加している。今年度の事業計画にホームの社会化をうたい、広報誌の発行を考慮中である。市へ申入れて近くの公園に花壇を作り管理している。利用者も楽しみに立寄り、手入れもしているとのことである。近隣との交流の一助にもなろう。

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

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	法人の理念、基本方針、ホームの理念、介護10原則を掲示している。毎日のミーティング時に唱和を行なっている。月1回の職員会議にて今年度の目標の振り返りを行い次月の取り組みに繋げている。	法人の理念を始め、2010年スローガン・基本方針・グループホーム理念・GH介護10則などが掲示されている。毎日の朝礼では、職員ハンドブックの「互恵互助」の読み合わせを行っている。	
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	年末には地域の子供会を招いて餅つき大会を開催したり自治会の回覧板のやり取り、清掃活動への参加など地域との交流を大切にしている。近くの公園に花壇を作りホームで管理している。	計画されている年間行事の中で、いくつかが地域の住民や子供との連携を目指している。公民館祭やクリスマス会、餅つき、豆まきなどである。防災の連携も徐々に進められている。	
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	毎月「何でも相談日」を設け法人の広報誌へ掲載している。地域のいきいきサロンにて開催の、認知症キャラバンメイトの講習会に、ホーム職員も参加した。		
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践、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	運営推進会議の開催を隔月の第一火曜日とし定期的な開催が出来ている。、ホームの状況を報告し意見交換の場としている。運営推進会議での意見をサービスの向上に活かしている。	自治会長・民生委員・地域包括センター・家族代表などが出席して運営推進会議が2カ月ごとに行われている。地域の情報なども伝えられ、認知症キャラバンメイトの講習会への参加などが行われた。	
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	入退院、事故についてもレベルに応じて報告しており事業所内にある地域包括支援センターとも連携をとり情報の入手に努めている。	市役所や地域包括支援センターとは、利用者数の充足状況や事故報告などでコンタクトしている。生活保護や介護保険関連も相談している。	
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	全職員が身体拘束をしないケアについて理解しており実践している。玄関の施錠については早朝、夜間の職員が1人の体制となる以外は開放している。	法人の身体拘束ゼロ宣言に従い、拘束は行っていない。屋外への出入り口が昼間は施錠していない時がある。拘束ゼロと侵入者防止との兼ね合いが、難しいレイアウトである。	
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	法人全体でも虐待について取り組み、学ぶ機会もあり全職員が意識し防止に努めている。		

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	入居時やご家族より相談を受ければ情報提供できるように努めている。全職員へ理解を深めるために資料の配布をしている。		
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、納得が得られた時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	法人本部から年1回利用者、家族へのアンケート調査が行なわれその結果を運営に反映させている。事業所内にご意見箱を設置しており苦情、要望を表出し易いようにしている。	法人が行う家族アンケートや外部評価の時のアンケートなどで意見・意向を把握している。利用者の意向も、職員の日常の会話で得られつつある。	
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	月に1度の職員会議や毎日行なわれるミーティング時に職員の意見等を聞く機会が設けられており反映されている。	職員の意向は人事考課時の面接や日常の職員会議や管理者への報告・相談の時に得られている。	職員が将来に向けて、どのように自分の能力を向上させるかの提案などをする機会を作ることが期待される。
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	法人主催の研修制度等各自がやりがいや向上心を持って働ける環境、条件の整備が整っている。		
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	職員個々に教育訓練計画を立てており法人内の研修への参加は計画的に行なっている。法人外の研修に関しても掲示しており参加を促している。		
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	法人内のグループホーム管理者が月に1回は集まり職員の相互研修についても検討し実施している。		

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
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	入居前に、本人、家族にホーム内の見学をしていただいたり、自宅に伺い生活状況の把握、本人の思いを聴き安心していただけるよう努めている。入居前の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	入居前に、今までの生活史、要望などを本人、家族より聞き取り関係づくりに努めている。		
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	本人、家族の意向状況等を確認し必要としている支援の提案をしている。ケアプランセンター、地域包括支援センター等と連携し他のサービス機関への橋渡しをしている。		
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	本人の自主性を尊重し、利用者個々の得意分野を理解し生活場面に活かせるよう関わっている。		
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	面会時や電話、手紙などで近況を報告しご家族との連携を密にしている。ご家族と信頼関係を築き共に本人を支えていけるように取り組んでいる。		
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	以前住んでおられた家にご家族と外泊されたり実家近辺の馴染みの場所まで定期的に外出し馴染みの近所の方と交流を図っていただけるよう支援している。	利用者の自宅が近隣にある人も多く、自宅への外泊や、昔馴染みの友達と交流している。隣のデイサービスに友達が来ている利用者もいて、出会いのチャンスを得ている。	
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	利用者同士の関係を把握し食事の席を固定し居場所の確保、安心につなげている。仲良しのご利用者同士での外出の支援など行なっている。		

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
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面会に行ったり、必要な家族には随時情報を発信し相談に乗っている。		
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	利用者個々の思いを大切にに取り組んでいる。利用者の声や表情、態度などから気持ちを汲み、情報を共有し統一したケアが出来るよう努めている。困難な場合はご家族より意向を把握している。	入居時に入手する書類や家族からの聞き取りにより、利用者の生育歴や生活歴を把握しており、思いや意向に沿った支援ができるよう取り組んでいる。	
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	これまでの生活歴など本人、家族から情報収集し自宅での生活に近づけるよう努めている。		
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	介護日誌、個人記録等より利用者の心身の状況把握に努め個々の生活ペースを大切に支援している。		
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1回のチーム会にてモニタリングを行いケアのあり方を話し合ったり本人、家族と共にカンファレンスを行い意向に沿った生活支援計画書を作成している。		
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	利用者個々の記録をとる事で情報を共有している。毎日のミーティングでの話し合いと実践を記録に残し介護計画の見直しに活かしている。		
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、その時々にも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	デイサービス、地域包括支援センター、居宅介護支援センターとの連携の中で柔軟な支援がとり易い環境にある。今後は外部ボランティア要請も検討したい。		

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
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	公民館活動、地域の行事を把握し参加するようにしたい。		
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	利用者、家族の希望するかかりつけ医で医療を受けられるよう通院介助を協したり往診にきてもらっている。診察の際は情報提供し主治医、家族、ホームの連携をとっている。	かかりつけ医は入居前からの継続の利用者にも通院の際には必要に応じて同行することもある。受診や往診の際には情報提供を行い連携を取っており、関係性を構築している。	
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	定期的に訪問看護の訪問があり健康管理、医療面での相談をしております事業所内の看護師にも相談することが出来る。		
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表にて医療機関にホームでの支援状況を情報提供している。入院中は、職員が定期的に訪問するようにしており退院時には、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	重度化や終末期のあり方について早い段階から本人、家族と主治医を交えてのカンファレンスを行い終末期に対する意向の確認をしている。法人内の看取りケア研修にも参加している。	法人には看取り指針や同意書が作られており、看取りに対しての体制はある。また、家族にも意向の確認をするなどその時に備えている。	グループホームでの看取りに対しての考え方や方向性などを職員全体で考察する必要性が感じられる。また、延命に関しての説明がほしいところである。
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	急変時のマニュアルを事業所内に常設しており法人内の研修にも参加している。		
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	年2回防災訓練を実施しており地域の自治会の方の訓練の参加もあり、応援体制についても近隣の住民へ火災通報装置への電話番号の登録の依頼をしている。備蓄品も準備している。	火災に備え、火災通報装置を設置したり、スプリンクラーを設置した。また、自治会とも防災協定を結び、春には消防署の指導による初期消火訓練を自治会代表と近所の公園で実施した。	事業所の特性上、夜間や地震などの様々な想定による防災訓練の開催が望まれる。また、職員が救命救急講習に参加するなど、さらに緊急時対策に取り組まれない。

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	利用者に声を掛ける際には声のトーンや大きさに配慮し尊厳を損なわないように心掛けている。記録類は施錠できる場所で保管している。	利用者とのかかわりには、さりげない言葉かけや声のトーンにも注意を払っている。年長者としての配慮ある対応を心がけている。	
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現したり、自己決定できるように働きかけている	発語の少ないご利用者には表情、仕草などより思いを汲み取るように心掛けている。利用者の意志を尊重し飲み物を選んでもらったり食事の献立作りにも参加していただいている。自己決定できる雰囲気作りに配慮している。		
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	利用者の希望を最優先に考えその人らしさを大事にし一人ひとりのペースに合わせて過ごしていただいている。		
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	化粧をされる利用者には化粧が出来るよう声掛けし服を選んでいただけるよう支援をしている。理美容についても移動理美容者や近隣の理容室の利用などその人に合ったおしゃれが出来るよう支援している。		
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	献立作成時より利用者、職員と一緒に取り組んでいる。食材の買出し食事作り片付けも率先してしてくださっている。食事が楽しみなものとなるよう会話の内容にも工夫している。	献立を作成した後、法人の栄養士が、栄養や食材の偏りなどを確認している。昔ながらの料理を利用者と職員が手分けして作り、片付けにもかかわるなど、食事に対して、作る段階から楽しんで参加している。	
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	栄養バランスは、毎日の献立を母体施設の管理栄養士に確認してもらいアドバイスをもらっている。食事量、水分量はチェック表があり確認しながらすすめている。		
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	毎食後の口腔ケアを支援しており、個々の状態にあったケアを心がけておりくりーナーブラシ等も使用し清潔保持に心掛けている。		

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	排泄チェックを実施し個々の排泄パターンをつかめるようにしている。又トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行なっている。法人内の排泄ケア研修にも積極的に参加している。	支援が必要な利用者には排泄チェックを行っている。排泄の自立に向けた支援としては、排泄パターンを把握し、それに沿ったトイレ誘導や布パンツの使用など、利用者が出すサインを確認して支援を行っている。	
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	毎朝の牛乳、カスピ海ヨーグルトの摂取や雑穀ご飯、センナ茶を毎日提供し食生活、散歩や体操などの運動より便秘予防に努めている。薬に頼らない対応に努めている。		
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	入浴は24時間循環式であるため利用者が希望すればいつでも対応出来るようになってい。浴槽への手摺りの設置など安全に安心して入浴出来るよう配慮している。入浴できない日も足浴を実施し楽しみにして下さる利用者もおられる。	入浴は毎日午後2時半から4時半までに実施している。利用者は1日おきで入浴をしており、循環式ではあるが、毎日湯を落とし、清掃するなど清潔な入浴を提供している。	脱衣場に洗濯機や乾燥機、洗面台、椅子などが置かれ、入浴までの動線に無理が生じており、入浴環境の整備が求められる。
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	利用者の個々の身体状況に合わせて昼食後などに休息の支援をしている。室温調整、明るさにも気を配っている。		
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	処方箋のファイルを作りいつでも見れるようにしており薬の変更時には処方箋を回覧しミーティング時にも共有している。主治医とも薬の副作用等状態の変化を報告し連携をとっている。		
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	化粧や針仕事、編み物、そろばん、パッチワークなどこれまで在宅で行ってきたことを引き続き出来るように配慮している。地域との交流も行事等を通して出来るよう努めている。		
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	利用者の意向を確認しながら食材の買い物、近隣への散歩は日常的に行なっている。家族の協力を得て一時帰宅や利用者の馴染みの場所へ行くなど個別の外出の支援もしている。	利用者の要望に応じて、職員とマンツーマンで出掛けたり、車を2台使って皆で初もうでや菖蒲や藤を鑑賞に出かけている。また、日々の買い物に行ったり、家族とともに自宅へ帰宅することもある。	

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	現在、現金所持可能な利用者1名はおられ、買い物希望の際現金を持ち自分で支払いもされている。		
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	利用者が電話をかける事を希望されれば使用していただく支援をしている。		
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	リビングホールには花や緑やタペストリーを飾って季節感を感じていただけるよう配慮している。食事作りの音、臭いなど五感に働きかけるよう配慮し不快にならないよう音、明るさ、温度にも気を配っている。	ところどころに置かれた、ソファーや椅子で利用者が思い思いに過ごすことができる。中庭を中心に居室やデイルームを設置し、観葉植物を置いたり利用者手作りのパッチワーク作品を飾るなど、家庭的な雰囲気がある。	
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	食事の席は気のあった者同士が座れるよう配慮しホーム内にソファー、椅子を何箇所か配置し居場所作りの工夫をしている。		
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	利用者のなじみの家具や写真を飾らせていただいたり趣味の作品を飾り居心地よく過ごしていただけるよう配慮している。	利用者それぞれの好みのレイアウトで居室を過ごしやすいしており、自宅にいるときと変わらず、寛げるようにしている。	
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	自分の居室やトイレの場所がが解るよう工夫している。		

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	13	緊急時の対応に不安がある。	緊急時に落ち着いた行動が出来るようになる。	・年間の消防訓練計画を立て、1ヶ月に1回は訓練を行う。 ・救急法の講習会への参加(全職員)	12ヶ月
2	2	地域にグループホームから情報発信することが少ない。	地域の方にグループホームと認知症を理解していただく。	年4回は、グループホーム便りを発行する。	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。