

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	3591000033		
法人名	社会福祉法人 大和福祉会		
事業所名	グループホーム やまとの里		
所在地	光市岩田267		
自己評価作成日	平成23年5月4日	評価結果市町受理日	平成23年8月15日

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

基本情報リンク先	http://kaigosip.pref.yamaguchi.lg.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【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 やまぐち介護サービス評価調査ネットワーク		
所在地	山口県山口市吉敷下東3丁目1番1号 山口県総合保健会館内		
訪問調査日	平成23年6月28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)】

利用者のみならず、家族との絆を大切にしている。
 利用者にはいつまでも家族としての一員であるという思いを持ち続けてもらうために、利用者と家族が交流を深めれるように支援している。
 また認知症サポーターの養成に力を入れ地域で認知症高齢者を支えている。
 施設に入所された利用者のADLの低下の防止に努め、要介護度が軽減されるように支援しています。

【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)】

事業所だよりの「やまとの里便り」と共に、利用者の一ヶ月の様子がわかるように、一週間毎の状況が具体的に記録された「やまとの里通信」を利用者の家族に送付され、利用者の様子や事業所の状況を詳しく伝えられ、利用者と家族、事業所の信頼と絆を深めておられます。法人の同一敷地内のあちこちに6体のお地藏様を安置し、参詣などを通し、散歩や外出を促す工夫をしておられます。グループホームや認知症についての理解を深める為、併設する認知症ディサービスセンターを活用し、地域の認知症キャラバンメイトにより、認知症サポーター養成講座を開催し、地域で認知症の理解者や支援者が増えてゆくような働きかけもしておられます。

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	
57	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	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんど掴んでいない	64	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	○	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
58	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある	○	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	65	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	○	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
59	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている	○	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	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	○	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
60	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	○	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	職員は、生き活きと働けている	○	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
61	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている	○	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
62	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	○	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	69	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
63	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	○	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	管理者は職員に対し、毎日運営理念とその意味を伝達し、実践に繋げている。	理念を事業所内に掲示し、管理者及び職員は日々、理念の意義やその意味を話し合い、共有しながら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	現在個人ボランティアの受け入れや、交流は行っているが、まだまだ地域の理解は薄いと感じるため働きかけを必要とする。	地域住民を対象にした認知症サポーター養成講座を開催し、参加した地域住民やレク活動時のボランティアなどと交流している。	
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	キャラバンメイトと協力し、認知症サポーター養成講座を開催し、地域で認知症高齢者を支えられるように支援している。		
4	(3)	○評価の意義の理解と活用 運営者、管理者、職員は、自己評価及び外部評価を実施する意義を理解し、評価を活かして具体的な改善に取り組んでいる。	自己評価及び外部評価の実施する意義を理解し、評価を活かし実践している。	運営者、管理者、職員は自己評価・外部評価の意義しており、項目にそって、職員と話し合いながら現状を確認し、具体的な改善に取り組んでいる。	
5	(4)	○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	やまとの里通信を見せながら日常の様子を報告し、頂いたアドバイスは実践に繋げている。	2ヶ月に1回開催している。事業所の利用状況や取り組みについて報告し、意見交換して、それらの意見をサービスの向上に活かしている。	
6	(5)	○市町との連携 市町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	市の職員に担当者会議に出席していただいたりして関係を密に行い、情報交換をしている。	運営推進会議出席以外にも日頃から連絡を取り、課題について相談、助言を得るなど協力関係を築いている。	

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
7	(6)	○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	身体拘束禁止の必要性を理解し、身体拘束及び施錠は行っていない。	身体拘束について、職員全員が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。	
8		○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	全職員が虐待防止法を理解し、職員全員が虐待防止に努めている。また利用者に傷等が認められる場合にはその傷当の原因を突き止め、虐待が無いが早期発見できるように心掛けている。		
9		○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	対象者が居ないため、現在取り組みはしていない。		
10		○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	契約時にしっかりと説明し、理解を得ている。また契約後でも家族からの問い合わせには真摯に対応している。		
11	(7)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等からの相談、苦情の受付体制や処理手続きを定め周知するとともに、意見や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	家族も参加する担当者会議にて意見の交換を行ったり、やまとの里通信を見てからの家族の意見を聴取し、実践に繋げている。	相談や苦情の受付体制や処理手続きを定め周知している。運営推進会議や担当者会議への参加時に意見を聞いたり、随時の相談にも対応している。出された意見を運営に反映させている。	
12	(8)	○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	2ヶ月に1度勉強会並びに業務内容の見直しを行い職員と意見交換を行い、必要であれば改善を行っている。	2ヶ月毎に研修を含め、業務内容の見直しや意見の交換を行い、日常的にも必要に応じた話し合いを行っている。職員の提案により、利用者の状況に応じた勤務時間の変更など、運営に反映させている。	

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
13		○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	行事担当及び、業務分担を決め各職員が責任とやりがいをもって業務が行えるように配慮している。また職員の勤務功績等は公平に評価し還元している。		
14	(9)	○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	法人内外の研修は積極的に受けさせている。管理者は職員自体のケアや職員が持てる力を発揮しやすい環境を整えるように支援している。	2ヶ月に1回内部研修を行っており、法人内研修や外部研修への参加の機会を提供している。日常的に管理者が働きながら学べるように支援している。	
15		○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	光市にはグループホーム連絡協議会が無いため、同法人内の同業者との交流を行っている。		
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
16		○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	本人との面会及び、調査票の作成を行い、本人の意向確認と信頼関係の構築に努めている。		
17		○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	上記同様に家族にも積極的に意見を聞き、サービス内容に反映させている。		
18		○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、家族の意見・意向を尊重し、柔軟に対応している。また必要であればマッサージ等のサービスも提供している。		

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
19		○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	利用者と職員は家事分担を行っている。また利用者が利用者を介護するような環境も作っている。		
20		○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	利用者の状況を見て、外出や外泊が家族によって行われるように助言している。		
21	(10)	○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	本人にとってなじみの環境や場所への外出支援や、馴染みの人との交流が持てる様に積極的に支援している。	家族や友人、知人の訪問があるほか、かつて親交のあった法人内のデイサービスや特別養護老人ホームの利用者との面会など、馴染みの人と交流が出来るよう支援している。馴染みの地域や場所に出かけるなどの支援も行っている。	
22		○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	席の位置やレクリエーションメンバーの選考等に配慮し、また職員が利用者間を取り持つことで円満な関係作りに努めている。		
23		○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	入院中はお見舞い、別施設に移った場合は定期的に面会し状況の把握に努めている。		
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					
24	(11)	○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	定期的にサービス担当者会議を開催し、本人の希望や意向の把握に努め、サービス計画に反映させている。	日々の関わりの中で、本人の思いや意向の把握に努めている。困難な場合は本人本位に対応している。	
25		○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	調査票を提出してもらい把握をしている。		

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
26		○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	本人の健康状態を把握し、個人に合わせた生活リズムを大切にしている。		
27	(12)	○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	家族の面会時には必ず意向等の確認を行い、また事業所の方針の説明を行っている。また総合的に意見を聴取し、現状に即した介護計画を作成している。	利用者・家族・主治医の意向を聞き、介護計画を作成している。6ヶ月毎にモニタリングを行ない、状況に変化が生じた時は、その都度、現状に即した介護計画を作成している。	
28		○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	本人が言った言葉をそのまま経過記録表に記入し、昼礼で伝達し必要であれば改善している。 また日々の様子や実践状況は経過記録及び申し送りノートで確認している。		
29		○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	臨機応変に取り組んでいる。		
30		○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	スーパー及び地域ボランティアの援助を受けて積極的に交流を持てるようにしている。		
31	(13)	○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	行っている。	本人・家族の希望を大切にし、適切な医療が受けられるよう支援している。定期的な受診や緊急時の受診についても送迎や付添いなどの対応をしている。	

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
32		○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	看護職員が常勤で勤務し、健康状態や注意点の把握や伝達及び適切な処置を行っている。		
33		○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。	医療連携室と調整を取り、情報交換や適切な治療が受けれる支援及び、退院後の対応を行っている。		
34	(14)	○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	本人・家族の意向を事前に確認し、また実際に状況が終末期に入った時には再度、本人及び家族の意向を確認している。また同時に関係施設への入居状況の把握にも努めている。	重症化対応・終末期ケア対応指針があり、契約時に事業所でも対応できることについて、本人や家族に説明している。実際に重度化した場合には、本人や家族の意向を再度確認し、協力医療機関や関係施設と連携して支援に取り組んでいる。	
35	(15)	○事故防止の取り組みや事故発生時の備え 転倒、誤薬、行方不明等を防ぐため、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組むとともに、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、実践力を身につけている。	個々の利用者の状況を的確に把握し起こりうるリスクを予測し、事故発生の防止に努めている。 また勉強会等で応急手当等の学習を行っている。	事故・ヒヤリはっと報告書を作成し、その都度、原因と改善策を検討し、全職員に周知徹底し、一人ひとりの状態に応じた事故防止に努めている。マニュアルを作成し、急変や事故発生に備えた訓練を定期的に行い、緊急時の対応が出来るよう努めている。	
36	(16)	○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	やまと苑の防火管理者監督の元、実際に避難訓練を行い、避難体制の構築を行っている。	年2回法人全体での避難訓練や防災訓練を実施しており、災害や緊急時に備えた法人内の協力体制がつくられている。地域との連携は運営推進会議で話し合っている。	
Ⅳ. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
37	(17)	○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	管理者は職員に対し、高齢者の尊厳や個の尊重の重要性を説明し、理解させることで日々対応している。	管理者、職員は、人格の尊重やプライバシーの確保についての重要性を常に確認しており、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。	

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
38		○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	飲み物等は自分で選択できるように援助している。 何かを始めるときには本人に意思確認を行っている。		
39		○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	本人の生活リズムを大切にし、施設側のペースに巻き込まないようにしている。その中でも生活リズムが狂わないように注意している。		
40		○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	個性が表現できるような理容業者と提携。 衣服を選ぶ時に自分でコーディネートしてもらっている。		
41	(18)	○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	食事形態の工夫や嫌いな物はあえて出さず無理強いしない。また状況に応じてはメニューの変更も行う。	食事は法人内の厨房で作り、配膳を事業所内で行っている。月に一回はおやつづくりを楽しんでいる。職員は利用者と一緒に食事をしながら、食事が楽しみなものになるように支援している。食後、利用者は職員と一緒にコップの片付けや膳・台ふき等できることをしている。2ヶ月に1回、管理栄養士と、食について話し合っている。	
42		○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	個人個人で摂取量を考えて配膳し食事前・食事中・食後に水分が確実に摂取できるように考えて出している。また食事摂取量が安定しているか毎回確認している。		
43		○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	義歯洗浄剤を使い義歯の清潔保持に努め、また口腔ケアは食後毎回行い、利用者で満足に行えない方は職員が介助している。また義歯の破損や不具合が無いか確認している。		

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
44	(19)	○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	日中誘導を行い、排泄の失敗を減らし、またトイレで誘導することで排泄の習慣が衰えないように支援している。	一人ひとりの排泄状況を個人記録簿に記録し、排泄パターンを把握し、排泄パターンに応じた声かけや誘導を行い、排泄の自立に向けた支援を行っている。	
45		○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	水分の補給と運動を心掛けている。 それでも便秘する時は看護師の専門的知識で対応している。		
46	(20)	○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	入浴に関しては急変した時の事を考え、利用者及び家族の希望には完全に沿えない事を最初の契約時に説明している。	入浴は、毎日午前中に実施しており、体調やタイミングを見計らいながら、入浴が安全で楽しみなものになるよう支援している。	
47		○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	支援している。		
48		○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	努めている。		
49	(21)	○活躍できる場面づくり、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	個人の特性を理解し、適切に支援している。	野菜の収穫や花づくり、洗濯物たたみ等一人ひとりの力を活かした役割やカルタ取り、風船バレー、クイズなどの楽しみごとや編み物や縫い物などの趣味にも対応し、張り合いや喜びのある日々を過ごせるよう支援をしている。	
50	(22)	○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	要望が多いときは家族に協力を依頼している。 またそれ以外の時にはできるだけ外出できるように支援している。	法人の敷地内に6つのお地藏様を安置し、参詣など戸外に出かける機会としている。散歩や季節ごとの花見、ドライブにも家族の協力を得ながら、出かけられるよう支援している。	

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
51		○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	お小遣いを預かっていることを本人に伝え、実際にお金を使うときに出来るだけ本人に精算してもらうように支援している。		
52		○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	要望が無い。		
53	(23)	○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	窓から季節の花が見えるように植え替えをしている。 また加湿器や空調で快適な温度、湿度を保っている。	室内は温度・湿度・換気に配慮し、季節感ある作品が飾られ、テーブル・ソファも利用者が居心地よく過ごせるよう配慮されている。大きな窓からは緑がいっぱいの周辺環境や四季折々の植栽された季節の花が楽しめ、開放感を感じることができる。	
54		○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	ソファや外のベンチを使い一人一人の居場所作りを行っている。		
55	(24)	○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	工夫している。	使い慣れた家具や生活用品や思い出の品物をを持ち込み、壁のボードには、作品や思い出の品、家族との写真を飾り、安心して過ごせるよう配慮している。	
56		○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	本人の残存機能を最大限に活かす関わりを行っている。不必要で本人の残存機能の低下を招く様な関わりは行わない。		

2. 目 標 達 成 計 画

事業所名 グループホームやまとの里

作成日：平成 23 年 8月 15日

【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	27	日々のケアが介護計画に基づいて実践されているのかケアプランが個人記録とは別子のため反映されていないことが懸念されるとの指導を受ける。	ケアプランに基づいて実践されていると一目でわかるように、ケアプラン項目番号を明記して記録する。なお、随時アセスメントをおこないケアプランに反映させる。	個人記録に個々のケアプランを組み入れ、ケアプランにそった介護実践につながるよう記録用紙を改善する。	1ヶ月
2	36	火災・水害・地震などの避難体制のマニュアルはあるが、利用者の緊急事態である転倒時、意識障害、無断離苑、誤薬についてのマニュアルの必要性の指導を受ける。	緊急事態が起きた際、あわてることなく手順に従って行動できるようマニュアルを作成する。	緊急時マニュアルに転倒・意識障害・吐血・無断離苑・誤薬をあらたに加え職員で検討する。	3ヶ月
3	5	2ヶ月に一度の推進会議に、地域包括・地域代表・民生委員・ケアマネ・家族・認知症家族会会長などに常に参加していただいているが、自治会との交流が難しい。苑行事や防火訓練などにご協力いただける方の出席の検討を促される。	地域に密着できるよう地域のかたに一人でも多く推進会議に参加していただき感心をもっていただくとともに活動への賛同協力につなげる。	一人でも多くの方に関心をもっていただけるよう多方面に推進会議の案内状を配布し参加をよびかけ、活動への協力を結びつくような動きをする。	6ヶ月
4					
5					

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。