

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	4372900755		
法人名	特定非営利活動法人八竜会		
事業所名	グループホームまどか		
所在地	熊本県八代市坂本町西部い2877番地1		
自己評価作成日	平成24年10月13日	評価結果市町村報告日	平成24年12月24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://search.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 九州評価機構
所在地	熊本市中央区上通町3-15 ステラ上通ビル4F
訪問調査日	平成24年11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)】

目の前にゆったりと流れる球磨川、背後に緑深い山並みと、見慣れた風景の中でゆっくりと毎日が過ぎて行きます。日課の散歩では、入居者同士で車椅子を押ししたり、手をつないで歩いたり手を掛け合ったりと、やさしさに満ち溢れています。日常の中でも、長年培った知恵を授けて下さったり、お互いさまの心をさりげない動作の中で職員に教えて下さったりと、家族のような雰囲気の中で過しています。いつも笑顔と笑い声が響き、地域の方々も温かく見守って下さっている“まどか”です。

【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)】

球磨川沿いの自然に囲まれたホームは静かな環境にあり、入居者も職員も毎日をゆったりと過ごされている。入居者の入れ替わりがあり、家庭菜園の拡張や手づくりの防災頭巾・雑巾の作成など活動的になってきている。近隣の住民とは庭に咲いた花木を頂いたり、ホームでの行事に招待したりと良好な関係が構築されている。また認知症サポーター養成講座を開催し、認知症への理解や啓発に取り組むなど、地域での中心的役割を担っている。入居者同士の仲も良く、相互に助け合いながら笑顔が多い家庭的で和気藹々としたホームである。今後は生活リハビリを通して、身体機能低下防止に努めたいと考えています。

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	
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広がったり深まり、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、生き活きと働いている (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、安心して暮らせている (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	目につくところに理念を掲げ、朝・夕の引継ぎの時唱和をしている。	理念は玄関等の目に付きやすい場所に掲げ、新任の入職時にも説明している。職員申し送りの際に唱和し、理念に沿ったケアに努めている。	
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	自治会に加入し、毎月の会議や地区の清掃活動や行事にも参加している。ホームの活動や交流会の時、招待状を配布し参加してもらっている。	自治会へ加入しており地区の集会や清掃活動などへ参加し、地域との関わりに努めている。ホーム主催の行事「敬老のつどい」や音楽療法などの際に地域の方に招待状を配布し参加を呼びかけている。	
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	職員がキャラバンメイトに登録し、地域で活動している。		
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	入居者の現状報告や、個別のサービス内容の報告等を行っている。退去された方の御家族も推進会議の一員として、その立場から意見をいただき、サービス向上に活用している。	会議は2ヶ月毎に開催している。入居者、地区の老人会長や市担当職員などのメンバーで構成されている。ホームの状況や活動などの報告をおこない、意見を求めるようにしている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	行政の担当者とは機会ある毎に連絡を取り合っている。運営推進会議の時は必ず入居者の現状報告をしている。	市担当者とは日頃より連絡を取り合ったり、出向いたりして、相談や情報交換を行っている。	
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	身体拘束禁止については全職員が理解しケアに努めている。しかし、引継ぎの時たまたま鍵をかける事がある。	職員は研修などで身体拘束の弊害を理解しており、拘束のないケアに努めている。ホームから出て行かれる入居者に対しては、後ろから見守り、様子を見て声かけをしている。	
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	研修会や勉強会などで学んでいる。その上で防止に努めている。		

グループホーム まどか

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	研修会や勉強会などで学んでいる。身近な問題として、職員の中には成年後見制度について個別に勉強もしている。		
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	入居申し込みの時や契約締結時に、ゆっくりと時間をかけ説明をしている。その上で不安や疑問などを聴き、理解や納得を得られるようにしている。		
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	常に話し易い雰囲気作りをしており、家族の意見や不満・要望などを受け止める心構えは出来ている。	家族の面会時には入居者の状況報告をし意見を出しやすい雰囲気作りに努めている。意見や要望などが出た時は職員間で話し合い改善するようにしている。	
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	法人の理事長も参加したうえで、毎月職員会議を行っている。忌憚のない意見が言える場所となっている。	日頃のコミュニケーションから意見を把握するように努めている。毎月の会議には法人理事も出席するため直接意見を言うことができるようになっている。	
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	勤務状況・職務への意欲・研修への参加意欲や参加状況などを評価し、賞与や昇給などに反映している。		
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	資格取得希望等は相談に乗ったり、勤務調整したり応援をしている。地域のグループホーム連絡協議会主催の研修や、その他の研修なども勧めている。		
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	地域のグループホーム連絡協議会の研修や、親睦会などで交流を図っている。		

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
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	申込があった時点で、本人の思いや不安などを聞き受け止めている。入居時は本人の不安感を受け止め、一緒に行動し、一日でも早く日常生活が出来るよう努めている。		
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	家族の思いや不安を聞き、要望などは繰り返し確認する事で、安心感を持って貰えるよう努めている。		
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	入居の段階で本人が必要としている事、家族が要望としている事を実行できるようにしている。		
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	個々のレベルに応じ家事や趣味などの活動をしている。仲の良い入居者は一緒に行動をして貰ったり、お互いに助け合って家事をして貰っている。		
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	月に1度日常生活の状況を報告している。遠方に住む家族には、本人と共に電話で報告もしている。家族との外出時は、心身の現況を報告し対応してもらっている。		
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	自宅方面にドライブを計画し、近所の方と交流をしている。地域で行われる行事には出掛けしている。ホームへもいつでも寄って貰える様話している。	馴染みの関係を継続できるよう、自宅へドライブし近所の方と交流を図るような取り組みを行っている。地域の行事の際にも積極的に出掛け、ホームへの訪問を地域の方に呼び掛けている。	
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	入居者一人ひとりの個性や性格を見極め対応している。		

グループホーム まどか

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	入院や他施設に入居された方にはお見舞いや様子伺いに行っている。退去された家族の訪問もあり、入居時の話をしたり、現況を伺っている。		
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	毎日の生活から把握するようにしている。家族から新たに情報を得、家族に相談したうえで、本人の要望に添えるようにしている。	日頃の関わりやコミュニケーションから要望や意見を聞き把握するようにしている。困難な場合は表情から読み取ったり家族にも尋ねて要望に応えるよう努めている。	
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	家族の面会時や、知人などからも新たな生活歴や、暮しておられた時の状況などを把握できるよう努めている。		
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	日々の生活の中で把握し、プランや介護記録に記入し、全職員が把握しケアにつなげるようにしている。		
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	入居時は家族の情報を基に1ヶ月様子観察後、カンファレンスしプラン作成をしている。その後2ヶ月後モニタリング、6ヶ月ごとに見直しをしている。職員会議の時個々のカンファレンスをしている	入居時はしばらく様子を観察し、入居者が落ち着いた頃に、計画担当者を中心に職員で話し合い、家族の要望を取り入れたプランを作成している。毎月モニタリングを行い、カンファレンスで職員の意見を聞き半年ごとに計画の見直しをしている。	
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	個々の介護記録を作成している。引継ぎの時、一人ひとりの報告をし、職員間で共有している。記録を見ながら計画見直しや作成につなげている。		
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	家族の要請があれば通院介助を行っている。入居者の要望にも、可能な限り対応している。		

グループホーム まどか

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	地域資源の把握は出来ている。ホーム全体で支援できるようにしている。		
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、納得が得られたか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	月2回主治医による往診体制がある。家族による受診時は、生活や心身の状況を報告している。又年に2、3回ホームの看護師が同行している。電話での相談や指示も貰っている。	家族や本人の希望するかかりつけ医の医療を受けられるようにしており、主治医によっては月2回の往診を受けている入居者もいる。家族が通院介助をする場合は、状況を報告したり、職員が同行受診後には家族に報告している。	
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	ホーム内に看護師が勤務しており、情報や気づきはすべて報告している。必要な処置や指示・受診に対応している。		
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。	入院時は看・介護情報提供書を出している。頻繁に面会に行き、病状や治療の経過を收拾している。退院が決定したら、介護の方向性を決めるため、全職員が面会に行っている。		
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、重度化した場合や終末期の対応について説明をしている。また、かかりつけ医にも方向性を話している。	家族や本人には入居時に重度化や終末期に関しての方針を説明している。医療的処置が必要になった時に医師や家族と話し合い、ホームでできる最大の支援を行っている。	
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	救急法や事故発生時の対応について、外部の研修に参加したり、ホーム内で勉強会をしている。		
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	年2回防災訓練をしている。1回は近隣の住民にも参加してもらっている。避難場所の確認や、緊急時の連絡網の訓練もしている。	年2回夜間・昼間想定避難訓練を入居者や地域の方も参加して行っている。連絡網の訓練や防災頭巾を手作りし意識を高めている。	

グループホーム まどか

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	言葉かけには入居者に合わせた言葉使いも必要。職員間で注意し合う事もある。	方言を交えながらも人生の先輩として人格を尊重し、入居者に応じた言葉かけやプライバシーに配慮した対応に努めている。入浴や排泄時にもプライバシーに留意し対応している。	
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	行動や会話から、思いや要望を受け止めている。		
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し、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	入居者のペースを大事にし支援している。希望の内容によって、その日のうちに出来る事や、改めて日を設定したりなども対応している。		
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	家族と相談し、入居者に似合う衣類の組み合わせを話し合ったり、入浴時は好みの衣類を自分で用意したり、側で助言したりしている。		
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	個々の入居者の好みを把握しており、料理に活かしている。入居者自身が得意の料理を作ってみんなで食べる事もある。食事のセッティングや後片付けも一緒に行っている。	季節感や入居者の好みを考慮し、今ある食材をみて献立を立てている。頂き物や菜園の野菜をふんだんに使い、能力や気分に応じて一緒に下拵えや調理をしたり、買物も一緒に出かけている。職員は入居者と同じ食事を摂り、会話をしながら楽しい時間となっている。	
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	食事摂取量は毎食時に、水分量は飲水時にチェックしている。それに応じて好みの物を提供したり、代用できる食品を提供している。晩酌の習慣にも応じている。		
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	毎食後口腔ケアに誘導している。自分で出来ない人は、職員が援助している。夜間、義歯の方は職員が預かり管理をしている。		

グループホーム まどか

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	排泄チェックシートを作り、一人ひとりの排泄パターンを把握している。それにより、随時言葉掛けや誘導を行っている。	排泄のチェックシートを活用し、時間や様子により言葉かけやトイレ誘導をしている。夜間は入居者の状態に応じてポータブルトイレを使用したり、時間でのパット交換やトイレ誘導などを行っている。	
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	個々の排便パターンを把握し、食物繊維含有の多い食品や水分補給・牛乳・トロミ食などで対応している。余暇の時間に、運動や周辺の散歩をしている。		
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	日曜日以外の曜日を入浴日に充てている。その日の気分で入浴したり、気の合った人は一緒に入浴している。排便時にも対応している	基本的な入浴日はあるが、その日の気分で柔軟に対応し最低週3回入浴できるようにしている。汚染時にはその都度入浴やシャワー浴で対応し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	その時の状況に応じ、午睡や休息などに対応している。夜間覚醒が多い時は温かい飲み物を提供したり、冬場は湯たんぽを使用している。		
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	内服薬の変更があった場合、口頭で説明し、介護記録や日誌に記入している。副作用や特に観察の必要な所なども詳しく説明し、変化等の把握に努めている		
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	生活歴に基づいた習慣や趣味、野菜作り、手芸や唄など個々の楽しみを支援している。晩酌をされる方もいる。		
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	毎日の散歩や別ユニットへの訪問などを行っている。又買い物に行ったり、自宅へ行き地域の方との交流も支援している。家族と定期的に出掛ける方にはその日の状況を報告している。	散歩が日課となっており、菜園をながめに行ったり、近くの「まどかⅡ」を訪問したりしている。玄関先にはベンチがあり、外気浴を楽しむこともある。買い物や日頃行けない自宅へドライブし近所の人と交流を図るなどの支援を行っている。家族による外出支援もお願いしている。	

グループホーム まどか

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	自分で管理できる入居者には管理してもらっている。		
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	いつでも家族に電話が出来るようにしている。母の日や敬老の日のプレゼントなどのお礼の電話も支援している。		
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	トイレのドアに入居者手造りの制作物を展示している。夏季にはすだれを使用し、季節感と共に光の調節を行っている。また、花壇の花や散歩で採ってきた野の花を飾っている。	玄関には季節の花のプランターが置かれリビングには入居者が作成した季節感のある飾り物が飾ってある。室内の温度設定や日光調節で快適に過ごせるよう支援している。いたる所にくつろげる場所が確保しており、一人で過ごしたり、仲の良い人と会話を楽しく過ごせるようになっている。	
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	リビングルームのソファ、和室や廊下の椅子、ベランダに椅子を置いたり、玄関前にはいただき物のベンチなど、一人でのんびり過ごしたり、気の合った方同士で過せる場所を作っている。		
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	なじみの家具を持参したり、本人手造りの手芸品、家族の手造りの手芸品などを飾っている。	家族に相談しながら、以前使用されていた生活用品や家具など持ち込んでもらっている。動きやすいようにレイアウトしたり、夫婦での入居の方は寝室とリビングに分け、生活しやすいように個性的な部屋作りとなっている。	
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	廊下には手すりを付けてある。各居室のドアには名札や造花・写真を貼って目印にしている。		

目標達成計画

作成日：平成 24年 12月 21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	48	全員で出来る張り絵や手芸などを作製しているが、一人ひとりの能力に応じた活動になっていない。地域に残る行事や伝統の物など、思い出して貰いながら形で残せるよう活動していけたらいいと思う。	地域性や季節感のある工作物や手芸を、それぞれの力を活かして作製できるよう支援を行う	地域性のある祭りの工作物や、季節感のある張り絵や手芸などを能力に応じて制作する。菜園や個々の植木鉢の世話をするための腕カバー作りを一緒に制作する。	12ヶ月
2		戸外活動や外出など、それぞれの身体状況や能力で偏りが出てくる。また好みの問題などもあり、全員が活動する事が出来ない。	それぞれの状況に応じた活動の支援を行う	3ヶ所ある畑を能力に応じ活用したり、個別のプランターに季節ごとに花を植える。家族と話し合いながら、自宅や地元へ出掛けていく。	8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、行を挿入して下さい。