

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	2070101189		
法人名	アタゴ学園株式会社		
事業所名	グループホーム あたご		
所在地	長野市若宮1-9-2		
自己評価作成日	平成24年1月20日	評価結果市町村受理日	平成24年4月26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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社マスネットワーク 医療福祉事業部		
所在地	長野県松本市巾上13-6		
訪問調査日	平成24年2月25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)】

長野市内でも二番目に認可されたグループホームであり、歴史もある。民家改修型の事業所であり、自宅と同じ雰囲気の中で生活が出来る。利用定員が6名という少数人数なので、個々への取り組みが深く、より家族に近い存在となっている。

【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)】

株式会社 あたご学園は、入所される皆さんがいつまでも学び、教え合いながら過ごしてほしいという創立者の気持ちから学園と命名された。有料老人ホームを経営し、その人らしく生活していただくケアの場として民家改修を行いこのグループホームができた。近くには小、中学校、医院や市役所にも近く閑静な住宅地にある。6名という小人数が個別の支援には、とても実践しやすいという。介護支援専門員がこのホーム専任となり、毎年課題とされていた介護計画の充実が図られた。また、運営推進会議も今年度は、包括支援センター、長野市職員を交え、開催したことで地域取り組みのヒントが得られたようであり、今年度は2カ月毎の運営推進会議の開催に期待したい。管理者、ホーム長の話から、少しずつグループホームとしての体制作りができており、書類等も整備されつつある。職員の利用者への関わりや職員同士の関係からも少しずつサービス向上のあかしが垣間見られ職員の自信につながっているようである。

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

ユニット名()							
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 ↓ 該当する項目に○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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	66	職員は、活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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	意義を確認し、地域の支援と関係性を重視した理念を大事にしている。	「その人らしく公平であり、命と尊厳を守ります」という理念は職員全員で考えた理念である。管理者や職員はその理念を充分理解し、利用者一人ひとりに真摯に向き合い日々を過ごしている。		
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	日常的に散歩や買い物へ出掛けている。その際に、あたごの方？などと声を掛けて貰える。	天気の良い日は毎日のように近所の公園まで散歩に出かけ地域の方から声をかけていただく。又自治会にも入っており、ごみステーション当番なども行い、地域の一員としての役割を果たし、地域交流に努めている。		
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	回覧板や地域への行事の参加などを積極的に進めている。			
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	今年度は一回のみの開催の為、回数を増やし、地域との関係をより良い物にしていく。	今年度は処々の事情で1回のみの開催であったが、地区の部長の協力から開催時に、2カ月毎の開催宣言をし実行に移していきたいとホーム長は考えている。検討内容も深まり、ボランティアの受け入れ、地域包括支援センターの支援相談の内容等確認でき、今後の励みになっている。	運営推進会議は地域住民との大切な交流の機会であること、又地域住民との理解と支援を受けるために大切な機会であることを理解され、今年度は計画どろりに実行される事を期待したい。	
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	運営推進会議の参加への依頼を促している。	会議等への参加を依頼し、安心相談員の毎月の訪問がある。地域の包括支援センターの役割の確認ができ、今後の協力体制の取り組みがしやすくなった。		

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
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	学習会などの開催にて共通の意識を図っている。	身体拘束をしないケアの実践のために研修にも積極的に参加し、職員全員の全体会議に報告し、共通の意識をしている。帰宅願望のある方が一人いる事で皆が不穏に陥る等あり、玄関の施錠については常に検討課題としている。	
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	社内学習会及びグループホーム内にての学習会の開催実施。		
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	現在、成年後見人制度が必要なケースが無く、具体的に学ぶ機会は設けていない。		
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	時間を充分とって説明をしている。危険因子は何処にでも存在する旨を詳しく説明し、同意書にもサインを頂くようにしている。		
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	毎月の手紙や御面会の機会を利用し、気さくに何でも言って貰える様な雰囲気作りを行っている。	玄関には御意見箱が設けてある。又家族が毎月2回くらい見えるため、来訪時に意見の聞き取りを行っている。毎月、利用者の様子を担当職員が記録し家族に送る等、家族の意見の表出しができるように努めている。	
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	全体会議では、全職員の意見を導き出すように、司会の交代制や、意見を取り入れるようにしている。	毎月1回、日を決めて全体会議を行い、全員が業務として参加し、参加者全員が意見を出しやすいように、交代制で司会を工夫している。ホーム長の参加の元、発言しやすい環境であり、日々の中でも話しやすい環境ができています。	

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
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	ホーム長も頻繁に来ており、行事の時などは共に行動をし、職員の業務や悩みなどを引きだす機会を設けている。		
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	新人職員には必ず外部研修への出向を促しており、他の職員も交代で外部への研修に参加できるように勤務体制の変更などを工夫している。		
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	善光寺平グループホームねっとに所属し、他の事業所との交流も行っている。		
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	アセスメントシートを重視し、本人の要求や不安を理解しようと工夫している。		
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	家族の苦勞、これまでの経緯について話を聞く。それから、次の段階へと繋げている。		
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	事前面談を行う際には、必ず本人に会いに行き、状況の確認を行い、支援の提案・相談を繰り返し行っている。		

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
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	利用者教えて頂けるような場面を多く作っている。また、そのような場面を多く作るように働き掛けている。		
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	毎月の手紙の中で、ご様子や職員の思い、そして本人の思いをきめ細かく伝えることで、双方の思いが少しずつ重なり、より良い協力関係が築けている。		
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	お盆、お正月などは御家族と共に過ごしたり、ご家族様との交流の機会は何よりの優先と位置付けている。	ご家族の訪問が良くあるようです。家族は墓参りにお連れする方、盆等自宅にお連れする方がおられる。毎月、受診に娘が連れていく方等馴染みの関係が途切れないように支援している。以前は、友達の家に出掛けることもあったが高齢となり訪れる方が少なくなってきている。	
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	毎日のお茶や食事の時間は職員も一緒に多くの会話を持つようにしたり、活動を通じて利用者同士の関係が円滑になるような働きかけをしている。		
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	新しい場所でも、情報提供を怠らず、きめ細かい連携を心掛けている。		
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	日々の関わりの中で、言葉や表情から真意を推測したり、それとなく確認するようにしている。	その人らしく、暮らし続けるように一人ひとりに向き合い、昨日と違う表情をされている方には本人の部屋に行き、思いを聞いている。一対一で個別に話をすることで柔らかな表情になる人もいる。	

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
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・家族から職歴、生活歴など、可能な限り情報を収集している。		
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	個々の生活リズムを知り、本人の状態を把握し、一日の暮らし方を確認、互いに連絡し合っている。		
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	利用者主体の暮らし方、思いなどをアセスメントし、ケース会議などで意見交換・モニタリング等行っている。	介護計画は3カ月毎の見直しはなされている。介護計画書は本人の希望や家族の意向、必要な関係者の意見を聞いており、毎月1回の全体会議で全員の様子を確認している。計画担当者を中心に総合的な支援の方針や解決すべき課題等、作成されています。	介護計画は、アセスメントとモニタリングを繰り返しながら見直していく必要があります。新たな要望や状況の変化がないようでも、毎月新鮮な目で見えて確認し記録をしていくことが望まれます。
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	個々のファイルを用意し、食事摂取量、排泄等身体的状況及び日々の暮らしの様子や本人の言葉、エピソードなどを記録している。		
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、通院や送迎などの支援を行っている。		
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	月2回の移動図書館の利用を行っている。		

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
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	本人や家族が希望するかかりつけ医となっている。	主治医は、利用時にご家族と相談し協力医に変更するか確認する。ご家族が受診にお連れする方もいる。往診は月2回行われており、緊急時対応もお願いしています。内科、歯科、眼科医とも連携が取れ、訪問看護との契約や緊急時入院できる病院との契約もなされ、家族の安心もある。	
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	訪問看護等で日頃の健康管理・状態など相談、助言を行っている。		
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。	入院時には情報提供を行い、お見舞い等を行い、家族とも回復状況などの情報交換を行っている。		
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	本人・家族の状況に応じて、通院や送迎などの支援を行っている。	ご家族の希望で看取りまでされています。ご家族からは大変満足、感謝されました。入居時に話し合いを行い対応していますが、今後も状況を想定した話し合いが必要と、検討しています。	ターミナル期や看取りなどについて、その都度家族と話し合い、実践しているが今後より一層きめ細かくホームの指針などを策定し、職員全体で話し合い、家族、医療関係者と連携を図りながらチームで支援していくことが期待される。
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	本人、家族の意向を踏まえ、対応しえる最大の支援方法を検討している。		
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	自動火災通報装置の設置に伴い、避難訓練・避難経路の確認などを行っている。	今年度は春に消防署から来てもらい消防訓練、避難誘導、消火器の使い方などを行う予定になっている。自動消火装置の設置がなされた。	住宅改修型の住まいは、避難時の混乱をきたすことも多く、運営推進会議等で検討され、消防書の指導も含め日中、夜間想定での訓練を地域住民とともに実施され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	トイレ誘導の時などは耳元でさり気なく声掛けを行い、本人の意思決定を基本に介助するように心掛けている。	本人のプライドを傷つけないように座っている座布団をそっと交換し、洗濯した後、そっと戻しています。	
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	職員側で決めた事を押しつけるような事はせず、複数の選択肢を提案し、自己決定を促す場面を作っている。		
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	個々のペースを大事にして、それに合わせた対応を心掛けている。様子を伺いながら希望を尋ねたり、相談したりして過ごして頂いている。		
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	髪の毛の乱れ、着衣、履物、食べこぼしや口周りの汚れ、爪切りなどさり気ないカバーを心掛けている。		
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	その日のメニューを相談したり、一緒に作ったり、楽しく同じテーブルで食事をし、片付け、洗い物など一緒に行っている。	調理の出来る人は一緒に作ったり、食後の食器洗いも一緒に行っています。又毎月外食に行ったり、誕生日月には本人の好きなメニューにしています。	
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	食事量を確認したり、食べ易いように配慮している。水分量なども職員が意識しながら関わっている。		

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
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に、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	自分で出来る方は声掛け、見守りをし、出来ない方は夕食後、義歯の手入れ、口腔ケアを行っている。毎食後は行っていない。		
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	声掛けを行い、個人に合わせた排泄介助を行っている。個人に合わせたパッド、リハビリパンツなどを検討している。なるべくトイレでの排泄を促している。	排泄は個々のチェック表で的確に把握されており、時間を見計らって本人の耳元でそっと声かけし、促していました。	
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	排泄パターンを記録し、十分な水分補給、繊維質の多い、食材を提供している。散歩などの軽い運動も促している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	週二回の入浴があるが、個々に沿った入浴は出来ていない。羞恥心・負担感等配慮している。	週2回の入浴を行っているが、浴槽は小風呂であり、重度化した人への入浴への対応に現在苦慮しており、シャワー浴の方もいる。母体の有料老人ホームの機械浴利用も検討している。	
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	日中の活動を促し、一人ひとりのペースで午睡したり、心地良く眠りにつけるよう、日中の活動に配慮している。眠剤を飲まれている方には睡眠状況を把握し、日中の活動の妨げになってないか確認している。		

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
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	薬の処方、効能等をファイルで保管し、全員で徹底している。服薬は、本人に手渡すか、口の中へ入れ確認している。		
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	食事作り、庭木の剪定など、利用者の経験や知恵を発揮する場面を多く作っている。簡単な作業などを依頼し、感謝の言葉を伝えている。		
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	季節に応じた場所や希望する場所の決定を共に行い、車や車椅子を利用し、戸外へ出る事を積極的に行っている。	天気の良い日の公園はもちろん、月2回の移動図書館に行っています。又、四季折々にドライブを兼ねた温泉に行き、今度はどこに行こうかと楽しみになっています。	
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	家族の協力を得て、少額のお金を持っている方もいる。本人の安心、満足に向けた支援を行っている。		
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	家族への手紙やハガキ等を出せるよう支援している。		
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	調度品は本人が使っていたものや、馴染みの物を取り入れ備えている。絵・写真・花など季節感を取り入れている。	玄関に入ってすぐの廊下には利用者がクレヨンで描いた故郷の山並みの絵が飾られており、本人はもとより訪問者、職員もその絵を見るたびに心が和む瞬間でした。又居間には利用者が全員で作ったつるし雛が飾られていました。	

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
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	共同空間においても、気軽に居場所となるよう配慮している。		
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	寝具・筆筒・写真など思い出の品々を家族にも協力を求め、居住空間を大切にできるよう努めている。	裁縫が好きな利用者は、職員の協力を得てたくさんの人形を作り、飾り棚も手作りでかわいらしい模様をあしらひ、利用者の心和む部屋の工夫がその人その人になされており安らぎと安心になっている。家族との思い出の写真も飾られている。	
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	必要な目印を付けたり、解り易いように表示したり、本人の了解なしにはむやみに家具等は移動しないようにしている。		

目標達成計画

作成日: 平成24年3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	33	終末期・看取りケアについての方向性及び具体的な指針が定まっていない。	グループホームとしての具体的な指針や方法などを順序を決めて行っていく。	ミーティングの中で、過去に結果看取り介護をした経緯もあり、具体的な指針を文書にて掲げる。	3ヶ月
2	3	運営推進会議の未開催	年6回の運営推進会議開催	今年は2月より開催しているので偶数月の開催は必ず行う。	1ヶ月
3	35	避難訓練の未実施	消防署の方を含めた避難訓練の開催	消防計画書の再考、及び年2回(1回は消防署含む)の避難訓練の実施	2ヶ月
4					
5					

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。
目標達成計画