

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	1190200376		
法人名	株式会社 トゥルーケア		
事業所名	グループホームなのはな		
所在地	川口市大字安行吉蔵271-1		
自己評価作成日	平成22年12月14日	評価結果市町村受理日	平成23年2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://www.kohyo-saitama.net/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 ケアマネージメントサポートセンター		
所在地	埼玉県さいたま市中央区下落合五丁目10番5号		
訪問調査日	平成22年12月27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)】

運営推進会議開催 安行地域包括支援センター、ケア会議、研修参加、施設見学会協力。消防署協力のもと防災訓練実施等地域との連携協力関係が築けるようになりました。
 地域の方々の貴重な意見は法人と連携して、利用者様、地域の方々へ活かせるよう努力しています。
 ホームの理念を全職員で共有し、利用者様の希望をご家族様と考えて介護をしております。

【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)】

職員間の連携が良く、3ユニットは全体で「なのはな」という意識が強く、きめ細かい支援がなされ、利用者・家族にとって安心・安全な事業所として喜ばれている。
 各ユニット間の職員同士の意見交換も出来て、より良いケアに向けた取り組みがなされている。また、入浴・外出・レクリエーション等は3ユニットの特徴を活かした協力体制が築かれている。
 利用者の家族だけでなく、入院されている利用者の家族からの相談も快く引き受けて、入院後のフォローにも努められている。

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

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している (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	・BS法を用いて職員が理念を作成、フローに揭示しています。 全職員で共有し、小さな声もご家族様と考えていくよう努力しています。	職員の意見を取り入れた事業所独自の理念を掲げて、困った時には理念を念頭に、基本に立ち戻り、常に利用者に寄り添いながら、利用者がゆったりした生活が送られるよう日々のケアが実践されている。	
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人員として日常的に交流している	・安行地域包括支援センター主催の地域ケア会議をはじめとして、会議研修に出席し、他施設、地域の方々と交流しています。	地域の盆踊りの準備を手伝ったり、グループホームの周知を図るため、運営推進会議への参加を呼びかけるなど、少しずつ交流を深めている。中学生の体験学習の受け入れを機に、その学校の校長先生が運営推進会議にも参加頂くことになっている。	
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	・運営推進会議により、町会地域の方々にホームを理解していただくよう努めている。 ・ホームの見学、相談をお伝えしている。		
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	・2ヶ月に1度開催の会議、町会長さん、包括センターからの意見は法人と相談し可能な限り実践、利用者地域へ活かすよう努力している。	事業所の運営で困っていることなどを議題に取り上げ、苦情対応については地域包括支援センターからアドバイスをを受けたり、地域の情報を町内会長からいただくなど、様々な面で運営推進会議が活かされている。	
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取り組んでいる	・運営推進会議、地域包括会議等で、情報交換を行ない、入居問い合わせに関しては状況報告、連絡をとりあっている。	行政からの指導、要請にはきちっと対応することを心がけ、運営に役立つ最新情報の収集が図れるよう関係作りに努められている。	地域包括支援センターとも相談しながら、運営推進会議の案内や会議録を窓口に届け、報告するなどをして、それをもとに相互交流がさらに図られることに期待したい。
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	・身体拘束ゼロ推進委員会毎月開催、現在対象はおられませんが、対象者ご家族には同意をいただいています。 ・居室は鍵なしフロア入口は安全のため施錠	身体拘束をしないケアの基本的考えのもと、利用者が不安を感じ、混乱する要因を把握し、行動を予測することにより、常に拘束に頼らないケアの実践を目指し、職員全員で取り組まれている。	
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	・全職員で関連法をしっかり理解できるようにまた防止に努力しています。		

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
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	・昨年入居の方二名ご利用されている後見人様と連絡をとりあい生活を支援しています。全職員が制度を理解できるよう学ぶ機会を設ける。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	・入居契約時にご理解、納得いただけるよう説明させていただいていますが、必要時はその都度再説明実施しています。		
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	・ホーム玄関に意見箱を設置。 ・ご家族様へ2ヶ月に1度手紙、郵送、小口現金出納帳、近況報告をしている。ご意見をいただくようしている。	近況報告や行事案内をしたり、家族が集まっていたときに意見や要望を伺うようにしている。また、運営推進会議には利用者や家族の代表が出席され、意見を伺い、運営にも役立っている。	家族に事業所の運営に関心を持っていただき、幅広い意見や要望を聴くために、近況報告などにアンケートを入れるなど、話を切り出す機会と意見を出しやすい環境を作られることに期待したい。
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	・管理者会議の意見をリーダー会議で報告、議事録に残し、職員に伝えている。	活発な意見交換や提案がなされ、普段から発言しやすい環境が作られている。また、利用者にとって最善の方法に向けた意見も出し合い、日々のケアに反映させている。	
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	・労働契約書を事務所に置き、職員が常時確認できるようにしてある。 ・永年表彰等、努力認めてもらえるか、人員体制等の整備をお願いしている。		
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	・年間研修計画 本部より伝えられるが、業務都合でなかなか参加できていない(新人研修は必須参加となっている)		
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	・代表者の理解のもと法人を越えて連携をはかっている。ネットワークの効率的利用を心がけている。		

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
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	・入居前の調査により、できる限り細かい情報を心がけていますが、入居後ご本人と相違している点も多い ・1対1で聞きとり、信頼関係を築いている。		
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	・気軽に相談いただけるような雰囲気をつくることから、少しでも多くの不安点、心配事をお聞きしている。 ・必要に応じて医療の連携をしていく。		
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	・入居時の情報を元に、利用者様の日々の様子観察、申し送り等からカンファにおいて相談、サービス内容を決定、ご家族に同意をいただいている。		
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	・理念の通りにゆっくり一緒に楽しい生活を送っていただいています。 ・出来ることは自分で行っていただけるよう生活に寄り添った関係		
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	・ご家族の支えなしに利用者の生活は成り立たないことをお伝えし、利用者の訴えに対し、面会日等の調整をお願い、報告、相談している。		
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	・知人様面会の際には、また来所いただけるようお願いをしている。 ・ご家族様等、応援により外出により、美容室、外食に行けるようしている。	利用者の習慣を尊重し、行きつけの美容室へ出かけたり、併設のデイサービスの利用者で、古くからの知り合いの方と交流するなど、馴染みの関係が途切れないように支援がなされている。	
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	・心身状態(介護度、認知度)が異なる利用者同士が円滑に生活できるよう、職員が間に入って様子見している(レクのお誘い、席替え)		

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	・契約時に退所後の相談や支援に応じていることをお伝えしている。入院退居者に対して面会等も行っている。		
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	・日頃声かけ、信頼関係を築くよう努力、カンファ、申し送り等で全職員が希望等共有できるように努めている。声にならない声も感じとれるように注意し、又、往診医にも相談している。	利用者の気持ちに寄り添い、家族の代わりとなれるような信頼関係を構築し、安心した生活が出来るように日常ケアすることで、「声にならない声」を感じ取れるように努められている。	
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	・入居時の情報をもとに話のきっかけを作っていく。声かけ、コミュニケーションを多くとり、その方を深く知るよう努めている。		
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	・24時間での変化、人間関係による対応の違いもあるため、申し送り個人記録をしっかりと確認、心身の支援をしている。必要時にDr.に相談。		
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	・本来は関係者全員が揃っての話し合いが必要ですが、困難のため、電話、手紙、面会等の情報をもとにカンファレンスで話し合い、計画作成している。	入居時の情報や生活記録をもとに、「自分の目」で見た利用者の状況を、職員それぞれが報告し、各項目ごとに見直しを行うことで、利用者にとって、より現状に即した介護計画が作られるよう努められている。	
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	・言葉 様子をありのままに記入するように努力している。状況変化時には報告、相談、計画を見直しをしている。		
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	・職員の気持にはありますが、実際はなかなか実行できない。一年前からご家族様了解のもと介護サービス以外の実費サービス実施している(通院、院内介助、業者決定費用にて)		

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	・夢ワークー中学生体験学習 ・消防署の協力ー防災訓練 ・町会のお誘いー夏祭り ・ホーム行事ーパン屋さん見学、買物		
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	・ホーム往診医以外にも入居前からのかかりつけ医受診をしている方います。必要に応じて診療情報提供書にて連携を図っています。	希望のかかりつけ医への受診には家族や職員が付き添い、また職員が利用者の状況を記録し、それを協力医に見てもらい、指導を受けるなど、利用者が安心して過ごせる医療支援が行われている。	
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 1回/2W定期訪問必要時にはホーム往診医より訪看さんへ指示、医療支援をお願いしている。		
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。	・ご家族様から入退院時共に医療情報をいただいている(個人情報保護のため施設は聞けない)。介護サマリー提出、看護サマリー受け取り		
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、事業所の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	・契約時に話し合い、同意書を提出いただいている。医療の必要性が高いと判断された場合は平日にチームで相談(地域関係者にもお願いしている)	契約時に重度化や終末期についての話し合いは行われている。医療的な処置が必要になれば、医療との連携を取りながら、家族の希望も含めて対応するよう配慮がなされている。	
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	・発生時には医師、訪看へ連絡、指示を受ける。 ・各フロアごとに対応マニュアルを掲示、対応は全職員できるようにしている。		
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	・消防署協力のもと年2回防災訓練を行っている。 ・運営推進会議において地域の方にも協力をお願いしている。	適宜、消防・避難訓練は行われており、その都度、細かい問題点なども把握し、消防からの指導も受けながら、運営推進会議の中でも、様々な話し合いが持たれている。	災害発生は予測不可能なことで職員だけの避難誘導には限界があると想定されることから、地域住民の協力員の確保や地域の人との合同避難訓練等実践されることに期待したい。

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	・個々の性格等を考え、適切な言葉使いをするよう努力している。職員の意識改善も必要である。	認知症であっても、利用者とは一生懸命向き合っ、人として尊敬の念を持って接することに心がけ、言葉使いなどについても、職員への改善指導は常に行われている。	
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	・声かけ等、意見の出しやすい環境づくりを心がけている。 希望は可能な限り叶えていくことを伝えるができないこともあることを説明。		
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	・ホームの業務にあわせていくことが中心になっているのも事実ですが、本人のペースにあわせ実行できていることもある(入浴時間等)		
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	・2ヶ月に1度の訪問美容室利用 ・入居前に馴染みの美容室に行かれている方もおります。		
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	・食事準備、おしぼりたたみ、テーブル拭き、食器片付け等、利用者様にあわせお願いしている。	食事の好みや味付けへのリクエストには、できるだけ応えるよう努めている。また、誕生日やクリスマスなどの行事で、特別メニューを企画するなど、食事を楽しむことへの工夫がなされている。	
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	・主治医の栄養指導を受けている方がいる(腎臓病、糖尿病等) ・主食を粥に軟食にして刻み一口大等に手を加える(栄養補助ドリンクも提供)		
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	・食後は声かけし、うがい、歯磨き、義歯洗浄を行っている。 ・訪問歯科 医師2回/月、衛生士 1回/週)実施		

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	<ul style="list-style-type: none"> ・個々の排泄のパターンを知り、気持ちよく排泄できるように支援している。 ・声かけのタイミング、トイレの使用方法についても職員で情報を共有、努力している。 	排泄の自立への取り組みは、介護計画にも具体的な実践項目として反映させ、安易にオムツに頼ることなく、本人の行動や習慣を見極めながら、トイレへの誘導を試みるなどの支援がなされている。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・排便パターンを把握し、必要時には水分等無理ない様願います。 ・決して最初から薬に頼らず、腹部マッサージを実施、医師相談のもと下剤処方。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・個々の希望にあわせるのはなかなか難しいが、体調にあわせ気分良く入浴していただいています。 ・週2回予定していますが、清拭も可能。 	入浴予定にとらわれず、希望や状態に応じて対応し、入りたい方には毎日でも入浴できるよう配慮がなされている。また、入浴を拒否される利用者には、無理強いせず、清拭で対応したり、声かけやきかけ作りに工夫するなど自然な誘導に努められている。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・日中楽しく張りのある時間を過ごされるよう心がける。不安、心配事を減らせるように声かけ、配慮する。 ・居室整備・必要時医師相談眠剤処方 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤情報書を職員が把握 ・体調変化時には医師、薬剤師に相談、指導をうけている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・趣味、生活歴を参考にお楽しみを提供している。またここでの新たな楽しみの発見も重要と思われる。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・一人一人の希望にそっての外出は不可能(職員体制が不備) ・数名 ご家族と外出されている ・ご近所散歩時は地域の方とご挨拶しています。 	職員が協力し合い、他のユニットの利用者との外出希望についても対応している。また、突然の外出・外泊の希望にも、家族の協力のもと、出かけられるよう支援がなされている。	

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	・ホームにて小口現金管理している。 ・ご家族様に2ヶ月に1度出納報告ご確認をお願いする。		
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	・夜間 職員介助にて電話をかけている方は1名。		
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	・穏やかに過ごせるよう環境整備をしている。 ・植物を置いたり、季節の飾りつけ等癒しの空間となっています。	行事の写真やタペストリーが飾られ、派手にならずシンプルな飾り付けとなっており、利用者が落ち着いて居心地よく過ごせる共用空間となっている。また採光の良いベランダでは、利用者が洗濯物を干したり、外気浴が出来る環境となっている。	
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	・畳フロアも配置 ごろんと一人寝ころがれる配慮あり ・ソファ、テーブル配置も相談の上、移動し居場所の工夫をしています。		
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	・本人、ご家族の希望があれば、今までご使用の品を安全面に配慮して置いていただいています(タンス、イス、テーブル、仏壇、電気毛布等)	居室への持込物への制限はなく、思い思いに仏壇、アルバム、家族の写真などが持ち込まれ、落ち着いた居室となっている。また、朝の掃除やシーツ交換を利用者と職員が一緒に行うなど、家庭的な面への配慮もなされている。	
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	・それぞれの方の残存機能を活かせるよう、トイレ、廊下、浴室、ドアの手スリをはじめ備品に手を掛ける等安全に移動、生活していただいている。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホームなのはな

目標達成計画

作成日: 平成 23年 2月 16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	5	市町村との連携	運営推進会議開催の継続。	市町村窓口へ運営推進会議の案内や会議録を届け、報告する。 6ヶ月
2	10	運営に関する利用者、家族等意見の反映	家族等に事業所の運営に関心を持って頂く。	アンケート用紙(無記名でも)を作成し、近況報告などの手紙に、同封するなど、環境を整えて行く。 6ヶ月
3	35	災害対策	消防署協力のもと、地域の方々等も参加する、合同消防・避難訓練実施。	運営推進会議の活用だけでなく、地域包括開催の会議などにも積極的に参加し、現状説明・報告に努める。 6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。