

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	1193800065		
法人名	有限会社フクシ		
事業所名	グループホーム藤の里大越		
所在地	埼玉県加須市大越3386-1		
自己評価作成日	平成27年6月15日	評価結果市町村受理日	平成27年7月27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.kaijokensaku.jp/11/index.php?action=kouhyou_detail_2014_022_kan=true&JigyosvCd=1193800065-00&PrefCd=11&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社シーサポート		
所在地	埼玉県さいたま市浦和区領家2-13-9		
訪問調査日	平成27年7月10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)】

<p>地域の行事に参加することや地域の方々とのふれあう機会を多く持ち、日常生活が地域に密接に関わっている。 アピールポイントは利用者様が健康で活気がある。イベントを多く企画し毎月一回、外出に出ている。</p>

【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)】

<p>●防災訓練は、法定を大きく上回る二カ月に1回の実施がなされており、非常事態への備えに尽力している。また万一の際には地域の方々に対して支援することも表明している。 ●今春より管理者が変更となっており、月に1回の外出が始められるなど新たな試みがなされている。更にホーム独自の理念の設定・富士山への旅行なども思案されており、熱意と実行力をもって運営に取り組んでいる。 ●職員による各種委員会活動がなされており、多面的な展開がホームと利用者を支えている。定期で職員研修が実施されており、若い職員の育成にも尽力している。開設3年目のホームは利用者・地域・職員とともに歩んでいる。</p>

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	地域の自治会に加入し、お祭り、運動会、草取り、掃除などに参加、ホームの行事にも声かけにて地域の人達に参加を募っている。地域で馴染みの人たちに囲まれて、暮らしを続けられる支援を理念に掲げている。	ホームページには「理念・目的・原則」が掲げられており、「利用者への個別的な関わり」と「地域との共生」を重視した運営に取り組んでいる。	「ホーム独自の理念」の作成を検討しており、ホームの雰囲気同様、明るく元氣な理念が出来上がることが期待される。
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	日常的な散歩で近隣の方々との挨拶、地域の一員としてゴミ拾いなどへの積極的な参加をしている。管理者は地区総会へも参加している。	地域の方々に活用してもらえるよう会議室が設置しており、お祭り時には休憩場所として利用されている。日常的にも散歩時の挨拶・小学校の運動会への参加など地域に馴染んだ活動がなされている。	
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	地域の方々の見学に対応するにあたって、認知症ケアを見て知っていただき、相談援助や案内を行っている。また、敷地内の小屋を地域の方へ開放している。		
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	地域、行政を交えて、運営推進会議を行っていることで、出席者のまわりへのはたらきかけもあり行事参加がスムーズになり、多様性も生まれてきている。	行政・地域包括支援センター・地域の代表者・法人の職員・地域の介護事業者などが参加し、定期的に関係がなされている。日常の報告を中心に話し合いがなされている。	
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	利用者様の事務的処理、状況連絡、相談などで、市役所窓口には折に触れ、各担当者との顔の見える関係が築けている。	毎月行政の窓口に出向き、自ら機会をつくっている。利用者の相談をしながら関係構築に努めている。	
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	拘束はしていない。職員の連携で散歩なども含め活動的に外出を心掛けている為、閉じこもりはみられない。玄関も施錠はしていない。	年度の事業計画において職員研修が計画されており、高齢者虐待・倫理について周知がなされている。事例の紹介等により、職員自身が深く考えるよう指導に努めている。	
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	施設内研修の主要課題の1つに組み込み学び、徹底している。外泊等される利用者家族への申し送り、戻られた際の表情や入浴介助での確認を行っている。認知症の為、意思疎通がはかれない時や入浴拒否時は時間をずらしたり、相手を代えて対応したりして無理強いはしない介護が出来ている。		

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	職員に後見人制度の周知している。研修にも取り入れている。後見人がついている利用者はいないが、今後その様な利用者が来ても良いように知識として話し合う機会を設けている。		
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	契約時に利用料金や、医療連携体制加算、医療負担、個人負担、重度化に対する対応等、家族に十分に説明し納得をいただいている。27年度の改正時も同意書をいただき説明責任は果たしている。		
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	利用者からは日中、夜間帯問わず対応職員から他の職員への申し送り、家族には意見箱を設置している。面会時、電話連絡時なども意見聴取出来るように努めている。	電話や毎月のお便りにて頻なる連絡に努めている。家族からの要望には、法人本部とも検討しながら対応に取り組んでいる。	
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	代表者も出席する職員会議にて意見や提案について話し合いをしている。	全体の会議等で意見や提案を吸い上げきれない場合は、管理者が個別に相談にのるなど細やかな配慮に努めている。	
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	代表者が定期的に管理者や職員と面接を実施し、評価する。その中で、やりがいや給与基準なども話し合い、環境を整えるよう努めている。管理者の評価も職員配置に活かしている。		
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	藤の里内で議題を出し合い、月一回の研修会を行っている。また外部での研修会や実習に参加させ、レベルアップにつなげている。		
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	加須市地域密着事業所連絡会に参加しており、勉強会や情報交換をして、サービスの質の向上に取り組んでいる。管理者同志、顔の見える関係を作っている。		

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	事前面談でアセスメントをとり、サービス利用開始にあたっては、必ず本人と会って不安や困っている事への思いに向き合い、信頼関係に努めている。常にニーズを探っている。		
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	家族の状況を把握して、思いや気持ちに共感し、どのような対応ができるか、時間をかけて話し合っている。ケアプランに生かしサービスを提供している。		
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	相談時、本人や家族の思いと状況等を話し合い、必要としている支援の提案、他のサービスの情報も案内し、本人に合ったサービスが受けれるようにしている。		
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	グループホームで生活をしていく上で、色々なことを職員も共に受け入れ、居心地が良いと思っただけのような声かけや介護をさせてもらっている。		
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	本人の訴えをありのままに連絡し、求めていることには出来る限りの協力をしてもらっている。また、定期的な面会も促している。		
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	受診や行事などの外出先で知人に会った際、プライバシーに配慮した上で、現状を伝えている。ショートステイに移った人に会いに行ったり、病院に受診の際に入院した人に話をしたりしている。	家族・知人との関係が途切れないよう支援に努めている。また畑仕事・習字・編み物など入居前からの習慣や趣味についても継続できるよう取り組んでいる。	
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	個別に話を聞いたり、相談にのったり、皆で楽しく過ごす時間や、気の合う同士で過ごせる場面作りをするなど、利用者同士の関係がうまくいくように職員が調整役となり支援している。		

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
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	退居された方も面会をしたり、家族との交流、行事参加を呼びかけるアフターケアをしている。		
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	一人の「人」として尊重し、その人の視点や立場に立って、その人を理解してケアをしている。	アセスメントを通して身体・生活状況、生活歴の聴取に努めている。生活の中でも利用者の声に耳を傾け、利用者本位のケアが実践され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	本人、家族、関係者から情報収集したものをから話を展開し傾聴している。日常的な生活の選択パターンを把握して本人に合った環境を提供している。		
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	出来ること、出来ないことの把握。やっていないことは挑戦していただき、出来ることを少しでも多くすることに努め支援している。		
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	居室担当者からの意見もすいあげ、状態の把握をしている。身体状況や精神状態の変化に即した介護計画を立てている。月毎のケアのチェックも行っている。	居室担当者の意見、職員からのアンケート、家族からの要望の聴取を通してケアプランの策定がなされている。	利用者の能力を最大限活かせるよう活動の幅を広げたり、できることを増やしたりすることを目標と掲げており、その実践が期待される。
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	食事、排泄、入浴、の記録。介護の記録も個別に記入している。申し送りなども活用して情報の共有が出来ている。本人の訴えは本人の言葉で記録するようにしている。		
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	急な体調変化で家族が受診対応出来ない時は、送迎を引き受けている。往診サービス、理美容、マッサージなど提携している。		

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
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	利用者が安心して地域で暮らせるよう民生委員、消防、公共施設等、普段から活用し、連携をとっている。		
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・家族が希望するかかりつけ医にしている。受診時には、医師へは本人の近況報告など情報提供している。	かかりつけ医への受診同行の際には日常の様子を伝えたり、薬の服用の相談をしたりするなど支援に取り組んでいる。看護師を中心に安全な生活が送れるよう支援している。	
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	訪問看護ステーションとの契約に基づき、日頃の健康管理や医療面での相談、助言対応してもらっている。職員の中に看護師もあり、情報を正確に伝えられている。		
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。	家族の協力をいただき、医療機関と三者一体となり、退院計画を具体的に話をしている。かかりつけ医に本人の認知症の状態を説明して理解してもらっている。		
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、家族に藤の里が対応出来るケア、サービスについて説明し、不安に感じないような体制をとっている。本人、家族の意向に添ってケアを行う方針である。	終末期の支援については指針が作成され、ホームで対応する支援についても説明に努めている。重度化が進む中でも利用者にとって最善の支援となるよう関係者と話しあいながら進めていくことを表明している。	
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	救急救命研修に参加したり、勉強会を行っている。緊急時対応マニュアルを作り、職員全員に周知徹底している。救急対応の実践力は身につけていると思う。		
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	定期的(年6回以上)に防災訓練を実施し、災害時の対応に備えている。また地域の方へは災害時、当施設が構造的に利用出来たならば開放することを伝えている。	2カ月に1回防災訓練が行われており、不測の事態に備えている。防火カーテン・スプリンクラー・通報装置など設備の充実にも努めている。	

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
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	常にパーソンセンタードケアの意識をもって対応している。特に言葉遣いには留意している。	呼び方や声掛けの方法についても「一人ひとりを考えて」「敬意をもって」行うよう指導に努めている。プライバシーや利用者の感情についても配慮をもってケアに取り組んでいる。	
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	利用者に合わせた声かけをし、ニーズを表出しやすいように、選択肢を提案して、本人の意思決定を促している。		
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	その日ごとの心身状況に応じた、本人が望む暮らし方の選択を大切に支援している。		
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	衣類は自己選択している。季節外れなどに関しては、別なものを本人が選べるような声かけをしている。時には化粧をしたりしてメリハリをつけている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	月に一回、外出に行っている。毎日の食事でも地元産、旬の物を取り入れ提供している。農作物を畑に植えて収穫の喜びも味わってもらっている。	栄養のバランスや食欲を考慮した手作りの食事が提供されている。利用者の楽しみとなるよう月に1度の外出が今年度より始められている。	
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	食事量、水分量チェックを行い記録し、職員が情報を共有している。食事介助や促す声かけ、刻み食対応等で支援している。		
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、声かけや介助で、または一部介助での口腔ケアをしている。自力で口腔ケアされた方にも残渣物がないかなどを確認している。		

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
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	心身状況も含め、排泄パターンを把握してトイレ誘導の声かけにてトイレで排泄出来ることを支援している。	時間帯により装具を変えるなど、なるべくトイレで排せつするよう支援に努めている。便秘についても看護師を中心に利用者の状態をみながら対応に取り組んでいる。	
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	運動要素を取り入れたレクリエーションや散歩で自然排便できるように支援している。また個々に処方便秘薬を医師の指示のもと調整し内服している。		
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ず、個々にそった支援をしている	希望に添ったタイミングや入浴剤などを使った雰囲気作りで、楽しんで入浴出来るような環境を提供している。同姓介護の取り組みもある。	なるべく同性介助となるよう職員配置に取り組んでいる。安全な入浴となるよう支援と見守りに努めている。	
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	昼食後の昼寝や入眠の時間など本人ペースで気持ちよく眠っている。換気や室温の調整をしている。		
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	ファイルに各利用者の内服薬の説明書きを入れ、職員が内容把握出来るようにしている。確実に服用出来るように誤薬防止の工夫をしている。副作用など症状の変化も観察している。		
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	利用者それぞれの趣味や特技を発揮出来るレクリエーションをしている。利用者が得意分野ではリーダーシップをとって目立たせる工夫もしている。お礼を言ったり、誉めたりしている。		
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	施設周辺の散歩、ドライブ等の機会を多くしている。また月に1回の外食を行っている。	散歩やドライブなど外出機会が多くなるよう取り組んでいる。今秋には富士山への旅行が企画されており、実現が期待される。	

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	本人も同意の上、家族からお預かりしている。その中より外出時などで不足した日用品を購入している。また預かり残金を本人に伝えて確認している。		
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	近くの家族、遠方の知人、親類など、必要に応じて手紙や通話で連絡出来るように支援している。		
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	適切な室温や照明などの調整管理をしている。テーブルに季節の花を置いたり、庭で植物を栽培したり、季節を感じとれる環境を提供している。	リビングは季節の飾りや利用者による制作物が装飾されており、落ち着いた雰囲気となっている。トイレ・浴室についても清潔が保持されている。	
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	窓側に席を用意したり、相性など考慮した席替えをして落ち着ける環境をつくっている。		
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	家庭で使用していた馴染みのものを本人と家族とも相談して居室でも使用していただいている。	日当たりの良い居室にはすだれをかけるなど配慮がなされている。あらかじめたんす・テレビ・ベッド・洗面台が備え付けられており、その他必要に応じて利用者ごとに思い思いの物が持ち込まれている。	
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	自分の部屋を理解出来るような工夫や、身体能力に合ったトイレを使用していただいている。歩行時につまづいたりしない安全な環境等をつくっている。		

(別紙4(2))

事業所名 : グループホーム藤の里大越

目標達成計画

作成日 : 平成27年7月26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	1	理念がグループホーム藤の里(鴻荃)と一元化されているが、施設内に掲示されていない為、職員に周知されていない状態である。	グループホーム藤の里大越としての理念を作成する。 朝の申し送り時に読み合わせをする。	施設長・管理者・職員でのグループワークを通し、理念を作成する。	3ヶ月
2	26	残存能力を維持することや出来ないことを支援する介護計画となっているが、出来ていることに着眼する。	利用者ひとりひとりの出来ること、やっけないことに視点を向け、活動の幅や能力を広げられるような介護計画にする。	もう一度、介護計画を見直しアセスメントして、家族の意見も取り入れた介護計画になるよう更に見直しをする。	6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。