

### 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	1173200559		
法人名	株式会社 彩香らんど		
事業所名	グループホーム田舎の家		
所在地	埼玉県比企郡小川町青山201-1		
自己評価作成日	平成25年10月28日	評価結果市町村受理日	平成26年1月17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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/11/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/11/index.php</a>
----------	---

【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25年11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)】

大きな道路から外れ静かな避暑地の様な場所に立地している。平屋で日当たり良く散歩や外出には最適な条件の場所。畑も裏にあり季節の作物を利用者と共に作り食事としても提供している。裏まで行けない方用にプランターに作物を植えたりも毎日の成長や水やりを楽しみにしている。毎月、行事を必ず行い、花見やドライブなど積極的に外出を心掛けている。また、毎月「楽しむ食事会」として、工夫をこらしていつもとは違う、皆で楽しむ食事・利用者様の食べたい食事を提供している。職員の年齢も幅広く、男女の比率も半々で認知症のケアにはとても合っており、職員間のコミュニケーションも良好である。共用型デイサービスを行っており、外部からの刺激があったりまた、その方達がスムーズに入所出来たりもしている。家族の面会や外出も多い。認知症の周辺症状の改善のため、職員間は静かに会話をし穏やかに接することを徹底している。

【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)】

・利用者一人ひとりをよく観察し、個人のペースを崩さない対応が行われており、方法や方向に迷いが生じた場合は、理念に立ちかえり考え、話し合うことで、理念に基づいた支援やケアが実践されている。  
 ・ご家族アンケートでも、「心配な事は遠慮なく伝えられる雰囲気でごにお世話になれて良かったと感じています」、「具合が悪い時、食欲のない時、色々考えたメニューを作ってもらい、ありがたいです」などのコメントがあり、ご家族が現在のサービスに十分満足されていることが見受けられる。  
 ・目標達成計画の達成状況については、積極的に地域との相互交流を図り、利用者だけでなく、高齢化する地域を支えることが継続されている。また、事業所の防災は地域の防災と捉え、地域の消防団との協力関係の強化や緊急連絡網の広域化が進められており、いずれも目標が達成されつつある。

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

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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ます (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、生き生きと働いている (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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
1	(1)	○理念の共有と実践 グループホーム田舎の家	常に目に見える玄関の所に理念を掲げ皆で思いを共有している。スタッフ会議でも確認し合っている。	利用者一人ひとりをよく観察し、個人のペースを崩さない丁寧な対応が行われており、方法や方向に迷いが生じた場合は、理念に立ちかえり考え、話し合うことで、理念に基づいた支援や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員として日常的に交流している	年2回の道路清掃や地区の講習への参加をしている。散歩などで話をしたり挨拶を交わしたりしている。	地域の清掃活動や砂利引き、災訓練への参加、日常生活でのふれあいなどを通じて、地域との相互交流を図り、利用者だけでなく、高齢化する地域を支えることが継続されている。	事業所を、地域の住民の方々に、もっと知っていただき、高齢化社会の種々の相談にのれる場としての役目も、果たされることを期待します。
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	年4回の青山だよりを発行し普段行っている活動や支援内容などを載せている。民生委員の方に運営推進会議に参加してもらっている。		
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か月に1回の会議を行い、行政、区長、民生委員、消防団、家族に参加してもらいサービス向上に向けての意見交換をしている。	定期的に開催され、利用者や事業所の状況報告などに留まらず、参加者が入居したらどのように対応してほしいかなどを例に、支援やケアサービスのあり方を話し合い、汲み取った意見は、サービスの向上に活かされている。	
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	運営推進会議に参加してもらい質問など行っている、又随時間きたい事は連絡している	運営推進会議や避難訓練にも参加いただき、空き室情報などを伝えると、利用希望者の最新情報がリアルタイムで得られるシステムが、町に構築されているなど、良好で機能的な協力体制が築かれている。	
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	社内研修を行い、身体拘束しないケアの実践に取り組んでいる、具体的に玄関施錠、ベットの柵など理解しており、施錠もおこなっていない。	研修を繰り返し、職員に身体拘束を正しく理解させ、問題行動のある利用者の生活習慣を尊重した対応や見守りの強化、センサーの採用等により、玄関の解錠を実現するなど、身体拘束のないケアが行われている。	
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	研修を行っており、常日頃からアザや傷に注意を払い記録に残し虐待の防止に充分努めている。		

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
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	研修で学んでいるが、現在利用者はいない。		
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	契約時に十分説明し、同意を得て納得してもらっている。		
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	運営推進会議に家族にも参加してもらい意見を聞いたり年1度のアンケートで要望苦情を聞いている。会議で話し合いケアに反映されている。	利用者とは日頃の生活の中で、家族とは来訪時や運営推進会議・ご家族アンケートなどの機会を使って意見や要望を捉え、出来ることは、会議などを待たずに直ちに対応し、サービスの向上や運営に反映されている。	
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	スタッフ会議で意見を言い合える場所を作っている。代表者会議ではその意見を伝えている。	定例の会議の場だけでなく、管理者と職員が時間を惜しまず話す機会が持たれ、出された意見やアイデアを、積極的にサービスの向上や運営に活かすことで、解決に繋がった事案も多い。	
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	資格手当を受けている。労働時間は守られている、実績状況で、スキルアップの研修などを受けさせてくれる。		
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	研修に参加する機会を作っている。職員が講師になり研修をトレーニングを行っている。		
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	GHの複数事業所研修を行い交流を行っている、相互訪問はしていない。		

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
<b>Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	実態調査アセスメントを段階を経て細かなアセスメントをする事でご本人をよく知り無理なくゆっくり関係性を作っている、ご家族からも丁寧な聞き取りをする。		
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	実態調査アセスメントの時点で家族の思いや不安をじっくり聞きスタッフ間で共有して面会時等安心につながる声掛けをしている。		
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	アセスメントの内容をよくケアマネ、職員と話し合い。必要としている支援の計画書を作成し、それに沿って対応している。		
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	食事作りを一緒行ったりと役割があり共に作業する事が多い。食器拭き、洗濯物たたみ、畑仕事など。		
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	会議参加、避難訓練に参加、外出や外泊をしたりしている。電話も自由に掛けて本人の気持ちを優先している。		
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	外泊、外出、面会の自由、居室でお茶や食事、友人からのTELをつないだり自由にTELを家族にしたりしている。	家族の協力を得て、古くからの馴染みの場所への外出や外食、外泊が行われている。また、友人や知人の来訪や電話も多く、馴染みの人や場所との関係継続の支援が、利用者個々に行われている。	
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	なるべく部屋にいる事をなくし、レクリエーションを行ったりしている。ぶつかり合わない様、良い関係性が保てる様、職員が間に入って支え合っている。		

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
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	他へ入所した方の奥様から相談を受けた事がある。		
<b>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</b>					
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	伝えられる人からの意見は耳を傾けスタッフ間で話しあってそえるようにしている、難しい方は言動等で把握し本人の思いを一番に考えている。	コミュニケーションの困難な利用者には、日常の言動をよく観察すると共に、過去の生活歴をよく掌握し、アセスメントを取り直すことにも努めることで、一人ひとりの思いや意向を把握し、本人本位に検討がなされている。	
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	入所時のアセスメントはもちろん、家族来所時に少しずつ聞いていたり、ご本人との話の中で見つけていっている。		
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	毎日のケース記録、申し送りから状態変化に合わせ、過ごし方や対応を行なっている。		
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	家族の思い、本人の思い、医師からの意見ケアマネ、スタッフの意見を毎月の会議又その都度の会議で話し合っ計画を立てている。	全職員によるモニタリングに基づき、スタッフ会議で本人や家族・訪問看護・主治医の意向や意見も取り入れ、現状に即した介護計画が作成されている。また、変化が生じた場合は、都度見直しが行われている。	
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	日中帯、夜間帯と色分けし分かりやすくし、本人の状態、どのようなケアを行ったかや、気づきを記入し必ず申し送っている、スタッフ会議で話し合っている。		
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	ご家族高齢の為、変わりに銀行へ行っている。息子二人の為買い物はスタッフがやっている、生活保護者受け入れる。		

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
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	近所の方から花やジャムなどいただいたり、散歩時は交流をもったりしている。福祉祭りへ出かけて行ったり、職員が消防団に入ったりしている。		
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1回の往診医がきている。無理なく健康管理ができ、違うかかりつけ医を希望の方もいる。希望によっては家族受診で大学病院へ行っている。	かかりつけ医の受診は家族による支援を原則とし、困難な場合は職員による支援が行われている。その折に、医師へ利用者の状況を書面で渡し、結果は記録に残すなど、適切な医療を受けられる支援がなされている。	
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	月3回の医療連携による訪問看護師がきて健康管理をしてくれる、すぐに往診医に伝えてくれる。		
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。	こまめに面会に行き、状況把握につとめ、早めの退院を、どの状態だったら受け入れられるのか医師に伝えている。訪問看護師を通して情報交換している。		
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	入所の段階で事業所の方針を説明しご家族の思いを聞いている。重度化した場合ご家族、医師、職員で話し合っ出来る事を共有し支援している。	終末期に向けて事業所としてできる事の説明をおこない、状況の変化に応じて家族の要望や医師の意見も得て、出来るところまでの対応がなされている。終末期を支える折に、職員がどのような不安を抱えるかについても意見を聴き、メンタル面の対応も進められている。	
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	研修を行いAEDの使い方も確認し合い、対応ができる様努めている。個別の研修も受けている。		
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	日中、夜間想定を年2回行っている。運営推進会議の中で行い、地域の人も参加しており、協力体制ができている、地域の訓練にも参加している。	夜間想定を含む年2回の避難訓練を行うと共に、地域の防災訓練へも参加されている。また、管理者の婦人消防団への入団などにより、消防団との連携強化や緊急連絡網の広域化が進められつつある。	事業所の防災は、地域の防災と捉えて、地域との協力体制が強化されつつありますが、より強固な体制とするためにも、訓練と地域への働きかけの継続を期待します。

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	個人の名前をしっかりと〇〇さんと呼び個人を尊重し人生の先輩として尊敬し接している。個人の話をする際にはイニシャルトークをしている、耳の聞こえにくい方は、ジェスチャーで。	利用者の名前は、明確に「さん」付けで呼び、声の大きさに注意を払ったり、聞かれないことは聞こえないように、見られたくないことは、何もなかったかのように配慮がなされ、利用者一人ひとりの尊厳が守られている。	
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	危険な事でないかぎり本人の意見にそうケアをしている。混乱などしている時には納得いくまでつき合う。又選択支をあたえたりしている。		
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	大きな流れはリズムを崩さない為必要だが、その他は本人が寝たい時に寝て、食べたい時に食べご本人のペースで過ごしている。		
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	外出時は昔のワンピースを着たり、いつもと違う服を着たりしお洒落をしている、化粧水を買ったり買い物に行ったりしている、髭剃りも毎日行っている。		
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	食事の準備、盛り付け、下ごしらえ、食器拭きをしてもらっている。その方に合った食事形態にしたり、月1回の楽しむ食事会で変化をもたせたりもしている。	職員が献立を考え、利用者も手伝いながら調理がなされている。また、月1回はなべ物など、全員でテーブルを囲める食事会が行われたり、個別で外食にも出かけるなど、バラエティーを楽しめる食事が提供されている。	
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	摂取量、水分量はチェック表で記録し、こまめに確認している。個人レベルに合わせた量や形態、トロミをつける、補助食品など活用している。		
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	毎食後口腔ケアをその方に合わせた方法で行っている。週1回義歯洗浄行い、歯科医の往診で口腔内チェックもしている。		

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	定時誘導を行い、排泄表を見える所に置き、本人の排泄サインを見逃さないように心がけ、タイミングを大切にしている。	利用者一人ひとりの排泄パターンやしぐさを把握し、トイレでの排泄を原則とする自立支援が行われており、ペース食であった利用者が普通食への変更などで、排便コントロールができるようになるなどの、効果も見られる。	
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	野菜中心の食事にしており、水分も十分摂取し、牛乳やヨーグルトも日々盛りこむようにしている。散歩や運動なども行っている。		
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	曜日は決めてないが、時間は午後の時間帯と基本している。なかなか入れない方とかの対応としていつでも行える対応をしている。無理に入浴は行っていない。	毎日午後に入浴ができる状況にあるが、利用者の体調に合わせて入浴日を決めている。介護度の高い方には、2人対応で安全が確保され、入浴拒否の強い方には、気があう職員の声かけなどで、入浴を促している。	
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	日中でも気分や体調により休んでいただいたり、電気やTVを消してほしくない人へは、つけたままの対応をしている。夜間は特に空調や布団など気を配っている。		
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	服薬管理表を作り、副作用もすぐ分かるようにしている。薬剤師からも細かな説明を受けている。変化があった際主治医へ相談している。		
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	絵を習っていた方は絵を。陶芸の先生には紙粘土を、料理作りが好きな人には料理の手伝いをしてもらっている、畑のお手伝いも出来るようプランターに植えている。		
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	散歩や外気浴がしやすいように花を植えたリイスを置いたりしている。家族と外出墓参り、個別で買い物、初詣、お花見、梅取りなどを行っている。	重度化に対応し、日曜日を利用して、月1回、利用者一人ひとりの状況に合わせた個別の支援を行うことで、離れた場所への外出が行われている。また、日常は、散歩や外気浴を目的とした、近隣での外出が行われている。	



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	お金の管理ができる利用者様は家族から毎月五千円もらい、化粧品や衣類など購入している。		
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	ケータイ電話を持っている利用者様もいる。希望があればいつも自由にかけている。手紙の希望はない。		
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	玄関は季節の花を飾り、カレンダーで月が分かるように工夫しトイレへはわかりやすく表示している。トイレ、脱衣所は温度差がないようにヒーターや扇風機を取り付けている。	光や生活音、作業音に敏感な利用者に配慮し、音がする前の声掛けが行われたり、採光を調節するなど、居心地よく過ごせる工夫がなされている。また、できる利用者が中心となって、職員と一緒に清掃が行われ、居室共々清潔に維持されている。	
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	所々にソファを置き、くつろげる空間を作っている。個室とリビングを自由に歩き来できる。		
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	ご本人のタンスや好みの物を持参したり写真を飾ったりしている、TVが見たい人はTVも持ち込んでいる。	使い慣れた家具や趣味のもの、家族の写真などを持ってきてもらい、各自の生活習慣に合わせて、落ち着いた生活をおくっていただけるように、工夫がなされている。	
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	バリアフリーで安全に歩行でき手すりも取り付けてある。場所がわかるように絵や表記をしている、個人の部屋は名前をかかげたりし分かりやすくしている。		

(別紙4(2))

事業所名:グループホーム田舎の家

## 目標達成計画

作成日:平成 26年 1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	2	地域の限られた人しか、グループホームの状況が知られていない。	隣組の方達からでも中の利用者や状況を知ってもらおう。	隣組の集まりに参加し、グループホームの事を知ってもらい、気軽に施設へ来られる環境を作る。	12ヶ月
2	2	いろいろな機能をもった福祉施設なのだが、生かされていない。	気軽に施設へこられるようになり、スタッフとも顔見知りになれる関係を作りたい。	毎月の行事の際、近所の方へ声をかけ一緒に楽しみ、相談できる雰囲気作りをしていく。	12ヶ月
3	35	隣近所の方が参加した訓練を行っていない。 (区長、民生委員はある)	隣近所の方に災害時には一番先に協力を得たい。	訓練の際には今まで以上に隣組へ声をかけ、参加してもらおう。	12ヶ月
4	35	緊急の連絡体制が整っていない。	隣近所の方に災害時には一番先に協力を得たい。	119番通報専用電話機へ区長の連絡先を入れさせてもらい、強い連絡体制を築く。	12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。