

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	3170201028		
法人名	社会福祉法人 こうほうえん		
事業所名	グループホームよねはら		
所在地	鳥取県米子市米原8-8-5-77		
自己評価作成日	平成25年3月1日	評価結果市町村受理日	平成25年3月29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.kaigokensaku.jp/31/index.php
----------	---

【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福祉経営ネットワーク		
所在地	東京都千代田区九段北4-1-9-4F		
訪問調査日	平成25年3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)】

。三階を活用し地域の方のやって来や塾で月/2回体操が実施され、職員、ご利用者が参加し心身ともリフレッシュできている。その内1回はグループホーム食堂で音楽交流会と職員手作りおやつと一緒に食べながら楽しい時が過ごせている。
。1階サービス職員と交合に登校する学生の見守り隊実施している。サービスと行事食や年間のイベントは一緒に日々協力している。
。嚥下困難な方にも、食事の工夫しながら食べる楽しみの提供に努めている。

【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)】

3階建ての2階がグループホームになっている。1階は、同法人のデイサービス事業所であり、連携して地域との交流が進められている。駐車場を小学生の朝の集合場所として「登校時見守り隊」の活動を行っている。また高校生やYMCAのボランティアも受け入れ、地域に密着したホームになっている。職員は利用者の重度化への対策として家族との連絡を行い、殆どの家族の来訪が得られている。家族との同伴外出・買い物や同行外泊も見られている。利用者はホーム内で自分の役割をもってゆっくりとした生活が得られている。3階のスペースも会議や体操塾への貸し出しなど、地域への活用がなされている。

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

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	法人の理念、基本方針等、法人が目指す目標が示してある。GHよねはら独自の理念も掲げ毎月のミーティング時、振り返りを行い次月の取り組みに繋げている。	法人の理念や2013スローガンをはじめ当GHの理念、介護10原則などが、ホーム内に掲示されている。これらの基本的考え方はハンドブック「互恵互助」を毎月のミーティングの読み合わせで確認されている。	
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	地域活動に(清掃、公民館行事)積極的に参加して交流を図っている3階も地域活動に使用され活動に参加し子供の登校時見守り隊も行なっている	自治会や公民館活動に参加している。デイサービスとの連携で地域交流・ボランティア受け入れが進められている。3階のホールも活用されている。	
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	運営推進会議の中で地域の民生委員、自治会長さんに情報を共有し意見も頂いている。委員さんより地域の方の相談もある。		
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回運営推進会議を開催し活動報告している。気軽に意見交換が出来ている。	年6回運営推進会議が行われ、ホームの状況や地域の行事、火災時の相互防災についての情報の交流がなされている。	
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	運営推進会議に参加して頂き情報交換行なっている。地域包括支援センター職員さんからのアドバイスも多く頂いている。	市からは、運営推進会議の協力のほか、介護保険の更新や福祉用具の相談、生保関係などの問い合わせなどを行っている。	
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	法人でネバモア宣言を行い身体拘束の廃止を行なっている。言葉使いも職員間で声掛け合い抑制にならない様配慮している。	法人として2001年に「身体拘束ゼロ」の宣言が行われていて、拘束は行われていない。全職員の研修が毎年行われている。	
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	法人主催の研修会に参加している。特に言葉の抑制には気をつけるよう注意している。		

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
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	理解を深める為に資料の配布をしている。入居時には必要に応じて説明をしている。必要と思える方や相談のある方に対しては地域包括支援センターへ繋げていく。		
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	重要事項説明書、契約書をもとに分りやすく説明し同意を得ている。疑問等に対してはきちんと説明し納得して頂ける様心掛けている。		
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	玄関に意見箱設置しご意見があれば直ぐ対応している。ご利用者、ご家族との関係作りに努め意見や要望が言いやすい様心掛けている。	意見箱の意見や、家族や利用者との日常の会話で意見が得られているが、年1回のアンケート調査を法人が行い、米子エリアの集約報告が、広報誌にて公開されている。	
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	月1回のミーティングで意見交換をしている。管理者は日常的に意見を引き出すように努めている。ご利用者のケアに関する事は常に話せるよう配慮している。	職員のミーティングでの利用者の情報などが交換されている。人事管理制度の目標面接に於いて上司と職員の面談が年2回行われ、意見聴取などが進められている。	
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	人事考課の面接時に各自の思いを把握するように努めており、管理者は総合施設長にも伝えている。		
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	職員へ法人内研修や外部研修の情報提供し研修参加を促している。細やかに参加状況有無把握している。他部署への体験研修にも参加出来た。		
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	他のグループホーム研修は出来なかったが、議事録等で情報の共有を行い良いケア等参考にしている。今年度は特養へ一日体験に参加出来た。		

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
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	入居前には、ご本人やご家族、ケースワーカーから状況を聞き、担当職員も決め不安が無い様計画を立てる。職員間の情報共有。		
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	入居前にはご家族と必ず面談し困っている事、要望を聞き支援方法を説明する。		
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	入居の相談を受けた際に、他の事業所のサービス内容も説明しいろんな視野で判断できるよう努めている。		
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	職員はご利用者を尊重した関わり方をしており、共に支え合って生活するよう努めている。。		
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	ご家族の訪問時に近況についてお話し以前の生活の中での暮らし振りを伺い今の生活に活かしケアプランに反映させるようにしている。外出、行事にも参加していただけるように声を掛けている。		
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	ご家族との関わりが少なくなる様ご利用者に代わり電話し面会等お願いする。	殆どの家族が、ホームに来訪し、同行外出などがされている。小まめに職員が家族に状況を連絡したり、利用者の要望などを伝えていることが有効と思われる。	
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	利用者同士の関係性、日常のトラブルの原因について職員は周知しており回避するように努めている。テーブルの配置にも気を付けている。		

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
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	サービス利用が終了しても、住みかえられた先に面会に行ったりご家族の相談に乗るようにしている。ご家族の不安が軽減するように話を聴くように努めている。		
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	ご利用者の思いを伺い生活支援計画に反映させている。意思疎通困難なご利用者はご家族から意見を頂いたり、日々の行動や表情から思いに添える様努めている。	日常の関わりで得意なこと、行いたいこと等を把握し記録している。把握したことは、得意な編み物をそばに置いたり、台所仕事に誘う声かけをするなど、利用者が関心をもち取り組めるよう工夫している。	
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	本人、家族、知人の訪問時に少しずつ聴き取り個人の記録に残して情報の共有をしている。支援方法の参考にもしている。		
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	利用者個々の生活リズムを把握し、起床の時間、食事の量、嗜好、など本人の思い希望に添うよう努めている。何かをやってみようと思えるよう声かけしている。		
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	ご利用者、ご家族からの意見や職員の情報を取り入れ生活支援計画を作成している	利用者等の意向を確認し、6ヶ月ごとに計画を見直している。タオルたたみや台所仕事、自室の掃除など利用者のできることを記載した具体的な計画であり、全職員に回覧して共有し、ケアの実践に活かしている。	
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	個人、生活記録以外にも、介護日誌、職員間の申し送りノートを通して情報の共有に努めている。		
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、その時々にも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	1階のデイサービスと連携をとり、相互に立てた行事計画に参加出来るよう配慮している。急な受診が必要となったときも協力体制がある。内科、歯科も往診体制ある。		

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	開設当初からのボランティアさんや、地域の方々の交流も続き顔なじみとなり交流を楽しみとされている。		
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	主治医とも良い関係作りも出来ており気軽に相談できる。	家族や本人が希望するかかりつけ医の訪問診療を受けており、24時間対応可能な体制である。ホームは相談を受けた時に歯科等を紹介している。受診結果は必ず家族に報告し共有するとともに必要な時は話し合う。	
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気軽に相談出来ている。		
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。	入院時には介護連絡票にて医療機関にホームでの支援情報を提供している。入院中は職員が頻回に見舞うようにしている。退院時には病院のソーシャルワーカーとの連携を密にし必要時にはカンファレンスをお願いしている。		
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	重度化した場合の対応として住み替えの検討、終末期の希望について早い段階で主治医を交えてカンファレンスを行いご家族の意向を確認している。重度化指針を元に説明している。	重度化や重症化に伴いマニュアルを作成し研修も行っている。希望により看取りを行う方針である。家族等にホームのできることを説明し意向を確認し、かかりつけ医や訪問看護等も交えて連携している。以前に終末期の対応を行ったことがある。	
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	母体の施設が主催する、救急方の研修に参加している。救急マニュアルの活用。		
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	定期的に1階サービスと共に訓練実施。よねはら3区自治会とも防災協力協定行っている。	を得て年2回、訓練や避難経路の確認、設備の点検も行う。備蓄の準備もあり、地域防災協定を結び協力体制も整備している。今後は地震を想定した訓練も検討している。	ホームは2階にあるが利用者の重度化が進んでいる。そのため、今後も地域防災協定による協力を強化し、夜間を含めた災害対応の検討を進めていくことが望まれる。

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
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	個人の尊厳を奪う17項目について事務所内に掲示し常に意識が持てるようにしている。往診時、面会時等プライバシーが保てるよう部屋等に配慮している。	職員は人格の尊重を心がけている。プライバシーにも配慮し、居室やトイレは鍵があるが必ずノックをする。面会や訪問診療も自分の居室を使用する。洋服等を選ぶ時も自己決定ができるよう対応している。	
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	自己選択出来るように話し掛けている。意思表示困難なご利用者には、仕草や表情から思いを組み摂れる様努力している。		
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	ご利用者の気持ちを最優先し起床時間、入眠時間などもその人のペースに合わせている。好きなテレビ番組は必ず観れる様支援している。		
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	起床時には着たい服を選んでもらい鏡を見ながら髪をといたりの整容を自分でしていたできるように支援している。		
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	食器はご本人の物使用している。ご利用者の能力合わせて炊事等に関わって頂いている。特にご飯は自分で入れて頂いている。	献立は栄養バランスを考慮し、希望を取り入れ職員が作成する。買い物から盛りつけ、片づけまでを一緒に行う。食器は自分のものを使用し、食事形態も個々に応じた形態にする。職員も一緒に食べ介助もさりげなく行う。	
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	献立は管理栄養士に見て頂きアドバイス頂く。水分は一日1500cc目標にしているが個人差がある。		
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	毎食後に声掛けを行い一人一人の力に応じて一部介助を行っている。嗽困難な方には、多機能スポンジ使用し残渣物除去している。歯科の往診も週/2回ある。		

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	一人一人の排泄パターンを把握し職員間で情報を共有し記録に残している。快適に過ごせる様努めている。車椅子の方も職員二人介助にてトイレ案内している。	利用者の仕草から察知し、自尊心を大切に声かけをしてトイレでの排泄を支援し、記録して排泄リズムの把握に繋げている。夜間も個々のパターンに合わせて介助を行い、紙パンツを使用しなくなった人もいる。	
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	食事量、水分量を把握し運動の為に散歩に出かけたり、乳製品、食物繊維など食事の内容にも気を配っている。毎日体操を実施している。		
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	2日に1回の入浴が出来るように声を掛けている。入浴剤使用したり、ゆず湯や菖蒲湯など昔からの習慣も大切にしている。	2日に1回入浴の機会をもち季節に応じた入浴剤を使用し楽しめる工夫を行っている。重度化により安全を重視し2人での介助や福祉用具の活用をしている。併設デイサービスの機械浴の使用も検討している。	
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	不眠時には、昼間休息時間を取っていたりなど個々の状態に合わせた支援をしている。居間にはベットとソファベットが用意してあり状態の観察をし臥床時間を検討している。		
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	処方箋の綴りを個々に作り職員が薬の内容を把握できるようにしている。服薬介助はISOのマニュアルに基づいて行っている。薬に変更があった場合細やかな観察と記録を行っている。		
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	一人一人の役割を考え、洗濯物たたみ、炊事、など自発的にしていただけるように働きかけている。季節を感じていただく外出、季節毎の行事も計画している。		
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	今直ぐの支援が難しい場合でも家族に相談したり勤務を調整し支援している。近隣への散歩は日常的に行っている。季節を感じていただく為に花見の外出を年間を通して計画している。	散歩やホームの花壇の手入れ、外出行事等で外気に触れるようにしている。誕生日と毎月1回は意向をきき外出の機会をもっている。また、家族と一緒にの時をもつよう依頼し、美容院や本屋、県外の娘の嫁ぎ先などに付けている。	

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
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	毎日の買物には利用者にも一緒に行っていたが買いたい物があつたときには、その時に財布から支払をしていただくように支援している。個人で小銭持ち、DSにてパン購入される。		
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	贈り物等のお礼は必ずご利用者が話せるよう配慮している。		
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	季節の花を活けたり家庭的な雰囲気となるように工夫している。流す音楽もその時々に変えている。温度、湿度への配慮も温湿時計を確認し空調も活用しながら行っている。華やかな飾りはしないよう心がけている。	食堂は明るく、テレビやテーブルを置きカレンダー、花や観葉植物で飾り、シンプルで落ち着いた配慮がされていた。隣にはタオルや洗濯物たたくみができる広いスペースがあり、ベランダではプランターで一緒に野菜作りを行っている。	
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	エレベーター前の空間に沢山の観葉植物等置き、寛げる空間作りしている。午後は日当たりも良く日光浴に利用している。		
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	自宅に近い状態になるよう家具の配置にも考慮している。家族の写真など飾りご本人が安心できる空間作りに配慮している。	入り口のドアが広くベランダ付きの居室への持ち込みは自由で、イスとテーブル、ソファー、仏壇、家族の写真、自分が作ったパッチワークや活け花等が飾られていた。自分の室として落ち着くように工夫している。	
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	自分の居室が解りやすいように表札とは違う位置に名前を貼ったりトイレの表示を解りやすい位置にかけたりと工夫している。		

目標達成計画

作成日：平成 25 年 3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	35	併設のサービスと防災訓練年2回実施し、地域からは自治会の役員さん数名の参加であり、施設の近隣住民の方との連携が出来ていない。年2回の機器取り扱い訓練では夜勤体1人の時不安が大きい。地震時の対応も明確にする。	自治会、近隣の方との協力体制をサービスと協力し具体化していく。	運営推進会議の議題とし、消防職員にも参加して頂きアドバイス頂く。近隣の方には回覧版を活用し災害時の協力依頼を行う。	6ヶ月
2	49	ご利用者の重度化に伴い外出の機会が少ない。車椅子のまま外出出来る車がグループホームに無い。	車椅子の方も月/2回は外出の機会を設ける	月初めに1ヶ月の予定表を作成し外出の実施に努める。車椅子対応の車の操作をサービスの職員より講習を受けサービスの車を借りる	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、行を挿入して下さい。