

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	1194300016		
法人名	有限会社 とちの木		
事業所名	グループホーム 紙ふうせん		
所在地	本庄市今井1325-1		
自己評価作成日	平成23年11月3日	評価結果市町村受理日	平成24年1月10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23年11月18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)】

月ごとに行事の担当を決め季節にあったおはぎ作り、お月見団子作り、家族をまじえた秋祭りやクリスマス会等を行いご家族、地域の肩にも協力頂きホームの生活のなかにアクセントをつけ楽しく生活を送ってもらえるように考えています。

【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)】

- ・利用者一人ひとりに寄り添ってできることを見つけたり、尊厳を持って接するために言葉使いに十分注意を払うなど、理念の実践に繋がる行動が具体的に取られている。また、全職員が、高いレベルで、これらの行動をとれるようにするために、意識の共有を目的とした研修や話し合いが、職員、管理職、役員を通して、全社的に行われている。
- ・市の関係部門との連携も緊密に行われ、課題の解決に具体的成果が得られている。
- ・平成22年度の目標達成計画の災害対策については、夜間想定を含めて年二回の避難訓練が実施され、訓練時に障害となったことの反省を含め、利用者と一緒に避難経路の確認や個々の対応能力の把握などができており、目標を達成している。

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、活き活きと働いている (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	いつでも見えるところに掲示し、職員全員で共有している。温もりのある対応を心がけている。	利用者の出来ることを見つけ出し、行ってもらったり、否定の言葉を使わないなどの理念の実践に繋がる行動が取られており、全ての職員がこれらの行動を徹底出来るように、職員ミーティングなどで意識の共有が図られている。	
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	隣の保育園の行事に呼んでもらったり、ホームの行事に自治会長、民生委員の方たちが手伝ってくれたり、差し入れに来てくれる。	保育園の行事に呼ばれたり、事業所の秋祭りには学童保育の児童と先生や民生委員の参加が得られ、双方向の交流が行われている。また、より多くの近隣の方々との交流を目指して、行事案内の配布なども行われている。	
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	現状行なえていない		
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	推進会議の中で行事や生活状況の報告を行い、その後意見をいただき今後のサービスに反映している。	運営推進会議は、市・自治会長・民生委員の参加を得て定期的な開催を目標に行われている。事業報告に加えて、急変時や終末期の対応を家族を中心に話し合い、今後のケアや支援に活かすために検討が行われている。	
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に取り組んでいる	運営推進会議に毎回参加してもらっている。普段でも疑問があれば、すぐに連絡を入れ相談にのってもらっている。	市には積極的に関わってもらっており、医療連携の方法や空き部屋を使ったショートステイの検討などの助言が得られるなど、密な協力関係が築かれている。	
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	日中は玄関を含め施錠せず、好きなときに外へ出られるようにしている。内部研修も行い身体拘束についての知識や意識を向上させている。	本人が行いたいことを制止するのも拘束であると捉え、出来るだけ利用者に寄り添い、手薄になる部分は他の職員がカバーをする努力がなされている。全ての職員に徹底出来るように研修などで意識の向上が図られている。	
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注意を払い、防止に努めている	精神的な虐待にも注意をし、普段の会話やミーティングの中で対応について話し合っている。		

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
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	後見人の先生にわからない事は質問をして少しずつ理解し必要になりそうな家族とも話している。		
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	契約時に十分な説明を行い納得して頂いてから契約を行なっている。入所後もいつでも疑問があれば説明を行い理解してもらっている。		
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、面会に見えた時を利用して意見を頂けるよう職員の方からも積極的にご家族の方へ声をかけるようにしている。	来訪時には利用者の様子を伝えたり、月1回手紙を出すなど、職員から積極的に利用者の情報を伝えることで、家族が意見や要望を話し易い状況が作られており、出された意見や要望は、検討して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	週に1回行なっているユニットごとのミーティングの中で意見を聞き業務に反映させている。	ユニット単位の自主性を尊重した職員ミーティングが行われ、そこで出された意見やアイデアは、積極的に運営に反映されている。話すことが苦手な職員の意見も代って発信してあげる気使いもなされている。	
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	職員に自己評価を行なってもらい個々の努力、実績を把握して、やる気をもって働いてもらえるように環境、条件の整備に努めている。		
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	昨年に引き続き小規模事業所合同研修会を実施し、研修に参加しやすい環境をつくっている。		
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	複数事業所連携事業を活用し本庄市周辺の小規模事業所を集め合同研修会を開き、他事業所と職員が意見交換できるようにしている。		

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
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	入居前に本人と面談しニーズや状態の確認をしている。また各入居者に担当者をつけ関係づくりを行なっている。		
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	入居前に家族と面談しニーズや要望の確認を行なっている。		
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	申し込みの段階で状態やニーズを聞き取り、グループホームに適しているかの確認をしている。		
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	入居者と洗濯物干しや買い物、食事と一緒にいっしょに助け合えるよう場面づくりを行なっている。		
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	プラン作成では家族の意見が反映できるよう面会時に意見を確認している。外来受診は家族に協力を仰いでいる。		
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	家族以外の面会もいつでもできるようにしている。家族が面会に来たときに近所への外出もいつでもできる。	家族だけでなく友人、知人の来訪に対しても、居室でゆっくり話をしていただけるように配慮されている。家族の積極的な協力により、昔馴染みの店などへ出かける支援が行われている。	
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が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	日常生活の中でお互いに協力できることは協力してもらいながら、入居者同士が関われるように職員が間に入り交流ができるように声かけ、支援をしている。		

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	書類類は整理をして保管を行い対処後も必要に応じて情報提供が行えるようにしている。		
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	日々の会話の中で得た本人の希望等をミーティングで話し合いその人の思いを職員全体で共有し希望にそった生活が送れるように努めている。	意向や要望の把握が困難な利用者については、どのようなことを知りたいか、目的を立て、夜間に利用者の話を聴いたり、家族から生活歴の情報を得るなどして、利用者本位のケアや支援に繋げている。	
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	入居前の面談で生活歴、本人の趣味等いろいろな情報をできる限り家族からも聞き本人の把握に努めている。		
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	ミーティングを使い入居者の日々の過ごし方、今持っている能力について話し合い現状をみんなで把握できるように努めている。		
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	面会時に家族と日常の報告をしながら今後についても話している。家族や職員の意見をミーティングの中で話し合い、介護計画書を作成している。	担当職員とリーダー及び介護計画作成担当職員が家族と話し合い、その情報を基に、週一回の職員ミーティングで意見を出し合って、本人のできることを尊重しつつ、現状に即した介護計画が作成されている。	
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	日々の様子は個人記録に記載をし、状態の変化等については週に1回のミーティングの中で話し合い、記録に残し職員間で情報を共有している。		
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	訪問マッサージ、訪問理美容、訪問看護等を状況に合わせて活用している。		

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	ボランティア、隣の保育園の行事への参加をさせてもらい地域との交流を持っている。往診、訪問看護、訪問マッサージ、訪問歯科、医療面での地域資源も活用を行なっている。		
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	Dr別にノートを作り状態等記入しておき往診時に伝えている。通院の方は家族に協力してもらい家族の方から状態を説明してもらったり、経過のメモを持って行ってもらっている。	入居時に協力医の往診があることを伝えるが、今までのかかりつけ医の往診も受け入れ、3人の医師の往診が行われている。通院は家族対応を原則としているが、必要に応じて職員による支援も行われている。	
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	週に1度訪問看護師による体調管理をおこなっている。急返事も24H連絡がとれ、指示をもらうことができる		
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、ホームからは介護サマリーを提供し、退院時、病院から看護サマリーを貰い情報交換を行なっている。必要に応じてTEL連絡をしている		
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	今年の6月から訪問看護が入り、急変事に常時相談ができるようにはなったが、ターミナルまではまだ診ていける体制ではなく今の現状できる事は推進会議等の中で説明を行なっている。必要に応じ個々に家族とも話し合いを持っている。	終末期のケアに対する指針は未作成であるが、家族からの要望に応じてその都度、訪問看護師も含めて話し合いを持ち、現時点でできる範囲の支援が行われている。今後の指針の作成と必要な体制作りへ向けて、検討が進み始めている。	
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	対応方法でわからない事や疑問がある時は、訪問看護が来ているときに対応方法を教わり、ミーティングを通して職員が共有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	年2回の訓練と、訓練時にスムーズに行うことのできなかった部分については職員間で話し合い日々の業務の中で定期的に練習をしている。	夜間想定を含む年2回の避難訓練が行われている。利用者で避難経路の確認や自力避難が可能な方が分かり、利用者個々の対応能力や避難のじゃまになる物が具体的になるなどの成果が得られている。	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、地域や消防団の協力をより得られるよう、具体的に進めて行くことを期待します。

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
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	個々の入居者に応じた会話、言葉、声かけ、「ダメ」等の否定的な言葉を使わないように心がけている。	言葉使いは、利用者の尊厳を守るために重要との意識を職員が共有し、否定語を使用しないように、また人生の先輩として丁寧な言葉使いをするように徹底されている。入浴は同性介助で行なわれている。	
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	日常のケアの中で思いや希望を話しやすいように職員の方からも積極的に声をかけ、コミュニケーションをとるようにしている。		
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	食事に時間がかかり、ゆっくり食べる入居者にはその方のペースにあった支援をするなど個々のペースを大切に、職員は手助け、見守りを行なっている。		
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	2ヶ月に1度出張床屋に来てもらい、散髪をしてもらっている。季節に合わせて衣替えを行い選べる人には自分で選んでもらっている。		
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	「いただきます」の挨拶を入居者にしてもいい、職員も同じものを一緒に食べている。テーブル拭きや片付けの手伝い、おやつ作り等も一緒に行なっている。	献立はユニット毎に自主性を持たせているので、異なっている。通常の食事の他、バーベキュー・流しそうめん・外での茶話会などの季節食や行事食を積極的に取り入れ、バラエティある食事を楽しんでもらっている。	利用者一人ひとりのできることを増やすためにも、多くの方に食事作りに加わっていただけるように支援をし、参加することの楽しみも感じていただけるように期待します。
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、水分量を日々の記録に残し、個々の量を把握している。食事の形態もここに合わせ刻み食、ミキサー食にして対応している。		
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、個々に口腔ケアを行い、入れ歯は毎回職員の方で洗浄剤を使い洗っている。		

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
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	定時で誘導を行い、できるだけトイレでの排泄が行えるようにしている。自立している方も時間を見て声かけを行なっている。	利用者個々の状況に合わせて、定時誘導と声かけの組み合わせにより、できるだけトイレで排泄できるように支援がされている。自立できている利用者も時折りの失敗に対応するために見守りが行われている。	
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	朝食時、便通に良いと言われているヨーグルトを提供したり、食物繊維の多い食材を使ったりして便秘予防に心がけているがどうしてもダメな時は薬を服用し排便を促している。		
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	個々の希望での入浴は難しいが季節に合わせて、ゆず湯にしたり入浴剤も使用している。ゆったりとした気持ちで入浴ができるよう入居者のペースに合わせている。	入浴日と入浴時間は原則決まっているが、リフレッシュをしていただくための入浴でもあるので、入浴拒否者を含めて出来るだけ利用者のペースに合わせて入浴していただけるよう、配慮・工夫がされている。	
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	夜間ゆっくりと休めるように、日中はレク等を行ってできるだけ身体を動かしてもらるようにしている。体調に合わせて適度の休息もとっている		
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	個人ファイルに直近の薬剤情報を入れておきいつでも確認ができるようにしている。薬が変わった時はいつも以上に服薬後体調に変化がないか様子を見ている。		
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	図書館に出掛け好きな本を借りてきたり、週2回の食材の買出し、園芸で球根や野菜の苗を植えて育てたりしている。		
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	毎日ではないが散歩や、図書館、隣の保育園の行事への参加を行なっている。餅つき、秋祭りと外での行事も計画して部屋の中だけで過ごす事のないようにしている	花見や外食、近隣の行事参加、散歩などだけではなく、食材や日用品の買い出しなど、日常生活の中で必然的に生じる外出に、職員と共に参加していただくことで、利用者は、自分が役に立っていると感じ、喜びを見出されている。	

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	本人の希望でお金を持っている人もいますが、使ってはいない。持っていることで本人が安心できている。		
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	年賀状、暑中見舞い等、時期の手紙を入居者に書いてもらいご家族様宛にだしている。		
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	居室には利用者の名前と写真を貼り、廊下に誘導張り紙をはり混乱を軽減している。行事の写真や、季節に合った塗り絵を入居者にぬってもらい掲示している。時期にあった飾り付けもおこなっている。	刺激が強すぎないように、利用者の写真や作品を中心とした季節に合った飾りつけが行われている。また、移動の場合など、利用者に迷いが生じないように、誘導の為に張り紙が工夫され、混乱を生じさせない配慮がなされている。	
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	南側にあるソファと椅子は誰でも座れる場所になっていて日向ぼっこをしたり洗濯物を一緒にたたんだりする場所になっている。		
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	入居前に使っていた物等を持参してもらい、本人が自分の部屋と理解ができ、過ごしやすい空間にしている。	化粧箱や裁縫箱、仏壇など、利用者それぞれに馴染みのものや使い慣れたものを持ってきていただき、家族の協力も得て、居心地の良い部屋となるよう支援がなされている。量対応も可能となっている。	
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	バリアフリーとスロープ、手すりがあり行動範囲が広がるよう配慮している。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 グループホーム 紙ふうせん

作成日: 平成 24年 1月 10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	災害発生は予測不可能な事と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、地域や消防団の協力を得られるよう、具体的に進めていくことを期待します。	年2回行なっている訓練に地域の方にも参加をしてもらい一緒に訓練を行う。	行事を行うときには地域の方にも声をかけ老人施設があることを理解してもらい。訓練を行うときは自治会長、地域の民生委員に早めに声をかけ参加をお願いする。	12ヶ月
2	40	利用者1人ひとりのできることを増やすためにも、多くの方に食事作りに加わっていただけるように支援をし、参加することの楽しみも感じていただけるように期待します。	いろんなことを一緒に行いできることを増やしながらかしんで生活を送ってもらおう。	1人ひとりのできる事、できそうな事を把握し職員間で話し合いケアプランに載せ、個々にあったできることを一緒に行なっていく。できそうな事も工夫を行い一緒に行えるように考えていく。	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。