

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	1173200906		
法人名	株式会社 彩香らんど		
事業所名	グループホーム彩香らんど「田舎の家」		
所在地	埼玉県比企郡小川町下里706-1		
自己評価作成日	平成22年12月25日	評価結果市町村受理日	平成23年3月23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1月24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)】

理念に添って、「その人らしい暮らし」を大切に、無理なくその人にあったペースで生活しています。職員も柔軟な対応心がけており、ゆっくりとした時間を大切にしています。周辺は山々や田畑があり、大変自然に恵まれ緑豊かな静かな場所です。事業所としても畑があり、農作物を作って入居者と共に収穫をして食卓に並べています。家族との関わりを大切に家族とのチームワークで入居者のケアに取り組んでいます。また、家族も宿泊出来ます。医療に関しても安心して暮らして頂けるように、訪問看護も入っており、病院とも連携を密にしており、往診医に入ってもらったり、緊急時の対応がスムーズに行なえるようになっていきます。

【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)】

・職員と管理職が協力して、「考え、案を出し、実行し、修正する」という、課題の解決手法が職員と管理職の信頼関係を醸成し、職員の育成にも効果を上げている。
 ・家族や市町村、地域の関係機関とは信頼関係が厚く、連携も緊密に行われている。
 ・平成21年度の目標達成計画(事業所と地域とのつきあい及び運営会議を活かした取り組み)について、地域との関係強化の一助として、他のグループホームとの連携と情報交換が行なわれ、交流が進められている。また、運営推進会議を通じての災害対策への協力依頼についても、消防署や地区代表など幅広い参加者が得られるようになり、より具体的な災害対策の検討がなされ、運営に反映されることになったことから、いずれも目標の達成がうかがえる。

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	リビング内に見える場所に理念を掲げている。各自が同じ思いにおいてケアを行なっている。	「利用者の為ではなく、利用者と一緒に」が職員に周知されている。一人一人の状況を十分把握して、その人のペースに合わせた支援やケアが行われている。	
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	月に1度、近隣のゴミ拾いに参加している。運営推進会議に地域の方々に参加して頂き意見交換をしている。地域の方も忙しい為、なかなか出席していただけない事も現状にある。	日常生活でのお付き合いだけでなく、職員の提案により、地域の独り暮らしの老人を対象に、「手紙サークル」を発足させるなど、地域への新しい試みが進みつつあります。また、他のグループホームとの情報交換も進んでいる。	地域への働きかけや貢献の方法を、他のグループホームと共有したり、役割分担を行うなど、グループホームのネットワーク化と地域との関係強化を、今後も進めていただくことを期待します。
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	基金訓練において、ヘルパー2級福祉用具専門相談委員の講習や定期開催のヘルパー2級講習など、近隣の住民の方に参加していただけるよう広報誌などにも出している。電話の対応にも応じている。		
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	利用者の状況、サービス方法、職員体制など報告を行い、外部評価についても話し合いの場を設けている。ご家族や市町村からも意見やご指摘をいただき、スタッフ会議で共有しサービスに反映させている。	幅広い参加者が得られるようになり、事業所からの報告や情報提供だけでなく、より積極的な行動が求められるようになってきている。それに応える形で、地域への貢献の在り方などが議題となることも多くなってきている。	
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	市町村主催の研修には積極的に参加している。サービスの判断に迷った時や助言をいただく時、密に連絡を取り話し合いの場を設けることもある。運営推進会議にも毎回参加いただいている。	個別の問題に対しても相談が良くなされており、また、厚労省の保険者調査に対するモデル事業所の要請を受けるなど、良好な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	身体拘束委員会を設立している。特例として、どうしても転倒の危険が伴う場合のみ、サラシを使用している。その場合、拘束時間を短縮するために利用者様を見守りの出来る範囲にいてもらったりの努力をしている。細かな記録も行なっている。	身体拘束委員会での学習などにより、職員の身体拘束に対するスキルが向上し、必要に応じて、利用者に見えるところに移動をお願いするなど、身体拘束をしないケアへ向けて、実効性のある行動が取られている。	
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に注意を払い、防止に努めている	研修会への参加や社内研修を行い常にスタッフ間で話し合いを行える環境を作っている。利用者様の身体の変化、様子などを確認した場合は、管理者に報告し皆で話し合いを行っている。		

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	利用者の成年後見人と個人のために必要な話し合いをする機会はあるが、スタッフは自発的に学ぶ必要がある。		
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	契約時は十分な説明を行い、利用者やご家族に不安や疑問点のあるまま契約が進まないよう、納得のいくまで話し合い理解を図っている。		
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	家族会、運営推進会議で意見をいただき反映させている。市町村代表の方も参加しているので外部へも表せている。また日常的にも利用者やご家族の意見に情報を共有し合い反映させるよう努めている。	家族会や運営推進会議では、個々の利用者を念頭においた意見や要望だけでなく、さらに地域との関わり方を含めた意見も聴けるようになってきており、広く運営に反映させることが、多くなってきている。	
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	スタッフ会議での意見を代表者会議で提案する。管理者は日常的にも意見交換、相談する機会をもち反映に努めている。	話し易く、試してみやすい環境が作られている。職員からの意見も個々のケアや支援に関する事だけでなく、地域との関わり方に関する提案も出るようになり、運営に反映され、効果を上げている。	
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	資格の内容によって、手当がある。職員の条件に合った勤務時間にし、体調にも配慮している。経験年数により職務内容にも変化を持たせている。管理者は意見、相談しやすい環境を心がけている。		
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	スタッフのレベルを考慮し、研修への参加を取り組んでいる。勤務中も管理者自ら教育に力を入れている。資格保持者には講師を行う等スキルアップを目指している。		
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	研修の参加によって同業者との交流の機会はあるが、勉強会や相互訪問等の活動はしていない。		

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
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	言葉や態度で感じ取るよう耳を傾け、スタッフ間で話し合っている。アセスメント表も活用し、家族からも話を聞いたりし気持ちを汲み取るようにしている。		
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	契約時には不安点や要望等を聴き初期には小まめに近況報告をしたりし、信頼関係を築けるよう努めている。また、職員も必ず安心に繋げている。		
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	訪問看護サービスを受けたり、家族の希望、思いに添うよう努めている。		
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	生活の中の事を本人のペースに合わせて共に行っている。		
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	家族をチームとしてとらえている。自宅へ戻られる時はGHで実践しているケアの仕方や注意点を伝えている。認知症の進み具合によつての対処も共に共有している。		
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	今までの美容院等へ行っているかたもいる。家族に話を聞き本人が好きだった事などをしてもらったり、趣味の大正琴などを弾いてもらったり、ボランティアをしたりしている。	友人や知人が利用者の自宅と同様の感覚で訪問してもらえる雰囲気を作られている。また、利用者が先生となり趣味や職歴を通じて身に付けてこられたことを活かせる場を作るなど、入居以前の環境の継続も図られている。	
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	気の合う方同士の席の配置や、性格や状態に応じて配慮している。また、孤立しないよう支援している。		

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	家族が施設に訪問してくれている。電話もあり経過を聞いたり伺ったりと良い関係性が築けている。		
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	家族より、過去の事を聞き、本人と向き合い思いや希望に添えるようにしている。困難な場合には家族と良く話し合っている。	利用者の行動をよく観察し、家族より職歴や生活歴の情報を得て、その人らしく(教員だった人は教員らしく、農家だった人は農家らしく)相対する事で、1人ひとりの思いを捉えるようにしている。	
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	アセスメントに細かく入所時に記入してもらい、またその都度付けたしもしてケアに生かしている。それをスタッフ間で共有している。		
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	ケース記録に記録として残し、小さな変化も見逃さず身体の変化や怪我等はNSやCMが把握出来るように工夫している。		
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	月1回のスタッフ会議でCMも出席のもと、意見を出し合い本人がより良く暮らせるため・家族の思いを含め介護計画を作成している。時には、医師や看護師という事もある。	介護支援専門員に加えて必要な場合は、看護師・医師の参加を得て、スタッフ会議にて、介護計画に反映させている。利用者の状況の変化に対しては、その都度、介護計画の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	ケース記録に細かく記録してのこしてあり気づいた点はすぐに見直しをしている。夜間・日中共に申し送りをしてスタッフ共有している。		
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	介護保険更新申請や、オムツ助成金の申請等希望や、家族の状況により行っている。		

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
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	施設周辺を散歩コースしたり、買物に近くのスーパーへ行ったり、和紙センターへドライブに行ったりしている。庭には畑があり、収穫することがある。		
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	家族の希望に添ってかかりつけ医への受診をしている。家族や職員が受診へいっている。	訪問診療医(内科・歯科)の往診に加えて、本人や家族の希望により、職員によるかかりつけ医の受診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	月3回の訪問看護の定期訪問があり、電話相談は24時間受け付けてもらえ受診や往診に繋がっている。		
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。	連携のとれた病院であり、主治医のため十分な情報を共有している。早期退院を心掛けてもらっており、退院後も細かな配慮をしてくれる。		
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	契約時に意向の記入欄はある。重度化になっていく段階で家族と主治医や管理者も同席のもと話し合いも行っている。意思確認もとっている。	重度化と終末期に対する対応の基準が作成されている。契約時には本人と家族の意向を確認し、重度化が進む段階で、医師の協力を得て家族との話し合いを行い、それに基づいた支援がなされている。	
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	急変・事故対応マニュアルの説明を職員へしているが訓練は受けていない。そのため職員が自発的に消防署へ出向き、訓練を受けている者もいる。		
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	消防署と連携をとり、日中・夜間の訓練を年2回行っている。その際、災害対策についての講話もしてもらっている。	消防署の協力を得て、日中・夜間を想定した避難訓練が行われている。地域の方々に協力の了解は得られているが、地域の高齢化が進んでいることもあり、今後は、地元の消防団との協力を進めて行くことも検討されている。	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、検討されている地元の消防団の協力を得られるよう、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	本人を尊重した声かけをおこなっており、場によっては職歴の呼び方もしている。個人の話は職員間でする場合にはイニシャルで話す配慮をし本人へ嫌な事は耳に入れないよう徹底している。	出身地や生活歴・職歴を尊重し、その人に応じた呼び方を行っている。本人が聴きたくないことや見られたくないことは、耳に入れないように、また、目に触れないように配慮と工夫がなされている。	
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	意思表示の出来にくい方は表情や仕草で思いをくみ取ったり、筆談やジェスチャーで気持ちをささる努力をしている。こちらから選択支を与える事もしている。		
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	本人のペースを一番に大切にし、1人で外出したい人はお付き合いをしたり、ゆっくりしたい日は何もしない日もある。		
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	アクセサリーを身につけている方もいる。衣類は十分に家族より用意されているので、TPOに合わせて着替えている。		
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	庭の畑から収穫した野菜を使いそれを一緒に皮をむいたりして盛り付けをおこなって食事を楽しみにしている。職員は同席し食事している。食器拭きは利用者様の出来るようにしてもらっている。	利用者と一緒に庭の野菜を収穫したり、利用者の力を活かした範囲で、食事の準備と後片付けを一緒に行っている。行事食にうどんやケーキ作り、寿司の出前など、バラエティを持たせたり、雰囲気を変える工夫も行われている。	
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・食事内容を記録しバランスのとれた食事をめざしている。その方に合わせて、刻んだり、ペースト・ミキサー食等の工夫をしている。		
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	個人のレベルに合わせて出来る所は自分でしてもらっている。歯ブラシ・スポンジ・義歯ブラシを使用して毎食後清潔を保っている。		

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	定時誘導や声かけをおこない保持能力を使得て行えるよう支援している。夜間オムツの方も日中はパンツ式にはき替え自立をうながしている。夜間はポータブルトイレを使用する方もいる。	個人別の排泄パターンを把握し、排泄表・仕草・様子などを参考に、声かけや誘導が行われている。夜間おむつの方も日中は出来るだけ布パンツを使用することで、自立に繋げている。	
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	排泄管理表をつけてチェックしており、食事では野菜中心のメニューで工夫している。日中はレクリエーションなどで体も動かすようにしている。予防的に服薬もしている。		
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	毎日誰が入っても良い。一人で入る方は声かけと見守りで入り、重度な方は二人介助で入浴している。夜間は危険な為行っていない。	日中であれば、いつでも好きな時に入浴が可能である。介護度の高い利用者は、二人介助を、入浴拒否の利用者には、気の合う職員の声かけにより、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	昼夜問わず個々の好きな場所で休息をしている。夜間居室では不安な方は職員の傍のリビングで寝ている方もいる。空調や湿度にも気を配っている。		
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	処方箋を薬管理表に分かり易くファイルしてある。服薬時は声を出して誤薬防止に努めている。副作用については理解出来ない部分もある。		
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	個々の能力に応じ、家事を手伝ってもらっている。大正琴の先生は皆の前で弾いたり時にはボランティアで弾きに外出もある。		
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	週1回家族の迎えのもと自宅へ帰る方や家族と食事やおやつを食べたり買物に出かけたりしている。家族と出かけられない方は行事として季節の花を見に外出している。	家族との協力により、帰宅・外出・外食の支援が行われている。家族の協力を得ての外出が困難な利用者には、希望により、ドライブ・外食・買い物などの外出支援が行われている。	利用者の重度化が進む中でも、ボランティアの協力を得るなど、工夫をすることで、利用者の要望や状況に適した、外出の支援が行われることを期待します。

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
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	現在事例なし		
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	現在事例なし		
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	誰でも休めるようにソファをい分けて配置している。居室は暖簾で分かり易くしており、トイレ・洗面所なども書いてある。季節が分かるように絵で大きくカレンダーを作成している。職員は自分達も環境の一部と認識し大声で話さないように徹底している。	大半の利用者が多くの時間をリビングにて過ごされることから、職員の大声や足音、作業上の音などには、十分に注意が払われている。ソファの分散配置など、利用者が好きなように過ごせる工夫もなされている。	
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	利用者同士の関係を把握し席の配置は配慮している。週刊誌などところどころに置きいつでもくつろげるようにしている。		
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	使い慣れたタンス・やテレビをおいたり、自分なりに飾り付けをしたりご家族が飾ってくれたりして不安なく暮らせる工夫をしている。	馴染みの物や使い慣れたものを持ってきてもらっている。利用者自身やご家族による飾り付けも自由に行ってもらい、落ち着いた生活をおくっていただけるように、配慮がなされている。	
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	各場所は大きめの字で書いて分かり易くしてある。バリアフリーであり手すりも設置してある。カレンダーは日めくりで利用者が日々めくってくれる。階段には手すりと昇降機が備え付けてある。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム彩香らんど「田舎の家」

目標達成計画

作成日: 平成 23年 3月 22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	14	同業者との交流を通じて、サービスの質を向上させる。他施設の介護職員と交流する機会を持ち、ネットワーク作りや勉強会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かについて、今は行っていないのが現状です。	同業者の方々と交流する機会を持ち各研修、コミュニケーション、事例検討を行う。	・彩香らんど「田舎の家」の研修棟を利用し、他施設の方に声かけし、講師を招き、各研修や事例検討を行う。 10ヶ月
2	35	災害対策 ・消防署と連携をとり、日中、夜間の訓練を年2回行っている。地域の高齢化が進んでいる事もあり、協力を依頼する事が難しいのが現状である。	地域の方々や消防団との協力を進めて行く。	地域の消防団と話し合いを行ったり、地域の方達にも前年同様声かけをし協力し合えるようにコミュニケーションをとっていく。 10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。