

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	1190200376		
法人名	株式会社トゥルーケア		
事業所名	グループホームなのはな		
所在地	川口市大字安行吉蔵241-1		
自己評価作成日	平成23年10月1日	評価結果市町村受理日	平成23年12月15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10月21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)】

運営推進会議、ケア会議、及び積極的に研修に参加を行い交流をしている。安行地域包括支援センター、町会、消防署協力のもと、防災訓練実施、中学校実習体験の協力等地域と連携し関係を築いております。
ホームの理念を全職で共有し、利用者様の希望をご家族様と考えて日々努力し行っています。

【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)】

利用者が喜ばれるための様々な機知に富んだ取り組みがなされ、職員の創意工夫が多方面に活かされている。地元の中学校の「夢ワーク」と呼ばれる職場見学を積極的に受け入れ、生徒との交流ができた。利用者職員が年初に今年の目標をひと言書き、それを共用空間に貼りだし、相互の励みにするなど、利用者の意欲を向上させるためのアイデアを活かした支援がなされている。
平成22年度の目標達成計画の市町村との連携については、安行地区ネットワークとの交流を図り、情報交換が図られるようになったこと、また、災害対策についても、同一法人のデイサービスとの合同避難訓練の実施や、東日本大震災を機として、災害発生時の職員の役割分担や行動指針の再確認など、グループ全体として防災意識を高められるなど、目標達成に向けた取り組みが行われている。

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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	カンファレンス等にて全員に考えてまとめ作成し共有できるよう掲示し日々努力しています。	「ゆっくり、いっしょに、楽しく」の理念のもと、職員により様々な工夫が図られている。3フロアが一緒になって娯楽、イベントが行われたり、「利用者の笑顔」が職員の喜びと感じられるよう理念が実践されている。	
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	安行地域包括支援センター主催のケア会議をはじめとして会議研修に出席し他施設及び地域の方々と交流を計っております。	町会長の協力で近隣とのつきあいは積極的に行われ、盆踊りの準備に参加したり、ゴミ清掃活動などへの参加も検討されている。また、地域の中学校の職場見学「夢ワーク」の受け入れも行い、利用者にも喜ばれている。	
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	運営推進会議により町会、地域の方々にホームを理解して頂き又、ホームの見学、相談等お伝えしている。		
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	2ヶ月に1度開催の会議、町会長様、包括センターからの意見は法人と相談し可能な限り実践、利用者様及び地域へ活かすよう努力している。	開催時には、地域住民、町会長、中学の先生等々の参加者があり、状況の報告、相談、質疑が行われ、アドバイスもいただいている。今後は定期的な開催を目指し、議題を考えるなどの検討も行われている。	運営推進会議は参加者の情報共有と事業所運営にも活かされるものであり、参加者が意見を出し易い、関心の高い、食事のことや災害対策などを議題に取り上げ、定期的開催されることに期待したい。
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、地域包括会議等で情報交換を行い、入居者の情報、施設の状況等、連絡をとりあっている。	市担当者とは日常的に入所相談の対応や、事業所が困っていることなどの交流が図られている。また、安行地区ネットワーク会議の勉強会に参加したり、地区内の障害者施設を訪問したりと、市との良い関係作りにも努められている。	
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	毎月のリーダ会議にて身体拘束ゼロ推進会議を開催予防しています。 居室は鍵なし、フロアの入口は安全のため施錠しています。	現在、転倒防止から、4点柵使用の利用者がおられるが、常に様子を観察し、見守りを強化するなど拘束に頼らないケアの方法が検討されている。また、職員に対しても、常に原則を理解するようにマニュアル等を使用した指導も行われている。	
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	全職員で関連法をしっかり理解できるよう自覚をもって防止に努めています。		

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
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	成年後見制度は数名の方が利用しています。 この制度について全職員が学ぶ機会を設け理解するようにしたい。		
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	入居契約時にご理解納得いただけるように説明させて頂いています。必要時はその都度再度説明させて頂いています。		
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	・ご家族へは2ヶ月に1度お手紙を送り、現状を報告しています。	利用者からは日常的な支援の中で家族とは面会の機会等に、意見要望を聴くなどして、コミュニケーションが図られている。また、利用者の日頃の生活ぶりを書いた手紙を家族に送り、返事を書いていただくなど、運営にも反映されている。	
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	管理者会議の意見をリーダ会議で報告、議事録に残し職員に伝えています。	職員からは新聞の情報からの意見・提案が出されることもあり、職員会議を中心に検討され、事業所の運営にも活かされている。また会議に出席できない職員にも意見を出す機会が設けられている。	
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	・労働契約書を事務所に置き職員が常時確認できるようにしてある。 ・永年表彰を設け向上心をもって働けるように努めている。		
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	年間研修計画が本部よりつたえられているがなかなか参加できない現状です。なお新人研修においては必須参加となっております。		
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	・代表者の理解のもと、法人を越えての連携をはかっている。		

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	入居前の調査によりできる限り細かい情報を心がけています。入居後ご本人と相違している点もありますが、施設に慣れるまではしっかりと信頼関係を築いてケアを行っています。		
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	気軽に相談して頂けるように努めています。少しでも不安点、心配点をお聞きして必要に応じては医療の連携をしている。		
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	入居時の情報をもとに利用者様の日々の様子観察、申し送り、カンファにおいて相談、サービス内容を決定又ご家族にも同意をいただいている。		
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	ゆっくりと一緒に楽しい生活を送っていただいています。できることはなるべくご自分で行っていただけるよう寄り添った関係を築いております。		
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	ご家族のご協力なしでは利用者様の生活が成り立たないことをお伝えし、面会日等の調整をお願い、報告、相談している。		
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	ご本人が希望するようであればご家族と協力の元、実現できるように努めています。	事業所は来訪される方を、いつでも受け入れており、友人・知人、昔の仕事仲間などが来訪され、馴染みの関係が途切れないよう支援がなされている。また、家族の協力もあり、馴染みの場所に出かけられることも支援されている。	
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	心身状態(介護度、認知度)が異なる利用者様同士が円滑に生活できるよう職員が間に入ってよりよい関係になるよう支援しています。(レクのお誘い、席替え)		

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	契約時、退所後の相談や支援に対応することをお伝えしている。		
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	日頃声かけをし信頼関係を築くよう努め申し送り、カンファ等で全職員がご本人の希望等共有できるようにしています。	利用者との信頼関係を築くよう努められ、「利用者が一番困っている」という発想で、どうしたら気持ちを理解できるかが考えられている。上から目線ではなく、寄り添って話を聴くことを実践し、「声なき声」の把握に努められている。	
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	声かけをしご本人の話しに傾聴し、コミュニケーションを多くとりその方を深く知るように努めている。		
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	日々の変化を観察、申し送り、生活記録を確認しその方にあった生活を支援している。必要時にDr. に相談。		
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	本来は関係者全員が揃っての話し合いが必要ですが困難なため、電話、手紙、面会等にて情報を収集、カンファレンスで話し合い計画作成している。	介護計画は3か月に一度見直し作成され、その都度家族にも説明され、同意確認も行われている。また、介護計画のサービス内容や情報を利用者個々の生活記録に落とし込み、職員が内容を確認し、周知されるよう工夫も図られている。	
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	言葉、様子をありのままに記入するように努めています。状況変化時には、報告、相談、計画の見直しをしている。		
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	病院対応時には家族の状況に応じて、通院介助を行っています。買い物なども行っています。		

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
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	・夢ワーク→中学生体験学習 ・消防署の協力→防災訓練 ・町会のお誘い→盆踊り ・パン工場見学を行っています。		
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	ホーム往診医以外にも入居前からのかかりつけ医に受診をしている方もいます。必要に応じて診療情報提供書にて連携を図っています。	かかりつけ医への受診時、医療機関・家族・事業所との間で、情報共有へのやりとりも行われ、連携が図られている。また、協力医への受診や処方箋の情報なども適宜家族にも報告され、理解に努められている。	
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	訪問看護師 1/2W定期訪問。 必要時にはホーム往診医より訪看へ指示、医療支援をお願いしている。		
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。	ご家族から入退院時共に医療情報をいただいている。(個人情報保護のため施設は聞けない)介護サマリー提出、看護サマリー受取り。		
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	契約時に話し合い、同意書を提出している。医療の必要性が高いと判断された場合は早目にチームで相談。(地域関係者にもお願いしている)	利用者・家族とは医療機関、訪問看護も交えながら、随時話し合いを行い、事業所の方針も伝えられている。利用者・家族の意向も重視し、情報や思いの共有を図り、できる限りの支援体制が整えられている。	
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	・発生時には医師訪看へ連絡指示を受ける。 ・各フロアごとに対応マニュアルを掲示対応は全職員が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	・消防署協力のもと年2回防災訓練を行っている。 ・運営推進会議において地域の方にも協力をお願いしている。	併設のデイサービスと合同での避難訓練を実施し、グループ全体として防災意識を高められている。また、先の震災を機に、災害発生時、職員がすぐやらなければならないことを再確認するなどして防災対策に努められている。	震災後、防災意識が高まっている時期でもあり、住民の協力を得た避難訓練の実施や災害毎の避難方法を確認するなど、利用者の安全に向けた協力体制を築かれることに期待したい。

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
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	個々の性格等を考え適切な言葉使いをするよう努力している。 職員の意識改善も必要である。	利用者のプライバシーについて、外部では絶対に話さないことなどは厳しく指導されている。また、居室への入室、言葉使いなどもルールは必ず守るよう、職員にも周知されている。	
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	声かけ傾聴し意見の出やすい環境づくりを心がけているが希望な限り叶えていくことを伝えるができないこともあることはご説明し納得して頂く。		
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	ホームの業務に合わせていくことが中心になっているのも事実ですが本人様のペースに合わせて実行できていることもあります。 (入浴時間等)		
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度に訪問美容室の利用。 ・馴染みの美容室に行かれている利用者様もおります。		
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	食事準備、おしぼりたたみ、テーブル拭き、食器片付け等、利用者様にあわせお願いしている。	利用者の好みや嗜好などについては、事業所内で確認し合い、別メニュー対応をするなど、きめ細かな配慮がなされている。利用者ができることは、食事の準備から下膳まで自然に行っていただき、会話を弾ませながら、食事を楽しませている。	食事については、家族にも関心の高い事なので、毎月の家族への手紙にメニューを同封し、食事内容を紹介したり、運営推進会議の中で、食事の試食会を行うなど、事業所への理解を深める取り組みにも期待したい。
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	・主治医の栄養指導を受けている方がいます。 (腎臓病、糖尿病等) ・主食を粥、刻み一口大等に手を加える。 (栄養補助ドリンクも提供)		
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	月に4度歯科衛生士、月に2度歯科Dr. に来て頂いている。 毎食後、口腔ケアを行っている。		

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
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	個々の排泄パターンを把握、全職員が共有しそれにあわせて対応しています。	トイレでの排泄を最優先に、ゆっくり自然に排泄していただけるよう取り組まれており、一人ひとりの排泄パターンも把握され、全職員が共有し、自立に向けた取り組みがなされている。	
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	排便パターンを確認必要時には水分等無理のない様にする。 決して最初から薬にたよらず腹部マッサージの実施又Dr. とも相談し下剤の処方。		
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	3日に1度のペースにて入浴を予定していますがなかなか難しい方もいます。体調にあわせ気分良く入浴していただいております。	「入浴は気持ちの良いものだから、いやいや入ってもらっても仕方ない」との考えで、利用者と職員との相性、男女の別など、こちらの都合を無理強いすることなく入浴いただき、入浴中は普話をゆっくり聞いてあげるなどの配慮がなされている。	
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	個人のペースに合わせて対応しています。 必要に応じて医師と相談眠剤処方		
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	・薬剤情報書を職員が把握。 ・体調変化時には医師、薬剤師に相談指導をうけている。		
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	趣味、生活歴を参考に提供している。 また、新たに利用者様に声かけにて、チャレンジして頂くように努めています。		
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	個々の希望にそっての外出は不可ですが数名の方はご家族と外出されている。 散歩は天候、体調をみて行っています。必ずご近所の方々とは挨拶するように努めています。	遠くまで出かけることだけを外出と考えず、どうしたら利用者が外気に触れることができるかを考え、散歩、買い物などの外出支援を積極的に行い、また、家族にも協力依頼し、外食や墓参りに出かけるなどの支援にも努められている。	

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	・ホームにて小口現金管理している。 ・希望があれば、ご家族と話し合い支援していきます。		
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	希望されている方には支援しています。		
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	・穏やかに過ごせるよう環境整備している。 ・植物を置いたり、季節によって飾り付け等癒しの空間づくりに努めている。	共用空間であっても、利用者にとっては自分のエリアであり、食事で座る位置、テレビを見る場所などにも気配りがなされている。また、利用者が居心地良く過ごせるよう、季節感、生活感を感じてもらえる工夫もなされ、さらに家庭菜園作りなども検討されている。	
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	・畳フロアも設置。 ・ソファテーブル配置も相談の上、移動し居場所の工夫をしています。		
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	本人、ご家族の希望があれば今までのご使用の品を安全面を考慮したうえで置いていただいています。 (タンス、イス、テーブル、仏壇、毛布等)	「自宅らしさ」と「利用者のこだわり」を大切に、利用者・家族の希望に沿い、居室作りへの支援がなされている。居室でのテレビ観賞用の座布団や鏡台など、利用者が自分のペースで生活ができるよう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	それぞれの方の残存機能を活かせるようトイレ、廊下、浴室、ドアの手スリをはじめ安全に移動、生活していただいている。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホームなのはな

目標達成計画

作成日: 平成 23年 12月 8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	4	運営推進会議を生かした取り組み	運営推進会議、しばらく中断していたが再開をめざします	参加者が意見の出しやすい議題を取り上げ定期的開催を実践する	6ヶ月
2	35	災害対策	消防署協力のもと、災害発生時の訓練を地域住民と共に行う	地域住民の協力を得た避難訓練の実施	6ヶ月
3	40	食事を楽しむことのできる支援	敬老会、クリスマス会などの行事(年6回予定)で特別メニューを企画し、食事を楽しんでもらう。又、試食会の開催をめざす。	運営推進会議の中で、食事の試食会を行い、事業所への理解を深めてもらう	6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。