

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	1193200092		
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22年12月30日	評価結果市町村受理日	平成23年4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	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28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)】

利用者様の高齢化にともない、1人1人に合わせた生活リズム、食事形態、職員の対応を行っている。医療連携として、月1回の往診、月3回の訪問看護が入り、安心して暮らしていける環境を作っている。共用型デイサービスも行っており、外部からの刺激もあり、将来的に入所になった時は、馴染みの関係が出来ている。緑豊かな場所に位置し、近隣とも馴染みのがあり、農作物をいただいたり集会への参加などを行っている。

【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)】

・利用者の一人ひとりの生き方を大事にしたケアや支援が行われていることで、生まれ育った土地で培われた利用者の個性や地とのかかわりが、継続されている。
 ・高齢化してきている地域の催しを支えたり、情報交換の場を提供する事で、利用者や家族と地域の協力関係が良好である。
 ・職員には、「やって見る、試してみる」の意識が醸成され提案がケアや支援に活かされている。
 ・平成21年度の目標達成計画(日常的な外出支援)について、利用者毎の外出希望を把握し、家族の協力も得て、利用者の希望に沿った外出の機会を増やす支援を行うなど、目標の達成へ向けた取組が行われている。

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)	○	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)	○	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	地域密着型ならではの理念を掲げ、これを念頭に置いたサービスの実践に努めている。	「個人を尊重し、その人らしく、地域と共に」を念頭に置いて、利用者の個別のケアや1人ひとりの要望や好みをかなえることの徹底が図られている。	
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	年に2回地域の道路清掃へ参加したり、氏神様の氏子としてお祭りの手伝い等もすることで繋がりをもっている。	地域の情報や行事に関する事は、もれなく声をかけてもらえる関係が築かれている。地域の催しへの参加も出来るだけ行われている。	
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	「青山だより」を発行し、認知症理解や、支援に関する情報も掲載している。		
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	年6回を目標に定期開催している。その中で現場の状況等の報告、また意見を出し合ってサービス向上に繋げている。	運営推進会議は、事業所からの報告だけに終わることなく、参加者に利用者をよく知ってもらうことや持ち回りで家族に意見を発表してもらうことを行い、出された意見をサービスの向上や運営に活かしている。	家族の発言を促す工夫がされています。地域の情報伝達の場としても機能しており、災害対策も議題に上がっています。行事に併せて開催するなど、開催回数が増えることを期待します。
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	運営推進会議を通して保険者に実情を話している。また、何か問題がある時は迅速に連絡、相談をしている。	困難なケースについては、いつでも相談ができるようになっている。また町の担当課からは空き情報を初め、種々の問い合わせがあり、双方向の良好な連携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	これに関する研修がある時は積極参加し、知識を得ている。ケアの中で迷うときも管理者より指導を受けている。徘徊事故が起こった後より、玄関施錠と本人の拘束を家族との話し合いのもと行ったが、現在は玄関施錠のみしている。	現在は、玄関のみ施錠がされているが、職員間の研修や家族を含めた話し合いを行い、施錠を行わなくても良い条件を整えつつある。	
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	研修に参加して知識を得ている。日頃から利用者の身体やメンタルの様子にも注意を向け、観察している。例えばアザ等確認した時は赤字で記録、口頭で報告して情報共有を徹底している。		

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	事例は無い。また、これらの制度については学ぶ機会が無かったが学んでいきたい。		
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	行っている。(契約時)不安や疑問点にはいつでも相談に応じて、それが解消できるよう十分な説明を行っている。		
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	前項の運営推進会議によって意見要望を表す機会を設けている。家族等の来所時や電話でも随時意見を受け付けて反映に努めている。	来訪時に、積極的に利用者の近況を伝える事で、家族からも話し易い雰囲気を作られている。また、家族からの要望に対して、日常の支援やケアに反映させたことは、できるだけ結果が目に見えるようになっている。	
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	代表者会議で提案したり意見交換している。現場スタッフの案等あれば管理者を通じてここで検討され、反映に努めている。	「職員が意見を出すこと、職員同士が意見をぶつけ合うこと」が優先されている。出された意見は、「やって見る、試してみる」を原則とすることで、アイデアが効果をもたらすことも多い。	
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	資格保持者、管理者へはそれぞれ手当てがあったり、助成金を受けたりし意欲に繋がっている。研修事業などを行い介護保険外の収益を上げ定期昇給へ繋げている。		
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	内部研修や各研修へ参加する機会が与えられている。資格保持者にはヘルパー2級講習の講師を務めさせたりとスキルアップも図っている。		
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	同法人のグループホーム間の交流をしている。		

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
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	アセスメントを把握した上でに色々な角度から働きかけを試み、しっかりと接する。家族へもこまめに本人のことを聞き、関係作りに努めている。		
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	家族と密に連絡を取り、不安やお困りの点についてはしっかりと傾聴して気持ちを汲み取り信頼関係を築けるよう努めている。		
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	アセスメントに基づき、必要とする支援ポイントを見極めている。グループホーム入所の段階でケアマネージャーと職員で話し合っている。		
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	利用者個々のレベルに合わせ、できる事を無理なく行っていただいている。具体的には食事準備、食器拭き、洗濯物たたみ等。また、毎日レクの時間を取り、みなで楽しんでいる。		
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	家族の意見を聞き、本人が良い状態でいられるよう協力してもらいながら共に支えている。家族会の設置や、敬老会、「田舎の家まつり」等の行事にお招きする等している。		
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	家族や友人へ自由に電話をしたり、遊びに來られたりして関係を継続している。	幼馴染みの知人や友人の来訪が多く、入居前からの関係が良く継続されている。電話の取り次ぎの支援も多い。家族の協力を得て、希望の場所への訪問も行われている。	
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	気の合う者同士を近くの席にしたり、様々な場面の中で利用者同士の関係性に配慮して、孤立することのない位置関係がとれるよう努めている。		

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
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	現時点では事例が無いが、経過のフォローや相談を受け付けていきたい。		
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	コミュニケーションを図っていくなかで本人の思い等の把握に努め、それを重視してその人らしさが出るよう支援している。困難な場合は家族と相談してよい方法を検討している。	表情・顔色・身振り・仕草などからの観察や、家族や訪問看護師より聴ける入所前の生活の様子をヒントに、個々の利用者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	入所時に細かいアセスメントをしている。家族に会う時は昔の話を聞き、馴染みの暮らし方等の情報を得ている。		
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	日々の状態をしっかりと様子観察して、毎日記録をしている。特に変化があれば赤字で記録で記録し、口頭によりスタッフ間で情報共有し検討・改善をしている。		
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	月に1度のスタッフ会議で意見を出し合い、現状に即した介護計画の見直しをしケアマネージャーが作成している。必要に応じて家族、関係者とも話し合いチームで支援している。	家族・介護支援専門員・医師・訪問看護師・職員からの意見を参考に、常時アセスメントを行い、スタッフ会議で現状に即した介護計画の作成がなされている。	
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	本人の日常の様子や、スタッフの働きかけの工夫等を毎日個別に記録している。変化があればスタッフ間で情報共有している。バイタル表も活用し健康チェックも徹底している。		
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	職員が出来ない医療行為では、訪問看護師を利用することをした。		

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
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	地域のスーパーへ買い物へ行ったり、図書館の利用をしている。		
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	嵐山病院と提携し、月1往診にきてもらっている。かかりつけ医に定期的に利用者の状態を把握してもらおうと同時に、病院関係者との協力関係を築いている。	提携医(内科・往診)により定期的に利用者の状況を把握してもらっている。他の専門のかかりつけ医の受診も職員の支援で行われており、医師との正確な情報共有がなされている。	
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	日常の中での気づきや情報を月3回の訪問看護師に報告して、適切な対処、受診ができるような体制をとっている。		
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。	面会に定期的に行き、病院と情報交換している。このような場合に備えて、往診で定期的に利用者の状態を把握してもらおうと同時に病院関係者との関係作りにも努めている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入所契約時に希望を伺う項目があり、事業所として出来る事を伝えている。必要な時は家族・医師・管理者・で今後の方針を決めている。	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	これらに関する定期訓練はしていない。必要に応じ指導を受けて業務の中で実践しているが、AEDの使用方の指導を受けいないスタッフは個人的に講習会に参加している。		
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	消防機関に依頼し、年2回定期火災時の避難訓練を、日中想定と夜間想定で行っている。地域との協力体制の面では話し合いをしているが、実現していない。	消防署の協力を得て、日中・夜間を想定した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から、今後、消防団との協力を進めて行くことが検討されている。	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ます。この地域は高齢者が多いことから、地元消防団との協力を具体的に進めら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
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	スタッフ1人1人が意識し、人生の先輩に対してケアにあっている。これらにそぐわないような事がある場合は指導を徹底している。	声の大きさや言葉使い、話す速度などに注意を払うと共に、利用者の持論などを傾聴することが大切にされ、職員には「良かれと思っても、気付かずに利用者の尊厳を傷つけることがないように」との意識が共有されている。	
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	自主的に決定できるような声かけや働きかけをしている。難しい場合はいくつかの選択肢を用意してみたり、表情や言葉の様子でくみとるように努めている。		
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	本人のペースや気分等を尊重して、出来る限り最優先している。夜間の入浴希望には添えない部分もある。		
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	衣類は清潔を保ち、その日によって服を変えたり自分で好きなものを選んで着ている。家族購入をお願いすることもある。		
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	一緒に食事は出来ないが、個々のレベルに合わせて盛り付けや、おしぼりたたみ、食器拭き等行っている。個人希望の食べ物も出している。	食材は買い出しによって調達され、盛り付けなどの準備や後片付けなどが、利用者により出来る範囲で手伝われている。時には、通常のメニューの他に、個人の好みの食べ物も提供され、楽しみとなっている。	
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	食事チェック表、水分チェック表を活用して量やメニューを毎日記録。その人に合わせた摂取量をコントロールするため、補助食品の使用もある。		
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	歯ブラシ、口腔スポンジを使用し、毎食後のケアを徹底している。レベルに応じて残存機能を使った口腔ケアに努めている。歯科医の往診もあり、口腔内の状態をチェックしている。		

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	夜間ポータブルを使用したり、夜間はオムツでも日中は布パンツにして、トイレへの定時誘導で自立を促している。排泄管理表を用意し毎度チェックをして、排泄パターンや誘導時の目安にしたりもしている。	ポータブルトイレとリハビリパンツの使用により自立を促し、トイレ誘導は排泄管理表により、排泄パターンを把握して行われている。排便の不調は、気分の悪化に繋がるので、便秘予防にも注意が払われている。	
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	野菜中心のバランスの取れた食事作りを心がけている。水分を多く取る工夫や毎日のレクを通して適度な運動もしている。服薬予防も取り入れている。		
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	日曜日以外は毎日入るようにしている。夜間は危険が伴う為行わないが、できるだけ希望に添うようにしている。見守り、二人介助も個々に応じてしている。	日曜日以外は、日中ならいつでも入浴をすることが出来る。介護度の高い利用者が増加傾向にあるが、利用者に応じて二人介助を行い、入浴を楽しんでもらっている。	
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	いつでも居室で休めるよう整えてある。夜間は室温調整や加湿器を使用して安眠を支援している。その日の気分で居室で昼寝をしたり、習慣により居室で多くの時間を過ごされる利用者もいる。		
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	服薬時は名前、日付、時間を声に出してみなで確認。服薬後は服薬チェック表にチェックして確実な服薬に努めている。薬の目的や、副作用についてはスタッフ1人1人がもっと理解を深める必要がある。		
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	歌が好きな人は歌を唄えるような場面をつくり、絵を描く人、書道をする人等と日々楽しく生活できるよう支援している。お花見、クリスマス会等季節に合わせた行事も行っている。		
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	散歩へ行きたい人や、買い物に行きたい人等希望に添えるよう支援している。家族との外出もしている。	利用者は希望に応じて、散歩や食材の買い出し、好みの衣料品の購入などに職員の支援を得て外出している。また、外泊の場合は、家族に受け入れ態勢を整えてもらう為に、職員が同行しての支援が行われている。	

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	家族が直接渡したりもし、買物時に好きなものを購入している。スタッフが金庫で所持金を管理している利用者もあり、必要に応じて使えるように支援している。		
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	希望により家族や友人へ電話をされる利用者様があり、いつでも電話できるようになっている。受け取るのみだが、手紙も来ている。		
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	清潔を保ち、刺激等無いうように配慮している。席は基本的に定位置にして混乱の無いようにしている。廊下、リビングには利用者の得意とする絵や書が貼ってある。	混乱を生じないように、利用者同士の関係や身体の状態に配慮して席が決められている。トイレや風呂も解り易い目印が付けられている。絵や書が得意な利用者の作品により、季節感が演出されている。	
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	相性に配慮した位置関係に席を取ったり、廊下にソファを設置してくつろげるスペースを作ったりしている。		
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を活かし、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	本人愛用の家具の持参や、テレビを置いたり絵を描くスペースを作ったりしている。また思い出のある写真を飾ったりして居心地良く暮らせるようにしている。	使い慣れた物や馴染みの物を持ってきてもらうことで、出来るだけ以前の生活の雰囲気が継続されるように配慮されている。和床を希望される利用者への対応もなされている。	
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	「トイレ」と分かるように大きく表示したり、自分でドアを開けられるようにレール式にしている。廊下やトイレ等に手すりを設置して安全に歩行できるようにし、バリアフリーになっている。		

(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 23年 4月 11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	災害発生時職員だけでは避難誘導に限界がある。	地元消防団に協力してもらえるように呼びかけ、地域の人には災害時に外での見守などの協力をしてもらう。	消防団の人の運営推進会議に出席してもらい、現状を知ってもらう。 そして災害時に連絡できる体制を整える。 6ヶ月
2	4	運営推進会議の回数が少ない事と家族の参加も少ない。	運営推進会議は年6回を目標として行ない、地域の人、家族の情報伝達のをしっかり築く。	4月から2ヶ月に1回必ず行う事とし、家族の参加をうながす為に行事とからめて行う事もする。 12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。