

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	1173200559		
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28年2月7日	評価結果市町村受理日	平成28年4月4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/11/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 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28年2月23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)】

静かな住宅街に立地している。日当たりも良く車の通りも少ないため散歩や外出に適した場所。玄関先では利用者様と共にプランターで野菜を育てたり花を植えたりと日々の成長を楽しむと共に世話をすることで生活に張りをもっといただいている。行事を毎月行い花見などの外出やボランティアの方に踊りを披露していただくなど楽しみをもっといただけている。職員同士のコミュニケーションも良好で情報共有が出来ており、ケアに繋がりがよくなっている。ご家族の面会も多い。また認知症の方にとって環境はとても重要であり職員も環境の一部と捉え静かにゆっくり穏やかに接するよう徹底している。

【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)】

・職員が利用者をよく観察し、それぞれの状況を尊重すると共に、1人ひとりの優先事項は何かを考えて支援されている。また地域と一体化して高齢者を支える関係も構築されている。
 ・ご家族のアンケートでも、「人数が少ないのできめ細かい対応をしていただいていると感じています」、「医療についても病院と連携して熱心に関わっていただこうれしく思っています」などのコメントが寄せられ、ご家族が現在のサービスに満足されていることが見受けられる。
 ・目標達成計画の達成状況については、日頃から地域と一体化して高齢者を支える関係が構築されつつあることや 土砂災害警戒区域となり、認知症利用者の避難方法と近隣との協力が運営推進会議で具体的に決められるなど、目標の達成が伺える。

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 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	常に目に見える場所に理念を掲げ皆で共有し実践に努めている。	「静かに・ゆっくり・穏やかに」の理念の基、職員が利用者1人ひとりをよく観察し、優先事項を考えて対応することで、複数の新しい利用者が入居されたが、それぞれの穏やかで安定した生活に繋がられている。	
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2回道路清掃や地区の防災訓練に参加している。また散歩などの際は挨拶や話をしたりしている。	日常の散歩時などの交流だけでなく、清掃活動への参加や防災訓練への協力が定着し、豪雨時に近隣住民から心配の声かけがあるなど、地域と一体化して高齢者を支える関係が構築されている。	
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	地域の人に向けた取り組みは出来ていない。		
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	年6回会議を開催し行政、区長、民生委員、ご家族に参加してもらいサービス向上に向けて意見交換をしている。	家族・町の担当者・区長・民生委員の参加を得て定期的開催され、事業所の状況報告だけでなく、日頃の暮らしのための支援のありかたや災害時の利用者避難の方法などが話し合われサービスの向上に活かされている。	
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もらい質問等を行っている。また月初めに入居状況を報告するなど連携している。	町の担当者とは運営推進会議時にアドバイスなどをもらったり、直接電話でのやり取りが行われ、空き室状況の報告や地域外の受け入れなどの情報交換も何時でもできる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	社内研修を行い、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	定期的に事業所内での研修が行われ、職員は身体拘束とその影響について正しく理解され、1人ひとりの生活習慣を尊重した見守りや寄り添いを行うことで、身体拘束のないケアが実現されている。	
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	常日頃からアザや傷に注意を払い記録に残し防止に努めている。		

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
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	研修等で学ぶ機会はあるが職員全体が理解できてはいない。		
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	契約時十分に説明をし項目ごとに疑問点が無いか尋ねている。		
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	運営推進会議に参加していただき意見を尋ねたり年1回アンケートを実施し要望等を聞き取り反映させている。	利用者からは日頃の関わりの中で、家族とは来訪が多いので、その機会を利用して、意見や要望を伺うと共に、独自のアンケートが年1回実施され、汲みとられた意見や要望は、検討を経てサービスの向上に反映されている。	
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	スタッフ会議や業務日誌などを通して意見や提案を聞く機会を作っている。それを代表者会議で伝えている。	定例の会議の場だけでなく、管理者と職員は日常から話す機会が多く持たれ、出された意見やアイデアは、検討を経て、利用者の個別ケアのあり方や安全面の向上などに活かされている。	
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	向上心を持って働けるよう有資格者には手当がつかうようになっている。また労働時間もしっかり守られている。		
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	社内研修では職員は講師を務めトレーニングを行っている。また社外研修の案内があれば掲示をし参加できる機会を作っている。		
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	他事業所との定期的な交流はなく相互訪問もない。		

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	入所前にアセスメントを取りご本人の不安や要望を聞き取り安心してサービスを受けられるよう努めている。		
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	家族の思いを傾聴し、要望等聞き不安が無いようにしている。		
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	本人、家族の意向を踏まえアセスメント内容を元にケアマネ、スタッフで話し合い必要としている支援の計画書を作成しそれに沿って対応している。		
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	食事の盛り付けや食器拭き洗濯物たたみなど役割をもっていただき共に作業をするなどしている。		
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	運営推進会議への参加や外出、受診など行っていたりすることも。		
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	外出、面会になるべく制限を設けないことで本人と馴染みの人や場所への関係が途絶えないようにしている。	家族や友人・知人の来訪が多くある。また、家族の協力を得て、古くからの馴染みの店や場所への外出や外食など、利用者1人ひとりの状況に合わせた関係継続の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	利用者同士の関係づくりの際は職員が一緒に会話に入ったり話を振るなどしている。		

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	支援をする段階までは至っていない。		
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	思いを伝えられる方からは希望や意向を聞き取っており困難な方は言動やしぐさを汲み取り本人の思いを考えている。	家族からの情報や過去の生活歴を職員が共有し、日頃の関わりの中での表情や行動の変化に注意を払いながらコミュニケーションを深めることで、1人ひとりの思いや意向を把握し、本人本位に検討がなされている。	
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	入所前や入所後もアセスメントを取り生活歴の把握に努めている。ご本人が答えるのが困難な場合は近い家族から聞き取るようにしている。		
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	毎日のケース記録、申し送りから状態変化に合わせ過ごし方や対応を行っている。		
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	本人、家族の意向を元にケアマネ、スタッフで話し合い計画書を作成している。	全職員によるモニタリングに基づきカンファレンスが行われ、本人や家族・訪問看護師・主治医の意向や意見も取り入れ、その人らしく暮らせることに主眼を置いた介護計画が作成され、必要に応じた見直しも行われている。	
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	日々の様子、その中で気づきや行ったケアを個人の記録や日誌に残しケア会議で検討見直しをしている。		
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	本人や家族の状況により買い物を代行したりしている。生活保護者の受け入れもやっている。		

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	行事等で社協や近隣地域からボランティアを招き暮らしの中で楽しみを持っていただいている。		
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	月に1回往診医がきており状況に応じて往診回数を増やしたりしている。本人や家族の希望により違うかかりつけ医の方もいる。	利用者・家族の意思を尊重し、医療機関を選択していただき、かかりつけ医の受診は家族の協力を原則としているが、必要な場合は職員による支援が行われている。また、提携医による定期的な往診も行われている。	
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	月3回訪問看護が来ており利用者の情報を伝え日々のアドバイスを必要時にはすぐ往診医へ繋いでいただいている。		
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。	入退院時には医師や看護師、医療連携室とこまめに連絡をとり情報交換に努めている。		
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	契約時に施設の方針を伝えている。また本人の状態に合わせて話し合いを増やしたり、家族、医師、職員の面会の機会を作り方針を共有し支援できるよう取り組んでいる。	終末期に向けて事業所としてできる事の説明が行われ、状況の変化に応じて家族の要望や医師の意見も参考に、できるぎりぎりのところまでの支援に取り組まれている。また、職員の対応力の向上にも努められている。	
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	社内研修や地域の防災訓練に参加しAEDの使い方や応急手当の訓練を行っている。		
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	日中、夜間想定避難訓練を年2回行っており地域の防災訓練にも参加しているが協力体制についてはもっと強化する必要がある。	定期的避難訓練と地域の防災訓練への参加が行われているが、土砂災害警戒区域となったため、土砂災害マニュアルを作成し、運営推進会議で、避難方法と近隣との協力について話し合い、対応が決められている。	土砂災害警戒区域となったので、火災だけでなく、豪雨に対する対策のためにも、行政や地域とのより緊密な協力体制の構築が期待されます。

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	言葉遣いには十分注意して尊敬の気持ちをもって接している。個人をしっかり〇〇さんと呼びしている。申し送り等で個人名を出すときはイニシャルを使うなど配慮している。	利用者が知られたくないことや言葉使いに注意が払われ、適度な距離感を保った丁寧な対応が心がけられている。また、羞恥心や同性介助にも配慮され、1人ひとりの尊厳が守られている。	
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	思いを伝えにくい方にはこちらの決定ではなく選択肢を与え本人が決定できるようにしている。		
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、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	生活のリズムを崩さない範囲で本人の希望に沿って過していただいている。		
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	外出時などは普段と違う服を着たりお洒落をしている。男性利用者には毎日髭剃りが出来るよう声かけしている。		
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	好き嫌いは把握している。出来る方には食事の準備や盛り付け、食器拭きなど一緒に行っていただいている。また行事食などで変化をつけ楽しんでいただけるようにしている。	食材業者の献立に、事業所独自の料理を加えた食事が提供されると共に、利用者も手伝っておやつや郷土料理作りが行われている。また、家族の協力を得て個別の外食にも出かけられている。	
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	食事摂取量、水分量を一覧で表記し過不足がないようにしている。個人に合わせてとろみをつけたり形態を工夫している。		
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	毎食後その人に合った方法で口腔ケアを行っている。必要中には歯科医の往診もしている。		

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	定時誘導を行い個別に排泄パターンを把握しなるべくトイレでの排泄を促している。また本人のしぐさや表情からのサインを見逃さないようにしている。	利用者1人ひとりの排泄パターンやしぐさを把握し、夜間を含めできるだけトイレでの排泄を原則とする自立支援が行われており、排便コントロールが良くなるようになるなどの、効果も見られる。	
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	野菜中心の食事を心がけ散歩や運動を取り入れ予防に取り組んでいる。		
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	午後の時間帯を基本として本人の希望を聞き対応している。入浴剤の活用など入浴が楽しめる様取り組んでいる。	週2～3回の入浴を基本とし、利用者の希望や体調に合わせて入浴日が決められている。また、重度化に伴い複数での対応がなされ、入浴拒否の強い方には、雰囲気を変えるなどして、入浴を促されている。	
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	日中でも気分や体調に合わせて休んでいたたり夜間電気を消してほしくない方にはつけたままにしたりと対応している。安眠できるよう居室の温度にも気をつけている。		
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	服薬管理表を作り個別に確認しやすいようにしている。変化があった際は主治医、看護師に報告、相談している。		
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	餡が好きな方は家族と相談し切れないように定期的に持って来て頂けるようにしている。畑をやられていた方にはプランターで野菜と一緒に育てるなどしている。		
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	天気の良い日には散歩への声かけや外浴が出来るよう働きかけている。本人の希望があれば家族に連絡をとり外出できるよう支援している。	日常の散歩などに加えて、月1回、1人ひとりの状況に合わせて、離れた場所への外出が行われている。また、家族と一緒に、旅行や娘の家に遊びに行く利用者もおられるなど、重度化に応じた個別の外出支援が行われている。	1人ひとりの状況に合せた外出支援が行われていますが、ご家族を含めて、より高齢化と重度化に適した外出のありかたの検討が期待されます。

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	管理できる方は所持しており希望があれば買い物に同行している。		
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	携帯電話を所持している方もおり希望があれば自由にかけている。		
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	玄関に季節の花や植物を飾りカレンダーを大きな日めくりにして分かりやすくしている。トイレも分かりやすい表示している。浴室やトイレの寒暖差無いうように配慮している。	斜面に位置し、3面が窓で自然に抱かれた感覚のリビングは、利用者が季節の変化と適度な生活感を感じながら過ごすことのできる共用空間となっている。また、職員中心に清掃が行われ、居室共々清潔に維持されている。	
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	リビングは気の合う利用者同士が一緒になれるように配慮している。固定の席だけでなくソファを配置し自由に移動できるようにしている。		
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、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室の家具や布団などは使い慣れたものを用意してもらっている。利用者様によっては好みの物や写真、テレビを置いている。	危険物を除き、各自の生活習慣に合わせて使い慣れた家具や思い思いのものを持ちこんでいただき、利用者が落ち着いた生活を送っていただける居室環境が作られている。	
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	内部はバリアフリーになっており安全に暮らせるようになっていく。各場所には絵や表記によって分かりやすくしている。居室前にも名前をかかげ迷わないようにしている。		

(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 28年 3月 30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	土砂災害警戒区域に入った為火災以外の災害への対応が出来るよう現状よりも行政や地域とより緊密な協力体制の構築が必要。	火災以外の災害にも対応できるよう行政や地域とのより緊密な協力体制を築く。	土砂災害やその他災害に関して運営推進会議などで取り上げ地域の方や行政の意見を聞き検討し随時マニュアルを変更していく。また近くの消防団と連絡をとり災害時のアドバイスも含め地域とのつながりをより強めていく。	12ヶ月
2	49	ご家族を含めてより高齢化と重度化に適した外出の検討が必要。	ご家族を含めてより高齢化と重度化に適した外出ができる。	スタッフ会議や日々の会話の中で利用者の状況に合わせた外出支援を検討していく。検討した内容をご家族へ発信しご本人に適した外出へのあり方の理解を得る。	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。