

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	1193600010		
法人名	有限会社フクシ		
事業所名	グループホーム藤の里		
所在地	埼玉県加須市鴻荃2168-2		
自己評価作成日	平成22年3月20日	評価結果市町村受理日	平成22年6月1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/infomationPublic.do?JCD=1193600010&SCD=320
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社シーサポート
所在地	埼玉県さいたま市浦和区北浦和3-6-9
訪問調査日	平成22年4月26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)】

職員が健康で笑顔を絶やさないようにし、入居者様一人ひとりが大切に生き生きと暮らしていただくこと。入居者様がそれぞれ自分の家のようにくつろいで生活されて、それぞれの役割を持っていただいている。
職員は一樣に明るく接し、入居者様と互いに信頼関係が強く結びついている。
外出機会をいろいろ作って楽しみを増やしている。

【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)】

●のどかな田園風景に囲まれており、入居者の方が「日差しが明るく・広い廊下」を自由に行き来している。●居室ごとに決められた担当者の責任感・定着した職員からの安心感により「本人本位の・自立を支援する」ケアが実現されている。●事業所で作成された「藤の里だより」は家族会の寄稿・日常の様子・認知症改善や健康についてのアドバイスなどが満載されており、地域への情報発信となっている。●市の介護予防教室の開催・実習生の受け入れ・地域活性化事業にも参画しており、地域と一緒に歩む支援が実践されている。

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、生き活きと働けている (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	ホームの行事など回覧版をまわし参加を促したりして、地域に密着したサービスを継続している。地域で馴染みの人たちに囲まれて、暮らし続けられる支援を理念に掲げている。	「暖かいサービスの提供」を目的とした事業所の理念は、「運営方針」の中に掲げられており、玄関・ホールおよび職員用のトイレにも掲示されている。またこれらは、朝会で話をする等により日々のケアへの浸透が図られている。	
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	自治会に加入して、地域の行事に参加している。日常的な散歩や季節行事等に、近隣の人たちと挨拶をしたり、来ていただいたりしている。畑で取り立ての野菜等おすそ分けも多く、作り方も教えてくれる。行ったり来たりのお茶のみもしている。	自治会に加入し、お花見等の行事に参加している。また近隣の方には、日常的なお付き合いの中で、事業所での餅つき大会に来てもらったり、料理の差し入れや野菜・果物のおすそ分け分けをいただいたりや相互に交流が行われている。	
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	介護予防教室への参加をしながら、介護についての相談窓口になる旨、行政にも提案している。人材育成の貢献として、実習生の受け入れを積極的に行っている。		
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	ホーム内の定例会議の報告とともに質問、意見、要望を受け、検討事項等も合わせ、取り上げられた内容をサービスの改善に生かしている。	民生委員・家族会・地域包括支援センター・訪問看護ステーションの方が参加する運営推進委員会では、日々の活動・地域への参加等について報告がなされ、家族との意見交換も行われている。	
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取り組んでいる	包括支援センター、市町村担当窓口には折に触れ、ケアサービスの取組みや状況を報告したり相談し、行政の情報もメールで届くようにしている。	防災・行事の情報を行政からのEメールにより把握している。また、地域において数少ない地域密着型サービスの事業所であることから、「相互に・密に」報告・連絡・相談が行われるよう取り組んでいる。	
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	危険防止の為以外では一切の拘束は行っていない。止むを得ない場合には家族に文書で了解得ている。職員も周知、実践している	年に1回身体拘束排除のための研修を実施し、職員への浸透が図られている。また日ごろより「威圧感を与えない」ケアを実践するよう取り組まれている。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待セミナーに参加したり、藤の里でのアンケートを行い、ミーティングで話し合いをし、職員に浸透させている。		

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	社会福祉協議会や包括支援センターへの学ぶ機会に参加したり、家族会などを通し必要性、活用法を話し合ったりしている。		
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	契約時に利用料金や、医療連携体制加算、医療負担、個人負担、重度化に対する対応等、家族に十分な説明と納得をいただいている。		
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	利用者や家族に要望箱を設置している旨を説明し利用していただいている。また面会時に担当の職員が話し合うなどして運営に反映している。	入居者や家族からの意見を聞くために要望箱が設置され、要望書も書きやすいようにフォーマットされている等の工夫が施されている。また要望書には、要望だけでなく入居者からの感謝の言葉も綴られている。	
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	ミーティング・研修会を行う中で、意見を出し合っている。よい意見は積極的に取り入れている。	ミーティング時にうまく発言できない職員もいることから、サービス向上のために設置したQC委員会により、パートタイマーも含めた全職員一人ずつに対して「記録・サービスの改善」についてのアンケートが実施されている。	
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	代表者は定期的に職員と面接を実施し、考課している。その中で、仕事の姿勢や給与希望なども話し合い、環境を整えるよう努めている。		
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	藤の里内で議題を出し合い、月二回の研修会を行っている。また外部の研修会や実習に参加させ、スキルアップにつなげている。		
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	県のグループホーム協会に加盟しており、勉強会や情報交換、研修生の受け入れなど、サービスの質の向上に取り組んでいる。他の施設研修も行っている。		

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
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	事前面談で生活状態を把握するよう努める。サービス利用についての相談には、必ず本人と会って不安や困っていることへの思いに向き合い、家族も含め信頼関係に努めている。		
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	家族の状況を把握し、家族が求めているものを理解し、どのような対応ができるか、事前によく話し合っている。		
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	相談時本人や家族の思いと状況等を話し合い、必要としている支援の提案、他のサービスの情報等考え合わせ、速やかに必要なサービスへとつなげている。		
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	利用者は人生の先輩であるという考え方を職員が共有しており、利用者には教えられるような工夫、声かけに気を配り、職員の年齢層の対応に家族的な信頼関係を築いている。		
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	利用者の様子や職員の思いをきめ細かく伝えることで、協力関係や気づきの情報共有に努め家族を支援している。		
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	担当していた職員が、窓口になり、他の施設に移ったりした人の面会にいたり、家族との交流、行事参加等呼びかけている。	以前入居されていた方にも事業所の行事の案内をし、参加していただくことにより仲の良かった入居者の方同士の関係を継続できるよう配慮をしている。	「懐かしい人や場所への訪問の支援」、「知人・友人の来所への支援」等入居前の関係継続支援についての検討が家族の協力とともに発展していくことを期待したい。
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	個別に話を聞いたり、相談にのったり、皆で楽しく過ごす時間や、気の合う同士で過ごせる場面作りをするなど、利用者同士の関係がうまくいくように職員が調整役となり支援している。		

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	契約の終了の理由にもよるが、移動の人には藤の里だよりを送って、思い出していただくようにしたり、行事の案内を出したりしている。ほとんどが入院死亡による終了になっている。		
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	日々のかかわりの中で声かけ、様子観察をして把握に努め本人がどのようにしたいのか優先に考えている。	入居者ごとに「居室担当者」を毎年度決め、よりその方を把握するための取り組みが実施されている。	
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	本人や家族、関係者等から聴き取る様になっている。レクリエーションや行事参加の中で、会話につなげながらその内容などからも把握に努めている。		
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	生活、心理面の視点や出来る事に注目し、その人全体の把握に努めている。		
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	日頃のかかわりの中で、思いや意見を聞き、反映させている。アセスメント、モニタリング、担当者会議等を含め、意見交換を行って、介護計画を作成している。	一覧表によりまとめられた予定表により介護計画の見直しが管理されており、ケアマネジャーと居室担当者が中心となり、カンファレンスを経て介護計画の見直しが遂行されている。	
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	個別にファイルを用意し、食事、水分量、排泄等身体的状況や薬の確認をしたり、本人の言葉、会話等ケア記録に記入し、職員間の情報共有を徹底する。介護計画は常時記録とともに見られるようにしている。又計画の実績表も作成している。		
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、家族の状況に応じて、通院や送迎など必要な支援を柔軟に行っている。医療連携体制を生かして、医療的にも希望する方は月2回騎西ふれあいクリニックから往診に来て頂き、利用者、家族の方に安心感をもって生活して頂いている。		

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	利用者が安心して、地域で暮らしを続けられるよう民生委員、ボランティア、消防、図書館等、普段から活用したり連携をとっている。		
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	本人・家族が希望するかかりつけ医、又は協力病院と連携をとっている。又受診や通院に本人家族の希望に対応している。	週1回の歯科医による口腔ケアの指導、2週間に1回の内科医による往診が行われている。また訪問看護を受ける際は、事業所からの日常生活の申し送りがされている。	
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	訪問看護ステーションとの契約に基づき、日頃の健康管理や医療面での相談、助言を記録に残し対応してもらっている。隣接のショートステイの看護師による定時回診を行っている。		
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。	家族とも協力しながら、医療機関と三者一体となって、退院計画を具体的に話をして、進めている。		
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	重度化に伴う不安に、藤の里が対応しえる最大のケアについて説明を行い実行している。癌の終末等にも対応している。	ターミナルケアは本人・家族の希望に添えるよう、かかりつけ医と連携して円滑に行われるよう対応している。	
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	救急救命研修に参加したり、勉強会を行っている。日中、夜間とマニュアルを作り、職員全員に周知徹底をしている。緊急時の対応の後には振り返りを行い、次回に備えるようにしている。		
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	定期的に防災訓練を実施し、災害時の対応が出来るように準備している。ホームの避難場所、地域の避難場所を職員に示している。	複数の非難経路が確保された構造になっている。防災訓練 避難訓練は利用者も加わり月に一度各想定のもと行われており、消火のためのバケツリレーなども行われている。	スプリンクラー・火災通報装置を夏ごろに設置予定。更なる安全への対応が可能になると思われる。

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
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	常に言葉使いや、介護方法などに配慮するように、申し送り時、研修等を利用して活かしている。記録などについての守秘義務を励行しており、管理についても留意している。	新入職員をはじめ、職員にに対しては、「接遇マニュアル」の活用や日常のケアを通して一人ひとりを尊重したケアを指導しており、個人情報については、その利用と方針を文書に定めて職員へ周知している。	
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	日常生活の中で、利用者に合わせた声かけ、本人の希望や意志に働きかけ、本人の意志決定を尊重している。		
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	その日、その時の体調に配慮し、申し送りなどで連絡を密にして個別性のある支援を行っている。無理強いはいしない。		
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	本人の意思決定で衣類は着ている。支援が必要な人には、職員と一緒に考えて決めている。馴染みの美容院で染めたりカットしている。		
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	頂き物の野菜等は、利用者の好みを聞きながら一緒に作ったりしている。出来ることは手伝っていただいている。	月に1回、食事に関するアンケートを実施しており、そのリクエストに応えたセレクトメニューは、入居者の楽しみとなっている。個人別の嗜好、状態、注意などを台所に貼り、一人ひとりに配慮された食事の提供に取り組んでいる。	
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、水分チェックを毎日行い記録し、職員が情報を共有している。給食委員会を月一回設け、メニュー、バランス、味付け等話合っている。		
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	毎食後の歯磨き、うがいを、職員の声かけや介助により行っている。夕食後の口腔ケア時、義歯洗浄、殺菌を行っている。		

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	時間、リズムを把握記録し、声かけトイレ誘導して、トイレで排泄ができるよう支援している。オムツ使用者 0。	排泄パターンの確認・自発的行動を促す声掛け・夜のトイレ誘導等の自立支援の取り組みにより、昼夜ともオムツの使用がない状態を実現している。	
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	食事、排泄、水分量の確認をしており、散歩、体操、お手伝い等で体を動かす事により、自然排便を心掛けている。便秘の時は本人に合った、下剤で排便を促している。		
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ず、個々にそった支援をしている	本人のペースで入浴している。心臓疾患のある人などには長湯の希望があっても説明し、納得をして頂いている。又夏季は入浴日以外でも希望者には、シャワー浴をして頂いている。	ゆったりした個浴・ペースを考慮した介助・夏季の入浴日以外のシャワー浴・はじらいのある方への配慮等々により、本人本位の入浴に対応している。	
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	不眠の人の原因を把握し、日中の体操、日光浴等活動を高め、安眠に繋げるようにしている。午睡も希望に沿っている。		
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	ファイルに個人個人の処方箋のコピーを入れ、職員が内容把握できるようにしている。服薬時本人に手渡し、空袋を回収し服用確認をしている。毎日薬の配薬箱に薬を入れ替え、服薬管理を行っている。薬の副作用の勉強をし、極力薬の制限を主治医と相談もしている。		
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	掃除を手伝う人、食事をかたずけてくれる人、園芸をする人、洗濯を干したりたたんでくれる人、得意な料理をしてくれる人、新聞月刊誌を楽しむ人等、楽しんでできる支援をしている。季節のおやつも取り入れている。		
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	季節感を味わっていただけるよう散歩、外でのお茶飲み、ドライブ、花見、観劇、音楽鑑賞等体調に合わせて出かけている。希望を出るだけかなえるようにしている。	「買い物・散歩・近所へ回覧板を届ける」など日常として外出ができるよう支援をしている。またチューリップ見学などが企画・実行され、家族と外出を楽しむ取り組みも行われている。	

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	利用者が管理できる人は、家族の協力を得て現金を持っている。買い物などに付き添い出かける事もある。		
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	毎年年賀状を書いたり、書ける人は日常的に手紙を書いたり、孫とのやりとりを楽しんでいる。電話も希望時、随時かけられる支援をしている。		
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	花を活けたり、プランター、植木を置いている、ベンチやテーブルを庭先に置き、お茶を飲んだり、会話出来るスペースを造っている、部屋には本人が描いた絵手紙、習字、家族の写真など貼っている。	庭先で田園風景を眺めながらベンチでお茶を楽しむことが出来る。またリビングには、色彩豊かな折り紙の作品・習字等が展示され、窓からの景色と柔らかい日差しが明るい空間を提供している。	
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	玄関ホールやフロアに、ソファ、長椅子を置いている。一人でいたり、気の合った人達でくつろいでいる。		
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	馴染みのもの、使い慣れたものを本人の意向を考慮したり、家族と相談しながら、居心地のよい居室にしている。	使い慣れたダンスやベッド、仏壇等が利用者と家族によるコーディネートにより配置されている。また「バリアフリーである・各人の居室がリビングを囲むように接している」ことにより、居室とリビングを思い思いに行き来できるよう配慮されている。	
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	本人にとって「何がわかりにくい」「何がやっていただけるか」職員、担当等で話し合い、利用者の目線に立って不安を取り除けるよう、工夫し試みている。		

目標達成計画

作成日: 平成22年5月31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	26	チームでつくる介護計画とモニタリング	居室担当者が介護計画を作成できる	各利用者様の問題解決のため、2週間及び1ヶ月単位で「事例検討会」を開催し、職員全員で問題解決に当たる。2週間単位では、日頃発生しやすい軽微な問題解決。1ヶ月単位では大きな問題点を集中協議し、解決に取り組む。事例検討会とともに情報を介護計画に反映させる。	8ヶ月
2	14	同業者との交流を通じた向上	加須市グループホーム協議会の発足	市町村合併に伴い当施設が加須市内になったので、同業者との交流や情報の共有・勉強会・研修会及びホームページで発信できる仕組みに取り組む。	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。