

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	2390300065		
法人名	特定非営利活動法人かくれんぼ		
事業所名	グループホームかくれんぼ		
所在地	名古屋市北区金城町4丁目56番地		
自己評価作成日	平成22年11月8日	評価結果市町村受理日	平成23年1月13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)】

毎日の体操や晴れた日には散歩に出掛けて、少しでも身体を動かしていただいております。嚙下体操や頭の体操などやられているのではなく、楽しく積極的参加していただけるようスタッフ一同工夫しております。カレンダー作りや日々の会話、旬の花を見に行く等、季節を感じて過ごして頂く事も大切にしています。

※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.kaigo-kouhyou-aichi.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2390300065&SCD=320
----------	---

【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『サークル・福寿草』		
所在地	愛知県名古屋市中村区松原町一丁目24番地 COMBi本陣S101号室		
訪問調査日	平成22年11月23日		

【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)】

ホームは、1階の小規模多機能型居宅介護と併設している事業所である。ホーム代表者による長年地域での高齢者支援の経験を通じ、ホームは、地域に馴染み、認知症やホームに対して理解を深めていただく努力を続けている。そのような取り組みが、美容院等の店によっては、送迎を職員が行えば、店の店員が対応くださり、利用者も“常連さん”になっている。職員の話や利用者の様子から、利用者本位の支援が行われている現状が確認できた。日常生活における場面、入浴・外出・食事等、利用者の希望を踏まえた生活が中心になっており、自由に生活している様子である。管理者を始め、ホーム職員の年齢は若いのが、積極的であり、併設事業所とも連携を取りながら、職員間の人間関係も良い。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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)
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)
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)
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)
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
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
62	利用者は、その時々々の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	高齢者も、障害者も、健常者も、全ての人が同じ人として、均等に当たり前の生活ができるような社会の実現を目指す理念のもと、地域との交流を積極的に行ないながら、事業所の理念の理解を深める努力を行なっている。	月1回の法人研修や月2回の業務会議の中で、問題があるたびに理念に戻り、再確認している。また、利用者の書かれた習字“等生”が居間に掲示してあり、理念の共有につなげている。	併設事業所全体の共通の理念を踏まえながら、利用者の生活の場となっているグループホーム独自の分かりやすい理念があっても良いのではないかとと思われる。
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	地域の集会で介護保険の勉強会を開いたり、近隣のコンビニエンスストアや喫茶店等利用者様が頻繁に利用される施設とは密に交流をしている。	福祉会館での地域集会に子区委員長も参加され、介護保険の勉強会を開く等、地域とのつながりを大切にしている。近所の店を利用することで地域に馴染み、認知症やホームに対して理解を深めていただいている。	
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	地域の集会で介護保険の勉強会を開いたり、介護保険についての啓蒙活動を行なっている。		
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、そこの意見をサービス向上に活かしている	定期的に(2ヶ月に1度)運営推進会議を開催して近況を報告するとともに、適切なアドバイスを仰いでいる。	運営推進会議は年6回の開催である。年に2回開催された家族会よりの意見も運営推進会議に取り入れて検討し、実現に向けた取り組みがされている。	
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	電話、FAX、メール等で連絡を取り各種相談や協力体制の構築をはかっている。	ホーム代表者が以前より地域の高齢者への支援活動を通じていることで、市のたんとう現在は年一回の報告になっている他は、FAXによる事故報告や、市町村の研修に一部参加している。	
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	身体拘束を行なわないケアを原則としているが、夜間のベッド柵の使用や車移送時の車椅子のベルト着用など安全上必要な時は、家族様の同意の上行なっている。	現在は、夜間のみベッド柵を使用している利用者がいるが、その使用も3か月に1回、見直し検討と家族の同意を得ており、その度に職員も正しく理解する機会になっている。1階玄関は開錠してあり、ホームの出入り口にはチャイムではなく、メロディが鳴ることで外出を察知している。	
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	言葉遣いや気がつかずに虐待していることはないか、管理者や現場の責任者は注意を払い防止に努めている。		

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	研修会やセミナー等に可能な限り参加し学び、又その情報を事業所内にて報告し活用に向けて前向きに検討している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約締結・解約時には文面において説明を行い、説明後は署名捺印をしてもらい文面で残している。		
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	年に数回、家族会を開催して、家族様と話し合う機会を設け、意見・不満・苦情はミーティング等で検討して、それを運営に反映させている。	利用者には普段の会話の中や、また家族等には年2回の家族会の中で、普段言い難いこと等を言われる方もいて、家族会の開催の意義を確認できた。また、最近更新されたHP上で、家族の意見・要望などの書き込みが出来るようになってきている。	
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	月2回のミーティング、毎日の申し送りで管理者は職員と話す機会を持ち、現場の意見や提案を検討・取り入れている。また、法人内でひらかれている月1回の管理者会議で職員の意見提案等を報告、運営に反映させている。	月2回の業務会議の内容を月1回の管理者会議で取り上げ、必要に応じ検討し、次の業務会議の中で報告し対応している。また、年に1回、代表者との個人面談の機会も設けられている。	日常業務の中で、職員の休息スペースの確保を工夫するなど、継続的な働きやすい環境作りに期待したい。
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	偏りや無理の無い勤務形態を整備し、能力に応じた給与水準を設けている。また、積極的に外部の研修に参加してもらっている。		
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	職員には可能な限り、外部の研修を受けてもらい、知識・技術の向上を図っている。また法人内で開催される月1回の研修会や併設の小規模多機能施設に実習参加している。		
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	研修やセミナー、懇親会等は可能な限り出席し、自己を高めるネットワーク作りを推奨している。		

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	事前に十分な情報収集に努め、利用開始からしばらくは、担当職員が重点的に係わり、利用者間の橋渡し役を勤めたり、雰囲気慣れる手助けを行なう。		
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	利用開始前に面談を行い、グループホームの特徴を説明した上で入居していただいている。		
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	利用前に家族や担当ケアマネ、ケースワーカーから十分なアセスメントを行い、適切なサービスの提供ができるよう心掛けている。		
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	各利用者の経験・特技・特性を活かして、手伝ってもらえることは生活リハビリの一環としてやっていただいている。		
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	常日頃から連絡を密にとり、家族と一緒に利用者に参加できる行事を企画したり、家族様が自由に出入りしやすい環境となっている。		
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	希望されれば、今まで利用されていた美容院やお店への送迎を行なったり、以前の環境とこれからの環境が融合した心地よい生活環境の構築を目指している。	美容院や喫茶店等、近くの馴染みの場所へは職員の都合をつけ送迎したり、以前先生をしていた利用者の生徒が月1回程の訪問することもある。	
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	利用者同士の相性を考慮しながら、スタッフが利用者間の関係作りの手助けを行なっている。また、利用者間での良好な関係作りができない場合は、スタッフができるだけコミュニケーションをとり孤立感を感じさせないように接している。		

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	利用者様によっては契約終了後も電話で家族様に様子をうかがったりしている。		
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	食事や趣味、外出の希望要望にできるだけ応えられるよう、外食・外出・買い物の企画をしている。	本人から直接意向や希望が聞けない場合は、家族からの情報に沿って対応しているが、利用者の普段の様子から食い違いを感じることもあり、その場合はアセスメントを取り直し、暮らしの把握をしている。	
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	事前のアセスメントや本人の様子を観察しながら、生活歴の情報収集に努め、できるだけ本人の以前の生活空間が部分的でも再現・継続できるように心掛けている。		
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	利用時の状況を定期的にモニタリングしてカンファレンス等により情報の共有を行なっている。		
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	10日に1回程度のカンファレンス、月1回のモニタリング等を基に、家族様の要望を踏まえたうえで介護計画の作成を行っている。	家族の来訪の折、また業務会議などの中で課題やケアのあり方などの希望や必要性を把握し、介護計画が作成されている。計画は3か月毎に見直し検討され、必要に応じた計画の変更もなされている。	
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	介護計画を基に、利用者個々の日々の個別記録を行い、介護計画見直しの情報収集を行っている。		
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、その時々にも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	職員が対応できるかぎり、個々の利用者様のニーズに応えられるよう、買い物や外出等の機会をつくっている。		

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	近隣の交番や利用者様のよく利用するお店や地域住民との情報交換を常日頃から行い、何かあった時に協力が得られやすい環境作りに努めている。		
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し、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	かかりつけ医とできるだけ連携をとりながら、急変した場合は速やかに受診往診ができる体制作りをおこなっている。	内科は週に1~2回、また、眼科は月に1回、認知症専門医は2週間に1回の往診がある。入居前のかかりつけ医の往診継続も半数程あり、往診の対応も受けられるよう支援している。身体の変化に応じて、適時電話で連絡相談するなどの対応もなされている。	
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	看護職員により健康管理や薬の管理を行なうとともに、介護スタッフへ医療面での適切なアドバイス行ってもらっている。		
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。	近隣の主たる病院のケースワーカーと普段より情報交換を行い、入院中の情報交換がスムーズに行なえる体制作りの構築をしている。		
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	本人の意見ならびに家族の意向を最大限に尊重し、ターミナルケアの希望にできるだけ沿えるように対応していきたい。	入居時の面談では、できるだけ希望に沿えるよう説明されており、今まで対象者はなかった。今後、看取りなどの対応などが出てきたときには、職員のメンタルケアにも対応できるよう準備はきている。	
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	看護職員により、急変時の救急要請等の目安を介護職員に指示しており、救急車を呼ぶ手順の把握はできている。また緊急時のマニュアルを作成したり、研修等に参加して知識の向上をはかっている。		
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	災害時に対応できるよう避難消防計画を作成している。	火災に対する防災訓練はできており、夜間の火災については、消防署職員にアドバイスを受けており、避難消防訓練計画も作成されている。水・懐中電灯の備蓄があり、衛生用品は別の場所で保管されており、災害に備えている。	地震や水害など、様々な災害を想定しての訓練や、備蓄の内容についての必要性・緊急性についての話し合いを期待したい。

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	利用者様個人の性格を踏まえ、適切な言葉使いや介助を行なうよう、心掛けている。	職員は、同性介助や名前の呼び方等、本人の希望に応じ対応している。個人の性格にも違いがあり、利用者のプライドを傷つけないよう誘導にも配慮されている。	
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	各利用者ごとに担当職員を決め、利用者様の希望を聞いたり、コミュニケーションがとりにくい方の場合には十分な観察をしたり、本人の思いを汲み取る努力を行なっている。		
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	不穏時や落ち着きの無い時は、話しを聞いたり外出したり、マンツーマンの対応を十分な時間をとり対応している。		
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	希望があれば美容院に連れていったり、自分で化粧が出来る環境整備を行なったりしている。		
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	お皿拭きや食器の片付け、おかずの盛り付けを手伝ってもらったり、おかしやおかず作りをスタッフと一緒にこなったりしている。	栄養のバランスに配慮し、栄養士がメニューを作成しているが、自立度や能力に応じ、準備や下ごしらえ、盛り付けなどを利用者と共にしている。散歩で外出した折に、買い物をすることもある。希望があると、皆で外食し食事を楽しむこともある。	
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	食事水分摂取量を常に記録して栄養の摂取状態の把握に努めている。また利用者個々の咀嚼・嚥下機能にあわせて、刻み・ミキサー食の提供をおこなっている。		
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	自分でできる利用者様には声かけ誘導により歯磨きを促し、希望される利用者様には外部の歯科より往診をしてもらったりしている。また職員に歯科衛生士を配属しており定期的(週3回程度)口腔ケアを実施している。		

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	トイレ誘導を定期的に行ない、排泄の失敗を減らし、できるだけオムツ・リハビリパンツに頼らないケアに努めている。	自立した人が多く、排泄に失敗した場合にはさりげなく声かけをしている。その際には、他の利用者には分からないように浴室にてシャワーで流していただく等の対応をしている。	
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	排便の間隔を把握し、便秘気味の人には水分補給や食べ物の工夫により排便を促している。それでも改善されない場合は、医師に相談して薬の使用を検討している。		
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	基本的には月～土で週3回の入浴と決めているが、本人の希望に添い、随時対応している。	職員との相性にも配慮し、原則一日おきに入浴介助しているが、希望に応じ、時間帯や回数の対応もなされている。ボードには、今日と明日の入浴者が分かるように張り出されている。	
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	個々習慣に合わせて、ある程度日中は自由に過ごしてもらっている。就寝時間も個々のリズムに合うように就寝の介助をおこなっている。		
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	自己管理のできない利用者様に対して、服薬管理を行なっている。また薬の情報を共有できるよう薬情報を管理している。		
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	生け花やお茶、百人一首等、昔行っていた趣味を施設でもやっていただけるような場を提供している。また外出する機会を設け気分転換を図ってもらっている。		
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	散歩が好きな利用者様には外出機会を多く設け、定期的に皆で外食買い物等の機会を設けている。	日課的に神社への散歩、また、区内や市内など可能な限り外出支援をしている。年に1回、遠方へ遠足もされており、今年のはなばなの里に行った。遠方の外出は、家族とも相談し、対応をお願いする時もある。	

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	自己管理できない方は、事務所で金銭管理をし、必要に応じてその都度出し入れを行っている。		
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	希望に応じて、手紙の投函、用具の準備を行なっている。また外部への電話の取次ぎを希望必要時には行なっている。		
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	お花を飾ったり、BGMに音楽を流したりリラックスできるような空間作りを努めている。	ベランダが長く、光が十分に差し込み明るい。明るすぎるときはカーテンにて調整している。共有空間には、懐メロBGMを流すことで、リラックスする利用者もいる。全員で作った大きな毎月のカレンダーが居間に張られている。	
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	居間にソファを用意して、会話を楽しんだり、テレビ等くつろげる共用空間作りを行っている。		
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	自由に部屋の模様替えをしていただいたり、仏壇を置いてもらったり居心地の良い部屋に変えていただいている。	思い思いの馴染みのある家具が配置されている。茶筆筒・表彰状・位牌なども持ち込まれ、居心地の良い部屋に努めている。ベッドや布団の選択も自由で、また、家族の泊まり用の布団を用意されている部屋もある。	
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	基本的にバリアフリー設計になっており、自立した生活支援の為、適所に手すりの設置をしている。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホームかくれんぼ

目標達成計画

作成日: 平成 22年 11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	34	急変や事故発生時の対応にまだ不慣れなスタッフが多く、いざと起こったとき慌てたりしている	利用者様の心身機能の状態を日頃より把握するとともに、緊急時の対応の手順や知識、技術の確認を研修等に参加して理解して、急変・事故発生時に慌てずに対応できるようになる	・急変のリスクのある疾病を持っていたり、歩行不安定だったり、嚥下機能に障害がある利用者様の状態把握を定期的なモニタリング、カンファレンスを通して把握する。また外内部の研修に積極的に参加して知識・技術を身につける	6ヶ月
2	35	夜間の少ないスタッフでの避難方法が確立されていない	夜間の避難方法のマニュアル作成を急ぐとともに、年2回の避難訓練だけでなく常日頃から、頻繁に夜間想定での避難を想定、訓練しておく。	・定期的ミーティング等で夜間の避難を想定した訓練を行う ・夜間避難方法のマニュアルを作成する	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月