

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	2191600028		
法人名	有限会社 瑞泉会太陽		
事業所名	瑞浪グループホーム太陽の家		
所在地	岐阜県瑞浪市 西小田町4丁目69番の2		
自己評価作成日	平成25年 2月 2日	評価結果市町村受理日	平成25年 4月10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.kaijokensaku.jp/21/index.php?action=kouhyou_detail_2012_022_kan=true&JigyosyoCd=2191600028-00&PrefCd=21&VersionCd=022
----------	---

【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 中部社会福祉第三者評価センター		
所在地	岐阜県関市市市賀大知洞566-1		
訪問調査日	平成25年 3月12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)】

・社訓、運営理念を職員一人一人が常に考え、向き合い役割を自覚して責任を持って仕事をしている。
 ・職場のコミュニケーションを良くし、NPOスタッフとも連携し協力し合い、スタッフ全員が働きやすい環境である。
 ・月に一度のミーティングを行い、スタッフ個々の反省を発表し問題点を共有し合い、ステップアップに繋げている。 又入所様のケア方法についても変更点を確認し、統一したケアを目指し入所様が無難な事が無いようにしている。
 ・御家族との会話を大切に、不安や悩みを共有し、共に見守りしているという安心感を持って頂くように努め、人生の最終章に不安が無いように過して頂く。
 ・看護師による状態観察と医師との連携、速やかな対応と適切なケアが出来ている。

【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)】

管理者、副管理者の両名は看護師資格を有し、運営理念のひとつである「普通の生活」の実現を目指している。医療専門家の視点から、利用者、家族の安心、安全の暮らしを支援している。
 服薬、食事、排泄、そして入浴の記録を「個人チェック表」にて一元管理をしている。各項目の関連性を読み取り、時には医師に相談のうえ、服薬など、利用者の状況の変化を的確に把握し健康管理に努めている。
 介護計画について、毎月家族と話し合いを行ない、「ケアプランチェック表」を作成し、利用者のホームでの生活が穏やかで安心したものとなるよう取組んでいる。開設から間もないホームではあるが、同法人の他施設の経験者を中心に支援が展開されており、職員の結束力は高い。

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 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	3つの理念を掲げ、職員間で実践を行う為の意識付けや理念の共有に努めている。	理念をホーム内に掲示している。職員は理念を踏まえて個人目標に落とし込み、管理者との面談を通して実践に反映するよう取組んでいる。	
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	常にホームは解放しており、地域の方への挨拶やホーム内の見学をして頂いている。季節の野菜を頂く事もある。	自治会に加入しており、地域の祭りの獅子舞の立寄り場所になっている。祭りは、利用者の喜びの時間である。近所の住人からは新鮮な野菜のおすそ分けがあり、食事の一品として食卓を飾る。	
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	来訪者からの相談に適切なアドバイスを行っている。		
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	平成23年4月にオープン後、生活に慣れて頂く事を優先し先送りとなっていた。平成24年6月11日実施・消防訓練を兼ね見学もして頂いている。 本年度は2月18日実施予定。	運営推進会議には、地域、行政、家族代表の他、消防署や地域ボランティアの参加がある。ホームの状況を説明し、積極的な意見交換を行なっている。今後は、年6回の開催となるよう準備を進めている。	定期的な開催の実現によって、運営推進会議がさらに充実したものとなるよう期待したい。
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	日頃から協力関係を築けるよう、連絡を取り意思疎通を図っている。	管理者は介護認定審査会の委員を務め、市との協力関係を築いている。、市を訪問して入居者情報などを交換し、互いに相談できる関係にある。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	基本的に身体拘束は行わない方針だが、入居者の安全に支障が有る場合のみ家族と話し合い同意書を交わしている。	玄関は開錠し、拘束をしない介護の知識を職員に周知している。利用者の状態に鑑み、安心、安全を優先した拘束の必要のある場合には、利用者、家族に対して十分な説明をし、同意を得たうえで対応している。	
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	認知症研修で学びミーティングや勉強会を行い意識を高め、常に注意を払っている。		

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
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	研修会に出席する事で学ぶ機会を多くとり理解している。現在、必要とされる方は居られない。 今後、必要とされる方が居られたら支援して行きたい。		
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	不安や疑問には十分な説明をし、日頃より状態の変化等連絡を取り個別に話し合い、理解・納得を計っている。		
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	家族の訪問時に意思を聞いたり毎月のケアプラン評価時の説明に意思や要望を聞くようにしてケアに反映させている。	会報を作成して利用者の様子を写真入りで紹介し、家族からの意見を引き出すよう努めている。毎月、担当職員が必ず面談して介護計画に対する要望を聞き出しており、ホーム運営に関する意見ももらっている。	
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	管理者は、職員が働き易い環境を第一に考えミーティング等で話し合いを行っている。	管理者は、ミーティングや日々の業務の中で気兼ねなく意見の表せるようコミュニケーションの構築に努めている。管理者と職員との個人面談を実施し、職員の意見を運営に活かしている。	
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、個別に目標を自己にて掲げるようにしやりがいを持たせ、努力や実績を把握し、よりよい職場作りに努めている。		
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	大部分がOJTの支援になっている。学ぶ機会は十分にあり、育成に繋がっている。		
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	代表者はケアマネ会の会長を務めた事もあり交友が広く、同業者を紹介して頂きお話を通じて得たものを業務に活かしサービス向上に努めている。		

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
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	本人の訴えや家族の要望を傾聴する。嘘・偽りの言葉を用いるのではなく、本人に寄り添い安心感を与えて行くようにしている。		
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	家族との面談時に、不安や疑問等よく話し合い 安心してまかせて頂けるように説明している。		
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	一番困っている事・必要とされている事を分析し本人と家族の気持ちを大切に、出来る限りの対応に努め、初期対応を素早く行い安心して頂けるようにしている。		
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	毎日の食事・排泄・入浴等の基本的なケアを確実にし信頼を得て、尚且つ話を傾聴しコミュニケーションを取りながら皆で支え合って暮らすことを大切にしている。		
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	家族にしかできないケアの重要性を理解して頂きご協力を頂きながら、問題を共有し解決して行く事で本人を支えて行くように努めている。		
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	面会時間の規制は無く、いつでも来て頂ける雰囲気を作っており、関係継続は良好である。	知人の受入れや年賀状の受付を支援している。家族の理解もあり、馴染みの場所への家族の同行や、家族が馴染みの食べ物を購入してホームを訪れ、利用者と居室でくつろぐこともまれではない。	
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	些細な言いあいもあるが、スタッフが中に入り陰悪にならないように努め、声掛けを常にして孤立を防いでいる。		

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	手紙や電話のやり取り、必要であれば相談に乗りアドバイスを行う。		
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	個々の聞き取りは常に行い、思いや意向を把握し援助方針に反映させている。	職員の把握した思いや意向は、申し送りやメモを使用して管理者に報告し、情報を共有している。週末を「なごなごデー」と銘打ち、普段よりも利用者と接する機会を増やして思いや意向の把握に努めている。	すぐに叶えられる思いは即座に対応すればよいが、時間がかかるものについては、介護計画に取り上げて支援してほしい。これが「個別ケア」の実践となる。
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	本人や家族から情報を収集し、生活歴や暮らし方の把握に努めている。		
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	毎日の表情や言動、状態を観察し、わずかな変化でも看護師に報告している。		
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	本人や家族の希望を基に状態に応じたサービス計画を作成し、毎月のケアプランの確認サインの際にも看護師・管理者と話し合い現状に合ったプランを作成している。	毎月、家族と面談し、「ケアプランチェック表」を作成している。介護度の高い利用者が多く、ADL中心の計画となっているが、計画作成担当者は思いや意向を反映した個別計画に取り組む意識は有している。	
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	介護計画に沿って、SOAP方式で介護記録を記入しスタッフ間で共有し、ケアの見直しに役立てている。		
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	外出・外泊等、柔軟に対応しており丁寧かつスムーズに対応している。		

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
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	民生委員やボランティア等の協力を頂き、支援に活かしている。		
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	2週間に1度回診がある。個々の状態や希望によっては、ホーム以外のかかりつけ医を受診し、必要時には相談し、指示を受けたり、サマリーや情報提供所の交換をしている。	協力医は法人施設全体の健康指導を行う関係にある。月2回の往診を受け、24時間の体制を築き、安心の医療連携としている。管理者は看護師として状況を把握し、医師に報告のうえ適切な服薬を支援している。	
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	状態の変化や異常があればすぐに報告している。平日は毎日看護師が出勤されるので処置をして頂き、その都度指示を受けている。		
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。	サマリーや情報提供所の交換を行い、本人や家族の支援を行っている。病院での治療に関しては看護師が相談にのり、調整を行い、不安の軽減に努めている。		
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	本人の状態や予測される現状を踏まえて家族等と話し合い、事業所で出来る事と出来ない事をしっかり伝え理解して頂き、対応方針を決めている。	当ホームでの看取りの実績はないが、法人内の看取りの実績は豊富であり、当ホームにも看取りを経験した職員が在籍している。利用者、家族の希望に沿い、看護師である管理者を中心に、医師の助言を踏まえて看取りを行う体制を整えている。	
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	緊急対策マニュアルを作成し、それに基づき、職員間で対応方法の検討訓練を行っている。		
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	消防訓練を消防署員の方の立会いの下行い、知識や方法の習得に努めている。また、自主訓練も行っている。近隣の方には協力が得られるよう話し合っている。	地域住民の参加を得て、年2回の避難訓練を実施している。居室は大きな履き出し窓のため、比較的避難が容易である。消防署と避難経路の確認を行い、スプリンクラーを設置して有事に備えている。	

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
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	認知症研修で学んだ事をミーティングで話し、スタッフ全員が意識して実行している。	利用者に丁寧に接することを基本とし、利用者の気持ちを大切に、時には地域の方言で話しかけている。利用者の呼称については、家族の意見や生活歴を参考にして、その人らしい呼称としている。	
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	ホーム内を自由に歩き、本人の好きな事が出来るように声掛けし、自己決定が出来るように支援している。		
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	声掛けをして、何をしたいのか確認し、できるだけ本人の希望に沿うようにしている。		
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	「どちらを着ますか？」と尋ねて、選択肢が少なくとも個々の希望を尊重している。		
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	声掛けと見守りで簡単なお手伝いをして頂いている。お寿司ならちらしと巻きずしのどちらがいいですか？と必ず希望をお聞きしてから作っている。	手作りの温かい食事を提供している。利用者の嗜好を考慮し、意思表示の難しい利用者には料理の候補を提示し、希望を汲み取るように努めている。おせち料理や恵方巻きなど、季節メニューの提供もある。	
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	NS指導の下、水分量や塩分の管理を行っている。食事量も個々に応じて変え、スタッフは個々の摂取量を把握している。		
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	スタッフ全員で口腔ケアを行い、誤嚥性肺炎の予防に努めている。 歯科医・歯科衛生士による口腔ケアも月に一回実施している。		

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	排泄チェック表で個々に管理し、オムツの入所さんでもトイレに座る事で、排便の習慣化や座位保持できるようにトイレでの排泄を心掛けている。	看護師である管理者の視点から、快適な排泄のために排泄記録を重視し、便秘予防、食事の総合的な判断を行い、適切な声掛け・誘導によりトイレでの自立した排泄に取り組んでいる。	
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	水分摂取や野菜食等の他、NsやDrと連携して個々に合った緩下剤を処方して頂いている。		
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	夏季と冬季で回数と時間を変えている。Nsと連携し、風邪を引かせないように行っている。	季節や体調を考慮し、健康面の安全を確保した個別入浴を支援している。自立歩行の難しい利用者も、基本は浴槽に浸かり入浴を楽しめるよう努めている。体調によっては、シャワー浴に止める場合もある。	
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	自己に任せ、好きな時に休まれている。Dr処方睡眠剤もあるが、現在は服用されていない。朝までよく休まれている。		
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	排泄表に服用している薬を記入して、スタッフ全員確認できるようにしてる。回診後に薬が変更になった場合等、必ず看護師が説明して下さり、申し送りをしている。		
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	個々のやりたい事を決定して頂き、それを行えるよう配慮し支援している。		
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	家族の方が外出に連れて行って下さっている。本人が希望された場合は、スタッフから家族にお願いする場合もある。気候をみて近場の散歩に出かける事もある。	現在は食事、排泄、入浴などホーム内のサービスに主眼を置いている。外出は、主として家族の協力を得て出掛けている。	高齢化や重度化を理由に、外出支援を諦めることはない。「できない理由」を探すより、「どうしたらできるか」の工夫を望みたい。家族やボランティアの有効活用も一策か。

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	現在はお金を持参している方は居られない。 希望があれば、ご家族と相談し使えるように援助して行く。		
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	季節に沿ってやり取りができるように、プライバシーに配慮しながらしえしている。		
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	不快な雰囲気、室温、臭い等が無いように落ち着いた空間で過せるように意識している。	食堂、居間、居室に続く平屋造りの共有空間は、見通しが良く利用者の安全確保を重視した構造となっている。職員は頻繁に清掃を行い、尿臭などの臭いは全くない快適な環境を維持している。	
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	リビングで気の合った方とお話されたり、1人でリラックスできるようにソファや食卓を利用して頂いている。		
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	本人が使っていた物や希望されるものをご家族の方が持ってきて下さり、本人好みの居心地の良い居室を作っている。	大きな履き出し窓からは、長閑な風景が眺められる清潔で明るい居室である。居室内には利用者、家族の持込むテレビ、置時計、写真など、特に制約はなく、居心地の良い居室作りを支援している。	
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	施設内はバリアフリーとなっており、手すりを使用し安全に移動する事が出来る。スタッフは常に入所者さんの動きに目を配り、声掛け、見守り、介助をする事で安全に生活を送れている。		

(別紙4(2))

事業所名 瑞浪グループホーム太陽の家

作成日: 平成 25年 4月 2日

目標達成計画

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 (3)	運営推進会議が定期的に実施されていない。	2ヶ月に1回開催する。	①H25年2月28日 第1回目を開催した際に、年6回実施する旨を発表した。 ②次回は4月25日とする事が決定した。 ③4/25に次回開催日を決める(以降同様に開催日を決めて行く)	1ヶ月
2	23 (9)	本人の思い(長期的なこと)を具体的に介護計画としていない。	個別ケアをして本人の意向を尊重する。	①本人、家族と話し合いの機会を持つ ②ケアプランの見直し ③職員間でプランを共有し合う	12ヶ月
3	49 (18)	外出の支援が出来ていない。	近場に散歩に出られる、スケジュールを立て実施する。	①歩行訓練を行う ②面会の際、外まで見送りする ③好天で本人の体調の良い日に実行する	12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。