

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	2192100044		
法人名	メディカル・ケア・サービス東海株式会社		
事業所名	愛の家グループホーム大垣木戸(1ユニット)		
所在地	岐阜県大垣市木戸町306-1		
自己評価作成日	平成23年 8月 1日	評価結果市町村受理日	平成23年 8月30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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2192100044&SCD=320&PCD=21
----------	---

【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23年 8月18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)】

職員の中には未経験スタッフが数人いますが、気兼ねなく声掛け合って、とてもチームワークが良いホームです。特に毎月の行事は職員全員が2名ずつ担当し、誕生日会や外食会、花見会など外に出る機会を多くしています。また、花見弁当や、御節料理など、料理の得意な職員ですべて手作りでお出ししております。

ホームの南側には広い畑があって、大屋さんや近隣に住むスタッフのご家族の協力を得て、職員、ご利用者が育てた、野菜が食卓に上がっています。

【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)】

統括ホーム長の拠点となっていることから、管理者の養成所的な役割を持っており、訪問調査では毎回違った管理者と遭遇することとなる。当ホームを巣立って(管理者やホーム長となって)他ホームに赴任する職員は多い。その影響から職員の異動は多いが、質の高い支援が実施されており、利用者には不安定なそぶりや不穏は全く感じられない。

新たな試みとして、毎月2~3名の「行事担当」の他に5つの委員会(食事、事故対策、排泄、入浴、記録)が発足した。まだ取組みの端緒についたばかりであるが、どのような成果につながるのか、今後を見守りたい。

家族とも信頼関係が構築されており、家族それぞれの悩みや課題の相談にも乗っている。

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)	○	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	理念に基づき、笑い声がいつも聞こえ、スタッフは業務の中でも、ご利用者様に常に問いかける姿がある。また地域にある保育園からの慰問などがある。	法人が定めた理念を踏襲しつつ、「笑顔」、「利用者の自己決定」、「地域との連携」を柱としたホーム独自の理念を設定している。その理念を、日々のケアの中で忠実に実践しようとの思いが感じられる。	
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	毎日の散歩で、畑にいる方と挨拶をかわしたり、近隣のお寺の草取りに参加している。	地域との交流の中で、いかに地域に貢献できるかを模索している。地域の独居高齢者への働きかけを検討したり、見学者に介護に関する話題を提供したりと、一歩進んだ取り組みが始まった。	地域貢献を考えると、地域の福祉(介護)ニーズを把握することも肝要。データや情報の収集も検討していただきたい。
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	ホーム見学などに訪問された方に認知症介護についてのご相談を受けたりしている。		
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	2ヶ月に1度の運営推進会議にて現状報告を資料とともに報告し、意見など頂いている。	2ヶ月に1度の会議では、ホームからの報告事項を中心とした話し合いが行われている。多彩なメンバーが揃ってはいるが、地域密着型サービスに関する知見者の参加がない。	認知症に詳しい医療従事者、他法人のグループホーム管理者等、地域密着型サービスに知見を有する者をメンバーに加えることが望まれる。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	市役所や包括支援センターから、ホームへ直接PCメールを頂き共有したり、相談したりしている。	生活保護の受給者がおり、市役所の直接担当部署(高齢介護課)だけでなく、複数のパイプを持っている。	
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	身体拘束についてのホーム内研修を実施し、新入社員には1日目の業務に入る前に、指導している。	新規の採用者があった場合、2日間の新人研修の中で「拘束」と「虐待」には特に重点を置いた研修を行っている。直接的な身体拘束だけでなく、スピーチロックについても注意を払っている。	
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	高齢者虐待についてのホーム内研修を実施し、新入社員には1日目の業務に入る前に、指導している。また日頃、発生しないようにスタッフに呼びかけている。		

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	権利擁護・青年後継人制度について、スタッフにホーム会議の中で、情報を提供している。		
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	見学時から契約日までに、何度かお会いし、十分な説明と質問を受け、ご納得して頂いている。		
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	玄関に意見箱を置くことと、年1回のアンケート他、面会時にホーム長やリーダーが日頃の要望などないか、伺うようにしている。	家族アンケートには、自由記述欄にも多くの言葉が寄せられた。感謝やお礼の言葉だけでなく、前向きな建設的な意見も散見された。	
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	ホーム内で委員会を作り、ホーム会議で意見交換している。	毎月の行事担当(2~3名)が決まっていて、合議でイベントが企画されているが、その他に5つの委員会(食事、事故対策、排泄、入浴、記録)が発足した。	ケアや管理の1側面に的を絞った委員会活動は秀逸。まだ誕生したばかりではあるが、どのような成果が表れるのか、今後の展開を見守りたい。
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	ホーム長やユニットリーダーを目指す若者や、未経験者などに個々、ホーム長が個人的に声かけたり、話をし向上心を持って働けるようにしている。		
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	ホーム内研修を月一度行い、また、外部研修の資料を掲示し、自主的に行けるように、促している。		
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	市で開催される事業者の会議や、ケアマネの研修などで、交流を持ち、ネットワークが出来てきている。		

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	入居頂く前に、2回以上カンファレンスのため面会に伺い、入居日に顔見知りを作ることなど、不安が軽減されるように努めている。		
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	見学に来訪された時から数回、お会いし、今困っていること、入居に当たって不安なことなど、話して頂く時間を作って、関係作りをしている。		
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	今、ご本人様にはどんな支援が必要なのかをご家族様を含め考え、介護計画を計画し、一番良いと思われる支援をするように努めている。		
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	一日の生活の中で、業務としてだけでなく、家事をご利用者様と共に行い、共に生活している		
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	ご家族様とご本人様の関わる時間を大切にし、日頃の状況を伝え、また、ご協力して頂くことなど伝え、疎遠にならないように努めている。		
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	ご本人様の担当者が関わって、行きたい所や、食べたい物など聞き出し、外出に行ったり、以前の勤め先にお肉を買いにいったりしている。	利用開始前に入院していた病院へ、職員とともに訪問して喜ばれた。憩意の精肉店(かつての勤務先)へ買い物に行き、代金をまけてもらうこともある。	
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	利用者様同士が協力して、介助をする姿をみて、職員は「ありがとう」と感謝の言葉をかけ、孤立しないように職員が間に入って関わったりしている。		

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	病院に長期入院し退去になられた後、相談を受けたり、以前、入居されていたご親戚の方のご相談を受け、入居となった。		
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	入居までに数回アセスメントをして、ケアプランにまとめ入居後も、気付いたことを共有し、把握していくように努めている。	日々のケアの中で知れた新たな情報(生活歴、思いや意向)は、「介護記録」に記入されている。ただ、介護計画へ連動・反映していく仕組みはない。	「100の気づき」も活用されないままとなっている。データを収集することを目的とするのではなく、情報化して利用者に還元する(役立てる)ことを意識してほしい。
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	入居前の生活パターンを把握し、大きな環境の変化がないように務め、少しずつ、新しい生活になれていけるように支援している。		
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	心身状態を把握して、ご本人に無理なく活動でき、安心、安全な生活が送れるように務めています。		
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	ホーム関係者、ご家族や看護師参加で、定期的にサービス担当者会議を行い、意見交換をしている。	3ヶ月ごとの定期的見直し、状態変化時の見直しは実施されている。しかし、思いや意向の変化に着目した見直しの実施例はなく、計画自体が個別性の薄い内容となってしまっている。	個別ケアの求める「その人らしさ」の感じられる介護計画の策定を待ちたい。自己評価23(思いや意向の把握)との連動が鍵となる。
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	介護記録やチェック表に日常の様子を書き残し、ケアプランに繁栄させたり、申し送りノートを利用し、情報共有している。		
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	常に、ニーズは本人様の意向を取り入れていくように務め、その場その時に必要とされる支援が出来るように努力している。		

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	近隣にあるお寺で開催される節分行事に参加させて頂いたり、お寺の敷地んぼ草むしりに出かけている。		
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	協力医の往診を月2回受けられ、常時、主治医と看護師やホーム長が連携している。ご家族には直接、先生より連絡され、説明している。	ホーム提携医を変更し、職員として配置されている看護師(5ホームを担当)との連携も十分である。当日も、看護師による入念な健康チェックや聞き取りが実施されていた。	
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	近隣5ホームの担当する看護師が常駐し、ホーム長と連携しいつでも駆けつけられるようになっている。		
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。	入院は必ず、主治医からご家族に直接説明があり、入院時は入院先の担当医と連携され、情報はホーム長に頂け、ホームもご家族も安心される。		
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、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化してきた時や終末期を迎える時には、地域の総合病院、ホーム長、主治医、看護師、ご家族との個々話し合いを持ち、方針を決めている。	最期まで、ホームでのケアを望む声が多い。重度化した場合に、家庭への移行を懸念する家族もいるが、医療行為が必要となって入院を余儀なくされない限り、ホームでのケアを継続する方針を説明している。	
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	2年に1度は普通救命救急講習を全員受講し、誤嚥予防の吸引ノズルなど実践して研修している。		
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	火災や地震発生時の非難訓練を毎年2回実施している。	災害発生時の指揮命令系統を明確にするため、常時管理者かフロアリーダーが在籍することとし、万全を期している。	

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
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	利用者様一人ひとり、ご本人の自己決定を尊重し、言葉使いに気を付け、プライバシーに配慮するように心がけている。	2名の利用者は自身で金銭を管理し、こづかい帳をつけている。自己決定の場を意識して設け、誕生日の食事には利用者の希望に沿ったメニューを出している。	
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、職員ではなく、時間がかかっても、利用者様が自己決定出来る様にしている。		
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し、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	業務の流れを職員側にあわせず、その場、利用者様の希望や、問いかけなどには		
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	食べこぼしなど、汚れた時などの放置はしない。整髪、また男性は髭など身だしなみには十分注意している。理美容サービスを低料金で毎月利用できるようになっている。		
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	準備や片付けなど利用者様が活躍できることは、依頼して見守っている。	食事を口に運ばずに遊んでしまう女性利用者を、男性利用者が気遣って注意を与えている。一方では、手の不自由な男性利用者のために、女性利用者が食器を並び替えるなどの世話をやいていた。	
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	食事はカロリー計算されており、水分は1日1000cc摂取出来るようにするため、色々な味をつけた水分ゼリーを作って提供している。		
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、本人の状態に合わせた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	オムツは最終手段と考え、トイレでの排泄重視している。また尿意がない方には、排泄パターンをみて、声をかけてトイレに誘導している。	利用者が自身で排泄できることを目標に支援しており、実際に排泄自立している利用者が多い。尿意を訴えた利用者を車椅子に移乗させ、トイレまで誘導する手際は手馴れており適切であった。	
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	排便チェックを実施し、便秘ぎみな方は主治医と看護師との指示を仰いでいる。		
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	入浴は主治医の指示により2日起きにお誘いし、他、ご希望があれば、毎日でも入浴して頂いている。	強い入浴拒否の利用者がいるが、ほとんどの利用者は週に2回の入浴である。風呂好きの利用者は連日入浴することも可能である。	
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	入居以前の習慣をなるべく崩さないように日中は、昼寝をされる方、夜は遅くまでテレビをみる方など、自由にして頂くなど安心した生活を送れるように支援している。		
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	服薬の内容、副作用など常時ファイルしてあり、いつでも確認できるようになっている。また用量など周知し、誤薬がないように服薬時は2重チェックしている。		
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	散歩や畑仕事、歌を歌ったり、テレビで音楽を聴いたりなど楽しみ事を支援している。またボランティアによる読み聞かせなど楽しんでいる。		
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	職員と1対1で喫茶店に出かけ、モーニングを食べてきたり、ご家族と外食。また行事で職員手作りの弁当持参で、ご家族と花見に出かけたりしている。	夏の暑さ対策として、散歩は控えめである。菜園や花壇への水やりは利用者の日課となっており、プランターで元気に花をつけている造花のみまわりにも、しっかりと水がまいてあった。	

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
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	基本、現金や貴重品は事務所金庫で保管しているが、本人希望で財布に現金を入れて大切にじさんしている方もいる。		
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	現在、友人など面会に来られることが多い。また自ら手紙や電話が難しい方がほとんどのため、ホーム側から意向を電話で伝えることもある。		
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	季節感が感じられるように掲示物に配慮している。	ホームの内外を問わず、いたるところに花が活けてある。壁掛けのほおずき、プランターのひまわり等、造花もちりばめて季節感を演出している。ホームはいつ行っても掃除が行き届いているが、役割りを持った利用者の労によるところも多い。	
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	テレビをソファで見ながら話をしたり、一緒に歌ったりする姿がみられる。		
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	居室はご家族とご本人が面会して心地よい空間であり、安全な場所であるように日頃、気をつけている。	学習意欲が旺盛な女性利用者の居室には、勉強机が置いてあり、新聞が山と積まれていた。新聞の連載小説（「親鸞」）を読破中であり、語学力（漢字脳トレ）は評価員も顔負けの水準であった。	
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	トイレや居室の場所がわかるように工夫し、自分で出来ることに過剰な介護をしないように職員が手を出さず、目を離さないようにしている。		

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	2192100044		
法人名	メディカル・ケア・サービス東海株式会社		
事業所名	愛の家グループホーム大垣木戸(2ユニット)		
所在地	岐阜県大垣市木戸町306-1		
自己評価作成日	平成23年 8月 1日	評価結果市町村受理日	平成23年 8月30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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2192100044&SCD=320&PCD=21
----------	---

【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	岐阜県関市市平賀大知洞566-1		
訪問調査日	平成23年 8月18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)】

職員の中には未経験スタッフが数人いますが、気兼ねなく声掛け合って、とてもチームワークが良いホームです。特に毎月の行事は職員全員が2名ずつ担当し、誕生日会や外食会、花見会など外に出る機会を多くしています。また、花見弁当や、御節料理など、料理の得意な職員ですべて手作りでお出ししております。
ホームの南側には広い畑があって、大屋さんや近隣に住むスタッフのご家族の協力を得て、職員、ご利用者様が育てた、野菜が食卓に上がっています。

【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)】

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、生き生きと働いている (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している (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	理念に基づき、笑い声がいつも聞こえ、スタッフは業務の中でも、ご利用者様と関わりあう姿が多くある。また地域にある保育園からの慰問などがある。		
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	毎日の散歩で、畑にいる方や道ですれ違う方と挨拶をかわしたり、近隣のお寺の草取りに参加している。		
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	ホーム見学などに訪問された方に認知症介護についてのご相談を受けたりしている。		
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	2ヶ月に1度の運営推進会議にて現状報告を資料をもとに報告し、意見など頂いている。		
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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に取り組んでいる	市役所や包括支援センターから、ホームへ直接PCメールを頂き共有したり、相談したりしている。		
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	身体拘束についてのホーム内研修を実施し、新入社員には1日目の業務に入る前に、指導している。		
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	高齢者虐待についてのホーム内研修を実施し、新入社員には1日目の業務に入る前に、指導している。また日頃、発生しないようにスタッフに呼びかけている。		

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	権利擁護・青年後継人制度について、スタッフにホーム会議の中で、情報を提供している。		
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	見学時から契約日までに、何度かお会いし、十分な説明と質問を受け、ご納得して頂いている。		
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	玄関に意見箱を置くことと、年1回のアンケート他、面会時にホーム長やリーダーが日頃の要望などないか、伺うようにしている。		
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	ホーム内で委員会を作り、ホーム会議で意見交換している。		
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	ホーム長やユニットリーダーを目指す若者や、未経験者などに個々、ホーム長が個人的に声かけたり、話をし向上心を持って働けるようにしている。		
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	ホーム内研修を月一度行い、また、外部研修の資料を掲示し、自主的に行けるように、ひとり1人に声かけをしている。		
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	市で開催される事業者の会議や、ケアマネの研修などで、交流を持ち、ネットワークが出来てきている。		

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	入居頂く前に、2回以上カンファレンスのため面会に伺い、入居日に顔見知りがいるという事で、不安が軽減されるように努めている。		
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	見学に来訪された時から数回、お会いし、今困っていること、入居に当たって不安なことなど、話して頂く時間を作って、関係作りに努めている。		
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	今、ご本人様にはどんな支援が必要なのかをご家族様を含め考え、その方が一番必要としている介護計画を計画し、支援をするように務めている。		
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	一日の生活の中で、業務としてだけでなく、家事や畑の世話など、ご利用者様と共に行い生活している		
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	ご家族様とご本人様の関わる時間を大切にし、日頃の状況を伝え、また、ご協力して頂くことなど話し、疎遠にならないように務めている。		
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	ご本人様の担当者が関わって、行きたい所や、食べたい物など聞き出し、外出に行ったりなじみの所に行ったりしている。		
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	利用者様同士が協力して、介助をする姿をみて、職員は「ありがとう」と感謝の言葉をかけ、孤立しないようにしている。		

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	病院に長期入院し退去になられた後、相談を受けたり、以前、入居されていたご親戚の方のご相談を受け、入居となった。		
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	入居までに数回アセスメントをして、ケアプランにまとめ入居後も、気付いたことを共有し、把握していくように努めている。		
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	入居前の生活パターンを把握し、大きな環境の変化がないように務め、少しずつ、新しい生活になれていけるように支援している。		
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	心身状態を把握して、ご本人に無理なく、日々の生活の中で出来る活動に努めています。		
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	ホーム関係者、ご家族や看護師参加で、定期的にサービス担当者会議を行い、意見交換をしている。		
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	介護記録やチェック表に日常の様子を書き残し、ケアプランに繁栄させたり、申し送りノートを利用し、情報共有している。		
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	常に、ニーズは本人様の意向を取り入れていくように務め、その場その時に必要とされる支援が出来るように努力している。		

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	近隣にあるお寺で開催される節分行事に参加させて頂いたり、お寺の敷地の草むしりに出かけている。		
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	協力医の往診を月2回受けられ、常時、主治医と看護師やホーム長が連携している。ご家族には直接、先生より連絡され、説明している。		
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	近隣5ホームの担当する看護師が常駐し、ホーム長と連携しいつでも駆けつけられるようになっている。		
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。	入院は必ず、主治医からご家族に直接説明があり、入院時は入院先の担当医と連携され、情報はホーム長に頂け、ホームもご家族も安心される。		
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、事業所ですることを十分に説明しながら方針を共有し、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化してきた時や終末期を迎える時には、地域の総合病院、ホーム長、主治医、看護師、ご家族との個々話し合いを持ち、方針を決めている。		
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	2年に1度は普通救命救急講習を全員受講し、誤嚥予防の吸引ノズル実践は定期的実践している。新人スタッフは勤務始めに研修している。		
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	火災や地震発生時の非難訓練を毎年2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
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	利用者様一人ひとり、ご本人の自己決定を尊重し、言葉使いに気を付け、プライバシーに配慮するように心がけている。		
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、職員ではなく、時間がかかっても、利用者様の自己決定を優先出来る様になっている。		
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	業務の流れを職員側にあわせて、利用者様の希望や、問いかけなどには、ゆっくり聞いて添えるように務めている。		
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	整髪、また男性は髭など身だしなみには十分注意している。又自分で服の選択できる方は見守りをしています。理美容サービスを低料金で毎月利用できるようになっている。		
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	準備や片付けなど利用者様が活躍できることは、依頼して見守っている。		
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	食事はカロリー計算されており、水分は1日1000cc摂取出来るようにするため、色々な味をつけた水分ゼリーを作って提供している。		
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、本人の状態に合わせた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	オムツは最終手段と考え、トイレでの排泄重視している。また尿意がない方には、排泄パターンをみて、声をかけてトイレに誘導している。		
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	排便チェックを実施し、便秘ぎみな方は主治医と看護師との指示を仰いでいる。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴は主治医の指示により2日おきにお誘いし、他、ご希望があれば、毎日でも入浴して頂いている。		
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	入居以前の習慣をなるべく崩さないように昼寝をしたり、部屋で過ごしたり、夜は遅くまでテレビをみる方など、自由にして頂き、安心した生活を送れるように支援している。		
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	服薬の内容、副作用など常時ファイルしてあり、いつでも確認できるようになっている。また用量など周知し、誤薬がないように服薬時は2重チェックしている。		
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	散歩や畑仕事、歌を歌ったり、好きな裁縫をしたり、テレビで音楽を聴いたりなど楽しみ事を支援している。またボランティアによる読み聞かせなど楽しんでいる。		
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	職員と1対1で喫茶店に出かけ、モーニングを食べてきたり、ご家族と外食。また行事で職員手作りの弁当持参で、ご家族も一緒に花見に出かけたりしている。月命日で定期的に自宅へお参りにでかけられたり、息子さんと自分がからしていた自宅に週末、泊まりに行く方もみえる。		

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	基本、現金や貴重品は事務所金庫で保管しているが、本人希望で財布に現金を入れて大切に持参している方もいる。		
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	現在、友人など面会に来られることが多い。また息子さんに電話をして話をしている方もみえる。		
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	季節感が感じられるように掲示物に配慮している。自分の作った作品を掲示して一緒に関わっている。		
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	テレビをソファで見ながら話をしたり、一緒に歌ったり洗濯物を畳んだりする姿がみられる。		
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	居室はご家族とご本人が面会して心地よい空間であり、安全な場所であるように日頃、気をつけている。		
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	トイレや居室の場所がわかるように工夫したり、手すり等皆様が分かる様にテープを付けたりしている。過剰な介護をしないよう、又目を離さないようにしている。		

(別紙4(2))

事業所名 愛の家グループホーム大垣木戸

目標達成計画

作成日: 平成 24年 8月 25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	2	地域情報収集、地域福祉ニーズの把握	地区活動の情報収集、と参加できる場を作る。	○自治会長様より情報を得る。 ○近くの保育園へ訪問依頼をする。 ○神社やお寺へのボランティア活動	6ヶ月
2	26	その人らしさの感じられる介護計画の策定	入居前のアセスメントの充実を図り、その人らしさの介護計画を作る。	○入居前に、数回アセスメントをしその人をする。 ○家族からの情報も収集する。 ○スタッフによるカンファレンスを充実する。	6ヶ月
3	4	運営委員会への参加メンバーの検討	認知症に詳しい医療従事者や他法人の管理者の参加を呼びかける。	○現在、関わりのある医療機関へお願いする。 ○他法人への働きかける。	6ヶ月
4	11	各委員会の活動継続、及び記録の保存	各委員会のそれぞれの活動を、記録として残す。	○毎月、ホーム会議での報告と記録、資料の保存をして行く。	6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、行を挿入して下さい。