

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	2393000092		
法人名	株式会社さちコーポレーション		
事業所名	グループホームさち さくら		
所在地	愛知県豊田市栄生町3丁目58番地		
自己評価作成日	平成22年12月2日	評価結果市町村受理日	平成23年3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.kaigo-kouhyou-aichi.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2393000092&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23年1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)】

職員を多く配置し、入居者のニーズに個別に対応できるよう心掛けています。今までの習慣等を出来るだけ継続できるよう、今ある機能・力を出来るだけ維持できるよう、日常生活面での支援を行っている。普段から施錠をせず、気分に応じて自由に外へ出入りでき、気分転換が出来るように配慮している。また、他施設交流や地域行事への参加だけでなく、ほぼ毎日買い物へ出掛けるなど外出の機会を増やし、社会との繋がりを保てるよう努めている。

【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)】

ホーム開設以来、管理者は、地域や関係する団体へホーム便りを送付することで、ホームのありのままを公開し、様々な方々との交流を続けてきた。ホームから積極的にオープンな姿勢であることで、障害福祉施設の授産所との日常的な交流、ホーム前にある産婦人科医院の託児の子ども達の訪問、幼稚園の園児との交流等につながっている。さらに、利用者は、終日ホーム内で過ごすのではなく、できる限り外出する機会を作るように取り組んでおり、訪問調査当日も、午前、午後と、何人もの利用者が、職員や家族と外出している様子を窺うことができた。ホームは、3年目に向け、地域の自治会の組への加入、ホームにおける重度化への取り組み、運営法人で計画している新たな事業との関連等、今後に向けた新たな課題にも取り組んでいる最中である。

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) ○	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) ○	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) ○	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) ○	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) ○	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) ○	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) ○		

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	会議などで話し合い、理念を共有し実践できるように行っている	理念は、利用者が個人として生きていく事を考え、支援したいとの思いで作った。理念には、ホームに携わる皆が幸せになってほしいという願いが込められている。さらに、理念を玄関に掲示し、ケアの方向性として会議等で確認している。	
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	運営推進会議への呼びかけや地域行事への参加、幼稚園や託児所の子どもや親などが通りかかった時などに挨拶し、その後の交流につなげている。また近所の喫茶店の利用などをとお付き合いしている	地域のボランティアの訪問があり、地域の障害福祉施設の授産施設との交流がある。昨年より、ホームで犬を飼い始めたこともあり、地域の方との交流が深まりつつある。また、自治会の区への参加は実現したが、組への参加はまだである。	地域の自治会の組への加入について、自治会への働きかけを続けながら、ホームが地域で果たすべき役割を知ってもらえる取り組みを続けられたい。
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	運営推進会議などでの場で必要に応じて情報の提供などを行っている		
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	行っている	会議の中で、家族から外出の提案があり、バス旅行が実現した。また、家族の希望もあり、ホームページを開設することとなった。重度化や終末期の対応や防災についても会議内で確認し、話し合いを行っている。	
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	担当職員と確認や質問などと取り合い、協力関係を築くよう取り組んでいる。また、月1回市から訪問介護相談員の方もみえ、サービスの取り組みへのアドバイスや情報交換なども行っている	困った時や分からないこと等は、その都度聞いている他、介護相談員の訪問もある。また、市の介護サービス機関連絡協議会の10周年記念の行事に、ホームもブースを出し、利用者の作品を出展した。	
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	日中は施錠せず、自由に出入りできるようになっている。夜間は防犯上の理由で施錠を行っている	日常の業務の中で互いに気を付けている。言葉や行動の制限も身体拘束と認識するように取り組んでいる。ホームは、玄関の施錠がなく、外出も自由で職員が見守りながら頻繁に出入りしている。	現状、身体拘束に関する研修が行われていないため、介護未経験の職員等が、無意識で言葉による拘束等が起こらないように、研修の実施と知識の共有に期待したい。
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	勉強会等ははまだ実施していないが、普段から管理者や職員間で常に報告・連絡・相談の出来る関係が築けており、その様な事が起きないように努めている		

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	事業所内での学ぶ機会がないが、外部研修などで参加している職員もいる。		
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	契約時やその都度、確認を行っている		
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	月に一度、市から介護相談員の方がみえ、入居者や家族の方がサービスや介護等に対する意見や相談が出来る機会がある。また、相談員からその報告を受け、改善に努めている	ホーム便りが毎月発行され、意見箱が玄関にある。家族会はないが、運営推進会議にて家族の希望等が検討され、旅行やホームページ開設が実現している。市が発行しているオムツ券を、ホームから家族に渡すようにして、家族の来訪を促している。	
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	会議だけでなく日頃から職員の意見や提案などを聞き、改善や対応をしている	職員会議及びケース会議を毎月1回開催し、職員間で意見を交わしている。管理者は、職員から出された意見や要望にも応えられるように取り組んでおり、職員も意見を言いやすく、記録の残し方について改善につなげている。	
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	年2回の面談や、常時報告連絡がある		
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	ホーム内での学習会の開催、外部研修などがある		
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	入居者動向による他施設のイベントの参加や、入居者の演奏会での訪問等を通じて交流する機会を設けている		

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
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	傾聴だけでなく、その方の過ごしやすい環境等を作り、安心していただけるよう努めている		
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	家族の思いに耳を傾け、安心・納得していただけるようにしている。また、その内容は管理者や職員にも伝えている		
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	話を聞き、必要としている支援にこたえられるよう努めている		
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	食事作りや買い物、清掃等、日常生活を共に行う中で築いている		
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	日帰り旅行等の行事と一緒に参加していただく他、毎月請求書と共に1か月の様子を報告し、入居者の現状を把握していただいている		
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	友人・知人の訪問や電話、時にはなじみの場所へ出向く等し、関係が途切れないよう支援している	一人暮らしの利用者が家が気にかかり、月1回、職員と様子を見に帰っている。以前利用していたデイサービスへホーム便りを持って行ったり、友人の来訪や友人、知人の訪問もある。また、駅前や地元の八日市(朝市)や神社に行くこともある。	
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	状況に合わせて対応している。入居者の方同士で性格が合わないといった事も多々あるが、できるだけトラブルにならないよう職員が間に入るよう努力している		

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
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	サービス終了後のフォローは必要に応じて実施しているが、管理者でほとんど対応しているため、職員では把握していない事が多い		
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	ご本人との会話の中から出来るだけ把握し、会議等で話し合い、意向に沿えるよう努めている。どうしても難しい場合は、本人にそのことを説明し、別の方法がないか検討して決めている	利用者から聴き取った内容は、アセスメントに落とし込み、6か月毎に見直している。日常生活の場面毎に、希望や意向を聴きだすように取り組んでいる。また、ケース会議の場でも確認、検討を加えている。	
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	本人だけでなくご家族や友人等から聞き、把握するよう努め、ここで出来る限り今までの生活が継続できるよう努めている。		
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	会議だけでなく、日々の申し送り等で状況を話し合い、把握するように努めている		
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	本人や家族の意向を元に、毎月のケース会議で話し合い、計画を作成している	職員各々が、気付いたことを個人記録の日報に書き込み、申し送りで確認し、情報を共有している。ケース会議等で話し合い、3か月に1回のモニタリング、6か月毎の計画の見直しにつなげている。なお、急変時には、随時見直している。	
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	毎日個人記録に状況の変化や気づきなどを記入し、特変等は日報や申し送りにて職員が情報今日しながら介護計画を継続できるよう活かしている		
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	その時々ニーズを大切に、すぐに対応できるよう努めている		

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
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	他施設との交流や、地域行事等への参加を通して、日々の暮らしを楽しめるように努めている		
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、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	指定内科医に2週間に一度往診に来て頂いている。それ以外の科に関しては、今までのかかりつけ医に雇っていただいている。ない場合は、こちらから情報提供し、家族・ご本人に決めていただいている	利用者全員、ホーム協力医であり、往診が2週に1回ある。通院時は、通常、家族が受診の意見を行うが、急変時の受診には、職員も対応している。認知症専門医、皮膚科、眼科、歯科もあり、医療面での支援を重視している。	
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	常勤の看護師に常に変化や気づきを報告・相談し、適切に対応できるよう努めている		
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。	行っている		
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	家族や主治医等と話しあい、希望に沿えるように努めているが、今までに1例しか実施状況がない為、今後の為に勉強会や情報収集などを行っている	入居時に看取りの指針を示し、事前指定書を交わし同意をとっている。さらに、1年後に再度確認を取り、状況変化の場合は医師の意見を基に見直している。ターミナルケアを目指し、運営推進会議でも取り上げ、出来る限り支援を行う方針である。	今後、利用者の入居が長期になるにつれ、重度化の課題が表面化してくることは避けられない。職員の知識と資質向上への取り組みを続けながら、ホームの受け入れ態勢の整備に期待したい。
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	定期的に学習会や訓練を行っている		
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	事業所内での訓練は実施しているが、地域との協力体制まではまだ築けていない	年2回の訓練を実施し、消防署立ち合いの消防訓練を行い、また別の訓練では夜間想定訓練を実施した。訓練後には気づきや感想を話し合うようにしている。防災設備はスプリンクラーも設置しており、最低限の備蓄も確保している。	地域の防災活動への参加やホームの避難訓練に地域の方々が関わってもらえるよう、継続的に協力体制を整えられた。

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
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	個々の状況や性格等を配慮した上で声掛けをしている	例えば「大丈夫ですか?」との声かけも、気にする方が見えるため、声をかけずに見守るなどの工夫を行っている。プライドの高い方などのへの配慮は、ケース会議等の機会に確認するように取り組んでいる。	
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	行っている		
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	その時の状況や職員の体制によって常時希望に添って支援するのは難しい時もあるが、できるだけ希望に沿えるよう支援している。		
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	基本的にご本人で決めていただいている。季節や状況に合わない服装をされている時は、声掛けし、場合によっては職員も一緒に服選びを手伝っている		
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	希望のメニューを聞いたり、調理や配膳、片づけも一緒に行っている	食材は、業者の配達と買い物であり、材料からメニューを考えている。メニューは、昼食はユニットで違うが、夕食は同じである。盛り付け、片付け等にも利用者の参加がある。また、行事食や月1回程度の外食する機会もある。	
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	食事や水分量のチェックは行っている。食事はその方の健康状況に合わせて、ご本人の希望になるべく添えるようにしている。希望される方や水分量の少ない方には、個々に水筒等を用意し、居室内でも水分補給できるようにしている		
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	個々の習慣もあり、全員が毎食後口腔ケアを実施していない。夕食後は必ず実施している。		

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	個々の状況に合わせ、自立できるよう支援している。	ホームでは、布パンツになるように支援するようにしているが、夜のみ、紙パンツの方もいる。職員は、排泄パターンをチェックし、自立の方は時間をみて、トイレの案内を行っている。	
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	食事内容や体を動かす等で、出来るだけ薬に頼らないように対応している。それでも出ない場合は、医師や看護師と相談し、薬を出したり、摘便も行うことも時々ある		
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	入浴時間は決めていない。出来るだけご本人の希望とされる時に入浴していただいている。全介助やかなり介助が必要とされる方は、その時の状況によって職員の都合で入浴をお願いすることがある	入浴時間は決めていない。午前も可能で毎日入ることも可能である。夜は自立の方なら、20時まで良い。入浴を拒む方は、気長に毎日声かけし、医師の協力を得ながら、入浴を促している。時には入浴剤を入れることもある。	
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	行っている		
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	全ての職員が完全に把握するまでには至っていないが、新しい薬が処方される時は効能や注意事項等は連絡している。不明な時は看護師や医師と相談し、確認している		
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	買い物や自宅への一時帰宅、ドライブ等、希望に添って気分転換の支援を行っている。本人・家族等からいままでの生活歴を聞き、その上で現在本人が希望とされる役割、楽しみを支援できるよう努めている		
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	希望を聞きながら外出支援は常時行っている。時には家族・友人等の協力も頂きながら、外出等を行っている	ホームでは、日常的な外出を重視し、日々の散歩は、個別に行きたい時に行けるよう取り組んでいる。さらに、車で朝市に行ったり、笹戸温泉の自然薯祭りや挙母祭りにも行っている。また、年1回、日帰り旅行にも行っている。	外出について、家族が参加しやすくなるような取り組みにも期待したい。

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
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	入居者の方の状況に合わせ、個人管理の出来る方には出来るだけ財布を持って頂き、買い物等で希望に合わせて購入等して頂いている。		
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	電話や手紙のやり取りは自由に行って頂いている。状況によっては、その後職員からフォローの連絡をする事もある		
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	入居者の方と相談しながら、季節に合った花等を置いたり、作品を作って飾ったりしている。状況に合わせて家具等の配置や撤去なども行っている	玄関は三枚扉で、開口が広くゆったりしており、自由に出入り出来る。リビングは、採光も程良く、落ち着いた明るさである。さらに、リビング壁には、般若心経、利用者の作品、行事の写真が貼ってある。	
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	リビングだけでなく、庭や玄関先に椅子を配置し、思い思いに過ごしていただけるような場所づくりを行っている。隣のユニットにも自由に出入りしていただいている		
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	行っている	ベッド、タンスは備え付けであるが、使い慣れた椅子や整理箱等が持ち込まれている。さらに、家族の写真も貼られ、希望により、冷蔵庫やテレビも可能である。室内の掃除やタンス内の整理は、自分でできる方は、職員と一緒にしている。	
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	必要に応じて手すり等を設置したり、自立できること、介助にて出来ることなどを工夫して行っている		

(別紙4(2))

事業所名 グループホームさち

目標達成計画

作成日: 平成23年 2月28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	49	日頃から、入居者の方の職員や家族の方との外出は多いが、入居者の方によって差がある。家族や友人等がもっと気軽に訪問しやすい機会を検討する必要がある	家族と入居者の方が一緒に外出や面会のし易い雰囲気作りをする	<ul style="list-style-type: none">・家族交流会等を行い、家族がホームに訪れやすい機会を作る・家族の方が面会に見えたときに現在の状況を報告する・状況に合わせて、家族の方と一緒に散歩を行ってみる	10ヶ月
2	33	重度化や終末期に向けた話し合いはその時々に行っているが、実際に看取りまで行った事がないため、職員の中には不安を感じている者もいる。	重度化や終末期に向けた職員全体的のスキルが向上する	<ul style="list-style-type: none">・研修会や学習会に参加する・会議等で重度化や終末期に向けての話し合いを行う	12ヶ月
3	6	身体拘束に関する研修を実施していない。このため、介護未経験者の職員の知識不足などにより、知らないうちに拘束等を行っている可能性もある。	拘束のない日常生活が提供できる	<ul style="list-style-type: none">・身体拘束等に関する研修の実施を行う・職員同士による定期的な日常介護の見直し、振り返りを行う	6ヶ月
4	35	ホーム内での災害等対策は行っているが、近隣の方等との協力にまでは至っていない	地域と共に防災に対する取り組みを行う	<ul style="list-style-type: none">・定期消防訓練を地域の方にも呼びかけ、参加していただく・運営推進会議の議題として話し合う・地域防災訓練等にも参加する	10ヶ月
5	2	現在自治区には加入しているが、地区の組には加入していない	地域の方達と顔なじみの関係を築く	<ul style="list-style-type: none">・組へ加入する・組の行事等にも参加し、地域と協力しあう・近くのこども園、小学校、中学校等の行事に参加させていただく・児童や学生の職場体験の受け入れを行う	12ヶ月