

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	2376200164		
法人名	有限会社 大翔		
事業所名	有限会社大翔グループホーム日和		
所在地	豊田市大坪町日向23番地		
自己評価作成日	平成23年2月1日	評価結果市町村受理日	平成23年5月11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=2376200164&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2月27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)】

日和イコール施設でなく、日和イコールみんなの家としてアットホームな雰囲気を大切にしている。利用者もスタッフも一軒の家の家族の一員として共に助け合いながら生活している。

【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)】

理念は「支えあい、受け止めあい」であり、職員は、一人ひとりの思いを受け止め、職員同士も支えあい、受け入れ、「大きな家の家族」として過ごしている。ホームは、代表が生まれ育った家を改装しており、ホームの上の階には、代表者の家族が住んでおり、日常的に顔を出してくれている。元民家だったこともあり、ホーム内はそれほど広くはないが、利用者が以前住んでいた家とそれほど変わらない住環境であることで、ホームの環境に馴染みやすく、穏やかな生活につなげることができている。利用者は、近隣在住者が多く、住み慣れた地域で、馴染みの神社や商店へも出掛けている。時には農作業中の住民との挨拶や会話もなされている。職員は、家族からの相談や要望と職員自身の要望とを、職員が意見箱に入れて、月1回、管理者が中身を確認し、運営面での反映に努めている。

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	「支え合い、受け止め合い」を理念として日々介護に従事している。	8年前の開設時に、代表者が以前勤務していた事業所で、利用者と接する中から考えた理念である。利用者はもとより、職員同士にも当てはめた理念であり、職員は理念を確認し、日々家族のように利用者に接している。	
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	施設も地域の中の一軒として、近所から野菜等の差し入れが有る。	ホームは、自治会、老人会に加入し、祭事に参加している。地域のボランティアによる音楽療法、習字、紙芝居等、地域の交流にも努めている。また、ホームの夏祭りには、近隣住民が来所され、家族や利用者との交流している。	
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	地域全体が一つの目として利用者を見守って下さる様呼びかけている。(外出時など)		
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	運営推進会議の開催回数を昨年度より増やして、そこでの意見をサービス向上に活かすべく努力している。	回数を年6回に増やしたことで、内容が充実した。ホーム運営上の質疑応答をはじめ、他ホームでの火災事故が議題としてあげられ、地域にも協力を求めた避難訓練、プリンター設置についての話し合いがなされた。	
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に取り組んでいる	市町村との連携は密にする様に心がけている。	運営推進会議に旭支所長が出席したことで、意見交換を行うきっかけとなった。さらに、市の介護保険事業者会議に2月に1度出席したり、介護相談員が毎月訪問し、利用者の様子を記録し、意見交換を行っている。	
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	夜間のみ防犯上の理由から施錠しているだけである。	身体拘束はしないのが、当たり前のケアをしている。業務の中で、言葉による拘束についても理解を深めるようにしている。また、玄関、門は日中は開いており、利用者は職員の見守りの下、自由に出入りしている。	
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	高齢者虐待防止関連法については、スタッフ個人の独学に任せているが、虐待が見過ごされない様、日々配慮して職務についている。		

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
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	権利擁護に関する制度を学んだりする機会は乏しい。		
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	契約に関する説明は口頭のみでなく文章で説明をして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	利用者や家族等の意見、要望は伺っているが、外部者へ表せる機会は乏しい。	家族との親睦会を年1回開催し、家族間でも意見交換を行っている。相談を受けた職員は書面にして、事務所内にある意見箱に職員が入れている。また、管理者手作りのホーム便りを発行し、写真入りで利用者の様子を伝えている。	
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×1回のミーティング時やその他必要に応じてスタッフの意見、提案は聞く様になっている。	月1回の職員会議では、基本全職員が出席し、意見を出してもらっている。職員は、提案や言いにくいことについては、事務所内にある意見箱へ匿名で入れ、管理者が月1回開けている。	
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	スタッフの家庭的な事情も配慮して勤務体制を考えている。仕事が全てという考え方はしていない。		
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	スタッフに対して研修参加の呼びかけをしている。スタッフ一人一人の力量アップの為に、まずはヘルプしすぎない様見守りにしている。		
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	スタッフの希望に応じて他事業所への見学を推奨している。		

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	アセスメントの段階で本人のニーズを伺い、サービスに生かす様にしている。		
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	家族の要望もアセスメントの段階で伺い、サービスに生かす様にしている。		
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	アセスメントの段階で、入所希望者が当施設のサービスで対応が適か不適か検討する様にしている。		
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	他の利用者との共同生活に於いて、友達または家族として互いに考えて頂ける様、さりげなくスタッフが仲介している。		
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	病院受診は基本的に家族に依頼し、家族との外出、外泊を自由としている。時間が許す限りの面会も家族に依頼している。		
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	利用者の馴染みの場所へ、外出の際に出向いたり、馴染みの人への電話や手紙のやりとりも自由にしている。	以前からの友人、知人の訪問があり、習字等、以前の特技を継続している方もいる。さらに、正月等の際には、約半数の方が一時帰宅して、家族、親族と過ごしている。その他、家族との買い物、墓参り、法事等の機会もある。	
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	共同で利用者同士にお手伝いをお願いしたり、日々のレクリエーションも共に取り組み、互いを知って頂く様にしている。		

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	退居者が入院治療中や他施設へ転居しても、時々スタッフが様子伺いに訪れて、本人はもとより家族ともコミュニケーションをはかる様にしている。		
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	施設のスケジュールや方針は二の次で、本人がもう一つの家として生活を送って頂ける様に自由な時間を大切にしている。	居間のテレビの前や食卓で、思い思いに過ごしている様子、利用者同士の会話、さらに、一人では職員が隣に座って聴き出したりしている。また、家族にも確認しながら、新しいことがあった際には、アセスメントを見直している。	
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	アセスメントの段階から利用者の生活歴を含む本人の歴史、人生をこまめに調べる様にしている。		
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	事前情報や介護記録のみで、スタッフは利用者を判断せず、利用者のその日その時をしっかりと見つめる様にしている。		
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、家族、必要な関係者の意見、アイデアをケアプランに導入している。	日々の申し送り時に気付いたことを話し合い、介護計画に反映させている。月1回、カンファレンスを行い、職員間で確認し、3か月毎の見直しにつなげている。変化があった際には、計画を見直し、ミニミーティングを行い周知している。	計画作成担当者は、計画の内容について、職員間の共有が課題であると感じている。様式を見直しながら、介護経験の少ない職員も情報の把握がし易い工夫や取り組みに期待したい。
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	日々のスタッフの気づきや工夫をこまめに記録して、ケアプランの実践、見直しをしている。		
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	本人や家族の状況やニーズに応じて、柔軟にプラスアルファの支援をする様に心がけている。		

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
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	地域資源の把握や協働という面で十分に活用しているとは言えない。		
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	かかりつけ医を率一したりしないで、利用者や家族の希望を考慮する様にしている。	殆どの利用者が、ホーム協力医の受診であるが、従来のかかりつけ医に通院している方いる。受診は、基本家族にお願いしているが、緊急時等の際には職員も行っている。看護師が勤務しており、利用者の健康管理を行っている。	協力医が総合病院であるが、時間外は当直医が対応できない場合もあり、緊急時には手遅れになる可能性も否定できない。交通手段が限られており、緊急時の医療体制の充実が課題と思われる。
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	計画作成担当者が保健師の資格を有しており、スタッフは利用者の事で気軽に相談出来る体制になっている。		
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。	利用者の入退院時に口頭による情報提供をして、必要に応じて書類による情報提供をしている。		
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	重度化した場合は、当施設の対応外となり転院となる事。ターミナルケアは実施していない事を入所時に説明している。	ホームのハード面と医療体制が十分でないため、看取りまでは対応できない旨を家族に伝えてあり、重度化した際には、特養等の他施設の申し込みをしてもらっている。しかしながら、ホームで出来ることを話し合い、できる限りの対応を行っている。	
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	スタッフの応急手当や初期対応の訓練は、個人の希望により研修受講をしている。定期的には行っていない。		
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	避難訓練は実施しているが、全職員参加ではなく一部職員のみである。	年2回の避難訓練を実施している。運営推進会議に出席している地域の消防団長が近くに住んでおり、緊急時の連携についても確認している。なお、スプリンクラーは次年度の課題である。	緊急時の通信手段と交通手段が限られていることもあり、緊急時にはホームにとどまる時間が長くなることも予測され、水や食料品の備蓄を充分にされることを期待したい。

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	利用者イコール家族、そして人生の先輩として考えて言葉かけや対応に気をつけている。	職員の先輩であり、家族である利用者の尊厳に留意して接している。方言で話す利用者が多く、場合により職員も方言で対応するが、失礼の無いようにしている。管理者は、職員の支援の中で気が付いた際には、話題として取り上げている。	
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	利用者の望む事を活動内容に取り入れて、スタッフの自己満足で終わらない様に配慮している。		
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	一日の目安としてのスケジュールは存在するが、強制的にその通りに活動しない。利用者個人の自由としている。		
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	普段着⇄寝衣の交換を促している。女性利用者へ染髪をすすめたり、おしゃれにも配慮する様にしている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事の配膳、下膳、食器拭きなど利用者に積極的に行ってもらう様にしている。	栄養士資格の職員を中心に、献立を利用者にも聞いて立てている。野菜の下ごしらえ、盛り付け、後片付け等に参加する利用者があり、食事も職員と利用者が一緒に行っている。食材は車でスーパーに職員が出掛けているが、利用者も行くことがある。	
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	栄養士の立てた献立を基に、盛り付け量や食事の加工など配慮している。		
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	食事の菌みがき、夜間の義歯の消毒、洗浄を利用者に促している。		

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	安易にポータブルを設置したり、オムツにすぐ切り換える事もしない。夜間や真にやむを得ない場合のみとしている。	全介助の方もいるが、多くの方は、布パンツにパッドであり、職員は時々声掛けを行いながらトイレ誘導を行い、排泄の自立につなげている。また、居室にポータブルトイレを置いてある方もあるが、昼間は使用していない。	
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	排泄記録に基いて、牛乳等による自然排泄の促しや散歩による運動療法を声かけている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴は強制でなく、自由としている。利用者の気分や体調に配慮する様にしている。	利用者によって入浴回数が違い、ほぼ毎日入る方もいる。利用者毎の入浴チェック表をリビングに貼り、入浴していない日が連続した際には直接促している。夜1人で入る方もおり、その際には、夜勤者が対応している。また、柚子湯、菖蒲湯の楽しみもある。	
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	利用者の活動参加は強制でなく、睡眠や休息は自由にしている。		
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	カルテに処方せんを保存して、スタッフ一人一人が内容の確認をする様にしている。		
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	アセスメントの情報をもとに利用者の好む活動やお手伝いを日常生活に取り入れる様にしている。		
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	利用者の外出は自由で、必要によって見守る事としている。利用者の家族との外出も自由で、施設でも外出行事に力を入れている。	近くの神社までの散歩は日常的であり、車で買い物にも行っている。年1回の遠足は、足助の紅葉やマス釣りなどへも行き、家族との夕食、買い物、美容院へも出掛けている。利用者の中には、職員が充分に見守りながら、一人で神社の所まで散歩に出掛けることもある。	ホーム前の道が狭く、しかも近くにゴルフ場があるため、ゴルフの客が車を走り抜けていく交通事情がある。利用者が気楽に外出できるように、地域との交通安全の取り組みを続けられるようにされたい。

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	大金の持ち込みは遠慮して頂いているが、トラブルにつながらない程度の金銭は利用者の買物をする楽しみから許可している。		
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	利用者の外部への連絡は自由とし、手紙もスタッフからやり取りをすすめている。		
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	共用空間も、まるで自宅にいる様に利用者が思える様に、アットホームな環境づくりを心がけている。	ホームは、土手を少し登った所の南に面している為、日光を遮る物が無く、日当たりがよい。リビングの壁一面に、季節の飾りがあり、大きなカレンダーは毎日、日付と曜日を付け替えている。廊下には外出先や、日常での利用者の写真が貼ってあり、日々の生活の様子が分かる。	
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	居室では利用者は一人になれるが、共用空間に於いては一人になれる場所はほぼ無い。		
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	基本的に居室で利用者が使用する物品は、家庭から持ち込みという形をとっている。	居室は、窓も全開でき、気軽に布団を干すことができる。使い慣れたベッド、整理タンス、テレビが置いてあり、家族が撮った写真を作品として飾ったり、夫を看取ってから来た方が、居室で家族の写真に囲まれ穏やかに過ごしている。	
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	トイレの位置表示や居室扉への名前の配置等、工夫をする様にしている。		

(別紙4(2))

事業所名 有限会社大翔グループホーム日和

目標達成計画

作成日: 平成 23年 4月 5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	35	災害時の水や食料品の備蓄が不十分である。	平時より水や食料品の備蓄をする。	ペットボトルの飲料水とカンパン等の非常食を事務所内で保管する。	1ヶ月
2	30	協力医療機関が時間外は当直医がオールマイティーには対応出来ない。	協力医療機関の受け入れ体制の充実。	協力医療機関への協力要請と救急隊との連携により、体制の整った病院への搬送依頼をする。	6ヶ月
3	49	利用者が外出時に気楽に歩けない交通事情である。	利用者が外出する際の交通安全の見守りを充実させる。	地域住民や駐在所に利用者の外出時の見守りを改めて要請する。	2ヶ月
4	26	介護計画の内容について職員間の情報の共有が不十分といえる。	介護計画の内容について職員間の情報の共有を充実させる。	新しい様式、ケースプロファイリングの導入と介護計画の職員閲覧の呼びかけを改めてする。	1ヶ月
5					ヶ月