

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	2370500916		
法人名	有限会社 丸八介護サービス		
事業所名	丸八グループホーム日吉		
所在地	名古屋市中村区日ノ宮町1丁目61-1		
自己評価作成日	平成22年11月 29日	評価結果市町村受理日	平成23年2月8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=2370500916&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12月16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)】

共用型デイサービスの導入で、早い段階から入居申請者と「なじみの関係作り」が可能となり、住まう場所が変わっても大きな混乱を生じさせることなく新しい生活環境になじまれている。また、看取りケアの提供により住み慣れた場所や人達の中における、継続した生活支援の構築に努めている。さらに、地域密着型施設であることを再認識し、施設内外で地域の方との交流を深め、そのことから利用者の更なる意欲を引き出し、やがては利用者が少しでも地域のお役に立てるような支援をしていきたい。

【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)】

ホーム前に公園があることで、利用者にとっては、散歩をする場であり、非常災害の際には、地域の方と集まることのできる場でもある。ホームは、通所介護事業所と併設された2階建て施設の2階部分にあるが、ホーム内はゆったりとした設計になっていることで、利用者はのんびりとした日々を過ごすことができる。ホームでは、「よるこびの輪(和)を広げよう」を基本理念とし、ホームでの生活が、生きてきて本当に良かったと、皆が実感出来る事を目指して、職員は日々ケアにあたっている。また、ホームでは共用型デイサービスを導入している為、馴染みの関係が出来ることで、新しく利用する方にとっても、日常生活へ溶け込みながら利用が可能である。また、緊急時には、看護師が連携医と連絡を取り、24時間体制をとっていることで、家族にとっても安心できるホームである。

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	理念として「地域の人々と喜びの輪をひろげよう」を掲げており、理念の実現に向けた運営と活動を日々の業務の中で実践している。	利用者が地域の中で、穏やかに楽しく安心して生活出来ることを目指し、笑顔・よろこびが見られる状況を表す「心のひもときシート」を作り、職員同士が共有しながら日々支援している。	
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	一階デイサービスを地域の方に貸し出しており、子供たちが夏祭りの太鼓練習をして、町内会議を開催している。また、月に一度の公園清掃や早朝行われている太極拳に利用者も参加させて頂き、地域の方々との交流を図っている。	町内会の秋まつりの際に、地域の子供たちが、神輿の出前で訪問したり、七夕会・お茶会や認知症講演会には、住民が参加している。車椅子の貸し出し、雑巾を保育園や学校へ寄付する等、地域と交流している。	運営推進会議をもとに、ホームと地域との付き合いはあるが、今後も地域の拠点として、認知症介護情報の発信元になっていかれることを望む。
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	1階デイサービスにて、地域・グループホーム利用者家族向けに認知症サポーター研修を実施し、サポーターになって頂いた方には、グループホームの傾聴ボランティアに参加して頂いている。		
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	運営推進会議には、町内会長・民生委員・家族代表の方々に出席して頂いている。グループホームの位置付けは、町内から学区へと拡大されており、今年度は学区の防災訓練に車椅子の貸し出しを行った。また、町内の皆さんに好評であった2度目のお茶会を新春に行う予定である。	年6回開催され、出席者から、テラスへ手すりが必要、玄関すぐ前に公園の入り口がほしい等の意見について話し合っている。さらに、家族教室開催の件等、ホームが果たす地域での役割についても話し合われている。	
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	生活保護や独居の方の受け入れを含め、虐待に関する情報交換を積極的に行っている。	市の関係部署とは、生活保護・虐待高齢者の件で、必要に応じて情報交換している。名古屋認知症指導者研修の講師を引き受けたり、地域包括と協力しての認知症講演会を開催したりしている。	
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	出入り口を開けると直ぐに急な階段があるため、戸を閉めると自動的に施錠する作りになっているが、拘束に関する意識向上に努めている。具体的には、状況に応じて扉を開放する時間帯を作っている。又、ベランダ側の手すりを取り付け出入りしやすいようにした。	身体面での拘束のみでなく、言葉による拘束についても職員は研修を受けて理解しているが、夜間には、落下防止の為、家族の了解を得て、ベッド柵も必要となる場合もある。基本として、職員の都合での拘束をしないことを目指している。	
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	夜勤帯は一人夜勤であるため、ストレスを感じた時には、利用者と少し距離を置くなどの指導を行っている。		

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	権利擁護制度を活用されている利用者があり、毎月来訪される権利擁護スタッフとの情報交換に心掛けている。		
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	理解して頂けるような説明を心がけている。		
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	意見箱の設置や毎月のお便りを通じ、御家族との情報交換に努めている。	美容院へ連れて行ってほしい、寝る前にお酒を飲ませてほしい、届けた菓子を食べさせてほしい等、家族からの希望・要望を聞きながら、できることを確認している。家族の来所時には、気軽に話しかけられる環境を作ることにも努めている。	家族との信頼関係の構築のためにも、家族サロンの創設やホームの家族会発足へ向けて努力されることを望む。
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	1～2ヶ月に1度、グループホーム会議を開催して意見交換を行なっている。また月に1度、各セクションの代表者による運営推進会議を設けている。	職員の適正に添った職場異動の際には、職員の気持ちに配慮している。個々の支援のあり方や提案等、職員間が話し合うときには、主任・管理者を交え、グループホーム会議で討議して運営に反映させている。	
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	能力給等の個々の評価を行い、やりがいの持てる給与水準に近づけるよう努めている。		
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	研修参加の機会を確保し、個々の能力を高めるよう力を入れている。また、資格習得のための休み等は、最優先で便宜を図っている。		
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	認知症実践者研修へ積極的に参加して貰い、同業者との横のつながりを築いて頂いたり、認知症リーダー研修の実習生を受け入れている。		

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	居宅の介護支援専門員から情報やご家族からの聞き取り等を通じ、信頼関係作りに努めている。		
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	家族支援や家族関係の修復に留意しながらの関係づくりに努めている。		
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	他事業所の紹介等を始め、希望や要望に沿うサービス提供に努めている。		
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	「共に生きる」事を意識し、日常的に出来る事はして頂きながらの生活作りを目指している。時には、職員が利用者に世話を焼かれていることがある。(マッサージされたり、エプロンのヒモを結び直されたりしている。)		
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	住まう場所が変わっても、より良い家族関係が継続出来るような関係づくりに努めている。		
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	家族写真等を居室に飾って頂いたり、思い出アルバムを一緒に見たりするなどし、本人にとって心地良い時間や空間作りに努めている。	職員の支援を受けながら手づくり年賀状を出す方、毎週家へ帰る方、家族との外食を楽しむ方、野球観戦に行く方、友人が訪問して室内で談笑する方等、一人ひとりの生活を楽しめるように支援している。	
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	音楽療法・散歩・作業等を共同で行いながら、利用者同士のおしゃべりを引き出す等、孤立し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
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	殆どが死亡退去であるため、契約終了後に家族から相談を受ける事はないが、葬儀等には参加させて頂いている。		
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	アセスメントを通じ、本人の思いを探る努力を行っている。今年は「個別外出支援計画」を立て、集団レクリエーション・生活支援とは異なる援助方法を模索した。	本人の思いや意向を大切にされた個別支援に努めながら、介護計画の作成と実践に向けている。意向の把握が困難な場合は、介護する側の思いでなく、本人の行動や様子から察知したり、家族から聞き出して対応している。	
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	担当ケアマネや家族からの聞き取りを初め、センター方式のアセスメントツールを使用し、多角的視点から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	日勤帯と夜勤帯の申し送りを業務日誌、チェックメモ、申し送り票に記入し、把握に努めている。		
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	日々介護記録や支援経過記録を参考にモニタリングを行い、計画担当者が作成している。また「笑顔を引き出した時の様子」を付箋に書き模造紙の貼り付ける事でケアの在り方と方向性の共有を図っている。	状況が変化した時には、その都度見直し作成するが、日々の介護記録や支援経過、「心のひもときシート」、家族からの意見要望をもとに、モニタリングを行いながら見直しにつなげ、3か月ごとに担当者がケアプランを作成している。	
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	笑顔を引き出す援助をコンセプトに、笑顔が出た時の状態を付箋に貼り、フロア内の紙に添付し、職員・家族との情報共有を図っている。		
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	日々のチェック表や支援経過記録から、必要なアセスメントを導き出し、職員間での情報を共有している。		

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	画一的なサービスにならないよう、個々の状況やニーズに応じ臨機応変なサービス提供と処遇改善に努めている。		
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	基本的には当施設のかかりつけ医に通院して頂いている。この際は医療情報提供票にて、従来の治療が継続して行えるように支援している。また、馴染みの医院などを希望されている場合は、本人、家族の意向を優先させて頂いている。	提携医の往診は月2回あるが、入居前からの治療が継続できる、医療情報提供票を利用して職員が支援している。以前からのかかりつけ医への受診については、家族の介助を基本としているが、付き添えない時は職員が介助している。	
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	看護師により対応している。		
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。	通院時カンファレンスやサマリー等の提供をお願いしている。		
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	入所時の意思確認やアンケートとあわせ、状況に応じて看取りケアの指針を提示し、その方向性をその都度御家族と検討している。	入居時、本人・家族から意思確認をして、同意書をもらうが、状況の変化や思いも変化する為、その都度、看取りの支援については家族と話し合っている。緊急時には、看護師が提携医と連絡を取り、24時間対応であり、職員も研修を重ね対応出来るように努めている。	
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	緊急時連絡網を作成しており、職員は1階に設置しているAED講習を受けている。		
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	消防署員・町内会の共同による消防訓練を年2回行っている。町内の方々には実際に利用者の誘導をお願いし、改善点等の意見を出して貰い、緊急時の協力をお願いしている。	スプリンクラーは現在申請中であるが、自動通報装置は設置されている。地域住民に協力を得て、夜間想定を含め、避難訓練を年2回行っている。また、飲料水・缶詰・レトルト食品等を3～4日分備蓄している。	

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	言葉かけや対応に注意を払っているが、十分ではないため、職員に接遇テーマの研修を受講して貰うなどしている。	研修を重ねながら、職員は常に一人ひとりの人格を尊重しながら、利用者の自尊心を傷つけたり、プライバシーを損ねない言葉遣いや対応に努めている。	
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	利用者の思いをひもとき、利用者の思いに添える援助を目指している。		
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	入浴時間の検討を始め、画一的援助にならないよう、個別ケアの理解を深める努力を行っている。		
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	理美容や衣類選択の支援を行っている。		
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	食事の準備、片付けは職員と利用者が一緒に行なうよう努めている。また、利用者と一緒にスーパーへ買い物に出かけ、食べたものを買うようにしている。	朝食はパン食派と米飯食派と、利用者の希望で決めている。昼食は食材を取り寄せの為、品数を増やし、献立をアレンジしたり、野菜や果物を追加している。誕生日には、外食の個別支援を行い、好きな食事が出来るように配慮している。	
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	状態に応じて、ラコール等の経口栄養や、プリン、ゼリー、果物で食事量を補っている。また、好きな時に好きな物が食べられるよう、居室にておやつ管理をして頂いている。		
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、歯磨き、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	トイレの場所がより分かるようにと表示を大きく、且つ、見やすい高さに設置したことで、失禁回数が減少した。また、リハビリパンツの使用を止め、布パンツに戻した利用者がある。	寝たきりでオムツ使用の方が、入居後、排泄パターンを掴み検討した結果、紙パンツから布パンツへ移行し、ポータブルトイレの利用が可能となった方もある。声かけを行い誘導しながら、トイレでの排泄につなげる支援に努めている。	
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	下剤に頼らず自然な排便があるようにと、食べ物の工夫や、食物繊維ファイバーを摂って頂いたり、腹部マッサージなどを実施している。		
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	入浴時間を変更し、夕食後にも入浴して頂いている。基本は二日に一度だが、毎日入浴される利用者もある。	時間にこだわる方は現在いないが、デイサービス利用者は午前中に入浴している。入浴を嫌がる人は時間を変更したり、尿・便失禁時には、その都度対応している。毎日入浴可能であり、3~4名が交代で入り、2日に1度の入浴となっている。	
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	就寝前に、よく眠れるようにと梅酒、ココアなど提供している。また、夏期冬期には夜間の水分補給、湿度調整、空調の温度設定にも気を配っている。		
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	処方箋をカルテに綴じ、情報を共有している。また、看護師から注意事項の説明を受けている。		
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	歌が好きな利用者が多いので、毎朝、体操の後に歌の時間を設けている。		
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	日常的に散歩に出掛けている。また、個別外出支援として、馴染みの喫茶店や、美容院、ご家族の協力で接骨院への通院して頂いている。他に外食や遠足を実施している。	ホーム前の公園への日常的な散歩の他、地域の敬老会へ出席したり、楽器店へ職員の付き添いで行き、楽器購入を決めてくる人もいる。さらに、月行事の遠足では、東山タワーや名古屋城へ行ったりし、利用者は外出を楽しみにしている。	

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
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	希望者には財布を所持して頂いている。		
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	電話をかける事はあるが、手紙を書くことがないのでGH会議で話し合い、年賀状を書いて貰うよう支援することを決めた。		
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	季節の花を飾ったり、ボランティアの方が撮影した写真を飾って下さっている。	高年大学写真クラブの方による写真が通路に飾られている。季節ごとに飾りつけなどを行うことで季節感を出している。さらに、ホーム内に貼ってある一日の日程表と時計を見ながら、時間の見当をつけている人もあり、日時の自覚に役立っている。	
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	ソファの位置を工夫し、気の合う利用者同士と一緒に座れるようにしている。また、ベランダに長椅子を新たに設置した。		
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	入居時に家族と相談し、馴染みの家具や小物を持参して頂いている。	各居室の入り口に、オリジナルな暖簾が掛けてあり、居室には、ミシン、加湿器、ポータブルトイレ、家族の写真、タンス、位牌等を持ち込んでいる。馴染み親しんだ品々があることで、居心地の良い居室になるように努めている。	
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	トイレの場所がより分かるようにと表示を大きくかつ、見やすい高さに設置。また、浴室前にのれんを取り付ける工夫をしている。		

(別紙4(2))

事業所名 丸八グループホーム日吉

目標達成計画

作成日: 平成 23年 2月 3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	27	生活支援経過の書き方や読み取り方に個人差があり、ケア改善に結びつける事が十分に出来ていない。	記録をケア改善に結びつける。	記録書式の考案と客観的視点に基づく記録の書き方に関する研修会を実施する。	6～12ヶ月
2		家族会がない。	家族会発足に向けた足がかりを作る。	家族の方々のニーズを探るべきアンケートを行い、アンケート結果から導き出された実践を試行的に行う。	6～12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月