

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	2370401164		
法人名	社会福祉法人 愛生福祉会		
事業所名	グループホーム中小田井 1階		
所在地	名古屋市西区中小田井5丁目240		
自己評価作成日	平成24年8月20日	評価結果市町村受理日	平成25年3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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2370401164&SCD=320&PCD=23
----------	---

【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	愛知県名古屋市中区三本松町13番19号		
訪問調査日	平成24年9月4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)】

認知症の方が尊厳をもって安心して暮らせるように、今年度は「認知症ケア」の勉強会に力を入れています。また、利用者様のできることを見つけ、生活の中で発揮して頂けるように努めています。
共用型の認知症デイサービスを行っていますので、入所に向けて徐々に友達づくりをして頂ける期間を設けています。

【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)】

当ホームの母体法人が様々な介護サービスを展開していることで、そのネットワーク体制の下で非常災害時でも迅速に連携でき、利用者、家族にとって安心の基となっている。当ホームは、グループホームとしての雰囲気を大切にされた運営がなされており、ホーム玄関前にはベンチが置かれ、ホームの中に入ると、利用者の作品が数多く飾られ、来客者も心を和ませて見ることが出来る。さらに、階段を上がると古ネクタイで作った大きなパッチワーク作品が目を引き、リビングでは、利用者がソファに互いに寄り添いながら、談笑している様子が見られ、アットホームな雰囲気である。また、発行しているホーム便りには、笑顔の利用者の写真が掲載されており、様々な行事の様子を確認することができ、利用者一人ひとりの暮らしを大切にしている様子が確認できた。

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広がったり深まり、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「みんな大切な人」 「みんな」とは、利用者様やご家族はもちろん職員やその家族も含めみんなと言う意味ですが、共有はされていないと思う。	ホームに関わる全ての人が互いを尊重しあい、笑顔で暮らせるホームでありたいと考えた理念である。その実現のため、職員は言葉がけや接遇マナーをミーティングで確認し、利用者がその人らしく安心して暮らせるように支援している。	
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	・地域のお祭りに参加している。 ・地域ふれあいデーを年3回開催。 ・特定の利用者と近所の方が交流する場面が良くある。 ・ほぼ毎日FEELへ買い物に行っている。	地域の盆踊りに参加したり、ホーム行事に地域の子どもが訪問し、利用者と職員と一緒に出店した駄菓子屋でお菓子を食べたり、地域との関係を築いている。また、地域包括支援センターで行われた介護者教室で講師を担当している。	
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	・いきいき支援センターで行われている家族対象の介護者教室で、「認知症の方の関わり方」の講師を担当している。(年2回) ・認知症ケアの施設として、いきいき支援センターの見学者を受け入れている。		
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	・近況報告や行事の取り組みなどの報告が多いが、そこで出た意見を参考にしている。	会議では、活動報告や出席者から情報提供を受けている。さらに、家族参加の食事会や日帰り旅行にも参加してもらえるよう計画する等、ホームへの理解に繋げ、有意義な会議となるように努めている。	
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に取り組んでいる	・市役所の介護保険担当者は何年も異動がなく同じ方が担当しているため、相談しやすくいねいに対応して下さっている。	申請手続き等の際は管理者が持参するようにして、その際にホームの課題等を相談し、行政関係者との関わりをもつようにして助言を得る機会としている。また、市主催の研修会等には職員が参加している。	
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	・行っている。 ・「座って下さい」「ここに居て」など、言葉による拘束がみられるため、その都度注意している。	職員は、身体拘束の弊害を理解し、日中は玄関の施錠を行っていない。さらに、毎月の会議で自由な暮らしの大切さを話し合う機会を設け、見守り重視のケアを実践に努めており、利用者が外に出た際にも、職員が見守るようにしている。	
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	・昨年より虐待のケースに関わっており、関係機関と連絡を取り合っている。 ・高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会はありません。		

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	・必要に応じて支援している。 現在、1名が利用している。		
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	・説明文と共に郵送や手渡ししているが、十分な説明はできていない。		
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	・外部評価の中に家族アンケートがあるので参考にしている。 ・面会時やカンファレンスなどで家族から意見や要望をひきだすよう努めている。	来訪者があれば、管理者・職員が声かけをし、相談等に対応できるようにしている。利用者の意見・要望は、日々の暮らしの中から聞き出している。また、2か月に1回、ホーム便りを発送し、利用者の様子を知らせている。	家族が訪問してお互いに意見を交換する機会を、時間をかけて徐々に作りながら、より多くの意見や要望を出してもらえよう取り組みに期待したい。
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回の管理者会議の中で、代表者(理事長)から意見を求められる。 ・年1～2回自己申告書を提出する。	職員は、年1～2回自己申告書記入の機会があり、業務内容、異動、勉強したいこと等を記入することができる。実際に、研修を希望した職員が研修ができたことで、職員の資質向上につながるよう取り組んでいる。	
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	・管理者会議や研修の場で代表者からそういった発言がある。		
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	・法人全体の研修を支えるため研修委員会があり、各施設から代表者が出席するなどの協力が得られている。		
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	・同一法人内の交流は日常的に行われている。 ・代表者はそこまで関わることはしないが、各施設単位で行われている。		

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	・入所時、ケアプラン作成の為に本人の意見を聞いている。しかし、入所の理解ができていない時は難しい。 ・傾聴に心掛け、雑談の中からくみ取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	・入所前の面談で聴くことができているが、一人一人のスタッフまで情報がうまく伝わっていない事もある。 ・家族の要望はできるだけ叶えるように努めているが、うまく引き出せていない事もある。		
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	・入所前に、共用型デイサービスの利用を促し、徐々に慣れる期間を作っている。 ・入所直後に帰宅願望のある方に対し、自宅を確認するために毎日職員が付き添って出かけた。		
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	・家事に積極的に参加してもらっているが、今以上にできることを増やしていきたい。 ・自分の両親や祖父母だと思い接している。		
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	・ケアプラン作成時のカンファレンスに家族の方にも参加して頂き、意見をきいている。 ・本人にとって家族が一番大切な存在であると思っている。 ・全員の家族と接する機会がない。		
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	・希望にはできるだけ応えているが、実現が難しい場合もある。 ・支援に努めているが、徐々に途切れがちになり、こちらから働き掛けることはできていない。	以前の近所の方が来訪や、近くのスーパーや喫茶店等、馴染みの場所に出かけたり、墓参りにも出かけている。また、正月に外泊する方もいるなど、これまでの生活の延長であ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	・職員が間に入ることでうまく関係が築けている。 ・利用者同士の相性を考えて席を決めたり、時には距離を置くようにすることもある。		

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	・管理者が、退所後の入院や入所の情報を提供したり、相談にのっている。		
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	・把握に努めているが、あまりよくわからないまま接している利用者もいる。 ・困難な場合は、その方の立場に立って考えるようにしている。	利用者には居室担当者が決まっており、日常の会話、行動、様子等からアセスメント用紙に記録し、情報の共有に努めている。アセスメント用紙に細かな日常場面ごとに分けて記入し確認することで、一人ひとりの思いや暮らし方の把握に努めている。	
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	・把握に努めているが、暮らし方をグループホームで活かしきれていない。 ・入所後はグループホームの暮らしに移行している方がほとんどである。		
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	・バイタルの確認や職員間で情報交換をしながら行っている。 ・1日1日は把握できているが、大きな視点でとらえることができていない。		
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	・3ヶ月毎に家族とカンファレンスを行っているが、勤務の都合でケース担当者が参加できていないことが多い。 ・ケース担当者も計画作成に参加するが、介護計画に活かせる意見があまり出てこない。	介護計画は居室担当者が原案を作り、モニタリングは日々の記録と月1回の職員会議のときに、計画作成担当者が職員の意見を聞き把握している。今年度から家族参加のカンファレンスを行い、現状に即した介護計画を作成するように努めている。	現在、介護計画の作成について担当者も参加して、家族からの意見や要望をより反映できるように取り組んでおり、それらを職員間で共有しながら、作成した介護計画の浸透が図られることを期待したい。
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	・記録の仕方はばらばらであるが、情報は伝わっている。 ・ケース担当者を中心に行うようにしている。 ・記録に漏れがあり、活かしているかどうか分からない。		
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	・入所前から徐々に慣れるために、通所サービスや短期利用を開始した。 ・入退院の相談や支援を行っている。		

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
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	・訪問マッサージを利用している。 ・外部ボランティアの受け入れ（傾聴、歌、外出支援、理美容）		
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	・家族の希望に沿っている。 ・かかりつけ医の協力もあり支援できている。 ・本人の希望の把握まではできていない。	協力医とは24時間連携体制があり、通院は基本的に家族が行い、ホームから情報提供しているが、緊急時等は職員が通院することもある。また、週1回、関連特養の看護師の訪問や必要に応じて訪問歯科も受けられる。	
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	・週1回訪問看護があり、情報の共有に努め、健康面の相談をしている。 ・24時間連絡体制を取り、緊急時の支援も受けられる。		
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。	・入退院の支援や情報の共有は行っているが、病院関係者との関係づくりはしていない。		
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	・本人の状態に合わせて、必要な時期にご家族と話し合っている。	重度化した場合の対応については、入居時に説明し、医療面での体制を整えられる限りの対応しているが、現状は終末期の対応については行っていない。ホームでは、母体法人の協力を得ながら、適切な施設へ退所することもある。	
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	・職員の中に応急手当普及員がいるため、少人数に分けて行っている。		
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	・月1回避難訓練を行っているが、全職員が避難方法を身に付けておらず、地域との協力体制もできていない。	月1回、地震・火災・水害・昼夜いずれかを想定して訓練を行い、確実な避難誘導に努めている。昨年、実際に水害の警報が出て関連特養に避難し、発見や気づき、反省点を踏まえ職員間で話し合っている。また、ホーム内に3日分の備蓄もしている。	当ホームは母体法人があることで緊急時の対応が柔軟である。今後に向け、地域の方々とも相互に協力しながら、非常災害時に対する理解が深まっていくことを期待したい。

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	<ul style="list-style-type: none"> ・その方の思いを理解しながら対応している。 ・以前よりは改善できているが、悪い声掛けが見受けられる。 	一人ひとりの誇りを尊重し、プライバシーの確保を徹底していくことは、基本であると考えている。トイレ誘導時の声掛けはそっと耳元で行いことや、個々人の呼称、声の大きさ、目線などに気を付けつつ、自己決定しやすい言葉がけに努めている。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・週に1度昼食のメニューを利用者と相談して決めている。 ・自己決定の場が少ないが、努めている。 ・自分から訴えられる方は良いが、職員の都合が優先され、働きかけはできていない。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者に誘われて、喫茶店に出かけることもある。 ・一人ひとりのペースに合わせたいと思いつつも業務中心になっている事がある。 ・日課に沿って1日が流れている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者と一緒に着る服を決めることもあるが、職員が選んでいる事が多い。 ・散髪や髭剃りなどは気にかけているが、外出時に化粧をしたり、外出着に着替えるなどの気遣いがあまりできていない。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・一部の決まった利用者の参加が多く、職員によるばらつきもある。もっと調理に参加すべきだと思う。 ・利用者の能力の把握ができていない。 ・週1回、利用者がメニューを決めている。 	献立は主に職員が決めているが、週に一度は利用者と相談して決めている。買い物、調理、盛り付け、後片付け等も職員と一緒に、食事も職員も同じテーブルで食べている。また、季節の野菜が作られメニューに上がることもある。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・食の細かい方には別メニューや果物など本人の好みの食材で対応するなど、おおむねできている。 ・食事や水分の摂取量が低下した場合は、細かく記録するなど把握に努めている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・起床時と就寝前のみ行っている。昼食後も必要だと思う。 ・介助が必要な方はケアできているが、自立の方は本人任せになり、きちんと磨けていないケースもある。 		

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	<ul style="list-style-type: none"> 紙パンツやパットの利用者が多く、その安心感から、排泄パターンの把握やトイレでの排泄に対する意識が低い。 紙パンツをはずしたケースもあるが、改善の為の支援が足りないと思う。 	職員は時間を見て誘導することで、トイレで排泄できるよう支援している。排泄が自立している方や昼間と夜間で対応を変えている方もいる。また、トイレのドアには、トイレであると分かりやすく表示し、利用者が迷うことのないように工夫している。	
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	<ul style="list-style-type: none"> 起床時の水分補給など、ある程度工夫はしているが、運動や食事の工夫などは足りないと思う。 薬に頼りきっている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> 基本的には午後から入浴するが、行事の都合で午前入浴に変更したり、体制がとれる日は夜間に入浴する。 多くは二日に1回のペースで入浴するが、希望があれば毎日でも夜間でも対応する。 	入浴は一日おきで、希望より毎日入浴も可能である。入浴拒否の方には無理強いせず、時間をおいて再度の声掛けや散歩に出かける等してから入浴につなげている。また、季節感を大切に、菖蒲湯、柚子湯、ミント湯にしたりと、楽しく入浴できるよう支援している。	
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	<ul style="list-style-type: none"> エアコンや湯たんぽを使用して眠りやすい環境に配慮している。 基本的には本人のペースで生活する事になっているが、生活リズムを意識してメリハリをつけるように気をつけている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> 薬の理解や症状の変化については一部の職員で行っており、その他の職員は服薬支援のみになっている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> 役割を持って生活している方は一部のみ。 楽しみや気分転換のために、ちぎり絵やパッチワークなどの時間を作ったり、喫茶店に出かけたりするが、その他の外出は少ない。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> 毎日の散歩の他、一日に何度も出かけようとする方に、できる限り付き添っている。 地域のお祭りや近場への車での出かけの支援をしている。 「温泉旅行に行きたい」と訴えられる方がいるが、叶えられていない。 	毎日近隣の散歩、買い物、喫茶店に行く方もいる。職員とともに市外の民俗資料館に出かけ、利用者が展示物や以前の暮らしについて職員に説明したこともあった。年1回の日帰り旅行も、利用者の希望を尊重しながら目的地を決定している。	

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	・基本的には預かることになっているが、希望で数千円程度を自己管理している方がいる。持っているだけで使おうとしない事が多い。		
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	・希望があり、相手の了解が得られれば電話を掛けたりする。 ・以前は手紙のやり取りを支援したケースもあったが、今は希望者がいない。		
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	・共同で作ったクッションやカーテン、ちぎり絵などを飾っている。 ・生活感はあるが、季節感を出せていない。 ・最近、細かいところまで掃除ができていない。	玄関前にはベンチが置かれ、ホーム内には利用者の作品が数多く飾られてある。1階は共用型デイの利用者もおり賑やかな雰囲気だが、2階は落ち着いた雰囲気である。また、室内の温度も適切に管理され、利用者にとって居心地の良い空間となっている。	
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	・食堂、リビング、和室など共有スペースが分かれているが、テレビとソファがあるためか、リビングに集まりやすい。どこで過ごすかは自由で、一人で居たり、二人で話しこんでいる姿がある。		
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	・できるだけ自宅で使用していたものを持ってきてもらうようにしているが、その意味が家族に伝わらず、新品を購入されるケースもある。 ・自分で作ったものを居室に飾るようにしている。	居室入口には手作りの名札がかけられ、居室内は、タンス、机、いす、テレビ等を利用者の使い勝手を考えて配置されている。居室は明るく清潔で、使い慣れた家具に囲まれて、それぞれに個性を感じる部屋となっている。	
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	・1日の日課や献立がわかるようにしている。 ・安全性を重視し自立を妨げてしまう事がある。 ・トイレの場所を分かりやすくしたり配膳のためのシートを用意している		

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム中小田井

目標達成計画

作成日: 平成 25年 3月 10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	13	・時間の制約があり、外部の研修に参加できない職員がいる。 ・施設内の勉強会の日に全員出席が難しく、また見守り職員も研修に参加できない。	・全職員が同じレベルの研修を受けられるように体制を整え、施設全体の介護レベルの向上を図る。	・少人数の勉強会を何回かに分けて同じ内容で行い、全職員が受けられるようにする。 ・施設の介護レベルを向上させるために、年間を通して計画的に進める。	ヶ月
2	29 ・ 35	・地域の方に施設の存在は認識して頂けるようになったが、交流までには至っていない。 ・地域の方が施設に足を踏み入れる機会が少なく、災害時などに不安がある。	・『地域ふれあいデー』に対象者の幅を広げて来て頂く。 ・行事を楽しみながら交流の場を作る。	・今まで子供を対象としていた『地域ふれあいデー』は年4回のうち、回ごとに対象者に幅を持たせ、いろいろな世代の方に来て頂けるようにする。	ヶ月
3	26	・ケース担当者がケアプラン作成に関わることができるようになったが、ケアプランの内容が他の職員間で共有できていない。	・ケアプランの内容を理解し、ケアプランに沿った介護ができるようになる。	・ケアプランの見直しがあった方は、ケア会議の中で、ポイントを絞った内容説明を行い、職員間で共通理解をする。 ・今特に力を入れて行うサービス内容を職員に分かり易く伝える。	ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月