

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(2階)		
所在地	名古屋市西区中小田井5丁目240番地		
自己評価作成日	平成22年10月 6日	評価結果市町村受理日	平成23年3月25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=2370401164&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10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)】

グループホームの良さを生かしたサービス提供に努め、新規の利用者に対しても、それらが維持できるように対象者を絞っています。それでも加齢に伴って体力やADLが低下したりした場合、法人内の特養と連携をとっていますが、グループホームでの看取りへの取り組みも始めています。

【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)】

管理者は、運営推進会議でホーム運営を、理想だけでなく実現に向けてのため、関係者と真剣に話し合い、デイホーム・家族会の開始・認知症予防講習会他、地域に開放交流に努めている。また、「その人らしさ」を理念として、利用者の日常生活状況を全職員が情報収集シートに記入し、きめ細かいプランを作成し、利用者や家族の思いに添えるように努力している。手芸講師資格を持つ職員が、利用者と一緒に制作した大判キルトや季節のちぎり絵が壁や廊下に飾られ、あたたかい家庭の雰囲気やゆったりと落ち着いた生活が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)	○	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	<ul style="list-style-type: none"> ・理念と方針を事務所に掲示し、目につきやすいようにしている。 ・理念を共有しているとはあまり思えないが、そのひとらしさを心がけていると思う。 ・地域との交流の場を設けようと努めている。 	理念が玄関に掲げてあり、「その人らしさ」を大切にしている旨がうたっている。介護する時も常に理念に沿って考え、その人らしさが出る様に努めている。	経験年数や年齢の違う職員たちが、その理念を共有して対応する為には、さらに全員でその理念を見直し検討されることを望みたい。
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	<ul style="list-style-type: none"> ・町内の行事の手伝いや清掃活動などに参加している。 	町内会に加入している。ゴミ当番、地域の清掃、盆踊り、夏祭りに参加したり夏季には、「ふれあいデー」を企画して、幼児や小学生と工作教室・駄菓子屋さん等、利用者と共に楽しんだり認知症予防の「ちぎり絵」講習会を行っている。	地域とのつきあい・ふれあいを企画する時、介護支援に支障なく、全職員が思いを共有できるようになることを望みたい。
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	<ul style="list-style-type: none"> ・散歩や買い物などで地域の方々や挨拶や話しをするよう心がけている。 ・地域へ出ていだけでなくホームへ来ていただける機会を作る為、地域ふれあいデイを開催した。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・ホームでの取り組み状況を報告したり、委員からも意見・要望等をいただいている。いただいた意見や要望を取り入れ、職員会議の議題にあげて検討したり、報告したりしているがサービス向上に余り結びついていないと思う。 	運営推進会議は隔月に開催され、ホームからの近況報告の他、家族会発足や職員全員によるケアプラン作り、ふれあいデー・認知症予防教室の参画・デイホームの開始等、地域に開かれたホームを目指し話し合われている。	
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に取り組んでいる	<ul style="list-style-type: none"> ・密な連絡は取れていないように思う。 ・市が開催する集団指導には管理者が参加している。 ・現場職員は担当者に関わる事がほとんどないためよくわからない。 	介護申請の時や月に1度の助成金の件で出向く事がある。また同じ法人の特養から情報を得て、地域包括センターへ出向く事もある。年2～3回開催される市の集団指導には管理者が参加している。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・身体拘束をしないケアを職員は理解し実施できていると思う。 ・夜間以外は玄関の施錠はしておらず、フロア入り口もやむを得ない場合以外は施錠していない。 	夜間のみ玄関の施錠は行うが、昼間利用者の外出は見守りとチャイムで把握し同行介助に努めている。また、夜間の対応として、センサーマットの利用・ベッド柵に鈴を付ける等の工夫をしている。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・虐待についての資料は一読はしている。学ぶ場は少ないが各自で学んでいると思う。 ・意識が薄れないよう定期的に考える場が必要だと思う。 		

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	・管理者以外は学ぶ機会がなく理解している（知っている）職員はほとんどいないと思う。		
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	・実施できている。		
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	・外部評価実施と苦情相談窓口を設置している。苦情が出た場合はすぐに対応するようにしている。 ・家族会を行い話し合いの場を設けている。いただいた意見や要望はサービスに反映するよう努めている。	家族が訪問した折に、利用者の個別連絡ノートが引き出しに入れてあり、自由に書き込まれている。運営推進会議で提案して検討の結果、家族会を開催することが出来て意見を言いやすい場ができている。	
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	・月一回の経営会議で管理者は代表者に対して意見や提案をする機会があり、受け入れられる事もある。 ・提案を聞く機会はあまりないと思う。 ・運営にまで職員の意見が出ることはなく、出たとしても必ずしも反映できているとは言えない。	ミーティングは毎日行われ、定例会議も月に1度行われている。シフト変更、休日取得もなるべく希望に沿う様にしている。また、職員と個別懇談を行い、働きやすい環境作りに努力している。	
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	・努めていると思う。 ・年2回人事考課表を用いて評価をしている。		
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	・研修の機会（特に法人内）が増えてきており、積極的に進めていると思う。 ・ケアの実際、力量の把握はしきれていないように思う。		
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	・法人内では行事や研修など交流の場が多く取り組んでいる。 ・同法人以外では実施できていない。		

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
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	・事前調査時や入所時等に本人から話が聞けるようにしている。表情や言動などからも思いをくみ取るよう努めている。 ・見学及びお泊り体験の機会を設けている。 ・急な入所で本人のことが知れずにいることがある。		
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	・見学時や事前調査時、入所時等話が聞けるようにしている。 ・面会時には家族とコミュニケーションを取り、話しやすい雰囲気作りに努めている。		
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	・見学時や実調時に判断できるよう努めている。		
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	・利用者の状態に合わせて、できるだけ家事に参加していただき、一緒に行き共に生活していると感じてもらえるよう努めている。 ・利用者の隣に座り、共にゆっくり過ごす時間が持てるように心がけている。		
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	・ケア内容について家族の意見を聞くように努めている。 ・様々な事情により施設まかせになっている家族もあり、難しいことがある。		
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	・親しい友人の面会や家族とお墓参りなどへ外出することはあるがこちらからの支援はあまりできていない。 ・思い出話をしたり、昔の写真を見ながら話を聞くなどしている。 ・遠かったり職員が足りず、できないと思っている。	以前の知人から、2～3か月に一回、食事に誘われる方もいる。また、デイサービスや入院中の配偶者に会いに行ったり、馴染みの理容室等へは、職員はシフトを工夫しながら同行支援している。毎週来られる家族も複数ある。	
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	・関係を把握し、不快感や喧嘩等が起きないように配慮しながら支援している。 ・利用者同士助け合う場面も見られようようになってきたと思う。		

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	・大切にしていきたいが、退所後は他施設への入所や入院が多いため難しく、お見舞いや他施設への情報提供ぐらいしかしていない。 ・家族から要望があれば支援している。		
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	・日頃の会話や様子などから把握できるようにしている。 ・ケース会議や情報収集シートを使って、情報の共有、検討し把握している。 ・把握はできていると思うが実現までにはいたっていないと思う。	利用者・家族の意見を聞いて、相談しながら思いや希望の把握に努めるようにしている。また、言葉で表現できない人には、仕草や家族からも情報を得るようにしている。	
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	・事前調査や入所時に本人や家族から話を聞き把握できるよう努めている。 ・面会時の家族との会話の中からも把握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	・一人ひとりに合ったケアをしていくことで把握できるよう努めている。 ・いろいろな場所で常に観察している。 ・一日の活動や心身状態を毎日個人記録に記入し、職員全員が現状を共有し把握できるようにしている。		
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	・カンファレンスを行い意見やアイデアを出し合っているがプランに反映しきれていない。 ・家族との話し合いの時間がほとんどない。 ・ケース会議(カンファレンス)時間が短く不十分である。	今年から居室担当者が1~2名受け持ち、利用者の情報を職員全員から集める「情報収集シート」を作り、記入してもらう事で情報の共有となり、より利用者にあったケアプランが出来上がっている。	ケアプラン作成時職員間では毎日のミーティング・情報収集シート・ケース会議により共有しチームで作られているが、その中へ利用者及び家族のニーズも取り入れて作られる事を望みたい。
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	・個人記録を毎日記入しているが、気づきや工夫までは記録しきれていない。 ・申し送りノートにより情報の共有をしている。 ・毎日ケアプランに対して評価をしてお見直しに活かしている。		
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	・できるだけ要望にそえるよう努めてはいるが不十分である。 ・柔軟な対応がなかなかできない。		

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
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	・近所の喫茶店や床屋、スーパーなど利用している。 ・詩吟を楽しみたい方のためコミュニティーセンター利用を検討するなど少しずつ資源の把握と活用に努めているがまだ不十分である。 ・ボランティアの訪問がたまにある。		
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	・本人・家族の納得は得られているが、こちらで付き添うことが多いためホームから近い病院を提案している。 ・家族からの希望はあまりきかれない。 ・適切な医療が受けられる支援はできている。	嘱託医による往診が月2回、訪問看護が毎週1回ある。かかりつけ医については、家族の付き添いを原則とするが、困難なときには、重要事項説明書にそって職員が対応している。	
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	・週1回の訪問看護と連携して、アドバイスをもらえるが、情報伝達や相談はあまりできていない。 ・急変時や特変時にも対応してもらっている。		
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。	・入院時や病院からの電話などでこちらから情報提供はしているが、病院からは個人情報の理由もあり、あまり伝えてもらえていない。 ・法人内共通の連携のある医療機関がある。		
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	・早い段階から状態の報告や今後どうするか相談が家族とできている。 ・状態に合った施設の紹介、申し込みの相談等を行っている。 ・ターミナルケアの具体的な取り組みは今後の課題である。	入居時には、本人も家族もターミナルケアについて具体的に考えられないが、ホームとしては、その利用者の状況から、法人が有する対応能力を最大限利用する等、早期に家族と話し合いを行うようにしている。	
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	・マニュアルを作成、すぐに見えるようにしている。 ・救命講習を順番に受けているが全ての職員まではできていない。 ・定期的な訓練はできていない。		
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	・月に1回避難訓練を実施している。 ・地域との合同訓練等はされておらず、協力体制は築けていない。	毎月避難訓練を行い、そのうち2回は夜間想定訓練である。本年(平成22年1月)には、スプリンクラー工事も完了した。災害時に備える為3日分の備蓄を確保している。	

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	・禁止言葉を決め、毎月ケース会議で検討するなどし、言葉や対応を意識してケアするよう努めている。ほとんどの職員はできている。	毎月、ケース会議で禁止言葉を決め、職員の意識向上に努めている。また、失禁した場合は、他の人に気付かれずにプライバシーに配慮してトイレ誘導している。	
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	・性格や認知症状などから個人差があり、全員はできていない。 ・施設のルールにあてはめてしまいがちである。		
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	・努めてはいるが不十分である。 ・職員側の都合(業務)を優先してしまう場面が時々みられる。		
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	・自分でできる方や希望を言われる方には行えているが、それ以外の方にはできていない。		
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	・できる方は調理や配膳、片付けなど一緒に行っているが、食事の楽しい雰囲気作りはできていない。 ・食べたい物を聞き取り、メニューに取り入れている。	献立は、週1回、利用者によるリクエストと職員による得意メニューを取り入れて、献立担当職員が1か月分を作成。それを法人内の管理栄養士に点検してもらっている。食材購入、調理や食器洗いなどは、利用者と職員が行っている。	
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	・摂取量は毎日チェックし確保できるよう支援しているが、好き嫌いの多い方の栄養バランスの確保が難しくできていない。できるだけ食べてもらえるよう調理方法やメニュー内容の工夫に努めている。		
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	・起床時と就寝前のみ実施できている。自立している方で毎食後行っている方もみえる。		

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
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"> 一人ひとりの排泄パターンを把握し、必要な方にはできるだけリズムに合わせた時間に声かけ誘導をして、トイレでの排泄を促している。 利用者に合わせてオムツやパットを使用している。 尿意があるが失禁してしまう方にも紙パンツを使用することで自立できるよう支援している。 	職員は、各々の排泄パターンを把握し、タイミングを考えてさり気なく誘導するようにしている。オムツやパットを利用している人も、紙パンツから布パンツへ変更したことで、利用者の半分は自立している。	
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"> 薬に頼っていることがある。 牛乳や豆乳をおやつの時間に取り入れたり、体を動かす機械を増やすなど工夫をしていきたい。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> 入浴日や時間、順番など職員側の都合で決定してしまっている。夜間入浴の導入を始めており、少しでも希望にそえるようにしていきたい。 入浴中はゆっくりとはいっていただけるよう対応している。 	風呂は毎日可能で、順番もなるべく利用者の意見に沿う様にしている。また、今年は、風呂の嫌いな人でも、声かけ等で夜間入浴を実施し、それ以来夜の6時から2時間の間に5、6人の利用者が入浴を楽しんでいる。	
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"> それぞれに合ったタイミングでの就寝を心がけている。 集団生活中心になっている事も多くみられる。 		
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"> 看護申し送りノートを設けたり、お薬の説明書をカルテにはさむなどして把握できるようにしているが、職員によっては把握できていない人もいる。全員が把握できるよう徹底していきたい。 		
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"> その人のやる気や力にあった役割を持つようにしている。 個人での楽しみごとはあまり支援できていない。 		
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"> 出かけているが、散歩や買い物、ウォーキング、喫茶など決まった方が多い。 誕生日に希望する外出ができるようにしているが、それ以外はほとんどできていない。 	個人の買い物(衣類や下着・化粧品・日常雑貨品)等は、職員がシフトを工夫して、利用者と一緒に近くのスーパーへ買いに行っている。また、散歩をしながら、近くの喫茶店へ行ける事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	<ul style="list-style-type: none"> ・お金の管理は施設で行っている。 ・自己管理できる方や本人や家族が希望される方は、自己責任のもと管理してもらっている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・申し出があれば、対応しているが、こちらからの働きかけはほとんどできていない。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・リビングにはソファが置かれ、のんびり過ごせるようになっている ・友達同士で落ち着いて話せるよう和室を設けているがあまり活用できていない。 ・壁面飾りが飾りっぱなしになっているなど季節感をとり入れることができていない。 	和室でお茶会を年2回開催し、来客があった場合や、今年から始めたデイサービスにも利用している。また、利用者が作ったちぎり絵作品が共用部分の壁や廊下に飾られ、季節感を味わえるように努めている。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・リビング、食堂、和室と空間分けはできており、気の合った者同士で過ごせるようになっている。 ・一人になれる居場所はできてはいない。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・今まで使っていた家具を持ってきてもらい、できる限り今までしてきた生活と同じようにしている。 ・本人の意向で使いやすいように配置している。 ・転倒などの危険がないように配置している。 	お気に入りの暖簾を掲げている方、布団を利用する方もいる。自分の気に入ったようにレイアウトされ、写真や位牌も飾られている。また、多くの楽器を持ち込んで、時にはリクエスト曲も弾かれる方もいる。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・全ての利用者に安全かは疑問であるが、わかりやすく掲示するなどの工夫はしている。 ・共有空間は物が少なく、壁に手すりが設置してあるだけなので、歩行不安定な方はほとんど手引き歩行になってしまう。 		

(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 23年 3月 14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		・ケアプランにご本人やご家族の要望が反映されていない。	・ケアプランにご本人、ご家族の意見や要望を取り入れる仕組みを作り、実践する。	・ご家族様にカンファレンスへの参加をお誘いをするためのマニュアルを作る。 ・ケース担当者は、日頃からご本人の生き甲斐や施設への要望をお聞きし、ケアプランに活かすかわりを持つ。	3ヶ月
2		・理念が職員に伝わりにくい。	・理念を伝わりやすいシンプルな表現に変え、職員が理念に基づいたケアができるようにする。	・事業計画の中で理念の意味を伝える。 ・理念を接遇マナーの視点でとらえ、1年かけて研修の中で計画的に浸透させる。 ・午後の申し送りでの理念の唱和を行う。	12ヶ月
3		・地域交流に対して職員の理解にはばらつきがあり、協力体制が弱い。	・地域交流の目的をはっきりさせ、職員ひとりひとりが理解できるようにする。	・地域交流の中でも「ふれあいデー」や「ちぎり絵教室」は社会福祉協議会の担当者からも良い評価を受けており、その意味を職員に伝えていく。 ・災害時には地域との協力が欠かせないことを説明する。	6ヶ月
4		・ケース担当者の役割が曖昧で、責任感が乏しい。	・ケース担当者は担当する利用者様のご家族に代わってきめ細やかな関わりを持つようにする。	・ケース担当者の役割を明文化し、各自が役割を果たす努力をする。 ・フロアーリーダーはケース担当者が役割を果たしているかを気に掛け、足りない部分はフォローする。	12ヶ月
5					ヶ月