

# 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22年10月7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	<a href="http://www.kaigo-kouhyou-aichi.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JGD=2370401164&amp;SCD=320">http://www.kaigo-kouhyou-aichi.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JGD=2370401164&amp;SCD=320</a>
----------	---

## 【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	愛知県名古屋市東区松原町一丁目24番地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)】

--

## 【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)】

<p>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ゆったりと落ち着いた生活ができるホームである。</p>
--

## 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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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	・地域密着といっても実際は、西区以外からの方が多く入所後、住み続ける事で慣れ、自分の居場所へと変わってきている。 ・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ケアプランに活かしている。	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人として日常的に交流している	町内会の行事に参加したり、買い物、散歩などを通じて日常的に交流している。地域の子供達が気軽に立ち寄れるように夏休み工作を企画し期間限定の駄菓子屋をオープンした。	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	地域貢献と言えるかわからないが、「近所に困っている人がいる」と相談を受け地域包括支援センターを通し介護保険サービスが受けられるよう協力した。		
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	・委員の意見を取り入れ、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。 ・家族からの要望をサービス内容に取り入れるようにしている。 地域に向けた働きかけや情報を得て利用者へのサービスに繋げている。	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・認知症予防教室の企画・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	・判断に困る場合に相談したりはするが、市の担当者が来所することはない。 ・市が開催する集団指導には参加している。	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	開所当時から身体拘束をしないケアに取り組んではいる。	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	虐待はないとは、思っている。職員会議を利用して勉強会をした事がある。虐待についての資料は一読はしている。		

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
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	成年後見人制度を利用している利用者はいるが職員には直接的な関係はなく勉強不足である。		
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	契約および契約の解消については十分に説明をしている。また、他施設への入所などの支援も行っている。		
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	・言いやすい雰囲気作りに努めている。 ・苦情は苦情処理担当者が処理し、改善に努めている。 ・家族会を開き家族の質問に答える事ができた。	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ます。	
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	理事長は、職員を大切にしています。法人の理念について話をする機会を設けてくれました。管理者は職員の意見を聞いているが、職員全体にまでは、行きとどいてないと思います。	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	理事長、管理者は、職員にやりがいや目標を持って取り組めるよう配慮してくれています。		
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	・法人内には誰でも参加できる研修があるが、勤務時間外である為、限られた職員しか参加できていない。 ・今年度は、各職員にあった研修に参加できている。法人内委員会の活動が活発である。		
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	・法人内との交流はある。 ・お互いの行事に参加し相談や情報交換をしている。 ・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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	・本人とコミュニケーションをとり、ご家族からも生活歴などを聞き、不安がないよう支援している。 ・見学及びお泊り体験利用ができる。 ・デイサービス、ショートステイの検討をし本人に無理のないよう努めている。		
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	・グループホームの特徴を説明し、個別の問題に照らし合わせて、入所が問題解決の手段として適当かどうかを話し合っている。 ・家族とコミュニケーションを取るようになっている。		
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	・うまくサービスを組み合わせることで在宅生活の継続ができると判断した時にはアドバイスをしている。 ・他の施設利用の相談を行っている。		
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	・食事作りや洗濯、掃除など、できるだけ一緒に行い、生活を共にできるように努めている。 ・利用者の話を傾聴するように心がけている。また、利用者にとっての生活の拠点としてできる事はないかと情報収集シートを活用している。 ・利用者の隣に座る、寄り添いケアの実施。		
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	・全ての家族と多くの関わりを持ってはいないが面会のない家族に対しても手紙や、中小田井便りにて近況報告をしている。 ・家族にも子どもを中心とした家庭があり、疎遠を改善することは難しい。よりよい関係が築いていけるように、情報提供に努めている。		
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	・いつでも面会できるようにしている。 ・馴染みの場所への外出や電話連絡など、希望があればできるだけ対応している。	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	・利用者の性格を把握し、穏やかに過ごせるように支援している。 ・職員が間に入り、利用者同士共同作業をしたり雑談など気軽にできるようにしている。 ・利用者の中には、他者との関わりを好まない方がいる為難しい。		

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
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	・退所後は他施設への入所や入院が多いが、できるだけ経過を知り、相談できる関係作りに努めている。 ・必要とする場合はできている。		
<b>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</b>					
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	・本人の意向や希望の把握に努め、わからないときには家族に聞くなどしている。 ・介護する側本位にならないよう、職員同士話し合う場を設けている。 ・食事、入浴の時間は決められているがある程度の時間の幅を持ち対応している。	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	・家族や本人から情報収集を行い、個人ファイルや引き継ぎなどで把握に努めている。 ・事前調査で、グループホームでの生活で活かせることはないかなど把握に努めている。 ・生活環境など、家族からの情報は得ているが、うまく活用できていない。		
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	・利用者一人ひとりの生活リズムや行動パターンを把握するようにしている。 ・いろいろな場所で常に観察している。 ・職員間で情報の共有ができるよう情報収集シートを利用し、職員会議の場で検討している。 ・記録に残し、把握している。		
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	・職員会議など、意見を反映し、介護計画につなげている。 ・面会時に家族から意見を聞く事もあるが全ての利用者に反映されていない。 ・日頃から職員同士で話し合っている。 ・ケース会議を職員会議でしているが時間が足りない。	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、記入してもらった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	・個人ファイルにより日々の記録をしている。また、申し送りノートにより情報の共有をしている。 ・ケアプランに対してモニタリングをして見直しにつなげている。		
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	・個別の外出や買い物、受診など支援している。 ・臨機応変に対応している。 ・他の資源(地域)の活用も利用者に合わせて対応している。		

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	・ボランティアの訪問(お茶会、フラダンス、歌と踊り)など年に数回、活用している。		
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	・ホームの嘱託医により2週間に1度往診をしてもらっている。緊急時の対応も可能。 ・必要ときは他の科の受診を支援している。 ・ホームのかかりつけ医以外の受診も可能であるが、できるだけ家族にお願いしている。	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、困難などときには、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、相談やアドバイスをもらっている。 ・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。	情報提供に努めているが、こちらからの問い合わせに対しては、個人情報や理由に応じてもらえない事が多い。また、法人内共通の連携のある医療機関があるので紹介はしている。		
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	今後どうするかを見極め家族等と話し合い検討している。ターミナルケアの希望があれば家族と共に取り組める体制作りが課題である。終末期に向けての研修や看取り委員会に参加して知識を得る機会を設けている。	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	・定期的に訓練を行う必要がある。また、マニュアルは作成している。また、普通救命講習に参加し知識を得ている。		
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	・毎月、防災訓練や避難訓練を行っている。 ・ホーム内だけの避難訓練は行っているが、いざという時には心配である。	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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	事業計画に基づき毎月使ってはいけない禁止用語を決め取り組んでいる。職員の意識向上を目標としている。利用者ひとりひとりの性格に応じて対応を工夫している。	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	難しい事柄に対しては選択肢を与えるなどの工夫をし自己決定への働きを支援している。日常的に利用者が決定できるよう支援している。		
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	利用者によってはできているが全介助の利用者に対しては職員の都合を優先する事もある。		
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	個々の好みに応じて支援している。希望があれば美容室や理髪店に行くなどおしゃれが楽しめるよう支援している。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	・食事メニューは利用者のリクエストメニュー日を決め対応している。嫌いなものや食べられないものは別の物で対応し、美味しく食べれる工夫をしている。 ・食材買い物、準備、調理、片づけを利用者と一緒に行っている。	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	個々の状態に合わせて対応している。水分補給については、定期的に補うなどの支援をしている。水分量を記録に残している。		
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	毎食後はできていないが1日、2回はほぼ、できている。声かけにて毎食後できている利用者もいる。		

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	・オムツであっても、定時で声かけ誘導をして、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、紙パンツから布パンツに変更できた方もいる ・一人ひとりの排泄パターンを把握するようにしている。	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	水分補給をまめに行い、必要であれば牛乳、豆乳、入浴時の腹部マッサージを行っている。また、おやつに寒天を使用している。		
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	入浴の順番などは希望に沿うようにしているが、行事等があると午前、午後と変わることがたまにある。今年度より夜間入浴を始め希望者の対応をしている。	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	利用者により生活習慣を大切にす支援はできているが、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	往診、受診、お薬などを利用者ごとに記入するノートを設け、常に見る習慣をつけている。職員間で把握できるよう声に出し確認している。		
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	・本人と話したり、アセスメントシートなどから生活歴を知り、その方にあつた対応をしている。 ・近くの喫茶店にコーヒーを飲みに行く。 ・毎月ちぎり絵教室を開催している。誕生日など、本人の希望を叶えるようにしている。		
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	・スーパーへの買い物、散歩、喫茶店の利用などを行っている。 ・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。 ・希望に添えず、行事のあるときに外出している。	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	お金の管理は、施設で行っている。本人が喫茶店の支払いをすることもある。		
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	申し出があれば、対応している。また、手紙を受け取る事はよくあるが、やりとりはできていない。		
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	・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 ・自室で話をされることはあるが、友達同士で落ち着いて話せる共有スペースがない。 ・和室が空けてあるが活用できていない。	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	一人になれる居場所はできてはいないが、リビングに人が集まり憩いの場になっている。		
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	・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	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。		

(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