

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5-240		
自己評価作成日	平成25年8月15日	評価結果市町村受理日	平成26年3月27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.kaigokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2012_022_kani=true&JigvosyoCd=2370401164-00&PrefCd=23&VersionCd=022
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【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	愛知県名古屋市熱田区三本松町13番19号		
訪問調査日	平成25年9月3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、その方らしく、安全で安心して生活できる施設を目指して日々努力を積み重ねています。特に支援者である職員が認知症を理解し、寄り添う事ができるよう、研修に力を入れています。施設内では年間計画を立て、毎月4~5回勉強会を開催し、法人主催の研修はもちろん外部の研修へも毎月参加しています。
施設内ではゆったりと時間が流れ、家庭的な雰囲気できつろぐことができます。定期的にボランティアさんが来て歌を唄ったり、話し相手になって下さったりと、いろいろな方が支えて下さっています。また、ちぎり絵教室や地域ふれあいデーを通して地域交流も進めています。

【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)】

ホームでは、新たな取り組みとして、職員間の情報の共有を徹底することを行っており、リーダーがパート職員も全員が会議に参加できるように、会議を月に複数回開催して、全職員に情報の共有を図ることができるように取り組んでいる。さらに、ホームでは、共用型のデイサービスを実施していることで、デイサービスを利用していた利用者がホームでの生活に馴染みながら、ホームへの入居に至ったこともあり、利用者が環境の変化で混乱することなく、円滑な生活の移行が実現できており、利用者にとっては、安心して過ごすことができている。また、運営法人が複数の特別養護老人ホームを運営していることで、緊急時には、特養の支援を受けられる体制になっており、実際に、ホームが水害の危険にあった際には、関連の特養の応援で、利用者を避難させることができている。

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 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	理念の共有はできているが、実践に繋がるまでに至っていない。	法人の理念の他に、「みんな大切な人」という思いをホームの理念として掲げている。ホームでは、リーダーが中心になりケア会議を複数回開催しており、その中に、理念に基づく支援について、職員と確認に努めている。	今年度より、前年度に掲げた課題として職員の育成がある。理念にある思いを理解しながら、日々の利用者の支援につながる取り組みが行われることを期待したい。
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	町内会に入り、地域とのつながりを作っている。 また、散歩や買い物で出逢う近所の方達に積極的に声をかけている職員もいる。	職員は利用者との外出時には地域の方との挨拶を行い、日頃から交流の機会を持つように努めている。地域の盆踊りや秋祭りの際には、職員は準備段階から関わっており、地域の方との交流は深まっている。	
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	年に2回、いきいき支援センター主催の「認知症家族の介護者教室」にて、認知症の関わり方について講師をしている。		
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	提案があったことはできる限り取り入れている。敬老の日に家族と一緒に食事を開いたり、職員の紹介写真を掲示したりした。	会議では、ホームでの状況を説明することで、利用者への理解を得てもらい、その上で、出席者から意見や提案がある。会議がきっかけとなり、利用者や家族が、敬老会の際に食事を挙げる取り組みが実現している。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者や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	実地指導の場では、市の担当者といろいろと話ができた。こちらの事情も良く理解して頂いていると感じた。	市の研修会等が行われる際には、ホームから職員が出席しており、情報交換の機会としている。また、管理者は、地域包括支援センターが行う家族介護者教室の講師を務める取り組みも行っている。	
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	身体拘束は行っていないが、具体的な行為の理解はできていない。	身体拘束を行わない方針のもと、職員は、言葉による拘束についても意識するように努めている。また、管理者は、職員に対して、やむを得ない場合でも、まずは身体拘束を行わずに済む方法を考えることを指導している。	
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	新聞などで取り上げられたものは職員に伝えているが、虐待について学ぶ機会が少ない。		

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
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	必要な方には情報提供をし、制度を利用していただいている。		
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	入居の際に行う事が多いが、分からない事が解らない状態で、契約しているのが現状である。慣れたところに質問されてはじめて、説明が伝わっていなかったことに気づくこともある。		
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	外部評価の家族アンケートを重視している。	敬老会の際に、家族も参加した食事会を行っている。ホーム玄関に設置している面会票の下欄に、意見等を出してもらうように一文を添えている。また、2か月に1回、担当職員が交代でホーム便りを作成し、発送している。	
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	月に1回管理者が集まり「経営会議」を行っている。また、各施設では月1回「運営会議」を開催し、職員の意見も訊いているが、運営に関する意見を聞く機会は少ない。	月1回行っているホーム内会議の他、今年度よりリーダーが中心となり、ケア会議を月に複数回行っており、非常勤職員を含めて全員に伝える取り組みを行っている。また、管理者は、日頃気が付いたことがあった際には、随時面談を行っている。	
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	年2回、人事考課や自己申告書により、個人の能力や実績、希望などを把握するようにしている。その際、代表者も内容を確認し、必要に応じて代表者の意見を本人に伝えている。		
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	法人内には研修部があり、各施設の代表者が集まり研修委員会を開催している。研修委員会は、新人研修やリーダー研修など、年25日ほど研修を行っている。施設内研修、外部研修に積極的に参加している。		
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	法人内では自主勉強会や施設間交流会が行われていたり、委員会活動を通してサービスの質の向上を目指している。		

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	入所前に当施設の共用型のデイサービスを利用されている方が多く、入所後の混乱は少なく、ある程度信頼関係が築けていると思う。デイサービスを利用されていない方に対しては、信頼関係が築け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	家族によって考え方や感じ方が違う為、こちらから積極的に声を掛け、話しやすい雰囲気を作るように努めている。はっきりと要望を話される方もいるが、ほとんどの方は遠慮しておられると思う。		
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	ケアマネージャーと連携を取り、受診に付き添ったり短期利用やデイサービスの利用で様子を見たりしている。既存のサービスにとられることなく柔軟に対応している。		
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	職員によってはお世話をしている気持ちが強い人もいる。		
19		○本人と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	お互いに遠慮があり、共に支える関係は築くことができていない方が多いと思う。		
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	気が向くと自宅へ徒歩で帰ろうとされる方に対して、その都度職員が付き添っている。その際、近所の方との交流がある。しかし、ほとんどの方は、それぞれの事情で馴染みの関係は一部の家族に限られている。	近所に自宅がある方が、家に帰りたと言った際には、職員も付き添いながら、自宅の場所まで出かけることがある。また、墓参りや法事等で家族と外出する方や、定期的に自宅に泊まっている方もおり、家族との交流の機会としている。	
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	利用者同士の関係を把握し、相性が良い方が交流しやすいように配慮しているが、支え合う関係づくりまではできていない。		

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
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	退所後も入所施設の情報提供をしたりして、家族の相談にのっている。		
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	利用者一人ひとりに担当を決めて、代弁者となれるように努めているが、職員により差がある。	ホームでは、利用者一人ひとりに「居室担当者」が配置されている。その担当職員が、利用者から聞き取ったことや感じたことをセンター方式の様式に記録したり、リーダーでもある計画作成担当者に伝えることで、アセスメントを行っている。	今年度より、一人ひとりの情報や思いを把握するために、センター方式の活用を始めている。今年度一年間かけて様式を作成することとしており、今後に向けて活用されることを期待したい。
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	入所の面接の際に、本人や家族からの聞き取りのほか、自宅への訪問やケアマネジャーとの連携を大切にしている。入所後は、センター方式を使用し、生活歴の把握ができるように努めている。		
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	個人記録、個人の申し送りノートを活用し、現状の把握に努めている。		
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	計画作成担当者とケース担当者を中心に作成し、家族へは完成後に報告と説明を行っている。	介護計画の内容は、3か月ごとに見直すように取り組んでおり、家族にも内容の確認をしてもらい、次の支援につなげている。また、モニタリングについても担当職員にモニタリングシートに記入してもらい、利用者の状態の確認を行っている。	現状、非常勤職員が多いこともあり、職員間の情報の共有が不足しているように思われる。現在、取り組みを始めているケア会議が有効に活かされていくことを期待したい。
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	個別記録は日々の様子にとどまり、ケアの実践や結果、気づきや工夫などが記入されていないことが多い。よって、介護計画に活かされるような記録が残されていない。		
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	ニーズに合わせた柔軟な対応を行っている。特に共用型デイサービスでは、独居の方が多く、在宅を支えるための支援をきめ細かく行っている。		

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	地域資源を把握していないし、支援できていない。		
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	月2回、かかりつけ医の往診がある。希望される方は、他の医療機関への受診を行っている。	ホームでは、月2回の協力医による往診の他、訪問看護も行われており、利用者の健康状態の把握に努めており、急変時にも対応している。以前からのかかりつけ医の継続も可能であるが、受診は基本家族が行うこととなっている。	
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、訪問看護で利用者の体調確認してもらっている。職員は、看護日誌に日頃の気づきを記入し、看護師に伝えることになっているが、実施できていない現状がある。		
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。	医療機関との情報交換はできている。また、必要以上に入院期間が長くないように医療機関と相談して退院を受け入れている。		
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	入所時に、重度化した場合は特養などへの転居を支援している旨を説明している。当施設での生活が困難になり始めた時に具体的な相談を始め、家族の意向を聞きながら進めている。	ホームでは、看取りを見据えた支援については、基本的に行っていないことで、特に同意書等も交わしていない。現状、利用者の状態に応じて家族とも話し合いを進め、特養等の施設入所につなげるようにしている。	
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	応急手当普及員が居るものの、この1年間は、定期的な訓練が行われていない。		
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1回、避難訓練を実施している。しかし、地域との協力体制はできていない。	ホームでは、基本、月1回、避難訓練を行っていることで、職員の習熟度を上げ、夜勤を行っている全職員が年間を通じて経験できるようにしている。また、備蓄品についても、1階から2階に移動する取り組みを行い、水害に備えている。	現状、地域の方との協力関係について十分に行われていない。ホーム近隣が河川の氾濫地域でもあるため、運営推進会議等の機会を通じ、継続した話し合い等に期待したい。

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	人格を尊重した対応ができていない場面がたまにみられるが、職員間で注意し合う事ができていない。	管理者が、日常のケアの場面で、気になったことがあった際には、職員に注意を促すように取り組んでいる。また、職員の接遇面に関する研修も行っており、日常的に言葉かけやプライバシーについても意識するように努めている。	
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	自己決定できる場面を設けることがほとんどできていない。		
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	「喫茶店に行きたい」などのニーズに応えて、急ぎよ予定を変更したり、外出欲求が強い方に職員が付き添って外出したりすることもあるが、職員のペースや施設の日課を重視していることが多い。		
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	家族が迎えに来て外出すると分かっている時には、お化粧をしたり、外出用の衣服に着替えるなどの支援をしているが、日常的には好みの服装ができる程度である。		
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	できる方には、準備や片づけに参加してもらっている。	ホームでは、利用者も買い物に出かけたり、調理や盛り付け、片付け等を職員と一緒にしている。食事は職員も同じ席に着き、楽しい時間を過ごすようにしている。また、職員が作成したメニューを関連の特養の栄養士に確認してもらっている。	
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	好みを把握し、できるだけバランスのとれた食事ができるように努めている。		
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	自分で行う方以外は、就寝前の口腔ケアのみ行っている。		

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
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	安易に紙パンツを使用したり、過剰な介助をしたりしないように気を付け、自立に向けた支援を行っている。	職員は、一人ひとりの状況にあわせて、排泄チェックや水分摂取量のチェックを行いながら、適切にトイレで排泄ができるように支援している。その結果、失禁等が減少し、利用者の排泄状態が安定するよう取り組んでいる。	
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	食材に繊維質のものを利用したり、水分をこまめに摂ってもらったりして便秘の予防に心掛けている。必要な方は下剤を使用し、本人の負担にならないようにしている。		
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	基本的に午後から入浴している。夜間に入浴することもあるが、利用者が拒否されることが多い。	ホームでは、毎日入浴の準備を行っており、毎日の入浴も可能である。入浴を拒む場合等、利用者の状況によっては、夜間の入浴にも対応している。また、状態により2人体制での入浴や、季節の菖蒲湯や柚子湯も行っている。	
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	できるだけ利用者の生活習慣に沿った入眠ができるようにしている。		
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	全ての職員が利用者全員を把握しているとは言えないが、薬が変更になった場合は気にかけて観察し、効果が分かる場合は先生に報告している。		
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	1日の半分を玄関の外で過ごしている方が居るが、危険な行為はしないよう説明して、自由にしている。来客が車を止めようとされると職員を呼びにこられる。喫茶店や散歩の外出は、希望する方はできている。		
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	気が向くと自宅へ徒歩で帰ろうとされる方に対して、その都度職員が付き添っている。また、季節ごとの外出行事を計画的に行っている。本人の外出希望は把握できていない。	ホームでは、自宅へ帰りたと言われた方と自宅に出かけたりや、コーヒーを飲みたいと言われた方と喫茶店に出かける等、その人の行きたい場所に行けるよう努めている。また、季節の外出や、外出可能な方々と日帰り旅行にも出かけている。	

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
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	自己にて管理している方はほとんどいない。持っていても使用する機会がない。		
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	希望する方は電話できているが、利用者からの希望は少ない。		
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	季節ごとにイベント時の飾り付けをするくらいである。	玄関ホールには、季節毎に飾りを入れ替えており、季節感を出している。リビングには、利用者と合同で製作した作品を飾ったりしている。また、食卓のテーブルとソファを離して配置することで、可能な限り、利用者が過ごしたい場所をつくっている。	
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	リビング、食堂、和室の3カ所あるが、一人ひとりの居場所は決まっていない。ただ、リビングのソファでは、気の合う方が隣同士に座っていることが多いし誘導する際も配慮している。		
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	利用者によっては馴染みの物を持ってきてもらっている。居室は寝るだけの部屋になっている方が多く、居心地の良い空間とはいえない。	居室には、馴染みの家具や小物類を持ち込んだり、自分で洗濯物を干せる方には、物干し台を居室内に持ち込み、自分で洗濯物を干している方もおり、居室を思い思いに使っている。また、居室の入口に、家族との写真を飾っている方もいる。	
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	無駄な物を置きっぱなしにしないように心がけている。夜間は勝手口から出ようとするタンバリンが鳴るなど夜勤者が気づきやすいように工夫している。		

(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 26年 3月 20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	1	理念の共有はできているが、実践に繋がるまでには至っていない。また、新しい職員が増えるため、理念の再確認が必要である。	理念「みんな大切な人」を意識しながら仕事をする。	午後の申し送りの際に理念が実践されているかの確認を行う。	6ヶ月
2	10	職員の情報共有が不足している。	申し送りノートの記載と確認を徹底する。	共有の必要がある情報を得た場合は、その場で申し送りノートに記入する職員を決めて、後回しにしない。	12ヶ月
3	13	地域の方との協力関係が十分に行われていない。	地域の方々と交流できる機会を増やす。	地域の老人会(長生会)の活動、公園の草取りに参加する。	3ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注)項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。