

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	3571100126		
法人名	社会福祉法人 福祥会		
事業所名	グループホームきららの里		
所在地	山口県長門市深川湯本628-1		
自己評価作成日	平成22年8月23日	評価結果市町受理日	平成23年4月21日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度ホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先	http://kaigosip.pref.yamaguchi.lg.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【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 やまぐち介護サービス評価調査ネットワーク		
所在地	山口県山口市吉敷下東3丁目1番1号 山口県総合保健会館内		
訪問調査日	平成22年 9月27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)】

・利用者本人および家族や環境の全体像を見て、その方に合った生活支援を重視しています。 ・3か月に1度の「きらら喫茶」の開催で、利用者の活躍の場を作り、地域や家族、隣接施設との交流の場を持っています。
--

【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)】

地域の中でその人らしく暮らし続けることを支えるために、地域の喫茶店で開催される「歌の会」に参加して地域の人々と歌を歌って楽しんだり、事業所が家族や利用者の知人、法人施設等の利用者を招いて3ヶ月に1回「きらら喫茶」を開催され、地域との交流を積極的に進めておられます。利用者からゆっくり話を聞くことに努め、利用者の言葉、言動から思いや意向を把握したり、家族等の情報等を基にミーティングを繰り返し利用者一人ひとりに合ったケアに取り組まれています。利用者の支援を充実させる為に介護計画の様式改善にも取り組まれています。

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	
57	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	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんど掴んでいない	64	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	○	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
58	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある	○	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	65	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	○	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
59	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている	○	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	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	○	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
60	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	○	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	職員は、生き生きと働けている	○	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
61	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている	○	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
62	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	○	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	69	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
63	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、安心して暮らせている	○	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

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	新人職員の研修および勉強会で取り入れ、理解と共有に努めている。	「地域の中で、その人らしく」暮らし続ける事を支えていけるように、新人研修や職員のミーティングで取り入れて、理解と共有に努めている。		
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	不十分ではあるが、近隣での買い物、「歌の会」への不定期参加、運営推進会議を通じての交流に努めている。	法人が自治会に加入しており、地元の祭りや公民館の文化祭に参加したり、近隣での買い物や地域の喫茶店で開催される「歌の会」等で地域の人々と楽しく交流している。また、法人主催納涼祭に地域住民と楽しんだり、事業所が3ヶ月に1度開催する「きらら喫茶」に家族や利用者の知人、隣接施設の利用者を招き、利用者はそれぞれの役割をもって生き生きと交流している。		
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	現状では、運営推進会議を通じて発信している。			
4	(3)	○評価の意義の理解と活用 運営者、管理者、職員は、自己評価及び外部評価を実施する意義を理解し、評価を活かして具体的な改善に取り組んでいる。	現場において、理解や周知が不十分であり、今回の評価の実施で取り組みに努めている。	評価の意義を理解できるように説明し、自己評価表をコピーし、各自が記入したものを管理者が中心にまとめ、出来るところから取り組んでいる。		
5	(4)	○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	約3か月に1度の会議で、話し合いを行い、その後、現場での周知に努めている。	自治会長、民生委員、駐在所署員、市職員、利用者、家族等のメンバーで3か月1回開催し、利用者の現状を報告したり、行事計画や事業所の抱えている問題点を検討し、今後の課題の解決に取り組んでいる。		
6	(5)	○市町との連携 市町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	現状では、運営推進会議、地域ケアネットワーク会議を通じて連絡を取っている。	運営推進会議や地域ケアネットワーク会議を通じて連絡をとっている。		

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
7	(6)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	勉強会やミーティングにおいて、理解を深め、ケアに取り組んでいる。	身体拘束等の排除のための取り組みに関するマニュアルを作成しており、取り組みに関する事業所の理念、方針等基本的なことから勉強会やミーティングで理解を深め、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	
8		○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	勉強会やミーティングにおいて、学ぶ機会を持ち、防止に努めている。		
9		○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	勉強会にて学ぶ機会を持ち、必要時には活用できるよう支援している。		
10		○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	契約時、解約時には、管理者より説明・話し合いを行い、理解を得るように努めている。		
11	(7)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等からの相談、苦情の受付体制や処理手続きを定め周知するとともに、意見や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	利用者にはケアの中で、家族等には来所時または電話及び運営推進会議内で意見をうかがい、取り入れるように努めている。	面会時、家族交流会、運営推進会議、電話等で家族からの意見や要望を聞き、運営に反映させている。相談や苦情受付窓口、担当者、外部機関を明示し、苦情処理の手続きを定めている。	
12	(8)	○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回のスタッフ会議、年2回の施設長との個人面接で意見を聞き、反映に努めている。	月1回の施設長と事務長を加えたスタッフ会議や年2回行われる施設長との個人面接で職員一人ひとりの意見を聞く機会があり、意見は運営に反映されている。	
13		○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回の施設長との個人面接で話し合いを持ち、環境整備に努めている。		

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
14	(9)	○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	回数に限りはあるが、出来る限り職員個々に合ったOJT・OFF-JTの実施できる環境づくりに努めている。	職員の経験年数に応じて段階的な外部研修を勤務の一環として受講する機会を提供しており、研修受講者は復命して職員と共有している。法人内研修(新人研修を含む)や事業所内での勉強会に組み込むなど内容の充実に努める等、働きながらトレーニングしていく事を進めている。	
15		○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	地域ネットワーク会議への参加を進めている。		
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
16		○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	利用前の面接、利用初期の段階において、出来る限り本人の言動を大切にし、信頼関係作りに努めている。		
17		○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	入居申込み、契約時において、出来る限り話をきき、その後の面会時も利用し、関係作りに努めている。		
18		○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	見極めは難しいことではあるが、話をきき、支援に取り入れるよう努めている。		
19		○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	個々に合わせ、得意分野を引き出し、対等の関係作りに努めている。		
20		○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	出来る限り意見に耳を傾け、要望を取り入れて、関係作りに努めている。		

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
21	(10)	○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	友人の面会・電話や外出先での対面などに努めているが、途切れてしまうことが多い現状。	積極的に友人の面会、電話等を受け入れたり、買い物に出かけて友人に合ったり、併設の法人施設を利用している知人の所に出かけて行くなど馴染みの人との関係が途切れないよう支援に努めている。	
22		○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	ミーティングで情報を共有し、個々に合わせて、無理なく関わり合いができるよう、努めている。		
23		○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	終了後の住居によって、できるだけ面会や連絡をとるよう、努めている。		
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					
24	(11)	○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	担当職員を中心に、出来るだけ具体的に要望を把握するよう努めている。職員主体とならないよう注意を払っている。	日々の関わりの中での利用者の言葉や行動、家族からの情報を参考にし、思いや意向の把握に努め、それらを日々の介護記録に記録している。ミーティングで情報の共有をし本人本意に検討している。	
25		○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	細かな把握は、大変難しいが、本人および家族等の話をきき、把握に努めている。		
26		○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	出来る限り把握に努めており、職員間の情報共有が課題である。		

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
27	(12)	○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	一同に会しての話し合いの場を設けることが難しく、その都度意見を取り入れる形となっている。	利用者の日常生活の中で把握した思いや意向を介護記録から取り上げ、家族からは面会や電話等で聞き、ミーティングで検討し、それぞれの意見やアイデアを反映し、見直しは3ヶ月、6ヶ月で実施し現状に即した介護計画を作成し共有している。さらに利用者の支援を充実させるために介護計画の様式改善に取り組んでいる。	
28		○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	記録をできるだけ詳細に記入し、共有と実践に努めている。		
29		○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	個々に合わせたサービスとなるよう努めているが、柔軟な支援へは至っていない。		
30		○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	現状では、地域資源の把握が不十分である。		
31	(13)	○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し、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・家族等の希望を重視し、適切な医療を受けられるよう努めている。	利用者や家族の希望するかかりつけ医や協力医療機関、家族と連携を図り、適切な受診や往診が受けられるよう支援をしている。	
32		○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	隣接施設の看護師へも定期的に情報共有を図り、適宜に対応できるよう努めている。		

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
33		○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。	病院関係者と面会時、電話、または情報提供表を用いて、連絡・相談に努めている。		
34	(14)	○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、事業所です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	現在、終末期ケアは実施できていない。	利用開始時から重度化や終末期の対応について事業所の方針を充分説明し、重度化や終末期には、法人内の施設等への利用変更になる事を利用者、家族等と話しあっている。	
35	(15)	○事故防止の取り組みや事故発生時の備え 転倒、誤薬、行方不明等を防ぐため、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組むとともに、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、実践力を身につけている。	救急講習や勉強会の実施、ヒヤリハットを利用しての事故防止の取り組みに努めている。	事故防止マニュアルを作成し、ヒヤリはつと報告書に記録しているが、利用者一人ひとりの状態に応じた事故防止の取り組みには至っていない。また、急変や事故発生時に備えた応急手当や初期対応の定期的訓練の取り組みが不十分である。	・定期的な訓練の実施 ・一人ひとりの事故防止についての検討
36	(16)	○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	避難訓練の実施、勉強会を行っている。地域との協力体制は築けていない。	年3回、法人全体での避難訓練(含む夜間想定)と事業所での避難訓練を年1回実施している。地域との協力体制は出来ていない。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
37	(17)	○一人ひとりの人格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	勉強会やミーティングで理解を深め、日々、注意を払って対応に努めている。	接遇研修を実施し、職員は言葉かけや対応を理解している。言葉かけなどが気になった時には、管理者が指導している。	
38		○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	出来る限り、言葉や対応に留意して働きかけている。		
39		○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	他利用者との関係で難しい場面もあるが、出来る限り希望に沿うよう努めている。		

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
40		○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	お化粧品、服装、白髪染めなど、個々に合わせて支援に努めている。		
41	(18)	○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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	買い物、食事作りを含め、個々のできる力や好みを把握し、共に作業に努めている。	食材の買い物、朝・昼食・週1回の夕食の調理、配膳、後片づけなど利用者のできることを職員と一緒にいき、同じ食事を食べ会話をしながら食事をしている。	
42		○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	献立には、栄養士より一言アドバイスを参考にし、食事量・水分量をチェック、記入し把握と支援に努めている。		
43		○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	毎食には至っていないが、個々に応じた口腔ケアに努めている。必要に応じ協力歯科の受診、指導を受けている。		
44	(19)	○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向けた支援を行っている	個々の力に合わせて、必要に応じた紙パンツの使用、また、出来る限りトイレ使用の支援に努めている。	排泄の失敗やおむつの使用を減らす為、一人ひとりの力や排泄パターン、習慣を活かし、必要に応じた紙パンツの使用や昼間は出来るだけ布パンツでトイレでの排泄の支援に努めている。	
45		○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	原因の把握は出来ていないこともあるが、飲食物の工夫に努めている。現状では不十分ながら、個々に合わせた運動への働きかけに努めている。		

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
46	(20)	○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、個々に応じた入浴の支援をしている	現状では、毎日入浴を実施し、時間帯は決まっているが、その中で希望に沿えるよう努めている。	入浴は毎日可能で、14時～17時の間に、一人ひとりゆつくりと入浴を楽しめるように支援している。風呂嫌いの人にはタイミングをみたり、時間をずらすなど職員が工夫しながら支援している。	
47		○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	生活習慣の把握が難しいが、その時の状況に応じて、本人主体で支援するよう努めている。		
48		○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	処方表を明示し、説明ファイルを作成し、理解に努めているが、すべての確認には至っていない。		
49	(21)	○活躍できる場面づくり、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	出来る限り、個々への支援に努めているが、把握しきれず出来ていない利用者もある。	野菜・花作り、洗濯物干し、たたみ、調理、掃除、習字、縫い物、生け花、テレビ視聴、工作、新聞や雑誌を読む、移動図書の受け入れ、おやつ作り、散歩、歌声喫茶で唱うなど多くの場面作りをし、役割、楽しみごと、気分転換等の支援をしている。また、3ヶ月に1回「きらら喫茶」を開催し利用者それぞれが生き生きと活躍できる場面づくりをしている。	
50	(22)	○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	その日の希望に沿う事が現状ではできていない。外出行事に希望を取り入れることに努めている。	散歩や買い物、季節毎の花見(桜、紫陽花等)や七夕まつり、市外の雛祭りなど戸外にでかけ楽しめるよう支援している。	

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
51		○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	ほぼ職員管理となっているが、家族等の要望も取り入れ、可能な限り、希望どおりに支援している。		
52		○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	能力に応じて支援し、折を見て、促しをするよう努めている。		
53	(23)	○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	天窓の利用や季節を感じられる壁面作りに努めている。音・温度などその都度利用者の声を聞き入れ、工夫している。	天窓のある明るいリビングには畳のスペースもあり、玄関から廊下、居間へと家庭的なたたずまいが続いている。共用の空間は季節を感じられる壁面づくりに努めている。音や温度等は利用者の意向を聞き居心地よく過ごせるような工夫をしている。	
54		○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	畳台座やソファで工夫をしているが、現状では、一人になったり、気の合わない人を避けることは困難である。		
55	(24)	○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、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	出来る限り、馴染みの物を取り入れるよう努めているが、現状では、家族等との相談が不十分である。	入所前に本人や家族とよく話し合い、使い慣れた家具や家族の写真、人形等を飾って、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	
56		○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」や「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	個々の得意なことのできる環境づくりに努めている。共同スペースは安全であるよう注意を払っている。		

2. 目標達成計画

事業所名 グループホームきらの里

作成日：平成 23年 4月 7日

【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	理念の共有と実践へつなげてい点が不十分。	職員全員が理念を共有し、日々のケア、事務の中で、生かしていくことができる。	勉強会、ケース会議時に唱和し、話し合いの中では必ず理念に立ちかえるように努める。	1年間
2	5・6	運営推進会議の開催数が少なく、内容が充実していない。	2ヶ月に1回開催し、会議のメンバーには、会議の意義と重要性を理解していただく。	奇数月に必ず開催し、新年度にあたり会議のメンバーには依頼状を送る。内容についても意見を取り入れる。	1年間
3	35	事故防止の取り組み及び応急手当などの訓練が不十分。	職員全員が応急手当、事故発生時の初期対応を実践できる。 利用者それぞれの事故防止の方法が周知されている。	勉強会での周知徹底、隣接施設の看護師による、講習会の実施。 各利用者ひとりひとりのリスクと事故防止をわかりやすく文章化する。	6ヶ月
4	39	ホームの日課や予定に基づいて日常生活が流されており、ひとりひとりの希望に沿ったその人らしい暮らしができていない。	日課にしばられず、その人のペースを大切にし、希望にそった支援を行うことができる。	行動前に必ず意思確認を行う。その人のペースの1日をそれぞれ表にし、思いを大切に対応できるように努める。	1年間
5	50	敷地内の散歩や買物同行以外の希望にそった日常的な外出ができていない。	家族や地域の方々の協力も得て、その人の望む外出をできるだけ多くできるようにする。	買物や全体行事の外出以外に、それぞれの望む外出をまずは月1回ずつでも取りいれる。	6ヶ月

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。