

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	2372202065		
法人名	真株式会社		
事業所名	グループホームまこと 2 ユニット		
所在地	〒491-0124 一宮市佐千原郷前21番地		
自己評価作成日	平成23年1月5日	評価結果市町村受理日	平成23年3月14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=2372202065&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23年2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)】

地域密着型認知症共同生活施設として 地域との交流を大切にしている。推進会議にご参加いただき情報の交換、参加出来る行事には積極的に参加、又夏祭り・ボランティアによるマンドリン演奏会はいこいの家」をお借りして地元の皆様にも来て頂けるように呼びかけている。子供110番の設置・野菜を持ってきてくださる人もいる。一昨年、7月2ユニットになり、スタッフも増えたので研修にも力を入れている。新スタッフ研修から 県市・施設部会・包括センター主催の研修にも積極的に参加、それぞれのスキルアップを図ると共に、ホームに持ち帰り 他スタッフに伝えている。ご家族の理解・信頼を得ながら、ご利用者・スタッフ共に楽しく過ごす事の出来るホームとして 介護支援をしている。

【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)】

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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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、安心して暮らさせている (参考項目:28)		

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	理念は玄関に掲示しており、新任スタッフ研修テキストにも入っている。「ご利用者が家庭的な環境の下で日常生活の介助を通じて安心と尊厳のある生活を営む事が出来る」ように支援をして理念の理解を深めている。		
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人として日常的に交流している	地域の行事には積極的に参加している。町内会に加入・お宮掃除・敬老会・連区運動会・祭り等。ホームの行事にも参加を呼びかけ、来て頂いている。夏祭り・マンドリン演奏会等。中学校の職場体験の受け入れ・保育所との交流もあり、野菜の持ち込みをしてくださる人もいます。		
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	ご利用者のお宮掃除の参加・地区行事への参加で交流を図り、理解していただいている。推進会議等でホームの行事・日常活動を広報している。回覧板を届けるのもご利用者と一緒に行い顔なじみになってもらうように心がけている。		
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	年6回開催、地域住民・地区包括・市職員・ご家族等色々な立場からの意見・情報を受けてサービスの向上に役立っている。ホームの行事・活動状況・事故ヒヤリハットも報告してより良いホームになるように助言を頂いている。		
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	推進会議に参加していただいている。市高年福祉課・生活福祉課とは連絡を密に取り、介護保険に関する相談・知識を得るようにしている。ホームの現状を伝えながら、より良いサービスが出来るように助言を受けている。		
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	新任スタッフ研修に入れている。スタッフ研修も行い「身体拘束とは」について、何が拘束にあたるか具体的な内容を伝えているが、定期的に研修を繰り返す必要があると思う。鍵は夜間は防犯上施錠、日中は開放を原則としている。		
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	外部研修に参加したスタッフから資料を受け、スタッフ研修に用いている。具体的な防止策を全員で考えていきたい。		

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
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	NPO法人に後見してもらっているご利用者があり、連絡を取り合っている。老々家族、家族・親戚の少ない方もおり、スタッフ側も知識を得ながら 権利擁護の制度の説明と活用を理解してもらうように働きかけていく。		
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	総施設長は入居の際、契約書・重要事項の説明・同意書等の説明を充分に行い、ご利用者やご家族の疑問・質問にきちんと答え、理解・納得してもらうように努力している。		
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	ホーム運営にご利用者やご家族との信頼・連帯は重要と考えている。面会来所の時にはスタッフが現状報告をしたり ケアプラン更新時の説明の時にご家族の要望・質問等聞き取り 施設長・代表者に報告、運営に反映させるようにしている。		
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1回のケア会議で出された意見や提案・希望は各フロアの施設長がまとめ、役員・スタッフ会議の時に提出、協議を行う。今後の運営に反映されるようにしている。毎日の申し送りや、連絡帳も活用、話しやすい雰囲気作りも大切と考えている。		
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	今年8月に就業規則が再検討・作成され、事務室に掲示している。職員が意欲を持って仕事に取り組めるように給与体系・福利厚生充実を図っている。有給・休暇も取れるようになった。		
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	外部研修については希望者や資格修得が必要な職員を推薦、参加してもらう。事業所が認めた研修は勤務扱いとする。修了後は受講者のレベルアップと共に研修で得た知識・技量を他スタッフにも伝達、ホーム全体のレベルアップを図る。		
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	地区の包括支援センターのケアマネ会議、市の施設部会の研修に参加している。近隣のホームとの交流、紹介事業所への挨拶回り等で相互交流を行い、サービスの向上と社会資源の有効活用を考える。		

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
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	入居前にご利用者も含めて面接・相談を行い本人の希望・不安・要望を聞き取る。ご家族の希望も聞いてケアプランに取り入れる。入居後もゆっくりとした雰囲気の中でお話をしながら信頼関係を築くように努める。		
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	入居時にご利用者・ご家族の希望を聞いている。その後も面会に来られた時に困っている事、不安な事、要望等お聞きして対応、信頼関係を築いていく。		
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	ホーム入居を希望されて来所、申し込みをされるが ホームでのサービス内容を説明、希望にそぐわない場合はわかる範囲で他サービスの説明を行う。事前説明やお試し入居をしながら入居可能かを検討し受け入れが難しい場合は他サービスの案内も行う。		
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	共同作業をしながら日常生活を送る事を基本にしている。レク準備・家事補助も積極的にしていただいている。週末の献立作り・掃除・洗濯物干し、たたみ・買い物もスタッフと一緒に行く事がある。今後も利用者主体を心がけて行きたい。		
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	入居説明時から、出来るだけ面会に来て頂き、一緒に外出・外泊してもらうようお願いしている。それぞれの事情もあるが、夏祭り・クリスマス会にはほぼ全員の家族・後見人にご参加いただいている。面会時には居合わせたスタッフが日頃の生活ぶりをお伝えしている		
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	独居で入居された方で帰宅希望があればスタッフが付き添い以前の家に行く事もある。ご近所の方の訪問は歓迎、家族と一緒に来られる事もある。		
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	食堂兼リビングがあり、ほぼ全員のご利用者は日中はそこで過ごされる。それぞれの会話があり、一緒に歌を歌ったり、ボール遊び等のレクを楽しまれる。スタッフも一緒にソファに座り、世間話や昔話をして共同生活を楽しまれるように配慮している。1・2階の交流も多い。		

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	サービスが終了しても訪問や相談があれば応じる。長期入院され退居されてもお見舞いに行ったり、ご家族との関わりを大切にしている。		
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	日頃の様子・会話の中でご利用者一人々の希望・意向をくみ取り、担当者会議・ケアプランに反映している。言葉での訴えの少ない方の思いを実現出来るように日頃の様子を見ながら 外食等に出かける事もある。誕生会等は主役の希望を聞きながら設定する。		
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	入居前の相談面接・アセスメント等でこれまでの生活歴を把握、ご本人・ご家族のお話も伺う。ご本人・ご家族の理解を得て以前利用していたサービス担当者から情報を得る。		
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	入居後は介護記録・バイタル・排便・食事チェックなどに記載、総合的な把握が出来るようにスタッフからの情報を得る。申し送りの個別情報を記録する。		
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	ケアプランは入居時、一ヶ月後、その後は4カ月毎に(変化が大・病院退院時はその都度)見直しをしている。スタッフとのモニタリング・担当者会議で出た意見・ご本人・ご家族の意向も含めた内容になるように努力している。		
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	業務日誌・個別介護記録・職員申し送りノートに記載して 次のスタッフに申し送りするようになっているが時折連絡不備がある。情報の共有・申し送りを確認して実践、モニタリング・ケア会議での意見を反映してケアプランの見直しに役立てている。		
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	支援内容は入居時に説明、入居後に生じたニーズには出来るだけ個々に対応できるようにご本人ご家族・スタッフと話し合いの場を持つ。少人数のGHの特徴を生かして個別サービスを広げていきたいと思っている。(例 通院付き添い・個別外出趣味の補助・買い物・食事内容など)		

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	町内会に加入、地区の行事に参加・社協の車椅子を借りての外出レク・ボランティアの訪問(民謡・フラダンス・蔓編みの講習・お茶の接待) 相撲部屋力士の訪問 等で日常生活に活気をもたらしている。		
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	協力医療機関の担当医に月1回往診に来て頂き健康管理・服薬指導をしてもらっている。ご利用者家族の希望でかかりつけ医に受診されても良い。眼科・耳鼻科・歯科等はそれぞれ個別だか事情があればスタッフが付き添いをしている。		
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	現在ホームには看護職が在職していないので協力提携医師に相談、適切な助言を受け、対応している。スタッフも病状などの知識を得てより良い対応が出来るように努力している。		
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。	ご利用者が入院した場合は情報提供を行う(事前に同意書は頂いている)。入院中の見舞いや相談員と連絡を取り合い、退院時には病院から情報提供を得て、協力提携担当医に送る。緊急の場合は市民病院と協力提携をしている。		
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	入居時にホームの方針を説明、ホームとして医療行為が発生した場合、看取りは行わないが段階的に心身機能が低下していく場合ホームとして出来る範囲での対応となる。最終的には病院搬送をお願いしている。緊急時の対応はマニュアルに沿って進めて行く。日頃から今後の事をお聞きしている。		
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	緊急時の対応・マニュアルの確認はケアカンファレンスで行うが くりかえし行い見直しが必要と思う。今年はスタッフからの希望もあり、防災訓練時に心臓マッサージ・蘇生法・AIDの使い方等の講習を受けた。		
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	毎年防災訓練時期に、個別の避難袋・備蓄品の点検・緊急連絡先等の確認を行っている。食料品・水・排せつ用品の入れ替え・新入居者の準備も確認する。外の倉庫に備蓄している。防災訓練日は地域に周知、協力をお願いしている。状況に応じた(日中・夜間など)マニュアル作りを検討中。		

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	ご利用者の立場で物事を考えるようにスタッフ同士で確認・努力している。トイレ介助や居室入りの声かけなど、「利用者本位」の言葉の具体的な行動を考えて行く。浴室脱衣場・トイレなど羞恥心に配慮した言葉かけ・対応を身につける。		
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	ご利用者の意思決定や希望を重んじ、対応できるようにする。日頃から声かけをして自分で決めたり、訴えが出しやすい環境作り心がける。スタッフに、訴えを受け止めようとする気持ちの余裕が生まれる環境作りも大切な事と思う。		
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	ご利用者のその日の体調・様子を見ながら声かけ・対応する。それぞれのペースに合わせて毎日を過ごしていただきたいが、共同生活のルールもあるのでその兼ね合いをスタッフが調整出来るようにしたい。		
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	ご利用者それぞれが満足できるような身だしなみやおしゃれをしていただく。イベント・外出時には着て行く衣類を自分で選び、お化粧品も多少される。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	配食だが食材を利用してメニューを替える事も事もある。土日は自由なメニューなのでスタッフ・ご利用者と一緒に買い物に行ったりして献立を考える。料理の好きなご利用者も多く、下準備・盛り付けなど手伝って頂く。スタッフも同席して安全に目配りしながら和んだ雰囲気の中で食事をする。むせ気味のご利用者には調理も工夫している		
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	毎日の食事・水分摂取量の記録をしている。夏場・熱発・下痢の時は特に水分摂取に気をつける毎月体重測定を行い 適量摂取の確認をする。配食の食材で栄養バランスを保つ。		
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	口腔ケアは毎食後行っている。ご利用者の状態に合わせて出来ない部分を援助をする。洗浄剤による義歯洗浄はスタッフ管理で週1回行う。口腔内の異常発見時はご家族に連絡、歯科受診をお願いする。今後定期的な口腔検査が出来るような医療協定を考えて行きたい。		

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
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	排泄チェック表を作成 個別に間隔を考えて声かけ・見守り・誘導する。トイレで排泄する事の気持ち良さを感じてもらう。入居後、紙パンツから布パンツに変更になった方も何人かいる。日中はトイレ誘導をして、夜間は尿取りパットを使用しているご利用者もいる。		
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・牛乳の飲用・軽い運動(テレビ体操・歩行等)・食事内容(バナナ・芋、ゴボウ等)で対応。排便チェック表で確認しながら常時便秘が考えられる場合は服薬・ラキソペロンを使用。申し送りを確実に行う。座薬使用もある。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	月～土で入浴される。原則週3回、入浴順はその時のご利用者の予定・体調にあわせる。汚染時や拒否の強い方には声かけを工夫する。入浴中に体調観察・皮膚の状態の観察をする。リラックスして入って頂けるように声かけを工夫する。		
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	ご利用者の意向に合わせて毎日を過ごしていただいている。行事・家族との外出・受診のある時は事前に説明、時間に合わせた支度をしていただく。それぞれの生活リズムを大切にしたい。昼夜逆転されている場合は日中活動的に生活出来るように働きかけ生活リズムを整える。		
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	薬分薬は各フロア一長が責任を持って行う。食後の服薬管理はその都度の責任者が行う。日*時間*名前を確認、飲んでいただく。誤薬には充分注意する。服薬内容が変わった場合は申し送りノートに記載、経過観察を行う。服薬情報は個人ファイルに入れてスタッフに理解してもらう。		
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	入居前のアセスメント・ご家族のお話によりご利用者の趣味・興味・得意な分野の情報を得て生活に活かされるように支援する。ご利用者の生活歴を考え回想療法や日常生活に役立てたい。		
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	気候・天候の良い時はご利用者の体調を考慮しながら外出レク・ランチを楽しんでいる。スタッフの余裕があれば個別に帰宅付き添いや買い物にも出かける。ご家族との外出・外泊は自由にいただいている。		

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	個別にお小遣いとしてご家族から預かっている。個別の買い物、喫茶、おむつ代などに使うが、買い物等はお財布を渡して個人で支払ってもらう。自己管理されているご利用者もいるが職員と確認しながら使うように支援している。		
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	本人から希望があればスタッフがご家族に連絡、直接話をしてもらう。ご家族からの連絡があれば交替してお話をしてもらう。ご利用者に年賀状を書いていただきご家族に出す。		
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	玄関・リビング・廊下にはご利用者と一緒に行った季節の作品や行事・日常生活の写真を掲示している。居室にも個別の写真やご家族の写真を貼り、話題提供の助けになっている。早番が掃除・チェック、遅番がリビングの清掃・消毒を行い清潔で過ごしやすい環境をつくっている。時にはご利用者と一緒に清掃・居室の整頓も行う。		
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	食卓の座席はほぼ決まっている。(必要に応じて席替えもある。)リビングのソファもいつも座る場所があるようだがスタッフも一緒に座りその時々で自由に座っていただくようにしている。時にはソファの配置換えをして場所替えをする時もある。		
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	ホーム取りつけベットとダンスがある。持ち込みは自由なのでそれぞれファンシーケース・椅子・洗濯物干し等を置いている方もある。ご家族が面会時に整理されたり衣類の入れ替えをされる時もある。写真やカレンダーなどを飾り気持ちよく過ごされている。		
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	安全に過ごしていただけるようにバリアフリー仕様で車椅子利用者にも対応している。センサーチャイムを利用してトイレ・玄関の出入りをチェック、安全管理をしている。館内は自由に往来していただいている。ヒヤリハットに気付き、より安全に過ごしていただけるように検討工夫する必要があると思う。		

(別紙4(2))

事業所名 真株式会社

目標達成計画

グループホームまこと 1・2ユニット

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	41	新管理者が決まり体制を整え運営する	スムーズな運営が出来るように組織体制を整え、役割・分担を確認する。	外部からの管理者要請は難しく、現在のスタッフ内で話し合い管理者を決めた。協力体制をつくって役割・分担を確認 より良いホーム運営が出来るように努力する。	2 ヶ月
2	34	口腔ケアの充実・実践	歯科医師と協定を結び、定期診断・相談・助言をいただく。	毎食後の口腔ケアは本人・スタッフ支援で行っているが 義歯の不具合・口内炎等が多い。以前は提携歯科医院があったが 移転後は途絶えたままになっているので、現在 ご利用者が通院治療してもらっている歯科医に相談してみる。	4 ヶ月
3	62	介護スタッフのスキルアップ	介護技術・対処法など認知症入居者に対する対応方法のレベルアップを図る。	社外研修に積極的に参加、社内研修に広げていく。スタッフ間でも気付いたこと・疑問に思うことなど積極的に発言出来るようにしてそれぞれのレベルアップにつないでいく 無資格スタッフのフォロー ヘルパー講習受講助言。介護福祉士等資格習得を奨励、賃金に反映している。	6 ヶ月
4					ヶ月