

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	2371200730		
法人名	有限会社 まると		
事業所名	グループホームまると道徳		
所在地	名古屋市南区観音町1丁目71-33		
自己評価作成日	平成22年11月1日	評価結果市町村受理日	平成23年1月28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=2371200730&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	愛知県名古屋市中区松原町一丁目24番地 COMBi本陣S101号室
訪問調査日	平成21年12月7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)】

利用者の方への個別のケアを基本に毎日の変化に対応できるように申し送り時間に十分に情報交換できるように取り組んでいる。記録は、24時間記録を使用して、1日の変化や状態を把握できるようにしている。問題点はすぐに対応できるようにしている。

【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)】

ホームは、古い民家が密集している地域に建っている、民家改装型のグループホームである。以前の住人が、サラリーマンを対象として建てた下宿部屋を、ホームとして利用しており、大きな玄関と2階に居室が多いことが特徴である。ホーム内は、9人が肩を寄せ合って暮らすには十分な広さであり、利用者同士が会話をしながら食事や洗濯物をたたんでいる様子は、まさに「共同生活をする下宿部屋」そのものである。管理者が作った「支えあう身近な家で普通に暮らす」という理念の下、職員も理念にある思いを理解し、一人ひとりに寄り添ったケアを心掛けている。食事も、職員が交代でメニューを考えることで、利用者に喜んでおいしく食べてもらうにはどうすれば良いかを真剣に考え、利用者もここで暮らしたいという言葉聞くことができ、満足度の高さが確認できた。

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	支え合う身近な家で普通に暮らす、出来ること出来ないことを見極めてという理念を掲げてきたが新たに理念を発展させ良く見て、よく聞いて、よく考えてその人の未来が閉ざされる事がない様に介護を提供する。	職員は、管理者が作った理念を理解しながら、日々のケアにあたっている。管理者としては、何か起きたとき、分からなくなったときには、職員には理念に立ち返ってほしいという思いを持って、日々接している。	
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	町内会に事業者及び利用者も加入して町内会の運営や行事への参加、協賛を行なっている。	ホームとして町内会に入会し、さらに利用者も入会している。利用者も入会しているため、地域の一員として、地域の行事にも参加しやすい。地域住民が高齢化していることで、地域の方とどこまで協力し合えるのか模索している日々である。	
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	支援活動までは至っていないが支援の方法を模索している。		
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	運営推進会議では、事業の内容や環境問題点などを報告し話し合っている。2か月に1回の開催している。	会議の開催頻度を増やし、年5回開催した。会議では、災害対策、重度化の問題、夏の暑さ対策等を議題にあげ、利用者に対する取り組みに活かしていきたいと考えている。	災害時などには、ホームで出来ることと、出来ないことがあると考えられる。今後も、会議を重ねながら、より一層、関係者との協力関係を築く取り組みを続けられたい。
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取り組んでいる	生活保護の方の入居を受け入れており、常時連絡や相談をしている。	利用者のほとんどが、ホームで生活している間に生活保護となったことで、区担当者との定期及び随時の情報交換がなされている。	
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	防犯の為の施錠を行なっているが、自分で開ける事が可能である。身体拘束になる行為の理解に努め意識の向上を行なっている。身体拘束排除の為の研修の機会も持つようにしている。	職員は、身体拘束について、研修等を通じて確認している。やむ得ないときは、家族より同意書を取っているが、実際には身体拘束に至っていない。玄関は施錠しているが、自分で開錠することが可能である。	
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	社内研修で虐待防止法について学ぶ機会を持ち、身体拘束の排除と同様に意識の向上に努めている。		

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
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	日常生活支援事業を活用している。毎月援助員の訪問がある。成年後見制度については取り組んだ実績がある。		
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	事前に説明をする機会を設け、必要に応じて個別に面談を行い、利用者や家族の希望と不安や疑問の解決に努めている。改定等は、運営推進会議等であらかじめ報告し意見を伺えるようにしている。又、決定の際は予め文書で通知している。		
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	ホーム便りや面会の機会などに意見を伺うようにしている。	ホーム便りを2か月に1回発送し、担当者からの個別の手紙も添えている。家族からの相談にも向き合い、行政にも相談しながら、どのような対応が適切であるのかを考えている。	
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	申し送りの時間や業務のなかで意見を聞くようにしている。改善が必要な場合には、すぐに対応するようにしている。	職員は、管理者に対しても言い易い環境にあり、率直に意見や提案を出している。管理者は、それを受け止め、職員のレベルアップにつながるように指導や助言を行っている。	
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	現状の把握に努め職員の希望や生活実態に合うように勤務時間の調整や手当の創設など行なって向上に努めている。又、資格取得の補助等、新たな制度を取り入れている。		
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	研修期間を設定し職員の能力に応じた指導を行うようにしている。又、職員間においてもフォローを促し、互いの能力の向上に努めている。		
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	同業者との交流の機会を設けるように検討する。		

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	入居者の申込みからアセスメントをおこない緊急性のある不安や問題を解決するようにしている。入居時の受け入れプランを持つようにしている。		
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	入居者の申込みからアセスメントをおこない緊急性のある不安や問題を解決するようにしている。入居時の受け入れプランを持つようにしている。		
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	入居者の申込みからアセスメントをおこない緊急性のある不安や問題を解決するようにしている。入居時の受け入れプランを持つようにしている。		
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	理念に基づいて暮らす場づくりを行なっている。		
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	個々の家族の状態を把握して良い関係づくりを行うように支援している。		
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	その方にとってより良い関係であるように支援している。	馴染みのある方へ年賀状を書いて送り、近況を知らせている。さらに、家族が訪問した際には、一緒に買い物や喫茶店に行くこともある。以前利用していた店の方が訪ねてくることもある。	
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	利用者同士の共同生活が円滑にいくように必要な支援を随時行なっている。		

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
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	退所後も連絡をとれるようにしている。年賀状などを送付している。		
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	担当職員をはじめ、様々な視点からご本人の意向がくみ取れるように配慮している。	職員は、就寝前や入浴時等、1対1になる機会をとらえながら、利用者の思いや意向を聞きだすように努めている。このような取り組みで作成したアセスメントは、3か月毎に見直すようにしている。	
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	入居時に家族、本人から伺っている。その後も随意情報収集している。		
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	個人記録を把握している。必要に応じてアセスメントを設定している。		
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	ご本人の意向を元に担当者会議で日頃の意見を収集して計画に反映するようにしている。必要時には、Drに相談している。	担当者が、情報を把握し、会議で提案・検討し、計画作成担当者が作成している。月1回の会議で全員の計画を評価し、3か月で見直している。会議は毎月初旬に全員分が終わるまで、毎日のように開催し、基本全員出席である。	
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	個人記録に気づきや工夫をスタッフが自由に記入できるようにし、申し送りや担当者会議で随時情報を共有し実践できるようにしている。		
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	個別に必要な場合には対応している。		

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	ご近所の方の力をお借りして可能な限り単独で散歩時等で声をかけたり挨拶したりして頂ける環境にしている。		
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	ご本人や家族の了解を得て提携医によって訪問診療を受けている。必要に応じて外来受診を行なっている。	入居時に、ホームでの対応を話したところ、全員がホーム提携医がかかりつけ医である。月2回の往診と訪問看護がありサポートしている。他科受診に関しては家族にお願いするが、職員が同行することも多い。	
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	提携により訪問看護を受けている。日常相談やケアの相談して、必要な医療のアドバイス等を受けている。		
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。	ホームでの状態や生活状況を伝えたり、ホームへの復帰を念頭に治療計画等を踏まえて医療機関への相談をしている。又、家族、本人への要望も伝えるようにしている。		
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	終末期についての話し合いは予測できる段階から随時、利用者の方の状態に合わせてご家族への状態の報告や意向を伺うようにしている。その際に、事業者の介護者が出来る事の理解をして戴くように努めている。	現状、家族も高齢化していることで、家族による支援も困難になっている。重度化した際には、指針を示しているが、看取りを行うことが、本人にとって良いことであるのかどうか、ホームとしてどこまでの対応が適切であるのか模索している段階である。	利用者の希望や家族の対応等、ホームでの生活が長期化すれば、ホームが馴染みの場となっていくこともあり、できる限りの対応ができるよう、今後も検討を続けられたい。
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	初期対応等の教育は業務の中で随時行ない。研修の機会を持つようにしている。		
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	町内会に、ホームの状態を伝え協力体制を依頼している又、消防団へも同様に行なっている。	訓練は年2回、夜間想定での訓練も実施した。地域との協力も密接であり、町内会の方の連絡先を事務所内に掲示し、緊急時に応援をお願いできるようにしている。また、多くの職員が近隣に住んでいるため、緊急時にすぐに駆けつけられる。	夜間1人になることと、ホーム内の通路・階段が狭いことで、避難が容易ではない。車椅子使用の方もいるため、安全に避難できる方法を、今後も研修・訓練を続けられたい。

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	日頃のケアで意識するように、研修や指導を行っている。	日頃の言葉遣いにも注意し、管理者が事務室にいるときに不適切な言葉遣いが聞こえてきたときは、すぐに注意するようにしている。また、個人情報の取り扱いにも十分に注意するように徹底している。	
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	介護職員は、会話の時間をもち日常でのコミュニケーションに重点をおいて業務優先にならない様に心がけるように指導している。相手の同意を得るようにしている。		
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	介護職員は、会話の時間をもち日常でのコミュニケーションに重点をおいて業務優先にならない様に心がけるように指導している。相手の同意を得るようにしている。		
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	その人にとってより良くなるように支援している。必要に応じてアドバイスや買い物に同行している。		
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	出来る事をできる方に出来る量や方法を考慮して援助している。	食材は近所の八百屋で購入し、利用者も同行することもある。前日にメニュー担当者を決め、担当者が利用者に確認しながら、メニューを考え、翌日調理をしている。食事の際は、職員も同じものを食べ、楽しい時間をつくっている。	
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	水分の摂取量を記録している。一日ないし数日のメニューや季節を考慮して日々の献立を立てている。みんなで楽しむ食事を心がけている。		
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	その人に応じた口腔ケアを行なっている。		

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	24時間の記録により排泄時間や量状態を把握するようにしている。	排泄記録をとって、時間をみて声をかけながらトイレ誘導を行っている。以前、パッドを使っていなかった方が、パッドを上手に使うことで、失禁をなくして安心してもらえるように取り組んでいる。	
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	水分総量のチェックや排泄量のチェックを行わない水分の調整及び食事の献立やおやつを工夫したり運動を促してり状態に合わせて工夫している。		
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	本人が入浴を楽しみにされるような支援を心がけている気分の変化に合わせてたり又、気分が変わる援助を行なって自己決定による生活を重視するようにしている。	基本は1日おきであるが、お風呂を毎日準備しているため、柔軟に対応できる。浴槽と浴室は適度な広さがあり、一人で移動しながら入浴できる。職員は、危険がないように見守りながら介助をしている。	
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	不眠原因をなくすようにアセスメントを行ったり、記録を見直しケアの工夫を行なって自己決定による生活を重視するようにしている。		
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	理解して内服支援を行なっている。状態の変化や注意点を申し送り等で確認するようにしている。		
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	その人に合った日々の生活を考慮してケアに実践するようにしている。		
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	希望がかなえられるように支援している。	利用者の希望を確認しながら、近所への散歩の他、職員が見守りながら、近所の花屋に利用者が一人で行けるようにもしている。また、年3回程度、外食、吉本新喜劇、歌舞伎等、みんなで外出する機会もついている。	

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	その状況に応じて行なっている。		
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	出来る方には提案するようにしている。		
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	家庭的な空間で安全を考慮して行なっている。	リビングは、適度な明るさで利用者の寛ぎの場となっている。階段や通路は幅は狭いが、そのことが返って両手をついて歩けるため安全である。利用者は階段を上り下りしている。また、玄関の外には花を栽培し、利用者も世話をしている。	
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	限られたスペースであるが個々が過せるようにしている。		
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	居心地がよく混乱しない様にしている。本人にとって刺激されるものは排除する。	居室には、本人の馴染みの物である神棚、タンス、衣装ケース等を持ち込んでいる。洗濯物を自分でベランダで干す方や、ポータブルトイレを設置し、夜間使用している方もいる。居室内はベッドの他、布団の使用も可能である。	
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	出来る事を行なえるように支援している。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホームまとと道徳

目標達成計画

作成日: 平成 22年 12月 28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	33	重度化、終末期に対して、その都度、家族との話し合いを重ねているが、家族も高齢化等で支援が困難であり、現状では模索している段階である。	①現在の事業所に対応出来る事、出来ない事の見直しを行う。 ②重度化した際の指針を御家族との話し合いの中で共有できる。	①事業所としての方針を職員や担当医等との話し合いの中で固めていく。 ②運営推進会議等で御家族の要望等を取り入れながら、個別にも対応する。	12ヶ月
2	35	①夜間スタッフがひとりである為、災害時の対応が難しい。 ②車椅子の方の避難経路がとりにくい。	①夜間の対応の強化。 ②車椅子の避難がスムーズに行える。	①地域の方(町内会、消防団)にもご協力して頂ける様、引き続きお願いし、夜間の対応マニュアルの見直しを行う。 ②避難経路の見直し確認を職員全員で行う。	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月