

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	2372100390		
法人名	社会福祉法人 瑞穂会		
事業所名	グループホーム「かみさの家」ユニット名「萌」		
所在地	愛知県岡崎市上佐々木町字大官43番地		
自己評価作成日	平成22年11月20日	評価結果市町村受理日	平成23年1月11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=2372101390&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22年12月6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)】

理念である「ゆつくり楽しく普通の生活を」念頭に、利用者・職員が笑顔で一緒に暮せる家でありたいと思っている。利用者本人の想いをうけとめることを重点におき、つぶやきを書きとめる事で、職員の意識向上と日々のケアにつなげている。昼間は畑、庭への行き来が出来る環境にあり、見守りケアの中で生活歴が活かされた生活をされている。

【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)】

ホーム施設長は、基本理念に掲げてある「ゆつくり、楽しく、普通の生活を」の中の「を」に込められた思いを強調しながら、私たち職員が援助していきましょう、とを業務の中で全職員に伝え、思いを共有している。ホーム内は、職員から出された案の、手すりやスロープも職員の手作りで設置されるなど、管理者の職員との関係もあたたかい。職員は、利用者の思いや希望を尊重し、日々の生活の中での「つぶやき」を書き留めてノートを作成し、介護計画に活かしている。さらに、職員と利用者が、一緒に流し台に立ち、食事作り、配膳、下膳、洗い物等、その人の出来ることに参加してもらい、利用者の本位の生活を指している。また、運営推進会議の名称を「ふれあい会議」とし、小・中学生の福祉体験や「布草履教室」を開催し多くの参加を得るなど、地域住民等の交流も積極的である。

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	ユニット会議に於いて、確認する機会を設けている。	職員全員が「ゆっくり楽しく普通の生活を」を合い言葉に、朝の申し送り時・各ユニット会議で確認し、日々の介護で実行している。地域委員会を作り、利用者が「地域の中で」、「普通に」生活できるように、職員は活動の輪を広げている。	
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	地域清掃への参加、地域行事への参加、食材・日用品の買い物、又、布草履作りを開催し、近隣の方をお誘いしている。地域の安全パトロール巡回しながら散歩に出ている。	町内会に加入され、年4回の「ふれあい新聞」を発行したり、地域の作品展に参加するなど、地域のつながりを大切にしている。小中学生の体験学習の受け入れや、ホーム主催の抹茶会を開催して、地域交流を深めている。	
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	法人発行のふれあい新聞にて、認知症についての特集を年間で組んでいる。		
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	ホームの現状報告は毎回行い意見交換している認知症の方が地域で買い物できるようにと取組始めている。	運営推進会議は年6回開催している。市職員・地域包括支援センター職員も出席している。家族から、地域のスーパーで利用者自身が買い物の支払いがしたいという提案があり、現在お店にアンケートを依頼している。	認知症の方が、店で買い物をして、本人が気兼ねなくレジで支払いができるように、店側にも協力をお願いしている。今後も継続して、認知症ケアへの理解を深めていただけるような活動に期待したい。
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に取り組んでいる	担当者とは主に施設長が連絡をとっている。市の介護相談員の訪問時には情報の交換をしている。	施設長は、市主催のボランティア部会に企画している。小・中学校へ福祉教育の講師をしたり、GH部会に2か月に1回出席している。また、介護相談員の実習をホームで開催している。	
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	入所時家族の不安が大きく、帰宅願望の強い方に対し10cmロックを使用していたが、カンファレンス実施の結果、外す。スピーチロックには常に意識するよう会議に取り上げている。	日中玄関は開放しており、戸の開閉時に音がする工夫をして職員が見守っている。身体拘束について、ユニット会議や研修会で職員は話し合い共有している。管理者は、職員が「ちょっと待って」を使う時には語尾の言い方を指導している。	
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ごされることがないよう注意を払い、防止に努めている	会議にて勉強会を行い知識を共有している。又、外部研修においても学ぶ機会を設けている。		

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
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	利用している方が見える為、ユニット会議にて勉強会を開催し、知識を共有している。		
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	施設長が中心となり、変更箇所は随時説明を行い理解を得られている。		
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	家族会に於いて、意見や要望を確認する時間を設けるとともに、運営推進会議への家族の参加。ホーム内に意見箱の設置をしている。	家族会は、年4回開催している。意見が出しやすいように、家族だけで話し合う時間を設けている。家族側より寝たきりの心配出された際には、「24時間シート」を提示して説明され、理解して頂くなど、意見や要望を運営に活かしている。	
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	施設長との随時の個人面談や、ユニット会議、正職会議にて話し合う時間を設けている。	職員会議(月1回)・申し送り・休憩時などで、ホームリーダーが意見・要望・悩みなどを聞く機会を作り、職員が働きやすい工夫をしている。施設長は、年1回5連休を順番に取れる配慮をしている。	
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	施設長は年1回の職員面談を実施し、健康状態・スキルアップにつながる目標設定を確認している。		
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	法人で年度採用毎の勉強会を実施している。外部研修はテーマに合わせて人選し参加している。職員全員がユニット会議に参加している。		
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	外部研修に於いて同地域ブロック内でのディスカッション等で意見交換している。		

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	サービス提供前に、短時間づつ数度見学や、体験生活を実施してもらい、不安軽減と生活に対する要望を確認している。		
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	十分話を聞いた上で、サービス提供に対し意向の確認を行っている。		
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	アセスメント+インテークを行いプラン作成に繋げている。		
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	個々に何が出来るかを把握し、持っている能力を生かせる様にしていく。又、生活に関する知恵など教えてもらい一緒に行動できるようにしている。		
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	面会時間は定めずいつでも来所出来るようにしている。家族介護の日もあり、本人の状態を共有できるようにしている。		
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	馴染みの場所への外出や知り合いとの関係作りを継続している。	ホームの敷地にミニ地蔵があり、花の水替え・お参りを日課とする利用者が多い。毎月お墓参りや和菓子を買いに職員と行ったりや家族と紅葉を見に行く人もいる。ホームへ食材を届ける地元業者の人と馴染みの人もいる。	
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	食事やお茶、休憩時間に一緒に過ごすことで他者との媒介となり、利用者同士の関係作りを支援している。		

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
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	電話での相談に対応している。		
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	利用者のつぶやきをメモに取りプランへの反映と日々の記録にて把握に努めている。	センター方式の一部を活用したり、利用者の日常会話などから思いを聴き出して「つぶやきノート」に記録して介護計画に繋げている。一人ひとりの意向を大事にするために、食事時間、居室、散歩中など、普段の生活から把握するように職員全員が努力している。	
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	事前情報用紙を基に本人や家族の意向を確認し、ホームでの環境設定や生活習慣の確立に努めている。		
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	定期的、又、状態変化時にできることチェックを行い全体像の把握をしている。		
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	日々の生活の中で変化を見落とすことなく家族と共有している。カンファレンス時には、本人・家族にも参加して頂き、ケアを検討した上でプランを作成している。	入居時、初期のケアプランを作り、1か月様子を見て、職員とのカンファレンスを取り入れて、本人本位のプランを改めて作成している。定期的に3か月に1回のほか、急変時にはその都度見直しをしている。	
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	介護記録に「誰が」言った・行った・利用者のつぶやきを記載し、共有とケアの統一を図っている。その記録を月間評価やカンファレンスにて見直しに繋げている。		
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	遠方の家族や親類・友人に対し希望に添って、宿泊も対応できるようにしている。		

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
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	地域での催し物の情報を集め利用者の参加を勧めている。日々の買い物も行き慣れた場所を活用している。		
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	施設にて受診を行っており、結果は必ず連絡し意見交換している。また必要に応じて家族にも同行して頂いており、主治医からの説明をうけている。	入居後は、ホームの提携医に変更する人が多いが、今までのかかりつけ医の受診支援も職員が通院支援している。常勤看護師と24時間電話対応が出来ることで、緊急時の指示が受けられる。	
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	申し送り時や必要時には相談し、指示を受けている。		
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。	入院先の病院スタッフとの情報交換に努めている。医師から家族への説明時には同席させてもらっている。		
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	説明と家族より同意書を頂いている。	契約時に家族に説明して同意書をもらっている。状態が悪化した都度、家族と相談しながら職員も共有してケアにあたっている。本人・家族の希望で、今年酸素ボンベ使用の方のターミナルケアを行った実績がある。	利用者・家族は、できればこのホームで、との希望もあるが、どの段階まで、という線引きに苦慮している。関係者で話し合いながら、方針を確認し、利用者・家族の思いに応えられることを期待したい。
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	緊急時の対応マニュアルの見直しと、救急蘇生の講習を受けている。		
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	災害時の対応マニュアルの見直しと、地域の災害訓練に参加。	避難訓練は、各ユニット別で昼間・夜間想定して利用者も参加して実施した。地域の人に協力を依頼したり、母体の特養が隣接しており、協力体制が得られる状況である。備蓄品チェックリストで、水・乾パン・オムツなど備えて、定期的にチェックしている。	

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
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	排泄で汚染した衣類を目立たない様に、専用の袋の中に入れ、他者の目に触れない様に配慮している。個人情報の勉強会に参加し、ユニット会議にて意識の共有をしている。	トイレの声かけには、タイミングをみて、大きな声で言わないように、さり気なく誘導している。居室に入る時は必ず声を掛けている。利用者の維持能力を尊重しており、出来ることは本人にやってもらうことを徹底している。	
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	外出等の希望時には計画を一緒に立て実施している。		
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	個々の適した生活内容を選択してもらい、本人のペースで行ってもらっている。		
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	化粧品購入や好みの衣類、訪問美容によるカットやカラーを本人の意向に添って実施している。		
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	食材の購入や準備から片付けまで一緒に行っている。	食材の基本的な物は、食材業者の配達であるが、職員と利用者は週2~3回は買い物に行っている。食事作りから盛り付け・配膳・下膳・食器洗い・片づけまで、全て利用者が行っている。一人ひとりのペースでゆっくり食事を摂り、職員は利用者のできないところを見守り支援している。	
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	食事の刻みや誤嚥防止のトロミを付けて提供している。又、活動後の水分補給や、朝食にパンまたは御飯の選択ができるようにしている。		
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	1日1回は必ず声掛けを実施し、又、訪問歯科と歯科受診を行っている。		

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	排泄用品を自身で交換できるようトイレ内の環境設定や後処理の見守りと必要時に介入支援をしている。	排泄チェック表・パターンを把握して、トイレ誘導することで、排泄の自立を目指している。紙パンツ使用は1人で、布パンツの人がほとんどである。夜もパットのみでオムツの人はいない現状である。	
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	朝食時にアロエ原液を水分に含み、バナナを献立に取り入れ、体操を毎朝行い身体を動かす時間を設けている。必要な方には下剤を使用している。		
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	拒否のある方にもコミュニケーションを図りながら、入浴に向けての雰囲気を作っている。	入浴は1日おきであるが、毎日入浴する方もいる。時間帯は午後で夕食後に入る方もいる。その人が入浴したい時間を入浴の楽しみとして尊重している。入浴を嫌がる人には、声かけの人を変えたり、朝から気分良くし、入浴する気持ちにつなげたりしている。	
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	休息と活動の時間を確保し、季節に応じてエアコンや湯たんぽ、足浴にて入眠を促せるようにしている。		
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	個々の薬袋に服薬チェック表、処方箋を添付し確認出来るようにしている。症状の変化については随時、申し送りを行い指示を受けている。		
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	嗜好面でお酒の提供や、料理作り、布草履作り、庭での花の手入れなどを行っている。又、洗濯干しや、ゴミ捨てなど進んで行ってもらえる項目を役割分担している。		
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	日々の地藏参りや散歩、ご家族との外出や外泊、一泊旅行や誕生日外出を実施している。	天候に関係なく毎日散歩をしている。敷地内にある地藏参りには、1日に何回も行く方もいる。買い物へ行ったり、喫茶店へ全員が交代で頻繁に行っている。誕生日には個人の希望に沿って、外食(バイキング・しゃぶしゃぶ店など)など支援している。	

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
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	希望者は所持し、買い物時に使用している。		
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	希望者は電話を自由に使用できるようにしている。又、年賀状など季節の便りを出している。		
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	庭や畑で作った季節の花を飾ったり、季節ごとの利用者の方々の絵画や作品を飾ったりしている。	吹き抜けの日当たりの良いリビングには、床暖房・畳の間には掘りごたつがあり、ソファが置かれて利用者がくつろげる工夫がされている。利用者が作ったパッチワーク・柿の木・フェルト布で作った日めくりカレンダーが飾られて、温かい印象を受ける。各所に活け花を活ける方もいる。	
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	室内外にソファを設置し一人になれたり、数人で思い思いに過ごせるように環境設定をしている。		
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	仏壇を置いたり、庭に花壇、琴、絵画セットなど趣味に活かせるものや、使い慣れた家具を設置している。	居室には、クローゼット・エアコン・電灯・洗面台が備え付けられ、仏壇・整理タンス・机・椅子・のれんなど、使い慣れた物を持ち込まれ、思い思いに過ごされている。また、花好きな方の窓側には、花壇を作り、花が見られるように工夫している。	
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	和室に上がる為のステップやトイレの表示、手すりの設置や浴室(着脱用)の椅子の改修を実施。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホームかみさの家

目標達成計画

作成日: 平成 22年 11月 23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	66	職員は、活き活きと働いている。取り組みの成果職員の1/3。	職員間の意思の疎通がスムーズに行く。	4月から定期的に勉強会を設け、言える関係と言われる関係の間に生じる職員感情を+に転じることが出来るようにした。10月には効果測定をし今自分の職場感情を確認することとした。	7ヶ月
2		利用者・家族のつぶやきをケアに取り入れるには。	ケアプランに反映させるには、アセスメントシートの見直しと活用。	正規職員会議に盛り込み検討を重ね、8月には新しい方法で実施している。3月にはまた見直しの為に会議に入れる。	5ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月