

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	2190400024		
法人名	メディカル・ケア・サービス東海株式会社		
事業所名	愛の家グループホーム長間		
所在地	岐阜県羽島市中上町長間1617		
自己評価作成日	平成24年 8月27日	評価結果市町村受理日	平成25年 1月10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.kaijokensaku.jp/21/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kanji=true&JigyosyoCd=2190400024-00&PrefCd=21&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 中部社会福祉第三者評価センター		
所在地	岐阜県関市市市賀大知洞566-1		
訪問調査日	平成24年 9月14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)】

「ご利用者様がご自分の家として普通に生活していただける場所」それを目標と考えております。そのため、ご利用者様に笑顔だけでなく、喜怒哀楽を持って生活していただける環境をつくりだすようご利用者様の希望に応えることだけを善しとせず、介護者としてその希望の先を常に考えるように心がけています。また職員は常に心の余裕を持ち、笑顔の介護を忘れないなど、明るいホーム作りに努めています。

【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)】

管理者交代に伴い、今年度の目標を設定している。職員から意見を聞き、管理者がその思いを集約したものである。会議の際には具体的な話し合いを行い、職員の意見を反映させたホーム運営を目指している。
地域との付き合いは定着しており、お祭りへの参加やイベント前の近隣あいさつなど、良好なご近所付き合いがある。
利用者の思いや意向を職員がつかんでいるものの、記録やアセスメントに反映できていないのが残念である。記録方法の統一や、アセスメント様式の再検討など職員間で話し合う取り組みも今後の課題といえる。今後の活躍を心から期待したい。

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、生き活きと働いている (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している (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	MCS全体の理念を基に、ホームとしての理念を常に意識したホーム運営を管理者職員ともに、常に実施しています。	管理者交代に伴い、「喜怒哀楽のある普通の生活を安心して送っていただく」を目標としたホーム運営が動き始めている。ホーム会議の場で話し合う機会がある。	
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	行事の際は地域の方にも参加して頂いています。また近所の方が自分で作られた野菜をプレゼントしてくださることもよくあります。	ホーム便りを回覧板で広報しており、ホームの近況を地域に発信している。法事や正月には、ホームの駐車場を近所の方に貸し出すなど、自然な形で近所づきあいができている。	
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	運営推進会議や避難訓練などを通じ、認知症の理解をして頂いております。また近隣の中学校の社会見学等でも同様の効果をいただいております。		
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	外部の方々からの評価は、普段気づきにくい改善点を発見するありがたい機会だと理解しています。	運営推進会議を行事の前などに設定し、参加者を増やそうと努力している。参加者からは、前向きな助言や情報提供がある。	
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取り組んでいる	かならず毎月お話をする機会を持っています。ホームの現状をお話し、様々な意見をいただいております。	市から研修案内があれば、職員に広報して参加を募っている。複数のグループホーム事業所との交流会があり、他の事業所と情報交換する機会がある。	
6	(5)	○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	「身体拘束はあってならないもの」という意識を職員に徹底しています。定期的にカンファレンスを行い、言葉や薬による拘束にも十分は思慮しております。	居室に閉じこもりがちの利用者がいる。ホームのケア内容を家族が納得しているものの、職員の支援方法に偏りがある。	
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	定期的にカンファレンスを行っています。またMCS全事業所での事例を共有し、虐待の防止に努めています。		

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
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	ホーム単体だけでなく、近隣の事業所が集まり合同研修を行っています。		
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	説明のみで終わらず、ホームで生活されるご利用者様にもご家族の支援が重要であることをお伝えしています。		
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	年一度のアンケートが実施され、改善すべき箇所には早急に対応しております。	会社独自のアンケートでは、服の汚れなどの指摘があった。それを受け、汚れたらその都度着替えることを徹底して取り組んでいる。家族からのアンケート結果は少しずつ向上している。	
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	月一回のミーティングだけでなく、SSSとして、無記名方式のアンケートを行い、運営に反映しております。	月のミーティングの他に、直接管理者に意見を述べる機会がある。「個別の支援をしていきたい」と職員から声が上がっている。	管理者には、職員からの意見を吸い上げて、運営に活かす工夫がほしい。管理者のリーダーシップ力の発揮を期待したい。
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	努めております。自分の目標を持ち、それに対する指導も行っています。また正当な評価システムもあり、給与等にも反映されております。		
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	ホーム内の研修だけでなく、社内近隣ホームとの合同研修を実施。社外研修にも参加しております。		
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	市内での複数事業者研修が開催されており、同業者との交流を進めております。		

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
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	ご本人のお話から何を求められているかを汲み取り、安心できる関係作りをしております。		
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	入居を検討された経緯を伺い、事業所として出来る事をお伝えし、併にご利用者様を支えていただけるような関係を作っています。		
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	事業所として対応出来るかどうかを見極め、状況によっては他のサービスの紹介も行っています。		
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	日常生活の一部として、日々の職務のお手伝いをお願いしています。		
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	築いています。ご家族さまが参加できる行事などを企画、またホームに来られた際は、家族としてゆったり過ごしていただけるよう配慮しています。		
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	会話の中から馴染みのあるの場所を知ったり、旧知の方が遊びに来てくださることもあります。	以前入所していた施設の施設長が定期的に来訪しており、交流が継続している。馴染みの関係性についての事例は減少しつつあるものの、現状の関係を大切にしている。	
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	可能な限り、ご利用者様同士が関係できる環境を作っております。		

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
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	退居された方に対しては他のサービス、施設の情報をお伝えしております。また近況のお伺いをしております。		
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	生活の中で「選択をする」場面を作るように心がけております。意思疎通が難しい方でも、行動表情から汲み取るように努めています。	野球を見たい、実家に帰りたいなど、意向を把握している。職員個々に意向を把握しており、ホーム内で共有する仕組みが構築されていない。	日々の支援の中でつかんだ利用者の思いや意向を、職員の記憶の中だけに埋もれさせることのないよう、情報を共有する仕組みづくりに期待したい。
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	ご本人ご家族や関係機関また機会があれば地域の方からも情報も伺い把握に努めています。		
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	状況に合わせ、身体に負担のかからないように生活していただいております。また定期的なアセスメントを行い、出来る事、支援すべきことを明確にしております。		
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	作成しています。身体の変化はもちろん、ご本人の行動、言動などご家族、医師などと共有相談した上で計画作成しております。	日々の記録などを活用して、計画作成者が介護計画を作成している。記録書式が多く、現在活用していないものも散見され、長大・複雑である。	記録をさらに具体的に記入すれば、介護計画立案時の情報にもつながるであろう。今後の検討を期待したい。
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	介護記録ケア日報を記入し、職員間で情報共有を行っています。また緊急事項は申し送りノート等を使用し、対応が遅れないようにしております。		
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	新たな発見、また情報があつた際は、それを取り込んだサービスに努めております。		

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
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	努めております。出来る限り外出支援に取り組み、地域のひとつひとつとの交流をもっていたくようにしております。		
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	入居前に関係があった医療機関がある場合は、状況に応じて使用いたします。またご家族様に依頼する場合があります。	緊急時には、かかりつけ医に電話で相談して対応方法について指示を受けている。法人の巡回看護師が家族へ受診の内容を報告している。また、毎月の便りでも報告しており、家族からの信頼は厚い。	
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	看護師には随時連絡し、情報を伝える体制が出来ています。		
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。	週一度は面会に伺い、状態の把握に努めています。また入退院時の情報共有を行い、退院後に適切なケアが出来るようにしております。		
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	ご家族様、主治医、看護師と早い段階で話し合いを行い、事業所で出来る事を明確にした上で対応を決定しております。	入居の際に利用者・家族からの意向を聞き、個々に重度化や終末期に関する方針を定めている。ホームでの可能な対応について家族と話し合い、協力を得ている。	
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	緊急事項発生時の対応マニュアルを設置し、定期的な訓練、研修を行っています。		
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	年二回の避難訓練を実施。一度は夜間向けの訓練も行っています。また消防からの助言もいただいています。	裏口の段差が高いため、災害時の避難が難しいことから、スロープ整備について検討している。また、災害時の備蓄の準備をしている。	消防・行政から情報を収集して、ホームが地域の社会資源として還元できる取り組みを見つけることも課題といえる。

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
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	利用者様以前に、目上の方のいう意識を持ちケアを行い、プライドを傷つけないようにしております。	居室で静かに過ごしたい時には、本人の時間を大切に支援をしている。職員によって、声かけや対応方法にばらつきがある。	
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	日常生活で選択をする場面を意識して作り出しています。		
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	「仕事の手順、時間」を最優先したケアをしないよう普段より注意しております。		
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	着衣の選択はご本人にさせていただいています。ご自分で選べない方には「これでいいですか？」の確認をしています。		
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	刃物を使われる方はいらっしゃいませんが、たまねぎの皮むき、食事後のお盆拭きなど、出来る事を手伝っていただきます。	調理は調理専門の職員が主に調理している。利用者が、直接調理に関わる機会は少ない。小遣いを使って、好みのお菓子を購入する機会を設けている。	
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	支援しています。利用者様に応じた食事や水分提供のカチで提供しております。		
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	毎食後、しっかりとやっております。またご本人だけでは難しい場合は職員がお手伝いしております。またケアマネが歯科衛生士のため、適時確認しています。		

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
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	排泄パターンを記録し、危険の無い限りご本人の力で行っていただきます。介助が必要な場合も最低限のケアで行います。	夜間帯は呼び鈴を使い、安全な排泄介助に努めている。排泄パターンを記録して、個々に応じた支援に取り組んでいる。しかし、書き溜めた記録の分析や検討は実施しておらず、記録の有効利用には至っていない。	
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	ラジオ体操や手作りヨーグルトの摂取、十分な水分補給を行い予防に取り組んでいます。また排泄パターンを把握し、早めの服薬コントロールを行っています。		
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	入浴日の指定はせず、ご本人の希望を優先しています。何かの理由でただし入浴から時間が経った方がいた場合は優先しております。	同時に数名入浴できる広い浴室がある。毎日入浴の準備をしており、利用者が平均して入浴できるように支援している。拒否がある場合には無理強いせず、次の日に変更するなど、柔軟な対応がある。	
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	支援しています。リビングや居室へ、ご本人の状況や要望にあわせて対応いたします。車椅子の方には徐圧のためにも適時休んでいただきます。		
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	職員が常に薬について確認できるよう処方箋をリビングに設置してあります。薬の変更に対しては早急に全員に申し送りがされます。		
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	毎日の役割をお願いしています。お盆拭きやモップがけをやっていただいています。またおやつ等の希望がある方にはお好みのものを提供しています。		
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	重度化が進み、全員揃っての外出が難しくなっていますが、散歩や花の水遣り、また個々での外出等、出来るだけ対応しております。	気候が良い時には、外出可能な希望者を誘って、散歩や買い物などに出掛けている。個別の外出意向を把握しているものの、具体的な支援には至っていない。	

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
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	現金はホームで管理しております。そのため外出の際か、近隣のコンビニ、駐車場の自動販売機等で支払いの機会を作っています。		
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	支援しています。電話はいつでも使用していただけます。手紙については、ご利用者様がかかれたものをご家族様にお渡しするなどの対応をしています。		
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	共有空間にはその時の飾り付けを行い、季節を意識していただけるようにしています。また陽光を積極的に使い、時間等を感覚的に判断出来るようにしています。	共有のスペースである食堂は、きれいに整えられている。テーブルに花を飾り、季節感を出している。庭で出来たカボチャをリビングに飾り、存在感を出していた。	
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	車椅子の通行等からあまりスペースが無く、リビングでは自席に座られることが多くなっています。玄関のベンチなどを活用しています。		
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	馴染みの物品はあまり無く、ご利用者様はゆったりとした居室で過ごされています。要望があわせ、対応していきます。	馴染みの物を持ち込んでいる利用者は少ないものの、テレビやラジカセなどを置いて楽しんでいる利用者がいる。	
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	居室、トイレ、風呂など判りやすく案内しており、今のところ誤解される方はいらっしゃいません。が今後はカラーやシンボルマーク、廊下の導線等を作成していきたいと思っています。		

(別紙4(2))

事業所名 愛の家グループホーム長間

目標達成計画

作成日: 平成 25年 1月 8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	11	管理者が職員の意見を吸い上げ、運営に活かすことが出来ていない。リーダーシップ不足。	管理が具体的且つ誰にでも説明できる目的を持ち、それを実現すべく職員が一体になる。	月1度のミーティングのみならず、日常の中でのスタッフの意見を聞き逃さない為に、スタッフ⇄管理者間で使用する意見ノートを設置する。	3ヶ月
2	26	個人記録が多書式にわたり同じ内容を記録している。その為内容が薄くなり、実際にケアプランに役立つ情報が記入できていない。	個人記録を見るだけで、全ての情報が伝わる記入方法を確立する。またそれがケアプランに反映される。	3つの記録を簡略化し、ひとつに集中させる。その分、利用者の言動や行動・表情を書き込む・記録をする。	2ヶ月
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。