

### 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	2375900244		
法人名	社会福祉法人 幡豆福祉会		
事業所名	グループホーム しはと		
所在地	愛知県西尾市西幡豆町池下66番地1		
自己評価作成日	平成24年11月 1日	評価結果市町村受理日	平成25年 3月26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	<a href="http://www.kaijokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2012_022_kani=true&amp;JiyosvoCd=2375900244-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2012_022_kani=true&amp;JiyosvoCd=2375900244-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
所在地	愛知県名古屋市長区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成24年11月20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)】

三河湾にも近く、食堂から梶島が眺める事ができます。ホームの周りには小学校、保育園、Aコープ、弘法山などがあります。小学校・保育園の行事に参加したり、買い物や散歩等に気軽に出掛けられるような住みやすい環境です。入居者、家族、地域の方、職員がそれぞれ助け合い、支え合いながら、1日1日を大切に暮らしています。「認知症になっても安心して暮らせる町」を目標に今年度は2回地元の小学校での認知症サポーター養成講座を計画しています。

【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)】

これまで完成度の高い支援を展開してきたホームであるが、利用者の高齢化や要介護度の進行等によって、理念に基づいた思い通りの支援ができなくなってきている。加えて、職員の傷病による離職や休暇が増加し、充実した支援の継続に影響が出始めている。  
しかし、地域との交流には積極的に取り組んでおり、地域の小学生を対象とした「認知症サポーター養成講座」を年間2回実施している。保育園との交流も恒例となり、ほぼ月に1回のペースで訪問している。また、短期間ではあるが、地元の中学生在が「福祉体験学習」のボランティアとしてやってくる。  
人道主義と環境保全への取り組みである「エコキャップ活動」にも継続して取り組んでおり、社会的な貢献意識も高い。

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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	年度初めに勉強会の機会を作り、理念の周知・実践に向けた取り組みについて話し合いをしている	管理者と職員とが、「理念」に基づく介護の実践について話し合う機会を作っている。職員の傷病によって勤務シフトが苦しくなっており、態勢を立て直すためにも、「理念」への立ち返りが必要となっている。	
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	地域の組費を支払い、回覧板にて各行事や情報を得ている。近所の保育園・小学校・中学校と交流をしている	管理者が、地域の小学生を対象とした「認知症サポーター養成講座」の講師を引き受けている。毎月のように近くの保育園との交流があり、中学生の福祉体験実習の受入れも恒例となっている。	
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	夏休みのボランティア・福祉体験・職場体験で地元の中学生に認知症の理解や支援方法等を伝えている		
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	毎回グループホームの活動報告を行い、参加者の方から意見やアドバイスを求めている	毎奇数月に運営推進会議を実施しており、ホームからの業務報告に引き続き、課題についての意見交換を行っている。メンバーが固定されていることもあり、会の硬直化が懸念される。	ホーム運営の充実を図るためにも、新たなメンバーを加えて会を活性化させる必要がある。
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に取り組んでいる	推進会議の中で活動報告を行い、市役所の方からアドバイスや助言を頂く 今年度は2回市の職員と認知症サポーター養成講座を計画している	市町村合併によって行政単位が大きくなり、新たな関係作りを行っている。市と協力して、小学生対象の「認知症サポーター養成講座」を開いており、市の担当者とは緊密な連携をとっている。	
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	年に1回身体拘束についての話し合いを実施している 玄関の施錠は、日中解放している	玄関には、人の出入りに感知するチャイムセンサーが設置してあり、日中は玄関の鍵は掛けられていない。	
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	年に1回高齢者虐待防止関連法について話し合いを実施している 月に1回相談員(2名)が入居者の話を聞いている		

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
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	今後、学ぶ機会を計画中である		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	面接の時は自宅まで足を運び、出来るだけ時間をかけて話を聞くようにしている 契約時に改めて細かな説明を行う		
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	玄関に意見箱を設置 面会時に入居者の状況を説明し、家族の方とコミュニケーションを図りながら意見・要望を聞き出す様に働きかけている	年度初めに家族会を開き、ほとんどの家族が参加する。利用者の誕生日会には、該当する家族にも参加してもらい、共に長寿を祝っている。便りは、ホーム全体版と個人版とがあり、必要事項をくまなく伝えている。	
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	個々で話を聞く機会を設け、全体ミーティングで話し合いを実施している	定例会議以外にも、管理者と職員との個別の面談があり、職員の意見や要望は管理者に伝わっている。管理者から職員へは、「介護技術向上のための研修」を課題として与えている。	
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	実施出来ていない		
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	法人内研修を実施		
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	管理者のみ機会はあるが、介護員の交流の場が作れていない		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	センター方式にてアセスメントを行い、家族と協力しながらケアプランに生かしている		
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	入居前に家族から聞き出す様にしている 入居後も面会時等に話を聞いている		
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	同法人の特別養護老人ホームへの入居申し込みを一緒に行っている		
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	食事は一緒にテーブルで食べ、話がある時には手を止めてゆっくりと話を聞くように心掛けている		
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	面会時ゆっくりと過ごして頂くような声掛けを行っている その都度家族と協力しながら実施している		
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	全員ではないが一部の方は、趣味の教室に継続して参加出来るようにしている	趣味や稽古事など、これまで慣れ親しんできたことの継続を支援している。絵画教室へ通いたい女性利用者を支援したり、自宅に戻ってから友人とカラオケ教室に通う男性利用者を支援したりしている。	
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	職員が間に入り、入居者同士の会話が増えるようにしたり、外出等して気分転換を図っている		

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	同法人の特別養護老人ホームへ移動した時は、介護方法のアドバイスをし、時々様子を見に行くようにしている		
<b>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</b>					
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	日々の会話の中から要望を読み取る努力をしている 家族からの意見も考慮している	自由に言葉を発せない利用者の思いを押し量って、支援に活かしている。家族の顔を見ると安心し、次の再会を楽しみにしている利用者が多く、「誕生日会」への家族参加は定番となっている。	
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	センター方式のアセスメント用紙を活用し、入居前に全職員が共有できるようにしている		
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	毎日の様子をケースファイルへ記入し、情報を共有している		
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	ケアプランは担当職員が意見を持ち寄り、家族の意向も聞くようにしている(一緒に話し合いは持たれていない)	「介護計画と支援記録の連動」を、目標達成計画に取り上げて取り組んだ。新たな書式を導入したが、まだ成果を見るには至っていない。プランはADL主体に組まれており、利用者の個別性は出していない。	その人らしさを支援する「個別ケア」の原点は、利用者の思いや意向を計画立てて支援することでもある。その人らしさの出たプランが作成されることを望みたい。
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	個別のケースファイルにケアプランの内容を分かるようにし、見直しの際実施状況の確認が出来るようにしている		
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	自発的な意見を尊重出来るように努力している又、家族の協力を得ながら柔軟な取り組みを行っている		

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
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	近所の買い物、お墓参り、保育園、学校行事等個々に合わせながら援助を心掛けている		
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	今までのかかりつけ医を基本的には継続し、変化のあった場合は、その都度家族と相談している	利用開始前から世話になっている主治医を使う利用者が多い。これまでは外出支援の一環として、利用者が通院して診療を受けていたが、高齢・重度化が進んできたこともあり、往診対応に切り替えている。	
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	現在看護職員が不在である		
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。	入院後病院のソーシャルワーカーの方と情報交換を行い、今後の事を相談している 西尾幡豆地域医療を守る会に参加		
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	入居前に重度化した場合の話し合いはしている 同法人特養への申し込みも一緒にやっている	「最期まで見てほしい」との要望もあるが、重度化した場合には同法人の経営する特養へ移行するケースが多い。	
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	年に1回急変時の対応の勉強会を実施		
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	2ヶ月に1回避難訓練を実施 通報訓練・夜間想定は1回ずつ実施	夜間想定を含む自主避難訓練だけでなく、地域の合同防災訓練にも参加している。ホームは小高い丘陵地にあることから、津波災害の恐れがある場合に、交流のある保育園の園児を受け入れる取り決めをしている。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	理念「ひととしての生命の限りない畏敬と尊崇の念」を実践していく為に具体的な言動についての話し合いを実施中	「誕生日会」は、家族に会えることもあって、利用者にとっては晴れがましい日となっている。その日を最良の日とするために、担当職員が思いを込めたプレゼントを用意する。	
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	外出や献立を決める時に意見を導くような働き掛けをしている 入居者の体調やペースを大切にしている		
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	心掛けているが職員の少ない場合は、要望に答えられない時がある		
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	更衣の際に衣類を選んでもらったり、マニキュアを塗ったりしている		
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	嫌いなメニューの時は、別メニューを提供出来る方は限られているが食材切り、食器洗い、食器拭き等を一緒に行っている	食事が利用者の大きな楽しみの一つであったが、介助を必要とする利用者が半数を超える状況となっている。苦手なメニューは極力他の食材に変えて提供し、利用者が満足する支援に努めている。	
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	栄養士が居ない為、カロリー計算やバランスが取れているのか分からないが、季節の物や野菜、乳製品を取るように心掛けている 水分に関しては食事以外でも取れるように工夫している		
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	入れ歯の方は、夕食後外してもらい消毒液にて保管 しっかりと磨けない方は、仕上げ磨きを実施 全員うがいする時にうがい薬を使用		

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	排泄表にて記録は取っているが、自立に向けた支援は出来ていない 但し、できるだけトイレでの排泄は心掛けている	トイレでの排泄を基本として支援してきたが、利用者の高齢化や要介護度の進行等もあり、夜間にポータブルを使用する利用者が増えてきている。	
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	便秘に効く食事を提供したり、Drに薬の調整をしてもらっている 夕食前にお腹のマッサージを取り入れている		
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	基本的には週3回で曜日も決まっている 但し、希望者に関しては柔軟に対応している (ほぼ毎日入っている方もいる)	腰を痛めている職員が多く、入浴支援に少なからず影響が出ている。それでも、ほとんどの利用者は週3回の入浴支援を受けており、中にはほぼ毎日入っている利用者もいる。	腰痛は、入浴支援への影響に限らず、介護者にとっては就労の継続が困難になる可能性さえもある。抜本的な改善策を考慮すべきであろう。
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	体調によって昼寝を勧めたりしている 天気の良い日は布団を干す様にして気持ちよく寝てもらうように心掛けている		
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	処方箋はケースファイルの頭に挟みすぐに確認できるようになっている 薬の袋の一包化や色分け等して投薬間違いのないように工夫している		
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	今までの趣味を継続出来るように支援している カラオケ・買い物・お墓参り等個々の楽しみを提供している		
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	外へ行きたいと希望があれば可能な範囲で実施(現在職員が欠員状態である為、なかなか実施出来ていない)	以前は、利用者の希望に応える外出支援ができていた。しかし、利用者の高齢化や重度化に加え、職員間に傷病が多発する事態が重なり、勤務シフトが窮屈になって思い通りの外出支援が組めなくなっている。	

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
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	一部の方は自分で所持し、買い物を楽しんでいる管理が難しい方は、ホームで管理し、必要時手渡ししている		
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	年に2回程手紙を書く機会を作っている 電話は一部の方のみ自由に使用している		
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	季節にあった絵(貼り絵)を掲示している 日当たりが良すぎる時に、カーテン等で調整している	三河湾が一望できる食堂やリビングでは、利用者が思い思いのソファや椅子に腰を下ろしてくつろいでいる。何をすることもなく、日当たりのよい屋下がりのリビングに、時間を忘れてしまいそうな程にたおやかな瞬が流れていた。	
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	人数分の食事用の椅子とくつろぐソファが3つ別々に置いてある		
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	各居室には今までの暮らしの延長として自分の使っていた家具等を置いている	居室にデジタルフォトのセットが持ち込まれており、家族から最新の画像が次々と送られてくる。孫の成長した姿、可愛がっていた愛犬、etc. 利用者にとって、自宅での生活と何ら変わらない暮らしが継続している。	
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	自室が分かるように扉に名前や写真を貼っている居室もある 介助バーや徘徊センサー等安全に暮らせるように工夫している		

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム しはと

作成日: 平成 25年 3月 24日

## 目標達成計画

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	26 (10)	介護計画(ケアプラン)に基づいた記録がバラバラでわかりやすくない	介護計画(ケアプラン)に基づいた用紙を作成し記録を残していく	介護計画(ケアプラン)に基づいた様式を作成。重複する箇所を簡素化していく	3ヶ月
2	1 (1)	23年度目標の内容が達成度の確認が難しい物になっている	24年度の目標は身体的な数値目標をかかげるようにする	全スタッフで話し合いを行い、具体的な数値目標を考えていく	3ヶ月
3	30 (11)	通運介助を職員(管理者)が行うことで、現場が手薄な状態になっている	家族、地域に出来る事はお願いし、入居者の高齢化・重度化に対応できるようにする	主治医、眼科へ往診に変更して頂くように相談に行く	2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。