

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	4372800989		
法人名	医療法人社団 藤岡会		
事業所名	グループホーム日々輝		
所在地	熊本県上益城郡御船町辺田見181-1		
自己評価作成日	平成21年10月22日	評価結果市町村報告日	平成21年11月24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://search.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 九州評価機構		
所在地	熊本市上通町3-15 ステラ上通ビル4F		
訪問調査日	平成21年11月30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)】

日々の関わりの中で、利用者とスタッフという関係ではなく、みんなが家族のような関係でいられる様なケアを目指し頑張っています。また地域の行事には積極的に参加し、近隣の方々とのふれあいを大切にしています。協力医療機関との連携がしっかり取れているため、体調管理も充分に行う事が出来ます。動物達もたくさんいる為明るい日々が送れます。

【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)】

近隣に商店が建ち並び、買物なども行きやすい環境に位置している。車いすが絶対に必要でない人なら、歩行が難しいような人でも、付き添いをするなどしてできるだけ歩行が継続できるような工夫を行い、身体機能の維持に努めている。自治会に加入し地域の清掃活動に積極的に参加するなど地域とのつながりを大切にしている。体調管理は協力医療機関と連携をとっており家族の安心となっている。互いに家族のように信頼しあえる関係を目指して、日々入居者と関わっている。

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 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広がったり深まり、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	地域密着型サービスについて事業所の理念に基づき職員間で話し合い、地域の行事等へ積極的に参加したり、交流の場を持ち、今まで以上に地域との結びつきの強化や関係性の継続を支援している。	法人の理念に基づき、地域密着型サービスとしてホーム独自の活動方針を毎年作成しており、ホームの来訪者にも分かるように玄関に掲げケアの実践につなげている。	
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	地区の清掃活動や行事があるときには、出来るだけ多くの職員に参加を促し、地域の一員として活動できるよう日々取り組んでいる。	地域での清掃活動や行事に参加するなど、自治会に入って地域の担い手となる活動をしている。	
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	ミーティングにおいてスタッフ間で認知症の勉強会等を行い、地域の高齢者などから認知症についての質問や疑問をもたれている時などは積極的に説明している。		
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	2ヶ月に1回の運営推進会議では、その都度利用者の状況やケアの取り組みについて説明を行い、地域の方から見た目線でのケアやサービスの改善点を聞いて日々の取り組みに生かしている。	運営推進会議では区長、民生委員、役場の職員、近隣の住民など様々な人に参加してもらい、多様な意見・考え方や情報を聞いて日々の取り組みに活かしている。	
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取り組んでいる	何か変わりがある時は、訪ねたり、電話等の手段を用いて報告し情報交換を行っている。	運営推進会議に参加してもらった他、日頃から相談にのってもらったり情報交換をしたりして、連携に取り組んでいる。	
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	身体拘束等における研修会などに多くのスタッフが参加できるよう情報の共有に努め、またミーティング時にはマニュアル等を用いて話し合いを行っている。	普段のケアの中で、身体拘束につながる言葉や態度があれば、その時にすぐに話し合いをして正しく理解するような取り組みをしている。研修会にも職員の参加を常に促している。	
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に注意を払い、防止に努めている	ミーティングの中での話し合いや研修等にも積極的に参加し虐待防止についての知識を身に付け、一人一人が理解をもてるように取り組んでいる。		

グループホーム 日々輝

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	研修会には出来るだけ参加しており、徐々にではあるが必要な知識を身につけられるように努力している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約時にはケアやサービスについて説明の時間を取り、分かりやすく説明している。また不安や疑問等がある場合については来訪時や電話にて対応している。		
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	ご家族には来訪時等、常に問いかけ何でも言える雰囲気作りを心がけている。また家族会等において要望等について話し合いの場を設けている。	毎月入居者の日々の状態を手紙を書いて家族に送付し、家族の面会時や電話でも要望や意見を聞くようにしている。	
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回ミーティングを行い意見・要望等を聞いている。不安なことや苦情等を言える雰囲気作りを心がけている。	管理者が日頃から職員に声かけを行ったり、話しの中で把握しており、また月に一回のミーティングの場で意見を聞くようにしている。	ミーティングの内容を記録に残して、職員間のふり返りや提案のヒントに繋がられるようにすることが期待されます。
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	個別面談をし、職員の考え方や利用者の方への思い等を聞き、仕事への関心を持つように取り組んでいる。また人事考課を行い、職員に応じたポジションを用意している。		
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	学習会・勉強会等を定期的に設け、出来る限り多くのスタッフが参加できる環境づくりを行っている。		
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	グループホームのブロック会などを通じ他の事業所の職員の方との交流や勉強会を行い、ホームのサービスの質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
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	利用の相談があったら、必ず本人に会い、心身の状態、本人の思いや不安を受け止め、利用者に受け入れていただけるよう関係づくりに努めている。		
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	家族の方が相談しやすいように、スタッフから多くコミュニケーションをとり、相談しやすい環境づくりに努めている。		
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	相談を受けた時にはまず、状況を把握し話し合いの場において提案しながら1番必要な事を見極めるようにしている。		
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	日常的な会話を多く取り入れることにより、本人の思いを知り、共感できる関係づくりに取り組んでいる。		
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	利用者が職員と生活している中での生きがいや思いを把握して、家族へ細かく伝えることで、協力関係を築けている。		
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	家族の方を通じ、知り合いや友人の方に来て頂いている。	本人が元気な頃利用していた店へ職員と一緒にに行っている。知り合いや友人が入居者に会いに来てほしいと思ってもらえるような雰囲気づくりを心がけている。	
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	一人ひとりの役割を見つけ、その中で利用者同士の交流や関わり合いを増やしていけるように、スタッフがサポートしている。		

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	サービスの利用が終了しても、特に今までとの関係は変わらず、気軽に来訪してもらったり、また電話等において連絡を行っている。		
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	日々の関わりの中で、言動、表情、しぐさ等から思い、意見等を察した家族・関係者等から情報を得ている。	普段のケアの中での会話だけにたよらず、本人の表情や態度に気を配り一人ひとりの思いや意向の把握を行っている。	
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	家族・知人等の訪問時に本人自身の語り等から情報を収集し、把握に努めている。		
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	一人一人の生活リズムを理解し日々の関わりの中で気づきを感じ取り把握している。		
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	日々の関わりの中で思いや意見等を聞き、自分らしく生活が出来る様、介護計画を作成している。またモニタリング・カンファレンス等で意見、アイデアを出し、本人にとってより良いケアを提供していきたい。	月に一度職員が集まってモニタリングを行っている。そこでの意見を元に、本人や家族と話し合っ、その人らしい生活を支援できるような介護計画を作成している。	
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	生活チェック・排泄パターン・飲水量チェック及び身体状況を日々の暮らしの中で確認していき、本人の言動、表情等を記録し職員間で情報を共有している。		
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	ご家族様の状況に合わせ、必要なときには、ホーム職員が入居者の病院受診や買い物支援を行っている。またその時の入居者の意向に出来るだけ沿った支援を心がけている。		

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
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	地域で安心して暮らせるように地区の委員の方をはじめ色々な方々と意見交換の場を持てるように努力している。		
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	ご家族の希望するかかりつけ医になっている。医療機関受診時は、職員も受診に対しての支援を状況に応じ行い、また家族に協力を呼びかけている。	家族の協力を得て、かかりつけ医のところへ通院支援を行っている。	
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	常に利用者の健康管理、状態変化に応じた支援が行えるよう、医療機関との連携を取っており、気軽に相談が出来る関係が出来ている。		
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。	入院時には本人に関する情報を提供し、医師と話し合う機会を持ち事業所でも対応が可能な段階で早く退院出来るようアプローチしている。家族の方とも情報交換しながら退院支援に結び付けている。		
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	スタッフが入居者に対して不安なことやケアの難しさなどの意見交換をミーティング等によって行っている。また体調の変化があった場合には、随時家族と今後の対応について話しあっている。またこれからは地域の関係者との連携を強化していく必要がある。	契約時に本人及び家族に対して説明を行っている。実際に看取りを行うときにはその都度家族や医者と話し合っ支援したいと職員は思っている。	職員としての意見集約を丁寧に行い、ターミナルケアに関するホームとしての方針を文書化をすることが期待されます。
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	救急蘇生法の講習を必要に応じ受講している。急変時や事故発生時に備え、一人ひとりがマニュアル等の確認を行い、緊急時に備えている。また連絡網を活用してスムーズな情報の伝達に努めている。		
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	地域の協力体制については、地域連絡網を作成し年1回程度協力を依頼し避難訓練を行っている。火災時の避難訓練・通報訓練は年2回程度行っている。	年2回入居者も参加して避難訓練を行っている。1回目は隣接するデイサービスセンターと合同で昼間を想定した訓練をして、2回目は夜間を想定した訓練を行っている。地域の協力体制も区長を通じてお願いしている。	

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	日々の関わり方をミーティング等において話し合い、利用者の方の誇りやプライバシーを損ねない対応が出来ているか確認している。	一人ひとりの人格を尊重しており、入居者が職員に信頼関係を持たれるような言葉かけや対応をしている。	
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	日常生活の中で入居者に合わせた声かけを行い、意思表示が困難な方は行動・表情の観察をしながらその方に合わせた決定の場面を作っている。		
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	起床・就寝時間や食事の時間等を決めず、一人一人のリズムに合わせた生活を送ってもらっている。また外にはいつでも散歩等出向けるように本人の気持ちを尊重している。		
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	馴染みの理美容院でも希望に合わせたカットやパーマ等をしてもらえるような生活の継続性を支援している。		
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	調理では、味付けや野菜の皮むき等を個人のレベルに合わせて行ってもらい一人一人の活躍の場とし、利用者とスタッフが一緒に配膳・食事・片づけを行っている。	毎日食材を買いに行き、利用者の希望に応じて一品を工夫したりしている。野菜の皮むきや味付けなどを手伝ってもらったりしている。	
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	季節感のある食材を使った調理を心がけている。また入居者の好みを把握し、献立に生かすことで、食事に対する意欲の向上を図っている。水分量は表に記入し、入居者の状況を理解した上で補水等に努めている。		
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	毎食後口腔ケアは行ってもらっている。その方の状況に合わせ自分で出来る方には声掛け・見守りなど行い、難しい方には説明しながら介助等を行う。		

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	排泄チェック表を利用し、排泄のパターンを把握しサインを見逃さないように支援している。又その方に合わせ声かけ・誘導等を行い、トイレの場所がわかりやすいように張り紙などをして対応している。	排泄のサインや気配、更に排泄チェック表を活用して、排泄のパターンを把握し声かけや誘導などで支援している。	
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	排泄状態を常に記録し、状況に応じ、繊維質の多い食材を取り入れたり、水分補給に努めている。また日頃から健康体操など体を気軽に動かしていただけるレクリエーションを取り入れている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	利用者のその日の希望を確認し、入っただけにしている。また夜間入浴も行っている。	一人ひとりの希望に沿った入浴支援を行っている。望まれれば、夜間の入浴も可能にしている。	
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	日中の体調・表情を観察し無理なく活動を促し、生活のリズムを整え夜間はゆっくり休んでいただけるよう努めている。寝付けない時などにはお茶を飲みながら会話し安心して休んでいただけるよう努めている。		
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	服薬等の情報ファイルを作成し、職員全員が目的、用法、用量、副作用等を確認出来るようにしている。服薬は個人に応じ手渡し等にて対応している。変化がある時には詳細に記録をとり必要に応じ主治医に報告する。		
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	食事作りなど一人一人に合った役割を見つけ、力が発揮できる環境作りをしている。また外出や地域行事等への参加など気晴らしの支援も行っている。		
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	季節を肌で感じていただけるよう、お弁当などを入居者と一緒作り、個人の希望に応じた場所へ出かけられる支援を行っている。また会話の中から普段行けない場所などを職員が把握し、会議等において場所・内容等の計画を立てている。また家族を交えた外泊旅行などの支援を行っている。	日々の散歩や隣接地で福祉サービスを利用している配偶者への面会支援に加え、入居者が自宅に帰りたいたいの希望がある時は、家族と連絡を取り、朝から夕方まで職員と同伴で帰宅してもらおう等、ホームと家族との協力体制にも工夫がみられる。	

グループホーム 日々輝

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	普段はホームスタッフがお金を管理している。外出時は本人の買い物に同行している。状況に応じ本人にお金を渡し自由に買い物等をして頂いている。		
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	年賀状・暑中見舞いを自らかいてもらい大切な人との関係が途切れないよう支援している。電話はかけたい時にかけていただけるようにしている。		
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	利用者の方と共に季節感のある飾り付けを行い、ゆっくりとくつろげる空間作りを心がけている。	板の間と畳の間があり、利用者が望むスタイルで生活することができる。天井が高く、熱がこもらないような造りになっており、伸び伸びとした雰囲気がある。台所の作業台も車椅子の方でもできるよう高さに配慮している。	
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	廊下・玄関・外に数ヶ所ベンチを設置し利用者一人一人がゆっくり出来る空間を作っている。また状況に合わせてテーブルを設置し、お茶やおかしを用意している。		
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	利用者の馴染みのものを配置し住み心地の良い部屋作りに努めている。状況に応じ家から家具等を持ってきて頂き装飾している。	家からベッドやタンスなど本人の好みのものを持ってきてもらい、居室は居心地良く落ち着けるような雰囲気になっている。	
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	居住環境が適しているか、またはその方の能力に応じた環境づくりを行っているかミーティング等で話し合い、その都度状況に応じ改善している。		

目標達成計画

作成日: 平成 21年 11月 22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	外部研修・内部研修・ミーティング時における内容や感想、次に掲げる提案などに関する記録物が少なく、振り返りもあまり出来ていないため、今後どのようにして、記録物の整理や保管を行い、スタッフ間で話し合いの場を作っていくか。	各スタッフが役割を理解し、バランスよく研修に参加する。また外部研修・内部研修・ミーティング時には必ず内容がわかるような記録物を残し、研修後などは話し合いの場を設け、管理者や他の職員に伝達を行う。	スタッフがバランスよく研修に参加できるよう、勤務表の調整等を行い体制を整える。外部研修・内部研修・ミーティング後は必ず内容のわかる報告書・記録物を作成し、管理者に提出する。管理者は報告書・記録物を確認し、職員がいつでも閲覧できるような場所に保管する。また研修の振り返り・伝達を行えるようホームのミーティング時には研修などに参加した職員の報告の場を設け、	6ヶ月
2	33	現在ターミナルケアに関して具体的な方針が作成されていないため、今後職員間における話し合いの場を設けながら、看取りの方針を文書化し、各職員はホームの看取りの方針を理解した上で、これからのターミナルケアにつなげていくか検討する。	ホームの看取りの方針について、管理者、職員間において話し合いの場を設け、文書化する。また入居者・家族の意志や思いを尊重し、看取りの方針について同意を得る。	理念を基にスタッフ間で話し合いを行い、看取りの方針を文書化する。再度入居者・家族の意向を確認し、説明を行いながら一人ひとりの看取りの方針について同意を得る。スタッフは情報を共有するために、ミーティング等において話し合いを行う。	6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、行を挿入して下さい。