

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	2370401164		
法人名	社会福祉法人 愛生福祉会		
事業所名	グループホーム中小田井(1階)		
所在地	名古屋市西区中小田井5丁目240番地		
自己評価作成日	平成21年8月22日	評価結果市町村受理日	平成21年12月1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.aichi-fukushi.or.jp/kaigokouhyou/index.html
----------	---

【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	愛知県名古屋市松原町一丁目24番地 S101号室
訪問調査日	平成21年9月2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)】

グループホームの良さを生かしたサービス提供に努め、新規の利用者に対しても、それらが維持できるように対象者を絞っています。それでも加齢に伴って体力やADLが低下したりした場合、法人内の特養と連携をとっていますが、グループホームでの看取りへの取り組みも今後の課題として考えていきます。

【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)】

管理者はオーストラリアでの研修において、グループホームに対し高い理想を抱き、このホームの設計に携わっている。管理者としては、赴任してからまだ1年半ではあるが、理想実現に向け、努力を続けている。利用者が不用意に出してしまわないような工夫、利用者の尊厳とプライバシーが守られるように工夫されたトイレ、なんとなく集まって来易いリビング等、様々な工夫がなされている。さらに、手芸講師資格を持つ職員が、利用者と一緒に製作したキルトやちぎり絵が壁にかけられ、温かい雰囲気が醸し出されている。母体が大きな法人であることのメリットを活かし利用しているため、利用者には安心も提供できていると思われる。

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	・理念と方針を玄関に掲示し、目につきやすいようにしている。 ・理念を共有しているとはあまり思えないが、そのひとりしさを心がけていると思う。 ・わかりづらく、実践もされていないと思う。	「その人らしさ」を大切に「地域の一人」として、穏やかな自立した生活ができるよう支援する、ことを理念として、玄関正面に掲示されている。介護時、判断の迷った時の基準となっている。	
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人として日常的に交流している	町内会の行事に参加したり、買い物、散歩などを通じて日常的のに交流している	自治会に参加し、委員を引き受けている。回覧板は利用者職員が連れ立って隣家に届けている。ちぎり絵講習会を主催する等地域に開かれたホームを目指している。	
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	認知症サポーター研修の講習会、ちぎり絵教室を開き地域への呼びかけを行いました。		
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	・委員の意見を取り入れ、職員会議の議題にあげて検討したり、報告したりしている。 ・家族からの要望をサービス内容に取り入れるようにしている。 ・運営推進会議の内容が、サービス向上とは余り結びついていないと思う。	運営推進会議は隔月に開催されていて、利用者、家族、地域包括支援センター職員、民生委員、福祉関係者等が出席し、事業報告、施設整備、利用者の近況報告等がなされ、地域の情報も得ている。	
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	・判断に困る場合に相談したりはするが、市の担当者が来所することはない。 ・市が開催する集団指導には参加している。 ・よくわからない。	市が年2回開催する地域密着型事業の集団指導には必ず出席している。また、市が主催する認知症サポーター講習会の会場として当グループホームを提供している。	
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	開所当時から身体拘束をしないケアに取り組んではいるが、まだ、知識不足とを感じる場面も見受けられるときがある。	玄関の施錠は夜間のみ行っている。利用者の外出は見守りとチャイムで把握し、同行している。同行できないときは、傾聴することにより、外出を控える結果を得ている。	管理者は、さらなる改善を目指し、研修センターのテキストをそろえ、職員への教育を始めたところである。今後に期待したい。
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	虐待はないとは、思っているが、職員全てが勉強会や研修を受けてはいない。虐待についての資料は一読はしている。		

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
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	成年後見人制度を利用している利用者はいるが職員には直接的な関係はなく勉強不足である。		
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	契約および契約の解消については十分に説明をしている。また、他施設への入所などの支援も行っている。		
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	・言いやすい雰囲気作りに努めている。 ・不満や苦情は職員に伝えて話し合って改善している。 ・利用者は認知症があるため、外部者(訪問者以外)へ伝えることができない。	写真が多く使われた、「中小田井便り」が、年6回発行されていて、大変好評である。個別の連絡ノートがあり、家族が来所したときに確認し、意見を書き込んでいる。	
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	管理者は「職員の意見」を聞いているが、必ずしも反映できているとはいえない。	管理者に直接要望を伝えているが、必要に応じ、個人面談も行われている。ケアに関するアイデアが提案された場合、管理者は指導しながら積極的に進めるよう促している。	
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			
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	・法人内には誰でも参加できる研修がある。 ・研修は行っているが、皆が参加できていない。 ・研修の紹介を行っている。		
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	・法人内やグループ会社との交流はある。 ・研修で顔を合わせると、相談したり情報交換はするが、ネットワークづくりには至っていない。 ・同法人以外では実施できていない。		

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
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	<ul style="list-style-type: none"> ・本人とコミュニケーションをとり、ご家族からも生活歴などを聞き、不安がないよう支援している。 ・見学及び日帰り体験利用ができる。 ・本人より家族からの情報が中心となっている。 ・急な入所で本人のことが知れずにいることがある。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・グループホームの特徴を説明し、個別の問題に照らし合わせて、入所が問題解決の手段として適当かどうかを話し合っている。 ・家族とコミュニケーションを取るようになっている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・うまくサービスを組み合わせることで在宅生活の継続ができると判断した時にはアドバイスをしている。 ・他の施設利用の相談を行っている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・食事作りや洗濯、掃除など、できるだけ一緒にいき、生活を共にできるように努めている。 ・利用者の話を傾聴するようにしている。 ・利用者の隣に座る、寄り添いケアの実施。 ・レクリエーションに職員も参加している。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・家族との関わりを多く持つことができていない。 ・家族にも子どもを中心とした家庭があり、疎遠を改善することは難しい。 ・よりよい関係が築いていけるように、情報提供に努めている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・いつでも面会できるようにしている。 ・馴染みの場所への外出や電話連絡など、希望があればできるだけ対応している。 ・遠かったり職員が足りず、できない。 	手紙や電話の支援は行っているが、以前の居住先や親戚宅への訪問、友人に会うことを希望する場合は、家族の承認を得てから実行している。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の性格を把握し、穏やかに過ごせるようにしている。 ・コミュニケーションを積極的に取っている。 ・職員が常に話しかけている。 ・常によりよい関係を築いていくことができない。 		

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
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	<ul style="list-style-type: none"> 大切にしていきたいが、退所後は他施設への入所や入院が多いため、難しい。 必要とする場合はできている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> 本人の意向や希望の把握に努め、わからないときには家族に聞くなどしている。 介護する側本位にならないよう、職員同士話し合う場を設けている。 暮らし方などほとんどがホームの都合になっている。 	利用者一人ひとりに担当を決めているため、表情を見ながら思いを引き出すことができている。誕生日には、普段では無理な要望を、事前にプランを立てて実現している。	管理者は、法人内の認知症委員会の研修を利用しながらセンター方式の一部導入も考えている。今後に期待したい。
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	<ul style="list-style-type: none"> 家族や本人から情報収集を行い、個人ファイルや引き継ぎなどで把握に努めている。 事前調査で、グループホームでの生活で活かせることはないかなど把握に努めている。 生活環境など、家族からの情報は得ているが、うまく活用できていない。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> 利用者一人ひとりの生活リズムや行動パターンを把握するようにしている。 いろいろな場所で常に観察している。 職員間で情報交換を行い把握に努めている。 記録に残し、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	<ul style="list-style-type: none"> 職員会議など、意見を反映し、介護計画につなげている。 家族から意見を聞く機会を作っていない。 日頃から職員同士で話し合っている。 ケース会議等しっかり行われていない。 	カンファレンスや申し送りノートで、援助内容の情報を共有し日常の介護に繋げている。ケアプラン見直しは利用者に変化があった場合に行われている。	変化時見直しとは別に、定期的見直しを関係者が話し合っ多角的に行うことを期待したい。
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	<ul style="list-style-type: none"> 個人ファイルにより日々の記録をしている。また、申し送りノートにより情報の共有をしている。 毎日ケアプランに対して評価は行っているが、見直しに活かされていない。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> 個別の外出や買い物、受診など支援している。 臨機応変に対応している。 他の資源との協働はしているが、本人と他の資源が直接関わることは少ない。 		

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
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	・ボランティアの訪問がたまにある。		
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し、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	・ホームの嘱託医により2週間に1度往診をしてもらっている。 ・必要なときは他の科の受診を支援している。 ・ホームのかかりつけ医以外の受診も可能であるが、できるだけ家族にお願いしている。	嘱託医の往診があるが、外部のかかりつけ医を希望する場合は、原則、家族が付き添うこととなっている。困難な場合は、重要事項説明書に則って職員が付き添っている。	
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	・週1回の訪問看護と連携して、相談やアドバイスをもらっている。 ・急変時や特変時にも対応してもらっている。		
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。	情報提供に努め情報を共有している。また、法人内共通の連携のある医療機関がある。		
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	今後どうするかを見極め家族等と話し合い検討している。ターミナルケアについての方針は今後の課題である。	将来の必要に備え、法人の「看取りケア委員会」に出席し基準作りを進めている。現状は、利用者家族に十分説明し、法人全体が有している対応能力を最大限利用するようにしている。	
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	定期的な訓練を行う必要がある。また、マニュアルは作成している。		
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	・年に数回防災訓練や避難訓練を行っている。 ・ホーム内だけの避難訓練は行っているが、いざという時には心配である。	夜間、職員が1人態勢の時を想定して避難訓練を行っている。自治会には、近隣高齢者の避難受け入れの提案をすると共に、ホーム利用者の救出援助を依頼し承諾を得ている。備蓄は3日分確保されている。	

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	利用者ひとりひとりに対してできていないのが現状である。馴染みの関係をはき違えている職員も見受けられる。	利用者が理解困難なことを話しても返事をし、きちんと向き合っていることを伝えている。また、失禁時には双方向に扉のあるトイレを利用し他の利用者に気付かれないよう配慮をしている。	
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	難しい事柄に対しては選択肢を与えるなどの工夫をし自己決定への働きを支援している。		
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	毎日ではできていない。全介助の利用者に対しては職員の都合を優先する事もある。		
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	個々の好みに応じて支援している。		
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	・食事メニューは利用者の好きなものを取り入れている。嫌いなものや食べられないものは別の物で対応している。 ・食材買い物、準備、調理、片づけを利用者と一緒に行っている。	献立は日々の食事の様子から、利用者の好みを職員が判断しながら、メニュー担当職員が作成し、法人内の栄養士に点検を依頼している。魚だけは、多種利用できるため食材業者に依頼している。	管理者は、利用者がさらに食事作りに参加し易い環境を整えていくことを考えており、今後に期待したい。
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	個々の状態に合わせて対応している。水分補給については、定期的に補うなどの支援をしている。		
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	毎食後はできていないが1日、2回はほぼ、できている。		

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	・オムツであっても、定時で声かけ誘導をして、トイレでの排泄を促している。 ・利用者に合わせてオムツやパットを使用し、紙パンツから布パンツに変更できた方もいる ・一人ひとりの排泄パターンを把握するようにしている。	トイレをしきりに見る等のサインを見逃さず、タイミングよくトイレ誘導を行っている。可能な利用者には失禁時の後始末の仕方を教え、プライドを保てるようにしている。	
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	水分補給をまめに行い、必要であれば牛乳、豆乳、入浴時の腹部マッサージを行っている。		
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	入浴の順番などは希望に沿うようにしているが、日によって午前、午後と変わることがよくある。	毎日、入浴の用意ができており、半数ずつ1日おきに入っている。希望すれば、毎日でも可能である。入浴を好まない利用者に対しては原因を見極め無理の無い誘導をしている。	
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	利用者により生活習慣を大切にする支援はできているが、集団生活中心になっている事も多くみられる。		
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	お薬ノートを設け、常に見る習慣をつけているが、用量については把握できていない。		
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	・本人と話したり、アセスメントシートなどから生活歴を知り、その方にあつた対応をしている。 ・気晴らしはなかなかできない ・近くの喫茶店にコーヒーを飲みに行く ・ちぎり絵を季節ごとに作成。		
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	・スーパーへの買い物、散歩、喫茶店の利用などを行っている。 ・出かけているが、散歩や買い物、ウォーキング、喫茶など決まった方が多い。 ・希望に添えず、行事のあるときに外出している。	現在、スーパーへの買い物を新型インフルエンザの影響により中止しているため、散歩をしながらホーム行きつけの喫茶店へ行くことが多くなっている。外食は誕生会等に行っている。	

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
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	お金の管理は、施設で行っている。		
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	申し出があれば、対応している。また、手紙を受け取る事はよくあるが、やりとりはできていない。		
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	・リビングにはソファが置かれ、のんびり過ごせるようになっている ・自室で話をされることはあるが、友達同士で落ち着いて話せる共有スペースがない。 ・和室が空けてあるが活用できていない。	リビングのソファは座り心地がよく利用者のお気に入りの場所となっている。畑は、野菜、花が植えられ利用者が水やり等の世話をしている。	
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	一人になれる居場所はできてはいるが、おちつけるソファに人が集まっている。		
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	・今まで使っていた家具を持ってきてもらい、できる限り今までしてきた生活と同じようにしている。 ・本人の意向で使いやすいように配置している。 ・転倒などの危険がないように配置している。	部屋にはエアコン、カーテン、照明が標準装備となっている。部屋の入り口には、利用者が職員と作った名札がかけられ、家族写真、衣装筆筒、テレビ、位牌等でそれぞれの部屋作りをしている。	
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	全ての利用者に安全かは疑問であるが、わかりやすく掲示するなどの工夫はしている。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム中小田井

目標達成計画

作成日: 平成 21年 11月 20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	48	日中テレビが点けばなしになっており、ぼんやりと見て過ごしている。	音楽をかけて一緒に歌を口ずさんだり本の読み聞かせをしたりして過ごす時間を作る	・音楽、読み聞かせそれぞれ担当者を決めて確実に実行できるようにする。 ・入居者の反応を観察し、好みや希望に添って提供できるようにする。 ・飽きないように工夫をする。	3ヶ月
2		筋力が低下し、転倒の危険やADLの低下が心配である。	体操を日課に組み入れ、全身をバランスよく動かす。	・馴染みのあるラジオ体操を活用し、日課として参加しやすいようにする。 ・職員も一緒に行いながら、健康維持への関心がもてるように働きかける。 ・ビデオを活用し、座ったままでも無理なくできるようにする。	3ヶ月
3	40	インフルエンザの流行により外出の機会が減っており、外食の機会も減っている。	食べる楽しみを味わっていただけるよう、いろいろな工夫をする。	・施設内で喫茶店やレストランを開いて外食気分をあげわっていただく。 ・庄内の里のバイキングやケーキセットの日に参加させてもらい、ごちそうをいただく。	6ヶ月
4	1	理念の共有がされていない。	理念を日常生活の具体的な場面に当てはめ、「その人らしさ」「人間の尊厳を保つ」「潜在能力を發揮させる」をケアに活かせるようにする。	・身体拘束や虐待防止、認知症の理解などの研修をとおして介護を見直す機会とする。 ・ケアプランの作成、モニタリングなどの経過で、常に理念を念頭におく。 ・自分が介護される立場に立って考えられるようにする。	12ヶ月
5					ヶ月