

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	2395200021		
法人名	株式会社メディカルコーポレーション		
事業所名	グループホームとよやまの憩		
所在地	西春日井郡豊山町大字豊場字流川22番地		
自己評価作成日	平成21年11月30日	評価結果市町村受理日	平成22年1月22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	愛知県名古屋市中村区松原町1丁目24番地 S101号室
訪問調査日	平成21年12月11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)】

<p>認知症になっても、自分らしく安心して生活ができる。</p>

【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)】

<p>当ホームと同じ運営法人の有料老人ホームに隣設して、平成21年4月に開設され設備も整った清潔なホームである。管理者が看護師でもあるため、医療面の支援と職員へ適切な指示もなされていることで、利用者、家族にとって安心感が得られている。職員が細やかに親切、配慮の気持ちを持って利用者に接し、画一的な介護ではなく、その人らしく自由に暮らせるよう「個別対応」を重視して支援に取り組んでいる。その為、ホーム全体の雰囲気も良く、利用者の思い思いに過ごせ、笑顔が出て穏やかに生活できている。</p>

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	毎回理念を唱和し、介護者による介護ではなく、利用者様主体の介護に徹している。	職員は、法人の理念をもとに、最後まで人らしく、人として自由を奪わない支援を日々実践するよう努めている。職員の細やか、親切、気配り、配慮の心で利用者に接している。	
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	地域の行事、商工会、学校等、祭り、運動会に参加し、地域の住民との交流を積極的に取り組んでいる。	地域に婦人会や子供会はないが、小学校の運動会や産業祭りに参加したり、ボランティア「散歩グループ」が天候を見て、資料館や商店街へ散歩に連れて行っている。地域の方に理解してもらえるように、なるべく外出するようにしている。	
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	地域の方々に認知症の人の理解を得るために近隣の商店、飲食店へ外出している。		
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	構成員8名による情報交換、状況報告、意見交換、年6回実施している。	会議は、5月から3回開催しており、様々な分野の方への働きかけを行い、行政関係者や地域住民の出席も得られている。ホームの方で認知症講習会開催の要望などを含め、出された意見をサービスに反映している。	
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に取り組んでいる	担当者からの連絡を密に取りケアサービスの取り組みについて行っている。	地域包括支援センターの勉強会に出席し、情報交換をしている他、生活保護受給者の受け入れも行っている為、市町村担当者との連絡も密にとっており、ホーム側からも相談しやすい関係にある。	
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	利用者様の尊厳を守り、身体拘束廃止に向けて、取り組んでいる。	玄関は18時、裏口は20時迄、施錠を行っていない。夜間は切迫性の利用者には、ベッドに柵を置き危なくないように、下に布団を置いて見守り重視している。徘徊する利用者には言葉の拘束をしないように、言葉の拘束に日々気をつけながら配慮している。	
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過ごされることがないよう注意を払い、防止に努めている	認知症ケアに対する研修に参加し、虐待防止の周知徹底を図り、早期発見に努めている。		

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
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	権利擁護推進員養成研修で、制度の理解を深め活用できるよう支援している。		
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	契約の締結・解約等に十分な説明を行い、理解が得られている。		
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	利用者や家族等の意見や要望が出しやすい様、御意見箱等を設置している。	ホームの玄関に意見箱を設置している。利用者の家族会を立ち上げようとしているが、引き続き検討課題である。利用者の様子は、月1回、請求書と一緒にのお便りとして発送している。家族から出された意見や要望は、ミーティング時に話しあい、反映に努めている。	家族からの意見を聞く機会として、家族会の立ち上げを期待したい。また、現状個人ごとに報告されているが、写真を載せた「ホーム便り」を出されると、視覚的に伝えられると思われる。
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/1～2回全体会議を開催し、職員の意見を十分に聴き、反映している。	ホーム運営について、管理者に意見提案ある場合は、フロア会議で発表し、時間をかけて話し合い、利用者がより良い生活が送れるように改善している。管理者は、職員に主体性を持ってもらうようにと、リーダーは決めていない。	
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	職員の日頃の努力や具体的な実績、勤務状況等を把握し、処置への反映や向上心を持って働けるよう、対応している。		
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	職員に外部の介護福祉士の講習会に参加させて、意識の高揚げをはかり積極的に介護福祉を目指すようにしている。		
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	職員にGH協会等の研修に参加させる。又、近隣の同業他社を積極的に見学勉強させ、スキルアップを図っている。		

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
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	オリエンテーションのマニュアル作成、個々の状態に合わせて、本人の気持ちを受け止め、安心を確保できるに対応している。		
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	入所アセスメントで家族の要望を十分に傾聴しながら、ケアプランに反映できるように努めている。		
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	相談時、本人家族等の実情、要望をもとに、何を要求して、どうしたいのかを見極め、支援に努める。		
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	一緒に食事を食べたり、種まきをしたりして、花の開花を楽しみとして会話づくりをしている。		
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	家族との距離が保てるように、お便りを発送したり、身体状況の報告等の実施に努めている。		
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	馴染みの場所へ買い物は、要望に応じて、途切れないよう支援している。	地元出身の方は、近所の商店街に行くと、顔なじみの方に声をかけてもらこともある。お墓参りや、以前自分が作った畑へも行っている。また、昔の友人が訪ねて来てくれるなど、継続的な交流ができるように働きかけている。	
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	利用者間に職員が入り、より良い関係がもてるように支援しています。		

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
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	必要に応じて、相談や支援を行っています。		
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	自由の確保、利用者がその人らしく生きられるよう、支援している。	個人の思いや要望をできる限り叶うよう一律のサービスではなく、個人別に職員が対応するようにしている。困難事例に対しても、職員が本人の気持ちに置き換えて、その方にとって一番良い方法で接するようにしている。	
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	本人が安心して暮らせるように、また有する力を発揮しながら、自分らしく暮らせるよう支援している。		
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	利用者の部分的な問題や断片的な情報の把握に陥らず、一人ひとりの暮らしの流れにそって本人の状況を統合的に把握している。		
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	介護計画は介護する側にとっての課題ではなく、本人がより良く暮らすための問題やケアのあり方について作成している。	月1回のフロア会議で職員で話し合い、利用者や家族の現況と要望に添った介護計画を立てている。食事量や様子等、小さな変化でも見逃さず、日報等にも書き、職員全員に利用者の様子が分かるようにしている。	改めてモニタリングを交えながら、介護計画の見直しを検討されたい。
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	日々の実践を漫然と記録するのではなく、本人を身近で支える職員の知りえたケアの実践、気づきを具体的に記している。		
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	単一の介護サービスだけにとどまらず、利用者のニーズに対して柔軟な支援を臨機応変に展開していきます。		

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	利用者がより安全でより豊かな暮らしが楽しめるよう、地域包括支援センターの協働、民生委員、ボランティア等の多様な地域資源を活用し支援している。		
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	本人、家族が希望する医師による医療を受けられるよう支援している。	ホームのかかりつけ医による週1回の往診があり、健康管理をしている。利用者や家族の希望があれば、他の医療機関への受診に付き添っている。眼科や歯科は希望の病院へ受診し、ペースメーカーの点検時も介助している。	
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	日頃から介護職と看護職の関係を密に行い、一人ひとりの健康管理や医師の支援をしている。		
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。	病院関係者、本人、家族と情報交換や相談に努めスムーズな退院ができるよう、積極的に努めている。		
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	重度化した場合は、段階ごとに家族等が、かかりつけ医等、ケア関係者と意向を確認しながら、対応方針の共有を図っています。	重度化の対応は、入居時に家族に説明し、書面で同意を得ている。急変時も、協力医療機関が24時間対応になっており、安心できる体制である。利用者家族の希望があれば、ホームで看取りも可能で、家族、職員、主治医で話し合っ決定される。	
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	身体状況の急変や、事故発生にも慌てずマニュアルに沿って行動ができるようにしています。		
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2回災害に備え、訓練を実施している。	ホーム隣の施設と合同で、6月と10月に消防署の協力を得て、利用者も参加する訓練を実施している。一度は排煙車が来て行い、一度は夜間想定で行っている。災害時の備蓄品は倉庫にあり、隣接の施設の協力も得られる体制である。	

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	一人ひとりの誇りを尊重し、プライバシーの確保を徹底し、利用者様の尊厳と権利を守るようにしている。	利用者の自尊心を傷つけないように、一人ひとりの名前に「さん」をつけて呼んでいる。一緒に食事を摂ることが困難な方は、食事時間を30分ずらしたり、他人の食事に手をつける方には、否定するのではなく、その方専用のテーブルを用意して対応している。	
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	利用者様が言葉では十分に意思表示ができない場合であっても、表情や全身での反応を注意深くキャッチして、本人の希望を把握し、自己決定できるようにします。		
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	一人ひとりが本来持っているペースや、望んでいるペースに合わせた暮らしの支援をしています。		
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	本人の好みに合わせ髪形、服装等の身だしなみや、おしゃれを個別に支援しています。		
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	職員と利用者が一緒に食事を味わいながら、食事が楽しいものになるよう支援している。	食事は、栄養管理もされた調理済みのものが台所に届くシステムとなっている。毎日の献立をホワイトボードに書き、利用者にわかりやすくしている。月1回は外食したり、誕生日会にはホットケーキ、お楽しみ会には、焼きそばを手作りし、利用者にも喜ばれている。	調理は、ごはんと味噌汁はホーム内で調理しているが、時には、メインのおかずをホーム内で調理される日を増やされることに期待したい。
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	カロリーの過不足や栄養の偏り、水分不足が起こらないように、職員全員が知識や意識を持ち、一日全体を通し日と酔うな栄養、水分がとれるよう支援している。		
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	本人の習慣や有する力を活かしながら、食後のうがいや口の中の手入れの支援をしています。		

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	トイレでの排泄やおむつをしないですむ暮らし、可能な限り、トイレで用を足す支援や気持ちよく排泄することができる支援をしている。	月別に排泄チェックシートで集計して時間誘導し、できる限りトイレでの排泄を支援している。失敗された場合は、利用者はシャワー浴、汚れた衣類は衛生面、二次感染を考慮し分けて洗い、ブリーチをかけている。夜間は、紙パンツやおむつの使用になっている。	
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	個々の便秘の原因を探り、身体機能を衰えさせたり排泄の習慣を崩すことなく、しぜん排泄ができるように対応を心がけている。		
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	一人ひとりがくつろいだ気分で入浴ができるよう支援している。	基本的に火曜日と金曜日が入浴日である。月1回、合同浴日があり、隣の施設の大きな浴室に、温泉に行くような気分で中の良い利用者同士で入浴されている。また、入浴を嫌がる時は、清拭をして清潔を保つようしている。	現状、基本は週2回の入浴日となっているが、利用者の希望や拒否気味の利用者の為にも、身体の清潔が保持されるような体制にも検討されたい。
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	環境や生活の過ごし方、関わる側のあり方を確認して、安心して、気持ちよく眠れるよう支援している。		
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	服用する薬の目的や副作用、用法や用量について理解し、飲み忘れや、誤薬を防ぐための支援をしている。		
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	日々の暮らしに楽しみが持てるように潜在している記憶やできる力を最大限活かして、自分らしく暮らせるよう、周囲の配慮をしながら支援している。		
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支援している	日常的な外出できるよう個別の支援を、工夫している。	近所のスーパーや喫茶店に、最低週1回は出掛けている。体力や体調などで豊山町内が多いが、今後は外泊の外出も企画していきたいと考えている。外出時にも手引き歩行にこだわらず、寄り添って歩くようしている。	

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	利用者が日常の暮らしの中で、その人希望が力に応じて、外部との交流がもてるよう支援している。		
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	一人ひとりが手紙や電話の習慣、希望、有する力に応じて、外部との交流がもてるよう支援している		
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	共用生活空間は、利用者様が居心地よく過ごせるように、又、自分の力でその人らしく過ごせる場となるよう支援している。	季節感を感じられるように、季節の物の飾りつけを利用者と一緒に行い、壁に貼り出している。利用者の生活暦からリビングのカーテンの開閉、通路の水やり、床のモップがけ、畑仕事等、できることを自主的に行ってくれている。	
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	人の気配が感じられる空間の中で、2～3人で過ごせるような、家具配置の工夫をしている。		
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	プライバシーを大切にしながら、居心地よく、安心して過ごせるよう、環境作りの工夫をしている。	個室にはすべて空気の入替え用の天窗があり、自由に開閉できるようになっている。整理筆筒、ベッドは備え付けであるが、利用者の親族が置き物や位碑、線香立てを持って来られたこともある。	
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	高齢や認知症がある利用者にとって、普通に暮らせる、安全な環境、不安や混乱、失敗を招くことのない環境の工夫をしている。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホームとよやまの憩

目標達成計画

作成日: 平成21年12月29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	10	家族に1回/月現在の個人状況の報告をしているが、写真を載せたホーム便りの方が視覚的に伝えることが望ましい。	元気な様子等が写真からも表情が伺えるように伝えられる。	毎月発行しているホームだよりに写真を載せる。または、写真を貼るようにします。	6ヶ月
2	26	本人がより良く暮らすための問題やケアのあり方についてのプランを作成する。	フロア-会議で検討、話し合い、家族の要望も踏まえ、問題、変化等があれば、介護計画の見直しを行う。	毎月の会議で、変化、希望等が見られるようであれば、モニタリングを行い、プランの見直しをする。	6ヶ月
3	40	職員と利用者が一緒に食事を味わっている。ごはんと味噌汁はホーム内で調理しているが、今後は副食の調理も行えるようにする。	ごはん、味噌汁と同様に、副食の調理に参加してもらえるようにする。	メニューの希望を聴き入れ、一緒に調理に参加してもらえるようにする。	6ヶ月
4	45	入浴日は曜日で決まっている。利用者の希望や拒否気味の時は清拭に代替しているが、今後は入浴予備日をつくり入浴可能とする。	利用者の希望により、入浴可能予備日をもつ。	決められた曜日、火、金以外、月、水、木を予備日としてつくる。	6ヶ月
5					ヶ月