

# 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	2375601446		
法人名	(株)森津介護サービス		
事業所名	グループホーム 森津 かめユニット		
所在地	愛知県弥富市森津9丁目14番地4		
自己評価作成日	平成22年10月20日	評価結果市町村受理日	平成23年3月9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.kaigo-kouhyou-aichi.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JGD=2375601446&amp;SCD=320">http://www.kaigo-kouhyou-aichi.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JGD=2375601446&amp;SCD=320</a>
----------	---

## 【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一丁目24番地 COMBi本陣S101号室
訪問調査日	平成22年11月18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)】

ホームは田園地帯の自然の中にあり、開放的で気持ちのよい環境づくりに努めている。日光浴や散歩を楽しまれる方も多い。近隣の小学生やボランティアさんも来訪され、ご利用者様との交流を行っている。

## 【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)】

ホームは、自然の中で近隣の幼稚園児の声が聞こえてくるのどかな環境に建っている。手入れされた芝生は公園のような広大な庭の中にあり、隣接する畑には収穫を待つ野菜が育てられている。利用者の中には、中庭を散歩したり、野菜の手入れをすることが、楽しみになっている。居室から掃出しの窓を通じて、中庭に出入りできる広いウッドデッキが設置され、利用者は穏やかで開放的な生活を享受している。また、花のもてなしは、ホーム全域に気遣われている。ホーム職員は、定期的な会議の他に、随時互いに話し合いながら、より良いケアを目指す努力がみられる。また、ホームの契約医は、在宅重視の医師であることや、他にも認知症の専門医が関わっていることもホームの大きな特色である。

## 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)
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)
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)
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)
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
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
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	基本理念を正面玄関に掲げ、ユニット会議などで話し合い実践につなげられるように努力している。	「暖かい心とケア」をモットーにして、各ユニットで具体的に話し合っって独自のユニットの理念を作りあげた。ホームの理念を正面玄関に掲げ、いつでも目にできる様にしている。	法人全体の理念は職員にも浸透しているが、ユニット毎の理念についての浸透はまだ今後の課題と思われた。今後とも理念について話し合い、理念に沿ったケアの実践に期待したい。
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	地域の祭りや運動会に参加し、又、ホームの畑では秋に芋ほりを楽しんで頂いている。	自治体に加入し、地域の掃除などに参加している。また、地域のお祭りの時には、山車が来るなどの交流がある。ホーム畑で採れる芋掘りの時には、地域の小学生も参加している。近くの幼稚園の運動会を見に行くなど、地域との交流を図っている。	
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	地域の方々に向けた取り組みはしておらず、今後取り組んでいく必要がある。		
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	今年度は奇数月に開催し、ホームの状況報告などを行い、ご提案などを頂き、よりよいサービス提供が出来るように努めている。	会議では、ホームの現状が報告されている。家族の出席も多く、家族会の設立などを提唱しているが成立には至っていない。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	市の調整連絡会議に参加し、関係機関との情報交換を行っている。	市担当者とは、相談や調整会議への出席等を通じ、訪問する機会を作っている。ホームの運営上の問題点やスプリンクラー設置についての相談等、意見や指示を仰いでいる。	
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	必要やむ負えない場合、ご家族様と十分に話し合い、文面にて同意を頂いているが、基本的には身体拘束を行わないように努めている。	やむを得ない場合は、家族と相談のうえ同意書を作成して同意を得ている。玄関施錠については行わず、誰でも自由に出入りができる。新人職員に対しては、管理者等一緒にケアにあたり、身体拘束の意味を理解してもらうようにしている。	
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に注意を払い、防止に努めている	スタッフの連携を密に取ることにより、虐待の防止に努めている。		

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	過去に後見人に移行された方もみえるが、今後、理解を深めていく必要がある。		
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	契約時にはご家族様に十分に説明をさせていただき、ご理解を得るように努めている。		
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	ご家族様とご連絡を取り合い、遠慮されることなく何でもお話が出来るような環境づくりに努めている。	意見箱の設置をしている他、訪問される家族には機会を見て意向を伺うよう努めている。運営推進会議でも、多くの家族に出席を頂いている。	現在、家族会の発足を促してよい良い運営を家族と一緒に考えていく機会にしたいと考えている。今後のサービス向上に向けての意向の把握等への取り組みに期待したい。
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	ユニット会議などの場で話し合いを行っているが、より良いホームになるように努力していく必要がある。	毎月のユニット会議では、原則全員が参加で、意見交換をしている。出席できない職員は議事録を確認し、全員が情報の共有を図っている。	
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	すべてのスタッフが、やりがいや向上心を持って仕事ができるように改善していく必要がある。		
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	研修会などの案内を掲示しているが、ホームとしてバックアップ体制を整える必要がある。		
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	同業者の見学など、幅広く受け入れをしているが、今後交流の場を増やし、サービスにつなげていけるようにしていく必要がある。		

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
<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	ご本人様のご希望や意向などを十分にお聞きし、安心して生活していただけるように努めている。		
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	ご家族様のご希望やご意向をお聞きし、ご要望に沿ったサービスが提供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	ご本人様、ご家族様のお話をお聞きし、必要とされているサービスを見極め、支援が出来るように努めている。		
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	出来る限りスタッフとともに掃除や食事の準備などを行い、関係づくりに努めている。		
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	ご家族様にもご協力を頂き、関係づくりに努めている。		
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	ご家族様にもご協力を頂き、馴染みの場所へと外出が出来るように努めている。	ホームでは、希望に添って馴染みの関係が継続できるように努めている。入居以前からの美容院を希望されたり、宗教の集まりへの参加希望の方については、家族の協力を得ながら、ホーム側も同行する等、必要な支援を行っている。	
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	気の合うご利用者様同士で誘い合って散歩やレクリエーションをされており、今後さらに良い関係づくりが出来るように支援していきたい。		

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	退所後も必要に応じてご相談などの受け入れを行っている。		
<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	ご家族様からの情報などを参考にさせていただき、出来る限りご本人様のご希望に添った生活をしていただけるように努めている。	職員は、日常生活の中から本人の意向を確認している。また、家族の面会時には、本人の趣味なども確認しながら、日常のケアに活かすように努めている。	
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	ご入所の際にご家族様、ご本人様のお話をお聞きし、情報の把握に努めている。		
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	日々の生活の様子を記録に残し、申し送りなどによって、現状把握に努めている。		
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	ご本人様やご家族様のご要望などに重点を置き、介護計画を作成している。	担当職員がアセスメントを行い、ユニット会議で話し合い、職員全員で全利用者の計画の確認を行っている。日々、ケアチェックを行い、会議の参考としている。計画は、3か月で見直し、緊急時を除き半年で変更を行っている。	
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	毎日のご様子を記録し、申し送りなどにより情報の共有をしている。		
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	出来る限りご希望にお応えできるように、通院介助など、柔軟に取り組んでいる。		

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	近隣の小学生との交流やボランティアさんなどの訪問もあり、生活を楽しんでいただけるように努めている。		
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	かかりつけ医がある場合は、ご要望に応じて継続した受診が出来るように努めている。	従来からのかかりつけ医を希望される方も対応できるが、ホーム提携医が在宅専門医であることや、認知症の専門医も往診する態勢もあることで、ほとんどの方がホーム提携医師となっている。	
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	連携している医療機関の看護師と、いつでも連絡が取り合える体制をとっている。		
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。	入退院時には情報の交換を行い、随時面会をさせて頂いている。		
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	重度化が予測される場合には御家族様や関係機関と話し合いを行い、今後の方針を検討させて頂いている。	重度化や看取りに関する指針を作成している。実際に家族の希望により、指針に基づいての看取りが行われている。重度化が予想される場合には、速やかに家族と話し合い、関係者と協力しながら、今後についての話し合いを行っている。	実際には看取りや終末期に対する指針が作成されているが、利用者・家族に浸透されていない面もあると思われる。家族の思いが変わることもあり、早い段階からの説明・話し合いを期待したい。
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	マニュアルにより対応できるようになっているが、今後研修会などを通して、レベルアップしていく必要がある。		
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	定期的に避難訓練は行っているが、今後地域の協力体制を築いていくことが課題である。	近くに民家が少ないが、敷地内に4ユニットあり、夜間4人の職員が勤務しているため、安心感がある。近くに住む職員も多く、緊急連絡網も作成されている。本年度は、消防署の協力は得られなかったが、例年協力を得て訓練が実施されている。	

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
<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	プライバシーを損ねることがないように、声かけなどに注意している。	声かけや言葉遣い等、リーダーや管理者が注意を払い、不適切な職員に対しては指導を行っている。排泄処理については、人目につかない場所まで誘導を行い実施されている。	
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	自己決定ができるように声かけなどの方法を工夫するように努めている。		
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	出来る限りご希望に添った支援を心がけているが、今後改善していく必要もある。		
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	ご本人様が好まれる服装などが出来るように努めている。		
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	畑の野菜を調理したり、食事の準備や後片付けを一緒に行えるように努めている。	食材は、偏らないように業者を3か月ごとに変更しているが、時にはホームの畑で収穫された野菜を使用することもある。職員も食事を共にしたり、月1回程度、外食する機会を作るなど、楽しく食事ができるように努めている。	
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	食事の形態を工夫するなど、必要な栄養が摂れるように努めている。		
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	毎食後口腔ケアを行い、清潔保持に努めている。		

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
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	排泄時にはご本人様の羞恥心に配慮しながら、出来る限りトイレでの排泄が出来るように努めている。	職員は、一人ひとりの状況を把握するよう心掛けています。チェック表を作成し、パターンを把握しながら、尿意の無い方には時間をみながら、トイレでの排泄に努めている。	
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	食事や運動、腹部のマッサージなどにより、便秘の予防に努めている。		
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	出来る限りご希望される日時に入浴が出来るように努めているが、スタッフの都合上、出来ないことも多く、改善していく必要がある。	基本的に週2～3回実施している。希望があれば、毎日の入浴も可能である。利用者の希望に合わせての入浴であるが、徐々に重度化し、個浴の浴槽では支援が難しい為、外部の訪問入浴を利用されている方もある。	現状、基本的に自由に入浴できる意識が職員にはあるが、浴室が個浴であるため、利用者の重度化が進む中、入浴のあり方について、今後の検討に期待したい。
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	生活のリズムや心身状態などを把握し、その方にあった休息をしていただけるように努めている。		
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	処方箋や薬の作用を個々の記録に綴じ、又、往診時の内容を記録し、情報を共有できるように努めている。		
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	ご希望される活動や好まれることを把握し、気分転換ができるように努めている。		
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	喫茶店やドライブなど、外出が出来るように努めているが、今後ご本人様のご希望に添った外出支援を今まで以上に出来るように改善していく必要がある。	日常的には、ホームの周囲を散歩したり、近所の幼稚園まで出かけたり、家族と買い物に出かけたりすることもある。また、なばなの里や、木曾三川公園など、遠方へ多くの利用者と出かける機会も作っている。	

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	金品の管理はスタッフにてさせていただいており、今後買い物などを通して、金品が使えるように支援していきたい。		
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	ご本人様で携帯電話をお持ちになり、連絡を取られている方もみえる。年賀状など、手紙のやり取りも行っている。		
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	リビングの明るさや温度などに配慮し、季節の花を飾るなど、落ち着いて生活が出来るように努めている。	共用空間は公園のように広い庭や、居室から自由に出入りできるウッドデッキがあり、開放的である。リビングには、利用者の作品や外出時の写真が展示されている。また、庭の花や共用スペースなどには生花が飾られ、季節感のある明るい雰囲気である。	
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	中庭やベランダにベンチを設置するなど、自由に生活をしていただけるように努めている。		
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	ご家族様にもご協力をお願いし、使い慣れた生活道具をお持ちいただいたり、写真を飾るなど、工夫している。	居室には大きな窓があり、ウッドデッキへ自由に出入りができる。タンスの上には家族写真も飾られ、あたたかい雰囲気が感じられる。日用品が置けるクローゼットもあり、室内は整頓されている。	
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	ご利用者様がわかりやすいように掲示するなど、自立した生活が出来るように努めている。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム森津

## 目標達成計画

作成日: 平成 23年 2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	13	外部・内部研修の機会が少なく、ケアの質の向上に向けた取り組みが必要。	研修の機会を設け、スタッフの視野を広げ、ケアの質の向上を図っていく。	スタッフのレベルに応じた研修を計画的に、連続して実施していく。	12ヶ月
2	10	運営推進会議がホームからの連絡事項中心の会議になっている。	運営推進会議を、ご利用者様の生活について、ご家族様とホームと一緒に考えていく機会にする。	話しやすい雰囲気づくり、会議内容が充実するように、工夫する。	12ヶ月
3	33	看取りについて、ご家族様や、関係者と早い段階での話し合いが必要。	終末期を安心して過ごしていただけるようにする。	ご家族様の思いを大切に、ホームの指針に沿って早い段階での話し合いが出来るように、話し合いが必要と判断する基準を明確にする。	12ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月