

### 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	株式会社 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23年10月20日	評価結果市町村受理日	平成24年1月17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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2375601446&amp;SCD=320&amp;PCD=23">http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2375601446&amp;SCD=320&amp;PCD=23</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	愛知県名古屋市中熱田区三本松町13番19号
訪問調査日	平成23年11月24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)】

田園地帯の長閑な環境の中にホームがあり、落ち着いて生活が出来る環境がある。広い中庭もあり、開放的で穏やかに生活をしていただけるよう努めている。又、隣接する畑では季節の野菜を育てており、収穫も楽しみの一つとなっている。

#### 【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)】

ホーム周辺は、田畑が広がり静かな環境下にあり、広く手入れが行き届いた芝生の庭があり、利用者にとって日常的な癒しの場となっている。敷地内に系列のグループホーム(森津の里)があることで、夜間の人数が単独の場合よりも多いことで、災害時や緊急時の場合には、協力し合うことも可能である。健康管理面においては、協力医療機関の往診と受診があることで、重度化した場合においても24時間体制で急変時にも柔軟に対応することができ、利用者や家族にとっても安心して過ごすことができるように体制を整えている。また、ホーム敷地内には、様々な野菜が植えられた畑があり、地域の小学生がホームに集まって芋掘りをして利用者とは交流したり、地域との交流にも前向きなホームである。

### 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)	○	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	再確認の意味においても、ユニット会議などで スタッフ間の理念の共有、実践につなげていきたい。	ホームの理念は、ホーム開所時に、職員間で考え作ったものである。法人の理念、運営方針とともに玄関に掲示し、会議等の場でも確認し、職員間で共有し、日々の支援に役立てている。	
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	日常的な交流は現状できていないが、地域の祭りや、運動会の見学などのイベントには参加している。	自治会に入り、地域のごみ拾いや小学校の運動会に参加したり、ホームでの芋掘りには小学生が訪問して一緒に楽しんだりしている。さらに、幼稚園の運動会には駐車場を提供したり、高校生の訪問もある。	
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	現状できていない。地域との交流を深めていくことで、地域貢献をしていきたい。		
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、そこの意見をサービス向上に活かしている	現状の会議は、ホームからの報告が中心となっており、ご家族様から、色々なお話が聞けるようにしていく必要がある。	ホームでは、家族も参加しやすいように土曜日の開催としている。会議では、水害に関してや訪問歯科に関する話し合い等を行ったり、家族からの意見で手すりに掲示物が掛かっていた部分を改善したり、ホームへの理解と運営の向上につなげている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは、毎月連絡を密に取り、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	介護事故などの報告に関しては、届出を行っている。	市担当者とは、毎月開催されている連絡調整会議に出席したりしながら、情報交換に努めている。当ホームの移転について担当者と時間をかけて話し合い、手続きに関する相談を行い指示を仰ぎ、良好な関係を築くようになっている。	
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	新しいスタッフもいる為、再度全スタッフへの勉強会などが必要であるが、基本的には身体拘束をしないようにしている。	基本的に身体拘束を行わない方針であり、職員の入社時に研修を行っている。やむを得ない場合のみ、利用者、家族の同意を確認の上、ベッド柵等、一時的に行うことがある。玄関、ユニット入口には施錠を行っていない。	
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	言葉による虐待については、スタッフ自身が気づいていないこともあり、その都度注意をしている。		

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
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	多くのスタッフは理解不足であり、今後、制度について学ぶことが必要である。		
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	ご利用様、ご家族様にお話をお聞きし、不安な点など、話し合いを通してご理解を得ている。		
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	正面玄関に、ご意見箱を設置してニーズの把握に努めているが、あまりご意見が聞けていないのが現状である。	運営推進会議を土曜日に開催し家族の出席を促し、会議の出席時に意見や要望を確認したり、ホーム来訪時に聞いたりしている。ホーム便りを年4回発行しており、必要に応じて面接する時にも渡したり郵送したりしている。	ホームの行事の際には家族に訪問を促しながら、行事の後に家族で集まって家族会のような取り組みをされると、より関係が深まると思われる。
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	定期的な面談などができておらず、ユニット会議などの場での意見交換にとどまっている。	ホームでは、月1回ユニット会議を行い意思疎通を行っている。代表者は、ホームの現場を職員に任せ、意見や要望は、ホーム長がリーダーや計画作成担当者らとも話し合いながら代表者に伝えるように努めている。	現状、ホームの全体会議は行われていないため、開催を期待したい。また、代表者が多忙のため、日常的な把握が困難なことがあるため、定期的な個別面談等の機会を作られることにも期待したい。
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	人事考課の方法について、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	研修の機会が少ないのが現状で、今後、改善していく必要がある。		
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	必要に応じ、他事業所と相談などをさせて頂いている。又他事業所主催の勉強会に参加させて頂いている。		

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
<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	ご入居の際に、ご本人様の不安が少しでも解消できるように、又、現状を把握できるようにお話をさせていただき、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	ご入居の際に、ゆっくりと話し合いをさせていただき、関係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	出来る限り、ご本人様、ご家族様のニーズに合ったサービス提供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	基本理念でもある「ご利用者様と一緒に生活を楽しむ」ことを目標に、ケアの実践に努めている。		
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	面会の際など、ご家族様から過去の生活のご様子などをお聞きし、ケアに役立てている。		
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	面会以外にも、ご家族様にご協力頂き、馴染みの場所への外出などを支援させて頂いている。	代表者やホーム長は、家族の訪問があった際には、利用者との関係が疎遠にならないように働きかけを行っている。一緒に墓参りに出掛けたり、受診に行ったときに買い物をしたり食事をしたりする方もいる。	
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	仲の良い利用者同士が関われるように、環境面での配慮はさせて頂いている。		

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
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	退去の際には、いつでもご相談させていただき旨お話させて頂いている。		
<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	出来る限り、ご本人様のご希望や、ご家族様からの情報をもとに、ニーズを把握している。	職員は、日々の何気ない会話の中からも一人ひとりの思いや意向を把握し、それらの情報を職員間で共有している。また、6か月ごとに行っているアセスメントの際には、各担当者が用紙を記入し、気づきや変化を取り入れていくように努めている。	
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	ご家族様から情報をいただけるようにお話させて頂いている。		
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	1人ひとりの状態観察に努め、バイタルチェックやコミュニケーションなどから体調面や精神面の把握に努めている。		
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、ご家族様からのご希望などをもとに、現状必要と思われることを最優先に考え、ケアプランの作成に努めている。	介護計画は基本3か月ごとに見直し現状に合わせるように努め、変化があった場合は、必要に応じて見直しを行っている。ユニット会議では、全員の確認を議題とし、計画作成担当者は、担当者、リーダーからの情報の把握に努めている。	
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	ケア日報、個別記録、ケアチェック表、気づき表への記入などにより、文面にて情報共有ができるようにし、ケアプラン見直しの際の参考にしている。		
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	ご本人様の状況により、他事業所のサービスを取り入れている。		

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
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	地域資源を把握・活用したケアの実践は、今後の課題である。		
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、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	かかりつけの医院がある場合は、ご家族、ホーム主治医と連携をとって支援させて頂いている。	協力医の往診が隔週であるが、別の週は併設ホームでの往診であるため、その際に診てもらうことも可能である。さらに、専門医の協力も得られているため、ホームでの対応は柔軟である。また、訪問歯科もあり、必要な治療を受けることも可能である。	
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	連携しているクリニックの看護師と24時間連絡可能な体系をとっており、必要なケアが出来るようにしている。		
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。	入院時には、必要な情報を文面にて医療機関にお渡ししている。		
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	ご本人様の状態により、ご家族様や主治医と連携を図り、支援させて頂いている。	ホームでは、家族、医師とも方針を確認しながら同意書を交わしている。職員間でも方針を確認しながら、重度化への対応を行っている。なお、苦痛や医療行為を行う必要がある場合は医療機関での対応になるが、出来る限りホームでも対応している。	
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	マニュアルはあるが、訓練などは実施しておらず、実践力という意味では今後の課題である。		
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	スタッフ間の緊急連絡網の作成や、非難訓練は実施している。しかし、地域の協力はえられておらず、今後の課題である。	年2回の避難訓練、万一の場合は、併設ホーム職員とも相互に連絡・応援をし、またホーム近くに住んでいる職員の協力を仰ぐこととしている。また、水害被害を検討したり、ホーム内に食料品等の備蓄も行っている。	通報装置を設置し安全への更なる対応を行っているため、職員間で各種の装置を確認しながら、緊急時に適切に使用できるように確認、訓練を続けていくことを期待したい。

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
<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	お部屋へ入る際など、ノックをしてから入室させていただくなどの対応をしている。	ホームでは、接遇マナーに関する貼り紙が、職員が出入りするタイムカードの場所に貼ってあり、職員は日常的に気を付けていくように努めている。言葉遣いや声かけ等、職員の基本的な姿勢について気付きを促している。	
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	意思表示がしやすいように、声かけの方法を工夫している。		
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	例えば入浴などの際に、入浴日だから入っていただくのではなく、ご希望を伺いながら対応をしている。		
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	更衣の際は、ご利用者様と一緒に着たい服などを選ぶようにしている。		
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	ご利用者様と一緒に食事をし、片付けも出来る限り一緒に行うようにしている。	時に利用者が野菜の皮をむいたり、テーブルを拭いたりしている。食材は配達であるが、調味料やおやつは買い物に出かけている。また、外食の機会を設けたり、畑の野菜を食卓にのぼることもあり、職員も一緒に食事をしている。	
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	食事の形態を工夫したり、好まれる飲み物をお出しするなどの対応をしている。		
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	食後は、口腔ケアをして頂くよう声掛けをし、必要に応じて介助させて頂いている。		

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
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	排泄チェック表などから、排泄リズムを把握し、できる限りトイレでの排泄を目指している。	全員排泄チェック表に記録して個々の排泄パターンをつかみ、時間が開いた場合には声をかけてトイレへ案内している。また、入院中おむつだった方が、紙パンツや布パンツ対応に改善した方もおり、個々に合わせた支援を行っている。	
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	運動や寒天などの食物繊維をとっていただくなど、工夫している。		
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	時間帯については、現状スタッフの都合となっていることが多い。	入浴日は基本1日おきであり、車椅子使用の方には、2人体制で対応している。現状、入浴を拒否する方はいないが、必要に応じてシャワー浴も行っている。ゆず湯等を楽しんだり、家族とも話し合い、利用者の状態により訪問入浴を利用している方もいる。	
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	その方の生活リズムに合わせて、声かけなどをさせていただき、休んでいただいている。		
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	すべてのスタッフが薬について、正しく理解はしておらず、今後の課題である。		
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	過去のお仕事や、趣味などから、現在好まれると思われる活動を考察し、支援するよう努めている。		
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	外出の機会は、ホームの周りを散歩するなどにはしているが、ご本人様のご希望される場所への外出はできていない。	天気の良い日には、本人の様子や意向に合わせてながら、ホームの広大な庭に出たりホーム周辺を散歩したりしている。月1回外出の機会を設けており、職員が買い物に行くときに利用者も一緒に出掛けたり、外食や喫茶店に行くこともある。	



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
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	一部のご利用者様は、自己にてお金を管理されているが、ほとんどのご利用者様は、ホームにてお金の管理をさせて頂いている為、支援はできていない。		
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	携帯電話をご自分で管理し、使用されている方もいる。常時手紙のやり取りは出来ていないが、年賀状や暑中見舞いなどは支援させて頂いている。		
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	季節に応じた壁飾りをしたり、リビング内の明るさには気をつけている。また、温度や湿度管理にも注意している。	ホーム入り口やリビングには、小学生が芋掘りに来たときの写真やお礼の手紙が貼られている。リビングは、直接強い日差しが入らない造りであり、天井には天窓が設置されており、空気が循環し、夏場でも風通しが良いように設計されている。	
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	共用空間では、気の合う方向士が寄り添ってくつろげるように配慮はしている。独りになる空間づくりはできていない。		
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	居室は、ご家族様にもご協力頂き、できる限り使い慣れた物を持ってきていただけるようお願いしている。	居室はリビングとは逆に良く日差しが入り、掃き出し窓も全開できるため明るく開放的である。利用者によっては、使い慣れたタンス、イス、テーブル等が持ち込まれ、テレビや仏壇を置いている方もいる。	
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	お部屋の入り口に、ご本人様が分かりやすいように写真を掲示したり、のれんをかけたりと工夫している。		

(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 24年 1月 6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	33	現在、重度化が進んできており、医療との連携を強化し、支援していく必要がある。	終末期まで安心して生活していただけるようにする。	重度化した場合の方針を再検討する。その方針をご家族様へご説明させていただき、ご理解を得る。また、主治医との連携が密に取れるように体系を整える。	6ヶ月
2	35	災害対策を、全スタッフに徹底していく必要がある。	すべてのスタッフが、緊急時に適切な行動をとることが出来るようにする。	通報装置の使用方法などの確認をし、定期的に訓練を実施する。日ごろから、災害対策への意識付けを行い、各スタッフの役割を明確にし、緊急時に速やかに行動できるようにする。	6ヶ月
3	11	各ユニットの会議は実施しているが、ホーム全体としての会議は実施できておらず、ケアの質の向上の為に実施していく必要がある。	ホーム全体の会議を設け、理念の統一、ケアの向上を目指していく。	全体会議の場を設置する。	6ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月