

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	0872500079		
法人名	社会福祉法人 博友会		
事業所名	フロイデグループホーム美和		
所在地	茨城県常陸大宮市鷲子686-1		
自己評価作成日	平成30年5月1日	評価結果市町村受理日	平成30年7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	http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2017_022_kani=true&JizyosyoCd=0872500079-00&PrefCd=08&VersionCd=022
----------	---

【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認知症ケア研究所		
所在地	茨城県水戸市酒門町字千束4637-2		
訪問調査日	平成30年6月5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)】

母体である医療法人と連携をとりながら医師、看護師、薬剤師、管理栄養士の協力を受けて医療と介護のサービス提供を行っている。入所受け入れに関しては、常陸大宮市だけでなく、近隣町(那珂川町)にもご理解があり、地域に根差した運営をいたしております。

【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)】

常陸大宮市の主要道路沿いに建つ、森林に囲まれた自然豊かな場所にある施設である。デイサービスセンターと隣接しており、合同でイベントを開催したりボランティアの方を招いて楽しんでいる。利用者家族からのご協力で、レコード鑑賞会を月1回行っている。また、利用者の介護度の変化に合わせ、ドライブ中心の外出などの工夫がされている。職員の離職率は低く、希望により関連施設内での異動が検討される。

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 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. 全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き生き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、活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
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	グループホームエントランスに事業所理念を掲示し職員で意識共有をしている。	玄関に掲示し、週1回のカンファレンス時に唱和して確認している。精神疾患がある利用者について、日々の関わりを通しての情報をスタッフ間で共有しながら支援に繋げている。	
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	デイサービスを併設にて運営し地域の利用者様との交流やご家族様が交流しやすい環境を整備している。また支所で開催する文化祭には地元の小中学生の作品と一緒にホームとデイサービスの利用者合同の作品を展示している。	地域ボランティアの鷺の子会の方の訪問があり、お祭りや避難訓練など、デイサービスの利用者と共に楽しんでいる。また、子供会を招き、スイカ割りや流しそうめんと一緒に楽しんでいる。近隣高校福祉科の実習は、関連施設で受け入れているため、ホームでは受け入れている。	
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	地域包括支援センターや行政との定期的な意見交換を行い、地域の人々に向けた活動が出来るように努めている。		
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	奇数月に定期的開催し地域包括支援センターや行政と意見交換を実施している。	奇数月の第3または第4金曜日に設定し開催している。行政や民生委員が参加して意見交換が行われている。利用者家族の参加はなく、議事録を玄関に置き閲覧できるようにしている。面会時に見ている方はいるが、意見をもらったことはない。	
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	2か月に1度の運営推進会議に参加して頂き連携をとっている。	生活保護受給されている利用者があり、毎月行政が来ている。グループホーム連絡協議会に参加し、意見交換を行っている。また、ケアマネジャー連絡会に参加して、情報交換を行っている。	
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	エントランスに身体拘束をしないケアの指針を掲示し、職員が共通理解することで身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	以前は関連施設合同で勉強会を行っていた。現在は、資料を基に施設ごとに勉強会を行っている。現在、家族から身体拘束の依頼はない。依頼があった場合は、法人のリスクマネジメント委員会にかけて、身体拘束を行わないための話し合いをする。	

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
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されることのないよう注意を払い、防止に努めている	地域包括支援センターと定期的に交流をもち、情報交換や学ぶ機会を得、援助できる体制を整えている。※事例はなし		
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	地域包括支援センターと定期的に交流をもち、職員が同席する事で援助できる体制を整えている。		
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	契約締結前においては、重要事項説明書の説明を行い、入居の改定においては、問い合わせ先を明記した説明文書の送付や電話対応による説明を行っている。		
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	定期的なアンケート調査を行い、要望等を確認、改善する機会を設けている。	家族会は年2回の9月と3月に開催し、食事会や意見交換など有意義な時間となっている。利用者からの意見として、買い物や外出、好みのジュースの持ち込みなどの依頼があり、反映している。診療報酬改正に伴い、身体拘束に関わる指針について現在作成中である。	
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	定期的な会議を開き意見交換を行っている。	月1回のカンファレンスを行い、モニタリングや意見交換を行っている。外部研修参加後は資料を回覧しているが、伝達研修には至っていない。法人として、リスクや感染、記録、教育委員会があり定期的に話し合いを行っている。	
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	自己目標とそれに伴う評価システムであるチャレンジカード、人事考課文書により職場環境や条件等の指針としている。		
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	自己目標であるチャレンジカードを半期ごとに提出してもらい、本人に見合った目標やトレーニング等の設定を行っている。		

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
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	内部の事例発表を行い、優れた事例に関しては、外部でのセミナーにて発表できる機会を設けている。また定期的に職員を全国セミナーへ参加させ外部交流を行わせている。		
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	入居前にご家族や本人と面会し人間関係の構築や要望等の聞き取りを行っている。		
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	入居前にご家族や本人と面会し人間関係の構築や要望等の聞き取りを行っている。		
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	地域性的問題(他市町村住民の申し込み)や費用の問題等、当施設利用が困難な方に対しては、利用可能なサービスの情報提供を行っている。		
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	職員の担当制を敷き、関係構築により密になるよう努めている。		
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	面会時間の設定を行わず、自由に面会が出来ることで、絆が保持できるように努めている。		
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	デイサービスを併設しており、近所の利用者との交流を促すことで、関係が途切れず維持できるよう援助している。家族や友人などの訪問には、居室にてゆっくり過ごして頂けるよう配慮してより良い関係が途切れないよう支援している。	デイサービスに通所している近所の方が面会に来ている。また、家族や親類が日常的に面会に来ている。お墓参りや遠方の姉妹に会いこいく際に同行し、支援に繋げることができた。家族と定期的に外出や外食に出掛けている利用者もいる。	

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
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	共に野菜づくりをしたり、鉢植えの手入れ、廊下の壁飾りの作成したり、ウッドデッキに出て、外の風、陽にあたりながらお喋り、一緒に家事等を行ったり、イベントを行うなど利用者同士が関わられるよう努めている。		
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	長期入院等でサービスが終了してもお荷物の一時預かりや相談援助等の支援を行っている。		
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	身体機能低下による畳部屋へのベット設置相談、自宅で使用していた馴染みのあるものや家具、自由に持ち込みを行っている。困難な場合は日々の表情や、何気ないこと言葉からヒントを得ている。	日々の支援の中での言動から思いを把握し、支援に繋げている。また、ご家族から家庭での過ごし方や趣味などを聞き支援している。	
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	入院していた先のNSWや居宅ケアマネジャー等と連携し、情報収集に努めている。家族と面談の時に生活歴等細かな事もお伺いしている。		
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	定期的にカンファレンスを行い、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	計画担当者が家族、本人の希望を聴きながら概ね6ヶ月一度管理者、管理栄養士、職員でカンファレンスを行い、その時点で有効と思われるケア計画を作成している。	モニタリングを定期または随時行い、担当スタッフと共に介護計画を立案している。具体的な計画に沿って、記録がされている。今後は電子カルテ導入に向け準備している。計画の同意は、郵送または面会時においてお願いしている。	
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	個別記録や日誌に日々の状況を記載し介護計画の見直しに活かしている。		
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	グループ内の介護用品販売と連携し希望に際して柔軟な対応を心掛けている。一時外出対応も行っている。		

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
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	ボランティアの資源を中心に豊かな暮らしを楽しむことができる。		
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	殆どの入居者が元々、当グループの医療機関がかかりつけ医となっており、連携支援している。入居前に別の医療機関であった方は家族にお伺いして納得して頂き当グループの医療機関に変更となっています。希望のある方は、他の受診援助もしている。	月2回の往診を行っている。突発時はデイサービスの看護師が24時間対応し、連携医師に連絡して調整を行っている。受診内容は利用者一人一人の介護計画に記入し、家族にも連絡している。精神科などの定期受診については家族に依頼している。	
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	日常的な医療相談は、併設のデイサービス看護職員に相談、判断に迷うときや緊急時に関しましては、看護部門責任者もしくは系列医療機関の看護師に相談している。		
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。	系列医療機関とはメールグループウェアソフトでの情報交換が行える体制になっている。また必要に応じては電話連絡も行っている。		
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	入居の際の事前説明において、対応可能な状況や退所の対象になる状況を説明し納得して頂いた上、契約して頂いている。	契約時に終末期に向けた方針について説明し、同意を得ている。病状に合わせて連携医師が家族に説明し、方針を決定している。	終末期に向け、具体的病状に合わせた方針を再度見直すことを検討して頂く。
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	法人全体で定期的に救急救命訓練を行っている。		
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	定期的に防災訓練を行うと共に、近隣の方、ボランティアの方に援助をお願いしている。	年2回の避難訓練を、ボランティアの方の協力のもと行っている。また、夜間は関連施設の宿直に連絡する事で、協力体制ができています。防災無線の活用で、近隣職員にも伝達される。備蓄、備品、水害時の対策についても話し合いがされている。	1ユニットと小規模ではあるが、夜間の災害や地震、不審者など、あらゆる想定に合わせた、具体的な対策が必要と思われる。また、広域避難場所など、マニュアルの再検討を期待する。

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	入所者一人の生活ととらえ、人格を尊重した対応を行っている。	排泄時など人格の尊重、プライバシーの確保に努めながら、日々、支援している。重要事項説明書に、苦情解決責任者の表示の検討をして頂く。苦情については、法人のサービス向上委員会にかけて、話し合い返答している。	
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	食事や入浴の希望等、可能な限り希望に添えるよう努力をしている。		
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	基本的に日課は作らず、就寝時間や起床時間(起床によつての食事の時間)も自由にしてもらう等、その方の生活リズムを尊重している。		
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	家族と連携して、衣類や身の回りの物等、希望したものを援助してもらえるよう努めている。		
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	お茶入れや食事の後片付け等を一緒に行ったり、入所者の希望を聴きながら、おやつ作もを行っている。	法人の栄養士が献立を立案している。日々の食器洗いなど、利用者と共にい支援に繋げている。誕生日会や家族会などでは、献立に合わせて準備を行うなどをしている。外食の機会は減少している。	
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	系列の管理栄養士に介入してもらい、家族の同意のもと栄養管理指導を行っている。		
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	義歯の洗浄、そのほかの口腔ケアを毎食後行っている。月1回から2回歯科衛生士が口腔内チェックを行い、状態に応じた指導助言をもらい、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
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	ポータブルトイレの設置やトイレでの排泄援助や自立支援を行っている。	一人一人の排泄パターンを把握して声掛けを行い、自立に向け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	訪問診療の時と管理栄養士と相談しながら、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	入浴時間や曜日を可能な限り、希望に添えるよう配慮している。	週2～3回の入浴支援を行っている。浴槽は檜風呂となっている。季節の入浴剤や入浴時間などは希望に合わせている。皮膚感染症にも留意している。	
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	就寝時間を自分で決めて頂くと共に、不眠を訴える方には、医師の診察のもとで眠剤の処方等の援助も行っている。		
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	処方箋の説明書をファイリングし、効果や副作用の把握に努めていると共に薬剤師にも相談している。		
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	花壇作り、プランターでの野菜づくり、草花を育てたり、折り紙、壁飾りの作成など楽しみをもつ援助を行っている。		
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	僻地である為、多くは困難であるが、施設の周辺、ウッドデッキにて外気欲を楽しむ。家族の協力を得ながら外出している。	四季に合わせ、関連施設の福祉車両を借りて外出支援を行っている。また、現地にて家族と合流し楽しむこともある。	

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	僻地である為、多くは困難であるが、近くのコンビニ、道の駅での買い物等の援助をしている。		
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	希望があれば、電話は無料で使用して頂いている。また、手紙の投函・そのほかの手配の援助も行っている。		
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	共有スペースの清潔保持を心掛けると共に季節感のある掲示等も心掛けている。夜間の照明も一人一人安心できるような明るさでの対応を心掛けている。	木造の天井は高く、常夜灯によって落ち着いた雰囲気のある共有空間ができている。また、大きな窓からは、日が燦燦と入り、更に暖かな環境になっている。	
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	気の合った同士を同席したり、ソファで寛いだり、ウッドデッキで過ごして頂けるよう工夫をしている。		
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	基本的には、居室への家具やそのほかの物品の持ち込みは自由となっている。馴染みのあるものを揃えご本人の部屋として安心して過ごせるよう工夫をしている。	各居室にはテレビや家族写真、誕生日の手紙などが飾られ、落ち着いた空間作りがされている。季節の花などが飾られ、住み心地が良い空間作りがされている。	
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	居室とトイレに大きなパネルで漢数字とイラストを設置し自立支援に取り組んでいる。		

(別紙4(2))

事業所名: フロイデ総合在宅サポートセンター美和

目標達成計画

作成日: 平成 30 年 7 月 12 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	契約時に、重度化した場合の対応に係る指針について説明し同意を頂いているが、内容が明確でない。終末期の在り方を検討すべき	契約時、ご家族様に重度化に関する対応方法を具体的に説明する事ができるようにする。	重度化に関する関わりについて、グループホーム契約書内に対応方法を定め明確化する。(食事量、栄養状態、など)	6ヶ月
2	35	災害対策について、年2回は避難訓練を行っているが、夜間の災害や地震、不審者などあらゆる想定に合せた訓練が必要ではないか。	夜勤スタッフが安心して対応できるようにしていく。	夜間の想定で出火場所を変えての消防訓練や災害地震など、あらゆる面からを想定し訓練を行う。	6ヶ月
3	49	個別の外出に関して、アンケートで結果が出ているので積極的に対応してもよいのではないか。	外出することで、ご利用様が季節感を感じ気分転換もできる、外出先で外部の方との交流も楽しむ。	ご利用者様、ご家族の要望にそって外出活動を積極的に行っていく。	6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、行を挿入してください。