

### 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	2397500048		
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の里 藤ユニット		
所在地	弥富市森津9丁目14番地8		
自己評価作成日	平成22年10月25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?JCD=2375601669&amp;SCD=320">http://www.kaigo-kouhyou-aichi.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2375601669&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)】

広大な敷地と畑に囲まれ、ホーム内も家庭的な雰囲気作りに努めております。大窓からは、畑や稲の成長を見ることができ、季節を感じるができます。また、畑の野菜の収穫や芝での散歩などのんびり心穏かに生活できる環境です。内科医師以外にも、老年科医師の往診もあり、認知症状の面でもサポート体制が整っております。

#### 【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)】

ホームは、隣接する「グループホーム森津」とともに、同じ敷地内に建っており、1200坪という広大な敷地には、畑があり、芝生も敷かれてあり、利用者・家族をはじめ、地域の方も集うことができる場となっている。広い畑には、様々な野菜が栽培されており、時には、その野菜が食卓にのぼることもあり、利用者の楽しみの一つになっている。ホーム内のケアにおいても、認知症専門医による手厚いサポートにより、利用者が重度になっても安心して支援が受けられる態勢を整えているのが、何よりも心強い。ホームで生活する全ての利用者の穏やかな表情には、職員一人ひとりの献身的な姿勢が伺え、今後も家族とも信頼関係を維持されることを望みたい。

### 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	「理念」をホーム玄関に掲示している。また、理念もユニット会議にて職員で考え、まとめている。	運営法人が掲げる運営方針の他に、ホーム職員が話し合いながら、ホーム独自の理念を作り上げた。職員は、理念にある思いを大切にしながら、日々支援にあたっている。	
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員として日常的に交流している	近所への散歩や外出時には必ず挨拶をし交流を図っている。また、地元へのお祭りに参加している。	ホームは、自治会に入会し、回覧板も回ってくる。小学校の運動会に招待され、特別席も用意されている。さらに近隣にある幼稚園の行事の際には駐車場を提供するなど、相互の交流がある。	
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	地域の方々には、取り組んでいない。運営推進会議の案内を出しているも、出席してもらえず。		
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	定期的に開催し、活動報告を実施している。また、意見交換を行い、サービス向上に生かしている。	今年度より、会議を2月に1回に増やし、出席者との意見交換に力を入れている。家族に意見を求めながら、より良い会議のあり方の検討を始めているところである。	会議の内容がホームからの報告主体になっていることで、毎回同じような内容になっている。避難訓練や地域包括等との連携など、継続して会議が続けられるように取り組まれない。
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	市の調整会議に参加し、情報交換を実施。また、マニュアル作成時等の相談も行っている。	市の調整会議に出席できる際には出席したり、ホーム入居者に関する相談など、市担当部署の判断を仰ぎたい際には相談をしている。	
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	基本的に身体拘束は実施していない。安全面で必要であれば、ご家族様に説明・同意をして頂き対応している。	現状、やむを得ず身体拘束を行う際には、家族の同意書を取るようになっている。また、玄関、ユニットの扉、居室の窓については、夜間以外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	職員同士虐待が見過ごされることのないようにしている。職員同士ストレスをためないように何でも相談できるようにストレスからの虐待がないように努めている。		

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	対象となる入居者様がおらず、支援したことはない		
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	改定する場合は、事前に会議を通して家族へ説明を行い了承を得てから改定を実施している。また、契約前には蜜に連絡を重ね安心して契約して頂けるよう努力を行っている。		
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	常に意見や要望が聞けるようにしている。玄関先には意見箱を設置している。家族様とは、連絡を取り合い、遠慮なく話せる環境づくりに努めている。	ホーム玄関に意見箱を置いている他、ホーム代表者は、家族からの意見の把握に努めている。また、季節ごとにホーム便りを出して、利用者の様子を家族に伝えている。	
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	個別の面談を半年に1回実施。又、リーダー会議の開催などを通して、意見・提案を聞き、反映に努めている。代表が定期的にホームに顔を出し、相談にのるようにしている。	月1回のユニット会議を始め、半年に1回、ホーム代表者等による職員面談を実施し、職員から意見を出してもらうように努めている。日常的にも意見を言い易い雰囲気である。	ホームでは、職員の離職が続くことがあり、それが家族の不安につながっていることは否定できない。職員の定着に向けての継続的な取り組みが望まれる。
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	個々の勤務状況や実績を考慮して、昇給を実施している。また、個別面談を通して、各自が働きやすい環境整備にむけて努力を行っている。		
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	研修に行く機会を設けている。また、研修会等の案内を掲示回覧し参加希望者を募るようにしている。会社内での研修の機会が少ない為、定期的開催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	市が開催する調整会議への参加や、他グループホームと連絡を行い、情報交換に努めている。		

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
<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	安心して生活できるよう、本人の困っていることや不安・要望に対し、傾聴・受容し信頼関係形成に努めている		
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	本人・家族などより困っている事や要望などを聞き、状況報告するようにしている。電話での相談も気軽にして頂いている。		
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	十分な聞き取りを行い、必要なサービスが提供できるようにしている。		
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	コミュニケーションを通して、食事やレク等を共に過ごし支えあう関係を築くようにしている。		
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	面会時、ご本人の状況を報告し、家族の意見も聞き、家族の協力を得ながらご本人様にとって適切なケアが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	家族や親類が定期的に来訪している。また、友人が来訪してくれたり手紙のやりとりをされている。近隣への買い物やかかりつけ医の継続支援。習い事の継続をされている方もおられる。	入居前に関係していたボランティア仲間やサークル仲間が訪問することがある。また、刺しゅう教室や美容院等へ、家族と出掛ける方もいる。また、利用者の希望で、入居前に住んでいた地区のお祭りに行った方もいる。	
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	レクリエーションに参加していただくなどして、利用者同士が関わりあう機会をつくり、良い関係が築けるように努めている。利用者同士の関係性を把握して食事席の配慮などを行いトラブル回避をし、スタッフが仲介に入り良い関係性が築けるよう支援している。		

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
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、相談や支援を実施している。退所後3ヶ月後に現状の聞き取りをおこなうこともあり。		
<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	日々の会話の中から、その人の希望や思いの把握に努めている。困難な場合は、表情や声のトーンなどに注意を払い、何を望んでいるかを見極めるようにして、本人本位に検討している。	外出時、食事時、リビングにいるとき等、1対1になるときに、本人と向き合って、思いや意向を把握するように努めている。得られた情報は記録に取り、ケース会議に活かしている。	
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	入所時の面談を元にアセスメントシートを作成。また、家族様にも生活歴等の聞き取りを実施し、把握に努めている。入所後も会話の中より確認している。		
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	毎日のバイタルチェックやコミュニケーションの中から状態観察を行い、またケース記録や申し送り等で現状把握できるように努めています。		
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	家族の意見を取り入れてユニット会議で話し合い計画作成をしている。状態に急な変化が生じた場合については、その都度見直しを実施している。	職員が日々ケアチェックを行い、月1回の担当者会議で確認している。担当職員がアセスメントを作成し、計画作成担当者が、基本6か月に1回、見直している。なお、急変時は随時見直している。	
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	ケース記録に日々の様子を細かに誰が見ても分かる様に気をつけ記入を実施している。また、申し送りノートや会議で情報を共有し現状に応じた見直しを実施している。		
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	病院受診の送迎や付き添いの実施。自宅への外出時の支援や訪問入浴(実費)利用への支援などを実施している。		

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
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	隣接のグループホームとの交流や小学校や高校生の来訪。フラダンスやボランティアの方々に来所して頂いております。		
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	希望により、入所以前のかかりつけ医への受診も可能。協力医療機関の内科では、月2回の往診と24時間連絡対応の実施。老年科専門医による月1回の往診。歯科往診も実施している。	ホームには、訪問診療専門医による月2回の往診と、認知症専門医による月1回の往診があり、ほとんどの家族がホーム提携医をかかりつけ医としているが、家族が希望するかかりつけ医も可能である。	
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	連携している医療機関といつでも連絡がとれ、またホームの看護師への相談もおこない、早期に異常発見し処置ができるようになってきている。		
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。	病院関係者との情報交換につとめている。弥富市の場合、主の病院が地域包括を持っており、調整会議やその他の場合においてもスムーズに対応できる。		
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、事業所です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	入所時の契約の際に重度化や終末期に関するホームの指針を説明し、同意を頂いている。その後、個々の状態に合わせて、医師よりの助言を元に、家族・医療関係者を交えて個々にあわせて終末期について話し合いを実施し方針決定を実施している。	ホームでは、重度化、看取りに関する指針を作成し、家族と話し合っ、同意を得るようにしている。現状、重度な方もおられ、職員はホームでできることは支援していくこととしている。	
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	急変・事故対応マニュアルがある。しかし、現状応急手当や初期対応の訓練が滞っている。		
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	避難訓練を年に2回実施しており、利用者と一緒に参加している。(夜の想定や火災・地震の想定での実施)ただし、水害時の訓練は未実施のため、今後訓練していく必要有り。水・米や排泄用品を備蓄している。	隣接するGHと合わせて、夜間は4名いることで、夜間に対する安心感はある。避難訓練は年2回実施し、夜間想定での訓練も行っている。また、ホーム内には水をはじめとする備蓄品も十分である。	近隣に住居がないことで、夜間対応は、すべてホーム職員が行う必要がある。利用者の重度化が進んでいる現状もあり、今後も継続して夜間に対する不安を減らす取り組みに期待したい。

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	個々に暖かく、穏かに接し、その人の立場に配慮し、尊厳を守り、抵抗感を持たれない様、言葉づかいこえかや声かけに注意しプライバシーを損なうことの無いよう	トイレに誘導する際には、そっと声をかけたりすること等、一人ひとりの尊厳に配慮するように注意している。ユニット会議でも話し合い、プライバシーに配慮したケアに心掛けている。	
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	本人が意思決定できるようゆっくり話しかけ、難しい場合は二択にするなどしている。		
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し、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	本人の希望を聞き、添えるよう生活ができるように努力している。		
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	本人の好みの服を着ていただき、身だしなみ等を気をつけている。プロによるメイク会などのレクを実施している。		
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	畑で収穫した野菜を活用し、収穫の楽しみを食事の楽しみに繋げる工夫をしている。準備・片づけは利用者の残存能力に合わせ行っていたいしている。	食材は配食業者による配達であるが、時には畑で収穫した野菜が食卓にのぼることもある。調理と配膳は職員が行うが、片付けは、出来る方は行っている。また、ミキサー食など、状態に合わせた食事にも配慮している。	
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	チェック表にて食事・水分量のチェックを実施している。食事・水分量の摂取が少ない方については、極力自分で食べていただけるよう声かけを実施している。		
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に、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、口腔ケアを実施している。義歯の方については夜間、洗浄液にて消毒を行っている。歯科往診にて個々の口腔ケアの注意点などを指導して頂いている。		

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	排泄チェック表にて個々の排泄パターンを把握している。個々の状態に合わせて声かけ・トイレ誘導を実施している。また、自立に向けて努力を行っている。	排泄チェック表を作ることで、時間をみながら、声かけをしている。夜間はオムツ着用の方も、日中は、布パンツにパッドをしている方もおり、トイレでの排泄に心掛けている。	
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	毎日の体操・散歩・乳製品等で便秘のならないよう予防に取り組んでいる。		
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	日中に順番に入浴できるようにしている。体調や気分に応じて無理の無いよう入浴を行っている。	入浴は週2～3回であるが、お風呂を毎日準備していることで、希望に合わせた入浴が可能である。また、リフトが設置されていることで、車椅子利用の方でも安全に入浴することが可能である。	
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	昼夜逆転にならないように昼寝をして頂いている。		
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	医師・薬剤師と連携を図り適切な服薬を行っている。処方箋はカルテに保管し変更等あった場合は申し送りを行っている。		
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	個々の能力に応じ、洗濯物干し・洗濯たみ・花の水やりなどを手伝っていただいている。		
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	散歩・スーパーへの買い物・喫茶店等に出かけている。花火・藤祭り・夏祭り・秋祭り等楽しく外出できる多様なプログラムを実践している。	ホーム周辺の田園や近隣にある幼稚園へ散歩に行くことがある。また、スーパーや喫茶店に出掛けたりもしている。さらに、年2回程度、なばなの里等にも出掛け、利用者の楽しみになっている。	

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	スーパーでの買い物など、ご自分のお財布を持って頂き、支払いを行っている。		
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	ご本人様より、電話の要望があった場合には、電話をしていただくようにしている。ご家族様の希望に応じ、控える場合もあり。また、年賀状や暑中見舞いなどを書いてもらっている。		
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	季節感が出せるよう利用者様と共に壁面製作を行い、居心地良く過ごせるように工夫している。清潔保持のため、毎日掃除を行っている。	ホームは、広大な庭があることで開放的である。利用者は居室から自由に外のウッドデッキに出ることができる。リビングや廊下には、行事やお出かけの際に撮った写真が掲示されており、利用者の様子を窺うことができる。	
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	自由に居室へ行かれたり、ホールで過ごせるようご本人のペースに合わせて支援している。ソファや食卓椅子など、自由に座っていただけるように配慮している。		
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	入所前に使用していたものを持ち込んで頂いたりしている。	居室には、テレビ、家具をはじめ、使い慣れたものを持ち込むことができるが、ベッドはホーム備え付けとなっている。窓は掃き出しになっていることで、開放的であり、圧迫感を感じない。	
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	居室入り口に写真と名札を配置し、ご自分の部屋だと認識しやすいように工夫している。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム森津の里

## 目標達成計画

作成日: 平成 23年 2月 25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	11	桜ユニットにおいては、職員の定着率が低く、入れ替えが頻回にあったため、利用者様及び家族への不安につながっている。安心できる生活を提供する為にも、顔なじみのスタッフで支援していける体制作りが課	職員の定着及びやりがいのある職場環境づくり。	日々の職員とのコミュニケーションにより、各スタッフの思いの把握及び個々の思いを表現できる体制作り。定期的な面談の実施を継続していく。いつでも、話しやすい環境づくり。	12ヶ月
2	40	広大な畑があるものの、食材を業者に依頼している関係上、活用できていない部分もある。また、業者のため、レンピにマンネリ化がみられる。食への楽しみをもっと広げていきたい。	豊富なレパートリーでの食事提供。また、利用者様のリクエストに応じた食事や利用者様との定期的な買出しを行って行くことで食への楽しみを増やす。	調理員との会議を定期的に行き、調理員の意見も含めながら、食事内容の見直しを実施していく。利用者様のリクエストメニューの日を決め、それに応じた食材の買出しを利用者様を行っていく。	12ヶ月
3	13	研修が滞っており、研修を定期的に行う必要がある。	施設内研修開催や外部研修等への参加により、職員のレベルアップをはかっていく。	関係機関等(薬局・消防署等)に研修の協力を要請し、研修を開催することで、関係機関との交流にも繋げていく。外部研修にも積極的に参加して頂けるよう個々の能力に応じた研修参加を促す。	6ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月