

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	1174200640		
法人名	社会福祉法人 武蔵野福祉会		
事業所名	グループホーム 四季の丘		
所在地	本庄市児玉町飯倉170-3		
自己評価作成日	平成24年12月10日	評価結果市町村受理日	平成25年3月8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)】

高齢者の皆様が生まれ育ち暮らしを育んでこられた地域の豊かな自然環境の中で、ゆったりと自由にご本人の思い思いのペースで過ぎて頂ける様支援させて頂いています。
認知症の進行、身体機能の衰え、医療ニーズが高くなった状態においても、住み替える事無く安心して暮らし続けていく事が出来るよう、ご本人またご家族に寄り添い、親切丁寧にケアを実践させて頂く事に努めています。

※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.kaigokensaku.jp/11/index.php
----------	---

【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)】

- ・利用者個々の観察を細かく行い、その人らしいとは何なのかを確認し、本人が不満を抱えたままにならないように努められている。また、目的を持って計画的に研修を実施することで、職員の意識や能力を継続的に高めている。
- ・ご家族アンケートでも、「本人の気持ちを優先してくれて、細かいところまで気配りしてくれています」、「24時間体制でケアしてもらえる」、「職員の異動が全くなく、このことが素晴らしい」などの高い評価が得られ、ご家族が現在のサービスに十分満足されていることが伺える。
- ・目標達成計画の達成状況については、認知症に対する理解向上を掲げ、認知症に関する職員個々の課題を目標として能力向上に取り組まれたこと、又、災害対策についても、防災に対する近隣への声かけが功を奏し、協力体制が強化されていることなどから、目標が達成されている。

【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 ケアマネージメントサポートセンター		
所在地	埼玉県さいたま市中央区下落合五丁目10番5号		
訪問調査日	平成25年1月27日		

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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	法人の理念が「利用者・家族・地域との輪」を表すロゴマークであり、地域の人々に親しまれる施設でありたいと、会議や研修を通して理念の共有に努めている。	平成25年度からの「絆・権利・誇り」をテーマとした新しい理念が作成されている。それを基に、ユニット別に年間行動目標を作ることにより、理念に基いた行動とは何かを職員が再認識し実践に繋げている。	
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	自治会に加入しており子供神輿の訪問等がある。日常の散歩や外出を通して花や農作物を頂いたり、交流は自然体に行っている。	ボランティアや小中学校・保育園の子供たち、自治会の祭りの子供神輿などの訪問を受けたり、散歩の際など、農家の方々より農作物をわけていただくなどを通じて、日常的に交流が行われている。	
3		○事業所の方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	運営推進会議やボランティアスクール、また他の施設や地域包括支援センターにおいて認知症の理解について講習を行った事もある。		
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	サービスの実際の取り組み状況や、評価結果の報告等提示し、ご意見を伺いサービス向上に向けて取り組んでいる。	定期的開催され、事業所からの状況報告だけでなく、参加者から提案があった、職員の名前と顔を一致させるための掲示や避難訓練時の段差の対応など、検討を経て実現させる努力がなされている。	
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取り組んでいる	運営推進会議の内容や結果報告等含め相談や協力関係を築くよう努めている。	運営推進会議の内容を報告したり、入居の相談を受けることなどを通して、日頃から情報の共有が行われ、いつでも相談できる関係の構築が図られている。	
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	開設当時から身体拘束をしないケアは目標であり、人権尊重の基本と認識し、その実践に取り組んでいる。	無視や言葉による拘束も含めて身体拘束をしないことが前提であり、家族も含めて話し合い、意識がぶれないように、かつ、経験の浅い職員が負担を感じすぎないように、助言をする体制が築かれている。	
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	年間研修の項目にも取り入れ、言葉使いや態度にも注意を払い防止に努めている。		

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	研修でも学ぶ機会を設けており、実際に活用されている方も居られる。		
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	十分な時間をかけ丁寧な説明であるよう心がけ、納得が得られるよう努めている。		
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	面会や利用料の支払い時等を通して、ご意見や要望をお聞きしサービス提供に資するよう努めている。利用者様と接する日常の会話の中からも意見や要望の把握に努めている。	利用者の言葉にはじっくり耳を傾け、ご家族に対しては、月1回の個別のお便りで日常生活の様子などを伝え、来所時には必ず話を聴くようにされている。出された意見や要望は検討を経て運営に活かされている。	
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	職員会議や法人全体の管理者会議があり意見や提案がケアに反映出来るようつとめている。	業務に対しての意見や提案は、段階を追って会議で検討し、実行に移す体制が作られている。ケース記録等においても、是非伝えたいところには下線を引くなど、上司へ伝え易くするためのルールが決められている。	
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	向上心や意欲を持って仕事に取り組んでいけるよう、職場環境の整備に努めている。		
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	職員が学びながらスキルアップしていく事が支援されている。		
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	地域の研修会への参加や、管理者は同業者との交流があり、サービスの質の向上に努めている。		

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
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	入居前の面接を丁寧に行っている。入居された後は密に接し不安感の除去に努め、安心して暮らして頂ける様努めている。		
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	入居前後のご家族の不安や心配事等、面会等の機会を通しご意見や要望等伺い、良好な関係作りに努めている。		
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	お話を伺いながら情報提供を行い、必要に応じ適切なサービスの提供が出来るよう努めている。		
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	ご本人の「出来る事」を日々の暮らしの中で活かして頂けるよう支援し、共に暮らす関係でありたいと取り組んでいる。		
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	ご家族の協力はご本人を支える上において大切な事であり、職員と共同体となって共に暮らしやすいケアが実践できる様、関係を築いている。		
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	ご家族のみならず友人・知人の面会も多く馴染みの方との交流が途切れないよう支援に努めている。	知人や友人の来訪時は、茶話会などの接遇がなされることで、訪問し易い雰囲気が作られ、訪問者が多く訪れている。また、地元の馴染みの店舗への買い物などの外出も行われ、関係継続の支援がなされている。	
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	入居されている方が共に過ごす時間がああり、係わりを持ちながら支え合う関係性作りを支援している。		

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	サービス終了後も電話連絡等があり、地域で暮らす関係性に変わりはなく、相談等にも丁寧に応じている。		
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	日々、ケアの関わりを通して意向や要望の把握に努め、ご本人の視点に立った支援が出来るよう努めている。	会話や行動の特徴と生活歴を重ね合わせ、思いや要望を捉えるようにされている。変化が見られる場合は、注意深い観察と家族との密な情報交換を行ない、本人が不満を抱えたままにならないように努められている。	
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	ご家族やご本人からも生活歴や習慣等丁寧な情報を収集し経過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	健康状態やご本人の思いを日常の関わりを通して把握し、ご本人のペースで過ぎて頂ける様努めている。		
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	ご家族の希望や要望等をお聞きし、ご本人の思い等日々のケアの中から把握し、介護計画に反映出来るよう努めている。	日頃の会話などを通して、本人や家族の意向を捉え、介護職員・主治医・看護職員等の意見をまとめ、自立を視点に介護計画が作成されている。認知症に関する職員個々の課題に対し、能力向上に取り組まれている。	より良い介護計画の作成や適切なモニタリング能力の向上の為に、認知症を中心に、介護職員一人ひとりの能力向上を目指した学びを継続されることを期待します。
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	ケース記録や夜勤日誌、申し送りノートを活用し、全員が情報を共有し、ケアの実践や介護計画の作成に反映出来るよう努めている。		
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	その折々の表出されたご希望に沿えるよう柔軟な対応に努めている。		

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
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	馴染みの商店や美容院に出かけたり、地域の方達と交流しながら暮らす事が出来るよう支援している。		
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、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	入居前の面接・説明時等に協力医療機関の説明を行っている。ご本人や家族の希望により掛かり付け医との連携も可能である。	入居時に説明される協力医療機関を主治医とされる利用者が多いが、従来からのかかりつけ医や専門医を必要とする場合は家族とも相談し、職員による通院支援が行われるなど、適切な医療が受けられる支援がなされている。	
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	看護師の資格を持った職員が居り、看護職と介護職は日々の健康管理や医療処置等が適切に行えるよう連携している。		
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。	入院された際は頻繁に医療機関に出向き状態の把握に努めながら医師や家族と相談し、早期退院が可能であるよう連携している。		
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	早期にご本人やご家族の意向を把握する事に努めている。重度化した際は状態の変化に合わせて、その都度ご家族や医師と話し合う機会を持ち、方針が共有できるように努めている。	終末期については早い段階から家族との話し合いを重ね、事業所としてできるところまでの対応がなされている。看取りに関しても家族と医師の協力を得て積極的に取り組もうとされており、職員の意識の確立にも努められている。	
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	職員研修等で知識や技術の習得に努めると共に、重度化した際や緊急時を想定し日々のケアの中でも実践力が身につくよう努めている。		
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	消防署の協力を得ての総合訓練や、夜間想定での避難訓練を行っている。	消防署の協力を得て総合訓練と夜間を想定した訓練が行われている。防災に対する近隣への声かけが行われ、一部の地域とは災害時相互援助協定が結ばれており、埼玉県地域防災サポート事業所にも登録されている。	地域への働きかけが功を奏し、相互援助協定が結ばれるなど、協力体制が築かれつつありますが、より強固な体制とするためにも、訓練と地域への働きかけの継続を期待します。

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
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	自尊心を傷つけない声かけやケアの在り方等、十分な配慮を行いながら日々のケアに取り組んでいる。	利用者が聞かれたくないことや聞きたくない言葉は、話さない使わないなど、利用者を目上の人として敬意をはらった対応がなされている。また、研修会などでは反省点を確認し、職員の自覚が促されている。	
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	日常の関わりやゆっくりと話し合う機会の中から、ご本人の思いや希望の把握に努め、支援できるよう努めている。		
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	どのように日課を過ごされたいか、一人一人のペースに沿った支援が出来るよう努めている。		
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	ご本人の好みに沿った身だしなみや服装が整えられるよう支援している。		
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	ゆっくりと和やかに食事が出来るよう配慮し、その人の出来る事を尊重しながら片付け等が出来るよう支援している。	食事作りは隣接するケアハウスの協力を得ているが、おやつや行事食は事業所で作り、楽しむようにされている。利用者には能力に応じて参加してもらっている。	
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	摂取された食事量を把握・記録し、水分摂取も含めて適切であ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	毎食後の歯磨きは習慣になっている。困難な部分は磨き直しをする等の支援を行なっている。		

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
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	排泄チェック表により排泄パターンの把握に努めている。出来る限りトイレでの排泄が可能であるよう支援を行っている。	通常のトイレとポータブルトイレを利用者自身の判断で使い分けていただくなど、利用者の持っている力を利用してできるだけトイレでの排泄を支援している。おむつを使用されなくなった利用者の例もある。	
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	乳製品や根菜類の摂取等に努め、運動も含め工夫や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	決まった曜日はあるが、希望や状態に応じ随時の入浴も可能。菖蒲湯や柚子湯、バラ湯等楽しんで頂いている。	入浴日は原則決められているが、ゆっくりと楽しんで入浴していただけるように介助や声掛けに注意がはらわれている。また、2号棟には機械浴が設置され、複数の職員で対応するなど安心して入浴できるように配慮されている。	
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	暮らしは本人のペースを尊重している。活動、休息等思い思いに過ごしていただき日中穏やかに過ごされる事で、安心して眠ら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	処方箋をファイルし服用の経過や副作用の把握に努めている。不明な点は薬剤師の助言があり安心して服用できるよう支援している。		
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	一人ひとりの出来る能力を尊重し、支援を受けながら役割や楽しみを持ったり、気分転換等が出来るよう支援している。		
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に支援している	日常の散歩や買い物、外食等に出かけられる様支援している。ご家族や知人と外出される方も居られる。	散歩は日常的に行われており、季節のうつりかわりや行事を楽しむための外出も計画的に実施されている。また、家族や知人の協力を得て個別に外出を楽しまれる方もおられる。	

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	小額の金額を所持されている方も居られる。買い物の際等ご本人が自ら支払いが出来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	電話はいつでも利用可能である。手紙を書く方も居られ、宛先の確認や投函の支援を行っている。		
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	居心地良く暮らして頂けるよう、清潔な環境を心がけ、四季を感じる事が出来るようつらえを工夫し、居心地良く過して頂ける様支援している。	多くの花で華やかに玄関が飾られたり、各場所を示すのれんがかけられ、雰囲気作りと共に利用者が迷わず行き来できる工夫がなされている。整理整頓は利用者、清掃は職員がと、主な役割分担がなされ、居室と共に清潔な共用空間となっている。	
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	一人自室で過されたり、お互いの部屋を行き来されたり、和室でくつろぐ事も可能であるよう工夫している。		
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	使い慣れた物や好みの物を持ち込まれご家族とも相談の上、思い思いの過しやすい居室であるよう工夫している。	本人や家族と相談し、ベッドの位置や向きなど一人ひとりの生活習慣に合せた配置になっている。また仏壇や写真、人形などの馴染のものが持ち込まれ、落ち着ける雰囲気づくりが支援されている。	
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	玄関から屋内はバリアフリーで手摺りを設置、車椅子の方でも出来る力に応じて自由に移動し生活されている。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 グループホーム 四季の丘

作成日: 平成 25年 3月 7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	認知症を中心に、介護職員一人ひとりの能力向上を目指した学びの継続。	地域密着型サービスの従事者として、専門的知識や技術を習得し、質の向上を図る。	各自の理解や習熟度に応じた評価を行い、段階的に技術や知識を身につける事が出来るよう実践し、質の向上に繋げる。	12ヶ月
2	35	災害対策について、より強固な体制とする為にも、訓練と地域への働きかけの継続。	災害時、昼夜を問わず利用者が安全に避難する事が出来る。	①更に法人の他事業所や地域の人々の協力を得ながら避難訓練を実施する。 ②職員会議・研修において災害に対する知識の習得や訓練を重ねる。	12ヶ月
3					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。