

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	2072200518		
法人名	ちいさがた福祉会		
事業所名	グループホーム フォーレスト		
所在地	東御市常田18-1		
自己評価作成日	平成24年9月	評価結果市町村受理日	

※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.kalgokensaku.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社マスネットワーク 医療福祉事業部		
所在地	長野県松本市中上19-6		
訪問調査日	平成36年11月29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)】

「あなたが望む暮らしを、あなたと一緒に考えます」今年度のフォーレスト理念のもと、「その人にとっての日常・普通の暮らしとは」を考えながら、入居者・職員が共に、過ごしています。また、グループホームに入所される前の暮らしに着目し、決してグループホームへの入所が、地域社会との「今生の別れ」とならないように、地域への外出等を権力自由に、すぐに行えるようにする等、職員で協力して行っています。又、季節の行事も、入居者・家族とともに職員も一緒に楽しむようにしており、共同生活の楽しみをみつけるようにしています。

【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)】

保健・医療・福祉の各施設が緑豊かな東御中央公園に隣接する一角に集まり、住民が安心して利用できる「福祉森」として実現した中にグループホームフォーレストがある。施設の一帯からは浅間山、千曲川を望み、田畑や自然に囲まれた穏やかな緑地帯を活かして施設らしくないたずまいで溶け込んでいる。家庭的な環境と地域住民との交流の下での小規模ケアへの取り組みは、東御市での福祉事業への先駆けとしてきた「ちいさがた福祉会」が母体となり、組織的にバックアップを果たしている。隣接の特別養護老人ホームとは、血縁関係を維持しつつも、地域密着型サービスを提供する施設としての責任と自覚が独自の理念として浸透してきており、認知症ケアに対する志を持った職員が馴染みの環境と人間関係の構築に日々の努力が傾える。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目№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

ユニット名()		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 ↓該当する項目に○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、求めていることときよく聴いており、信頼関係ができています (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	利用者や職員が、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:2,70)	○	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強がり深まり、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、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
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	毎年度、事業方針・事業目標を作成し、職員全体が認識している。今年後は理念を職員全員で話し合っって新たに決定し、その理念のもとで取り組んでいる。	平成23年度より新たな理念を作り実践している。会議時に意見が相違した時には原点に立ち返る時に理念が役立つことがある。	
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	地域の行事(どんどん焼きや子ども相撲等)に入居者と一緒に参加している。	日常的に外出を行い、地域の方々と触れあう機会が多い。自治会のしめ縄づくりは、グループホームを開放して一緒に作る習慣も創り上げた。	
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	認知症キャラバンメイト講座を定期的に地域の住民等にむけて行っている。		
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	2か月に1回第2金曜日に入居者・入居者家族・市の関係者・区長・支区長等が参加し会議を実施している。地区行事や防災訓練にも相互に参加している。尚、会議は今年度よりホームの中で実施している。	地域密着型サービスの役割を果たすために、運営推進会議の委員が地域との懸け橋として協力している。評価で明らかになった課題も解決できることが増してきた。	
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に取り組んでいる	市の地域包括支援センターなど福祉関係の窓口になっている福祉センターが近くである為、必要時に相談をしている。 広域相談員が3ヶ月に1回2人定期訪問されている。	日頃より、運営や現場の実情について伝える機会を作るように行き来している。市及び広域相談員などとの情報の共有が充実してきた。	

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
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	身体拘束については、重大な人権侵害となる事を、職員へ指導している。1名過去にベッドから転倒した事から本人・家族の希望により4点褥を使用している。 玄関も口中は開錠しており、基本的には出入りを自由にしてている。	職員の見守り方法を徹底し、一人ひとりのその日の気分や状態を把握することで鍵やセンサーに頼らない自由な暮らしを支援している。	
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逃されることのないよう注意を払い、防止に努めている	虐待防止については、職員同士で意識して防止に努めている。職員のストレスにも配慮し、ルーティンの業務量を減らす等して、落ち着いた入居者との関わりをもてる環境をつくっている。		
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	職場内研修等を通して学んでいる。 成年後見制度については、制度を利用した入居者も過去にあり、その制度の意義について職員も理解している。		
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	実施できている。		
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	家族からの意見は、記録に残し、速やかに対応している。新年会では家族懇親会も実施できた。また、家族を対象としたカルヤースクールもフォーレストとして行っている。	職員の入れ替りにより、馴染みの関係が維持できるように家族との懇親会を実施した。年4回程度は行事等を通じて入居者や家族と係る機会をつくり意見を聞くようにしている。	
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	1か月に1回の事業所会議を実施している。欠席者には申し送りをして、内容の周知を行っている。	管理者、リーダーは職員の意見を聞くように心がけている。職員の意見や要望がケアの現場や運営に取り入れられている。	

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
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	法人として人事考課制度がある。 グループホーム内の就業環境についても、グループホーム単体のみならずフォーレスト全体の課題として捉え、改善に取り組んでいる。		
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	その職員一人ひとりの特性をふまえて、研修期間や、内容を設定している。また、今年度は職員個々が希望する研修を1回以上受講し、それぞれが、関心のある研修に申込み、受講している。		
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	他法人のグループホーム職員と相互に意見を交換する場や、お互いの施設を体験しあう事業に参加している。		
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	センター方式のアセスメントツールを活用しながら、本人と面接をする事で、不安な事、要望等をききとっている。又、それらに対してすぐに対応し、信頼できる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	入居希望者名簿に沿って、定期的に入居待機者との面談を実施している。その際に家族の方の不安や要望等も傾聴している。入所してから、その関係を継続し、どの職員も面会の際等に家族のお話しをきき事ができている。		
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	入所相談に来所する家族等も少なくないが当該事業所では対応できない場合であっても他事業所を紹介する等、地域の認知症の方がいる家族の支援も行っている。		

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
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	センター方式の書式を活用し、日々の支援の振り返りを行っている。		
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	家族にも入居者の支援に協力して頂いている。		
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	馴染みの店や、知人・友人とのつながりを本人の要望に応じて、継続できる支援をしている。	近くに大型ショッピングセンターがあるが、場面ごとに利用している。あえて馴染みの店を利用する支援も行っており、友人等も施設へ訪問していただく工夫も行っている。	
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	共有スペースの座席位置も入居者同士の関係性を考慮し、決定している。 入居者同士で、話し合い、居室を訪問し合う場面もみられている。		
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	亡くなった方や、入院退所となった方、また、他施設へ転居された方々へも訪問・面会する等して、本人・家族との関係性をつないでいる。		
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	日々の言動を細かく記録し、職員間で情報を共有している。検討する際は、「あなたが望む暮らしをあなたと一緒に考えます」の理念に立ちかえっている。	施設で作成した「私の気持ちシート」を活用して、職員が入居者の心や気持ち、言葉にしづらいことをシートに記入して全職員が把握している。	

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
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	初回のアセスメント時に本人・家族からきとる。また、日々、お話しする中で、その方がよくお話しになる過去の事を、職員で認識しています。		
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	定期的なモニタリングを通して、入居者の方の現状を職員同士で認識している。		
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	定期的モニタリングを行い、ケアプランの見直しを行っている。ケアプランの実行表にて、日々のケアプランの実施状況を把握できるようになっている。	職員は入居者の行動や、言葉から状況を把握するよう努めている。家族からは面会や、行事の参加の折に意見を伺って介護計画に反映させている。	
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	生活記録・ケアプラン実行表を日々記録し、職員間で情報が共有できている。		
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	併設したフォーレスト内の機能は利用できるようになっている。		
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	この地域の社会資源を把握している。		

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
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	基本的には嘱託医への受診となるが、希望により他の医院へ受診する方もいる。専門医については、希望の専門医に受診して頂いている。隔週に嘱託医の往診あり。又、看護師との情報交換を日々行っている。	入居時に家族の了承を得てかかりつけ医の変更をしていただいている。専門医への受診はかかりつけ医から速やかに連携しており、通院、入院の対応も職員が行っている。	
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	月曜日～土曜日、午後1時30分に看護師がGHを訪問し、職員と入居者の健康状態について確認及び相談する時間がある。		
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。	基本的に入院は嘱託医の病院となるので、情報については、システムにのっかってスムーズに伝達できている。 又、病院との連絡は、看護師により行っている。		
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	今年7月には、1名の方を見送った。 生前の本人の意思と、家族の願いを2月の段階からききとり何度も対話を重ねた上で、職員へ予測される事態を事前に周知しながら行った。	事業所が対応しうる最大限の支援方法を話し合い、その人の希望に合った支援とその都度決定している。	
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	マニュアルを指導している。 緊急時の連絡体制も職員間で認識している。		
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	併設の施設で地区との防災協定を締結している。今年度は消防団の立ち会いの中、防災訓練を実施している。 ホームにはスプリンクラーや自動通報装置が備えられている。	消防団、隣接施設と連携して避難誘導訓練及び、防災訓練を実施している。	災害に備えた備品や、備蓄食料については、非常時に何がどれくらい必要かを職員と検討して、必要な物を準備しておくことが求められます。

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	プライバシーについてグループホーム内で職員へ指導している。 又、日々の生活の中でも、入居者のプライバシーに配慮した介助ができています。	人に聞かれたくない話の時は、場所を変えて話すようにしている。特に、馴れ合いの中で本人の尊厳を維持するよう対応に留意している。	
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	「～へ行きたい」「～がほしい」「～したい」等の希望は、「できません」と答えるのではなく、権力、できるように工夫している。また、やむをえずできない時は本人へ説明し、了承して頂く。		
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	入居者の一日のペースを大切にしています。 特に、日課等は決めていません。		
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	毎朝、着替えて共有スペース(食堂)にでてきて頂いています。 夏祭りの時には、浴衣に着替え、化粧して頂く等、ボランティアの方の協力もえながら、装いを楽しんで頂いています。		
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	誕生日・行事の時は、入居者に希望をきいてメニューを決めています。三食の主菜は業者が配達してくれますが、副菜・味噌汁はGHで調理しています。	共同作業の中で個々の能力に応じた分担をお願いしている、好みにより、主食をパンにするなど希望にも対応できるようにしている。	
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	管理栄養士が献立を考えています。 食事量・水分量は日々記録し、看護師に伝達し、いつもと異なる場合は、補助食を提供する等、対応しています。		

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
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	口腔ケアは、就寝前にお声をかけ、入れ歯を洗浄して頂く等して、実施しています。		
43	(16)	○排便の自立支援 排便の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排便のパターン、習慣を活かして、トイレでの排便や排便の自立にむけた支援を行っている	排便チェックリストにより利用者一人ひとりの状態を把握しています。一部介助の方が2名いますが、排便パターンを職員間で認識しており、すみやかに介助ができています。	一人ひとりのサインを見逃すことがないように気配りしている。排便状況を把握し、適宜誘導を行い、トイレで排便できるよう支援している。	
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	排便チェックリストにより、排便パターンを確認し、下剤でのコントロール等、看護師と一緒にを行っています。		
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	週2回以上の入浴を、午後・夕食後の時間帯で毎日行っています。入浴チェック表にて、入浴されていない方には、様子を見てすすめています。季節の変わり目には、りんご湯等を楽しんで頂いています。	入浴は、希望により時間も選ぶことが出来る。入浴拒否の方には、声掛けを工夫して無理のないように入浴していただいている。	
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	室内の温度管理には、注意しており、室温チェックも実施しています。夜勤者により、入居者一人ひとりの夜間の睡眠状況を確認しています。		
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	定期では、月に2回薬が処方されます。処方された薬の仕分け・記名・服用時間帯の記入等の管理作業を通して、入居者個々の服薬状況を職員一人ひとりが認識しています。		

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
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	飲酒を嗜好していた方には、行事にはお酒を提供する等しています。他にも、入居するまでに楽しまれていた習慣や趣味等も権力継続して頂いています。 敷地内には畑もあり、皆で育てています。		
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	季節の行事(初詣・登見学等)には、例年出かけています。又、日常の中でふと、「～に行きたい」との話があった時は、午後の時間帯を利用して、比較的自由で簡単に出かけられます。	外出計画に添い定期的実施しているが、日常会で話が出たときは、個別の支援を随時行っている。	
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	買い物に行った際に、入居者個人が自らのお金で自らの物を購入する等して頂いています。		
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	家族への電話は、事前に了承をえており、自由にかける事ができます。(電話料金は頂いていません)		
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	廊下と廊下の間に中庭があり、明かりが十分にとれ、共有スペースは窓も大きく、見晴しもよい。又、廊下やトイレ等も車いすや歩行器を使用している、十分な広さを備えている。	日中はフロアに集まり、自分の居場所できつろぐことができる。飾り付けや家具の配置は、「自分の家」だという意識を高めてもらうようにしている。	
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	スペースの関係上なかなか一人になれる場所がありませんが、離れた位置にソファを設置する等して、工夫しています。		

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
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	居室には、入居前に使用していた家具の持ち込み等を推奨しています。又、TVを置いて頂いたりして、個々人が以前の住居と変わらずに、気兼ねせず過ごせる環境としています。	居室には表札が掛けられて、入居者が以前から使用していた思い出の品が持ち込まれている。居室では遠方の家族が宿泊することができるように支援している。	
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	バリアフリーで設計しています。 死角があり、転倒リスクが高い人の場合は了承をえてセンサーを設置する等して、安全に努めています。		

目標達成計画

作成日:平成25年1月23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	26	○実施の災害時の必要な備品について、より具体的な状況を想定して準備する事が必要。	具体的に想定される災害に対し十分な備えをし、入居者の生命をまもる。	地震・火災等の具体的な災害を想定し、それに併発する大規模停電等も想定した防災訓練を計画し、年数回実施する。	3ヶ月
2	33	○加齢とともに、入居者の重度化もすすみ、医療との連携体制をより具体的にする必要がる。	医療との連携体制をとり、入居者・家族が安心して生活を継続できるようにする。	フォーレスト看護師との連携の内容を具体的に一覧にまとめる。GHの介護職員が実際にどのようにすればよりよい連携となるのかを常に検証する。	2ヶ月
3					
4					
5					

注)項目の欄については、自己評価項目の№を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入して下さい。
目標達成計画