

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	2371300894		
法人名	医療法人 福友会		
事業所名	グループホーム山守寿 Aユニット		
所在地	名古屋市守山区川西1丁目306番地		
自己評価作成日	平成25年 1月 7日	評価結果市町村受理日	平成25年3月13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.kaigokensaku.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&Jigvosyo_Cd=2371300894-00&PrefCd=23&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『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25年2月7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)】

静かな住宅地の中、明るく和やかに落ち着いて暮らしていただけるように工夫している。又、同法人の協力病院・老健が近隣にあり、容態急変時や介護困難が発生した場合に即座に対応・相談が出来る体制にあり、家族の方にも安心していただいている。

【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)】

ホームの運営は、医療法人である事から、利用者の状態に合わせて法人の医療機関や老健と連携しており、利用者の重度化時や看取りケアが必要になった場合には、法人全体で利用者を支える体制があることで、利用者や家族が安心して最期まで過ごすことが可能となっている。日常的にも支援ができるように、運営推進会議や利用者のカンファレンスには、法人病院の医師や看護師が参加する事で、利用者や家族の情報の共有化も図られている。ホーム近隣に、法人の医療機関と老健があることで、緊急時にはその職員が応援に駆け付ける体制が確保され、一目で救護区分が確認できる仕組みがあり、迅速に利用者を避難させられるように取り組んでいる。また、職員は、法人の研修への参加や、毎年度、自身の目標を立て、名札に書き込み意識する事で、サービスの向上を目指している。

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 3. 家族の1/3くらい 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広がったり深まり、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、活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	ホームの理念は施設の見やすい玄関・各フロアに掲示し、スタッフ会議にて毎月の目標・スローガンを施設長、職員共に考えている。	ホームでは、開設時からの理念を掲げ、管理者、職員は、利用者が安心、安全に暮らせるように努めている。また、毎月の会議で、今のホームに必要な事を職員で話し合い、毎月の目標を決め日々のケアに取り組んでいる。	
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	運営推進委員会に地域の代表者に出席いただいている。又近隣から入所してみえる方もあるので近所の方が気楽に面会できるよう面会制限はしていない。	利用者の散歩や通院時に地域住民と挨拶を交わしたり、同じ地区にある法人老健に訪れる婦人会による踊りを見学する等、地域と交流する機会がある。また、今年度より、地域の飲料水の宅配業者により定期的に訪問販売が行われている。	
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	グループホーム主催の勉強会などは開催していない。		
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、そこでの意見をサービス向上に活かしている	会議時に研修・勉強会・行事等の報告を毎回おこなっている。その際にご家族からの施設に対しての要望や質問など聞きサービスへ反映するようにしている。	会議は、定期的開催されており、会議には、法人医療機関の医師やホーム立上げから関わっている元民生委員が参加している。会議では、ホームでの利用者の様子や行事予定等の報告を行い、地域の行事情報をもらっている。	会議に、市担当者や包括支援センター職員を招き、今まで以上に会議の場が充実したものになる事を期待したい。
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に取り組んでいる	特におこなっていない。	管理者は、ホームで事故があれば、市担当者に書面で、事故内容、経過を報告し相談、助言を得ている。また、市で行われる研修には、積極的に参加するよう努めている。	
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	身体拘束マニュアルを作成し、職員全体が把握している。入職時研修・施設内研修に研修項目として組み込まれている。	ホームでは、鍵掛け等の拘束を行っておらず、安全に配慮し、身体拘束が必要と思われる場合は、法人医師に相談する体制がある。また、マニュアルを基に新人職員の研修を行ったり、定期的な研修を開催し理解を深めている。	
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	入職時研修・施設内研修に研修項目として組み込まれている。		

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
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	成年後見制度や権利擁護制度を題材にした研修があった場合参加させてもらっている。		
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	家族・本人共に施設見学を行いつつ質疑応答をおこない、気に入っていただいた時点で契約の話をさせていただく。		
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	半年に一度担当職員より意見・要望を入居者・家族にお聞きし書面に残している。又その要望等をケアカンファレンスにて検討している。	ホームでは、毎月、管理者が家族と面談し、家族からの意見や思いを聞き、利用者の様子を伝えている。また、各フロアに意見箱を設置し利用者、家族の意見を集めるよう努めている。	
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	施設長はケアカンファレンス・勉強会に参加しその場で職員の意見を聞いている。	職員は、毎日のユニット合同で行われる申し送りや必要に応じて行われるケアカンファレンスで意見したり、重要な事は、申し送りノートに記入する事で情報を共有しケアに反映している。また、管理者は、日々の業務の中で、職員に声を掛け、相談等に応じている。	
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	職員の研修・資格試験など出席・受験に対して推奨している。		
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	研修の機会があれば積極的に参加できるようにしている。施設内にも月1回の勉強会をおこない、同法人内の研修をうけたり資格者を招き研修をうけている。		
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	名古屋市やグループホーム協議会などが主催する研修に参加している。		

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
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	入所前に入所判定として施設長・介護リーダーが本人に面談し話の中から要望を聞き出していく。		
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	契約前に家族と面接を行い、契約内容や理念を説明し又家族として本人への希望・要望を聞くようにしている。		
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	お互いの要望を個々に聞いて、総合支援に結びつけるようにしている。		
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	裁縫が得意な方には食堂の座布団を一緒に作成したり、料理が得意な方には味見をしていただいたりしている。		
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	行事への参加を促したり、家族との外出・面会を勧めている。		
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	暑中見舞いや年賀状など本人から好きな方へ毎回手紙が出せるようにレクリエーションの中に組み込んでいる。	利用者の中には、馴染みの床屋にホーム入居後も通っていたが、身体機能低下により、通う事が困難となり、床屋の方にホームに出張してもらい、関係を継続している。また、友人が訪ねてくる事もあり、ホームで一緒に過ごす事もある。	
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・クラブ活動などで興味を持ったものを通じて関わり合いができるように機会をつくっている。		

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
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	契約終了後も同法人の施設を利用してみえる方が多いので、出合わせた場合は自分が知りえる情報を家族にお伝えしている。又質問や聞きにくい事があった場合は仲立ちをしたりしている。		
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	本人の希望要望を担当職員が普段の生活の中から聞くようにしている。困難な場合はケアカンファレンス等にて職員間でどの様に思っているのか推測している。	ホームでは、担当職員が中心になり、6か月毎にアセスメントを行っている。また、日々の生活の中での利用者の言動から、その方の思いを汲み取るよう努め、記録をする事で職員は情報を共有している。	
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	入居時にアセスメントシートを活用し把握に努めている。		
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	ケアカンファレンスにて認知状況・身体状況を確認し職員より暮らしの状況を把握し『できる・できない』シートにより持っている力を見極めている。		
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	3ヶ月に一度ケアカンファレンスを開催し、本人・家族の希望要望を盛り込み、施設長・担当職員・協力病院の看護婦、それぞれの目から総合的に介護計画を見直している。	カンファレンスでは、法人の看護師も参加する事で、医療面からの意見も得られており、担当者を中心に検討を行い、3か月毎のモニタリングにつなげている。介護計画は、基本3か月毎に作成しており、状態変化時には迅速に見直しを行っている。	
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	日々の様子や気づきをカルテに書きとめている。		
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	サービス計画書に捉われないことなく日々対応し、ケアカンファレンスにて検討・変更し、当施設にてサービスの限界がみられる場合は同法人施設の連携をいかし対応している。		

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	近隣への散歩、地域にある喫茶店・食事処・菓子屋の利用、ヤクルト訪問販売など入居者が不安なく利用できる慣れ親しんだ物の活用を心がけている。		
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	協力病院以外に本人・家族の要望があれば、家族付き添いのもと他院へ受診していただいている。	ホームでは、法人の医療機関に、週2回受診しており、状態が悪ければ法人の医療機関の看護師に連絡し指示を仰ぐ体制があり、状況によっては、医師や看護師がホームに往診する事もある。また、必要に応じて歯科の往診もある。	
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	協力病院外来担当看護師にケアカンファレンスへの参加をお願いしており、診察時以外にも入居者への注意事項を受けている。		
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。	入居者の外来受診時に医師に相談したり、洗濯物の取替えなど施設でおこない本人の状況を毎日確認している。		
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、事業所ですることが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	終末期についての話し合いは入居時に口頭での話し合いのみとし書類としては残していない。基本的にはホームでの看取り介護は行わない方針を説明し、重度化などホームでの介護の限界は主治医から家族へ説明されることとなっている。	ホームでは、看取りは行わないこととしており、法人全体で支援を行っていく方針である。利用者が重度化し、医療行為が必要になった場合には、法人の医療機関、老健に生活の場を移す事を家族に説明しており、柔軟に対応できるように努めている。	
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	マニュアルを作成している。ケアカンファレンス時に協力病院看護師より病状変化などあった場合、個々に合わせた対応のしかたを指導してもらっている。		
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	年2回の防災訓練を入居者・職員全体でおこなっている。	ホームでは、年2回、あらゆる場面を想定した災害訓練を利用者と職員が行っている。非常時には、近隣にある医療機関、老健の職員が駆け付ける体制にあり、ホームの職員が不在でも、迅速に対応できるように、各居室の表札に救護区分が表記されている。	災害時に、利用者の安全の確保を確実にする為にも、地域の協力は不可欠である。今後、地域と合同で訓練を行う等の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
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	『リスクマネジメント』『生活向上』『接遇』委員会を設置し、職員が常に入居者のプライバシーに配慮しながら支援ができていますか検討している。	ホームでは、接遇委員が中心になり勉強会を開催したり、入社時に接遇マナーについての研修が行われている。また、排泄に失敗された方に対しては、周りの人に気付かれないように配慮した声掛けを行う等、一人ひとりの尊厳とプライバシー確保に努めている。	
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	入浴日・レクレーション・クラブ活動への参加は本人の意思を尊重している。普段の声かけや話の中から本人の思いを探り出しケアカンファレンス時に検討している。		
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	『何時まで』『今日しなくては』という言葉職員から発しないようにしている。		
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	月1回の訪問理容の活用。お気に入りの美容室への外出。毎朝本人と衣類の選択を行い、季節に合った衣類の更衣をおこなっている。		
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	個々にあった食事への係わり(食材の搬送・野菜の下処理・味見・食器かたづけ・食器拭き)をお願いしている。	食事は、法人医療機関とホームで分担して用意し、利用者と職員と一緒に食べている。3か月毎に行われている嗜好調査を基に、栄養士が作成したメニューを管理者がアレンジして提供している。また、夏には「流しそうめん」冬には「鍋」、季節に合せた食事を取り入れている。	
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	ホーム日誌に摂取量を記入している。DMの方は主食の量制限を行い、嚥下に不安がある方はとろみ剤を使用している。摂取量の減少がみられる方は主治医より栄養剤が処方されている。		
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	外出・帰宅時のうがい。毎食後の口腔洗浄剤によるうがいの声かけをおこなっている。又口腔ケア委員会を設置し、個人にあった口腔ケアに心がけている。		

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	排泄委員会を設置し、個々の能力にあった排泄ができるように心がけている。	ホームでは、排泄委員会が中心になり、定期的に利用者一人ひとりに合せた対応方法を話し合っている。また、入居時に紙オムツを使用されていた方が、職員の支援により、トイレでの排泄が可能になった事例もある。	
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	各自にあわせた排泄管理(運動・薬・時間誘導)をおこなっている。		
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	最低2回/週以上なら時間も回数も本人の要望があれば受け入れている。3種類の浴槽(一般浴・介護浴・シャワー浴)は身体状況にあった入浴方法にておこなっていただいている。	ホームでの入浴は基本週2日であるが、希望があれば、毎日の入浴、同性介助、職員の見守りによる一人での入浴も可能である。また、拒否される方には、無理強いする事なく足浴等を行い、清潔保持に努めている。	
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	自由時間は休息が安心してとっていただけるよう環境をよう心がけている。又夜間に問題がある方は介護計画に取り込んでいる。		
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	病院受診時に薬に対しての服薬情報をもらい確認している。		
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	月1回の行事・週2回のレクリエーション・クラブ活動を提供し、日々の暮らしが楽しく過ごせるよう心がけている。		
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	近隣の店には職員同行にて外出し、喫茶店・花見・食事会など外出の機会をつくっている。ADL向上と社会との関わりがなくならないように病院へ週に何回がリハビリ受診をしてる。	ホームでは、利用者から希望があれば、個別で近所のパン屋に買い物に出掛けたり、桜の時期には、車を使いグループで花見に出掛けている。また、家族の支援により、外食に出掛けられる方もいる。	

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
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	金銭管理は入居時に家族と本人に確認し、本人にあった管理の仕方をしている。金銭を所持しないで買い物に職員が同行すれば後払いにて支払っていただく様家族に承諾を得ている。		
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	公衆電話の設置あり。年賀状・暑中見舞いなど自分な好きな所へ自筆にて出せるようレクリーションに組み込んでいる。		
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	調度品・食器類はあえて新品で揃えるのではなく、中古品・頂き物などで家庭の雰囲気を出せるようにしている。施設の壁には季節感が出る物を入居者の方にレクリーション時に作成いただいている。	ホームの通路やリビングの壁には、行事等の写真が貼られ、利用者の様子を伺う事ができる。また、季節に合せた利用者の作品が多く飾られている。また、各フロアには、公衆電話が設置されており、利用者が自由に使うことができる。	
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	廊下にソファを置いている。		
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	居室内のチェスト以外は各自持ち込み自由となっている。	居室内は家具の持ち込みが自由であり、利用者の生活習慣を大切にしながら、安全に考慮した配置がなされている。各居室には、連絡ノートが用意されており、家族との情報交換に使われている。また、感染予防の為に、空気清浄器が取り付けられている。	
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	屋内の傾斜部分には手すりを設置している。洗面台やトイレは車いすでも利用できるようになっている。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム守山寿

目標達成計画

作成日: 平成 25年 3月 8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	4	運営推進会議に市担当者や包括支援センター職員が参加していない。	守山区包括支援センター職員の参加協力を依頼し、会議に出席してもらう。	守山区包括支援センターへ出向く。	12ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月