

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	2372300752		
法人名	有限会社たつみ		
事業所名	グループホームホーム悠遊荘		
所在地	愛知県瀬戸市市野町8丁目221-1		
自己評価作成日	平成24年12月17日	評価結果市町村受理日	平成25年 2月 5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.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2012_022_kani=true&JiyosvoCd=2372300752-00&PrefCd=23&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
所在地	愛知県名古屋市中区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成25年 1月19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)】

当悠遊荘は、職員一同が利用者さんの意思、意向を尊重し、今まで過ごしてきた環境ではないけれど、毎日が利用者さんにとって穏やかで笑顔があり、その人らしく安心して生活の出来るもう一つの家庭であるように、また利用者さん家族はじめ地域の方々、他来荘される全ての方々に気楽に立ち寄って頂けるそんなグループホームです。

【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)】

管理者の強い意思もあって、利用者の思いを介護計画に反映させて、その思いを叶える取り組みを実践している。ホームへの入居を“恥ずかしい”こととしてとらえ、外出を拒んでいた男性利用者であったが、1年ほど前から意向に変化が起きた。「妻に会いたい」、「娘に会いたい」、「従兄弟に会いたい」、「喫茶店での常連客に会いたい」、「将棋がしたい」等々である。
職員と共に、老健に入所中の奥様の元を何回も訪問した。娘さんや従兄弟にも何度となく会った。馴染みの喫茶店では、顔見知りと話もできた。リハビリの先生が、将棋の相手役を買って出た。「妻をよろしく」。これが老健を最後に訪れた時の、彼の別れの言葉となった。心に何一つ思い残すことなく、平成24年12月、彼は幸福に満ちた一生を閉じた。『合掌』

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	管理者と職員で理念について、常時会議で再確認の話し合いを行っている。	一人、また一人と、かつての同僚職員たちが“出戻って”来ている。特別なものなど何もない「普通の家で」、思いのままに「生活し」、思い残すことのない「楽しい人生を送る」との、ホーム理念の実践のために。	
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	日常的に散歩や回覧板を届けたりしている。地域の行事などに利用者と一緒に参加している。	山肌を切り開いて菜園を作って2年が経った。野菜作りは地域のボランティアが面倒を見てくれる。ひょうきんなボランティアの男性が、ちょっとHな格好をした大根を持ち込んで、利用者や職員を笑わせた。	
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	地域の方から認知症の相談を受けている。		
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	運営推進会議で出た意見に対して前向きに捉え職員で話し合い実現に向け取り組んでいる。	平日開催のため、家族の参加が少ないが、市・職員、包括職員、民生委員、老人会代表等が集まり、「目標達成計画」の進捗報告を受けて、達成に向けての検討が行われている。	ホームの状況(活動)を報告するだけでなく、毎回「目標達成計画」の進捗管理を行っており、会議としての質の高さが顕著。今後も継続を期待したい。
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	市の高齢者福祉課担当者、地域包括センター職員とは、いつでも相談することが出来アドバイスを受けている。	実地指導では、厳しい観点を持ってホームを監査・指導してもらっており、管理者は「勉強になる」と、好印象を持っている。市の担当者には、言いにくいことも相談を持ちかけられる関係である。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	身体拘束についてのマニュアルを職員全員が熟読し認識している。	自由な空気の中で、利用者が思い通りの生活を営むために、職員は身体拘束の無いケアの実践に努めている。原点は、ホームに流れるいとも簡単な“流儀”＝「職員都合のケアの排除」である。	歩行に難があり、外出時には車いすを使う利用者も、ホーム内では職員による手引きで歩行している。利便性や効率を求めず、時間はかかるが人と人とのぬくもりが伝わってくる。
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がないように注意を払い、防止に努めている	高齢者虐待防止法についてマニュアルを熟読し認識している。		

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
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	管理者や職員が研修に参加すると共に、マニュアルをいつでも閲覧できるようにしている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約締結時、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	運営推進会議、来荘時に意見等を聞く機会を設け前向きに取り組んでいる。	訪問調査日が土曜日だったこともあり、家族の来訪が幾組かあった。その都度、管理者は挨拶に立ち、家族との対話を欠かさなかった。家族アンケートでは、「意見や要望がすぐ実現される」と好評であった。	
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	管理者は職員会議や個別に意見を聞く機会を設けているが、代表者が意見を聞く機会を持った事は無い。	スタッフルームや事務室に、4項目からなる「スタッフ成長の指針」が掲示してある。「わからないことは質問」、「意見を言う」等の簡単なものではあるが、その効果として職員間のコミュニケーションは良好である。	家族アンケートにも、「報・連・相が良くできている」と、職員間の連携の良さを指摘する意見があった。
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	代表者の現場への訪問がなく、職員の業務や悩みも把握出来ていない。		
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	代表者が管理者に、管理者及び職員に対し外部研修等の受講の機会を設けるよう一任している。それらの研修報告書は、全職員が閲覧できるようにしている。		
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	他の事業所の見学やイベントに参加している。又荘に来てもらうように声掛けをしている。		

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	本人の入所前の生活状況を把握し、職員が本人に受け入れられるような関係作りに努めている。		
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	これまでの家族の苦労及び経緯や今後の要望を聞くことで、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	相談時本人と家族の思いを聞き入れ、状況を確認し、必要なサービスにつなげるようにしている。		
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	利用者と共に毎日”ゆっくり、一緒に楽しく”過ごせるように、そっと寄り添い家庭の雰囲気大切にしている。		
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	介護記録を見て頂き、利用者の様子や職員の思いを伝えることで、本人を支えていくための協力関係を築いている。		
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	地域に暮らす親戚や知人を訪問したり、来荘への声掛けを継続的にしている。	1年前から、「妻に会いたい」との思いを果たすために、度々老健に入所している奥様の元を訪れていた男性利用者が亡くなられた。老健職員への「妻をよろしく」が、老健での最後の言葉となった。	
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	毎日のお茶や食事の時間は、職員も一緒に会話を持つようにしたり、利用者どうしの共通の話題を提供し、お互いが楽しく過ごせるように働きかけている。		

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
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	サービスの利用が終了された方でも、家族からの相談に乗っている。		
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	日常の関わりの中で思いを把握するように努めている。意思疎通が困難な方については、家族からも情報を得るようにしている。	「目標達成計画」に取り上げ、センター方式の導入や家族への聞き取り重視を図った。しかし、1年の取り組みの結果、「寄り添いの中、利用者本人の言葉やしぐさ、雰囲気には勝る情報はない」との結論に達した。	管理者の感性が職員にも伝播しているのか、利用者の何気ない一言や表情の変化を、職員は敏感に感じ取っている。ホームは、利用者の思いや意向の宝庫のようである。
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	本人や家族からの会話より利用者本意である思いや願いが叶えられるように努めている。		
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	職員は一人ひとりの状態を把握し、できないことより、できることに注目している。		
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	利用者本人の思いを聴きいれ、家族の方も交えて話し合っている。モニタリングは、月1回の職員会議で、意見交換をしている。	思いを反映した介護計画作成に早くから取り組んでおり、全員が「思いを残さない人生」を楽しんでいる。勉強したい人には脳トレを、会話を楽しみたい人には、地元に来て行って住民とおしゃべりを、等々である。	
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	個別に記録し、職員間の情報共有を徹底している。記録を元に介護計画の見直しや評価につなげている。		
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	状況変化やニーズに応じて、その都度対応している。		

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	地域のボランティアによる畑作りが出来ている。		
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	主治医による月1回の往診及び希望者には利用前からのかかりつけ医への通院介助を行っている。	持病(糖尿病)のある利用者を除き、全員がホームの提携医をかかりつけ医としている。バルーンの装着、撤去問題で、家族と医療機関との間に意見の相違があった場合でも、管理者が調整役をこなしている。	
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	訪問看護ステーションより週1回の訪問があり、日頃の健康管理や医療面での相談、助言を受け適切な対応を行っている。		
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。	入院時には、職員が見舞うようにしている。退院時には、医療機関との情報交換により、その後の支援に結び付けている。		
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	職員は、終末期ケアのワークショップに参加終了した。終末期に向けての事前指定書を作成し、本人と家族の意思確認をした。	約2年間の居住であったが、男性利用者がホーム第1号の「看取り」となった。かかりつけ医や家族の協力・理解もあり、職員には「充実感」が、家族には「感謝の気持ち」が残った。ホームの皆から「よしおさん、よかつたね」の声。『合掌』。	
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	救命救急講習を毎年受講している。緊急対応マニュアルを事業所に掲示してある。		
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	定期的に避難訓練を行っている。地域との協力体制については、事業所が、災害時の一時待機所になった。	ほぼ2ヶ月に1回のペースで防災訓練を実施している。地域の合同防災訓練には、職員が参加している。	

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
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	利用者のそのひとらしさを尊重し、一人ひとりに応じた対応をしている。	介護者と利用者(被介護者)との関係を離れ、人と人との信頼関係が構築されている。導尿装着時、訪看(看護師)には脚を開かない利用者も、ホーム職員の付添いがあれば応じてくれる。	
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	馴染みの関係を大切にして、押しつけ等はずせず本人が意思表示しやすいようにしている。		
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	その日の体調に配慮しながら、出来るだけ本人の希望に沿って個別に支援している。		
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	外出時等自己決定がしにくい利用者には、職員が手伝い、その人らしさを失わないおしゃれが出来るよう支援している。拘りがある人には否定はしていない。		
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	畑で採ってきた野菜も交え食事の調理、盛り付け、配膳、片付けを一緒に行っている。	菜園で採れた野菜が、年間を通して食卓に上がる。昼食は3色丼であったが、利用者個々の食事ペースを守った支援であった。小1時間かかる利用者も何名かいたが、職員が先を急ぐ気配はみじんもなかった。	
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	一人ひとりのその日の体調を把握し、その方に合ったバランスの良い食事を提供し、咀嚼が困難な方には、とろみをつけたり、刻んだりして形態を変える工夫をしている。		
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	毎食後は利用者の状況に応じた口腔ケアを日課として行っている。職員が常に歯の状態の観察を行う。夜間は義歯洗浄をしている。		

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
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	自尊心に配慮し、利用者の様子から察知しトイレ誘導を行う等身体機能に応じて支援している。	尿意の無い利用者でも、極力トイレで排泄することを基本にして支援している。職員は、利用者それぞれについて、排泄リズムを把握している。	
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	朝食に毎日ヨーグルトを提供したり、献立も工夫を行っている。個別に便秘症の方には乳酸菌飲料の提供をしている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	利用者のペースに合わせて一日おきに半数づつゆったり入浴出来るように支援している。また毎日風呂を沸かしているので急遽入浴の必要となった方にも対応できている。	特別な事情がない限り、日曜日も含めて、毎日お風呂に入れる状態になっており、利用者の半数ずつが隔日で入浴している。洗髪を嫌がる利用者もいるが、無理強いせずに次の機会を探している。	
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	日中の活動を促し生活リズムを整えるように努めている。食後の休息を取れるように支援している。		
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	全職員が処方箋の内容を把握できるように、個人ファイルに整理してある。服薬時には、本人に手渡しきちんと服用出来ているかの確認をしている。		
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ことを把握し、気持ちよく行うことが出来るように、声かけ支援している。		
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	日常的に散歩や庭に出ることを積極的にやっている。外出が歩行困難な方でも補助具を利用して、出来るだけ外出をしている。	積極的な外出支援を行っている。図書館に本を借りに行ったり、馴染み客に会うことを目的に喫茶店に行ったりと、介護計画に取り上げているケースも多い。	

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
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	一人の方のみ個人の財布を事務所で預かり外出時渡している。おこずかいの基本事務所で管理している。		
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	利用者からの要望があれば事務所から電話をかけている。職員からの声掛けにより電話で家族と話すこともある。		
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	季節を感じ取れるような共用空間を作っている(雛人形、五月人形、カレンダー、掲示板)	ホールの壁面を利用して、約1ヶ月前に亡くなられた「よしおさんの作品展」が掲示してあった。絵を描くことが好きだった故人を偲び、スケッチやぬり絵の作品が展示してある。床暖房の柔らかいぬくもりが心地よい。	
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	玄関ホール、食堂脇に椅子やソファを置きくつろぎの場所となっている。		
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	全居室をフローリングに改装した。居室が殺風景にならないように、本人の意向を確認しながらその人らしい居室作りをしている。	どの居室にも洗面台が設置されており、居室内は全てフローリングに改装された。清潔保持のため、ベッドからマットや布団を外して、通気を良くしている居室があった。	
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	玄関先、避難経路のスロープ化の提案や安全に生活できるように環境整備に努めている。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム悠遊荘

目標達成計画

作成日: 平成 25年 2月 4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	23	利用者さん全員が未達成のために介護計画書に本人の思いを取り入れる	9名全員の思いが叶えられるようになる	本人との傾聴を実行する。家族の協力を得る。	2～12ヶ月
2					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。