

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	4372100954		
法人名	社会福祉法人 熊本東翔会		
事業所名	グループホームたいめい苑		
所在地	熊本県玉名市岱明町古閑388番地		
自己評価作成日	平成21年9月20日	評価結果市町村提出日	平成21年10月27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://search.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 九州評価機構		
所在地	熊本市上通町3-15 ステラ上通ビル4F		
訪問調査日	平成21年9月30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)】

各ユニットに看護職員を1名配置、法人嘱託医の協力もあり、医療面の連携・協力体制がとれている。他、併設施設よりのバックアップ体制を確立しており、他事業の利用や緊急時等の応援体制の整備を図っている。地域との関わりとしては、「地域まちづくり委員会」に参加しており、一緒に地域づくり活動を行っている。職員研修については、数多く内部研修・外部研修の実施・参加、OJT・OffJTの取組みを行い、職員のスキルアップを図っている。

【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)】

本年度は家族との信頼関係構築に力を入れ、各担当者から毎月「利用者状況報告表」を作成しホームでの生活状況や健康状態など報告し、さらに電話でも連絡するようにして好評を得ている。職員自身も益々家族との円滑な関係に向けて意欲的に取り組んでいる。また、ヒヤリハットメモを活用し、ちょっとしたことでも気軽に報告し、分析することにより、大きな事故へ繋がらないような取組みを法人全体で行なっており成果を上げている。職員の教育・研修体制も法人全体・ホーム独自でも構築されており、勤務年数や能力・意欲に応じて適用されており、サービスの質の向上に努めている。さらに、医療・緊急時の連携も構築されており、入居者・家族にとって安心できるホームである。今後は、家族との確実な信頼関係のために取り組みの継続や地域との連携強化への取り組みが期待される。

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	法令の意義の理解と同時に、認知症の方の人権を尊重したケアを基本とし、運営上の方針や目標などを具体化・具現化している。部会時(月1回)は必ず唱和している。	法人の理念を基本にした、ホーム独自のケア理念やケア方針を作り、実践に向けて取り組んでいる。月1回の部会(職員会議)の際に振り返りを行い、唱和している。	
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	隣近所散歩時の挨拶や会話は積極的に行っている。区役、まちづくり委員会等に参加し交流を深めている。又、法人として様々な地域活動に参加している。	日常的な近隣の散歩や外出の際に挨拶を交わしたり、会話を積極的に行っている。職員は地区の区役に参加し、認識を深めてもらっている。また、町の委員会や地域活動等に継続して参加している。	
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	まちづくりの一環として認知症についての勉強会や予防教室等を行っている。キャラバンメイト養成研修受講。その活動を行っている。		
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	運営推進会議においては、日常生活状況、評価報告、事故・苦情報告を定期的に行っている。又、委員よりの意見を参考にしサービスの向上に努めている。	2ヶ月に1回開催しホームの近況報告や入居者の現状報告や介護分野のニュース等について報告している。	適切に開催されているものの、発展的な会議運営のためには会議の内容の工夫や検討が期待されます。
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	市町村の担当部署に手続きや会話に出向いており、情報共有・共通認識に努めている。	運営推進会議には必ず行政担当者の参加があり、日頃から連絡や出向くことにより、情報交換や相談など行ない、協力関係をj得ている。	
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	法人内で抑制拘束検討委員会を設置しており、月1回以上の会議・検討会、年1回以上の勉強会を行い、職員への理念浸透と身体(心体)拘束廃止に努めている。	法人全体で身体拘束のないケアに全力で取り組んでいる。法人内研修やホーム内勉強会を重ねて開催し、実践に取り組んでいる。	
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	法人内で虐待検討委員会を設置しており、月1回以上の会議・検討会、年1回以上の勉強会を行い、職員への理念浸透と資質向上に努めている。		

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
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	権利擁護や成年後見制度のパンフレットを事業所内に置きいつでも見れるようにしている。又、実際に権利擁護事業を活用されているケースもあり実践において学んでいる。		
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	契約書、重要事項説明書、留意事項説明等を用い詳細に説明を行っている。又、改定等は説明会や文書通知を行っている。		
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	家族会や苦情ボックス、並びにプラン確認時等その都度家族へ意見はないかと投げかけており、意見があれば反映している。	本年度より入居者の担当者により月1回ホームでの様子や健康状態についてのお便り(近況報告表)と伴に、電話での報告も行ない、面会時には家族と話しやすい関係になっている。	
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	法人運営会議に現場主任職員の参加を規定し、現場の意見を聞く機会を設けている。現場の意見は業務の中ではもちろん、部会議にて集約⇒運営会議という流れで提案が行われる。	法人内で意見を聞くシステムが出来ている。現場の従業員の意見は普段の業務中や月1回の部会(2ユニット合同の職員会議)で意見を集約し、法人全体での運営会議で討議され運営へと繋がられている。	
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	中長期計画を作成、説明会を行ったり、幹部職員による職員個々への面接等を行い意見の取入れを行っている。又、キャリアパス制度を作成中である。		
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	法人において教育委員会を設置。新人・現任研修会の定期実行、月1回以上の勉強会、外部研修への積極的参加推進を行っている。OJTトレーニングにも力を入れている。		
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	法人グループ内の同事業職員との交流・勉強会、又、任意団体の認知症ケア研究会等の活動や交流会に参加している。他事業所からの見学もあり、その際、意見交換など行っている。		

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
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	アセスメントシートのみならず、言葉の裏にある感情や、人間・社会関係性による中核を見抜けるよう、情報収集・分析を行うように努めている。		
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	アセスメントシートのみならず、言葉の裏にある感情や、人間・社会関係性による中核を見抜けるよう、情報収集・分析を行うように努めている。		
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	話を伺い、行政や介護支援専門員、在宅介護支援センターへの橋渡しを行っている。		
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	今までの生活を大切に、その方の生活の継続性の観点から支援している。その中で人生経験上の教えや秀でた技術は職員に教えて頂く関係作りを行っている。		
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	家族会や個別相談の対応を行っている。家族によっては食事作りなど家事援助にも協力していただくこともある。		
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	家族の理解や協力に基づき、本人宅への帰宅、希望された場所への外出等をおこなっている。	本人や家族からの情報をもとに、希望に応じた外出や隣接の介護サービス事業所への訪問などにより馴染みの方との交流を継続して支援している。	
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	個々の性格、疾患、地域性や歴史等をふまえ、関係性の支援に努めている。しかし、個々の性格や調子に合わせ、独りの時間も大切にしている。		

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	ケースに応じて、様子確認や状況把握を行う事に努めている。		
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・家族より、日常生活についての希望を伺い、その希望に添えるように支援を行っている。	日頃の関わりや家族からの情報を収集し毎年フェイスシートの中身を充実させるための見直しをし、各入居者の希望や意向を把握し応じられるように努めている。	
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	アセスメントシートを用い、入居前、後と状況に応じて聞き取りを行っている。 本人の話だけでなく、家族からも聞き取りを行っている。入居前の事業所に確認、連携する事もある。		
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	日常生活状況を毎日記録し、状況変化の把握に努めている。自立支援の観点より法人内の専門職員と連携・協力し、共に残存能力の見極めを行っている。		
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	ケースカンファレンスを開催し計画書を作成、本人もしくは家族にサインを頂いている。	介護計画は入居者の担当者を中心に定期的及び随時にカンファレンスを職員と供に開催し、介護計画は、担当者と計画作成担当者との的確な計画を作成している。完成した計画は本人・家族に説明している。	
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	日常生活状況を毎日記録し、状況変化の把握に努め、申し送りノートも活用し、実践やケア計画に活かしている。		
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	併設されている事業や専門職の活用(リハビリや栄養士、歯科衛生士等)を行っている。		

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
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	法人として取り組んでおり事業所単位と言う意味では弱い。		
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	入居時に本人及び家族の希望を確認し、希望に沿うように努めている。しかし、疾病によっては家族と協議し、医療機関や受診を決定することもある。	希望のかかりつけ医の医療を受診できるようにしている。基本的に家族による通院としているが、希望により職員が通院介助することもある。受診後の情報は共有するようにしている。	
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	事業所看護職員、又は併設施設看護職員と連携しながら健康管理を行っている。		
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。	入院時の定期お見舞い、退院にむけてのムンテラや医療機関よりの申し送り・入院先における状況等を確認する等の連携を図っている。		
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、事業所の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	グループホームとして「できること、できないこと」の見極めは元より、医療と福祉の連携は必要不可欠であり、連携のもと、総合的な支援に努めている。ターミナルケアに関しては主治医・家族・スタッフ共同の確認書作成等を行っている。	主治医や家族との連携を図りながらホームでの看取りを経験した。その後、職員は見取りに関する意識に変化があり、意欲的に学びの姿勢がうかがわれる。時期を見極め関係者間による「確認書」を作成している。	入居者自身や家族が望む終末期について、日頃からの話し合いが不可欠だと認識されています。今回の経験は、今後のケアサービスの質の向上につながることを期待できます。
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	法人において救急の日勉強会を毎年開催。部内においても勉強会を行っている。又、応急手当普及員研修も職員が毎年受講している。		
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	防災訓練(消火、避難誘導)を年2回実施、緊急連絡訓練等も行っている。法人開催の祭り等では地元消防団の協力を仰ぐ等の体制を普段より築いている。	消防署の指導の下、法人全体で昼・夜想定で年2回防災訓練を実施している。法人として地域の消防団との協力関係を構築している。	防火訓練計画策定担当者と協力してホームを主にした訓練を実施されることを検討されることを望みます。

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	敬意ある言葉遣いに努めている。プライバシー保護に関する研修会を行っている。	言葉遣いや対応には常に敬意を払うように努めている。現任研修において敬語や接遇についての研修会を開催している。	
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	意図的な感情表出の原則を学び、コミュニケーション技術を使いながら働きかけている。又、最良の自己決定ができるように援助を行っている。		
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	個々の言葉や状態に合わせて、それぞれ好きな時間を過ごしていただいている。		
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	身だしなみ・服装などは個々の好みに応じ、理容・美容は家族と連携して本人の希望に沿った対応を行っている。		
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	個々の能力・生活習慣に応じ、自己資源の開発方法の一つとして食事に関する自力行動を促している。	献立は入居者の好み・嗜好・季節感等を取り入れ法人の管理栄養士のアドバイスを受け作成している。各ユニット毎に調理し食事の準備や下ごしらえ・味付け・片付けなど出来る入居者と供に行なっている。職員も一緒に同じ食事を摂り、会話を楽しんでいる。	
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	食事チェック表や水分チェック表の活用。場合によっては併設事業所の管理栄養士や歯科衛生士に相談、アドバイス等を受けながらケアを実施している。		
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、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	口腔内の保清に努めている。		

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
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	個々の排泄状況を把握しており、それぞれに応じた援助を行っている。できるだけトイレにての排泄を行えるよう支援している。	各入居者に応じて排泄支援を行なっている。時間を置いての声かけやしぐさ様子を察しての誘導など、プライバシーにも配慮しながら支援している。	
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	食材に、食物繊維が多い物を使用したり、水分補給に努めている。		
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	個人の要望に応じた時間・曜日に入浴を行っている。毎回、湯船のお湯は入れかえている。	入居者の希望に応じた入浴支援を行なっている。毎日入浴する入居者もおられる。拒否の方には時間を置いての声かけや、馴染みの職員による誘導など工夫している。清拭や足欲に変更する場合もある。	
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	個人の生活習慣やその日の状況に応じて、安息、安静、入眠の促しなどを行っている。		
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	薬の効用や副作用を処方箋等で確認しており、副作用などが懸念される場合は看護師より職員へ注意事項等の説明を行うようにしている。 入居者個々の能力に応じ、服薬支援を行っている。		
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	本人・家族より、それぞれ生活歴のアセスメントを行い、以前の趣味や生活習慣、仕事など本人にとって役割や楽しみと感じているものを見出し援助している。		
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	散歩や買物等個別の要望や気分に応じた外出に対応している。	希望に応じた散歩や買い物支援を行なっている。月に1回は外出の機会(行事)を設け、体調や希望に応じて花見やドライブに出かけている。	

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
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	現金については、本人・家族の意向を伺い、経済状況・認知症状等を鑑み支援を行っている。		
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	個々の能力に応じ、可能な限り利用していただくように支援している。携帯電話を所持している方もいる。		
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	手作りインテリアやテーブルや玄関に季節の花を飾っている。又、建物を建築するにあたっては、建築士と現場職員の会議を幾度となく行い、音や光の課題はもちろん、コンセントの高さ・位置などの細かいところまで話し合いをして決めている。	昔使用していた懐かしい農機具や着物などが飾られている。季節感のある花や手作りの作品など落ち着いた空間づくりを行なっている。食事の際等も入居者の好みでリビング(和室やテーブル)の座る場所が用意され椅子の高さや座椅子を入居者に合わせている。	
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	デッドスペースの活用、家具やインテリアで隠れる事ができるような(人目にふれないような)スペースを確保している。		
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	入居の際、本人・家族と協議しながら、使い慣れたものを持ってきていただき、居室のレイアウトを行っている。状態に応じ、家族と連携し、配置換えなど行っている。	本人・家族と話し合いながら使い慣れた生活用品や家具を持ち込んでもらっており、状況に応じて家具の配置を換えている。居室にもお茶の用意をしている居室など、個性的な居室作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	表札や表示、暖簾などを用いた環境作りを行っている。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホームたいめい苑

目標達成計画

作成日: 平成 年 月 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	19	家族との信頼関係のよりよい構築	様々な関係性、事情、パーソナリティを考慮しながら関係性を築いていく	定期的な日常生活報告書の送付や職員の伝達トレーニングを行う。	12ヶ月
2	34	事故等の再発防止	「ひやりはっと」の段階でよりリスク原因を精査し事故にならないように努める	ひやりはっとメモ(当法人書式)をより活用し、委員会・部会議等で予防・防止策を立案・実行していく。	12ヶ月
3	35	災害対策 事業者ではなく事業所としての防災訓練の実施	事業所としての防災訓練実施や対策の強化を行う	事業所としての防災訓練の実施、火災時の対策・整備網の整理と強化	6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。