

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	2393000084		
法人名	株式会社森津介護サービス		
事業所名	グループホーム森津苑 うめユニット		
所在地	豊田市大島町栄25番1		
自己評価作成日	平成22年2月10日	評価結果市町村受理日	平成22年3月25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.aichi-fukushi.or.jp/kaigokouhyou/index.html
----------	---

【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	愛知県名古屋市中村区松原町一丁目24番地 S101号室
訪問調査日	平成22年2月25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)】

広々とした敷地には芝生が広がり、開放的にのんびりとした生活が送れます。また、ホール・居室には大窓とウッドデッキが設置されており、常に外の自然や四季を感じられます。敷地内には、ホームの畑があり、畑作りや収穫の喜びを感じていただくことができます。ガーデニングなどもお好きな方には手伝っていただいたりと、個々の趣味に合わせた支援を実施しております。医療面では、内科の医師に加え、老年科の主治医もおり、認知症に対して専門的な診断・治療が可能です。医師と密に連携を図っており、きめ細かな対応が可能です。浴室にはリフト浴も設置しており、重度化しても、住み慣れたホームで継続して生活できるよう可能な限りの支援を行っております。

【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)】

ホーム敷地が広く、建物は平屋で内部は明るく清潔、居間などの共用スペースも開放感がある一方、ウッドデッキが外とのつながりの中で空間的なゆとりを感じさせている。防災訓練にも力を入れており消火施設なども充実している。朝食の食材の買い出し、外食、喫茶など利用者が外出する機会多く自由な雰囲気がある。また、職員も明るく、利用者への対応に懸命に取り組んでいる様子が伺える。また、当ホームは、他市で展開しているホームと同様に、医療面に力を入れており、老年科の専門医による月1回の往診があり、利用者、家族にとって心強い存在になっている。さらに、認知症に関する長谷川式のテストや投薬の状況判断、認知症の方への職員の接し方等、多方面からサポートを受けている。

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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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)		

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	玄関・ヘルパーステーションへの掲示により常時閲覧できるようになっている。また、ユニット会議で再確認しながら実践につなげている。	出会いを大切に優しい暖かい介護で、その人らしく生活出来る支援を掲げている。ユニット会議で全職員が共有確認し、実践している。その人らしくはその人の気持ちを大切にして、職員が同じ介護をする意識を持ち確認している。	今年4月に理念の見直しをしようと代表者、管理者は考えている。地域密着型サービスの意義を理解して、ホーム独自の理念を掲げられたい。
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	散歩時の協力・ホーム駐車場の開放・ホーム行事の時の回覧でのお知らせ・区の祭りでは子供たちが山車を引いて来所・帰宅願望、徘徊時には近隣住民が協力・散歩時に野菜を頂いたりしている	自治会に入会している。ホームの行事で、和太鼓の演奏、バーベキュー、餅つき等の行事のお知らせを町内に回覧し、参加を促している。ホーム利用者も、風揚げや祭り等に参加しているが、更に地域に馴染んだ交流が出来るように努力している。	開設2年目にあたり、ホームが持っている様々な特長を活かしながら、今後も継続的に地域との交流に力を入れられたい。
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	現状では活かさきれていない。今後、取り組んでいきたい。		
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	利用者家族・区長等を交えて報告や話し合いを実施することにより、改善必要な事項については順次実施している。(エプロンに名前貼付・1wの予定表の玄関掲示・苑便り発行・所在確認 等)	利用者家族、地域代表、市関係者の参加を得て開催している。会議で出された意見に基づき、名札付け、玄関チャイム、防犯カメラの設置などの改善が行われた。開催頻度は、現状、1回/3か月である。	今後に向けて、2か月に1回の開催を目指し、地域、行政関係者との連携を深められたい。
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	調整会議での交流によりサービス状況の報告等。	市主催の調整会議(2回/月)には必ず参加し、情報交換を行っている。さらに、個別課題について、市職員と直接やりとりし、関係作りに努力している。	
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	取り組んでいるが、御本人様の安全のためにやむを得ず実施する場合においてはご家族様に説明し同意を頂いた上で実施している。	マニュアルを整備し、勉強会も実施している。利用者の所在は、予め決めたホール担当者が目配り気配りして、常に確認するなど、身体拘束をしないケアを徹底している。転倒防止の可能性がある場合でも家族の了解を得て、拘束を回避している。	
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	勉強会を開催し、共通理解につとめている。また、ユニット会議での話し合い、常時職員同士が注意を払いケアを実施している。介護相談員受入により、何かあれば相談できるようにしている。		

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
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	後見人制度を利用している利用者がいる。後見人とケアマネで連絡を取り合っている。制度については、内部研修にて制度の理解を深めている。また、対象になりそうな入居者については、相談時に制度紹介に努めている。		
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	常に家族との連絡を行い、相談・対応に努め、不安なよう入所・退所支援に努めている。		
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	介護相談員が毎月来所し、利用者・ご家族のお話を聞かれている。その内容を活動報告記録として残し意見交換し、要望を反映できるようホーム長が中心となり検討している。	日常的には、家族が来訪時職員と交流し、「どうするか」を一緒に考えることを習慣化している。さらに、家族アンケートにより要望意見などを聞き、運営推進会議に取り上げ、話し合いながら解決策を考え反映させている。	
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	ユニット会議・リーダー会議の場で提案・意見を聞いている。また、常時相談できるようオープンな事務所作り、定期的に面談を行い話を聞くようにしている。	代表者と個別で面談する機会を設けたり、ユニット会議、リーダー会議などが設けられている。職員からの意見や提案は、日常のやり取りの場でなされることが多い。(例、レクレーション行事結果の家族への報告の仕方など)。	
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	現在、各事業所のホーム長と話し合いながら、全スタッフが明確な目標をもって勤務できるような条件整備作りを行なっている。		
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	法人内の別事業所への実習や、市等主催の様々な研修に勤務中に参加できるようにしている。また、認知症の研修等自己希望の研修についても受付けている。		
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	市のサービス調整会議への参加や近隣グループホームとの交流。法人の事業所での月1回の施設運営会議の開催の実施。		

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	入居前の事前面接において御本人様のニーズ・生活環境の把握により、環境変化による不安軽減を図るように努めている。		
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	初回来所時より、ご家族様の施設に対する不安要望等を細かに聞き、答えるようにしている。また、医療処置の範囲などについては事前に主治医に相談した上でお返事している		
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	サービス導入前には必ず家族だけではなく、導入前の主治医・ワーカー又はケアマネとの話し合いを持ち、御本人様にとって必要なサービスの見極めを行なっている。		
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	一方的な介護にならない様に共感しあい、信頼関係が形成されるよう努めている。家事の手伝いなど危険を伴わない範囲で出来ることはしていただいている。		
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	面会時や電話等で、本人の日常生活を含めた現況報告をしている。その際、ご本人の要望もお伝えし、家族の要望も聞き入れながら関係構築につとめている。又、施設行事には一緒に参加して頂くよう働きかけている。		
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	ご家族様の意見も含め、可能な範囲で実施している。日常会話に折り込んだり、昔の写真を見ながら忘れないように努めている。	家族が以前通っていた理美容室に連れて行く、スーパーと一緒に買い物に行く、年賀はがきを知り合いに出す、昔馴染みの面会を受ける、家族に電話をする等、それぞれの関係を維持して、ホームとしてできる支援を行っている。	
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	ユニットを行き来し、仲の良い利用者が関わられるよう支援している。また、相性などを把握した上で孤立することの無い様に配慮し席の配置など工夫をしている。		

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
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	退去後も状態を確認、必要に応じては相談に応じている。また、入院し退去された方についても施設の紹介を行なった事例あり。		
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	コミュニケーションをこまめに取りながら、個々のニーズ把握に努めている。また、困難な方についても、生活暦や家族さまの情報より、個々の把握に努め、本人本位となるよう検討している。	入居前の面接で、利用者の状況や家族の希望などをアセスメントシートを利用し把握している。日常的には、リーダーが中心に希望や意向を把握している。意思疎通の困難な方は、表情等で感じ取るように努力している。	
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	入居時のアセスメント、又入居後も継続して本人・家族からの会話の中から個々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	ケース記録・申し送りノート・朝礼の活用。日々のコミュニケーションにより心身状態の把握に努めている。		
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	定期的又は必要に応じ、カンファレンスの実施を行い、カンファレンスの内容を家族にも報告した上で家族様の要望を踏まえ介護計画を作成している。	現状把握は、日々のケース記録、申し送りノート、ケアカンファレンスで行う。職員は会議の時、言葉でしか伝わらないことを発言し、介護計画に反映している。本人家族の希望も取り入れ、短期見直し3か月、緊急時の見直しは、その都度としている。	
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	日々の様子やケアの実践をケース記録と申し送りノートに記入し、情報の共有に努めている。また、カンファレンスにて話し合うことにより、質の高いケア実践に努めている。		
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	必要なサービス支援をその都度検討し行なっている。		

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
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	定期的なボランティアの来所。地区の祭りや行事への参加を実施している。		
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	入居時にご家族様にかかりつけ医の希望を聞き、希望に合わせている。ホーム主治医以外のかかりつけ医の場合でも、主治医と直接電話又は文書にて状況報告を行い連携作りに努めている。	かかりつけ医の選択は、利用者の状況に合わせてながら対応するのが方針である。入居以前のかかりつけ医の受診は、家族が対応するが、その場合も、必要時にはホーム主治医と連携できるようにしている。	
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	提携医との連絡を密にし、受診や看護に繋げている。		
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。	提携医とは密に連絡をとりあい、入退院時には、診療情報提供書等すぐに対応してもらえるようになっている。また、介護サマリーの提供や入院時の面会を行なっている。		
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	入所時に重度化した場合の指針を提示し、同意を頂いている。また、医師より終末期又は重度化の恐れについて話しがあった場合、医師・家族と方針について細かに話し合い、明確化に努めている。	本人・家族の希望要望があれば、ホームとして看取りを行う方針である。重度化した場合の指針を提示し、家族、主治医、管理者等で、「出来ること、出来ないこと」を説明し、話し合いながら方針の共有に努めている。職員の研修も順次行う方針である。	
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	マニュアルがあり、閲覧できるようにしている。また、消防署協力の下、応急処置講習を実施した。		
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	消防署と協働で、避難訓練を実施。避難訓練後も、反省を含めた今後の課題について意見交換を実施し、改善に向けた努力を行っている。	地震・火災に備えた訓練を消防署と協働で1回/年、ホーム単独で1回/年、実施している。職員は、誘導、避難路の確認、消火器の操作方法等の訓練を行っている。また備蓄品は、水、缶詰、オムツを3日分位を確保している。	今後も引き続き、夜間想定避難訓練の実施を行うなど、安全への対策を続けられたい。また、ホームの敷地が広いこともあり、地域との相互の協力関係にも期待したい。

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	個人を尊重した声かけ・プライバシーに配慮したケアを実践するように努めている。	呼び方は「さん」づけ、トイレでの失敗はこちらの失敗との態度が基本である。本人のプライドを傷つけないよう、嫌な思いを起こさせない言葉かけに気を付けている。	
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	自己決定できるように、開かれた質問を心がけ、コミュニケーションをとるように努めている。また、ケアを実施する前には言葉がけしてから行なうように努めている。		
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、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	個々のペースを大切にしているものの、どうしても、都合の悪い時は、それぞれの方に理由を話し、理解していただけるように努めている。		
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	なるべく、心がけている。その方の、好きな色や全体のバランスなど可能な限り考えるようにしている。プロの方によるメイクのレクリエーションの実も行なった。毎日、鏡を一度は見るように支援している。		
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	食事準備・片付けは職員が実施することが多いため、今後心がけて行きたい。おやつ作りや畑での食材収穫などで支援している。	食材は、昼食・夕食分を業者から取っているが、買い物も行き、一部利用者も同行している。調理は職員が行うが、配膳・後片付けを利用者も参加しながら行っている。また、敷地内の野菜を楽しみながら収穫して使用している。	
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	食事・水分チェック表に毎食こまめに記入している。嚥下能力に応じた食物形態にして提供している。		
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	毎食後の口腔ケアの実施。歯科医師による口腔ケアの指導・相談により個々に合わせたケアを実践している。		

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	排泄チェック表への記入により排泄パターンの把握に努め、排泄パターンに合わせた声かけ・誘導を実施している。	排泄パターンを把握し、排泄の定期的な誘導、声かけを徹底している。また、紙おむつを布パンツに変えるなど、排泄の自立に向けた努力も行っている。	
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	毎日、牛乳を必ず提供している。便秘気味の方については、トイレでの腹部マッサージの実施。必要により、医師の指示のもと、便秘薬の服用。		
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	日中の入浴がメインになってしまっている。個人の希望やタイミングに合わせることもあるが、時には(個々の状態により)職員の都合により入浴することもある。菖蒲湯やゆず湯など季節に合わせた入浴支援の実施。	希望によって、毎日入浴できる環境を整えている。また、入浴を嫌がる利用者にも、言葉かけや入浴剤の工夫をしながら、2回/週は入浴をしてもらうようにしている。	
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	個々のペースにあわせ、居室やホールにて休息をとっていただいている。その日のバイタル状態を確認しながら、休息をするように支援も行っている。		
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	薬情などから、目的や副作用・用法・用量を把握して服薬支援・状態の変化に努めている。また、スギ薬局の薬剤師と連携を密にし、報告や相談をしている。		
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	個々の能力・生活歴に合わせた支援を実施している。		
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支援している	天候や季節・その日の体調を考慮して支援(散歩・喫茶店)の実施。	日常的な散歩は、その日の状況をみながら、午前と午後2回行く時もある。1~2か月に一回、回転寿司、うどん屋などで外食したり、喫茶店にも行くこともある。年末年始、誕生日、行事のとき等には、家族と外出されることもある。	

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	ホームにて管理している。外出時には、お金を出して会計でき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	本人の要望により、ご家族様や親族等への電話のとりつぎを行なっている。年賀状や書中見舞いを書く支援も実施している。		
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	四季を感じることの出来る飾りつけや温度や採光に配慮した生活環境作りを行なっている。	共用の居間は、明るく清潔で静かである。一方、白内障の利用者のために、カーテンで明るさをコントロールする配慮もしている。玄関などには、季節感を味わってもらうために、多種の花が生けられている。	
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	外が見渡せ季節や気候が感じられる大窓・ウッドデッキがあり、個々のペースでくつろげるようにソファ・TVを配置した広々とした共用空間になっている。また、隣のユニットの利用者とも行き来しあっている。		
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	なじみの物持ってきていただける様に家族様へ働きかけている。認知の状態を考慮し、個々に合わせた居室空間作りを心がけている。	以前、自宅で使用していた物を持ち込んでいる。居室は、利用者も加わり、毎日居室担当職員が掃除を実施し、清潔に保たれている。ベッドが嫌いな利用者や転落の可能性がある際には、畳・マットで対応するなどの配慮がなされている。	
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	居室に表札を付けたり、本人の希望で目印を付けたりしている。お風呂場には温泉マークの暖簾を掲げている。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム森津苑

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	4	運営推進会議年6回の実施が出来ていない。	2ヶ月に一度実施する。	年間計画を立て前もって予定をお知らせする。	12ヶ月
2	2	事業所と地域とのつきあいを今以上に。	区長さんを始め地域の皆様へ回覧板を利用し、各行事に気軽に参加して頂く。	5月のバーベキュー大会、避難訓練へ参加を呼びかける。	12ヶ月
3	35	夜間想定避難訓練の実施。	夜勤者2名を中心に計画をし実施。	緊急連絡網によるスタッフの施設到着時間の確認	6ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月