

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	2372201182		
法人名	株式会社 エイム		
事業所名	グループホーム 森の家 1		
所在地	一宮市森本一丁目12番12号		
自己評価作成日	平成22年1月28日	評価結果市町村受理日	平成22年4月7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)】

基準人員数より5割増のスタッフで認知ケアはもとより会話重視のケアで支援の方針。

【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)】

理念の「アットホームな介護」のイメージ通り、管理者と職員とが言葉や普段の態度にも気遣いがあり、わきあいあいの雰囲気大切にしながら、一人ひとりを尊重して支援している。町内の夏祭りに参加したり、ホーム内の餅つき大会や小運動会に家族や地域の方に参加してもらうなど、家族・地域とのコミュニケーションにも努力を続けている。ホームでの楽しみとして、畑での大根、ミズナ、トマト、キュウリ、ナスの栽培があり、普段から草取り、収穫を利用者、職員の喜びになっている。また、ホームでは、職員配置を手厚くすることで、利用者との会話を重視し、誰と会話したかを記録し、積極的な会話に繋がるよう取り組んでいる。さらに、外出の機会も多く、散歩、買い物、喫茶店等、全員の楽しみに繋がっている。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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	理念の「アットホームな介護」を玄関、フロアに掲げ、常に意識するようになっている。	「アットホームな介護」を理念として、安心して楽しく暖かい介護サービスを目指している。理念を掲示し、毎朝の申し送り、ミーティングで確認し、理念に基づいたケアをしている。	
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	地域の方に運営推進会議に出席していたり、回覧板などを通して地域の行事を把握し、利用者様、スタッフ共に参加している。	町内会に参加している。散歩に出かけて、近隣で顔馴染みの関係ができたり、年1~2回の神社掃除に参加や、読み聞かせ・大正琴・手品等のボランティアの受け入れも行い、地域との交流を大切にしている。	
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	地域の行事に参加することでホームの様子を理解してもらったり、運営推進会議では利用者様のこと、認知症について質問が出来るようになっている。		
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	会議が報告や資料を元にした話し合いだけで終わらないように食事の試食会等を行い、出席者の意見が聞けるようにしている。	会議ではホームで毎日食べている食事を試食してもらいながら、参加者からの意見を聞いたり、現況報告を含め、様々なテーマで話し合っている。現状、年間3回のペースで会議を行っている状況である。	今後に向け、運営推進会議の回数を増やす取り組みに期待したい。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	ケアマネジャーが地域包括センターの研修等に参加、地域包括センターから運営推進会議へ出席していただいている。	市担当課へ必要に応じて出向き相談をしたり、その都度電話で問い合わせたりしている。さらに月1回、地域包括支援センターケアマネージャー会に参加している。	
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	夜間に玄関の施錠をする以外は全て鍵なし。ベット棚の使用はあるが各居室出入口には施錠は行っていない。	夜間以外、玄関に施錠はしていない。職員数に余裕があり、常に目が行き届いている。身体拘束に関しての職員間の意識付けや工夫も常に話合われている状況である。また、やむを得ない場合は、家族に了解を得ることとしている。	
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	虐待が起きないようにスタッフ同士が注意しあい何かを気づいた時は管理者、役職者に報告。言葉の暴力に注意する。		

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	これらの制度について学機はないが成年後見人制度を利用している利用者様はいる。現在活用を考えなければいけない方はいない。		
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	契約までにホームから訪問利用者様は見学に来ていただき、質疑応答の後、理解納得していただいている。		
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	玄関に意見箱が置いてあり、いつでも無記名で意見、要望がだせる。外部評価の家族アンケートで意見を出せる、または反映もできる。	家族の来訪時に直接話しを聞き、要望等を記録に書き留めている。すぐに行えることは、行っている。家族には、2か月に1回、最近の様子を書いた手紙を送付し、時々写真を入れて送付している。	
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	ミーティングの場で意見を伝える。管理者に直接訴える場所が作られている。	意見を言い易い雰囲気を整えている。利用者への言葉かけについての意見があり、ミーティングで話し合う等の対応をしている。職員の生活環境が変わった場合には、勤務形態を変更する等、運営に反映させている。	
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	昇格は役職スタッフが推挙しても速やかに検討してもらえる。男女年齢等を問わず誰でも努力を認めてもらえる。年2回の親睦会の開催がある。		
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	資格取得研修参加希望のスタッフには勤務時間内の参加、休日を考慮している。		
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	全スタッフが交流をしている訳ではないが地域の勉強会への参加、研修会を通じた交流をしている。		

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	利用者様に各々のスタッフが一對一で接し、今までの生活、思い等を伺い安心して生活できる環境づくりに生かしている。		
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	ご本人とキーパーソンのご家族との思いが全く違う場合が入所当初はあることもあるが、ご本人、ご家族共にもコミュニケーションをよくとりお互い良い関係作りをしている。		
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	ご家族は利用者様をまず預って欲しいことが一番の要望に見受けられる。その中でできるだけ希望に添えるように支援に努めている		
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	家事等を一緒にこなすことが困難な方が多いがメニューを一緒に考えたりスタッフの子供をあやしたり、見守ったりして同じ話題で笑ったり心配する関係でいる。		
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	ご家族によっては小孫曾孫と大勢で頻繁に面会に来て近況報告したり、食事ドライブに連れ出してくださる家族もいるが、中にはかわりを少なくしたいと考えている方もあり、近況報告を隔月で出している。		
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	利用者様の中にはお馴染みの方の多くが亡くなったり、馴染みの場所へ行くのが体力的に困難になってきている方が多く、分からない方たちもいる。現在面会に来てくださる方たちとの関係を大切にしたい。	地元の方は、馴染みの喫茶店に出かけることもある。親しい関係の方より電話がかかってきたこともある。週末家族の訪問があり、個室やリビングでくつろがぐ様子も見られる。また、一時帰宅して自宅で過ごし、ホームに帰って来る人もある。	
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	○会話が噛み合わなく、お互いに怒りだす時もあるが、楽しげに会話を続けている時もある。スタッフは常に見守り、間に入れるようにしている。 ○座っている動けない方を自力歩行可能な方が、手を引いて立たせようとしている場面もあり、その行為がうれしかったり、心配だったりしている。		

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	○退去の大方が末期の入院だったり、お亡くなりになっての方です。 ○転居の方には、面接に来られた時に詳しくお話して、細かく情報提供している。		
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	○訴えの可能な利用者様には話しやすい関係作りをしていく ○訴える事のできない方には、訴えることのできた時の記録とふれあいの中で感じられるようにする。	利用者との会話で本人の思いや希望を聞き取り、出来る限り希望に沿うよう努めている。利用者一人ひとりのことを、パーソンセンタード・ケア(5つの視点で考えるシート)に全員が書き込んでいる。	
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	○スタッフより後から入所された利用者様の情報収集は手に入り易いが、以前より入所してみえる利用者様の昔は把握しにくい。つい現在だけを見てしまうことが多いのでコミュニケーションを計る。		
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	○声のかけ方次第で有する力をもっと引き出せる利用者様もみえるが、1度2度ではできても継続は難しい		
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	○ミーティングに全介護職員が揃うのは困難なため書類にして多くの意見を収集している。	利用者の希望や家族の意向をもとに、職員の気付きを取り入れ、介護計画を作成している。計画の見直しも実施し、モニタリングを3か月に1回行い、利用者の状態に変化がある場合には、その都度見直している。	
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	○記録にはその時々表情・言葉を具体的に記入するようにしている。 ケアマネージャーは介護記録からも日々の様子を拾いあげている。必要に応じて見直している。		
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	○利用者様のその時に必要なことをできる限り支援している。		

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	○地域のまつり・盆踊り・氏神様の清掃等に参加。 ○ボランティア(読み聞かせ、大正琴)の訪問を受けている。		
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	○主治医は利用者様とご家族が決められ通院介助もしている。 主治医のいない方にはホームの主治医を紹介している。 ○入退院の支援もしている。	利用者、家族の希望により、受診する医療機関を選択することができる。協力医療機関では、2週に1回の往診を実施している。緊急時には、管理者を通じて医療機関への連絡をしている。	
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	○施設に看護師が在籍しており、主治医の所より訪看さんの手配もあり、特変があった場合はすぐ対応できている。		
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。	○入院先へは情報の提供を行い御家族、主治医訪看、ホームで退院後のケアを話し合い。 入院先へも面会に伺い情報把握を行いできるだけ早い退院とする。		
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	○ターミナルケアについて、家族、主治医、ホームで何度も話し合い、ケアの分担をし、受け入れ対応している	重度化や終末期の方針については、その状態になってから利用者、家族と相談し、医師と話し合い、全員が納得して方針を決定して文書作成している。最期はホームでという希望であれば、訪問看護を利用して対応することができる。	
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	○連絡網は壁に貼り出してあり、急変時、対応マニュアルに対応している。 ○訓練はしばらく実施していない。		
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	○利用者様を助け出す避難訓練は定期的に行われている。 ○対策マニュアルがある。	日中に夜間を想定しての避難訓練を年1回行っている。今後、地震、水害訓練も行っていきたい考えである。備蓄は、水、缶詰、米、栄養食、カセットボンベ、オムツ等がある。また、地域住民に災害時の協力をお願いしている。	避難訓練や研修の機会を増やす等、内容を充実し、職員全員が習得することを期待したい。

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	○プライバシーの確保は行われていると思う。 ○人格の尊重、誇りを傷つけないという点ではつい慣れてしまい乱暴な言葉かけになる事もあるが注意している。	本人のプライバシーを傷つけないように、小さい声での声かけを行っている。部屋に入る時も、ノックしてやさしく言葉かけをしたり、失禁時もトイレと風呂場がつながっているの、さりげなく風呂場で対応している。	
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	要望を言ってもらえる関係作りと訴える事のできない方の気持ちをくみとる努力をしている。		
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	一日の大筋の流れは決まっているが今までの生活のペースを持っている方、希望される方は、その方のペースで過ごして頂くが、スタッフのペースになる事もある。		
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	御家族の事情もあり、全員がおしゃれを楽しめる訳ではないが、いつも同じ洋服にならないように季節にあった物を清潔に着て頂いている 御家族の中には、次から次とブランド品、クリーニングしなければいけないような高級品を沢山持ってきておしゃれを楽しまれる利用者様もいれば、入所後、何も持って来て頂けない方のいる		
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	調理を一緒に行うには、身体的にも認知の点からもムリになっている。スタッフが一緒に食事をしたり、メニュー決めに参加して頂いている。外食については行く前から楽しい話ができる	メニューをみんなで相談してつくることもあり、調理の下準備には利用者も加わり、職員が調理を行い、利用者と職員と一緒に食事をしている。後片付け、洗い物等、その人の残存能力に合わせ、できることをしている。	
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	利用者様にあわせて、食事の形態、食器の形、大きさを変えている。 食べ物の好き嫌い、アレルギー、おおよその量を表にして貼っている(63~100才までいる) 体重の増減、水分量は主治医に報告、相談している		
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	口腔ケアは毎食後、利用者様にあわせて介助して行っている。 義歯の方は夜間、ポリデント使用、ハブラシ、コップの消毒も定期的に行っている		

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
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	できる限りトイレの排泄にしたいと考え、リハビリパンツの方でも利用者様の排泄時間に合わせて誘導(夜間も実施)リハビリパンツより布パンツになった方もいる	排泄チェック表使用し、食事前後に声かけを行っている。拒む場合も、間をおいてこまめに声かけをしている。紙パンツから布パンツに移行できるように、全員トイレ誘導を行い、気持ち良く生活できる方向へと導いている。	
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	○食事にも繊維質の物を使用。 ○主治医より薬を処方して頂き服用している利用者様もある。 ○便の状況を観察している。		
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ず、個々にそった支援をしている	○入浴日と時間帯はおおむね決まっている。 ○その中で永年の入浴方法で入っていた。以前、1・2Fの入浴日を別の日にしていたも入浴できるようにしたが入れなかった	入浴は午前、午後どちらでもよく、曜日は、月・水・金である。時に、土・日に1階、2階どちらかで入浴を行ったり、ところどころでずらして入ることもある。無理強いせず、本人の気持ちを大切に、声かけを行っている。	
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	○自力で動ける方は、自由に居室に戻られ横になったり、読書、ラジオ等楽しめる ○御自分で動けない方は、様子を見て座るソファを代えたり居室で臥床して頂く		
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	○誤薬防止のため複数回のチェック ○体調を主治医に報告、薬の調整をして頂く ○飲み込み確認まで介助している		
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	○手伝い(お盆ふき、おしぼりたたみ、そうじ)を日課にされている方も有り。 ○タバコを吸われる方も有り。 ○嗜好品は家族と週に1回位、外出して楽しめる方、経済的理由で現在はできない方等があります		
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	○地域の行事(盆踊り、七夕まつり、裸まつり等)には、全員ではないが出かけている ○家族と旅行したり、ドライブに行かれる方もある ○懐かしい場所、行きたい所がわからなくなっている方も多い ○散歩、喫茶店、外食の機会も有	散歩、2~3か月に1回程度の外出(回転寿司、きざみ食をしてくれる中華屋など)、近くの饅頭屋に車椅子の方も一緒に饅頭を買いに行ったり、公園に手作り弁当をもって花見に行くなど、出かけることを楽しみにしている利用者も多い。	

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	○金銭はホームが預かり、管理。 使途は家族に相談、報告している ○金銭、貴重品は個人で管理は無理になっている(どこかに片付けたか、どこから持って来たかわからない)		
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	○電話でお話をされる方はみえる 電話をかける方もあるが御家族の都合でかけられては困るという方もある ○はがきを送って下さる方もある		
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	○季節に合わせた、壁飾りや生花をテーブルに飾っている ○キッチンからの音、臭いが心地良く感じてもらえるようにしている	共用空間の居間は広々として見通し良く、居心地の良い環境で、季節の花や利用者の作品を飾り、ソファを配置して、ゆったりくつろいで過ごすことができるように工夫している。	
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	自分の席の他に、フローア、廊下にイス、ソファが置いてあり自由に過ごすことができる		
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	○仏様を持って来ている方もある ○ベッド、ソファは新しい物を用意される方が多い。衣服、写真を持ってみえる ○カレンダー、花びん等、その方らしい物を使用される	各部屋のドアに木彫りのデザインの違う作品が飾っている。居室には、利用者が自宅で使い慣れた家具を配置し、その人が過ごし易いよう工夫している。壁面にはポスターやカレンダー等、その人の好みのものを掲示している。	
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	○個室、トイレを間違えないように名札に工夫している ○大きい時計がかけてある		

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム森の家

目標達成計画

作成日: 平成 22年 3月 31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		運営推進会議は現状、年3回のペースでの開催である為、2ヶ月に1回の会議を行う。	運営推進会議を、2ヶ月に1回のペースで実施する。	定期にあらかじめ日程を計画する。	12ヶ月
2		避難訓練に夜間を想定して行っていない。夜間訓練を実施する。	避難訓練を夜間も想定した訓練を実施する。	夜間を想定した訓練を実施する。	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月