

### 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	1172800607		
法人名	社会福祉法人 人間福祉課井		
事業所名	扇揚苑グループホーム		
所在地	埼玉県人間市大字中神853-1		
自己評価作成日	平成22年 1月	評価結果市町村受理日	平成22年5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	<a href="http://www.kohyo-saitama.net/kaigosip/Top.do">http://www.kohyo-saitama.net/kaigosip/Top.do</a>
----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------

【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 ケアマネージメントサポートセンター		
所在地	埼玉県さいたま市中央区下落合五丁目10番5号		
訪問調査日	平成22年 2月 23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)】

私たちは、常に入居者の方を主体として考え、自宅ではないけれども在宅の生活の継続を目標とします。生活層および希望等を踏まえ、一人一人に自分らしい生活を送っていただくために以下のような生活支援を目指します。

(1)あなたが自分らしくいられる家にします。	(2)ぬくもりを感じる家にします。
(3)こころに潤いのある生活を作ります。	(4)あなたの意欲がわいてくる生活を作ります。
(5)ご近所づきあいのできる家にします。	(6)ご家族にも安心していただける生活を作ります。
(7)安全で健康を保てる生活を作ります。	

【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)】

一人ひとりにあわせたケアサービスを提供できるように、職員間で考え検討できる体制となっており、日々の生活に反映されている。  
また、利用者の持っている能力を活かし、生活に反映させることによって、集団生活の中での繋がりがりや役割意識・生きがいに繋がるようにとの想いで支援されている。

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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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	日々の職務の中で、スタッフ会議等の場でスタッフ全体に理念が浸透するようそのつど示している。また、管理者は毎日の朝礼で、方向性を示している。	「理念に基づいたケアサービスとはなにか」を、具体的な事例を通してスタッフ会議の中で話し合い、職員間で考えるようにしている。	
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	日々の買い物、地域へのイベントへの参加、ボランティアの受け入れなど地域の人々と触れ合う機会を持つようになっている。また、月に一度のホーム喫茶で、地域の方々にも足を運んでいただくきっかけ作りも行っている。	地域のサークル活動や行事への参加は積極的におこなわれている。日常的な地域との関わりを作るために「ホーム喫茶」に地域の方を招く体制をとっている。	きっかけ作りや、受け入れの体制はできているが、実感できる結果をだすためには今後の努力や工夫が期待される。
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	納涼祭・ホーム喫茶などを行っており、地域の人々の集まる場を提供できればと考えている。また、併設の在宅支援センター・地域包括支援センターの事業に職員が参加するなどしている。		
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	運営推進会議を通して地域の情報を得ている。また、会議をとおして地域の文化祭に参加できるようにした。その他、運営に関しての助言をもとに改善に努めている。	事業所の働きかけにより、双方向の話し合いができています。会議の中で意見に関しては、職員間で検討し、実際のケアサービスに活かしている。	
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	併設の地域包括支援センターとの情報交換等連携をとっている。	地域包括支援センターを通じて、市との交流がなされている。また、運営推進会議への参加も依頼し、事業所の取り組みを知ってもらう機会としている。	
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	現在身体拘束は行っていない。しかしながら、全職員が正しく理解しているとは言えない。	玄関の出入りは自由にできる状態になっており、利用者の様子は職員全体で見守る体制となっている。	日々の介護のなかで、身体拘束をしない意識は伝えられているが、研修として取り組める機会は少ない。より理解を深めるための研修等の開催が期待される。
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	虐待などが起こらないよう管理者・職員共に細心の注意を払っている。		

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
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	日々情報収集をし勉強しているが、十分に理解し活用しているとは言い難い。		
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・解約時には十分にご家族と話し、納得が得られるようにしている。また、面会時などそのつどご家族とコミュニケーションをとり、不安等がないか気をつけている。		
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	日々の生活援助のなかで利用者の声を聞くように心がけ、それを会議等で話し合っている。また、市の相談員が月に1度程度来られ意見を示す事ができる場となっている。	家族から得られた意見に関しては、連絡ノートを利用し職員間で共有化できるようにしている。また、改善結果や対応に関しては運営推進会議の場などで説明されている。	
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	スタッフ会議等で職員の意見を聞き、問題があればその都度改善に努めている。	日頃から意見の言いやすい雰囲気づくりに努めている。職員からの意見に関しては必要に応じて話し合い、その都度対応ができています。	
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	職員のストレスの軽減をはかる等、離職を少なくするように心がけている。		
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	入職時のグループホームにおけるオリエンテーションをはじめ、認知症ケアについての研修を計画している。また、法人内にて定期的に勉強会を行っている。		
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	地域のグループホームとの交流はほとんどない。		

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	
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>						
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	入居までに自宅に訪問し、話を聴く機会を持っている。その際にご本人の状況を理解するようにしている。			
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	相談には十分に時間をとり話を聞くようにしている。必要あれば電話相談、ご自宅に訪問し、ご家族と話し思いを受け止めるようにしている。			
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	適切な援助が出来るように努めている。また、必要ならば他部署(特養・支援センター等)の職員の意見を聞くなどしている。			
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	一緒に食事を作る・食べる、一緒に掃除をする、一緒に外出を楽しむなど一緒に生活をしているという気持ちを持って援助に当たっている。			
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	ご家族には可能な範囲でイベントに参加してもらい、外出をお願いするなどご家族にしか出来ない役割があることを説明し協力を得ている。			
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	馴染みの人との外出等、希望があれば対応しているが、ご家族による対応が主となっている。	友人・知人が尋ねてくることもたびたびあり、交流は続けられるように支援されている。		
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	利用者同士が共に生活できるようコミュニケーションの仲立ちをしたり、きっかけ作りができるよう支援している。			

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
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	他施設に移った方などには、遊びに行く、様子を見に行くなどしているが、継続的には難しいのが現状である。		
<b>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</b>					
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	ご家族からの情報提供・または日々の生活の中で本人の話・意向を聞き、本人の希望の把握に努めている。	生活歴を把握するなかで推測したり、日頃の様子から思いを察する努力がされている。介護者の考えを押し付けることのないように配慮をもって接している。	
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	入居時にご家族・ケアマネージャーから生活歴など情報を頂いている。また、面会時等にもご家族からいろいろな場面の話を伺っている。		
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	日々の生活援助の中で本人の状態を見極め援助にあたっている。また、各スタッフが会議に持ち寄り全体での検討・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	毎月ケアカンファレンスを行い、課題等について話し合い計画作成を行っている。また、計画に関してはご家族に説明し意見を頂き、見直している。	計画の見直しの際はケアカンファレンスを開き、その都度対応を話し合っている。話し合う際は、意見を幅広く募って偏りのないケアプランとなるように作成されている。	
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	毎日の生活の記録を個別に付けている。また、それを会議に持ち寄り検討の材料としている。		
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	併設の特養・デイサービスと合同のイベントを開く、併設施設の設備を利用する・職員の意見を聴くなど行っている。		

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
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	運動会・文化祭などの地域のイベントに参加する、博物館・図書館など地域の施設を利用するなどしている。また、毎月ボランティアさんとおやつ作りをするなど地域の人々の交流も図っている。		
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	苑でのかかりつけ医(内科)の毎週の回診の他、歯科・精神科・皮膚科の定期的な回診も行っており、必要ならば受診できるようになっている。また、希望があれば入居前のかかりつけ医を継続して頂いている。	かかりつけ医を無理に変更するようなことはしていない。希望に応じて専門医を紹介するなど、柔軟に対応されている。	
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	併設の特別養護老人ホームの看護職員と相談しながら日々の入居者の健康管理に努めている。		
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。	毎週行われる往診時に、主治医と情報交換・相談を行っている。		
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	ご家族と十分話し合い、考えられる事態等、繰り返し医師から情報・支持を頂き対応している。	入居の時点で事業所の方針を説明し、本人や家族の希望を把握している。また、必要に応じて再度話し合いの場を設けるなどしている。	
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	心肺蘇生の研修を定期的に行っている。また、急変時のマニュアルを作成し全ての職員が対応できるようにしている。しかし、全職員の研修参加は難しく検討必要だと思われる。		
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	避難訓練を定期的におこなっている。また、災害時の対応マニュアルを作成し全ての職員が対応できるようにしている。	併設の施設と備蓄を共有している。避難訓練は、年2回で昼と夜の双方の設定でおこなっている。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	つねにその人を一人ひとりを尊重した適切な対応・声かけを心がけている。また、個人情報についても取り扱いを徹底している。	「一人ひとりの居室は家と同じである」という考え方を職員に徹底している。また、集団のなかでのプライバシーを守るための言葉かけや援助方法などは日頃から配慮されている。	
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	本人の希望を尊重した生活ができるよう支援している。また、本人が希望や意思を現し易いような環境づくり、支援を行っている。		
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し、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	本人のペースに合わせた生活が出来るよう、また喜び・生きがいをもって生活できるよう支援している。		
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	その人の希望・その日の気分によって洋服を選ぶ、髪型を整えるなど自身にて出来るよう支援している。理容・美容室へ行くなどはご家族のご協力により実施している。		
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	毎日の昼食を買い物から入居者さんと一緒に行き、一緒に作っている。	行事の際は、利用者の意見を献立に取り入れ、食事が楽しいものとなるようにしている。また、それぞれの利用者の能力を活かし、調理に携われるように個別に支援されている。	
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	栄養士により食事メニューの管理を行っている。また、水分摂取量が少ない方は一日の水分摂取量を図り、水分摂取量が確保できるよう検討している。		
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	個々の能力を見きわめなるべく自身にて出来るよう支援している。夜間は洗浄剤にて洗浄している。また、定期的に歯科の回診があり必要があれば受診している。		

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	失禁がある方でも気持ちよく、清潔に生活できるようなパンツ・パット類の検討、トイレ誘導の声かけなど検討し個々に合わせた対応をしている。	排泄のタイミングを把握し、適切に支援されている。利用者の希望や特性、個々の能力にあわせて介助方法が検討されている。	
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	日頃の生活の中で活発に動くよう心がけている。また、毎日牛乳を飲んでいる。便秘の症状がある方は、個々に排便の様子を観察・記録し看護師・医師と相談のうえ下剤の検討をしている。		
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	曜日・時間・回数などを気にせず本人の希望・状況に合わせて入浴できるようになっている。	毎日入浴できる体制になっている。体調や希望に配慮しながら、入浴が支援されている。また、同性介助を希望される場合はケアプランに反映し対応している。	
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	起床・就寝の時間を決めずに個々の生活パターン、年齢、その日の体調など考慮し援助している。		
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	スタッフは使用薬の日付、氏名の確認を徹底し、誤配・誤薬の防止に努めている。また、薬の効果・副作用については薬の説明をファイルしスタッフルームに置き、常に確認できるようにしてある。		
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	ごみ捨て、料理など生活の中でその人にあった役割を持ち、必要とされていると実感できるよう支援している。また、昔からの趣味や特技などが継続して行えるよう支援している。		
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支援している	毎日の買い物、散歩・ドライブ等、日常生活の中で地域に出て行けるよう支援している。	季節を感じられるような場所に、車で出かけるなど配慮されている。日々の散歩など事業所としての対応のほか、個人的な希望は家族に相談し外出できるように支援している。	

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
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	現在は、入居自身でお金の管理は行っていない。しかしながら買い物時にお会計をしてもらう、預かり金のなかから必要な物を購入するなど行っている。		
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	事務所の電話をいつでも使用できるようになっている。また、かかってきた電話を取り次いでいる。		
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	併設施設のため、施設風の建物ではあるが、浴室、トイレなど一般家庭用の物を選んだ。また、食堂・居間などの家具・装飾品は家庭的になるよう工夫している。また、天窓があり自然の光を利用し生活空間を明るく保っている。	トイレは居室内に設置されているため、混乱してしまうことは少ない。また温度管理や家具の配置などで、落ち着いて過ごせる工夫がされている。	
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	ゆったり過ごせるソファを置く、少し離れた場所にテーブルセットを配置するなど入居者の居場所を確保し、みなさんが自由に使えるようになっている。		
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	危険なものを除いて、可能な限り使い慣れたものを持ってきていただき、以前と近い環境で生活できるようご家族と共に検討している。仏具や鏡台など自身のなじみのものを持ち込まれている方もいる。	安全面を考慮したうえで、自由に模様替えできる。ベットではなく布団を使用したり、テレビを設置したりと利用者の過ごしやすい環境づく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	居室・フロアには手すりの設置しており、安全に自身にて移動できるようになっている。また、居室に危険因子になりえるものがないかなどカーペット、靴などにも注意し安全な環境作りに努めている。		

(別紙4(2))

事業所名 扇楊苑グループホーム

## 目標達成計画

作成日: 平成 22年 5月 11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	2	地域の方々と交流をもつためのきっかけ作りや受け入れ体制はできるが、実感できる結果が出ていない。	利用者が地域との交流をもてる機会をふやす。	これまでの活動に加え、地域サークルへの参加を増やす。地域の大掃除などの行事に参加するなど検討していく。その中で個々の入居者が地域の方と顔見知りになれる機会をもつ。	12ヶ月
2	13	身体拘束・認知症について正しく理解しケアの質を深める研修等の機会を設けることができていない。	職員が専門的知識を共有しよりよいケアを実践するための研修を計画的に実施する。	内部研修、外部研修会議での報告会(勉強会)を実施し、職員が年間を通して身体拘束・認知症についてなど専門的な知識を得る機会を設けていく。	12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。