

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	4370103592		
法人名	医療法人 むすびの森		
事業所名	グループホーム 萌 1F		
所在地	熊本県熊本市会富町1120番地		
自己評価作成日	平成22年6月23日	評価結果市町村報告日	平成22年8月30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	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22年7月14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)】

当ホームは「心に寄り添う介護」を理念に掲げ、ひとり、ひとりが笑顔になれるような介護を目標としています。また、あきた病院や在宅事業所の一角に位置しているため、連携体制も整っており、医療面では安心して過ごすことができます。四季折々の行事では、食事やディスプレイを工夫し、季節を感じながら楽しんで頂けるよう配慮しています。近隣住民や地元ボランティア、小学校、こども園との交流も活発で、顔馴染みのボランティアさんの訪問は入居者様もとても楽しみにされている様子が窺えます。ホーム横の畑では、入居者様や地元の方の協力を得て家庭菜園を行っており、採れた野菜は毎日の食事に利用しています。季節の花の見学や外食、ドライブ等のほかに、日常的な散歩や買い物などを行い、気軽に戸外に出ることができるような支援をしています。

【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)】

周囲に田畑などまだ自然の残る環境にあるホームは、医療法人の一角に位置し医療面での協力体制が整っており、入居者や家族にとっては安心できるホームとなっている。新しい入居者の居場所をつくり、食事介助は、寄り添い・声かけの見守りを重視してADLや認知度が下がらない取り組みをしている。そのためには、スタッフの勉強会で「待つこと」の大切さ・必要性を学び、個別のケアを心がけ、理念である「こころに寄り添うケア」の実践に努めている。また地域に根づきたいという思いから、小学校やこども園との交流や、家族・地域住民のボランティアの受入など積極的に取り組んでいる。スタッフの連携がとれており、入居者の状況に応じユニット間の交流もあり和気藹々とした雰囲気のあるホームである。

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	在宅の朝のミーティングに参加。在宅勉強会への参加(月に1回)。萌のカンファレンスの実施(毎日13:30~14:00)。萌の勉強会の実施(月2回)。	ホームの会議や勉強会の折に理念についてホーム長より話をしている。玄関やリビング等に掲示し、日々、理念にそったケアに努めている。	
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	定期的に地域のボランティアや、小学生等の訪問がある。隣の子ども園とは交互交流である。また、公園等への散歩を通して近隣住民の方々と交流している。	近隣の散歩時に地元の人と挨拶を交わしたり、小学生や地域のボランティアの方が定期的に訪問し、交流を図っている。訪問時には「グループホームとは」の説明をし、協力をお願いしている。	
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	地域の老人会、小学校等の見学の際には認知症についての説明を行い、正しい理解をして頂けるように努めている。また、実際の交流では、職員が必要に応じて声かけし、お互いよりよいものとなるように心掛けて		
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	運営推進会議は2カ月に1度開催し、入居者様の様子、ホームの活動や現状について報告した後、質疑応答を行っている。また、委員は地元・会富の方にお願ひし、より地元根付いた施設を目指している。その意見は、職員に伝え、皆で共有し、必要なものは	定期的に会議を開催し、ホームの活動や状況を報告している。ホームの名前である「萌」の由来や「認知症について」などの話をし、また夜間の防火対策では、地域の協力を仰いでいる。質疑応答で出た意見は職員に伝え、検討するようにしている。	
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	法人を通じた情報交換が中心であり、ホームとしてはまだ不十分である。	法人を通じての情報交換が主となっており、ホーム独自では市職員が異動になったのを機に声かけるよう努めている。	ホーム独自で情報交換ができるよう、継続した働きかけを期待します。
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	ホームの勉強会やカンファレンスで身体拘束について勉強・確認をしている。	日頃より玄関等には施錠せず、入居者が出られる時は、見守り中心の支援を行っている。職員は勉強会で身体拘束について正しく理解し、日々のケアに取り組んでいる。	
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	ホームの勉強会やカンファレンスで高齢者虐待防止について勉強・確認をしている。また、管理者は入居者様と対話する時間を設け、その変化を見逃さないように心掛けている。		

グループホーム 萌

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	必要性を感じた場合には、地域包括支援センターの職員へ相談している。		
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	契約時は十分に説明をし、その内容についてご理解頂いている。		
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	家族会を年2回実施し、その最後にはた意見交換会を行っている。また、家族等の面会時にはできるだけ家族の意見・要望を聴くように心掛けている。 第三者評価を受け、支援や運営に反映している。	毎月請求書と一緒にホームでの様子を書いたお便りを送付したり、面会時に意見を聞くようにしている。家族会等で出た意見は職員に伝え、改善に向けた取り組みを行っている。	
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	月1回の責任者会議ではホーム内の意見や提案について報告している。	ホーム長は日頃の職員とのコミュニケーションから一人ひとりの様子や意見を把握している。新人職員には3ヶ月間で2回在宅部長と面談し、コミュニケーションの場を設けている。	
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	職場環境・条件の整備に努めている。		
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	新人職員には研修や入社から3ヶ月の間に2回の在宅部長との面談を取り入れ、フォローしている。		
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	グループホーム連絡協議会では他施設の取り組み等知ると共に情報交換を行っている。		

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
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	管理者や担当者が本人と対話しながらアセスメントを行い、レポート形成に努め、本人の安心に繋がるよう支援している。		
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	主に管理者が家族と対話しながら、レポート形成に努め、不安解消に繋がるよう支援している。		
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	必要なときはディサービスの利用や、リハビリ通院も支援している。		
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	本人ができることは何かを見極め、職員はできないことを支援するように心掛けている。また、日々の日課はできるだけ一緒に行うよう努めている。		
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	家族の方の面会が本人にとって1番の喜び、励みになる旨伝えた上で、本人の状況がより良いものになるよう共に考え、支援している。		
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	友人や近所の方の来訪があった際には、次の訪問に繋がるような対応をするよう心掛けている。	毎日訪問される家族もあり、話し相手や一緒にお茶を飲み、他の入居者とも顔なじみになっている。また、友人を誘ってもらい、継続した訪問になるよう努めている。	
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	日々変化する入居者様の様子を見ながら、個々の居場所が確保できるように努めている。		

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
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	退所後3カ月間は連絡を取り、必要時は支援を行っている。		
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	できる限り本人の意向に添えるよう努めている。また、意思表示が困難な場合にはそれまでの本人の意向や家族の意見を取り入れ支援している。	日頃の会話から入居者の意向を把握するよう努めている。意思表示が困難な方は家族の意向や本人の表情から読みとるようにしている。	
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	アセスメントからその方の生活歴や環境を知り、会話をすることで、新しい情報を引き出し、支援に活かしている。		
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	入居者様の健康状態については毎日のバイタルチェックや定期的な受診にて把握している。また、日々のカンファレンス等で個々の能力や状態について意見交換し、確認している。		
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	入居時は暫定プランを作成し、一定期間後は職員や家族の意見を加味し介護計画を作成している。必要に応じて各専門家の意見も取り入れている。	アセスメントや家族の意向をもとに暫定プランを作成し、様子を見た後職員の意見を加味し本プランを作成している。担当者によるモニタリングを行い、現状に合ったプランの見直しをおこなっている。	プランにそった支援経過記録の書き方、定期的なモニタリングと目標のたて方など一連の流れの勉強会などの取り組みも期待します。
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	経過記録や管理日誌を活用し、モニタリングや計画の見直しに活用している。		
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	職員の増員や勤務体制の見直し(時差出勤の開始等)を行い、何事にも柔軟に対応できる体制作りをしている。		

グループホーム 萌

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	こども園との相互合流や地元ボランティアとの交流を支援している。また、地域のお店へ職員と共に買い物等に出かけたりしている。		
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し、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	入居者や家族の希望を聞き、あきた病院以外の受診は家族同伴ではあるが支援体制を整えている。	家族や入居者の希望するかかりつけ医とし、家族の協力を得ながら適切な医療が受けられるよう支援している。受診後は報告を行い情報を共有している。	
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	看護師不在時は法人内の在宅連携室に連絡し、すぐに対応できるシステムを作っている(ナースハート)。		
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。	あきた病院に入院となる場合は2日に1回訪問し、不安の軽減に努めている。また、看護師や主治医に経過等を確認し、現状の把握に努めると共に早期退院に努めている。また当院以外では家族等との連絡を密にし、その支援を行っている。		
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	契約時に終末期に向けた方針についても説明し、その意向を確認している。また、入居者様の病状等が重度化した時点で再度その意向について確認し、本人、家族の希望に添うような支援を行っている。	終末期に向けた方針については、契約時に説明し、意向を確認している。重度化した時に医師・本人・家族等と話し合い、再度意向を確認し、希望にそった支援を行うようにしている。	
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	職員全体が急変・事故発生時に対応できるようホームの勉強会で学習している。		
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	年3回の防火訓練を実施している。火災時には応援して頂けるよう、こども園園長と、地元消防団に協力をお願いしている。	法人合同で年1回、ホーム独自では年2回夜間想定避難訓練を入居者も参加し実施している。地域にも運営推進会議を通じて協力をお願いしている。	

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	人生の大先輩として尊重し、対応するよう心掛けています。	一人ひとりの人格を尊重し、プライバシーに配慮した言葉かけを行っている。	
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	本人のサインを見逃さないようできるだけ個々の思いを引き出すことのできるような対話を心掛けています。		
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	個々の生活のペースを大切にすも、生活にメリハリがあ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	自分の好みの洋服を選ぶことができるように支援している。また、2ヶ月に1度の資生堂ボランティアや、誕生会等の行事ではお化粧も楽しませている。		
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	日々の献立は入居者様と一緒に決め、時には買い物も一緒に行っている。準備や調理のできるところは一緒に行っている。	ユニットごとに入居者の希望を聞き、献立をたてている。買い物・調理・下膳・後かたづけ等、入居者と一緒に行っている。入居者の状況に応じ、おにぎりにしたり、形態を変えている。職員も同じ食事を摂り、会話も弾み楽しいときになっている。	
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	毎日食事摂取量チェックを行い、その把握に努めている。水分は食間にミルクやお茶、ポカリスエット等で補給している。また、必要に応じて、高カロリーゼリーなども利用している。		
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、歯磨き、うがい、義歯洗浄等本人の状況に応じたケアを支援している。また、1週間に1度歯科往診がある。		

グループホーム 萌

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	排泄チェック表を活用し、個々の排泄パターンを掴み、声かけや誘導、見守り、介助などそれぞれに応じた支援を行っている。	排泄チェック表を記入し、声かけのタイミングを把握し、自立に向けた取り組みを行っている。紙パンツの利用を減らすことができ家族からも喜ばれている。	
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	排泄チェック表を活用し、その量についても5段階で記入、把握に努めている。また、食事に食物繊維の多い食品を取り入れている。		
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	一日おきの入浴であるが、できるだけ本人の状態やタイミングに合わせて行い、気持ちよく入浴できるように支援している。また、時にはゆず湯、菖蒲湯、バラ風呂等を取り入れ、気軽にできる気分転換・楽しみの一つとなるように心がけている	基本的な入浴日を決めているが、入居者の希望に応じて柔軟な支援を行っている。汚染があったときは、その都度対応し、清潔保持に努めている。	
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	個々の年齢やその日の気分や状態に合わせて、休憩時間を設けている。その際の部屋の温度や明るさにも配慮している。		
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	服薬は個々の状態に合わせ、見守り、介助等を行う。当番の職員が責任を持って確実に服薬させる。また、特に薬の変更や追加があった際には受診ノートに記入した後申し送りを行い、その状態の変化等に留意している		
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	調理や洗濯物干しなど個々の性格や状態等に応じた役割考え、支援している。また、本人自らしたくなるような場面・環境作りを心掛けている。		
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	散歩や買い物などできるだけ本人の希望に添えるように努めている。また、外食やドライブ等の外出も計画的に行っている。	普段は入居者の希望に応じ近隣の散歩や買い物に出かけている。季節の花見やドライブには、状況に応じて2ユニット合同で出かけることもある。	

グループホーム 萌

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	現在は金銭管理を行える入居者様はいない。		
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	本人の希望があれば、電話をかける等、できるだけ本人の希望を叶えるよう努めている。		
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	最近自身の居室が分からず、混乱される方がいらっしやるため、各居室に名字を張り出している。 季節の花や飾りを行うなど、四季を感じて頂けるよう配慮している。	季節の花や飾り付けから季節感を大切にしているのが窺える。会話を楽しんだり、一人でもゆっくり過ごせるようソファの配置にも工夫している。換気や臭気対策も行い、快適に過ごせるよう努めている。	
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	ソファーや椅子を数多く配置し、個々の居場所作りに努めている。また、それぞれのユニットを行き来することで、気分転換もできるよう配慮している。		
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	居室には本人が使い慣れた筆筒や仏壇、写真等を持ち込み可能とし、馴染みの空間作りができるよう支援している。	使い慣れた筆筒や椅子、テレビ、仏壇などの持ち込みがあり、今までの生活習慣を維持できるよう支援している。自室ドアに名字が貼ってあり、自立した生活を支援している。	
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	トイレに赤提灯の目印を置き、わかりやすくしている。また、入居者様のできる部分を大切に、手を出しすぎないように心掛けている。		

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	4370103592		
法人名	医療法人 むすびの森		
事業所名	グループホーム 萌 2F		
所在地	熊本県熊本市会富町1120番地		
自己評価作成日	平成22年6月23日	評価結果市町村報告日	平成22年8月30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	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22年7月14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)】

当ホームは「心に寄り添う介護」を理念に掲げ、ひとり、ひとりが笑顔になれるような介護を目標としています。また、あきた病院や在宅事業所の一角に位置しているため、連携体制も整っており、医療面では安心して過ごすことができます。四季折々の行事では、食事やディスプレイを工夫し、季節を感じながら楽しんで頂けるよう配慮しています。近隣住民や地元ボランティア、小学校、こども園との交流も活発で、顔馴染みのボランティアさんの訪問は入居者様もとても楽しみにされている様子が窺えます。ホーム横の畑では、入居者様や地元の方の協力を得て家庭菜園を行っており、採れた野菜は毎日の食事に利用しています。季節の花の見学や外食、ドライブ等のほかに、日常的な散歩や買い物などを行い、気軽に戸外に出ることができるような支援をしています。

【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)】

--	--	--	--

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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	在宅の朝のミーティングに参加。在宅勉強会への参加(月に1回)。萌のカンファレンスの実施(毎日13:30~14:00)。萌の勉強会の実施(月2回)。		
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	定期的に地域のボランティアや、小学生等の訪問がある。隣の子ども園とは交互交流である。また、公園等への散歩を通して近隣住民の方々と交流している。		
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	地域の老人会、小学校等の見学の際には認知症についての説明を行い、正しい理解をして頂けるように努めている。また、実際の交流では、職員が必要に応じて声かけし、お互いよりよいものとなるように心掛け		
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	運営推進会議は2か月に1度開催し、入居者様の様子、ホームの活動や現状について報告した後、質疑応答を行っている。また、委員は地元・会富の方にお話しし、より地元根付いた施設を目指している。その意見は、職員に伝え、皆で共有し、必要なものは		
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	法人を通じた情報交換が中心であり、ホームとしてはまだ不十分である。		
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	ホームの勉強会やカンファレンスで身体拘束について勉強・確認をしている。		
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されることのないよう注意を払い、防止に努めている	ホームの勉強会やカンファレンスで高齢者虐待防止について勉強・確認をしている。また、管理者は入居者様と対話する時間を設け、その変化を見逃さないように心掛けている。		
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	必要性を感じた場合には、地域包括支援センターの職員へ相談している。		

9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約時は十分に説明をし、その内容についてご理解頂いている。		
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	家族会を年2回実施し、その最後にはた意見交換会を行っている。また、家族等の面会時にはできるだけ家族の意見・要望を聴くように心掛けている。 第三者評価を受け、支援や運営に反映している。		
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	月1回の責任者会議ではホーム内の意見や提案について報告している。		
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	職場環境・条件の整備に努めている。		
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	新人職員には研修や入社から3ヶ月の間に2回の在宅部長との面談を取り入れ、フォローしている。		
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	グループホーム連絡協議会では他施設の取り組み等知ると共に情報交換を行っている。		
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	管理者や担当者が本人と対話しながらアセスメントを行い、レポート形成に努め、本人の安心に繋がるよう支援している。		
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	主に管理者が家族と対話しながら、レポート形成に努め、不安解消に繋がるよう支援している。		
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	必要なときはディサービスの利用や、リハビリ通院も支援している。		

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	本人ができることは何かを見極め、職員はできないことを支援するように心掛けている。また、日々の日課はできるだけ一緒に行うよう努めている。		
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	家族の方の面会が本人にとって1番の喜び、励みになる旨伝えたと、本人の状況がより良いものになるよう共に考え、支援している。		
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	友人や近所の方の来訪があった際には、次の訪問に繋がるような対応をするよう心掛けている。		
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が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	日々変化する入居者様の様子を見ながら、個々の居場所が確保できるように努めている。		
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	退所後3カ月間は連絡を取り、必要時は支援を行っている。		
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	できる限り本人の意向に添えるよう努めている。また、意思表示が困難な場合にはそれまでの本人の意向や家族の意見を取り入れ支援している。		
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	アセスメントからその方の生活歴や環境を知り、会話をすることで、新しい情報を引き出し、支援に活かしている。		
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	入居者様の健康状態については毎日のバイタルチェックや定期的な受診にて把握している。また、日々のカンファレンス等で個々の能力や状態について意見交換し、確認している。		
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	入居時は暫定プランを作成し、一定期間後は職員や家族の意見を加味し介護計画を作成している。必要に応じて各専門家の意見も取り入れている。		

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	経過記録や管理日誌を活用し、モニタリングや計画の見直しに活用している。		
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	職員の増員や勤務体制の見直し(時差出勤の開始等)を行い、何事にも柔軟に対応できる体制作りをしている。		
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	こども園との相互合流や地元ボランティアとの交流を支援している。また、地域のお店へ職員と共に買い物等に出かけたりしている。		
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し、納得が得られたか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	入居者や家族の希望を聞き、あきた病院以外の受診は家族同伴ではあるが支援体制を整えている。		
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	看護師不在時は法人内の在宅連携室に連絡し、すぐに対応できるシステムを作っている(ナースハート)。		
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。	あきた病院に入院となる場合は2日に1回訪問し、不安の軽減に努めている。また、看護師や主治医に経過等を確認し、現状の把握に努めると共に早期退院に努めている。また当院以外では家族等との連絡を密にし、その支援を行っている。		
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	契約時に終末期に向けた方針についても説明し、その意向を確認している。また、入居者の病状等が重度化した時点で再度その意向について確認し、本人、家族の希望に添うような支援を行っている。		
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	職員全体が急変・事故発生時に対応できるようホームの勉強会で学習している。		

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	年3回の防火訓練を実施している。火災時には応援して頂けるよう、こども園園長と、地元消防団に協力をお願いしている。		
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	人生の大先輩として尊重し、対応するよう心掛けている。		
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	本人のサインを見逃さないようできるだけ個々の思いを引き出すことのできるような対話を心掛けている。		
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	個々の生活のペースを大切にすも、生活にメリハリがあ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	自分の好みの洋服を選ぶことができるように支援している。また、2ヶ月に1度の資生堂ボランティアや、誕生会等の行事ではお化粧も楽しまれている。		
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	日々の献立は入居者様と一緒に決め、時には買い物も一緒に行っている。準備や調理のできるところは一緒に行っている。		
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	毎日食事摂取量チェックを行い、その把握に努めている。水分は食間にミルクやお茶、ポカリスエット等で補給している。また、必要に応じて、高カロリーゼリーなども利用している。		
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、歯磨き、うがい、義歯洗浄等本人の状況に応じたケアを支援している。また、1週間に1度歯科往診がある。		
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	排泄チェック表を活用し、個々の排泄パターンを掴み、声かけや誘導、見守り、介助などそれぞれに応じた支援を行っている。		

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	排泄チェック表を活用し、その量についても5段階で記入、把握に努めている。また、食事に食物繊維の多い食品を取り入れている。		
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	一日おきの入浴であるが、できるだけ本人の状態やタイミングに合わせて行い、気持ちよく入浴できるように支援している。また、時にはゆず湯、菖蒲湯、バラ風呂等を取り入れ、気軽にできる気分転換・楽しみの1つとなるように心がけている。		
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	個々の年齢やその日の気分や状態に合わせて、休憩時間を設けている。その際の部屋の温度や明るさにも配慮している。		
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	服薬は個々の状態に合わせ、見守り、介助等を行う。当番の職員が責任を持って確実に服薬させる。また、特に薬の変更や追加があった際には受診ノートに記入した後申し送りを行い、その状態の変化等に留意している。		
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	調理や洗濯物干しなど個々の性格や状態等に応じた役割考え、支援している。また、本人自らしたくなるような場面・環境作りを心掛けている。		
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	散歩や買い物などできるだけ本人の希望に添えるように努めている。また、外食やドライブ等の外出も計画的に行っている。		
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、お金の所持したり使えるように支援している	現在は金銭管理を行える入居者様はいない。		
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	本人の希望があれば、電話をかける等、できるだけ本人の希望を叶えるよう努めている。		

52	(19)	<p>○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</p>	<p>最近自身の居室が分からず、混乱される方がいらっしゃるため、各居室に名字を張り出している。 季節の花や飾りを行うなど、四季を感じて頂けるよう配慮している。</p>		
53		<p>○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</p>	<p>ソファや椅子を数多く配置し、個々の居場所作りに努めている。また、それぞれのユニットを行き来することで、気分転換もできるよう配慮している。</p>		
54	(20)	<p>○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</p>	<p>居室には本人が使い慣れた筆筒や仏壇、写真等を持ち込み可能とし、馴染みの空間作りができるよう支援している。</p>		
55		<p>○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</p>	<p>トイレに赤提灯の目印を置き、わかりやすくしている。また、入居者様のできる部分を大切に、手を出しすぎないように心掛けている。</p>		

目標達成計画

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	1	定期的なモニタリングができていない。	ひとりひとりの入居者様に添ったケアの提供。	①担当者が1ヵ月に1回はモニタリングして計画作成者に報告する。②計画作成者はその都度計画を見直す。③記録の整理を心がけ評価に生かす。	1ヶ年
2	2	職員1人で対応する時間帯があり、事故のリスクが大きい。	職員が1人で介護する時間を少なくする。	①業務の見直し②勤務体制の見直し。 時差出勤[10時・11時]	1ヶ月
3	3	認知症の知識・技術に個人差がある。	ケアの質の向上に努める。	①月2回萌の勉強会の実施を行う(Ⅰ具体的な介護技術・知識の習得、Ⅱ人間力の向上)②資格取得に向けて勉強を行う[介護福祉士とケアマネ]	1ヶ年
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。