

(様式2)

平成 23 年度

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	1570202240		
法人名	社会福祉法人、平成福社会		
事業所名	てまりグループホーム		
所在地	新潟県 長岡市 平 1 - 3 - 60		
自己評価作成日	平成23年8月22日	評価結果市町村受理日	

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.n-kouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=1570202240&SCD=320
----------	---

【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ウェルフェア普及協会		
所在地	新潟県三条市東三条1-6-14 (調査事務局:新潟県三条市高岡155)		
訪問調査日	平成23年10月12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)】

同法人の中に、ディサービス、訪問介護、訪問看護、居宅、別棟で小規模多機能居宅介護、第2グループホームがあり、包括的に、なじみの関係を作りながら利用や入所が可能。又4月よりてまり特別養護老人ホーム、デイホーム、ショートステイも開所となり、家族会も発足し家族との交流の機会も増えている。

【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)】

てまり総合ケアセンターには、てまりとテンテンてまりの2つのグループホームがあり、その他各種サービスが併設され、職員間の協力体制が取れ夜間の急変等で連携している。法人全体で防災、地域交流、倫理研修など11の委員会があり、全職員が所属し活動している。ホームでは年間計画を立て音楽、調理、作業、レクリエーション、園芸など分野ごとに毎月活動を行ない、利用者が持っている力を発見し、楽しく過ごせるよう取り組んでいる。活動後は必ず振り返り、次回に活かしている。内外研修の機会を多く持ち、又新人職員には指導者がつきカリキュラムに沿って3ヶ月研修を行なうなど、職員の専門性を高めることで、利用者が安心して日々過ごせるよう環境を整えている。管理者は昨年度の目標達成計画に真剣に取り組み、事故防止のための事例検討の様式を改定した。又毎月ミニ避難訓練を実施したり、重度化した場合などを含め家族や本人の意向に添えるよう最大限の支援をするなど、意欲的にケアサービスの向上に努めている。利用者は穏やかに落ち着いており、利用者同士が年数を経てなじみの関係ができてきた。職員にも自分の子供や孫のように声をかけてくれるなど仲がよく、会話が弾み温かい雰囲気である。家族や地域の方々を支えられ、利用者職員が1つの大家族のように毎日楽しく過ごしている事業所である。

自己評価および外部評価結果

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
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	管理者も含めGH職員でその時の入居者様にあつた理念をBS法で策定し、休憩室や玄関入口の見えやすい所に展示し会議等で理念の共有と実践に取りくんでいる。	基本理念の下に5つの支援方針を設け、各支援方針について具体的に明文化することで共通理解している。年1回職員全員で見直し、どこまで達成されたか、次に何を目標として取り組むか話し合い実践につなげている。	
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	法人全体で隣近所の人達に気軽に立ち寄り、野菜を頂いたりしている。又回覧板を回して頂き行事、お祭りに参加、お茶会、消防訓練に参加してもらったりしている。	近所の方から散歩の時声をかけてもらったりお茶に誘われたり、焼肉大会や花火大会のときには遊びに来てくれたりしている。職員が声をかけ、花植え、踊り、話し相手や調理の手伝い、お寿司屋さんの出張出前寿司など多くの人がボランティアに訪れてくれている。	
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	ヘルパーの実習受け入れなど積極的に正しい地域の貢献に努めている。		
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	運営推進会議では日々の活動状況等の報告を行い、評価結果についても報告し、そこで出た意見はサービス向上に活かしている。	2ヶ月に1回法人内の地域密着型サービスが合同で開催している。市の担当者、地域包括センター職員、地域の方などのメンバーより意見を頂いている。緊急時連絡網がうまく機能しなかったことをうけ、近くの来れそうな職員に声をかける方が確実に意見をもらった。	
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	随時の連絡や行き来する機会をつくり、市町村と共にサービスの質の向上に取り組んでいる。	行政主催の栃尾地区の福祉関係者の研修会に参加し、サービスの向上に役立てている。市の担当者が決まっており、何かあれば連絡を取り相談するなど連携している。	
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	身体拘束に関しては職員全員で勉強し確認したうえで拘束をしないケアに取り組んでいる。	緊急やむを得ず身体拘束を行なったこともあったが、「行動制限に伴う経過観察、再検討記録」に毎日記入し、その方の行動を把握、又他に関心を向けるなど工夫した結果、廃止を実現した。職員が一丸となって拘束をしないケアに取り組んでいる。	
7	(5-2)	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	外部研修、内部研修等に参加して虐待防止について学んでいるし、事業所内では虐待が無いが注意を払い防止に努めている。	研修を通し虐待について学んでいる。利用者によっては方言による会話を好まれる方もいるが、語尾が強く命令形に聞こえることもあるため、心理的に苦痛を与えてしまうことのないよう気をつけ、お互いに声をかけあい、防止に努めている。	

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	外部研修等に参加して学んでいる。過去に利用者の中に成年後見制度を活用した方がおり、実践する機会があり勉強になった。現在は1名の方が利用されている。		
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	契約を結ぶ際には、必ず読み上げ説明し理解と納得を得ている。		
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	入居者、家族等が意見のあるときには、電話では対応者が受け付け、面会時には玄関脇に意見箱を設置しており、家族会等で意見の収集を図っているし、年1回家族アンケートを実施し運営に反映させている。	利用者の対応に困った時は、家族に相談し一緒に考えるなど関わりを多く持ち、信頼関係を築くことで何でも言ってもらっている。又家族が遠く面会に来れない方などファックスを活用し、いつでも意見を聞ける体制となっている。	
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	毎月、管理者はグループホーム会議に参加して職員から意見を聞く機会を設け、出た意見・提案は運営者に報告している。	運営者に意見を報告できたことでセンサーやエアーマットの購入をしてもらうことができ、転倒防止やじょくそう予防などよりよいケアにつながった。	
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	目標管理を取り入れ、各自が向上心を持って働けるように努めている。個人の資格取得には事業所として支援を行っている。		
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	職員の経験や力量にあった法人内外の研修会への参加や、OJTによる職員への指導、助言考課を継続的に行い、進めている。		
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	地域には「介護の輪」という同業者が集まり、研修会や交流会を行う場があり、参加してサービスの質の向上に取り組んでいる。		

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
安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		<p>初期に築く本人との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>相談のあった時には、じっくり聴く姿勢で対応し、困っていること不安なことを受け止める努力をしている。</p>		
16		<p>初期に築く家族等との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>話しを聞く機会を出きただけ多くつくるよう心掛け努力している。</p>		
17		<p>初期対応の見極めと支援</p> <p>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</p>	<p>すぐに対応できない状態であれば、小規模多機能型居宅介護事業の紹介など他のサービスも含め支援できるように対応している。</p>		
18		<p>本人と共に過ごし支えあう関係</p> <p>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</p>	<p>職員全員が、本人を介護し学ばせていただき、共に支えあい築きあう関係づくりを目指し対応している。</p>		
19	(7-2)	<p>本人と共に支えあう家族との関係</p> <p>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</p>	<p>行事等に参加してもらえよう機会を多く作り、共に支えていけるように関係を築いている。</p>	<p>毎月家族に手紙で様子を報告し、又3ヶ月に1回グループホーム通信で行事や外出の様子など写真入りで紹介している。敬老会や新年会など家族が大勢参加してくれたり、会場準備や外食時の利用者の介護など積極的に協力してくれており、一緒に支えている。</p>	
20	(8)	<p>馴染みの人や場との関係継続の支援</p> <p>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</p>	<p>入所前に通っていた美容院に行ったり、友人にも面会に来てもらえるように支援している。</p>	<p>栃尾の方がほとんどで、買い物ついでに自宅に行ったり、出先で知り合いに会うこともある。お盆には家族で墓参りや、外泊をして一緒に過ごすなど馴染みの関係を続けている。法人内の他のサービスを利用していた時の馴染みの職員と会って喜ばれたこともある。</p>	
21		<p>利用者同士の関係の支援</p> <p>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</p>	<p>関係を把握し、気の合う者同士が過ごせるように努めている。</p>		

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	他施設に入所、入院した方の所にも面会に行ったりして付き合いを大切にしている。		
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	希望・意向の把握に努めている。困難な場合には、そのときの本人の状態に合わせ本人本位に検討している。	利用者の思いや希望は毎日の係りを積み重ねることで、把握している。自分の意思を伝えられない利用者に対しては係りを密にし、家族の協力を得て把握に努めている。	
24	(9-2)	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	入居時など詳しく、本人・家族に聞き取りを行い把握するように努めている。	事前面接時に利用者・家族から聞き取りフィードバックに記録している。毎日の介護記録や個人調査票、連絡ノートにより把握している。行動の原因が解らなかったことが家族と相談し情報を得たことで、理解できたことがあった。	
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	入居時など詳しく、本人・家族に聞き取りを行い把握するように努めている。入所してからは実際に観察し、心身状態と現状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	個々の意向、家族の意向を取り入れ、個々の特性を考慮した介護計画を作成し、随時モニタリングを行っているほか、状態変化のある時にはカンファレンスを行い柔軟な見直しやプラン変更を行っている。	利用者・家族の意向に沿った介護計画を立て、3ヶ月または状態変化時に評価し見直している。法人内の介護支援専門員にも目を通してもらい、適正な計画になるよう配慮している。	
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	個々の介護計画を元にケアを実践し、日中夜間共に毎日の様子を具体的に記録し、全職員が情報の共有をしながら実践し介護計画の見直しにも活かしている。		
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	医療連携体制を活かして、急変時など看護体制を利用して入居者にとって負担の無い医療連携支援ができています。		

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
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	商店・理美容院・福祉施設・消防・文化教育施設等あらゆる施設へ協力や理解をいただいている。		
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	本人・家族が希望する医療機関を優先している。家族が可能ならば入居者様の受診をしてもらっている。	入居前からのかかりつけ医に家族が同行しているが、家族の都合がつかない時や必要時は職員も同行している。協力医に変更される場合もあり、往診を受けることもでき適切な医療が受けられている。	
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	同法人内の訪問看護ステーションと契約しているため、連絡・連携も密に取れる体制が出来ている。		
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。	早期に退院が出来るように病院関係者や家族と情報交換や相談に努め、早期退院しても安心して生活できるように訪問看護とも連携し退院支援をしている。		
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	重度化した時や終末期のあり方について指針を定めてあり、本人・家族に説明し意向を聞きながら支援し、状態に変化のあった時は話し合いを繰り返し方針の確認を取りながら、どのようにチームとして取り組んでいくか決めている。	終末期援助マニュアルがあり、重度化や看取りに関する指針を作成し家族の同意も得ている。これまでに3名の看取りを行うことで家族・主治医との連携が取れ、職員の自信にもつながっている。	
34	(12-2)	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	急変時、事故発生時のマニュアルを作成しており、年2回の救急救命講習を行い訓練を定期的に行っている。	ヒヤリハット・事故報告書の書式を改正し、勉強会や検討会議を行っている。法人内の看護師の協力を得て、AEDや吸引等の訓練もしているが夜間の急変や事故に対して職員の不安があるため、見やすく行動できる様式を考えている。	職員一人ひとりが実践力を身に付けるためには、具体的なケースを想定した訓練を頻回に行い、応援体制も含めどんな場面に不安があるのか検討を重ねることが望まれる。
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	マニュアルを作成しており、施設全体で年2回の避難訓練を行いホーム内でも毎月1回ミニ避難訓練を行い意識を高めている。消火訓練等地域の住民や消防団からも参加していただき行っている。	全体の避難訓練を年2回と、事業所独自で毎月ミニ避難訓練を行っていることで、誘導が早くなった。副区長等の協力で地元住民に呼びかけ、消火訓練に参加してもらえたが、職員は地震時の不安がある。夜間に行くことも考えている。	火災だけでなく地震や水害等災害別に具体的な対策を立て、中越地震を体験した職員の教訓等も話し合い、研修・訓練することが望まれる。

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
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	個々の特性を理解・受容し、尊厳を守り入居者様一人一人に合わせた対応をしている。	利用者は人生の先輩であることを念頭におき、言葉遣い等気配りしているが方言が良いこともあり利用者に合わせている。料理の味付け等教えてもらう場面も多い。	
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	希望が出たらすぐに答えられるよう努力をしている。又、選択の場面では、選択のための時間をもち、選択肢の誘導や考えていることを引き出すようにしている。		
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	おおむね1日の流れは決まっているが、その日その時何がしたいか聞き、出来る限り希望に添えられるようにしている。		
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	本人の希望や行きつけの理美容院へいけるよう支援している。		
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	食事のメニューは入居者様の意向を聞きながら決めている。準備・片付けも入居者様と一緒にいき、検食者が入居者様と一緒に食事を行っている。	献立は季節の食材を使い、利用者の好みを入れて職員が立てている。買物・調理・片づけを利用者と共に行い、楽しみなものとなっている。食材を見てから食べたい献立に変更することもある。	
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	水分・食事の摂取量は個人日誌に記録して情報を共有し対応できるようにしている。また、それぞれの習慣や水分量の目標を1日1500mlに決め摂取してもらえるよう支援している。		
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	自分で出来る方は声掛けや見守り程度で行っているが、それぞれに合った口腔ケアを行っている。		

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
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	個々の排泄パターンを記録、把握し、時間で誘導したり、様子を見ながら誘導言葉掛けを行っている。	排泄チェック表を活用し時間ごとの声かけ・誘導により、紙パンツから布パンツに変わったり、夜間のみ紙オムツ使用する等軽減し、トイレで排泄できるよう支援している。	
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	職員は便秘に対し理解しており、メニューに繊維質の多い野菜を取り入れたり、乳製品を食べてもらったりして、下剤に頼らないよう取り組んでいる。		
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	なるべく前日入浴していない入居者様を優先して入浴してもらっているが、入浴希望や時間帯の希望があれば柔軟に対応している。	希望があれば毎日入浴でき、職員体制により午前入浴も可能である。利用者の入浴形態により併設の特殊浴槽を利用し、介護度が上がっても安全に楽しく入浴することができる。	
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	個々の睡眠パターンを把握し、安心して睡眠が取れるように支援している。不眠が続く入居者様に関してはカンファレンスで話し合い、生活のリズムの見直しを図っている。		
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	職員は服薬に関しての理解は学んでいるが、内服の変更があった時には訪問看護に報告して注意事項を聞いたり、異常があった時には主治医や訪問看護に連絡し、指示を仰ぐようにしている。		
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	個々に、日常において役割を持っていて、それが張り合いになっているし、楽しめる川どり、歌や塗り絵貼り絵など行っている。天気の良い日には希望者を募りドライブに出掛けたりして気晴らしになっている。		
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	ドライブや園内の散歩、買い物に出掛けたり野外で行う行事には、計画を立てる時点で家族にも参加して頂けるよう呼びかけている、又家族が面会等に来られた時には時間があれば一緒に外出の機会が取れるよう支援している。	天気の良い日は敷地内の藤棚の下でお茶飲み、日向ぼっこ、体操をしたり、ドライブ・買物は適時出かけている。季節のお花見等毎月計画しており、家族の協力を得てお盆・正月の外泊やお墓参りもしている。	

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	家族の理解を得て自分でお金を持っている方もいる。自分で管理できない入居者様は、グループホームで金銭管理し買い物するときなど自分で払ってもらうなど支援をしている。		
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	公衆電話が設置してあり自由にかけることが出来るようになっている。希望があれば事務所の電話で対応もしている。手紙などは年賀状や暑中見舞いなど計画を立て支援している。		
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	季節を感じられる飾り付けや生け花を置いたり、居間には入居者様が以前使用していた箆笥を置いたりして、生活感をだす雰囲気作りをしている。	共用空間は不快な刺激等はなく、窓を開けて換気したり、強い日差しを避ける簾を備えている。居間には利用者の笑顔の行事写真や季節の手作り品が飾ってあり家庭的な雰囲気である。	
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	食堂から少し離れた場所に、ソファやマッサージチェアが設置してあり、いつでもくつろげるように空間の提供をしている。		
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	入居時などに本人の大切にしているもの、常に使用しているものなど持参してもらえよう働きかけている。	居室はベッド・整理ダンス・洗面台が備え付けてあるが、利用者のなじみの品物を持参してもらい、思いおもいに配置し利用者本位に過ごせるように支援している。	
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	リスクを考え、必要な場所には手すりを設置してある。可能な限り、機能の維持に努め自立支援に向けて努力している。		

サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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 該当する項目に印	
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	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. 利用者の2/3くらいの			2. 家族の2/3くらいと
		3. 利用者の1/3くらいの			3. 家族の1/3くらいと
		4. ほとんど掴んでいない			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	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回程度ある			2. 数日に1回程度
		3. たまにある			3. たまに
		4. ほとんどない			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	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. 利用者の2/3くらいが			2. 少しずつ増えている
		3. 利用者の1/3くらいが			3. あまり増えていない
		4. ほとんどいない			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	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. 利用者の2/3くらいが			2. 職員の2/3くらいが
		3. 利用者の1/3くらいが			3. 職員の1/3くらいが
		4. ほとんどいない			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	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			2. 利用者の2/3くらいが
		3. 利用者の1/3くらいが			3. 利用者の1/3くらいが
		4. ほとんどいない			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	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. 利用者の2/3くらいが			2. 家族等の2/3くらいが
		3. 利用者の1/3くらいが			3. 家族等の1/3くらいが
		4. ほとんどいない			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			

(様式3)

目標達成計画

事業所名 てまりグループホーム

作成日: 平成 24年 1月 15日

【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	35	法人で年2回の避難訓練を行いホーム内でも毎月1回ミニ避難訓練を行って意識を高めているが、職員は夜間の地震時の対応に不安がある。	災害に対して、職員一人一人が、不安なく自信をもって、対応することができるようになる。	夜間、地震があった時、どうしたらいいか全員で話し合い具体的な対応を文書化する。	12ヶ月
2	34	急変時、事故発生時のマニュアルもあり年2回の救命講習行っているが特に夜間対応時に不安がある。	夜間の急変や事故に対して職員一人一人が不安なく自信をもって対応することができるようになる。	夜間対応マニュアルに添って状況を想定した訓練や研修を行い検討会を重ねる。見てすぐ行動出来るよう手順をチャート化する。	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月