

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	2376200164		
法人名	有限会社 大翔		
事業所名	グループホーム 日和		
所在地	愛知県豊田市大坪町日向下23番地		
自己評価作成日	平成24年2月1日	評価結果市町村受理日	平成24年4月10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)】

グループホームイコール施設ではなく、イコールみんなの家としてアウトホームな雰囲気を大切にしている。利用者もスタッフも一軒の家族の一員として共に助け合って生活している。

※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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2376200164&SCD=320&PCD=23
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【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)】

ホームは、代表者が育った場所でもあり、ホーム2階には代表者の親族が暮らしていることもあり、地域の方にとっても馴染みの関係となっている。そのため、ホームは地域の中に自然に存在しており、近くにゴルフ場があるため多くの客がホームの前を通り過ぎるが、ここが高齢者のグループホームと分かる人はまずいないと思われる。このように、利用者は施設でなく家庭の延長として過ごすことができるため、ありのままに、その人らしく、のんびりと生活することができる。また、ホームは、豊田市に合併される前は旧旭町であったため、市街地に住んでいる家族にとっては気軽に訪問できる場所とは言えないため、年1回親睦会を開催し交流に努めている。親睦会は、普段シフト制で会うことの少ない職員を知る機会となったり、家族同士との情報交換の場となっている。

【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	愛知県名古屋市中熱田区三本松町13番19号
訪問調査日	平成24年2月28日

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ます (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	「支え合い、受け止め合い」を基本理念として、日々介護に従事している。	ホームでは、分かり易い言葉で理念を作っており、職員にも自然と浸透している。今後に向け、パンフレットを作成しており、ホームの利用を希望する方達にも分かりやすく伝えていく方針である。	
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	施設も地域の中の一軒として、近所から野菜等の差し入れが有る。	ホームは、元々代表者の実家だったこともあり、代表者の親族を通じて、地域の方とは馴染みの関係となっている。職員と利用者は、日頃の挨拶をはじめ、地域における祭事への参加もある。	
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	地域全体が一つの目として利用者を見守って下さる様、呼びかけている。(外出時など)		
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、そこの意見をサービス向上に活かしている	運営推進会議を開催しているが、2ヶ月に1度の割合ではない。	ホームでは、年6回全てを会議形式にするのではなく、ホーム行事に合わせて開催することもある。その際にも地域包括支援センター職員の参加が得られており、ホームの活動状況をありのままに伝えることができている。	
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に取り組んでいる	市町村との連携は密にする様に心がけている。	市の担当部署とは、定期的に訪問がある介護相談員を通じて行っている他、代表者又は管理者が、直接連絡を取り合って対応している。また、市の連絡会に参加し情報を得たり、時に不明点や疑問点を相談することなどを行っている。	
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	夜間のみ防犯上の理由から施錠しているだけである。	ホームでは、普段から玄関や門扉の施錠を行っておらず、利用者が玄関から出て軽い運動をすることも日常的である。また、職員による言葉についても日常的に気を付けていくように努めている。	
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	高齢者虐待防止関連法については、スタッフ、個人の独学に任せているが、虐待が見過ごされない様、日々配慮して職務についている。		

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	権利擁護に関する制度を学んだりする機会は乏しい。(今もって)		
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	契約に関する説明は口答のみでなく、文章で説明をして納得して頂いている。		
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	運営推進会議にて家族の意見、要望は伺い、運営に反映させている。	年1回、親睦会として開催し、家族同士の交流の場としている。日頃の意見や要望も管理者及び計画作成担当者が聞き出すように取り組んでいる。また、手作りのホーム便りを毎月発行し、家族に利用者の様子を写真入りで伝えている。	
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回のミーティング時、その他必要に応じてスタッフの意見、提案は聞く様にしている。	ホームでは、職員からの意見を吸収するため、職員用の意見箱を設置しており、月1回、管理者と計画作成担当者が箱を開けている。また、日頃も職員からの意見の把握に努め、職員会議の際にも意見を出してもらうように努めている。	
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	スタッフの家族的な事情も配慮して、勤務体制を考えている。仕事が全てという考え方はしていない。		
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	スタッフに対して研修参加の呼びかけをしている。スタッフ一人一人の力量アップの為にまずはヘルプしすぎない様、見守る様にしている。		
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	スタッフの希望に応じて、他事業所への見学を推奨している。		

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	アセスメントの段階で本人のニーズを伺い、サービスに生かす様にしている。		
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	家族の要望もアセスメントの段階で伺い、サービスに生かす様にしている。		
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	アセスメントの段階で入所希望者が当施設のサービスで対応が適か不適か検討する様にしている。		
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	他の利用者との共同生活に於いて、友達または家族として互いに考えて頂ける様、さりげなくスタッフが仲介している。		
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	病院受診は基本的に家族に依頼し、家族との外出、外泊を自由としている。時間が許す限りの面会も家族に依頼している。		
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	利用者の馴染みの場所へ外出の際に出向いたり、馴染みの人への電話や手紙のやりとりも自由に行っている。	利用者から聞き取りを行いながら、その方が以前住んでいた馴染みの場所へ、他の利用者と一緒にドライブに出かけたりすることがある。さらに、家族にも協力してもらい、利用者との外出にもつなげている。	
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	共同で利用者同士にお手伝いをお願いしたり、日々のレクリエーションも共に取り組み、互いを知って頂く様にしている。		

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
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	退居者が入院治療中や他施設へ転居しても、時々スタッフが様子伺いに訪れて、本人はもとより家族ともコミュニケーションをはかる様にしている。		
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	施設のスケジュールや方針は二の次で、本人がもう一つの家として生活を送って頂ける様に自由な時間を大切にしている。	計画作成担当者は、生活に直結したアセスメントになるように、独自様式を利用しながら、職員との情報共有に努めている。さらに、個人ファイルの最初の頁にその方の生活史を貼り、職員が利用者の思いを聞き出すときの参考になるように工夫を行っている。	
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	アセスメントの段階から利用者の生活歴を含む、本人の歴史、人生をこまめに調べる様にしている。		
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	事前情報や介護記録のみでスタッフは利用者を判断せず、利用者のその日その時をしっかりと見つめる様にしている。		
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	本人、家族、必要な関係者の意見、アイデアをケアプランに導入している。	計画の見直しは基本的に3か月に1回であるが、変化のない方についても計画作成担当者が職員から確認し、細かな変化を見逃さないように努めている。なお、日常的な気付きについても、計画作成担当者が随時追加するようにして、内容の見直しに繋げている。	以前より、介護計画について計画作成担当者が工夫を続け、前回の外部評価の時より改善が進んでいる。今後も職員と意見を交わしながら、利用者によってより良い生活の実現に繋がる介護計画を期待したい。
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	日々のスタッフの気づきや工夫をこまめに記録してケアプランの実践、見直しをしている。		
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	本人家族の状況やニーズに応じて柔軟にプラスアルファの支援をする様に心がけている。		

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	地域資源の把握や協働という面で十分に活用していると言えない。		
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	かかりつけ医を率一したりしないで、利用者や家族の希望を考慮する様にしている。	利用者、家族の希望するかかりつけ医への受診が可能である。通院は基本的に家族が行っているが、職員も支援することもある。夜間は協力医療機関の宿直医が対応することになっている。	ホームの立地上、医療面での連携が課題である。協力医が総合病院であるため、日常的な通院が困難となっている。今後に向け、柔軟に対応できる体制作りを期待したい。
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	計画作成担当者が保健師の資格を有しており、スタッフは利用者の事で気軽に相談出来る体制になっている。		
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。	利用者の入退院時に口答による情報提供をして、必要に応じて書類による情報提供をしている。		
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	重度化した場合は、当施設の対応外となり、転院となる事、ターミナルケアは実施していない事を入所時に説明している。	ホームの場所のこと、医療面での課題、ホーム内がバリアフリーでないこと等から、ホームにおける対応に限界があることで、看取りまでは行っていないことを家族に伝え、現状、段階に従って、特養等への入所になっている。	ホームでは、様々な状態の方を受け入れ、若い年齢の方も暮らしている。時に、他の施設の受け入れが困難になったり、症状が急に進むこともあるため、重度化への対応について検討を重ねられることに期待したい。
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	スタッフの応急手当や初期対応の訓練を定期的実施している。		
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	避難訓練は実施しているが、全職員参加ではなく、一部職員のみである。	避難訓練の際には、消防署の協力もあり実施している。代表者を通じて、地域の方とは馴染みの関係であるが、細かな話し合いまでには至っていない。なお、スプリンクラーは設置していないが、通報装置は今年度設置している。	ホーム周辺は住民が少なく、消防署もすぐには対応できないため、日頃の近隣住民との相互の協力関係の継続や、通報装置を使用した訓練の徹底について期待したい。

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	利用者イコール家族、そして人生の先輩として考えて言葉かけや対応に気をつけている。	代表者が運営推進会議の機会に作成した「職員の心得」を職員にも回覧し、利用者への尊厳の保持に気を付けるように注意を促している。また、職員は、利用者のプライドに配慮しながら、日頃から利用者に合わせた対応に心掛けている。	
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	利用者の望む事を活動内容に取り入れて、スタッフの自己満足で終わらない様に配慮している。		
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	一日の目安としてのスケジュールは存在するが、強制的にその通りに活動しない、利用者個人の自由としている。		
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	普段着⇄寝衣の交換を促している。女性利用者へ染髪をすすめたり、おしゃれにも配慮する様にしている。		
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	食事の配膳、下膳、食器拭きなど、利用者に積極的に行なってもらう様にしている。	買い物は代表者が行くことが多いが、利用者で行くこともあり、時には近所の方から野菜を頂くこともある。食事には、下ごしらえや片付けなど、利用者も参加することもあり、それぞれができることを行っている。また、外食の機会もつくっている。	
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	栄養士の立てた献立を基に盛り付け量や食事の加工など配慮している。		
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	食事の菌みがき、夜間の義歯の消毒、洗浄を利用者に促している。		

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	安易にポータブルを設置したり、オムツにすぐ切り換える事もしない。夜間や真にやむを得ない場合のみとしている。	日中は布パンツ、夜間は紙パンツに替えるなど、その人に合わせた排泄支援を行っている。主に使用するトイレが1箇所ということもあり、時に込み合うこともあるが、職員が順番に声をかけながら、トイレでの排泄に努めている。	
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	排泄記録に基づいて、牛乳等による自然排泄の促しや散歩による運動療法を声かけている。		
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	入浴は強制でなく自由としている。利用者の気分や体調に配慮する様になっている。	入浴は基本一日おきであるが、毎日のように入る方もいる。入浴を拒む方もいるが、無理に促すことはせず、清潔に努めながら、その人に合わせている。また、他の人に見られたくないという方の希望を受け入れ、夜間に入浴する方もいる。	
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	利用者の活動参加は強制でなく睡眠や休息は自由になっている。		
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	カルテに処方せんを保存してスタッフ一人一人が内容の確認をする様になっている。		
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	アセスメントの情報をもとに利用者の好む活動やお手伝いを日常生活に取り入れる様になっている。		
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に支援している	利用者の外出は自由で必要によって見守る事としている。利用者の家族との外出も自由で施設でも外出行事に力を入れている。	ホームでは、散歩を随時行っており、時間や天候をみながら、利用者が気軽に外に出ることができるように努めている。買い物に出かけたり、季節の花見に出かけることもあり、利用者同士で個別のドライブにも出かけることもある。	以前、どこへでも出かけていた方にとっては、ホームでの暮らしに馴染めないこともあると思われる。今後、近隣の協力を働きかけていることもあり、そこへ継続して出かけられ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
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	大金の持ち込みは遠慮して頂いているが、トラブルにつながらない程度の金銭は利用者の買物をする楽しみから許可している。		
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	利用者の外部への連絡は自由とし、手紙もスタッフからやり取りをすすめている。		
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	共用空間もまるで自宅にいる様に利用者が思える様に、アットホームな環境づくりを心がけている。	ホームは、民家を改装して利用しているため、家庭的な雰囲気がそのまま残っている。普段過ごしているリビングはそれほど広い空間ではないが、逆に一人ひとりの距離が近くなることで、利用者同士が自然と会話ができる雰囲気となっている。	
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	居室では利用者は一人になれるが、共用空間に於いては、一人になれる場所はほぼ無い。		
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	基本的に居室で利用者が使用する物品は家庭から持ち込みという形をとっている。	居室は、南向きと北向きがあるが、それぞれの部屋に様々な物が持ち込まれている。なお、リビングで利用者同士で過ごすことを好まない方は、居室で過ごしているが、職員が時々声をかけ、決まった時間には部屋から出てもらうようにしている。	
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	トイレの一表示や居室扉への名前の配置等、工夫をする様にしている。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム 日和

目標達成計画

作成日: 平成 24年 4月 1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	30	日常的な通院を含めて、医療面での連絡が遅れを取っている。	可能な限りの医療面の協力体制の充実を進めたい。	総合病院への往診の依頼や地域かかりつけ医への同様の依頼を継続して行く。	6ヶ月
2	35	地域住民と連携した避難訓練の実施には至っていない。	近日中に地域住民を交えての避難訓練の実施をする。	地域住民に運営推進会議参加を継続して訴え、避難訓練参加を呼びかける。	2ヶ月
3	33	人員配置と設備面の両面から重度の利用者の受け入れが困難である。	長期的な展望として可能な限り重度の利用者の受け入れも考えて行きたい。	代表者と話し合いながら、人員配置と設備面の充実を検討して行く。	未定
4	49	気候の影響等もあり、屋内の活動が中心となっている。	気候や利用者の体調を見ながら、屋外の活動を少しずつ増やして行きたい。	4月のレクリエーションに早速外出行事を取り入れる。	1ヶ月
5					ヶ月