

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	1190200376		
法人名	株式会社 トゥルーケア		
事業所名	グループホーム なのはな		
所在地	埼玉県川口市安行吉蔵271-1		
自己評価作成日	平成29年2月3日	評価結果市町村受理日	平成29年4月12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.kaijokensaku.jp/11/index.php
----------	---

【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29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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・家庭的な雰囲気の中で共同生活を通して、個々の意思、ライフスタイルを尊重しながら、楽しく生活して頂けるよう支援している。 ・今年も毎月の行事を予定しており、楽しい時間を過ごしていただければと思います。

【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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・新しい管理者のもと、これまで培ってきた地域との交流、運営推進会議の活用、近くの「スイーツ畑」への外出などはこれまで通りに継続されているほか、家族との信頼関係を深めるため、職員が毎月交替で家族に手紙を送り、利用者のありのままの様子を伝えるなどの新たな取り組みが行われている。 ・ご家族のアンケートでも、「行き届いたケアと安心感により、認知症の症状がととても和らいているようです」、「入居者第一主義で、良い指導・サービスをチームワークで介護していただき、感謝しております」などのコメントが寄せられ、職員の温かい心のこもったケアに、ご家族が満足し感謝されている様子が伺える。 ・目標達成計画の達成状況については、家族との風通しの良い関係作りに取り組み、職員が利用者の様子をありのままに手紙で伝え、家族からの意見や要望が出やすくなってきていることから、目標が達成されている。
--

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 3. 利用者の1/3くらい 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、生き活きと働いている (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	理念の共有はできていますが、全職員が意識して実践するレベルまでには課題がある。	「普通家庭」を目指した理念が創られ、日常のケアだけでなく、イベント開催企画にもアットホームな取り組みが行われている。利用者のその人らしい生活の質を高めるため、それぞれの能力を活かした支援に努められている。	
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	町会盆踊り、夢ワーク(体験授業)中学生との交流、なのはな敬老会に(町会長、地域包括様、ご家族様)参加の交流がある。	町内の文化祭や盆踊りなどには積極的に参加され、地域からも受け入れられている。恒例となっている地元の中学生の体験授業「夢ワーク」の受け入れや、卒業後、ボランティアで来所するなど良好な関係が築かれている。	
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	地域の文化祭、防災訓練の参加がまだできておらずGHなのはなを知ってもらう活動に課題がある。		
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	2ヶ月に1回運営推進会議の開催ができており、地域包括センター担当者、町会長、利用者のご家族様を交えて情報交換が出来ている。	運営推進会議では、参加者の町内会長より、地域の防災訓練や文化祭への参加の提案が出され、地域とのコミュニケーションが深まり、運営に反映されている。また、会議の中で地域包括支援センターによる介護の勉強会も開催されている。	
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に取り組んでいる	日頃から市の担当者と連絡を密にとっている。市の研修の参加機会がまだ少なく機会を増やしていく。	日常的に市担当者との連携協力が図られ、生活保護に関することについては、窓口担当者と定期的に相談するなどの取り組みが行われているほか、地域包括支援センター主催の研修会にもシフトに組み込んで参加されている。	
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	フロアの入り口のみ施錠しているが、切迫性のある事例以外の身体拘束は行っていない。	入院後一時的に安全ベルトやベッド柵を使用した利用者がおられるが、事前に家族と話し合い、職員間では「どうしたら身体拘束に頼らないケアができるか」について勉強会なども開催されている。	
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	言葉使い等、強制的なものになっていないか外部研修も利用し防止に努めていく。		

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	成年後見人利用されている入居者さんがいたり交流があるが、制度の理解にはまだ課題がある。		
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	契約時には、ご家族に理解・納得いただけるよう説明を行っている。		
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	ご家族様に定期的には手紙にて利用者の状況報告ができています、面会時に意見要望を伺うようフロア長にも促していく。	家族とのコミュニケーションの手段として、職員が交替で手紙の交換を行うなど、利用者の様子をありのままに伝え、家族からも要望が寄せられている。「重度化したらどうなるか」など家族の不安にも真摯に対応されている。	
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	職員間で意見提案を出し、会議や申し送り時にて反映させている。	フロア会議を中心に、職員からは利用者個々に合わせたケアの方法、工夫、外出やレクリエーション企画などの提案が出され、サービスの向上に繋がられている。今後は全体の意思統一のための会議の開催などが検討されている。	事業所全体の意思統一と職員意見を集約化するための全体会議の開催も必要と想定されることから、開催機会を作り、情報の共有化を図られることに期待します。
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	職員の給料面は課題ありか、やりがいのある働きやすい環境整備に努め、管理者は意見を聴くように努めている。		
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	外部研修、資格取得の協力ができている。		
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	会社内他ホームとの交流はあるが、まだ研修参加が少ない。		

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
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	入居時に本人の思いを伺ったり、関係者からの情報提供してもらい、不安軽減に努めている。		
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	家族等の意向を伺い、不安軽減につとめている。ケアマネ中心にご家族に連絡を行っている。		
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	事前訪問し、どのような支援を希望しているのか伺い、プランに反映するよう努めている。		
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	グループホームでは安全に考慮し、生活の一部を協力いただけるよう職員に促している。		
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	ご家族様に病院受診など同行いただいたり、ご家族との連携に努めている。		
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	利用者様が友人に手紙を出されたり、電話の要望があれば取り次ぎを行っている。	手紙や電話の取次ぎのほか、入居前に住んでいた家に出かけたり、かかりつけ医通院時に家族と馴染みの所で昼食をするなど、馴染みの関係が途切れないよう努められている。	
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	フロアテーブルや座席に配慮し、利用者の安定が図られるような空間づくりに努めている、レクや作業を提供し利用者同士の交流が持てるようにしている。		

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	退居後に家族等から相談がある時は出来る限り応じている。		
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	本人やご家族の希望、要望に少しでも沿えるよう会議でも検討している。	出身地、生活歴などから、それぞれが興味のあることを探り、思いや意向の把握につなげられている。「〇〇さん、体操が上手ですね」など良いところを見つけ、共に喜ぶなど、話かけや接し方の工夫が図られている。	
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	生活歴の把握には職員居室担当者を決め、個々ではあるが職員が責任を持って情報理解に努めている。		
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	毎朝の申し送りを行い健康チェック、状態の変化を早期に発見し対応できるよう努めている。個々のスタッフ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	居室担当者がモニタリングを行い、カンファにて意見を出し合い反映させている。	「麻雀やトランプをする」などの遊び、その人に合わせたサービス内容、更に一人ひとりができる役割が盛り込まれたケアプランが作成されている。プランの内容を現場の職員に周知するための工夫が図られ、プランに沿ったケアが実践されている。	
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	個々の生活記録には介護計画に沿った記録が出来るよう努力はしている。職員間で情報共有し意見を出し合い介護計画の見直し活かす事が出来ている。		
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	専門医の受診は人員配置を増やす等し、入浴の回数を個々の状態を考慮し支援している。		

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	盆踊り等行事の参加で外出がある。また、ボランティアの訪問を受け談笑される事もある。		
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	状態の変化にはかかりつけ医に報告し、治療を受けた場合は家族に報告している。外来時は家族の協力を相談している。	日常の健康管理は往診医にお願ひされ、急変時の相談も行われている。かかりつけ医への通院時、職員が同行し、利用者の変化や状態を伝えることで適切な医療サービスが受けられている。	
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	状態の変化には主治医に報告し、指示を受け支援している。定期に訪問看護師に相談し、状態変化時は訪問もある。		
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。	利用者が入院になった際は、介護サマリーの提出をしている。入院中も病院関係者と退院にむけて連携をとっている。		
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	ご家族と連携をとり、かかりつけ医や訪問看護師の指導を受け今後の方針について関係者が共有し、出来る限り希望に添えるよう支援している。まだ看取り支援の体制面は課題がある。	重度化や終末期に際しては、「自事業所ができることは何か」を明確にされ、家族とも話し合い情報の共有が図られている。また、病院の医療相談室と連携して、予想される重度化への症状を家族に伝え、今後のアドバイスが行われている。	
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	救急対応のマニュアルがあり、定期的に会議にて各自のイメージトレーニングができています。		
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	定期的に消防訓練を実施、避難誘導の指導を受けている。災害発生時の地域防災訓練に今年は参加を予定している。	火災を想定した総合訓練を定期的実施し、職員が脱出シユーターでの避難を経験されるなど、実践的な訓練が実施されている。消防署からは避難経路などについてのアドバイスを受けるなど、災害対策の充実に努められている。	災害発生は予測不可能で、避難誘導時、職員だけでは限界があると想定されることから、検討されている地域の防災訓練への参加をきっかけに近隣住民からの協力が得られるよう取り組まれることに期待します。

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
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	言葉かけや対応、プライバシーに配慮し尊厳を守るよう個々にチェック指導するよう促している。	利用者の一人ひとりの人格と自由を尊重した対応に心がけ、居室への入室や排泄介助時にはプライバシーや羞恥心への配慮がなされている。イベントへの参加なども無理強いすることなく、利用者の意志を大切にされている。	
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	無理強いすることなく、自己決定困難者に対しても、最終決定は利用者が行えるような声かけをしている。		
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	日課を強制することなく、各自のペースに合わせている。作業に参加できる様々な提案を行っている。		
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	出来るだけ更衣時には、本人が着たいものを選択できるよう配慮している。季節に合わせた服装を促している。		
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	お盆拭き、テーブル拭き等のお手伝いをしていただいている。行事にて、職員と一緒に手作り料理、敬老会にて職員の得意料理をつくり盛り上げている。	利用者の能力に合わせた食事形態や好き嫌い、アレルギーなどに配慮がなれている。イベント外食で近くの店に甘いものを食べに出かけたり、職員の提案で、恵方巻き風ロールケーキを提供するなど、様々な工夫を図り、食事を楽しまれている。	
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	食事形態の工夫など個別に対応している。また、医師に相談し、栄養補助飲料を提供し栄養を確保している。		
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	毎食後の口腔ケアを実施し、個別に誘導介助をし支援している。また、訪問歯科の往診が週1回あり、指導を受けている。		

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
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の把握に努め、各人のペースに合わせトイレ誘導している。	立位が可能な利用者には職員が二人で介護するなど、トイレでの排泄を支援され、自立に向けた取り組みが行われている。また、誘導時には周囲への気遣いと利用者の羞恥心への配慮にも努められている。	
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	適切な水分摂取水分摂取を促し便秘予防に取り組んでいる。下剤に頼らない対応も検討している。		
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	基本的には、3日に1回のペースで入浴を行っている。利用者の状態や体調等により個別の支援をしている。	自立度の高い利用者には見守りを中心に、立位が難しい利用者には職員二人対応での移乗など、利用者に合わせた入浴支援に取り組まれている。また、浴室と脱衣所や廊下の温度差に気を配り、安全に安心して入浴を楽しまれている。	
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	その時々状況や体調等により、日中の臥床休憩を促したり、年齢等を考慮し個別に休憩時間がとれるよう支援している。		
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	追加になった薬などは情報の閲覧を必ず全職員行っている。服薬の支援では2重確認し特に誤薬には注意している。		
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	利用者一人ひとりの状況に応じ、作業を提供したり、散歩・レクリエーションを工夫したりしている。		
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に支援している	行事にて、お花見初詣茶話会等で外出の機会があり、外出希望時には、ご家族に連絡協力を得るようにしている。	日常的には外気浴や公園への散歩などの支援が行われている。また、初詣やお花見、盆踊りなどは恒例となり、外出の機会を増やすよう努められている。今後はさらに外食などのイベント外出を行うことなどが検討されている。	

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	基本的には、本人がお金を持つことは控えていただいているが、買い物希望される利用者は購入できるよう支援している。		
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	状況に応じ、家族に電話をかける支援をしたり、希望により手紙のやり取りをされる利用者もいます。		
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	季節の壁飾りを作成したり、行事の写真を飾るなどしている。清潔感のある空間づくりに努めている。	共用空間は利用者の「生活の場」と認識され、使い勝手や歩行の安全面などへの工夫がされている。利用者は思い思いに書道を行ったり、洗濯物たたみをされるなど、自由な居心地の良い環境が整えられている。	
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	個室ではテレビを観たり横になったり、自由な時間を楽しまれています。またフロアにて、利用者同士が、会話出来る空間づくりをしています。		
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	思い出の品を置く等、大切な人や大切なものに囲まれて過ごすことが出来るよう支援している。また個々に椅子を持ち込んでいる利用者もいます。	鏡台や仏壇、化粧道具などが持ち込まれ、洗濯物が干されるなど、生活感のある居室作りがなされている。居室では読書や編み物など好きなことを楽しまれ、出来る利用者は掃除も行い、自分の居場所として環境作りがなされている。	
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	トイレや洗面所等には、わかりやすいように表示したり、居室に目印をつける等、不安なく行動に移せるように工夫している。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム なのはな

目標達成計画

作成日: 平成 29 年 4 月 9 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	11	事業所全体の意思統一と職員意見を集約化する為の、全体会議の開催も必要と想定されることから、開催機会を作り、情報の共有化を図られる事に期待。	全体の意思統一の、為の会議を定期的に行い、情報共有化を図れる。	ホーム長が交代し行われていなかった、4月から2、3ヶ月毎に全体会議を開催し、ホーム全体の情報の共有化を図る事に努めていく。	12ヶ月
2	35	災害発生は予測不可能で避難誘導時に職員だけでは限界があると想定される事から、検討されている、地域の防災訓練への参加が必要。	地域の防災訓練に参加をきっかけに、近隣住民からの協力が得られるよう、取り組みが行われる。	町会の防災訓練に参加し、避難場所と経路を確認し非常時の対策をする。近隣住人からの協力が得られる取り組みについて検討していく。	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、行を挿入して下さい。