

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	0871400149		
法人名	株式会社 向日葵		
事業所名	グループホーム「つどい」1号館		
所在地	茨城県高萩市高萩291-2		
自己評価作成日	平成29年8月25日	評価結果市町村受理日	平成30年1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)】

安心でおいしい食事を提供できるように毎月「パンの日」「麺の日」「赤飯の日」「カレーの日」等、献立表におり込み季節や旬のものを使い食事作りに努めています。地域との関わりを大切に安心して生活ができるよう交流の機会を増やしていけるよう努めています。毎月1回訪問診療を受け利用者様の健康管理に努めクリニックとの連携を密にしています。

※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.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&JigyosyoCd=0871400149-00&PrefCd=08&VersionCd=022
----------	---

【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認知症ケア研究所		
所在地	茨城県水戸市酒門町字千束4637-2		
訪問調査日	平成29年10月30日		

【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)】

高萩の山々と太平洋が望める高台にある広大な敷地の施設である。高台には1号館として平屋、2号館として2階建ての施設があり、3ユニットの施設となっている。また、高台したには小規模多機能施設が隣接し、ボランティアを招いたイベントや運営推進会議を合同にて行っている。立上げからのスタッフが多く、経験豊かな方と新入職者で新たな取り組みを計画したり、スキルアップを目指している職員も多くいるなど、今後に期待できる施設となっている。

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広がったり深まり、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、活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	つどいの理念を職員全員が常に心がけ利用者の立場に立ちそれぞれに応じた自立支援に努めている。また振り返りを行い福祉サービスの提供を実践している。	理念は、ユニット毎の入り口に表示している。各スタッフは理念を熟知し、日々の支援につなげている。理念にそぐわない状況があれば、その都度話し合いを行い見直している。新入職者については、日々の実践を通して理念を理解し、支援に繋がれる様に指導している。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	毎年地域の福祉祭りや七夕祭りに参加し作品を提出し見学に行っている。地域のボランティアの方に来ていただき交流を図っている。	地域の福祉祭りに参加し、手芸品の出店や実演を行い利用者と共に楽しんでいる。また、地域の芋煮会や小中学校の運動会に招待されている。生バンドやマジックショーのボランティアを招き、隣接施設の利用者と共に楽しんでいる。	
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	認知症サポーター研修を受講し運営推進会議を通して参加している方々に支援の方法を説明し理解を得ている。		
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	運営推進会議ではホーム内での利用者の様子や行事等の報告を行い認知症の方への具体的な接し方について話し合い報告書で周知してもらいサービス向上に努めている。	年6回の偶数月に定期的に開催している。民生委員2名、行政、施設管理者、関連施設者が参加して、意見交換を行っている。家族の参加はなく、議事録でのお知らせも行っていないが検討していく。	
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	利用されている方の更新手続きの時や業務連絡、質問などで協力していただいたり市の行事に参加したりしてサービス向上に活かしている。	3か月に1回、地域密着連絡協議会が行われ、研修会や情報交換を行っている。また、ケアマネジャーの連絡会に参加して意見交換を行っている。生活保護の方には、定期的に行政が面会に来ている。	
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「介指特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	職員全員が身体拘束をしないケアに取り組んでいる。各フロアの管理者は会議で話し合い内容を全職員が周知できるようにしている。	家族からの要望により、同意書をもって車いすベルトを使用している。使用時はプランに上げ、モニタリングを定期的に行い、職員間で拘束を行わないケアに繋げていく。	
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	管理者や職員は高齢者虐待防止配布資料の周知またお互いが注意し話し合いを持ち見過ごしがないよう防止に努めている。		

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	成年後見制度利用の方が入居され必要性を自覚し活用できるように今後学ぶ機会を作り支援していく。		
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	本人、家族同意のもと入居時の説明契約書の読み合わせと不安や疑問が残らないよう説明を行い理解納得を図っている。		
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	ホームでの様子を写真にとり月1回お便りで伝え電話や面会時に意見や要望を聞き反映させている。また内容によっては投稿箱を用意したり窓口を設置している。	利用者からは日々の支援を通して意見を聞いている。家族からは終末期に向けた食事、体調管理、病状変化時の対応などの意見を頂き、スタッフ間で話し合い共通理解して支援に繋げている。	
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	職員が気軽に意見を出せる環境づくりを心がけフロアで連絡ノートを活用し意見交換や提案を出して反映させている。	施設長、3ユニット管理者の会議が月1回行われている。モニタリングは、各ユニット毎に定期または随時行われている。外部研修への参加は少ないが、伝達研修を行い支援に繋げている。施設長、管理者との面談は随時行っている。	
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	永年勤続の表彰を行い職員の資格取得に向けた取り組みを行い向上心ややりがいを保てるように職場環境を整えている。		
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	職員の勤務状況をみて個々に合ったレベルの研修を受ける機会の確保や働きながら実技習得ができるように機会を設けている。		
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	高萩市内のグループホーム連絡会に加入し利用者を交えた交流や研修会に参加したり職員を交流する機会を設けサービスの向上を図っている。		

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	利用前に本人と話をする他にセンター方式のアセスメントシートを利用し生活の把握に努めている。利用が始まってからは談話する時間をとりながら安心できるなじみの関係づくりに努めている。		
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	利用前にGHの見学をしていただき家族の話聞き利用が始まってからは面会時や電話にて不安を取り除き意向を伺い信頼関係を築いている。		
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	介護支援専門員や管理者は本人やご家族の意向を伺い話し合いを持ちケアプランを作成し支援に努めている。		
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	1日を通して本人の力量に応じて本人が必要とされている機会を作り共に支え合う関係を築いている。		
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	面会時などを利用し家族と一緒に外出したり受診時付き添っていただく等共に支援している関係を築いている。		
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	家族や知人友人がいつでも会いに来れるようにホールやデイルームを開放しまた外出したりと。	友人が定期的に面会に来ている。また、家族と共に外出、外泊に出かけている。理容室、お墓参りなどに日常的に出かけている。	
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	利用者同士が会話しているときは見守り行事やレクへの参加の声掛けを行い一緒に楽しめるようにしたり職員が間に入りスムーズな関係が保てるようにサポートしている。		

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	長期入院のため契約終了した利用者様が変わりなく過ごされているのか訪問を行っている。		
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	本人の望む暮らしや自分らしい生活ができるよう自立支援を目標に支援している。	傾聴することで笑顔が出たり、落ち着く様子が見られる。お墓、仏壇へのお参りを希望する方の同行することがある。また、夕方になると帰宅願望がある方には、管理者と敷地内を散歩することで落ち着く様子がある。	利用者一人一人の思いや意向の把握を、管理者が行い支援している。今後は、思いや意向の把握の方法、支援についてスタッフ間で共有して支援に繋げて頂きたい。
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	利用者様の生活歴や地域との関わりなど大切にサービスにつなげている。		
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	本人のできることでできないこと把握し本人の生活リズムに合った生活ができるよう努めている。常に見守り気配りを行い体調の変化を把握し見極める。		
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	毎月フロア会議を実施し職員の参加にてモニタリングや新たな問題について競技しサービス計画につなげている。	担当者を決め、センター方式を使用し、毎月のモニタリング、聞き取りを行い計画を立案している。計画について、家族に郵送のみで説明や承認がされていない状況がある。	利用者の計画、支援、記録の連動性、個別性などについて再度検討して頂く。また、利用者本人、家族への説明、承認についても検討した頂きたい。
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	利用者様の日々の様子やケアの実践ヒヤリ・ハット等を管理者会議フロア会議で再確認しケアに継げている。		
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	利用者様のニーズに合ったサービスを提供するため本人や家族と話し合い意向にそえるように心がけている。		

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	図書館、理容室、保育園、幼稚園、移動販売等地域交流を交えた様々な行事を行っている。		
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	月に一度定期的に事業所に往診に来ていただいで受信している。またほかの病院への受診には看護師や職員が付き添い受診を受けている。	月1回の往診を行っている。病状変化や受診について、常駐看護師が医師と行っている。受診は、看護師かスタッフが同行し、結果を家族に連絡している。受診結果は、経過記録に残している。	
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	利用者様の体調の変化のあるときは管理者、看護師に連絡し必要に応じてクリニックに連絡し指示を仰いだり診察が受けられるように体制をとっている。		
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。	入院時には介護サマリーや日常生活の様子を看護師、管理者が病院側に説明し介護職員が入院中の利用者様を訪問し関係づくりをしている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	生活の継続については今の生活状況を家族やかかりつけ医に報告している。今後について看護師を交えてフロアでお話し合いを設けている。	利用開始時に、終末期指針を説明している。家族からの要望があれば、病状変化を医師から家族に説明し、支援方法などを決定していく。また、病状変化に合わせて、介護計画の修正、立案していく。	
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	年に3回避難訓練を実施している他小規模多機能との緊急連絡の訓練を行い対策に努めている。		
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	消防署と防火管理者の指導のもと消防訓練や夜間想定、日中想定訓練を実施している。	日中夜間想定による、避難訓練を行っている。また、震災に向けた備品備蓄の見直しなど、隣接する施設間との連絡体制について話し合っている。今後は、さらにシミュレーションを行い、具体的な訓練ができるよう検討していく。	

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
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	利用者様に合わせた言葉遣いで対応している。プライバシーの保護、個人情報の管理を努めている。	利用者一人一人に合わせた、声掛け支援をしている。重要事項に於いて、苦情解決責任者の表記、また、個人情報保護の具体的項目について検討していく。	
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	日常生活の中で本人の希望に沿った支援ができるように努めている。		
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	利用者様の生活リズムやその人らしい生活のペースにあった過ごし方を支援している。		
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	季節に合わせて衣類の調整を職員と一緒に選んでいる。		
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	職員と利用者様が一緒に食事をとりメニューの説明下膳をしている。	献立は、3人の管理者と施設長が作っている。食材は、収穫したものや各商店からの宅配で購入している。毎月、パン、麺、カレーなど、献立を決めて提供している。また、誕生日は、希望に合わせて献立やケーキを提供している。	
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	水分補給をこまめにしている。毎食時に食事摂取量と水分摂取量をチェックしている。		
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	毎食後口腔ケアを行い誤嚥性肺炎の予防に努めている。義歯使用の利用者様は1日1回洗浄消毒を行っている。		

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	排泄チェック表を用いて個々の週間を把握し自立に向けた支援を行っている。	排泄パターンを把握し、声掛け誘導、手引き歩行、介助を行い自立支援を行っている。	
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	一人一人の排泄週間を利用して声掛けを行い原因を職員が理解し個々に応じた予防を行い支援している。		
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	利用者様の希望に応じて体調をみながら入浴していただけるよう工夫している。	週2回または、要望に合わせて入浴を行っている。現在、毎日入浴している方がいる。男性スタッフを希望する方は、要望に合わせて支援している。浴槽に入れない方には、入浴方法を工夫して支援している。	
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	個々の利用者様に合わせて安心して休んでいただけるよう支援している。眠れない利用者様には和室に布団を敷いたりソファにて休んでいただく。		
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	薬の種類と説明の用紙をファイルして全員が確認できるようにしている。またお互いが確認できるようにしている。		
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	自立している利用者様は馴染みの床屋へ行ったりおやつなどを買いに行き気分転換ができ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に支援している	催しものがあれば一人一人に声掛け体調を見ながら外出したり家族の希望を聞き外泊をすすめている。	四季折々に合わせて、地域行事にユニット毎や少人数ずつ出かけている。福祉祭りに出店したり運動会に参加するなど、地域との繋がりを楽しんでいる。また、玄関先での日光浴を日常的に楽しんでいる。	

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
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	会社が立替払をするため基本個人では持っていないが個人の力量に合わせて使えるように支援している。		
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	電話や手紙のやりとりはその都度できるように支援している。		
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	家族的な雰囲気空間づくりや落ち着いた住環境づくりに努めている。またホールには行事等の写真を掲載してカレンダーで季節感がわかるようにしている。	3ユニットそれぞれに季節の飾りや手作りの物が置かれ、落ち着いた雰囲気の工夫がされている。個人情報保護により、写真の掲示などは、工夫している。	
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	利用者様同士が会話したりゲームやレクリエーションができるようにテーブルの配置を考えて、またひとりになれる空間として和室を利用したりソファを置いている。		
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	全室個室でプライバシーが守られる生活空間を確保している。また使い慣れた生活用品や馴染みの用品を自由に持ち込み季節のお花等をいけたりして安心して生活できる居室づくりをしている。	居室には、テレビ、家具、家族写真、手作りの飾りなどがおかれ、居心地の良い空間作りがされている。衣替えや清掃は、利用者とスタッフが一緒行っている。	
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	本人の居室には表札をトイレ、脱衣場等必要な場所に名札で案内を掲示してひと目でわかる工夫をしている。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホーム「つどい」

目標達成計画

作成日: 平成 30年 1月 19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	23	利用者の思いや意向の把握方法、支援について、スタッフ間で共有するまでに至っておらず支援できる仕組みができていない。	利用者の思いや意向を職員で把握し自立支援につなげていく。	日々のケアの気づきや意見を記録しミーティングを行い職員間で共有することにより、自分の役割を知り、帰宅願望などの方へは、ドライブや散歩などで気分転換を図ったり、話をよく傾聴していく。	12ヶ月
2	4	運営推進会議を定期的開催しているが、家族の参加がなく議事録での報告をおこなっていない。	運営推進会議は、家族の参加は出席していただけのように依頼し、利用者についても参加していただけるよう働きかける。	家族への参加については、面会時やおたよりまたは電話などで参加依頼する。議事録については、事業所内の掲示板に貼る。また、事業所通信などに掲載し送付する。	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。