

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	0873800833		
法人名	株式会社 モデンナ・ケアサービス		
事業所名	グループホーム ドルチェ		
所在地	茨城県稲敷郡美浦村89-1		
自己評価作成日	平成28年4月29日	評価結果市町村受理日	平成28年7月22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.kaizokensaku.jp/08/index.php?action_kouyou_detail_2011_022_kani=true&JigyosyoCd=0873800833-00&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28年6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)】

利用者の話に耳を傾けながらコミュニケーションを大切にしていこう努めている。
また、家庭的な環境のもとでドライブや玄関前のテラスでの外気浴や食事会、そして住み慣れた地域での行事等にも参加し、それぞれが好きな事・出来る事をしながら、職員とともに日々楽しく過ごしている。

【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)】

主要道路から少し中に入り、田園が広がった場所にデイサービスや居宅介護支援事業所、ショートステイと隣接しているグループホームである。各々の施設を行き来でき、天気の良い日は敷地内を散歩したり、日光浴ができるようにベンチが置かれている。敷地内の傾斜を利用し流しそうめんや秋祭りをを行い家族との交流を深めている。

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、活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させている (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、安心して暮らさせている (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	フロアに掲示し、職員は名札の裏面に携帯することによりいつでも確認ができ、その人らしい暮らしの継続が出来るよう努めている。	各ユニットの掲示やスタッフの名札の裏面に理念を入れて確認をしている。その他、月1回、または随時のカンファレンスで話し合いを行っており個別対応することもある。	
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	地域に根ざしたサービスを提供していくために、地域のボランティアや地域の方々を招いて秋祭りを開催する等、年間を通して交流に努めている	行事の年間計画を作成し、利用者だけでなく家族も参加してクリスマス会や釜飯会、そば打ちなどを行っている。また、歌や踊り、ハーモニカなどのボランティアが介入し、デイサービス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	戸外への外出や、地域主催の行事などに参加することで、施設の役割や利用者に対する理解を深めてもらえるよう努めている。		
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、そこの意見をサービス向上に活かしている	年に6回、市町村職員・地域地区区長・民生委員・家族等が出席し、意見交換や情報の提供を行うことによりサービスの向上に繋げている。	偶数月の第3金曜日に行われている。利用者家族、民生委員、区長、行政、施設職員が参加し意見交換や情報共有を行いサービス向上に努めている。	運営推進会議と共に家族会やイベントを同時開催しサービス向上に努めています。しかし、近隣住民との交流の場の一環としても、推進会議が活かされるように検討して頂きたい。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者や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	市町村職員は、サービスに対する相談や県福祉事務所への連絡等に積極的に対応してくれるなど、日頃から連携が密接に行われている。それにより助言をいただくことで質の向上へも繋がっている。	生活保護の方の書類関係や権利擁護などについて、相談に行っている。ケアマネジャーの連絡協議会に参加し、情報交換や意見交換を行っている。	
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	身体拘束理念やマニュアル等を掲示し、全職員に共有をはかり、拘束ゼロに向け定期カンファを実施。やむを得ず拘束を行う際は家族に説明後、同意をもらう。テラスで過ごす時間を設け、玄関開放にも努めている。	関連施設全体での研修会を行い、身体拘束を行わないケアについて研修会を行っている。また、月1回のカンファレンス時に拘束について話あり情報共有をしている。現在、家族からの要望をスタッフ間で話し合い、車いす乗車時に時間を決めて安全ベルトを着用している。	
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がないように注意を払い、防止に努めている	施設内で定期的に行われている勉強会等で、職員全員が虐待について学べる機会を設けており、情報の共有や防止に努めている。		

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	県や、県社協主催の研修、ケアマネ会などに参加し、項目について学ぶ機会を作っている。また地域包括支援センターの協力をいただき必要に応じて情報の共有に努めている。		
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、解約時は、運営規定や、重要事項説明書をご家族が納得できるまで十分に説明し、質問や、疑問点に答え不安の解消に努めている。また、改定時は新旧対照表を用いて書面にて解りやすく記している。		
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	面会時の声かけや意見箱の設置でご家族からの要望等を吸い上げるよう努めている。改善の必要がある時には推進会議等で現状を報告、外部(市町村職員・区長・民生委員)からの意見も取り入れるようにしている。	利用者からは、日々の支援を通して意見を聞いている。また、発語が困難な利用者については表情や手招きから意見の把握をしている。家族からの要望などは意見箱を利用している。訪問時に意見を聞いている。	
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	毎月のミーティングで職員の業務に対する思いを意見交換として取り入れている。管理者は、職員が話しやすい環境になるよう努めている。	管理者会議をもとに各ユニット毎でカンファレンスを行い、モニタリングや情報共有を行っている。また、スタッフとの面談は適時行い意見を聞いている。	
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	法人代表者は、毎月の施設長会議や月数回の施設巡回時に職員の状況把握に努めている。また、代表者と職員の交流会等で意見交換ができる場を設ける。		
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	法人は、職員の段階に応じた勉強会や研修会を実施。また、施設では月1回の勉強会を行い、職員全員が、必ず参加してもらえる体制を整えている。		
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	市町村主催のケアマネ会等に出席し、勉強会を通じて交流する機会を設けている。		

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
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	サービス提供前に、利用者本人・ご家族にアセスメントを十分に行い、本人の思いや要望等を伺うことで安心した生活を営む事が出来るように努めている。		
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	ご家族より、利用者本人の置かれている環境や家族の本人に対する思い等を十分に伺い、継続的な信頼関係が築けるよう努めている。		
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	サービス提供前に、伺ったアセスメントを基に、今何が必要かを職員間で話し合い、その都度見極めながら適切なサービスを提供できるよう努めている。		
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	家庭に近い環境で、食事の後片付けや洗濯物干しなど利用者が出来る事を職員と一緒にやっていくことで、支えあいの、関係づくりに努めている。		
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	面会時、病院受診時の報告など、日常生活の様子や状況を伝えている。また、毎月送付する「ベストスマイル」では、本人の写真を添付することで、表情でも利用者の状況が確認できるよう支援している。		
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	近くのコンビニへ個別にお連れし、買い物を楽しんでもらったり、電話や手紙のやり取りなど自由にできるように努めている。また、近くに住む友人が月2回くらい訪れる方もいる。	デイサービスに来ている方が面会に来て昼食を一緒に食べていた。また、近所の方が自転車で遊びに来ている。定期的に自宅に外泊する方や家族と外食に出かける方など、関係継続がされている。	
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ご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	利用者同士が関わり合いを持てるよう、席替えをしたり、話題を提供するなど、環境づくりに努めている。		

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	長期入院などでサービス提供が終了しても、病院へ伺ったり家族へ状況を確認するなど、事業所としての相談援助等に努めている。		
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	センター方式を利用して本人の「出来ている事」「している事」に着目し、それが更に良くなる為に職員間で具体的に考えながらご本人の主体性を尊重したケアに取り組んでいる。	センター方式をモニタリング用紙を使用し、利用者一人一人の思いや意向を把握し支援に繋げている。	
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	入所時、本人や家族から基本情報として生活歴などをうかがっている。		
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	時間ごとの申し送りや、毎日行うバイタルチェック、ケース記録などによりいつでも本人の状況が確認できるようになっている。		
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	職員全員でセンター方式を利用して本人の思いや気づきを記入している。カンファレンスを行い職員間で情報を共有しモニタリング評価表を利用しながら利用者の自立支援に向けての介護計画を作成している。	利用者一人一人の思いや意向を把握し、より具体的な介護計画を立案し支援に繋げている。また、モニタリング用紙に評価表を追加し、カンファレンスで話し合い、自立支援に向けた介護計画を立案している。	
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	ケース記録に、ケアに対する実践状況を記録し、そのケアが利用者にとって最善な事なのかを再確認した上で計画書の見直しを行っている。		
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、その時々にも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	施設内のみでの提供だけでなく、敷地内に併設されているデイサービスでのボランティアによる舞踊鑑賞や近所への外出など、その都度環境や状況に合わせた柔軟な対応をしている。		

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	地域の方々によるボランティアの受け入れや、毎年行われる施設の秋祭りへの招待など施設として地域資源との協働がはかれるような取り組みを実施している。		
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、納得が得られたかかりつけ医と事業所と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2回の往診日があり、緊急時は、協力医療機関にて対応している。また、本人・家族が希望するかかりつけ医などにも対応している。	月2回の往診を行っている。受診については、家族に依頼しているが、状況によりスタッフが同行している。受診結果は、受診記録や介護記録、申し送りノートに記載し情報の共有に努めている。	
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	敷地内の併設施設に配置されている看護師と連携を図り、状況の変化などを報告しながら指示を仰いでもらっている。また、夜間帯においても連絡が取れる状態となっている。		
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。	入院時は、速やかに施設での介護サマリーを作成し、医療機関へ提出、情報を提供している。退院時には医療機関での看護サマリーをいただき、相互間での情報共有に努め、その後のケアに繋げている。		
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、看取りケアについて説明を行っている。説明に納得していただい上で同意書に署名捺印をいただいている。	契約時に看取りを行わない説明をしている。病状に合わせて、訪問医やデイサービスの看護師の指示を受け、受診や救急搬送している。今後はマニュアルを見直し、具体的な救急搬送の条件をマニュアル化していく。	
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	消防署が実施している救命救急講習に参加し、応急手当などの基本動作を学び実践に生かせるよう努めている。		
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	年2回の避難訓練を行い、日中・夜間・火災・震災すべての訓練を消防職員を派遣し実施している。運営推進会議で実施した報告をし、区長・民生委員を通じ地域との連携をさらに強化できるよう努めている。	年2回6月と11月に避難訓練を実施している。近隣施設との合同訓練や連絡協定を通して避難誘導を行い支援に繋げている。また、震災後備品や備蓄の見直しや避難場所の確認など、マニュアルの確認を行っている。	避難訓練を通して、近隣施設との避難誘導や連絡協定を結んでいる。しかし、避難訓練に近隣住民の参加はなく、施設裏に住宅が隣接していることから、避難訓練の参加について協力体制の働きかけを検討して頂く。

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	個々のペースを尊重した個別ケアを実施している。本人の思っている現実を否定することなく会話することを心掛けている。	定期的に接遇についての研修会を行い周知している。重要事項説明書において個人情報の同意書内容の見直しを検討して頂く。	
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	本来の思いや体験・生活歴などに視点を置いて関わり、自身で決定できるような促しをしている。		
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、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	個々のライフ スタイルを尊重し、その人のペースに合った生活を支援している。		
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	更衣時に本人と一緒に好きな服を選び、自由におしゃれが出来るように支援している。また、月1回施設へ来る移動美容室を希望により利用している。		
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	献立・食材は外注であるが、利用者の好みを聞きながら変更したり、出前や手作りを楽しんでいる。野菜の下ごしらえや、後片付けを職員と一緒にしている。	食事の献立は外部業者に依頼している。畑からの収穫物を取り入れたり、誕生会、お弁当、家族会などのイベント時には、利用者と共に準備を行っている。馴染みの食器や箸を使い、食事を楽しむことができる支援に繋げている。今後は食事の姿勢や嚥下状況に合わせた支援ができるように検討していく。	
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	利用者の健康状態を把握し、バランスのとれた食事の提供に努めている。1日のチェック表に摂取量を記載し、常に利用者の体調管理ができるようになっていく。		
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	毎食後に口腔ケアを実施している。出来る限り自分で行えるよう声掛けをしている。また、義歯使用者については、洗浄剤にて義歯洗浄も実施している。		

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	排泄状況やパターンを把握して早めの誘導や声かけを行いトイレでの排泄を促し、自尊心を傷つけないようプライバシーに配慮しながら自立に向けた支援を行っている。夜間帯はポータブル トイレ使用者もいる。	排泄パターンを把握し支援に繋げている。日中は布パンツやリハビリパンツを使用して、自立に向け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	野菜を多く使用した食事を提供し、センナ茶や乳製品などで水分補給に努め、常に排泄チェックを行っている。また、状況によっては、薬のコントロールや入浴時の腹部マッサージ・日中はリハビリ体操を行っている。		
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	本人の意思に任せ、無理強いをしない誘導を実施している。入浴剤を使用し、温泉気分を味わってもらこともある。	週3回、または随時汚染状況に合わせて入浴している。感染対策についても、スタッフ間で共有し支援している。	
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	居室・フロアを自由に過ごしていただいたり、個々の体調を見ながら、外気浴などを実施し、日中活動的にし、昼夜逆転にならないように支援している。		
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	個々の病歴を把握・確認した上で処方された服薬説明書の内容を理解して、服薬介助を実施している。		
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	それぞれ好きな事、自分で出来る事(食器ふき・掃除・歌を唄う事など)が日々の生活にハリが持て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	利用者がどこへ行きたいか、何をしたいのかななどを聞きながら、天気の良い日は戸外へ出掛けたり、外食をしたりなどその時々での外出支援を行っている。	四季折々の時期に合わせて外出や外食、お弁当を持って出かけるなど、外出支援に繋げている。今後は家族と共に外出し一緒に過ごせる時間を共有していく。	

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
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	所持が可能な利用者のみ支援している。その他の利用者は家族了承のもと、施設で預かっている預かり金の中から好きな物が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	家族や知人からの電話の取り次ぎや、電話を掛けたいと要望があればいつでも対応できるようになっている。また、手紙のやり取りも自由になっており、職員が代わりにポストへ投函している。		
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	人が、快適に過ごせるような家具や備品の配置に努めている。	木造作りで落ち着いた雰囲気の施設であり、四季折々の掲示や写真など、居心地よい空間作りがされている。	
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	共有のフロアや食堂には、ソファやベンチが配置され、ゆったりと過ごしていただけるよう提供している。		
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	馴染みの家具や家族の写真などのを置することにより、本人が安心かつ快適に過ごせるよう配慮している。	馴染みの家具や仏壇などを持ち込み、住み慣れた空間作りがされている。また趣味の園芸や写真、絵手紙などが置かれ、住み慣れた環境作りがされている。	
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	すべてにおいて誘導するのではなく、本人がやりたい事、やれる事を十分に発揮できる自立した日常生活を営むことができるよう努めている。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホーム ドルチェ

目標達成計画

作成日: 平成 28年 7月 20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	4	運営推進会議が、近隣住民との交流の場の一環として活かされていない。	運営推進会議や施設イベントが、近隣住民との交流の場の一環となれるよう活性化する。	運営推進会議の議題として取り上げ、区長、民生委員との協力体制を構築し推進会議の議題やイベント内容の見直しを行い、近隣住民の方々が容易に推進会議やイベントへ参加出来る様に改善し、交流の場となれるように活性化する。 12ヶ月
2	35	避難訓練に近隣住民の参加がない。	年2回の消防避難訓練に近隣住民が参加してもらえる体制を整える。	非常災害時に消防、近隣住民の方々と連携が図れるよう、避難訓練の内容を再構築した上で、区長、民生員を通して近隣住民の方々に協力を依頼し、避難訓練の際に職員、近隣住民の方々と合同で訓練が実施出来る体制を整える。 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。