

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	0874000193		
法人名	株式会社 スマイルケア		
事業所名	グループホーム「にこにこ」		
所在地	茨城県つくばみらい市福岡1272		
自己評価作成日	平成28年11月7日	評価結果市町村受理日	平成29年5月18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.kaigokensaku.jp/08/index.php?action=kouhyou_detail_2016_022_kani=true&JigyoSyosyoCd=0874000193-00&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12月7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)】

一家和楽を理念とし、職員一同が入居者へ家族の様に寄り添い、苦楽を分かち合いながら生活を送っております。あたりまえに行えていた日課を、認知症の為に行えない。出来なくなった部分を手伝い、自信をもって生活が送れる様な介護に努めています。

【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)】

平成16年設立以来、地域とは長い付き合いがあり、地域からの要請で認知症サポーター養成講座の実施や認知症介護についての相談を受ける等、認知症介護の専門機関として地域から信頼されているホームである。管理者は認知症介護の専門性の高い人材育成を常に心がけており、職員もまた「一家和楽」の理念の下で管理者の思いを受け止め、利用者が自信を取り戻し、誇りある生活ができるように認知症介護を丁寧に実践している。表玄関を利用者専用にする工夫などに常に利用者に対する思いの深さや認知症介護への専門性の高さを感じられた。利用者には、これまでの暮らしの中で培ってきた経験や趣味などを活かしながら、ほど良くお酒を楽しみ、趣味を継続し、中にはかつての趣味の作品に囲まれる等自宅に居た時に近い暮らしを楽しみながら「自宅を見に行きたい」や「馴染みの菓子を買いに行きたい」「お不動様にお参りしたい」等の利用者の思いにそった外出なども随時行われ、穏やかな暮らしの中にも変化のある暮らしを楽しんでいる。

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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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)		

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	共有・実践出来ている。	法人の理念に加えホームの理念として、和やかな家族的な関わりの中で専門性の高い認知症介護を通して利用者一人ひとりが自信をもち誇りある暮らしができるようにとの思いを込めて「一家和楽」を謳っており、入社時や日々の暮らしの折々に振り返りをしながら職員それぞれが「一家和楽」の思いを共有している。	
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	あいさつを交わす、等で交流ある。学校や団体などはイベント時に交流ある。	地元とは長い付き合いがあり、散歩時には挨拶をしたり、野菜を届けてくれたりと自然な近所付き合いが出来ている。小学校の文化祭には福祉用具の展示や使い方の講習をする等地域で実施する事業のお手伝いをしており、部落の自治会の要請で認知症サポーター養成講座を開催する等地域の認知症ケアの拠点として活躍し、何時でも認知症についての相談ができるホームになっている。	
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	キャラバンメイトの活動を継続し、メイト数も増やしています。		
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	今年度は開催しておりません。	2ヶ月に1回の運営推進会議の開催は、開催において主となる職員の負担が大きく、開催準備なども含めて、他の職員や利用者への影響を考慮し、今年度は開催しなかった。	
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	市GH連絡会、認知症伝え隊(メイト活動)で活動している。	運営推進会議の開催はないが、介護認定更新時や福祉課の訪問などに際しては利用者の日頃の様子を丁寧に伝えていく。市で実施するキャラバンメイト活動の中心的な役割を担う等の市の事業に協力したり、災害時の対策についての確認や相談をする等、市とはお互いに協力し合える良い関係を築いている。	
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	理解出来る様、ケア会議や勉強会を通じて行っている。	スピーチロックを入り口とし、DVDを使って虐待を含めた身体拘束についての研修を実施して、身体拘束についてのスキルアップを図るなど、常に拘束のないケアを実践している。玄関を利用者と職員・訪問者のそれぞれに分けて使うことで施錠しない時間帯を多くする等の工夫に、拘束についての認識の高さがうかがえた。	

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
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	勉強会やケア会議で学ぶ機会をもち、各職員の困り事を申し送りや報告で聞きとり、虐待の種となりうる事柄がないかを考察し、必要な所は話し合いをし、虐待防止に努めています。		
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	管理者と計画作成担当者が、活用出来る支援を行っています。		
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	契約時は事前のアセスメントを参考にして。入居後はその都度、十分な説明を心掛け、管理者または、計画作成担当者が行っています。		
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・イベント時・ケアプラン交付時など、お伺い出来る機会を活かしており、運営に反映させている。	利用者からは「みんなで忘年会をしよう」との要望があり、2ユニット合同で忘年会を実施している。家族からは年1回開催する家族会や訪問時に意見や要望、アドバイス等を聴いており、ホーム長と相談して実現できるものは運営に反映させている。実現できない事については理由を明確にしてフィードバックする事としている。	
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	会議時・面談時や、管理者が必要と思う時は随時設け、行っている。	会議など職員の意見や要望を伝える機会は多くあり、その時々気づき等も率直に言える雰囲気がある。表玄関を利用者専用にする事なども職員の提案により実現している。備品の管理や行事の計画などは職員の提案や気づきを基に行われている。	
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	キャリアパスがあり、雇用契約時や面談時に思いの聴取をしています。		
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	社内・外部研修を行っています。		

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
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GH連絡会を通じて取り組み、行っている。		
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	入居前のアセスメントの活用と入居後1か月集中的に看させて頂くことで対応に努めている。		
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	ご家族等と連絡をとり、関係作りに努めています。		
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	ご意見ご要望を伺い、適するサービス利用がして頂ける様に努めています。		
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	一家和楽を念頭に置き、一緒に楽しく作業などを行っています。		
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	ご家族の方へは、お手伝い頂ける事は行って頂き、共々に支えていく協力を頂いています。		
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	行動し、支援に努めている。	友人や知人、家族など親しい方々が訪ねてくる。中には家に行きたい希望などもあり、自宅まで行き柚子やミカン等以前から育てていた果物を取って来たりする。趣味の編み物で小物入れを作ったり、近くのお不動さんにお参りしたり等これまでの生活習慣を大切にした支援をしている。	
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	共有スペースでのコミュニケーション時に職員が橋渡しとなったりしています。ひとりになりたい時もあります。そんな時がある事を把握しています。		

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
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	必要に応じて行っている。		
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	ケア会議時に確認しあい、意向の把握を共有している。困難な場合は、ご家族へ相談し、検討している。	利用開始時には本人や家族と面談をして本人の希望する暮らし方など聞き取り、利用開始後1～3ヶ月はきめ細かく関わりながら「24時間シート」に職員が見たり、聞いたりした事を記録し、このシートで全職員が情報を共有し意向の把握に努めている。利用開始後の日々の記録も「24時間シート」に記録し、その時々本人の変化や暮らしぶりを記録し、ケア会議などで話し合い本人の思いや意向を把握している。	
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	入居調査時や、入居後もご本人やご家族へお話を伺い、努めて行っている。		
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	毎日の申し送り、記録、ケア会議を経て、現状の把握を共有する様努めている。		
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	ケア会議をもとに行っている。	本人や家族の思いを聴きながら丁寧なアセスメントに基づき生活に反映できる丁寧な介護計画が作成されている。介護計画は「24時間生活シート」にまとめられ、全職員がこれを基に利用者へ接し「24時間シート」に日々の記録を残しており、モニタリングや次回のアセスメントの根拠としている。全職員で実施する担当者会議では毎月ほぼ3名程度の利用者について検討されているが、変化の著しい利用者がある場合には随時話し合いが行われ、利用者の状態に合わせた随時の見直しを実施している。定期的な見直しとして短期目標は6ヶ月毎に行われ、介護計画の見直しは年1回実施している。	
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	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
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	実現可能かどうかを見極め、相談し対応に取り組む様になっている。		
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	地域の様々なボランティアの方にご協力を頂いております。		
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	行っています。	ほぼ全員が協力医療機関をかかりつけ医としている。2週間に1回の往診や訪問歯科の利用で健康管理を行っており、必要に応じて適切な医療が受けられるようになっている。専門医への受診に際しても職員が同行しホームでの様子を伝える等丁寧な関わりをしている。受診に際しては結果を家族に電話で伝えて支援経過に記録したり、訪問診療記録に残している。	受診結果の詳細を記録した書類を作成し、振り返りができるように工夫されているが、ケース記録の受診日に綴じられている。受診結果や本人の健康状態の時系列的な把握や家族など関係者間での共有を図るためにも受診記録として独立した書式作成の検討を期待したい。
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	かかりつけ医と連携をとり、支援しています。		
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。	入院先の病院へ足を運び、病状の説明を伺い、面会して現状を把握し、相談員・看護師・医師や関係者と連携をとり、より具体的な状態把握に努めています。		
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	入居時に重度化指針を説明し同意頂く。また、そういった状態になった際には再度説明し、かかりつけ医も加わりご家族と共にご本人の支援に努めています。	利用開始時に重度化指針を説明し、同意書を頂いているが、看取りの状態に入る時期は医師から医学的知見に基づき伝えられ、ソフト・ハード両面からホームでの看取りが可能かどうか検討し、受け入れ可能な場合には看取りを行っている。看取りケア開始後は状態の変化毎に細かく同意書を取り交わし、本人・家族・職員が統一したケア方針で協力しながら終末期を過ごしていただいている。看取り後は利用者も一緒にお見送りをしている。かかりつけ医と看護師は24時間何時でも対応が可能になっており、職員も医師や看護師、先輩介護士からケア方法等の指導を受け落ち着いた看取りができるようになっている。	

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
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	事故や急変があった後に、振り返りをし、行っている。		
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	防災避難訓練を年2回行っている。	年2回消防署と協力しながらの防災避難訓練を行っている。避難訓練は失火元を決めて避難経路を確保する訓練や夜間想定訓練など具体的に行われている。119番通報については目につくところに大きな文字で通報マニュアルを掲げ、落ち着いた対応ができるようにしている。ホームはスプリンクラーの設置や向かいの特別養護老人ホームとの協力体制を築き、火災や大きな災害にも対応できるようにしている。	
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	行っている。	認知症により失われた生活上のルールを専門的な認知症介護をとおして取り戻し、自信と誇りのある暮らしをして欲しいとの願いを込めた取り組みをしている。利用者の表情は明るく会話も賑やかで、それぞれがその人らしい雰囲気を持ち、職員との会話も違和感なく自然に交わされていた。	
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	行っている。		
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	生活シートをもとに行っている。		
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	身だしなみやおしゃれのお手伝いを各々入居者に行っている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	生活シートをもとに行っている。	食材は業者からの購入によるが、職員が各ユニットで調理しており、地元の方から頂いた野菜や利用者で作った野菜を随時取り入れて季節感のある食事を楽しんでいる。当日の献立に近所から頂いた大根の酢の物が加わったり、地元で収穫したお米を使用していること等を利用者は得意げに話してくれた。お酒を楽しむ利用者や食事介助を受ける利用者もいたがゆっくりとした介助で笑顔もあり、楽しく家庭的な雰囲気の中で食事される様子が見られた。	

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
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	かかりつけ医と連携をとり、支援しています。		
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	行っている。		
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	行っている。	オムツを使用する利用者もわずかにはいるが、殆どの利用者がトイレでの排泄を行っている。立位が取れない場合でも立位が取れない要因を分析し、立位の可能性を探り対応する等、オムツにしないケアを常に模索し、実践している。夜間はセンサーで離床を確認し、トイレでの排泄を支援している。	
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	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	ご本人の希望や、様子によって行う時もある。	週2回の入浴を4日間、4～5名ずつ入浴している。湯はりは何時でもできるようになっており、排泄で汚染した場合などを含め必要に応じて、また利用者の希望に応じて何時でも入浴は可能な状態にしている。現在希望される利用者はいないが、同性介助を希望される場合には同性介助も可能である。それぞれ居室から着替えを持参する等自宅での入浴に近い状態で入浴を楽しんでいる。	
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	行っている。		
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	服薬の支援については、介助者がみな同じ方法で行えている。薬の作用などについては、全員が理解はしていない。		

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
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	行っているが、100%出来てはいない。		
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	出来る時は行っている。	日常的な散歩や草花の手入れ、季節によっては野菜作りなどをして常に外の空気に触れられるようにしている。玄関の施錠がないことで利用者は何時でも外に出ている状態にあり、職員と一緒に外を歩くことを常としている。「自宅に行きたい」や「好みの食べ物を買いに行きたい」等の要望には職員が個別に付き添ったり、複数の利用者での外出など気分転換の外出も計画している。	
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	希望や力に応じて行っている。		
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	ご希望の際はすぐに行える様にしています。		
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	行っている。	利用者専用の玄関を中央に左右に各ユニットが配置しており、日本庭園のような中庭は贅沢な気分と落ち着きを感じさせている。広くゆったりとした居間は複数のテーブルを置き、人数もまちまちでテーブルを囲んでそれぞれが穏やかにゆっくり過ごせるようになっている。温度計や湿度計を所々に置き、常に利用者が心地よく過ごせるような配慮をしている。家族と利用者、職員と一緒に作った手形の壁飾りはアットホームな雰囲気を出し、テーブルごとに季節の花が活かされている等に職員と利用者が日常的に丁寧な関わりをしている様子がが感じられた。	
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	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
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	行っている。	自慢の家具など使い慣れた家具を置いたり、機能低下により介護用ベットを置く等それぞれが生活しやすいように工夫している。中には自宅に居た時と同じようにマットレスを敷いて寝ている人もいる。パッチワークをテーブルクロスにして華やかな居室にしたり、大きなソファを置いて好きなパズルや読書を楽しめるようにしたりとそれぞれが以前からの趣味を活かした居室づくりをしている。家族の写真やご自分の作品などを飾り一人ひとりが安心して暮らせるように工夫している。	
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	そこに居る人々ともものにより、行えている。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホーム「にこにこ」

目標達成計画

作成日: 平成 29年 4月 24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	受診結果や本人の健康状態の時系列的な把握や家族など関係者間での共有を図る為にも受診記録として独立した書式作成の検討。	独立した書式での受診報告書の作成	①受診報告書 ②訪問診療特記 の2点を1か月3名づつ「診療経過」へまとめる。	12ヶ月
2					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。