

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	1175100799		
法人名	株式会社アイム		
事業所名	グループホーム健康倶楽部新座		
所在地	埼玉県新座市中野1-5-5		
自己評価作成日	平成27年2月8日	評価結果市町村受理日	平成27年5月20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/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27年2月19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"> ・理念「あなたに寄り添います」を職員が意識し、入居者様がそれぞれに想う暮らしの実現を目指しています。 ・入居者様が安心して生活出来るような対応を心掛け、より良いケアを目指して工夫を重ねています。 ・スプリンクラーの設置など、安心して生活できる環境を整えています。 ・施設内に畑があったりと、季節ごとの良さを感じられる環境です。
--

【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"> ・個別ケアに重点を置かれ、利用者のペースに合わせ、「待つ」ことを心がけながら、一人ひとりに寄り添ったケアに取り組まれている。職員同士の協力体制ができており、細やかな心使いで利用者の表情が明るくなるなど、良い結果をもたらしている。 ・ご家族のアンケートでも、「職員の皆さんの忍耐強さに感謝しております」、「職員の目が行き届き、細かいケアをしてくださっています」とコメントが寄せられ、職員の丁寧な対応や優しさに高い評価が得られている。 ・目標達成計画の達成状況については、夜間を想定し、職員1名で連絡から避難誘導までの実施訓練や防火扉を使った利用者参加型の体験訓練をされていること、また、職員の具体的な役割分担や災害時の協力者の確保の呼びかけが行われていることから、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	自然な雰囲気の中で、利用者それぞれが想う暮らしの実現を目指して、「あなたに寄り添います」という理念を掲げている。	「寄り添う」とはどういうことだろう？と常に考えながら、利用者一人ひとりの思いが叶えられるように日常のケアに取り組みされている。一人になりたいときにはそっと見守るなど、個性を意識したケアが実践されている。	
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人として日常的に交流している	利用者とともに、散歩がてら近所を歩いたり商店を利用したりと、自然な交流の場を設定している。	自治会に加入し地域の情報は回覧板を通して伝えられている。指笛のボランティアの訪問や、近くの大学の写真部員が定期的に写真を撮りに来られ、機関紙や事務所に掲示し楽しんでいる。	地域との交流を積極的に図りたいと、職員から挨拶を心がけています。今後はさらに事業所内の納涼祭やクリスマス会などへお誘いしたり、介護相談など行うことで、「ご近所付き合い」がもっと深められることに期待します。
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	地域包括主催の認知症ケアサポーター講座の見学会を受け入れたりしている。		
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践、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	会議では一方的に施設の状況を報告するだけでなく、認知症を含めた高齢者ケアについて話し合ったりする事がある。	市、地域包括支援センター、町内会長、民生委員、家族代表などの参加で定期的開催されている。地域包括支援センターからは、認知症サポーター講座開催の協力依頼の提案があり、近々開催が予定されている。	
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取り組んでいる	事故報告以外にも、運営に対して相談をしたり、頂戴した意見をケアの向上につなげている。	市担当者からは、「運営推進会議の参加者も利用者と一緒にお茶を飲みながら事業所の取り組み状況を知ってもらったらどうか？」と提案をいただいたり、事業所の避難訓練を見学していただくなど、協力関係が築かれている。	
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	スピーチロックを含めた身体拘束防止の実践を目指し、勉強会による意識向上やリーダーから指導を行っている。	利用者の様子を観察し、タイミングを逃さず、利用者が納得できる言葉掛けを心がけている。言葉の拘束やどんな状況のときに不適切な言葉を発してしまうのかを勉強会で学ばれ、利用者が不穏にならないよう取り組まれている。	
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	家族や自分が受けたいケアを目標にし、根本から虐待防止に努めている。リーダーは部下の悩みに常に気を配るよう努めている。		

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	権利擁護や成年後見制度について案内を置くなど、情報を提供している。		
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	入居時にはじっくりと契約内容を確認した上で同意を得ている。入居後、疑問点が発生したら、いつでも相談を受けている。		
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	「お客様の声」ポストを設置している。契約時には行政の窓口を紹介している。	家族アンケートの中で、「家族同士の交流がないので集まる機会がほしい」と要望が出され検討されている。また整容に関することや塗り絵をやらせて欲しいなどの要望にもすぐ対応されている。	
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	職員会議やリーダー会議、管理者と役員の話し合いの場など、風通しの良い運営を目指している。	利用者の健康面に配慮した外出計画やイベントの企画などが話し合われている。利用者の状況を検討し、イベントも馴染みの場所で行うなど、運営に反映されている。	
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	定期的に管理者と部下の面談を行い、やる気のある職員が気持ちよく活躍できるよう、給与に反映されるように努めている。		
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	職員のレベルに応じて研修に行っている。発表会にてその勉強を施設運営に活かしている。		
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	関連他社の施設に研修に行ったりと、他施設の取り組みを自施設のケア向上に活かしている。		

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	入居前に伺った情報をもとに、本人の本当に希望する暮らしとは何か、常に考えるという姿勢でお迎えする。		
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	見学には、ご本人の来設もお勧めしている。ご本人の今の状況を把握するように、活かせるように、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	制度利用と言うところからご説明をし、他施設のご案内や、在宅ケアの継続についても相談にのる。		
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	利用者のレベルに応じた家事をお願いし、共同生活介護の実践に努めている。		
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	家族のアドバイスを、ケアの向上に活かしている。家族来設時にお話される利用者の生活暦をケアのヒントになるものとして積極的に伺う事もある。		
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	家族以外にも知人の来設は自由であり、来設時にスムーズな交流が出来るように気を配っている。	友人と一緒に疎開時の思い出の場所を尋ねられたり、年賀状のやり取り、電話の取次ぎなどのほか、孫の結婚式には職員2人が付添われ出席されるなど支援されている。	
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、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	それぞれのレベルに応じたお手伝いにて、ひとつの家事を行うことがある。協力する事の大切さを体感出来るようにしている。		

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	転居先のサービスに情報を提供したり、退去後のご様子を伺ったり、当施設が生活暦の一部となるように努めている。		
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	言葉にならない思いがあると言う事を前提に、本当にこのケアで良いのか、常に考えている。	時間をかけゆっくり話を聴かれ、利用者の思いや関心ごとを引き出すように努められている。夜勤時や一緒に食事を作りながら話を聴かれ、気持ちを把握されている。	
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	本人の暮らし方を積極的に取り入れるように努め、馴染みの生活空間の実現を目指している。		
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	小さな変化に気を配り、有する力を活かしていただけるよう、家事等にお誘いしている。積極的に参加していただけるような声かけの工夫に努めている。		
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	職員会議にて、課題を話し合い、常により良いケアを目指している。	居室担当職員が中心となり職員会議で話し合わせ、適切な介護計画が作成されている。協力医からのアドバイスで機能訓練をプランに取り入れ、歩行が可能になった利用者もおられるなど、利用者・家族が納得できるプラン作成に努められている。	
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	日々行ったケアについて記録に残している。血圧排泄食事量のチェック表は別紙にて分かりやすく記録している。		
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	遠方に住む家族様のかわりに通院付き添いをしたりと、状況に応じて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	利用者が安全に楽しめる公園等を把握し、散策に利用している。		
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	利用者(か保護者)の同意の上で、連携病院の訪問診療を受けて頂いている。連携病院含めた医療機関とは情報を共有し、入居者のスムーズな利用を目指している。	協力医から日頃の様子を明記した紹介状をいただき、職員が付き添い、かかりつけ医や専門医を受診されている。通院後は診療情報提供書で家族・職員間で共有を図られている。	
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	定期的に看護師を配置している。看護師の気がついたことを介護職と共有し、チームケアを目指している。		
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。	適切な医療を受けていただき、早期退院を目指すために、家族の同意を得て、病院へ診療情報を提供している。		
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、事業所です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	入居の段階から、終末期を含めた今後への意向を、入居者や家族から伺うようにしている。施設で可能なこと難しい事を伝えている。提携の診療所や近隣病院の地域医療連携室の協力を得て、利用者の健康維持につなげている。	看取り研修も実施され、重度化や終末期に向けた取り組みが行われている。身体状態に変化が生じたときには、都度、話し合わせ、事業所で過ごすメリットやデメリットを伝えられたり、他の医療機関や施設を紹介するなど、事業所としてできる最善の方法に取り組まれている。	
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	感染症予防や誤嚥時緊急対応などをテーマとした勉強会を開き、職員の意識と技術の向上を目指している。		
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	避難訓練を秋/早春と実施している。運営推進会議等を利用し、地域の方と災害時の連携について話し合っている。	夜間を想定し、職員1名で連絡から避難誘導まで実施され、避難経路や避難場所の確認もされている。職員の役割分担や備蓄品も確保されており、2階の利用者については、防火扉の中で待機することも徹底されている。	運営推進会議で災害時の話し合いはなされていますが、引き続き、ケース記録や薬など具体的な持ち出し方法や地域住民と合同訓練を実施されるなど災害時の安全確保に向けた取り組みに期待します。

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	声かけや過度な介入に気をつけ、利用者が誇りを持って過ごせるような対応をしている。	寄り添われたり、適度な距離感を持たれるなど、個々に合わせた対応がなされている。また、言葉使いに気をつけ、フロアで話すときにもインシヤルで話すなど個人情報にも配慮されている。	
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	利用者の意思表示のレベルに合わせて、自己決定をほどこしている。		
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	基本的に利用者の好きなペースで過ごしていただき、健康に良くない行動については不快にならないような声かけにて改善を目指している。		
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	好きなファッションをして頂けるよう、入居者のレベルに応じて、お手伝いをしている。また、家族等の協力にて、衣替えを実施している。		
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	調理から片付けまで、入居者のレベルに応じたお手伝いをお願いしている。職員と共に食事をし、職員は楽しい雰囲気の演出に努めている。状況に応じて食事介助をしている。	食材の皮むきや食器洗いなど手伝っていただいたり、ホットケーキやクッキーなどのお菓子作りも職員と一緒に楽しまれている。嚥下状態のよくない利用者へは口周りをマッサージするなど、食事を美味しく食べるための取り組みが行われている。	
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	配食(調理前食材と栄養士の考えたメニュー)を利用している。利用者の状況に応じて量を調節している。		
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	入床前には必ず口腔ケア声かけ(か介助)を行っている。必要に応じて毎食後のケアをしている。		

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
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	日中はトイレ誘導を随時実施し、気持ちのよい排泄の支援をしている。夜間は(やむを得ず)オムツを利用している方は清拭等衛生に気をつけている。	トイレでの排泄を基本に、声かけや歩行訓練を行い、リハビリパンツから布パンツに変更になった利用者もおられる。食事や水分量にも注意し、トイレで排泄する意識を持っていただけるよう取り組まれている。	
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	1日2回の体操の時間、牛乳を利用した飲み物、ヨーグルトを利用した食事の提供など、薬に頼らない便秘予防を目指している。		
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	入居者の入浴希望に随時対応している。逆に、入浴拒否に関しては、声かけの工夫にて入浴頂き、衛生面に気をつけている。	利用者の身体状態に応じて2人対応やシャワー浴、足浴など実施されている。朝入りたい、毎日入りたいなど個々の希望にも応じられるように支援され、また、菖蒲湯やゆず湯などの季節浴も楽しまれている。	
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	自由な時間に入床起床して頂いている。昼夜逆転等不健康な状況に対しては、声かけの工夫にて改善を目指している。		
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	用法用量が分かりやすく明記された書類を、処方時にファイリングし、職員で情報共有をしている。服用後の変化を医師に伝えている。		
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	レクリエーションへの参加声かけや、入居者の状況に応じた生活の役割を持っていたり、楽しく張り合いのある生活を目指している。		
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	厳冬期を除き、およそ隔月ごとにお出かけ行事を企画している。それを補う形で、ドライブがてら近郊に買い物など、入居者に合わせた外出にお誘いしている。	中庭や屋上での外気浴、洗濯物を干しながらの日光浴など日常的に外気に触れるよう取り組まれている。ドライブを兼ねて買物に出かけられたり、近所の散歩など、外出の機会を多くもてるよう努められている。	

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	金銭の所持は自由であり、適切な保管を促している。		
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	通信については手段を問わず自由である。		
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	日中はカーテンを開けて日光を取り込み、時間感覚の維持に努めている。空調は随時快適な温度に調節している。	開放的で明るい環境が整っていて、掃除も行き届き、温度や湿度にも配慮されている。小上がりの畳の部屋で洗濯物をたたまれる利用者もおられるなど穏やかに過ごせる共用空間が作られている。	
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	共用の空間には、他者とお話できるリビングや、静かに過ごせる和室を準備している。		
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	危険物を除き、個室への物品持込は自由である。馴染みの空間を演出するため、使い慣れた家具等の持込をお勧めしている。	使い慣れた筆筒やソファ、鉢植えなどが持ち込まれ、これまでの生活パターンが崩れないように配慮されている。また、職員と一緒に掃除も行われ、清潔な居室が維持されている。	
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	手すりやトイレ等の表示など、分かりやすく安全な施設利用を目指している。		

(別紙4(2))

事業所名:グループホーム健康倶楽部新座

目標達成計画

作成日:平成 27年 5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	2	良好な近所つきあいを実施中であるが、具体的な協力体制には至っていない。	ホームにとっても、地域にとっても、双方にとって利益のある関係を築く。	納涼祭ご招待など実施し、地域の方にも楽しめる場を提供する。	12ヶ月
2	35	災害時対応について、具体的な取り決めが必要である。	災害時の役割分担取り決め、地域との協力体制を築く。	・貴重品(利用者様の薬など)持ち出し係りなど具体的な職員の役割分担取り決め。 ・(2)を通して良好な地域との関係を深める。	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。