

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	1192800053		
法人名	株式会社 トゥルーケア		
事業所名	グループホーム なでしこ		
所在地	埼玉県入間市下藤沢635-25		
自己評価作成日	平成29年12月10日	評価結果市町村受理日	平成30年3月7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29年12月30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)】

介護理念でもある「自分がしたいことができ、したくない事を強要されない普通の生活ができる」を大切に日々支援を行っています。またアットホームな関係を作り生活できるよう、職員一同支援しております。

【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)】

・利用者一人ひとりの希望する生活が個別に把握され、利用者の持っている力が活かされるように努力をされていることが評価され、家族から「親身になって対応してくれる」「根気よく対応されている」「いつも明るく和やかな雰囲気」などの言葉を多くいただけている。
 ・運営推進会議は定期的開催され、利用者の生活状況の報告や介護制度への理解を深めていただいたり、災害対策への情報共有や協力関係の構築を図ることなど、参加者からの意見や要望を聴き取る場として活用され、サービスの向上に活かされている。
 ・目標達成計画の達成状況についても、災害対策についてのマニュアルの確認や備蓄・備品の整備など計画的な取り組みをされていることから、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 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	理念については、職員全体が理解し実践できるように玄関に掲示し周知を図っている。	利用者が自分らしく生活できることを最優先に考えられた理念が共有されている。これまでの生活を大切に、家庭的な雰囲気の中であたたかく支援していくことが実践され、新任職員への教育でも重点的に指導をされている。	
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、事業所自身が地域の一人として日常的に交流している	散歩・外食・外出した際に挨拶、会話したり、散歩時家に咲いている季節の花を頂いたりしている。	地域の方との交流を深め、事業所を知ってもらおうと市のボランティアを受け入れたり、地区の認知症サポーター養成講座に協力するなどされている。また、散歩の際には声をかけ合うなど交流の場を広げていくための努力をされている。	
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	利用者様と一緒にレクやお話し相手のボランティア募集を随時募集している。現在入間市の傾聴ボランティアが見えられ交流をされている。		
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	2ヶ月に1回開催している。民生員様、御家族様等に参加してもらい、事業報告や行事報告の説明他、情報交換が活発に行われ改善点は職員全体会議で取り組むようにしている。	運営推進会議では、利用者の生活状況が報告され、参加者からの意見や要望を聴き取る場として活用されている。地域の情報や家族等の意見を取り入れることで、サービスの向上に努められている。	
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取り組んでいる	問題が発生したり、疑問がある場合は高齢者支援課に連絡しアドバイスを頂いたり、運営推進会議で現状を報告している。	認知症カフェに協力すること、市の主催する「徘徊声かけ訓練」に参加することなど、市の職員との連携がスムーズにとれるように協力関係を築く努力をされている。	
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	立地上大通りに面している等あるため為に玄関は施錠を行っているが御利用者様の希望があれば自由に外出できる様努めている。	定期的な研修が行われており、職員の身体拘束の廃止に関しての意識は高く保たれている。また、家族からの理解や協力が得られるように身体拘束をしないケアへの取り組みについてその都度説明をされている。	
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	職員に虐待について理解をするようフォーア一会議や全体会議等で取り組んでいる。		

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
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	後見人を付けている御利用者はいるので職場全体で制度の理解、研修等を行うよう努めたい。		
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	契約時に質問があった場合にはその都度時間をかけ丁寧に説明し理解していただけるよう取り組んでいる。		
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	運営推進会議や日々苦情、相談窓口を設け対応している。その内容をケアカンファレンスや全体会議で反映させている。	普段の会話の中から利用者の要望が聴き取られ、食べたいものを行事食に反映させたり、家族からの意見が出しやすい雰囲気づくりに留意され、外出や買い物の要望をケアプランに取り込むなど意見を反映させている。	
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	随時意見を聞き入れ対応しているが、全体会議やフロア会議での意見を反映させる場を設けている。	フロア会議やミーティングの際に職員からの意見や提案を聴き取り、迅速に事業所運営に活かされている。職員の意見を取り入れ迅速に改善していこうとする体制で臨まれている。	
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	スタッフ評価シートを記入してもらい、それを元に管理者や職員個々の勤務状況に努めている。		
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	本部研修や外部研修の参加を促して、年間を通して参加できるよう努めている。		
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	定期的に近隣の施設への訪問を行い情報交換の機会を設けている。		

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	本人との会話を重視し、話やすい環境作り、温かい態度で本人の話を聴くことで困っていること、不安を受けとめ関係を築いている。		
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	見学や契約の際にかならず御家族様のお気持ちを伺っている。出来るだけ要望を聞くように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	これからの生活の在り方を本人、家族と話し合い、一番良いサービスを共に模索出来るよう努めている。		
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	出来る事を徐々に広げながら、共に生活をしていることを意識して信頼関係を築いていけるようにしている。		
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	御家族様の面会時に何気ない会話から徐々に信頼関係を深めている。また月に1度お便りを送り近況を報告している。		
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	いつでも御家族や旧友、近所の方々の来訪をいつでも歓迎しおり、関係が途切れないよう努めている。	友人や知人が気軽に訪問できるように配慮されている。また、家族の協力を得て馴染みの飲食店や自宅、お墓参りに出かけたりと今までの生活習慣や関係を大切にしていけるように支援をされている。	
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	必要あるなら利用者様同士コミュニケーションが取れるように、職員が間に入りサポートしている。		

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	退去後も新たな入居施設等に郵便物の転送手続きも行っている。		
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	日々の支援の中で傾聴等で関わりを強く持って対応、また職員は御利用者様の代弁できるよう努めている。	利用者からの言葉の一つひとつや表情の意味することが職員間で話し合われ、利用者の望む生活を支援できるように努力をされている。また利用者にとって話しやすい場所や時間帯があれば配慮して聞き取りがなされている。	
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	一人ひとりの生活歴や日々の関わりの中で把握し、コミュニケーションを取り、なじみの生活ができるよう努めている。		
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	朝礼や申し送り等で情報を職員全体で共有し、御本人様のペースで生活出来るよう努めている。		
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	本人・家族の希望や意向をふまえ、アプラン見直しで意見交換し、入居者ひとりひとりに合った介護計画作成に努めている。	介護計画やモニタリングはケアカンファレンスで話し合いが行われている。必要時に主治医や家族からの意見も聞き取ることで具体的な支援方法がまとめられ、実施状況も細かく把握されている。	家族もチームの一員として課題やケアに対しての意見やアイデアをだせる環境をつくることで、情報の共有や連携に繋がっていくと想定されることから、家族との話し合いがより反映される介護計画の作成に期待されます。
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	状態の変化に対する記録は徹底しており、朝礼や申し送りノートの活用など職員全員で共有している。		
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	緊急時の対応はもちろん、その他は要望に応じて柔軟迅速に対応出来るよう努めている。		

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
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	社協紹介で傾聴ボランティア等やレクボランティアの方々に来て頂いている。		
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	かかりつけ医とは連携を取り合っているが、本人様及び御家族様が選択した病院への受診が出来るように努めている。	本人及び家族の状況や希望を重視して訪問診療や通院での受診を選択されている。通院を希望される場合は服薬状況や健康状態などの情報が提供され適切な診断に役立ててもらえるように支援をされている。	
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	月に2回訪問看護の実施がある。また体調の変化があった場合は24時間対応で相談できる体制になっている。		
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。	協力病院があり、主治医に相談した結果入院が必要となった場合の受け皿の病院がある。		
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	契約時の際に重度化した時の同意書を交わしており、本人様が重度化になった場合は日々をより暮らせるよう医療と連携を図り対応に努めたい。	事業所の取り組みについては事前に説明が行われ、理解をいただいている。重度化に伴う様々な問題に関しては、その都度、本人・家族等と共に職員全体で話し合いながら方針が共有され支援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	緊急時のマニュアルを作成しており、いつでも閲覧可能となっている		
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	年2回の防災訓練を実施している。消防職員の方々立ち合いの元に指導を受けている。	定期的な避難訓練では、職員各自の役割を確認することで迅速な行動ができるように訓練をされている。住宅密集地での火災の可能性や川の氾濫の可能性など地域性を考慮した対策が話し合われている。	災害は予測不可能なことで職員だけの避難誘導には限界があると想定されることから、引き続き地域住民との協力体制を確認するとともに自然災害に対するマニュアルの見直しも定期的に行うなど災害対策の継続的な検討に期待されます。

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	言葉使いに注意を払い、本人様の人格を尊重し、声掛けを行っている。	利用者の人格を尊重した対応と個人情報の責任ある取扱い、排泄や入浴時の羞恥心に対する配慮、居室内はプライバシー空間であるという認識など、利用者の気持ちを第一に考えた、きめ細やかな対応がとられている。	
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	本人の希望や思いを職員の言葉掛け、日常生活の中から見出して行く。また、表出できるような信頼関係作りを心がけ、自己決定に導くよう配慮している。		
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	本人の意思・決定を尊重し、その人らしく過ごして頂けるよう支援している。		
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	起床時・外出時には身だしなみやおしゃれが出来るよう支援し、また2ヶ月に1回、訪問美容院に来て頂いている。		
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	盛り付け、配膳、洗い物と個々に合った支援を行い、協力しながら楽しく行っている。食事音楽を聴きながら、話をされながら楽しく召し上がっている。	利用者の能力や好みに合わせて盛り付けや洗い物などが職員と共に行われている。また、食事の前に口腔体操が実践され、口から食べる楽しみを長く保てるように工夫をされている。	
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	日常の健康状態を把握し、食べやすく工夫している。水分量・食事量を記入し、職員が把握している。		
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	起床時・毎食後に口腔ケアを促し、個々に合ったケアを行っている。夜間は義歯を預かり、洗浄を行っている。週1回、歯科往診があり、診て頂いている。		

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	排泄パターンを把握し、トイレ誘導出来るよう、介護計画に取り入れ自立に向けた支援をしている。紙パンツ・パット使用についてその都度話し合い工夫している。	利用者の希望と能力を把握し、トイレでの排泄にむけての話し合いがおこなわれている。対応方法について、気が付いたことは迅速に話し合うことで自立支援に向けての統一したケアがなされている。	
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	便秘の際は乳製品など、便秘に効く食材を使い、それでも効かない時は往診医相談の元、下剤を使っている。水分量・運動・入浴の際腹部のマッサージを行い便秘予防に取り組んでいる。		
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	本人の希望、状態に合わせて声掛けし、安心してまた、のんびりと楽しく入浴出来るよう支援している。	利用者の個別性が把握され、心地良く入浴してもらえるように働きかけが検討されている。入浴を拒否する理由や背景を考え、対応を工夫することで不安を取り除けるように配慮されている。	
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	個々の睡眠パターンを把握する。生活習慣や状況に応じて声掛けをしたり、本人の希望により対応している。ゆっくり休めるような環境作りに努めている。		
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	往診医の支持の下、薬の内容・副作用について把握している。薬の情報は、薬ファイルにまとめ分かりやすいようにしている。服用後の変化に注意し、何かあった時には医師に連絡し指示を頂いている。		
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	本人・家族から生活の流れを聞き、生きがい・趣味を見つけ出し、その人らしく、楽しく生活出来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	本人の希望にそえるよう積極的に散歩・外出・買い物等に出掛けられるよう支援している。家族の方も協力して頂いている。	利用者によって散歩コースを変更したり、タクシーを利用しての外出や買い物、季節の花を観に行くことなど外出の機会を増やす工夫や努力がされ、利用者の希望が取り入れられている。	

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	紛失や物とられ妄想がある方もいる為施設で預かっていることが多いが本人の希望が強い場合には家族と相談し所持して頂いている。		
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	本人希望がある時は電話を使用して頂いたり、手紙を書いていただいたりしている。また、電話等ある方は自由にやり取りをして頂いている。		
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	季節にあった飾り付けを行い、そこからコミュニケーションが弾むように演出をしている。また本人様の創作意欲が上がるように展示物を掲示している。	季節を感じる事ができる装飾と落ち着いて過ごすことのできる共用空間としての間取りや家具の配置の工夫をされている。また、職員からの言葉かけの配慮により、迷いや混乱が起らないような環境づくりにも注意が払われている。	
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	フロアのソファーに自然と集まるように演出。入居者がそれぞれくつろげるよう配慮に努めている。		
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	使い慣れた馴染みの家具等を持ってきて頂き、安心して生活出来る居室作りに努めている。	昔から使用していた家具や家族写真などが持ち込まれ、居心地の良い居室となるように支援をされている。居室の掃除やネン交換は利用者が職員と一緒に出来るように配慮されている。	
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	入居者の個々の出来ることを見きわめ、出来ること・分かることは積極的に取り入れ、その人らしい生活を送って頂く。出来ないところは工夫しながら支援している。廊下・フロアに物を置かないようにして安全に生活出来るよう配慮している。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホームなでしこ

目標達成計画

作成日: 平成 30 年 3 月 7 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	26	ケアプラン作成は御家族様の協力も不可欠で、面会時には作成するためお話を伺ってはいるが、サービス担当者会議の場で意見や情報共有がされているか疑問がある。	サービス担当者会議に御家族に出席してもらい、全体での意見交換や情報の共有をしていただく。	御家族に都合の良い日を伺って、年数回参加できるようにする。	6ヶ月
2	35	災害発生時に近隣住民の方々と協力体制が取れているのか不安に残る。	災害時に協力体制が取れるためになじみの関係となり、相互に役割を話し合い、災害に備える。	近隣住民の方々をお招きして、防災訓練を一緒に行えるよう企画し、実施する。	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。