

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	1170202780
法人名	株式会社 ウイズネット
事業所名	グループホーム みんなの家 川口
所在地	埼玉県川口市安行領根岸861-2
自己評価作成日	平成30年10月10日
評価結果市町村受理日	



【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)】

ご入居者様に楽しく生活して頂くために、積極的にレクリエーションを実施している。特に音楽レクリエーションに力を入れている。「職員による楽器演奏」「ボランティアによるサクソ4重奏のアンサンブル演奏会」「大きなプロジェクターを使用して歌詞を見えるようにして、ギター演奏に合わせて懐かしい歌謡曲を皆で歌う」等実施している。

※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.mhlw.go.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社ケアシステムズ
所在地	東京都千代田区五番町12-7 2-34
訪問調査日	平成30年10月27日

ホーム長は認知症について良く勉強され理解されているだけでなく、豊富な経験をされている事も窺えた。知識に基づいた介助は利用者の安楽・安全に繋がり、経験と優しさは利用者の安心に繋がっている。利用者の生活歴を把握し、一般的な声掛けを実施するとともに様子観察をして各利用者の感覚や価値観の理解に繋げている。また、利用者の嫌がることや話題には触れず、さりげない介入を心掛ける等、職員一人ひとりの優しさも加わって素晴らしい対応となっている。

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、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	ホーム理念「コミュニケーションを大切にする」全職員は認知症の特性を良く理解して、入居者様の立場に立ち、ニーズがどこにあるかに焦点をあてて、コミュニケーションを図っている。	入居後、認知症のため落ち着かない利用者のために職員は日々話し合い、外部研修からもヒントを学んだ。利用者に寄り添い手を添えることで状況は落ち着いた。認知症の環境変化の弱さが再確認でき職員の成長につながっている。		
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員として日常的に交流している	運営推進会議に町会長・民生委員の参加をお願いしている。	2カ月に1回ホーム内で運営推進会議があり、ホーム長・家族・地域包括・民生委員が参加している。開催時には、ホーム長が案内状を作成し関係機関へ配布している。	案内状の配布は行っているが、自治会の参加がなく、家族出席率も少ない。地域との関係を深めるための工夫に期待したい。	
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	運営推進会議に町会長・民生委員の参加をお願いしている。認知症に関して役に立つ情報を発信している。			
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	2カ月に一度、ご家族及び地域包括支援センターの方も参加して開催している。そこでの意見は活かしたいと考えているが、感謝の意を伝えられ、特に意見を頂く事は、あまりない。	余暇ボランティアが増えている。ホーム長自らがトランペットを奏で、楽器演奏ボランティアが年2回来訪している。また、シンガーソングライターのボランティアも定期的に来訪している。		
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に取り組んでいる	神根地域包括支援センターとは2月に1度、連絡を取り、生活保護の入居者に関する事は、市の担当者と連絡を取り、協力関係を築いている。	生活保護者受け入れ認可があるグループホームである。市役所や福祉事務所とも毎月連携を図っている。また、市へは毎月ベッド稼働状況も報告をしている。現在は、18/18床であり評価できる。		
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	具体的な行為は正しく理解している。玄関の施錠はやむを得ず、オートロックを使用している。	身体拘束委員会・虐待防止委員会を毎月開催している。会議録も適切に作成されており、振り返り・評価もできている。現在の身体拘束はゼロである。安全上、ドアの施錠はしているが、非常時には迅速にロック解除ができる仕組みがある。		
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	虐待防止委員会を毎月開催し、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	9月に学習会を実施した。		
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	契約は十分な時間をかけて、懇切丁寧に説明と同意を得ている。解約の際は、話をよく伺っている。改定の際は、文書で説明と同意を得ている。運営推進会議でも説明している。		
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	家族会・運営推進会議は2カ月に1回開催。また常時、ホーム長、管理者、計画作成担当者が、意見を聞く様に努めている。玄関には、お客様相談係行きの意見記入用紙が常備してある。	運営推進委員会や家族会(2カ月1回ホーム内で開催)で意見や要望の把握に努めているほか、面会時にもホーム長や職員が家族と会話の機会を設けている。利用者や家族からの意見は職員間で共有し運営に活かせるように取り組んでいる。	家族会への参加者が毎回、同じ少数メンバーであることから、土日開催を取り入れるなど多くの方が参加できるような工夫に期待したい。
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	常に全職員の意見に耳を傾け、改善すべきところは迅速に改善している。		
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	年2回の人事考課と、年2回の個別面談を実施。最近時給・夜勤手当・資格手当アップした。資格取得のお祝い金も出る様になった。		
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	社内で研修有り。現在は社員が研修に参加している。最近では、認知症実践者研修に1名参加。		
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	社内で管理者会議が月1回あり。情報の共有・交換を行っている。その内容は職員会議等で周知している。		

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	入居前の実態調査をかなり丁寧に実施している。また、一ヶ月の暫定プランを作成し、暫定プランの期間中に丁寧なアセスメントを実施している。本人とのコミュニケーションを重視。			
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	入居前の実態調査をかなり丁寧に実施している。また、一ヶ月の暫定プランを作成し、暫定プランの期間中に丁寧なアセスメントを実施している。家族とのコミュニケーションも全スタッフで積極的に促進している。			
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	食事介助・歩行介助・コミュニケーション等の必要な方には即座に対応している。また入院・サ高住についても支援している。			
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	清掃・洗濯・食器洗い等を手伝って頂いている。			
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	ホームから本人の日ごろの様子等の情報を発信しており、あまり来られない家族も、面会に来やすいようにしている。			
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	入居者様への面会の方には、丁寧に対応している。またご家族が入居者と外出しやすい様に丁寧に対応をしている。旅行や公民館のカルチャーセンターに行く人もいる。	家族の面会はいつでも受け付けており、家族との外出や外泊(旅行)も可能であり、馴染みの場所や人との関係が途切れないように支援している。		
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に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	生活活動(清掃・洗濯物など)を皆で行い、良好な関係が築ける様に支援している。			

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	長期入院や、他の施設に移った際、しばらくして落ち着いた頃に電話や手紙を出している。		
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	ご本人の言動に常に注意を払っている。ニーズの把握に努め、ご家族からの情報も収集して、検討している。	日々の会話の中から、利用者の意向をくみ取れるように努めている。また、表情や態度などからも利用者の好みなどを把握できるように注意し、職員間で情報を共有している。	
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	入居前の実態調査において、詳細に聞き取りしている。その内容は、スタッフ全員が閲覧している。		
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	生活記録は簡略化したが、申し送りノート・日々の申し送りに1人ずつ記載している。		
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	ケアマネを中心として、本人からの意見や希望、気持ちを聞き取り、ご家族の希望等も随時聞いている。フロア長他全てのスタッフから意見を聴取して、介護計画を作成している。	居室担当者、計画担当者を中心に本人と家族からの意向や要望を丁寧に聞き取り、課題について検討し一人ひとりの利用者の現状に即した介護計画の作成に努めている。	
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	生活記録とは別に、申し送りノート・日々の申し送りに記入し、情報を共有し、介護にあたっている。		
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	なんでもやってみなければ分からないと言う発想で、ニーズに対応するようにしている。		

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
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	レクリエーションにボランティアを招く等して、地域資源を活用し、楽しく過ごせるようにしている。		
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し、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	ういずクリニック西尾久との連携はうまく取れている。また入居者様の状態に異変があれば、すぐにかかりつけ医に連絡している。	かかりつけ医を利用している人は2名で、家族が同行して受診している。他は訪問診療医が月2回、往診する前に施設からFAXされる利用者の状況記録に目を通して来訪し、健診している。医師と施設側は連携し、特変があれば対応している。	
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	介護職員は気軽に看護職員に入居者様の状態を伝えたり、相談している。		
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。	介護サマリーを作成し医療機関の医師、相談員などと随時連携している。入院後も病院にて実態把握を行い、ご家族にも報告相談を行っている。病院関係者とのカンファに参加したり退院後の通院中も医療関係者との連携を行っている。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	現在、進行中であり、9月に1名、10月に1名ムンテラ実施。今後も早目に実施する。	今年度は3名の看取りを実施している。水分・食事が減り、意思表示が無くなると医師に連絡し、医師の指示でホーム長が家族に連絡。ホームで医師・家族・ホーム長が面談し、家族の意向に従って看取りを開始している。ケアプランは無いが、医師の指示に従って24時間対応を実施している。	
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	急変時や事故発生時の対応表を備えている。訓練は消防訓練で実施している。		
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	消防訓練で実施している。	消防訓練は、ホーム長が中心になり、火元が厨房という設定で実施した。消防署から借りた水消火器で消火訓練を実施したり、職員がモデルとなり階段を使った避難訓練を実施しているが、フォーマットは確認できなかった。	

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
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	実態調査や入居後に伺った情報から、生活歴や価値観などを把握し、1人1人に合った言葉掛けや対応を実施している。	お金のこと・子ども関係・職業等、自分から発しない場合はその話題に触れないように配慮する。排泄時に、拭き方が分からない・流し方が分からない・座り方が分からない場合は、さりげない介入を心掛け声掛けの工夫をしている。	
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	なんでも自由に発言できる雰囲気作りを心掛けています。自宅に電話をしたい入居者様で、ご家族が同意されていれば、制限なくホームの電話を使用して頂いている。		
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	お風呂の順番を後にして欲しいと言う希望があれば、それに沿っている。散歩の希望があれば、スタッフが多い日に外出している。		
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	ご本人の着たい服を着て頂いている。		
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	メニューをホワイトボードに書いて頂いたり、テーブルを拭いて頂いている。食事は大方、職員も一緒に摂り、片づけでは、食器洗いを手伝って頂いている。	おやつ作りを月1回、実施している。お好み焼きや焼きそばはリビングのテーブルで、キャベツをきざみ、粉をとき、鉄板で焼いてひっくり返すなど、できることに参加して頂き喜ばれている(ホットケーキも作っている)。	
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	毎食後に、食事水分チェック表に記入して把握している。摂取が少ない時は、理由を調査して改善出来る様に対応している。必要に応じてキザミ食、ミキサー食を提供している。		
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、口腔ケアの介助、促しを実施して、全員が清潔保持している。		

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	排泄パターンを把握し統一した誘導、声掛け、支援を実施している。可能な限りトイレで立位保持をして頂いている。	自立排泄可能な方も多く、日中は食事前後、おやつ前後にはトイレ誘導を実施している。インフルエンザで動けなくなり尿意・便意が消失した利用者をおむつ対応にしたが、回復後はトイレ誘導し、自立に向けての支援をしている。	
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	水分を多めに摂って頂く。自費でヨーグルトを購入して頂く。自立歩行の可能な方には、積極的に歩行訓練して頂くなど。また、必要に応じて往診医より処方薬あり。		
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ず、個々にそった支援をしている	午後にリハビリのある入居者様の入浴は、疲れてしまわない様に曜日や時間を調整している。また、一番湯が嫌いな方には、最後に入浴して頂いている。	最後に入りたい・午後に入りたい等の希望に対応している。また、昨日入浴した事を忘れて「今日、入りたい」と言う利用者には「あとで入りましょうね」と言って、何とか入れるように努力する等、利用者目線での対応を心がけている。	
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	昼食後に短時間の昼寝が出来る様に介助をしている。夜間は静かな環境を作り、安眠できている。		
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	入居者様のお薬情報をスタッフがいつでも見られる所に保管しており、必要時に参照している。		
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	将棋やオセロの出来る方には、時々入居者同士で対戦して頂いている。また、清掃係・食器拭き係を設けている。		
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	ご家族同行で毎日外出される方が1名、週に数回外出が1名おられる。他の方は、定期的にスタッフ対応で土手等の散歩にお連れしている。	夏の暑い日や冬の寒い日を除き、週2回全員を対象にして土手を散歩している。コスモス・レンゲソウ・紫陽花等の季節の花を話題にして楽しんでいる。また、年1回、桜が咲いている場所へ1週間かけて全員を連れて出かけている。	

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
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	ご家族の意向もあることなので、現状は2名のみ所持されている。		
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	希望があれば、電話をかけて差し上げている。		
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	快適な空間を維持している。季節感のある飾りも設置するように心掛けている。	居室は早番と夜勤開けが見守りを兼ねて掃除をし、リビングは職員と利用者が掃除をし、トイレは早番が掃除している。また、専門の清掃職員が、職員が出来ない部分を掃除している。温度設定湿度管理も実施し快適に過ごせるように配慮している。	
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	ソファを置き、自由に座れる様にしている。気の合った人同士が話がしやすい様に、席替えは必要に応じて実施している。		
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	馴染みの椅子やテーブル、テレビ、アルバムなどを持参頂いている。	転落防止の為に和床にしている利用者もいるが、基本的にベッド対応であるが、布団の持ち込みは受け入れており、出来るだけ居心地よく過ごせるように配慮している。なお、椅子・テーブル・仏壇等も持参されている。	
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	トイレや自室が分かりやすいように表示している。		

事業所名 グループホーム みんなの家 川口

作成日：平成 31年 1月 19日

目標達成計画

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	事業所と地域とのつきあいが、もう少し有った方がよい。	積極的に地域と繋がる。	地域の行事に、スタッフと入居者が参加する。	6ヶ月
2	33	重度化や終末期に向けた準備が必要である。	重度化や終末期の対応を全ての入居者に対し、確認する。書面が必要。	まず、ホーム長とケアマネが、どの入居者から準備するかを慎重に検討する。そのうえで毎月、入居者様1名ずつムンテラが実施できるように、往診機関と連携をとる。	12ヶ月
3	35	災害対策において、地域との協力がもう少しあったほうがよい。	万が一の際は、周辺住民の協力を得られるようにする。	ホームの防災訓練を、地域の人に見学してもらう。	6ヶ月
4	18	本人と共に過ごし、支え合う時間を意図的に作る。	日常生活の行為のなかで、これまでお手伝いをしてきていた事を、継続する。そのうえで、何かひとつ新しい物を取り入れる。	清掃・食器拭き・新聞折りなどを継続し、庭の園芸、水やりなどを始める。	3ヶ月
5	21	利用者同士の関係の支援をする機会を増やしたい。	複数で行うレクリエーションの実施。	パズルを2人で行う。将棋やオセロを行う。	1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。