

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	2392000051		
法人名	社会福祉法人さわらび会		
事業所名	グループホーム白珠 ユニット1		
所在地	愛知県豊橋市平川本町1丁目15-2、15-3		
自己評価作成日	平成29年10月9日	評価結果市町村受理日	平成29年12月6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	
----------	--

【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なごみ(和)の会
所在地	名古屋市千種区小松町五丁目2番5
訪問調査日	平成29年11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)】

認知症介護の三原則1. いつも暖かい愛情と笑顔で2. 決して、叱らず、制止せず3. 今、出来ることをしていただく。さわらび会理事長、医学博士山本孝之の理念をいかなる時も堅持し、サービスの提供に努めています。白珠は、閑静な住宅街にあり豊橋鉄道市内電車井原駅下車、徒歩5分と交通の便も良く、周辺には公園や喫茶店などもあります。社会福祉法人内には、特別養護老人ホームや居宅や地域包括支援センターもあり、その人の状態や要望に応じたサービスの提供が可能です。協力病院との連携もとれ安心、安全なサービスが提供出来ます。地域の方々によるボランティア活動も活発に行われています。毎月第4水曜日に開催される白珠オレンジカフェでは、お茶とお菓子を提供し、認知症に関する相談やご家族様のレスパイトケアに努めています。また、地域活動にも参加しています。

【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)】

◎軽減要件適用事業所
 今年度は「軽減要件適用事業所」に該当しており、外部評価機関による訪問調査を受けておりません。したがって、今年度の公表は以下の3点です。
 ①別紙4「自己評価結果」の【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点】と「自己評価・実践状況」 ②軽減要件確認票 ③目標達成計画

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ます (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)	○	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	毎日の朝礼時、さわらび会理事長、医学博士山本孝之の「認知症介護の三原則」を唱和し、いかなる時も理念を堅持し、サービスに努めています。		
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	初級救命講座を白珠で開催。定期的に地域のボランティアによる大正琴、ギター演奏、絵手紙教室、手品などがあり、地域の皆様にも参加して頂いています。地域活動の歌声喫茶に参加しています。民生委員などと交流しています。		
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	毎月第4水曜日午前10j時から11時、白珠オレンジカフェを地域住民を対象に開催しています。お茶とお菓子を提供して、認知症についての相談や介護者様のレスパイトに努めています。		
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	5月の運営推進会議では、外部評価機関をお招きして、外部評価についての勉強会を行いました。毎年5月に開催しています。今年で6年になりました。		
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取り組んでいる	市役所長寿介護課へ運営推進会議の結果を毎回報告している。市主催の「いきいきフェスタ」に毎年入居者が作った作品を出展しています。10月に市役所長寿介護課とコラボして文化展を開催します。		
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	玄関には、防犯上施錠があります。フロア入口の施錠は、階段との温度差があったり、その日の入居者の様子で異なりますが、拘束ゼロを意識してケアに努めています。定期的に委員会を開き、気になること、困っていることを話し合いケアに取り入れています。		
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	委員会を作り定期的に勉強会を開催しています。小さなことも見逃さない、職員の言葉使いなど意見交換を行い改善しています。どんな行為が虐待にあたるのか、勉強会で学び、今現場はどうかの話し合いをしています。		

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
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	入居者2名が成年後見制度を利用されています。11月の運営推進会議では、権利擁護について、地域包括支援センターのご協力を得て学びます。		
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	平成29年4月1日より、平成29年度の介護報酬改定において、介護職員処遇改善加算の拡充に伴い、施設利用料が変更になりました。個別にご皆様へ説明し同意を頂きました。		
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	年に1回アンケートを行います。入居者の入れ替わりに伴い、家族会、運営推進会議、行事、面会時を利用して、お話を伺い関係作りに努めています。白珠全体会議を開催して意見を反映しています。		
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	全体での意見や提案などがある時は、ジャストタイムで白珠全体会議を開催して、職員の意見を聞いて解決しています。毎回会議結果を作成して、施設長に報告しています。日々、申し送りノートを活用して細かなことも提案しています。		
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	年に1回法人の代表者へ、一人一人がメッセージを届ける機会があります。職員のキャリアに合わせ研修会が企画され、参加しています。		
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	法人内には、山本理事長を始めとして、各専門家から定期的に学ぶことができるさわらび大学があります。それぞれのレベルにあった研修が企画され、参加しています。介護プロフェッショナルキャリア段位制度を取り入れています。		
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	日本認知症グループホーム協会、愛知県認知症連絡協議会に属し、研修や全国大会に職員を派遣して、交流と研修をしています。		

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
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	入居相談時には、家族や担当ケアマネジャーから情報提供をして頂き、本人とは面談時、要望などお話を伺います。入居後は時間をかけ職員全体で観察して、支援方法を相談しながら信頼関係づくりに努めています。		
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	入居相談時には、家族や担当ケアマネジャーから、困っていることなどゆっくりお話を伺っています。入居前から白珠オレンジカフェや行事への参加を声掛けして、関係づくりに努めています。		
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	サービス導入前、家族、本人と話し合い、意見交換して、法人内他施設(特養など)協力病院とも連携し、その時に必要なサービスを見極める努力をしています。		
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	洗濯物干し、たたみなど、生活の中で時間がかかっても、出来ることはして頂いています。理念を大切にし、本人の立場に立って考えています。自分もされる立場になって考えることを心掛けています。		
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	面会時には、生活記録を見て頂き、本人の日常の様子を報告しています。また、ご家族に必要な物や本人が希望される物をお伝えし、購入し届けて頂くことなどの協力をお願いしています。		
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	面会、外出などの声掛けと支援をしています。友人など家族の意向に従いながら、面会に来て頂いています。		
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	利用者同士の相性や状態をみて、リビングの席や配置を考えています。入居者がトラブルになる前に対応できるように目配りと声掛けを心掛けています。		

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	同法人内の他施設に入所された際は、機会がある時は面会して声を掛けています。退居された方のご家族様が地域住民としてオレンジカフェ、運営推進会議、家族会などに参加されています。		
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	希望が表現できない方が多くみえます。面会時など、家族から願いをお聞きして、出来る範囲で個別ケアで対応しています。		
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	入居前のアセスメント時や担当のケアマネジャーより情報を提供して頂いています。入居後は、本人に直接お聞きしたり、面会時に家族からお聞きして、把握に努めています。		
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	出勤後、申し送りを行い最新の情報を共有しています。それぞれの生活のリズムを考えケアに努めています。毎日個別の生活記録を記入して状態が分かるようにしています。		
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	毎日、ケアチェック表でケアプランを確認しています。担当者を中心に本人に合ったケアを考え、毎月、月末に評価してケア内容を見直し、現状に合ったケアプランを作成しています。		
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	毎日、ケアチェック表を使いケアを確認しています。生活記録はリアルタイムで気付き、変化を記入しています。出勤時には、生活記録、申し送りノートを確認しています。受診者情報は、適宜朝礼時に発表しています。		
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	職員で出来る範囲は、ケアカンファレンスを行い対応していますが、家族の指示が必要な場合は、報告相談しています。全体の意見を大切にしています。		

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
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	運動を目的として、近くのお店に買い物やモーニングに出かけています。地域活動の歌声喫茶が2か月に1回開催されます。参加して交流を深めています。		
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	必要時は、協力病院へ上申、受診する事が出来ず。希望や必要に応じて、他医療機関を家族と受診される方もみえます。		
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	体調不良、異常がみられた時は、協力病院の看護師に上申して指示を頂いています。場合によっては、協力病院を受診しています。		
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。	協力病院との連携はとれています。病院の相談員とも情報の交換を行っています。		
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	法人の方針として看取りは行わないが、その過程では、ご家族の希望を理解して、ユニットでケアカンファレンスを行い支援しています。重度化した場合については、家族と話し合いながら、協力病院、特別養護老人ホームの関係者と相談して対応しています。		
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	7月消防署の協力を頂きAEDの講習会を行いました。緊急時のマニュアルもあります。入居者の体調不良などは、早目に協力病院へ上申して医師の指示を仰ぎ、急変に備えています。		
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	防災訓練を定期的に行っています。いざという時は「お手伝いします。」と地域の方々から声を掛けて頂いています。また、隣が同法人の障がい者グループホームで、連携が取れています。		

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
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	訪室の際はノックして声掛けしてから入室。汚れたリハビリパンツなどは目に触れない様に新聞紙に包み廃棄、出来る方はゴミ箱と新聞紙を用意し入れて頂き回収します。お一人お一人の人格を尊重した言葉掛けや対応に努めています。		
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	本人が思いや希望を表したり、自己決定できる様環境を整え、声掛けと傾聴を心掛けています。時間をかけ決定されることを待ちます。入居者からの言葉を見落とさない様、気配りし、記録し対応しています。		
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	本人のペースで過ごして頂ける様に、担当職員が中心になって、希望などを確認しています。その時の気分、体調を優先していますが、何も無い状態にならない為にケアプランに入れ支援しています。		
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	衣類の数の確認、季節に応じた衣服が出しやすい環境に整えることで、身だしなみやおしゃれがしやすい支援に取り組んでいます。馴染みの床屋へ出かけられる方、美容師に来荘して頂くなど、それぞれの好みに合わせています。		
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	行事がある時は、希望をお聞きしてメニューを考えています。盛り付け、配膳、下膳など出来ることは一緒に行っています。		
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	個人記録に食事摂取量を記入しています。その方に適した食事形態、ムース食、トロミを付けるなどで提供しています。水分補給が必要な方には、アイトニックゼリーを提供しています。水分量を記録に残しています。		
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	ケア結果は生活記録に記入。出来ない方は全介助。毎週日曜日義歯を洗浄剤で消毒。自立の方も何気なく確認させて頂き、口臭が気になる方はモンダミンを使用。夕食後、全員が義歯を洗浄剤で洗浄しています。		

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
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	必要な方は、排泄表を付けて声掛け、トイレ案内し、自立にむけた支援を行っています。排泄表で排便コントロールをしています。		
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	10時のおやつに乳酸菌飲料を提供し、水分補給にも努めています。自然排便の方が増え下剤使用が減りました。それでも困難な少数の方は、主治医指示のもと、下剤や座薬を使用して、排便コントロールをしています。		
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	入居者の体調や希望に合わせて、入浴介助をしています。行事がある時は時間を変更しています。入浴前はバイタル確認をします。安全に注意して支援しています。		
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	昼寝は自由にされています。夜間も好きな時間に帰室し休まれています。夜間見守り、巡回は定時に行っています。		
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	服薬が一覧表になりいつでも確認出来ます。受診者情報に薬の情報が個人で綴られ、すぐに見ることが出来ます。処方変更後は、変化や副作用など主治医に上申し、早急に対応しています。		
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	地域住民による各種ボランティアが来荘され、レクリエーションなど楽しい時間を過ごされています。また、地域の喫茶店やドラッグストアーに出かけ食事や買い物なども楽しまれています。		
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支援している	インフルエンザが流行する頃は、感染症予防の為外出は控えています。5月の家族会は大型バスで豊橋市のホテルへ昼食に出かけました。市から配布される福祉タクシー券をご家族に協力して頂き、お花見、輪投げ大会などに出かけました。車椅子の方も一緒です。		

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
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	個人で少額を管理されている方もみえますが、1万円程度のお小遣いを預かって管理しています。お金の使い方は、ご家族と相談して工夫しています。レジがすいている時に財布からお金を出して買い物される方もみえます。		
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	ご家族などから電話がかかってきた時は、本人にかわりお話をして頂いています。暑中見舞い、年賀状など家族、ボランティアの方々に宛てて書いて頂いています。		
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	窓やエアコンで室内の温度を調整しています。夏場は、脱衣所に暖簾を掛け、見た目にも涼しさを演出しています。毎月、居室入口に季節の折り紙、リビングには入居者が壁画を作成され、季節を感じて頂いています。		
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	テレビの前にソファを置いて、好きな時間にテレビを見れるようにしています。利用者の相性を見ながらリビングの席替えを行っています。レクリエーションの時は、お好きな席を選ぶ機会を作っています。		
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	馴染みの家具を配置し、ご家族様の写真や時計などを置かれています。自立されている方は、衣類の入れ替えなど自由にされています。持ち込みは自由ですが、状況に応じてご家族に声掛けさせて頂いています。		
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	室内はバリアフリーで、シルバーカーを利用して、安全に自由に移動される方もみえます。毎朝、洗濯物を干せる方には干して頂いています。理念「今出来ることをして頂く」を堅持しています。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム白珠

目標達成計画

作成日: 平成29年10月 9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 (10)	毎日ケアチェック表でケアプランを確認し、毎月評価して現状にあったケアプランを作成していますが、自立支援を意識していないプランであることが問題です。	認知症の進行に伴い出来ることが減っていますが、今出来ることを意識して、自立支援につながるケアプランを作成し実践する。	計画作成担当者が自立支援プランについて研修などで学び、自施設研修を行う。入居者様をアセスメントし、関係者と自立支援に向けたケアプランを作成する。	6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、行を挿入して下さい。