

# 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	1192500195		
法人名	社会福祉法人 安心会		
事業所名	グループホーム所沢ほほえみ		
所在地	〒359-0031 埼玉県所沢市下新井1249-5		
自己評価作成日	2017年 2月15日	評価結果市町村受理日	平成29年5月11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	<a href="http://www.kaijokensaku.jp/11/index.php">http://www.kaijokensaku.jp/11/index.php</a>
----------	---

## 【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3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)】

夏祭り・文化祭・クリスマス会等、季節の行事に力を入れています。それ以外にも月々の行事を企画して行なっています。ドライブや外食等の外出行事を行なう際には2~3名単位の少人数での開催とし、入居者が職員と一緒にゆったりとした時間をお楽しみいただけるように取り組んでいます。春先からはホームの中庭で野菜を栽培し、それを食事の際に提供する事で野菜が育つ喜びと季節の物を食べる楽しさを感じていただいています。

## 【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)】

・利用者の高齢化が進む中、1人ひとりの個性を尊重し、各人の状況や希望に合わせた外出や食事対応が行われるなど、1対1の個別支援や少人数での行事参加に注力がなされている。  
 ・ご家族のアンケートでも、「利用者の小さな変化も見逃さず職員間で検討し、状態に応じた対応をしてくれる。そのことの連絡がきちんとされている」、「何かあるごとに家族との連携でちゃんと対応して頂いています」などのコメントが寄せられ、ご家族が現在のサービスに満足されていることが伺える。  
 ・目標達成計画については、行政関係・地域代表・第三者委員・家族代表など、広く参加を得て、年4回、定期的に開催されていることから、目標達成への取組みが伺える。

## 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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	開設時にスタッフ全員で理念を作成。ネームプレートに入れて携帯すると共に施設内に掲示して、いつでも確認できるようにしている。	利用者1人ひとりの尊厳を守り、それぞれができることを役割として行っている。また、体の状況に合わせた散歩や食事の終了時間は決めないなどの個別支援が行われ、理念の実践に繋がられている。	
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員として日常的に交流している	事業所として毎年町内会の夏祭りで屋台を出店している。また、行事の手伝い等を通じて地域とのつながりを持っている。	毎年町内会の夏祭りへ屋台を出展したり、敬老会への出席などを通して、地域の方々と交流が継続されている。また、双方向の交流に向けて、事業所の行事へ来訪いただくための工夫が進められている。	
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	地域包括支援センターの所長や地域の民生委員に会議等で施設の紹介は行なったが、地域の方に事業所の取り組みやそこで培った認知症介護の知識、支援の方法等について伝える事は出来なかった。		
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	今年度はこれまでに3回開催、会議を通じて家族や関係者と意見の交換ができた。3月26日に4回目の開催を予定している。	市担当・地域包括支援センター・民生委員・第三者委員・家族代表の参加を得て開催され、状況報告だけでなく、催しの評価や防災などの情報交換が行われ、汲み取られた意見や要望は、サービスの向上に活かされている。	
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	運営推進会議や行事への参加を依頼、可能な限り参加していただく事で協力関係を築く努力をしている。	運営推進会議へは毎回出席いただき、質問や相談には適切に回答やアドバイスをいただいております。空き室情報の共有もなされています。また、グループホーム管理者会議への参加もいただき、適切な協力関係が築かれています。	
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	虐待防止研修で身体拘束について学習している。身体拘束は行っていないが、安全上の問題から玄関の施錠はしている。	利用者の外出希望には、散歩や外に出る用事を一緒に行ってもらうなど、拒否することなく対応され、身体拘束をしない支援が行われている。また、内外の研修への参加で、職員の身体拘束への理解が深められている。	
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	隣接する同じ法人の特養との合同研修や地域での講習会等で学ぶ機会を設けている。		

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
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	成年後見制度を利用している入居者様が いるため、制度についての理解はなされて 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	契約時に重要事項説明書をもとに説明を行 なっている。		
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	年1回アンケートを実施、意見や要望、ク レームについての改善策について回答して いる。	利用者とは日々の触れ合いから、家族には利用者 の状況を伝えることで話しやすい雰囲気を作られ ると共に事業所独自のアンケートを実施し、汲み取ら れた意見や要望は、日常のサービスの向上に活かさ れている。	家族の面会時などにコミュニケーションを深 め、アンケートが実施され、日常のサービス の向上に活かされていますが、支援 について説明だけでなく、家族も一緒 に考えていただくことが期待されま 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	月に1回職員ミーティングを行ない、意見や 提案を聞く機会を設けている。	職員と上司の距離が近く、話しやすい関係が作ら れている。ケアやレクリエーションに関して多くの意見や 提案が積極的に伝えられ、汲み取られた意見や提 案は事業所の運営に活かされ、効果を上げてい 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	本部代表者による個別面接が行なわれて 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	今年度は2名の職員が認知症介護実践者 研修を受講。今年度12月までに入職の常 勤職員全員が認知症介護基礎研修を受講 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	グループホーム管理者会議が3カ月に1回 開催されており、意見や情報の交換を行 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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	個別ケア計画作成時に入居者様本人の意向を確認している。(困難な場合はご家族に確認)		
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	計画作成時にご家族様にも意向を確認しており、可能であればカンファレンスにもご出席いただいている。		
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	入居時のケア計画は環境に慣れる事を目標としながら、その入居者様に必要な支援を見つけている。		
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	本人が出来る事(家事の手伝い等)はご自分で、または職員と一緒にさせていただく事を生活の基本としている。		
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	行事や会議への参加を呼びかけ、出来るだけ関わりを持っていただくようにしている。		
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	ご家族との外出や知人が訪ねて来る事はあるが喫茶店や美容院等、馴染みの場所に出かける事は認知症の進行やADLの低下に伴ない難しくなっている。	高齢により友人・知人との外出が少なくなる中、リメイクセラピーや洋服の販売会、新入居者の歓迎会などが行われ、同一法人の隣接施設の協力も得て、新しい馴染みの関係を作る支援に努められている。	
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	入居者様同志が良好な関係を保ち、楽しく生活できるように、座席の配置や外出の際のメンバーの組み合わせ等を考慮している。		

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	必要に応じて相談や支援を行なっている。		
<b>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</b>					
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	可能な限り本人が選択できるように努めている。	1人ひとりに寄り添い、1対1でのコミュニケーションを深め、表情や行動の変化に注意を払い、把握された情報は職員で共有し、その利用者にとってよい方法を職員全員で考えるなど、本人本位に検討が行われている。	
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	アセスメントにより得た情報を入居者情報シートにまとめ、随時更新している。		
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	日中・夜間の様子、ケアプランの実施状況を記録し、月1回のミーティングで話し合っている。		
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	ケアカンファレンスにおいて介護支援専門員・計画作成担当者・ケアワーカーがケアプラン立案のための話し合いをしている。	居室担当者のモニタリングをもとにして、毎月カンファレンスが行われ、家族やケアマネジャー・医師・看護師などの要望や意見を参考に介護計画が作成されている。また、利用者の変化に応じて見直しも行われている。	
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	日中・夜間の様子、ケアプランの実施状況について記録し、定期的なモニタリングを行なっている。		
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	入居者様本人・家族の事情に応じて可能範囲で通院等の同行を行なっている。		

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
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	個々のニーズにあったボランティアを依頼し、生活を楽しんでいただけるようにしている。		
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、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	ホームの往診医が1入居者に対して月に2回の往診を行なっているが、個別に必要とする医療機関があれば連携を取り利用している。	提携医療機関の医師による往診が行われ、必要に応じて他の専門医と連携しての処置・処方もなされている。また、職員による受診支援も行われ、適切な医療を支援するための情報の共有が図られている。	
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	訪問看護師が定期的に来設しており、入居者様の健康上において気になる事や疑問を相談できる関係になっている。		
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。	家族と連絡を取りあい医師からの説明に同席するようにしている。退院後はご入居者様、ご家族様の意向に沿って、ホームでの生活が再開できるよう支援している。		
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	対象となるご入居者様については主治医・スタッフ・ご家族様でカンファレンスを行ない病状や身体状況について説明する機会を設けている。その中で今後起こり得る事、ご家族様の意向に対して、ホームとして出来る事と出来ない事の確認を行なっている。	利用者・家族と医師の協力を得て話し合い、予想されることや事業所でできることの説明が行われ、本人と家族がその後の選択を適切に行えるように支援が行われている。また、将来に向けて課題の確認や職員研修が進められている。	
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	スタッフが随時救命講習に参加している。		
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	消防計画を策定し定期的に消防訓練に参加している。地域との協力関係については確立できていない。	事業所単独の訓練を1回と隣接の特別養護老人ホームとの合同訓練を1回の年2回の訓練が行われ、事業所の防災計画も火災・地震・風水害別に作成され、米・水などの備蓄とセットコンロなどの備品も備えられている。	防災計画が策定され、隣接の事業所と共同の訓練が行われ、備蓄や備品も完備されていますが、地域の協力を得るための工夫が期待されます。

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	呼び方などの礼儀、居室を訪室する際のノックや礼節をわきまえた態度など、失礼のないように心掛けている。	利用者それぞれの嫌な事や他人に知られたくないことに配慮し、話し方や言葉にも注意を払い、否定することなく、近すぎることなく、一定の距離を置くことで、利用者のプライバシーと尊厳が守られている。	
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	日用品の選択や外出の希望等、可能な限りご入居者様本人の意向に沿えるようにしている。		
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	可能な限り入居者様本人が選択できるように配慮している。(散歩の先やレクリエーションの種類など)		
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	身に付ける物は出来るだけご入居者様自身に選んでいただいている。		
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	メニューが決まった上で業者から納入された食材であっても、入居者様の好みや要望で料理の種類を変更する事がある。	同一法人の特別養護老人ホームから提供された食材に独自の工夫も加えて調理され、ランチョンマットを使用するなど家庭の食事に近づけられている。また、利用者の好みに合わせて、外食やおやつ作りなども楽しまれている。	
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	隣接する特養の栄養士が献立の作成をしており、必要に応じてアドバイスを受けている。		
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	毎食後に口腔ケアを行なっている。また定期的に専門医に口腔内の状態を診ていただいている。		

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	必要な方には声かけを行ない、日中は全員がトイレでの排泄を行なっている。	日中はトイレ排泄を原則とし、夜間は利用者の状況に合わせて適切な排泄用品を選択し、無理のない排泄支援が行われている。また、退院後はおむつからリハビリパンツに変えるなど自立に向けた支援に努められている。	
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	前述の栄養士がバランスの取れたメニューを作成しているが、毎日の散歩や運動に参加していただくように促すと共に、お茶等で水分摂取量を増やすように留意している。		
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	各入居者様の入浴日は決まっているが時間や順番は特に定めず、気分良く入浴していただけるように心がけている。	週3回の入浴を原則に必要な場合はいつでも入浴が可能であり、順番を決めることなく利用者の希望に沿って柔軟な対応をされている。広い浴室と三方向から介助可能な浴槽で、安心して入浴を楽しんでいただいている。	
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	消灯時間や起床時間を一律に定めずに概ね入居者様の意思にまかせている。		
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	薬の情報ファイルを用意し、内容を確認できるようにしている。ファイルは処方都度新しい物に更新。変更等があった際は業務連絡ノートに記載し周知している。		
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	お茶入れや副菜の盛り付け等を入居者様に手伝っていただいている。誕生会やホーム喫茶も開催し、お好みのお茶やお菓子を楽しむ機会を設けている。		
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支援している	本人の希望に沿って可能な限り支援をしている。(買い物・外出等)	高齢化に伴い、利用者一人ひとりの状況や希望に沿って、1対1での散歩や買い物、喫茶から、介護タクシーを利用したの墓参まで、個別の外出に力を入れている。また、全員での外出のあり方についての検討も行われている。	

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	ご入居者の希望に沿って近所への買い物等の支援をしている。		
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	ご希望があればいつでもできるように支援をしている。		
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	一人でのんびりと出来るように一人掛けのソファも用意している。フロアでは気の合う仲間同士が一緒になれるように状況を観察しながら座席の配置に気をつけている。	採光が良く、温度・湿度に配慮された共用空間では、利用者が思いおmoiの場所で過ごしていただけるように座席にも気配りがされ、落ち着いた穏やかな場となっている。また、利用者も手伝って清掃するなど、居室共々清潔に維持されている。	
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	室内温度・湿度のチェックを行ない、心地良く過ごせるように調整を行なっている。		
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	居室に収まる範囲で馴染みの家具や日用品を持ち込んでいただく事で、自分の家のように安心できる環境作りを心がけている。	利用者の使い慣れた寝具や思いおmoiの日用品を自由に持ち込んでいただき、居室担当職員と利用者で部屋のアレンジを工夫し、その人らしい、安全な居室が作られている。	
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	それぞれの居室やトイレ・浴室がひと目で判るように表示されており、ご自分の意思で移動が出来るようになっている。		

(別紙4(2))

事業所名:グループホーム所沢ほほえみ

## 目標達成計画

作成日:平成 29年 4月 25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	入居者様に対する支援の方法について、ご家族様と話し合いを持ち一緒に考える機会が少ない。	支援の目標、方法について家族と話し合う。	運営推進会議とは別に、ご家族様との会議を設ける。	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。