

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	埼玉県所沢市下新井下流1249-5		
自己評価作成日	平成24年12月10日	評価結果市町村受理日	平成25年4月8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25年1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)】

自然に触れながら散歩(外気浴)を通して病気を寄せ付けない体力づくりに取り組んでおります。
--

【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)】

<p>・開設から2年目を迎える事業所であるが、理念の徹底がよく図られており、利用者一人ひとりの思いや要望とペースがよく捉えられ、できることは積極的にしていただけるように支援し、「役に立っている」、「目標がある」、などの気持ちを持っていただくことで、生活感のある日々を送っていただく工夫がなされている。また、家族との協力体制が密に図られ、日常の利用者の様子がよく伝えられたり、質問や要望に対して必ず返答を行うことで、安心感と信頼感が築かれている。</p> <p>・ご家族アンケートでも「担当の方が毎月お手紙で詳細に本人の暮らしぶりなどの報告がある」、「まったく知らなかった親の一面を見た。明るくなった。これらの事を含め良い面を出していただいて私も接することが楽になった」などのコメントがあり、ご家族が現在のサービスに満足されていることが見受けられる。</p>
--

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している (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	開設時に職員全員で理念を作成した。理念は誰もが目につくところに掲示している。	理念を掲示するだけでなく、各職員のネームプレートに入れ行動指針として常に振り返りをする事で、利用者にも、ここで暮らしているとの意識を持っていただける生活を作り上げるよう、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員として日常的に交流している	地域のボランティアに來所して頂き、行事等での協力を得ている。また、近所の商店へ買い物に出掛けることもある。	町内の敬老会を手伝ったり、近隣の保育所にクリスマスプレゼントを届けたり、公園で子供らと一緒に遊ぶなどの交流を通して、地域との関わりを深めるように努められている。	今後の方向として、町内会や民生委員の方、ボランティアの方などの協力を得て、地域との交流や関係の強化など図られることを期待します。
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	できていない。		
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	昨年は年に2回開催した。	事業所からの報告や市などへの種々な質問や家族同士の意見交換がなされる場としての活用がなされている。参加者の協力を得ながら、定期的な開催をめざして、努力されている。	
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	運営推進会議や行事への参加を依頼し、可能な限り参加して頂くことで協力関係を築く努力をしている。	運営や利用者支援に関する問合せには丁寧に回答をいただくなど、市担当者との連携は密に図られている。グループホーム管理者会議にも参加し、他の事業所との情報交換や懇親を深めるなどの取り組みもされている。	
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	高齢者虐待防止研修で身体拘束について学習。身体拘束をおこなっていないが、ユニットの扉や玄関は施錠している。	否定や制止をしないことを基本に、ユニット扉や玄関の施錠はせず、安全に配慮しながら身体拘束のないケアが実践されている。市の勉強会にも参加し、それを基に、職員に身体拘束の正しい理解の周知が図られている。	
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	法人内の研修、地域での講習の他に全職員に対してホーム内で講習を実施した。		

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
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	成年後見制度についての研修へ参加し、学ぶ機会があったが、OJTがなされていない。		
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、契約書や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	年に1回、アンケートを実施し、意見や要望、クレームについて改善策を回答している。	利用者とは日常の生活の中で、家族には独自のアンケートを実施して意見や要望を聴き取り、必ず回答をするように取り組まれている。出された意見や要望は検討を経て、事業所の運営にも反映されている。	
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	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。	職員ミーティングに加えて、定期的に居室担当が責任を持ってリーダーに意見や提案を行うことが義務付けられている。また、出された意見や提案には必ず可・否の回答を伝え、必要なことは事業所の運営に活かされている。	
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	本部代表者による個別面談を実施予定。		
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	資格取得支援制度を設けている。		
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	管理会議、地域ネットワーク会議に参加。情報交換、勉強会を行っている。		

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
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	計画作成の際に本人の意向を確認している。 困難な場合は家族へ聞き取りを行なっている。		
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	計画作成の際に意向を確認し、可能な限りケアカンファレンスへ出席して頂いている。		
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	入居時は環境に慣れることを目標としながら必要な支援を見極めている。		
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	生活においてできること(家事など)は一緒にやってみて頂き、共同生活の軸としている。		
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	行事やケアカンファレンスへの参加を依頼し、可能な限り関わりを持っていただけるように介入している。		
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	家族へ声をかけ、馴染みの美容院や喫茶店へ出掛けられるよう努めている。	家族の協力も得て、入居前からの馴染みの美容院や喫茶店などに出かける支援が行われている。友人や知人の来訪も多く、談話が楽しめるようリビングにソファを備えたり、居室の環境作りがなされている。	
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	入居者同士が良好な関係を保ち、楽しく生活ができるように状況に応じて座席の配置を考慮している。		

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・支援を行なっている。		
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	可能な限り本人が選択できるよう努めている。	入居間もなく、自宅を心配される利用者の多い中、各個人の発するシグナルを捉え、1対1で話を聴いたり、職歴・生活歴を参考に、答えやすい質問をすることで、思いや意向の把握に努められている。	
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ことを利用者情報シートへまとめ、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、夜間の様子について記録し、課題となる点を月に1回の職員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ケアマネジャー・計画作成担当者・ケアワーカー・家族が参加し、プラン立案の話し合いをもっている。	生活記録を基に、ケアマネジャーに居室担当者や他の職員、利用者・家族も加わって、チームで介護計画が作成されている。モニタリングでの評価や状況の変化に応じた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、夜間の様子について記録し、ケアプランの実施状況を記入している。 また、定期的なモニタリングを実施している。		
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	野球観戦、コンサート鑑賞、早朝の散歩など個々の入居者様の希望に添えるよう個別サービスに配慮した。		

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
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	個々のニーズに合ったボランティアを利用し、生活を楽しくいただけているようにしている。		
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	ホームの往診医が月に2回の診察を行なっているが、個別に必要とする医療機関があれば連携を図り利用している。	入居時に同意書を交わした協力医の往診が行われ、診断書を家族に送り医師と直接話していただける方法も講じている。また、従来の専門医の受診は家族の協力を得て行われ、適切な医療を受ける支援がなされている。	
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	訪問看護師が定期的に来所している。		
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。	家族と連絡をとりあい、Dr.ムンテラに参加している。本人、家族の意向に沿ってホームでの生活を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	ご利用者、入居者様に生活に対する意向、希望の聴き取りを行っている。身体状況の変化、ADLの低下によるホームでの対応の限界について、また次のステップへの情報も伝えている。	早い段階から、利用者・家族とは、終末期に向けての話し合いが行われ、グループホームでの生活が困難になった場合の次のステップの情報なども伝えられている。また、事業所でできることについて、条件や判断基準の検討が進められている。	
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	随時、普通救急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	消防計画を作成し、定期的に消防避難訓練に参加している。	消防計画が作成され備蓄も確保されている。隣接の特別養護老人ホームとの合同訓練と事業所単独の訓練が夜間想定を含め実施されている。また、運営推進会議では、地域や家族の協力を得ることについて検討が進められている。	災害発生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、地域の協力をより得られるよう、対策を進められることを期待します。

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	行なっている。	嫌な事や羞恥心へ配慮するなど、普通の事を当たり前認め、利用者の気持ちを優先したケアが行われている。利用者一人ひとりの呼び方にも注意を払い、プライドを損なう事がないように努められている。	
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	行なっている。		
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	行なっている。		
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	行なっている。		
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	行なっている。	トレイを使用せず、ユニットごとに味付けや盛り付けを変えたり、利用者ができることは行っていただくなど、自宅の食事に近づける工夫が行われている。家族に献立表を送り、試食をしていただくことができるようになっている。	
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	支援している。		
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	毎食後に口腔ケアを実施している。また、定期的に口腔内の状態を専門医に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・誘導を行ない、全員がトイレでの排泄を行なっている。	排泄のリズムや習慣を把握し、声かけや誘導を行うことで、トイレでの排泄を基本に自立への取り組みがなされている。失敗された時に落ち込まないように気持ちのフォローにも気配りがなされている。	
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	栄養士が健やかに過ごせるような食事のメニューを作成しており、ほぼ全員が毎日の散歩や歩行運動に参加している。		
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	できていない。	週三回の入浴を原則とし、入浴時間は自由であり、準備などについては、利用者ができることはやっていたり入浴を楽しんでいた。入浴を拒否する方には、無理強いすることなく、家族の協力を得るなどの工夫もなされている。	
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	消灯時間や起床時間を一律に決めず、入居者の意思に任せている。		
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	生活記録に薬情をファイルし、薬の内容をすぐに確認できるようにしている。 薬に変更があれば、業務連絡ノートに記載し、職員に周知させている。		
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	誕生会やホーム喫茶等を開催し、挽きたてのコーヒーやお菓子、ケーキ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に支援している	本人の希望に沿って可能な限り支援をしている。(コンサートなど)	天候の許す限り、毎日近隣の散歩やコンビニでの買い物に出かけたり、コンサートなどの個人の希望による外出も支援されている。また、家族の協力を得て、季節に合せた花見・紅葉見物・初詣などの外出も行われている。	

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	近所への買い物を計画し、希望に沿って支援している。		
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	希望があればいつでもできるよう支援している。		
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	できている。	利用者の希望による季節ごとの装飾・ソファの配置・中庭の利用など、生活感が感じられると共にくつろぎのスペースも確保された共用空間となっている。また清掃は、居室ともども利用者と職員が役割分担をして行われ、清潔に保たれている。	
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	ひとりでのんびりできるように一人掛けのソファを用意。気の合う方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配慮している。		
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	ベッド・筆筒・カーテンは備え付けだが、布団や食器、その他の家具は自身の使い慣れたものを持ち込んで頂いている。	安全に動けるように、動線を確保しつつも、利用者の使い慣れたものや思い思いの物を持ち込んでいただき、自宅に近い居室としていただくための工夫が行われている。	
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、お風呂が目で見えてわかるように表示しており、できることは自身で行なって頂くようにしている。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 グループホーム 所沢ほほえみ

作成日: 平成 25年 3月 29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	28	個別のニーズに合わせた対応が充分ではなく、活動が一律になりがちである。	入居者個々のニーズに沿った活動を行なう。	入居者のニーズとして一番多かった個別での外出(散歩・買い物)に焦点をあて、実施する。	6ヶ月
2	2	地域との関係が薄く、入居者が地域社会の一員として意識を持つことが困難である。	地域と交流を持ち、積極的に関わっていく。	自治会に加入し、地域の行事を通して交流を深める。	12ヶ月
3	35	災害時の対策が充分ではない。	防災対策の強化と継続。	地域の防災訓練に参加し、防災意識を高めるとともに協力体制を築く。また、定期的に敷地内にある特養と合同で防災訓練を行ない、非常時の動きをシュミレーションする。	12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。