

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1249-5		
自己評価作成日	平成31年1月23日	評価結果市町村受理日	平成31年4月26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31年3月23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)】

家事の手伝いなど、入居者様それぞれに出来る事を生かしていただく事を生活リハビリとして位置付け、心身機能の維持に取り組んでいます。夏祭りやクリスマス会など、施設の行事の他にも入居者のご希望があれば個別での夕食や買い物なども企画しています。春先からは中庭で野菜の栽培を行なう事で、作物の育つ様子を見たり、収穫した野菜を食べる楽しみ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)】

・入居者の個性を大切に、それぞれのできる力を発揮していただけるよう支援に努められている。地域のお祭りへの参加や「RUN伴」などのボランティア活動を入居者と一緒に行うなど、地域との繋がりを深める取り組みに力を注がれている。
 ・運営推進会議では、平日、休日交互に開催日を工夫し、市の担当者、地域包括支援センター、民生委員、第三者委員、家族等多くの方が参加され、筋力向上のアドバイスや体操の提案、転倒事故の対策方法などについて意見交換が行われている。
 ・目標達成計画については、避難訓練の協力者を増やす取り組みとして、家族や併設する施設職員に呼びかけをされ、避難訓練に参加協力が得られていることから、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、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	開設時にスタッフ全員で理念を作成、施設内の見えやすい場所に掲示するとともにネームプレートに入れて携帯し、いつでも確認できるようにしている。	職員は日々の小さな変化も見逃さず、不安な気持ちに寄り添いながら、穏やかに暮らせる支援に努められている。日々の申し送りやミーティングなどの機会に振り返りが行われ、個別ケアの方針が職員間で共有されている。	
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	事業所として毎年町内会の夏祭りに屋台を出店している。また、地域の回覧板を閲覧していただく事で入居者様も地域社会の一員であるという事を感じてもらえるようはたらきかけている。	「RUN判」の中継地点として給水ボランティアの活動が入居者と一緒に行われている。また、地域の夏祭りへの参加や町内会の敬老会の招待を受けるなど、地域との関わりを深める取り組みをされている。	
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	運営推進会議において、認知症や薬についての説明の機会を設ける事はできたが、地域の人に向けて広く説明の機会等を設け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4回開催。会議を通じて家族や関係者との意見交換をする事ができた。2月1日に第5回、3月24日に第6回の会議を開催する予定。	平日、休日交互に開催日を工夫し、定期的に開催されている。市の担当者、地域包括支援センター、民生委員、第三者委員、家族等多くの方が参加され、筋力向上のアドバイスや体操の提案、転倒事故の対策方法などについて意見交換が行われている。	
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に取り組んでいる	3か月に1回の管理者会議、2ヶ月に1回の運営推進会議で意見の交換を行なっている。事故発生時には随時報告を行ない、助言をいただいている。	運営推進会議に市の担当者からの参加が得られ、事故報告などについて意見やアドバイスをいただいている。市が主催する研修会への参加や障害福祉課の出前講座の活用など、良好な協力関係を築かれている。	
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	法人、施設での研修で身体拘束について学習している。施設内で身体拘束適正化委員会において、事例の検討を行なっている。	法人独自の身体拘束適正化のための指針を策定し、3ヶ月に1回ミーティングの中で内部研修が行われ、正しい知識と対応方法について学ばれている。落ち着いた入居者には、安心できるよう職員がそばに付き添い、行動を制限しないよう対応をされている。	
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	法人や施設、地域での講習会など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	成年後見人制度を利用している入居者様がいるため、制度に対する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っている。改定の際は書面にて説明を行っている。		
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、意見や要望、クレームについての対応策について回答している。	入居者からは、日々の関わりの中で、食に関する要望が多く、外食やおやつ作りなど対応されている。家族とは、施設便りで様子を伝えたり、運営推進会議の事業所報告をする中で、意見や要望を聴き取られ、運営に反映されている。	
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。その他にも必要時には各リーダーが個別に意見や提案を聞いている。	法人として年1回個人面談が行われ、職員意見を聴き取られている。興味ある研修の参加要望、介護技術やコミュニケーションの取り方など悩み相談にも個別に応じられている。	
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	年に1回管理者との面談を行なっている。		
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	法人内外や施設での研修などに参加する機会を設けている。職員が希望する講習会等があれば、参加できるように調整している。		
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	管理者は3カ月に1回所沢市のグループホーム管理者会議に参加し、情報や意見の交換を行なっている。職員も希望する研修があれば、可能な限り参加の機会を設け、多職種との交流が図れるようにしている。		

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
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	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にも意向の確認をしている。		
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	入居から1ヶ月間のケア計画は環境に慣れていただく事に主眼を置いて作成。その期間に入居者様のニーズを探り、概ね1ヶ月後に改めて長・短期のケア計画を作成している。		
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	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、可能な限り関わりを持っていただくようにしている。体調や生活面、薬の変更など、変化がみられた際は連絡を取り報告をしている。		
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	友人、知人への連絡を希望される方には電話の取次ぎ等を行なっている。その意思を示す事が難しい方についてはその方が発した言葉から希望を探り、可能な限りそれに沿えるよう努めている。	昔の友人が出版した詩集本を手掛かりに、今まで付き合いが途絶えていた友人との再会を取り継がれたり、職員の関わりで古い友人とのわだかまりが解消できた方がおられるなど、馴染みの人との関わりを大切にしたりした取り組みをされている。	
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にご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、楽しく過ごせ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に配慮している。		

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。		
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に努めている。	入居時のアセスメントや家族からの情報、日頃の関わりの中から、思いや意向の把握をされている。意思疎通が難しい方には、呼びかけに対する反応をみて、表情や仕草などから把握され、本人本位の支援に努められている。	
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、必要時に随時カンファレンスを行なっている。		
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・介護職員がケアプラン立案のための話し合いをしている。家族の意向については、事前に聞き取りを行なうことが多い。	入居後1ヶ月は暫定的なプランで様子を見て、趣味・嗜好等を取り入れて見直しをされている。モニタリングは、生活記録に日々の目標達成状況が記録され、それを基に3ヶ月、半年ごとに見直しを行い、それぞれの現状に即した介護計画を作成されている。	
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を記録し、定期的に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	入居者様の状態やご家族の事情に応じて、可能な範囲で通院等の同行を行なっている。また、入居者様のご希望があれば、個別での外食や買い物にも同行している。		

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	その時々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1人の入居者様に対して月に2回の往診を行なっているが、個別に受診を必要とする医療機関があれば連携を取り利用している。	受診は家族付き添いを基本とするが、状態変化時には職員付き添いの支援をされている。協力医とは電話での相談が可能であり、急な発熱などには常備薬の指示を受けることができ、早期治療に繋がられている。	
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に思う事があれば、相談が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。	家族と連絡を取り合い、医師からの説明に同席するようにしている。退院後はホームでの生活がスムーズに再開できるよう、入居者様、ご家族の意向に沿った暫定プランの作成なども含めて支援をしている。		
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、事業所の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	契約時に重度化した場合の対応に係る指針について書面で説明し同意をいただいている。また必要時に主治医、ご家族、スタッフ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。	入居時に重度化や終末期の方針について話し合いを持たれている。入浴や意思疎通が困難になった場合等を基準に、本人・家族の意向を確認し、医師の意見を基に話し合いを重ね、その後の方針を共有されている。	
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を受講している。		
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・非常災害対策計画を策定している。定期的に消防避難訓練を実施しているが、今年度は入居者様ご家族に訓練に参加していただいた。	消防署立ち合いを含め年2回避難訓練が実施され、生命優先とした避難誘導の助言をいただいている。水害については、ハザードマップで危険区域から外れていることを確認済みだが、非常災害対策計画を作成して届け出をし、運営推進会議で報告されている。	災害発生は予測不可能なことで、職員だけでの避難誘導には限界があると想定されず。今後は地域の防災訓練に参加し、自治会や町内会との関係を深められ、外部の協力を拡大する取り組みに期待します。

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	呼び方などの礼儀、居室に訪室する際のノックなど、礼節をわきまえた態度を取るように心がけている。	常に目上の人に対する接し方を基本とし、苗字で呼ぶことや礼儀をわきまえた言葉づかいに注意が払われるほか、ノックをして許可を得てから入室するなど、プライバシーへの配慮が徹底されている。	
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	日用品の購入や外食の希望など、可能な限り入居者様本人の意向に沿えるように配慮している。		
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、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。(散歩の行く先やレクリエーションの内容など)		
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	身につけるものは出来るだけ本人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、その日全体のメニューの組みあわせ等を考慮して料理の内容を変更する事がある。	食材業者の献立をもとに職員アレンジで好みを反映した食事が提供されている。鰯の解体ショーや手作りおやつ、回転ずしや喫茶店、誕生日には居室担当者と一緒に好きなものを食べに行くなど、食べる楽しみを工夫されている。	
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	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。水分や栄養の摂取が極端に困難な際には医師や薬剤師に相談し、適切な栄養補助食品を用意してもらっている。		
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、ほぼ全員の入居者様が週に一度、歯科衛生士による口腔ケアを受けている。		

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
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	必要な方には随時声かけや誘導を行ない、日中は全ての入居者様がトイレで排泄を行っている。	日中はトイレでの排泄を基本とし、夜間は排泄リズムや状態に応じた対応をされている。排泄リズムを把握し、大パッドから小パッドに変えることができたり、パッドの使用量が減少した方がおられるなど、排泄の自立に向けた支援が行われている。	
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	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努めている。		
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、気分よく入浴していただけるように心がけている。	週3回の入浴を基本とし、ゆっくりと入浴できるよう支援をされている。一番風呂の希望や、バイタルチェックでシャワー浴の対応、拒否のある方にはその都度時間や曜日を変更するなど、個々にそった個別の入浴支援に努められている。	
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は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、新しいものに更新。変更があった際に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	お茶入れや副菜の取り分け、食器洗いなどを入居者様に手伝っていただいている。要望に応じて好きなお茶を召し上がっていただいている。ノンアルコールビール、ワインなどを提供する事もある。		
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。(買い物、外出など)	日常的に事業所の敷地内や近くの公園まで散歩に行かれたり、ウッドデッキでの外気浴など行われている。希望に応じ、喫茶店でお茶飲みをしたり、100円均一のお店に買い物に行かれるほか、花見や外食など全員で出かけられるよう企画をし、入居者の楽しみとなっている。	

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
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	ご入居者様の希望に沿って、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	電話の取次ぎなど、ご希望があれば可能な限り支援している。		
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	フロアに季節の飾り付けをして季節の変化を感じていただいている。ソファからは中庭が見渡せるようになっており、季節の植物が育つ様子が見られるようになっている。BGMにオルゴールのCDなどをかける事もある。	施設全体が優しい色合いで、日当たりが良く明るい共用空間が広がっている。リビングには懐かしい童謡などの音楽が流れ、ソファで会話を楽しんだり、中庭の木々や草花を眺めて、季節の移り変わりを感じながらゆったりと過ごされている。	
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	1人でもゆったりと寛げるように、1人が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と一緒に過ごせるように状況を観察しながら座席の配置などに気をつけている。		
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雰囲気を作れるように心がけている。	使い慣れた寝具や家具、仏壇等を持ち込まれ、今までと変わらずに過ごせる支援が行われている。新聞記事のスクラップを作られたり、昔のメモを眺めるなど、思いおもいに落ち着いて過ごせる環境作りに努められている。	
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、トイレの場所などをひと目でわかるように表示し、いつでもご自分の判断で移動できるようにしている。		

(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 31 年 4 月 24 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	35	災害時に地域の住民との協力体制が築けていない。	災害時に地域の住民との協力体制を築く。	地域の防災訓練に参加するとともに、施設での消防避難訓練に地域の住民、ご入居者家族、隣接する特養のスタッフにも参加してもらう。	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。