

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	0870101607		
法人名	株式会社 四方建築設計事務所		
事業所名	グループホーム ぐるんぱの杜		
所在地	茨城県水戸市大串町116-4		
自己評価作成日	2019年3月15日	評価結果市町村受理日	2019年9月13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.kaijokensaku_mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=0870101607-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【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 認知症ケア研究所
所在地	茨城県水戸市酒門町4637-2
訪問調査日	2019年5月10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)】

開かれた施設づくりを目指しています。事業所で暮らす入居者様の「暮らし」が外部にみえる環境。地域の人々との交流(運営推進会議を中心に)事業所に招いたり、地域イベントへ参加したり…積極的に活動をおこなっています。又、入居者様1人1人に対し自己を尊重するケアを心がけています。ケアが業務的にならないように、そして身体拘束等を実施しない生活環境を提供出来るよう努力しています。

【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)】

地道に地域住民との交流を増やし、幅広い年齢層との交流を深めている。地域支援センターを通して、積極的に施設見学を受け入れている。幼稚園児や小学生との交流も盛んに行なわれ、運動会では、利用者席を用意して迎えてくれる。また、小学生の通学支援として、庭先で見守りをしている。庭の畑で季節の野菜を作り、収穫を楽しんでいる。利用者や職員が、日々楽しく穏やかに生活を営んでいる様子が窺われた。

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	事業所理念を掲示し、職員全員が理解し、日々の業務の中で認識し、実践につなげている。	月1回の会議で、理念の確認をする。職員一人一人が個別支援について考え、実践に繋げている。	
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	毎日の通学支援やじゃが芋掘り等、イベントを通して、地域の方々との交流を深めている。	小中学生の体験学習を受け入れている。庭の畑でじゃがいもを育て、園児と共に収穫を楽しんでいる。また、通年、味噌造りを利用者と楽しんでいる。	
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	夏祭りを中心に、地域の方々を招き、入居者様とのふれあいの場を設けている。関わりを通し、認知症への理解や支援方法への理解をお伝えしている。		
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	定期的開催し様々な議題を話し合っている。議題に出た意見は取り入れサービス向上につなげている。味噌作り等を通し地域の方との交流を図っている。	年4回の推進会議を実施している。地域の方や利用者家族が参加し、敬老会などの行事と同日に行い意見交換をしている。	
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取り組んでいる	運営推進会議や地域のケア会議に参加し、地域交流を図り協力関係を結んでいる。	行政担当者から意見を頂く。地域密着連絡協議に年1回参加している。	
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	対象となる行為については、職員全員が理解した上でやっている。その時の身体レベルに合わせて必要最低限で行い又減らせるような対応や関わりをしている。	身体拘束指針を作成して、定期的な話し合いで検討している。現在、身体拘束、安全ベルトの使用がある。定期的に身体拘束を行わないケアについて話し合っている。身体拘束を職員間で行い、身をもって利用者の苦痛を体験し話し合っている。	
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	学習の機会については自主学習・外部研修・内部研修となっている。又日々のケアの中で職員同士が注視し合い防止を努めている。		

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	学習の機会としては、自主学習となっている。外部研修等に参加し学んでいきたい。		
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	入居前に、見学や面接にて十分な理解と説明を行い、納得して頂き入居して頂いている。		
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	ご家族へは積極的にコミュニケーションを図り生活の様子など伝えている。ご本人へは出来る限り要望を把握し対応につなげている。	利用者から食事に関する希望があり、回転すしを予定している。家族からの要望はないが、面会時に意見を聞き、日々の支援に繋げている。	
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1回のカンファレンス会議にて意見交換の場を設けており反映されている。	月1回のカンファレンスを行い、モニタリングや意見交換、備品購入について話し合っている。	利用者一人一人の個別支援について、職員の方々より自主的な言葉が聞かれている。職員間の協力をもとに、意見交換が活発に行われるような場の検討をして頂きたい。
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	1人1人のスキルを把握し、それに合った職務を担当させている。やりがいのある、長く続けられる職場づくりを努めている。		
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	内部研修・外部研修での内容を職員全員に周知していくことで資質向上につなげている。		
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	他施設のイベント等に参加させて頂き、交流につなげている。		

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	ご本人の思いを受容し理解を示す事で安心して頂き信頼関係を築けるように努めている。		
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	ご家族の不安や要望を受け入れ応えられるように努めている。安心して頂けるようにコミュニケーションを密にとり信頼関係づくりに努めている。		
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	現状で必要とするケアを見極め、ご家族の要望も踏まえた支援を行っている。		
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	話を傾聴し寄り添う事で信頼関係を築いている。日々のコミュニケーションを大切にしている。		
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	生活情報など、情報提供を積極的に行っている。施設のイベントにも参加して頂き、一緒に過ごす機会を設けている。		
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	交流の場を整え、気兼ねなく過ごせるようにサポートしている。	定期的に家族と外出や外食に出掛けている。また、施設に入所されている家族の面会に行かれている。以前は、お墓参りや理容室に行かれている方がいた。	
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	良好な関係が築けるようにテーブル席を配置したり職員が介入し話題を提供している。又共同で何かを行い、支え合えるような環境を提供している。		

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	退所されたご家族との関係は継続的に続けている。ボランティア等ご協力頂いている。		
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	以前の生活習慣や環境を把握し、希望・意向に少しでも近づけるように努めている。	利用者から情報を得ることが難しい為、家族から情報をもとに日々の支援に繋げている。	
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	入所前にご家族にアセスメント表への生活歴を記入して頂いている。来訪時にコミュニケーションを図り情報収集をし、把握することに努めている。		
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	日々の記録や申し送り等で現状把握に努めている。		
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	ご本人とご家族の要望に沿えるよう、カンファレンスを行い、介護計画を作成している。	モニタリングはユニット毎に行い、計画に反映させている。3～6ヶ月毎に見直しを行い、個別の計画を立案している。	
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	個別の記録に、日中夜間の状況を記入し、職員間で情報共有をしている。これらを基に、介護計画の見直しに活用している。		
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	ご本人・ご家族の要望に応えられるよう、出来る限り対応している(外出や帰宅など)		

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	近隣の小学校・保育園の来訪や地域の運動会、作品展示会のイベントにも参加し楽しみ、交流の機会を設けている。		
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	ご本人・ご家族の希望に沿った病院の受診を行っている。医師とのコミュニケーションをしっかりと取り適切な治療が受けられるように支援している。	月に1回の往診がある。突発受診時は家族に連絡をし、職員が付き添っている。受診後は結果を家族に連絡し、受診記録に記載している。訪問看護師の介入があり、受診に関する相談もできる。	
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	定期的な訪問看護にて連携を図っている。急変時や相談時には指示を仰ぎ、適切な対応が出来るように努めている。		
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。	生活実施表を渡し、スムーズに入院生活をサポートできるように努めている。入退院時等、情報交換や相談等の関係づくりに努めている。		
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	ご家族や医療機関と連携を図り、適切なケアが出来るように努めている。カンファレンスを行い、尊重したケアが提供できるようケアプランに反映するよう努めている。	病状変化に合わせて担当医から説明をし、看取りの指針に沿って看取りを行っている。状況によって訪問看護の介入がされ、医療との連携が図られている。	
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	対応のマニュアルがあり適切な場所に掲示されている。看護師と24時間連絡がとれる体制を整えている。		
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	消防署の協力を得て、定期的に避難訓練を実施している。地域と連携がとれるよう体制づくりを行っている。	日中夜間想定での避難訓練を行っている。震災に備え、震度5以上時の対応のマニュアルが完成し、職員間にも周知されている。備蓄備品は賞味期限を確認しながら消費し見直されている。福祉支援場所の確認もできている。	

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
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	1人1人を尊重し、尊厳を損なわないよう声掛けや対応に気を付けている。プライバシー配慮にも気付けた支援を行っている。	家族希望により通称での呼び方で対応がされている。 苦情解決責任者として、職員2名の設定を検討して頂く。	
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	本人の希望や思いを受容し、自己決定できるようコミュニケーションを図っている。難しい方には表情等に注意し思いを探りながらコミュニケーションをとり働きかけている。		
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	個人のペースや好みに配慮し1人1人が自分の意思で生活できるよう支援している。		
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	ご本人やご家族の希望に沿って散髪や毛染めを行っている。		
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	使い慣れた食器等、個人に合わせた物を提供している。手作り味噌や畑で収穫した野菜等も提供し楽しく美味しく食事が出来るように支援している。	献立は職員が考えて作成している。食材は、購入する他に畑の作物を収穫して使用している。週4日、調理専任の職員が調理にあたる。	
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	個人の状態に合わせて提供している。食事水分量は毎日チェックし、摂取不足にならないようにしている。		
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	基本は自立支援だが状態・必要に応じて介助し、清潔・健康保持に努めている。又、訪問歯科の定期的な受診により1人1人に合ったケアを提供することが出来ている。		

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	毎日の排泄状況の記録とチェックにより、パターンを把握している。個人に合わせたトイレ誘導を行い、トイレでの排泄を促し支援している。	リハビリパンツや布パンツを使用しながら排泄の自立を支援している。排泄パターンを把握し、時間で誘導している。	
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	排泄状況の記録とチェックにより把握している。自然排便を促すため、乳飲料の提供や腹部マッサージ、下剤の服用など個人に合わせたケアを行っている。		
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	自立支援を前提に入浴支援を行っている。入浴ペースは1人1人の希望に合わせて入れるように配慮しながら行っている。	週2～3回の入浴支援を行っている。季節の入浴剤を使用することもある。入浴を拒否する利用者はいない。	
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	1人1人の生活ペースを基に必要に応じて休息して頂いている。夜間の睡眠は必要に応じて主治医と相談しながら安眠につながるよう支援している。		
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	個人の病院記録表に薬の説明書と一緒に保管し、職員全員が常に確認・把握できるようにしている。		
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	個人のできる事・興味・関心を把握し役割を提供している。散歩やドライブを日常的に行い、楽しみや気分転換の支援につなげている。		
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	散歩・ドライブ・外気浴・公共の場への外出等日常的に行っている。季節の催し物や、地域イベントへの参加も定期的に行っている。本人の希望に応じ買い物等の支援も行っている。	季節に合わせて、ドライブや散歩に出掛けている。また、日常的に外食支援や買い物支援を行っている。	

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
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	1人1人の希望に沿い、お金の所持や買い物等に使えるよう、管理・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	電話は、希望があった際に使用できるようにしている。手紙等も希望の際には出せ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	混乱を招かない程度にテーブルに花を置いたりしている。和室を中心に季節に合った飾りづけをし、季節感を味わってもらえるように工夫している。	利用者の生活状況に合わせ、共有空間の工夫がされている。季節の飾りや行事写真などが掲示されている。	
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	ソファにてテレビ鑑賞や談話をしたり、和室にてリラックスして過ごして頂ける空間を設けている。又、外観や日光浴が出来るスペースも設けている。		
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	ご本人と家族の希望を伺い馴染みのある物品の使用、飾りつけをし安心して楽しく過ごせるよう環境をつくり提供している。	馴染みの家具や飾り、家族の写真やお花などが飾られている。居心地の良い馴染みの部屋としての環境が作られている。	
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	貼り紙や印を付ける事で、自立した生活が送れるように工夫している。必要に応じ声掛け、誘導を行い安心安全に生活して頂けるように支援している。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホーム ぐるんぱの杜

目標達成計画

作成日: 2019年9月12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	11	外部評価当日の職員モニタリングで個別支援について職員から自主的な意見がみられた。職員間の意見交換が活発に行われる場を検討していく。	一般論又管理者・計画作成担当者・ユニットリーダーの考えに固執せず、職員1人1人の考えが反映される環境づくりを行い、入居者・又そのご家族のニーズにより適した支援・ケアを行えるようにしていく。	カンファレンスの際に進行役は、各職員の意見をより聞き出せるよう促しながら進めていく(意見しやすい空気を作る)又管理者は二者面談の際に各職員の考え・意見等を聞き出せるよう心がける。その他意見表(アンケート表)の実施を行いカンファで取り上げていく。	6ヶ月
2	36	相談窓口の担当・解決責任者が1人の記載になっており職員2名の設定を検討していく必要がある。	担当・解決責任者を2人配置し相談窓口(ご家族来訪の際又電話等)がきちんと機能し、迅速な対応ができるようにしていく。	担当・解決責任者の決定(管理者・計画作成担当者の2人)今後、カンファレンス等で職員全員に報告(今後の相談窓口についての報告・連絡・相談等の過程)又決定した担当者の役割及び記録方法等を確認していく。	3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。