

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	2072700723		
法人名	社会福祉法人協立福祉会		
事業所名	高齢者グループホームなのはな		
所在地	長野県東筑摩郡山形村2526-1		
自己評価作成日	平成29年2月23日	評価結果市町村受理日	平成29年4月18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/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社マスネットワーク 医療福祉事業部
所在地	長野県松本市巾上13-6
訪問調査日	平成29年3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)】

<p>入居者、家族、職員、関わる全ての方がたへ 安心・安全をお届けします。 一人ひとりの個性を活かし、あきらめない介護をめざします。</p>
--

【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>「高齢者グループホームなのはな」は社会福祉法人協立福祉会を母体を持ち、事業所建物内に訪問看護ステーションがあり、協力医である診療所が隣接している。利用者の高齢化に伴い身体状況の低下が見られる中、訪問看護ステーションや診療所との連携による医療面の充実が利用者、ご家族の安心と安全につながっている。管理者は母体理念を活用しつつ、ホーム独自の「なのはな理念」を職員と共に作成し、介護の実践に活かされている。職員は常に利用者本位の視点に立ち、部会などで意見交換が行われ意見、提案を法人事業所代表者会議で検討し運営に反映する仕組みが構築されている。職員は研修、勉強会を重ね質の高いケアサービスの提供に努めている。職員の笑顔と明るさが利用者の安心感につながり大変穏やかに過ごされている。また、職員、ご家族、利用者との息のあった共同作業が行なわれるなど家庭的な雰囲気大切にしたい取り組みも行われている。</p>

・サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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

ユニット名()		項目		項目	
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 該当する項目に印	項目
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、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+)- + (Enter+)-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
理念に基づく運営					
1	(1)	<p>理念の共有と実践</p> <p>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</p>	<p>笑顔で生活できるよう、残存機能を尊重し諦めない介護の実践を全員で取り組んでいる。</p>	<p>法人理念を活用しつつ、地域密着型サービスの意義を職員全員で認識し、利用者が地域の中でその人らしく暮らし続けることを支えていくサービス内容が組み込まれた事業所独自の「なのはな理念」をつくりあげている。部会などで理念について話し合い、具体的なケアに付いて意見の統一を図り実践に活かされている。</p>	
2	(2)	<p>事業所と地域とのつきあい</p> <p>利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している</p>	<p>保育園交流、中学職業体験受け入れ、ボランティアの受け入れなど交流に努めている。</p>	<p>日常的な散歩時やデイケア・健康祭りの行事参加時に挨拶を交わすなど近隣の方々とのお付き合いを持たれている。なお、ハーモニカ、オカリナ奏者の訪問や保育園、中学職業体験生の訪問があり地域との交流が図られている。また、近隣の方より野菜、果物のおすそ分けを頂くなど交流を持たれている。</p>	<p>地域住民の一員として町会に加入し、地域活動の情報を収集し、活動(文化祭、敬老会、運動会)に参加されるなど、人々との関わりを積極的に持たれるよう期待する。</p>
3		<p>事業所の力を活かした地域貢献</p> <p>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</p>	<p>ボランティアで来訪された方々と入居者の方々と一緒にお茶を飲むなど、ふれあえるよう心掛けている。</p>	/	/
4	(3)	<p>運営推進会議を活かした取り組み</p> <p>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</p>	<p>3ヵ月に1度の会議を行い、情報交換を行っている。次年度より、2ヵ月に1回の開催を行っていく。</p>	<p>運営推進会議は、ご家族、区長、民生委員、市町村職員(保健福祉課)、協立友の会の幅広い立場の方々の参加を得て3ヶ月に1回行われている。会議ではホームの活動状況、問題点、課題に付いて意見交換が行われ改善に向けた具体的な取組が行われ、運営に活かされている。</p>	<p>今後更に課題(消防訓練、離設時の対応)に精通した専門的(消防署、警察署等)な立場の方々からの意見が得られるよう期待する。</p>
5	(4)	<p>市町村との連携</p> <p>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</p>	<p>入居希望、空き状況など情報交換、地域会議へ参加し情報共有に努めている。</p>	<p>年4回地域ケア会議があり、困難事例や成年後見制度について勉強会を持たれるなど市町村担当者との協働関係が築かれている。</p>	

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
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	拘束に対し全員知識を持って取り組んでいる。	部会にて拘束に関する勉強会を重ね、全職員が身体拘束によって利用者が受ける身体的、精神的弊害について理解し、拘束のないケアに取り組まれている。	
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	事業者で開催される学習会に参加し知識を身に付けている。言葉での虐待には指摘し合い注意を払っている。		
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	学ぶ機会はあるも、参加に至っていない。		
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、改定時において十分な説明を行っている。		
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	家族会、面会時に日々の様子を伝え要望、意見を頂いている。出された意見、要望は全職員に周知徹底させている。	家族会が年1回運営推進会議開催に合わせ行われている。その折や面会時に心身の状況や日頃の暮らしなどを詳しく伝え、意見や要望を出して頂くよう配慮されている。出された意見は運営に反映されている。なお「なのはな便り」を年4回送り利用者の近況も伝えられている。	
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	意見提案はよく出される。職代会などを通し、上へ報告をしている。	職員間の意思の疎通が良く、意見の表出がスムーズに行われており、意見、提案が出され職代会を通して改善を求めている。また、年1回職員の個人面談も行われ、出された意見が運営に反映されている。	

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
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	意見をしっかり傾聴、役割分担、面談などで職員の思いに寄り添えるよう努力している。		
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	研修、学習会参加は積極的に勧め、事例学習では指導を行っている。		
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	法人内での交流を行ったり、県内連絡会への参加によりステップアップを行っている。		
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	初期段階では、会話する時間を多く設け、顔、声を覚えてもらい関係作りを徐々にすすめていくようにしている。		
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	入居前の訪問、聞き取りはもちろん、入居後の様子を連絡しその時々での要望、情報の交換に努めている。		
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	聞き取りにより、いろいろな提案を行い、思いを受け入れる努力をしている。		

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
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	残存機能を重視し、職員の手助けも行えるよう取り組んでいる。		
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	家族と共に本人の思いを受け入れ、カンファレンスで意見交換を行いより良い方向へ進めるよう努力している。		
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	発する言葉から思いを汲み取り可能な限り支援し、必要に応じ家人に連絡し協力を仰いでいる。	日常の関わりの中で得られた希望や思いの実現のために職員間で話し合いを行うと共に、ご家族の協力を得ながら支援につなげている。ご家族からの年賀状や電話の取次ぎなど配慮されている。	
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	全体レクリエーションを重視し、同じ時間を過ごせる工夫、お互いを思いやる事ができる言葉掛けの工夫に努めている。		
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	行っていない。		
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	個々に話せる環境をつくり傾聴している。本人の思いを家人に伝え職員と共に方向性を検討している。	利用者との日頃の関わりの中、一人ひとりの言葉やつぶやきから思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。また、利用者の言葉や言葉にしづらい思いを、日々の行動や表情から汲み取り把握し職員間で話し合われている。	

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
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	一人ひとりに合った環境や、落ち着ける場所づくりを努力している。		
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	職員間で情報を共有しケア向上に努めている。		
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	カンファレンスにて家族、看護師と話し合い、意見交換を行い介護計画に反映させている。	利用者、ご家族、看護師(訪問看護師・診療所看護師)より意見や希望をうかがい、介護計画書に反映されている。アセスメントを含め職員間で情報交換を行い、カンファレンス、モニタリングを行い現状に即した介護計画が作成されている。	
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	毎日の申し送りで情報の共有を図り、その都度意見交換を行い、申し送りノートの活用で全職員が把握。月1度の部会で意見交換を行っている。		
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	ニーズに合わせて、その都度話し合い対応している。		
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	散歩、買い物、外食、ドライブなど可能な限り支援している。		

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
30	(11)	<p>かかりつけ医の受診支援</p> <p>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</p>	<p>月2回の往診、年2回の歯科往診の他、必要に応じて他の医療機関へ受診している。</p>	<p>利用者、ご家族が希望されているかかりつけ医となっている。眼科など他の医療機関を利用の際、基本的にはご家族同行受診となっており、通院時には情報提供を行い通院後には受診結果を口頭にて職員に伝えられている。</p>	
31		<p>看護職との協働</p> <p>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</p>	<p>週1回の訪問看護の他、診療所看護師との連携、24時間365日体制の訪問看護の契約を結んでいる。</p>		
32		<p>入退院時の医療機関との協働</p> <p>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。</p>	<p>診療所を通し病院との連携を取っている。入退院時には情報交換を必ず行っている。</p>		
33	(12)	<p>重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる</p>	<p>重度化した場合、家族、医師、看護師、職員との話し合いを行い双方の意向を聞き取り、双方の納得のいく終末期を迎えられるよう十分に話し合い、協力体制を整えている。</p>	<p>「重度化対応・終末期ケア対応指針」「看取り介護の実施に関する同意書」を作成し、事業所が対応し得る最大のケアに付いて説明が行われている。職員の教育・研修に努めると共に医療連携が図られ利用者本人が満足できるような看取り支援に努めている。</p>	
34		<p>急変や事故発生時の備え</p> <p>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</p>	<p>マニュアルでの説明、連絡体制は全職員理解済みだが、経験の浅い職員への訓練の必要がある。</p>		
35	(13)	<p>災害対策</p> <p>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</p>	<p>備蓄品の確保はあるものの訓練が出来ておらず、地域との連携も築く事が必須である。</p>	<p>深夜に火災が発生した場合を想定した防災訓練が行われている。自力消火の可否確認、通報訓練、避難経路の開放、避難誘導、応援者到着避難誘導確認、消火訓練が行われ、職員だけの誘導の限界を確認されている。</p>	<p>利用者の高齢化に伴い身体状況に低下が見られ職員のみでの避難誘導に限界が見られる。今後地域住民や警察署、消防署との連携を図りながら、協力体制を築いていかれるよう期待する。</p>

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
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	個々を尊重し、言葉、態度、ケアの時など配慮に心掛けている。認知症の理解を深める学習の必要はあると感じている。	プライバシーに関する研修が年1回行われている。利用者一人ひとりの誇りやプライバシーが見極められ、その人に合わせた言葉かけや対応がなされている。	
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	言葉かけの工夫で自己決定を促せる努力を行っている。		
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	共同生活のルールは大切にしているが、一人ひとりの身体状況を確認し本人のペースに合わせた支援を実践している。		
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	必要なものは家人に連絡し協力を仰ぎ、本人へのアドバイスを行っている。		
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	外食の楽しみを設ける、希望献立の聞き取り、皮むき、いもすり、食器拭きなど軽作業と一緒にやっている。	ホームでは地産地消に心掛け菜園で収穫された野菜を利用者と一緒に収穫して調理をし、食への意欲につなげる取り組みが行われている。職員と一緒に食事を取ることで和やかな雰囲気が見られた。なお、さりげない支援や言葉かけなどもされている。利用者の力量を得て梅干し、干し柿、野沢菜漬けなどをして季節感が味わえるよう支援されている。	
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	個々に合わせ食事の提供ができています。排便確認を行い体調チェックを行っている。		

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
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に、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	毎食後必ず実践している。		
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	一人ひとりの排泄パターンを把握しケアに努めている。	日報に利用者一人ひとりの排泄を記載し、排泄パターンを把握して(排泄の前誘導により)排泄の自立に向けた支援をされている。	
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	2日に1回のヤクルト、整腸剤の調整、便形状の観察、坐薬使用マニュアルにて管理出来ている。		
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	曜日は決めているがその日の体調で臨機応変に対応し、出来る限り本人の意思を尊重する様努力している。	利用者の安全で快適な入浴につなげるために夜間の入浴は行われていない。利用者は入浴による爽快感を楽しみにされている。入浴時には職員の一対一の対応を受け会話が弾むことをうかがった。	
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	独歩の方は自由にされている。介助が必要な方は身体状況をみながら職員で判断し行っている。		
47		服薬支援 一人ひとり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	薬の効能など、勉強不足の職員もいるが、内服ある無し、手順、誤薬しない為の確認はしっかり出来ている。内服に変更がある都度、全職員に周知徹底を行っている。		

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
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	役割分担は無理の無いよう、気分の乗らない日は無理強いしないようにし、1日1回は笑える様レクリエーション、会話など心掛けている。		
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	天候の良い日は極力戸外へ出かける様努力しているが、ADL低下に伴い散歩が困難になっている。車での外出はできる限り行っている。但し、休日職員の手助けが不可欠の状況である。	散歩、買い物、外食、ドライブ(花見、スカイパーク)などの支援に努められ、利用者の気分転換やストレスの発散、五感刺激の機会としての外出支援に取り組みされている。	
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	金銭所持は行っていない。		
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	本人の希望に合わせて行っている。		
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	共用空間には季節に合わせて装飾の工夫を行い、自由に過ごせるよう自席以外にもソファ、ベンチを設置。空調管理・音量・照明など、気を付けている。	建物の中心に明り取りができる屋根付きウッドデッキがあり物干し場や物置など多目的に使用されている。その周りが回廊となっており、壁面には利用者が制作した季節毎のはり絵の展示やお雛様などが飾られ季節感が得られるよう工夫されている。	
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	サンルーム、ソファ、窓際など自由に過ごせる環境に気を付けている。		

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
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	本人にとって不具合なもの以外は持ち込み自由である。居室の環境整備も担当職員が責任をもって行っている。	利用者がそれまで過ごしてこられた場所でいつも眺めていたり、触っていたり、道具として使っていた物、着ていた服などを持ち込み馴染みのものを活かして家庭的な雰囲気を作り出している。(壁に家族写真を飾ったり、家具や物品を好みに配置している。)	
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	物の位置を決め、どこに何があるか分かる工夫をし、職員に聞かずとも個々の役割ができるようにしている。		

目標達成計画

作成日:平成29年3月23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	2	ボランティア、保育園、中学校など地域の方々との交流はあるが、近隣住民の方々との交流を深めていく必要がある。	地域住民、近隣住民の方々にグループホームなのはなを認識して頂く。	なのはな通信の配布、行事への参加のお誘いを細目に行いなのはなへ足を運んで頂ける様取り組んでいく。	12ヶ月
2	35	災害時の訓練の中で数多くの問題点がみられる。職員のみでの避難誘導に限界が見られる。	職員教育、近隣住民の方々の協力を得る。	年2回の訓練を実施し、問題点の拾い上げ、職員間の意思統一を行う。近隣住民の方々へ訓練への協力を促し、消防署の指導を仰ぎ、協力体制を構築していく。	12ヶ月
3	4	年4回実施の地域運営推進会議の改善。	2ヶ月に1度の会議開催を行う。	地域ケア会議へ積極的に参加すると共に、運営推進会議の開催を年6回設け、活動、状況を理解頂き多職種の方々からご意見を頂きサービス向上に取り組んで行く。	12ヶ月
4					
5					

注)項目の欄については、自己評価項目の 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。