

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	3471502983		
法人名	有限会社 ピュア・ハート		
事業所名	グループホーム春里		
所在地	広島県福山市新市町大字新市657番地1		
自己評価作成日	平成22年8月12日	評価結果市町村受理日	

※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.hiroshima-fukushi.net/kohyo/index.html
----------	---

【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 あしすと		
所在地	福山市三吉町南1丁目11-31-大福ビル201		
訪問調査日	平成22年9月13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>家庭的な雰囲気です。</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>「利用者が安心して生活していただけるよう一人一人にあった関わりの提供していく」という理念に基づき、日々実践につなげるよう支援がされている。また利用者の希望や要望について家族の協力を得ながら実現する取り組みもされている。管理者は週1回地域の事業所と勉強会や会議を通してサービスの向上に活かすとともにスキルアップに努め、職員は情報の共有に努めるとともにそれぞれの視点で意見を言うことができるためあらゆる場面においても連携が取れる。 地域との関係も徐々に広がり地域密着型としてますます期待される事業所である。</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 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. 全くいない
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	その人らしい暮らしがどうか、何を望むか等自らの立場に置き換え、どのような生活が望まれるかを考慮した理念を作っている。	「私たちは安心して生活していただけるよう一人一人にあった関わりを提供していきます」という法人理念を職員間で朝礼時唱和している。また話し合いの機会をもち、具体的なケアについて反映できているか確認をし理念の浸透に努めている。	地域生活の継続のために事業所と地域の関係性を重視した理念を盛り込まれることが望まれる。
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	公民館への出展や、行事・地域のボランティアの方々を通じ地域の方々との交流に努めている。また、地域の公民館の新聞に定期的に記事を出して頂いている。祭のおはやしに来てもらった。小学生ボランティアに来てもらう。	地域の「ふれあい文化祭」に利用者さんの習字、貼り絵、ぬり絵等を出品し、積極的に地域の行事に参加している。お祭り時には事業所に神輿の披露に来てもらったり、また散歩時には積極的にあいさつを交わし近隣の人達とふれあう機会をつくっている。小中学校のボランティアの受け入れもある。	
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			
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	運営推進会議でイベント以外の話し合いを持ち、サービスの状況報告や、衛生面の処遇・事故報告等行い、頂いた意見については、ホーム内で反映できるよう善処している。認知症勉強会、人権擁護勉強会、年間の振り返り。	運営推進会議は年6回行なわれているが、行事や勉強会、講演会が主となっている。	市町村の担当者や町内会の方にも参加を呼びかけられ事業所の取り組み内容や具体的課題を話し合い各メンバーから率直な意見をいただく中でそれらをサービス向上に活かすような取り組みに期待したい。
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	地域包括会議や地域での勉強会・民生委員含むワーキングチーム等の会議に出席し、各事業所のみならず地域全体でのサービスの向上に取り組んでいる。	週1回の地域包括会議や勉強会に出席している。様々な交流の機会を通じて顔なじみの関係が出来ているため相談もしやすく事業所の実情も理解してもらっている。	
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	勉強会で取り組んでいる。やむを得ない場合は家族の同意をえている。居室に鍵をかける事は24時間無い。玄関は22時頃に施錠6時に開錠となり日中開けている。開けている代わりにセンサーを玄関につけている。	身体拘束については、勉強会を実施し、共通認識をもつよう取り組んでいる。やむを得ず行う場合は毎月カンファレンスを行い再検討している。言葉の拘束についても皆で話し合っている。玄関の鍵は、安全上夜間のみとなっている。	
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	虐待防止については全職員で学び、研修があれば必ず1人は行くようにしている。職員個人のファイル内に虐待・拘束の勉強に携わる事は用意しており、見返す事が容易ないようにしている。防止にも努めている。		

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	取り組みが出来ていない		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約内容の把握が困難であった場合、内容とは別に要約したものも使用し、理解促進や納得いただけるような働きかけをしている。		
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	希望、要望、苦情は随時伺い早期の対応・改善を行なっている。第3者機関として介護保険課苦情係・包括支援センターも随時お伝えしている。 毎月の家族会にての意見を見当している。	毎月家族会で意見、要望を聞いている。また日頃から家族が言いやすい雰囲気努めている。出された意見や要望はミーティングで話し合い、申し送りノートを活用し共有に努めるとともに運営に反映させている。	
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	毎月のミーティング時以外にも個人毎に聞いたり提案したりしている。またそれを実施に向け取り組んでいる。	月1回行なわれている全体ミーティングで、職員の意見や提案を聞く機会を持ったり、個別にも聞いている。出された意見は運営に反映させるよう取り組んでいる。	
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	半年毎の面談は基より、職員の態度や表情等に変化ある時は、随時声掛けや話を聞く機会を設けている。又、メンタルコーディネーターの配置を行い運営者に直に伝えにくい事などを伝える環境作りをしている。		
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	段階に応じた研修参加の推奨や必要と思われる研修への支援、希望する研修への参加支援等行なっている。又、勤務内での育成講習も随時行なっている(介護技術、声掛け等)		
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	タウンミーティングや各種研修・勉強会・スタッフ交流会等にて同業者との交流を通じた各種向上を図っている。		

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	利用者の事前面談や家族・ケアマネージャーからの情報を基に適宜情報収集に努めており、入居されてからも細かく伺い、受け止める努力をしている。		
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	見学時や説明時、本人さんの状態を聞く中で、家族さんの不安点や求めている事を伺い、希望に添えるよう努めている。		
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	グループホーム希望があった場合でも、必要か否かを見て、他事業所や他サービスをお勧めしたりしている。		
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	職員は業務を通し、利用者さんから元気をもらったり癒されたり手伝って頂いたり相互の信頼関係を構築している。		
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	月1回の家族会では食事を共にして会話がはずんでいる。食事介助の必要な人は協力して頂いている。		
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	馴染みの方々に気軽に来て頂ける様場所提供し、人間関係の構築が出来、支援している。	自宅に帰宅したり、墓参りの支援をしたり家族の協力も得ながら、利用者のなじみの関係の継続に配慮した支援がされている。	
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が同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	共通の楽しみから会話して頂いたり、会話できない方への声掛け等良好な関係が築けるよう支援している。		

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
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	ホーム退居後も気軽に来て頂ける様な関係を保っている。		
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	意向の把握に努めており、希望を交えた本人さんの思いにその都度検討している。本人さんからの意思が全く聞けない(疾病等により)場合には家族さんへの相談を行い、本人さんが望むであろう事も検討している。	利用者との関わりの中で意向の把握に努め、日々の暮らしに活かすよう努めている。又ケアプランにも反映させている。その日の実現が難しい場合は職員で検討し他の日に対応している。食事や外食についての希望が多い。	
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	本人さん・家族さんに事前に話を伺う以外にも入居後もバックグラウンド作りを行なっている。		
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	ユニット職員内で問題やその人の状態・現状を把握しアセスメント表やカンファレンスでケアマネジメントに活かしている。		
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	本人さんの希望や状態や現状を把握し、プランに反映させている。又、家族さんにも意見を伺いプランに反映させている。	利用者家族の希望は直接計画に記入され、カンファレンスを開催し職員の意見を取り入れ作成している。計画の見直しは6か月に1度定期的に行っている。	
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	介護記録は基より、本人さんの個別ノートで疾病や薬の変更等記載し見直し時に活用できるようにしている。		
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	入居のみでなく、入居前にどんな所かを体験したいというニーズに応え、体験入居(介護保険外)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	民生委員・ボランティア・公民館・消防等ご協力頂き楽しみや訓練を行なっている。本人の意向により地域での外食を行なっている。		
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	受診対応や往診対応等その都度その方に必要な支援をしている。	協力医は、2週間に1回往診されている。専門医への受診は、家族の協力を得ながら支援をしている。夜間も指示を受けられる体制となっている。	
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	看護職員や協力医療機関の看護師に随時相談しながらその時適した健康管理や医療への支援を行なっている。		
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。	連携はもちろんの事、情報交換や相談等も随時行なっている。		
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	重度化した場合やターミナル時は早い段階で心肺停止時どうするか・骨折時どうするか・救急搬送するのが希望かかかりつけ医に対応してもらうのが希望か等細かく伺い、プランに盛り込み全職員が共有している。	重度化した場合は、早い段階で、医師、家族を交え相談し、対応方針を職員全体で共有され、家族の協力も得ながら取り組んでいる。	
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	応急手当・心肺蘇生・AED使用等定期的に勉強会を行ない、訓練している。		
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	避難訓練を通し、勉強・訓練している。	昼間、夜間などいろんな場面を想定され、勉強や訓練をされている	事業所だけの訓練でなく、あらゆる災害に備え事業所の災害対策に関する理解を求め、地域の協力が実際得られるような働きかけに期待したい。

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	声掛け等はプライバシーが保てるよう各職員が留意している。 個人情報の取り扱いについても同じくである。	利用者の人格を尊重し声かけに配慮している。職員同士でもお互い確認し確保に努めている。		
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	話ができる方に関しては、思いや希望を出せるよう働きかけ、自己決定の支援をしている。話ができない方に関しては、家族さんと協力して支援している。			
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	起床、臥床、食事、家事手伝、レクリエーション行事等をその人のペースや心身状態に合せ、希望にそって支援している。			
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	身だしなみやおしゃれは支援している。 本人が望めば希望の理容・美容院へ行く支援が出来る。			
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	出来る方には、料理の下手間を手伝ってもらったり準備や後片付けをお願いしている。好み等も把握し提供している。行事としておやつ作り等を一緒に行っている。	職員と利用者が同じ食卓を囲み、介助や声かけをしながら和やかな雰囲気ですべて食事をしていた。食べやすく工夫もされ、利用者の力量に応じて職員と共に後片付けなど行っている。		
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	水分確保の為、4回/日の水分摂取(食事時外)を施行しており、水分拒否のある方は、その方の気分に合わせ、時間外でも対応している。又、拒否や身体状況によって水分が少ない時は、協力医の点滴にて随時対応している。食事も同様。			
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	口腔状態や本人さんの力量に応じ用具も使用し支援している。状態に応じ歯科医の往診による口腔ケアをしている。			

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
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	なるべく布パンツでのトイレ誘導を施行しているが、失禁多く本人さんの自尊心等損なわれる時には個人に合わせての対応を行っている。排泄パターンも個人毎に違うので個人毎の対応をしている。	個々の排泄パターンを把握し、出来るだけ細やかにトイレ誘導を行っている。出来るだけトイレに座ってもらうことを習慣づけ自然な排泄となるよう支援している。	
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	原因や影響等理解できており対応の為の飲食物その他の工夫を行なっている。		
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ず、個々にそった支援をしている	話が出来方によっては、希望を伺ったり出来るが、喋れない方や2人介助の方に関しては希望が伺えないので体調によっておこなっている。状況によっては、朝入る事が極まれにあるが、職員数など考慮し午後からの入浴になっている。	2～3日に1回一人ひとりの希望や状態に合わせて柔軟に支援がされている。入浴を拒む方には言葉かけや対応で工夫し清潔保持に努めている。	
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	就寝時間は本人の意思を尊重するが、その時の状況に応じ安眠できるよう支援している。 休息はその人のペースや身体状態に応じた支援をしている。		
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	服薬支援(服薬拒否も含む)と症状変化の確認に勤めており、薬の目的・効能等、一覧にし理解しやすいようにしている。		
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	その人に合った役割を支援している。 レクリエーションや行事等で気分転換の支援をしている。		
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	気候の良い時は散歩等 行っている。	季節に応じ、花見、温泉、動物園などに家族の協力を得ながら気分転換を図るとともにメリハリのある生活となるよう支援している。外出をあまり好まれない利用者には庭に出たり散歩に出かけ、個々の希望を重視した対応に心掛けている。	

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
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	金銭管理が出来る方は持っているが、混乱する方やサイフを使用する事が困難な方は持っておられない。 持っても持っていないでも立替で買い物が出来るように支援している。		
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	好きな時に電話したり、手紙を書けるように支援している。		
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	壁面や各居室入り口に季節の飾り付けや行事の写真、入居者さんの作品等展示し、生活感溢れた居心地良い雰囲気作りに努めている。リビング照明は場所ごとに点灯するので光の強度を落とすことも出来る。	共有空間は季節の手作り作品が飾られ利用者がそれぞれくつろぐことのできるスペースもあり家庭的な雰囲気である。	
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	座りやすいソファがあり、畳等、共用スペースでゆっくり出来るよう工夫したり、気分転換に違う階に行ったり等過しやすい工夫をしている。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	使い慣れた家具の設置はもちろんのこと、本人さんの身体状況に合わせた家具等を相談し居心地良く過せるように工夫している。	居室は、思い出の品々が持ち込まれ、それぞれの利用者にとって心地の良い空間となっている。	
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	トイレには、分かりやすいよう札を貼り、各居室にも季節の花を描いた名札を表示し、混乱を防いでいる。名札の高さが目の位置にない方には、居室の真ん中に大きく名前を表示している。		

(別紙4(2))
目標達成計画

事業所名 グループホーム春里
 作成日: 平成 22 年 11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	1	<ul style="list-style-type: none"> ・町内会行事にあまり参加していない ・組に加入していない ・近隣(地域)の人と交流がない 	理念を作る。 (町内の行事に参加し、交流を深める) 春里祭りに地域のボランティアをお願いする	<ul style="list-style-type: none"> ・公民館に出向き行事に参加させて頂くようお願いする。 ・町内会に参加させて頂き回覧版等りようする。 ・町内の人と関わる 	12ヶ月
2	4	<ul style="list-style-type: none"> ・人材育成が出来ていない。 ・外部との交流が少ない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・運営推進会議に参加して頂ける様に声掛けをする。 ・講師の選任をする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・町内会と関わりを持つ ・新市連絡会を利用する。 ・町内会に呼び掛ける。 	12ヶ月
3	35	<ul style="list-style-type: none"> ・近隣との交流が無い為声掛けが難しい 	<ul style="list-style-type: none"> ・夜勤帯(一人)の訓練の徹底。 ・マニュアルを作る。 	<ul style="list-style-type: none"> ・入居者の家族にも参加をしてもらう。 ・近隣との交流をする。 ・組の行事等に参加し関わりを持つ 	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。