



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	1191800166		
法人名	株式会社ウイズネット		
事業所名	グループホームみんなの家草加青柳		
所在地	埼玉県草加市青柳6-26-6		
自己評価作成日	平成29年10月14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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 ケアシステムズ		
所在地	東京都千代田区一番町6-4-302		
訪問調査日	平成29年10月29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)】

事業所の理念である「家庭的で温かいグループホーム」を目標に職員一同、日々努力している。ご利用者様の出来る事と出来ない事を見極め、日常無理のない範囲で行って頂いている。皆様で昼食を作られたり、出前のお寿司をテラスで召し上がることもある。またご家族に月2回習字を教えて頂き、皆様とても上手に書かれ、先生にまるをつけて頂いた作品は毎回掲示している。ペランダのプランターには季節の花や野菜を植え朝夕、水やりをされている。地域の皆様との交流も大切にし、行事にも参加されている。毎月第3週の水曜日には「オレンジカフェ」を開催し、ご家族や地域の方も参加されている。「オレンジカフェ」では毎回「ノア体操」を20～30分位行い、認知症予防に繋がっている。これからご利用者様が穏やかに安心して過ごして頂けるグループホームを目指していく。

・ホームの向い側には法人の有料老人ホームが位置しており、常日頃から連携を図りながら協働体制を整えている。具体的には、防災・水害訓練を合同で開催し、万が一の時の役割分担や協力体制を明確にしている。また、地域の関係機関や取引先とも連携を図ることに力を入れており、近所のドラッグストアとも災害時の協力体制を敷いている。近隣との信頼関係作りにも力を入れ、『安心で安全なホーム運営』に取り組んでいる。

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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、活き活きと働けている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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、安心して暮らしている (参考項目:28)		

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	職員一同、「家庭的で温かいグループホーム」の理念を目標に地域の方々との交流を図り、より良いグループホーム作りが出来る様努力している。	・家庭的で温かいホームが理念であり、自宅のように日常生活が出来ることをコンセプトにしている。ホーム長は職員と個別に話しをしたり、会議でも意見交換を行ったりして理念達成に向けたホーム作りに努めている。	
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	散歩の途中で、地域の方と話をされたり、近所の商店へ買い物に行かれる様、支援している。町会の行事にも参加し、地域の一員として日常的に交流している。	・地域との共存共栄に力を入れており、ホーム長が町会の役員を努めたり、様々な地域行事に利用者も参加したりしている。今年はおレンジカフェをオープンし、さらに認知症の理解を深める取組みを行っている。	
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	グループホームでの体験を通し、近隣の方や地域交流の場で認知症の方について理解して頂ける様、話をしたり支援の方法についても今迄の認知症ケアの経験を通してお伝えしている。		
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	運営推進会議は2ヶ月に1回開催し、ご家族様・地域包括支援センターの方・民生委員様にご参加頂き、サービスや評価について話し合い、皆様のご意見をサービス向上に活かしている。	・年6回運営推進会議を行っている。多数の家族参加をはじめ、地域包括、民生員などを含めた活発な意見交換もなされ、関係者が連携してサービス向上に努めることに力を入れている。	
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	定期的に市町村担当者様に実情や取り組みを伝え、協力関係を築いている。空室状況の問い合わせもあり、入居者様も紹介して頂いている。オレンジカフェの世話人としても協力している。	・オレンジカフェやオレンジランなどの認知症ケアの取組みを役所と行ったり、持ち回りでGH交流会の場所を提供したりして、行政との協力関係を築いている。	
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	全ての職員が「身体拘束委員会」に参加するかまたは議事録を読み理解を深め、「禁止の対象となる具体的な行為」を学び、事業所全体で身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	・開設から拘束をしないケアに取り組んでおり、毎月テーマを決めて勉強会を開催し、拘束のないケアが実施できるように職員への周知を図っている。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	毎月の職員会議の中で虐待防止について、勉強し、話合っている。通報ダイヤルも設置され、虐待を見逃さない体制になっている。		

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
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	研修で日常生活自立支援制度や成年後見制度について学んだ。また随時勉強会に参加し、他の職員に伝えている。今のところ、成年後見制度に該当する方はいない。		
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	入居時、契約書の内容について納得される迄説明し、署名・捺印して頂いている。また解約や改訂の際も十分な説明を行い、理解・納得して頂いている。		
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	家族会や運営推進会議を2ヶ月に1回行い、意見をお聞きしたり、来訪時にも意見をお聞きし運営に反映させている。また個人的な事は電話や面会時に適宜お伺いしている。	・家族会を年6回開催して家族の思いを運営に反映できるようにしたり、ホーム長自ら利用者と個人面談を行い気持ちを運営に活かすようにしたりしている。	
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	毎月行う職員会議やフロア会議で意見や提案を聞き、皆で話し合い、運営に反映させている。また気付いた事はその都度聞き、運営に反映させている。	・定例の職員会議では職員が意見を出しやすいような雰囲気作りに努め、出された意見を共有できるようにしている。会議だけでなく職員と都度個別に話し合う機会を設けて、個々の意見を参考にしている。	
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	代表者は職場環境・条件の整備に努め職員が向上心を持って働ける様、より良い環境作りを目指している。人事評価も定期的に行い、昇給、労働時間、やりがい等、各自が向上心を持って働ける様、配慮している。		
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	個人面接や人事評価を通し、ケアの実際と力量を把握するとともに、研修を受ける機会を作り、日常の介護の中でトレーニングできるようにしている。		
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	草加市のグループホームの交流会等に出席し、意見交換や勉強会を行うとともに他の施設訪問で参考になった事を取り入れサービス向上に役立てている。		

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	見学に来られた時や実態調査に伺った時に話を聞かせて頂き、入居されてからも安心して生活される関係作りに努めている。		
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	見学に来られた時や実態調査時にご家族と話し合い、ご家族の気持ちに出来るだけより添える様配慮しながら、より良い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	サービスを導入する段階で、ご本人とご家族の話の中からまず必要な支援を見極め、サービスを提供する様に対応している。		
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	ご本人のできる事と出来ない事を見極め、家事等、出来る事は職員と一緒にやって行い、暮らしを共にしている様に生活して頂いている。		
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	ご家族のご意向を尊重し、ご本人との良好な関係を保ちながら、共にご本人を支えている。		
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	ご本人が大切にされて来られた友人に面会に来て頂いたり、馴染みの店に買い物や食事に行く等、支援している。	・長年行きつけている歯科や美容院に通ってもらったり、書道クラブの講師と一緒に季節のお便りを作成したりして、友人や家族に宛に葉書を出している。外食機会も設け、馴染みを途切れない支援に努めている。	
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	できるだけフロアで過ごして頂き、居室に1人で閉じこもってしまわれない様、その時に合った環境作りをし、ご利用者同士がお互いに関わり、支え合える様、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	サービス利用が終了してからもご家族が訪ねて来られたり、電話で相談されることもあり、グループホームで生活されていた時と同様に相談や支援に努めている。		
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	一人ひとりの気持ちに添ったケアが出来る様、努めているが、ご本人からご希望やご意向を伺えない場合には職員とご家族で話し合い、ご本人本位に検討している。	・入居時やケアプラン作成前には、ご意向記入表を用いて本人や家族の要望を詳しく把握することに努め、さらに日々の様子観察も加味し、アセスメントの見直しにも取り組んでいる。	
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	一人ひとりの現在迄の生活歴を伺い、どのような暮らし方をされ、サービスを受けて来られたかを把握する様、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	一人ひとりの出来る事と出来ない事を見極め1日の過ごし方等、現状の把握に努めている。		
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	職員会議において課題とケアについて話し合い介護計画を立て実施後、3ヶ月と6ヶ月後にモニタリングを行い、サービス担当者会議の内容を反映させた介護計画を作成している。	・法人統一のアセスメント表・モニタリング表の適切な運用に取り組んでおり、フロアミーティングにおいて情報共有もなされている。ケアプランの作成においても、モニタリングの結果を反映させることを大切にしている。	・家族も交えたカンファレンスの場を設けることを検討させたい。
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	一人ひとりの生活記録に日々の様子等を記入し、職員間で情報の共有を図り、実践や介護計画の見直しに活かしている。		
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	ご利用者一人ひとりに合ったサービスが出来る様、ニーズを把握し、柔軟な支援や多機能化を目指し実行している。ご家族に対しても同様に対応している。		

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	地域資源を把握し、ボランティアさんに参加して頂きイベントを開催したり、市の施設を利用し、ご本人が心身の力を発揮し、安全で豊かな暮らしを楽しまれている。		
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	かかりつけ医による月2回の往診を通し、ご家族の希望に添える様、努めるとともに適切な医療を受けられる様支援している。	・月2回の内科医の往診や毎週看護師の様子観察などを実施しており、利用者の健康管理に取り組んでいる。また、歯科も月1回訪問しており、充実した医療的な支援がなされていることがうかがえる。	
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	日常生活の中で気付いた事をクリニックや医療連携の看護師に伝えて相談し、必要に応じて適切な受診や看護を受けられる様支援している。		
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。	入院された時には少なくとも週に1回はお見舞いに行き、医師・看護師・相談員と連携し早期退院に繋がる様、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	ご利用者の様子を観ながら重度化される前から、終末期について往診時にご家族も一緒に話し合い、ご希望に添える様努めている。終末期にむけた事業所の方針もお伝えしている。	・終末期の対応としては医療機関において看取することを原則としている。ただし、家族からホームでの看取りを希望する声も聞かれていることを踏まえ、看取り介護の研修を介している。	
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	ご利用者の急変や事故発生時の対応について初期対応が出来る様、研修を受けている。		
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	火災や地震・水害等、定期的に昼・夜を想定し訓練を行い、非常時に対応出来る方法を身につけている。近隣の方の協力体制も築いているハザードマップも準備し、避難場所の確認もしている。	・年2回の防災訓練を行っている。近隣の有料老人ホームと合同で防災・水害訓練を実施したり、町会や近隣ドラッグストアに災害時協力を得られるようにしたりしている。ハザードマップもホーム入口に掲示し周知に努めている。	

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
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	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が出来る様話し合い、実行している。	・身体拘束委員会と虐待防止委員会を毎月開催し、全職員への啓発に取り組んでいる。「介助拒否時には無理強いをしない」「職員間の情報交換はプライバシーに配慮する」などの徹底に努めている。	
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	日常生活中から思いや希望が汲み取れる様努めるとともに、自己決定出来る様に働きかけている。		
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	その日の一人ひとりの体調や気持ちを優先し、どの様に過ごしたいか、希望に添って支援している。		
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	一人ひとりに合った身だしなみや、ご希望に添ったおしゃれができる様支援している。		
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	食事前にメニューの説明をしたり、ご希望がある時には個別に対応する事もある。また食事の準備や片付けは職員と一緒にしている。	・食事は隣接する法人内の老人ホームから運ばれてくる仕組みになっている。食事作りに利用者が参加できる仕組みはないが、食事の盛り付けや片付けは、利用者と職員が一緒に行うようにしている。	
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	健康管理表に、主食・副食・水分量を記録し、必要な量が摂取出来る様支援している。		
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	毎食後一人ひとりに応じた口腔ケアを行っている。また週に1回歯科衛生士の指導も受けている。		

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	トイレに行かれる様支援している。不可能な方はPTイレを使用して頂く等、自立に向けた支援を行っている。	・毎月定例のフロア会議では、利用者一人ひとりの排泄状況を確認し、出来る限り自立して排泄が出来るように検討している。また排泄介助の時間間隔を短くすることにも心がけている。	・利用者一人ひとりの排泄サイクルを更に詳しく把握することを目指している。
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	十分な水分補給や運動を行い、出来るだけ薬に頼らない支援をしている。		
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ず、個々にそった支援をしている	一人ひとりのご希望を聞き、曜日や時間にとらわれず、臨機応変にその方の気持ちに添って入浴して頂いている。季節毎に入浴剤を変えたり、ゆずや菖蒲等を入れ、楽しんで頂いている	・固定した入浴日は設けておらず、利用者の体調や気分によって週2回の入浴が確保できるようにしている。希望者には足浴を提供したり、シニアセラピーを月2回実施したりしている。	
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	ご利用者様の生活習慣や状況に応じて自由に休んで頂いている。また安心して入眠される様温度等、環境作りにも配慮している。		
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	一人ひとりの薬の説明書をよく読み理解し、日々の変化を見逃さず、医師に報告・相談している。		
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	一人ひとりが充実した日々を過ごせる様、支援している。また趣味を活かした作品作りをされたり、気分転換のため、散歩や買い物に行かれることもある。		
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	一人ひとりのご希望を聞き、天気の良い暖かい日には散歩をされている。またご希望に添って、地域の店で買い物をされることもある。	・定期的な散歩や近隣ストアへの買い物支援に取り組んだり、出会いの森での外食する機会などを設けたりしている。また、納涼祭やオレンジカフェなどを通じて、地域の人々と交流する機会を設けている。	

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
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	買物に行かれた時にはご自分で支払いされる方もあり、一人ひとりに応じた支援をしている。		
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	友人やご家族への電話や郵便物のやりとりは自由にして頂ける様支援している。		
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	共用の空間(玄関・廊下・居間等)が不快や混乱を招くようなことがない様、共用部分の環境を整え、気持ち良く過ごされる様配慮している。また季節に応じてご利用者様にも参加して頂き掲示物も変えている。	・各フロアでは四季によって置物・飾り付けなどを設置して、季節感を感じてもらえるようにしている。飾り物は利用者と一緒に作ったものが多い。また、いつでも手芸や会話、カラオケが楽しめる環境作りに取り組んでいる。	
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	共用空間のフロアのソファで皆様と過ごされたり、ひとりで休まれたり出来る場所作りをしている。		
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	居室には使い慣れたものを置いて頂き、ご自分の家と同じ様に生活されている。使い慣れたものや好みの物を置いて、居心地良く暮らして頂ける様、配慮している。	・居室への持ち込み制限は、危険物以外設けていない。仏壇・本棚・使い慣れた大きな椅子など持ってきている様子も見受けられた。	
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	建物内部は危険の無い様障害物をなくし、安全な環境作りをしている。また一人ひとりの出来る事を活かし、自立した生活が送れるよう支援している。		

(別紙4(2))

事業所名 : グループホームみんなの家・草加青柳

目標達成計画

市町村受理日: 平成 年 月 日

作成日: 平成29年12月26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	26	ご家族も交えたカンファレンスの場を設けることを検討する。	サービス担当者会議にご家族に出席して頂く。	サービス実施期間終了1ヶ月以内のご都合の良い日をご家族よりお聞きし、サービス担当者会議を行う。	6ヶ月
2	43	ご利用者一人ひとりの排泄サイクルを更に詳しく把握する。	ご利用者一人ひとりが出来る限り自立して排泄が出来るようにする。	毎月のフロア会議でご利用者一人ひとりの排泄時状況を確認し、出来る限り自立して排泄が出来るように検討していく。	12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。