

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	1690200314		
法人名	トータルメディカル津沢株式会社		
事業所名	グループホームひだまり南星		
所在地	富山県高岡市佐野1095-2		
自己評価作成日	平成30年1月10日	評価結果市町村受理日	平成30年4月9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.kaisokensaku.mhlw.go.jp/16/index.php?action_kouhyou_detail_2017_022_kihon=true&JigvoNoCd=1690200314-00&PrefCd=16&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人富山県社会福祉協議会		
所在地	富山県富山市安住町5番21号		
訪問調査日	平成30年2月26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)】

グループホームひだまりは介護複合施設あったかハウスひだまりの中にある認知症対応型共同生活介護の施設です。設立して6年が経過しています。明るい環境の中、利用者様と一緒に生活をしながら良い関係を築いています。毎日笑い合い穏やかな日々の暮らしが送れるよう職員一同努めています。

【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)】

介護複合施設内に2単位のグループホームがあり、デイサービスとも隣接し、会議や研修、その他の交流がしやすい利点がある。グループホーム利用者は家庭的な雰囲気の中で、ぬり絵やドリル、趣味の編み物などをしたり、昭和の歌謡集などもテーブル上に置かれており、日常的に楽しんで歌っている様子である。近くの公園にでかける機会が比較的多く、利用者の気分転換になっている。狭いが家庭菜園も行っている。排泄支援に努め、日中おむつ使用者がいないことをスタッフの共通の努力目標としている。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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	フローと玄関に基本方針と理念を掲示し地域密着型サービスの意義を理解し管理者、職員と共に地域とのかかわりを持つよう努めている。	法人の理念「尊厳の保持、安全と安心、地域との共生」を事業所案内に明示している。日々の実践に結びつけるよう玄関とフロアに掲示している。	
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	地域のいきいきサロンへの参加の声掛けをしていただいたり祭りの獅子舞も披露して頂いている。	地域のサロンへの参加状況は少人数で、年間2回程度であったり、年に1回の獅子舞の来所で日常的とは言い難い。しかし、地理的要件もあるので、近くの公園へ車で出かける機会を多くしている。	地域に事業所を理解してもらい取り組みとともに、利用者が地域の一員として、地域との相互交流に努められることを期待したい。
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	近くの公園には良く出かけている、その際には声を掛けたりして会話を楽しんでいる。		
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	2ヶ月に一度の運営推進会議ではグループホームの状況を発表し、話し合いの中で地域の情報も聞かせて頂いている。認知症デイサービスも参加している。	運営推進会議は2カ月に1回開催されている。民生委員が3地区から3名～5名参加している。地域包括支援センター、家族代表の参加も得て、サービス状況などの報告・評価をしている。	運営推進会議の構成メンバーに自治会関係者の出席がない。民生委員の役割のほか、地域との共生、状況把握などの観点から今後は自治会長などの出席や地域回覧の情報を得て、事業所運営に役立ててほしい。
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	指導、協力をお願いしている。	市の担当課とは日常的に連携、相談できる状況になっている。運営推進会議で議題としたこと以外では、必要に応じ相談し、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 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	身体拘束は行ったことはない。玄関の施錠については解放の理解はしているが利用者様によってやむ得ないことがある。	職員には身体拘束防止についての研修や教育を行っている。理念にある「尊厳の保持」を大切に、言葉がけや支援全般で拘束しないよう心掛けている。	
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	朝、夕の申し送りやミーティングで常に職員と話す機会を設けている、入浴の際では気づきノートを設置し身体に異常がないか様子観察をしている。		

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
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	社内には行政書士のケアマネージャーがいるので情報や相談に応じてもらっている。必要性のある場合にはご家族に提案をしている。		
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	契約時には重要事項と契約書の説明を行い理解して頂いている。		
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	玄関に意見箱を設置しているが投稿はない。契約時に苦情、相談窓口の説明を行っている。	利用者家族アンケートからは「優しい、よく接してもらっている」などの感謝の言葉が多く、要望はほとんどない状況であった。直接意見を述べる家族も現在はない。お便りは毎月届けている。	
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	グループホームの会議が毎月開催され職員の意見や要望を代表者に伝えている。	グループホーム各単位ごとに毎月1回ユニット会議を開催している。管理者は小さな気付きも提案できるような雰囲気づくりを心掛けている。	
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2回の人事考課があり短期、中期、長期の目標をたてて自己評価を行いやりがいの向上に努めている。		
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	グループホームのみで研修会を年6回行い困難事例を上げて実施している、又社内全体での研修会も年6回グループホームと交互に実施している。		
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	認知症グループホーム協会開催の研修会に参加し知りえた内容を実践に生かすようにしている。		

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	利用前の面接、見学の折ご本人の不安、要望などの把握に努め生活歴や性格などのアセスメントから安心して利用して頂く様な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	利用前の面談時に家族が困っていることや不安なことの把握に努め、開始後はご本人の様子を伝えたりお便り等でお元気な様子をお知らせしている。		
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	個々の利用者の気持ちや能力に応じた支援を行うように努めている。ホームとして出来ること、出来ない事を伝え納得が得るまで話し合いをしている。		
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	人生の先輩として尊敬をする思いを持って接し自立支援の面からできないことを支援し出来ることは一緒に行なったり教えて頂きながら共同生活を送っている。		
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	家族とは連絡を密に取り来所の折にも現状をお知らせしている。外出や外泊も家族と過ごされる時間を大切にもらい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	家族の協力の下自宅や友人宅へ行ったりしておられ、ホームへも来て頂いてこれまでの関係が途切れないようにしている。	利用者の多くは、家族が遠方に居住していたり、面会が難しい状況にあたりして面会が少ない。職員は家族に季節行事への参加や墓参りなどをお願いして、馴染みの関係保持に努めている。	
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	日常の様子を常に把握して利用者同志の関りに変化などがないか等の配慮をしている。年代、性別、性格などを考えながら職員が間に入り利用者同志の関りを支援している。		

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	グループホームから特別養護老人ホームへ移られた方で歩行器が壊れたとの連絡があったとき、出入りの福祉用具の担当者さんに見に行き頂き部品の交換をしている。		
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	日常の会話の中から利用者様がどうしたいかや希望を聞き出来ることへの思いをかなえるように努めている。	食事や入浴中の職員との会話での本音や、リビングに集まり大勢で話す時に口にされた言葉などから思いを把握している。職員間で共有を図り、思いの実現につなげている。	
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	本人、家族より聞き取り職員同士が共有できるよう個人記録に記入している。ご本人の生活歴を日々の介護に生かしている。		
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	センター方式の24時間シートを活用し、記録し言動や行動を職員間で共有、把握するように努めている。		
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、家族、関係者との話し合いの中で意見を聞き、その意見を反映させるように介護計画を作成している。	更新時の担当者会議は本人に参加してもらい直接意見を聞いている。なかなか面会できない家族にも様子を伝え必ず意向を聞くようにし、本人・家族の意見を反映させた計画の見直しを行っている。	
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	ケアプランに基づいたケアを行っている。日々24時間シートに言動や行動を細かく記録し実践や計画の見直しに生かしている。		
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	本人、家族の要望を聞き、日々の介護に反映しながらサービスの向上に努めている。		

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
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	本人や家族の状況に応じて病院の送迎や買い物などの代行も行っている、又地域のいきいきサロンに参加させて頂いたりしている。		
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	今までのかかりつけ医との継続を支援している、協力医は月2回の往診に来られている。状態悪化の場合にかかりつけ医や看護師との連絡を密にしている。	入居前のかかりつけ医に継続して受診する方が多いので、家族と連絡を取り対応している。スムーズに受診できるように、看護師がスタッフからの情報をまとめ、詳しく状態報告を医師に行い連携を図っている。	
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	利用者の異常や変化に気づいた場合看護師に相談し協力医やかかりつけ医に連絡し状況説明をしている。		
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。	家族や病院の地域連携室の方々との連絡を取りながら早期退院が出来るよう働きかけている。		
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	入居時に家族に説明をしている、重度化になる過程においては家族と密に今後を話し合い支援を行なっている。	本人の状態が変化した時は早めに家族に伝えている。かかりつけ医や看護師、スタッフの連携体制を整えて、本人・家族の希望がかなえられるように関係者間での話し合いを繰り返しながら支援している。	
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	緊急マニュアルを作成し職員の目に付くところに掲示している。常に急変時や応急手当の対策を話しあっている。AEDを設置している。		
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	火災の消防訓練は年2回行っている。地震、水害の訓練は行ってはいないがマニュアルを作成し研修を開催している。又備蓄の品も少しずつ備えている。	災害時対応マニュアルを作成するとともに、市主催の説明会に参加し、地域の情報を確認している。運営推進会議の構成メンバーとは日頃から避難訓練への参加や情報をもらい、災害対策の必要性を共有している。	

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
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	尊厳を持ちプライバシーに配慮をした言動や対応を心掛けている。社内で接遇などの研修を受け職場での実践に生かしている。	法人内や事業所内研修が定期的開催され、認知症ケアや接遇について学ぶ機会がある。職員間の連絡ノートに利用者の名前は正しく呼ぶ事を記載するなど、日常的に意識付けしている。	
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	本人の希望や思いを日常の支援の中からもみ取るように努め、自己決定が出来るように働きかけている。		
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、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	個々に合わせて気持ちを理解し穏やかに一日一日を過ごせるように配慮している。		
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	地域の床屋さんに月1回来て頂き、希望に応じて散髪や顔そりを行っている、馴染みの美容院の方が施設に訪問してカットをされる方もおられる。		
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	調理の下ごしらえや野菜の収穫の手伝いなど出来ることをしていただいている。職員も一緒に食べることで会話の機会が増えその人を知ることに繋がっている。	利用者の一番好きな「食べること」を大切にしている。新鮮な品を買い、調理し、一緒に食卓で食べることや、収穫の喜びを感じてもらうため少しの空き地に野菜を作るなど、「食」を大切に日々のケアに努めている。	
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	毎日水分量、食事量を記録し把握している、医療、看護と連携し水分の制限がある場合にはサービス内容に反映し実践している。		
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	10時、3時に緑茶でのうがいの徹底と毎食後口腔ケアを行っている。声掛けを行い介助が必要な方には職員がお手伝いをしている、異常を発見した場合家族様を通じ訪問歯科医との連絡を行っている。		

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
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	トイレチェック表を用いて個々の排泄パターンを知りトイレ誘導やおむつ交換を行っている。	おむつにしないケアを実践するために、排泄チェックや声かけ確認など一人ひとりに合わせ、トイレで排泄できるように支援している。日中のおむつ使用者はいない。	
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	起床時に牛乳を提供したり日中に水分を多く取って頂いている、中々取りにくい方にはゼリーにして提供している。日中、夜間を通し摂取量を記録し把握している。		
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	週2回の入浴を目安にしているが入りたくない方には無理はいはせず個々の希望を聞きながら入って頂いている。	入浴時には「入浴気づきノート」を活用して、身体に異常がないか様子観察をし、申し送っている。	
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	日中に短時間の午睡をお勧めしている。夜間の安眠につながるよう体操や散歩を積極的に行っている。		
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	服薬全体の管理は看護師が行い介護と看護師間で情報を共有し、介護者が翌日の薬のセットを行い夜勤者が確認をしている、翌朝の服薬も早番と夜勤明けの者で確認し合い3重にチェックし誤薬を防止している。		
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	個々の出来ることに注目しながら料理の特異な方には味付けや盛り付けを、手作業が得意な方には縫物や編み物をしていただいている。		
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	季節を感じて頂けるようドライブや近くの公園には頻回に出かけている。又施設周りの散歩の際には畑の物の収穫をしたり花壇の草花を見て楽しんで頂いている。	利用者からの「どこかへ行きたい」の声を聞いて、天候や体調をみながら、買い物やドライブ、公園や近所への散歩など、気軽に外に出かけられるように支援している。	

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
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	家族の了解の下お預かりしている、欲しいものや食べたいものを聞きお金の心配のない事を伝えている。		
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	希望があれば電話での取次ぎを行い安心して頂いている。又携帯電話の使用が出来る方には家族の納得の上引き続き手元に置いていただいている。		
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	毎日利用者さんには貼り絵による手作りカレンダーを作成して頂いている。他にも縫物や、編み物等個々に得意な作業をしていたり居室や共用スペースに飾っている。	リビングでは日課の体操をしたり、ぬり絵やはり絵、計算プリントなど思い思いにやりたい事をしている。廊下やリビングに作品を貼り出す事で、目にした本人が会話の中から意欲や喜びが出るようにしている。	
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	食事の時以外は思い思いの席に座りテレビを見たりソファでくつろいでおられる。廊下や玄関先にもソファやベンチを用意して居心地の良い場所の提供を行っている。		
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	入居時よりご本人の馴染みの物を持って来て頂き、使い慣れたタンスや布団、毛布等を使用している。	気に入った家具でインテリアを飾り、自宅と同じように落ち着いて過ごせる空間を作っている。ベッドで昼寝をしたり、椅子に座りテレビを見るなど自由に過ごしている。	
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	居室やトイレを認識できない利用者さんには手作りわかりやすい案内表示を行っている。		

目標達成計画

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 (2)	地域に事業所を理解してもらい取り組みと共に、利用者が地域の一員として、地域との相互交流に努められる事を期待したい。	事業所、ご利用者様と共に地域で共存していく事は熟知しているが年間を通して数回ほどしか交流がなされていなかった。今後は自治会長の方を通じて地域の状況や活動を教えて頂きグループホームでも出来ることを提供、参加していきたい。	地域の一員として孤立しないように情報を収集し参加させて頂くことが必須である為、自治会長には運営推進会議への参加をして頂く様声かけをする。	3ヶ月
2	4 (3)	運営推進会議の構成メンバーに自治会関係者の出席がない。民生委員の役割のほか、地域との共生、状況把握などの観点から今後は自治会長などの出席や地域回覧の情報を得て、事業所運営に役立てて欲しい。	運営会議では下佐野、諏訪佐野、泉ヶ丘1区→4区担当の民生委員の方々に出席して頂き地域の状況や様子などを知ることが出来てグループホームでの情報も聞いて頂いていたが、自治会長の参加はなかった為参加して頂く様働きかけていく。	同上	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。