

(別紙4) 平成30年度

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	0893100016		
法人名	有限会社さくら園		
事業所名	グループホームほほえみ		
所在地	東茨城郡茨城町奥野谷2160		
自己評価作成日	平成30年3月30日	評価結果市町村受理日	平成30年6月25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.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&JigyosyoCd=0893100016-00&PrefCd=08&VersionCd=022
----------	---

【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字千束4637-2
訪問調査日	平成30年5月22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)】

自然に囲まれた安全な土地で、一人ひとりの個性に合った生活を送って居頂くことができる様、日々寄り添いながら提供させて頂いております。

【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)】

ホームの周囲は視界を遮るものがなく、広々とした畑が見渡すことができる。裏山には野鳥が訪れ、自然豊かな環境の中で利用者は穏やかな生活を送っている。管理者が交代してまだ日が浅いが、ホームの理念を受け継ぎ、職員とともに利用者それぞれの個性を大切にしたケアに取り組んでいる。色々なアイデアを駆使しながら地域との交流にも積極的に取り組んでいる。地域のイベントに出向いたり、デイサービスのフロアを開放して認知症カフェを開催するなど、地域での役割の幅を広げている様子が窺われた。職員も理念に基づいたケアを行っている。

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ます (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、事業所の理解や応援が増えている (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、戸外に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	理念の共有を図る為に、自分たちで理念を作り朝礼で復唱して意識の向上に努めている。	開設当初の理念を2年ほど前に職員全員で見直した。大筋は変わらないが、職員で考えたということが功を奏し、全体に浸透している。毎朝復唱して理念の共有を図っている。	
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	地域の収穫祭に参加したり、ゴミ拾いの活動に参加したりしている。またデイサービスと合同で地域の方にボランティアを要請し一緒に歌ったり踊ったりしている。	ほほえみ祭では地域の方々に声をかけ参加してもらっている。カラオケのど自慢大会は盛況で、景品も用意して交流を深めている。収穫祭、3世代ふれあい祭りは一緒にゴミ拾い活動をする為、日を見ながら出かけやすい日に行う為、活動前日に周知をし参加者を募る。町のあじさい祭りやいばらき祭では専用ブースを設けて介護相談を行い、長谷川式スケールの体験してもらうなど、地域との交流に積極的に取り組んでいる。	
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	茨城町で開催しているイベント(いばらき祭り・あじさい祭り)でブースを借りて認知症に関しての啓発活動を行っている。		
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践、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か月に1回開催し事業所の活動報告や流行性の病気・地域の活動等を話し合い会議で出た意見や情報をサービスに活かしている。	赤坂地区区長、地域代表2名、福祉課、地域包括支援センター、最近では作業療法士の方も参加して、定期的に開催している。会議ではホームの活動状況の報告が中心。議事録は参加できなかった職員や家族が訪問した際に閲覧できるようになっている。	
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	日頃から担当者と連携をとり問題が起きた時の、報告・連絡・相談を行い協力関係を築いている。	運営推進会議への参加と同時に、広報からの認知症カフェのチラシを配布している。会議などを通じて良好な関係が出来ている。	
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	居室、玄関の施錠はしておらず、開放的になっている。ペット柵についても安全の範囲で行い、車椅子からの立ち上がりも常時出来る状態である。(夜間帯は防犯の為、玄関のみ施錠)	拘束しないケアは当たり前のこととして職員に浸透している。施錠は必要などところのみ、玄関も開放している。農家だった方が多いので、外の空気を吸うと落ち着くということから、玄関先に椅子を置き、いつでも出られるようになっている。勉強会では、日ごろ気づかないグレーゾーンに気づき現場に活かされている。指針もできている。	

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
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	勉強会を開催して虐待について職員で学んでいる。		
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	権利擁護に関する制度を学び当てはまる利用者様には制度を活用して頂いている。		
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	丁寧に一つ一つ説明し、疑問点が残らないようにさせて頂いています。		
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	ご意見箱の設置、苦情担当係りを設けており、管理者携帯も通知している。又、面会時にご意見を頂くこともある。それらを処遇に関することは、会議にて話し合い検討している。	毎月の利用料の支払いは直接ホームで受け取り、その時に家族の意見を聞ける。イベントに参加してもらったときに食事についての希望を聞いた。	
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	日常的に意見交換を出来る環境を整備して職員の意見を施設運営に反映させている。	運営会議では、業務改善や行事について、職員から意見を出してもらう。グループ会議では、ユニットごと行事や利用者について話し合う。学習会は年間予定を立てて行っている(感染症・認知症など)。ヒヤリハットはその都度提出しているが、全ケースのカンファレンスは難しい。	
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	社内会議で職員のやりがいが出るように就業規則の見直しや昇給・退職金等議題にし話し合い改善して行っています。		
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	外部研修に積極的に参加してもらう様に促し、研修を受けてもらっている。社内でのいろいろな部署に異動し互いに触発できる機会を設けている。		
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	外部の居宅ケアマネとの交流の機会を設け、率直に出来ていない所を指摘してもらえよう環境を作っている。		

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	受容・傾聴・共感を基に情報収集を行い初期の利用者様とは一緒に居る時間を長く取るようにして信頼関係の構築に努めている。		
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	入所相談時～家族とは密に情報交換や情報の共有に努めて家族との信頼関係を構築できるように努力している。		
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	入所初期に得た情報を基にカンファレンスを開き必要としている支援を見極めて必要な時には外部のサービスを利用している。		
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	利用者様の立場に立ち、なんでも話せるような関係を作れるように努力しています。		
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	ご家族さまにしか出来ないこと等、利用者や家族だけの関係を大切にしながらご家族さまとよく相談をし一緒に本人を支えていけるように努めています。		
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	以前からの友人に手紙を送る等の支援を行い以前からの関係継続に努めている、馴染みの商店で買い物をしたり以前から受診している病院で受診したりする事で馴染みの方とのコミュニケーションが取れている。	利用者にとってなじみの人は家族であり、近所の人であり、家であり、近所の人や友人が住んでいる場所である。祭りなどのイベントで顔合わせすることから交流が復活することもある。他のグループホームの利用者が参加したこともある。出来るだけ顔なじみの人たちとの交流ができる場を、多く提供できるよう配慮している。	
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同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	性格や話の合う方、出身地が同じ方にリビングで近くに座って頂いたり、それぞれ紹介しあったり皆と一緒に暮らす仲間として生活できています。		

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
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	退居後に年賀状を出したり、行事等に声掛けをしたりして、相談が出来るような関係を築いています。入院先の病院を定期的に訪問しています。		
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	利用者様のその時の体調や気分に合わせて生活出来るように努めている。	介護内容の共有を大切にしながら、利用者の意向を聞き出せる工夫をしている。対応の仕方の良い例、悪い例を具体的に出して検討し、共有する。トイレ、風呂、居室など1対1になるときのタイミングで顔色表情を見て把握している。	
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	本人と家族からよく話を伺い自宅で生活している時と同じような生活が出来るように努めています。		
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	定期的にあセスメントをして現状に合った介護が出来るように努めています。		
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	日々の介護や、見聞きした状況を持ちより、毎月のケアカンファで意見の交換を行う。それを反映させ、ケアプランに取入れている。	毎月のカンファレンスでモニタリングを行う。契約時はケアマネ同行で自宅を訪問し、家の様子も観察してくる。病院から直接入所の例は今までにない。利用者は、○○地区の誰々ということがわかっているので、すんなり利用できている。介護計画は、各ユニットごとに計画作成担当者が中心となって作成している。	
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	申し送りノートや生活記録に情報を記入し、毎月カンファレンスを行い情報を共有し計画に反映させている。		
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	外部のマッサージを受けて頂いたり、同敷地内のデイサービスでのレクリエーションに参加して頂いている。		

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	地域包括支援センターにボランティアさんの情報等をいただき、施設に来ていただいたりしています。		
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	以前からの馴染みの病院に於いて診て頂いている、基本的には家族の付き添いで受診して頂いているが緊急時や家族の都合によっては職員が付き添い連携に努めている。	受診記録は個人ごとにファイルに綴ってある。受診前にホームでの様子を医療連携看護師に書いてもらう。通院はスタッフが同行。受診記録は医師の言葉が具体的で分かりやすくなっている。	
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	受診結果表に基づいて次回受診時に何を話せば良いか看護師と相談して、適切な受診が出来るように努めています。。		
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。	定期的に様子観察に伺い、入院先の先生や看護師・MSWさんと連携を図っています。		
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	状態が悪化した場合、主治医やご家族と相談を基、其の方の症状や気持ちに合った治療、介護方針を考え、協力病院に依頼し、看取りも取り入れている。	看取りの時期は医師が判断し、毎日状態について話し合う。1週間ぐらい家族が泊まり込みで看取った事例があり、家族の協力は有難かった。身寄りのない人は全面的にホームでかかわることになるので、経験の少ないスタッフの心のケアも必要と考えている。緊急時の対応マニュアルで勉強したり、徐々に弱っていくことも想定した勉強会も行い、重度化に向けた取り組みを行っている。	
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	緊急時のマニュアルを作成し落ち着いて対応が出来るように心がけています。		
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	ホームでの避難訓練を年に2度行っています。そのうち一回は消防署立会の下利用者様全員参加で行っている。	年2回、そのうち1回は消防署立ち合いで避難訓練を行っている。利用者で喫煙する人がいるが、職員が管理して気をつけている。一時避難場所は駐車場にし、職員の連絡網もできている。非常時は直接通報されるようになっている。	夜間想定避難訓練は行っているが、利用者の安全確保と、夜勤者の不安軽減のために、実際にホーム周辺の照明や避難経路の確認を行っていただきたい。

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	声のかけ方や声の大きさ等に十分に配慮し誇りは自尊心を害しない対応を心掛けている。	トイレでの声掛けでは、声の大きさやトーン等周囲への配慮を心掛けている。トイレの誘導の際も気軽に話しやすい雰囲気を作っている。言葉使いにも年長者への尊敬の気持ちを忘れずに、個々に合わせた対応をしている。	
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	常に入居者さまが自分の希望を言えるような雰囲気作りにより心がけ、また普段から表情の変化等をよく観察し職員に打ち明けて頂けるように努めています。		
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	食事の時間をずらしたり、その日の体調や気分に合わせて生活して頂けるように努めています。		
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	洋服の模様替えの際等入所者様と共に話し合いながら整理をし季節に合ったその人らしい身だしなみが出来るように支援しています。		
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	メニュー決定の際に入所者様の食べたいものなどを聞き出しメニューを作成しています。好き嫌い、好みの味を個別に対応しそれぞれが食事を楽しめるように心掛けています。	『食』の楽しみを大切にしている。献立は利用者の意見を聞きながら、ホールで話し合う。食材は地元の商店から配達してもらう。季節の野菜や旬の食材を取り入れている。経管栄養の方1名いるが、ほとんどの利用者は普通食。それぞれの好みに合わせて、みそ汁の代わりにミニカップラーメンの人もいる。ホットプレートで手作りおやつや誕生日会でケーキを楽しむこともある。	
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	摂取量が少ない方等に関しては主治医に相談したり、好物やおやつ等で摂取して頂けるように努めています。		
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	毎食後に個々に応じて、口腔内の清潔に対してケアさせて頂いています。		

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
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、対応している。身体の状態を良く観察しトイレ誘導を行ったりし排泄の自立のに向けた支援に努めています。	それぞれのパターンを把握して、見守りや誘導をしているが、ほぼ自立している。夜間のみポータブルトイレを使用する人もいる。運動と水分摂取のバランスを見ながら、便秘にも気を使っている。トイレにはホットタオルが用意されている。	
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	薬を処方してもらう前に運動をしていただいたり、水分に気を付けたりしています。		
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	基本的な時間帯の目安はあるが、曜日時間に関わらず、お湯が脹れる状態にある。利用者の希望に対し決め付けず、折り合いを取り希望時にタイミングが合う様にしている。	最低でも週3回の入浴で清潔を保っている。出来るだけ自宅にいた時と同じように利用できるようスタッフで話し合いをしている。入浴剤やしょうぶ湯、ゆず湯などで楽しむこともある。着替えは利用者と一緒に準備。時にはデイのリフト浴を利用することもある。入浴できないときは足浴や清拭で対応している。	
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	日常生活のリズムに気を付けて、日中過ごしていただき、夜勤者との申し送りをし不眠時には休息を促したりして支援させていきます。		
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	薬情シート等を管理して職員が薬の情報を得られるようにしています。		
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	新聞や歌番組等入居者さまの楽しみを把握し、その日の状態に合わせて料理補助や洗濯物を畳んだり等の役割をこなして頂いています。		
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	個人の要望に対し、本人が満足できるように支援できるように配慮し、日光浴や散歩付き添い月に一度の買い物など本人の希望を把握しながら支援出来るように努力している。	買い物はレクリエーションの一つとして組み入れている。お彼岸の墓参りや衣類の買い物に家族と一緒に出かけている。通院の帰りに外食を楽しむこともある。月1回程度、イオンのフードコートや回転寿司に出かけている。桜の見どころがホーム周辺に多くあり、桜の時節には色々などころに出かける。初詣は大洗神社や笠間稲荷に出かける。独居だった男性は、近くのコンビニへよく出かけている。	

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	お金の管理が出来る方は自分で管理されている、月に一度の買い物や欲しいものがある時には職員が傾聴し自分で使えるように支援しています。		
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	本人の希望で電話をしたり、電話で話せない方野場合は本人の要望を職員が伝えたり、家族から聴き取りした家族の近況を本人に伝えたりしています。		
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	共用の空間には、障害物になるものはおかない。季節の花、毎日が分かる手作りカレンダーや、季節が感じられる壁画などを作成、展示している。	危険のない同線で家具を配置している。耳の聞こえ方の違いでTVを見る位置やテーブルの配席も工夫している。季節の貼り絵や壁画が飾られており、窓からは野鳥が見えたり、野ウサギが見えたりする。大きな窓は明るい雰囲気を作り出している。テーブルには季節の花が生けてあり、皆の話題となっている。	
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	リビング内にソファを置き一人に慣れる場所を作っています。また日々の行事によっては席を変えたりする工夫をしています。		
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	入居前に使用していた物や、ご家族の写真等を飾ったり、して本人の居心地良い空間を作っています。	曾孫さんの写真やアクティビティで作った作品(カレンダー)を飾り、職員とのコミュニケーションツールにもなっている。折り紙や雛飾りなどの作品を飾ったり、それぞれが思い思いの環境作りをしている。仏壇や位牌を持参した方もいる。	
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	自立支援に向け身体機能向上訓練等を安全に出来るような環境整備をして出来る事を増やせるように支援しています。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホームほほえみ

目標達成計画

作成日: 平成 30 年 6 月 25 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	35	夜間想定 of 避難訓練時に夜勤者も参加し、利用者の安全確保と、夜勤者の不安軽減を図る。	避難経路の照明など実際に確認し、安全な避難経路を確保する。	夜勤者を含む職員全体で実際に暗くなってから避難訓練を行う。同時に職員の緊急連絡網も行う。避難経路に照明などの設置。	3ヶ月
2					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、行を挿入して下さい。