

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	0870600269		
法人名	医療法人宮田医院		
事業所名	なごみの家		
所在地	茨城県筑西市丙56-2		
自己評価作成日	平成30年7月16日	評価結果市町村受理日	平成30年11月12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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&JizyosyoCd=0870600269-00&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)】

開設から17年目年。近隣の方たちの訪問も増え、入居者様、そのご家族様、関係職員も、地域の一員として良好な関係が築けております。内外の小さな問題も地域ぐるみで話し合う機会もあり、よりよい運営に向けて、取り組める環境があります。近くに当法人の宮田医院、みやた訪問看護ステーションの専門職スタッフとの連携も密です。また、馴染みの主治医、看護師がいる事で入居者様は安心して過ごされています。しかし避けられない高齢化。それに伴った身体的変化、認知症の重度化など、更に入居者様が安心して過ごせる様、日々スタッフ・ご家族・地域住民が一丸となって改善、取り組み姿勢を忘れない。入居者様のライフワーク全てに関われるケアが実践できるように取り組んでいます。

【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)】

住宅街の中にある施設である。天気の良い日は外気浴を兼ねて外出する。自治会に加入しており、推進会議を通し、地域住民との交流について検討している。宮田医院を母体とし、法人理念を念頭にホーム独自の理念を作り支援している。職員の離職率も低く、開設当時からスタッフが多い。24時間の訪問医師、訪問看護師の協力を得ながら看取りを行っている。家族の要望に合わせてリハビリスタッフを導入し、残存機能維持に努めている。管理者、スタッフ間で個別支援について日々話し合い、安心して生活されている様子が窺われる。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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)
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)
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)
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、活き活きと働いている (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)	○ 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
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
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	管理者、職員は地域密着サービスの意義を理解し、その都度話をし、運営理念の実現に日々取り組んでいる。	法人理念をもとに、独自の理念を作り支援している。日々の支援を通して、振り返りを行い話し合っている。	
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	地域の中の1つのホームとして職員は常に理解し、地域の方との交流を大切にしている。(積極的な挨拶、地域の催しへの積極的な参加、当ホーム行事の催しへの招待)	自治会に加入しているが、自治体主催の行事に参加できていない状況も見られている。関連施設と共に行事を計画・開催し地域に参加を呼びかけ交流を深めている。筑波大学医大生の傾聴ボランティアが介入している。今後は、ホーム主体の地域交流について検討して頂くことを期待する。	
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	認知症ケアの理解に、運営推進会議等を通して地域の方々に向けて勉強会等を設けている。		
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	自己評価及び外部評価について地域の方々と十分に話し合い、意見交換をしサービス向上に活かしている。	奇数月の第4火曜日に設定し、年6回実施している。自治会長、行政、民生委員が参加している。同時開催で、認知症についてなどの研修会を行っている。議事録は玄関に置き、参加できないご家族も閲覧できるようにしている。	
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	運営推進会議以外にも当事業所で相談等があれば、市町村担当者に声掛けをし迅速に意見交換が出来る様取り決めをしサービスの質の向上に取り組んでいる。	生活保護受給の利用者がおり、行政が定期的に介入している。地域連携推進事業として、地域包括主催の研修会や意見交換、事例検討会が行われている。	
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	拘束の具体的な行為を、職員全員が理解できる機会を多く持つことで、実際のケアに結び付けている。心身両面の拘束を原則禁止している。	転倒リスクがある利用者に対し、予防目的でヘルメット、両上下肢にプロテクターを装着している。利用者家族には、口頭にて説明し同意を得ている。指針を作成し、委員会を設置して定期的に話し合っている。	
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	関係職員は高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会(リスクマネジメント研修、スタッフミーティング等)を設け、同時に啓蒙活動をする事で虐待防止につなげている。		

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	実際成年後見人制度をご利用の方がおり、概要や手順を理解する機会があった。実際の場面から、ご本人様ばかりでなく、ご家族様への支援の重要性も理解し、職員全体が関われる努力をしている。		
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	口頭にて十分に説明し、利用者や家族等の不安、疑問点を尋ね契約を結んでいる。		
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	利用者の意見、不満、苦情等を言いやすい環境づくり(馴染みの関係作り)に配慮し、不満、苦情等があれば、その都度、話し合いの機会を設けている。必要があれば法人の代表者会議(あさがおの会)にて報告し、活かせるよう努めている。	利用者ご家族から残存機能維持についての要望があり、関連施設に依頼し作業療法士によるリハビリ訓練を取り入れている。日々の生活の中にも訓練を取り入れ、他の職員も行えるようプランに組み入れることを検討していく。	
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	毎月一回以上のスタッフミーティングを開催するようにし、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設けている。法人全体に関わることであれば、あさがおの会にて報告、後日職員に報告、運営に反映できるよう取り組んでいる。	月1回ミーティングを行い、スタッフ間の意見交換、伝達研修を行っている。話し合いをもとに、職員の休憩時間の確保に繋がった。 管理者との面談は随時行い、問題解決している。	
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	運営者(法人代表)は管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し法人会議等を活用し各自が向上心を持って働けるよう共に話し合い、向上心を持って働けるよう考慮している。		
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	運営者(法人代表)は法人内外の研修を受ける機会を設け働きながらトレーニングしていくことを進めている。(年1回以上の法人全体会議・研修の実施)		
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	近隣の福祉事業を訪問・交流をする機会を設け、サービスの質の向上に、相互間で努めている。		
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	インテークの段階で本人が困っていること、不安なこと、求めていること等を把握する事ができるよう十分な時間を設けている。入所前から傾聴する時間の確保に重点を置く努力をしている。		

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
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	相談から利用に至るまでに、ご家族等が困っていること、不安なこと、求めていること等を話す機会を大切に、納得して利用出来るよう努力をしている。		
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	相談を受けた時は本人と家族さらに専門分野のスタッフを含め、他のサービス利用も含めた対応ができる様、努めている。		
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、一緒に過ごしながらか喜怒哀楽を大切に、本人から学んだり、支えあう関係を築く意義を理解しており、支えあう関係づくりを大切にしている。		
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	気軽に相談できる環境づくりに配慮している。(ホーム、家族間での積極的な連絡。)又、ご家族との交流の場を作り意見交換の場を設けている。		
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	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の意識を職員は十分に理解しており、関係の継続のご本人、ご家族とのインテーク段階での十分な話し合いを行っている。	友人や家族が日常的に面会に来ている。また、家族と定期的に外出したり、外泊する方もいる。お墓参りや旅行に出掛ける方もいる。美容・理容は訪問理美容を利用している。	
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が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者同士が関わり合い、支え合う機会を事を大切にしている。		
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	サービス利用(契約)が終了しても継続的な関わりを大切にしている。グリーフケアの取り組みを行っており、時折、ご家族の訪問があり、懐かしい話のできる関係を築いている。		
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	一人ひとりの思いや暮らし方を大切に、家族の意向も含め、共に話し合いニーズの把握に努めている。困難なケース時も、継続し暮らし方の希望、意向の把握に努めている。	日々の支援を通して得た情報を記録に残し、スタッフ間で共有し支援に繋げている。不穏や大きな声を出してしまう方、トイレ動作などを共有して支援に繋げている。	

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	一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らしを大切にし、生活環境を知りケアに活かす努力をしている。		
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	一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態の把握をし、本人のストレンクスが高まるよう努めている。必要があれば、専門スタッフ(医師、看護師、OT,PT等)からアドバイスをもらい、隠された現状の把握にも努める努力をしている。		
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、ご家族様、関係職員と話し合いを大切に、ニーズ・課題の把握に努め、介護計画に反映されるよう努めている。	3ヶ月に1回モニタリングを行い、ケアプランを作成している。作業療法士と連携し、生活機能を評価してケアプランに反映している。	ケアプランがリハビリ訓練としてあげられている。訓練となると時間や場所などの設定し難しいものになり日々行うことが難しいと思われる。日々の生活の中で行える機能維持について、スタッフ間で話し合い取り入れることを検討して頂く。
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	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、情報を共有(口頭にての申し送り、スタッフノートの活用)し変化時には迅速に見直し(ケアの実践や介護計画の見直し)をしている。		
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	本人や家族の要望を大切にしている。必要があればその都度、柔軟な支援体制づくりを心がけ、計画・実行をしている。		
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	情報収集と、ある地域資源の活用を図っている。民生委員やボランティア、消防署員等との連携を図り、安全な生活環境の提供に努めている。(運営推進会議の活用)		
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	本人及び家族等の希望を大切に、馴染みのかかりつけ医に依頼し、適切な医療が受けられるように支援している。(主治医意外に専門医、専門機関への受診のすすめ)	月2回の往診がある。その他、医師や看護師は24時間対応しているので相談しやすい。また、担当医が毎日昼食を検査に来る。突発受診は家族に連絡し、受診後に電話連絡、支援記録に記入している。	
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	馴染みの訪問看護職員、気軽に相談しながら、日常の健康管理や、緊急時の速やかな対応ができるよう体制を整えている。(定期的な看護師の訪問、連絡)		

自己	外部	項目	外部評価	
			自己評価 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
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。	お見舞いを頻回に行うことで、情報交換、なじみの関係が途切れず、不安なく治療が受けられるように配慮をしている。病院関係者との情報交換に努め、関係づくりを強化することで、退院までの経過がムーズにいくよう努め、把握している。	
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	ご本人やご家族、かかりつけ医を含め話し合う機会を十分に設け、その意向を大切にしている。プロトコルの設定をし(ターミナルケア指針、同意書、カンファレンス)、過不足なくサービスが提供でき、ご本人、ご家族の気持ちに寄り添ったケアの提供をめざしている。	24時間、医師や看護師と指針に沿ったケアを提供し、状態に合わせて家族に説明し、同意を得て支援している。また、病状に合わせたケアプランを立案し、利用者一人一人に合わせた支援ができるよう検討して頂く。
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	消防署の行う、救急蘇生法の講習を、職員全員随時受講している。自主訓練として、応急手当や初期対応の方法を、看護師が指導をしている。	
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	年2回以上の災害訓練を実施すると共に必ず地域の方々との共同での災害訓練も実施中。これにより地域との協力体制を築いている。(地域消防団との連携)	年2回3月と11月に避難訓練を行っている。関連施設に連絡し、協力を得られる体制がなされている。各災害に合わせた避難誘導経路を職員は理解している。
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	一人ひとりの誇りやプライバシーの意義を管理者と職員は十分に理解しており、尊重する事を常に忘れない。形ばかりでなく本当に心から尊敬を込めて接する様に努めている。	接遇研修に参加し、プライバシーの確保・尊重についての理解を深めている。重要事項説明書に於いて、苦情解決責任者の追加記載を検討して頂く。
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	ご自分の思いや希望が、遠慮なく吐露できる環境作り・関係づくりを心がけている。表出できないご本人の希望に関しては、ご家族からの情報を得ることで、自己決定ができるよう努めている。	
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	管理者と職員は一人ひとりのペースを大切に、その人らしい暮らしが邪魔されないよう努力をしている。(利用者本位のゆっくりとしたケア)	

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	
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	馴染みの理容・美容店が利用できる様にしている。平素も、本人の希望があれば、(外出の時など)お化粧品ももらっている。男性利用者の髭剃りは毎日の日課になっている。			
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	一人ひとりの好みや力を把握し利用者と職員が一緒に食事の準備、片付けをすることを大切にしている。	日々の献立は職員が作成している。また、季節の食材や食べたいものなどを聞き、献立に反映している。食材は宅配を利用している。買い物は随時行っている。利用者は、体調や食材に合わせて準備や片付けを一緒に行っている。		
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	一人ひとりの食習慣・嗜好を尊重している。咀嚼・嚥下障害のある方への介助は医師、看護師の指導を受けたり、研修を受けるなどし、安全に口から食事ができるようにしている。水分・食事量のチェックを毎食行い、水分出納チェックを実施。			
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	一人ひとりの口腔状態や力に応じた支援をしている。個別の毎食後の口腔ケア、個別の口腔状態の観察を実施。必要があれば歯科医の指導を受けている。			
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	おむつは極力使わないという方針であり、本人の排泄パターン、習慣を考慮し、気持ちよく排泄できるよう支援している。日中は全介助の方もトイレに座っていただいている。	利用者一人一人の排せつパターンを把握し、トイレ誘導や声掛けをしている。便秘の利用者については、便座に座って頂き習慣をつけて頂いている。		
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	なるべく薬(下剤)を使わない方針である。便秘予防の為にメニューの活用、毎日身体を動かす環境づくりを行っている。(個別の状態を考慮した散歩、レクリエーションなど)			
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	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毎日支援している。(午前、午後と入浴の時間を設けている)	週2~3回の入浴を支援している他、汚染により随時入浴を行っている。季節の入浴剤を使用して、気分転換を図っている。		
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	一人ひとりの生活習慣、そのときの状態を考慮し安心して安眠や休息が出来るよう支援している。(利用者と共に添い寝、昼寝等、2F利用者の方の一時休憩室の利用)			

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
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	職員は、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、必要があれば家族、かかりつけ医に相談している。(スタッフノート、口頭での理解及び情報の共有)服用薬一覧表をまとめている。		
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	一人ひとりの生活歴、力を理解し、張り合いを持って過ごしていただく様、各レクリエーション、馴染みの場所への外出等を行っている。		
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	知らない場所(忘れてしまうため)への外出を怖がる方が増え、体力的な問題も垣間見える。積極的な外出は難しくなっている方が多い。随時、戸外に出かけられるよう環境を整え、近隣への外出が何気なくできるよう支援すると共に職員も外出の大切さについて理解している。	四季に合わせて福祉車両で外出している。ドライブがてらお花見に出掛けている。日々、玄関先に出て日光浴や散歩をするなどの支援を行っている。	
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	一人ひとりの希望や力を把握・理解し、お金を所持したり、不安なく使えるよう支援している。		
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	家族や大切な人に本人自らが連絡することへの意義を管理者・スタッフは理解しており支援している。		
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	共用の空間は、生活感・季節感を採り入れており、例えば、花瓶にはなるべく季節の花などをさすように心掛けている。感情の混乱を引き起こす、雑多な騒音は避けるよう、職員は理解し、環境をつくっている。	住宅街に戸建て住宅の趣で建てられている。共有空間にはダイニングテーブルやソファが置かれ、落ち着いた空間になっている。季節の飾りや写真が飾られ馴染みの空間作りがされている。	
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	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随所にソファ、ベンチなどを置き環境づくりに配慮している。		

茨城県 グループホームなごみの家

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	使い慣れた家具、照明等を持ってきて頂き、ご本人が混乱しないような居室の環境に配置している。(ご家族へも居室環境の重要性を説明)	1階と2階に居室があり、馴染みの家具やテレビが置かれている。また、家族写真が飾られたり、趣味の置物があり、落ち着いた空間作りがされている。	
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	一人ひとりの出来る事を把握し、ご本人が成功体験の積み重ねができるよう配慮。自立支援がご本人の不快な感情を伴わないよう支援している。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホームなごみの家

目標達成計画

作成日: 平成 30 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	26	ケアプランがリハビリ訓練としてあげられている。訓練となると、日々行う事が難しい事もあると思う。日々の生活の中で行える機能維持について考え実践していく事が課題である。	利用者様ご本人が気兼ねなく出来る、生活の一部の中でのリハビリ(機能維持)としてケアプランに取り入れて行く。可能な限り出来ることを利用者様ご本人と話をしていく。	リハビリ訓練としてとりあげられているケアプランをピックアップ。ご本人、スタッフ、ケアマネ、必要があれば専門のスタッフ、主治医を交え話し合い、日々の生活の中で可能な生活リハビリ(機能維持)として取り入れ実践していく。	6ヶ月
2	35	ホームの防災対策について、更に話し合っていく。広域避難場所を利用する際の部屋の確保について検討する。日々の機能訓練が避難時間の短縮に繋がることを加味し検討する。	防災対策についてこれでもいいのではなく、推進会議などを通じ話し合い、地域の方と協力して今後行う。(広域避難場所の利用を含む)日々の機能訓練が避難時間の短縮に繋がる事を意識、スタッフ一同は常に心掛けていく。意識できるホーム作り。	推進会議を通し、今後も協力体制について現状のホームの様子をお伝えし話し合っていく。広域避難場所の利用については市の担当部署に相談、話し合っていく。日々の機能訓練が避難時間の短縮に繋がる事を意識して実践していく。(スタッフミーティングを利用)	6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。