

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	0890200108		
法人名	社会福祉法人 克信会		
事業所名	グループホーム ベンてん		
所在地	茨城県日立市東金沢町2-14-19		
自己評価作成日	2020年7月31日	評価結果市町村受理日	2023年1月30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	https://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=0890200108-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【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4637-2
訪問調査日	2022年12月5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)】

利用者様の「笑顔と心ときめく思い出作り」をお手伝いさせて頂いております。自宅と変わらないままの生活を送って貰えるよう支援させて頂きます。コロナ過で外出などは容易にできない状況ですがそのような状況の中でも、利用者様に四季を感じて貰える催し事や食事の提供など、利用者様と職員がともに楽しく思い出を作れるような場所を提供いたします。

【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)】

住宅街に立つビルの2階3階にある事業所。近くにある系列の特養や同ビル1階にある地域包括支援センターと連携した支援が行われている。コロナ禍前は家族と一緒に1泊旅行をしたり、外出イベントを楽しむことが多かったが、現在は散歩をしたり、人混みを避けてドライブを楽しんでいる。買い物や地域とのふれあいを控えており、利用者のストレスがたまらないよう、ホーム内の活動に力を入れている。食事には利用者の希望や畑の収穫物を取り入れ、一緒に餃子作りをするなど、楽しく美味しく食べることに努めている。感染対策をとりながら家族との面会は継続し、安心のある生活が継続できるよう支援している。***新型コロナウイルス感染予防の観点から、訪問調査は通常より時間を短縮し、簡潔に実施。**

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)	○ 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、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している (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	理念は共有スペース、ネーム裏に常に確認ができるようにしており意識しながら仕事をしている。	理念は職員がいつでも確認できる環境であり、意識もできていると思うが、地域との関わりを重視した理念であることから、コロナ禍の現在では実践できないことも多いと感じている。職員からは、一人ひとりの違いを意識し、利用者のできることを大切に支援に努めていることが窺えた。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	地域のスーパー等に週に数回買い物に行ったり、近隣の味噌屋さんを利用している。	コロナ禍前は近くのスーパーに出かけたり、近所の方々と触れあうことも多かったが、コロナ禍の現在は、人混みを避けながら、散歩や畑の収穫に出かける程度である。	
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	事業所の地域包括センターと協力し、イベントなどの際には参加できるように努めているが近年は感染対策のために十分に参加することができていない。		
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	感染対策のために書面での開催を継続している。	活動状況、新型コロナ感染状況などを議題として、推進委員に文書を送付し、コメントが返っている。民生委員や地域の委員には文書を手渡しし、話を聞くようにしている。玄関に議事録を掲示し、家族はいつでも見ることができる。	
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取り組んでいる	事業所などで行った取り組みなど書面で報告し助言を頂いている。市の相談員の訪問は感染状況が落ち着いているときのみ行っている。	介護保険更新申請などで市役所に出向いて話しており、担当課とは気軽に電話等でも相談できる関係が構築されている。利用者が心待ちにしていた相談員の訪問もコロナ禍で中断している。地域包括は同じ建物内にあり、密な連携がとられている。	
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	一時性、切迫性、非代替性という3つの要件を考えた上で身体拘束をしないよう、職員間で意識の統一をしている。	法人内の事業所と合同で毎月委員会を開催し、現状を把握している。グループホーム内では拘束が必要な利用者はいない。外出したい方には、なるべく職員が付き添って出かけるようにしている。研修は、コロナ禍であることから資料を配布して個別研修となっている。	

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
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	勉強会や、研修会に参加し利用者のことを把握し虐待が見過ごされることがないように注意し防止に努めています。		
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	ご家族様やご本人様からの相談があった際には、裁判所・かかりつけ医と連携しながら必要な情報提供を行い対応できるようにしている。		
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	必ず2名以上の職員での事前説明を行い、説明漏れがないように注意している。またその際に不安や疑問点を聞きすぐに確認できるようにしている。後日でも確認ができるように対応職員の氏名を伝えている。		
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	各入居者様に担当職員を設けその職員が、担当入居者様・ご家族との関係を作ることで全体に意見や要望が伝わるようにしている。ごじつ	家族は毎週スーツ交換で来所しており、面会もマスク着用で距離をおいて話せるよう支援している。通院の送迎依頼があり、訪問診療を紹介するなど適切に対応している。	
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	日ごろから職員同士のコミュニケーションを大切にし、会議の際に情報の共有を行っている。また会議の際には全員で意見交換をすることができるように努めている。	月1回、職員の勤務状況等に合わせてユニット会議を開催しているが、日常的に意見や相談などが寄せられている。半年毎の面接では、目標管理以外の相談などにも応じている。営繕関係は法人内に担当があり、修理などがスムーズである。職員からは、管理者も現場で一緒に働いており、よく理解してくれるので働きやすいとの話が聞けた。	
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	半年に1度個人やグループで目標を設定し共有することで個人の目標を職員同士で達成できるように努めている。		
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	経験年数や役割などに応じて、受けられる研修等の参加できるようにしている。		

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
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	他施設等の運営推進会議の参加など情報交換など行っている。		
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	暮らし始める利用者様に対し、積極的にコミュニケーションをとりながら、これまでどのように生活してきたか、衣食住において好みや嫌いなことなどを知りより充実し、楽しんで生活が出来るような環境づくりを心がけている		
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	ご家族様と話しをする中で不安なことや困っていることなどを理解し、出来る限りの解決策などを提示できるように心がけている。		
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	本人と家族が求めている支援の把握に心がけ、適切なサービスを利用できるようにしている。		
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	調理や洗濯物をたたむなど本人と共に行っている。		
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	ご家族が来園されたり連絡をとったりする際に現状をお伝え出来るようにしている。		
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い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	友人、親戚等、面会や連絡などが気軽にできるような環境づくりをしている。	家族や親戚の面会がある方がいる。知人からの手紙を読む手伝いをする。以前には刺繍用品を買いに出かけたこともある。ドライブに出かけたときに自宅付近を通ったり、街の風景を見ながら思い出話に浸ることがある。新聞を購読する利用者がある。	
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	利用者様の性格や特徴を把握しトラブルなどにならないような配慮をし、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	サービス終了後も何か悩みや不安等があれば気軽に相談できるよう、家族へ声掛けしている。		
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	本人の気持ちや意向を最優先に考えその思いに沿った生活が送れるように努めている。	利用者同士の会話から希望を汲み取ったり、テレビCMへの反応を見てファストフードを買いに行くなど、思いを大事にしている。刺繍をしたり、漫画を読むなどの生活が継続できるよう支援している。思いを言葉にできない方には、表情や声かけへの反応を見て思いを汲み取るようにし、職員間で情報を共有している。	
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	センター方式を使用し、本人や家族から情報を得て生活歴を把握している。		
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	生活の様子をケース記録として残し、職員間で情報の共有をしている。		
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	サービス担当者会議を行い現状のニーズを確認して介護計画を作成している。	担当者が中心になって、サービス担当者会議に意見だし、モニタリングを実施して次の計画につなげている。半年毎にプランを作成しているが、状態の変化があった時にはプランを見直している。家族には面会時にプランを手渡しし、意見を聞く。温度板や日々の支援内容は電子化されている。	ケアプランと支援記録のシステムが違うため、支援するときや記録するときに確認しやすいようにプランの見え方について検討されることを期待する。
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	生活日誌やケース記録を確認、申し送りノートを利用し情報の共有をしている。		
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	園外活動や外食などは現在、コロナ感染予防の為にできていないが、ドライブなどで利用者のニーズに少しでも添えるようにしている。		

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
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	感染対策の為地域との協働は控えている状況。		
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	入所以前からのかかりつけ医を重視しつつ、適切な医療を受けられるよう、情報提供、共有している。	以前のかかりつけ医を重視し、家族と医師との関係継続の為、通院は家族付き添いを原則としているが、要請により同席することがある。訪問診療も選択できるよう支援して。変化があった時は家族に連絡し、記録している。	
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	看護師は常駐していないが、法人内の看護師と連携している。		
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。	入院の際のサマリーを作成し情報を共有している。また、定期的に病院を訪問したり、電話連絡などで、状況の把握に努めている。		
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	重要事項説明の際に説明し、同意をえている。入所時にあわせて特養への申し込みの案内もしている。	看取りは行わないことを入所時に説明し、家族の同意を得ている。普段は法人内の看護師と連携を密にして支援を行っている。車椅子対応や浴槽をまたげない、食事の口腔摂取が困難になった時には、特養と連携してスムーズに転院できるよう配慮している。職員は、希望があれば住み慣れたグループホームで看取りたいとの思いはあるが、施設設備や看護体制上、難しいと考えている。	
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に沿って対応している。		

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
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	定期的に防災訓練を行い、避難経路、自動通報装置の使い方を確認している。	歩行自立の方が多く、年2回の避難訓練では、居室が2階3階ではあるが10分程度で避難できる。2階ベランダへの避難も検討し、消防署にも伝えてあるが、段差が大きいことに難点がある。避難用具も準備している。停電時には非常電源の用意がある。広域の避難場所を把握しているが、系列の特養への避難を検討している。災害別の避難マニュアルは用意しているが、放射能については、まだ自治体から避難先の提示がされていない。職員は避難誘導の順番など検討すべきと考えていた。	
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	本人の性格や生活歴にあわせ適切な声かけをするように努めている。	利用者への言葉遣いは、年長者への配慮としてフランクになり過ぎないように注意している。写真の掲載に関しては家族の同意を得ており、広報等に掲載しない方もいる。面会票は個別にしている。	
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	わかりやすいような質問や、その問いに関する選択肢を用意することで、自己決定をしやすいよう努めている。		
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	本人のペースに合わせて職員から強要することがないように支援している。		
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	本人が好みに合わせた衣類を選んで着れるよう、本人や家族から情報を得て、家族に衣類を準備して頂いている。		
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	買い物から、調理、下膳、後片付けまで、出ることを手伝って頂いている。	3～4日分をまとめて購入し、畑の野菜や冷蔵庫の中身、利用者の希望を聞いて献立を考える。鰻弁当やハンバーガーなどのテイクアウトを利用することがある。味付けや野菜の皮むきなどできる方は一緒に行っており、当日は餃子を作り、ホットプレートで焼きあがるを待つ利用者の様子が見られた。職員手作りのアップパイがおやつに出ることがある。	

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
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	食事量、水分量を記録している。不足分は本人の好みの物を提供している。		
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	義歯の取り外しや口腔ケアを個々の能力に合わせて行って頂いたり、支援している。		
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	出来る限りトイレでの排泄が出来るよう努めている。本人のペースでトイレには行ってもらい、尿意、便意があいまいな方に関しては適宜声かけ、誘導している。	排泄が自立している方もおり、声かけ誘導の方は時間調整に配慮している。夜間のおむつ交換は定時で行っている。ポータブルトイレ利用の方も安全に使用できている。おむつは家族が購入している。ヨーグルトなど乳製品で便秘対策しているが、場合によっては医師の処方による薬を使って不快症状がない生活を支援している。	
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	食物繊維を多く摂取できるような食事作りを心掛けている。納豆や乳製品を毎日提供し、適度な運動も取り入れている。		
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	頻度や時間等、できる限り本人の意向に沿った入浴を心掛けている。	週2回以上の入浴を基本に、拒否傾向の方にも工夫をした働きかけで入浴できるように支援している。むくみや傷があるときには足浴を実施することもある。利用者は、浮かんでいるゆずや入浴剤のきれいな色と匂いを喜んでいる。足拭きマットは個別に交換している。	
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	本人のペースで休んだり趣味の時間にあてるなどしていただけるよう対応している。		
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	個々のファイルに処方箋をとじ込みいつでも確認できるようにしている。		

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
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	個々の出来ることや趣味などを把握し、その人に合った役割を提供している。		
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に支援している	ドライブや散歩など、出来る限り希望に沿って支援できるよう努めている。	近所にある畑や散歩に出かけている。人混みを避けてドライブにでかけ、お弁当やお菓子を食べるなど気分転換を図っている。近くの浜辺に行くときもある。通院は家族と一緒に、食事はホームに戻ってとるよう依頼している。	
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	ご家族よりお小遣いを頂き、外出の際に買い物をしたり、外食をしたりして頂いている。		
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	本人の希望で電話をしたり、手紙を出したりしている。		
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	ベランダで植物を育てたり、観葉植物を置いたりしている。トイレや浴室、自室もわかりやすいように工夫している。	キッチンと食堂が近く、調理の様子を目と匂いで感じることができる。季節毎に貼り絵などの作品を作り、廊下にサンタとクリスマスツリーをかたどる作品が掲示されていた。日中は思い思いに過ごしており、部屋でテレビや漫画を見たり、食堂で会話を楽しむ方もいる。職員主導で体操を行うようにしている。エレベーター前が食堂になっており、社会的にあいさつしてくださる利用者がいた。	
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	利用者同士の席の配置を距離感なども含め会話がしやすいよう考慮している。		
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	普段使用している食器や居室に置く物品等も含めご家族や本人と相談し、馴染みのものを準備してもらっている。	居室は名札で確認できる。洗面台完備の他、ベッド、タンス、床頭台を用意している。肘付き椅子やテレビを置いたり、家族の写真などが飾られている。窓が大きく、居室が2～3階にある為見晴らしく、部屋によっては花火が見えるとのこと。シーツは1週間毎に交換して家族が洗濯しており、遠方に住む家族は宅配を利用している。	

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
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	各居室に表札を付けたり、トイレや浴室にはわかりやすいように印を付けたりしている。		

(別紙4(2))

事業所名 : グループホームべんてん

目標達成計画

作成年月日 : 2023年1月28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	ケアプランと支援記録のシステムが違う為、支援や記録時に確認しやすい方法の検討	現行のケアプラン作成ツールを使用する以外で確認できるようにする。	別ファイルに個人のケアプラン、モニタリングシートを作成し、支援記録入力の際に同時に開けるようにする。	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。