

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	0874400351		
法人名	株式会社 モデンナ・ケアサービス		
事業所名	グループホーム 響(鈴)		
所在地	茨城県北相馬郡利根町横須賀147		
自己評価作成日	平成29年7月25日	評価結果市町村受理日	平成29年11月20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_2013_022_kani=true&JizyosyoCd=0874400351-00&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29年9月20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)】

家庭的な環境の中で認知症になっても、その方の持てる力を発揮でき、馴染みの暮らしが継続できるように支援しており、御本人の希望やペースに合わせて安心して1日が過ごせるようにしています。ご家族様がいつでも来所しやすい暖かく接しやすい環境づくりを心がけています。

【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)】

広い敷地の中にある純和風な佇まいの混合福祉施設である。大きなイベントの秋祭り以外にも若い人達との体操やデイの利用者との交流を行い、なじみの関係を深めている。地域住民・利用者家族・他近隣施設の職員・利用者が多数参加する秋祭りは、利用者の楽しみとなっている。管理者からはその人らしくを基本に家族と利用者との関係継続に努め、家族のような信頼関係を築けるように努めていると話があり、それに向け全職員で支援をしている事業所である。

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) ○	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) ○		

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	ホーム内に運営理念を掲示している。また、スタッフも携帯し、いつでも確認できるようにしている。	理念をホーム内に掲示、名札裏に携帯し、ミーティングで確認をしている。利用者の気持ちを大切にされた家庭的な環境の元でケアの提供に取り組んでいる。職員からは利用者のその時々への思いに添ったケアの提供に努めているという話が聞けた。	地域交流は実施されているが、理念の中に、地域密着型サービスの意義を踏まえた理念を作成することを期待する。
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	回覧板や催事のご案内を郵送している。また、毎年行われている秋祭り等をはじめ地域住民や利用者家族を招待して施設を開放し交流を行っている。	秋祭りは地域住民には回覧板、家族や他事業所には案内状を郵送して周知を図り、多数の参加を頂いて利用者と一緒に楽しい時間を過ごしている。雨天開催時についてのアドバイスが家族から出た。ボランティア訪問(踊り・ハーモニカ・大正琴・歌・フラ等)があり、隣接のデイサービスの利用者と一緒に楽しんでいる。町内会のごみ拾いには職員が参加。自治会総会には事務長が参加し、事業所や認知症に対する理解を得ている。	
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	2ヶ月に1回程度運営推進会議を行い、地域に認知症等の情報を発信している。		
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	運営推進会議で家族や地域住民の意見を参考にしてスタッフでカンファレンスを行い、スタッフ全員がサービス向上に生かせるようにしている。	全家族に郵送でお知らせし、参加を呼び掛けており、毎回5～6名の参加がある。主に事業予定・報告・利用状況・季節に応じた研修などの内容となっている。民生委員・区長(各3名)から第3者として貴重な意見をもらう時もある。会議内容はミーティングで報告し全職員で共有しサービス向上に活かしている。不参加の家族には面会時に報告している。新しい職員の紹介もこの場で行う。	運営推進会議内容や事業所の取組みを面会に来れない家族に対しても議事録・研修資料等を郵送し、運営推進会議の意義と事業所に対する理解を得る体制が望ましい。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	周囲の学校や一般の方にも自由に出入りできるように連携を保ち、更なるサービスの質の向上に努めている。	各担当課(高齢福祉課・地域包括支援センター・社協)との連携(主に施設長)は密にとり、良好な協力関係を築いている。中・高校生の体験学習の場として提供している。保育園児・幼稚園児の訪問・遊戯披露には利用者の笑顔が一段と輝く。地域密着型連絡協議会に参加し行政と情報を共有している。	
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	職員全員が正しく確認し身体拘束のないケアに取り組めるよう努めている。防犯のため、幹線道路に面した玄関のみ施錠している。	毎年身体拘束について勉強会を実施し、拘束となる行為・弊害を周知し、利用者の安全・安心に向けたケアの提供に努めている。防犯や幹線道路沿いのため玄関のみ施錠しているが、外出傾向が見られたときは利用者が落ち着くようにケースバイケースで対応している。安全上やむを得ず拘束となる場合(夜間の転倒防止として4点柵)は同意をもらい、書面に経過・支援内容を残している。車いすの点検は職員が実施しているが、必要に応じて家族の了解を得て自転車店で修理をお願いしている。	

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
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	月一度のカンファレンスや日頃の業務中にもスタッフ同士意見を交換し注意喚起を行っている。		
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	現在、権利擁護に関する制度を利用されている方はいませんが必要になった場合は速やかに関係機関との調整を行う。		
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	入居契約時に十分な説明を行い利用者とその家族から意見を取り入れながら理解、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	意見箱を設置し、その意見や提案等を聞き相談しながら介護の体制を整えている。	意見箱の設置・第3者機関名・電話番号を明示して意見の言い出しにくい家族・利用者に配慮しているが、今のところ意見等は無い。面会時に意見や提案(職員の異動について話があったが、法人としての方針を説明し理解を頂いた)を聞き対応している。家族に連絡した内容は申し送りノートに記入し、出勤時に各職員が必ず目を通し共有している(押印で確認)。	
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	職員の意見提案等を聞き、相談しながら介護の体制を整えている。	現場の気づきや提案はリーダーに伝え、改善可能な場合はすぐに改善したり、施設長が参加するミーティングで検討し反映させている(例①ユニット間に対応が違うことがある→統一できることは統一した。・例②ケース記録を早番が記録していたが、固定しない方がいい。→交代で記録)。職員の様子から管理者が声をかけストレスや不満がたまらないようにしている。また職員からは管理者になんでも聞いてもらえるので、働きやすい環境だという話があった。食事会や歓送迎会で職員の親睦を深めている。外部研修に参加後はカンファレンスで報告し、全職員で共有している。	
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	管理者等が職員の抱えている悩みを聞き相談に乗っている。月に一度の勉強会や管理者その上司等がアドバイスをを行い向上心を持って働けるよう努めている。		
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	採用者に業務マニュアルに沿って研修を行い、その後も職員本人に合わせた勉強会や指導を行っている。		

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
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	勉強会を開きお互いサービス向上の為の確認を相互的に行っている。		
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	アセスメント時に十分に時間を使い利用者とは話を聞くよう努めている。		
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	アセスメント以外にも連絡を密に取ることにより信頼関係を築けるよう努めている。		
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	利用者や家族が必要としていることを明記しケアプラン作成時に役立っている。		
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	職員にとって利用者は「人生の先輩」である為、様々な場面で学ぶことが多い。また、お互いが支え合えるような関係が築けるように努めている。		
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	家族との連絡を密に行い、利用者の気持ちを理解した上で対応している。		
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	利用者より要望があった場合は、家族に連絡し相談して関係が途切れないように計画対応している。	友人・知人も高齢になり面会は少なくなってきたが、複合施設の利用者同士の馴染みの関係が深まっている。遠方の親族や友人と手紙・携帯電話で連絡を取り合い、関係が途切れないように支援に努めている。家族の協力を得て美容院・お墓参り・外食・外泊に出かける利用者がいる。馴染みの味の和菓子を買ってきて、抹茶でもてなし、利用者に好評であった。なじみのスーパーに出かける時もある。今まで通り新聞・乳酸飲料を配達してもらっている利用者もいる。	
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	利用者の生活ペースに合わせてながらもなるべく一緒に食事を探るように努めている。他、リハビリ体操やレクリエーション等を行っている。		

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
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	利用者が退所した後もケアマネジャーを通じ情報を交換している。		
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	利用者や家族の思いや意向を聞き、スタッフ間で情報共有をしながら業務を行っている。	アセスメントをセンター方式に変更したことで、生活歴・職歴・趣味等のきめ細かい内容から新たな発見があり、利用者の生活がその人らしく楽しく過ごしてもらえるよう、統一したケアの提供ができるようになった。庭・野菜の手入れ・フラワーアレンジメント・漢字・計算ドリルや毎週来訪する機能訓練士によるリハビリ等からやりがいに繋げている。困難な場合は誘い方を工夫したり、表情・様子から察知して利用者本位に検討している。	
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	利用者や家族よりこれまでの生活歴や環境等の話を聞き職員全員が把握できるように努めそれに沿えるようなサービスを提供している。		
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	日頃の申し送りや月1回のカンファレンスの中で利用者の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	利用者、家族、スタッフの意見交換した上で意向に沿ったケアプランを作成している。	家族・利用者の希望を聞きカンファレンスを開催。課題とケアのあり方について話し合い、ケアマネがプランを作成している。作成後は家族に説明し同意を得ている。プランの目標達成に向けた支援内容を毎日モニタリングで確認している。ケース記録(支援内容・その時の反応・対応・気づきを時間帯により色分けし詳しく記録)・居室担当者意見・ミーティング・家族関連記録・モニタリングから次の介護計画の見直しに繋げている。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の子やケアの実践・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	毎日の介護記録に利用者の変化を具体的に記録しケアプラン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	利用者や家族の状況によって早急に必要なのは事業所で対応している。		

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	隣接しているデイサービスに来所するボランティアによる活動やレクリエーション等でデイサービス、ショートステイ利用者と交流を行うことにより支援を行っている。		
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	基本的には利用者、ご家族の希望する医療機関にて受診している。特に希望がない利用者には施設協力医療機関を納得した上で受診できるよう支援している。	基本的には希望する医療機関を受診しているが、ほとんどの利用者が協力医療機関を利用。月2回の往診があり、受診用申し送りノートと家族用申し送りノートに記録して、職員と家族は情報を共有している。専門医の受診は家族が付き添い、報告を受け記録に残している。面会の少ない家族には往診結果と近況報告を行っている。隣接施設の看護師に相談したり、アドバイスを受け体調管理に努めている。	
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	隣接する施設に看護職員が配置されているのでいつでも相談ができる。また日常でも利用者の健康管理を行っている。		
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。	入院した場合には医療機関と連絡を取り、早期退院できるよう、連携を行っている。		
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	利用者の状況を把握しながら自力で出来ることはなるべく本人が行い、毎日穏やかにすごせるよう支援している。また、利用者の状況の変化を主治医と常に共有し状況に応じた指示を仰げるようにしている。	24時間医療連携が難しい為、基本的には看取りをしていない事を家族に説明し了承を得ている。急変時には救急搬送の後、医師と家族との話し合いとなる。日々、利用者の体調の変化に気を付け、変調時には主治医に受診や指示をもらったり、家族に説明をしてもらっている。家族の意向により、医師と連携を取りながら老衰の方を看送った経験はある。	
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	緊急対応マニュアルを設置しているので、スタッフ全員がその内容を把握し、必要に応じて訓練等を行っている。		
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回程度の消防署の指導のもと避難訓練を行っている。	消防署指導のもと、年2回訓練を実施し、声掛けが少ない・9分以内で避難できたので良かったという評価をうけた。職員は利用者が安全に避難できる方法を身につけている。区長と合同訓練を実施し協力依頼内容を構築している。火を出さないことが第一だと考え、コンセントも含め、火元毎のマニュアルを作成している。備蓄品・緊急持ち出し用品は整備している。交通事故対応マニュアルは作成予定。行政から福祉避難場所としての要請を受け、快諾した。	

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	利用者の立場を尊重した声掛けや対応を行っている。	自分が不快に感じることは利用者にとっても不快であると全職員が理解しており、職員と利用者の信頼関係を深め、人格を尊重しほこりやプライバシーを損ねない対応をしている。個人情報保護に努め、書類関係は事務所内で保管している。面会簿は個人毎に記入。事業所内の写真掲載等の肖像権は口頭で同意を得ている。	
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	利用者が納得された生活が送れるように常に自己解決出来るように声掛け支援している。		
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	おおまかなスケジュールはあるが利用者一人一人の生活を大切に自由で過ごせるよう配慮している。		
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	化粧品などの利用者が希望した際には家族に報告し同意を得た上で報告し同意を得た上で購入している。髪型等も本人希望に添えるに支援している。		
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	行事食やおやつなどに利用者の好みを取り入れたり栄養士の作成したメニューで食事準備や後片付けを一緒に行っている。	食材は外注しているが、畑で収穫された野菜を一品プラスする時もある。行事食(月2回)・外食には利用者の希望を聞いている。お誕生会・おやつ(ホットケーキ・どら焼き・お好み焼き・かき氷・蒸し饅头等)づくりで利用者の得意とする分野を手伝ってもらっている。皮むき・配・下膳・食器拭きを一緒に行っている。全介食(ペースト・刻み)の利用者を重視するため、職員は介助と見守りに専念し、食事は別に食べている。	
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	栄養士の作成したメニューで食事提供を行っている利用者摂取量や水分摂取量は常にチェックしている。		
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、口腔ケアを行っている。管理簿にて実施状況を把握している。また就寝前には義歯を洗浄している。		

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
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	排泄チェック表で排泄パターンを把握し極力オムツ等を利用しないでトイレにて排泄が行えるように自立支援を行っている。	パターン・表情・様子からさりげなく声替えをしてトイレに誘導し、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。リハパン・おむつに頼らずできるだけトイレで排泄するように声掛けを行っている。リハパン・パット対応から布パン・パットに改善した利用者がいる。できるだけ薬に頼らず、体操・散歩・マッサージ・乳酸飲料等で自然排便に努めている。	
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	服薬に合わせ、個別に乳製品を多く取り入れたり、体操、マッサージ等を行い予防に努めている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	利用者の希望や健康状態に応じて安心して入浴が楽しめるように支援している。	利用者の状態に応じてデイの機械浴を利用するときもあるが、二人体制で支援を行っている。基本的に週3回の入浴支援で、のんびり、さっぱりしてもらい気分転換を図っている。シャワー浴・清拭・足浴は体調に応じて対応。感染予防対策として足ふきマットの上にタオルを敷いて対応している。季節に応じてゆず湯・菖蒲湯を提供するときは昔話が出てくる。着替えの準備はできる人は自分で、もしくは職員と一緒にやっている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	利用者の睡眠パターンを把握し夜間ゆっくり休めるに日中活動的に過ごせるように支援している。		
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	利用者の服用している薬の副作用が理解できるように処方箋をファイリングしている。新しい薬が処方された際は、スタッフ間で情報共有し変化の確認に努めている。		
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	利用者にあった役割を割り当てている。屋外への散歩や外気浴を行うことによって気分転換ができるように支援している。		
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	利用者の状況や希望に応じて買い物や散歩、地域行事への参加を促し、外出している。	天候・体調に合わせて敷地内を散策したり、野菜の手入れ・収穫・体操・お茶を飲むなどしながら、風や日差しを感じてもらおうようにしている。花見・買い物・敬老会・初詣等に出かけている(花見・初詣は全利用者とお出かけている)。また家族とお出かける利用者もいる。	

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	状況に応じて利用者自身が管理出来るように支援している。		
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	利用者の希望に応じていつでも電話や手紙のやり取りが出来るように支援している。		
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	季節の花や装飾品を見える場所に置き、家庭的な雰囲気になるように工夫している。	純和風の佇まいで、箱庭のような玄関アプローチが訪問者や帰宅した利用者を暖かく迎え入れる。玄関の金魚や全員で撮った花見の写真がなぜかほっとした空間を作っている。季節の装飾品(朝顔・簾)を飾ったり。手作りカレンダー・見やすい時計を飾り見当識に配慮している。日差しが差し込むソファーでのんびり過ごしている利用者の姿が想像出来た。ベランダには自由に出入りができ、利用者同士の交流の場ともなっている。	
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	共有空間にソファや椅子を置き、そこで過ごせるようにしている。またベランダへも自由に出入りできるため、交流の場となっている。		
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	利用者、家族の意向に合わせて使い慣れた家具や好みのもの、またその配置に配慮して利用者が居心地良く過ごせるよう工夫している。	居室入り口に表札を掲示し混乱防止に努めている。居室は畳なので、車いすの利用者はカーベットの敷いて対応している。タンス・テレビ・椅子・テーブル・冷蔵庫・鏡台・簡易仏壇を設置したり、好みの置物・家族の写真・利用者制作のジグソーパズル等を飾り、利用者が居心地よく過ごせるような居室となっている。早番の職員が掃除を行い、清潔保持に努めている。	
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	ホーム内の要所に手すりやスロープを設け、利用者の安全に配慮しつつ自立した生活が送れるように手の届く場所に必要なものを置いている。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホーム 響

目標達成計画

作成日: 平成 29 年 11 月 20 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		地域交流は実施されているが理念の中に地域密着サービスの意義、踏まえた理念がない	理念の作成	外部評価で指摘があり、後のミーティングにてスタッフでグループスタッフで検討し作成済み。	実施済み
2		面会に来ない家族に対して運営推進会議の内容や事業所の取り組みを研修資料等を郵送しておらず、運営推進会議の意義と事業所に対する理解を得る体制が取れていない	運営推進会議の内容を家族へ連絡する。	外部評価で指摘があり、ミーティングで運営推進会議を行った翌月に会議の内容等を書面に起こし郵送する。	実施済み
3		社用車を使用する際の事故対応マニュアルがない	事故対応マニュアルの作成。	社内全体で話し合い作成、周知を行う。	6ヶ月
4		居室や台所にある棚や冷蔵庫などの耐震が不十分。	耐震を強化する。	つっぱり棒や耐震ジェル等購入し設置する。	3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。