

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	0871400172		
法人名	医療法人 永慈会		
事業所名	ひたちの森高萩 さつきユニット		
所在地	茨城県高萩市有明町2-98		
自己評価作成日	2020年9月26日	評価結果市町村受理日	2021年2月22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=0871400172-00&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	2020年11月14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)】

医療法人が開設したグループホームで24時間医療との連携があり利用者様の体調の変化に速やかに対応できる体制が出来ています。コロナ禍でも行政、母体医療法人からの指導のもと職員一同感染予防に努めながら利用者様の日々の生活を支援しています。地域との交流も限られていますが施設内で体操やレクリエーションの時間を作り楽しく生きる喜びのある生活になるよう理念を掲げ取り組んでいます。

【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)】

医療法人が開設したグループホームであり、24時間の医療連携で利用者の体調変化に速やかに対応でき、利用者と家族の安心感に繋がっている。また、夜間の少人数勤務体制時、この医療連携はスタッフにとっても強い味方である。利用者と家族の関係、自宅や住み慣れた環境、生活史を意識して、地域性に富んだ年間行事を計画し、地域との協力体制も適度に確保され、地域の拠点としての役割が今後期待される。
***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	住み慣れた地域での生活を支援するための理念を掲げ 毎日のミーティングで唱和し理念を意識しながら日々のケアに取り組んでいます。	利用者の安全と安心をモットーに、住み慣れた環境と自立支援を念頭に、食への配慮を特に重要と位置付けた支援を行っている。	
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	小学校の通信を頂いたり行事にも参加し園児や学生の訪問も受け入れ職場体験、ボランティアの受け入れを通し交流を大切にしてきました。しかし今年度は新型コロナウイルス感染予防のため交流は少なくなっています。	近隣の小学校や幼稚園と交流を年間計画を立て行っている。現在はコロナ禍にあり、交流は一時的に中止しているが、収束後は以前のような交流を再開する考えである。	
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	市のオレンジカフェの開催に協力し場所の提供や地域に出向き活動に参加していましたが、今年度は3月からはオレンジカフェの開催が休止になり活動は出来ていません。		
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	年6回開催し活動状況・災害時対策・事故報告・事例検討等々の議題について委員よりご意見を頂きサービス 向上に努めています。	コロナ禍であり、感染予防の観点から、現在は書面報告による運営推進会議となっている。しかし、会議の内容が一方通行にならないよう、郵送ではなく直接持参し、意見を聞けるよう工夫している。	
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取り組んでいる	介護支援専門委員会を中心に事故の報告、連絡、相談を高齡福祉課に行ったり、市と協力しオレンジカフェを開催し関係を築いています。	市のオレンジカフェに参加。認知症の人を支える家族同士が話し合える場を提供し、行政との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	運営規定、利用契約書に身体拘束ゼロの方針を掲げ、身体拘束委員会設置し職員の理解を深める為の勉強会も行っています。	家族や、スタッフ、関係者と会議や話し合いを持ち、時間や方法を検討しながら、ミトンを使用している利用者がある。今後は、この事例をもとに、解除に向けた工夫をスタッフや家族と検討し、抑制について改めて考える機会とする。	

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	定期的に勉強会を行い資料も職員が確認しやすい場所に置いて、いつでも閲覧できるようにして発生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	入居されている利用者が成年後見制度を申請され書類作成に協力しています。勉強会で制度について職員全員が理解出来て利用者様に活用出来るよう心がけています。		
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	説明の時間を充分にとり利用者様やご家族様に、ご理解と納得して頂いてから契約締結を行っています。		
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	ご利用者、ご家族が話しやすい雰囲気を作りサービス担当者会議、運営推進会議で意見を頂くよう努めています。	家族の意見は、面会時や電話連絡時に確認し、実現できるよう配慮している。	
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	定期的な母体病院での会議や法人内での研修、日々のミーティングにおいて、意見や提案を聞く機会を設けています。	職員は、定期的なミーティングや毎朝のカンファレンスで提案・相談をする。	
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	母体の法人からの職場訪問、個人面接等で個々の意見を聞いて環境整備を行っています。		
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	就労後の院内研修、外部研修に積極的に参加できる機会を設けています。		

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
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	市内グループホーム連絡協議会や運営推進会議への参加、季節の行事などの交流で情報交換を行っています。		
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	入居前に実態調査をしご利用者様の不安要望等を聴き取りをし安心を確保するための関係づくりに努めています。		
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	サービスを導入時や来所時ご家族様から困っている事、不安ごとと要望等を聴いて信頼関係づくりに努めています。		
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	ご利用者様、ご家族様の生活心身の状況から、他のサービスを含めご本人に合った支援を見極めるよう心がけています。		
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	日常生活の中で出来る事は、行って頂き共に生活している中で尊敬の気持ちを忘れず支え合う関係を築けるよう勤めています。		
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	行事参加、お手伝いの呼びかけ、他病院の付き添いなどに協力して頂き共に本人を支えていけるよう連絡をとっています。		
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	ご利用者様からの要望がある場合には、ご家族様に連絡をし承諾を得、なじみの人、場所との関係が途切れない様に支援しています。	コロナ禍にあり、現在は面会の制限を設けているが、徹底した感染予防対策をした上で、可能な限り、家族の面会を実現している。	

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
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	ご利用者様同士が円滑なコミュニケーションがとれるよう職員が仲介をし話題の提供などを行いながら関わり合い支え合えるような支援しています。		
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	施設でのお祭り・催し物などのお知らせで関係を継続し、ご希望時相談に応じています。		
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	入居前の実態調査・利用者の思い・暮らし方や希望・意向の把握に努めています。	利用者の希望をアンケートや聞き取りによって聴取し、実現できるよう工夫している。今後は認知症の重症度に応じた聞き取り方法を検討し、より利用者の思いに沿った対応を目指したいと考えている。	
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	入居前の実態調査を行いご利用者様の馴染みの暮らし方、生活環境の把握・担当の居宅介護支援事業所との連携を図り、サービス利用の経過などの把握に努めています。		
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	毎日の生活の中で利用者様一人一人の心身の状態を観察し有する力を発揮出来る様把握に努めています。		
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	担当者会議を通しご本人様・ご家族様・介護支援専門員・看護師・職員で話し合い意見を交換しながら介護計画書を作成しています。	利用者一人一人に対し、本人の意向を元に、家族やキーパーソンの意向も考慮しながら介護計画が作成されている。また、介護計画には強固な医療連携ならでの身体面と生活面への配慮が織り込まれている。	更に個別性が強い介護計画を作成すると共に、個別性のある介護記録の工夫が期待される。
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	日々のケアの実践で情報を共有し、結果や気づき工夫などをモニタリング、担当者会議などで意見を出し合い介護計画の見直しに活かしています。		

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
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	ご利用者様やご家族様の要望に応じ職員間の情報共有と共に臨機応変にできる体制をとって支援しています。		
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	運営推進会議等での地域の方、民生委員や行政と協力し地域資源の把握に努めています。		
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し、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	ご利用者様の意向やご家族様の意向を優先し、適切な治療を受けられるよう支援しています。	利用者や家族の意向もとに医療受診体制が構築されている。必要に応じて、連携外の病院であってもスタッフ同行による受診が可能である。	
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	週1回母体の病院から訪問する看護師や併設の通所介護事業所に看護師が居るので常に気軽に相談できる環境にあり、日常の健康管理や医療活用の支援をしています。		
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。	母体が病院であり早期退院を目指し病院職員と常に情報交換に努めています。		
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	入所時に看取りに関する指針を説明しご利用者様やご家族様の要望を聞きながら医師や看護師と相談し個々の要望を支援出来るよう職員全員が方針を共有しています。	契約時に利用者家族へ医療連携の説明が行われ、身体的に重度化した場合には、医療ケアへの移行が検討される流れとなっている。	
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	勉強会を開催し、急変、事故発生時に応急手当、初期対応が出来るよう訓練を定期的に行っています。また対応マニュアルを作成しています。		

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
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	災害時に備え、消防指導の元、昼夜想定し避難訓練を実施し、ご利用者様が安全に避難出来るよう勤めています。また民生委員や地域の方々にも働きかけ、協力体制を築いています。	立地上、水害や地震、津波など災害による影響が予想され、2～3ヶ月に一回、スタッフと利用者が参加する訓練が行われている。また、利用者一人一人の体系に合わせたライフジャケットが用意されていることは珍しく頼もしい。	
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	個人のプライバシーの確保を心掛け、ご利用者様に尊厳ある生活を送っていただけるよう、職員全員が言葉かけ、対応に配慮しながらご利用者様に対応しています。	プライバシーに配慮し、利用者のレベルに合わせた会話の仕方をするなどの配慮があり、勉強会も行われている。	
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	希望や思いを気軽に話せるように常に言葉かけをし円滑なコミュニケーションを取り、ご利用者様の意志に沿った介護を心がけています。		
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し、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	職員の都合優先の介護ではなく、ご利用者様一人一人のペースに併せた介護を職員全員で心掛け、ご利用者様のペースや希望に沿った支援をしています。		
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	理容・美容は、ご利用者様の希望する店に行けるよう支援しています。又、訪問美容室もご利用できるよう手配しています。		
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	自家栽培の野菜を取り入れたりして色彩豊かに仕上げ、ご利用者様と職員と一緒に準備や食事の片付けを楽しんでいます。	栄養面に配慮された献立が立てられている。利用者とスタッフが一緒に食事作りをしており、明るい雰囲気です。	
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	ご利用者様が一日に必要な食事、水分量がバランス良く摂れるよう、一人一人の状態・能力に応じて支援しています。		

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
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	毎食後の口腔ケアを実施しており、ご利用者様の状態に合わせて職員が支援しています。		
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	職員が排泄パターンを把握し、一人一人利用者様の状態に合わせて排泄誘導の言葉かけをトイレでの排泄を支援しています。	排泄の確認、定期的な言葉かけ、その人のパターンに合わせた誘導をすることで、安心して排泄できるよう配慮している。	
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	便秘予防のために、運動の時間を作ったり乳製品や繊維の多い野菜を摂取して頂いています。それでも便秘傾向の利用者様には、受診して頂き症状の緩和に努めています。		
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	利用者様のペースで入浴を楽しめるよう支援しています。	入浴は最大週3回、個別に行われている。利用者の当日の身体状況により臨機応変に対応している。	
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	入居前の生活習慣を把握することにより利用者様の状況に合わせて、自分のペースで休息したり睡眠が確保出来るように支援しています。		
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	使用している薬の目的や副作用を理解し体調に変化があった場合は、速やかに病院に連絡し指示を仰いでいます。		
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	ご本人やご家族の話より入居前の生活歴を把握し利用者様の楽しみ事、興味のある事を生かし日々の生活が楽しいものと感じられるよう支援しています。		

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
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	買い物、散歩、ドライブ等でホームの外に出かけて楽しんで頂けるよう支援しています。	現在はコロナ禍にあり、積極的な外出は自粛している。しかし、環境を考慮しながら、可能な限り利用者の希望に応じた外出ができるよう努力している。日常的な散歩は現在も継続している。	
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	ご利用者様一人一人の希望に合わせてご家族様とも話し合い、検討の上お金を所持したり使って頂け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	各ユニット公衆電話を配置し、ご利用者様が自ら電話の出来る環境を整えています。手紙のやりとりも支援しています。		
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	共用空間には、カレンダーや時計を配置し季節感を感じられるよう、花を飾る等、季節に合った飾りつけを行って良い刺激になるよう、又衣類や室温を調整し快適に過ごして頂くよう支援しています。	共有空間は明るく、換気も徹底され、居心地の良い空間となっていた。季節感のある絵画や工作物の展示もされ、のんびりと落ち着いた空間作りがされていた。	
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	テーブルの座席を調整し、利用者様一人一人が気に入った場所で思い思いに過ごせる場所作りを行っています。		
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	入居前にご利用者様の使い慣れた好みの品を持って来て頂き、自室で居心地よく過ごせるよう工夫し懐かしい写真等も飾っています。	利用者それぞれの思い入れのある品が適度に持ち込まれ、安全面に配慮されながら、その人らしい空間作りがされている。まさに、理念にもある安全な空間の提供が随所に見られた。	
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	毎日の生活の中で全職員が一人一人のご利用者様の出来る事、分かる事を理解し、体調の変化にも注意して安全に生活が送れるよう支援しています。		

(別紙4(2))

事業所名 : グループホームひたちの森高萩

目標達成計画

作成日 : 2021年2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		利用者様がグループホームでの生活が長くなり、なじみの関係が出来る事で生活状況が安定されると大きな課題がないことで介護計画も変化がなくなっている。どの利用者様にも使えるような介護計画が多くなっている。	一人一人の利用者様の個別性の強い介護計画の作成	利用者様が望まれていること、活動したい事を生活の中で再アセスメントして職員間の意見交換も行い課題を見つけて、個別性の高い目標がある介護計画を作成する。	12ヶ月
2		日々の記録に利用者様の介護計画の課題や目標に添った具体的な内容の個別性のある記録が少ない。	その日の利用者様の生活状況が、目に浮かぶような記録を増やすことができる	毎日の朝のミーティングや記録の時間で計画作成担当者と職員で意見交換する時間を作り、利用者様の日々の記録の課題についての記録を増やしていく	12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。