

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	0874300841		
法人名	アサヒケアサービス株式会社		
事業所名	グループホームみやびの里 1階		
所在地	茨城県古河市駒羽根1420-1		
自己評価作成日	2020年11月2日	評価結果市町村受理日	2021年3月1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=0874300841-00&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12月23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)】

家庭的な環境づくりと笑顔が絶えない個々にあった自立支援

【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)】

<p>利用者は、ケアハウスからの流れなど、介護度が低い人なりの手間が増えている傾向があり、ホームの雰囲気が変わってきていると言うが、一人一人に丁寧に対応している。看取りに関しても積極的に取り組み、職員は看取りまでの過程も大切にして、家族が満足できるようにしたいと語っている。利用者の生活歴も参考にして、常に笑顔を引き出せるような関わりを心掛けている。関わり方で利用者が良い方向に変わっていくと、手ごたえを感じ、モチベーションも上がっていくという。</p> <p>*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。</p>
--

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	開設当初から職員と共に作成した理念があり、毎朝一緒に唱和している。	毎朝の朝礼で利用者も一緒に唱和し、理念を共有している。	
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	夏祭り・防災訓練・救急訓練等の参加。保育園からの(納涼祭・運動会・クリスマス会)の招待・地域からのハザードマップ消防からの説明会参加(年1回) お互い協力体制は出来ている。	以前は隣接するデイサービスが社会見学や中学生の体験学習を受け入れて交流を深めていた。昨年までは幼稚園の行事に招待されていたが、コロナ禍の今、交流は難しい。今年は、小学生がマスクを届けてくれた。	
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	認知症相談窓口(認知症ケア専門士在中)		
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	2ヵ月1回開催(推進委員会)介護保険課・区長さん・民生委員。等に情報を頂き、取り組む事もある。コロナ禍で6回目は各情報をとり介護課と相談しながら記録に留めた。	市と会議のやり方を話し合っ決めて。市から指定された資料に沿って、関係者からの聞き取りをし、まとめたものを市と家族に送っている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と同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	地域ケア会議が2ヵ月に1回医師・看護師・介護士、ケアマネ・薬剤師、等が集まり色々な観点からの話や勉強会を行っている。	地域ケア会議に管理者とリーダーが参加している。困難事例はケアサポートセンターと協力しながら対応する。生活保護担当者との連携も出来ている。	
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	基本的拘束をしない事に力を入れている。転倒の危険がある人にはベット下・脇、に人感センサーをつけている。	ミーティングはこまめに行っているが、委員会は未設置。弄便対策が拘束に当たらないか、職員間で話し合っている。転倒リスク(転ぶ寸前で抱きかかえる事頻回)が高い人は、センサーを使用している。状態が改善すれば解除する。	

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	社内研修が2回。新人研修入社1か月、以内に研修がある。職員と共有し虐待防止は当然の様に防止、している。		
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	社内研修年2回 新人研修、がある。		
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	契約時に説明している。疑問点はその場で解消できる様努めている。(ケアマネ・ユニットリーダー)解消時は退去後の事を家族と相談、し最良選択ができる様、努めている。		
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	家族会を年2回 面会に来られた時はご家族と話をします。 (リーダー・ケアマネ)	家族との面会は相談室で行っている。特殊な例で、甥からお金の使い方についてクレームあり、支援センターのサポートを受けて解決にあたっている。	
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	月1回社長・専務、・労務士、各部署、リーダーが 終結、し話、合う。きやり	困難事例(特定の職員に対して攻撃する)に関し、職員間で話し合っている。毎日の申し送り意見が出せる。ミーティングは月1回、ケース検討も含めて行う他、会社の運営状況や社会情勢、設備のこと、人員の事、空き状況なども検討する。	
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	キャリアアップ委員会、が月1回あり各部署の委員が処遇改善や今の環境、など話し合いを行っている。		
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	社内研修年2回自分のスキルに合わせてカリキュラムを作る。茨城県年間スケジュールを見て学びたい研修をリーダーに提出。それが本人に必要なかどうか判断して受けて貰う。		

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	他施設で開催した勉強会や医療連携地域ネットワーク作りに参加し、色々な事例発表や勉強会をやっている。		
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	入所前時にケアマネと話し合い詳細を尋ね受け入れる判断があれば実調に自宅・病院等に行き本人と話し合いをもっている。		
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	電話や面会時で傾聴で受け止め改善できる所は改善し随時行っている。		
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	実施調査に伺い相談者・ケアマネ・リーダーの話し合いの中からGHが入所に適しているかどうか十分に検討している。		
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	個々の生活・人生を知り個別支援を行い職員と共有している。1ユニットが1つの家族と思い全員で居場所、作りを行っている。		
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	少なくとも1か月1度は家族が来る状態を作り情報を聞き出しと生活状況を話し外出や外泊されたりしている。携帯電話持参している人もいる。		
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	本人の状況を知り本人本位で途切れないように努めている。	家族との繋がりが継続できるよう、電話をかける支援をしている。	

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
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	お互い助け合っている。職員に言いづらい事が、利用者さん同士なら言い易い等手を引いたり等助け合っている。		
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	利用者さん家族が望めば対応している。		
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	お墓参りに連れて行く。食べたい物があると買い物にでかける。	ゴルフが好きな人のために、事業所の庭でゴルフが出来るよう、小さなコースを作った。他の利用者も一緒に楽しんでいる。	
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	契約する前に家・病院・施設等にユニット長とケアマネで尋ね情報を頂く。探る。		
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	毎朝、バイタルチェックは必須。夜勤者より申し送り事項、を把握し、各入居者にあつた1日になる様支援をする。		
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	月、1回職員全体の会議を行いモニタリングを行う。必要時にはケアマネ。医師、看護師・職員等で話し合いを持つ事は多くある。	毎月ミーティングを開催し、職員全員からの情報を収集して文書化している。モニタリングの方法を改善した。	
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	介護計画は常に職員全員が見られる様にしてあり共有している。日中と夜間の状況個別ケース記録と職員に伝える業務日報に残し共有している。		

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
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	デイサービスの利用。ショートからグループに入所、デイサービス利用してた人のグループ入所がある。		
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	大正琴を演奏してくれたり合唱をしてくれる人が近所にいて1か月に1度きてくれる。		
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	かかりつけ医を変えないでそのまま他病院に行かれる人もいる。逆に専門病院に行く様検査指示を出される事もある。	ほとんどの利用者が往診を受けている。急変時はすぐに連絡し、対応してもらえる。往診結果は変更あるときのみ家族へ連絡する。これは家族の希望である。	
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	24時間体制で訪問看護に連絡可能。ショートに看護師がいるので来て貰える。		
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。	医師と家族が相談して家族が望む病院に繋げてくれる。ケアマネが情報提供しソーシャルワーカーさんと連絡をとるようにしている。		
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いる	本人が分かる状態であれば本人と家族、主治医、看護師、看護士、職員、ケアマネで担当者会議をひらき、方向を皆で決める。	看取り期に入ったタイミングで、医師から家族へ説明。看取りの意向を再度家族に確認し、医師の指示に従って職員が対応する。ケアプランも合わせて作り直す。家族が付き添うこともできるので、協力が得られる場合はお願いする。看取りに対して不安を持つ職員もいるので、夜勤帯の応援体制を整えた。	
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	月1回美容師が来てくれて毛染め、パーマ、カットと希望に応じてできる。		

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	災害対策ヘルメットは居室の前に置いてある。訓練も年2回行っている。地域にて一人暮らしの人の受け入れられる様対策、をしている。	日中の訓練に加えて、夜間想定避難訓練を行っている。デイサービス、ショートステイと共同の備蓄あり。	水害時の避難計画について、地域の特性も踏まえて作成していただきたい。
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	新人職員は入社時にオリエンテーションシテプライバシーの保護等の知識を含む勉強をしている。	男性利用者の入浴介助をする際、相手の思いを気遣いながら見守り、監視にならないように対応している。かつらへの配慮など本人を傷つけないような対応を心掛けている。	
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	本人の希望・想いを普段の会話の中から表出し易い様心掛けている。		
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	個別支援、自立支援の重要性を職員全員が把握し、その入居者に添った支援を心がけている。		
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	月1回美容師あきてくれ、毛染め・パーマ・カットと希望に応じている。		
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	毎日行っている。	献立は併設施設の管理栄養士が作り、厨房で調理。朝・夕は職員が調理する。誕生日会はケーキを購入し、皆で分けて食べる。年末年始や食べたいもの、欲しいものがあるときは買い出しに行く。好きなものは小遣いで買える。食べ物の制限はあまりしない。食形態への配慮もある。	
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	水分量、食事量の記入。食事形態が違うので個別に対応している。		

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
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に、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	毎食後行っている。		
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	おむつからリハビリパンツになる様支援している。	トイレ誘導が基本。夜間、ポータブルトイレの人は動きをセンサーで感知し、職員の介助で移乗する。排泄介助で職員とのかかわりが多くなり、話せない人が言葉を発せるようになった例がある。立位が取れる人はリハビリパンツ着用。	
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	排泄、チェック表にて確認している。		
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	希望に沿って行っている。 季節に合わせて柚子湯 しょうぶ湯も行う。 ショートの大浴場を皆で入る事もある。	ゆず湯、しょうぶ湯、入浴剤を楽しむことがある。ショートステイの大浴場を楽しむこともある。週2～3回または随時入れる。1番湯、2番湯と順番にこだわる人もいて、希望に沿った入浴支援を行っている。	
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	本人の希望・体調に応じて就寝時間が個々になっている。		
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	薬の変更は随時連絡を行っている。個々の処方箋ファイルがあり確認できるようになっている。		
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	食事づくり おやつ作り		

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	1か月に1度の外出がある。四季折々の行事を主催。(今現在はコロナ禍でできてない)	出前を取ったり、テイクアウトの食事にしたがり、アクティビティの係が利用者の意見をききながら、考えて、買い物にも一緒に行ってもらう。個人の買い物にも付き添う。	
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	個々の金銭管理は事務所が行っている。必要な時は事務所にそれぞれお小遣いとして預かっているのでもそこから頂いて使用している。		
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	携帯使用の人もいる。 手紙を送って来られる事はある。		
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	教養空間は少ないが季節が分かる様に手作りの物を飾ったり、家庭の延長の様に(トイレ・風呂)心地よい居場所に心掛け検討されている。	クリスマスや正月飾りなど、季節感がある壁飾りを作っている。書道や利用者の作品を飾っている。	
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	居間のソファを利用。 暖かい日はベランダでひなたぼっこ。		
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	家で使われていた馴染みの品があり、個々のカラーが出ている。寝具・お茶碗・お箸・タンス・ベッド・個々の使い慣れた物。家で使用していた馴染み物も持ってきている。	筆筒、テレビ、椅子、仏壇、机などなじみの物を持ち込んでもらっている。衣替えは居室担当者と一緒にやる。仏壇のお供えや、お茶上げの手伝いをする。分骨したお骨を持参した人もいる。	
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	Pトイレの使用できる事を継続できる支援をしている。車イス⇒歩行 リハビリパンツ⇒下着等 日常生活が快活になる様支援。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホームみやびの里

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	26	本人がより良く暮らす為の課題とケアをより深く、簡潔に行う。現状に即した介護計画の作成と共有。	前期も同じようだったがモニタリングは毎日○ ※式のモニタリングできているかどうか評価する事と毎日毎日の個々の利用者様を把握し計画表に繋げる。	個々のモニタリング表をサービス計画表をもとに作成し毎日の記入といつでも見直しができる様1か月ごと評価を行う。より良い計画表の作成に努めていく。	12ヶ月
2	678	昔より要介護1・2の認知症の利用者が増え身体能力は普通で妄想や暴言・暴力等利用者さん同士のトラブルが多くなり介護支援が精神的・肉体的にも難しくなっている現状がある。またコロナ禍の中で外出出来ない事や昼夜逆転でストレスが溜まったり、精神的介護の重要さを感じている。	身体拘束や権利擁護・虐待防止等を初心に戻って学び個々の利用者様の状況や出来事を把握し皆で共有する。利用者さん本意の生活ができる様支援する。	上記を早急にモニタリング表作成し実行し共有する事で個々の毎日の状況を把握する。身体拘束虐待 尊厳等を改めて勉強をする。(研修含)	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。