

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	0872000500		
法人名	医療法人 健佑会		
事業所名	グループホームファミリー2階		
所在地	つくば市大曾根3681		
自己評価作成日	2020年6月30日	評価結果市町村受理日	2020年11月11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_kouhou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=0872000500-00&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9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)】

入居している利用者が安心して暮らせるように、それぞれの方の望む生活をアセスメントして必要なケアの提供を心がけています。高齢で介護の重度化が進んでいますが、ご家族と情報の共有を図り、利用者ご家族に満足して頂けるケアの提供に努めています。また、認知症ケアの専門職としての知識の向上に努めています。

【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)】

医療法人が母体となっており、医療機関が隣接していることから連携が取れやすく、法人内の施設同士で交流もできる。管理者はじめ職員は、一つ一つの課題を細かく検証し、前向きな姿勢で取り組んでいた。小さな疑問でも全体の意見を収集し、いろいろな場面を想定しながら話し合っている。職場の中は、誰とでも話し合える雰囲気があり、管理者にも気軽に相談できる。職員は、少人数の施設なので、一人ひとりの特徴をとらえ、個別に対応できることが楽しいと語っていた。コロナ禍の中で、今までとは真逆の対応が求められているが、それでもできる事、だからこそできる事を模索しながら前向きに取り組んでいる。

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)	○	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)	○	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	基本理念、基本方針を見やすい場所に掲示して意識できるようにしている。	ホーム独自の理念をフロアや職員室に大きく掲示。『ホスピタリティNO1！を目指す』『認知症になっても、人としてその方をフォローしていく』を基に支援している。理念の他に、ケアの原則や基本方針、今月の目標が掲げられている。	
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	地域の行事予定を民生委員の方から伺い、可能な行事には参加するようにしている。	コロナ禍で地域との付き合いはなくなり、交流が全くできていない状況にある。民生委員とは手紙で連絡を取り合っている。何らかの交流方法を模索し、オンライン面会の整備を進めている。	
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	地域包括支援センターと協力して、認知症サポーター養成講座を開催した		
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	各リーダーが生活状況や、行事での出来事を報告して取り組んでいる事を報告している。また、防災などで協力できないか相談している。	書面での開催。意見等は電話で聞き取り、議事録を作成。事前に送る会議書類は写真付きで日頃の様子も盛り込んでいる。議事録は玄関先に置き、誰でも閲覧できる。会議と同時に『高齢者に何故水分が必要か』の勉強会も行った。	
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	運営推進会議で意見交換している。	運営推進会議で顔を合わせる他、市の研修会に参加。報告書の提出など、良好な関係が構築されている。	
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「介指定義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	法人の身体拘束委員会の委員をそれぞれの階に配置して、知識を高めるために学びの機会を設けている。	身体拘束廃止マニュアルあり。委員会は法人全体で毎月開き、他施設での取り組みも参考にしている。拘束に関する勉強会では、危険回避のためのセンサー使用が議題に上がっている。ホーム内の週1回以上のカンファで、意見交換もされている。	

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	年に2回アンケートを実施して、事業所内での虐待についてを学ぶ機会を設けている。		
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	身体拘束委員が、虐待と権利擁護についてを学ぶ為、職員全員に対してテキストと問題を作成して学ぶ機会を設けた。		
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	新規契約時や、契約内容の改訂時には、契約書、重要事項説明書を説明し、理解して頂けるように対応している。		
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	運営推進会議や家族会で例年は意見や要望を伺っていたが、新型コロナウイルスのため、現在は文章でのやり取りを行い運営に反映させている。	家族との面会を見合わせているため、いつ面会できるかの質問がある。現在は、玄関ドアのガラス越しでの面会はできている。請求書郵送の際に、写真付きのお便りを同封し、ホームでの様子をお知らせしている。	
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	施設管理者、看護師、各階のリーダーとリーダーミーティングを月2回実施している。	休憩時間の確保について、職員の意見を聞きながら改善するなどして、勤務体制は整っている。看護師が在勤しており、医療的な相談ができるので職員は安心してケアに取り組める。	
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	毎年2回の考課表で評価が行われている。また、基準についても個別に面談を行い説明している。		
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	職員の経験やケアの力量に応じて、外部の研修や資格取得のための研修への参加を勧めている。		
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	つくば市の地域密着型サービス連絡会の勉強会へ参加している。その中で、事例検討などを行い交流を図っているが、今年度は、開催されていない。		

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
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	入居前に本人と会い、本人の体調や困りごとを伺っている。		
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	ご家族が困っていることを丁寧に聞き取り、施設としての解決策を提案して理解頂いたうえで実施している。		
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	アセスメントを行い、必要なサービスを導き出して、ケアプランに反映させている。		
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	本人の言葉に耳を傾け、共に生活する事を意識して接する事で、信頼関係を築くようにしている。		
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	本人の状況を専門職として、分かり易く丁寧に家族に説明して理解して頂いたうえで、ケアを実践している。		
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	面会や、手紙、電話(携帯電話)などの支援を行っている。	携帯電話持参の方もいるが、年賀状や手帳を見ながら手紙を書く方への支援も行っている。	
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同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	それぞれの関係性をカンファレンスで情報共有して、トラブルを防ぎ良好な関係を築く事ができるように支援している。		

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	利用終了後も、担当の職員や相談員との連携をとり、問題の解決に協力している。		
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	本人の話にゆっくりと耳を傾けている。困難な場合には、リハビリ担当などと連絡を取ったりして情報を収集している。	個別に話す時間を多くとれるようにしている。利用者がその時に言いたいことを伝えられるよう、看護師は部屋で、管理者は中庭や売店などで1対1になる時間を意識して作るようにしている。意思表示が難しい場合は、選択肢を用意して選んでもらう。それも難しい時は過去のことから推察している。	
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	家族から生活歴を聞きとり、生活歴のシートを作成している。そのシートから本人の馴染みの暮らし方や生活環境などを読み取るようにしている。		
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	入居前に家族から、1日の過ごし方を伺っている。また、アセスメントシートで身体の状態などを評価するようにしている。		
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	アセスメントを行い、必要なサービスを導き出して、ケアプランに反映させている。6か月を目安に評価を行い必要なケアが実施出来るように内容を見直している。	ユニットリーダーとケアマネで作成。居室担当職員とリーダーでアセスメントを行い、職員にはプランと日頃の支援を結びつけるような関わりを持ってもらう。担当者会議、ケアプラン評価表は6か月毎。介護経過記録は時系列で記載。日々の記録とケアプランは一緒にしてフロアに置く。	
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	介護記録に気づきを記入して、申し送りで情報を共有している。週1回のカンファレンスで気付いた事などを話し合い必要な支援が行えるようにしている。		
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	法人内の他部署との連携を図り、ニーズに沿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	地域密着の施設として、民生委員さんに地域行事を伺い、参加出来るような場合には連絡を頂き参加している。		
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	ご本人や家族の希望する医療が受けられるように支援している。連携病院に診療科目が無い場合には、ご家族に協力をお願いして適切な医療が受けられるようにしている。	全員が協力病院を受診。健康状態の記録として医療ファイルがあり、生活状況や内服、水分チェック表などが綴られている。リハビリの必要な方には、理学療法士による家屋評価報告があり、日常生活での動作などが細かにアドバイスされている。口腔ケアは、訪問歯科と個人契約で利用している。	
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	月曜日～金曜日までは、施設の看護師と情報を共有し、体調の変化に合わせて受診や看護を受けられるようにしている。休日や夜間は連携病院の当直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。	入院後は、主治医や看護師長より情報を収集して退院後の援助に備えている。		
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	利用者の予測できる状況を家族に説明して、当施設での可能な対応の範囲について理解頂き、本人や家族の意向を確認して、主治医と連携を図り、決定した方針に沿って支援を行っている。	利用困難と思われるモデル事例を示し、契約時に説明。浴槽を跨げない、安定した歩行を保てない(杖、シルバーカー使用、伝い歩きは可)、口から食べられない、暴力行為が見られる場合の4事例があげられる。看取りは行えるが、実際には重度化の前に退所することが多いため、これまで経験がない。	
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	利用者の急変時の対応については、マニュアルを作成して取り組んでいる。		

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	法人内の防災訓練への参加や、ファミーユ内で日中や夜間を想定した避難訓練を行っている。また、緊急連絡網や緊急連絡先一覧を作成して、協力体制を築いている。	防災マニュアルあり。防災訓練は年4回、法人全体で行う。災害別、規模など種類別に行い、防災訓練報告で反省点などを検証。室内と外に非常階段がある。地震時の勤務は規則で決められている。緊急連絡網についても実際に行い、細かな検証をしている。	
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	法人内の接遇研修や、外部研修へ参加してファミーユ内で伝達講習を行っている。	地域性や環境の違い、敬語でなければならない人や崩して話した方がいい人などを考慮し、本人に合わせた声掛けをする。対応の仕方を他の利用者も見ているので、違いがあることに難しさを感じる面もある。触れられたくない話題については情報を共有して対応。職員がマスクをしていることに激怒されたこともあり、時代背景などを考慮している。	
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	本人とのコミュニケーションを密にとり信頼関係を築き、希望の表出や自己決定ができるように支援を行っている。		
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	しっかりと訴えを聴き、本人が望む順番で入浴出来るように支援したり、好きな将棋や折り紙を一緒にやり寄り添って支援している。		
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	2か月に1度、訪問による理容を受けている。男性は入浴時や朝食後などに髭剃りを支援している。		
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	食べ物の好き嫌いは本人から、伺い調整している。出来る方には、調理の下ごしらえや、お盆拭きを手伝って頂いている。また、行事などのおやつと一緒に作り楽しんで頂いている。	職員も利用者と同じ食事だが、感染予防の為、現在は一緒に食べてはいない。管理栄養士が献立のベースを作り、スタッフがメニューを考える。食材は注文して配達。外注の食材業者の利用については、ケアとの関連性から利用すべきか検討している。以前は外食をしていたが、今は刺身やウナギなど外食と同じようなものを買ってくる。	

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	食事量と飲水量のチェックを行い、必要な栄養が取れるように食事形態や好みに合わせて個別に提供している。		
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	食後の歯磨きや義歯の洗浄など、本人の能力に応じて援助している。		
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	一人一人の排泄パターンを把握して、トイレでの排泄が間に合うように声かけしている。また、男性は男性らしく排泄の継続ができるように支援している。	尿意や便意があり、歩行に問題ない人は遠くで見守っている。失禁のある人は時間を見計らって声を掛けるが、その人の排泄パターンに合わせた対応をしている。車いすの人1名だけ、夜間のみオムツ使用。	
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	水分を勧めたり、運動を行っている。食材も便秘になりにくい物を取り入れている。便秘の方は看護師と情報を共有して主治医に相談して服薬の援助をしている。		
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	入浴時間は午後であるが、状況によっては午前中でも入浴する事がある。また、本人の能力に合わせた形で入浴を支援している。	毎日入浴できるが、希望する人は各フロアに1名ぐらいで、入りたくない人のほうが多い。声掛けや工夫した誘い方をする。	
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	居室内の照明の調整や、エアコンによる温度調整を行い、快適に過ごして頂けるように支援している。眠れない時には、リビングで飲み物を提供しお話ししたりして、眠くなるまで過ごして頂いている。		
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	内服薬の情報は個人のカルテに綴じてありすぐに確認できるようにしている。毎日の申し送りや健康観察で症状を観察して、受診時に情報を提供出来るようにしている。		

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	盆栽や中庭の畑での野菜の育成や、定期的な買い物などそれぞれのニーズに沿った支援を考え実施している。		
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	天気の良い日の散歩や、家族の協力による外出などを支援しているが、新型コロナウイルスの為、外出を見合わせている。	中庭の散歩や売店まで歩く程度。桜の時期には中庭でお花見をしながらお弁当を食べる。畑仕事もする。利用者から園芸費を負担してもらい、一緒に苗を選び育てている。オクラ、バラの花などを楽しむ。	
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	毎週水曜日に金額を決めて買い物の支援を行っている。自動販売機で好きなオロナミンCを購入もしている。TVの通販番組で希望する商品を家族に協力頂き購入している。		
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	携帯電話を持ち、家族に連絡している。伝えたい事が上手く伝えられない時は、ゆっくりと聞き取り家族に伝えている。手紙のやり取りを希望する方には、はがきの購入や投函を援助している。		
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	リビングや食堂は明るく暖かい雰囲気でも過ごせるようにしている。職員や利用者の紹介を掲示して、名前や顔が分かるようにしている。	家具の配置など難しい面もあるが、利用者が自然でいられる空間にしたい。それぞれに好みの居場所があり、利用者同士もお互いに了解している。利用者の席の配置について職員で話し合うことがある。廊下にイベントの写真、利用者のちぎり絵の作品など飾ってある。	
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	テレビを観たり、音楽を聴いたり、ソファで居眠りしたりと、それぞれの利用者が好きな場所で好きな事をして過ごせるようにしている。		
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	本人の身体能力に合わせた寝具の配置や、本人の馴染みの家具や家電製品を持ち込んで頂いている。読書の好きな方は本や猫の好きな方はぬいぐるみや小物などを飾っている。	ベッド、洗面台、クローゼットはホームに備え付けで、引きだしタイプの衣装ケースなどを持参。一つでもいいので、使い慣れたものを持ってきてほしいと話す。テーブル、いす、テレビ、家族の写真などが置かれている。部屋の入口には名札と利用者の誕生日の写真を貼っている。	

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
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	それぞれの利用者の能力を把握して、必要な寄り添いや歩行の手引き援助。トイレに導くラインや大きな文字での表示をしている。照明のスイッチを入れなくても、フットライトなどを使い安全に歩けるように支援している。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホーム ファミージュ

目標達成計画

作成日: 2020年11月9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	2・3	コロナウイルス感染症対策の為、地域の方々との交流や地域の行事への参加が難しくなっている。	コロナ禍でもできる地域の方々との交流や地域社会への貢献を考え、実行する。	・地域のゴミ拾いの日(6月・12月)は継続して行う。 ・地域のボランティアの方と相談をし、コロナ禍でもできる方法を考えていく。 ・運営推進会議にて民生委員に地域行事や交流などを相談し、実行する。 12ヶ月
2	49	コロナウイルス感染症対策の為、外出支援や外出行事を中止している。	コロナ禍でもできる外出等の企画をスタッフ一同で考え、実行する。	・人が密にならない時間での売店での買い物を継続して行う。 ・中庭で行える行事の企画やドライブなどを計画し実行して、利用者様の満足度をみてる。 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。