

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	0892500125		
法人名	株式会社 グリーンフィール		
事業所名	グループホーム サングリーンピア大宮		
所在地	茨城県常陸大宮市若林952-1		
自己評価作成日	平成28年1月20日	評価結果市町村受理日	平成28年6月15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)】

職員全員が理念を共有して、利用者様、ご家族様のニーズに添って介護をさせて頂いております。特に家庭的な雰囲気与生活を心がけています。また、季節感を味わって頂けるよう、外食、ドライブ、毎月の行事を計画しています。

※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	
----------	--

【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28年3月1日		

ホームの運営組織の変更があり平成24年設立となっているが、ホーム自体は平成15年にサービスを開始している。自治会への加入など地域との関係は良く、市内の方々による獅子舞や餅つき等利用者を楽しませるボランティアの訪問や、区長や民生委員の方々が野菜等を届けてくれる等、地域住民とは親しい付き合いが来ている。職員は認知症ケアに豊富な経験と専門性を有しており、お互いに協力しながら小鳥のさえずりがきこえる閑静な環境の中で利用者の落ち着いた暮らしを支えている。利用者は朝の体操で無理なく身体を動かし、職員手作りの食事やケア確認表による丁寧な見守りで健康状態も良い。「居室で一人で食事をしたい」との希望に添う等、それぞれの思いを大切にされ、出来る事を役割として続けてもらい、一人ひとりがその人らしく誇りある暮らしをしている。

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	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ます (参考項目:9,10,19)	○	1. ほぼ全ての家族と
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				4. 全くいない
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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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				1. ほぼ全ての利用者が
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	BS法を用いて職員全員が具体的に考えて作り、共有して、毎日を家庭的な雰囲気生活している。	地域密着型サービスの意義や事業所の役割を意識しながら全職員で作上げた理念は職員の気持ちを一つにつなぐ基となっており、確認の必要がないほどに共有されている。理念に添い、常に思いやりのある温かで家庭的な生活を目指したケアを実践している。	理念作成後に入職したスタッフの為に、又、思いを新たにする為にも4つの理念を日々のケアにどのように活かしていくか具体的な方法について話し合いをされる事に期待する。
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	地区の区長様、民生委員様達と二ヶ月に一度の会議や近隣の介護施設との交流もある。	自治会に入っており、区長からの声かけで交通指導員の講習会など地域の行事に参加して地域の方々顔見知りになる等、地域との関係づくりを積極的に行っている。またホーム前の通学路の草刈りや清掃などの地域貢献にも努めている。	
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	二ヶ月一度の運営推進会議を兼ねて、ボランティア活動の依頼や防災訓練に参加している。		
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	区長、民生委員方々の呼びかけ等で、安心した地域の中での生活が出来ている。	区長や民生委員、市の担当者などの参加を得て定期的に開催している。会議ではホームの活動状況等の実情を伝えて様々な意見や提案を頂いており、地域との関わりに助言を頂く等、サービスの向上に活かしている。家族の参加はないが議事録を送付して会議の内容を報告している。	
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に取り組んでいる	二ヶ月に一度、市役所にて、グループホーム連絡協議会に参加して、情報交換している。	運営推進会議ではホームの実情を丁寧に説明しホームへの理解を深めていただいている。市内グループホーム協議会には毎回出席し、市からの情報やホーム同士の情報の共有等に努めており、疑問点や困り事は何時でも相談できる関係が出来ている。	
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	他の施設と、拘束についての話し合いをして、正しく理解をする。ご家族様から、同意書を取り交わしている。	職員が交替で外部研修を受講しており、それぞれが拘束による弊害も含めて身体拘束についての正しい知識を身につけ、拘束のないケアに取り組んでいる。	

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
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	市の福祉課を中心として、他の施設との話し合いをしたりマニュアルを見たり、職員全体で意見を交わしている。		
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	当、施設で利用者様の中で、成年後見制度に関連者有、問題等を話し合いをして、利用者様の安全を確保している。		
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	契約時以外でも、契約者からの問い合わせが有れば、その都度対応している。		
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	運営推進会議に参加を依頼して、要望や反映させている。	日頃から遠慮のない関係作りに努めており、面会時には率直な意見や要望を頂いている。組織としては重要事項説明で公的機関や受付担当者・苦情解決責任者を明示して職員には言いにくいことも伝えられるような仕組みを整えている。	
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	月一度の全体会議の中で、各担当者からの報告や意見交換を設けている。毎朝の申し送りの時にも同様で有る。	生活環境の保全や外部研修の受講などでは職員の要望や意見の実現が困難なこともあるが、毎月の全体会議等では随時話し合いが行われており、勤務表の作成は希望給なども取り入れて職員が交代で行い、必要な備品の調達等は職員の要望を聞きながら行われている。	
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	職員の勤務状況、勤務年数、年齢、健康面にも把握している。質の向上を目指している。		
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	代表者は、職員達に声掛けや若手職員の指導育成に気配りをしている。		
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	市のグループホーム連絡協議会に参加したり、近隣の施設との交流、勉強会、研修会等で、質の向上を目指している。		

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
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	本人の病院受診等で、家族が同行しているときなど職員に要望等を話して下さることもある。		
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	契約時に家族から本人の要望、また、ケアプラン作成時に家族に記入していただいている。		
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、家族等のサービスをできるだけ受け入れはするよう心がけはするが、困難な場合は、他の支援関係機関にも相談する。		
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	常に家庭的な雰囲気の中の生活ではあるが、人生の先輩としての尊敬の気持ちをもって接している。		
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	本人は家族の来訪を待っていることと、少しでも家族との会話の時間を設けて居室で会話をする。		
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	本人が住んでいた地域の近くまでドライブや外食をしたり、馴染みの人が面会に来訪して下さる。	利用者の高齢化に伴い友人等の訪問は少なくなっているが、家族等の親族が気兼ねなく訪問できるようにしている。自宅近くをドライブしたり昔からの馴染みの飲食店に出かける等、利用者の記憶に残る人や場所を大切に支援を行っている。	
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	利用者同士の趣味に合わせた席を設けたり、リハビリや歌等はテーブルを囲んで行っている。		

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	退所された利用者に対しても可能な限り面会して、様子を伺っている。また、家族にも状況を伺っている。		
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	チェックポイントシートを基に、本人の思いや意向を把握し、必要な支援に努めている。	言葉で表現できる人の場合には「2食は居室で食事をしたい」や「一人で編み物をしたい」等の暮らし方を受け入れており、言葉で表現が困難な場合にはケア確認表にその時々の様子や言葉を書き止め、全員参加での全体会議(18:30~19:30)で本人の気持ちを推し量りながら検討し把握している。	
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	契約時に、今までの生活履歴等を本人や家族、担当ケアマネージャーからも情報を得て、今までのことを把握している。		
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	長く入所されている利用者は心身共に変化しているため、一日の過ごし方を把握しアセスメントしている。		
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	毎日のケア確認表を基に、利用者一人一人に合ったケアが出来ているか確認し、課題に取り組んでいる。	利用者や家族の希望を聴き、担当する職員の気づき等も参考にして、一人ひとりの状態や思いを大切に、暮らしに反映できる介護計画が計画作成担当者により作成されている。丁寧に記録されているケア確認表を基に全職員が参加して評価がおこなわれ、利用者の状態に合わせた随時の見直しや定期的な見直しが適切に行われている。	
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	一人一人のケア確認表を作成し、月に一度見直しをして、職員間での話し合いを設け、介護計画を作成している。		
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	入院した利用者に対しては、様子伺いや衣類洗濯サービスの提供をしている。		

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
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	地域の消防署の指導の下、救命講習や消防訓練をしている。また、地域の交通指導員の講演会にも参加している。		
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	出来る限り、かかりつけ医の受診の継続をしている。利用者の急変時には、家族と相談をしながら、適切な対応をしている。	かかりつけ医受診の継続を支援している。基本的には家族対応での受診になっているが、職員が付き添い受診することもある。受診記録は同行した職員や家族からの報告を基に作成しており、常に本人の状態が把握できるようになっている。契約による訪問看護師が毎週ホームを訪れて利用者の状態を把握しており、常に適切な医療が受けられるようになっている。	
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	週一回の訪問看護師との契約の下で利用者の体調管理をしている。また、急変した時にも相談している。		
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。	入院した際、病院に様子伺いをして、病院の相談員と情報交換をするなど、関係づくりに取り組んでいる。		
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	今までに看取りは行っていない。急変時は救急搬送を行う。	ホームでの看取りは実施していないが、急変時の受け入れ先の病院は確保している。かかりつけ医とは24時間何時でも連絡・相談できる関係にあり、契約した看護師とは病状の変化など気になる事があった場合に何時でも連絡できる体制が出来ている。	重度化した利用者の病状や状態に合わせて統一したケアが出来るよう、ケア方法の研修受講やケアマニュアルの作成を期待したい。
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	地域の消防署の指導の下で、近隣の施設内で救命講習を受けている。		
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	職員同士だけでなく、応援担当者も交えて話し合いを設け、避難所の確認をしている。	消防署の立会いの下で定期的に避難訓練を実施しており、夜間の火災を想定した避難訓練も実施している。避難場所をベランダにして火災発生場所に応じて場所を左右に移動して消防車の到着を待つ等具体的な話し合いが出来ている。	ホームの居室は全室が1階部分であることを考慮し、避難場所としているベランダからも安全に建物外に避難できるようベランダに出入り口を1ヶ所設ける事や段差への工夫などを検討する事に期待する。

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
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	利用者は、人生の先輩であることを念頭におき、一人一人の要望を把握して、利用者の立場になって対応している。	年長者であることを常に意識した言葉かけをしており、居室に入るときは必ずノックして返事を待つ事やスリッパ等の履物は脱いで入室する事としている。それぞれが得意とする事を役割として誇りある生活ができるような支援をしている。利用者が自慢の事を笑顔で話し、職員も笑顔で応えている和やかな雰囲気が見られた。	
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	利用者の要望や嗜好物等を受け入れている。		
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	利用者一人一人の生活パターンを可能な限り受け入れ、本人の意見に耳を傾けるように心がけている。		
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	利用者一人一人の職員担当が毎朝洗顔の介助をしている。また、衣類の整理整頓もしている。		
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	利用者に合った食事法を考え、おいしく食べられるよう工夫している。また、誕生日には、一人一人の好物を伺い、メニューを考え、楽しい食事の場を設けている。	献立は本部で作成したものを参考にし、ホームで利用者の好みに合わせた調理をしている。民生委員など地元の方から野菜の差し入れや季節によっては山菜などを用いて季節感のある食事作りをしている。外食やおせち・桜餅・柏餅などの行事食を随時取り入れ、日々のおやつ作りなどを通して食べる事を楽しんでいる。食器も箸や湯のみ・コップなど使い慣れた個人用の物が大切に使用されている。	
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	一人一人の食事形態に合わせて、食べる量や栄養バランス、水分摂取量を変えている。		
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、入れ歯の洗浄やうがいの介助をして、口腔ケアをしている。		

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
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	現在のところ、排泄介助の必要な利用者は、一日2～3時間おきにトイレ誘導をしている。自立している利用者には、一日2回、汚れや失敗がないかの確認をし、清拭している。	排泄の自立を目指した丁寧な取り組みを行っており、声かけ・誘導でほぼ全員が日中はトイレで排泄している。夜間は長時間パットを利用している人やポータブルトイレを利用する人もいるが、時間で声かけや誘導をしてトイレでの排泄を支援している。	
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	その都度、排便チェック表に記入している。排便のない利用者には、水分補給や繊維質の食べ物や主治医からの便秘薬を服用している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴は、週二回を基本としているが、体調によって入浴の回数を変えている。毎回入浴剤を使用して、楽しく入浴できるよう心がけている。	浴槽が3人用で広く、職員が2人で対応する必要があることから、職員の勤務体制によっては入浴できない日もあり、各利用者が週2回入浴出来ないこともある。職員は清拭などを随時行い、利用者の清潔保持に努めている。入浴できる日は広い浴室を温め、一人ひとりの足拭きマット等をそろえて、大きな浴槽でゆったりと気持ちよく入浴を楽しんでもらっている。	
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	自由な時間に昼寝ができる体制である。また、気持ちよく眠れるよう、リネンの衛生にも心がけている。		
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	受診して、薬局からいただく薬情報を職員全員で共有し、症状に変化が見られた場合は、その都度受診して、主治医に相談をしている。		
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	利用者一人一人の生活歴や習慣を生かした役割を考え、ケア確認表の項目の中に入れて把握している。職員とのコミュニケーションや歌等を楽しまれている。		
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	出来るだけ季節感を味わっていただけるよう、散歩やドライブに出かける機会を設けている。また、利用者の家族に協力を仰ぎ、家族とのふれあいの時間を大切にしている。	冬以外はホームの外で体操をしたり、小鳥の声を聴きながらホーム周りの散歩や外気浴などを行っている。およそ2ヶ月毎に外食や地域行事のひな祭り観賞、花見、ドライブなどの外出を計画して気分転換や楽しみ事としている。	

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
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	基本的に小遣いは施設で管理をしている。買い物で品物を選ぶ際は、付き添いをして		
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	家族からの電話の際は、利用者本人の元気な声を聞いていただけるよう、取り次いで		
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	建物の構造上改築するのは難しいため、日中でも共用スペースは、電気蛍光で明るさを調整している。また、室内温度も季節に合わせて温度調整をしている。	ホームの玄関としては狭い感じもあるが、季節の花を生けて利用者の出入りや訪問者を温かく迎える雰囲気があった。居間の奥が塞がれているのが残念ではあるが、季節の壁飾りなどの工夫で明るい雰囲気をだし、調理台や流しが2ヶ所ある事で職員と利用者の会話がし易く普通の家庭のような雰囲気があった。	
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	ソファや椅子を施設内に数カ所に分けて配置し自由に寛げる空間をつくっている。また、余暇時にはパズルやドリルを用意して、自分の時間を楽しむことができるように支援している。		
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	入所前の生活の雰囲気を継続できるよう、利用者が使い慣れた家具や日用品を使用することを勧めている。また、仏具、遺影も置く利用者もいる。	居室は畳とフローリングの部屋があり、それぞれに洗面台と広い収納スペースがある。各居室は利用者の生活スタイルに合わせてベットの向きや持ち込まれた家具などが使い易いように配置されており、職員や家族と一緒に居室作りをしている様子がかがえた。仏壇や気に入った歌手の写真等の置かれた居室など、それぞれが居心地よく過ごせるよう工夫されていた。	
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	安全を考え、各居室に自立排泄のためのポータブルトイレの設置をしている。各場所を表示した張り紙は、目の高さに合わせて掲示している。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホームサングリーンピア大宮

目標達成計画

作成日: 平成28年8月 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	1	新しく入職したスタッフの為に、また思いを新たにすることも4つの理念を日々のケアにどのように活かしていくか、具体的な方法について話し合いをされることに期待する。	新しく入職したスタッフに限らず、職員全員が4つの理念を振り返り確認し、ケアに活かせるように心がけたい。	月1回の全体会議等にスタッフ全員で声に出して確認する。	6ヶ月
2	33	重度化した利用者様の健康状態に合わせて、統一したケアができるように、ケア方法の研修受講やケアマニュアルの作成を期待した。	利用者様の現状、一人ひとりの健康状態等をスタッフ全員が共通理解をして、ケアできるようにする。	利用者様一人ひとりの記録をとり変化を確認する。また、主治医、週一度の看護師と連携を取り日々の状況の変化に対応する。	12ヶ月
3	35	ホームの居室は全室が1階部分であることを考慮し、避難経路としているベランダからも安全に建物外に避難できるように、ベランダに出口1か所を設けること、段差への工夫などを検討することに期待する。	現状では、今まで通りの避難経路を利用するしかないが、火災出火場所から遠ざかった場所に避難できるように訓練する。	年2度の消防署立ち合いの元で避難訓練、消防訓練を行っている。出火場所からは遠ざかった場所に避難することを指導された。	6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。