

(別紙4) (西暦) 2019 年度

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	0871900445		
法人名	株式会社 ほーむけあ いしやま		
事業所名	グループホーム 感感		
所在地	茨城県牛久市東大和田町312-2		
自己評価作成日	2019年7月1日	評価結果市町村受理日	2020年1月27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.kaizokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_koubyou_detail_022_kani=true&JivovsvoCd=0871900445-00&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	2019年8月4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)】

利用者の介護度に応じた支援の実施 医療に対して定期的な勉強会や協力医療機関との連携
--

【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)】

幹線道路から少し入った閑静な住宅地の一角に位置する事業所である。自治会に加入し、地域住民と一緒に環境美化やイベント、新年会に参加する他、事業所主催のイベントには地域住民を招待するなど、地域との交流を重ね、事業所や認知症に理解を得ている。管理者の思いは職員に浸透しており、利用者の気持ちに寄り添った丁寧なケアが提供されている。近頃は区長が挨拶に来てくれたり、近隣住民が足を向けてくれるようになり、イベント以外にも地域住民との交流が深まっている。

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 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ます (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 利用者や職員が、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)	○ 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 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	事業所内に提示し、常に職員に周知して対応できる。	法人・事業所独自の理念を玄関ホールや事務所内に掲示し意識付けを行っている。申し送り時に唱和し、会議で確認し実践に繋げている。年間・月間目標も立てている。職員からは家庭的な雰囲気を利用者の想いに添う支援をしているとの話があった。	
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	自治体で行なわれる行事に利用者と参加している。	自治会に加入し環境美化やイベント、新年会に参加している。事業所主催の交流会は回覧板で案内し、地域住民が多数参加している。今年度の地域交流会は検討中。ボランティア訪問(民謡・歌謡ショー・傾聴・銭太鼓・尺八等)の訪問があり、散歩時には挨拶を交わしたり、野菜を頂く等、一住民としての交流を重ねている。	
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	来訪者が来られた際や問い合わせ等があった場合説明。		
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	生活相談員やご家族様、地域の方に参加を求め、意見を出し合い検討。	2ヶ月ごとに利用者・家族・介護相談員・区長・事業所担当で、議題によっては医師や保健師、消防士等も参加し、事業所の報告と合わせて避難訓練やミニ研修等を実施している。意見はサービス向上に活かしている。欠席の家族には郵送し、職員には会議で報告して共有している。	
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	定期的に牛久市役所より相談員が来られ、意見を問いケアサービスの向上に努めている。	介護相談員の訪問があり、市担当者とも良好な協力関係を築いている。地域密着型連絡協議会やケアマネ会に参加し、情報交換を行っている。小学生が授業の町探検として訪問してくれる。	
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	勉強会を定期的に開いて知識を高め、介護のありかたを再確認。	委員会を設置し、身体拘束についての勉強会を開催した。利用者の安全・安心に向けたケアの提供に取り組んでいる事が確認された。見守りを強化することで利用者の行動は把握できている。一時的に拘束となる場合の書類は準備している。	

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	常に職員との話し合いの場を設け、ストレスの軽減や勤務体制の改善を計っている。		
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	定期的な勉強会や、情報収集を常に行い職員に伝達している。		
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	来訪時アンケートを記入して頂いたり、定期的に家族との連絡を入れ、意見や要望を聞いている。		
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	家族、利用者様の意見等会議などで検討し、運営の最適化に結び付けている。	利用者の意見等は日々の会話の中から吸い上げ、反映している。家族からは面会時に聞くことが多い意見は必ず記録に残し全職員で共有している。家族にはフィードバックしている。意見箱の設置(アンケート実施)・第3者機関名・電話番号を明示している。担当職員が2か月ごとに写真を同封し状況を知らせしている。職員の入替えについて事情をお知らせする準備中。	ケアプラン作成にあたり、家族への説明不足を感じる。説明方法の再検討を期待する。また、利用者の状況を知らせる際に同封する写真は笑顔のものもいいが、日常の活動が伝わりやすいスナップ写真も家族に安心を与えられるので、検討を期待します。
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	職員からの意見はじっくり耳を傾け、管理者会議にて共通問題として検討。	職員の意見はその場で話し合っている。管理者自ら職員の中に入り、職場環境の整備に努めている。個人面談を実施し、職員のストレスや不満解消に努めており、管理者会議に法人全体の共通問題としてあげ、反映している。処遇改善で(ユニホーム代支給・横浜中華街で食事会・資格取得支援等)やりがいに繋げている。例年開催する実践報告大会(今年度は「和む」を予定)は職員の職業意識の向上とレベルアップとなっている。	
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	面談など機会を設けてる。		

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
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	職員の技術や知識の把握、必要に応じて勉強会や研修を設けている。		
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	市役所や地域の集まりには参加するようにして、情報や意見交換をしている。		
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	サービスを導入する時に、本人の希望・こまり事を把握し、信頼関係を築けるようにしている。		
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	サービス導入時に御家族の要望に耳を傾け、信頼関係を築けるようにしている。		
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	サービス導入の段階で、本人・家族の1番必要としている支援を見極め、支援している。		
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	本人の希望を聞きながら、共に支えあう関係を築いている。		
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・家族と要望を聞きながら、本人の過ごしやすい関係を築いている。		
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	本人が、今まで大切にしてきた事を把握し、支持している。	友人・知人の面会(家族に確認し了解を得ている)・電話・手紙で遠方の親族との関係が途切れないよう支援に努めている。馴染みの場所への(床屋・スーパー)支援は職員が付き添って出掛けている。家族と外食・買い物に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
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	気の合う利用者同士席を近くにするなど工夫して、支え合う関係を築いている。		
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	契約が終了しても、本人・家族の経緯を把握し、相談や支援をしている。		
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	一人ひとりの行動・健康状態を把握しながら、思いや意向を把握している。	会話からその日の活動意欲を把握し、個人個人に合わせた支援を行っている。趣味の継続(切り絵・飾り付け・毛筆等)・家事(野菜の水やり・食事作り)等で利用者のやりがいに努めている。生活リハの中で体内時計を動かすことで、利用者の表情が良くなった。利用者から、ここにいることが幸せなんだよという話が聞けた。	
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	一人ひとりの生活歴・好みなもの、これまでのサービス利用歴を把握している。		
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	その日の一人ひとりの健康状態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	本人が暮らしやすいように、課題とケアを本人・家族・関係者と話し合い職員各自が意見を出し合い介護計画を作成している。	利用者・家族の要望を聞き、カンファレンスを開催して利用者の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、家族の同意を得ている。6ヶ月ごとにモニタリング・評価を実施し現状に即したプランを作成している。	
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	一人ひとり、個別に記録を記入し、職員間で共有し、実践に努めている。		

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	本人や家族の常に把握し、支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。		
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	地域資源を把握し、利用者一人ひとりが安全で豊かな暮らしができるようにしている。		
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	本人と家族の希望を大切に、かかりつけ医と事業所の関係を築きながら、利用者本人が適切な受診を受けられるようにしている。	訪問クリニックから2週間毎の往診と週1回の訪看が入り、利用者の体調管理に努めている。家族への連絡内容は記録に残している。前回の評価を受け、個人受診記録を強化した。症状の変化・対応につき知識・技術の向上に努めている。専門医の受診体制は出来ている。	
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	介護職員は常に利用者の健康状態を把握し、看護師に適切に状況を伝えるようにしている。		
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。	利用者が入院した時、安心して治療できるよう、常に医療機関と情報交換を行っている。		
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いる	重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から常に利用者・家族と話し合いをし事業所での対応の仕方を説明して支援に取り組んでいる。	契約時に重度化・終末期の指針を説明し、同意書を交わしている。家族の思いは変わることもあり、重度化になる前に医師・看護師・職員・家族で話し合い、方針を共有している。訪看・PTのミニ研修を実施し職員は心構えは出来おり、エンゼルケアも習得し、家族や他の利用者に配慮しつつ、利用者の最後の旅立ちに取り組んでいる。利用者の表情が穏やかになったと家族から感謝されたことは職員にとって何よりの励みの言葉になっている。	
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	マニュアルを作成、常に話し合いの場を持ち、利用者様の状態を把握している。		

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
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	定期的に避難訓練を実施し、その際は地域の方々や利用者様のご家族にも参加をして頂いている。	年2回の訓練を実施し、利用者が安全に避難できる方法を職員は身につけている。自治会長・民生委員・地域住民と災害時協力体制の覚え書きを取り交わし、緊急連絡網を見直した。備蓄品・緊急持ち出し用品は整備している。消防署からの指摘(通報時の声が小さい・訓練は利用者も一緒に実施)は今後活かしていく。	
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	一人ひとりの性格を把握し、プライバシーを大切に声掛け対応をしている。	利用者のプライバシーを損ねない対応に心がけている。外部への情報開示に関する同意書を取り交わし、個人情報保護に努めている。接遇研修を実施し、人格を尊重したケアの提供に努めている。職員は利用者の尊厳を大切にし、その人を認めたケアに努めているとの事。	
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	日常生活で利用者の行動を把握しながら自己決定できるよう支援している。		
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	その日の利用者一人ひとりの健康状態を把握しながら、その人の希望に沿って支援している。		
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	その人の希望に沿って、身だしなみ・おしゃれができるように支援している。		
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	一人ひとりの好みを把握し、一緒に準備・片付けをし、楽しく食事ができるように支援している。	利用者とメニューを考え一緒に季節の食材の買い出しに行き、利用者の力量に応じ下準備・味見・配膳・下膳・食器洗い・拭き等を行っている。マイ茶碗・お椀・箸を使い、食欲がわくような器に盛られた副菜を美味しく食べ、会話が弾む楽しい食事風景であった。誕生日にはその方の希望の料理を提供し、みんなでお祝いをする。おやつやケーキ作りは利用者の楽しみの一つとなっている。利用者の状態に合わせた食形態・制限で提供している。	

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
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	一人ひとりの健康状態に合わせて必要な栄養・水分確保ができるよう支援している。		
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	一人ひとりの口腔状態を把握し、口の中が汚れないよう毎食後、口腔ケアを行っている。		
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	利用者様それぞれのトイレのタイミングに合わせての声掛け誘導。ご本人で排泄できるよう「おなかに力を入れてみましょうか」と言い、行ってもらったりしています。	排泄パターン・チェック表・表情・様子から声掛けを行い、トイレに誘導してトイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援に努めている。適切な声掛けにより失敗することが減り、パットの使用数が削減され、利用者の意識改善も見られる。運動や繊維質の食事、乳製品や腹部マッサージ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	施設内を一緒に歩いての運動や、食物繊維がある物を少し多めに提供、ヨーグルトを朝食べて頂いたり、おなかのマッサージを行なうなどしました。		
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	入浴を楽しめるように、本人に服を選んで頂いたり、昔の話や今日の食事は何でしょうか？等の会話で楽しんで頂く、本人が今はまだ入らないと言っていたら時間を置いてから声掛けを行っている。	日曜日以外は利用者の希望に合わせた入浴支援を行っている。入浴時はいろいろな話が出てくる貴重な時間でもあり、新たな情報を得た場合は職員で共有している。着替えの準備は利用者と一緒にやっている。入浴剤・しょうぶ湯・ゆず湯を提供し喜ばれている。皮膚感染予防として足ふきマットの上に個人用タオルを敷いている。拒否がある方には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	寝たいと訴えがあった際は早めに寝て頂いたり、呼吸がしやすい様に少しベッドの頭の方を上げたりしている。		
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	分からなかったり、忘れてしまった際はすぐに確認し、間違いがないように注意している。服薬後、行動と顔色に注意して見守る。		

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	おほん抵ぎ、良事をよそつて頂いたり等の簡単なお手伝いをして頂く、本人様から「手伝おうか?」と言って下さることが多くなり、その都度何かしら一緒にやっています。ボール転がしや歌を一緒にうたい楽しませている。		
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	本人の希望に沿って中庭に出たり、できるだけ行きたいといった場所に連れて行っている。ご家族を呼んでお花見会を実施しました。地域の人とはあまり交流がとれてない為、少しずつ交流ができるようにして行きます。	天気や体調にあわせて公園や中庭を散歩する。食材の買い出しや買い物、ドライブ等、個別の支援を行っている。お花見・河童祭り・外食等季節ごとのイベントを実施している。来年はタケノコ狩りが楽しめそうだ。家族を呼んで行った花見は好評だった。	
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	自分では管理できないが、買いたいものがあれば本人と一緒に買い物に出掛ける。		
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	本人からの電話連絡や手紙は出来ていない。殆んど職員がしている。		
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	利用者が行きかう場所には妨げにならない様、物は置かない。廊下や共有スペースなどには写真や季節の花などを飾る様にしている。	見当識を意識し、草花・飾り物・中庭の野菜等から季節の移ろいを感じてもらう工夫があった。イベントの写真や力作の習字・手作り品は利用者の回想の手助けとなっている。動線に配慮した動きやすいリビングとなっており、のんびり過ごす利用者の姿があった。リビングを床暖房にリフォームした。サンデッキで茄子・ゴーヤ・ミニトマト・レモンバーム・コキアを植え、利用者が手入れしている。	
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	和室にソファを置いてゆっくりくつろげるようにしていたり、リビングでの過ごし方を工夫している。		

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
54	(20)	<p>○居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている</p>	<p>定期的に居室の整理整頓をし、居住空間を広くする。</p>	<p>居室入り口の視線の高さに名前を掲示し(避難時は名前を裏返し避難の有無を確認)混乱防止に努めている。馴染みの家具やテレビ、鏡台等を移動の邪魔にならないように配置している。テープで動線を意識する工夫する居室があった。家族の写真・置物・手作り品・鉢物・米寿のお祝い色紙等をかざり、利用者の安心出来る居室となっている。清潔保持に努め、職員と一緒に掃除を行っている。</p>	
55		<p>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>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>	<p>障害物がないように自立歩行、車椅子走行してもらえよう会議検討している。</p>		

(別紙4(2))

事業所名: グループホーム感感

目標達成計画

作成日: 2020年1月27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		ケアプラン作成にあたり、家族への説明不足、説明方法の再検討、スナップ写真の活用の検討。	ケアプラン作成事前、また常日頃より家族、利用者様の意見要望を必ず伺い、ケアプランや運営に反映させる。また、日々の様子を定期的にお話しし、スナップ写真を提供する。	が家族様が来られた際、必ず日々の様子をお伝えし、意見要望等をお聞きし職員全員の周知の元、今後のケアの方針や事業所の運営に反映させる。また、日々の何気ない様子などをスナップ写真にとりが家族様に提供する。	6ヶ月
2					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。