

自己評価及び外部評価結果

作成日 令和 元 年 12 月 16 日

【事業所概要【事業所記入】】

事業所番号	3471503809		
法人名	三菱電機ライフサービス株式会社		
事業所名	福山蔵王ケアハートガーデン グループホームなごみ		
所在地	福山市蔵王町五丁目15-11		
	電話番号	(084)946-4753	
自己評価作成日	令和 元年 10 月 20 日	評価結果市町村受理日	令和 2 年 1 月 6 日

※事業所の基本情報は、介護サービス公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先

【外部評価機関概要【評価機関記入】】

評価機関名	一般社団法人 みらい
所在地	広島県福山市山手町1020番地3
訪問調査日	令和 元 年 11 月 28 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)】

グループホームなごみでは、認知症の方の特徴を総合的にとらえるために、ご家族様にもご協力をいただきながら「認知症の人の為のケアマネジメントセンター方式」を活用しています。常に、ご利用者様に寄り添い個別性を考えての支援と会話やスキンシップを大切にして笑い声がある日常を過ごしていただける様支援しています。また、スタッフ全員でご家族様とのコミュニケーションを図り、ご要望を伺いながら、より良い支援に繋がっています。

【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)】

市の東部に位置し、住宅街の中にある。すぐ隣にはコンビニエンスストアがあり、時折利用者さんも買い物に行かれています。また、近くには大型電機店、大型スーパーもあり、利便性が良い。お庭も広く、ウッドデッキもあり、お庭の片隅には菜園もある。季節ごとの収穫が楽しみである。事業所内にはクラブ活動(園芸、運動、歌声、おやつ作り)があり、その中の園芸クラブの利用者さんがウッドデッキに季節のお花をプランタンに植えられ、水やりなどのお世話をされている。4つのクラブに一人ひとりが所属し、役割を持って張りのある生活に繋がられている。ケア面も一人ひとりの生活歴から本人のやりたい事を把握し、計算問題やぬり絵、編み物、読書の好きな方には紙芝居などをしてもらい、それぞれが好きなことを好きなようにしながら、一日を楽しく、笑顔で過ごしてもらえる支援を心掛けている。医療面も協力医との連携も構築され、24時間指示が得られる体制であり、非常勤ではあるが看護師の職員が日々の健康管理を行い安心である。また、地域との関わりもクラブ活動に参加して頂く呼びかけもしている。事業所のお祭りには地域ボランティアの方々も参加も得られ楽しい時間を過ごす事ができた。また、お隣さんから野菜等を頂いたり、野菜作りに来て頂く等、地域の一員として交流が出来ていると共に家族との信頼関係も築かれ、協力を得ながら、地域、家族三者で利用者を支え住み慣れた地域でその人らしく、安心安全に穏やかやに過ごして頂く事を大切にされている。開設15年今では地域に開かれ、その地になくしてはならない事業所となっている。

自己評価および外部評価結果

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	事業所の理念は玄関と事務所にあげている。カンファレンスや研修に実践にしていこうと都度確認している。	事業所理念を基に年間目標を立て、理念や目標を日々のケアに活かす様カンファレンスやミーティング、研修等で、その都度、周知すると共に目標の達成度の評価も行い、全職員が共有し実践に繋がられている。	
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	施設周辺を散歩したりコンビニエンスストアやスーパーをりようしたり、地域の祭りは町内会の配慮で参加しやすくして頂いている。	事業所のお祭りには地域のボランティアの方の訪問もある。また、清掃活動にも参加している。事業所内のクラブ活動にも近隣の方の参加もある。庭の菜園に色々な野菜を作りに来てもらったり、近くの方から野菜を頂く事もあり交流はできている。チャレンジウイーク(中学生、高校生)の受け入れもしている。	
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	運営推進会議で認知症状対応方法や工夫について説明、情報を発信している。		
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	参加者の方の意見を参考にしている。	家族、町内会長、老人会長、包括職員(2名)等の参加の下、現状を広範囲に報告すると共にホーム便り(モモちゃん便り)を見てもらう中で日頃の様子を把握してもらい、立場の違う方々の意見や情報が得られ、サービスに活かしている。勉強会となる事もある。	
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	包括支援センター南蔵王、坪生の方と意見交換ができる状況があり実情を説明して助言を頂いている。小地域ネットワークの勉強会に参加したり参加者の方と情報交換ができている。	申請時には現状を伝え助言や情報等得ている。又、包括主催の小地域ネットワーク会議に参加し、情報交換や意見交換の場もあり、現状を伝えアドバイス等が得られ、包括との協力関係は築かれている。運営推進会議へ毎回参加が得られている為、取り組み等については理解が得られている。	
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	2か月ごとに身体拘束廃止委員会を開催して抑制しない支援が出来ているか確認を行い、カンファレンスで報告、議事録を回覧している。また、日ごろの支援について振り返る、正しく理解出来ているか研修を行っている。	基本身体拘束はしない方針である。委員会もあり、現状を定期的に話し合い、抑圧しないケアに取り組まれている。不穏な方には要因を把握し、見守りと動きを制止しない支援を心掛けている。研修も年2回実施し、全職員が正しく理解する様取り組まれている。。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	施設内研修を行い虐待の防止に努めている。		

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
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	必要に応じて家族を含めた話し合いの場を設ける準備は出来ている。保佐人(社会福祉士・シルバー人材派遣所長)の方が、運営推進会議に参加の折に制度について情報提供を下さり参考にしている。		
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	十分に説明を行い、見学や体験入居などで理解を得た上でご入居いただいている。		
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	問題点があれば、ご利用者様、ご家族様と担当スタッフ、リーダー及び管理者で話を伺い改善に努めている。面会時や電話で往診内容をご連絡した際に意見やご要望を伺っている。	訪問時や行事等で現状を報告する際や毎月の請求書と共にホーム便りやお手紙を添え送付される中で意見や要望の把握に努めている。それらの意見等や要望については個々に対応すると共に運営にも反映している。	
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	カンファレンス、または、個別に意見を聞く機会がある。	日頃から意見や提案があれば、リーダーに伝えると管理者に繋げられる仕組みができています。又、カンファレンスやミーティングでも聞く機会を設けている。管理者から声かけする事もある。いろんな場面での意見等は検討し反映させている。個人面談の機会もある。	
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	事業所としての取り組みを行っており、個別の面談を定期的に行い環境整備に努めている。		
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	会社全体でのリーダー研修に参加してスタッフに展開している。自己啓発を促し資格取得のアドバイス、法人外の研修の機会の確保とトレーニングしていくことを進めている。		
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	個別の交流はあるが事業所としての活動の機会が持っていない。		

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	アセスメントを利用前に実施し本人とご家族に確認している。入所後のアセスメントをあわせ関係づくりに努めている。		
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	ご家族様に積極的に利用者様の様子をお伝えしてご家族のお考えを伺えるようにコミュニケーションの場を持ち関係づくりに努めている。		
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	職面談時に支援の見極めをしている。		
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	おひとりお一人の状況に応じて一緒に家事をしたりコミュニケーションを取りながら関係を築いている。		
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	ご家族様の来所時に現状をお伝えしていき支援が必要な時はお願いをしている。		
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	ご本人の今の状態を理解していただける様お伝えして家族や親戚、知人の来訪など、なじみの関係が継続できる様支援している。	家族や親戚、友人の訪問もある。家族と実家に帰られたり、以前信仰されていた場所へ家族と行く方もいる。できるだけ希望があれば、馴染みの場や人との関係が少しでも長く継続出来る様柔軟な支援を心掛けている。	
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	利用鞆同士の関係を把握しアクティビティやコミュニケーションが行えるようスタッフを介して支援に努めている。		

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
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	必要に応じて努めている。		
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	日頃のコミュニケーションで思いや要望、スタッフの気づきを記録して情報を共有している。必要に応じてカンファレンスなどでご本人の思いなど細かく情報を出し合いその人らしい暮らしができる様努めている。	生活歴や忌憚のない会話、また、利用者同士の会話から把握し可能な限り思いに沿った対応を心掛けている。編み物、ぬり絵、百マス計算など、希望に沿って提供している。図書館に行かれる方もいる。表出困難な方には生活歴、家族からの情報、また、選択史を出し、その時の表情から把握し、検討している。	
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	ご家族様から伺う事とご本人様との会話を通して、これまでの暮らしについて聞き取りを行っている。		
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	個々の記録や申し送りを活用すること、NSの意見も合わせて現状の把握をしている。		
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	センター方式を活用したケースカンファレンスを行いユニット全体で考えたうえで作成している。	日々の状況から把握した、家族、本人の要望や意向、また、ニーズや課題についてカンファレンスで職員の意見、主治医の所見等を基に検討し柔軟且つ現状に即した計画を作成している。定期的にモニタリングや見直しもされている。作成された計画は職員に周知すると共に家族に説明し承諾も得ている。	
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	日々の様子や気づきを記録、情報を共有してカンファレンスで話し合い対応の工夫、実践、評価、必要であれば見直しするなどに活かしている。		
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	ほんにん、家族の要望に応じ支援している。		

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
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	運営推進会議や回覧板、東部支所などの情報を得て支援できる様取り組んでいる。		
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	内科医が月2回、必要時は訪問歯科の往の手配をして適切な医療を受けられるよう報告、相談をして支援をしている。	協力医療機関の往診が月2回、訪問歯科支援もある。他科やかかりつけ医は通院は家族支援となっているが、困難な場合は通院支援している。結果については訪問時や電話等で伝え共有している。週3日看護師の職員が日々の健康管理をされている為安心である。夜間や緊急時も主治医の指示が得られる体制もできている。	
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	情報の共有に努め協働している。		
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。	医師、看護師と協働し健康管理を行っている。		
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	重度化、終末期のあり方について、ハヤイ段階で医師、家族と話し合い方針を共有して支援に取り組んでいる。ケアプラン更新時に看取りの指針の説明を行い同意を頂く際、意向を伺っている。	利用開始時、指針を基に説明し、理解してもらっている。状況変化が起きた場合は主治医から家族に説明され、家族に意向の確認を取りながら、家族、主治医三者で方針を共有し、家族の協力を得ながら支援に取り組まれている。	
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	施設内研修を行い医師や看護師から指導を受けている。		
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	避難訓練を定期的に行い備蓄をしている。運営推進会議の場を利用して地域の方へ協力を働きかけている。	年2回、自主訓練を実施し、通報、消火、避難方法等の訓練を行い、実践力を身につけ慌てず速やかに対応できる様取り組まれている。運営推進会議と兼ねて行い、参加者の意見やアドバイスを頂くと共に反省会も行い次に繋げて行く。また、協力のお願いをしている。地震についても話し合われている。備蓄もしている。	

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
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	研修、カンファレンスにて意識統一をしている。都度、個別にも指導している。	人生の先輩であると言う事、また、目上の人という事を常に念頭に置き、尊厳を大切に声かけや対応をする様カンファレンスで周知している。又、馴れ合いになっても節度ある対応をする様心がけ、職員間で気付いた時には注意し合いプライバシーの確保に努めている。	
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	理念に基づいて、本人の思いを伺う、表情を見ていき自己決定できる様働きかけをしている。		
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	おひとりお一人のペースを尊重し要望を伺いながら支援している。		
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	その日に着る服を一緒に選ぶなどその人らしい身だしなみができる様支援している。		
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	一緒に準備したり料理の内容を伝えて食事が楽しめる様支援している。	身体状況に合わせた食事形態で個々のペースに合わせて、急がず、ゆっくりと食べられている。お絞りを配られたり、下膳や御盆拭き等個々の能力に合わせて、手伝ってもらい、張りのある生活に繋げている。食を促す声かけをされ、職員も同じテーブルで同じ物を食され、楽しみの時間となる様支援している。	
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	毎回食事量、水分量を記録している。摂取量が少ない時は捕食の対応をし脱水にならないよう注意している。高齢者向けのバランスよい食事を提供している。嚥下状態に応じてミキサー食やゼリー食などで摂取できる様に対応している。		
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	声かけ、介助などで毎食後口腔ケアを支援している。訪問歯科の口腔ケアも利用して頂いている。		

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	本人の状況に応じた排泄の誘導や介助を行っている。	個々のペースでトイレ誘導をし、日中はトイレでの排泄に努め、機能維持や生活習慣、また、気持ち良く排泄できる様支援している。立位や座位が難しい方は2人介助で対応している。自立の方もいる。排便チェックも行い不穩にならない様務めている。	
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	医師、看護師と協働して健康管理を行っている。相談しながら排泄を促す食物を摂って頂いたり運動の支援を行っている。		
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	毎日入浴できる準備を整えおひとりお一人の状態や要望に合わせて支援している。	週2～3回、午後となっている。石鹸などの希望にも添い、入浴が楽しみとなる様、取り組まれている。拒否の方には声かけの工夫やタイミングを見ながら対応し清潔保持に努めている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	お一人おひとりの状態、状況に応じた安眠、休息の支援をしている。		
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	カンファレンス、申し送りなどで服薬の目的副作用について情報を共有している。状態の変化を把握し医師、看護師に伝え指示を受けている。		
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	本人の思いを伺いアセスメントとあわせて考慮している家事、脳トレ、運動、外出などご本人に合わせて支援をしている。		
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	庭を活用した行事や定期的に施設の行事で年2回の外出をしている。ご希望があるときは、近所へ買い物や図書館へお連れしている。	お花見やコスモス畑等に出かけたり、希望で図書館に行ったり、近隣へ買い物にも行かれたり、できるだけ外出の機会を持ち、楽しみごと、気晴らし、思い出づくり、五感刺激となる支援をされている。お庭の片隅にある菜園で収穫を楽しまれたり、お庭が広くそこでお茶を楽しまれたり、気候のよい日には日向ぼっこ等され外気に触れる機会も持たれている。地域行事にも出かけられている。	

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
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	要望にてスーパーなどにお連れして買い物ができる様支援している。		
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	要望に応じて電話を取り次いでいる。手紙、はがきで交流できる様支援している。		
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	温度、湿度、明るさなど常時快適に過ごせるように調節している。作品で季節に応じたものを掲示したりデッキに鉢植えを置いて季節を感じる工夫をしている。	玄関入り口には季節のお花が寄せ植えされ、玄関に入ると季節の飾り付けがあり、季節を感じるられる。リビングも広く大きなソファも置かれ自由に過ごす事ができる空間である。利用者の作成されたぬり絵も飾られている。死角もなく、明るく、又、広いウッドデッキには鉢植えのお花が沢山置かれている。不可な匂いもなく、清潔に保たれた共有の場である。	
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	ソファやテーブル、座席の位置など状況に応じて居場所の工夫をしている。		
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	思い出のあるものを持参していただいたり家族の写真や小物を置くなど居心地よく暮らせる工夫をしている。	家具(タンス、鏡台、本棚、机、イス等)やテレビ、ご自分が書かれた習字、利用者の笑顔の写真、家族との思い出の写真等が持ち込まれている。また、本棚には沢山の本もあり、自宅とのギャップが無い様、工夫され、穏やかに過ごせる環境作りとなっている。	
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	ホールの椅子に個別の座布団を置いてわかりやすい工夫をしたり、不安がないように次の行動をさりげなく声をかけるなどその人に応じた対応を工夫している。		

V. サービスの成果に関する項目【アウトカム項目】

項目		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		①ほぼすべての利用者の	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	○	①ほぼすべての家族と
		○	②利用者の2/3くらいの				②家族の2/3くらいと
			③利用者の1/3くらいの				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	○	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		①ほぼ毎日のように
			②数日に一度程度ある				②数日に1回
			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		①ほぼすべての利用者が	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		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ほとんどない				④全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き活きた表情や姿が見られている		①ほぼすべての利用者が	66	職員は生き活きと働けている		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ほとんどない				④ほとんどない
60	利用者は戸外の行きたい所へでかけている		①ほぼすべての利用者が	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ほとんどない				④ほとんどない
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		①ほぼすべての利用者が	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		①ほぼすべての利用者が				
		○	②利用者の2/3くらいが				
			③利用者の1/3くらいが				
			④ほとんどない				

(別紙4(2))

事業所名： 福山ケアハートカーングループホーム
なごみ

作成日： 令和 元 年 12 月 31 日

目標達成計画

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	3	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す場が限られている。運営推進会議以外の場を設けて地域貢献を行う。	認知症カフェを開催する。	認知症カフェについて地域でどの様な取り組みをしているか調べる。計画を立てる。	2年
2					
3					
4					
5					

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。