

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	0892900028		
法人名	社会福祉法人河内厚生会		
事業所名	グループホームみつば(杏番館)		
所在地	茨城県稲敷市光葉11-22		
自己評価作成日	平成29年12月1日	評価結果市町村受理日	平成30年5月23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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2014_022_kani=true&JiyosyoCd=0892900028-00&PrefCd=08&VersionCd=022
----------	---

【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30年3月6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)】

敷地が広く居住スペース以外に広いベランダがあり、そこは自由にくつろげるスペースとなっています。また小さいながらも畑も有しており、そこでは季節の野菜を栽培し、取れた野菜は入居者様に召し上がっていただいています。
併設の小規模多機能型ホームと交流をし、また体操・読み聞かせ・音楽等のボランティアさんに定期的にお越しいただき、グループホーム住人以外との交流の機会を設けています。

【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)】

温泉施設の建設が予定されていた平屋作りの団地の一角にある。高齢化を見込んで作られた団地は、確実に高齢者世帯が増えている。開設以来、地域密着型を意識してきた当ホームは、地域住民との交流を重ねることで地域から頼られる存在になってきた。地域住民主催の『みつば喫茶』にホームの利用者が向かい行き『招く・出向く』相互の交流を行っている。職員は入浴介助が困難な方がいることから、入浴技術の研修を受けに行ったり、歩けない方の「歩きたい」希望を叶えるために理学療法士に技術を教えてもらうなど、積極的に技術向上に取り組んでいる。また、新人が入職することから、職員は先輩としての自覚が必要、管理者は職員全体のレベルアップが大きな課題だと語るなど、前向きな姿勢が見られた。

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、安心して暮らさせている (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	介護理念を掲示し、職員全員がその意味を理解し介護を行っている。新規入職の職員には新人研修の場を設け、そこで理念についての説明を行っている。	法人理念を基に管理者が作ったものを、職員に周知させている。日々のケアで実践するために職員の身近なところに掲示してある。	
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	近隣地域の防災訓練を施設敷地内で実施、近隣住民のボランティアの受け入れや、施設行事に参加していただき交流をしている。	中学生の職場体験や読み聞かせ、音楽療法、シルバーリハビリ体操などのボランティアを受け入れている。ホームの夏祭りに地域の方も参加。地域の清掃活動に参加する利用者もいる。大杉神社の初もうでは混雑するので時期をずらして行く。災害時はホームを避難場所にするよう発信している。	
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	近隣の認知症予防の集まりに参加し、ホームでの対応の仕方などについて意見交換している。		
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	2ヶ月に1回運営推進会議を開催し、報告・意見の交換を行い、日々のサービスの向上に努めている。	参加者は決まっており、民生委員の方は熱心で、いろいろアドバイスしてくれる。内容がマンネリ化してきている。他のホームと合同での開催を検討中。地域の情報は自治会長から提供してもらっている。ホームでの生活状況の報告や、行事予定などについて意見をもらう。	
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	運営推進会議やその他の機会を利用し、連携を取るとともに、情報の交換を行っている。	随時相談にのってもらっている。社協が中心になり、グループホーム連絡会を定期的に行っている。利用者の重度化によるホームの特養化や職員の教育について各々の課題を出し合って話し合う。	
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	身体拘束をしない介助を当たり前の介助として職員全員が認識するとともに、委員会で拘束につながる事例がないか検討している。研修を行い職員の認識の向上に努めている。	拘束防止委員会を作っている。転倒予防のための拘束が多いと感じ、職員とサイドレールの使い方について話し合った。以前、車いすに鈴をつけたことがある。家族は病院での拘束をイメージしているため、ホームでの拘束に当たる行為についての理解が難しい。開設時の転倒骨折のリスクが高い方の事故経験を参考に考えている。	

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	身体に対する虐待はもとより、言葉による虐待がないよう日々注意を払うとともに、研修を行い職員の認識の向上に努めている。		
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	法人内で成年後見制度についての研修を行っている。		
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	契約時には十分な説明を行っている。契約後も随時説明を行っている。		
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	意見箱を設置するとともに、運営推進会議での家族の意見を施設運営に反映させている。	何かあれば直接話してくれるが、遠慮して全ては伝えきれていないのではと感じることがある。意見を出してくれる家族は、利用者への関わりも多いと感じている。	
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	管理者は職員の意見を聞くとともに、職員からの意見を法人全体の会議で報告している。	雑談や申し送りの中で意見がでることがある。月1回の職員会議は、職員が参加しやすい午後2時からに設定し、小規模多機能と各ユニット代表が参加する。ユニット会議も月1回予定しているが、開催するタイミングが難しくなっている。	
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	人事考課を行い、職員の頑張りを評価し、賞与の査定を行っている。		
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	研修計画に基づく施設内研修と、近隣施設との合同研修等を行っている。職員の希望する研修への参加を支援している。		
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	稲敷市内の地域密着型施設間での連絡会議を通じて意見交換を行っている。協力して納涼祭や防災訓練を行っている。		

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
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	入居前に本人と話すとともに、家族からも情報を十分に得て、本人の希望に沿う環境作りに努めている。		
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	家族と十分な意見交換を行い、要望に対して柔軟に対応している。		
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	本人・家族の希望を理解し、場合によっては併設の小規模多機能型ホームでのサービスを提案している。		
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	日常の洗濯・掃除・簡単な食事の準備等を職員と入居者様で協力して行っている。		
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	家族に行事への参加や、本人との外出等の協力をお願いし、家族の交流が途切れないうよう努めている。		
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うよう、支援に努めている	感染症流行時を除き、面会には制限を設けず、自由に来所していただけるよう努めている。	面会は原則自由。法人からは門や玄関の鍵をかけるように指導されるが、開かれた施設を意識して門に鍵はかけていない。神奈川の事件やインフルエンザの集団感染の経験から、面会制限をせざるを得ないことがある。職員の支援で年1回なじみの方や家族へ年賀状(写真入り)を出している。	
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	各入居者様の趣味や得意なことを把握し、それぞれが良い関係を築けるよう気を配りながら支援している。		

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	退居により契約を終了しても家族の相談に応じている。		
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	日々のケアの中でコミュニケーションを取り、その人の立場や役割を把握している。本人の出来ることを抑えず、家での生活に近い環境を提供するよう努めている。	家族や病院からの情報のほか、日々のケアの中からキャッチする。利用前の情報よりできることがあることに気づいたり、生活の中から多くのことが把握できる。病院でやっていたリハビリを痛みなどを理由に家ではやらなかった方が、ホームに来てから始めるようになった例もある。	
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	それぞれの生活習慣について家族や本人に聞き、ケアプランに反映し、職員全員が理解実践するよう努めている。		
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	日々の作業に参加してもらいながら状態の変化を把握し、心身のケアに努めている。		
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	毎日の申し送りの中で話し合い、ケア記録等を通して情報を共有している。常に家族・本人と相談してケアプランを作成している	ケアプランには、そのままではないが、おおまかな目標、ケアの内容を落としている。モニタリングはサービス計画達成表を毎日○×でチェックしている。×の時はその理由を記録してみんなで検討する。ケア記録は黒字が日中、赤字が夜間と色別になっている。	
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	毎日の申し送りやユニット毎にケアカンファレンス等で情報交換をして、入居者様の変化に柔軟に対応している。		
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、その時々にも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	本人の昔からの馴染みを大切にしながら、状況に合わせた支援を行えるよう柔軟に対応している。		

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
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	近隣地域の区長・民生委員・老人クラブ等と意見交換・協力しながら、地域の行事に参加し交流を図っている。		
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し、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	訪問診療やかかりつけ医と連携しながら、随時受診付添対応を行っている。	受診記録、受診付き添い記録あり。家族への連絡事項も記録している。4名の方が往診を利用、他は各々通院。訪問診療の医療機関は訪問距離範囲内にないため利用できない。救急搬送は阿見町の大学病院へとしており、救急搬送連絡票の記録がある。医療連携として週1回の訪問看護があり健康管理を行っている。	
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1回の訪問看護師による健康管理の他に、24時間オンコール、体調変化時の受診相談を行っている。		
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。	入院時には速やかに介護サマリーを提供し、入院時、退院時共に主治医や病棟看護師と情報交換し連係を取っている。		
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	入居契約時に看取り介護について説明し、同意書への同意の有無を伺っている。その後も随時相談を行っている。また職員の看取りに関する共通認識を築くべく研修を行っている。	契約時に家族に説明し同意をもらっているが、状態変化による話し合いはその都度行い、いつでも変更が可能。95歳の利用者が衰弱した状態で病院を受診したが、病院からはすることがないと入院を断られホームに帰ってきた。その後、職員の回復への取り組みで元気になってきた例がある。	看取りの経験がない職員が多いので、看取りに関する手順書を作成することで、職員の不安解消につながり、安心した見取りができることを期待する。

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
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	急変時、事故発生時のマニュアルを定め、職員への周知徹底に努めている。救命救急講習会にも参加している。		
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	消防署の指導の下、年2回の防災訓練を行っている。消防署主催の研修に参加している。	数年前に近くの工場が爆発、火事になり、避難命令が出されて法人内の施設2か所に分かれて避難した。稲敷市に同一法人施設が3箇所あり、お互いに協力体制が取れていることが功を奏した。訓練はグループホームだけでなく、小規模多機能と合同で行っている。また、地域の防災訓練にホーム駐車場を解放して参加している。	
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	利用者1人ひとりの生活・歴史を尊重し、それぞれに合った対応をしている。	トイレ誘導時は本人の耳元で行い、トイレ使用時のドアは閉めるなど、羞恥心を感じさせる場面では特に気をつけている。各自のオムツは見えないところに置く。それぞれのこだわりを尊重したケアを心掛けている。	
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	話しやすい環境を作るよう心がけ、何事にも本人の希望を聞いている。		
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し、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	入居者の希望を聞き、可能な限り入居者の意に沿った支援をしている。		
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	起床時、入浴時の衣服の選択、月2回の訪問美容サービスの希望を伺っている。		
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	各人の出来る事は職員と一緒に進めていただき、献立を説明する等して楽しんでいただいている。個々の嗜好を把握して提供している。	タイヘイの献立と食材を利用。検食として職員が1名、利用者と一緒に食べる。他の職員は座って食事介助に専念。エプロンを使用している方が数名いる。箸やコップは各自で用意。できるだけ自分で食べられるよう、食器の滑り止めを工夫している。職員は食べやすい姿勢になるよう声掛けをしている。毎月お楽しみ献立があり、利用者の希望を聞いて買い物調理する。体の状態により減塩食にも対応している。できる方は下膳を手伝っている。	

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
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	献立は専門の栄養士が考え、バランスのとれた食事を提供している。必要に応じて刻み食を提供している。		
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	毎食後口腔ケアを促し、出来ないところは職員が援助している。必要に応じて訪問歯科受診を支援している。		
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	一人ひとりのADLに合う排泄手段を考え、可能な限り本人自力での排泄が出来るよう支援している。オムツを使用する場合も本人に合った物を使用するよう随時検討している。	排泄はトイレで行うことを基本とし、日中はトイレ誘導、自ら行く方は見守りを行なう。1名だけ夜間のみオムツを使用している。自分でパット交換ができる方もいる。	
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	適度な水分摂取、運動を促すと共に、主治医と相談し内服の調節を行っている。		
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	本人の希望時に入浴出来るようにしている。	入浴の着替えは一緒に準備する。拒否の方には「風呂に行く」というと行かないので「風呂」という言葉は使わずに誘うなどの工夫をしている。最低でも週2回は入るが、入れないときには足浴を行なう。ゆずを利用者さんの家からもらい、ゆず湯にする。温泉が出ている。	
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	その日の体調を考慮しながら、本人の希望の時間に昼寝の提案をしている。		
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	主治医に処方していただき、訪問薬剤師の指導の下で内服の支援をしている。		
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	生活歴を活かした役割提供をし、本人が出来るよう支援している。一人ひとりに合った、楽しみながら出来ることを提供している。		

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
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	気分転換のドライブ、その他外食や買い物等を企画し、家族と相談しながら出来る限り本人の希望に沿った外出をしている。	ベランダの椅子に座っての外気浴が日課になっている。「どこか行くときは連れて行ってくれ」と訴える方もおり、都合が合えばその流れで時々ドライブに出かけることもある。家を見に行きたい方は、管理者を見ると、しばらく行ってないと訴えてくる。時には家が見えるところまで出かけることもある。	
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	基本的に金銭管理は家族がしているが、本人の希望があれば保管管理し、希望時の買い物などに対応している。		
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、手紙のやり取りが出来るように支援している。	本人希望時に電話していただいたり、年賀状を書いていただいている。		
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	季節を感じられる飾り付けを行い、また暖かい日にはベランダでお茶を飲んだり、日向ぼっこをして季節を感じていただいている。	長く広々としたウッドデッキが廊下のようにつながっていて、各居室からすぐに出られる。陽当たりが良く、利用者同士の交流の場にもなっている。利用者同士の関係に配慮が必要な方がいて、テーブルの配置を工夫していた。食後はそれぞれ自由に過ごしており、テレビの前のソファでくつろぐ方もいる。	
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	気の合う入居者同士が良好な関係を維持できるような座席配置や、併設施設との自由な交流を行っている。		
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	入居時にはなるべく使い慣れた物を持ってきていただき、本人がこれまで生活してきた環境に少しでも近づけるようにしている。	オムツ、トイレペーパー、お茶を常に居室に置いておかないと落ち着かないという、こだわりの強い方がいる。ベッドのみ備え付けで、布団、収納引き出し、カラーボックスなどが持ち込まれている。写真を飾る方、割烹着姿の方など、自宅にいたときのスタイルで過ごしている。	
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	トイレ、お風呂場等十分なスペースを確保し、入居者自身で出来ることを妨げないようにしている。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホームみつば

目標達成計画

作成日: 平成 30 年 5 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	33	看取りの経験が無い職員が多いので、看取りに関する手順書を作成することで、職員の不安解消につながり、安心した看取りが出来るようにする。	職員全員が看取りを理解し、不安を感じることなく看取りを行うことが出来る。	これまでの看取りにおける職員のアンケートをもとに、看取りに関する研修を行う。(6月中)	3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。