

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	0874000227		
法人名	社会福祉法人 和楽日会		
事業所名	グループホーム ぬくもり	ユニット名(さくら草
所在地	茨城県つくばみらい市西丸山634-2		
自己評価作成日	令和 1年 9月 9日	評価結果市町村受理日	令和 1年 11月 12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_022_kihon=true&JigyosyoCd=0874000227-00&ServiceCd=320

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 いばらき社会福祉サポート
所在地	水戸市大工町1-2-3 トモスミとビル4階
訪問調査日	令和元年10月8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)】

普通の生活が継続できるように生活リハビリや趣味などを続けています。また利用者のできる事を継続できるようケアに努め、気分転換を図るため、散歩やドライブなどを積極的に取り入れています。また、家族との関わりも持つ為に、家族参加の行事も積極的に取り入れています。

【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)】

事業所は田園の中に位置し、自然豊かな環境のもと利用者は四季の移り変わりを日々の生活や散歩を楽しむ中で感じることができる。近くには保育園や小学校、特別養護支援学校があり、そのこともたちが敬老会や祭り、クリスマス会に来訪して、歌や踊りを披露するなど利用者との交流をしている。地域の中学校の体験学習を受け入れ、認知症の啓発活動も行っている。管理者は日頃から職員とのコミュニケーションを大切に、何でも話せる関係を築くなど、風通しの良い働きやすい職場環境づくりに努めている。近くに同一法人の特養養護老人ホームがあり、委員会活動や研修会、災害時の緊急連絡体制など、お互い連携をしている。

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) <input type="radio"/>	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) <input type="radio"/>
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) <input type="radio"/>	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) <input type="radio"/>
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) <input type="radio"/>	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) <input type="radio"/>
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) <input type="radio"/>	66	職員は、活き活きと働けている (参考項目:11,12) <input type="radio"/>
60	利用者は、戸外に行きたいところへ出かけている (参考項目:49) <input type="radio"/>	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 <input type="radio"/>
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) <input type="radio"/>	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 <input type="radio"/>
62	利用者は、その時々々の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) <input type="radio"/>		

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	玄関や休憩室等に理念を貼り、理念の理解や、具体的な取り組みの為、日頃の共通理念を深めている。検討事項があった時には、理念を基に職員間で考えている。	玄関、休憩室に理念を掲示し各自で確認している。検討事項については理念に基づき職員間で話し合っている。できるだけ家での生活に近いように工夫している。	
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	近隣の支援学校や保育園、相撲部屋の交流事業(受入や訪問)を行っている。月に一度の傾聴ボランティアまた、不定期ではあるが、地元のボランティアの方の慰問(演奏)など地域との交流を深めている。普段、行事時などお弁当の発注や買い物や地元の業者に依頼するなど、地域との交流を深めている。	商工会に加入し、地域の祭りに参加するほか、近くにある相撲部屋に見学に行ったり、地域の保育園や小学校、特別支援学校の子どもたちが来訪し、歌や踊りを披露してくれている。弁当の発注や買物は、地元業者を利用して交流を図っている。	
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	運営推進会議で地域住民や民生委員の方に出席してもらい、サービスの状況の報告、また施設の広報紙を通じて取り組んでいる。		
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	運営推進会議では、日々の生活、行事など施設の取り組みについて報告し、サービス内容の開示に取り組んでいる。防災訓練の日程に合わせて、実際に見てもらったり、参加していただく事により、意見を求めたりしている。	利用者や市職員、民生委員等が参加して定期的に開催されている。事業所の行事や利用者の状況などを報告している。運営推進会議時に避難訓練を行い、この試みを継続してはどうかとの委員からの意見があり、継続することとなった。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	市役所へ足を運び、入退所の状況や介護認定資料開示、認定の更新、事故報告等を行っている。また、運営推進会議に参加して頂いたり、わからない事はすぐに問い合わせを行い、相談をしながら協力関係を築いている。	運営推進会議やグループホーム連絡協議会で介護福祉課の職員と情報交換を行っている。事故報告や加算の説明などは、直接市役所に出向いている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	安全対策として、玄関の施錠は行っている。特養のぬくもり荘内で、毎月第2火曜日には身体拘束の委員会に参加をしている。	身体拘束適正化のための検討委員会を3ヶ月1回行い職員に周知徹底を行っている。身体拘束適正化指針、マニュアルを作成し、研修を年2回行っている。	
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	日頃、職員間で話をしたりしながらお互い注意を払っている。またニュースなどで虐待の話などがあると、回覧にし注意を促し防止に努めている。		

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	希望し研修等で学ぶ機会はあるが、それらを話し合う、活用までには至っていない。		
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	入所契約時に丁寧に説明し、不安や疑問点の解消を図っている。また、サービス開始後も疑問点などその都度、担当者(管理者)が説明をしている。		
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	家族等の面会時や電話で利用状況を報告し、意見を出しやすいように配慮している。また、利用者様からの意見があった時には職員間で共有し内容についてその都度検討している。現在意見はないが、今後家族から出た場合には意見を推進会議に図っていく予定である。	利用者や家族等が意見や苦情を言える機関を、重要事項説明書に明示している。家族等には電話やメール、面会時に状況を報告し、意見を出しやすいように工夫している。家族等からの意見には、施設内で検討して対応している。	
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	ホーム内の会議前に職員からの提案、意見を取り会議で反映するようにしている。また会議に出席できない職員からは、事前に意見を出してもらいそれらを反映できる環境を作っている。尚、日々の業務のなかでの意見も会議やその他日常的に検討している。	日頃から話しやすい雰囲気づくりに努めるとともに、毎月のケア会議の際に意見や要望を聴いている。職員から防災訓練の方法の見直しについて意見があり、反映している。	
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	処遇改善手当、資格手当を支給している。また、管理者は代表者へ日頃の勤務状況などを伝え、代表者は定期的にホーム内の会議などに出席し、職場環境などの整備に努めている。代表者は自ら意見箱を設けて、職員の声を聞くように努めている。		
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	必要に応じて、希望に応じて研修(外部研修)の機会を確保し、ホーム内の会議にて研修報告をして各スタッフへの周知も同時に図っている。また、内部研修はホーム内のケア会議や同法人の勉強会などを活用しトレーニングの機会としている。		
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	市内のグループホーム連絡会が立ち上がり、定期的に管理者同士の情報交換の機会をつくり、サービスの向上を図っている。		

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	入所契約、事前面接時に生活状況を把握し、サービス開始時本人の困りごとや要望、グループホームの生活状況、状態観察に努め安心できるようにケアに努めている。		
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	入所契約、事前面接時に家族の不安点・心配事について聞き取りし、利用開始時にはために状況報告、必要に応じて相談し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	入所契約、事前面接時に生活状況を聞き取りし、サービス開始時のニーズを引き出すよう対応している。また必要に応じて同法人の介護支援専門員や看護師との相談をしている。		
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	利用者の生き活きとした行動や言動を引き出す言葉かけをするとともに、できない部分をケアすることを基本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	必要に応じて、家族と連絡をとり、面会や外出（気分転換・買い物・習慣の維持）病院受診等をしてもらうように働きかけながら、協力関係を築いている。今年度は5月、8月、10月には、家族参加の行事を計画している。		
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	家族面会時又は電話で家族と相談し、親戚や友人、近所の方などに面会をしてもらうよう呼びかけている。時には家族や職員とともに外出したり、毎週日曜日にドライブに行くなどし、なじみの方や場所への関係の継続を図っている。	入居時の利用者や家族等の話からや、友人や親戚の情報から把握している。親族や友人、近所の人にも面会してもらえるよう家族等に相談するなど、関係継続のための支援をしている。	
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利用同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	日頃の生活リハビリや食事、誕生会や行事などを通して関わり合いがもてるよう支援している。また、ご利用者様同士相性の合う合わないを考慮し席を配置したり行動をして頂いたりしている。		

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	サービス終了時に必要に応じて、相談援助を行い、他のサービスへの連絡・調整をして、円滑にサービスの意向ができるよう対応している。		
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	日々の生活や介助の場面での意向の把握に努め、意思表示の困難な利用者に対しては、本人の立場に立ち、家族の意向もふまえて把握に努めている。	日々の生活や介助の場面で意向把握に努めるようにしている。意向を表出することが困難な場合は、本人の立場に立ち、家族等と共に把握に努めるようにしている。	
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	入所契約、事前面接時に生活歴や性格、暮らし方を聞き取り、馴染みの物を持参してもらっている。サービス開始後も必要に応じて、本人または家族に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	一人の時間が必要な方、テレビを観たい方、編み物がしたい方、その人の意に沿うように過ごしてもらっている。また得意な家事をみつけお願いしたり、年齢や身体状況に応じて日中にも静養して頂いている。		
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、家族の希望や意向を聞いたうえで、計画作成担当者とスタッフで話し合いをしモニタリング、アセスメントを進めケアプランを作成している。	居室担当職員が家族等から意見を聴きアセスメントを作成し全体会議で検討し、計画担当者が介護計画を作成する。半年ごとにモニタリングと見直しを行っている。	
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	ケアの内容や気づいたことを記録に残し情報の共有に努め、介護計画の見直しに努めている。		
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	新たなニーズに対しては、職員間で意見を出し、会議で検討し実施可能なものには順次取り入れている。		

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
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	地元の業者やボランティアの状況などの把握に努め、少しずつ理解に努めている状況である。		
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	契約時、嘱託医を希望された方は同意を得て週1回往診をしてもらっている。元々のかかりつけ医を希望しているご利用者は家族対応もしくは職員対応で定期的に受診をしている。その際には日常の様子や心配な身体症状などを主治医に手紙で報告を行っている。また、嘱託医は内科の為、他の科目で受診が必要な時には、家族と相談し適切な医療機関への受診の支援を行っている。	契約時にこれまでのかかりつけ医への受診が可能であることを説明している。協力医療機関の医師による訪問診療が週1回あり、訪問歯科診療は利用者の都合に合わせて来てくれる。受診後は回診ノートに診察内容を記録して申し送り時に共有している。	
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	ホーム内には看護師がいない為、日頃より同法人の看護師と連携をとり、必要に応じて適切な受診や看護を受けられるように支援している。		
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。	入院中から退院時に備えて、病院等の相談員と情報交換に努め、必要に応じて病院へ出向いたり、電話連絡をし病状の把握や退院時に備えホームでの適切なケアができるように努めている。		
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	重度化した場合やそれらが見込まれる場合には、家族と相談・説明をしながら適切なサービスへのスムーズな移行支援に努めている。	看取りや重度化についての書類整備はしておらず、家族等には口頭で説明を行っている。	重度化や終末期、看取りに関する対応指針を作成し、契約時に利用者や家族に説明をして同意を得ることを期待する。
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	緊急時のマニュアルや持ち出しファイルを作成している。		
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	年間の消防計画に沿って毎月の訓練を行っている。尚、スタッフ全員が避難方法を周知実行できるように避難訓練実施チェック表をつけ意識の向上に努めている。また、東日本巨大地震以降、地震マニュアルの整備、非常食の整備を行い、常総市の水害以降、水害マニュアルを整備した。	夜間や地震、水害などを想定した訓練を毎月行っている。特別養護老人ホームとも連携して、緊急連絡網を作成している。災害に備えて、利用者、職員が3日分程度食事できる量を確保している。避難訓練には運営推進会議のメンバーも参加している。	

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	利用者それぞれの性格を理解し、その日の体調や気分をみながら、言葉かけや対応をしている。	施設長が「言葉遣い心得」(接遇)について、職員会議で講和をしている。個人情報に関する同意書がある。	
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	言葉かけや普段の関わりに努め、本人からの訴えがみられなくても、何か希望はないだろうか常に表情や状態の観察に努めている。		
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	利用者との会話や何気ないしぐさ、言動・行動から何を望んでいるかを考え、希望に沿えるよう支援している。		
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	できる限り、自分で衣類をんで着替えて頂いている。整容はご利用者それぞれの身体状況に合わせて物品を用意し、できるだけ起床時に整え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	食材業者から送られたものを調理した後利用者に合わせて刻み食などの形態にして対応している。好き嫌いのある方にはできる範囲で別メニューを提供している。ホワイトボードにはメニューを記載し、利用者に見えるようにしている。また準備や片付けを利用者と一緒に行っている。誕生日や行事の際には、お楽しみ食を取り入れている。	食材業者から配送された物を調理し利用者に合わせた形態で提供している。利用者は、野菜の皮むきやテーブル拭きなど、それぞれの能力に合わせた手伝いをしていく。毎月パン食の日を作ったり、誕生会では祝食というものを注文している。	
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	過去の病歴や現在の身体状況に合わせて、食事や水分摂取出来るよう支援している。また水分量や食事摂取量を記録し、把握に努めている。		
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、洗面所にて各利用者ごとのコップ・歯ブラシでご利用者の状態に合わせて見守りや介助の口腔ケアを実施し、就寝前に義歯の方は洗浄剤につけている。また必要に応じて利用者によっては、訪問歯科や歯科通院をして口腔ケアに努めている。		

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
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	排泄状況を記録し、できるだけトイレでの排泄を継続できるように時間をみながら言葉かけをしている。拒否がある場合には無理には行わない。また利用者によっては昼間はトイレ、夜間はポータブルトイレへの支援をしている。	排泄チェック表からそれぞれの排泄パターンを把握し、声掛け誘導するなどして、できるだけトイレでの排泄を支援している。夜間はポータブルトイレを使用するなど、排泄の自立に向けて取り組んでいる。	
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	日課になっている散歩や体操など運動を積極的に働きかけ、水分補給の声かけを行っている。便秘症の方には医師より処方された下剤をご利用者に合わせた間隔で服用している。		
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	曜日や時間帯は決まっているが、入る順番やお湯の温度などはできる範囲で希望に合わせている。また、拒否がある場合には、無理には行わずに毎日声をかけ気の向いたときに入浴して頂いている。	基本週3回午後からとなっているが、利用者の意向に沿っていつでも入れるよう支援している。入浴を拒む利用者には、時間を変えたり、足浴や清拭で対応するなどしている。	
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	安眠や休息の時間をその方に合わせて取ってもらっているが、昼夜逆転しないよう言葉かけをして気をつけている。		
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	各利用者の薬の説明書のケースを作成し、服薬内容を確認できるようにし、薬の配薬間違いがないかを毎日確認している。		
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	その人の好きな事、興味のある事を見極めながら生活リハビリでの役割分担をしている。また家族と相談し、趣味の物など持参してもらいいつでもできるように支援している。散歩やドライブも実施して気分転換に努めている。		
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	個々には天気をみながら散歩を行っている。定期的なドライブの時に自宅周辺や懐かしい場所などに回っている。またご家族対応で親戚が集まる席に参加したり、自宅に帰っている。	晴れた日に、事業所周辺を散歩している。毎週日曜日は、1時間かけてドライブに出かけている。年間行事計画を立てて、花火見学や相撲部屋見学などに出かけている。	

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	現在お金を所持しているご利用者はいない。紛失やトラブルの可能性もある為、契約時や必要に応じてしっかり説明をしている。		
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	利用者から訴えがあった場合には職員が電話をかけ、代わって話ができるようにしている。また耳の遠い利用者には、話の内容を伝えながら支援している。		
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	室内の温度調整は職員で行っている。季節ごとに創作物や行事写真、又、利用者が個人で行っている創作物などもホールや廊下に張り出している。また、玄関やホール、洗面所、共用のトイレなどに花や観葉植物を飾り、季節感を大切にしている。	居間兼食堂は天井が高く、明かり取りの窓があり、明るく広々とした空間になっている。窓からは田園風景が一面に広がり、季節の移り変わりを日々感じることができる。廊下は広く手摺が設置され、利用者の歩行訓練に配慮している。廊下の壁には利用者と職員が作った季節の作品が飾られている。	
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	席は決まった席に座る利用者も多いが、ソファをホールや通路などに配置し、誰もが好きな時にくつろげるような環境を作っている。		
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	自宅で使用してきた愛用のものをできるだけ持参してもらい、配置も家族と相談しながら居心地よく過ごせるように工夫している。	ペットが苦手な人は畳を引き布団で寝ている。自宅にある馴染みのある、使い慣れた物品を持ち込んでもらっている。家族等と相談して、配置なども決めて、過ごしやすくしている。	
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	居室などは名前を大きく見易くして、写真を貼るなどわかりやすく工夫している。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 グループホームぬくもり

作成日 令和 1 年 11 月 11 日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに次のステップへ向けて取り組む目標を職員一同で話し合いながら作成します。

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組み内容	目標達成に要する期間
1	12	重度化や終末期、看取りに関する対応指針を作成し、契約時に利用者や家族に説明をして同意を得ることを期待する。	重度化や終末期、看取りに関する対応指針の作成、契約時に家族に説明に関する事に向けて、検討し準備をします。	指針の作成については、法人で検討し、準備作成をします。	1 2 ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注1) 項目番号の欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。