

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	0873500144		
法人名	株式会社シルバライフサポート木の実		
事業所名	グループホーム木の実		
所在地	茨城県日立市十王町友部東2-1-19		
自己評価作成日	平成29年3月6日	評価結果市町村受理日	平成29年7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_2015_022_kani=true&JizyosyoCd=0873500144-00&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29年5月30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)】

同敷地内にて居宅介護事業所・訪問介護・訪問入浴等事業も行っており、入居前・入居後の在宅生活の支援も行っている事業所です。
--

【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)】

駅のロータリーに面した当該ホームは、交番、消防署、協力医、衣料・食品店、神社、公園などが近くにあり、安心感と利便性を兼ね備えた場所に立地している。日々の散歩で、近隣の方とは気軽に挨拶を交わし、外食や行事の中で近隣の飲食店を利用するなど、自宅にいた時と同じような地域との関係が持っている。法人代表の方針で基礎年金でも払える料金設定を目指しており、リーズナブルであることもホームの魅力である。職員が居室の棚や物干し等の不足に対して改善の提案をすすと、物づくりの得意な管理者が手作りで対応し、居心地良い居室づくりに繋がっている。管理者と職員の中に認知症ケア専門士がいることもあり、認知症を良く理解したケアを職員全体で取り組んでいることが窺えた。

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、生き活きと働けている (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している (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	BS法・KJ法を利用し関係スタッフ全員で理念を作成したので共有出来ており、また新任研修時に説明を行い、全員が理解し実践できるよう努力している。	理念は各ユニットの目につく所に掲示され、職員がいつでも確認できるようになっている。ミーティングの中で、地域との交流について話し合っている。また、計画作成時には、利用者の立場に立って考えるようにし、日頃から理念を意識した取り組みをしている。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	行事等には近所の方がボランティアで参加してくれたり、近所の飲食店にも行くようにしており、また日課になっている散歩時に公園等で近所の方達と交流がもてている。	毎月1回様々な行事を行っており、近隣の利用者家族がメンバーである「婦人会コーラス」や、近所のスナックを日中に借りてカラオケと軽食を楽しむ機会がある。その他、近所の飲食店への外食、毎年1回の駅ロータリーでの祭りを楽しむなど、地域との交流は活発である。	
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	管理者が地区社協の専門委員をしており地区の民生委員の方達に認知症の理解や支援の方法を説明したり、地域の人達の相談を受けて各機関に繋げている。		
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回実施しサービスの向上や環境の整備等に活かしている。地域住民代表委員の方に橋渡しをして頂き地域の方との交流が増えている。	市職員、民生員、利用者、利用者家族、隣家の方、別法人の管理者等が参加している。会議録は毎月のお便りと一緒に家族へ渡している他、各ユニットに置き、家族や職員はいつでも見ることができる。	
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	運営推進会議に市介護保険課職員が参加してくれており取り組み等を理解してもらっている。また管理者がグループホームの代表として市の高齢者権利擁護委員会の委員となり活動している。非常災害時の連絡や、問題ケースの相談等も行っている。	市職員に災害時の避難経路について相談し、助言をもらう。近隣小学校や高校生の職業体験の受け入れ、毎月の市の介護相談員の受け入れなどがされ、市との良好な協力関係が窺える。	
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	毎年社外研修にて受けてきた事を社内研修で伝達講習を行い、理解・実践している。	管理者が研修を受け、伝達講習をする中で、言葉の拘束について触れて職員全員が理解している。ベッド転落防止のためであっても、三点柵とならないよう手作りの柵で対応するなど身体拘束をしない工夫をしている。	

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
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	毎年社外研修にて受けてきた事を社内研修で伝達講習を行い、理解・実践している。		
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	日常生活自立支援事業や成年後見制度の社内研修を実践し、必要性のある利用者には活用の支援をしている。		
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	入居時に説明し、改定時も説明し同意を得ている。		
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	面会時に家族とスタッフが必ず話をするようにしている。介護相談員(月に1度)の来所も活用している。	毎月の支払時や面会時に家族と話すようにしているが、遠方で来れない方の場合には電話をしている。その他、家族会が毎年1回あり、食事をしながら利用者、家族、職員が話し合う機会がある。	
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	スタッフ会議にて意見・提案を聞く機会の場を設けている。	管理者は、2ヶ月ごとのスタッフ会議や、日々の業務の中で職員から意見を聞くようにしている。洗濯干場の不足について意見があり改善した事例がある。備品や食材の購入などは、職員の意向で行われている。希望休は毎月8日までとることができ、働きやすい職場環境である。	
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	就業規則・賃金規定(パートタイマーを含め)を定めている。またキャリアパス制度を導入している。		
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	個別研修計画を作成し実施している。また能力に応じた社外研修を受けさせる。		
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	社会福祉協議会主催の交流会に参加している。他事業所との相互訪問も行っている。		

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	入居前の以前調査の段階から不安・要望等を聞き、本人が安心できる様に説明している。また入居前に見学や行事等に来てもらえるように話している。		
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	入居前に必ず要望・生活暦等を聞き書式に記入してもらっている。またケアプラン作成時の資料の同意を得ている。		
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	入居前の担当ケアマネ・家族・本人と話し合い、本人に合った対応や支援方法を予測を含め検討し、対応している。		
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	スタッフ・利用者を含めた共同生活を念頭において、各自(スタッフ・利用者)の出来る事での役割りや、助け合いにて信頼関係の確立をはかっている。		
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	家族の役割りとして出来る事は家族としてやっていたいしている。(通院・散髪・一緒に買い物・外食)また正月・お盆等家族が集まる時は外出・外泊をお願いし、不可能な時は家族で遊びに来てもらうようにしている。		
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	可能な限り馴染みの場所での散髪・買い物や、馴染みの人(以前住んでいた近所の方や友人)が遊びに来れるように家族と共に支援している。	散髪は、基本的に近所の美容師の協力を得てホームで行っているが、家族と一緒に馴染みの店に行く方もいる。利用者は、ホームで用意している新聞を日常的に読んでいる。新聞広告を見ながら、昔の値段との違いについてや食べたい物を話題にしている。	
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	ユニットを越えて係わり合いが持てるようにしており、時にはユニットの変更をしている。また協同作業等にて係わり合いを持つように意図的にセッティングしている。		

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	希望する時は行っている。(本人・家族・施設等への協力)また在宅に戻る場合には社内のケアマネが担当することも出来る。		
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	アセスメント時に本人・家族から聞き取り、またセンター方式を活用している。	職員は、日頃の関わりの中で聞いた利用者の思いを各々が記録しておき、会議で話し合っている。すぐに周知したい内容については出勤時に必ず確認する「引き継ぎノート」を活用し、職員全員で共有している。突発的な緊急搬送については、書面にて家族の許可を得ている。	
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	アセスメント時に本人・家族から聞き取り、またセンター方式を活用、また本人家族から同意を得てCM・SW・NSWなどから情報を得ている。		
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	随時経過観察をしており、その時にあった支援をしている。本人の希望や要望も確認している。		
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	本人・家族・関係者より意見要望を聞き、スタッフ会議にて各スタッフの意見やアイデアを聞きプランを作成している。意見やアイデアがプランに反映しない場合は出来ない理由等を本人・家族・関係者各スタッフに説明している。	カンファレンスを2ヶ月毎のスタッフ会議で実施しており、計画見直しの時期に関わらず気になる利用者について話合っている。計画は、家族の協力も得ながら生活に密着した内容となっている。利用者や家族の要望の中で実施が難しい場合(全員での旅行等)は、その説明を丁寧に行うこととしている。	
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	個別記録・引継ぎ記録を活用し情報の共有を図っている。又これらをモニタリングの資料の一部にしている。		
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	家族が出来ない時は家族の代行(外泊時の送迎・理髪店の付き添い・入退去時引越し等)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
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	近隣商店や飲食店の利用、図書館の利用、祭り・運動会への参加。日常生活自立支援事業や成年後見制度の活用。駐在所・消防・JR・タクシー・近隣商店への協力要請。		
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	家族にも協力してもらい主治医への定期受診・健康診断・個別検査・専門医院への受診を実施しており、協力医療機関からの往診も受けられるようになっている。	希望の病院をかかりつけ医に出来るが、近隣にある協力医療機関の往診医は、必要時に24時間対応可能でもあることから、全員が往診医をかかりつけ医に選んでいる。専門医への受診は基本的には家族付き添いだが、場合により職員が同行している。受診結果は個別の「受診記録」で本人、家族、職員で共有している。「受診記録」は、「災害時持ち出し用」との大きな見出しが付けられ、緊急時にすぐに持ち出せる工夫があった。	
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	社内看護師に随時相談することもでき、受診や看護が必要と思われるときは協力医療機関に相談し、受診・往診を行っている。		
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。	入退院時は必ずスタッフが付き添い病院関係者との情報交換や相談をしている。		
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	看取りの方針を定めており早い段階から本人・家族等と話し合いを行い方針を決め同意をとり、主治医に説明し協力も得られる。	重度化に備えるため、家族と個別の状況に応じた話し合いを行っている。また、職員は社内研修で個々の病態について勉強し、ケア方針を共有している。重度化し、入院直前の際は、医師の指示により作る「重度化の確認書」を家族と取り交わしている。基本的には、看取りはしない方針だが、希望がある場合は「見取りに関する同意書」を取り交わしている。	

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
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	新任研修に組み入れており、また消防署より普通救命講習を受けている。重度化や終末期の利用者のケースはスタッフ会議にて適宜研修を行っている。		
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	定期的に訓練を実施しており、消防署により非難時の打ち合わせや指導を受けている。	訓練は夜間・日中を想定して行っている。防災マニュアルは、消防署に避難場所等の助言をもらい、内容を見直して作られている。近隣のJR職員や交番には、ホーム利用者の存在を伝え、災害時等の協力を依頼してある。	
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	社内研修により理解を図り、随時指導している。	個人ファイルは、目の付きにくい事務机の下に保管され、面会簿は、一枚綴りであるなど個人情報管理に配慮している。言葉かけについては入社時に研修をし、その後は職員間でお互いに注意するよう声を掛け合っている。言葉で制止するような状況を作らないような気配りをしている。	
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	個別に話を聞いたり、場所を変える等工夫して自己主張・自己決定できる様に努めている。		
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	本人のペース・希望を大切に支援するようにしている。		
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	購入・理美容等は家族の協力も得て出来ている。		

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
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	能力に応じて役割設定が出来ており、食事関連の流れが出来ており楽しむ事が出来ている。	食材は、生協を利用し職員が注文し購入している。献立は、冷蔵庫の中を見てその日の献立を決めている。行事食は特には無いが、旬の食材や季節のお菓子(ひなあられ等)を食べたり、お汁粉やホットケーキと一緒に作る事等で食事を楽しんでいる。毎月1回は、近くで外食するが、弁当や寿司、ハンバーガー等を買って来ることもあり、利用者に好評である。利用者からは、「この味噌汁はいつも美味しい」との声が聞かれ、食事が楽しみとなっていることが窺えた。	
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	食事摂取量・水分量を記録で残して分かるようにしている。個別に形状を変えたり、器等も変えている。		
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、能力に応じて支援を行っている。		
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	記録するようにし、検討し段階的に自立に向けた支援を行っている。	おむつを減らす工夫として、タイミングを把握した誘導や、食後のトイレを習慣づけるような促し、夜間のみポータブルトイレの活用などを行っている。便秘対策として、全員が毎朝ヨーグルトを摂っているが、特に便秘がちな方へは、野菜を多めに盛り付ける等の配慮をしている。トイレの便座には背当てがあり、安全に使えるようになっている。	
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	飲食物の内容検討や運動している。また個別に主治医に相談している。		
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	入浴日は決めているが希望がある時は支援している。また極力本人の希望する時間帯に行うようにしている。	基本的に週3回の入浴が出来る。個浴であるが、二人で入ることを楽しむ方もいる。ゆず湯等の季節のお風呂を楽しむ工夫をしている。入浴を拒否しがちな方へは、早めの声掛け、時間をずらすなどの工夫をしている。	
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・休息は本人のサイクルに合わせている。		

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
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	服薬内容・副作用とわかるようにファイリングし活用している。		
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	個別に役割を設定したり、趣味等行えるように支援している。家族の協力を得て外出・外泊の協力、本人の希望に応じた行事の設定。		
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	希望があれば可能な限り外出支援(散歩・買い物等)行っている。	近くの神社への初詣や、隣町への花見など季節ごとの外出に加え、日常的には、近所の食品店、洋品店等での買い物、近所のバラ園や公園への散歩など外出の支援は活発である。車いすの方も同じように外出している。	
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	本人の協力に応じて所持管理の支援、買い物時の支払い支援を行っている。		
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	本人が希望し相手先が了承している場合は支援している。		
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	工夫している。	台所を含む食堂は、整理整頓され清潔感がある。廊下の壁や窓際の狭いスペースには、季節ごとの行事や外出の写真、小物等が飾られ潤いのある生活の工夫が見られた。食堂は明るく、見やすい時計が置かれていた。	異食等の問題で、難しい部分もあるが、季節感ある暮らしへの支援として、飾りの工夫等を期待したい。
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	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)	○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	馴染みのものの持込・本人の能力・好みに合わせてセッティングを心がけている。	おむつを置く棚には、カーテンを取り付け目立たない配慮をしている。また、失禁等でシーツの洗濯が頻繁な方の居室には、シーツを干す為の長いバーを設置するなど、居心地良く過ごすように職員の様々な工夫が見られた。	
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	スタッフで話し合い環境整備を行っている。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホーム木の実

目標達成計画

作成日: 平成29年7月10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	52	整理整頓され清潔感はあるものの、季節感ある暮らしへの支援として、異食等の問題で難しい部分があるが飾りつけの工夫をしてほしい。	みんなで過ごす空間に工夫をして季節を感じる事ができる飾りつけをする。	月の行事で作成する。 2F…異食行為がある利用者がある為、徘徊経路は避けて手が届かない所に掲示する。 1F…利用者が入居前に趣味で作っていた手芸品を家族の協力を得て持参してもらい季節に合った物を掲示する。みんなが過ごすベンチ周りの本棚や窓際を季節感が出るもので飾りつけする。	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。