

### 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	0872901004		
法人名	社会福祉法人河内厚生会		
事業所名	グループホームひだまり壱番館		
所在地	茨城県稲敷市高田2817-2		
自己評価作成日	2019年9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	<a href="http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JigvosvoCd=0872901004-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JigvosvoCd=0872901004-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search</a>
----------	---

**【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10月23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)】**

豊かな稲敷の自然に囲まれ地元の皆様のご理解とご協力をいただき、ここにきて良かったという気持ちになって頂けるような安らげるホームを目指しています。夏には稲敷花火大会を施設内のウッドデッキから見物することができ、冬には大きな窓と吹き抜けから温かい日差しのおそぐ季節感を感じられるホームです。家庭的な雰囲気の皆様が笑顔で過ごしています。利用者様の体調に配慮しゆっくりと過ごす日もありますがほぼ毎日、体操や歌、製作等活動を行い、皆様が自分のペースでゆっくり生活されています。

**【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)】**

平成18年に創立の、住宅地に囲まれた自然豊かな環境の中に立つホームである。自治会に加入している。夏祭りやクリスマス会には家族や近隣住民にも広報等で参加を呼びかけており、利用者と住民と一緒に楽しい時間を過ごす機会にもなっている。本年度より「ひだまりカフェ」を開催し、近隣住民との交流を深めている。ホームとして外出支援にも力を入れており、行事外出支援(初詣・桜・あやめ・菊祭りや外食など)のほか、天気の良い時はドライブに出かける。管理者と職員は利用者の尊厳を大切に、利用者が穏やかに自由な暮らしが出来るよう利用者一人ひとりに寄り添った支援に努めている。

**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 3. 利用者の1/3くらい 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、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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	「寄り添う想い」を理念に掲げ、職員一同日々統一したケアを目指すよう取り組んでいる。	職員会議で毎月利用者一人ひとりに対し、理念に添ったケアが行われているかを含めての話し合いが持たれている。職員は日々のケアの中でそれぞれが『寄り添う想い』を共有し、理念の実践に努めている。	事業所理念の中に地域密着型サービスの意義をふまえた理念を取り入れることに期待したい。
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	小学校のスクールボランティア、110番の家の参加や中学校の職場体験の受け入れを行っている。事業所主催の夏祭りやクリスマス会への参加呼びかけを回覧板への折り込みや区長、民生委員、老人クラブ会長にしてもらっている。近隣住民からの介護相談を受けたりしている。	自治会に加入。近隣とは長い付き合いで顔なじみの関係であり、散歩時には挨拶をしたり、台風の時には事業所を気にかけて連絡をくれた。今年度より『ひだまりカフェ』を開催。地域住民の参加もあり、とても盛り上がったとの話があった。夏祭りとクリスマス会にはボランティアさんの協力があり、地域住民の参加もある。	
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	近隣住民から介護相談を受けアドバイスをしたりしている。		
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ヶ月ごとに開催し、家族・民生委員・区長・老人クラブ会長・市役所職員・社会福祉協議会職員・包括支援センター職員などの参加者からの意見を、サービスの質の向上に役立てている。	会議では、利用者の生活の様子や運営状況、行事等や家族アンケート(年1回)の結果報告等を行っている。参加者より『ひだまりカフェ』への助言を頂いたり、地域情報等の提供があり、サービス向上に活かしている。避難訓練と併せて開催することもある。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者や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	市役所の高齢福祉課や生活保護室の担当職員・社会福祉協議会職員と訪問や電話などでのやり取りを通じて、日頃から意見交換や相談を行っている。	運営推進会議ではホームの活動状況を丁寧に報告する共に、生保の方を受け入れており、受け入れ等の相談など市の担当課職員(生活福祉課・高齢福祉課・地域包括支援センター)や社協と連携を密にとり良好な関係を築いている。小学校のスクールボランティアや子供110番の登録、中学生の職場体験の受け入れを行っている。	
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	利用者の人権を守り、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。身体拘束の研修を開催し、職員の共通認識を図っている。リスクマネジメント委員会を定期的に開催し、身体拘束をしないケアの話し合いを行っている。	年1回、身体拘束についての研修会を実施している他、毎月リスクマネジメント委員会を開催。身体拘束や弊害を周知し、利用者の安心・安全に配慮したケアに取り組んでいる。身体拘束等の適正化の為の指針と記録も整備されている。	

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
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	虐待に関する研修を行っており、職員に周知徹底をしている。		
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	法人内研修や定例会議で制度の理解について学んでいる。市役所の担当者と話し合いをしている。		
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	契約内容については、利用者や家族に対してその都度十分な説明を行い、意見や要望などを伺い、不安や疑問がないように努めている。		
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	家族に対して年1回アンケートの実施をしている。また運営推進会議において意見・要望を伺っている。	年1回、家族に向けた無記名のアンケートを実施している他、訪問時に意見や要望を聞き、実現可能なことは即実行している。『おもてなし食』を設けた。	
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	定例会議や申し送りなどで出た意見をユニットリーダー・ケアマネージャーがまとめ、管理者に報告し、本部での管理者会議で報告・相談している。	年1回、個人面談がある。また、日々の関わりの中で感じた提案や要望はその都度管理者に伝え、運営に反映している。管理者・職員間の関係は良好で、職員からも何でも話せ検討してもらえるので働きやすい職場であるとの話があった。職員の要望で式番館の浴室・脱衣室に未設置であったエアコン・扇風機が導入された。職員の希望に沿った内部研修も実施されている。	
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	本部での管理者会議において、職場環境・条件などについて話し合いを行っている。		
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	年間研修計画を立て、法人内・外研修を受けられる機会を確保している。法人全体で入職時の新人・中堅職員研修を実施している。		

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
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	同法人内での研修や勉強会に参加し交流の機会を作ったり、近隣同業者と電話連絡や直接訪問し相談等をしている。		
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入居前の面接や入居後の対話において、生活歴や現在の思いをよく伺い、不安を少しでも軽減でき、信頼関係を築く事ができるように努めている。		
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	家族が安心できるよう思いを傾聴し、利用者の新しい生活が安定するように努めている。		
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	家族と相談しながら、必要なサービスが受けられるようにしている。		
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	一緒に生活しているという思いで、お互い何でも話せるような関係を築くように努めている。		
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	面会時には(必要な場合は電話でも)日頃の状態を報告し、本人の生活を支えていくように努めている。		
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よう、支援に努めている	今までの馴染みの関係が継続できるように、家族や友人などにいつでも面会や外出、電話連絡ができるようにしている。	職員は利用者の家族や親戚、知人など、馴染みの人達が来訪した時に、部屋でゆっくり話しができるように配慮し、継続的な訪問が得られるよう配慮している。家族の協力を得て、自宅や馴染みの美容院等に行く人がいる。外出支援で馴染みの場所に行き、電話・手紙(年賀はがき)の支援も行っている。	

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
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	利用者同士の関係を職員が把握し、孤立しない ように配慮している。他の利用者で過ごす時間 が作れるよう活動提供するなど職員が間に入り ながら支援している。		
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	ここでのサービスが終了しても、本人の今後の 生活のために、家族の相談や支援に努めている 。		
<b>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</b>					
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 る事を理解し、家での生活に近い環境を提供す るよう努めている。	職員は利用者の生活歴を把握するとともに、日 頃の関わりの中で、利用者とのコミュニケーション を取り、聞いた話しを職員間で共有し利用者が 望む暮らしを支援している。不穏になった時には 不穏の原因を職員間で話しあい、利用者の思い を汲み取るよう努め、利用者本位に検討をして いる。本人に出来ることは出来る限り本人にやっ て頂くように図っている。	
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	それぞれの生活習慣について家族や、本人から 聞き取り、ケアプランに反映させている。職員全 員が理解し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	職員間でその利用者様に対しての気づきや過ご し方、状態の変化などを話し合い、皆で把握す るよう努めている。		
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とケア記録等を 通じて情報を共有している。常に家族、本人と相 談をしてケアプランの作成をしている。	介護計画は利用者や家族等の希望を取り入れて ケア会議を毎月行い、計画担当者が作成してい る。来所時などに家族等から同意を得ている。 短期目標は3ヶ月とし、3ヶ月ごとに見直しを 実施している。利用者の心身状態に変化が生じた 場合には、現状に即した介護計画に見直しをして いる。長期来訪の無い家族等には、電話で内容 を知らせ、郵送もしている。	

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
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	日々の変化などをケース記録などに記入し、定例会議や毎日の申し送りや職員間の話し合いで、情報を共有して、見直しを行っている。		
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	本人や家族の希望するサービス(受診付添、散髪や外出など)に対応できるように努めている。		
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	民生委員、区長には、必要時訪問して頂き、情報交換している。		
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	月1回の訪問診療や個々の受診に付き添い、主治医と相談し、連携をとっている。家族への連絡、報告を電話・書面で行っている。	かかりつけ医は利用者や家族等が希望する医療機関とし、受診は家族等の付き添いを基本としているが、家族等が同行できない場合は有料で職員が受診支援している。付き添い受診をした時には『受診付き添い記録』にて結果報告と請求書を渡している。薬の変更等があった時にはその都度電話にて連絡し、ケース記録や申し送りノートに記載して職員で共有している。	利用者や家族、職員、専門医を含めた医療関係者などでの共有や緊急時の対応にも役立つように、その時の症状・受診状況・薬剤情報等を記した利用者ごとの受診記録票の作成を期待したい。
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回の医療連携で日常の医療に関する相談や状況を報告している。		
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。	入院時には、介護サマリーを提示している。入院中は早期に退院できるように、家族や主治医や病棟看護師や相談員などと連絡を取るよう努めている。病院の求めに応じ退院前のカンファレンスに出席している。		

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
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	契約時に、看取りの方針(事業所でできること・できないことを十分に説明)を説明し、同意を書面で頂いている。状態変化時(重度化など)には、再度説明・話し合いを行っている。	看取りの希望があれば対応している。契約時に利用者や家族等に重度化や終末期、看取り介護について説明し、書面にて同意を得ている。重度化した時には、本人や家族の意向が変わることも想定し、状況に合わせた丁寧な説明と話し合いを行い同意を得ている。終末期ケアの研修会を年1回開催する目標を立てている。家族の宿泊は可能である。	
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	研修や定例会議での勉強会において、急変時の対応について勉強・確認を行っている。		
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	年間訓練計画を立て(火災・水害・地震)年2回以上防災訓練を実施し、必要に応じ近隣住民、市役所職員等も見学して頂いている。食料備蓄も行っている。	消防署と協力して夜間想定火災や水害・地震など、様々な状況を想定して安全に避難できるような訓練を実施している。避難した利用者が分かるように居室の名札を裏返しにするとの話しがあった。3部屋に1つ、防火壁が設置されている。カセットコンロが用意され、敷地内に井戸もある。職員はハザードマップを熟知している。	
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	一人ひとりに合った声かけを心がけている。特に排泄介助時には、プライバシーに配慮している。	人生の先輩として敬い、慣れ合いにならないよう心掛けている。トイレ誘導などでは言葉遣いに気を付け、本人ができるところまではやってもらい、出来ない部分を介助している。食事・入浴時間などは、全員で一緒にを強要せず、各人のペースで生活出来るよう支援されている。	
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	一人ひとりの様子を常に観察、声かけしている。		
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	一人ひとりのペースで生活できるように、見守りや声かけし、本人に決定して頂くようにしている。		

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
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	本人の希望に配慮し、衣類を選ぶようにしている。		
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	食事の準備や片付けは職員が行っている。外食の機会や宅配を頼むときにはメニューを見ていただき利用者様に好みのもの選択して頂けるよう支援している。	食材は外注。利用者に分かり易いよう、写真付きの当日献立の掲示がある。『おもてなし献立』や正月・花見・雛祭り・七夕等の行事食の提供の他、外食・出前など食事が楽しめるような支援をしている。蒸しパン・フルーツゼリー・かき氷・ホットケーキ・芋ようかんなどの手作りおやつを提供することがある。食事介助を受ける利用者もいるが、ゆっくりめの介助で笑顔もあり、楽しく家庭的な雰囲気の中で食事がされていた。	
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	一人ひとりの食事や水分の量を把握し、必要な栄養が摂れるようにしている。体調や状態(体重の変化など)に配慮している。		
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	毎食後に、歯磨きやうがい、義歯洗浄を行うよう、声かけや一部介助をしている。		
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	チェック表で個々の排泄パターンを把握し、声かけや誘導を行っている。出来る限り自分で行っていただき、出来ないところを介助するようにしている。	できるだけ自分で排泄出来るよう見守っている。職員は排泄チェック表で利用者の排泄パターンを把握し、時間を決めて誘導したり、利用者の様子から声をかけてトイレでの排泄を促し、自立に向けた支援を行っている。自然排便に心がけており、水分と植物繊維などの摂取や体操などに取り組んでいる。	
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	食事や水分量を把握し、利用者によっては主治医に便秘薬の相談を行い、コントロールしている(排便間隔を把握し、下剤や牛乳の提供を検討している)。		



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
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	入浴実施の間隔を把握し、その日の体調や希望に考慮しながら、満足していただけるようにしている。	入浴は週2回以上を基本としているが、利用者の希望に応じて、何時でも入浴出来るように支援をしている。立位が困難な人には、2人介助でシャワーチェアを利用し、安心して入浴出来る支援がなされている。入浴を拒む利用者には強要せず、職員や時間帯を変えたり、洗拭や足浴などで対応。季節湯や入浴剤を使用し、入浴が楽しめるように工夫がされている。	
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	前日の睡眠の状況や体調を考慮し、本人の希望に沿い休息(昼寝など)できるよう配慮している。		
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	毎日の申し送りや連絡ノート、定例会議において、服薬内容(用法、副作用など)を確認している。変更があった場合はその都度声をかけ合いながら確認している。		
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	一人ひとりの能力を職員が理解し、その方に合った役割や活動提供をしている。		
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	日々外出支援が出来るよう、計画を立てている。また家族の協力で定期的に外出している利用者様もいる。	近くの神社の初詣を始め、桜やアヤマ、菊祭り等の季節ごとの外出や、天気の良い日には利用者の希望を聞きながらドライブに出かけるなど、外出する機会を多く設けている。利用者の希望に沿った外出に職員が同行できない場合は、利用者の希望を家族等に伝え、家族等と一緒に出かけられるよう支援をしている。	
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	金銭の管理をできる利用者様が少なく、金銭管理は家族や日常生活自立支援事業などを利用されている方もいる。本人より購入の希望があれば、家族や職員が対応している。		

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
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	希望があれば、家族や友人へ取り次いでいる。		
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	季節の花や壁紙を飾り、室温や湿度などを適切な室内環境に整え、気持ちよく過ごせるよう配慮している。	天井が高く、高窓と掃き出し窓からは朝から夕方まで自然採光が入る明るいリビングである。壁には季節感のある利用者手作りの壁絵等が飾れていた。各ユニットに加湿器が置かれ、適切な室内環境が保たれていた。リビングから出られるウッドデッキは広々としており、利用者はウッドデッキから稲敷市の花火大会を正面に見ることができる。また、庭の草花などを見たり、外気浴が出来る場所ともなっている。	
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	その時の天気や気分などに合わせて、室内だけでなく、ウッドデッキなどで過ごせるようにしている。		
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	入居時に、使い慣れた布団や衣類、なじみのある家具や食器類を持ってきていただいている。	居室の入り口には職員手作りの温もりある表札が目の高さに掲示されている。馴染みの寝具類、テレビ、ラジオ、姿見鏡、衣装ケース、テーブル、椅子、時計、手芸品、ぬいぐるみなどが置かれている。また、壁には家族写真や誕生日に贈られた色紙等が飾っており、利用者にとって居心地のよい居室となっている。掃除が行き届き、清潔な居室となっていた。	
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	一人ひとりにあった、安全に配慮した生活しやすい環境作りに努めている。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホームひだまり

## 目標達成計画

作成日: 2019年1月23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	1	事業所理念の中に地域密着型サービスの意義をふまえた理念を取り入れることを期待したい。	地域密着型サービスの意義をふまえた理念を作成する。	職員全員で話し合い、地域密着型の意義をふまえた理念を作成する。	2ヶ月
2	30	利用者や家族、職員、専門医を含めた医療関係者などでの共有や緊急時の対応にも役立つように、その時の症状・受診状況・薬剤情報等を記した利用者ごとの受診記録表の作成を期待したい。	利用者ごとの受診記録表(症状・受診状況・薬剤情報等)を作成する。	早急に受診記録表を作成し、実施していく。	1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。