

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	0870101706		
法人名	有限会社 ドゥ・ライフ		
事業所名	グループホーム ゆう(南館)		
所在地	茨城県水戸市元石川町2523		
自己評価作成日	令和2年5月31日	評価結果市町村受理日	令和3年 2月 25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	
----------	--

【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	茨城県水戸市大工町1-2-3 トモスみとビル4階
訪問調査日	令和3年1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)】

・個々が生きることの喜び、自分であることの喜びを感じていただけるような支援を心かけています。当たり前の毎日が当たり前に送れるために出来る事、いつまでも自分らしくあるために、お手伝い出来ることを考えサービスの提供につなげています。

【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)】

管理者は法人代表者と事業所開設以前より知り合いであり、立ち上げの苦勞を共に分かち合い、現在でも協力しながら事業所の運営に当たっている。
 法人代表者は毎日事業所を訪れ、利用者や職員の様子を把握しているので、安心して働ける環境となっているため、勤続年数7～10年の職員が多い。
 理念にもあるように、その人らしく生活できるように利用者の好きなことや落ち着く行為を大切に考え、したいことを実現するために個別援助を軸に運営している。

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)	○	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 (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
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	・地域の中でのあり方を考え、取り入れている。理念カードを渡し、いつでも確認できるようにし、必要があればその都度話し合っている。	職員が笑顔で対応することが理念の始まりと思い実践している。利用者も地域住民として意識し、地域の行事に関われるように支援している。職員は事業所内に掲示されたものや理念カードを携帯して確認をしている。	
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、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	・散歩の時の挨拶や、出来た野菜をもらったりする交流はある。地域の蕎麦うち会や盆踊りなどへの参加、子供神輿の来訪はある。子供囃子の演奏会もしていただいている。水戸四中と連携して「子供の安全を守る家」に登録している。	ボランティアを受け入れることはしていない。集団で楽しむより、個別に対応している。また、地域の行事に参加することに重きを置いている。地域の祭りを見学したり、地域の子どもたちが演奏する和太鼓の演奏などを見学に出かけている。	
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	・ボランティアの受け入れは行っている。介護教室などは開催していない。地域ブロック会に参加し、地域の他事業所と一緒に認知症の方、家族への支援を行っています。徘徊訓練や認知症カフェへの参加をしている。		
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	・会議で出た意見などに対しては、その場で説明したり、次回までに説明できるようにしている。スタッフにも全体会議などで伝えている。報告書も玄関に掲示している。	家族等の代表や市職員、高齢者支援センター職員、地域住民等が参加して定期的に開催している。委員からの意見を踏まえ、家族の面会を面会謝絶から方法を変更し、ルールを設けて対応するようにした。	
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	・介護相談員の受け入れや、高齢福祉課と協力し家族への支援も行っている。介護保険課とは、介護計画書について個別に指導や助言を頂いている。成年後見人や自立支援事業を使うにあたって助言や支援をいただいている。	高齢福祉課と協力し家族への支援をしている。介護保険課とは個別に介護サービス計画等の指導を受けている。包括支援センターと市の高齢福祉課を中心に行われている、高齢者徘徊捜索訓練に年2回参加している。	
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	・身体拘束をしないケアを行うため、3ヶ月に1回は身体拘束廃止に向けての検討会を実施している。内部研修の他に、外部の研修にも参加し、全体会議等で全職員に周知している。身体拘束に当たるかもしれない状態を職員に挙げてもらい話し合いをする。	ホーム内に虐待防止啓発ポスターを掲示して意識づけを行うとともに、高齢者身体拘束研修会を行っている。日中の玄関の施錠はしていない。やむを得ず身体拘束を行う場合に備えた書類を整備している。	

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逃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	・行動のみではなく、日常的に発している言葉にも虐待的な要素が含まれている可能性もあるため職員間で指摘しあえるようにしている。ホーム内にも啓発のポスターを掲示している。		
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	・家族や社会福祉協議会と話し合い、必要な制度を活用している。成年後見制度、自立支援事業を活用している方もいる。		
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	・契約時の説明はきちんと行い、疑問があればその都度受けている。改正時には、書面にて同意を頂いている。		
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	・家族会などはないが、意見などは随時受けている。運営推進会議や面会時、介護計画書更新時などにも受けている。例として喫煙所や職員紹介の掲示などがある。	重要事項説明書に苦情受付に関することを明文化している。毎月、手書きの手紙や電話で様子を報告し、運営推進会議や訪問時には要望や意見を聞くよう努め、会議や連絡ノートで周知している。	
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	・全体会議などで意見を聞いたり、食事会、飲み会などの席を設けて行うこともある。反映させてはいるが、全てとは言えない。	日頃から話しやすい雰囲気づくりに努めるとともに、食事会や飲み会の席で話を聞いたり、職員会議時に意見を聴くようにしている。就業時間や備品購入に関しての意見を聞いて、反映させている。	
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	・子育て中職員などの勤務時間や、子供の用事、病気等の対応には柔軟に行っている。また、その他にも環境に応じて対応している。		
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	・新人研修の実施。働きながらの資格取得の支援。社外の研修は自分で選び、いつでも参加できるようにしている。研修費は事業所が負担している。資格所得に関しても、研修参加や教材の購入等支援している。		
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	・他施設などと協同で研修会を行ったり、行事に参加させて頂いたりしている。水戸市地域密着介護サービス協議会で勉強会に参加をしている。地域ブロック会主催の交流会等に参加している。		

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
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	・入居前に家族やケアマネ、又は病院などから情報を頂くようにしている。これまでの生活や問題を踏まえ、少しでも早く安心した生活が送れるよう努めている。		
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	・家族からの不安や意見はきちんと受け止め、互いに理解し合えるようにしている。		
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	・相談に応じて、他サービスの説明をさせて頂いたり、必要に応じて、連絡調整を行い家族につなげている。		
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	・昔ながらの事、掃除、裁縫、料理等と個々が得意とする場面では本人の力を十分に発揮出来るように努め、その喜びを一緒に味わえるようにしている。		
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	・外泊や外出に向けての相談や援助(送迎)など積極的に行い、充実な時間を過ごせるよう支援している。		
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	・入居前の生活からあまり離れてしまわないよう、家族にも協力してもらい、友人宅へ出かけたり、なじみの床屋に出かける。友人にも外出支援もして頂いている。	事業所独自のライフヒストリーを家族に記載してもらい、これまでの利用者の生活歴を把握している。自宅で暮らすように生活ができるよう、常に個別対応を心掛け、カラオケやうなぎを食べに出かけている。知人の訪問や、馴染みの床屋、たばこを買いに行くなど、利用者の趣味や落ち着く行為を大切にしている。	
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	・無理に引き合わせたりせず、それぞれが気に入った場所で、ゆっくり過ごせるようにしている。利用者同士の助け合いは大切にしている。		

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
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	・必要に応じて行っている。退去される方の9割以上が看取りになる。その後の家族との関係は野菜を頂いたり、定期的に来訪して頂いている。		
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	・医師や家族を交え、より安全に希望や意向に添っていきけるよう、検討、実行している。認知症が進行したり、身体が思うようでも、行きたい場所やなじみの方と関わられるようにしている。	ライフヒストリーやライフストーリーの把握に努め、利用者の意向に反映している。思いや意向が表出困難になった際には、ユニット会議で話し合い情報を共有し把握している。	本人の意向は十分把握しているが、記録が不明瞭なので、明確な記載方法を検討することを期待する。
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	・家族や本人、知人等からの聞き取りは勿論、ライフヒストリーなどから、これまでの暮らしなど、より詳しく知る努力をしている。		
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	・それぞれの表現の仕方をしっかりと見ることで、生活のリズムや心身の状態の把握に努めている。		
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	・ケア会議や全体会議などから、スタッフの声を聞き、必要に応じて主治医の意見もお聞きしている。計画作成にはそれぞれの意見が組み込まれるようにしている。	家族等の意向を聞き、医療関係者の意見も取り入れて職員や管理者、計画作成担当者で作成している。3ヶ月ごとにモニタリングと見直しを行っているが、利用者の状況に変化があれば随時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	・スタッフの見やすい、書きやすい形で記録している。介護計画と連動して記入できるようにしている。申し送り、連絡ノートにて漏れがないようにしている。		
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	・外泊やお墓参りなど、それぞれの支援に取り組んでいる。面会のための、家族の送迎等も実施している。		

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
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	・シルバー人材やボランティアによる作業療法などを活用し、楽しみながら活動できる場を提供している。		
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	・本人、家族の希望を第一にしている。個々の医療関係先と信頼関係を築きながら、状況に応じた医療（往診、専門医）を受けられるよう支援している。	契約時にかかりつけ医への受診が可能な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毎週ある。受診には職員が付き添い、病院で家族等と待ち合わせることもある。	
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	・平成26年10月より看護師を配置し、気軽に相出来、適宜な受診や処置を今までよりも実施できるようになっている。主治医も、専門的な対応が充実したことで、ホームでの点滴なども出来るようになった。		
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。	・入院時は、病院、家族と連絡を取り合いながら、早期退院に向けた取り組みをしている。頻りに病院へ行き、看護師等より情報を頂いている。		
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	・入居時に同意書を記入して頂いている。また、状況に応じて再記入して頂いている。本人、家族の考えに一番近く、本人にとって良い結果になるよう、医師、家族、事業者、福祉用具事業者で何度も話し合いを重ね、その状態に合わせた対応が取れるよう支援している。	重度化や看取りに関する同意書があり、契約時に得ている。状況の変化に応じた繰り返しの話し合いと、段階的な合意を行なっている。職員は外部研修に参加するほか、毎年内部研修を行っている。	
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	・定期的に救急法を受講し、対応できるようにしている。		
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	・消防を入れ屋、夜想定訓練をしている。隣の事業所とも一緒に訓練を行うことで、協力体制を強化している。他施設とも、緊急避難先としての協力をお願いしている。地域の防犯協会との連携もしている。色々な場面を想定したマニュアルを作成している。	夜間想定を含む避難訓練を隣接した施設と合同で行っている。緊急時の避難先を決めている。災害に備えた備蓄品を、ノートに記載し管理している。	

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	・それぞれにあわせた言葉掛けを意識している。スタッフ同士でチェックするようにしている。	生活歴に配慮した言葉使いで接している。トイレを促す時は一番気を使っている。個人記録はカギのかかる書棚に保管している。人権尊重や守秘義務について毎月の会議時に勉強会を開催している。	
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	・押し付けたりすることがないよう、声かけにて、返答や表情から本人の意思をくみ取るようにしている。		
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	・いつもと同じとは考えずに、その日の言葉や行動に合わせるようにしている。		
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	・好みや着たい洋服などは、今までと同じように着られるように支援している。散髪なども本人の好みに合わせている。季節外れの衣類を着ている場合は、丁寧にお声かけをさせて頂いている。		
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	・出来る事、知っていることを一緒に行っている。気分を外食したり、スーパーに弁当を買いに行ったりと、目で見ると、外に出る楽しみも合わせて行えるようにしている。	近隣住民から野菜の差し入れがあり、食材に使用している。利用者はできることを手伝っている。季節ごとの行事食を提供するほか、個人対応でホテルランチやうなぎ屋に出かけている。	
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	・一緒に食事をする中で、食事量や食べる動作の見守りを行っている。無理せずに水分を摂取できるよう、甘さ、冷たさなど個々によって変えるようにしている。献立表がないため、定期的に栄養士から助言を頂いている。		
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	・声かけや一部介助によって実施している。月に2回歯科往診を実施しており、歯科医、歯科衛生士より助言、指導をして頂いている。		

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	・個々に合わせた、声かけ、誘導を行っている。ポータブルトイレの使用なども個々の希望や状態に合わせて支援している。	排泄チェック表からそれぞれの排泄パターンを把握し、声掛けをしてできるだけトイレでの排泄を支援している。ポータブルトイレを自室に置くことにより、夜間の排泄も自立できた事例があり、継続中である。	
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	・水分、食材の工夫も行っているが、主治医と連携しながら取り組んでいる。		
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	・ユニット別々にお湯を沸かし、朝から入浴できるようにしている。たまに、温泉や大浴場にも出かける。季節に合わせた楽しみも取り入れている。	入浴は基本週3~4回、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。希望者には日帰り温泉に出かけるなどの支援も行っている。	
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	・その都度、体調や気分、希望にあわせ、午睡や就寝時間を長く取ったり、気を使うようにしている。		
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	・記録と報告行い、すぐに目を通せるところに保管し確認できるようにしている。医療ノートを作成し時系列で確認出来るようにしている。		
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	・出来なくても、言葉での指示をもらったり、見ていてもらうことで活力が出るような場面づくりをしている。出来る事は安全に行えるように支援している。		
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	・その都度、本人の希望にあわせ、外出などが出来るよう努めている。外泊などは家族との連絡を密にしている。京成デパートやカフェなど希望に沿って支援している。	コロナ禍では外気浴のためにドライブに出かけている。車椅子乗車可能な公用車が3台あるので、誰でも参加できる。散歩がてら、コンビニエンスストアで買い物をしている。コロナ禍以前は、県内の様々な観光地に出かけている。個別にはカラオケ、デパートでの買い物支援をしている。	

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
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	・それぞれの力に合わせて現金を持っている。支払時など、見守りによって一緒に行っている。		
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	・希望で居室に電話を引いてもらっている。手紙を出したりなどの支援を行っている。携帯電話を持ち込んでいる方もいるため、充電等の確認支援を行っている。		
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	・それぞれが好きな場所で過ごせるよう空間づくりをしている。食材や花などから、季節感を感じられるようにしている。	廊下には作り付けのベンチが配置され、座布団が置かれて寛げる空間になっている。居間は天井が吹きぬけになっているほか、廊下との壁とドアがガラス張りなので、見通しが良く、明るい空間になっている。テレビ、ソファ、CDラジカセが整備され、壁面には利用者が描いた絵や折り紙作品が掲示してある。	
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	・廊下、談話室など一人でいながら、他人を感じられるスペースを用意している。		
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	・これまで使っていたものを持ってきて、自分の空間を作って頂けるよう、家族と相談しながら居室づくりをしている。安全面についても防災会社と相談しながら実施している。	居室にはエアコンやベッド、カーテン等が備え付けられている。利用者はベットにこだわることなく、希望に合わせて、床にカーペットや畳を敷いて、布団で寝ることができる。	
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	・当たり前の目印ではなく、なにが分かりやすいか色々当てはめ、考え工夫している。		

(別紙4(2))

目標達成計画

業所名 グループホームゆう

作成日 令和 3年 2月 25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	29	本人の意向は十分把握しているが、記録が不明瞭なので、明確な記載方法を検討することを期待する。	職員だけではなく、ご家族や評価員が見ても分かりやすい方法で記載する。	職員・Dr・家族など人ごとに色分けして記載していく。	1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。