

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	0891000010		
法人名	株式会社 木澤		
事業所名	グループホーム絆		
所在地	茨城県下妻市高道祖1384-16		
自己評価作成日	2020年 1月 22日	評価結果市町村受理日	2020年11月18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	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	2020年2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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・利用者さんの一人ひとりの思いを知り、状況や有する力に応じて、一緒に洗濯、掃除、食事の準備等、日常できることはしていただいています。 ・旬の物を取り入れた家庭料理を提供しています。 ・地域交流会や、地域の行事を通して地域のつながりを大切にしています。誰でも気軽に立ち寄れる場所を実践しています。

【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)】

<p>管理者・職員が口を揃えて話すように各ユニット毎に違う特色がある事業所である。日常的に職員は意見を出し合い、利用者やケアについて話し合っており、向上心と職業意識の高さを感じた。利用者のその日の気持ちを受け入れ、利用者のリズムに合わせて一日の流れを決めている。利用者が、それぞれの得意分野で力を発揮できる場面を見つけ、残存機能の維持に努めている。旬の食材を取り入れた献立を立て、利用者と一緒に買い出しに行き、食べる楽しみが自然に生まれるように努めている。地域交流を通して事業所が地域に受け入れられ、利用者は地域の一員として、当たり前前の生活を送っている。家族の要望に応えようと、職員は常に気を張ってケアに努めているので、代表は職員の聞き役となりストレス解消に努めている。</p>
--

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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	・管理者、職員共に、施設の理念に沿ったケアサービスができるよう心掛けている。	地域密着型サービスの意義を踏まえた4つの理念を作り、玄関・事務所内・各ユニットに掲示し、日誌にも明示して意識付けを行っている。各ユニット毎に目標を立てて実践している。職員は利用者を尊重し、希望に添った支援をして、笑顔を絶やさずに生活できるよう心がけている。	
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	・地域のお祭りや小学校の運動会を見学したり等、地域の方との交流を深めている。 ・地域的美容室に来て頂いている。	自治会に加入し、回覧板から地域の情報を得て、地域の夏祭りやイベントに参加したり、事業所主催の花火・運動会・歌レクに地域住民に声掛けし、共に楽しんでいる。自治会総会に参加し、事業所・認知症に対する理解を得ている。地域住民から野菜の提供を受ける時もある。	
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	・消防訓練や地域交流会を通じ近所の人たちに参加をしていただいている。 ・散歩を通じて、近所の人達とコミュニケーションをとっている。		
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回開催し、行事やサービス内容等を報告話し合い、その意見を活かしてサービスの向上に努めている。	家族(2名)・民生委員・区長・行政・事業所担当者のメンバーで2か月ごとに開催している。主な議題は事業予定・報告・利用者状況・事故・ヒヤリハット・季節に応じた注意事項等で、席上の意見をサービス向上に活かしている。欠席した家族には議事録を郵送している。下妻市独自の書式で議事録が出来ており、わかりやすい。	
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	・情報や連絡を密にとり、困難事例などの相談や、市主催の認知症ネットワーク会議に参加している。	担当課(高齢福祉・社会福祉・地域包括センター・社協)とは連絡を密にとり、良好な協力関係を築いている。小学校の運動会に見学に行く。行政主催の認知症ネットワーク会議に出席している。中学生の体験学習を受入れ、子供110番を設置している。代表は認知症サポーター養成講座の講師を務める。他事業所との地域交流会に参加している。	

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
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	・身体拘束の対象となる具体的な例をあげ、禁止行為について全職員の意識づけを行っている。	身体拘束廃止委員会を設置し、3か月ごとに勉強会を開催して、拘束となる具体的な行為・弊害を周知し、利用者の安心・安全に向けたケアの提供につとめている。やむを得ず、一時的に拘束となる場合の書類関係は整備している。	
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逃されることのないよう注意を払い、防止に努めている	・虐待に至る前の段階で、「不適切な介護」についての、伝達研修を行い、それぞれの対応を振り返る機会をつくり、虐待につながらない様努めている。		
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	・職員会議等で話し合いの機会をもったが、それ活用する機会はなかった。		
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	・十分な説明を行い、理解と納得をしていただいた上で契約して頂き不安や疑問点も遠慮なく聴ける環境づくりに努めている。		
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	・玄関に意見箱を設置。面会時には、日ごろの様子や健康状態を伝えるとともに、意見要望を伺っている。 ・運営推進会議の記録や行事毎に家族へお便りを配布している。	意見の言い出しにくい家族・利用者に配慮し、意見箱の設置・第3者機関名・電話番号を明示しているが、そちらからの意見や要望はない。面会時に利用者の様子や健康状態を報告し、意見等を聞いている。家族からの事故防止の要請に、24時間マンツーマンの見守りは難しいが、極力支援に取り組むことを説明。広報誌の発行を検討している。	
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	・随時、現場において意見や提案を話しあっている。 ・掲示板や連絡ノートを活用している。	利用者の受入・職員採用に関しては事前に職員に報告される。現場からの意見や提案については随時話し合い改善している。職員会議・申し送り・業務日誌・メモ等で気づきを管理者に伝え、反映させている。外部研修受講後は伝達研修を行い、全職員で共有している。職員の様子を見て、代表が声掛けをし、思いや考えを聞きストレスや不満の解消に努めている。代表・管理者・職員はなんでも話し合える関係である。数名ずつの食事会で親睦を図っている、	

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
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	・各職員の能力により業務の分担化を計り、働きやすい環境づくりに努めている。		
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	・研修会には全職員が交代で受講できるよう心がけている。 ・研修報告は職員会議で発表または伝達研修し全員で共有している。		
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	・研修に参加し他の事業所と交流、情報を交換し、サービスの質の向上に努めている。		
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	・事前調査で本人と家族会いに行き、生活歴や心身の状態等の情報を把握、信頼関係構築に努めている。		
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	・相談、契約時家族が相談しやすい雰囲気作りに努め、不安な事や要望等を聞き良好な関係作りをこころがけている。		
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、家族からの情報を基に対応している。		
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	・お互いが家族の様な関係でいられるような日常の家事等、楽しく生活できるよう支援している。		
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	・ホームでの生活の様子を伝え、情報共有、ケアの方向性を相談し本人を支えていく関係づくりに努めている。		

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
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	・家族や友人等の面会は随時行える。 ・家族や知人等との外出や、外出ができるよう支援している。	遠方の親戚や友人と電話や手紙・年賀状等で連絡を取り合い大切な馴染みの人との関係継続に努めている。家族とお墓参り・法事・美容院・外出・外食・外泊に出かける利用者がある。ふるさとに帰りたいという利用者と一緒に出かけ、当時と風景は変わっていたが、利用者は納得していた。地域の馴染みの美容院から来てもらい、整髪している。利用者同士の馴染みの関係が深くなっていることが、調査時に垣間見ることが出来た。	
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	・声を掛け合いながら、日常の役割分担をつくり利用者様同士が助け合い、楽しく生活できるように支援している。		
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	・退院後の自宅訪問、病院へのお見舞い、また相談等があれば他のサービス利用も支援している。		
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	・入所時、面会時に本人と家族からこれまでの生活歴を聴き思いや意向を把握し、日常生活の中でも、本人の言動から思いや希望の把握に努めている。職員間で共有している。	日々の会話から利用者のその時々を思いを把握し、全職員で共有して支援に努めている。生活スタイルや状態の変化に配慮し、混乱防止に努めている。趣味(編み物・縫物・お琴)の継続や家事・畑仕事・草取り・洗濯たたみ等の役割を持ってもらい、人のために役立つ喜びを感じてもらっている。困難な場合は表情・様子から利用者本位に検討している。	
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	・入所時や面会時に家族より本人の情報を頂き、これまでの暮らしの把握に努めている。 ・一人ひとりの日々の過ごし方を観察し、心身の状態の変化を把握しています。		
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	・毎日のバイタル、一人ひとりの日々の過ごし方を観察し、心身の状態の変化を把握しています。		

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
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	・本人や家族からの思いや意見を聞いたり、職員間でも意見を交換し合い介護計画を作成している。	利用者・家族から意見(面会時・電話で)を聞き、カンファレンスを開催して利用者のニーズとケアのあり方について話し合い、プランを作成している。作成後は全職員で確認後、家族に説明し同意を得ている。ケース記録はプランと目標達成に向けたケアの内容が連動されており、気づきや関りが記入され、3か月ごとのADLモニタリング・評価に繋げている。状態変化時は現状に即したプランを作成している。	
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	・ケース記録や申し送り、職員会議等の話し合いにより、情報を共有し、介護計画の見直し、ケアに生かしている。		
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	・本人や家族からの意見要望に応じて、その人らしい生活ができるよう柔軟に対応している。		
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	・運営推進会議に地域包括支援センターの職員に参加していただき、支援に関する情報交換し協力していただいている。		
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	・利用者の希望により入所前のかかりつけの病院への受診支援も行っている。 ・入所時に主治医の説明と提携医療機関の説明を行っている。 ・主治医の往診を週1回受けている。	協力医療機関から毎週月曜日の往診と訪看の来訪があり、利用者の体調管理に努めている。かかりつけ医受診は家族付き添いが基本であるが、職員が対応する時もある。いずれの場合も報告を話し合い、日誌・連絡ノートに残している。訪問歯科・専門医受診体制を整えている。	連絡ノートに状態の変化等を記録し、全職員で共有していることは確認できたが、電話で報告した内容(いつ・誰に・報告内容・家族の返答)が、わかりにくいので、どの書類に残すのかを検討し統一することを期待する。
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	・身体状態の変化が見られたときは、主治医または看護師に報告相談し、適切な往診や看護を受けられるように支援している。(週1看護師訪問)		
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。	・入院を受け入れていただける提携病院を確保し、家族や本人の希望を聞きながら病院と連携を図り、早期退院できるように話しあっている。		

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
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、事業所ですることが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	<ul style="list-style-type: none"> ・身体状態の変化、終末期の状態など、主治医と相談し家族へ説明を行っている。 ・状態の変化に応じ随時、本人や家族、医師、職員が話し合いを行い、方針を共有して支援している。 	<p>契約時に看取りに関する同意書に基づき同意書を取り交わしているが、家族の思いが変わることもあり、重篤時には主治医から説明し、再確認をして24時間医療連携をとって利用者・家族の思いに添ったターミナル支援を実施している。他の利用者に配慮しつつ、利用者の最後の旅立ちがベストとなる様に代表・全職員で取り組んでいる。お別れは利用者と一緒に手を合わせ、お見送りをしている。</p>	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急時対応マニュアルを教材として、実例より応急手当、初期対応など話し合いを行っている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・第2回の消防訓練を実施 ・夜間想定避難訓練も行っている。 ・災害に備え備品等の確保もしてある。 	<p>夜間想定・初期消火・緊急通報システム・消火器使用・避難経路確認・利用者行動把握等の訓練を消防署指導・自主訓練を年2回実施している。前回の課題となっていた、備蓄品・緊急持ち出し用品は整備した。地域住民との合同訓練は実施していないが、検討中。消防署からは重度の利用者から避難誘導するようことのアドバイスをうけた。</p>	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・一人ひとりの人格を尊重し個々に合わせた言葉かけや対応をしている。 	<p>利用者を尊重し、ケア提供時や声掛けには注意をはらっている。書類関係の保管場所に留意し、面会簿は個人毎に記名、情報開示に関する同意書を取り交わし、個人情報保護に努めている。</p>	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・選択肢を設け、何かを選んでいただくなど、自己決定ができるよう働きかけている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・1日の流れは大体決まっているが、一人ひとりの状態やペースに合わせて本人に希望を伺い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
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	・服を選んだり、声掛けし身だしなみや髪を整えていただいている。 ・本人の好みの服を買いものに行くなどの支援をしている。		
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	・好きな食べ物の話をしたり、広告をみて食べたい物を伺い、食事が楽しみになるよう心掛けています。 ・配膳、下膳を一緒に行い、季節を感じられる食材を心掛けています。	各ユニットごとに利用者と一緒にメニューを立て、買い出し・配膳・下膳・食器洗い・拭き等を一緒に行い、やりがいと食べることの楽しみに繋げている。利用者が用意した好みの茶碗・お椀・お箸・湯呑を使い、状態に応じた食事形態で提供している。おやつ作り・外食も利用者の楽しみとなっている。利用者と職員の会話が弾み、笑いがある楽しい食事風景であった。利用者が利用者を思いやり、お互いが支えあう、ほのぼのとした暖かい場面があった。	
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	・個々の状態に合わせて、普通食、刻み食やとろみ食やおかゆにしている。(摂取量不足の場合主治医の指導の下、エンシアで対応) ・食事摂取量、水分摂取量をチェックしている。		
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	・食後の口腔ケアの声掛けをしている。本人の状況に応じて介助を行っている。 ・口腔内や義歯を観察の観察を行い歯科受診の必要性も行ってはいる。		
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	・一人ひとりの排泄パターンを把握し、職員が共有し、パット交換や、トイレ誘導し排泄の自立につなげている。	個人毎の排泄パターン・チェック表・表情を把握し、トイレには声掛け誘導を行っている。昼夜ともおむつ対応の利用者がいるが、出来れば昼間はリハパン・パット等で対応し、トイレでの排泄に努めたいと思っている。声掛けにより改善した利用者もいた。繊維質食材・乳製品・水分・体操・腹部マッサージで自然排便に努めている。	
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	・食事の工夫(繊維の多い食材)や乳酸品等を摂取したり、腹部マッサージや軽体操、10時と3時のお茶の時間をとり水分補給に努めている。		

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
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	・一人ひとりに合わせてゆっくりと入浴を楽しめるように支援している。	週3回の入浴支援であるが、汚染や希望には対応している。ゆっくりと気分転換を図る貴重な時間でもあり、普段聞けないような話が聞けるときもある。以前より拒否は少なくなっているが、拒否があった場合はケースbyケースで対応。季節のゆず湯・しょうぶ湯を提供している。皮膚感染予防対策は実施している。着替えの準備は利用者自身もしくは職員と一緒に準備している。	
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	・その人の状態に応じて、居室で休息していただいている。		
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	・薬剤師より薬の処方や効力、副作用等の説明をしていただき、その説明書を保管し全職員がわかるようにしている。 ・状態の変化があった時は直ちに医師に連絡をしている。		
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	・庭の草取り、食事の準備、洗濯等一人ひとりに合った役割を見つけ、楽しみや、張りのある生活ができるよう支援している。		
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	・地域の行事に参加したり、家族や知人と外出や外食にでかけている。	体調・天候に合わせて近場を散歩している。初詣・花見(桜・紫陽花・菊)・こいのぼり・地域イベント・ひな祭り・花火等の毎月の外出支援や毎日の食材買い出し等外出機会は多い。家族や知人と外出・外食に出かけ、明るい表情で帰ってくる利用者がある。	
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、お金の所持したり使えるように支援している	・現在自己管理されてる方はいず、必要に応じて家族に連絡対応してうる。。		
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	・電話は自由に使用できる。		

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
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	・利用者が居心地良く過ごせるように、住環境を整える。 ・夜間の電灯の光の明るさは個々にあわせ配慮している。	玄関入り口には有名人の色紙や代表の好みの画家のパズル、利用者の編み物作品等を飾り、話題につかない工夫があった。自然の日差しが差し込んだリビングで、利用者はお気に入りのソファに座り、のんびり過ごしている。トイレはわかりやすく表示されている。リビングのあちこちに時計があり、どこに座っても時間がわかるようになっている。	
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	・自分の席や居間のソファで気の合った方同士会話を楽しんだり、日なたぼっこしたり自由に過ごしている。		
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	・自宅より、使い慣れた家具や小物や位牌など、楽しみながら安心して過ごして頂ける様に努めている。	居室入り口に名前を表示し混乱防止に努めている。馴染みのタンス・炬燵・椅子・テレビ・お琴等を安全面に配慮し設置している。家族の写真・位牌・草花・愛着のある置物・縫物道具・小学生からのプレゼント等をかざり、一歩入れば利用者がい心地よく過ごせるようになっている。自宅と同じく布団で寝る利用者がある。部屋の掃除は職員と一緒に清浄保持に努めている。	
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	・居室入口にネームプレートをつけたり、トイレの表示をしている。 ・状態と状況に応じ車椅子等を使用している。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホーム絆

目標達成計画

作成日: 2020年11月18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	26	電話で報告した内容(いつ、誰に、報告内容、家族の返答)が分かりにくいので、どの書類に残すか検討する。	書類を統一し分かりやすくする。	職員連絡ノートに統一。	1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。