

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	0871800223		
法人名	株式会社ほ-むけあいしやま		
事業所名	グループホーム想想		
所在地	茨城県坂東市岩井2039		
自己評価作成日	平成30年11月18日	評価結果市町村受理日	平成31年2月13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=0871800223-00&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31年1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)】

毎年こども園や小学校との交流があり、施設所有の畑でいろいろな野菜を作り、収穫しています。近隣の方々には、交流会や運営推進会議への参加、又防災関係においても協力を得ています。又、職員ひとりひとりが多種の資格を持ち、ケアに努めています。利用者様一人一人の意思を尊重し、安心してその人らしい生活を送れるように支援していきます。

【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)】

地域密着型施設として自治会・商工会に加入し、様々なイベントに参加している。近隣の幼稚園児や小学生との交流を積極的に行い、一緒に野菜を作って収穫したり、小・中学生の運動会・体験学習を通して、核家族化が多い時代に、おじいちゃん・おばあちゃんと孫のような暖かい関係が生まれている。行政とは運営推進会議・地域密着型連絡協議会・施設部会・通所部会で情報交換が行われている。利用者の意思を尊重し、統一したケアの提供に努めている。重度化により家族の負担であった受診は、月2回の往診・訪看・歯科往診の医療連携が取れたことにより解消された。

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、安心して暮らさせている (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	管理者と職員は日々理念を話し合い共有している。	法人・事業所の理念を朝夕の申し送りや会議等で確認し、共有して実践に繋げている。月間目標・年間目標を作成し、事業所会議で達成出来たか確認している。職員からは利用者の体調管理と、その時の気持ちを大切にしたいケアの提供に取り組んでいるという話が聞けた。	
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	近隣の交流会に参加している。こども園や小学校との交流があり、近所の方々も参加している。	自治会・商工会に加入し、近隣のイベントに参加している。地域交流会では認知症サポーター講座を実施し、認知症の種類や症状などを理解してもらった。幼稚園児との交流は利用者にとって楽しいひと時となっている。楽楽会(踊り)・獅子舞・ハーモニカ等のボランティア訪問を受け入れ、利用者参加型で楽しんでいる。地域の方が散歩がてらお茶を飲みに来る時もある。新住民からゴミ集積場の設置依頼を行政にお願いしてほしいと要望を受け、設置してもらった。	
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	一人のためにをモットーに利用者一人ひとりの思いに応え住み慣れた地域で自分らしく生き生きと暮らしてゆけるように支援している。		
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	家族や民生委員、市職員、近隣の方など参加、年6回開催している。利用者や家族の意見、提案、改善事項、研修など協議し意見や要望、質問を、サービス向上に生かしている。	家族・利用者・区長・地域住民・民生委員・行政・事業所担当者の構成メンバーで年6回開催している。利用状況・近況報告・利用者の様子等を報告し、席上出た意見や要望をサービス向上に活かしている。議題によって、警察署の生活安全課・消防署・歯科医師の参加がある。利用者からは感謝の言葉と生活の様子の話が出ることもある。欠席された家族には議事録を送付。職員には会議等で報告し共有している。	
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取り組んでいる	連絡協議会に参加し、利用者に応じた適切な助言が受けられるよう、関係機関と定期的に連絡を取っている。	担当課とは連絡を密にとり、良好な協力関係を築いている。幼稚園(薩摩芋の苗植えと収穫・お遊戯会)・小学校(運動会見学)との交流や中学生の体験学習の場として提供している。地域密着型連絡協議会・ケアマネ会に参加し情報交換を行っている。施設部会・通所部会があり、市内で施設同士の連携が出来ている。子供110番登録は検討中。	

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を実践している。	施設の方針として研修等にて指導を受け、身体拘束をしないケアを実践している。玄関を開けるとチャイムが鳴り、外出を察知した場合は職員が声を掛け合うなど、安全面に配慮している。	見守り支援を強化し、拘束をしないケアを実践している。利用者に外出傾向が見られた場合は声掛けと一緒に出掛けている。玄関は来客者の把握や安全のために、開閉でチャイムがなる。安心・安全委員会を設置し3か月毎に会議を開催しリスクを周知している。	
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	施設の方針として利用者の尊厳を守るよう指導を受け、防止の徹底を図っている。3ヶ月に1度施設内で勉強会を実施している。		
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	管理者や職員は、自主的に学ぶ機会を持ち、理解を深め、活用できるようにしている。		
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	利用契約時や改定等の際は、管理者を中心に、利用者や家族に十分な説明を行い、理解を得ている。		
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	利用契約時に苦情相談窓口や担当者を家族に知らせている。運営推進会議で出た意見、苦情、要望など運営に生かしている。	苦情窓口を第3者機関名も合わせて重要事項説明書の中に明示している。利用者からの要望は食べ物が多く、対応している。受診時の家族の負担は24時間医療連携が取れたことで解消。家族には2か月毎に感想便りを発行して利用者の様子を伝えている。地域交流会の後に家族会を開催しているが、直接、面会時に伝えることが多い。洗濯乾燥機が壊れた時には、乾燥対策も兼ねて、利用者の部屋に洗濯物を干していいと家族から声をかけて頂けた。	
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	随時意見や提案を聞くと同時に月1回の会議に於いて、話し合い、反映している。	現場での気づきはその場で検討し、月1回の会議で意見交換を行っている。スキルアップのための研修参加や資格取得に対する支援をしている。法人内の実践報告(プログラムの中に介護作家の講演会もあり)や内・外部研修等で資質向上に努めている。法人全体の親睦会やユニフォーム代、予防接種代の支給、食事は検食扱いとして無料、処遇改善加算を職員に還元するなどし、職員の意欲向上に努めている。代表・管理者には何でも話せるのでストレスや不満はないと職員から話をきけたが、職員の高齢化が課題との事。	

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	月1回の管理者会議や事業所会議があり、年1回の研修への参加がある。		
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践と力量を把握し、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	法人内で段階に応じた研修があり外部の研修にも積極的に参加し職員間で共有している。年1回法人内で実践報告大会を開催し資質向上に努めている。		
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	介護事業連絡会に加入し、同業者との交流会や研修会に参加している。		
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	入所契約時、十分に話し合い、安心して生活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	入所契約時、十分に話し合い、利用者一人ひとりが安心して生活できるように努める旨を伝える。		
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	利用者の生活歴を理解し、十分な話し合いを行い、必要な支援やサービスを見極めるよう努める。		
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	職員は利用者の生活歴を把握し、料理など利用者から学んだり、利用者と野菜作りに取り組み、収穫の喜びを共有している。		
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	利用者の暮らしぶりを写真に撮り、近況報告として年6回ホームでの暮らしを、お便りとして報告している。		

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
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	併設しているデイサービスの利用者が、継続してホームを利用しているので、馴染みながら安心して生活できる体制になっている。	電話や手紙で遠方の親族や知人等の馴染みの人との関係継続に努めている。友人や元民生委員の面会、デイの職員・利用者との交流も日常的に出来ている。家族とお墓参り・外出・外食に出かける利用者がおり、アルコールをたしなむ方もいる。馴染みの理・美容院に行きたい等、個人的な要望が出た時にも対応。	
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関わり合い、支え合えるような支援に努めている	日々の生活の中で、利用者の様子を観察し、一人一人に声掛け、関わられるように努める。		
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	必要に応じ本人や家族の相談に応じる。逝去の知らせを受けた際は通夜や告別式に参列している。		
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	意思伝達の困難な利用者には日々の関わりのなかで、思いや意向を把握する様に努めている。	日々の会話の中から利用者の思いや希望を聞き、全職員で共有して支援に努めている。朝の洋服選び・身だしなみ・生け花・裁縫・絵画・編み物等、利用者の趣味の継続を支援することで、やりがいに繋げている。困難な場合は表情や様子から察知し、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	入居契約時、よく話を聞き情報を集めている。		
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	日々の生活の中で、一人ひとりの性格やできる事、できない事の把握に努めている。		

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
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	家族や医師の意見を取り入れ、利用者の要望に添った介護計画を作成している。	カンファレンスで担当職員の気づきを元に利用者のニーズとケアのあり方について話し合い、家族・医師の意見を取り入れてケアプランを作成している。作成後は家族に説明し同意を得ている。一ヶ月ごとにモニタリング・評価を実施し、現況に即したプランを作成している。プランとケース記録の連動は充分ではないが、日誌に利用者の日々の様子を詳しく記入している。	
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	1ヶ月1度介護計画の見直しを行うとともに状態に変化が生じた時は、状況に応じて随時見直しをしている。		
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	デイサービスを併設しており、日常生活や行事開催などは事業所内で連携を図り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	利用者一人ひとりをよく理解し、自分らしさを大切に、そのかたに合った生活を支援している。		
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	利用者や家族が希望する医療機関への受診を支援している。月2回の訪問診療を実施している。	協力医療機関より月2回の訪問診療があり、体調管理に努めている。訪問歯科・訪看を利用している。診療結果は申し送りし、介護記録にも残している。居宅療養管理指導で結果はファイルしており、面会時に見てもらっている。	変化があった場合は電話連絡の上、医師から家族へ説明はされているが、されたことが確認できる書類がないので、いつ・だれに報告したかを記録に残すことが望ましい。
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回の訪問看護を利用している。利用者に異常があれば随時相談している。		
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。	利用者が入院した際、職員は様子観察に向き、病院関係者との情報交換に努めている。		

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
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	重度化した場合や終末期の対応について、利用者や家族、医師と十分に話し合いをしている。また同意書を取り交わすとともに、終末期や入院時に再度確認している。	契約時に指針を説明して同意書を取り交わしているが、家族の思いが度々変わることもあり、重篤前に再度医師から家族に説明をし、希望に添った支援に努めている。24時間連携医療機関・訪看・代表の支援があり、全職員で情報を共有し、チームで支援に取り組んでいる。家族の宿泊も可能である。	
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	職員は自発的に学び、実践力を身につけている。		
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	消防署の協力を得て年2回の避難訓練を実施している。また運営推進会議で災害時の協力や訓練について話し合い、地域の協力が得られように働きかけ、実践している。	消防署の指導を受け、年2回の避難訓練(夜間想定・消火器使用・緊急通報システム・利用者行動把握・避難経路・連絡網等)を実施している。地域住民との協定を結び、連携体制は出来ており、3月に合同訓練を実施予定。風水害マニュアル・備蓄品・緊急持ち出し用品を整備している。	
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	利用者一人ひとり人格を尊重し、排泄や入浴の声掛けに十分配慮している。また書類等の取扱いには十分留意している。	利用者が得意とする趣味(絵画・台所仕事・編み物等)の継続支援に努め、やりがいと誇りに繋げている。排泄や入浴時には尊厳を損ねない言葉かけに心がけている。書類関係の取り扱い・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。キーパーソンが変わった場合は書類を取り直している。	
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	日々の生活の中で、本人の思いが通るように寄り添い確認している。		
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	趣味で花を生けたり、買い物や散歩など本人の希望に添えるように支援している。		
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	自分で洋服を選んだり、希望があれば理容店に付き添い、一人ひとりに合わせた支援をしている。		

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
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	利用者と職員と一緒に調理し、それぞれの能力に応じて配膳や片付けなどしている。茶碗や湯のみなど馴染みのものを使用し利用者の身体機能や体調に合わせて食事の工夫をしている。	利用者と一緒に管理栄養士の意見をもらいながらメニューを考える。季節の食材を取り入れた4品ルールで、利用者と一緒に調理・配・下膳・食器拭き等を行っている。利用者の好みの茶碗・お箸・湯呑を使用し、器を手にもって食べることを大切にしている。利用者の状態に応じた形態で提供し身体機能や体調に合わせた工夫をしている。外食に出かけた時はいつも以上に食欲旺盛である。年末のそば打ち・餅つきや昔の習わしを大切にしている。おやつ(おはぎ・ホットケーキ等)も一緒に作っている。	
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	職員は利用者一人ひとりの栄養摂取量や水分量を把握し記録している。また献立や栄養バランスについても専門家の指導を受けている。		
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	毎食後歯磨きの誘導、声掛けなど口腔ケアを実施している。また月1回訪問歯科の利用実施している。		
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	利用者の自尊心を尊重しながら、言葉使いに留意し、自立に向けた支援を行っている。	排泄チェック表・パターン・表情からトイレに誘導し、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。自立の利用者には見守り支援で、他の利用者は日中は布パンツとパットやリハパンを使用している。散歩・運動・食材・乳酸菌・腹部マッサージで自然排便に取り組んでいる。	
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	必要に応じ、散歩や腹部マッサージをする。食物繊維を多く取り入れた食事を提供し、予防に取り組んでいる。		
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	職員は利用者の希望に沿って毎日入浴できるように支援する。また入浴剤を入れるなど利用者が快適に入浴できるよう工夫している。	基本的には週3~4回の入浴支援であるが、希望や汚染状態によりそれ以外の入浴も可能である。足ふきマットは個人毎に交換し、皮膚感染予防に努めている。着替えの準備は職員と一緒にやっている。入浴剤を使用したり、季節に応じたゆず湯・しょうぶ湯を提供している。	

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
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	状況に応じて一人ひとり好きな時間に休息できるように、居室に馴染みの物を置いたり、温かい飲み物を提供し、会話したり、安心して眠れるように支援している。		
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	職員は投薬の管理、服薬の支援を行い、症状に変化があった場合、直ちに協力医療機関に連絡し指示を受けている。		
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	職員は利用者一人ひとりの生活歴を把握し経験を活かした野菜作りや家事手伝いをしてもらい役割や楽しみ事に取り組め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	近所に買い物や散歩に出掛けている。またドライブや花見など利用者の希望に沿った外出支援をしている。	公園やイベントに出かけたり、季節ごとに花を見に行ったりしている。天候や体調にあわせて近場を散策したり、ドライブや買い物に出かけている。理髪店・美容院に出かけるのを習慣づけている利用者がある。初詣・道の駅・動物公園等に出かけている。	
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	利用者の希望に沿って随時対応している。		
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	利用者の希望に応じ支援している。		
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	居室や居間から周辺の自然や畑の様子を眺めることができる。又、玄関や共有空間に花や飾り物など、季節を感じられるように工夫している。	日本家屋の落ち着いた構えで、駐車場脇にはきれいに植えられたバンジーが心ませる雰囲気を作っている。リビングには利用者が描いた干支のイノシシ等が飾られ、見当識に配慮した工夫が見られた。近くの小学校のチャイムや児童の声は利用者にとって心地よい。トイレや浴室の表示はわかりやすい。トイレのドア等、建物の修繕を依頼中。	

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
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	居間にはテレビ、テーブル、椅子があり、好きな所で過ごす事が出来る。また廊下には展示物が飾ってあり楽しむことが出来る。		
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を活かし、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室に利用者が馴染みのあるテレビ、ラジオ、ペット、タンスなどを持ち込み、居心地良く安心して生活できる環境になっている。	居室入り口に名前を明示して混乱防止に努めている。馴染みのローチェスト・テレビ・机・ソファ・椅子・テーブル・エレクトーン・琴等を安全面に配慮し設置している。ラジオ・家族・孫の写真・目覚まし・得意の絵画・脳トレの月刊誌等は居心地よく過ごせる居室作りに一役買っている。掃除は毎日、職員と一緒にいき、清潔保持に努めている。	
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	各居室の出入り口には表札、トイレ、浴室に表示があり、廊下や居間の壁にはインフルエンザ等情報や手洗い方法など掲示している。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホーム 想想

目標達成計画

作成日: 平成31年2月12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	4	地域との連携について	施設の前の道が小学校の通学路になっていることもあり、見守り活動に貢献できればと思う。	子供110番登録やAED設置施設であることを近隣に周知する。看板設置を検討したい。	12ヶ月
2	35	災害対策について	近隣の協力体制について、安全かつ適切な体制について	3月12日の避難訓練に近隣の方の参加を呼び掛け協力を得る。消防の方の意見をもらいながら、近隣の方、職員など一緒に考える。	6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。