



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	1192200028		
法人名	株式会社 ウイズネット		
事業所名	グループホームみんなの家・志木柏町		
所在地	埼玉県志木市柏町3-9-19		
自己評価作成日	令和 元年 8月 3日	評価結果市町村受理日	

※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.kaigokensaku.jp/11/index.php
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 ケアシテムズ
所在地	東京都千代田区麹町1-5-4-712
訪問調査日	令和元年8月10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)】

地域密着・入居者様に季節感を感じて頂ける工夫・ご家族とも友好的な関係が築けている施設です。毎月のオカリナ演奏、大正琴、隔月のフラダンスや音楽演奏、地元高校生吹奏楽部による演奏、社会福祉協議会の傾聴ボランティアの毎月の来所などボランティアの交流は盛んである。また近隣の小学校の運動会に参加させて頂いたり、地域包括支援センターで開催のオレンジカフェに参加したりと地域交流もあります。町会のお神輿・山車、お正月は獅子舞他の訪問があります。また施設でもオレンジカフェを不定期ですが開催しています。玄関ホールやフロア等利用者様と一緒に作成した壁画等で季節ごと飾りつけています。

【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)】

ホームは法人が運営している有料老人ホーム「すこや家・志木柏町」の1階に位置しており、グループホームでありながら階上施設の各種の職員の連携によって、安心して安全な生活が送れるように配慮されている。また、門扉を入ってから敷地内は緑に恵まれ、絶好の散歩コースになっていることがうかがえる。法人内で統一したケアマネジメントシステムも適切に運用されており、入所前には家庭訪問を行ない、暮らしの様子や生活習慣を家族に伺いながら、ホームでも同じように暮らせるように、職員同士で情報を共有している。また、近年家族ニーズの高い「看取り介護」にも取り組んでおり、利用者が地域でより長く生活できるよう支援につなげている。利用者本人だけでなく、家族からも信頼されるホームでありたいという思いが感じられた。

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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	常に理念を念頭におきケアを行い、入居者に笑顔が見られない時には、その原因を探り、その都度話し合い、理念の実現に取り組んでいる。	利用者の表情や行動がいつもと違う時には、フロア職員間で話し合いを持ったり、フロア会議や職員会議でも議題にしたりして、事業所理念に立ち戻り、全職員が理念を意識・共有して日々のケアに繋げるようにしている。	
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人として日常的に交流している	運営推進会議開催等を通し、地域の方々との交流を深め、町会の夏祭りの誘いや当施設の行事時等も他自治会の協力も得られている。又、地域のボランティアや小学校とも交流が図れている。	町会による新年獅子舞の披露、小学校からの運動会の招待をはじめ、子供会夏祭りではホームの駐車場の開放などに取り組んでいる。また、オレンジカフェの開催や近隣のマンションでノーア体操を開催している。	
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	地域のオレンジカフェに参加したり、地域包括支援センターと連携をとりながら、近隣の小学校と交流を持ったりしている。		
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	運営推進会議にて入居者の活動報告・状況報告をし、地域住民・ご家族より色々な意見・アイデアを頂いたりして、施設運営に活かしている。	定期的に平日午前中に運営推進会議を開催しており、家族をはじめ地域ボランティアや地域包括支援センターの職員も出席している。議事録には、活発に意見交換が行われている事も確認できている。	運営推進会議への不参加家族や役所担当課には議事録を郵送して会議の様子を伝え、参加を促す対応が期待される。
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	書類などは郵送せず持参し、介護保険課以外の担当者とも顔を合わせ話をしたり、指導・助言を頂いている。またオレンジカフェの開催や認知症イベントの開催の際協力・相談をしている。	市役所で定期的に開催知れているグループワークをはじめ、地域包括支援センターが主管する地域スーパーの【介護なんでも相談室】にも管理者が参加し、協力体制を充実させることに力を入れている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	毎月身体拘束廃止委員会を開催しており、身体拘束廃止への指針を基に身体拘束にあたる行為や身体拘束を行う際の手順などを確認している。また年2回身体拘束廃止の研修を行っている。	定期的に開催している年2回の全員参加研修をはじめ、職員会議においても各種の業務や介護スキルを確認するための勉強会を開催し、研修報告書を職員全員が提出している。身体拘束をしない具体的な行為を理解することに力を入れている。	
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	毎月高齢者虐待防止委員会を開催しており、ケアを受ける利用者様の気持ちを考えたり、高齢者虐待に関する記事を検証したり、その施設の職員の気持ちを考えてみたりしている。		

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
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	成年後見制度に関する研修に参加し、その内容を職員会議で発表したり、いつでも研修内容が閲覧できるようにしている。また成年後見人制度を利用しておられる利用者様もおられ、成年後見人の来所もある。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	入退居などの際には、ご理解頂ける様に時間をかけて説明させて頂いています。その際「解らない事・不安な事・疑問点などありましたらいつでも聞いて下さい」と付け加えている。		
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	問題があった都度、解決策を検討、解決の難しい問題は運営本部担当者に相談し早急に解決する様努めている。又受付に法人代表に直接届く意見箱が設置され、運営本部で検討・事実確認し、運営に反映されている。	利用者の意見は日常のケアの中で職員が把握して申し送りや各種の会議で共有する流れとしている。利用者の状態が変化した場合の対応や家族の意向は、都度家族と連絡を取り合い対応することとしている。	家族会は定期的で開催し、重要な案件を伝えるとともに意向や要望を把握することとしている。さらに、議事録を整え、進捗、反映状況などを確認することが望まれる。
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	月1回の職員会議やフロア会議において意見・提案を聞き、又、場合により個々の職員にヒアリングを行っている。内容によっては運営本部担当者に報告・相談し要望や意見などを会社に提案している。	管理者は定例会議において、できる限り職員の意見が抽出できるような会議の運営に努めている。各種の会議では把握及び伝えきれない意見や思いを個人面談において共有しコミュニケーションを図ることとしている。	
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	運営本部担当者が頻りに訪問し、勤務状況等把握している。他、管理者や職員個々とのヒアリングし、その都度サービス提供に反映できるように指導・激励し各自が向上心を持って業務にあたるシステムになっている。		
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	運営本部による研修計画があり、積極的に可能なかぎり参加している。研修内容は、出勤時に申し送ったり、全体会議にて伝達し職員全員が把握できるよう努めている。又、資格取得研修なども参加してもらっている。		
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	市内にあるグループホームとは相互訪問、品物の貸し借り、情報交換など、協力関係を築きサービスの向上に取り組んでいる。施設見学ツアーを受け入れたり、地域企画の認知症理解のイベントの開催協力など行っている。		

自己	外部	項目	外部評価	
			自己評価 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	入居前にご本人に話を伺い、場合によってはご家族・関係者の方からご本人の要望・困っていることをお聞きしている。	
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	入居前にホーム長、時には、フロア長やケアマネなどが実態調査を行いご家族から要望や不安に感じておられる事を伺っている。	
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	本人と家族に必要なニーズと課題をサービス提案し、紹介する。グループホーム以外のサービスが必要と思われるときにはサービスが受けられるよう情報提供などを行っている。	
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	入居者と共に生活しているという視点から日々の生活選択、家事、又はレクリエーションをする中で共感し、その中から学んだりしている。	
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	地域運営推進会議や家族会又は日々の面会時に、家族の思い等よく話し、共に共感して安心して頂けるよう努めている。	
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	馴染みの人の面会や、地域の方との交流を持つ機会を作っている。	家族と通い慣れている美容院に行ったり、電話で知人と話をしたり、季節のやり取りの手紙など利用者が大切にしてきた関係が継続できるような支援に努めている。また、家族に対しても友人や知人の面会を促している。
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が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	入居者間の関係を見極め、関わりを大切に、孤立する事なく、トラブル時は、個人を尊重しながら、解決していくようにしている。	

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
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	施設で生活して頂き亡くなられた利用者様のご家族に相談・声を掛け、その後も施設でボランティア活動して頂いている。		
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	入居者様の思い、希望をホームでの生活の様子や会話から把握したり、直接声かけを行って聞き取ったりしている。またご家族にもご本人のご希望を伺っている。	法人共通のアセスメントシートによって意向や要望を把握しており、3・6か月毎に実施しているモニタリング時に加筆訂正を行っている。また日常においては申し送りノートも確認し、現状に即した支援に取り組んでいる。	
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	入居前の実態調査にて、入居者様の生活歴・生活環境・傷病・既往歴の把握に努めている。また入居後さらにご本人やご家族にお話を伺って把握に努めている。		
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	午前午後バイタル計測を行い、また朝夕職員間で申し送りを行っております。継続して様子観察等必要な場合は申し送りファイルにて連絡して行ったりしております。		
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	モニタリングやカンファレンス会議などでご家族・職員で意見、アイデアを出し合いケアプランに反映している。更新時や変化が生じた時等モニタリング・カンファレンスで見直しを行い、即したプラン作成を行っている。	入所時には1か月間の期間を定めた暫定ケアプランを作成して支援を開始し、以降は3・6か月毎にフロア全員によるカンファレンスを開催し達成状況や満足度を確認しながら、支援を提供する仕組みが整っている。	現在、ケアプランのモニタリングはケアマネジャーが担当しているが、介護職員と一緒にモニタリングを行うことを検討されたい。
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	日々の様子は、生活記録に記入し、特記事項は、申し送りノート、カンファレンスノート、又朝夕の申し送り時に共有する事でケアに活かしている。		
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	併設されている施設との連携を図り、外出時には車を使用したり、急に具合が悪くなった時には、看護師に診てもらっている。		

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	定期的にボランティアの方の来設、又、納涼祭やクリスマス会など特別の行事時もボランティアの方々が来設して下さり、町会行事に参加している。オレンジカフェに参加したり、開催して地域交流をはかっている。		
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	内科医、歯科医は月2回、歯科衛生士、訪問看護師は週1回、訪問リハビリマッサージ等が訪問している。又家族が希望する医療機関への受診も支援している。	内科医(月1回)・訪問看護師(週1回)、歯科(月2回)、歯科衛生士(週1回)などの来訪によって健康管理に取り組んでいる。個々に連絡用紙を用いてホームと連携し、必要に応じて家族に連絡する仕組みも整っている。	必要に応じて医療的な支援内容を家族に連絡する仕組みは整っているが、「誰が」「いつ」「どのように伝えたいか」を分かりやすく記録に残すことを検討されたい。
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	医療連携のための訪問看護師が週に1度来訪し、入居者様の健康管理をしている。状態をみて必要な指示を仰げる。又、併設施設の施設の看護師に医療面での相談をしてケアに活かしている。		
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、面会に伺い本人の状態や家族との話し合いを行い、退院後の援助にそなえている。又、入院時ホーム長もご家族と同様に病院に経過を聞ける措置をとって頂き、ソーシャルワーカーとの情報交換を行っている。		
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	重要事項説明書に「重度化した場合の対応に係る指針」として明文化し、入居時に説明し、同意も頂いている。日頃から少しの変化を見逃さず、その変化を職員・家族・主治医が共有しケアの方針を決め、最善の方法を検討する方針を決めている。	入所時には必ず、重度化した場合や終末期のあり方についての事業所の方針を説明し、同意を得ている。また、看取り介護にも取り組んでおり、医師との連携、家族との同意書の取り交わしなどの基本的な仕組みも整備されている。	
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	入居者の疾患の特徴を把握し、起こりうる急変状態のリスク・マネジメントを行い、急変時に備えている。又、医師に24時間連絡体制があり、相談や指示を仰げる。緊急時マニュアル・連絡網等を、掲示している。		
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	災害時の避難経路や避難場所など検討・相談し決定している。年2回併設の施設と合同で入居者や地域の方々と共に防災避難訓練を実施。運営推進会議の中で災害時の協力をお願いもしている。	同施設内他事業所と連携し、利用者参加のもとに年2回防災訓練を行っている。水害が発生することは想定外であるため、地震や火災などに特化した訓練としている。また、地域との協力体制も築いている。	

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
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	カンファレンスや申し送り時に対応の仕方を話し合い、言葉かけに気をつけている。個人情報書類は、目の触れる事のないようスタッフルームにて管理をし、注意している。	利用者の希望や家族の意向には、できる限り対応しており、希望があれば入浴支援は同性介助で対応したり、トイレは一人で排泄できるように支援したりして、プライバシーと尊厳の尊重を重視したケアに努めている。	
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	パン販売や出前の時は本人から選んでいただいたり、日々のレクリエーション、TVの番組等も本人の意思を大切に考え、説明、納得を得て支援している。		
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	個々の体調や精神状態を考え、個人の時間や入浴、散歩も希望を取り入れ、ペースに合わせて支援している。		
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	訪問理美容により、月2回希望の時に、行うことができる。本人の希望により、家族と行きつけの美容院に行く支援や、希望者はシニアセラピーというリンパマッサージを受け、化粧のサービスを受けられる。(有料)		
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	おやつは職員と一緒に手作りしたり、配膳・下膳等利用者の出来る範囲で協力して頂いている。又職員とも会話を楽しみながら過ごされる。	利用者一人ひとりの心身状況に沿った食事形態での提供をはじめ、朝食はパン食なども用意している。また食事作りは外注していることを踏まえ、職員の見守りのもと、下膳や片付けなどに参加を促すことにしている。	
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	長事は調理専門の職員が作り、バランスの良い献立となっている。食事・水分の摂取量も個々、日々チェックし記録し、体調・嚥下能力に応じ粥やキザミに対応、水分摂取不足の方にはポカリスエット等で対応している。		
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	月2回の訪問診療と週1回の歯科衛生士の口腔ケアを受けている。医師や衛生士の指示・指導を受けながら個々の状態に応じた支援を行っている。		

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
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	排泄記録をとり、排泄パターンを活かし、声かけを行い、プライバシーを配慮し、トイレ誘導を行っている。	一人ひとりの排泄パターンを把握し、声かけ誘導に取り組んでいる。食事や水分摂取量、排泄回数や量などを詳しく把握して、個別に取り組んでる。さらに、ポータブルの使用など、負担のないような支援に努めている。	利用者一人ひとりの心身状況に沿った個別排泄はなされているが、排泄チェック表や健康管理表などをもとに、より自立排泄を支援することも検討されたい。
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	水分制限の無い方には水分を多めに摂取して頂き、繊維質の多い物、乳製品やイージーファイバー等を取り入れたり、散歩や体操等身体を動かす等腸の働きをよくする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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴は希望やタイミングを見極め、入浴されている。時間帯もなるべく希望にそったにしたり、入浴剤等利用し温泉気分を味わっていただいている。	入浴は、入居者ごとのコミュニケーションを取る場所であると、職員一同が認識しており、マンツーマンでゆっくり話を聞くことを心がけている。普段は言葉の少ない方とも会話ができるように積極的に話すことに努めている。	
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	夜間TV等観られる入居者は音量調整をお願いする。又、居室内の温度調整や照明調整等安心して休んで頂け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	処方されている薬説を確認しながら薬セットを行い、薬については薬剤師や往診医との連携体制ができていて、内容は理解できている。		
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	習字をしてもらったり、食器拭き、おやつ作り、洗濯ものたたみといった家事仕事などをする事で、生活の中に役割や楽しみをもって生活されている。		
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	すぐ近くの公園、又は神社に散歩に行ったり、近隣のファミレスに食事に行ったりしている。又、ご家族様の協力を得て、墓参りや外食等でかけられる様に支援している。	日常的には、敷地内の朝の散歩に出かけるようにしている。また、心身状況に応じて近隣の神社などへの散歩も実施している。外食などの機会も設けており、家族の参加を促し利用者とのコミュニケーションや安全への配慮にも取り組んでいる。	敷地内には安全に散歩できるスペースが確保されており、訪問調査の際にも散歩を支援している様子が見えかけた。さらに、取り組みの内容を家族に分かりやすく伝えることを検討されたい。

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	金銭管理が難しい入居者は、家族了承の上預かり、又、管理できる入居者は、玄関ホールに備え付けの自動販売機でジュースを買い取るよう支援している。		
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	手紙の投函や、電話を希望される入居者は家族了承の上、かけている。		
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	廊下やリビング兼食堂は、入居者の写真や季節感のある飾りつけを常にしており、居心地のよい空間作りに努めている。共用の空間は、広々としゆとりを取りながら過ごす事ができる。大きな窓ガラスから木々を見たり自然光を取り入れています。	ホーム内の各種の共有空間は整理整頓、清掃も適切になされ適切な環境が整備されていることが確認できている。食堂の壁には季節が感じられる様々な装飾や利用者の作品などが綺麗に飾られている。	
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	共用の空間の食事のテーブル・椅子を設置しています。ベランダ側にはソファや椅子を置き日光浴や気の合う入居者同士で談笑できる様に配慮している。		
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	ベット・整理ダンス・クローゼットは設備として配置されているが、入居者や家族の希望により、テレビやダンス・仏壇等を持ち込まれ、在宅時の生活環境に近づけるよう、また安心して生活を送れるよう配慮している。	居室には、自宅で使用していた馴染みの品を持ち込んでもらっている。椅子やダンスを持ってきている利用者や、自宅で行っていた趣味活動の道具を持ち込むなど居心地よく過ごしている様子が見受けられた。	
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	説明をし、納得された上で、可能な時は自立で行って頂き、不可能な場合にはできない部分の援助をし、自立でできる事の達成感と自信を持って頂くように努めている。		



事業所名 グループホーム 志木柏町

作成日: 2019 年 10 月 8 日

目標達成計画

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	運営推進会議への参加者家族が少なく、役所担当課へ会議内容が伝わっていない。	役所担当課と連携をとり、運営内容や会議の様子を把握してもらう。またご家族の運営推進会議の参加も増やしていく。	会議内容を役所に伝え、今後の会議参加をお願いしていく。ご家族へも会議内容を伝えていく。自治会・オーナー等の参加も今後促していく。	6ヶ月
2	49	ホームの日々の散歩の取り組みや体操などの運動の取り組みがご家族に伝わっていない。	日々のホームの取り組みをご家族に伝わるようにする。	日々の取り組みを写真などにとり、ご家族の目に入るように掲示したり、お便りで伝えていく。	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。