

1 自己評価及び外部評価票

【 事業所概要(事業所記入) 】

事業所番号	2093400014		
法人名	社会福祉法人 飯綱町社会福祉協議会		
事業所名	グループホームわが家		
所在地	長野県上水内郡飯綱町倉井2907-1		
自己評価作成日	平成29年8月25日	評価結果市町村受理日	平成30年4月20日

※事業所の基本情報は、公表センター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://kaigo.nsvakvo.or.jp/modules/general/general_divindex.php?iigvo=2093400014
----------	---

【 評価機関概要(評価機関記入) 】

評価機関名	株式会社マスネットワーク		
所在地	長野県松本市巾上9-9		
訪問調査日	平成30年3月15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) 】

利用者様が住み慣れた地域で心穏やかに暮らせるように「どんな時でもこの地域で暮らす私が主人公です」という理念の下、お一人おひとりが共同生活での役割を喜びにつなげ、居心地のよい暮らしを積み重ねられるような支援に努めています。

【 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) 】

北信五岳が美しく見渡せる自然豊かな地域に立地している。施設前には専用の大きな畑があり、入所者が野菜を作り収穫し、農業も生活の一部になっている。また、地区の方も気軽に立ち寄り、野菜や果物のおすそわけがあったり、子供たちとの交流や地区の方々との触れ合いも多く、住み慣れた地域での生活を満喫できる施設である。医療との連携も施設の近所にかかりつけ医があり、常に対応できる体制になっており、安心である。職員も利用者の気持ちに寄り添い、常に心を配り、在宅の延長で暮らせるように心がけている。

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。ユニットが複数ある場合は、ユニットごとに作成してください。

ユニット名(ふじ)		項目	取り組みの成果 (該当する箇所を○印で囲むこと)	項目	取り組みの成果 (該当する箇所を○印で囲むこと)		
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向をつかんでいる。 (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ます。 (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全くいない
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、生き活きと働けている。 (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させている。 (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				

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

ユニット名(つがる)

項目		取り組みの成果 (該当する箇所を○印で囲むこと)		項目		取り組みの成果 (該当する箇所を○印で囲むこと)	
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ます。 (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全くいない
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、生き活きと働いている。 (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させている。 (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)	○	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				

自己評価及び外部評価結果

〔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。	事業所内に掲示、職員会議において理念の確認、日常の振り返り等を行っている。	事業所内に掲示し、常に職員が確認出来る。また、職員会等でも共有し、「どんな時でもこの地域で暮らす私が主人公です」との理念に沿って実践している。	
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。	地域の行事や会合に参加するように、花壇の整備、将棋ボランティア、演芸ボランティアの受け入れをしている。	参加者100名を超える地区全体で行われる敬老会に参加したり、子育て支援センターと連携し、子育て中の親と子供たちと交流したり、事業所の花壇の整備を自主的にしていただいたり、事業所の行事(夕涼み会、年忘れ会等)にボランティアでオカリナや大正琴をお願いし地域の方との交流を図っている。毎週1回将棋のボランティアが来所している。	地区のボランティアコーディネーターとの連携を密にし、個別の趣味が広がるよう今後、より一層期待したい。
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。	認知症のことを知っていただくようにしている。		
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。	年間計画により年6回実施。4回は会議の形式で活動、決算報告のほか、意見、要望の聞き取りをし、その後の運営に活かしている。2回の交流会形式を実施し事業所全体を把握して頂けるようにしている。	2ヶ月に1度地区の区長、伍長、地域包括支援センターの職員、役場の方、かかりつけ医、ほとんどの利用者の家族が参加し開催されている。内容も詳細に残され次回の会議に引き継がれ、有効に活用されている。また、夕涼み会、年忘れ会にも参加し利用者との触れ合いも行われている。インフルエンザについての対策や、家族から直接行政に要望を伝えることが出来ている。	
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に取り組んでいる。	運営推進会議に参加して頂いている。空き情報や入居者の状態を伝え、必要に応じて協力して頂くように取り組んでいる。	運営推進会議での家族からの要望や、事業所での取り組みの様子等伝え連携を取っている。	
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。	職員の手薄な時間帯、共有スペースであるベランダの出入り口は施錠するが、職員体制が整うと解除している。また、離設行為のある利用者について会議等で話し合いをしている。研修会等で身体拘束について学ぶ機会に参加し、改めて思い直すように努めている。	職員全員が、身体拘束における利用者の不利益について理解し、やむを得ず拘束(施錠)を行う場合は、常に施錠を行わずにすむ方法を模索している。また研修等で身体拘束についての理解を深めている。	
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。	研修会で学ぶ機会に参加し、職員間で疑問な点など会議で話し合うようにしている。		

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
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。	現在対象者がおり、更に理解を深めようとしている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約または改定等の際は、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。	契約する際は資料を元に十分に説明を行い理解・納得をしてもらえるよう担当者は努めている。 改定などにおいては会議前に資料を送付し、運営推進会議において具体的に説明し、理解を得るよう努めている。		
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。	利用者様の意見を聞きながらその日の活動や食事のメニュー等決めるよう努めている。 ご家族様からの意見や要望が、面会時や運営推進会議等であれば記録に残し、リーダーや管理者に伝え、次回の職員会議にて話し合い運営に反映するよう努めている。	運営推進会議で要望や意見を聞いたり、面会時に確認し、職員会や、カンファレンスで反映させている。また、毎月担当職員から、利用者の様子を書面で伝え、家族と密に連携を取り、家族も要望等言いやすい環境になっている。	
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。	改善すべき点や要望などアンケート調査をしたり、会議にて検討している。 職員会議にて意見等が表明しやすい環境が整っている。	職員会や日ごろの申し送り等で管理者には要望や提案をしており、迅速に対応している。また、意見を言いやすい雰囲気にも気を付け対応している。また年に1回アンケート形式で次年度に向けての要望等を吸い上げ、次年度に反映させている。	
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。	施設長が常駐しているので、勤務状態を把握しており、課題、解決事案には速やかに対応している。勤務日、休日等の要望は事前に取りまとめ勤務状態を把握している。		
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。	定期的に職員の適性に合った実務研修を行い習得している。		
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。	管理者が他事業所との交流の場を職員に提供している。法人内の他事業所との交流も定期的にあるため意識向上に今後も努めたい。		

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
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。	サービス前には必ずお試しの宿泊や通いの場を提供して、ご本人が困ったり不安を感じているかを理解していく時間を大切にしています。また、サービスが使われていた事業所からの情報を参考にしています。		
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。	ご家族のニーズがどこにあるのかをお聞きすることに努めている。安心して利用できるよう担当者が努力している。		
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。	何が必要であるか、ご家族様・ご利用者様の状態に合わせて支援していくよう、担当ケアマネージャーと調整を図るようにしている。		
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。	利用者の今持っている力を発揮できるように、また、お互いを認め合える関係づくりに心がけています。		
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。	毎月の様子を担当者がお伝えしています。ご家族様と相談しながら支えていくよう努めています。		
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。	地区での行事など積極的に参加するようにしており、ご利用者の今までの馴染みの人たちとの関係も大切に支援しています。	地区行事に参加したり、馴染みの美容院に行ったり、事業所に散髪に来て頂いたり、家に帰ったり、馴染みの店に寄ったりと、出来るだけ馴染みの関係が保てるよう支援している。また、近所の方が来所することも多々ある。	
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にご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。	利用者一人ひとりがお互いを認め合える場面の提供を心がけております。		

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
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。	必要があればいつでも相談に応じ、支援体制があることをお伝えし相談や支援に努めています。		
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。	利用者の思いを大切にしている。出来る限りその方にあった支援に努めています。	仕事をしたい、外食したい、花火をしたい等あらゆる意向を出来る限り実現させている。意向確認が困難な場合は、家族からの情報や、生活歴から探り、いろいろ提供し、本人の表情から汲み取って意向に沿えるよう努めている。	
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。	ご利用者の生活歴の情報を共有出来るように、個々のファイルをいつでも閲覧可能とし把握に努めている。		
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。	日々の暮らしの中で好きな事、興味のある事を把握し一人ひとりに適した暮らしが出来るように努めている。		
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。	ご利用者の様子の記録をもとに、ケースカンファレンスを行い、介護計画を作成し、その後モニタリングを行うようにしている。	担当制になっており、より丁寧に利用者の思いを把握する為、ケアマネージャーが中心となり、モニタリング、課題の抽出、ケアプラン作成を職員全員参加のカンファレンスで行っている。また、往診時の医師からの報告等も反映させている。	ケアプランに対しての評価が確実に出来るよう書類の整備を行い、今後のより良いプラン作成に期待したい。
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	介護記録に様子を記入し、全員で共有している。申し送りの時、気付いた事や工夫の情報を伝え実践し、計画の見直しに活かせるように努めている。		
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。	ご利用者、ご家族の状況に添い、その時に必要なサービスの提供が出来るように努めている。		

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
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。	散歩や買い物に行く際も地域の方とのコミュニケーションを大切にしている。敬老会や防災訓練等に参加し、できる限りなじみの関係を切らないように支援している。		
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。	近くの歩いて行ける距離にある医院をかかりつけ医とし、定期受診、緊急時往診と、地域医療に密着している。受診時、無理のない範囲で家族と一緒に受診に行けるようにしている。	入所時に今までのかかりつけ医を本人家族の意向に合わせ継続することを確認し、近くのかかりつけ医は緊急時にも対応している。また、状態等もかかりつけ医に書面で報告し、密に連携が取れている。	
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。	利用者様の異変に気づき、報告することで、医療につなげている。		
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。	入院した際は、病院からの情報収集をし、早期退院を目標に、ご本人・医療機関との調整に努めている。		
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。	重度化や終末期に向けた方針やあり方については、管理者が中心となり、ご本人・ご家族に十分に説明して、説明内容やご希望等に添えるようチームの一員として取り組んでいる。状態に変化があった場合は記録で残している。	最近看取りの事例はないが、今後について、入所時の看取りの指針を確認し、その後重度化に伴い家族の揺れる心に寄り添って事業所、医師、家族が密に連携を取り、家族が納得のいく看取りができるよう取り組んでいく。	看取りの指針の作成や、職員の研修、医療との連携等含めた体制の整備を期待したい。
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。	利用者の急変や事故発生時は慌てず対応できるよう、施設の各所に掲示されているフローチャートに従い行動できるよう、時折復唱している。		
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。	定期的に防災訓練等を行い、連絡網で応援体制が取れる様心構えをしている。	事業所では日中、夜間の2回の訓練と、地区の防災訓練の年3回行われ、日中実施の時は地域の方も実際に避難場所の道まで利用者の誘導を行う等の協力体制が出来ている。また冬場の除雪作業も町と連携を取り、避難経路は確保できるようにしている。大型の「パッケージ型消防設備」が2か所に設置されていた。	

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。	職員はご利用者様の尊厳を守り、敬い、常に心がけ、プライバシー保持に努めています。	長い人生を歩んでこられた方に対し、その方の気持ちを読み取れるゆっくりとしたリズムで対応し、「待つ」という姿勢で人格尊重し、尊厳を守り、プライバシーの保護に努めたケアを実践している。	
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	日常生活の中で、一つ一つ本人の意思を確認しています。意思表示が困難な方は、日々の観察の中でいち早く気付いていくよう努めています。		
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。	事業所の理念のもと、穏やかな生活が送れるようにお一人おひとりの気持ちを大切にご利用者様に寄り添い、関わらせて頂きます。		
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。	着る物をご本人の好みや季節などを確認しながら着替えをしている。散髪は本人のなじみの店へ出かけたり、ご家族様と出かけたりしている。		
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。	利用者様と相談をし、食べたいものを決め、足りない食材は一緒に買い物に出かけている。調理・後片付け等もできる限り利用者様が関わられるように配慮している。	事業所前には大きな畑があり、利用者と共に作った野菜が食卓に出たり、近くのフルーツセンターからおすそわけの果物が届き、常に新鮮な食材が手に入り食事の楽しみもある。また、季節ごとのメニュー（おはぎ、太巻き、誕生会献立等）も用意され、日々の食事に彩りを添えている。	
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。	主治医から制限がある方には個別に対応している。食事量、水分量も確認しながら主治医に報告をし、必要に応じて指示を頂いている。		
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。	毎食後声掛けし、見守りしている。出来ない方にはお手伝いして口腔ケアを行い支援している。		

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
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。	排泄のリズムを知り、時間毎のトイレの声かけをし、出来る限り布パンツを使用し、失禁等がある場合は尿とりパッドを使用し、トイレでの排泄を大切に支援している。	排泄チェック表を利用し、オムツからリハビリパンツ、パットから布パンツへと、パット等の利用を減らす取り組みが行われ、実際に改善したケースの話も伺えた。	
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。	排泄リズムを記録し、身体を動かしたりしている。消化の良い物の提供を心がけている。		
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。	入浴を拒否される時は清拭をして頂く。受け入れてくれる職員に声かけして頂く。個人の石鹸やシャンプーを使いその人にあった物を使っている。湯加減等も適正の範囲でその人の好みに調整している。	リフト浴も完備され、車いすの方も安心して入浴できる。また、季節風呂(菖蒲湯、ゆず湯等)も用意したり、基本2日に1回だが、利用者の意向に合わせて毎日入浴される方もいる。入浴を嫌がる方には、声かけの工夫や、足湯、清拭で対応している。	
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。	今まで使い慣れた寝具の持参や、環境の整備等配慮をしている。日中もその方の様子を見て休めるようにしている。		
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。	職員間の連携をとり、ミスの無い様に確認をしっかりとる。特に薬が変わった時などは、観察を行い様子を記録に残すようにしている。		
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。	洗濯・掃除等、利用者様の残存機能に応じた役割を持って頂けるよう支援を心がけている。歌や軽体操等で気分転換をして頂いている。		
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。	日常的に散歩に出かけている。スーパー、薬局への買い物も日常的に行っている。季節に合った花見等の外出も行っている。ご家族との外出も可能な限り行っている。	季節ごとに(初詣、花見、外食、紅葉狩り、ドライブ等)出かけた、公民館行事に参加したり、自宅までのドライブ、ゴミ捨て、日常的な買い物、散歩等外出の機会を多く提供している。	

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
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。	自己管理できる方は、財布を持ち買い物をすることがある。管理が難しい方は、可能な限り一緒に買い物に行き、必要な物を選ぶよう支援している。		
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。	ご希望があれば電話または、手紙など出せるように支援している。		
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。	建物は、出来る限りの所に手すりを付けており、歩行、トイレなどにも安心して使用して頂ける。 好みに応じ、テーブル(こたつにもなる)または、ソファや和室にて過ごして頂ける。 見やすいカレンダー、時計なども活用している。 利用者さんが作った物を飾っている。	共用スペースは、広々としており、落ち着いた色調で、ゆったり過ごせる空間となっている。至る所に見やすい大きな時計が設置されており、高齢者にも分かりやすいように工夫されていた。	
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。	気の合った仲間と過ごせる場所があったり、また、一人になれて、皆さんの視界に入らないスペースがある。		
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。	ご本人の使い慣れたもの、お気に入りのものを活かし、相談しながら居室に配置させて頂き、心地よく過ごして頂けるようにしている。	居室には、長年本人が愛用していた家具や家族写真等も飾っており、自宅に居た時と同じように安心して生活できるよう配慮されていた。	
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。	ホールの椅子は一人ひとりの状態に合わせて、機能別、または色別に用意してあり安全で、ご自分の椅子を分かりやすくしている。 洗濯物は、安全にご自身で干せる様に、高さ、位置を工夫している。 支援バーや歩行器等を活用していただくことで、安全に、できるだけ自立した生活が送れるよう努めている。		

(様式4)

事業所名 グループホーム わが家

目標達成計画

作成日: 平成 30年 3月 30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	2	事業所としてより一層、地域の一員であるという自覚を持って過ごしていくこと	一人ひとりの思いを共に過ごし支え合い、家族、地域とつながりながら暮らす支援をしていく。	①ボランティアコーディネーター等とも連携を図り、利用者の趣味、したいことへの支援を充実させていく。 ②家族とのつながりを密に取り、利用者に寄り添った支援を共にしていく。	12ヶ月
2	26	確実なモニタリング実施	担当制を活かし、情報共有しながらその人らしい暮らしの継続に向け、チームとしてケアプランに活かす。	ケアプランに沿ったモニタリングが行えるよう様式を工夫し、ケアプラン作成に反映していく。	6ヶ月
3	33	重度化していく状態の利用者、家族への支援	重度化に伴う状態変化を家族と共有し、医療とも連携を図りながら支援していく。	①家族や医療機関等へ情報提供し、連携して支援していく。 ②職員の資質向上を図る研修を計画、実施していく。	12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。
複数のユニットを有する事業所において、事業所全体でユニットごとの目標の総括を行う場合は、本様式を1つ作成してください。