

### 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   | 0874300841      |            |            |
| 法人名     | アサヒケアサービス株式会社   |            |            |
| 事業所名    | グループホームみやびの里 1階 |            |            |
| 所在地     | 茨城県古河市駒羽根1420-1 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成30年11月1日      | 評価結果市町村受理日 | 平成31年1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 | <a href="http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&amp;JizyosyoCd=0874300841-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&amp;JizyosyoCd=0874300841-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022</a> |
|----------|---|

**【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30年12月16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)】**

|                             |
|-----------------------------|
| 家庭的な環境づくりと笑顔が絶えない個々にあった自立支援 |
|-----------------------------|

**【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)】**

|  |
|--|
| 開設から16年を迎える施設である。敷地内には同法人のデイサービス、ショートステイなどがあり、夏祭りや地域行事などを一緒に行い楽しんでいる。また、東武動物公園やお花見などに出掛けている。定期的に家族会が開催され意見をもらい支援に繋げている。重度化された場合、家族からの要望に合わせて看取りを行い、疎遠だった家族との絆を近づけるなどの支援にも繋がっている。職員の離職率が低く、日々職員間の意見交換が行われ、サービス向上に努めている。 |
|--|

**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<br>↓該当するものに○印 |   | 項目 |   | 取り組みの成果<br>↓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<br>(参考項目:23,24,25)     | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:9,10,19)   | ○                     | 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>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<br>(参考項目:18,38)           | ○                     | 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>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<br>(参考項目:2,20)                     | ○                     | 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>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<br>(参考項目:38)                 | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:4) | ○                     | 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>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した表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)   | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66 | 職員は、活き活きと働いている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○                     | 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:49)                | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:30,31)       | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:28) | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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               |
| <b>I.理念に基づく運営</b> |     |   |   |   |                                 |
| 1                 | (1) | ○理念の共有と実践<br>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                            | 開設当社から職員とともに作成した理念があり、毎朝一緒に唱和している。                                | 毎日の朝礼で理念を唱和し、共有している。昨年は職員の体調不良で勤務調整に苦労したので、体調管理を課題に話し合っている。   |                                 |
| 2                 | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>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                            | 自治会に参加、している。夏祭り、防災、救急訓練等の参加。保育園、運動会 クリスマス会の招待。お互い協力体制の話し合いは行っている。 | 自治会に加入し、自治会の行事に参加している。また、関連施設の行事には、利用者と家族も参加している。中学生の職業体験を受け入れている。幼稚園のクリスマス会に招待され楽しんでいる。                        |                                 |
| 3                 |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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                          | 地域清掃に参加。随時漢学可 夏祭り招待 認知症相談窓口(認知症ケア専門士在中)                           |   |                                 |
| 4                 | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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ヵ月1回開催(推進委員会)<br>介護保険課、区長さん7、民生委員、等に情報を頂き取り組む事もある。               | 奇数月の第3土曜日に設定して開催。行政の参加もある。民生委員数名、区長、家族代表が参加して意見交換や情報交換を行っている。家族会を同日に開催し、参加者から沢山の意見を頂くようにしている。今後、議事録を残すよう検討していく。 |                                 |
| 5                 | (4) | ○市町村との連携<br>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                  | グループホームの事例を話したりして相談している。  | 行政から相談を受け、利用に繋がった方がいる。地域密着型連絡協議会の開催はない。在宅ケアネットワーク会議が医師主催で行われ、定期的に研修会が開催されている。                                   |                                 |
| 6                 | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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に取り組んでいる | 社内研修が2回ある。基本的拘束をしない事に力を入れている。<br>転倒の危険がある人にはベッド下に人感センサーをつけている。    | 家族からの要望はあるが、身体拘束の弊害を説明し理解を得ている。危険防止の為、センサーを設置している。  | 身体拘束をしないケアについての指針の作成について検討して頂く。 |
| 7                 |     | ○虐待の防止の徹底<br>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       | 社内研修年2回。新人には入社して1か月以内に研修がある。職員と共有し虐待防止は当然の様に努めている。意識は高い。          |   |                                 |

| 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 |
| 8  |     | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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    | 社内研修年2回 新人研修がある。  |   |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>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                         | 契約時に説明している。疑問点はその場で解消できる様努めている。(ケアマネ・管理者) 解消時は退去後の事を家族と相談し最良選択ができる様努めている。       |   |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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、面会時等で何でも言って貰っている。   | 利用者からは日々の支援を通して意見を聞き、支援に繋げている。家族からは、面会時や担当者会議、年2回の家族会で意見をもらい反映している。       |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>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回各部署のリーダーと社長、労務士、が集まる会議があり事前に職員から要望を聞いて出している。                                 | 月1回のミーティングを行い、モニタリングや外部で受講した研修等の伝達講習を行う。ユニット毎の連絡はグループラインを利用し、情報の共有に努めている。 |                   |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>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      | キャリアアップ委員会があり努めている。   |   |                   |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<br>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         | 社内研修年2回初級と中級と分け行っている。茨城県年間研修スケジュールを見て学びたい研修をリーダーに提出。それが本人に必要なかどうか判断して行って貰う事もある。 |   |                   |
| 14 |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | 他施設で開催した勉強会や医療連携地域ネットワーク作りに参加し、色々な事例発表や勉強会をやっている。                               |   |                   |

| 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 |
| <b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |     |  |   |   |                   |
| 15                         |     | ○初期に築く本人との信頼関係<br>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 | 入所前にご自宅や入居先に伺い実施調査を行い本人と家族と会い話し合いを持っている。                                      |   |                   |
| 16                         |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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            | 入所前にご自宅や入居先に伺い実施調査を行い本人と家族と会い、話し合いをもっている。<br>電話や面会時で傾聴で受け止め改善できる事は改善し随時行っている。 |   |                   |
| 17                         |     | ○初期対応の見極めと支援<br>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        | 実施調査に伺い、相談者、ケアマネ、リーダーの話し合いの中からGHが入所に適しているか充分検討している。                           |   |                   |
| 18                         |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>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                        | 個々の生活、人生を知り個別支援を行い職員と共有している。1ユニットが1つの家族と思い全員で居場所作りを行っている。                     |   |                   |
| 19                         |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>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         | 少なくとも1か月1度は家族が来る状態状態を作り情報の聞き出しと生活状況を話し外出や外泊されたりしている。                          |   |                   |
| 20                         | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                     | 本人の状況を知り、面会を途切れない様にしている。  | 日常的に家族やお孫さんの面会がある。また、定期的に外食や外出にされる方もいる。現在、外泊される利用者はいない。お墓参りを希望する利用者の付き添いや手紙、川柳の代筆をしている。 |                   |
| 21                         |     | ○利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに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                 | お互い助け合っている。職員に言わずらい事、が利用者さん同士なら言い易い等支え合っている。                                  |   |                   |

| 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  |
| 22                                 |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>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                    | 利用者が望めば対応している。   |  |  |
| <b>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</b> |      |  |  |  |  |
| 23                                 | (9)  | ○思いや意向の把握<br>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   | お墓参りにつれて行く。<br>利用者(奥様)とご主人の面会を絶やさない為ご主人の希望で迎えに行く事もある。                | 利用者の言動から声掛けを行い、意向の把握に努めている。利用者家族から一緒に過ごしたいとの希望があり退所される方もいる。  |  |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                                       | ケアマネより情報を頂いた家族、知人、友人、の面会時の交流を深め共有をしている                               |  |  |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>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   | 毎朝、バイタルチェックは必須。夜勤者より申し送り事項を把握し、各入居者にあつた1日になる様支援している。                 |  |  |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | 月1回職員、全体の会議、を行い、モニタリングをおこなう。必要時にはケアマネ、医師、看護師、職員等で話し合いを持つ事は多々ある。      | 毎月ミーティングを行い、全職員からの情報を収集して文章化し共有している。モニタリングをもとに、6ヶ月～1年で介護計画の見直しを行っている。担当者会議を開催して家族との意見交換や情報の共有に努めている。 | モニタリングを毎月行い、情報を収集しているが、日々の状態を記入しただけになっている。各利用者の介護記録に残し、計画立案や記録時に確認できるよう、モニタリング用紙の検討やとじ込み場所を変更して頂く。 |
| 27                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | 介護計画は常に職員全員が見られる様にしてあり共有している。。日中と夜間と個別ケース記録に残し業務日報、申し送りで報告連絡し共有している。 |  |  |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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               | デイサービスの利用。ショートからグループ入所、デイサービスからグループ入所がある。                            |  |  |

| 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<br>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                                      | 傾聴ボランティア、慰問、地域中学生の社会学習 小学生の見学 防災訓練 救命講習に参加して頂く。  |  |                   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>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                                  | かかりつけ医を変えないでそのまま他病院に行かれる人もいます。逆に専門病院に行くよう検査指示を出される事もある。  | 往診は月に2回受けている。インフルエンザの予防接種は、利用者・スタッフ全員が終了している。意識消失される利用者について、対応がスムーズに行われ、ペースメーカーを装着することになった。突発受診はスタッフが同行し、家族に電話で伝え、受診内容を記録に残している。 |                   |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>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                          | 24時間体制で訪問看護に連絡可能。ショートに看護師4名いるので来てもらえる。   |  |                   |
| 32 |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | 殆ど希望される病院や訪問診療時に主治医に紹介された病院に入院可能。入院時には介護サマリーを渡したり、退院近くなるとソーシャルワーカーさんと家族とケアマネと話し合いの場をもち退院日をきめ看護サマリー等の情報を頂く。 |  |                   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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  | 本人が話が分かる状態であれば本人と家族、主治医、看護師、職員。ケアマネで状況を説明し話し合う。担当者会議を開きケアプランをたて皆で共有する。家族、親戚、友人等24時間面会できる様に対応。              | 契約時に重度化や終末期の支援について説明し、同意は状態に合わせてっていく。看取り指針をもとに、その利用者に合わせた支援をしていく。ターミナル期にある場合は介護計画を見直し、ケアの統一を図っていく。                               |                   |
| 34 |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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  | 社内研修や定期的に看護師や消防による研修、訓練を受けている。   |  |                   |
| 35 | (13) | ○災害対策<br>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  | 災害対策、ヘルメットは居室の前、ハンカチで口を押える訓練等をしている。一人暮らしをしている方も受け入れられる様対策をしている。  | 日中夜間想定にて、避難訓練を行っている。災害、地震、水害発生時のマニュアル整備について検討していく。また、災害ダイヤルの登録についても検討して頂く。   |                   |

| 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 |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |  |   |  |                   |
| 36                               | (14) | ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保<br>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                   | 新人職員は入社時にオリエンテーションとしてプライバシーの保護等のちしきを含む研修を行っている。             | 排泄や声かけの際には、利用者一人一人の尊厳確保に努めている。重要事項説明書内に、苦情解決責任者と受付時間の記載を検討して頂く。  |                   |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                     | 本人の希望 想いを普段の会話の中から表出し易い様心掛けている。                             |  |                   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | 個別支援 自立支援の重要性を職員全員が把握し、その入居者に添った支援を心掛けている。                  |  |                   |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                  | 月1回美容師が来てくれて毛染め、パーマカットと希望に応じて出来る。                           |  |                   |
| 40                               | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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     | 毎日行っている。<br>お米が嫌な人はパン食に。食べたい物があれば料理します。給食委員会がありメニューの希望が出せる。 | 併設施設の栄養士が献立を作っている。朝夕は献立をもとに職員が作っている。お花見や遠足時には、お弁当を作り持参している。日々のおやつは利用者から希望を聞き、取り入れている。馴染みのお箸やスプーン、コップを使用している。 |                   |
| 41                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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          | 栄養士が献立を作成。水分量、食事量の記入。食事形態が違うので個別に対応している。                    |  |                   |
| 42                               |      | ○口腔内の清潔保持<br>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<br>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                              | おむつ⇒リハパン リハパン⇒パンツと支援してそうになっている人もいます。パルーンをとりたいたいと希望があり意市と相談しながら取れた人もいます。 | 家族からオムツや尿取りパットの使用について意見を頂き、スタッフ間で話し合い、布パンツへ移行して自立に繋げることができた例がある。 |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>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  | 排泄チェック表にて確認している。  |  |                   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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                        | 希望に沿って行っている。<br>季節に合わせて柚子湯 しょうぶ湯も行う。<br>ショートの大浴場で看など入る事もある。             | 入浴は週2~3回または随時行っている。入浴に介助を要するかたは、併設の機械浴に入っている。                    |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>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   | 本人の希望 体調に応じて就寝時間が個々に異なる。  |  |                   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>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  | 薬の変更は随時連絡、個々の処方箋ファイルがあり確認できるようになっている。                                   |  |                   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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                             | 食事作り おやつ作り 外食等を随時行っている。   |  |                   |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>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 | 四季折々の行事に出掛けている。最近だとグループ全体で東武動物公園に出掛けている。                                | 四季に合わせて、お弁当持参でお花見や東武動物公園に出掛けている。家族が同席することもあり一緒に楽しんでいる。           |                   |



| 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<br>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  | 個々の金銭管理は事務所が行っている。必要な時は事務所にそれぞれお小遣いとして預かっているのだからそこから頂いて使用する。                                      |   |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>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   | 常時電話 手紙はおこなっている。(一部の人は)   |   |                   |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 教養空間は少ないが季節が分かる様に手作りした物を飾ったり家庭の延長の様に(トイレ、風呂)心地よい居場所に心掛け検討している。                                    | クリスマスの手作りリースやお花が飾られている。また、行事の写真など、穏やかに過ごされている様子が窺われる。 |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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  | エレベーター前 居間ソファを利用。暖かい日はベランダで日向ぼっこ。   |   |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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  | 家でつかわれていた馴染みの品があり個々のカラーが出ている。寝具、お茶碗お箸 タンス ベッド個々の使い慣れたもの。家で使用していや物をもって来る。                          | 馴染みの家具やテレビなどが置かれている。家族写真や作品が置かれるなど、馴染みの空間作りがされている。    |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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   | Pトイレの使用、歩行器の使用。できる事を継続できる支援をしている。リハパン使用の人、寝たきり状態の人。バルーン装着のひと1つ上の支援を行ってできる事を増やしている。自信を持つ事でがんばっている。 |   |                   |

(別紙4(2))

事業所名: グループホームみやびの里

## 目標達成計画

作成日: 平成31年1月5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   | 現状に即した介護計画の作成と共有                   | モニタリングを毎日記録に残し課題やケアの方向性を放出しサービス計画表との関連を確認し現状の把握を介護士全員で行う。 | 個々のモニタリング表の見直しと分かり易い表の作成を行い毎日の記入といつでも見直しが出来る様にケース記録にファイリングを行い皆で共有しサービス計画表の見直し変更に努めていく。 | 12か月       |
| 2        | 6    | 身体拘束の介護指定基準における禁止対象となる具体的行為の改めへの理解 | 身体拘束の具体的行為の支援方向の指針の作成                                     | 身体拘束をしないケアについての細かい指針の作成を行い身体拘束Oに取り組む。  | 6か月        |
| 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。