

(別紙4) 平成 30 年度

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	0870101706		
法人名	有限会社 ドウ・ライフ		
事業所名	グループホーム ゆう		
所在地	茨城県水戸市元石川町2523		
自己評価作成日	平成30年5月5日	評価結果市町村受理日	平成30年8月23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.nhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2016_022_kami=true&liyosyoCd=0870101706-006&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30年7月20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)】

・個々が生きることの喜び、自分であることの喜びを感じていただけるような支援を心かけています。当たり前の毎日が当たり前で送れるために出来る事、いつまでも自分らしくあるために、お手伝い出来ることを考えサービスの提供につなげています。

【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)】

平成15年の開設以来続けてきた地域との付き合いにより、様々な地域イベントに招待されたり、ホームの利用者が子ども達を喜ばせたりと、日常的に地域の一員として親しい交流を継続させている。利用者がこれまでの暮らしの中で築いた地域との関わりを失うことのない暮らしを目指しており、あくまでも個人として社会との関わりを持ち続けられるよう積極的に地域に出かけていく事を支援している。ホームでは個別ケアを旨としており、可能な限り利用者の生活習慣を大切にしている。外出についてはデパートに行く事や外食をたのしむ事、地域の寺が主催する「井戸端会議」へ参加する事など、一人ひとりへの対応として実施している。家族へは毎月直筆の手紙を送ったり、駅までの送迎を快く引き受ける等、ホームを身近に感じて頂けるような取り組みをしている。協力医療機関の医師とは密接な連携ができており、安心して看取りの出来る体制が整っている。職員は医師の指導の下で利用者の病状・状態に応じたケアの実施方法を学ぶと共にターミナルケア研修を年2回実施して看取りケア実践の向上に努めている。

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 ↓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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、活き活きと働いている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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 (参考項目:28)		

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	・地域の中でのあり方を考え、取り入れている。理念カードを渡し、いつでも確認できるようにし、必要があればその都度話し合っている。	グループホームが地域密着型サービス事業所に位置付けられた時に、職員全員でKJ法を用いて理念について検討し、開設当初の理念に事業所の役割や地域密着型サービスの意義を加えた理念を作り上げている。全体会議など様々な機会に日々のケア実践に理念が活かされているかどうか確認している。	
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	・散歩の時の挨拶や、出来た野菜をもらったりする交流はある。地域の蕎麦うち会や盆踊りなどへの参加、子供神輿の来訪はある。水戸四中と連携して「子供の安全を守る家」に登録している。	公民館での『蕎麦うち会』に招待されたり、地区の盆踊りでは利用者用の椅子を用意してくれる等、地域の催しには常に声がかかる。子ども達による『石川ばやし保存会』の催しではホームの広場で演奏や踊りが披露され、ホームでは冷たい飲み物で接待をする等して、地域の一員として協力をしている。日常的には散歩や買い物時に挨拶を交わし、近所の方々が野菜を届けてくれたり、手作りケーキをお返ししたりして親しく交流している。	
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	・ボランティアの受け入れは行っている。介護教室などは開催していない。地域ブロック会に参加し、地域の他事業所と一緒に認知症の方、家族への支援を行っています。		
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	・会議で出た意見などに対しては、その場で説明したり、次回までに説明できるようにしている。スタッフにも全体会議などで伝えている。報告書も玄関に掲示している。	利用者代表(交代で)や家族、民生委員、地域住民、有識者、市の担当者等の出席を得て3ヶ月に1回開催している。会議はホームの活動状況や実情などを報告し、出席者から様々な意見を頂いている。身体拘束についての勉強会の報告の際には民生委員から適切な助言などを頂くなど活発な話し合いが行われている。地域住民の参加により地域の理解者・協力者が増え、地域の情報の入手など地域との関わりがより一層深くなっている。	
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に取り組んでいる	・介護相談員の受け入れや、高齢福祉課と協力し家族への支援も行っている。介護保険課とは、介護計画書について個別に指導や助言を頂いている。成年後見人や自立支援事業を使うにあたって助言や支援をいただいている。	運営推進会議を通してホームの実情や利用者の様子を丁寧に説明すると共に、地区の高齢者支援センターが主催する徘徊模擬訓練に参加したり、警察から話があったオレオレ詐欺の防犯講話を高齢者支援センターでの講話につなげる等、市との協力関係構築を積極的に進めている。困難事例への対応などには様々な提案を頂くなど、必要に応じて気軽に相談できる良好な関係が築かれている。	
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	・身体拘束をしないケアを行うため、スタッフで話し合い、時には家族にも相談し何が出来るか考えている。夜間から明け方は、防犯の意味も含めて施錠している。	高齢者身体拘束研修会に職員1名が参加し、伝達研修で全職員に周知したり、勉強会を開催したりして全職員が身体拘束についての正しい知識を共有し常に拘束のないケアを実施している。日中は玄関の施錠をせず、職員の見守りにて安全で閉塞感がない暮らしができるようにしている。新入職者研修では、必ず、身体拘束についての正しい知識を身につける研修を実施している。	

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
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のないよう注意を払い、防止に努めている	・行動のみではなく、日常的に発している言葉にも虐待的な要素が含まれている可能性もあるため職員間で指摘しあえるようにしている。		
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	・家族や社会福祉協議会と話し合い、必要な制度を活用している。成年後見制度、自立支援事業を活用している方もいる。		
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	・契約時の説明はきちんと行い、疑問があればその都度受けている。		
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	・家族会などはないが、意見などは随時受けているが、運営推進会議や面会時、介護計画書更新時などにも受けている。例として喫煙所や職員紹介の掲示などがある。	運営推進会議には利用者や家族の代表が出席して地域の方々と一緒に意見を出し合っている。職員は家族に毎月直筆で手紙を書き、利用者の様子を伝えながら信頼関係を築いて訪問時には忌憚のない意見や要望を言いやすい関係づくりをしている。利用者や家族からの要望で職員の顔写真と名前を掲示する等、意見や要望は可能な限り運営に反映させている。	
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	・全体会議などで意見を聞いたり、食事会、飲み会などの席を設けて行うこともある。反映させてはいるが、全てとは言えない。	全体会議など職員の意見や要望を伝える機会は多くあり、ユニットリーダーや管理者には相談しやすい雰囲気がある。利用者の状態等に応じて勤務時間の変更などはあるが、週休2日の体制が整っており、職員の負担になることがないように配慮されている。ホーム内で使用する備品や台所用品などの購入に関しては職員の希望・要望が取り入れられている。避難訓練では職員の夜勤への不安に対応した訓練を取り入れる等の配慮がされている。	
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	・出来る限り、そういった環境を作っている。		
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	・新人研修の実施。働きながらの資格取得の支援。社外の研修は自分で選び、いつでも参加できるようにしている。研修費は事業所が負担している。資格所得に関しても、研修参加や教材の購入等支援している。		
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	・他施設などと協同で研修会を行ったり、行事に参加させて頂いたりしている。水戸市地域密着介護サービス協議会で勉強会に参加をしている。地域ブロック会への参加もしている。		

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
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	・入居前に家族やケアマネ、又は病院などから情報を頂くようにしている。これまでの生活や問題を踏まえ、少しでも早く安心した生活が送れるよう努めている。		
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	・家族からの不安や意見はきちんと受け止め、互いに理解し合えるようにしている。		
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	・相談に応じて、他サービスの説明をさせて頂いたり、必要に応じて、連絡調整を行い家族につなげている。		
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	・昔ながらの事、掃除、裁縫等と個々が得意とする場面では本人の力を十分に発揮出来るように努め、その喜びを一緒に味わえるようにしている。		
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	・外泊や外出に向けての相談や援助(送迎)など積極的に行い、充実な時間を過ごせるよう支援している。		
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	・今までの生活からあまり離れてしまわないよう、家族にも協力してもらい、友人宅へ出かけたり、なじみの床屋に出かける。友人にも外出支援もして頂いている。	一人ひとりの馴染みの人や場所との関わりを大切にしており、個別に希望を聞きながらデパートへの外出や各人の馴染みの関係を継続させている。知人宅を訪ねる利用者や自宅を毎日のように訪れる等、本人の思いにそった支援がされている。墓参りなど、家族の協力を得ながら、これまでの習慣を大切に支援を行っている。	
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	・無理に引き合わせたりせず、それぞれが気に入った場所で、ゆっくり過ごせるようにしている。利用者同士の助け合いは大切にしている。		
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	・必要に応じて行っている。		

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
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	・医師や家族を交え、より安全に希望や意向に添っていきけるよう、検討、実行している。認知症が進行したり、身体が思うようでなくても、行きたい場所やなじみの方と関わられるようにしている。	ライフヒストリー・ライフストーリーの両面から把握に努めており、散歩をしたいや床屋は馴染みのところに行きたい、お腹いっぱいご飯が食べたい等、率直な思いを聴き取っている。思いや意向を伝える事が困難になった場合にはユニット会議で共有した情報を基に話し合いをして、可能な限り本人の思いを把握できるよう努めている。	
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	・家族や本人、知人等からの聞き取りは勿論、ライフヒストリーなどから、これまでの暮らしなど、より詳しく知る努力をしている。		
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	・それぞれの表現の仕方をしっかりと見ること、生活のリズムや心身の状態の把握に努めている。		
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	・ケア会議や全体会議などから、スタッフの声を聞き、必要に応じて主治医の意見もお聞きしている。計画作成にはそれぞれの意見が組み込まれるようにしている。	利用開始時には家族からの聞き取りやライフヒストリーを基に介護計画を作成し、1ヶ月後に見直しを行っている。その後、本人や家族、職員の意見を取り入れた『入居後情報書』を基にして介護計画を作成している。丁寧なアセスメントに基づき、本人の思いや家族の意向、職員の気付きなどを取り入れた暮らしを反映した介護計画が作成されている。全職員により3ヶ月に1回のカンファレンスを実施して、利用者の状態に応じた随時の見直しや定期的な見直しが実施されている。モニタリングの根拠となる支援経過記録は介護計画にそって丁寧に記録されている。	
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	・スタッフの見やすい、書きやすい形で記録している。介護計画と連動して記入できるようにしている。申し送り、連絡ノートにて漏れがないようにしている。		
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	・外泊やお墓参りなど、それぞれの支援に取り組んでいる。面会のための、家族の送迎等も実施している。		
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	・シルバー人材やボランティアによる作業療法などを活用し、楽しみながら活動できる場を提供している。		

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
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	・本人、家族の希望を第一にしている。個々の医療関係先と信頼関係を築きながら、状況に応じた医療（往診、専門医）を受けられるよう支援している。	本人や家族の希望するかかりつけ医への受診は支援しているが、現在は全員が協力医療機関の医師を主治医としており、通院は職員が付き添っている。協力医療機関の医師による往診が週1回あり、利用者の変化に応じて適切な医療が受けられるようになっている。さらに月1～2回の訪問歯科の診療があり、嚥下などへの適切な対応も行われている。往診による結果は個別に作成されている受診記録によって、本人・家族・職員が共有できるようにし、さらに緊急時への対応にも資するようになっている。	
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	・平成26年10月より看護師を配置し、気軽に相談、適宜な受診や処置を今までよりも実施できるようになっている。主治医も、専門的な対応が充実したことで、ホームでの点滴なども出来るようになった。		
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。	・入院時は、病院、家族と連絡を取り合いながら、早期退院に向けた取り組みをしている。		
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	・入居時に同意書を記入して頂いている。また、状況に応じて再記入して頂いている。本人、家族の考えに一番近く、本人にとって良い結果になるよう、医師、家族、事業者で何度も話し合いを重ね、その状態に合わせた対応が取れるよう支援している。	利用開始時に『利用者の重度化及び看取りの場合における対応に係る指針』を示して丁寧に説明し、同意書を交わしている。24時間何時でも対応可能な医師を確保しており、これまで、末期がんの利用者や老衰の利用者などほぼ全員の利用者がホームで看取りをしている。看取りケアは医師の判断の下で家族・職員が話し合い、医師による看取り指示書に基づいたケアプランを作成して実施される。職員は医師によりターミナル研修を年2回実施し、エンゼルケアまでの研修を受講して丁寧なケアを実施している。	
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	・定期的に救急法を受講し、対応できるようにしている。		
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	・消防を入れ昼、夜想定での訓練をしている。隣の事業所とも一緒に訓練を行うことで、協力体制を強化している。他施設とも、緊急避難先としての協力をお願いしている。地域の防犯協会との連携もしている。色々な場面を想定したマニュアルを作成している。	消防署との連携により夜間想定を含む避難訓練を年2回実施している。各居室は掃き出し窓になっていることから火災時は何処からでも外に出られる構造になっており、広い敷地は一時避難場所としても利用できるようになっている。協力関係にある障がい者施設と隣接していることから、昼夜共に支援を受けられるようになっている。消防署との避難訓練後には職員間で反省会を開催し、今後のより良い安全対策について話し合っている。	

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
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	・それぞれにあわせた言葉掛けを意識している。スタッフ同士でチェックするようにしている。	利用者の部屋に入る時は必ずノックする事、トイレのドアは必ず閉める等、大人としての良識を大切にしたい対応をしている。トイレ誘導や失禁時の言葉かけは、誇りやプライバシーに配慮した対応を職員間で決めている。利用者一人ひとりのペースを大切にしており、極端な場合を除き起床や朝食時間などはそれぞれの希望に合わせている。個人情報の管理は鍵のかかる書棚に保管し、外部の者の目に触れないようにしている。	
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	・押し付けたりすることがないよう、声かけにて、返答や表情から本人の意思をくみ取るようにしている。		
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	・いつもと同じとは考えずに、その日の言葉や行動に合わせているようにしている。		
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	・好みや着たい洋服などは、今までと同じように着られるように支援している。散髪なども本人の好みに合わせている。		
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、利用者と職員が一括に準備や食事、片付けをしている	・出来る事、知っていることを一緒に行っている。気分を外食したり、スーパーに弁当を買に行ったりと、目で見る楽しみや、外に出る楽しみも合わせて行えるようにしている。	献立表は作成せず、各ユニット毎に利用者の希望を聞きながら食事作りをしている。近所からの差し入れの野菜なども多く安価な食費で季節感のある食事作りが出来ている。1ヶ月分のメニューを保健センターに持参してアドバイスを受ける等、栄養管理には十分な配慮をしている。利用者も加わった食事準備や後片付けなど食事作りに参加し調理の段階から食事を楽しんでいる。利用者の誕生日は特別なメニューと共にケーキを作って一人ひとりお祝いをしている。食事介助が必要な場合には少し早めに食事を初めゆっくり食べられるように工夫しており、当日の食事雰囲気は介助しながらも時間をかけ、ゆったりと和やかであった。	
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	・一緒に食事をすることで、食事量や食べる動作の見守りを行っている。無理せずに水分を摂取できるよう、甘さ、冷たさなど個々によって変えるようにしている。		
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	・声かけや一部介助によって実施している。		

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	・個々に合わせた、声かけ、誘導を行っている。	チェック表により一人ひとりのパターンを把握しており、それぞれに合わせた支援を行っている。 4～5名の利用者は自立しているが、トイレでの排泄を基本としており、声掛けや誘導で日中は全員がトイレを使用している。 夜間は安全性に配慮したポータブルトイレ(重量のある椅子式)を利用する事で自立に向けた支援を行っている。	
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	・水分、食材の工夫も行っているが、主治医と連携しながら取り組んでいる。		
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	・ユニット別々にお湯を沸かし、朝から入浴できるようにしている。たまに、温泉や大浴場にも出かける。	一人ひとりの入浴は一日おきにしているが、希望があれば何時でも入浴できるようになっている。利用者の状態によっては二人体制での入浴やシャワー浴、足浴、清拭などを行って、常に清潔保持に努めている。 拒否がある場合には2回目の声かけに工夫をしたり、職員を代えたりして対応している。洗いや衣服の着脱などへのこだわりがある利用者への対応も一人ひとり丁寧に行い、楽しく入浴できるよう支援している。菖蒲湯など季節ごとの楽しみも取り入れている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	・その都度、体調や気分、希望にあわせ、午睡や就寝時間を長く取ったり、気を使うようにしている。		
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	・記録と報告行い、すぐに目を通せるところに保管し確認できるようにしている。		
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	・出来なくても、言葉での指示をもらったり、見てもらうことで活力が出るような場面づくりをしている。出来る事は安全に行え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	・その都度、本人の希望にあわせ、外出などが出来るよう努めている。外泊などは家族との連絡を密にしている。京成デパートやカフェなど希望に沿って支援している。	イベントとしての外出を計画して普段いけない場所へほぼ全員で出かけることもあるが、日常的には個別の外出を支援しており、一日3回自宅を見に行く利用者もおり、毎日誰かは外出している。近所の散歩は日常的で中には一日5回出かける利用者などもおり、職員はその都度見守り・同行している。また敷地内の花を見にいたり、野菜畑を見に行ったりと常に外気に触れる機会が多く、閉じこもらない暮らしをしている。	

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
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	・それぞれの力に合わせて現金を持っている。支払時など、見守りによって一緒に行っている。		
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	・希望で居室に電話を引いてもらっている。手紙を出したりなどの支援を行っている。携帯電話を持ち込んでいる方もいるため、充電等の確認支援を行っている。		
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	・それぞれが好きな場所で過ごせるよう空間づくりをしている。食材や花などから、季節感を感じられるようにしている。	玄関にはハイビスカスやユリ等季節の花が飾られ、訪れる人を和ませる雰囲気がある。玄関を中心に左右にユニットが分かれており、居間は天井が高く開放感のある造りになっている。それぞれの台所は全員の食事を作る場所としての広さと働きやすさに配慮した造りになっている。会話を楽しめる利用者同士のテーブルや一人が安心できる利用者には一人用のテーブルなどを配置する等細やかな配慮が見られた。	
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	・廊下、談話室など一人でいながら、他人を感じられるスペースを用意している。		
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	・これまで使っていたものを持ってきて、自分の空間を作って頂けるよう、家族と相談し居室づくりをしている。安全面に関しても防災会社と相談しながら実施している。	各居室にはホームで用意した大きなクローゼットがあり、衣類などが整理されている。寝ていることの多い利用者の居室は寝たままでも眺められるように美しい飾りを壁に貼り付ける等の工夫をしている。仏壇の中を大切なものとして片付け、空っぽにしている利用者もおり、それぞれの思いを大切にしている職員の姿勢が深く感じられる居室や、訪問する家族用の椅子を用意してある居室など、各人が安心して過ごせるように工夫されている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 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	・当たり前の目印ではなく、なにが分かりやすいか色々当てはめ、考え工夫している。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホーム ゆう

目標達成計画

作成日: 平成 30 年 8 月 23 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	20	居室内は、利用者様の使いやすいようにレイアウトして頂いている。使い慣れた物を持ち込んで頂いている方もいれば、簡素な物で済ませている方もいる。家族や利用者様の判断に任せているが、殺風景になってしまっている居室もある。	生活感がある居室作りをし、安心して寛げる居室にする。	本人から必要な物について確認し、それをご家族と相談する。使い慣れたものが一番だが、新たに購入するものについても検討する。	3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。