

### 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	0870200425		
法人名	医療法人圭愛会		
事業所名	グループホームことぶき		
所在地	茨城県日立市大久保町2409-2		
自己評価作成日	平成30年6月20日	評価結果市町村受理日	平成30年10月5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)】**

日々の暮らしの中で、一人ひとりが現在持っているちからを発揮できるように支援しています。バス・バイクやレクレーションを通して、季節を感じたり、楽しい時間が持てるような行事を行っています。

※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_2011_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0870200425-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2011_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0870200425-00&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8月31日		

ホームの周囲では山菜が採れ、居間の大きな窓からは空と山の景色を眺めることができ、季節を感じることが出来る自然豊かな場所にある。敷地内に同法人の病院が隣接し、利用者の急な変化にも対応できる環境である。住宅地から少し離れているため日常的な近隣住民との交流は難しいが、買い物や地域行事への参加を通して地域との交流を積極的に支援している。利用が長い方が増え、重度化の傾向にある。管理者や職員は身体拘束をしないケアの実践に力を入れている。特に重度化に伴う身体介護について、今後さらなる勉強をしていこうと考えている。利用者や職員は各々がいきいきとしており、元気があふれるホームである。

**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)	○	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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	理念に掲げる家族の一員とすべく、家庭的環境作りを行っている。本人・家族の希望を叶えられ安心した生活の場となるよう理念の実践を心掛けている。	毎月の職員会議では、初心に戻るという意味で理念を振り返り、確認し合っている。ケアプランは理念を意識し作成されている。	
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	地域交流センターの行事への参加・敬老会への参加・地域ボランティアの活用・近隣幼稚園との交流会など行っている。	近くの小学校で行われる地域の祭りや敬老会に毎年参加している。週に2～3回はスーパー等買い物に行き、店員から声をかけられるほど顔馴染みの関係である。2週間に1回、隣接する同法人の病院に地域ボランティアが来る行事があり、毎回参加している。ホームで行われる保育園児との交流会では、園児がお茶を入れてくれるなどし、楽しみの行事の一つとなっている。	
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	日々の生活の中で、積極的に入居者と地域に出て行くことが、目で見・聞いて頂くことで認知症の理解・支援の方法を知ってもらう機会となっている。		
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	近隣グループホームと相互に会議のメンバーとなり情報の交換・研修会の相互参加など行っている。交流センター職員もメンバーとな地域情報を頂いている。	他の2施設のグループホーム管理者、民生委員、家族代表、コミュニティセンター職員、市の職員、各フロアの利用者1名ずつが参加する。地域の祭りやコミュニティセンターでの包丁研ぎの日程、野菜の販売日など地域の情報を得る機会でもある。3つのグループホームが相互参加することで、他施設の様子を見ることができ、情報交換の機会にもなっている。	
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取り組んでいる	市主催の研修会・交流会等には積極的に参加し、行政情報・他のサービスの情報などを取り入れる機会としている。	年3回の事業者懇談会では、地域ごとに交流が図れるような設定があり、他のグループホームとも交流が出来る。運営推進会議で利用者の状況等を伝えている。日頃から気軽に相談できる関係が出来ている。	
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	本年度より実施となった身体拘束委員会を設置し、毎月の勉強会において委員会を開き、全職員が身体拘束について正しく理解できるよう取り組んでいる。	身体拘束防止委員会は全職員が委員となり、毎月の勉強会と合わせて開かれる。独自に作成した身体拘束チェックシートを用いて拘束が無い点検をしている。身体拘束の勉強会を3か月毎に行っている。新入職員へは、その都度勉強の機会を設けている。	

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がないように注意を払い、防止に努めている	併設病院の院内研修会で実施される身体拘束の研修に参加、グループホーム内でも伝達講習を行い、身体的拘束及び心理的拘束・性的虐待なども学び実践につなげている。		
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	権利擁護に関する制度・日常生活自立支援事業・後見制度等の研修会に積極的に参加しその理解を深めている。実際に入居者様に活用したケースもある。		
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	入居の際契約内容は書面口頭にて説明を行っている。疑問点はいつでも説明することを伝えている。介護保険の改定期には、文章にて説明理解を得ている。随時質問に対応している。		
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	毎年家族懇談会を設け利用者・家族の意見を聞く機会としている。入居時には苦情等の対応先として、管理者・第三者委員・県・市の介護保険課があることを明記・説明している。	年2回の家族会があり、夏は広い宴会場を借り、映像で日頃の暮らしぶりを家族に見てもらいながら一緒に食事を楽しむ機会としている。冬は職員手作りの弁当を用意しホームで開催する。意見箱があり、面会時には声をかけるが、家族から意見をもらうことはほとんど無い。管理者や職員は、様々な意見をもらい、サービスに繋がりたいと考えている。	家族会の中で家族同士だけで話し合える時間を作るなど、家族からホームへ意見を出しやすくする工夫の検討を期待する。
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	運営上重要な事項に関しては、全ての職員とヒアリングを行い、十分な理解を得るようにしている。	職員と管理者の間には日頃から良好な関係が出来ており、申し送りや勉強会で互いに意見を出し合っている。カメラやレクリエーションの道具、備品など職員が提案し購入している。身体拘束委員会の設立、そのチェック表の様式作成に職員が積極的に関わっている。	
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	就業環境がよくなければ入居者のサービス向上にもつながらないと考えてます。やりがいのある職場となるように一人ひとりの意見を大切にしています。		
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	院内の研修会が各種定期的で開催され、職員は参加している。また希望する法人以外の研修にも積極的に参加するよう促している。		
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	他事業所との共同研修会を継続的に実施している。運営推進会議の他グループホームとの相互参加も継続的に行われ、サービス向上に繋がっている。		

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 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	入所前には出来るだけご本人を訪問し、またグループホームの見学もして頂く。お話する機会を設けて、心配事などを伺い、入居前より対応できるよう準備をしている。		
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	時間等の制約を作らず、いつでも全職員が話を聞く対応をしている。また面会時・家族会等には積極的に話す機会を作っている。		
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	施設見学時に、ケアマネージャーが本人の状態・家族からの介護の要望を聴き、どのサービスが合っているかを見極めて対応、アドバイスを行っている。		
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	入居者は日々の生活の中で必ずそれぞれの役割を持ち、掃除・食事・体操など出来るだけ一緒に行うことで共に暮らす者と意識を重要に支援している。		
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	本人の現在の状態をお手紙や面会時に家族と共有し、状態に合わせた支援(お茶を飲んだり、外出に出かけたり、自宅への外泊など)を積極的に勧めている。		
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	家族と協力をし、お墓参りや冠婚葬祭などに出席できるよう勧めている。馴染みの店での食事・美容室などに出かけられるよう勧めている。	以前、利用料は銀行振り込みだったが、面会の機会づくりを兼ねてホームでの支払にしている。利用前にカラオケの先生をしていた利用者に、その生徒が会いに来るなど、友人や知人の来訪がある。家族と昼食をしてくる方、外泊する方、身内の結婚式に出席する方など、家族の協力を得て馴染みの関係維持を支援している。	
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	お茶・食事・レクリエーション・お手伝いの場面で、コミュニケーションをとり、表情・言動・仕草など観察し、利用者同士が良好な関係を築けるよう環境作りを行っている。		

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
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	退所時には介護要約・情報書を転居施設等に提供している。要望があれば継続的相談等に応じている。		
<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 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	本人・家族またはこれまでのサービス事業所からの情報などを得て、できるだけ希望の暮らしがグループホーム内でも継続できるよう努めています。	利用開始してからの2週間は、24時間シートで本人の情報把握に努めている。それにより、どの職員も利用者と会話しやすくなり、早期の良い関係づくりに繋げている。日々の生活の中や、入浴時などに1対1の会話をする事で思いを聞き取ることもある。得た情報は申し送りノートに記録し、職員間で共有している。また、それをプラン作成に活かすこともある。	
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	入居者本人、家族からの情報収集に努めています。ケアプラン作成時には、利用していたサービス事業所にも連絡を取り情報を反映させている。		
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	毎日アセスメント記録を行い朝・夕の申し送りにより情報の共有を行っています。3か月と、落ち着いている入居者は6か月に一度モニタリングにより一人ひとりの現状把握に努めています。		
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	担当者は3か月・6か月に1度モニタリングし、ケアプランの見直しを行っている。本人状態・希望、家族の意見も反映させ、ケアマネ・他職員と検討し現状に合った支援計画を作成している。	利用者の状態に大きな変化や利用年数が長くなった時など必要に応じて家族にもカンファレンスに参加してもらっている。ケアプラン作成時は家族へ毎回説明し、コピーを渡している。プランの中身を家で見直した後に内容の確認をしてくる家族へ対応することもある。	
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	アセスメントの記録にはSOAPを使用している。本人の言葉、職員の見たものを記入し職員間で具体的な情報を共有して解決すべき課題を明確にすることに生かしている。		
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	個別的対応機能を生かして入居者に応じ、買い物や受診の付き添い、個々の趣味活動への支援を行っている。		

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
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	地域で行われるコンサート、映画、敬老会などに参加している。併設している病院の作業療法の音楽鑑賞、絵手紙、ドッグセラピーなどにも参加している。		
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	本人・家族の希望する医療を受けることができる。毎月2回の往診・同一敷地内にある医療機関にて緊急の場合でも早急な対応が受けられている。	ほとんどの利用者は協力医療機関を主治医としている。専門医への受診は基本は家族付き添いだいが、都合がつかない場合は職員が対応している。1冊の健康管理表で薬や血液検査の結果など個人の健康状態が把握しやすく綴られており、持ち出しやすくなっている。職員は連絡表や申し送りノートで薬の変更などを把握、共有している。	
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	常勤で看護師が日常的に健康状態の把握を行っています。また24時間看護師の対応が受けられる医療機関との連携がある。		
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。	入院当日、介護要約を提出している。入院中の状態を把握するために面会し、病院より情報を提供してもらい退院の時期、退院後すぐに適切な対応ができるように努めている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	当グループホームでの重度化・終末期の事例について、勉強会で本人・家族への対応・病院との連携の仕方など検討し、研修に参加、望む最後となるよう取り組んでいる。	『利用者の重度化した場合における対応に係る指針』があり、契約時に家族等の同意を得ている。利用年数の長い方が増えたので、本人・家族等の意見を再確認するため『看取りについての事前確認書』を作成中である。看取りの事例はないが、管理者や職員は、重度化した場合の身体介護等についてさらに学び、又、家族と協力して取り組んでいきたいと前向きに考えている。	
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	心肺蘇生や応急手当の研修に参加しています。職員間で情報を共有し定期的な訓練を行い事故発生時に備えています。		
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	年2回の病院との合同避難訓練以外に、ことぶき単独で火災・竜巻・地震等を設定し訓練を行っている。夜間緊急時の病院への通報システムがあり、避難時の人的応援も得ることができる。	避難経路の段差解消やすべり止めの設置を検討中である。防災委員会が企画し、同敷地内病院との合同訓練を含め、様々な想定で年10回程度避難訓練等を行っている。	

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
<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 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	居室の入り口には暖簾を掛けて、室内が丸見えにならないよう配慮している。トイレの誘導も時間ではなく、本人の様子を把握しプライバシーに配慮して行っている。入浴も1人ずつ入ってもらっている。	家族等が見ることもあるので、申し送りノートやアセスメントはイニシャルで記入している。言葉かけは、さりげなく個々のペースに合わせるように意識して行っている。	
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	意見・希望を話される時は、落ち着いた場所でじっくりと伺い、状況に合った対応で、自己決定ができるようアドバイスなど支援を行っている。		
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	入居者様個々の生活リズムを把握してその方のペースを大切に、本人の希望に沿った生活が送れるよう支援を行っている。		
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	2ヶ月に1回、出張理容に来ていただき散髪、顔剃りを行っています。他の理容店を希望される方には利用できるよう支援しています。洋服などの買い物の支援もしている。		
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	利用者様の生活履歴、出来ることに応じて食事の準備、調理、片付けなど職員と一緒にしている。旬の食材を使用することで季節を感じたり食事の会話を楽しまれるように支援している。外食の機会など設けている。	献立は各階で冷蔵庫を見て利用者と相談し、決めている。時々、釜飯や回転すしなどに外食する。年3回のバスハイクでは職員が弁当を作ることもある。利用者と職員は、旬の野菜の話や美味しいねと声を掛け合いながら楽しい雰囲気です。	
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	食事量をアセスメントに記録し、個々に合った量を提供している。また、軟食や刻み食にするなど対応している。水分は、毎食・10時・15時・起床時・入浴後、夏季は20時に提供し、適量を摂取出来るよう支援している。		
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	毎食後、声掛け・見守り・一部介助にて個々の力に応じた口腔ケアを行い清潔な状態を維持できるよう支援している。また歯科受診で義歯のメンテナンスや口腔内のケアを行ってもらい情報を頂いて、日々のケアに生かしている		

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	生活習慣・排泄パターンの把握・言動や行動等の観察を行い、個々に合った声掛け・誘導によりトイレで排泄できるよう支援しています。睡眠中の誘導などは行わず、自立でいかれた時に支援している。	紙パンツやパットを使用している方にも、トイレの利用を支援している。紙パンツの利用開始時期は家族と相談して決めている。	
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	10時のお茶時に果物や乳製品、食事時に繊維質の多いものを摂取できるよう工夫をしています。毎日体操を行い、散歩も個人に合わせて行っています。		
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	午後入浴を基本とし、毎日入れるようにしている。個人の体調や気分に応じて入浴時間や欠浴の調整をしている。拒否傾向のある方も日課になり清潔の保持・健康状態のチェックにもなっている。	午後に受診予定がある場合等は午前中入浴も対応している。希望で利用者二人での入浴を楽しむ方もいる。湯に柚子や菖蒲を入れたり、2階では窓を開けて紅葉などの景色を眺められるようにするなど、入浴が楽しめるよう支援している。	
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	規則正しい生活リズムをつくりラジオ体操散歩ごみ捨て買い物など日中活動量を増やしたり、個々に応じて昼寝をしている。		
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	薬剤情報提供書により、薬の目的や副作用・用法・容量を理解し、医師からの指示や説明は記録し、申し送りを行い、職員間で情報の共有を行っている。服薬はすべてアセスメントに記録している。		
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	テーブル拭き、調理、食事の準備、片付け、食事の挨拶など個々に合った役割をもっていただくよう支援しています。毎月レクリエーションとして季節の行事などを楽しんでいる。		
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	音楽鑑賞会・映画・バスハイク・花見などできる限り多く外に出る機会を作っている。日常的には週3回の買い物に行っています。また、散歩やごみ捨てに行くなど、短期間でも外出できる機会を支援しています。入居者様の希望を聞き外食などにも出かけている。	同敷地内の病院裏までゴミ捨てに行くことが、日常的な散歩となっている。日頃の買い物は、スーパー以外に靴屋、洋・和菓子店などに行っている。バスハイクはぶどう狩り、動物園、花火鑑賞などへ行く。計画的な外出以外にも、その季節に隣町へ鯉のぼりを見に行くなど、全員での外出を積極的に行っている。	



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
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	状態に合わせて自分で使用される場合もあるが大半はお金の管理は、職員が行い、ご本人の希望に添って使用している。		
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	本人の希望により友人や家族への電話は自由にされています。家族や友人に手紙も出せるよう支援している。		
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	温度計湿度計を置きまどを開けたりして室温の調整を行っています。植物を多く置き、チンチラ・亀を飼っている。季節ごとに入居者の作品や行事の写真を貼り居心地よく過ごせるに工夫している。	居間には、日めくりカレンダーや見やすい時計の他に、職員や家族の寄付による大きなテレビやソファがあり、寛げるようになっている。壁には利用者と職員が作った浮世絵や花火等の大きなちぎり絵、行事の写真等が飾られていた。トイレは2ヶ所あり、各々ゆったりとして使いやすさが見られた。	
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	リビングにソファや椅子を置き、テレビを見たり、入居者様職員と会話を楽しめる場所を用意している。		
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	毎朝掃除の時間があり入居者様と職員と一緒に掃除をしている。掃除機掛けなどで細かい部分、ベッド下などやりにくい所は職員が行っている。馴染みの家具などは本人の状態に合わせて家族と相談し置いている。	各居室に洗面台があり、各々歯磨きや身支度できるようになっている。手芸が趣味で作品を沢山作っている方、位牌を置き花を供える方、衣服の管理を自分でする方など各々がその人の力量に応じて自立した暮らしをしている。毎日、家族が新聞を届けてくれる方はテーブルとイスが備えられ、新聞が読める環境づくりがされていた。	
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	トイレ・浴室・廊下にわすりが有り、各所には場所を明示して、出来るだけ自立して行えるように工夫している。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホームことぶき

## 目標達成計画

作成日: 平成30年10月3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	10	意見箱を置いたり、面会時に声を掛けるが家族から意見を貰うことがほとんど無い。	家族から意見を頂き職員全員で、考え話し合いサービスに繋げていきたい。	家族会が年に2回有るので、家族会会長と話し合い家族会の後、会長を中心に家族だけで話し合える時間を作って、頂けるか、それとも家族会までにアンケートを取って、家族会の時までに集計し発表するか相談していきたいです。	10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。