

### 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	0870101789		
法人名	ホシサン工業株式会社		
事業所名	グループホームすばる	ユニット名( 天の川 )	
所在地	茨城県水戸市東野町96-5		
自己評価作成日	令和 2年 3月 7日	評価結果市町村受理日	令和 2年 8月 26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 [https://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action\\_kouhyou\\_detail\\_022\\_kani=true&JigyosyoCd=0870101789-00&ServiceCd=320&Type=search](https://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=0870101789-00&ServiceCd=320&Type=search)

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 いばらき社会福祉サポート		
所在地	水戸市大工町1-2-3 トモスみとビル4階		
訪問調査日	令和2年7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)】

「命ある限り社会人」を理念とし、総ての入居者が社会の中の一員・地域の中の一員として社会生活を送ることができるグループホームであることを目指し、入居者が安全で安心して生き生きと暮らせる場所でありたいという理想を基に運営している。そのためには、介護技術だけではなく、職員の介護に対する姿勢や意識の向上といった個々の力を磨きあげて、それを集結させてひとつのチームワークとして質の高い介護を提供することに力をいれている。

#### 【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)】

事業所は3階建てで閑静な住宅街にあり、自然が多く四季の移ろいを感じられ住みやすい環境にある。職員同士の仲がよく長期間勤務している職員が多く、社会人として尊重し利用者が気持ちよく過ごせるよう支援している。面会の際には管理者自ら普段の様子を伝え家族等が安心できる気遣いがあり、また毎日の入浴に対応し清潔な生活ができるよう支援している。

### 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)	○ 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、生き生きと働いている (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

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	「命ある限り社会人」を理念とし、総ての入居者が社会の中の一員・地域の中の一員として社会生活を送ることができるグループホームであることを目指し、経営会議・職員会議・ユニット会議にて利用者主体の考えを基にケアが実践できているかどうかを常に話し合いながら運営している。	創業者は自分が入居しても良いと思えるようなグループホームを、との思いから始めた。職員は、洗濯たみや掃除等、利用者が得意な事を引き出し手伝ってもらい、できることを継続していけるよう支援している。	
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	敷地の一部を賃借している隣地在住の地主さんや近隣住居の方々を通して地域の方々と繋がりを持つとともに、徘徊癖のある入居者様の訪問や外出に対して、通報・保護・見守りなどの協力を得ており、日々の活動(消防訓練や広報誌の配布など)の中で、近隣住民の方々との交流を心がけている。	地域のネットワークと協力体制を取り、「地域で見守り声掛け訓練」に参加している。南部第一高齢者支援センター主催の催事に参加している。地主さんとの付き合いがあり、連合会等の情報をもらっている。年1回の敬老会には近隣の方や家族等に協力してもらっている。	利用者と地域住民が交流を持ち、利用者が地域の一員として生活できるように工夫することを期待する。
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	高齢者支援センターの企画イベント等に積極的に参加し、地域の方々への啓発活動やインターネット環境を活かしたPR活動を行っている。		
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践、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	運営推進会議を通じて、すばるの課題やケアの方法についての検討と助言をいただくとともに、地域の現状と困っている事柄などについて討議して、すばるの関わり方などの方向性を示していただいている。	家族等の代表や市職員、地域包括支援センター職員、民生委員等が参加して定期的開催している。地域の現状と困っていることなどについて話し合いを行っている。	
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に取り組んでいる	日常的に、介護保険制度についての疑問点や不明点を問い合わせ、連絡を密にして対応している。	市担当者が運営推進会議に出席した際や要介護申請で訪問した際に相談し情報をもらっている。水戸市のグループホーム連絡協議会や南部第一高齢者支援センターの集まりに参加している。	
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、玄関の施設を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束は、例外を除き行わないし、現状では行っていない。(例外とは、①入居者本人に危害が及ぶ恐れが強い場合 ②他の入居者に危害が及ぶ場合の2点のケースであるが、その場合は家族の同意を得ることを必須とする。)防止マニュアルを作成し、職員に周知している。	身体拘束適正化委員会を3ヶ月に1回開催している。市主催の身体拘束研修会に参加している。事務室に要介護施設従事者等による高齢者虐待の防止・早期発見のための指針を掲示している。やむを得ず身体拘束を行う場合には職員研修を行い、定期的に検討会議を行っている。	

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	
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	職員の質や意識・介護に向き合う姿勢に照らし合わせる中で、そのような行為は有り得ない。また、入居者の外傷記録などを克明に記入し引継ぎを行うことにより、そういった行為が行われないようにチェックしている。併せて、ご家族との関係においても、虐待行為の痕跡がある場合にはケアマネージャーに必ず報告をするように指導している。			
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	現状では、ほとんどが入居者および家族間の問題として捉えており、同制度による後見人との関わりが発生する状況にない。ただ、施設としてのスタンスは一貫して入居者最優先であるため、相談や支援については施設長とケアマネージャーの対応としている。			
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	初回面接や見学時に時間をかけて打ち解けた関係を作ることに力を入れている。それにより、入居時に生じる疑問や不安を相談しやすい空気を作った上で、入居契約時には、総ての契約条項を詳しく説明し、家族等の理解と了承・介護方針に対する相互理解や協働関係への協力を求めている。			
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	管理者・ケアマネへ直接的に相談を受けられるような雰囲気作りを常に意識している。また、ご家族様来訪の際に、出来る限り代表者が対応する機会を設けて、入居者様の状況やご家族様の意向を汲み取り、現場に反映させるような取り組みを行っている。	意見箱を設置したり、重要事項説明書に外部の相談機関や外部相談員の存在を明記し、直接電話できるようにしている。ケアの方法について家族等から意見があった際には、管理者に伝えユニット会議において周知徹底している。		
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	スタッフ会議を実施し意見を聞くとともに、リーダー会議(ユニット管理者)やユニット会議の場において意見を聴取し、運営に反映させるようにしている。	日頃から話し易い雰囲気づくりに努めるとともに、スタッフ会議やリーダー会議、ユニット会議時、職員面接時に話を聴いている。リーダー会議で感染症対策について話し合い反映させている。		

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
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	能力と勤務考課に応じた昇給・賞与・改善給付の支給を行っている。日常的な仕事や家庭環境などの聞き取り・相談など、職員のメンタルケアも含めた対応を心がけている。		
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	資格取得や能力向上のための研修や受験については、業務内での受講や受講料の助成を行い、大いに奨励している。自社を会場にした研修会を開催し、研修を受けやすくしている。また外部研修への派遣についても、可能な限り業務として派遣するなどの措置を講じている。		
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	水戸市グループホーム協議会への加入や、南部第一高齢者支援センターの催事への参加など、外部との交流を通じて、自社の介護の質の向上に向けた刺激やヒントを得て実践している。		
<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	コミュニケーションを多く取り、本人の困っていることや不安な事を言えるような関係づくりに努めている。		
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	家族の困っていることや不安なことをよく聞いて、その家族を取り巻く介護環境で困難な事象を取り除くためのアドバイスや提案を行い、信頼関係が築けるよう努めている。		
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	一人ひとりの身体状況、環境等を見極め、どのサービスが適しているのかを一緒に考えることを優先し、必要なサービスが利用できるよう話し合い、当施設の利用対象者でない場合も出来る限り、他のサービスへつなぎ、対象者が孤立してしまわないようにしている。		
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	本人のできることは行っていただいております、スタッフとともに作業することで、お互いに支えあう関係を築いている、		

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
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	面会時に利用者の状態・状況を詳しく伝えている。必要なときには電話でお伝えし相談している。家族が話しやすい環境づくりに努めている		
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	かかりつけの医療機関への通院や、馴染みの美容室への整髪、友人の来訪受け入れなど、本人・ご家族・ご友人の行き来がしやすいような雰囲気作りに努めている。	利用者との日々の会話や家族等から話を聴き、申し送りノートに記載し共有している。友人が面会に来たり、家族等と自宅や美容室に外出をしている。	
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	利用者同士、お互いを支えあう関係が築けるように、スタッフが間に入ってコミュニケーションが図れるように努めている。互いの居室の往来や車椅子を押し付き添いや食器片付け等を互いに助け合うことで関係性の向上を図っている。		
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	退去後も電話での状況確認や、必要に応じてご家族の相談にのり、転居先にスタッフが会いに行くなどフォローしている。		
<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 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	利用者主体の生活ができるように、個々に希望を伺いながらケアを行っている。	利用者の思いや希望、意向をくみ取り、フロアノートに記入して職員に共有化を図っている。「床屋に行きたい」といった希望を直接聞くことや、外を歩きたいとの思いに可能な限り付き添ったり、いつでも運動出来るエアロバイクの購入に繋がっている。	
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	本人や家族から情報収集し個々に合った生活ができるよう支援している。		
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	日々、個々の記録を細かく記入し、朝礼や申し送り・月1回のカンファレンスなどでスタッフから情報を収集し、スタッフ全員が把握でき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	ユニット会議で個々のケアカンファレンスを行い、介護計画に反映している。また、面会等で家族に相談、受診時に湯示威に相談し、計画に役立てている。	家族等や本人の意向を基に医師の意見を聴き、介護計画を作成している。半年ごとにモニタリングを行い見直しを行っている。利用者の状態に変化があれば随時見直しを行っている。	

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
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	個別に細かく記録に残し、スタッフ間で情報交換共有し、介護計画の見直しに活かしている。		
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	本人や家族の要望に応じ、対応するように努めている。		
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	敬老会のイベントに、近隣町内会の方に協力していただいたりするが、日常的な接点は少ない。		
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	可能な限り本人や家族が希望している医療機関へ受診している。受診の付き添いを行う際や家族が対応してくださるときにも、本人の日常の様子を的確に伝えている。必要であれば文章にて提出し、適切な医療が受けられるように支援している。	それぞれのかかりつけ医に家族等が付き添っている。職員は状況によって病院で待ち合わせをするなどしている。医師とは状況を書いたメモを渡して情報のやり取りをしている。	
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	病院受診時に、看護師の方に相談できるような関係を築く努力をしている。また訪問診療を利用して、医師から適切な指示を受けられるように、看護師との関係を築いている。		
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。	入院先においても、本人や家族の意向を取り入れてもらえるように、医療機関と常にコミュニケーションをとっている。また、面会や家族との電話連絡で、本人の状態をうかがっている。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居時に、重度化や終末期についての意向を、家族から聞き取るとともに、重度化が予測される段階で早めに家族と話し合いをする場を設けている。	契約時に看取りを行わないことを説明している。重度化や看取りのマニュアルを作成して、緊急連絡網を整備している。職員は重度化についての研修を受けるまでに至っていない。	重度化の見極めを含め定期的な研修を行い、適切なケアができるよう準備をしておくことを期待する。
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	急患や事故発生時の緊急連絡網を整備して入居者様の急変に備えるとともに、救急搬送の可能性が高い入居者については、個々の既往歴を把握し、状態に応じて、ユニット会議で注意点を話し合い備えるとともに、臨時の宿直者を配して対応している。		

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
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回の消防訓練を行っている。実施の際には近隣への告知と参加要請を行っている。また訓練後、課題や反省点を出し合って討議している。	夜間想定を含む避難訓練を行っている。訓練後は反省会を行い課題について話し合っている。災害に備えた備蓄品を一覧表を作成して管理している。訓練時には近隣の住民に協力の呼びかけを行っている。	
<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	人格を尊重した言葉かけを行っている。特にトイレや入浴の際にはプライバシーに配慮した対応を取っている。	個人情報や肖像権に関する同意書がある。人権尊重や守秘義務について規程を定めており、研修を行ったり話し合いを行っている。個人情報に関する書類はカーテンのある書棚や鍵のかかるところに保管している。	
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	常に話しやすい雰囲気作りを心がけるとともに、自己決定を尊重している。意思表示できない方も含め、日々、一人ひとりに目を向け、表情や動きなどから、本人の希望をキャッチし支援出来るように努めている。		
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	一人ひとりの生活リズムに合わせ、自由な雰囲気の中で生活できるよう支援している。		
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	一人で出来ない方はスタッフが、その日の気温などに合わせ準備したり、一緒に選んだりしている。		
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	出来る方には食事作り・テーブル拭き・配膳などをお願いしている。また一人ひとりに食べたいものや好きなものを伺い、メニューに反映している。	季節ごとの行事食やウッドデッキでのバーベキュー、手作りおやつなどを楽しんでいる。食事の時間を利用者それぞれのペースに合わせる工夫をしている。	
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	全員の食事量のチェックを行っている。必要な方には水分量の記録とチェックを行い、少ないときには積極的な声掛けで水分摂取を促している。食事時間も、本人のペースに合わせて提供できるように準備している。		
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	毎食後口腔ケアを促し、必要な方には介助を行っている。口腔内清掃のために定期的に歯科受診している方もいる。		

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	夜間はポータブルトイレを配して自力でできるように援助している。また、排泄パターンを理解して誘導を行うなど、可能な限り自力での排泄が可能ないように援助している。	業者とも相談してパットの吸収量に合わせ利用者に適したパットの使用を決めている。ポータブルトイレを活用するなどして、できるだけトイレでの排泄を支援している。	
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	水分補給や運動、飲食のメニューについての対応を行うとともに、個々の排泄頻度や状況に合わせて分量を調節しながら服薬対応している。		
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	入浴は本人に伺いながら行っている。ほぼ毎日入浴される方がいたり、自身で二日に一回と決めて入浴されている方もいる。	入浴は毎日入れるように支援しており、利用者それぞれの意向に沿っている。浴室は脱衣所が広く、エアコンが付いていて、隣にトイレがあり快適に入浴できるようになっている。	
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	常に状態観察を行い、眠気や疲労感など個々の状態に合わせて、必要に応じて臥床を促している。		
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	カーデックスに薬名・用量を記入、他にお薬台帳があり、常に目的・用法など確認できるようになっている。お薬辞典を配置し、職員全員が薬の種類や効能などを調べられるようにしている。		
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	洗濯物たたみ・水汲み・テーブル拭きなど希望や状況に合わせ、役割を設け行っている。また編み物や読書などを提示したり、お茶会を催すなど、個々の特技や趣味に合わせた楽しみ方を支援している。		
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	外出希望があれば、本人の体調や天候、職員の配置などを考慮しながら、できる限り対応するようにしている。職員の方からお誘いして、外出することの方が多い。	天気の良い日には外気浴や近隣を散歩し、近所の方と話をしたり花をもらって室内に飾ったりしている。利用者の希望でドライブや外食に出かけている。フロアのおやつや消耗品を利用者と職員が一緒に買いに行っている。	

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	正常な感覚で現金を使用できる方が居ない。現金の所持はお断りしているので、所持している方はいない。買いたいものがあるような場合には、職員同行で預かり金の中から支出して購入するようにしている。		
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	家族から電話がかかってきたときは、本人出でていただいたりする。また電話をかけてほしいとの訴えには、家族の意向を確認した上、対応している。		
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	不快な臭いがでないよう汚物は新聞紙に包んで処分。室温や湿度・採光の調節には、職員が最大限気を配っている。散歩で摘んできた花を和室テーブルに飾ったり、季節感を取り入れている。	小上がりの畳の空間があり掘ごたつが設置され、自由に寛げる空間となっている。本棚に雑誌や本が置いてあるとともに、ユニットで購入している新聞を自由に読めるようになっている。ウッドデッキでは外気浴ができる。	
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	食事やテレビを見る場所が決まっていたり、気の合った利用者同士でお互いの居室を行き来し、ゆっくりと話をされ過ごしている。		
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	居室へ持ち込むものに規制は無くご家族とも相談しながら、本人が居心地よく過ごせる居室にしている。仏壇を持ち込んでいます方もおられ、毎朝、水とご飯をお供えしている。	居室にはエアコンやベッド、洗面台などが設置されている。利用者はそれぞれ仏壇や電子ピアノ、自身で描いた絵などを持ち込み、居心地の良い部屋としている。	
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	一人ひとりの状態変化に合わせて、ベットや家具の位置を変え、安全に配慮している。自分で片付けがしやすいように、引き出しに衣類の種類を書いたタグを貼り付けるなど、判りやすいようにしている。		

(別紙4(2))

目標達成計画

業所名 グループホームすばる

作成日 令和 2年 8月 21日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに次のステップへ向けて取り組む目標を職員一同で話し合いながら作成します。  
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	33	現状では当施設では看取りを行っていない。重度化した場合はご家族と相談の上、医療機関や医療体制を備える施設への入院入居の対応となるが、重度化の判断基準が曖昧である。	入居者様が重度化した場合の判断基準を明確化する。	重度化に向けたマニュアルの作成。	6ヶ月
2	33	現状では当施設では看取りを行っていない。重度化した場合はご家族と相談の上、医療機関や医療体制を備える施設への入院入居の対応となるが、重度化の判断基準が曖昧である。	医療的ケアの研修等による職員のレベルアップを図る。	介護職員が行える範囲での医療行為や薬学知識の習得の為の研修を行う。	6ヶ月
3	2	利用者が地域住民との交流を持ち、地域の一人として生活できる機会がもたれていない。	地域における交流の場を開拓する。	近隣の保育園や学童施設等との交流を図るための人的繋がりを作っていく。	12ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注1) 項目番号の欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。