

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	0870700226		
法人名	特定非営利活動法人ホームホスピス結城		
事業所名	グループホームみんなの家		
所在地	茨城県結城市大字田間1489-2		
自己評価作成日	平成30年7月10日	評価結果市町村受理日	平成30年10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	http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2011_022_kani=true&JizyosyoCd=0870700226-00&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9月4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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の方がゆったりと過ごせるように職員が個別対応できるように努力している。 ・一緒にできることは職員とやってみよう。

【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)】

<p>法人の名称の『ホームホスピス結城』には終末期まで利用者・家族を支えるケアを目指し、グループホームも統一した考えで、管理者・職員と共に取り組んでいきたいという思いが込められている。プロとしての意識を持って認知症ケアにあたり、きめ細かな対応を心がけている。新たに採用された職員は、利用者の笑顔を見れるのが楽しみだと常に笑顔で対応しており、他の職員や利用者にも自然と笑顔があふれるホームとなっている。結城市の中心街にあるという立地を活かし、買い物にも利用者と一緒に出かけ、利用者は地域の一員として当たり前前の生活を楽しんでいる。少人数の利点を発揮し、利用者一人一人の個別対応に心がけている。残存機能維持支援として、理学療法士による体操を実施している。</p>

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	玄関の目立つ所に掲示してありミーティングのときにわかりやすく説明して認識してもらった。	地域密着型の意義を踏まえた事業所理念を作成し、玄関に掲示して意識を高めている。ミーティングで施設長から理念の話があり、その理念を職員は共有し実践に繋げている。職員からは利用者の意見を尊重し、日々のケアに努めているという話があった。	
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	地域のお祭りの時にお神輿・おはやしに立ち寄ってもらい利用者の方たちに楽しんでもらう。	自治会に加入して神社の清掃活動・敬老会・クリスマス等に参加している。夏祭りには御神輿やお囃子が来てくれ、利用者は楽しみにしている。ボランティア訪問(歌・カラオケ)があり、利用者参加型で楽しんでいる。これからは傾聴・昔話・ネイルのボランティア受け入れを考えている。地域住民から認知症や福祉に関する相談を受けることがあり、アドバイスをしたり、関係機関に繋げている。	
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	近所の人や運営推進会議に参加された家族には行っているが地域に向けては行っていない。		
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	運営推進会議で利用者への取り組みの状況を報告し、それに対して家族の意見・要望を取り入れてサービスの向上に努める。	家族・行政・民生委員・事業所担当者の構成メンバーで開催している。前回の評価を受け、開催1か月前に通知を出すようにした。研修体制・状況報告・介護度・今後の予定・利用者への取組状況を報告し、席上出た意見や提案をサービス向上に活かしている。開催にあたり全家族にお知らせは出しているが、参加される家族は決まっているのが現状。不参加の家族にはホームだよりに会議の内容を知らせている。職員には会議で報告し共有している。	
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	運営推進会議や地域密着型サービス事業所連絡会などで市役所との連絡を定期的にとっているその都度意見を言ってもらった。	関係担当課とは連絡を密にとり、良好な協力関係を築いている。地域密着型連絡協議会に参加して行政と情報交換を行っている。茨城県グループホーム連絡協議会にも参加している。子供110番・体験学習の場は検討中。	
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	職員全員に当施設の身体拘束廃止に関する指針を理解してもらい、そのための研修にも力を入れている。	主要幹線道路沿いではあるが、施錠はしていない。不穏状態が見られる場合は利用者の意思を尊重し一緒に出かけている。拘束となる行為・弊害を周知し、見守りを強化して利用者の安全・安心な生活が送れるように努めている。やむを得ず拘束する場合は、同意書と解除に向けた取り組みを記録に残すシステムが出来ている。スピーチロックは職員間で注意をしている。拘束廃止に向け、研修・会議を開催している。	

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がないように注意を払い、防止に努めている	ミーティングの時に虐待防止についての勉強会を開く様に努めている。		
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	ミーティングの時に権利擁護に関する資料を配布して勉強会を開き、参加できなかった職員に対しても周知徹底させる。		
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	入所契約時には重要事項説明書・契約書・その他同意書を読み上げ納得いただけよう様にわかりやすく説明を行っている。		
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	意見・苦情の窓口管理者・その他職員にも担当させて面会時に意見を聞くようにしている。	利用者の思いや意見等は日々の会話の中からくみ取っている。家族には面会時に職員や施設長が声掛けを行い、意見の言いやすい雰囲気を作って聞いているが、最近、あまり意見がでることは無い。	
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	ミーティングなどでできるだけたくさん意見が出るようにその意見をすぐに反映させている。	職員の採用や利用者の受入については職員に報告している。職員の都合で出る意見ではなく、利用者にとって、それが今まで以上にベターな意見や提案である場合はすぐに反映させている。職員に業務別担当を決めて責任を持ってもらい、職業意識の向上に繋げている。職員の専門的知識の習得は必要と感じており、会議・勉強会・外部研修に参加している。オーナーも現場に入っているため、職員の様子を見て、個人面談や話し合いを行い、意見の吸い上げや不満解消に努めている。	
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	職員一人一人に業務別担当をきめて各自が責任ある仕事ができるようにしている。年休の利用や退社時間の厳守もすすめている。		
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	各職員の年間研修計画を決めてそれに沿ってすすめ、必ず研修の成果があるように現場にて反映させている。		
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	事業所間での会議・勉強会その他のネットワーク等に積極的に参加して意見交換をできるように努めている。		

自己	外部	項目	外部評価	
			自己評価 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	入所前にできるだけ管理者・計画作成担当者 と面接を行い本人と話し合う時間を設け 本人が安心して頂けるように努めている。	
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	入所契約前と入所契約時に家族と話し合い 要望と意見を聞くようにしている。	
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	定期的に訪問診療・訪問看護のサービスを受けている。	
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	介護するだけでなく本人が出来ることはやっ てもらい、洗い物・おしぼり巻・縫い物等の 作業を職員と一緒にやっていただきます。	
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	一時的な帰宅・定期的な受診に付き添って 頂き家族との交流を作り本人の状態を把握 してもらっています。	
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	友達・親戚等の面会も時間を問わず来てい ただいています。近所への散歩、日用雑貨 の買い物、ドライブにも一緒に出かけていま す。	希望があれば、手紙や電話で家族や友人と連絡を取りあ い、馴染みの人との関係が途切れないように支援に努めて いる。家族とお墓参り・法事・外食・買い物に出かける利用 者がいる。日用雑貨の買い物や自宅までドライブに出かけ ている。以前は床屋さんに出かける利用者もいたが、施設 長が美容師の資格を持っているので、ボランティアで支援し 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	座るイスの位置を考えてなるべく会話ができ るようにはいます。	
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	退所後も相談があれば対応することを説明 しています。	

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
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	入所後も本人の今までの暮らしの様子を聞きながら本人にあった生活をして頂けるようにつとめています。	利用者の思いをくみ取り、個別対応を心がけているが、利用者の思いは日々変わるということを念頭に入れ、様子を観察しながら利用者本位の統一したケアに努めている。趣味の(塗り絵・書道・歌等)継続・今まで通りの生活スタイルを提供している。人の世話をするのが好きな利用者が他の利用者の面倒を見ているときもある。下肢を鍛えるのにステッパーで運動をする利用者がいる。	
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	入所前に面接を行い本人・家族から聞くようにしている。担当ケアマネにも情報を得ています。		
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	職員全員で様子観察しながら話し合い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	何か問題があれば職員全員でその都度話し合い本人の意見も聞きながら介護計画に反映できるように努めている。	家族・利用者から要望を聞き、カンファレンスで課題とケアのあり方について話し合い、ケアマネがプランを作成している。作成後は家族に説明して同意を得ている。問題があれば医師の意見を参考にして、現況に即したプランを作成している。モニタリングは3か月ごとにケアマネが実施し評価に繋げている。	
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	介護記録・情報を活用して利用者の体調や心身の変化について話し合い介護計画をみなおしている。		
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	急な受診の時(緊急時)の対応は家族と連絡を取りながら行っている。		

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	地域のボランティアのクリスマス会の参加を受け入れカラオケ等を楽しんでいます。		
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	利用者の状態を毎朝チェックし記録に残し何か変化があればすぐに医師に連絡・相談できるようにしている。	月2回の往診と訪看が来訪し、利用者の体調管理に努めている。変化があった場合は訪看に相談し対応している。医療機関の受診は家族が同行する場合もあるが、職員付き添いの場合は結果を家族に電話で報告し、介護記録に残している。ケース記録に内服薬管理表を添付し、職員の意識付けを行っている。往診記録・居宅療養管理指導書・医療連携体制指示訪問看護記録書に利用者の様子を記入している。	往診記録・居宅療養管理指導書・医療連携体制指示訪問看護記録書のそれぞれのファイルが、利用者全員分あるので、個人毎にまとめてファイルし、緊急搬送や家族からの問い合わせがあった際、すぐに取り出せるようにすることが望ましい。
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	介護職は毎日バイタルチェックをして利用者の状態把握して変化が見られれば訪問看護師に連絡するようになっている。		
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。	お互いの情報を電話や面会等で情報交換し退院に関しての相談も行っている。		
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、事業所ですることが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	施設の看取りの指針に沿って前もって家族との話し合い今後の方針を決めて看取りのケアに取り組んでいます。	重度化になる前に指針を説明し、同意書を取り交わしている。医師・訪看・家族・ケアマネ・職員とこれからの方針を決めてターミナルプランを作成し、最後の幕引きを全職員で取り組んでいる。エンゼルケアを行った後、他の利用者も一緒のお見送りで合掌を受けながら、玄関からお別れをしている。家族から感謝の言葉をもらい職員のやりがいとなっている。	
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	急変や事故発生時には看護師・医師に連絡して指示のもとで円滑に対処できるように努めている。		
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	施設の防災マニュアルに基づいて行っている。	年2回、防災マニュアルに基づいた訓練を実施している。前回の評価を受け、避難経路図を掲示、火災報知機のそばに連絡網を掲示した。備蓄品・緊急持ち出し用品は整備している。風水害マニュアルは作成中。市内グループホームと連携・協力体制を整備中。	

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	個人の人格を尊重し入浴・排泄にはプライバシーに配慮した声かけをし介助を行っている。	利用者の誇りやプライバシーを損ねない、落ち着いたトーンで声掛けを行っている。面会簿は個人毎にファイルし、書類は事務所内に保管。情報開示に関する同意書を取り交わし個人情報保護に努めている。	
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	本人がやりたいことや思いを日常の会話の中から引き出せるように心がけ自分で決定できるように働きかけている。		
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	利用者一人一人のペースを尊重し楽しく過ごせるように配慮している。また何かを行う時は参加されるかどうか確認するようにしている。		
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	朝の起床時には整髪・顔フキを行い自分で選んで洋服を着られる方は着ていただいています。		
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	利用者の好みにできるだけ合わせて献立を考えて好きなものを食べていただけるよう心がけています。食後の片付け・洗い物はできる方は一緒に手伝って頂いている。	メニュー作りや買い出し、土・日曜日の調理はパートの職員が行い、月～金は職員が調理して利用者の状態に応じた形態で提供している。一緒に調理することは難しくなっているが、味見・下膳・食器洗い等はお願している。職員は休憩時間の関係で一緒に食べていないが、食事介助や見守りを行っている。お誕生日会や外出支援時のお弁当作りは利用者の楽しみとなっている。	
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	食事量も一人一人に合わせ提供し形態も同様に提供している。(普通食・刻み・極刻みペースト・トロミ)		
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	入れ歯洗浄・歯磨き等の口腔ケアは自分でできる方はやって頂き、できない方は職員が介助してあげています。		

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
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	排泄は一人一人のトイレのサイクルを把握し自分でトイレに行ける方は定時に声かけていっていただきます。できない方は定時誘導・定時のオムツ交換で対応しています。	一人一人の排泄リズムや表情、様子から声掛けを行い、トイレに誘導してトイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。おむつ対応の利用者は定時的に交換している。ふらつきがあり、パット使用であった利用者が、下肢を鍛え、食欲が出てきて、自立(排便のみポータブル使用)に改善した。水分・体操・食材から薬に頼らない排便コントロールを実施している。	
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	排便状況をチェックして水分量を調節したり何日も排便が見られないときは看護師に相談しています。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴は自分で入れる方は好きな時間を選ぶように支援しています。	基本的に週2回の入浴支援であるが、希望があった時や失禁時にはその都度対応している。拒否者には無理強いせず、ケースバイケースで対応している。感染症にも注意している。着替えの用意は利用者もしくは職員と一緒にしている。	
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	利用者一人一人の状態を見ながら声かけて居室にて休まれるように配慮しています。		
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	訪問診療時には医師から職員に薬の説明を受け処方箋の内容をみんなで確認しています。		
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	一人一人に合わせて塗り絵・書道・歌等を行っている。		
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	季節のお花を見にドライブに出かけています。日用雑貨品を買いに行く時は一緒に行ける時は連れて行くように努めています。	四季折々の花(桜・桃・紫陽花・菊)を見に出かけている。道の駅で外食を楽しむこともある。日用雑貨を買いに行く時は利用者と一緒に出掛けるようにしている。お天気・体調に合わせて近場で散歩をし、外気に触れてもらうよう努めている。	

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
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	お金は持って頂かないようにしています。必要な時は家族に連絡して対応しています。		
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	本人希望時には電話はしております。お手紙も自由にやり取りができています。		
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、	共有の空間に限らず職員が清掃し清潔を保っている。また、季節の花をかざる等で季節を感じられるように工夫しています。	デイサービスの利用者と一緒に交流を楽しんでいる。廊下やホールの飾りは塗り絵や利用者の笑顔の写真などで和ませる雰囲気を作っている。	
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	自由に居室やホールの出入りができる様にしています。必要に応じて席替えもしています。		
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、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	家具・写真・その他自由に持ってきていただいています。	混乱防止のため、居室入り口に表札を掲示している。チェストとベッドは備え付け。馴染みの文机・テーブル・テレビ・椅子等を安全面に配慮し設置している。孫の七五三の写真や思い出の置物・ぬいぐるみ・観葉植物等を飾り、ほっとする居室となっている。衣替えや掃除は家族もしくは職員と一緒にやっている。利用者の状態に応じてリフトも用意している。	
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	利用者の方が移動しやすい様すりや空間に配慮しています。また必要ならば居室に名札をつけたりしています。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホーム みんなの家

目標達成計画

作成日: 平成 30 年 10 月 15 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	30	往診記録、居宅療養管理指導書、医療関連体制指示訪問看護記録書のそれぞれのファイルが、利用者全員分あるので、個人毎にまとめてファイルし、緊急搬送や家族からの問い合わせがあった際、すぐに情報が取り出せるようにすることが望ましい。	往診記録、居宅療養管理指導書、医療関連体制指示訪問看護記録書のそれぞれのファイルを個人別にファイルし、緊急搬送や家族からの問い合わせに、すぐに情報が取り出せるように準備する。	個人別にファイルして緊急時、誰が見ても分かるように情報を管理する。	3ヶ月
2	35	避難訓練、及び消火訓練を行っている。災害用の食品や飲料水は確保しているが、どれくらいあるか管理できていないことがある。	避難訓練は引き続き行い、災害用の備蓄品の管理を行っていく。	災害対策として、災害用の食糧品や飲料水の確保を行い、管理していく。	6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。