



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	1170500639		
法人名	株式会社 ウイズネット		
事業所名	グループホームみんなの家・菖蒲		
所在地	埼玉県久喜市菖蒲町下栢間2362		
自己評価作成日		評価結果市町村受理日	

※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.kaigokensaku.jp/11/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 ケアシステムズ		
所在地	東京都千代田区麴町1-5-4-712		
訪問調査日	令和1年10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)】

住宅地にあり周囲は自然に恵まれた環境にあります。同系列のデイサービスが隣にあり、消防訓練を合同で行い、災害時の協力体制を構築しております。
 毎月、ホーム内外で季節を感じられるような行事を行い、少しでもご利用者様に季節を感じて頂ける様努めております。
 ご利用者様お一人お一人に合ったケアを提供できるよう、日々状態を観察し、残存能力を維持し生活を送れるよう支援しております。
 又、介護スタッフのレベルアップを目標に定期的に勉強会を開催しています。

【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)】

タイトな人員体制ではあるが、法人で取り決めた各種の運営手法に沿って利用者支援に取り組んでいる。散歩や外気浴などの外出支援が円滑にできない状況であることを踏まえ、共有スペースで運動会を開催したり、利用者間で円滑な関わりが持てるような小規模なイベントなどを設けたりしている。また、ホームの立地条件を踏まえ、災害時の対策として食料備品などを取り揃えたり、併設のデイサービスと日頃よりコミュニケーションを図ったりして、災害時には協働できる体制作りに取り組んでいる。

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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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とした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	<input type="radio"/>	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、生き活きと働いている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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、その時々々の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)	<input type="radio"/>	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	毎月の会議で理念を唱和し、理解を深めるよう実践している。又、フロアに理念を貼り出しいつでも確認できるようにしている。	ホームの理念は職員会議での講話や唱和、フロア内の掲示などで、いつでも確認できるようにしている。職員の入れ替わりが多いことから、理解の周知に努めている。	
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	敬老会等の行事にボランティアを呼んで参加していただいたり、天気の良い日は散歩に出かけ、近隣の方々と挨拶をしたり、話をしたりして交流をしている。	定期的にボランティアが来園して一緒に過ごす機会は利用者の楽しみのひとつとなっている。また敷地内にある同法人のデイサービスと一緒に毎月「いきいきリズム体操」に参加して交流を図っている。	
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	散歩や行事で地域に出掛けたときなどに交流し、理解していただけるよう努めている。		
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	2カ月に1度運営推進会議を開催し、ホーム状況を説明し、参加者に意見を伺い職員会議で職員全員に報告しホーム運営に反映させている。	運営推進会議には、市や地域包括の職員も参加して定期的に開始されている。	運営推進会議は定期的に開始されているが、会議録に検討事項などの内容を記載されたい。また、欠席した家族に議事録を郵送することも望まれる。
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	市の担当者が運営推進会議に参加して下さっておりその都度、ホームの実情について報告し、意見を伺いケアに活かしている。何かがあれば都度相談しており良好な関係は築けている。	市役所とは、災害発生時の避難場所の確認、民生委員の訪問、所管部門が主催する研修案内などを通じて連携を図る機会が設けられている。	現在はタイトな人員体制であることから、市主催の研修に参加できなくなっている。シフト調整などに取り組み、研修参加を推進することが望まれる。
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	毎月の職員会議で身体拘束委員会を開催し、理解を深めている。施錠については安全を考慮した形となっている。	委員会で研修を行い参加出来ない職員には、議事録を閲覧し確認を促している。	現在、派遣社員が数多く勤務していることを踏まえ、それらの職員に対しても身体拘束をしないケアを伝える仕組み作りが必要とされる。
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	職員会議や勉強会などで定期的に勉強する機会を設けている。又、業務中も虐待に繋がらないようお互いに注意できる関係を築いており、防止に努めている。		

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	職場内の研修に参加し、その資料を職員で観覧している。		
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	事前に文章と電話にて説明し、その後直接お会いし一つ一つ丁寧に説明し同意を得ている。又、不明な点・相談・ご質問はいつでも承っている。		
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	面会時やお電話でも、ご家族様に気兼ねなく職員と話が出来よう環境づくりに努めている。又、家族会の折にも、その都度、要望を聴き、職員会議で全職員と話し合い要望を反映させている。	家族会を開催して家族の意向や要望の把握に取り組んだり、面会時に聞き取った内容については申し送りノートに記入したりして共有できるようにしている。さらに職員会議においても議案としている。	家族会は本年8月が最終開催になっているため、定期的を開催することが望まれる。
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	毎月のフロア会議・職員会議・半年に1度の個人面談を通じて職員の自由な意見を聴きホーム運営に反映させている。	会議や個人面談などを通じて職員の意見を把握し、事業所運営に反映させることに取り組んでいる。	職員の意見をホームの運営に反映させる仕組みは整っているが、具体的な事例の記録などで残すことが望まれる。
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	年2回の人事考課にて、評価や状況の把握をしている。毎年、職員全員が年間個人目標を設定し、やりがいや、向上心に繋がられるよう努めている。		
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	管理者は年に1度必須研修が設けられている。職場内では毎月、職場内研修を行い、知識の向上・スキルアップに努めている。又、スタッフルームに自己啓発研修のお知らせを掲示し参加できるよう配慮している。		
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	フロア長研修・ホーム長研修・エリア会議など法人内だが、他事業所での実務を学び、共有し良い面を取り入れ、サービスの質の向上を目指している。		

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	入居前の実態調査では、ご本人様の話しをゆっくり伺い、安心して入居できるよう関係作りに努めている。		
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	入居前の実態調査で、入居までの経緯やご家族様の思い・要望を伺い、ホームに対して望むこと、ホームで実践できることを話し合い、より良い関係作りに努めている。		
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	入居前の実態調査にてご本人様・ご家族様の話しをよく聴き、1ヶ月の暫定プランを作成し、重点的に様子観察し、ご本人様の状態を把握し適切なケアを提供できるよう努めている。		
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	洗濯物や掃除、食器の片づけなど、ご本人様の残存能力を活かしたことをしていただき、お互いの関係を築いている。		
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	病院受診の際には、ご家族様に相談し、同行していただいている。行事の際には、ご家族様をお呼びし、一緒の時間を共有できるよう配慮している。		
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	ご家族様と外出・外泊の機会を設けて頂き、関係性が継続できるよう支援している。又、馴染みの美容院などにご家族様と出掛けられている方もいる。	家族と一緒に馴染みの美容院やかかりつけ医に受診したりする機会を設けている。また、季節の便りを出すことを促したり、旧友の面会時にはゆっくり話ができるように支援したりしている。	
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	外出時に車椅子を押して頂いたり、レクリエーションや行事に参加していただき、コミュニケーションが円滑に図れるよう支援している。必要に応じて職員が間に入り支援している。		

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	退居後も必要に応じてご家族様と連絡を取り、ご本人様の状況を教えていただき、関係性を大切にしている。		
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	日々の訴えや表情、今現在のご本人様の能力などを踏まえ、ご本人様の想いを大切にし、ケアに努めている。ご本人様が自分の想いを伝えられない時には、生活や生活歴を参考にし本人本位に検討している。	アセスメントをはじめ日常的な関わりの中から意向や要望を把握して、支援に役立てるようにしている。また、職員間の申し送りによって必要な情報を共有することになっている。	日常的な関わりの中で把握した利用者情報は、適宜アセスメントに加筆訂正することが必要とされる。アセスメントによって最新情報を共有することが望まれる。
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	実調時に生活歴や暮らし方、今までのサービス利用について確認しており把握に努めている。		
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	ご本人様のペースで生活できるよう努めている。生活記録への記入、フロア会議での話し合いなどにより現状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	ご本人様・ご家族様の意向を伺い、居室担当者・計画作成担当者を中心に定期的なアセスメント・モニタリングを行い、介護計画に反映させ作成している。	法人としてのルールに沿って3か月ごとにモニタリングを行い、ケアプランの達成状況と満足度を把握し、ケアプランの見直しに繋げる仕組みが整っている。	適切な支援が提供できるようなケアマネジメントの仕組みは整っているが、各書式をルールに沿ってファイリングすることが必要とされる。
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	日々のご様子を生活記録に記入している。業務申し送りなどを用い、職員全員が情報を共有できるようにしており、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	ご本人様・ご家族様の要望に合わせたご入居や退居などのサービスを実践している。		

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	定期的にボランティアを招き行事を開催し、地域の方々との交流を深められるよう支援している。		
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	月2回の内科医・歯科医による訪問診療により心身の健康を保っている。今までのかかりつけ医や、近隣の病院にも協力いただき、適切な診療を受けられるよう支援している。	月2回、内科・歯科の往診があり、訪問看護師や歯科衛生士による健康管理も行われている。専門医による診察が必要になった際は、家族対応によって通院してもらうことにしている。	医療従事者の支援が受けられる仕組みは整っているが、必要な情報を家族に適切に伝える記録類を整備することが望まれる。
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	週1回の医療連携看護師と生活情報を共有できるようファイルに記入し、連携が図れるよう支援している。又、緊急時には電話連絡し適切な指示が受けられ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。	入院時には介護サマリーを作成し、病院との連携を図っている。早期退院に向け、管理者が週1回程度お見舞いに伺い、ご利用者様の状態の把握、病院との情報交換を行っている。		
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	状態の変化があった時を想定し、ご本人様・ご家族様の意向を大切にしながら、今後のケアの方向性を決められるよう配慮している。	重度化した場合や終末期における事業所方針は、契約時に説明し、同意を得ている。家族の希望に沿って、配置医と連携をとる仕組みは整っており、必要に応じて配置医と家族が面談する機会を設けている。	
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	救急時に備え、主治医に24時間連絡が取れ、指示を受けられるようになっている。消防訓練にて通報訓練を行い、救急時対応がスムーズに行えるようにしている。		
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	年2回、消防署指導のもと、避難訓練を行い消火器の使用方法や、避難方法を身につけて対策している。緊急連絡網を作成し、スムーズに連絡が取れるようにしている。	定期的な避難訓練をはじめ、災害時に使用する各種の備品チェックなども実施しており、消防署のアドバイスを受けて、ホーム一丸となって防災訓練に取り組んでいる。	ホームは平屋であり、水害などが発生した際には地域の避難所へ行くことも想定される。避難所まで円滑に移動できるような訓練も実施されたい。

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	一人ひとりの人格を尊重し、人生の先輩であることを念頭に丁寧な言葉遣いを心がけて配慮している。	入居者・家族の希望に沿って、できるかぎり同性介助等にも対応しながらケアを実施している。プライバシーへの配慮については家族アンケートからも高い満足度が得られている。	各居室のドアに設置されている「小窓」については、プライバシーの配慮から対応を検討されたい。
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	ご本人様が選択できるよう、出来る限り気持ちくみ、押し付ける介護にならないよう努め、ご本人様が自己決定できるよう配慮している。		
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	ご利用者様のペースを大切にし対応している。居室での休息・工作・散歩・外出など、一人一人に寄り添ったケアの実施に努めている。		
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	出来る限り、衣装はご自身で選んでいただいている。2カ月に1度の訪問美容院ではご本人様の要望を伺い、カットを行っている。お化粧をされている方もいらっしゃる。		
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	外食会や食事レクを開催し、ご本人様の好きなものを召し上がっていただき、楽しめるよう配慮している。準備は調理専門の業者にしてもらっているが、片づけなどはしてもらっている。	食事作りは外部の事業者へ委託しているため、おやつ作りや外食などの機会を設け、食事を楽しんでもらえるようにしている。また、片付けなどは無理のない範囲で職員と行ってもらえるように声掛けをしている。	
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	管理栄養士によるバランスの摂れた食事を提供している。毎日、食事量・水分量を集計しており、足りていない方には、ご家族様と相談し、ご本人様の好みのもを提供するよう配慮している。		
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	2週間に1度、歯科衛生士による口腔ケアを行っている。一人一人に合った道具を使用し、起床時・毎食後のケアを行っている。		

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	一人一人の排泄パターンを把握し、定期的な声かけ、誘導を行っている。残存能力維持の為、見守りに徹し、出来ることはご自分で実行していただき、出来ない事への支援を行っている。	アセスメントや排泄チェック表によって、利用者一人ひとりの個別排泄に取り組んでいる。日々の排便状況についても詳しく把握しており、必要に応じて下剤を用いた排便コントロールにも取り組んでいる。	排泄に関しての個別支援はなされているが、より自立した排泄支援を行うための仕組み作りについても検討されたい。
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	生活に適度な運動を取り入れている。適切な水分が摂れるよう配慮したりと、なるべく薬に頼らない様支援しているが、必要に応じて、主治医に相談し、下剤の調整も行っている。		
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	ご本人様の意志を尊重し、その日の体調に合わせて入浴して頂いている。機会浴もご自身で浴槽に入ることができなくなった方にも快適に入浴が出来るよう支援している。浮腫の強い方には毎日足浴も行っている。	週2回の入浴支援に取り組んでおり、拒否の方には強引にならないよう、時間を変えて誘導し対応している。また、皮膚疾患などが発見された際には、訪問看護師と連携して医療的な処置が適切に受けられている。	入浴後には、爪切りなどの整容支援が受けられるようになっているが、「いつ」「誰が」支援したかがわかるような記録を残されたい。
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	不安や不眠時には職員が寄り添い、傾聴し安心できるようケアを行っている。室温調整・部屋の明るさなど一人一人の生活習慣に合わせた支援をし、安眠できるよう配慮している。		
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	薬情をファイルに保管し、職員全員が共有できるようにしている。医師・看護師・薬剤師の指導の下、理解と知識を深め支援している。		
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	ご本人様の意志を確認しながら、無理なく家事が行えるよう支援している。レクリエーションなども行い楽しんで生活が出来るよう配慮している。		
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	気候や体調に合わせ、散歩に出掛けられるよう支援している。外食会や四季折々の花見会・月に1度の外出レクなどを計画し、地域の方々とは触れ合える機会を作り支援している。	現在はタイトな人員体制であることから、外気浴や外出支援は不定期で対応している。また、家族の面会時には、散歩や外食などを推奨している。	タイトな人員体制ではあるが、定期的な外出や外気浴などを実施することが望まれる。

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	ご家族様の希望で所持されている方はいるが、基本的には必要なものは職員やご家族様が買い物し、ご本人にお渡ししており、ご本人様がお金を使用する機会はほとんどない。		
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	ご家族様の生活にも気を配りながら、ご本人様の希望を尊重し、電話の支援を出来るようにしている。手紙の支援は現在、希望者がおらずしてはいないが、希望があれば行えるよう支援する。		
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	ホールの壁には、ご利用者の皆さんと一緒に作った季節ごとの装飾品を楽しんでいた。日当たりのよい場所に設置したソファにて、日光浴をしたりしている。	共有スペースでは、季節ごとに飾りつけをしている。行事の前には、入居者が職員とともに準備を手伝うこともある。食堂ではテレビを見たり、思い思いにくつろぐ姿が見られた。	催事やイベントなどの様子を共有スペースの壁面を利用して掲示することも望まれる。
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	ソファに腰掛けテレビを観たり、日当たりの良い廊下に椅子を運んで日光浴をしたり、ご利用者様が気持ちよく生活が送れるよう支援している。		
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	ご本人様の家具やテレビを持ち込んでいる方もおり、ご家族様に協力を得て安心して生活が送れるよう支援している。	自宅での馴染みのものを持って来ていただくなど、安心して居心地よく過ごすことができるような居室作り目指している。	
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	トイレの場所や浴室・ご自身の部屋などがわかるよう大きく貼り出し、使用しやすいようにしている。安全に配慮し、部屋の環境を伝い歩きがしやすいようにしている方もおられる。		

目標達成計画

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	35	近隣住民様との災害時における協力体制が明確にされていない。	災害時における協力体制の構築。	消防訓練や運営推進会議にご参加いただけるようにする。又、グループホーム・菖蒲の現状をご理解いただき、災害時にご協力いただけるようお願いし、緊急時連絡簿を作成する。	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。