

### 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	0870300795		
法人名	医療法人社団青洲会		
事業所名	グループホーム寄居		
所在地	茨城県土浦市神立町443-5		
自己評価作成日	平成28年12月30日	評価結果市町村受理日	平成29年5月24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	<a href="http://www.kaijokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0870300795-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0870300795-00&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29年2月14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)】**

お一人お一人のこれまで、今、これからの「生活」を ご家族と共に考えた環境作りとケアをしています。  
 シナプソロジー体操やバタカラ体操などを、日々の生活の中に取り入れ、認知症の進行予防や、機能維持に努めています。  
 地域貢献、交流の一環として、H27年10月から認知症カフェを毎月1回開催しており、平成28年10月からは土浦市委託事業となりました。入居者様も一緒に参加し、地域の方や他のグループホームの入居者さまとの交流やレクリエーションを楽しんで頂いています。

利用者の今までとこれからの『生活』を如何に快適に過ごせるかを話し合い、全職員で共有し統一したケアを提供している。日々の生活の中に自然なリハビリを兼ねたシナプソロジー体操や舌のバタカラ体操に取り組み、認知症の進行予防や機能低下防止に努めている。自治会に加入し広報誌を届けてもらったり、認知症サポーター養成講座(他地区からも要請あり)・市民講座(老人会・生活クラブ)を開催し、認知症・事業所に対する理解をえている。土浦市の委託事業となったオレンジカフェには利用者も参加し、地域の方々(母体の協力があり、病院の送迎バスを利用して参加)や他のグループホームの利用者と楽しいひと時を過ごしている。在宅医療と介護の多職種連携研究会や地域密着連絡協議会に参加し、情報を参考にしさらなるレベルアップに取り組んでいる事業所である。管理者・職員の間関係は良好であると同時に、新卒職員の採用によりベテラン職員共々、お互い学びあう良好な関係ができていて感じた。また、利用者からは「いい職員に恵まれていて幸せよ」という話があり、利用者との信頼関係も深いと感じることができた。

**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ます (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)	○	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	理念を事務所やネームプレートに明示し、常に意識できるようにしています 会議やカンファレンス等で、理念に沿った取り組みとなっているか確認をしています	理念を玄関・事務所・各ユニットに掲示したり、名札の裏に携帯し、常に意識付けを行い、利用者・家族・職員・地域の4つの柱が輪となるようなケアにとりくんでいる。会議やカンファレンスで管理者から理念の確認の話があり、全職員共有し実践している。職員は利用者を敬い、言葉使いに注意し、日々の変化を見逃さず、安全な一日と楽しい時間を過ごしてもらおうケアの提供に努めているという話が合った。	
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	ホーム周辺には、住宅が少ない為に日常的な交流は図れていませんが、自治会に加入して地域のイベントへ参加しています	自治会に加入し広報誌を届けてもらい、地域イベントに参加している。グループホーム連絡会で福祉祭りのブースを設けたり、オレンジカフェ・認知症サポーター養成講座・市民講座(老人クラブ・生活クラブ)を開催し、地域の交流と認知症・事業所に対する理解を深めている。ボランティア訪問(傾聴・カラオケ・子供神輿・踊り等)は利用者も一緒に楽しんでいる。保育園児との交流は利用者の表情が一段と明るくなる。	
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	認知症サポーター養成講座や認知症についての市民講座を開催しています 月に1回、認知症カフェを開催しています		
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	2ヶ月に1回開催しています グループホーム内で行っている活動の報告の他、認知症や感染症等についてのミニ勉強会を行っています	民生委員・区長・家族・行政・ナース・事業所担当者の構成メンバーで2か月ごとに開催している。議題はサービスの提供状況・事故報告等の説明や認知症や感染症等についての勉強会や避難訓練を実施している。意見等はあまりなく、事業所からの提案に応じてくれる場面が多い。職員に会議等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	困難事例の対応について助言を頂いたり 事故が発生した時には、速やかに報告する等し、連携を図っています	担当課(社会福祉課・高齢福祉課・地域包括センター・社協)とは連携をとり、良好な協力関係を築いている。オレンジカフェ・認知症サポーター養成講座・市民講座・地域密着型連絡協議会・認定調査協力・権利擁護委員会の委員・在宅医療・介護の多職種連携研究会・中学生の体験学習等、行政の要請に対して積極的な受入や参加をしている。介護相談員の情報も大切なヒントとなっている。	

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
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	施錠は夜間の安全確保の為以外には行っていません 身体拘束についての勉強会の開催、身体拘束をせず支援できる方法を検討しています	勉強会を開催し具体的な拘束となる行為や弊害を承知し、拘束を行わずに利用者に対して目配り・気配り等で安心で安全な環境づくりに努めている。ちょっと待つとは言わず、今行きますと話し、スピーチロックに注意している。一時的にやむを得ず拘束となるときは家族に説明し同意を得て、解除に向けた取り組みを記録に残している。	
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	勉強会を開催しています 日々の支援の中で、虐待につながるようなケースはないか検討、確認を行っています		
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	グループホーム会議にて勉強会を開催し知識の習得に努めています		
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	項目ごとに不明な点や分かりにくい点はないか等を確認しながら行っています		
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	面会時や電話連絡時に近況報告を行いながら、ケアやサービスに関する意見や希望などがないか確認し、意向に添えるようにしています	面会時(カンファレンス記録を毎月見てもらっている)や電話連絡時に近況報告と意見や要望を聞き、職員間で検討し家族にフィードバックしている(電話を掛ける時間・受診結果の報告等個人的なことが多く、運営に関しては出ない)。意見の言い出しにくい家族・利用者に配慮し、意見箱の設置・第3者機関名・電話番号を明示している。職員は2ユニットを担当しており、異動が多く感じるかもしれないが、離職は少ない。	
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	日頃からスタッフ一人一人の意見や提案を聞くことができるように配慮し、できる限り早い対応ができるようにしています	新しい利用者については職員に相談している。職員の意見・提案はその都度話し合い、利用者・職員にとっても居心地の良いホームとなるように努めている(医師・看護師に別々の上申書を出していたが、一枚にすることで連携しやすく、抜けることも無くなった)。管理者は職員がストレスや不満が無いよう声掛けを行い、早く対応ができるようにしている。職員のレベルアップ支援・勤務体制・希望休・内・外部研修受講(費用は法人負担)、働きやすく・やりがいのある職場環境を整備している。	

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
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	人事考課制度を行っており、個々が目標を持ち仕事に取り組めるようにしています 体力や家庭の状況等に合わせ柔軟なシフトや業務役割分担にしています		
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	教育段階に合わせて、外部、内部研修への参加を促しています		
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	土浦市地域密着型サービス連絡会に参加し 情報交換や、交流の機会を作っています		
<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	これまでの生活やご本人の意向を丁寧に聴取しています		
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	入所前、後、面会時等に、ご本人の生活の様子をお伝えしながら、ご家族の意向を丁寧に聴取しています		
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	担当ケアマネジャーや事業所の担当者でグループホームで行われる支援とご本人、ご家族のニーズが合致しているか確認しながら対応しています		
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	ご本人の得意な事、好きなことや興味のある事などの他、季節や時事に合わせた情報提供を行っています		
19		○本人と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	ご本人の生活の意向、希望、不安等を丁寧に聴取しながら、ご家族と情報を共有し、ご家族との協力関係を築いています		

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
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	別棟にいるご家族や知人、気の合う方会いに行く機会を設けています ご家族の協力を頂き、自宅や知人の家や墓参りなどに出かけて頂いています	家族の了解を得て面会に来れない親族や友人・知人と電話や手紙を通してなじみの関係継続に努めている。家族と利用者の関係が第一と考え、協力をえてお墓参り・理・美容院・自宅に行ったり、好物のお蕎麦・焼肉店等に出かけている。家族と沖縄旅行を1週間楽しんだ利用者がある。別棟や老健のご家族に会いに行ったり、職員と一緒に本屋・コミュニティセンター等に出かけている。自宅の延長として今まで通り新聞を購読したり、乳酸飲料を配達してもらっている利用者がある。	
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	気の合う方同士をお近くの席にするなどし、良好な関係が保てるよう配慮しています		
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	契約終了後も気軽に訪問できたり、気軽に相談をして頂けることをお伝えしています		
<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	外出や食事などの希望を伺ったり、日常会話の中から、早期に希望が叶えられるようにしています	日々の会話から利用者の思いや希望を把握し、職員で共有している。利用者の訴えのサインを見逃さないように注意し、話がありそうときは、寄り添い、話しやすい雰囲気づくりに努めている。職員が決めるのではなく、利用者が自己決定できる場面を作り、本人本位に検討している。新聞を読んだり、コーヒーを飲んだり、家事の役割分担・毎日散歩・脳トレ・シナプソロジー体操・パタカラ体操・縫物等の他、夫々が主役になれるレクを実施している。調査日に利用者から職員全員が良くしてくれるから、幸せですという話が聞けた。	
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	ケアマネジャーや家族より情報を得ています 入所後、ご本人やご家族とのやり取りの中から情報を得るように努めています		
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	個人記録を活用し、ご本人の様子や思い等を記載し、全スタッフが情報共有できるようにしています		

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
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	毎月、個別に介護計画のモニタリングを行っています ご本人やご家族の意向や希望の確認、よりよく生活できるための工夫等を反映しています	利用者や家族の意向や希望を聞き、計画作成担当者が利用者のニーズと課題に即したケアプラン(家族が担当する項目をプランの中に入れている。)を作成し、家族に説明し同意を得て、目標達成に向けたケアの提供内容を個人記録に記入し、その時々利用者の様子や職員の気づきを毎月のカンファレンスで家族の意見等を記録した支援経過記録と個人記録をもとに、モニタリングを実施し、家族に説明しサインをもらい、次の評価につなげている。	
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	日々の記録を活かした情報共有を行っています 状態の変化に合わせて随時プランの修正を行い、実践状況の見直しを行っています		
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	その都度柔軟に対応できるよう、職員の配置やケアの提供方法を工夫したり、福祉用具や系列施設との連携を図っています		
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	カラオケ、傾聴ボランティア等地域の方の協力を得ています 認知症カフェへ参加して、地域の方々との交流を図っています		
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	ご本人やご家族の意向を確認しています 医療機関、ご家族との連携がスムーズに図れるように記録を整備しています	家族(場合により職員対応)付き添いでかかりつけ医に受診し、報告を受け、受診記録に症状・上申書・受診結果・ドクター所見・処方箋を記入し、重要事項・経過観察は全職員で共有している。緊急時は事前に対応方法を確認している。協力医療機関とは24時間連携が取れている。月3回の往診・看護師の訪問が週1あり、利用者の体調管理に努めている。交代制で医師・看護師が来ているが、希望の医師・看護師との連携は可能。訪問歯科・専門外来受診の体制も出来ている。	
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	医療連携看護師との連携が適切に行えるように努めています 重要事項、経過観察事項は、スタッフ全員が確認できるように記録しています		
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。	連携サマリーを活用し、情報共有に努めています		

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
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、看取りに関する指針や具体的支援内容を説明していますが、状況の変化が予測さえる時など、ご本人や家族の意向を確認しながら、主治医、看護師との連携を図っています	契約時に看取りに関する指針や具体的支援内容を説明し同意書を取り交わしているが、状況変化時は再度、医師・看護師・管理者が同席し、利用者・家族に確認し1か月ごとの看取りケアプランを作成し、最後の引きが利用者につながる方法の支援に努めている。消防署からの要望の不測の事態の心肺蘇生の有無の確認は行った。	
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	普通救命講習、上級救命講習を受けています 緊急時対応マニュアルを整備し、勉強会を開催しています		
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	災害対策マニュアルを作成し、定期的に訓練を行っています 運営推進会議で、訓練や災害対応についての話し合いをしています	マニュアルを作成し、消防署指導・自主訓練(緊急通報システム・連絡網・消火器使用方法・利用者行動把握・避難経路確認・夜間想定・失火元想定等)を実施し利用者が安全に避難できる方法を職員は身につけている。立地上地域との協力体制は難しいが、隣接施設とは合同訓練を実施し、協力依頼内容は構築している。備蓄品はブランケットを含め整備している。前回の評価を受け、緊急持ち出し用品の中に利用者の常備薬等のコピーをファイルに添付した。自然災害、防犯マニュアルは見直し中。	
<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	丁寧な言葉使い、対応を行っています 特に入浴や排せつの場面では、言葉だけでなく他者からの視線に配慮しています	プライバシーを損ねない対応、言葉使いに注意し、人生の先輩として敬っている。書類関係は事務所で管理。情報開示については肖像権を含め書面にて説明し、同意を得て、個人情報保護に努めている。ボランティアにも守秘義務のお願いをしている。	面会簿は個人用に記録されているが、守秘義務を考えると、一枚ずつの個人カードの記入が望ましい。
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	服の選択や入浴の時間等、できる限り本人の希望に合わせています 自己決定しやすいように、いくつかの選択肢を提案するなどの工夫をしています		
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	朝のコーヒーや新聞を読む習慣を継続しています 10時のお茶を飲みながら、その日の予定等を一緒に考えています		

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
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	洗顔後の化粧水や、髪をとかす、アクセサリーの使用など、その人らしさに配慮しています		
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	日常的に食事の準備～後片付けまでを一緒に行っていきます イベントや行事の時には、お好きな物を食べて頂けるよう一緒に献立を考えています	業者から届けられた食材を主に職員が調理しているが、下準備・下膳・食器洗い・拭き等を一緒にやりやがいに繋げている。イベントやお誕生日は利用者の希望を聞き、一緒に買い出しから行っている。利用者の状態にあわせた食事形態で提供し、陶器の食器とお椀・お箸は個人用で食欲が出るような工夫があった。職員も同じテーブルを囲み嚙下や食欲を観察しながら、和気あいあいとした楽しい食事風景であった。おやつづくり(ホットケーキ・白玉団子)・外食支援(年3～4回)も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	摂取量が少なくなった時や、体調不良時には摂取量を一覧表に記録しています お好みのものや、飲み込みやすい物などを随時提供しています		
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に、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、歯みがきやうがいができるよう支援しています		
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	出来る限り、自立して行えるよう支援し、最小限のおむつやパットの使用にしています 入所時には紙オムツを使用していた方が、布パンツに変更となったケースもあります	利用者の排泄パターンを把握しているが、なかなかその通りにはいかないのが、表情や様子から察知し他の利用者にはわからないように、さりげなく声掛けを行いトイレに誘導し、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。職員の丁寧なケアで紙おむつからパットに改善された利用者がある。乳製品・オリゴ糖・果物を摂取したり、体操・散歩・レク等で体を動かし便秘の予防に取り組んでいる。	
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	乳製品、オリゴ糖、果物等を積極的に摂取したり、軽体操、レクリエーション、散歩等を楽しく体を動かせるような工夫をしています		



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
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	お一人お一人の状態や希望に合わせた入浴の支援をしています ご希望により、毎日入浴している方もいらっしゃいます	職員の都合でなく、利用者個々の希望に合わせた入浴支援を行っている。毎日入浴を楽しみにしている利用者がある。季節に応じてゆず湯・しょうぶ湯を提供したり、入浴剤を使用してゆっくり入浴してもらうことで、職員と利用者の大切な会話の時間となり、その時の気づきは記録に残し全職員で共有している。皮膚感染に注意し、足ふきマットの上に利用者手作りのタオルをしている。着替えの準備はご自身もしくは、職員と一緒にやっている。	
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	短時間の午睡や休息の時間を設けています		
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	個人ファイルに最新の薬一覧表を綴じ、確認しやすいようにしています 薬の変更があった時には、変更内容をわかりやすく赤で記入している		
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	家事仕事など、スタッフと共に行っています 転倒やけがに注意し、座って作業を行えるよう配慮しています		
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	ユニット間の行き来は自由に行えます 別棟にいるご家族に会いに行ったり、気の合う方に会いに行くなどの交流を図っています ご家族の協力を得て、自宅や墓参り、馴染みのお店での買い物や食事などを行っています	自由にユニット間・中庭・老健・ホーム周辺は出かけるようになっている。お天気や体調に合わせた近隣散歩や中庭で体操等を実施し、外の空気に触れる機会を積極的に実施している。ケアプランに外出支援を入れている利用者がある。イベントの花見や霞ヶ浦の遊覧船クルーズの招待を受け出かけている。衣類等や趣味の本を買いに行ったり、コミュニティーセンターの催し等に出かける機会が多い。家族の協力を得て、お墓参り・ショッピング・外食・自宅に出かけている利用者がある。	

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	自分でお金の管理をしたい方や支払いが可能な方は、家族と相談の上、所持して頂いています		
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	ご家族の了解を得て、ご本人の希望に合わせて電話や手紙の取次ぎをしています		
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、居心地よく過ごせるような工夫をしている	家庭的な雰囲気を損なわないよう配慮しながら、季節や日時の見当識が保てるようにしています 音や温度、湿度など快適に過ごして頂けるように努めています	リビングに椅子やソファを配置し、好みの場所で利用者同士のんびり過ごしている姿があった。見やすい時計・手作りカレンダー・季節の飾り物を配置し見当識に配慮している。職員手作りの壁新聞を眺める利用者の姿があった。食べることの楽しみとなるように、その日のメニューを掲示している。掃除はコンセントの埃からの発火にも注意して職員が実施している。	
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	食卓のテーブルの他にソファを配置して、気の合う方と近づいておしゃべりできるよう配慮しています		
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	これまでの生活スタイルや安全に配慮しながら家具や写真や小物を置くなどしています	居室入り口に名前を掲示し混乱防止に配慮している。今までの生活スタイルの延長とした居室づくりを心がけ、なじみのベッド・家族が中に何が入っているかを書いた籐のチェスト・テーブル・椅子・テレビ・文机等を安全面に配慮し設置している。家族の写真・遺影・愛読書・日記・ぬいぐるみ・目覚まし時計等を利用者のわかりやすい場所に置き、利用者がほっとする居室となっている。清掃は職員と一緒にいき清潔保持に努めている。	
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	歩行や移動の妨げにならないよう、お一人お一人の状況に合わせて工夫をしています		

(別紙4(2))

事業所名: グループホーム寄居

## 目標達成計画

作成日: 平成 29 年 5 月 1 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	36	面会簿は個人毎に記録されているため個人情報保護がなされていない	面会カード作成	面会毎に記入のできるカードを作成します	1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。