

### 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	0873400352		
法人名	社会福祉法人保内園		
事業所名	グループホームのどか (沓番館)		
所在地	茨城県久慈郡大子町矢田1403-1		
自己評価作成日	平成29年12月6日	評価結果市町村受理日	平成30年5月21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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=strue&amp;JizvsoyoCd=0873400352-09&amp;PreTCd=08&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=strue&amp;JizvsoyoCd=0873400352-09&amp;PreTCd=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3月23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)】**

当グループホームは田園地帯の中の住宅地にあり、四季の移ろいを体いっぱい感じるこのことのできる恵まれた環境の中で、「ここに入居してよかった」と心から感じていただけるグループホームを作ろうと職員一同頑張っています。この姿勢は開設当初から一貫して変わりません。それには居心地の良い家庭を作ること。一番心がけているのは家庭的な雰囲気づくりです。家庭的とは設備や調度品ばかりでなく、最も大切なのは温かな人間関係にあると私たちは考えます。入居者から信頼され心からの笑顔を見せてくれたとき大きな喜びを感じる職員、共に笑い共に涙する心優しい職員が揃っています。そんな職員たちがいる温かい家庭が私たちのグループホームです。なお、平成15年4月に1ユニット(沓番館:定員9人)で開設した当事業所は、平成24年5月に1ユニット(沓番館:定員9人)増設し、現在は計2ユニット(定員18人)になりました。

**【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)】**

平屋の当ホームは、自然の四季の移り変わりが体感できる。母体法人は養護老人ホームとしてのキャリアが40年以上続き、地域に根ざしている。先代の理事長が、グループホームを見学し、ホームの意義を認識して開設となった。ホーム長はそれを受け継ぎ、今では後継者も見据えた実務にあたり、職員は確実に育っている。人員不足はあるが、お互いに助け合うチームワークのよさがうかがわれる。防災サポーター支援は、定年退職された方たちが登録している。運営推進委員の方々の声掛けで自発的に登録、避難訓練にも参加協力してくれる。毎月第3土曜日にはファミリーデーを設け、家族と一緒にホームの食事をしてもらう。来所のついでに外出したり、家族がホームに来るきっかけ作りになっている。

**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、活き活きと働けている (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している (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
<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	地域との関係性と認知症ケアのあり方を示した開設当初からの理念を大切にしている。ミーティングで理念を復誦し理解を深めるとともに、日々の業務に反映、実践するよう努めている。	開設当初からの理念を8つの項目に分けて、具体的わかりやすくしたものを掲示している。毎朝ミーティングで唱和しているが、職員は仕事の始まりと気持ちを切り替えられるという。特別のものではなく、ごく当たり前のこととして捉えている。	
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	地元幼稚園の運動会・発表会の招待やホームにも園児が訪れる。母体施設と共同で実施する盆踊り・運動会は、老人会・子供たち・ボランティア等の地域住民が多数参加する。近隣住民の防災サポーター支援も得ている。	幼稚園自体も交流の場と位置付け、招待されたり招いたり、お互いが行き来して交流を深めている。母体施設での共同イベントには、地域の方や親子連れのボランティアなど多数の参加がある。大ホールに櫓を組んで盆踊り、浴衣に着替えて楽しむ姿が見られる。イベント参加の呼びかけは、社会福祉協議会を通じて行う。	
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	実習や職場体験、視察研修、見学等の受け入れをとおして、認知症や認知症の方との接し方等について理解を深めていただいている。		
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	年間計画に基づき、2ヶ月に1回開催している。利用者に関する活動内容、職員に関する活動内容、利用者の状態等を報告するとともに、評価結果についても報告し、いただいた意見をサービスに反映するよう努めている。	運営推進会議運営規定があり、年間計画に基づき開催している。主な内容はホームでの活動報告や利用者の日頃の様子などである。ホームとしての新たな課題についても話し合われる。	
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取り組んでいる	利用者の暮らしぶりや状況を伝えるとともに町からは福祉行政等についての情報をいただいで活用している。運営推進会議にも町福祉課職員が参加、情報交換している。	市町村とは運営推進会議の中で意見交換をしている。ユニットを増築する際は手続き等いろいろな大変だったが、丁寧に相談にのってもらった。利用者の状態も落ち着き、今は相談件数も減ってきている。	
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	身体拘束についての勉強会を通して職員の共通理解を図るとともに、虐待防止マニュアル、行動指針を設け取り組んでいる。ご家族にも自由な暮らしの重要性について理解を得るよう努めている。	拘束に当たるような行為は今までにはなかったと思うが、身体拘束防止の指針を作成した。利用者と職員の間には上下関係ができることが拘束・虐待の始まりと考え、人間の心に潜んでいることを自覚し、一人で抱えないようにと発信している。基本的に玄関の施錠はしないが、門扉には防犯上のセンサーがある。	

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
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	高齢者虐待防止法、公益通報者保護法に関する勉強会を実施し、関連法の理解と防止に努めている。虐待の報道があるときは、当事業所に照らして考え、振り返るようにしている。		
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	関連制度のファイルを常備すると共に勉強会を開き理解を深めている。自立支援事業や成年後見の関係者と話し合い、必要な方には制度を活用していただくようにしている。		
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	契約書、重要事項説明書等で入居や解約に関わる内容や運営理念、苦情解決の方法等について説明し、利用者やご家族等の理解を得よう努めている。解約時は退居後の生活に関する相談にも応じている。		
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	意見箱の設置したり、毎月利用者ごとの「生活の様子」報告書を家族へ送付し、日頃の暮らしぶりを伝え、意見・要望を募っている。家族の来訪時や毎月開催の家族ふれあいデー等で気軽に意見を言える雰囲気と機会を設けている。	利用者ひとりひとりの生活の様子を1か月毎にまとめている。健康状態、食事、排泄、入浴、整容、体重、受診状況、面会者、イベントへの参加状況など詳細に記録されている。ひと目で生活ぶりが把握できる。同時にモニタリングにも活用でき、家族にも喜ばれている。	
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	職員の意見や提案をいつでも傾聴する姿勢でいる。行事の企画やボランティアの導入・休憩時間の見直しによる職員の負担軽減等、よい意見や提案は日々の運営に反映させている。	給料の問題やシフトのことなど、気軽に話し合える雰囲気がある。職員のそれぞれの生活事情も勘案し、話し合いながら決めていく。お互いの立場を職員同士がわかりあう、チームワークの取れた職場であるという。昼休みとしての時間がとれていないのが気になるが、職員からの意見が出されていないので、今後の検討事項としている。	
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	職員の疲労やストレスに配慮した休憩室や休憩時間の確保、給与の待遇改善等を行っている。		
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	外部研修に参加するとともに毎月の内部勉強会や日々の業務の中でも知識や技術を身につけられるよう努めている。資格取得支援制度を設けている。		

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
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	以前、同業者の相互訪問を実施した。今後も機会を設けたい。		
<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	入居前の訪問では、雑談をまじえながら本人の思いをじっくり聞くようにしている。ホームへ持ち込む品物なども本人の希望を聞いている。		
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	入居前の自宅訪問やホーム来訪時・電話で家族等の話を聞いている。ホームでの暮らしを詳しく説明して不安を解消していただいたり、家族の要望で入居日を調整したり、家族へ入居後の協力を依頼したり、双方の思っていることを出し合うようにしている。		
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	本人・家族の実情や必要性、緊急性を見極め、当方以外のサービスを紹介したり、居宅介護支援事業所のケアマネージャーに繋いだり柔軟な対応をしている。		
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	時季の行事やしきたり、ホームの畑では農作業の進め方など暮らしの中で職員が利用者から聞いて学ぶ機会が多い。		
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	家族が来やすく話しかけやすい雰囲気作りを大切にしている。皆で昼食を共にする毎月の家族ふれあいデーの開催やホーム便り等は家族と職員が一体となって本人を支えていく上で大切なアイテムになっている。		
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	気軽に来訪できる雰囲気づくりに努めている。かかりつけの理髪店や美容院に行っていたいたり、馴染みの商店や菩提寺の訪問に付き添ったり、家族の協力を得て自宅や親戚、友人宅の訪問をしていただいている。	利用開始当初は友人が訪ねてきたが、時間の経過とともに遠のいてきている。理容室、美容室の方がお店までの送迎をしてくれる。彼岸の墓参りやお盆の線香あげに付き添う。家族の協力で自宅に行ったり、友人宅へ連れて行ってもらうこともある。位牌を持参して、自宅と同じように毎日お茶や水を供えている方もいる。	

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
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	孤立しがちな利用者や関係が悪化しそうな利用者 は、職員が他の利用者との仲を取り持っている。 家事や畑仕事、行事、レクレーション等で利用者 同士が共にを関わり合い、支え合える機会を設け るようにしている。		
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	退居後も継続的な関わりを大切にしている。 退居された利用者を自宅や入院先に訪ね様 子を伺ったり、本人や家族の相談に応じるよ うにしている。		
<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	本人からの聞き取りや日常の様子を行動記 録表に記録することで、本人の意向や思いを 汲み取り、本人本位で検討している。	日常生活の中で、行動記録も参考にしている。 ホームに馴染めず頻りに散歩する方に、その都 度付き添っていたが、ホームでの役割を作るこ とで落ち着いた。その方は職員の行動を見なが ら、掃除したり洗濯物をたたむようになった。ホ ームに必要な人としての意識付けは、積み重ね しかないと考えている。	
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	入居前の訪問や家族や本人、居宅介護支援 事業所の担当ケアマネジャー等から生活 歴、生活の様子、家庭状況、サービス利用状 況等の情報をいただいて把握に努めている。		
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	入居時に家族や本人から一日の様子や身体 状況、認知症の発症経過等の情報をいただ いたり、健康診断書で把握している。		
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	本人や家族からいただいた情報、生活の様 子などから本人がより良く暮らすための課題 を明らかにしている。家族からの要望や本 人、関係者の意向も汲んだ介護計画となるよ う努めている。	職員や家族からの情報を基に、ホーム長(有資格 者)が作成している。課題や目標、支援内容の欄 に、評価の記録をしている。評価のチェック項 目は作らず、行動記録や職員からの聞き取りで まとめている。子供だけでなく、姪御さんの協 力もプランに組み込まれている方もいる。	
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	日々の様子やケアの実践・結果等は個別の 行動記録表、健康管理ノート、バイタルチェ ック表等に記録し、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。		

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
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	母体施設との共同開催行事への参加などのサービスが利用できる。本人、ご家族の状況により病院への通院や理髪店、墓参りへの付き添いや送迎等の支援をしている。		
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	地元社協の紹介でボランティアに来ていただいている。馴染みの理美容室の方に送迎をお願いしたり、商店や菩提寺等に引き続き対応を依頼したりしている。警察、消防へも情報を伝え協力していただいている。		
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	できるだけ入居前のかかりつけ医が継続受診できるようにしている。現在は二つの医療機関でそれぞれ週1回往診があるとともに、地元の精神科医の受診もでき、心身の変化に適切な対応をしていただいている。	以前からのかかりつけ医の受審継続のため、2か所の医療機関が往診に入っている。夜間、救急の受け入れ体制もできている。精神科は外来診療のみの病院だが、認知症に関する内服薬の微調整をしてもらえるので助かっている。歯科は通院で対応している。	
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	隣接の母体施設看護師や往診担当看護師に情報や気づきを伝えて相談し、日頃の健康管理や適切な医療を受けるための助言や指導をいただいている。		
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。	日頃の往診時等から医師、看護師との情報交換や相談に努めている。入院後も定期的に入院先を訪問し、病院関係者から経過説明等の情報を得て早期退院と退院後の受け入れ環境を整えるようにしている。		
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、事業所の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	ホームとして看取りはしない方針であるが、「終末期ケア対応指針」を定め、重度化した場合の対応や事業所としてできることできないことについて入居時等に本人・家族に説明している。	介護職員として対応できる範囲でのケアということから、看取りはしない方針だが、看取りに向けた指針があり、時期については医師の判断となっている。往診医はホームの職員の力量を把握しているため、適切な判断をもらえる。病院や老人保健施設など、移転先まで連絡をしてくれる。	
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	消防署員による救急法講習会に毎年参加している。内部研修で定期的に応急手当や初期対応の訓練を行っている。		

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
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	消防計画、非常災害対策計画を定めるとともに、日頃から緊急時の避難経路や対応を確認。定期的な避難訓練を実施し、年一回は消防署員の立会いを得ている。地域の方が防災サポーターとして登録、一緒に避難訓練も実施している。	消防署立ち合いの避難訓練では、いろいろなアドバイスもらった。火災の場合は玄関の扉は閉める、消火器は逃げながら両手に持つ、など参考になった。火災報知器と通報装置は連動していて、非常ボタンを押すと、職員の連絡網の電話に自動的につながるようになっていて、自然災害では水害の可能性あり、土手のかさ上げ工事終了後に再考が必要となる。	
<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	職員は、利用者の尊厳とプライバシーの守り手としての意識を持ち、利用者丁寧に接している。食事・入浴・排泄等のケアや暮らしの中でのさまざまな場面において、自分たちの態度や言葉遣い、対応の仕方に気をつけている。	人生の先輩として敬意を持って接するが基本的な考え方となっている。排泄行為や更衣の時は、本人の羞恥心と周囲の目があることを意識している。また、その場にふさわしい言葉かけを心掛けている。	
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	着替えの介助で好きな衣服を選んでいただいたり、利用者の献立作りへの参画や外食や喫茶で好きなメニューを選んだり、暮らしの中に自己決定の場面を用意している。日頃から職員の一方的なお仕着せになっていないか注意している。		
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、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	職員の都合で無理強いすることのないよう、利用者の個々の希望に沿って臨機に対応している。本人の希望で散歩や買い物に出かけたり、ゆっくり部屋で本を読んだりテレビを見たり、思い思いに過ごす時間を大切にしている。		
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	できるだけその日の衣服は本人に選んでいただくようにしている。出張理髪も利用できるが、希望があれば街の理髪店や美容院へお連れしている。		
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	献立に利用者の希望を取り入れたり、利用者の力量に応じて、食材の買い物・食事作り・配膳・後片付けを職員と一緒にしている。	スーパーの広告を見ながら毎日買い出しに行く。誕生日はお好み献立、刺身、赤飯など。隣の畑やご近所から野菜が届くこともある。調理のにおいや生活音から暮らしを感じることができる。ホームの畑の野菜も収穫できるが、利用者の作業能力の低下もあり、近所の方に耕してもらっている。利用者にはその道の達人がいるので、肥料のことなど指導を仰ぎながらお願いしている。	

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
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	本人の体調や嗜好、嚥下により、別メニューや食べやすいもの飲みやすいものに調理したり、栄養補助食品も活用している。入浴後の水分補給など、必要な栄養・水分の確保に努めている。		
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、一人ひとりの力量に応じて声かけ、見守り、介助により口腔ケアをしている。義歯は毎日、洗浄剤で清潔にしている。		
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	排泄チェック表で排泄パターンを把握している。トイレ声かけ又は誘導、夜間のポータブルトイレの利用、リハビリパンツ・パッドの活用で個々の力に応じた支援をしている。	トイレでの排泄が基本となっている。失禁が増えた場合には、失禁前のトイレ誘導のタイミングを全体で共有する。ポータブルトイレ使用者には移乗の介助が必要となり、夜間はベッドサイドにセンサーマットを置き、すぐに対応できるようにしている。	
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	水分補給とともに便秘予防のための献立を取り入れている。散歩や体操で身体を動かすようにしていただいている。便秘があれば医師に繋いでいる。		
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	入浴の機会を毎日設けることで、無理強いすることなく本人の希望や体調に合わせた入浴ができるようにしている。	今日は入りたくなくても、いつでも気が向いたら入れるように準備をして置く。毎日入浴する方もいる。	
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	ベッドが合わない方には蒲団で寝ていただいたり、明かりやテレビがついていると安心して入眠できる方にはそうしていただいている。昼寝も一人ひとりの習慣や体調に応じていただいている。		
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	利用者ごとに「薬の説明書」ファイルを作っている。薬は個別のケースに入れて管理し、力量に応じた服薬支援をしている。症状の変化を把握し、医師や看護師に伝えている。		



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
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	掃除・洗濯・調理・裁縫等の家事のほか野菜作り・ガーデニング・新聞・読書・カラオケ・テレビ・買い物・ドライブ・カメラ等、一人ひとりの趣味や経験に応じた活動ができる機会を設けている。		
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	希望にそって前庭に出たり、近辺の散歩に出かけている。買い物・ドライブ・外食・喫茶・ピクニック等、戸外へ出る機会を多く設けている。家族と自宅・外食・墓参等に出かける方も多い。	公用車が3台あり、日程を決めずに突然の外出にも対応できる。気分転換にドライブに出かけることもあるが、敷地周辺には、いくつかの散歩コースがあり、車の往来もなく安心して散歩できる。	
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	本人の希望や力に応じて、お金を所持していただいたり、本人が衣服や菓子などを買う機会を設けている。		
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	子機を使って自室から電話していただいたり、手紙や年賀状の代筆をしたりしている。		
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	窓から差し込む強い日差しを遮光シール・カフェカーテン・よしず・朝顔で作った緑のカーテンで遮った。食事に集中できるようテレビを消すようにしている。のれんを台所や居室の入口に下げたり季節の花を飾っている。空気清浄機の設置や芳香剤を各所に置き、匂いにも配慮している。	その人が落ち着ける居場所を設けている。コタツが設置されていて、指定席があり、食後にコタツを囲んで談笑している様子が見られた。利用者の状態に応じた居場所作りに配慮している。廊下にタオルを干して保湿をする工夫がされていた。	
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	畳敷きの中央にコタツを置き、ゆったり過ごせる居間がある。外回りでは、庭や玄関に椅子・ベンチを各所に配置し、居場所の確保に努めている。		
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	本人や家族に入居前の馴染みの物品の持ち込みを勧めている。椅子・鏡台・タンス・仏壇・壁飾り・写真・時計・置き物等、一人ひとりが思い思いの品を居室に置いて過ごしている。	利用者によっては、散らかっているほうが落ち着く場合もある。スタッフの目線で整頓したら不穏になった例があり、出来るだけ自宅と同じ状態にするよう心掛けている。居室にテーブルと湯のみを置き、家族と一緒にお茶をのみながら過ごすこともある。表彰状を飾っている方もいた。湯呑、箸など食器は馴染みのものを持参している。	

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
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	入居者の状態に合わせ、新たな手すりや移動用バーを設置したり、居間のふちの傾斜部に滑り止めを貼付した。玄関に靴はきかえようの椅子を置いた。トイレの案内表示も利用者の目線に合わせて移動したり、床面にも貼付したり工夫している。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホームのどか

## 目標達成計画

作成日: 平成30年5月19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	35	夜間を想定した避難訓練が十分とは言えない。	全職員が夜間でも利用者が避難できる方法を身につけておく。	・対応マニュアルの理解 ・夜間想定訓練の実施	3ヶ月
2	33	重度化した場合の住み替えや入院が長期になる場合の退居に関する事業所の対応や方針は、「重度化対応・終末期ケア対応指針」等により本人・家族に説明しているが、入院期間の目安等の具体的内容については口頭での説明にとどまっている。	住み替えや退居になる場合の具体的内容を明文化したもので説明し、本人・家族の理解を得ておく。	これまで口頭で説明していたことも明文化し、記載内容の充実を図る。	3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、行を挿入して下さい。