

### 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   | 0873800718       |            |               |
| 法人名     | 株式会社モデンナ・ケアサービス  |            |               |
| 事業所名    | グループホームわかぐり      | ユニット名(     | 1F )          |
| 所在地     | 茨城県稲敷郡阿見町鈴木136-3 |            |               |
| 自己評価作成日 | 令和 1年 10月 1日     | 評価結果市町村受理日 | 令和 1年 12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 [http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action\\_kouhyou\\_detail\\_022\\_kihon=true&JigyosyoCd=0873800718-00&ServiceCd=320](http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kihon=true&JigyosyoCd=0873800718-00&ServiceCd=320)

**【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 | 令和元年11月13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)】**

家庭的な環境のもと身体的にも精神的にも拘束を受けない安心した日常生活を送ることができるように支援しています。敷地内に自家菜園があり、目で楽しんだり収穫を利用者とともにしています。毎年地域のお祭りに参加したり、主催の納涼祭に地域の方々にも来て頂いて交流に取り組んでいます。併設施設に看護師がいるので医療面での相談が気軽にできます。

**【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)】**

事業所は住宅地の中に位置し、地域との交流も盛んである。施設長は、利用者や家族に「この施設に入って良かった。」と思われる事業所にしたいと考えている。管理者は、「職員が楽しんで笑顔でいることが利用者の笑顔につながる。」と考え、職員同士のコミュニケーションを大切にしている。職員は、利用者を人生の先輩として尊重し、利用者がそれぞれのペースで自由に安心して生活できるよう支援している。1階のフロア続きに併設している有料老人ホームの看護師が日常の健康管理と緊急時に24時間対応できる体制を築いている他、入浴困難な利用者は有料老人ホームの機械浴を利用できる体制となっている。

**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<br>↓該当するものに○印  | 項目  | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印   |
|--|--|---|---|
| 56<br>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<br>(参考項目:23,24,25)       | ○ 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<br>4. ほとんど掴んでいない  | 63<br>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<br>(参考項目:9,10,19)   | ○ 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>4. ほとんどできていない    |
| 57<br>利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:18,38)             | ○ 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>4. ほとんどない                 | 64<br>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<br>(参考項目:2,20)                     | ○ 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>4. ほとんどない                  |
| 58<br>利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている<br>(参考項目:38)                   | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない   | 65<br>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<br>(参考項目:4) | ○ 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くいない           |
| 59<br>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<br>(参考項目:36,37)    | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない   | 66<br>職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○ 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない       |
| 60<br>利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている<br>(参考項目:49)                  | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>○ 3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない | 67<br>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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |
| 61<br>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<br>(参考項目:30,31)         | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない   | 68<br>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<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>4. ほとんどできていない |
| 62<br>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、安心して暮らせている<br>(参考項目:28) | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>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  | 各職員の名札の裏に、当施設の理念を印刷していつでも確認できるようにしている。また、ホールの目立つ所に掲示して、理念を共有化して実践している。グループホームの運営理念を作り、スタッフルームに掲示して実践している。 | 食堂兼居間と廊下の壁・スタッフルームに掲示するとともに、毎月のユニット会議と全体会議で確認し、名札の裏にコピーを入れ、職員各自で確認している。   |                   |
| 2                  | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>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  | 地域の行事(毎月のリサイクル活動等)に参加し当施設の納涼祭にも参加していただいている。近所に公園もあるので散歩に行った時など挨拶をしたり、子供達と話をしたりしている。地区の夏祭りや敬老会にも参加している。    | 散歩時に地域の人と挨拶を交わしている。地域の夏祭りに参加するとともに、秋祭りに子ども神輿が敷地内に来て、利用者がお菓子を配っている。地域の敬老会に事業所職員のソーラン隊が参加して盛り上げている。事業所の納涼祭に地域の人を招待している。 |                   |
| 3                  |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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  | 日中は施設を開放していつでも見学できる体制をとっている。また、地域の小中学生の体験学習受入の協力体制をしている。また、地域の夏祭りや清掃活動に参加することで、地域住民との交流を図っている。            |   |                   |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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                                     | 二か月に一度、運営推進会議を行い、入居者状況活動状況・事故報告などをし参加者から意見を活かし、見直しや改善点を報告している。地区の回覧板が月に一度回ってくることで、地域との交流が深まっている。          | 家族等の代表や町職員、民生委員等が参加して定期的に開催している。事業所からの報告や課題について、委員とともに話し合っている。町職員が欠席の回があった。   | 町職員の毎回の参加を期待する。   |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>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   | 職員が市町村に定期的に訪問したり、運営推進会議にて高齢福祉課職員に相談や助言を仰ぎ施設の発展に協力していただいている。   | 運営本部や管理者が要介護認定更新時に町を訪問し、運営推進会議の案内を手渡ししている。3ヶ月に1回ケアマネ会に参加し、情報交換している。   |                   |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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 | 身体拘束廃止を図る為、勉強会や委員会等で廃止に向けて実施している。利用者に対して常に目配り声掛けし入口に鍵はかけてない。ただし、居室の窓の開閉については、制限している。拘束をする場合所定の手続きをふんでいます。 | 身体拘束を行わない方針を運営規程、契約書に明記している。身体拘束廃止に関する指針、身体拘束理念を作成し、月1回委員会を開催している。やむを得ず身体拘束をする場合の書類一式の整備がされている。                       |                   |
| 7                  |     | ○虐待の防止の徹底<br>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                                     | 虐待防止を図る為、勉強会を実施している。利用者の訴えや、身体状況の観察等、カンファレンスで検討している。  |   |                   |

| 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 |
| 8  |     | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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    | 日常生活自立支援事業や成年後見制度の利用の入居者がいるので身近に感じている。また勉強会に参加する機会をもうけています。   |  |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>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・解約・改定等の際は、運営規定や重要事項説明書をわかりやすく説明し随時質問や疑問点に答え不安の解消に努めている。  |  |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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                     | 苦情が寄せられた場合には、職員間で話し合いサービス改善に繋げている。また、運営推進会議では、ご家族より意見・要望を聞き面会時に直接不都合なことがあるかお聞きしている。また、意見箱を設置し意見を聞く環境も整えている。 | 意見箱を設置するとともに、面会時に声掛けをして意見を聴くようにしている。家族等から出た意見は、カンファレンスで話し合い、結果を家族等に報告している。             |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                      | 意見や提案が出る都度、カンファレンスを行っている。また、管理者は職員が話しやすい環境に努め常に声掛けを行っている。   | 日頃から話しやすい雰囲気づくりに努めるとともに、職員会議時に意見や要望を聴いている。職員からは、畑作りの再開や町で行っている「花いっぱい運動」への参加などの意見が出ている。 |                   |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>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      | 法人代表者は、月1回の施設長会議で職員個々の状況把握に努めている。また、把握できないことについては、施設長が報告を行う体制を整備している。                                       |  |                   |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<br>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         | スタッフの段階に応じた研修に参加させている。また、定期的な勉強会も行っている。   |  |                   |
| 14 |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | 最近では活動がありません。阿見町ケアマネ会には出席す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 |
| <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<br>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 | 相談から利用に至るまで、利用者及び家族が可能な限り短時間の面接を行い不安な事・求めている事を把握し受け止める努力をしている。また、センター方式を活用し、施設生活が始まってからも、聞き取りをし情報共有に取り組んでいる。 |   |                   |
| 16                         |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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            | 管理者や職員は、家族とのコミュニケーションを大事にしており、事前に家族と話す機会を設けるため、電話や来所時に利用者の生活状況を聞き取っている。                                      |   |                   |
| 17                         |     | ○初期対応の見極めと支援<br>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        | 管理者は、施設ケアマネと連携を図り利用者と家族にとって最良のサービスを提供できるよう相談援助を行っている。  |   |                   |
| 18                         |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>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                        | 職員・入居者がリネン交換や、掃除、洗濯物畳み傾聴する等尊敬の気持ちを忘れないよう対応している。  |   |                   |
| 19                         |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>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         | 日常の変化にも随時、連絡をとりお伝えしながら面会時には必ず家族の方に話しかけるよう心掛けている。   |   |                   |
| 20                         | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                     | 入所しても自宅で生活しているという意識を持っていただけるよう、手紙の代筆やいつでも電話できる状況であり、馴染の人の面会は、いつでもできるようにしている。                                 | 入所時の生活歴や家族の話から、フェイスシートや日々の関わりの中から把握している。職員はケース記録にて共有している。面会時にお茶を出したり、電話の取次ぎをして関係が継続できるよう支援している。 |                   |
| 21                         |     | ○利用者同士の関係の支援<br>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                  | 利用者間の橋渡しになれるよう職員が機能し、利用者の性格に合わせた席替えをしたり話題を提供するなど環境作りに努めている。トラブルがあった時には、随時、利用者の話を傾聴して解決をしている。                 |   |                   |

| 自己                                 | 外部   | 項目   | 外部評価  |   |
|------------------------------------|------|--|---|---|
|                                    |      |  | 自己評価<br>実践状況  | 実践状況<br>次のステップに向けて期待したい内容   |
| 22                                 |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>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                    | 契約終了後も電話、来所、訪問等により家族の相談等も受ける体制を整えている。   |   |
| <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<br>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   | こちらからの押しつけはせず、自分で決めたり希望を表したりすることが出来るよう働きかけている。また、意思疎通の難しい利用者においてはご家族より、聞き取りをして日々理解できるよう努めている。   | 利用者との日常の関わりや会話、表情、仕草を通じて希望や意向を聴いている。聞き取った情報はフェイスシートや業務日誌やケース記録にて共有しているほか、申し送りノートにて共有している。 |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                                       | 入居者の生活歴や経験などを日々生活に反映させている。センター方式を活用し、ご利用者の情報や、ご家族の要望等を聞き入れていけるように取り組んでいる。看護サマリー等を個人ファイルで整理している。 |   |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>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   | 毎日様子観察を行い、個別のケース記録・介護日誌に日々の生活の様子、体調変化等を記録している。申し送りノートやメモ等に要約しミニカンファレンスを行っている。                   |   |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | 毎日の様子観察を行い、問題点についてカンファレンスや利用者に話を聞いたりしながら、対応策の検討を行いケアプランを作成している。必要な場合は、家族に相談しながら行っている。           | 家族等や利用者の意向を基に、職員で話し合いプランを作成している。毎月モニタリングを行い、基本1年で見直しを行っているが、利用者の状態に変化があれば随時見直しを行っている。     |
| 27                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | 温度版の下にケアプランの実行状況・改善点の記入欄を設け、職員全員が状況に即して計画の見直しや新たな計画を作成している。                                     |   |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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               | 本部職員や有料施設の看護師等の協力を得ながら、状況に応じマンツーマンで対応できるなど柔軟な支援をしている。   |   |

| 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                                      |
| 29 |      | ○地域資源との協働<br>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                                      | 地域の方々やボランティアなどに協力を得ながら暮らしを楽しんでいる。  |  |  |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>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                                  | 利用者かかりつけ病院(医院)へ継続して通院できるようにしている。提携病院も利用している。また、併設の有料老人ホームに看護師が常駐しているため、緊急時には対応できる体制が整っている。               | 希望するかかりつけ医への受診が可能なことを契約時に説明している。協力医療機関の医師による訪問診療が月2回ある。毎日、併設の老人ホームの看護師が様子を見に来てくれる。24時間体制で連絡可能となっている。 |  |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>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                          | 併設している有料老人ホーム看護師の協力を得て、日常の健康管理を行っている。毎朝、看護師に利用者の状況を申し送り相談や指示をもらっている。                                     |  |  |
| 32 |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | 週1~2回、併設している有料老人ホームの看護師と面会し、入院中の状況把握に努めている。また、早期退院のための話し合いや協力を得られるようにしている。                               |  |  |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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  | 併設している有料老人ホームの看護師から助言を受け、本人や家族の意向を尊重し、主治医と相談しながら方針を決めている。また、訪問診療の導入をしましたが、施設としては看取りはしない方針ですが、個別に対応しています。 | 重度化や看取りに関する同意書があり、延命処置に関する意思表示ができる。契約時に説明し、同意を得ている。併設施設の看護師頼りとなっており、職員が対応できるマニュアルを作成するまでには至っていない。    | 重度化や看取りに関するマニュアルの作成を期待する。                              |
| 34 |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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  | 緊急時対応マニュアルを作成し、救命救急の受講などに参加している。応急手当などは看護師に相談して対応している。   |  |  |
| 35 | (13) | ○災害対策<br>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、避難訓練を実施している。また、運営推進会議で地域との協力体制についてより深めていきたい。   | 夜間想定を含む避難訓練を行っている。隣接施設と合同でFIG訓練を行っている。近隣住民へは、シュミレーション訓練のため声掛けは行っていない。                                | 地域住民への参加協力の呼びかけを行うとともに、シュミレーション訓練のみではなく実践訓練を行うことを期待する。 |

| 自己                               | 外部   | 項目   | 外部評価   |   |
|----------------------------------|------|--|--|---|
|                                  |      |  | 自己評価<br>実践状況   | 実践状況<br>次のステップに向けて期待したい内容   |
| <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<br>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                   | 利用者の一人ひとり人格を尊重し、本人の思っている現実を否定する事なく会話をすることを心がけている。  | 管理者や職員は利用者に対する言葉遣いに配慮しており、利用者の立場に立って対応している。書類は事務所の鍵のかかる棚に保管されており、契約書に守秘義務についての記載がある。職員は入社時に誓約書を書いている。 |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                     | 職員側の押しつけでなく、行きたい場所・食べたい物を選択してもらいできるだけ実現できるようにしている。(散歩・外食・出前等)                            |   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | 声掛けを行い、応じない場合は無理せず様子を見るようにしている。また、利用者主体のその人らしさを重視したケアができるように心がけている。                      |   |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                  | 季節・気温・外出・日常など、その時々に応じたおしゃれが出来るように支援している。月1回の移動美容室を利用できるようにしている。                          |   |
| 40                               | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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     | 食事は業者に委託しており献立は決まっているが、行事やおやつ時に利用者の希望を把握するように努めている。準備や片付けは、出来る利用者様に職員と協力しながら手伝っていただいている。 | 利用者の好物や苦手な物を踏まえた献立の工夫をしている。食材が業者から届き、職員が調理している。利用者はそれぞれの能力に合わせた手伝いを行っている。                             |
| 41                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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          | 個々の利用者の食事摂取量や、水分の状況をチェックし把握している。好みの飲み物などを伺い摂取しやすく対応しています。                                |   |
| 42                               |      | ○口腔内の清潔保持<br>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、声掛けし口腔ケアを行っているので利用者は習慣づいている。1日おきに入歯洗浄剤で洗浄している。                                       |   |

| 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 |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援<br>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                              | 利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、個々のパターンに沿った声掛け・トイレ誘導を行っている。また、オムツを外す取り組みを行い自立に向けた支援を行っている。                             | 排泄チェック表からひとり一人の排泄パターンを把握して、原則トイレ誘導して排泄の自立を支援している。夜間ポータブルトイレを使用するなど、トイレでの排泄を促している。           |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>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  | 水分や乳製品をなるべく摂取するようにしている。また、天気の良い日はスタッフと施設の回りを散歩したりゴミ捨てに行ったり、毎日体を動かせる体操をしている。                                |   |                   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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                        | 毎日声掛けを行い、本人の希望に合わせて入浴している。入浴拒否の多い方には、人や時間を変えて声掛けをして入浴の楽しさをわかってもらうよう支援している。一般浴困難な利用者は併設の有料老人ホームの機械浴で対応している。 | 基本は毎日お風呂を沸かし、利用者の希望に沿って入浴している。隣接の老人ホームでの機械浴は週2～3回、午後からとなっている。菖蒲湯やゆず湯を取り入れて入浴が楽しみとなる工夫をしている。 |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>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   | 散歩やレクリエーションの活動によって昼夜逆転しないよう心掛けている。また、ご本人の訴えや話をよく聞き不安の解消に努め、安心して眠っていただけるよう努力している。居室への出入りも自由に休息も自由にできる。      |   |                   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>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  | ケース記録ファイルに服薬説明書をファイルし目的や注意点に配慮している。服薬介助時には、日付・名前の確認をし誤薬等の事故防止に注意している。                                      |   |                   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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                             | 食事の配膳や食事後の後片付け、洗濯たみ・ゴミ捨て、買い物など行っている。カラオケなどの個々の楽しみを支援している。また、定期的に意見を聞き、ご本人の負担にならないよう役割を決めて行っていたいしている。       |   |                   |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>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 | 他フロア入居者との交流を交えた外出も行っている。近隣に季節の花を摘みに行ったり、初詣、花見等の外出等もした。施設外周の散歩も天気の良い日には行っている。                               | 敷地内や近隣を散歩している。職員とドライブを兼ねて買い物に出かけることもある。花見や初詣、季節に合わせて様々なところへ出かけている。車いすの利用者も一緒にリフト車で出かけている。   |                   |

| 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 |
| 50 |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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  | 入居者の金銭管理は、家族との取り決めた方法で行っており出納を報告している。   |  |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>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   | 家族などの関わりなどに考慮し支援している。手紙の代筆や、いつでも電話できる状況である。ご本人やご家族の希望によっては携帯電話を所持することも可能です。今のところ携帯電話を所持しているご利用者はいません。 |  |                   |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | ホール等には、季節ごとの飾りなどで居心地良く過ごせるよう心掛けています。行事の写真なども掲示して雰囲気作りに工夫をしています。                                       | リビングには季節の花や利用者が行事を楽しむ写真、利用者が作成した水彩画や塗り絵などの作品が飾られている。空気の入換えや掃除など、環境整備に努めている。冬場はテレビの前に炬燵を出して利用者が寛いでいる。 |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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  | ホールにソファを置いたり、本(雑誌等)を備えたり、入居者が自由に過ごせるようにしている。  |  |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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  | 家で使用していた家具などを持ってきてもらい家にいた時と同じような雰囲気作りをしている。入居の際、各自の使い慣れた家具等の持ち込みが可能であることの説明を行っている。                    | 和室でベットか布団の使用を選ぶことができる。入居時に利用者の馴染みの品を持ち込んで欲しいと話し、それぞれに使い慣れた家具などを持ち込んでいる。                              |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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   | 居室の表札やトイレ・お風呂の表示にも配慮している。ユニット内の手すりの設置、浴室内の滑り止めマット等利用者に合わせて使用している。                                     |  |                   |

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 グループホームわかぐり

作成日 令和 1年12月24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   | 重度化や看取りに対して併設施設の看護師頼りとなり、職員が対応できる支援体制やマニュアル作成ができていない。 | 重度化や看取りに対応できる支援体制やマニュアルを作成する。 | 重度化や看取りに関するマニュアルを作成し研修会を実施する。     | 6ヶ月        |
| 2        | 35   | 地域住民参加による実践訓練ができていない。                                 | 地域住民への参加協力を呼びかけ実践訓練を行う。       | 運営推進会議などで、区長、民生委員に協力を呼びかけ実践訓練を行う。 | 6ヶ月        |
| 3        |      |   |                               |                                   | 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。