

### 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	0870300878		
法人名	有限会社ケア・コンフィデンス		
事業所名	グループホームしょうわ家族(亀ユニット)		
所在地	茨城県土浦市荒川本郷218-173		
自己評価作成日	平成30年10月1日	評価結果市町村受理日	平成31年4月5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.kaisokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhou_detail_2011_022_kani=true&amp;JivvosvoCd=0870300878-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022">http://www.kaisokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhou_detail_2011_022_kani=true&amp;JivvosvoCd=0870300878-00&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東4637-2
訪問調査日	平成30年11月9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)】**

家庭的な雰囲気の中で、利用者の保有能力に応じて、ごみ捨て、掃除、洗濯など時間がかかってもできることを見つけて、利用者の居場所作りに努めている。玄関からの出入りは自由にできるため散歩や外気浴を利用者本位で行うことができる。事業所の敷地内で育てた野菜や果物を収穫して旬を味わい、季節に応じた行事(初詣、節分、雑祭り、夏祭り、お月見、運動会、芋煮など)を取り入れている。利用者の高齢に伴い看取り支援や医療連携も積極的に行い、重度化防止や多職種連携ができる体制を確保している。

**【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)】**

同敷地内に平屋造りのグループホームとデイサービスセンターが併設されている。馴染みの環境という観点から、デイを利用されていた方がグループホームへ移行していく流れを理想と考えており、利用者も家族も、その後安心した生活を送れると考えている。ホームの周囲には四季折々の花や果樹、山菜、自家菜園があり、毎日のようにその季節のものを楽しんでいる。中庭は敷石が敷かれ、植物が植えられていて、烏骨鶏が放し飼いにされており、亀もいるなど、利用者の癒しとなっている。代表者は対外的な活動にも積極的に参加したり、職員のモチベーション向上にも配慮している。職員からは、理念の『自由と尊厳』の他に『利用者ファースト』を念頭に置き、利用者から「あなたなら傍にいいよ」と言われる関係でありたいとの言葉が聞かれた。言葉のとおり、利用者からは、自由に、のびのびと暮らしている様子が窺われた。

**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 3. 利用者の1/3くらい 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	事業所独自の理念を、スタッフが集まる玄関・事務所に掲示し実践につなげている。	事務室やホーム内に掲示して、常にみんなの目に触れるようにしている。職員も目に触れるたびに意識できるという。理念の中でも特に『自由と尊厳』を大切に日頃のケアにつなげている。日中は玄関を開放し、自由に散歩に出かけられるようにしている。	
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人として日常的に交流している	芋煮会や施設の行事に参加してもらったり近所の方に呼びかけ参加して頂いている。ボランティアさんの受入れ(太極拳、歌)近隣の方との挨拶や美容室利用など日常的に交流している。	11月の一大イベントの芋煮会では、野菜を近所から提供してもらい、地域の方々と一緒に楽しむ。炊き出しの訓練も想定して行っている。参加できなかった近隣の方へは自宅に配達するなど、自然な形で交流が続いている。また、朗読・歌・お茶会などのボランティアの訪問も日常的にある。震災時に助けてもらった経験をいかし、日ごろの地域との関係性と大切にと考え、交流を深めている。	
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	茨城県地域密着型サービス協議会認定認知症地域サポート相談窓口を設置して相談業務を行っている。 地域の小学校「こどもを守る110番の家」を委嘱されている。 地域の方の見学や相談に応じている。		
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	2ヶ月に1回運営会議を開催している。 会議において運営委員、施設代表者、スタッフ間と意見交換した内容をケア会議において報告し利用者支援に取り入れ参考になっている。	会議のメンバーは、民生委員・薬剤師・介護相談員・家族・利用者・行政担当者・小規模多機能型居宅介護事業所など、多岐にわたっている。会議は、毎回時間が足りないくらい盛況である。ヒヤリハットの事例を検証、皆で対策を出し合っている。いろいろな意見が出され、大事な会議として位置づけられている。	
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取り組んでいる	分からないことや困っていることがある時は高齢福祉課等に相談し、助言等を受けている。 その都度必要に応じて報告、連絡をしている。	市役所とは、開設当初から相談し合える関係が継続している。認知症サポーター養成講座や、民生委員向けの認知症研修会で講師を引き受けるなど良好な関係が構築されている。	
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施設内研修を実施している。玄関は緊急やむを得ない状況の時は施錠。出入りをチャイムで確認している。1名、後見人の承諾を得て転倒予防の為、椅子使用時ベルトを使用。 日中のトイレ誘導、リハビリの施設内歩行ではベルトを外している。身体拘束マニュアルを作成して周知努めている。	身体拘束適正化委員会を設置し、運営推進会議と同時に開催している。職員に対しては勉強会を行うほか、毎月のケア会議でも事例を挙げて話し合っている。日々の業務の中でも、ベッドの位置やサイドレールの扱い方について質問されることがある。拘束と関連する虐待についての勉強会を行ったり、月1回のケア会議で拘束についての事例をもとに研修を行った。	

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	日常業務に於いて常に防止には努めているが、今後、高齢者虐待マニュアルを参考にし、社内研修を実施していく。		
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	後見人を利用している方が2名いる。当事業所の運営推進委員会の委員1名委嘱し、ご意見をいただいている。後見人制度は施設内研修に取り入れている。		
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	契約は代表者、管理者が手続きを文書をもって説明している。 ご本人、ご家族が十分に納得され安心して入居して頂けるよう対応に努めている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 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	入居者の方には日々の暮らしの中で、ご家族には面会時に相談・ご意見・要望を伺い対応している。 ご家族からの要望等はユニット会議・ケア会議・朝夕の申し送り、申送りノート等で速やかに意見交換して反映させるようにしている。	ホームからの近況報告をしながら要望を聞いていく。家族的からの相談が多い。要望はケース記録に記載されているが、申し送りノートにも記載し共有している。面会記録に『お願い』を書けるようになってきているが、口頭で聞くことがほとんどであり、常に要望を伝えやすい環境作り心掛けていく。	
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	ケア会議、ユニット会議を月1回以上開催し、運営全体の事を話し合い、意見、提案を聞き、できる事は速やかに反映させている。 毎日の申し送りにおいてもその都度意見・提案を表出する機会もある。	ケア会議での検討例に、自立している方に対する排泄確認について提案され検討中。次回の会議までにそれぞれが考えていくことになっている。ヒヤリハットを出すことで、自分たちの技術向上につながるものとして、職員の気づきを促している。筑波大学生が、認知症高齢者の行動に関する研究のフィールドとしているが、教わることも多いと感じている。数人の職員が交代で関わる『ロータリング』の技法を教えてもらった。	
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	職員それぞれの得意分野の披露の場を提供している。 代表者はキャリア段位制度の運営体制を確立している為、モチベーションアップに努めている。		
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	資格取得の為の予備講座や研修を案内し受講する機会を提供している。		
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	以前、施設交流として、他事業所訪問を計画し利用者と職員が参加し意見交換等されていた。今後も、機械があれば行いたい。サービスの向上へつながると思う。		

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 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	ご本人との面談を重ねて、好きな事嫌いな事、行動様式などを日常生活、触れ合いの中で把握しながら、良い関係が築けるよう努めている。入所前に利用していたサービスからも情報を得ている。		
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	入所時面談を行い、以降はその面会時や電話で話を伺い、要望や不安などの相談を受けながらより良い関係作りができるよう努めている。		
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	デイサービスを利用しながら、ご家族、デイサービス相談員、グループホーム管理者と連携を図っている。また、方向性を相談しその方にあつたサービス対応ができるように努めている。		
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	ご本人の意欲、意向等を尊重しながら家事活動など得意なこと、できる事を協力していただいている。		
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	ご家族からの要望はもちろんの事、こちらからの要望がある際は率直に相談し、互いに支援できるよう努めている。		
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	愛用の身の回りの物を居室内に持ち込み飾っている。ご家族やご友人や知人の面会もオープンに行われている。ご家族と外出される方もいる。しょうわ便りを年4回発行し、ご家族様に郵送している。	友人の訪問があり、そのままお茶を飲みに出かけることもある。グループホームとデイサービスの利用者同士が行き来している。デイで親しくしていたグループのメンバーが食事に誘いに来たり、家族と一緒に外出することもある。ホームの様子を『しょうわ便り』として発行。利用者ごとに担当職員がコメントし、それぞれのベストショットと思われる写真も入れている。家族には好評である。	
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	各ユニットを行き来でき、日課の体操などを通じて関りが持てるよう支援している。		

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
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	必要に応じて関係者に対しご本人のこれまでの様子は詳細に伝えているものの、経過のフォローは行っていない。 手紙や電話等をしていき経過フォローしていければと思う。		
<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	言葉で伝えることが難しい方もいる。 生活歴、趣味等を参考にし、その方が何を望むのかを表情や行動等参考にしながら快適に生活して頂けるよう努めている。 ご家族、スタッフ間で話し合いを重ねている。	日ごろの生活の様子や行動、表情を見て把握している。 自分からは積極的に行動しない人が音楽をかけると口ずさむ様子が見られ、音楽会の時に声掛けをし、参加できるようになった。しょうわ家族の歌があり、職員のピアノ伴奏で歌うことがあるが、みんなの笑顔が見られるひと時になる。	
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	ご家族様より、今までの生活歴等を聞き、把握に努めている。 前ケアマネの方より情報共有で把握に努めている。		
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	バイタルチェックやご本人の様子を観察して個人記録に記載して、スタッフ全員で記録を確認することで情報を共有している。 朝・夕の申し送りで変化ある時は申し伝えている。		
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	ケア会議やユニット会議等日々の情報を元に作成している。	ケア会議で個人にあった内容を参考にして作成している。 ケアマネが交代して日が浅いため、会議以外にも職員からの情報を集めながら作成中。	
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	毎日、個人記録に目を通し、本人のその日の様子、状態等読み取り話し合い、実践に活かし、計画にも反映している。		
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	認知症対応型デイサービス、共用型を併設している。ボランティアを積極的に受け入れている。 朗読会(月1回)、歌の会(月1回)、季節の行事(敬老会、クリスマス会、夕涼み会、運動会)など。 個別ケアを勧め、利用者の多様化に対応できるよう努めている。		

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
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	定期的なボランティアの方々の来訪、近所の美容院でのカット等の利用により、顔見知りとなり散歩時など外に行った時にも声をかけてもらっている。		
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し、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	入居前のかかりつけ医を入居後も継続できるようにになっている。本人の状態により、通院が困難、または、ご家族様での対応が難しく施設での対応を希望された場合等は相談の上往診や近隣の医療機関に変更等し、適切に医療が受けられるよう支援している。	かかりつけ医に受診している方は家族が付き添う。診察結果については、家族から聞き取り記録。都合でスタッフが行くこともある。月2回の訪問診療利用者もいる。夜間や緊急時には、訪問看護に連絡する。24時間対応。訪問看護を通して医師に連絡、指示をもらう。変化があったときはその都度家族へ連絡する。歯科医は家族の了承を得た方のみ。ユニットごとに主治医連絡ノートがある。	
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	訪問看護ステーションと事業所連携を行っている。毎週火曜日看護師が訪問してくれる。訪問時には状態や様子。受診時などで変更になったことなどがある場合報告、相談をして連携を図っている。		
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。	入院先の担当看護師や主治医などと連携を取り適宜に対応できるよう努めている。		
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	重度化した場合について、ご家族からの希望を伺った上で主治医、施設長、管理者、職員間で話し合いをしている。その後も重度化が進んだことを想定して主治医、訪問看護、提携の理学療法士、施設長、全職員を交えてカンファレンスを行っている。	看取りケアを実施しており、マニュアルもある。今年は1名看取った。10月に重度化についてのカンファレンスを行うなど、みんなで考える時間を作っている。職員からは、弱っていく過程を見ているのが辛かったという感想が出された。	
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	訪問看護ステーションと契約しており、24時間対応となっていて、急変時はすぐ訪問し、バイタルなど状態を確認し、主治医に報告、指示を仰ぐ体制となっている。救命救急訓練等は定期的に行っていない。		
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回防災訓練を実施している。そのうち1回は消防署員に来てもらい消火訓練も実施している。	避難訓練は年2回、火災想定で実施。9月に行った。「火元を大きな声で言うこと」「消防車は5分以内で来る」を再確認した。昨年は近所で火災があり、デいに避難したが、車の渋滞など想定していない事態があった。消防訓練計画書・報告書あり。実施記録に問題点反省点記録されている。井戸の設備、備蓄品、毛布、ケア用品などもあり。貴重品は事務所で預かり、持ち出せるようにしている。	近くで火災が発生したときの経験を踏まえて、ホーム内だけでなく、地域の中での避難対策を検討していただきたい。

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>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	1人ひとりの性格や生活歴などを把握した上で、言葉にできない方に対しても、行動や、表情、顔色等で何を望んでいるか何をしたいのかを見極め、タイミングや言葉使いに注意して対応している。 トイレや着替え、入浴介助などではプライバシーに注意をして対応している。	言葉はその人に合わせた声掛けを工夫している。声掛けのタイミング、言葉使いにも注意している。基本的には『さん付け』で読んでいるが、ニックネームで呼んだ方が返事してくれる場合もある。不穏になったときの声掛けにも注意している。ウロウロしているときにはそれとなく声掛けしてみる。	
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	体操やレクリエーションなど誘うときや入浴時に着替える服や下着等を一緒に準備した時にはご本人が選択できるような声かけをして日々決定してもらっている。		
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	散歩に行きたいと希望があった場合は、特に何もない限りその都度対応対応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	その日や入浴後に着る物を選んでいただいている。		
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	季節の野菜を一緒に収穫したり野菜の皮むきなどの下ごしらえや食器洗いなどの手伝いをしてもらうなど役割を持ってもらいながら、食事が楽しめるよう支援している。また、職員も同じ食事を会話しながら一緒に食べている。	献立は、その日にある材料を見て決め、調理している。買い出しは1週間に1回とコープの宅配を利用。米と野菜は地元の店から購入。ご近所や家族から材料の差し入れをいただくこともある。施設内に山菜のワラビやごごみが生えており、天ぷらにした。栗の木もあり、栗ご飯にしたり、青じそ・赤紫蘇ジュース、ゆずジュース作って楽しんだ。	
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	個々に食べた量や摂取した水分を個人記録に記入している。水分で咽る方にはトロミをつけたり、義歯のない方などには一口大などに刻んだりと個々の状態に合わせて提供し、栄養や水分が確保できるよう支援している。		
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	食後に声掛けし、準備だけが必要な方、介助も必要な方等、個々に合った口腔ケアを行っている。 定期的に訪問歯科診療を利用されている方もいる。		

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
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	各職員が排泄パターンが把握できるよう、個人記録の排泄チェック表へ記入し、チェック表確認しながら個々ADLに合わせ、トイレの声掛け、誘導をトイレで排泄ができるよう支援している。	ソワソワするときは排泄のサインとみて、トイレに誘導する。個人記録の排泄記録を参考にしながら誘導していく。ほぼ声掛けだが、行動を見ながら誘導のタイミングを図る。基本はトイレでの排泄としている。夜間のみパットを使っている方、リハビリパンツ使用の方もいる。	
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	食事や間食時に乳製品や食物繊維などが多く含まれる食材を多く取り入れたり、水分摂取多めに促すようにし、なるべく自然に排便できるよう工夫している。 また、毎日の体操時に腹部マッサージを取り入れている。 個々によりそれでも自然排便が難しい場合は、訪問看護や主治医に相談し、必要に応じ服薬している方もいる。		
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	火曜日以外、毎日14:00～16:00の時間帯に入浴日を設けており、入浴チェック表を確認しながら個々の体調やペースに合わせ、声掛けし本人の意思を確認した上で促している。季節に合わせてゆず湯や菖蒲湯、入浴剤を入れ楽しんでもらえるよう工夫している。	しょうぶ湯、ゆず湯を実施しているが、しょうぶもゆずもホームの庭にある。入浴剤も使用しており、利用者に喜ばれている。入浴への拒否がある人には声掛けを工夫したり、その時の状況や時間を変えたりしている。着替えの用意は、できる人は自分で行う。二人介助、シャワー浴の方もいる。	
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	今までの生活習慣やその人その人の生活リズムを把握、尊重し、体調など見ながら日中休息できるよう支援している。 また、夜間なかなか眠れないよう時にはホットミルク、ホットココア等を提供したり、傾聴して安心して眠れるよう支援している。		
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	薬の情報は専用ファイルに綴じいつでも確認できるようになっている。 また、変更などあった場合は送りノートや個人記録に記載し全職員が周知し、服薬により症状に変化が見られた場合は記録するよう努めている。服薬時は必ず口の中に入れ飲み込めたことを確認している。		
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	食器洗いやテーブル拭き、居室などの床モップ掛けなど、個々に合った役割を持ってもらい、嗜好品(コーヒー等)がある方には一日一回提供するなどして、気分転換してもらい、楽しんでもらっている。		



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
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	毎週、土曜日から日曜日にはおやつのお買い出しと一緒に出掛けている。 また、会話の中に季節の花や食べ物等取り入れ、興味のあるもの、食べたい物等を聞き出しドライブや外食行事、地域の催物への参加を計画し、定期的に外出できるよう支援している。	突発的な外出も頻繁にある。お天気がいい日やスタッフに余裕があるときなど、行けるときはみんなを誘って毎日でも出かける。昼食後に出かける時はおやつを持って行く。牛久市でのリンゴ狩りや牛久大仏、あやめ園など。つくば市洞峰公園のバラ園のカフェには全員で行けた。その他、水郷公園、こいのぼり祭り(牛久市役所)など。遠くへ行けない人は近場の公園に行く。月1回の外出支援は年間計画の中に入っている。	
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	お金はお小遣いとして、全員の方が事務所で預かって、必要品、美容院代、行事等で外食した時には、お小遣いより支払いをしている。時には飴など嗜好品やみんなで食べるおやつ等一緒に買いに行き、出来る方には支払いをしてもらうことがある。		
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	携帯電話を所持している方もおり、毎朝ご家族様よりかかってくるため取り次いで話が出来よう支援している。また、本人がかきたいとの要望があった場合のために前もって電話をしてよい時間帯を確認しておき、対応できるようにしている。		
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	季節に合わせた貼り絵などを作成し、壁面に飾り付けをしたり、庭に咲いている花を談話室に飾ったりしている。	利用者の動線を考慮して、障害物を置かないようにしている。テーブルの配置、日めくりカレンダーを活用するなどの工夫をしている。個々にクッションの色や柄変えて個人が分かるようになっている。部屋を明るくしたり、季節感が感じられるように貼り絵や季節の花を飾ったりしている。	
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	玄関ホールにソファが置いてあり、その隣には談話室もあり、外を眺めたり、談話をしたり各自思い思いに過ごせるようになっている		
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	使い慣れた家具やベッド、備品等を持ち込み、家族や本人とレイアウトを考え、少しでもこれまでの生活が継続できるよう配慮している。	居室には、ぬいぐるみやテレビを持参されている方や、独自のカレンダー、折り紙をかざるなど、それぞれが思い思いの空間にしている。とても片付いていて、掃除も行き届いている。中には以前使っていたらと思う、レトロな家具も置いてあった。	
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	各居室口には表札を付け、共用のトイレや浴室にも「便所」「浴室」と分かりやすい文字で表示する。また、トイレのドアの開け方がわかりやすいように、「引いてください」「押してください」等表示し工夫している。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホームしょうわ家族

## 目標達成計画

作成日: 平成31年1月20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	防災訓練は行っているが、ホーム内で起こる日中の災害など限定された内容での訓練になっているが、災害は何時どのような規模で起こるか予測がつかないものであり、それに対応した訓練を実施していない。	地域災害(地域内の火事)や自然災害、多様な場面に備えた訓練の実施、マニュアルの整備	市が作成している「ハザードマップ」や「地域防災計画」を活用して、危険箇所や避難場所を定期的に確認し職員に周知する。 夜間行動マニュアルの作成や繰り返し訓練の実施	6ヶ月
2	26	ケアマネが非常勤のため、計画作成に必要な情報を収集をケアマネ一人で行うことが難しいため、ユニット会議や申し送り帳以外にも工夫したい。	チームでつくる介護計画の充実をはかる。	アセスメントシートの充実を図るため24時間シートや認知機能評価ツールを活用する。わかりやすい記録の書き方について工夫を行う。ケア会議の在り方やケースカンファレンスを行う。	12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。