

### 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	0872501002		
法人名	社会福祉法人豊潤会		
事業所名	グループホームひより		
所在地	茨城県常陸大宮市下松沢3526		
自己評価作成日	平成 30年 5月 8日	評価結果市町村受理日	平成 30年 7月 30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_2014_022_kihon=true&amp;JigyosyoCd=0872501002-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2014_022_kihon=true&amp;JigyosyoCd=0872501002-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	社会福祉法人 茨城県社会福祉協議会		
所在地	水戸市千波町1918番地 茨城県総合福祉会館内		
訪問調査日	平成30年6月8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)】**

<ul style="list-style-type: none"> <li>・広い畑があり、季節の野菜を栽培し、食事に取り入れている。</li> <li>・苗の植え付けや収穫など、利用者が今迄の経験を生かして参加できる。</li> <li>・運営推進会議も定期的に開催出来ており、地域の方との連携が密になってきている。</li> <li>・車の騒音もなく、鳥の鳴き声が聞こえる静かな環境である。</li> <li>・職員で周辺の道路の空き缶ひろいを実施している。</li> <li>・職員9名のうち介護福祉士が6名 介護支援専門員2名 調理師1名 看護師2名になっている。</li> </ul>
--

**【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)】**

<p>事業所は自然豊かな場所にあり、四季折々の景色を楽しむことができる。併設する通所介護事業所では、地域の高齢者向けに月3～4回送迎付きの「ひより食堂」を開設し、利用者の楽しみとなっている。また地域柄外食が困難な場所にある為、地域の交流の場の役割も果たしている。職員同士のコミュニケーションも取れており、和気あいあいとした雰囲気の中で利用者を支援している。また管理者は女性職員が働きやすいように意見を吸い上げ、働きやすい環境を提供している。</p>
--

**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. 全くいない
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、生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 (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

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	理念を職員と管理者で作成している。新人研修のオリエンテーションで理念を確認している。また事業所の見易い場所に掲示し、全職員で共有しながら徘徊する利用者の不安を取り除く実践に努めている。	玄関に理念を掲示し、新人研修時に理念について学んでいる。理念の中の「不安を取り除く」ことに重点を置いた支援を心がけており、帰宅願望のある利用者には職員と一緒に手をつないで歩いたり、作業を一緒に行うなど、安心して過ごせるような支援を行っている。	
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	毎年秋に行われる自治会の行事に参加している。地域の文化祭に作品を出品し見学に行っている。	月に3~4回地域の高齢者を招いて予約制の食事会を催し、昼食やコーヒーの提供をしている。利用者の知人、友人も来ている。公民館の地域交流会に職員が参加し、余興を披露する一方で、高齢者クラブを招いて、歌や踊りを一緒に行うなどの定期的な交流がある。利用者職員が作った作品を地域の作品展に出展している。	
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	栄養バランスの摂れた食事の提供することによって、健康維持・向上を目的としたひより食堂。また認知症カフェやサポーター養成講座を開催し、認知症の高齢者をかかえる家族等の入所の相談に応じている。		
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	運営推進会議では、地域の方々を始め市職員、区長、民生員などが集まり、2ヶ月に1回開催し、会議録を作成している。会議では利用者の状態や行事報告、災害対策など活発な意見交換が行われている。	同法人の運営するデイサービスと一緒に開催し、事業所からの報告をするほか、委員からの意見を聴いている。避難訓練に参加した委員からの意見を受けて、危険な段差を解消したり、災害時に駆けつけてくれると言う委員に対し、緊急通報システムの連絡が入るようにした。	
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	市担当者は運営会議に出席し、地域災害や周辺の掘のつまりの対応をしてくれている。土砂災害対策では、明るい町づくり推進課と連携して訓練を行っている。	法改正に伴う事務作業の相談や、入居利用料の滞納者についての相談など、市の担当者と細かく情報交換し、連携をしている。グループホーム連絡協議会に参加して情報交換している。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 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	内部の勉強会で身体拘束の弊害を理解し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。門扉や玄関、居室には施錠をせず利用者は職員に見守られ自由に暮らしている。徘徊し転倒しそうな利用者に対しても身体拘束は行わず、介護者が手をつないで一緒に歩くなどして安心感を与えるようにしている。29年度末には、施設の4か所に防犯カメラを設置してどちらの方角へ歩いて行ったか分かるようにしている。	職員の勉強会の際、身体拘束のマニュアルを読み上げている。外部研修を受け、勉強会も行っているが、記録が残されていない。	身体拘束をしないケアを理解し、実践するために、研修会・勉強会の記録を残すことを期待する。

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	「学びの回覧」を使い、職員全員が実践するよう心がけている。			
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	研修会での資料や市のパンフレットなどを学びの回覧として活用し、学ぶ機会を作るよう心がけている。入所者家族にも渡している。			
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	入所の際は、お金のことに関する事を詳しく説明し、理解頂けるよう努めている。疑問点なども、随時説明をさせて頂いている。			
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	重要事項説明書に苦情相談受付窓口を明記している。運営推進会議に家族代表が出席し、家族等の立場から率直な意見や要望を汲み上げるように努め、出た意見を運営に反映できるように努力している。	利用者や家族が意見や苦情が言える仕組みを説明している。家族等から出た意見に対しては職員間で相談して対応している。		
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	管理者は月1回のリーダー会議、ミーティングで自由に意見交換ができるようにしている。会議では、入所者に対しての言葉使いの反省や食事の下膳の見直し給食会議など具体的に出た意見や提案を運営に反映させている。	常時記入できる改善カードを設置し、気づいたときに記入して職員会議で検討している。職員の働き方改善や事業所内の節電について出た意見を運営に反映させている。		
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	代表者は、現在施設に入所しているが、理事会や忘年会等の交流会には参加して、内外の様子を見るときともに、スタッフの意見に耳を傾けている。今年2月に職員の家庭での洗濯ものを施設で洗うことが出来るように企画書を書いて提出したところ行ってもよいことになった。			
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	先々開催される研修などの情報を提供し、個々に合った研修を受けるよう働きかけている。キャリアアップ制度の説明をし、職員の向上心に繋がるよう働きかけている。今年度は、3名がパートから正社員になった。			
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	市内のグループホーム連絡協議会に入会し、参加し情報交換、意見交換している。又、他施設の職員と食事会を通して交流している。			

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
<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	連絡ノート、立ち話などで、本人希望や家族からの情報など出来るだけ多くの情報を職員全員で共有し、話を安心して過ごして頂けるように心がけ、場所と顔を覚えてもらえるよう努めている。			
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	入所の時には面接を行い、話し合う機会を設けている。入院時のことや終末期のことについて、家族との良い関係作りが出来るよう努めている。			
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	面接を行い、「何か必要としている事はありますか？」とたずねている。当施設に限らず他のサービスを含めて、アドバイスするよう努めている。			
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	食品拭き、じゃがいもの皮むき、洗濯物たたみ等協力してもらっている。			
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	家族の話をよく聞き、本人との関わりを理解し、家族の心情などを大切にしていける事で、信頼関係を築いていける様努めている。 野菜の差し入れや草刈りの協力は受け入れている。			
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	面会に来た人と話がしやすいように別室でお茶やコーヒーの用意をして友人や家族等からの電話をつなぎ、これまでの関係が継続できるよう支援している。	事業所で開催している「ひより食堂」がきっかけで、利用者の友人・知人が面会に来るようになったほか、家族と自宅へ外出するなどして、関係が途切れないような支援をしている。		
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	デイ利用者とのレクリエーション活動により入所者と地域の高齢者との関わりが出来るようにしている。デイ利用者とのレクリエーション活動により入所者と地域の高齢者との関わりが出来るようにしている。			
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	葬儀に参列している。相談などがあった場合には、随時対応するよう心がけている。サービス終了後も、運営推進会議のメンバーを続けてもらい関係を継続している。			

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
<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	日々の係わりの中で利用者の行動や表情を観察し思いや意向の把握に努め、新聞やクリーニングの契約など希望に沿うように支援している。意思疎通が困難な利用者には、家族等の来訪時や電話で話を聞き、把握している。	利用者の思いや意向は、家族等に確認するとともに、表情や仕草等からも把握するように努めている。意向等を把握し、本人本位に支援を行っている。	
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	入所時に、サマリーや個人情報表、家族の情報などから把握し、職員全員で共有していくよう努めている。		
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	家族からの情報やサマリーなどの情報と合わせ、施設での暮らしの中で個々の言動を観察し得られた情報を職員全員で共有し、現状把握に努めている。		
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	介護計画は、利用者や家族の意見を来所持や電話で聞き、ケアマネが原案を作成している。毎月モニタリングを行い、6か月毎に見直すほか、新たな課題や心身の状態に変化が生じた場合はミーティングで修正を行っている。	利用者や家族等の意向を聴き、医療依存度の高い人は医師や看護師の意見をもらい、毎月モニタリングを行って、計画を立て、基本半年で見直しを行っている。家族等へは分かりやすいように書面で病状によるリスクの可能性や、プランについて説明を行っている。	
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	連携シートと日誌を使い個々の生活状況を時間を追って記録し、ケアの内容や変化なども、朝夕の申し送り、ミーティング等で報告し話し合う事で、職員全員が情報を共有するよう努めている。		
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	家族に代わる受診代行や、医療連携体制による看護師への24時間の連絡が可能である。又、家族等が来所の際には、希望により食事の提供も行っている。家族の宿泊も受け入れている。面会時間も、決められた時間（14時～17時）以外も可能である。		
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	運営推進委員の方々による地域参加への援助、また地域の消防署の協力による避難訓練なども体験して頂き、安全に楽しく暮らせ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
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	利用者や家族等の意向を踏まえ利用者からのかかりつけ医に受診できるように職員が付き添い支援している。協力医療機関の医師が月2回～3回、往診するほか、看護師と24時間連絡が可能であり、緊急時を含め適切な医療が受けられるよう支援している。	協力医療機関の医師による訪問診療が月に2～3回ある。かかりつけ医への受診が可能なことも家族等に説明をしている。医師とはバイタル表記載の、医療連携シートで普段の様子を報告し、やり取りを行っている。	
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	24時間看護師との電話連絡がとれる体制になっている。利用者の状態により、介護従事者は適切な指導、助言、24時間電話が相談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。	入院時の様子、退院前の面会、サマリーなどの情報交換に努め、職員全員が情報を共有している。		
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	看取りに関する指針や同意書を作成し、契約時に利用者や家族等に説明して同意を得ている。ターミナルケアの経験があり、事業所として協力医療機関や看護師、訪問看護ステーションなどチームでの支援体制を構築している。	重度化や看取りに関する指針がある。状態に変化がある時には医師や家族等、職員で話し合いの場を設けている。定期的にはなく、看取りの利用者が出たときに研修を行っている。	
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	止血の方法、救急車の呼び方がスムーズにできるようにになっている。通報訓練も行っている。		
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	消防署指導のもと、災害対策マニュアルを作成して、夜間想定訓練を含め年3回以上避難訓練を実施している。職員は防火管理講習を受講し、避難訓練に役立てている。避難訓練後には、反省会を行い、問題点を話し合い改善に努めている。11月には近隣住民の協力を得て、避難訓練を行い、協力体制を築く事が出来た。	夜間想定や地震、土砂災害を想定した避難訓練と、緊急通報の練習を行っている。敷地内のあづま屋に いろりを設置し、薪を保管して備えている。井戸水や発電機、アルファ米、ランタンなどを備えている。近隣住民とは協力体制を築いている。	

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
<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	排泄介助には小声で話しかけ、トイレのドアを閉めて外で待っていたり、入浴介助時は一人ずつ対応し、着脱前後はタオルをかけるなど利用者のプライバシーを損ねないよう配慮している。	言葉かけや排泄時、入浴時などはプライバシーに配慮している。個人情報に関する同意書が整備され、契約書には守秘義務について記載がされている。新人研修時や勉強会で、守秘義務や人権尊重について書かれている就業規則を読み上げ、確認をしている。	
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	本人がどうしたいか？あるいは、どちらが良いか選べるように本人の希望を取り入れられるよう働きかけ、支援している。		
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	特に、昼寝や就寝時間は、利用者のペースや思いを大切にしている。		
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	散髪の希望を聞いて、顔なじみの理容店に来所してもらい行っている。補装具や服の色は本人の希望を聞いている。		
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	利用者は出来る範囲で食事の準備や洗ったお膳をふき取る、配膳下膳など手伝っている。職員は声掛けや食事介助をしながら、利用者と一緒に食事をしている。利用者の好みや葉の状態に合わせて、メニューを変更している。	利用者と職員と一緒に買い物に出かけて買出しをし、利用者は野菜の仕分けやすじ取りなど、できることを行い、食事の準備をしている。庭でバーベキューをしたり、クリスマスケーキを作るなど、季節毎の行事食を楽しんでいる。	
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	調理師の作成した献立に沿った食事の提供をし、摂取量、排泄状態は連携シートに記録している。個々の状態によって、食材の切り方など工夫をしている。お茶は常備している。必要なら、補水液なども提供している。		
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	食後の口腔ケアの習慣化に努めている。義歯を使用している利用者には、歯科医による義歯の洗浄の仕方など指導を受け、実行している。		

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 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	職員は連携シートを活用し、利用者一人ひとりの習慣を把握している。時間でのトイレ誘導や声掛けを行い、トイレで排泄ができるよう支援している。夜間もトイレで排泄できるよう誘導したり、居室にポータブルトイレを置き支援している。排泄の自立に向け利用者の状態に合ったパット使用を検討し支援している。	なるべくトイレでの排泄を支援している。夜間でもトイレで排泄できるよう、居室にポータブルトイレを置いて、支援している。利用者の状態に合わせた排泄の自立支援を行っている。	
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	連携シートに記入する事により、排便の回数や状態を職員全員が把握し、毎日10時のお茶にヤクルト、必要に応じて、牛乳を供している。毎日、医師の診察を受ける等、予防に取り組んでいる。		
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	風呂は毎日用意しているが、医師の入浴指示書や利用者の希望を受け、平均週2回を基準としている。皮膚疾患がある利用者によっては、毎日のシャワー浴を支援している。安心して入浴できるよう、福祉用具椅子を準備し必要に応じて2人介助をしている。	利用者の希望に沿っていつでも入れるように支援している。シャワーチェアを設置している。機械浴はないが職員2人介助で入浴を行っている。ゆず湯や菖蒲等季節の湯を楽しんでいる。入浴剤は個人の皮膚の状態や好みに合わせて使用している。	
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	一人ひとりの状態に応じた眠れるための支援をしている。手を握ったり、話を聞いたり、足浴をしたり、湯たんぽを入れたりなどを行っている。		
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	名入りの袋に、朝、昼、夜それぞれ分けて薬を入れている。服薬前の本人確認の徹底、薬が変わった時には連絡ノートに記入して他のスタッフにも伝えている。様子に変化があった場合、バイタル表に記入し主治医に報告している。		
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	体操、ゲーム、カラオケをスタッフと一緒に毎日1時間程度行っている。		
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	職員は利用者の体調に配慮しながら天気の良い日に散歩に出かけたり、庭にテーブルを持っていき、お茶飲みができるようにしている。職員は年間行事を計画、利用者がドライブや花見、買い物、リンゴ狩り等様々な場所に外出できるように支援している。	食材の買い物には、行ける利用者と一緒に行くようにしている。敷地が広く、駐車場にテーブルを出しお茶を飲んだりしながら外気浴をしている。月1回梅祭りやアジサイ見学等に出かけられている。	



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 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	現在は所持金を管理している人はいない。お金を所持したいという訴えもない。			
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	本人の希望を尊重し、いつでも電話の取り次ぎを行っている。内容によっては、事前に職員が状況説明の電話を入れている。 手紙やハガキは本人に渡している。			
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	リビング兼食堂からは、花壇や畑が見渡せる。東屋の囲炉裏を囲み、お茶を飲んだり食事を摂ったりできるよう工夫している。 食事の時にはテレビを止めてCDやカセットテープの音楽を小さめにかけている。	窓が広くて大きく、明るい自然光が差しこみ、四季折々の景色を眺めることができる。利用者の書道作品や手作り作品が掲示され、暖かい雰囲気となっている。廊下には手摺が設置されているとともに、リハビリのバイクマシンが2台置かれ、利用者が職員と一緒に、気軽にリハビリを行うことができるようになっている。		
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	くつろぎルームやテラス食堂など、一人ひとりが好きな場所を自由に使用して、テレビを見たり景色を眺めたり、会話を楽しんだりしながら過ごしている。			
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	契約時に利用者や家族等に使い慣れた物品を持ち込んでもらうよう説明している。居室はフロアで、タンスや時計、衣類、テレビ、ポータブルトイレ、写真など持ち込み、以前と変わりなく暮らせるようにしている。	各居室の窓からは、緑豊かな景色が眺められる。居室入り口は、ドアを開放して暖簾をかけ風通し良く過ごせるようにしている。エアコンは居室にないが、ドアを開けて、共用空間からの暖房が扇風機で各居室に通るようにし、温度調整している。洗濯たamiが好きな利用者が自由に行えるよう洗濯ハンガーを居室に設置しているなど、それぞれに使い慣れたもの、馴染みの物を持ち込んでいる。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 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	草取りや畑仕事を好む利用者の為には、道具の置き場所を伝え、自由に使用して頂けるようにしている。洗濯物など干したり、取り込んだりたんだり出来る利用者には、職員が見守りながらできるよう支援している。			

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 グループホーム ひより

作成日 平成 30年 7月 28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	6	身体拘束をしないケアの実践	身体拘束をしないケアを理解し、実践するために、研修会・勉強会の記録を残す	①運営推進会議での事例検討と記録 ②施設内勉強会での事例検討と記録 ③外部研修会への参加と記録	12ヶ月
2	35	災害対策	1. 防火管理者受講割合を増やす 2. 自動火災通知設備と火災通報設備の連動工事を行い火災発見から通報までを自動で行う	①防火管理者の受講者数を現在の4名から6名に増やし「自分の事業所は、自分たち(地域含む)で守る」という意識を高める ②工事の見積書を取り、工事を実施する	3ヶ月 3カ月
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。