

### 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	1176502092	
法人名	株式会社ウイズネット	
事業所名	グループホームみんなの家・七里	
所在地	埼玉県さいたま市見沼区春岡1-23-5	
自己評価作成日	平成30年10月18日	評価結果市町村受理日

※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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社ケアシステムズ	
所在地	千代田区五番町12-7 ドミール五番町2-34	
訪問調査日	平成30年11月18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)】

入居者様にご自身の有する能力を出せるだけ長期に維持して頂く為、心身の健康を第一に提携先や近隣の医療機関と緊密に連携を図っている点です。偶然、近隣の「岩槻中央病院」の脳神経外科に良い医師がいらっしゃることを知り、現在では当ホームの6割の入居者様がお世話になっております。こちらでは、脳のCT画像データをもとに脳内のどの部位がどれくらい萎縮し、どういった形状に変形しているか、さらには問題行動とも呼ばれる周辺症状の聞き取りや、患者本人への問診や関節の動きなどをチェックした上で認知症の病態を分類し、激越な周辺症状を緩和しつつADLを維持出来るよう薬の種類や量をキメ細かく調整して下さるので、多くの入居者様が再び元気を取り戻しております。

【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)】

認知症ケアを適切に行うためには適切な診断や処方が必要であるという理解から、ホーム長が医療機関を調べ、利用者が受診できるような支援を行っている。専門医によって、認知症の具体的な周辺症状の聞き取りと本人への問診や関節の動き等のチェックから認知症の病態が分類、薬の調整までが行われる流れとなっており、受診の結果として多くの利用者の生活が安定したものとなっている。また、トイレで排泄をすることを大事に考え、日中はできる限りトイレ誘導を行うようにするなど、利用者の自立支援に向けて真摯に向き合い取り組んでいる。

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)	<input type="radio"/> 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)
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)	<input type="radio"/> 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)
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)	<input type="radio"/> 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)
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)	<input type="radio"/> 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)
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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 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
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)	<input type="radio"/> 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
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)	<input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 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
				<input type="radio"/> 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 <input type="radio"/> 3. たまに 4. ほとんどない
				<input type="radio"/> 1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている <input type="radio"/> 3. あまり増えていない 4. 全くない
				<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての職員が <input type="radio"/> 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
				<input type="radio"/> 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
				<input type="radio"/> 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

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	法人や事業所の理念につきましては、月1の職員会議やフロア毎のケア会議の中で、折に触れ職員への周知徹底を図っております。欠席した職員については議事録を回覧し、確認後は「確認印」を押すよう指示しております。	月1回の職員会議の中で理念を共有する機会を設けており、職員一人ひとりが事業所理念に沿ったサービスを実施できるように取り組んでいる。	
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	弊社は昨年、ホームページをPCだけでなくスマホからも閲覧出来るようリニューアルしました。更に各事業所の様子を「ブログ」で定期的に発信しており、ITを活用してより多くの方々に知っていただく取り組みを行っております。	自治会、地域行事等への参加は現在のところできていない。地域性もあり日常的に交流することは難しく時間がかかると思われるが、地域の情報を多く集め、地域交流できるように取り組むことに期待したい。	
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	地域の方が突然、入居のご相談にいられても少なくともパンフレットを渡して、入居相談の窓口をご紹介出来るよう現場スタッフに周知しております。		
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	今年度は社内の「健康増進サービス課」が開発した「脳と足腰を元気にするエクササイズ」を地域の方々や福祉関係者に知っていただくよう運営推進会議する取り組みをスタートしました。	併設事業所の閉鎖等もあり、平成29年11月の実施を最後に定期的な開催には至っていないが、定期的な開催に向けては検討中であることから、事業所の活動報告等を行い、運営推進会議の有効活用に向けて期待したい。	
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	最近、生保の方々の受け入れが増加したことで、地元の福祉事務所の担当者と連絡調整を行う機会が増えて参りました。	福祉事務所の担当者とは連絡を取ることが多く連携がとれている。介護保険担当者との連携は少ないことから、運営推進委員会への参加を促すなど協力関係を築くことが望まれる。	
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	禁止となる身体拘束の具体的な行為を明文化し、職員への周知を図ると共に職員会議や社内研修の場で折にふれ身体拘束廃止への取り組みを行っております。	身体拘束は行っていない。身体拘束廃止委員会を毎月実施し職員間で身体拘束について振り返っている。また、研修も実施しており日頃から職員の意識を高めるよう取り組んでいる。	
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	今年度の一部法改正による「身体拘束等の適正化に係る指針」を受け、弊社では各事業所で身体拘束廃止、虐待防止の為に委員会を毎月実施し、その内容の周知と議事録の提出を義務付けております。		

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
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	社内で実施される会議や研修を通じてこれらを学ぶ機会があり、その内容は現場での会議等で職員への周知を図っております。		
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	契約の際は、重要事項説明書に記載された該当箇所をご家族様の前で読み上げて説明し、ご理解頂けるよう取り組んでおります。		
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	ケアプラン更新の度ごとにご家族様への意向を確認し、また面会などの際に意見を伺ったり、時にはカンファレンスに同席いただくなどの取り組みも行っております。	ケアプラン見直しの際の意向調査でいただく家族からの意見を個人のものだけと捉えずに、運営の改善にも役立てている。運営推進会議を定期的実施し、運営に対しての意見を聴く機会を設けることに期待する。	
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	代表取締役へ直接Eメール等で意見などを具申する制度などがあります。その他にも報告書や意見書によってそれを反映させる機会があります。	定期的なフロア会議や職員会議の中で、意見交換ができるような機会を設けており、職員からの意見はできる限り運営に反映できるように努めている。	
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	人事考課などによる職員の実績評価の他に、労務や権利擁護の観点から現場におけるハラスメントなどの相談や通報を、当事者のプライバシーを守りながら受け付ける取り組みも行っております。		
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	定期的な社内研修に加え、今年11月には大宮に「人財研修センター」を開設して、より実践に則した研修プログラムを行う予定です。		
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	系列内においては管理者会議等で交流が行われ、同業他社との交流については、法人全体として行っております。		

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 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	まず、計画作成担当者がご本人の要望などをもとに入居時から1ヶ月間の暫定プランを作成し、これをもとにご本人の状況を見ながら職員間で協議を重ね、ご家族様からのご意向も踏まえてご本人の安心を確保する関係作りを行っております。		
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	入居契約時はもとより入居後、ご家族様が面会に訪れた際などにご要望を伺うなど関係強化に努めております。		
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	最近では、特に激越な周辺症状を有する方は入居当初から、認知症の専門医の下を訪れて薬を見直し、症状が改善して元気になられた姿を見て、面会に訪れたご家族様等に安心いただいております。		
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	お元気だった頃と全く同じとは行きませんが、ご本人が長年培って来られた生活力を活かして、掃除、洗濯など活躍いただける機会を設けております。		
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	必ずではありませんが、先の認知症専門医の下を受診する際にご家族様にも検査や診察に立ち会ってもらい、ご本人の現状を知り治療内容を理解いただくことで、共にご本人を支える関係の構築に努めております。		
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	入居者様のご親族の中にプロのバイオリン奏者が居られます。今年10月には、当ホームでミニ・リサイタルを開いて下さいます。	家族の面会はいつでも可能としているほか、友人知人についても事前に家族より連絡があれば可能としている。家族との外出や外泊も制限なく、いつでも出かけられるようになっている。	
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利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	入居者様どうしの相性などを考慮しながら、お手伝いやレクなど日々の活動を通じて関係性の維持を支援しております。		



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
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	経過施設という性格上、入院や転居などで契約終了となるケースが大勢を占めており、その後も関係性を維持することは困難な状況にありますが、時折、職員が転居先の施設等へ様子を伺いに行ってくれるケースも有ります。		
<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	日々のケアや面会時にご家族様からの聞き取りを通じて把握した情報をもとに、毎月のケア会議でカンファレンスを行い、状況に応じて再アセスメント並びにケアプランの見直しをしております。	日常の支援では、言葉だけでなく利用者の表情やしぐさ等を大事に考え、少しでも利用者の思いを把握するように努めている。家族に向けては面会時や電話などでも意向調査を行い、希望に沿ったケアプランを作成している。	
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	入居前の実態調査に始まり、入居後もご本人はもとよりご家族の面会時などにお話を伺ってその把握に努めております。		
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	毎月、各フロア毎に計画作成担当者を中心にケアカンファレンスを実施して状況把握に努めております。		
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	計画作成に当たっては、居室担当を含む3名以上の職員でケア会議を実施し、内容に応じてご家族とかかりつけ医も交えて協議し介護計画に反映しています。	ケアプランの作成は居室担当を含む3名以上で話し合い、必要に応じて家族や医師からの意見も反映させるようにしている。毎月の職員会議の中でも職員間でケアプランについてモニタリングを行っている。	
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	ケアカンファレンスの中で情報や気づきの共有を図り、またモニタリングを通じてケアの実践や結果の検証を行い、次に活かすよう努めております。		
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	ご家族から同意を得た上で契約を結び、リハビリ・マッサージ、シニア・セラピーなどの付帯的なサービスを提供しております。		

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
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	インターネットの普及により、最近では「さいたまボランティア情報サイト」などを活用して、地域の方々に特技を披露する機会をご提供して、私共にも楽しいひと時を提供いただく。ささやかですが「地域資源との協働」を実践しております。		
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	提携医の訪問診療は月2回実施されますが、提携医による受診支援は入居者やご家族様の希望も取り入れております。通院の付き添いはご家族様をお願いすることを前提としているもののホーム側で代行するケースが多いです。	訪問診療医による月2回の往診がある。1回は事務所で全利用者の診察を行い、担当の職員が同席し、医師の指示は個別の連絡帳に記載している。もう1回は個別に往診している。また、近隣の認知症専門医への受診へも同行している。	
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	弊社の訪問看護ステーションより「居宅療養管理指導」の名目で「医療連携看護師」が週1回訪問しており、月2回の提携医の訪問を補完する形で入居者様の健康維持管理に努めております。		
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。	入院先の病院関係者との情報交換や相談には提携医療機関や弊社の訪看ステーションの支援を活用しており、早期退院に向けて訪看ステーションの看護師が直接、入院先を訪問し医療関係者に相談する体制を取っております。		
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	重度化した場合の対応に係る指針を文書化し、入居契約時にご家族様に同意いただいております。これまで看取りの事例は無いものの状況に応じてご本人、ご家族、提携医と協議し支援する体制を採っております。	重度化に向けた方針については入所時に本人と家族に説明し同意を得ている。現在のところ看取りは実施していないため、急変時には家族と連絡を取り状況を説明して救急搬送をしている。救急搬送の基準や職員の対応等については明確な基準の設定について課題としている。	
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	弊社の「医療連携室」と提携クリニックが作成した「緊急・急変時対応マニュアル」を参考に、事案が発生した際にはマニュアルにあるフローチャートの手順に従って確認を行うことで介護現場においてもスムーズな対応が可能となりました。		
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回の消防訓練では地元の消防立会いの下、昼または夜を想定した避難訓練を実施し、そのつど消防担当者から指摘いただいた内容を次の訓練に生かすよう心掛けております。地域との協力体制については、現在も模索中です。	訓練は年2回実施しており、1回は消防所との協力により避難訓練・消火器訓練・通報訓練を実施している。消防士が見本となり、未経験の職員が代表として実施する。もう1回はホーム長が中心となって職員のみで同じ訓練を実施している。	避難訓練を実施した記録が確認できなかった。記録類の整備及び、消防署からの講評について周知徹底するシステムづくりについても検討されたい。

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	倫理規定や運営マニュアルのみならず、接遇に関する研修などを通じて職員に「感謝の心」や「敬う心」を持って、相手に配慮した対応を採るよう指導しております。	ホーム長は管理者研修の中で利用者の尊厳・プライバシーに関する研修を受けているとの事だったが、全職員に対して内容を周知徹底させるシステムは確認できなかった。各居室の窓ガラスは素通しのままであり、配慮が必要であると感じた。	
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	認知症ゆえに自身の思いや希望を的確に伝えられない方に対しては、職員側からのアプローチを色々工夫し相手の思いを探り当てるよう働きかけております。		
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	1日の流れは一応決めてあるものの、その時々の入居者様の状況を見ながら、相手に無理強いしない支援を心掛けております。		
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	同じ物を繰り返し着ないよう気をつけると共に、ご自身で主体的に判断できる方に対しても状況により適時、声を掛け支援しております。		
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	その時々の入居者様の状況を見ながら、ご本人の出来ることは適時行っていただくよう支援しております。	外部業者による委託のため栄養バランスの取れた食事の提供がされている。入居者の重度化に伴い、身体的機能や認知機能が低下している為、安全を優先しており、現在は準備や調理、おやつ作りなどは実施していない。	
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	食事の献立については法人の給食部門に任せておりますが、食事の形態や水分摂取量などにつきましては、給食部門や医療関係者に相談した上でその指示に従い支援しております。		
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、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	口腔ケアは毎食後入居者様の能力に応じて行うと共に、提携の歯科クリニックによる「居宅療養管理指導」に基づく歯科訪問診療を実施し、口腔内の衛生管理や治療を行っております。		

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
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	排泄チェック表を使い排泄パターンを個別に把握した上で、機能低下を出来る限り抑えるために出来るだけトイレに座っての排泄を心掛けております。個別支援のため状況により2人で介助することもあります。	立位がとれる場合は可能な限りトイレ誘導している。おむつ対応は3名だが、立位が保てなくても職員が対応しポータブルトイレに座って頂いたり、夜間はおむつ対応でも昼間はトイレ誘導する等自立支援に取り組んでいる。	
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	便秘の予防と対応については、月2回の提携医による往診や週1回の医療連携看護師の際に個々に相談の上、その指示に従って対応しております。		
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ず、個々にそった支援をしている	週2～3回の入浴を原則としております。入居者様の日々の状況に合わせて入浴日を変更したり、季節に応じて菖蒲湯、ゆず湯など出来るだけ入浴を楽しんでいただけるような支援を行っております。	365日、9:00-16:00迄入浴可能としている。長湯を楽しむ人や一番風呂を好む人などにも対応してゆっくりと入浴して頂いている。また、基本は「かけ流し」だが、湯船の中で身体を洗う利用者の後は必ず湯を入れ替えて清潔を保持している。	
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	居室内の換気、温度や湿度を調整しながら、昼寝や居室内での休息など各人の希望や日々の状況に応じて随時支援しております。		
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	法人が実施する研修や運営マニュアルなどにより、副作用などの薬に関する情報や服薬管理についての知識は適宜提供されており、職場会議などを通じて現場の職員にも周知を図っております。		
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	左記のとおり支援すると共にケアカンファレンス、モニタリングを通じて各人の個性や状態の変化などに合わせて見直しております。		
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	加齢や認知症の進行と共に外出できる方が少なくなり、以前と比べてその頻度も減ってしまいました。そこで、ご家族様にもご協力を仰ぎ、ご本人と共に外へ散歩、買い物や食事に出掛けていただくなど外出の機会が少しでも増えるよう支援しております。	入居者の重度化に伴い、安全確保の為に散歩などの日常的な外出は実施することが難しくなっているため、家族の協力を得ながら、無理のない範囲での外出支援を行っている。	



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
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	今年度より保安上の観点から、これまでの「お預かり金」に替わり入居者様の物品を購入した場合、その費用を毎月の利用料に上乗せして請求し、口座引き落としでお支払いいただく「立替金」システムを導入いたしました。		
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	ご本人の希望により相手に迷惑の掛からない時間帯であれば、いつでも電話できるよう支援しております。ご家族様やご友人へのお手紙などもそのつど支援しております。		
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	認知症の進行により、身体機能は低下します。特に排便は下剤に頼るケースが増え、失禁に伴う臭いが問題となります。そこで、悪臭を香りでごまかすのではなく、根本から除去する植物由来の安全な消臭剤の希釈液を散布しております。	居間の掃除は早番職員が行い、トイレとホールは夜勤職員が担当しているとのことであるが、チェックリストは作成していない。浴室は側溝も毎日洗う等清潔は保たれていた。共有スペースに季節感のある飾りつけをするなど明るく家庭的な空間への工夫が望まれる。	
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	各人の自主性を尊重し、個々のご希望に出来るだけ合わせて支援しております。		
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	入居者様の馴染みの品々の居室への持ち込みは自由です。居室内の清掃は基本的に毎日、職員が行っておりますがご自分で出来る方は、状況を見ながらお手伝いを日課としてお願いしております。	ヒーター・危険物以外の持ち込みは自由としている。机や花、ぬいぐるみ、カレンダー、位牌、TV等入居者はそれぞれの思い出のあるものを持ち込んで生活している。本人が居心地よく過ごせるような支援がなされている。	
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	各人の認識力やその時々々の心身の状況などを合わせて、環境整備や支援の方法を工夫しながら支援しております。		

事業所名: グループホームみんなの家 七里

作成日: 平成 31年 1月 25日

## 目標達成計画

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	3	昨年10月に所内4事業所合同で、地域との交流会を行う予定でしたが、9月末で併設のデイサービスが閉鎖されたことにより、急遽中断してしまいました。これにより運営推進会議などの開催が思うに任せない。	「認知症高齢者」の皆様をお預かりする「グループホーム」としての特性を生かした、「認知症予防」について啓蒙活動を通じて地域の方々との交流を図る。	昨年9月で閉鎖された1階のデイサービスのフロアを活用し、民生委員など地域福祉に関わっておられる方々に対し、「認知症サポーター養成講座」、「オレンジ・カフェ」などの名目で交流会を開催し、弊社の推進する「NoA体操」、「ALSOKあんしんヨガ」などの認知症予防アクティビティーや当グループホームの認知症への取り組みを紹介する。	12ヶ月
2	13	防災訓練に地域住民が参加頂けていない。	地域の民生委員の方々などとの連絡を密にして、地域防災に向けた協働関係の構築を図る。	「災害時に当施設が地域に何かお役に立てることは無いだろうか?」という、外へ働きかけるという視点から地域との協働関係を探ってみたい。	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。