

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	0890700099		
法人名	医療法人アスミス		
事業所名	グループホーム生きいき		
所在地	茨城県結城市田間1489番地2		
自己評価作成日	2019年9月25日	評価結果市町村受理日	2020年2月17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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=0890700099-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【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4637-2
訪問調査日	2019年11月11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)】

認知症高齢者の方が安心して暮らしが送れるよう、家に代わる住まいのような環境作りに取り組んでいます。職員は家族のような対応を心がけ温かい生活の場を提供しています。入居者の方はご自身のペースでゆったりと暮らしており、すべての方が職員とリビングで一緒に過ごしやすい時間の共有をしています。

【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)】

昨年、運営法人が在宅医療を先駆けて積極的に行っている医療法人に代わり、24時間医療連携を実施し、利用者や家族に安心してもらえる体制となった。管理者・職員ともに利用者や家族のような暖かい雰囲気の中で当たり前の生活が送れるよう取り組んでいる。1ユニットの利点を活かし、利用者の想いやプライバシーを尊重し、個人ケアに努めている。利用者や家族の関係は良好で信頼関係が出来てきた。法人変更からまもなく1年を迎え、軌道に乗ってきたと感じており、様々な取り組みを職員と一緒に考え実施していきたいという管理者の前向きな姿があった。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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	利用者や職員が、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、活き活きと働いている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員2/3くらいが 3. 職員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
I. 理念に基づく運営					
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	施設内に掲示し、全体ミーティングや事業所の会議の際に職員に伝え日々、共有に努めている。	法人の5つの理念をもとに職員と話し合い『その人らしさ』を重視した理念を作成して、玄関先や職員トイレ等に掲示しており、ミーティングや会議で再確認し、実践に繋げている。職員は利用者の生活歴を把握し、夫々の行動を受け止めケアに努めている。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	子供会、児童会館、消防団などへの協力。地域のお祭りの際にお神輿やお囃子に立ち寄っていただき利用者様にとても喜んでいただいている。	自治会に加入し、子供会・自治会・消防団等との交流を持っている。地域の夏祭りではお神輿やお囃子がホームに立ち寄ってくれ、利用者も楽しみにしている。認知症サポーター養成講座の協力や広報誌の配布により、グループホームや認知症に関する理解を深めている。介護や福祉に対する相談に応じたり、関係機関に繋げている。	
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	地域の認知症サポーターへの協力や法人の広報誌などの配布により、GHIについての理解を深めてもらえるよう地域の方からの疑問等には丁寧な説明に努めている。		
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	日常生活の様子や入居者の介護度の状況などの報告を行っている。ご家族や地域住民も参加され意見交換をしている。	2ヶ月毎に民生委員・自治会長・家族・行政・事業所担当者のメンバーで開催している。主な内容は事業予定・報告・利用者状況等である。欠席された家族への内容報告を検討中。職員には会議等で報告し共有している。ボランティア受入れの希望があり検討中。	
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	運営推進会議や地域密着型サービス事業所連絡会等で市役所との連絡を図り、意見交換や助言をいただいている。また、地域包括支援センターとの連携も図るよう努めている。	関係担当課(介護保険課・社会福祉課・地域包括支援センター・社協)と連携を取り、協力関係を築いている。地域密着型サービス事業所連絡会やケアマネ会で情報交換を行っている。中学生の体験学習や子供110番を検討中。	
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	委員会の設置。身体拘束廃止に関しての指針を理解してもらい、ミーティング等で話し合い実践している。	身体拘束廃止委員会を設置し、マニュアル・指針を作成し、3か月毎の委員会で話し合い、利用者の安全・安心に向けたケアに取り組んでいる。安全上、一時的に拘束をする場合の同意書と書類関係は準備している。スピーチロックは職員間で注意をし合い、利用者に動揺が起きないようにしている。車いすの点検は担当職員が実施している。	

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
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	必要な研修会への参加と職員への周知。事業所内の虐待防止に努めている。今後はチェックシートを使用して行くことも検討中。		
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に支援している	委員会の設置。法人主催の勉強会への積極的参加。また、外部研修等で学ぶ機会を多くしていきたい。		
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	入居時は重要事項説明書・契約書・その他の説明を行い納得いただき、署名捺印いただいている。		
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	面会時に意見要望を気軽に話せる雰囲気づくりに努めている。ご意見箱も設置している。	意見箱の設置・第3者機関名・電話番号を明記しているが、そちらからの意見等はない。面会時に意見や要望を聞いて対応している。今後はアンケートの実施や老健との合同Xmas会と同時開催で家族会を考慮中。	
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	日々、職員とのコミュニケーションを図ると共にミーティング時に意見を出し合い改善に努めている。また、年に2回個人面談時に話を聞くようにしてる。	運営に関しては週1回のミーティングで報告している。管理者は現場に入って職員とコミュニケーションをとり、意見や気づきを言いやすい雰囲気作りを心がけている。年間目標を立て、年2回の自己評価と人事考課、面談・法人内外の研修、資格取得の支援や独自で習得した内容を報告してスキルアップに努めている。職員は管理者になんでも話せ、管理者からも声掛けをしてくれるので、ストレスや不満は解消され、職場の人間関係は良好との事。暑気払い等で親睦を深めている。	
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	各自、年間目標をたて、年に2回自己評価と面談を行っている。新聞記事等での内容を報告書として提出するポイント制を導入し自己研鑽に努めている。		
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進めている	法人内外の勉強会や研修への参加を働きかけている。資格取得の補助・支援もおこなっている。新聞記事等で勉強した内容を報告書として提出するポイント制を導入し自己研鑽に努めている。		
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	地域密着型サービス事業所連絡会やケアマネージャー研修会等に出席し意見交換しサービスの向上に繋げている。		

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
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
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	本人が安心して生活できるよう不安な事があれば傾聴し、ケアプランに生かし職員が共有し個別ケアを行っている。		
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	契約前・契約時に家族の不安や要望を聞くようにしている。担当者は、介護計画で職員皆が共有し家族のケアも出来るようしている。		
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	本人が持っている力を発揮できるよう職員間で話し合い介護計画やサービスに取り組んでいる。		
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	本人が出来ることはやっただき、家事作業を職員と一緒にやっている。庭作りなどの際も昔の経験や意見を聞き参加してもらっている。		
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	面会や外出などの機会を家族に依頼し、関りを多くしている。また事業所の行事への参加をお願いし、職員とのコミュニケーションを図り孤立しないよう努めている。		
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	家族、友人の面会を歓迎し実施。また、地域の行事に参加できるよう働きかけるなどして支援に努めていく。	電話や手紙の支援はその都度対応し、馴染みの人との関係継続に努めている。家族・友人の面会時は歓迎し、利用者と楽しいひと時を過ごしてもらっている。家族と外出・お墓参り・自宅に出かける利用者がある。地域の馴染みの場所には要望が出た時に対応。自宅に出かけ、柿を持ち帰り、他の利用者と一緒に食べたこともある。	
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	利用者の関係性の理解に努め、お部屋や座席の位置を考え、会話ができるよう努力する。職員も共にコミュニケーションを図っていく。		

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	退居後もその利用者の相談員・ケアマネジャーと密に連絡を取り、対応していく事を説明している。		
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					
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	基本情報やアセスメント、家族の日常会話の中からの情報、常に本人の生活を観察し何を希望しているのか把握、それらに介護計画で対応している。	生活歴・職歴・アセスメント・日々の会話・家族からの情報等から利用者の想いを把握し、希望に添ったケアの提供に努めている。困難な場合は問いかけを工夫したり、表情・様子から利用者本位に検討している。趣味のお花の水やり・塗り絵・折り紙・読み物や体操・サイクルマシン・洗濯干し・たたみ・食事の下膳等、やりがいに繋げているが無理強いはいしない。週1度来訪する栄養士が、うどんを食べたいという利用者の会話からうどんを献立に入れてくれた。	
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	基本情報やアセスメント、家族の日常会話の中からの情報、常に本人の生活を観察し何を希望しているのか把握、それらにケアで対応していく。		
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	1人1人の状態を申し送り等で情報共有し、その日その利用者のペースにあった過ごし方を重視している。		
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	ミーティングで話し合いをしたり、訪問診療の際に医師の意見を聞いて課題の解決に向けて介護計画を作成している。	利用者・家族から要望や意見を聞き、カンファレンスで利用者のニーズとケアのあり方について話し合い、必要に応じて医師のアドバイスを受け、ケアプランを作成している。ケース記録には利用者の言動・職員の気づきが記入されている。作成後は家族に説明し同意を得ている。短期目標に向けたモニタリングと評価を実施し、現況に即したプランを作成している。	ケアプランが職員主体となっている傾向にあるので、だれが見ても行動に移せる利用者参加型の具体的な目標を設定することが望ましい。
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、生活の様子を介護記録に残し、情報を共有して介護計画やケアの方向性を決めていく。		
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	出来る限りニーズに答えられるようにスタッフが知恵を出し合い関係機関や多職種からの意見を取り入れて取り組んでいる。		

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	開かれた事業を展開していく為に地域の民生委員の意見を参考にし、利用者の生活に結びつけている。		
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	かかりつけ医の訪問診療を受けており、緊急時の対応も可能となっている。専門医の受診についても相談に応じている。	月2回のかかりつけ医の訪問診療・週1の訪看で利用者の体調管理(往診記録・訪看記録・在宅療養計画書に記録)に努めている。事業所に看護師が勤務しているため、日ごとの変化・特変時はかかりつけ医・訪看と連携は24時間スムーズである。専門医の受診対応は基本的には家族対応となっている。受診記録はケース記録と申し送りノートに記録している。	家族への連絡は電話の後、ケース記録に書かれているが、わかりにくいので、ペンの色を変えたり、往診記録に記載する等、経過がわかるような記録方法の検討を期待する。
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	施設看護師が対応している。訪問看護ステーションとの契約により、連携し、緊急対応も可能となっている。		
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。	病気の治療等その他長期にグループホームを離れることが決まり、かつその移転先の受け入れが可能となった場合、担当者との情報共有に努め、今後の方向性を決定していく。		
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	入居時に終末期についての説明をし、事前確認書をいただいている。 身体状態が変化した場合は家族、医師、看護師、ケアマネ、スタッフを交え話し合い支援している。	契約時に看取りについて説明し、事前確認書をもっているが、重篤前に再度、家族・医師・訪看・事業所看護師・ケアマネ・職員と話し合いを行い、方針を共有し、家族・他の利用者に配慮しつつ最後の幕引きを全職員で支援している。24時間事業所の看護師・訪看・医師との連携により職員の不安は少ない。希望があれば、家族の宿泊も可能である。最後に利用者の希望を聞き、食べたいものを提供し、他の利用者の見送りを受け、家族から感謝と悔いはないという言葉をもらい職員の励みになった。	
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	緊急時には看護師に連絡。訪問看護師との連携により、24時間対応可能となっている。必要に応じ、医師にも連絡し、対応できる。		
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	避難訓練、消火訓練を行っている。 地域との協力体制は検討中。 災害用食料品飲料水の確保をしている。	自主訓練を実施した。次回は消防署指導で夜間想定を予定した訓練を実施し、問題点やアドバイスを受けたと思っている。風水害マニュアルは作成済み。先月の台風では事業所としての被害はなかったが、備蓄品・緊急持ち出し用品の再確認・検討は必要と考えている。長期間の避難となる場合は法人の老健が避難先となっている。交通事故対応マニュアルは即、整備する。	

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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
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	尊厳を重視し、スタッフの教育と共に、日々、相手の立場に立って声掛けしている。入浴・排泄時もプライバシーが保たれるように全スタッフに指導している。	利用者を人生の先輩として尊重し、プライバシーや誇りを損ねない声掛け・対応に心がけている。職員はきちんと利用者のそばで視線を合わせた声掛けを行っている。情報公開に向けた関係書類等(象徴権も含め)は同意書を取り交わし、個人情報保護に努めている。面会簿は個人毎に記載。	
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	利用者と信頼関係を築き上げるために、日々寄り添い、本音を聞くことができたり、安心して暮らせる環境づくりを心がけている。		
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	希望に沿ってその人のペースで生活できるよう対応している。		
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	おしゃれに関しては、利用者自身や家族が自由にできるように支援している。散髪や衣替え、洗濯は、適宜アドバイスを行っている。		
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	食事が楽しみになるような雰囲気づくりを心がけている。出来る方には、お手伝いをお願いしている。味付けも好みに合うよう工夫している。	利用者の希望を伝え、栄養士がたてたメニューを外部の委託業者が調理した食事を届けてもらい、おいしそうにマイ食器と陶器の器に盛り付け提供している。下膳は利用者が我々の分も行ってくれた。職員は利用者の食欲・嚥下等に注意をしながら食事介助を実施。栄養士のアドバイスを受け、スクリーニングを行い、利用者の異変に注意している。おやつも委託業者から届くが、かき氷やふかし芋等を事業所で作っている。外食も予定しているが、全員では行けないので出前を検討。誕生会はケーキをデコレーションし、第3木曜日に実施。	
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	栄養スクリーニングをスタートさせ、栄養状態・体重の増減・血液検査のデータを把握しながら、栄養士の助言をいただいている。		
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	毎食後、口腔ケアを行い口腔内の清潔に努めている。口腔状態に問題が生じた場合は、協力歯科医院に相談している。		

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	おむつ外しを心掛け、定期的に声掛けをし、トイレでの排泄を支援している。汚染の確認は、一人ひとり行っている。	おむつ対応の利用者にも出来るだけ昼間は排泄パターン・チェック表・表情からトイレに誘導しトイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援に努めている。開設当時はほぼ全員がおむつ対応だったが、現在は布パンツにパットと改善した。夜間おむつ対応の利用者には21時の交換後はその人に合わせた対応で安眠を妨げないようにしている。汚染の場合は他の利用者にわからないように対応している。便秘には水分・食事・運動等でなるべく薬に頼らない支援を行っている。	
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	排泄の有無を把握し、記録、主治医と相談しながらその人に合った支援を行なっている。(水分・食事・運動・薬等)		
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	1人ひとりゆっくりと楽しみながら入浴できるよう対応している。	週2回の午前中の入浴支援を行っているが、希望があれば、都度対応可能である。入浴拒否に対しては臨機応変に対応し、利用者が自分から入りたいという気持ちを大切にしている。入浴支援は1対1の貴重な時間で普段聞けない利用者の想いを聞く時間でもあり、その内容は全職員で共有するようにしている。季節のゆず湯や温泉入浴剤を提供し喜ばれている。皮膚感染予防として足ふきマットの上に個人用タオルを敷いている。着替えの準備は自分もしくは職員と一緒にしている。	
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	昼夜逆転を防ぐため、昼間の臥床時間を短くし活動量を増やすようにしている。(不眠の方については、主治医と相談している。)		
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	必ず、日付・名前を確認し内服させ、内服後は、口に残っていないか確認をしている。薬の内容が変更になった場合は、速やかに職員全員で把握するようにしている。		
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	築きあげてきた人生観を大切にしながら、その人らしく生活できるように支援を行なっている。		
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	天気の良い日はベランダへ出たり外へ散歩に行ったりしている。外出も買い物・花見・地域の学校行事の参加・法人内の行事に参加を検討中。	天気・体調が良ければベランダで日光浴や近場の散歩、野菜の手入れや収穫をし、太陽の日差しをあびて五感の刺激を受けている。花見や初詣に行った。家族と外出する利用者がいる。法人変更から1年がたち、余裕が出てきたので、今後は法人の運動会・夏まつり・クリスマス会(家族も参加予定)に参加し外出支援も行いたい。	

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
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	金銭管理は家族対応になっているが、本人が使えるときには、使えるように支援を行っている。		
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	電話や手紙は、その都度対応している。		
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	快適に過ごせるよう管理している。季節を感じてもらえるような掲示物などを飾る工夫をしている。	写真・作品・お花等で季節を感じてもらう工夫があった。現在Xmasに向けて、作品を制作中。トイレの表示はわかりやすい。窓越しに隣の庭木から四季の移ろいを感じることもできる。脱衣室・リビングは床暖房になっている。	
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	利用者同士が自然に会話ができるように席の配置を工夫している。		
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	家で使用していた椅子やテーブルなどを使用している。馴染みの物を使用する事で安心した生活が送れるように工夫している。	居室入り口の名前の表示は大きく表示したり、さりげなく飾り物だけだったり利用者に合わせて工夫があった。家庭内の自分の部屋を意識して、テーブル・椅子・趣のある家具・テレビ等を設置している。塗り絵のカレンダーや目覚まし時計で見当識を意識する配慮があった。居室内を掃除機で清掃する利用者もいるが、主に職員が掃除し清潔保持に努めている。	
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	カレンダーや生活習慣などを掲示し自分で行動できるように工夫している。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホーム生きいき

目標達成計画

作成日: 2020年2月8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	26	ケアプランが職員主体となっている傾向にある。	誰が見ても行動に移せる利用者参加型の具体的目標の設定し、職員全員が周知できる。	担当者が中心となり、利用者ひとりひとりの生活リズムを見直しアセスメントを行い、それに基づきケアマネジャーがケアプランを作成する。	6ヶ月
2	30	家族への電話連絡・特変時の記録がわかりにくい。	全職員が家族との電話連絡・その記録ができるようになる。	全職員が対応できるよう家族連絡用の書式を作成し、理解使用できるようになる。	6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。