

1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2891400125		
法人名	医療法人社団 紀洋会		
事業所名	認知症対応型共同生活介護事業所 グループホーム 福の郷		
所在地	兵庫県篠山市井ノ上167-1		
自己評価作成日	平成30年11月11日	評価結果市町村受理日	平成31年4月8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	特定非営利活動法人 福祉市民ネット・川西		
所在地	兵庫県川西市中央町8-8-104		
訪問調査日	平成31年1月15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)】

開設以来職員へは介護とお世話は違うということを指導している。できる事まで手を出さず、いかに気持ちよく活動につなげていく工夫や声掛けを行っていくかが介護職としての仕事と思い取り組んでいる。
その他、自立支援とは自己選択の自由ととらえ、小さいことでもできるだけ本人に選択する機会を設け自分の生き方は自分で決めるを少しでもできる様職員へ指導している。

【第三者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)】

遠くまで続く田畑、もくもくと白い水蒸気を上げる酒蔵。それらの風景の中に母体医療法人の経営するデイサービス、小規模多機能ホームに挟まれて事業所がある。開設して6年目を迎え、利用者、職員ともに自分らしい暮らしを目標にしながら、お世話でなく介護をしたい、利用者の出来る力をより育てていきたいと所長以下スタッフ全員がまずは見守り、寄り添い、常に利用者主体の支援を心掛けている。自治会に所属しているものの、地域で生活する地域住民と触れ合う機会が少ないので、年度末に予定されている「まち協会館」で開催する認知症カフェの成果が楽しみである。これを機会に、地域に根ざした利用者主体の生活が出来ることを願っている。毎週の音楽療法の効果もあり感情豊かな利用者が歌う「福の郷の歌」は、所長のギターと副所長のエレキピアノの伴奏に支えられ、居場所を見つけた喜びにあふれている。これからも地域の貴重な福祉資源としての活躍を期待する。

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)	○	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)	○	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				

自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	者三	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	「自分らしい暮らし」を理念に掲げ、常にその人の以前の暮らしが継続できるよう標示し、職員とも共有している。	「自分らしい暮らし」とスタッフがユニークで温かい筆文字で書いたものを、額装して事務所に掲示している。利用者が自分の居場所を見つけて、生き生きと生活出来るように、職員全員で心がけ支援している。	
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員として日常的に交流している	29年・30年と地域との交流を目的としたお祭りや地域参加型の研修を行ったり、地域との交流を隣接する3つの事業所合同で積極的におこなった。祭りの参加者も増えている。	利用者が日々の散歩等で、顔を合わせる地域住民は少ないが、運営推進会議には地域の知見者が参加していろいろな意見交換をしている。以前から懸案であった認知症カフェが、いよいよ年度末に開催される。	
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	地域包括支援センター主催の介護セミナーに参加し、地域の方に認知症への理解を深める啓発をおこなった。	/	/
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度開催しており、毎回取組状況など報告し、身体拘束の状況や事例検討等意見をいただきサービス向上に努めている。	家族、市、地域包括、民生委員、知見者、隣接事業所職員が出席している。出席者にはレジメとともに前回の議事録を配布している。参加していない家族には議事録を配布していない。	議事録を家族に送ることで、事業所運営に興味を持っていただけてはいいかがか。
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に取り組んでいる	H30年4月を目標に行政・包括と連携し認知症カフェの開設にむけ意見交換・協力をおこなっていたが、まだ、開催には至っていない。	隣接事業所と他法人の事業所も協力して、今年度3月に認知症カフェを開催する。開催場所が少し離れた場所にあり、利用者が全員出席できないのが残念である。地域住民との絆が結べると良いと管理者は考えている。	
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	研修にて身体拘束の行為を理解し、身体拘束は行っていない。また運営推進会議においても都度報告しており、日中離設のリスクもあるができるだけ個別対応しリスク軽減に努めている。	昨年5月「身体的拘束等適正化のための指針」の内容を改訂し、職員向けの研修資料、マニュアル、経過・再検討記録の書式、家族への説明・同意書の書式と共に、職員に周知している。特定の利用者の安全見守り強化のために離床光センサーを使用しているが、身体的拘束に該当するような運用はしていない。	

自己	者 第三	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	(6)	○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	研修にて虐待への理解を深め、日頃から虐待がないよう注意している。	言葉遣い、口調、声の大きさ等にも気を配り言葉での虐待についても研修で学んでいる。職員のストレスにも配慮し、全員が定時に終業できるように管理者自らも定時退社を心掛け、皆で声を掛け合っている。	
8	(7)	○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	研修にて権利擁護に関する理解を深め、玄関にも成年後見制度についての案内を掲示している。現在1件、後見制度を利用されており、他必要と思われるケースがあれば橋渡しを行う予定である。	事業所を利用する以前から制度を活用している利用者があり、職員も研修で学びある程度の知識を持っている。今後も必要な家族があれば情報提供する予定である。	
9	(8)	○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約時は重要事項説明書に添い、十分に説明を行い理解・納得を図っている。料金改定については文章にて通知し看取りによる加算等は直接家族へ説明をおこなっている。	本人・家族と面談してから契約としており、時間をかけて丁寧に説明している。家族からは退去に関する要件についての質問が多い。入院時の居室確保は約1か月を目安としているが、柔軟に対応することや他施設への移行等が考えられる場合についても責任をもって紹介し、協力を惜しまないことを伝えている。	
10	(9)	○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	意見箱の設置や家族による日頃の来所時や行事参加時に近況の様子など話す機会を設けている。また、利用者の要望を聞く機会をつくり希望に沿えるよう対応している。家族の思いを察し面会できるよう後押しした事例もある。	意見箱への投函はない。家族来訪時には、利用者の近況を伝え、家族から要望や意見を話しやすいような雰囲気を作っている。毎月のスタッフ会議には利用者も参加して、食事や外出の希望を出してもらい、実現している。	
11	(10)	○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	月1回のスタッフ会議や連絡・申し送りノートで常に職員意見を反映しており、その日出勤していないスタッフもすぐ把握できるようにしている。スタッフ間の連携も良い。	スタッフ会議や年2回の面談の際、職員から意見を聞いている。ゴミ出し業務を夜勤シフトの職員に替える、車椅子の利用者がリビングにいる間は椅子に移乗してもらう等、意見を業務に反映している。	
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	定時で終業できるようにしている。年2回の人事考課(職員面談)をおこなっている。		
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	定期研修とキャリアパスによる評価にて不得意な部分を明確化し本人が目的を持って取り組めるよう努めている。		

自己	者	第三	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
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	他グループホームとの意見交換を行い、質の向上に取り組んでいる。		
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	サービス導入時期に本人の思いを聞き、家族とも相談し、本人の思いや声に耳を傾けて、馴染みの関係ができるよう席の配置にも配慮している。		
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	家族の置かれている現状や利用者への思い、また移動手段(荷物搬入・送迎)等困っている事への対応もできている。		
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	現在までサービス導入後すぐに医療との連携につとめ健康状態を把握している。異常があればすぐに対応できる環境にある。また入所後すぐに必要な支援も把握するように聞き取りもおこなっている。		
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	一緒に散歩したり、家事を行ったり、時には直接要望を聞いたり一緒に過ごす時間を多くとっており、その中で発言された言葉(○行きたい・手仕事をしたい・○○が食べたい)を大切に、実現できるよう支援している。		
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	家族と食事や墓参りへ行ったり、結婚式に参加したり家族との絆を大切にしている。		
20	(11)		○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	友人の訪問や、なじみの店への送迎、行きたい場所へ行きそこでばったり知り合いと出会い会話されたりすることもある。	ほぼ毎週家族が、時には友人が来訪する。馴染みの美容室に家族が連れていく利用者也数名ある。職員と一緒に受診に出掛けた時、通りがかりに「昔よく行った店だ」と利用者が思い出し、そのまま二人でその食堂で夕食をしたこともある。	

自己	者	第三	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	
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	利用者同士の関係性は職員が把握しており、都度座る場所や職員の関わり方を考え配慮しているが、関係性が悪い利用者間があるのも現実である。			
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	退去後亡くなられた場合家族から連絡があり葬儀に参列させていただき、退去後も関係性は良好である。			
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	(12)		○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	思いを言える方は把握しやすいが、困難な場合やはり生活歴の把握が重要だと考え、管理者だけでなく日頃から職員全体で家族とのコミュニケーションを図っている。	家族や職員からの情報を記録して共有し、より利用者本位の支援ができるように心がけている。食事の量や嗜好を記録して変化を観察し、個別に合わせたメニューを提供するよう努めている。		
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	最初から深く聞こうとはせず、徐々に馴染みの関係を築くことが大切と思う。都度新しい情報はケース記録に記録し、共有できるよう努めている。外来受診の帰りに急に馴染みの食堂で昼食を食べて帰ったり柔軟な対応をしている。			
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	常にできる活動を行っている活動に変換できるように努めている。			
26	(13)		○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	毎月会議にてサービス評価を行い現状維持・変更を話し合っている。	職員はそれぞれ担当の利用者を持っているが、担当に関わらず全員でケアを行っている。日々のケア記録をケアマネがモニタリング表にまとめて、半年ごとまたは状態変化時に介護計画を見直している。家族には電話で説明し、同意書にサインして返送してもらっている。		
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	ケース記録・日誌にて特に本人の言動を記録し、その他個別支援実施状況、水分量、排泄、バイタルを記録し支援に活用している。			

自己	者 第三	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
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	現在、特殊なニーズはないが、以前は高校野球の試合や練習を見にいたり、ターミナル時に自宅へ帰ったり可能なニーズに対応していた。		
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	課題でもある地域資源との共同は今年度認知症カフェを行いきっかけを作る予定であったが、開催できず、あまり進展はない。		
30	(14)	○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	入所前に必ず協力医療機関の医師がかかりつけ医になることを説明し同意を得ている。本人の希望により他の病院を希望された場合は希望どうり対応している。	かかりつけ医は自由に選べるが、法人母体の病院の内科、整形外科、歯科から、それぞれ毎月1回訪問診療があり、全利用者がかかりつけ医としている。他科受診については家族が付き添い、都合によっては職員の応援も可能である。法人の訪問看護師が毎月2回訪問して健康管理を行っており、手厚い医療連携体制が出来ている。	
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	訪問看護による訪問で月2回体調チェックしてもらっている。また24時間連絡が可能で状態変化時は連絡し指示を受けている。		
32	(15)	○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。	入院時は情報提供を行い、看護師長と連携をはかり相互に連絡しあっている。またできるだけ主治医からの病状説明も家族と出席している。約一週間ごとに面会と状態確認をし、退院時期について相談することで、スムーズに退院できるように病院・家族と連携している。	入院時情報提供し入院後の情報は、主治医や看護師から状態を聞き取り入院経過報告書を記録し、早期の退院に向け働きかけている。医療中心の状態や退院が見込まれない場合は家族との話し合いで、退所となる場合もあり、居室確保期間を設けたり、他施設を紹介し繋げている。	
33	(16)	○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	主治医から看取りの指示があった場合、家族・主治医・訪問看護を交え今後の対応について何度も話あっている。事業所で可能か判断し可能で家族・本人が希望された場合看取りの説明を行い同意を得ている。	契約時に重度化と看取りに関する事業所の指針を説明し、緊急時の延命処置についても家族の意向を確認している。利用者の状態に合わせ適時、主治医も交えて家族の意向を確認している。	

自己	者	第三	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	
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	マニュアルを作成し全員が把握できるようにしている。年1回看護師による緊急時の対応の研修をおこなっている。例としてレベル低下時の対応もできている。			
35	(17)		○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回防火避難訓練を行っており、水等の準備もしている。隣のデイサービスが地域の避難所として防災訓練を実施した。	日中と夜間想定で消防署の協力を得ながら、併設の3事業所で合同避難訓練を実施している。事業所はハザードマップにより、土砂崩れや川の氾濫等の恐れがない事を確認している。食料品の備蓄の確保もしている。地域住民に避難訓練参加を呼び掛けるも参加がない。	引き続き運営推進会議の場で、地域住民に訓練参加を呼びかけられてはいいかがか。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援							
36	(18)		○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	職員はいつも本人が大切にされていると思えるような支援を心がけ、言葉遣い、態度に注意している。	職員は常に利用者中心である事を意識し、その人が持っている能力を見出す工夫と努力をしている。本人が此処に居ても良いと感じたり、役割があり大切にされている事に喜びを感じる場所になっている。職員は一人一人の能力に応じ、声掛けしながら日常生活を支援している。		
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	おやつ時の飲み物の選択希望、何を食べたか、お風呂に行きますか等意思表示できる方は選択できるが、そうでない方は家族からの聞き取りや生活歴にて判断している。			
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	就寝や起床も利用者のペースにできるだけ合わせている為、朝食の時間はそれぞれである。自宅へ帰りたいと言う訴え時の送迎なども柔軟におこなっている。			
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	可能なかぎり自分で着替えを選んだり、職員が眉を整えたり、時には化粧をしたりしている。行きつけの美容室がある方は予約し送迎支援もおこなっている。			
40	(19)		○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	出来るだけ一緒に準備したり片づけたりしている。同じ食事ではないが朝・昼・夕と職員と一緒に食べている。食べたいものの希望や買い物も時々行っている。	利用者の意見を取り入れながらメニューを作り、時には利用者が食材購入に同行する事もある。利用者は下準備から、味付けや盛り付けまで調理と一緒にしている。職員は同じものを一緒に食し、利用者が中心に後片付けをする生活が日常的になっている。		

自己	者三	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
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	管理栄養士から定期的に評価・助言を受けている。食事量・水分量は毎日記録し、少ない場合は嗜好にあった飲み物や食べ物を提供している。体重の増減に応じて食事量を変更し、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	毎食後に口腔ケアを行い介助が必要な方も重曹と舌ブラシ等でケアし肺炎予防に努めている。月1回口腔外科の往診、月2回歯科衛生士によるチェックを行っている。夜間義歯を入れて寝る習慣の人には無理強いはしていない。		
43	(20)	○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	可能な限り、トイレでの排泄を促し、日中は全員トイレでの排泄してもらっており、出来る動作は本人にしている。	日中はバルーン使用者以外全員トイレで排泄している。排泄の失敗や一部介助を要する利用者、夜間はおむつ使用者もいるが能力に合わせ、個別の対応で清潔を保っている。小声で声掛けしたり、出来る事を見守る自立支援に心掛けている。	
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	乳製品や運動また排便のパターンを把握し、トイレ誘導をおこなっている。それでも出ない時は主治医に相談し薬を使用している。		
45	(21)	○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	入浴は週2回以上入っており、入る前にバイタル測定、本人の意思を確認し無理強いはしていない。湯船に入っている時は脱衣室で様子を伺い、羞恥心に配慮しているがその日の業務により午前か午後になったりする制約はある。	入浴はその日の状況等により、午前か午後に実施し週に2回を基本にしているが、希望者には柔軟に対応している。上下スライドドア付き浴槽が備えられ、一人ずつゆったり入れるので、職員はコミュニケーションの機会にしている。一人入る毎にお湯の交換ができる仕組みになっている。	
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	昼寝の時間を調整したり、体調や体力に応じて、日中の活動を促し、昼夜逆転にならないよう支援している。また、夜の入眠時間も、本人の意思を尊重している。		
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	誤薬がないよう3重チェック、薬準備・服薬時の確認の徹底をしている。処方に変更があれば職員で共有し、変更後からの状態・バイタルの観察を行い、その変化を主治医・看護師に報告している。		

自己	者	第三	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
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	調理をメインにできることはおこなってもらい、最近では味付けまでする利用者もいる。針子や絵歌なども楽しめるよう支援している。		
49	(22)		○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	家族と協力し自宅に帰ったり、買い物、食事、季節ごとの外出の支援をおこなっているが、以前よりは回数が減っている。天候の良い日は施設周辺の散歩へ行き、気分転換に努めている。	近隣の散歩や個別の買い物、事業所周辺での日向ぼっこ、希望に応じ紅葉ドライブなど日常的に出かけている。家族が美容室に付き添う際に、家族との外食を楽しむ利用者や、受診の帰りに職員と外食をする利用者等、利用者の希望に沿った対応をしている。年に一度は家族も参加するお花見に全員で出かけている。	
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	家族と相談し小遣い程度自分で持っている方もある。買い物時は自分で支払いできるような支援している。本人希望で欲しい物がある場合、お小遣いでスタッフが購入してくる場合もある。使用項目についても入金時家族に説明している。		
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	手紙やはがきは自由に投函できるよう支援している。手紙等も本人宛てであれば本人に渡している。電話に関しても自由である。		
52	(23)		○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	季節感のある飾りつけや、製作した作品、花などを飾り、殺風景にならず生活感のある空間になるよう配慮しているが最近飾り過ぎな面もあるが利用者が見て楽しんでいるのでよしとしている。室温も本人に確認を取りながら、適温になるように支援している。	広いリビングは陽の光が差し込む明るい空間である。窓からの田園風景に季節が感じられ、入り口に貼られた写真から、利用者の生活の安心と喜びが窺える。利用者共同制作の書初めや職員が作詞作曲の事業所の歌が掲げられ、利用者は職員の弾く楽器に合わせて歌ったり口ずさんだりしている。	
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	気の合うもの同士が集まれる席を準備。定席以外にも数人でくつろげるソファなどを準備しているが一人で過ごすスペースは空間的にない。		

自己	第三者	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
54	(24)	○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	入居前にできるだけ使い慣れた家具等を持参してもらうよう説明している。位牌などの持ち込みもされており、お供えをされる方もいる。	各居室はどの部屋も明るく、ベッドやカーテン、エアコン等は事業所で設置しているが、利用者それぞれ家族写真や馴染みの家具、テレビ等を持ち込んでいる。位牌を祀っている利用者もある。家具等の配置により個性的で家庭的な雰囲気がある。	
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	個別に介助バーを設置したり、トイレ・浴室等も標示し分かりやすくしている。		

(様式2(1))

事業所名: グループホーム福の郷

目標達成計画

作成日: 平成 31年 2月 16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		現在、利用者の生活状況や体調面などは通信や面会時のみ御家族へ説明している状況であり、特に面会の少ない御家族へもっと情報を伝える必要がある。	日頃の状況を発信し御家族の訪問を多くする。	毎月、日頃の生活状況や往診の結果などを手紙にして郵送する。時々には写真も同封する。	12月
2		事業所の祭りにて少しはグループホームの認知は浸透しているが、まだまだ地域との関わりが少ない状況である。	まずは少しでもいいので、地域の方に気軽に立ち寄ってもらえる関係づくりを目指す。	3月より認知症カフェを行うことで地域の方と少しでも馴染みの関係をつくるきっかけにしたい。	12月
3					月
4					月
5					月