

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	0870700283		
法人名	社会福祉法人 芳香会		
事業所名	グループホーム穂の香		
所在地	茨城県結城市七五三場365		
自己評価作成日	平成 31年 2月 4日	評価結果市町村受理日	令和 元年 6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 http://www.kai.gokensaku.nhl.w.go.jp/08/index.php?action=kouhyou_detail_022_kihon=true&Ji_gvovvoCd=0870700283-00&ServiceCd=320

【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31年3月26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)】

当グループホームでは、より高度なレベルの専門性が求められる集大成の場所であると認識しており、介護福祉士等の専門職を多く配置し知識や技術を含めた専門性の高いサービスの提供を出来るようにしている。また、結城市地域密着型連絡協議会において、災害時の連携、空所状況の共有などを図り円滑な運営につなげている。

【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)】

事業所は、田園に囲まれた自然豊かな場所にあり、隣接する養護老人ホームや特別養護老人ホームとの合同の行事(秋祭り・年始会・敬老会等)で、家族や地域住民との交流を図っている。また、利用者の慣れ親しんだ関係が途切れないよう、「バーベキュー会」に家族を招待する等の支援をしている。職員は地域の清掃活動や花壇の苗植えをする「クリーングリーン作戦」に子ども会や地域の自警団、高校生等と共に参加し、地域住民との信頼関係を構築している。利用者はビアガーデンや誕生会、クリスマス会、毎月地元の不動尊の縁日への外出等行事が楽しみの一つになっている。事業所は他事業所や地域住民・自警団等との協力を得て、防災対策や日頃から防災意識を高める努力をしている。

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 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)	<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
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)	<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)	<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
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)	<input type="radio"/> 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)	<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)	<input type="radio"/> 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)	<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	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	<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
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	<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
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、安心して暮らせている (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		

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
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	運営方針、基本指針を各年度ごとに定め会議等でそれらを共有し地域との交流の場を設け実践している。また、運営理念・経営理念を毎月の職員会議の際、運営理念について話し合いを設けている。	理念の共有は、毎朝のミーティング時に唱和し、職員間で共通理解するとともに、実践している。事業所は「地域で開かれたものにする」とともに、入居者が地域の一員として生活ができるよう支えます」の倫理綱領を掲げ、地域住民との関係を密にしている。	
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員として日常的に交流している	各季節行事に招待し継続的な交流を図っている。また地域清掃活動において共に参加し交流を図っている。	自治会に加入し、利用者と職員が「クリーングリーン作戦」や「花壇の苗植え」等に参加し、地域の方と交流している。また、自警団との合同防災訓練や高校生のインターンシップの受入れの他、秋祭りや敬老会、ボランティアの受入れ等に地域の人と交流している。	
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	認知症に関する様々な研修に参加する事で知識を得て、運営推進会議で介護技術や認知症対応方法等を会議の場で報告している。		
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	家族代表・市職員・区長・民生委員・自警団団長・職員等で2ヶ月に1回開催し、会議と並行し身体拘束についての委員会(身体拘束委員会)も同時に行う事で身体拘束についての理解へ繋がっている。	運営推進会議を民生委員、自警団の団長等の地域住民が参加できるよう開催時間に配慮し、定期的に開催している。会議では、事業所からの報告の他、「身体拘束委員会」を同時に開催し、地域の方とも共通理解を図っている。	
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に取り組んでいる	運営推進会議や地域密着型サービス事業所連絡会においてサービスの取り組みや空き情報等の報告を行い良好な関係づくりを図っている。また、事業所代表者が市が実施している福祉に携わる各委員会の委員となり当事業所のみならず地域福祉に関する意見を伝えている。	ケアマネジャー連絡協議会や地域密着型サービス事業所連絡会に加入し、連携を図るとともに、信頼関係を構築している。キャラバンメイトにて、「認知症」に関する啓蒙活動にも取り組んでいる。	
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	運営推進会議において身体拘束委員会を実施し、委員会内容を事業所内会議において報告している。また、事業所内会議で勉強会・マニュアル確認を行っている。尚、日中は玄関を常に開放する等拘束は行わず、ご家族においては、入居時に身体拘束に関する同意書について説明し、同意を得ている。	法人内の身体拘束委員会を定期的に出席し、理解を深めるとともに、身体拘束に関するマニュアルの作成や写真等の資料を集め、職員研修を実施している。職員は研修等を通じて、身体拘束について理解し、日中玄関を施錠しない等により、身体拘束を行わないケアを実践している。	
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	会議や通常業務において職員同士で注意しあう関係づくりしを行うと共に、勉強会を行い虐待についての知識を高めている。		

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
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	現在、該当者はいないが、必要時には積極的に支援していきたい。		
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	契約書及び重要事項説明書等を充分理解して頂くよう丁寧に説明を行っている。		
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	苦情受付担当者をおき、管理者においては、その苦情解決責任者になっている。法人内で苦情解決第三者委員を設置し、会議の場で報告している。後日会議での内容について職員間で周知を図り、ケア向上につなげている。また委員のポスターを玄関口に掲示している。ご家族からの意見については、面会時、ケアカンファレンス会議時に、随時意見を伺っている。今年度より、匿名によるアンケートを実施を行っている。	法人内に第三者委員会を設置するとともに、重要事項説明書に苦情相談機関を明示し、説明している。家族等からは面会や、ケアカンファレンス、無記名のアンケートで意見や要望を聴いている。家族からの意見や運営推進会議に出た意見は、関係者等と協議しながら、意見や要望に対応している。	
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	人事考課の際に面接(6ヶ月に1度)を実施し、意見交換を行っている。	月1回の職員会議時や年2回の職員面接時に意見を聴くほか、日頃から意見が言い易い環境作りに努めている。時間に帰宅したいとの意見から、朝のミーティング時に業務の状況確認や調整を行うことで「ノー残業デー」の定着化を図っている。	
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	人事考課制度を導入し個々の職務遂行能力の向上に努めている。また次世代育成行動計画策定し「ノー残業デー」の定着化や有給休暇の積極的取得に取り組んでいる。		
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	E式システムを活用し個別の能力向上、開発に努め、段階的な育成を行っている。また、法人内・外研修にてスキルアップを図っている。		
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へ加入参加し情報・意見交換を行っている。		

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
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	入居前に見学をして頂き、ご本人様に雰囲気を感じて頂く。また、ご本人様が意思疎通が困難な場合には、ご家族様より情報収集を行っている。その他として基本情報シートを駆使し、職員間で周知する事としている。		
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	入居前にご本人様と当ホームの見学をして頂き、雰囲気を感じて頂く。その際、面接をし、基本情報に加え相談や要望等を聞く時間を設けている。		
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	計画作成担当者がご本人様・ご家族様と直接会話をし、必要に応じたサービスの助言をさせて頂いている。		
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	日常生活の中で調理、掃除、洗濯等を通し、共に支えあえる関係作りを心掛け、実施している。		
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	2ヶ月に1回入居者の生活状況をお知らせする「穂の香メール」等を送付している。訪来時は随時状況を報告したり、常にご家族様との連絡を密にとる様にしている。また、年に一回夏にご家族様を招待しバーベキューを行い、良好な関係づくりを図っている。		
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	ご家族様及び親戚・友人等との面会の場を提供し、病院付き添いや外食にご家族様との外出機会を多く持つて頂ける様にケアカンファレンスや面会に依頼を行っている。	入所時の生活歴や家族の話しから把握するとともに、日々の生活や関わりの中で把握している。家族とは、自宅への外出や外泊、穂の香メール等にて利用者の日頃の様子や病院の診察状況等を伝えている。	
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	掃除や洗濯たたみ等、互いに協力し行っている。また余暇活動を通してコミュニケーションを図っている。		

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
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	ケースにもよるが、現在までは継続的支援が必要な退居者はいない。今後必要な方が発生した場合は支援していきたい。		
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	ケアプラン作成時に在宅での生活の様子等を参考し、ご本人様にアセスメントシートを用いて要望・意向に努めている。また6ヶ月に1回ケアカンファレンス会議を設け、ご家族様からの意見を汲み取り、反映している。	生活歴等の把握とともに、日々の何気ない会話や仕草等からも思いや意向を把握している。把握した情報は、「私の暮らしシート」や「できること、できないことシート」等に記録している。ケアカンファレンス会議において、家族の意見や要望を聴いている。	
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	入居時や面会時に生活歴等を聞き、把握に努めている。居宅支援事業所等の担当ケアマネに連絡しサービス利用経過の把握に努めている。		
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	個別台帳記録にて個人状態観察を時系列に記録している。また、身体状況について赤色で区別し、記録をしている。		
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	入居者がより良い生活が送れる様、日々の生活の中や面会時に意見を聞くと共に、ご家族や担当職員、計画作成担当でケアカンファレンスを開催し介護計画を作成している。	家族等や利用者の意向を確認するとともに、医療関係者や担当職員の意見を基に、計画を作成している。6ヶ月毎にモニタリングを行い、基本1年で見直しを行うとともに、状態に変化があった場合は随時見直しを行っている。	
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	個別記録、活動記録等に日々の様子を記入している。また申し送りノートを活用し情報共有に努めている。		
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	法人全体での支援体制を構築し要望に応じられる支援体制が確立されている。		

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
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	行事、外出時のボランティアや避難訓練実施時等に地域の人々に協力してもらい支援している。		
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	全入居者共通事項として、医療体制として、訪問看護との連携により、入居時に家族と書面で契約している。また今まで通りのかかりつけ医か協力医院での訪問診療かの選択肢を設けており、家族に選択して医療関係を構築している。	これまでのかかりつけ医への受診や協力医療機関で診察が可能なことを説明している。協力医療機関で受診した場合は、「在宅療養計画書」と「居宅管理診療書」を家族用と事業所とに作成し、それぞれに送付している。	
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	体調不良等が見られた際には、迅速に訪問看護に情報提供を行うと共に、適切な対応方法について助言を受けた上で支援を行っている。		
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。	入院中は定期的な面会を行い、状況把握に務めると共に、担当医、並びに看護師との連携を図っている。また入退院時に付き添う支援を行っている。		
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	重度化や緊急時の対応については、入居時にご家族へ指針を書面にて説明を行い同意を得ている。早期から医師、ご家族様間で話し合いを行い、支援を行っている。段階に応じて話し合いを持ち、終末期ケアの方針は共有しているが特に主治医との連携が個別対応となっており全員が終末ケアを受けられる状況ではない。	重度化対応・終末期ケア対応指針に基づき、家族等に説明し、同意を得ている。状況の変化に応じた繰り返しの話し合いと、段階的な合意を行なっている。緊急対応のフローチャートを作成し、事務所内に掲示し職員に周知している。	事業所で看取りを行うにあたり、職員一人ひとりが対応できるよう、研修等の充実に努めるとともに、家族等や利用者の安心に繋がる支援となることを期待する。
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	急変時のマニュアルが作成されていて定期的な勉強会を行っている。		
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	同一法人・事業所と合同で総合防災訓練を年2回、土砂訓練を年1回消防署・地元自警団立会いの元、100人規模で実施している。また、地震想定による炊き出し訓練や事業所独自の防災訓練・教育が随時行われている。特定職員(防災委員)により、毎月防災会議行ない、訓練報告、備蓄品状況把握し情報共有を図り、施設館外危険個所有無を可視化によりチェックしている。	隣接する同法人の事業所と合同で、夜間想定や地震、土砂災害を想定した訓練や炊き出し、発電機訓練等を地域住民の協力を得て行っている。訓練後は反省会を行い、課題について話し合っている。事業所市内に災害が生じた際に利用者の状態や必要な物資に関する総合連絡窓口となっている。	

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
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	ミーティング時において入居者の名前をインシヤルで呼ぶ事でプライバシーの保護に努めている。入居者様の書類については、第三者から見えない様に書棚に保管管理し個人情報に気を付けている。ご家族様については、入居時に個人情報による同意書の説明を行い同意頂いている。	個人情報保護の規程を入りに掲示している。また、個人情報や肖像権に関する同意を得られるよう様式を作成し、同意を得ている。トイレの声かけは、さりげなく気づかれないように声かけするなど、利用者のプライバシーを損ねない言葉かけに配慮している。	
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	どのような場面においても入居者を尊重する様に務めている。		
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	日常会話の中での訴えや希望を大切にし、極力応えられるような、対応を行っている。		
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	ご本人に衣服等を選んでもらっている。理美容は各自地域の馴染みの店に行っては頂いているが都合がつかない方は隣接施設に月2回、出張理容来荘があるので活用している。		
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	一人一人に合った調理器具を使用し一連の作業をスタッフと行っている。また自家菜園で栽培した野菜を収穫し、季節・嗜好に添った料理を提供している。	季節ごとにビアガーデンや家族とのバーベキュー会、フードコートでの食事等を企画し、食事を楽しんでいる。日頃は利用者が出来ることを職員と一緒にを行い、食事の準備を行っている。行事の時には事前に利用者の希望を聞き献立に反映し提供している。	
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	スタッフによる検食を行うと共に、一人一人の食事量や水分摂取を記録しスタッフ間で情報共有している。		
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	毎食後口腔衛生の声掛け誘導、一部介助を行い清潔保持と誤嚥性肺炎防止に努めている。		

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
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	排泄チェック表を活用し個々の排泄パターンを把握している。また、温清拭タオルを使用し爽快感を得ると共に皮膚疾患予防を行っている。	排泄チェック表から一人ひとりの排泄パターンを把握して、プライバシーに配慮したトイレ誘導を行っている。食物繊維の多いおやつや乳酸飲料の提供、適度な運動や摂取水分の管理等、快適な排便の支援を行っている。	
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	便秘傾向の方には食物繊維の豊富なおやつや乳酸飲料の提供。また全入居者に適度の運動や水分摂取声掛けの推進を行っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	本人の体調の様子や意思に合わせて提供している。入浴介助を基本的に同性介護で対応し、プライバシーに配慮し抵抗感なく穏やかに入浴されている。	基本は週2回だが、利用者の希望に沿っていつでも入浴できるよう支援している。入浴のない日は、入浴剤を入れた足浴を行っている。入浴を拒む利用者へは、時間や職員を替えるなどの工夫の他に、清拭や足浴等の工夫をしている。	
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	起床や就寝時間は、ある程度ご本人にお任せし、少しでも在宅での生活に近づいた支援を行っている。居眠りされる姿が頻回に見られたり体調変動が見られた際は休息促す声掛けを行っている。		
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	常時服薬している薬や頓服薬は訪問看護の助言により知識の習得に努めている。		
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	在宅で飲酒の習慣があるご利用者様等に関しては要望があれば医師の見解に基づき提供を行っている。		
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	毎月28日に開催されている近隣の縁日に可能な場合には出掛け地域の人々と交流しながら買い物等を楽しんでいる。またホーム敷地内にベンチを置き、季節の花等を眺められる環境づくりをしている。	敷地内での日光浴や散歩を利用者の体調に合わせて出かけている。近所の縁日の他に食材の買出しに出かけている。出来るだけ車椅子利用者も外出できるよう、また、利用者の思いに沿った場所へ外出できるように計画を立てている。	

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	ご家族判断にてお金を預けていないという方が大半である。買い物時に一緒に行く入居者には会計時に財布(ホーム)からお金を出して頂きお金の認識を高めて頂いている。		
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	実行できる入居者は限られてくるが要望時やスタッフ声掛け時に会話交流を図っている。		
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	玄関は一般家庭と同じ構えで入りやすい雰囲気になっている。対面式の台所がある食卓兼居間は電動開閉の天窓があり、快適な居用空間となっている。	玄関は観音開きになっており、車椅子利用者も安心して出入りができる。居間兼食堂は台所から全体が見渡せるように設計されている。居室のドアは灯り取りの小窓があり、廊下が暗くならないよう工夫している。利用者が発災時に避難したことがわかるよう、各居室のドアにマグネットが貼れるように工夫している。	
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	食堂ホールにソファがあり気の合った入居者同士で語り合いの場を設けている。また居室場所も各自認識しておりその時の心身状況に応じて活用している。		
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	入居者は使い慣れた家具や壁飾り等、好みの物を持ち込み居室に設置してある。	居室にはエアコンやベッド、カーテン、クローゼットが備え付けられ、利用者はそれぞれ使い慣れたものを持ち込んで、好きなようにレイアウトできるようになっている。	
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	廊下に手すりを付けて安全且つ自立的歩行、車椅子自走を行って頂いている。またトイレ前にはトイレと分かる掲示をかざし場所を認識して頂く工夫をしている。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 グループホーム穂の香

作成日 令和1年 6月13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	33	重度化や終末期に向けて、看取りを行うにあたり、研修等が行えていない。	看取りについて、職員一人ひとりが対応出来るよう、知識・技術の向上に努める事ができる。	医療（訪問診療・訪問看護）との連携を密に図り、介護面においての知識等を身に付ける為、研修等を実施していく。	6ヶ月
2					ヶ月
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。