

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	0870800257		
法人名	株式会社 和香紗		
事業所名	グループホーム美里	ユニット名(1ユニット
所在地	茨城県龍ヶ崎市4353-1		
自己評価作成日	平成30年3月28日	評価結果市町村受理日	平成30年9月3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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action=kouhyou_detail_2016_022_kihon=true&JigvosyoCd=0870800257-00&PrefCd=08&VersionCd=022
----------	---

【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7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)】

<p>* 龍ヶ崎でいつまでも暮らしたい*</p> <p>・住み慣れた町で自分らしい生活を健やかに・ 私たちは家庭的で安心した暮らしを大切に致します 私たちは安全で健康的な生活を大切に致します 私たちは人間性を尊重しその人らしい生活を大切に致します 私たちは地域との交流を大切に致します 私たちは利用者御家族の思いを尊重し相談・支援致します</p>
--

【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>事業所は本年4月7日に同じ市内の現場所(同一法人のデイサービスに併設)に移転した。建物は自然豊かな広い敷地の中にあり、利用者は四季折々の変化を楽しみながら、のんびり過ごすことのできる環境である。管理者、職員は利用者が笑顔で過ごせるよう、本人並びに家族の“思い”を尊重した支援をしている。月2回プロによって行われる「音楽療法」は、楽しみながら機能向上が図られるため、利用者や職員にとっても評判が良いプログラムとなっている。管理者が看護師の資格を保有している他、職員は20～60歳代の幅広い年齢層で構成されており、現場での対応能力に優れている。</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)	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)	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)	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した表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	66	職員は、生き活きと働いている (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)	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)	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)		

自己評価および外部評価結果

自己	外部	項目	外部評価		
			自己評価 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	
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	開業当時に代表と職員が共同で事業所理念を作成し現在に至っている。毎朝朝礼時、職員全員で理念の復唱し確認を行っている。また事業所の年度目標についても職員全員で考え設定し、理念の実現に向けて復唱している。	毎年度ごとに理念を具現化した「目標」を作成し、朝礼時に理念とともに復唱している。職員は利用者が「人間性の尊重、その人らしい生活」が実践できるよう、なるべく利用者の行動を制限せず、自由にできるよう心がけている。	
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	地域の町内会に入会しており、夏祭りの準備や清掃作業への参加、回覧板の受け渡しを行っている。また事業所で行事や避難訓練等を行う際は、ご近所の方や御家族様に声をかけ参加して頂いている。利用者様も地域の一員であることを忘れてないで頂ける様取り組みを行っている。	歌やギター、オカリナ等のボランティアの受け入れや月2回音楽療法を取り入れている。4月に現在の場所に移転したため、地域との新しい協力関係について、現在地区長や民生委員と調整中である。	
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	グループホーム内での行事には地域の方々に案内や参加を呼びかけ施設の様子や利用者様の様子、職員がどの様な関りを行っているか見て頂いている。		
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	イベントと合わせ運営推進会議を開催している。御家族様、地域住民の方、民生委員様、市役所職員の方に参加して頂き、各ユニット・管理者より状況報告を行い、御家族様から質疑応答や要望を伺い、市役所様・民生委員様からは助言、アドバイスを受け、より良い運営に反映させている。	季節に合うお勤めの外出先などを委員に投げかけると、利用者が安全に外出できる公園の情報を教えてくれるほか、運動会を開催してみてもどうかなどの提案を受け、管理者は意見を導入して、支援している。移転に伴い、地区の区長や民生委員に今後の運営推進会議に出席依頼中である。	
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	運営推進会議に合わせてイベントも実施している為、イベントに参加して頂いたり、イベントの様子を見て頂いたりもしている。連絡は密に取り、アドバイスを受けている。介護日誌や管理者日誌を届け毎月の様子や状況を伝えている。	管理者が介護保険更新申請時に市担当者を訪問し、情報交換している。月1回発行する「事業所だより」や「介護日誌」、「職員の勤務表」を毎月提出しながら、協力関係を築いている。管理者は市への書類は、必ず手渡しとすることとしている。	
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	認知症の周辺症状・行動障害の強い利用者様に関しても身体に危険が及ばない場合は身体拘束を行わず、その人らしい生活の継続・生活の継続・生活の質の低下防止に向けてカンファレンス等で話し合いの場を持ち、対応・対策を検討している。	月1回のカンファレンス時や定期的に行う法人合同の内部研修を通じて、身体拘束をしないケアを全職員が理解している。マニュアルは、研修等で新しい情報があったときなどに見直しを行っている。	

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
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	虐待防止に関する内・外部研修に参加・マニュアルを身近な所に設置し虐待に関する理解を深めている。利用者様に身体的、精神的にも拘束する事のないサービスを提供出来る様に取り組んでいる。		
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	権利擁護に関する外部研修に参加し必要な場合は関係者に相談できる体制をとっている。		
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	契約・解約の際には分かり易く説明を行い疑問や質問に関しても丁寧に相談を受ける様心掛けている。介護保険の改定があった際は、文書での詳しい説明・案内も添えている。		
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	運営推進会議で御家族様からの意見を設ける時間を作っている。またご意見箱も設置している。利用者様からの意見、面会に来た御家族様からも意見や要望を聞く機会も多いので、頂いた意見を大事に運営に反映できるよう取り組んでいる。	面会や行事開催時、運営推進会議などで家族等の意見や要望を聴くように努めているほか、家族等一人ひとりに電話で意見や要望を聴いている。利用者には、日々の生活の中の会話から聴くように努めている。	
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	代表者・管理者は定期的に職員と面談する機会を設けている。毎月行っているカンファレンス、各委員会での意見や提案を職員から聞いている。日々、職員から様々な意見や提案がある為、運営に反映できることは反映する取り組みをしている。	職員は、各種委員会に所属し、委員会で話し合いを行い、意見を出している。行事をする際に利用者と地域の住民が交流できるように、運営推進会議終了後に行事やイベントを組み込んで、楽しい行事になるように工夫している。	
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	キャリアパスを導入しており職員のレベルに合わせた目標設定・管理を行い実績に伴い給与の交渉を行っている。研修や勉強会の場を設け各自が向上心を持って働ける様に努めている。処遇改善加算Ⅰの要件にも適合する取り組みを行い、キャリアパスの結果に沿って昇給も実施している。		
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	職員其々興味のある研修等に参加出来る様資料を提示、促したりしている。外部の研修に参加した職員が、カンファレンスの中で研修の内容を発表する時間も設けた。法人内でキャリア段位の取得促進やキャリア段位に対応した介護技術を向上する為にキャリアデザイン研修も行っている。		
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	外部の実践指導者を定期的に招き、研修や現地指導を実施している。また、茨城県地域密着型介護サービス協議会の会員として地域の認知症相談窓口事業の設置、複数連携事業の研修会などを行っている。		

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
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	初期のアセスメントを十分に行いご利用者様の希望等も伺う様にしている。ご利用者様とのコミュニケーションの中で、要望や生活をしていく上での不安等の情報収集を行い、職員全員で情報を共有し、ご利用者様が安心して生活が送れるよう努めている。		
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	ご利用者様が入居される前に何度も話し合いの場を設け面談を行い不安や要望等傾聴する様に心掛けている。職員1人1人が御家族様からの要望や不安等に耳を傾け、良い関係を作れよう努力をしている。		
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	実際に入居サービスが必要なのか、出来る限り在宅での生活を続けていく方法はないか？、担当ケアマネージャーにも相談し、ご本人に合ったサービス提供が出来る様に取り組んでいる。		
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	自立支援に力を入れている。ご利用者様1人1人ができることを、職員が間に入り、コミュニケーションを取りながら一緒に行っている。		
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	普段の様子やお手紙、メール、電話等で定期的にお伝えしている。時間がある際は面会にもいらして頂ける様連絡を密に行っている。		
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	馴染みの人との関係が途切れない様、御家族様にも知人の方々の訪問にはいつでも気軽に来訪して頂ける様に声掛けしている。ドライブや外出等を行い、利用者様の馴染みの場所に訪れたりもしている。御家族様にもご協力頂き、馴染みの場所の外出も行って頂いている。	フェイスシートやアセスメントシート、日々の生活の中での利用者との会話や家族等から話を聴いて把握している。自宅へ外泊、外出のほか、職員と馴染みの店での買い物したり、家族や親戚、友人等が面会に来た場合は、個室に通してお茶を出し、ゆっくり話ができるよう配慮している。電話や郵便の取り次ぎも行っている。	

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
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	利用者が孤立しないよう、時には職員が 間に入り、利用者同士が関り合える様に支 援している。ユニット同士の交流も忘れず、 合同レクリエーションも行い、お互いに顔を合 わせ会話をして頂ける様努力もしている。		
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	契約が終了したご利用者様、御家族様にも 要望があればホーム日誌を毎月郵送してい る。御家族様やご本人様の相談・支援が必 要であれば声を掛けて頂ける様お伝えして いる。		
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	アセスメントを行い、ご本人様の希望や意向 の把握に努めている。1人1人と向き合い会 話をする時間を有意義なものとしている。意 思表示、伝達の困難な場合は普段の生活 の中での様子から利用者様の思いや意向 の把握に努めている。	日々の関わりの中で利用者の希望や思いを 把握し、「申し送りノート」や「個人記録」に記 載して、月1回のカンファレンス時に職員が話 し合いながら共有している。意思疎通が困難 な利用者の場合は、表情や仕草、つぶやき などから思いの把握に努め、家族等に相談し たりしながら支援している。	
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	入居の際は御家族様・担当ケアマネー ジャー福祉サービスの職員さんから情報提 供して頂きご本人様の生活環境や生活歴、 馴染みのあるものなどをアセスメントしてい る。ご本人様との会話を通して今までどのよ うな暮らしをしてきたか？情報を得て把握に 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	常に情報収集・情報交換を職員同士行い現 状の把握に努めている。毎月のカンファレン スでご本人の心身状態・有する力等の現状 の把握・以前の状態との変化・今後の対応 等話し合いを行っている。状態の変化があ れば記録し変化の把握にも努めている。		
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	定期的にあセスメントを行い、カンファレンス にて話し合いを行っている。介護計画作成 には各職員が担当を持っている。ケアプラン に基づいたケアがされているかアセスマン ト・ご本人、御家族様の意向を反映させ作成 している。変化が見られた際はその都度、 評価・見直しを行っている。	家族等や利用者の意向を聴き、医療関係者 の意見を取り入れ、職員間で話し合いを行 い、計画を作成している。3か月ごとのモニタ リングを行い、基本半年で見直しを行ってい 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
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	日々の様子を各個人の記録に細かく記入をしている。ケアの実践を行い、実践をした結果、そこから得られた気づき、情報を日々の生活の中にどう反映させていくか、職員同士で情報を共有しながら、介護計画の見直し、反映にも努めている。		
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	例としてホームへの入居に不安を感じられている利用者様に関しては入居して暫くの間ホームと在宅両方での生活案(ショートステイ的なサービス)徐々にホームでの生活に慣れて頂ける様なサービスを行っている。入居前に見学や体験等も行って頂きホームの環境を知って頂ける様に配慮している。		
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	2ヶ月に一度定期的に何組かボランティアに入ってもらっている。公民館で行っている演劇の鑑賞をしたり、地域おこしで行っているお祭りに参加したりしている。		
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	入居の際に、本人や御家族様に希望のかかりつけ医の有無の確認をしている。特にかかりつけ医の希望がない場合は往診に来て下さっている医師がいる事の説明もしている。かかりつけ医と事業所の連携も取れている。	契約時に利用者や家族等に希望するかかりつけ医への受診が可能なことを説明している。協力医療機関の医師による訪問診療が月2回、訪問歯科診療は随時往診できる状態になっている。	
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	週1日以上看護師の訪問があり、入居者様の健康管理をしている。往診医の相談や報告も看護師が行っている為医療機関との連携が取れている。オンコールの体制も整えており看護が受けられるようにしている。介護をしている中で得た気づき等は必ずその都度看護師へ報告相談し指示を仰いでいる。		
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	利用者が入院した際はホームから病院関係者に詳しく情報提供している。医療機関の相談員との連絡を密にしながら、入院先での情報把握に努め退院後の注意点や対応方法に備えている。		

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
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	入居の際に、家族に対して当ホームの終末期に向けた指針を明記し説明している。その後ケアプランの説明時や必要に応じてご本人や御家族様の意向確認をしている。ホームとしてできる事、できない事がある事も伝えて主治医と相談しながら支援に取り組んでいる。	契約時に重度化した場合や看取りに関する事業所の指針を説明し、全員から書面で同意を得ている。終末期に入る段階で再度同意を得ている他、状況の変化に応じて、話し合いを行っている。職員は年1回内部研修を行い、重度化や看取りについて学んでいる。	
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	利用者様の体調の急変に対する対応等は看護師からの指導を受けている。緊急対応マニュアルとして身近な所に設置し常に確認出来る様にしている。		
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	火災・震災・水害に備えた避難訓練を実施している。消防署隊員の方から指導を受けたり、民生委員の方や地域の方にも参加して頂き意見を頂いている。地域の方々の協力体制も整っている。又、管理者から御家族様への緊急連絡網も設けている	夜間や水害を想定した避難訓練を近隣住民協力の下行っている。移転したばかりで災害時の備蓄品の管理体制が整っていない。	緊急時に備えた備蓄品を、一覧表を作成するなどして管理することを期待する。
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	法人内でコミュニケーション技法に関する研修を行い、声かけの仕方やプライバシー保護に関する学ぶ機会を設けている。常日頃から職員1人1人が言葉掛け、言葉使いについても考慮しながら対応をしている。	利用者一人ひとりの意向に沿った部屋の表札の有り無しや呼び方などを日々、職員間で話し合っている。個人情報や肖像権に関する同意書を整備し、サインをもらっている。	
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	一方的なサービスをするのではなく、利用者様の意思を尊重し、本人の思いや希望をお聞きしながら、常に利用者様に選択していただけるように働きかけている。		
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し、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	職員側の都合を優先せず、ご利用者様のペースを大事にし、どのようなことがしたいか？ご利用者様に問いながら日々希望にそって支援している。		
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	衣服に関しては利用者様本人が決定することができるように声掛けしている。認知症で選択ができない方は着替えの準備等は職員と一緒にしている。定期的に理容師・美容師さんも来所され髪型の希望もご自身で伝えられる方は伝えて頂き散髪を実施している。		

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
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	メニュー作成時はご利用者様との会話の中から食べたい物を聞き出したり、栄養士さん・職員たちの意見も取り入れ、食生活委員会メンバーを中心に検討作成をしている。食事に準備に関しても、野菜の下ごしらえや味見、盛り付け、皿洗い等の片付けも職員と一緒にして頂いている。	利用者の好物や苦手なものを踏まえた献立の工夫をしている。利用者は、できることを職員と一緒にやっている。誕生月の利用者と職員と一緒に外食に出かけたり、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	食事・水分摂取量を記録に記し確認をし摂取量の把握に努めている。ご本人の状態に合わせてながら提供時間や提供量の調整をしている。食事が摂れない場合はご本人様の好物を補食として提供している。		
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	食事前のうがいと毎食後口腔ケアを行って頂いている。ご自身でできる方はして頂き、できない方は介助している。夕食後は義歯を預かり洗浄し清潔保持している。ご本人様からの訴えだけでなく、食事摂取からも口腔内に異常がないか等観察している。異常がある際は医療機関に相談して受診・訪診を行っている。		
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	排泄チェックの記入をし排泄パターンの把握している。利用者様其々に合わせた声掛けや誘導を行い、排泄の失敗からの自尊心の喪失がないように支援している。	排泄チェック表からそれぞれの排泄パターンを把握して、声かけを行い、排泄の自立に取り組んでいるリハビリパンツから布パンツに改善した利用者もいる。	
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	職員が便秘の原因、及ぼす影響を理解し、できる限り自然排便ができるよう飲食物の工夫(毎朝牛乳の提供や、その他ヨーグルトの提供、ごぼう茶の提供等)、野菜を多く摂ってもらえるようなメニューの配慮もしている。日々のレクリエーションの中でも運動レクも多く取り入れている。便秘時は腹部マッサージなども行い、看護師にも相談や助言をもらいながら支援している。		
45	(17)	○入浴を楽しむことのできる支援 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	個人記録表を用いて、個々の入浴日の把握をしている。体調を考慮しながら週2~3回の入浴をしている。時間など入浴者の希望も取り入れて対応している。	基本は週2~3回としているが、利用者の希望に沿っていつでも入れるよう支援している。日常的に入浴剤を使用したり、季節にはゆず湯を行うなどしている。	

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
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	安易に安定剤や睡眠導入剤の処方依頼せず、個々の生活リズムを大切にしながら支援している。眠れない原因は何かアセスメントをしている。又、室温・湿度・光や音の調整、寝具の清潔保持・調節にも配慮し支援している。		
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	個々に処方箋綴りを作成し身近に設置している。薬剤師や看護師から服薬の際の留意点等を指導を受け、居宅療養管理指導を希望されている利用者様は薬局の薬剤師からの指導も受けている。服薬後の状態観察も行い、変化があった際は看護師や医師に報告して指示を頂いている。		
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	できる事できない事などアセスメントを行い、ご利用者様の生活歴などや、日々の生活の中から役割となるようなことを見つけ出している。行事やレクレーションからも楽しいことや気分転換のできることを企画して行っている。外出等も行い気分転換をして頂いている。		
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	体調や天候に配慮しながら、買い物やドライブを行ったり、利用者様の食べたい物をお聞きして外食等も企画実行している。ベランダに出て外でお茶をしたり、日光浴をしたり、庭のお花を見たり等もしている。御家族様からも外出(外食)の協力も得られている。	移転した事業所の敷地は広く、周りは木々が多く茂り自然の中での四季を感じながら散歩をする機会が多い。利用者の誕生日に、食事への興味と気分転換を目的として外食をして祝っている。外出行事については生活向上委員会が中心となって計画をしている。	
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	現在は所持金を持たれている方はお1人のみであるが、家族間との連携も図り必要な対応をしている。それ以外の方については金銭管理に関する援助も行っている。希望があれば一緒に買い物へ出かけたり好きなものを購入できるよう対応している。		
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	ご本人からの希望があれば、連絡したい先と相談して定期的に連絡が取れるような支援をしている。御家族や大切な友人からの連絡があった時はご本人にお繋ぎしている。年賀状等の手紙が届いた際もご本人にお渡ししている。手紙のやり取りも自由に行っている。		

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
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	居間には写真を飾ったり、季節に因んだ壁画(ちぎり絵やご利用者様に塗って頂いた塗り絵)、生花や季節の行事に応じた飾り(七夕飾り、ひな人形、クリスマスツリー)などを飾り季節感を出す工夫もしている。清潔感のある居心地の良い空間づくりに努めている。温度・湿度計も設置しこまめに確認し支援している。	玄関には座って靴の着脱ができるようソファや椅子を置いている。廊下は車いす利用の利用者も自由に通れる幅と、利用者の歩行訓練ができる長さとなっている。利用者が楽しく暮らせるように利用者同士の相性など考慮して座席を決めている。	
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	自由に居心地の良い場所で過ごせる様に声かけしている。リビングでご利用者様同士会話を楽しまれたり、ベランダやリビング内の日当たりの良い場所に移動され日光浴を楽しまれる利用者様、ソファや廊下のベンチで休まれる利用者様など自由に過ごして頂いている。		
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	入居の際は危険な物以外は特に制限を持たず、御家族様とも相談しながら、ご利用者様のご自宅に使っていた家具や思い出のある品や写真のなかで暮らせる様配慮している。	居室は整理整頓されており、家族等や友人が来た際にゆっくり話せるよう椅子を置いている利用者もいる。寝具や衣装ケース、テレビ、ラジオ、家族の写真、アルバム、時計、椅子など馴染みの物品を持ち込んでいる。	
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	基本的にバリアフリーの作りになっており、安全に生活できる様になっている。居室には表札・目印になるものを貼り一目で分かるように表示している。個々のできることやできないことをアセスメントし、できる事の継続、できないことへの支援をしている。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 グループホーム美里

作成日 平成30年8月2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組み内容	目標達成に要する期間
1	35	緊急時に備えた備蓄品の管理が出来ていない。	備蓄品を一覧表を利用し管理出来るようになる。	・備蓄品の保管場所を定め一覧表を作成する。 ・一覧表を利用しながら賞味期限や保管状態に気をつけながら管理していく。	3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。