

### 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	0891500092		
法人名	医療法人 秀仁会		
事業所名	グループホームしおさい ユニット名( 花の郷 )		
所在地	茨城県北茨城市関南町仁井田700		
自己評価作成日	平成 31年 3月 29日	評価結果市町村受理日	令和 元年 6月 28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	<a href="http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kihon=true&amp;JigyosyoCd=0891500092-00&amp;ServiceCd=320">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kihon=true&amp;JigyosyoCd=0891500092-00&amp;ServiceCd=320</a>
----------	---

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 いばらき社会福祉サポート
所在地	水戸市大工町1-2-3 トモスみとビル4階
訪問調査日	令和元年5月31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)】

地域との絆を大切にし、様々な交流を持つことで、地域に根ざした開かれた施設を目指しております。グループホームでは、認知症があってもその人らしい生活ができるよう、支援が必要な方や、看取りを視野に入れた支援が必要な方など、サービスの多様化が求められております。当事業所は、複合型施設という特色を生かして、他職種協働により、様々なニーズに対応できる体制をとっております。いつまでもその人らしく、最期まで住み慣れた町で過ごせるよう、それぞれの分野での専門性を発揮したチームケアに力を入れております。

#### 【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)】

地域密着型サービス事業を複合的に展開する事業所の中にあり、自宅のように居心地の良い居場所の提供を目指したグループホームである。設立当初から地域との連携が丁寧に行われており、自治会に加入し、祭りには準備段階からの参加や地区清掃への参加、事業所のイベントや防災訓練には地域住民の参加がある等、地域住民との交流が積極的に進められている。医療面では地域医療との連携により、本人や家族の状況に合わせて往診も含めた受診体制や重度化におけるケア方針を明確にして終末期も安心してホームで暮らせるような支援体制が整えられている。「利用者本人の希望にそって暮らしを楽しめるように何時でも身近にいてお手伝いします」という職員のメッセージが利用者へ届くような言葉かけや対応を工夫する事で利用者は穏やかな暮らしをしている。

### 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)	○	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)	○	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
<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	職員入職時には理念や行動基準について説明し、朝礼時にコンセプトを唱和して意識づけを行っている。事業所内に掲示し、理念とそれに基づくコンセプトを日々のケアで実践できるよう働きかけをしている。	理念を見やすい場所に掲示すると共に、毎朝地域密着型サービス事業所「大津おはよう館」のコンセプトを全員で唱和している。自立支援の一環として利用者それぞれの能力を活かした食事の準備、後片付けなどの役割が行えるよう支援している。	
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	利用者は複合型施設内の合同で開催する行事等に参加している。近隣の保育所の園児の慰問や管楽器、琴や歌、フラダンスなど地域のボランティアを受け入れるほかに、地域のお祭りに参加するなど、利用者が地域の人々と交流が出来るよう支援している。	自治会に加入し、地区の一斉清掃に参加したり、地域の祭りには準備段階から参加している。小中学校の運動会に招待されたり、認知症予防教室を事業所内のサロンで開催するなど、地域と交流している。	
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	地域の方々を招いて、楽しみながら認知症を予防する交流会を開催。同時に事業所の取り組みについて理解をいただいた。また、認知症キャラバンメイトの活動を行なっている。		
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	運営推進会議を開催し、市担当者や民生委員等の助言を得てサービス向上に活かしている。	開催日を決め、委員が出席しやすくするほか、テーマを決めて会議を実施している。運営推進会議において「避難訓練に地域住民が参加してはどうか」との提案があり、現在地域住民の参加を得て避難訓練を実施している。	
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取り組んでいる	運営推進会議にて利用者の状況やケアサービスの取り組みを報告している。市主催の事業者研修会等に参加し、積極的に協力関係を築くよう取り組んでいる。	市で実施する研修会への参加や、認知症サポート養成研修において、中学校や高等学校、一般市民などに向けた講師を引き受ける等市の事業に協力している。運営推進会議ではホームの実情を丁寧に知らせている。	
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	身体拘束等の排除マニュアルを作成するとともに、職員が身体拘束の内容を把握、認識をして、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	身体拘束廃止の委員会を2か月に1回、運営推進会議時に開催しているほか、リスク委員会を設置して身体拘束についての検討をしながら、拘束のないケアに取り組んでいる。施設全体で高齢者虐待防止法等の勉強会を行っている。	

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	管理者や職員は施設全体で実施される、高齢者虐待防止法等の勉強会で学び、利用者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。		
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	管理者や職員は、地域などで開催されている研修会等で学ぶ機会はあるが、現在はまだ必要性を要しないため、実際には成年後見制度等について活用していない。必要時に活用できるよう準備する。		
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	十分な説明を行い理解・納得を図られている。		
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	施設のカフェに意見箱を設置、重要事項説明書に事業所と公的機関の苦情相談受付窓口を明記し、利用者や家族へ説明している。介護計画書を家族等に説明する際に利用者や家族等の意見、要望を傾聴して、職員で話し合い運営に反映させている。	家族アンケートを行い、結果を家族等に周知しているほか、介護計画の説明時に意見や要望を聴くようにしている。事業所のカフェに意見箱を設置するなど、家族等からの意見が聴けるような取り組みをしている。	
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	代表者は面談や全体朝礼等で職員とコミュニケーションを図り、意見や提案を聞く機会を設けている。管理者は職員から出た、勤務体制、利用者に関する意見等を反映させている。	日頃から話し易い雰囲気づくりをしているほか、毎月の職員会議時や年2回の職員面接時に意見や悩みなどを聴いている。日々のミニカンファレンスや全体朝礼等でも意見を聴いている。	
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	代表者は、管理者や職員個々の就業状況を把握して、各自がやりがいや向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努力している。		
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	スキルアップ研修等の確保や、各事業所に必要な研修を受ける機会を確保している。		
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	外部講師による他施設との合同勉強会(介護スキルアップ研修・管理職研修)を開催し、相互交流を図りながらサービス向上を目指す取り組みを行なっている。また、市主催や件主催等の研修会に参加し、交流を図っている。法人内他施設との交流会では、テーマに沿った意見交換を行なっている		

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
<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	サービス開始時には本人の困りごと、潜在的なニーズを把握し、職員間で情報共有している。本人の安心確保のためには、まずは職員との信頼関係の構築が必要と考え、本人と積極的に関わり、話し易い雰囲気作りに努めている。		
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	サービスの利用を開始する段階で、家族に利用者のことや家族が不安なこと、要望等を傾聴し、家族との信頼関係づくりに努めている。		
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	サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等の関係や介護状態等の様子を観察し、「その時」必要とするサービスを見極めるとともに、他のサービスも含めた対応の支援に努めている。		
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	職員は、利用者と一緒に屋根の下で暮らしを共にすると言う気持ちで過ごし、安心と信頼にむけた関係づくりに努力している。		
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	職員は家族が面会の際は、利用者と家族の時間を大切に出来るような環境づくりに努めている。家族との信頼関係を築き、共に利用者を支える関係づくりに努力している。		
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	利用者は家族等と共に、家族行事、行きつけの美容室等や馴染みの店に外食、自宅へ外泊をしている。職員は利用者が希望するこれまで大切にしてきた馴染みの場所や関係が継続出来るように支援している。	利用開始時に家族等や本人からの聞き取りで把握するほか、日々の話の中から聞き取りして把握している。年に1度フェイスシートを更新し、情報共有に努め、馴染みの関係が継続できるよう支援している。	
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	利用者同士の毎日の様子を把握して、一人で孤立することなく利用者同士が関わり合い過ごせるような支援に努めている。		

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
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	サービスの利用が体調不良で入院をしたり、家族の都合等で他の事業所へ転移など終了しても、情報提供等本人や家族へ支援している。		
<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	利用者一人ひとりの現在までの生活歴を参考にして、思いの意向の把握に努めている。困難な場合は、利用者との日々の関わりの中で傾聴したり表情やしぐさなどから思いを汲み取り、本人らしく過ごせるように取り組んでいる。	24時間生活変化シートを活用し、利用者の嗜好や思いを聞き取っているほか、普段の会話の中から要望を聞くようにしている。表情や仕草等からも、思いを汲み取っている。	
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	利用者や家族等から情報を収集して、これまでの暮らし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	利用者や家族等から情報を収集して、これまでの一日の過ごし方、心身状態の現状把握に努めている。		
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	職員は、担当者会議で利用者がより良く暮らすための課題を提案し、利用者や家族等の意見や要望を反映させて介護計画を作成している。	必要に応じてミニカンファレンスを随時実施するほか、急変時や退院後は随時見直しを行っている。家族等や本人の意向を基に介護計画を作成し、家族等に説明している。	
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	職員は利用者を知るため、その人らしい暮らしを日々観察して個別記録に記入している。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。		
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	利用者のその人らしい暮らしを継続し支えるため、その時にの状況やニーズに応じて、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。		

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	地域のボランティアが来館し、知り合いのボランティアの方々と会うことができる。同施設のデイサービスに近隣で親しくしていた仲間が週に数回通っているため会いに行き楽しむことができる様に支援している。地域のお祭、通院、花見、外食、買物等。		
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	利用者や家族が希望するかかりつけ医への受診と訪問診療の支援をして、家族等と職員で受診結果を共有している。体調不良時にはかかりつけ医や協力医療機関と連携して、早期の迅速な受診の支援をしている。訪問診療の病院とは24時間オンコール対応が可能である。	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である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、訪問歯科診療が3ヶ月に1回ある。受診時は受診ノートを持参して医師との連携をとっている。	
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	施設内の看護師や訪問看護師に相談、連携できるよう支援している。併設の他事業所の看護師とも連携し、連携方法がマニュアル化されている。		
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。	入退院時は担当医、看護師やソーシャルワーカーと連携を図り、早期に退院できるようにしている。		
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	重度化や終末期に向けた指針を作成している。事業所でできること、できないことを入所時に説明をして、事業所でできない場合は他の施設等を紹介するよう取り組んでいる。	重度化や看取りに関する指針を基に家族等に説明を行い、同意書を得ている。看取り介護に関する指針やマニュアルを整備し、外部研修や内部研修を行っている。看取りケアの際には利用者一人ひとりについての看取り研修を医師・看護師の指導で随時実施している。	
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	消防署にて救急救命の応急手当の受講を実施している。緊急時のマニュアルを作成している。		
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	災害対応マニュアルを作成するとともに、災害対策委員会を設置し、消防署の指導のもと、避難訓練を行っている。実施後、運営推進会議にて意見交換する予定。	夜間想定を含む避難訓練を行い、訓練後は反省会を行い課題について話し合っている。広域避難場所の確認も行っている。災害対策委員会を設置し、災害対応マニュアルを作成している。	

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
<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	認知症であっても、一人ひとりを尊重し、尊厳を守り、プライバシーを損ねない言葉かけや対応に努めている。	言葉遣いに留意を促すポスターを掲示し、プライバシーを損ねない声掛けに努めている。何かを選ぶ場面では選択肢を示して自己決定を促している。人権尊重や守秘義務については運営規程に定めている。	
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	家事仕事、趣味活動、その他の活動は利用者の希望や思いを大切にし、自己決定ができる様に支援している。		
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	利用者一人ひとりのペースに合わせて、自分のペースで過ごしてもらい、その日をどのように過ごしたいか希望にそって個別対応の支援に努めている。		
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	衣類は自分で着替えたり、希望を聞いて着たい服を着てもらっている。ほとんどの利用者は昼は部屋着で夜はパジャマに着替えている。理容や美容室は希望に応じている。		
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	職員は利用者と一緒に会話をしながら楽しく食事ができる様にしている。利用者各自の残存能力を活かしながら、職員と一緒に食事の準備や後片付けをしている。季節を感じながら外食やおやつ作りも支援している。	自家菜園で採れた野菜を食材に使用したり、おやつに団子を皆で手作りするなど、食事が楽しみとなるような工夫をしている。職員も同じテーブルで会話を楽しみながら和やかな雰囲気です。	
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	食べる摂取量や水分量、栄養バランスをチェックしていると共に、食事形態を個別に対応している。栄養士による献立となり、栄養バランスを確保している。		
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	口腔ケアは個別に対応し、起床時、毎食後にうがい、歯磨き、義歯洗浄、又は口腔清拭等の清潔保持の対応をしている。		

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	職員は利用者一人ひとりの排泄習慣やパターンを把握して、タイミングを見計らい声かけ誘導し、リハビリパンツやパットを使用している。トイレで排泄ができるよう支援している。	利用者ひとり一人の排泄パターンを把握し、トイレに手すりを設け、排泄の自立を支援している。便秘傾向にある利用者の中には医師と相談の上で適切な排泄リズムが保てるように努めている。	
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	便秘ぎみの利用者には水分摂取量を多めに促し、家族へも便秘予防になるようなおやつを購入してもらっている。運動等を取り入れて予防に取り組んでいる。便秘薬を使用している方もいる。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴は個浴は週2～3回を目安に体調確認して午前でも午後でも入浴ができるよう支援している（機械浴は週2回）。体調不良で入浴できない場合は、清拭や足浴などで対応している。入浴を拒む利用者の時は担当職員を変えて声かけするなどの工夫をしている。	入浴は基本週2～3回、利用者の意向に沿っていつでも入れるよう支援している。機械浴にも対応している。入浴を拒む利用者には、「体重を計りましょう」などと声掛けをするなどしている。	
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	利用者一人ひとりの生活習慣で日々活動してもらい、夜は良く眠れるように支援している。昼寝を習慣にしている利用者があるが、夜間も眠れている。		
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	利用者一人ひとりの薬の目的や副作用について理解して、症状の変化に注意して支援している。薬情報を各利用者のファイルに綴じ、常に最新情報に更新している。		
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	一人ひとりの生活歴の情報から、役割、楽しみごとを把握して、そのことが行えるように支援している。歌、スポーツ観戦、裁縫、食器洗い、掃除機等。		
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	一人ひとりの希望に沿って、体調の確認を行った後、天候の様子を確認して戸外への散歩や外出をしている。店舗の協力により全員で花見をしながら外食が出来る様に、マイクロボスの送迎をしてくれるところもある。家族も協力してくれており、温泉旅行や外食等に連れて行ってくれる。	日常的に散歩にでかけたリウッドデッキで外気浴を行っている。桜、紅葉などを観賞したり、美術館やドライブに年4回程度出かけるなどしている。	利用者の思いにそった外出支援の機会を増やすことを期待する。

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
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	こちらではお金の持込を一切しないため、大切なお金は家族等が所持していることを伝え、必要な物品は立て替えて希望のものを購入できるように支援している。		
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	・希望の時は電話をかけるが、家族への確認をしてから繋ぐようにしている。手紙は、事務所にポストを設置しているため、いつでも出せる状態は確保している、年賀状は家族等宛てに書いて出している。		
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	共用の空間は広い窓により採光をとりいれて、過ごし易い温度、湿度を保つように配慮している。食事の際、台所からご飯が炊ける匂いや味噌汁の匂いが五感の刺激になっている。利用者と職員で絵や飾りつけ作品等を作成して、季節の特徴を活かした工夫している。	浴室やトイレ(各ユニット毎に4か所)は手すりなどが随所に設置されて使い易さへの配慮がされている。居間のテーブルには季節の花を飾り、季節を感じながら過ごせるような工夫をしている。台所は居間に面しており、炊飯や味噌汁づくりが見える場所にあることで家庭的な雰囲気を味わえるようになっている。	
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	共用の空間では全員で観られるテレビやテーブルがあるため、気の合った利用者が必要に応じてお茶等を飲みながら、居心地の良く暮らせる工夫をしている。テーブルは3ヶ所設置しているため、一人で好きなこと(パズル等)を行っていることもある。		
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	利用者は居室に使い慣れた家具や馴染みのものを持ち込んだり、好みのポスター、思い出の写真等を置いたりして、利用者が居心地よく過ごせるように工夫をしている。	温度や湿度を1日に3回確認し、エアコンや加湿器、濡れタオルで調整している。居室の入り口には氏名や姓、数字、花の絵、花の折り紙を張り付けた表札をぶら下げて利用者が一目でわかるようにしている。それぞれが持ち込んだ家具などに合わせて人形や家族の写真を飾り、安心して暮らせるような工夫をしている。	
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	利用者の居室、利用者用トイレ等には目印になるようなものを取り付け、自分で判断できるように工夫している。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 グループホーム しおさい

作成日 令和 元 年 6 月 25 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	49	利用者の思いにそった外出の機会を増やすと良い。	自宅で生活していると、出掛けるのが面倒になりこもりがちになってしまうが、グループホームに入居したことで安心して外出ができる良さを知ってもらいたい。	無理はせずADL状況に合わせ、体調を考慮し団体と個別（誕生日等に）で、ドライブ外出の機会回数を増やすように計画を組み込んで行く。	令和2年4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。