

### 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	1194300016		
法人名	有限会社とちの木		
事業所名	グループホーム紙ふうせん		
所在地	埼玉県本庄市今井1325番地1		
自己評価作成日	平成30年 3月11日	評価結果市町村受理日	平成30年5月15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.kaijokensaku.jp/11/index.php">http://www.kaijokensaku.jp/11/index.php</a>
----------	---

【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 ケアマネージメントサポートセンター		
所在地	埼玉県さいたま市中央区下落合五丁目10番5号		
訪問調査日	平成30年 3月27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>* 職員・入居者様が、協力しながら生き生きと生活を送って頂いております。</p> <p>* 入居者様の誕生日には誕生日会を開催し、そうでない月は食事会等行い、毎月職員の立案を管理者と協議してイベントを計画 実施しています。又 季節に沿ったイベント(初詣・ひな祭り・花見会・BBQ・七夕・クリスマス会等)も計画 実施しています。</p> <p>* 地域の行事へ見学・参加させていただいたり、陽気の良い時期はご家族様へ声をかけ 共に出かける外出イベントを企画しています。</p> <p>入居者様の希望に沿い、近場を散歩しながらコンビニでの買い物をする事も有ります。</p> <p>* ショートステイの利用も定着しつつあり 月に1~2名程度利用中です。</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>・利用者のできない部分を手助けし、できることは利用者にしていただくと共に、利用者同士が助けあって、自立した生活を送っていただき、子供達を通して地域との交流も行われている。</p> <p>・運営推進会議は定期的開催され、利用者と事業所の状況の報告と共に、外出や地域資源の利用に関する高齢者対策などの情報を共有し、取り組みやサービスの向上に活かされている。</p> <p>・目標達成計画についても、年2回の避難訓練が行われ、防災マニュアルは災害別に作られ、ハザードマップの確認も行われていること、ミーティングでは、事例検討・現状確認・改善案を中心に話し合い、代表者と管理者の個別職員面談が少しずつ進められていることから、目標達成への取り組みがうかがえる。</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)	<input type="radio"/> 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)	<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)	<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 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広がったり深まり、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と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 <input type="radio"/> 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している (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、安心して暮らしている (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
<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	事務所・玄関・各ユニットホールにいつでも見える場所に提示し、職員同士で共有しながら自立に向けた支援をしている。	理念は職員によく共有され、利用者のできない部分を手助けし、できることは利用者にしていただくと共に、利用者同士が助けあっていただくことで、自立した生活を送っていただき、理念の実践に繋がられている。	
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	地域でのイベント(保育園のバザー・夏祭り・地区の子供神輿等)への参加・見学を通して、機会を活用して地区の人々との交流を、持つようになっています。	地域の催しへの参加が積極的に行われ、事業所の秋祭りには来訪者も多いが、子供神輿がルートを変えて事業所へ立ち寄ってくれたり、向かいの保育園との交流が継続されるなど、子供を通じた地域との交流が行われている。	
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	入居相談、見学時に対応方法や介護サービスについて説明を行っている。		
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	2か月に1回実施している。地域の包括支援センター・自治会長・民生委員・入居者様・ご家族様そして経営側から社長・役員が参加し司会を管理者が務め意見交換を行い、サービス向上に努めています。	地域包括支援センター・自治会長・民生委員・家族代表の参加を得て定期的に開催され、利用者と事業所の状況の報告だけでなく、外出や地域資源の利用に関する高齢者対策などの情報を共有し、取り組みやサービスの向上に活かされている。	
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	普段から何かあれば連絡を取ったりしています。又 運営会議の議事録を、毎回提出し連携を、図るよう努めています。	市担当窓口とは、生活保護や成年後見制度の利用者がおられるので、必要に応じて連携が図られ、地域外からの入所相談も受けられている。また、集団指導での講習会では、新しい情報を入手するなど、良好な協力関係が継続されている。	
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	直接的身体拘束だけでなく、言葉での拘束をしないケアに取り組んでいます。日中は、玄関を施錠しないで、自由な出入りが出来る環境を作っています。	玄関は、夜間以外は解錠されており、帰宅願望が強い利用者には、一緒に散歩に出たり、隣接のデイサービスを訪問するなど気分転換を図り、身体拘束をしないケアが実践されている。また、ケース毎の対応を話し合い、成功例の共有化が図られている。	
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	身体的・精神的な虐待、言葉の虐待について、日々のケアの中で職員同士注意して接しています。身体に不自然な怪我がないか入浴時や更衣時等観察し、怪我の有無を毎週のミーティングで、共有しています。		

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
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	学ぶ機会を作りながら、必要に応じて話し合いを持つようになっています。		
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	契約時には、説明を行い納得・理解して頂いてから契約を行うようになっています。又入居後で、疑問等があれば随時説明を行っています。		
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	面会時には、ご家族様の意見・要望を聞けるように心がけ、職員の方からも声掛けをしています。	利用者とは日頃の関わりの中で、家族には来訪時に積極的に声掛けを行ったり、毎月の様子を知らせる利用者の写真をメールでリクエストされ対応するなど、コミュニケーションを深め、汲み取られた意見や要望は、サービスの向上に活かされている。	
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	毎週行っていますミーティングや日々の話し合いに、管理者・役員が、出席し意見や提案を出し合い反映させています。又 役員にて面談を行う事もしています。	週1回ユニット単位でのミーティングが行われ、職員からの事前提出の議題を含め、事例検討・現状確認・改善案を中心に話し合い、それぞれの情報は両ユニットで共有・検討されている。また、代表者と管理者の個別職員面談が少しずつ進められている。	
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	社長自ら職員とのコミュニケーションを取り、職員が意見を言いやすい雰囲気・環境作りをしています。		
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	社内・社外での研修に参加できるように努めています。		
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	外部の研修会にも参加させ、他の事業所との交流も図れるように努めています。		

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
<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	入居前の面談で、本人・家族からのニーズや状態の確認を行い、入居後は入居者様毎に担当職員を決め、良い関係作りが出来るように努めています。		
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	入居前の面談で要望を聞き、入居後は担当職員から、毎月日頃の様子を、お手紙で報告しご家族様との関係を築いています。		
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	申し込みの段階で、ニーズ・状態を確認しています。		
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	各入居者様の能力を見極め、個々に役割を持ってもらい、お互いに協力しながら過ごして頂く環境作りをしています。		
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	行事を行う時は、ご家族様にも声をかけ出来るだけ参加して頂けるようにしています。又協力もして頂きながら職員との関係作りを築いています。		
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・馴染みの方との面会・外出・外泊が、いつでも出来るように支援しています。	家族を中心に、友人や知人の来訪があり、長く話されたり、一緒に出かけたりできるように支援をされている。また、隣接のデイサービスの利用者との交流や、訪問理美容などの利用により、新しい馴染みの人や場との関係が作られている。	
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利用同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	レクリエーションや役割、職員を交えての雑談を行いながら、入居者様同士関わり合いが持てるように支援しています。		

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
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	退所後も連絡があれば、いつでも相談にのっています。		
<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	日常会話を通して、本人の思いや意向を探りながら、どんな事をしたいか、又してほしいか聞き出すような事をしている。本人だけでは、不十分な場合は、ご家族様に尋ねています。	職歴や生活歴などを職員が共有し、利用者に寄り添い、1対1の時間を作って話を聴き、意思疎通が困難な方には、落ち着ける環境で様子を見ながら、変化や反応を捉え、汲みとられた思いや意向は、本人本位に検討が行われている。	
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	入居時の情報提供書を基に、ご本人やご家族様から生活歴・趣味等を聞き取り職員間で情報を共有出来るようなアセスメントシートを作成しています。		
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	毎日のバイタルチェック、身体状況の変化や体調の把握し直ぐに対応できるようにしています。職員が気付いた変化等も記憶し情報を共有しています。		
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	入居者様担当と計画作成者がモニタリングを行い、週一のミーティング時話し合った問題点・ケア方法とご家族の要望を反映させています。又状況が、変化した場合は、その都度再作成しています。	利用者担当と計画作成者と共に職員もモニタリングに参加し、家族や医師・看護師の意見も得て、現状に即した介護計画が作成されている。また、週1回のミーティングの場でケアの方法を見直すなど、利用者の変化に迅速な対応がなされている。	
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	個人記録・業務記録に、気付いた事や状況の変化を記録しミーティングノート・申し送りノートを通して情報を共有し介護方法・計画の話し合い・見直しをしています。		
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	入居者様の希望・ニーズに合わせ、訪問歯科・訪問理容等継続しています。又ご家族様の背景に応じて間接的な支援をしています。		

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
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	主治医の往診・訪問看護・訪問歯科・訪問理容等活用して、外部の人との交流が出来るようにし、又 となりの保育園とは、行事の参加等でも交流を、図っています。		
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	入居時に今までのかかりつけ医を継続されるか、ホーム提携の医師に変更されるかを伺っている。どちらの場合でもホームと医師との情報を共有し体調の変化時は、訪問看護師や医師に連絡し指示を仰いでいます。	入居時に提携医療機関を含めた訪問診療医4軒と従来からのかかりつけ医の選択を行っていただいている。かかりつけ医の受診は家族の協力で行われ、利用者の状況を書面で渡すほか、必要に応じて職員による送迎も行われている。	
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	毎週訪問看護ステーションから看護師が、来られ連携して適切な看護を受けられるように支援しています。又 併設事業所の看護師からも助言・処置等指導を受け支援をしています。		
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。	入院時は、介護サマリーを提供しています。入院中訪問を行い状態の把握、ご家族様の意向・病院の相談員と話し合いを行いながら早期に退院が、出来るように努めています。		
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	重度化の指針を基に、入居時にご家族様へ説明を行っています。必要に応じて随時ご家族様の意向を踏まえながら主治医と話し合いを行っています。	入居時に、事業所としてできることを利用者と家族に説明され、医師の協力も得て、利用者と家族の意向を踏まえた支援が行われている。また、職員の対応力の向上にも努められ、数例の看取りの経験が活かされている。	
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	主治医・訪問看護師に随時教わりながら緊急対応時のビデオ鑑賞 消防署での普通救命講習への参加をして、得た知識を職員間で共有する事に努めています。		
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	年2回消防署立ち合いの元 総合避難訓練を行い、避難経路の確認をしています。又市からハザードマップを取り寄せ地区の状態を職員が、認識してもらう事をしています。	夜間想定を含む年2回の避難訓練が行われ、1回は隣接のデイベースと合同で実施することで、職員が双方の利用者を知るように努められている。また、防災マニュアルは火災・地震・風水害別に作られており、ハザードマップの確認も行われている。	年2回の避難訓練が行われ、防災マニュアルは災害種類別に作られており、ハザードマップの確認も行われています。地域の協力を得るための継続的な働きかけが期待されます。

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
<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	個々の入居者様に合わせた言葉かけ、居室へ入室する時、介助する時も必ず声をかけ了解を得てから対応するようにしています。	居室への入室は了解を得、各介助の折はこれから何をするか説明を行い、無理強いせず利用者の気持ちを尊重され、知られたくないことは知られないように配慮がなされている。また、ミーティング時には、プライバシーの重要性の確認が行われている。	
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	意思表示が出来る入居者様には、希望を聞き自分で判断してもらっています。又 意思表示・自己決定が、出来るような雰囲気作りを心掛けています。		
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	食事・入浴の時間は決まっていますが、それ以外は自由に過ごして頂いています。入居者様のペースに職員が合わせるように支援しています。		
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	毎日入居者様と服装を選びながら着用して頂いています。又季節に合った服装への声掛けやイベント・外出時のお化粧品等支援しています。		
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	食事席は、気の合う同士で座って頂いています。食事形態も個々の状態に合わせたペースト食・刻み食等で提供しています。又お粥の配達やテーブル拭き・下膳・お盆拭き等入居者様と一緒にしています。	職員が食材の買い出しと調理を行う献立と配食サービスを組み合わせ、バラエティのある食事が提供され、おやつ作りでは利用者にも、できることを手伝っていただいている。全ての食事を職員の調理にする検討が行われている。	
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	カロリー計算は行っていませんが、バランス良く見た目や色彩に気を配り提供しています。水分量や食事量を記録しています。入居者様の状態によっては、栄養補助食品も提供しています。		
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	毎食後声掛け誘導して口腔ケアをしています。歯磨きやうがい難しい入居者様には、洗浄液・ウエットティッシュで支援しています。義歯の入居者様は就寝時毎日洗浄剤で消毒しています。		

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
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	定時誘導や自操時見守りし、トイレにて排泄が出来るように支援しています。パットは、サイズや当て方を工夫し清潔保持に努め、布下着を使用し、夜間トイレを設置し自立した排泄も支援しています。	日中は、自立と定時誘導により、トイレ排泄が行われ、現在おむつや紙パンツの利用はなく、夜間は、それぞれの利用者の状況に応じてポータブルトイレやリハパンなど、最適とおもわれる方法で、無理のない支援がなされている。	
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	朝食時乳酸菌食材(ヨーグルト等)を提供して、腸の動きを少しでも活発なるように支援しています。又体操や軽い運動を行ったり、入居者様によってはセンナ茶飲水して頂き、軽減できるよう努めています。		
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	曜日や時間は決まっていますが、一人ひとりがゆっくり入浴できるように支援しています。又 リラックスして入浴出来るように、多種の入浴剤を使用しています。	週3回を基本に、個浴で、ゆっくりした入浴が行われており、三方から介助のできる浴槽と広い浴室は、自立の困難な利用者にも安心して入浴を楽しんでいただいている。また、拒否者には、タイミングや介護者を変えるなどの工夫で、対応をされている。	
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	入居者様の状態に合わせ、日中は体を動かして過ごして頂き、就寝は個々のペースで着床し休んで頂けるように支援している。寝具類も定期的に変換・洗濯して、心地よく休めるように支援している。		
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	服薬表を個人ファイルに入れ、職員が何時でも確認できるようにしています。定時薬以外の薬が、処方された時は、服薬後様子観察を行い 誤薬防止の為、準備・服薬・空袋の確認とトリプル確認をしています。		
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	入居者様のできる範囲で清掃・買物同行・洗濯物の整理等を手伝って頂き、役割を持ち生活をしている。散歩・カラオケやゲームで楽しんで頂き、誕生日会開催や気分転換を図るようなイベントも行い支援している。		
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	季節毎に計画を立て、外出・地域のイベント見学に出かけ、入居者様が楽しんで頂けるように支援しています。又 外出イベント時ご家族様へ声掛けを行い、共に参加して、楽しんで頂けるように支援しています。	周辺の環境を利用した日常の散歩や外気浴に、隣町(児玉町)の図書館利用などを楽しまれると共に、初詣やみかん狩りなど、家族の参加も得た外出も行われている。また、高齢化に伴い、外出先の対応の可否などの情報の収集にも取り組まれている。	散歩や外気浴などの日常の外出に加えて、初詣やみかん狩りなど、家族の参加も得た外出が行われています。高齢化に伴う外出のあり方について、家族とのコンセンサスを含め、検討されることが期待されます。

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
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	入居者様やご家族様の希望を踏まえ必要に応じ個人でお金を所持してもらっています。 しかし 現在 所持したお金を使用する入居者様はおりません。		
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	電話を希望する入居者様には、職員が通話支援をしています。又 かかって来た電話を、入居者様へ取り次ぐ支援もしています。年賀状・レターセット等の準備し、大切な人との交流を支援しています。		
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	入居者様と共に、季節に合った作品作りや飾りつけをしています。イベントの写真・入居者様の作品掲示し同じ空間でも変化をつけ、過ごしやすいようにしています。	利用者と職員と一緒に作成した装飾品が飾られたリビングは、ソファでの昼寝や洗濯物の整理など、利用者が思いおもいに過ごしていただける居心地の良い共用空間となっている。また、自室の清掃をするだけでなくリビングの清掃をするようになった利用者も見受けられ、居室共々清潔に維持されている。	
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	ホールの窓側へ、テーブルを囲んだ椅子やソファベットの設置して、居室以外でも自由にくつろげるような場所作りをしています。		
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	入居時 ご家族様と相談し、使い慣れた家具や使用していた物を持参してもらい、落ち着いた居室作りに努めています。又 入居後も必要な物はご家族様と相談し支援しています。	使い慣れた家具や馴染みの身の回り品、趣味の品、植物などを自由に持ち込んでいただき、その人らしい生活を送っていただける居室となっている。また、利用者の状況に合わせて、畳敷きの対応も行われている。	
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	建物内部は、バリアフリーで安全に移動が出来るようになっています。トイレの場所も張り紙を見ると判るようにしてあり、居室前には、名前を貼り 色分けした飾りを取り付け、間違わないようにしています。		

(別紙4(2))

事業所名:グループホーム紙ふうせん

## 目標達成計画

作成日:平成 30年 5月 15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	35	災害時における地域との協力体制構築に向けての取り組みと備蓄品の整備	地域に働きかけることで災害時の協力体制を構築する。又、備蓄品リストの整備を行う。	ご家族や地域の方々へ向けて災害時の協力体制への参加呼びかけを運営推進会議の場などを通して行い、備蓄品の定期的な管理行う。	12ヶ月
2	49	個別の日常的な外出支援継続とご家族への外出支援実施の周知不足	定期的な外出支援(買物、散歩、図書館等)やご家族参加型の外出支援の実施。	職員による企画立案やご家族からの聞き取りを行い、できるだけ多くの利用者やご家族が参加できるように工夫し外出支援の様子を掲示物での提示や手紙での案内状や報告を行い、ご家族への周知に努める。	12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。