グループホーム　光の家族
（別紙4－1）

# 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 | 0194700100 | | |
| 法人名 | 丸信産業株式会社 | | |
| 事業所名 | グループホーム光の家族 | | |
| 所在地 | 北海道中川郡豊頃町中央新町５０－１ | | |
| 自己評価作成日 | 平成27年12月4日 | 評価結果市町村受理日 | 平成28年1月26日 |

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

| | |
|---|---|
| 基本情報リンク先URL | http://www.kaigokensaku.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&JigyosyoCd=0194700100-00&PrefCd=01&VersionCd=022 |

【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）】

当事業所は穏やかな雰囲気を大切にしています。
利用者さん自身で日常生活のリズムを決めてもらい、職員はそのお手伝いと感じている職員が多いと思います。利用者さんに笑って過ごしてもらえるように、職員は工夫しています。季節感のある行事、行事の準備、食事を通して利用者間のコミュニケーションを図っています。

【評価機関概要（評価機関記入）】

| | |
|---|---|
| 評価機関名 | 株式会社　サンシャイン |
| 所在地 | 札幌市中央区北5条西6丁目第2道通ビル9F |
| 訪問調査日 | 平成27年12月17日 |

【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）】

「グループホーム光の家族」は、1ユニットの平屋の作りになっており、共用空間や廊下は広々した開放感があり、利用者が思い思いに過ごせるよう所々にソファや椅子を配置し畳みのスペースが確保され、観葉植物やぬいぐるみを置いたり、洗濯物が干されているなど、家庭的な心地よい雰囲気になっている。日中活動も職員と利用者が一緒に季節や行事の飾り物を作成したり、漬物作りや切り干し大根作りを行って日々の生活が楽しみになるよう支援している。また、日々のその人らしい暮らしが送れるようセンター方式でアセスメントを行い、家族から以前の生活状況や趣味、嗜好などを聴き取り、シートへ記入して職員間で情報を共有している。運営推進会議や家族会を通じて相談しやすい雰囲気作りを心掛けており、それ以外でも来訪を促し、出来る限り家族と面談して希望や意向を聴く機会を作り、毎月発行する通信には利用者の表情を捉えた写真を掲載し、担当職員からの一言も添え、家族の信頼と安心に繋げている。今後も更に研鑽を積み、地域住民との連携に力を入れて利用者及び家族からも信頼される事業所を目指して取り組んでいる事業所である。

## Ｖ．サービスの成果に関する項目（アウトカム項目）　※項目№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<br>↓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<br>（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 |
| 57 | 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>（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 |
| 58 | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている<br>（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 |
| 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<br>（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 |
| 60 | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている<br>（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 |
| 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<br>（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 |
| 62 | 利用者は、その時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<br>（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 |

| | 項　目 | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印 | |
|---|---|---|---|
| 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<br>（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 |
| 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<br>（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 |
| 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<br>（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 |
| 66 | 職員は、活き活きと働けている<br>（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 |
| 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 |
| 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 |

（別紙4-1）

# 自己評価及び外部評価結果

| 自己評価 | 外部評価 | 項　目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 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<br><br>地域密着型サービスの意義を踏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 | できていない。<br>今年度は施設の理念を職員と面談後に決める予定だったため、理念を共有するところまでは無理だった。 | 「かたよらない心　こだわらない心　とらわれない心　あたたかい心」を施設理念として休憩室に掲示し、ミーティング時や職員会議で再確認しながら日々の業務の基本として実践に努めている。 | 管理者は職員間での理念共有についてミーティングや職員間で再確認しているが、理解や浸透するまでには至っていないと判断している。今後は職員と話し合いながら施設理念を見直したいと考えているので、その実践に期待したい。 |
| 2 | 2 | ○事業所と地域とのつきあい<br><br>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 | できていない。<br>ハロウィンの企画を行ったが、地域の人たちに浸透する機会にはならなかった。 | 町内会に加入し、利用者と近所の散歩や地域への買い物、病院受診時の交流、事業所行事への参加案内を回覧板に入れるなどの取り組みを行い、地域との付き合いを大事にしている。 | |
| 3 | | ○事業所の力を活かした地域貢献<br><br>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 | できていない。 | | |
| 4 | 3 | ○運営推進会議を活かした取り組み<br><br>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 | 運営推進会議では、事故報告なども行い、他の事業所からの意見、対策などの意見を頂いているが、職員の中には、運営推進会議の内容を知らない者もいる。 | 運営推進会議は2か月毎に町福祉課長、民生委員、包括支援センター職員、町内区長、家族代表が参加し開催している。会議では事業所の活動状況やヒヤリ･事故報告等で意見交換を行い、そこでの意見等をサービスの質の向上につなげている。 | 今後は運営推進会議の目的や話し合われている内容等についても職員や参加出来ない家族等にも伝えながら事業所への意見を伺い、サービスの質の向上につなげられる取り組みを期待したい。 |
| 5 | 4 | ○市町村との連携<br><br>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 | 必要な場面において行っている。 | 代表者は町の担当者とは運営推進会議等を通じて相談や情報交換と連携に努め、協力関係を築いている。町の依頼を受け、事業所が災害時の避難場所になっている。 | |
| 6 | 5 | ○身体拘束をしないケアの実践<br><br>代表者および全ての職員が「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 | ほぼできている。 | 身体拘束廃止や高齢者虐待防止について、内外部の研修会に参加して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、夜間の防犯以外は鍵をかけないケアに取り組んでいる。 | |
| 7 | | ○虐待の防止の徹底<br><br>管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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注意を払い、防止に努めている | 職員同士が声を掛け合い、虐待につながらないように見配りをしている。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項　目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 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<br>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 | 実施できていない。 | | |
| 9 | | ○契約に関する説明と納得<br>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 | 実施できていない。 | | |
| 10 | 6 | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並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 | 御家族からの意見を聞くことはあるが、運営に反映まではいっていない。 | 玄関に意見箱も設置して運営推進会議、家族会を通じて相談しやすい雰囲気作りを心掛けており、それ以外でも来訪を促して出来る限り家族と面談して意見交換の機会を作っている。また、毎月の通信でもホームの近況を伝えて意見を伺っている。 | |
| 11 | 7 | ○運営に関する職員意見の反映<br>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 | 意見を聞くことはあるが、業務に反映できているかまではいっていない。 | 月例ミーティングや日常を通じて意見や要望、提案を聞く機会を設け、それらを運営に反映させている。また、毎年、代表者と管理者を交えて個別面談を実施し意見を聞く機会を設けている。 | |
| 12 | | ○就業環境の整備<br>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 | 職員の就業状況をみて、給与をきめている。<br>向上心については個人的なことなので職場環境でどう変化できるかは不明。 | | |
| 13 | | ○職員を育てる取り組み<br>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 | 外部への研修の機会を増やし、研修後は報告会を兼ねた施設内研修を実施している。 | | |
| 14 | | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | 運営推進会議にオブザーバーとして参加してもらい意見をもらっている | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項　目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 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<br><br>サービスの利用を開始する段階で、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 | 入所前に面会に行き、本人の要望、施設に入ることへの不安などについて話しを聞いている。 | | |
| 16 | | ○初期に築く家族等との信頼関係<br><br>サービスの利用を開始する段階で、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 | 入所前の面会時に、施設に入るまでのいきさつや、困っていることを傾聴している。 | | |
| 17 | | ○初期対応の見極めと支援<br><br>サービスの利用を開始する段階で、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 | グループホームに入所されるときには、グループホームで可能なサービスを提供するようにしているが、他のサービス利用を促してはいない。 | | |
| 18 | | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br><br>職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている | ほぼ出来ている。<br>一緒に過ごす時間を増やし、笑っている時間を持つ等の工夫をしている。 | | |
| 19 | | ○本人を共に支え合う家族との関係<br><br>職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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 | ほぼ出来ている。<br>ご家族が面会にみえられたときには積極的に話しかけ、昔のこと、本人が話されていたことを伝えたりと、関係を築くようにしている。 | | |
| 20 | 8 | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br><br>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 | 面会みえられたときには、ゆっくりとお話しをしていただく環境を作るが、積極的な働きかけは行っていない。 | 町の病院への受診の際に友人、知人と交流や行きつけの美容院へ出かけたりしながら馴染みの場所との関係が途切れないよう心掛け取り組んでいる。 | |
| 21 | | ○利用者同士の関係の支援<br><br>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 | 個別に過ごすことが多かったり、円満な人間関係を築くことが苦手な方は、他の利用者とコミュニケーションを図るような援助は行っていない。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項　目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 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<br>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 | 町内で会ったときに挨拶はするが、積極的な支援は行っていない。 | | |
| **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<br>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 | 実施できている。<br>個別に話しをすることが多いので、本人の思いを聞くことが多い。買い物の希望などは、対応できる職員で行っている。 | 本人本位の生活が出来るように、家族や本人から意向や希望を聴き取り、センター方式でアセスメントしている。また、日常の会話や表情の中からも本人の思いを把握するよう取り組んでいる。 | |
| 24 | | ○これまでの暮らしの把握<br>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 | 実施できている。<br>一日の過ごし方、好む水分などの情報を集め、日常の生活に取り入れている。 | | |
| 25 | | ○暮らしの現状の把握<br>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 | 実施できている。<br>月に一度のサービス担当者会議などで話し合い、ADLの状況などを伝え、介護に危険がないようにしている。 | | |
| 26 | 10 | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している | サービス担当者会議でモニタリングを行い、統一した支援ができるようにしている。 | 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、本人や家族の希望や意向を踏まえ介護計画を作成している。また、担当職員が意見をまとめて現状に即した介護計画になるよう取り組んでいる。 | |
| 27 | | ○個別の記録と実践への反映<br>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 | 日々の記録は記載している。<br>気づき、工夫を記載している場合は、次回のサービス担当者会議で話し合っている。 | | |
| 28 | | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>本人や家族の状況、その時々に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 | 実施できていない。 | | |
| 29 | | ○地域資源との協働<br>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 | 実施できていない。 | | |
| 30 | 11 | ○かかりつけ医の受診支援<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、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 | 実施できている。<br>かかりつけ医に受診したあとは、受診結果をご家族に報告し、次回の受診のときに相談できるようにしている。 | 通院への支援や協力医療機関との連携で適切な医療を受けられるように支援している。また、内科以外は受診については町外になるので、家族対応で本人及び家族が希望するかかりつけ医に受診できるよう支援している。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項　目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 31 | | ○看護職員との協働<br>介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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 | 実施していない。 | | |
| 32 | | ○入退院時の医療機関との協働<br>利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、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。又は、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。 | 実施していない。 | | |
| 33 | 12 | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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 | 実施していない。 | 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から事業所で出来る事を本人や家族と十分に相談しながら職員全員で方針を共有している。 | |
| 34 | | ○急変や事故発生時の備え<br>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 | 救急講習は実施したが、初期対応の訓練は定期的には行っていない。 | | |
| 35 | 13 | ○災害対策<br>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 | 火災の避難訓練（日勤想定、夜間想定）は行ったが、地震、水害の訓練は行っていない。また、地域との協力体制も整っていない。 | 消防署の立会の下、年2回緊急時に職員全員が速やかに対応できるよう夜間を想定した実技を伴う避難訓練を実施している。また、緊急通報訓練や緊急招集訓練も実施している。 | 地域の協力体制については運営推進会議の中で要請をしているが、避難訓練の参加は得られていない。地域住民の理解を深め、実践的な取り組みと具体的な協力体制を確保し、災害対策の更なる構築を期待したい。 |
| **Ⅳ．その人らしい暮らしを続けるための日々の支援** | | | | | |
| 36 | 14 | ○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保<br>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 | 人格を尊重しているが、職員が大きな声で排泄の話しをすることがあったりとプライバシーに配慮できていない所もある。 | 利用者一人ひとりの誇りやプライバシーに配慮した声かけや対応が出来るよう取り組んでいる。 | |
| 37 | | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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 | ゆっくりと個別で話しをすることで、自己決定まで働き掛けることができている。 | | |
| 38 | | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | 実施できていない。 | | |
| 39 | | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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 | 実施できていない。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項　目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 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<br>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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている | 切干大根つくり、漬物つくり、パンつくりなど利用者と実施できることは行っている。<br>片づけについては、お手伝いが出来る方にテーブル拭き等をお願いしている。 | 職員と一緒に茶碗洗いや後片付けをしており、一人ひとりの力や好みを活かしながら、食事が楽しみなものになるよう支援している。また、漬物作りや切り干し大根等の調理も一緒に行っている。 | |
| 41 | | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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 | 一日の水分量、食事量のチェックを行っている。<br>お茶が好まない方には、ご家族に相談して、本人の好きな缶コーヒーを差し入れしてもらうなどの支援をおこなっている。 | | |
| 42 | | ○口腔内の清潔保持<br>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、口腔ケアの声掛け、介助をおこなっている。 | | |
| 43 | 16 | ○排泄の自立支援<br>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 | ほぼ実施できている。<br>職員が排泄チェック表を確認し、排尿間隔を調べてトイレに誘導するようにしている。 | 水分、排泄のチェック表の活用から排泄パターンや習慣を把握し、トイレで排泄できるように支援している。 | |
| 44 | | ○便秘の予防と対応<br>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 | ほぼ実施できている。<br>腸内環境についての研修を受けた職員がいるので、その職員が講師になり、便秘について理解を深めた。 | | |
| 45 | 17 | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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 | 実施できていない。<br>職員による声掛けで入浴を決めてしまっている。 | 入浴の曜日や時間は決めているが、週3回を目安に本人の意向を確認しながら無理強いしないように心掛けている。また、浴室は広々として介助しやすくなっている。 | |
| 46 | | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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 | 実施できていない。 | | |
| 47 | | ○服薬支援<br>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 | 職員全員が、薬の用法、副作用を理解しているとは言えない。 | | |
| 48 | | ○役割、楽しみごとの支援<br>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 | 料理などの楽しみについては、こまめに実施できている。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項　目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 49 | 18 | ○日常的な外出支援<br>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。また、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 | 町内の買い物などは、職員で随時対応している。地域の人の協力は求めていない。 | 利用者のその日の体調や希望に添って、散歩や買い物の外出支援、敷地内の畑づくりや気分転換のドライブなど戸外に出かけられるよう支援している。また。広い敷地を有し、畑・花壇作りや天気の良い日の散歩には快適な環境となっている。 | |
| 50 | | ○お金の所持や使うことの支援<br>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 | お金は事務所の金庫でお預かりし、本人の欲しいものや、消耗品の購入にあてている。可能であれば、買い物には本人も同行している。 | | |
| 51 | | ○電話や手紙の支援<br>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 | 希望があれば、電話を掛けることがある。 | | |
| 52 | 19 | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 季節の飾り物を利用者と作り、季節感を出すように工夫している。 | 共用空間や廊下は広々として開放感があり、利用者が思い思いに過ごせるよう所々にソファや椅子を配置し、畳みのスペースが確保されている。また、観葉植物やぬいぐるみを置いたり、洗濯物が干されているなど、家庭的な心地よい雰囲気で利用者にとって気になる臭いや音の大きさ、光の強さは感じられない。 | |
| 53 | | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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 | 各所にソファを配置し、休めるように工夫はしている。 | | |
| 54 | 20 | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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 | 入所時には、自宅からタンスなどを持参してもらうように伝えている。 | 本人・家族と相談しながら家族の写真や仏壇、家具など使い慣れた物が持ち込まれ、本人が居心地よく過ご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<br>建物内部は一人ひとりの「できること」や「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 | トイレ、風呂などの室内の案内を出し、自分で行動できるようにしている。 | | |

（別紙4-2）

# 目標達成計画

事 業 所 名　グループホーム 光の家族
作　成　日：平成 28年　1月 22日
市町村受理日：平成 28年　1月 26日

**【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 | 1 | 職員間で施設の理念を決めたが、理念の理解や共有には至っていない。 | 施設の理念を業務の基本となるように、職員間での理解、共有を図る。 | ・どうすれば職員間での理念の共有が図れるのかを話し合う。<br>・話し合った内容をもとに、実践してみる。<br>・各職員が理念を意識できるような働きかけを行う。具体的な内容については職員で話し合い、決めていく。 | 1年間 |
| 2 | 35 | 年に2回の避難訓練を実施しているが、具体的な災害対策は行っていない。地域住民の理解まで至っておらず、実践的な取り組みと協力体制を確保できていない。 | 自然災害の訓練の実施と、地域住民の協力体制ができるような関係を築く。 | ・町内のハザードマップに基づいた訓練の企画。<br>・地震、停電などに対応できるように消防署と相談し、訓練の内容を決めていく。<br>・運営推進会議の中でも意見を頂きながら、どのようにすれば地域の方との関係を築けるのかを考えていく。 | 1年間 |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |

注1）項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入して下さい。
注2）項目数が足りない場合は、行を追加して下さい。