

### 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   | 0873700488     |            |            |
| 法人名     | 株式会社 いっしん      |            |            |
| 事業所名    | グループホームいっしん館玉造 |            |            |
| 所在地     | 茨城県行方市玉造甲476-1 |            |            |
| 自己評価作成日 | 2019年4月30日     | 評価結果市町村受理日 | 2019年9月11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.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0873700488-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search">http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0873700488-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search</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 認知症ケア研究所 |  |  |
| 所在地   | 茨城県水戸市酒門町4637-2    |  |  |
| 訪問調査日 | 2019年6月14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>ご利用者様の生活習慣を大切に、一人ひとりがその人らしい生活を送れる環境を提供している。</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>開設14年目を迎え、近隣住民との交流も密になり、情報交換を行っている。散歩時には声を掛け合うなど、地域の一員として自然な関係ができています。<br/>職員と利用者は、お互いに明るく元気に声を掛け合って過ごすことが免疫力アップにつながるかと話しており、笑顔で過ごしている日常が窺われた。</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<br>↓該当するものに○印 |   | 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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:9,10,19)   | ○                     | 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>4. ほとんどできていない    |
| 57 | 利用者職員が、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<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>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<br>(参考項目:2,20)                     | ○                     | 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:4) | ○                     | 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>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<br>(参考項目:36,37)   | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66 | 職員は、活き活きと働いている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○                     | 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:28) | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |    |   |                       |   |

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

| 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>I 理念に基づく運営</b> |     |   |  |   |  |
| 1                 | (1) | ○理念の共有と実践<br>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                            | 地域の交流を大切にグループホームという施設を地域の方々に理解していただけるような理念を掲げている。  | 法人理念をもとに、独自の理念を作成し、職員一人一人が目標を持って利用者に関わっている。職員の異動がなくなり、馴染みの関係ができています。                      |  |
| 2                 | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<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                            | お祭りなどの行事には参加させて頂いている。また地域の方へは職員の声掛けにより地域運営推進会議へ参加して頂けるよう働きかけを行っている。                            | 地域のお祭りの獅子舞がホームを訪れる。中学生の職業体験を受け入れている。小中学校の運動会を見学できるよう相談をしている。利用者がカラオケ同好会に参加しており、表彰された方もいる。 |  |
| 3                 |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<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                          | 運営推進会議を開催し地域住人へ働きかける機会を設けている。  |   |  |
| 4                 | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<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       | 利用者の様子や、行事の報告、参加の声掛けをしている。意見、要望を受けサービスの向上に努めている。   | 偶数月に定期的に開催している。行政、民生委員、区長が参加して意見交換を行っている。利用者家族の参加は少ない。アクシデントやインシデントの報告をしている。              | 定期的に開催している。多方面からの参加を募ることで、様々な意見を頂きサービス向上に繋がることもある。多職種の参加が得られるよう検討して頂く。 |
| 5                 | (4) | ○市町村との連携<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                 | possibleの限り直接市役所へ届け出るようにしている。保護担当者とは密に連絡をとり、相談に応じて頂いている。                                       | 拒食傾向の利用者について相談し意見をもらっている。また、情報提供の為に外向いている。  |  |
| 6                 | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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 | 問題行動をパリテーションを活用し違う視点より見つめるようにしている。ケアカンファレンスを行い人生の先輩と認識し業務に携わっている。2ヶ月に1度は身体拘束についてのミーティングを行っている。 | 指針を作成し定期的に話し合っている。家族からの要望もなく身体拘束は行っていない。法人で定期的に研修会を開催している。                                |  |
| 7                 |     | ○虐待の防止の徹底<br>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       | ケアカンファレンスなどを行い人生の先輩と認識し業務に携わっている。申し送りなどを活用して細かく状態が分かるようにしている。身体拘束についてマニュアルがある。                 |   |  |

| 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<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    | 職員が制度を理解し必要性を認めたら早急に対応できる体制を整え支援している。  |  |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>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、解約改定等の際はご家族様に十分納得を得たうえで同意を得ている。   |  |                   |
| 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                     | 苦情が発生した時はその都度納得して頂けるように説明する。相談や苦情は随時受け付けている。要望があった際にはケアプランに組み込んでいる。                        | 日々の支援の中で意見を聞いている。カロリー制限がある利用者からの要望に、スタッフ間で話し合い対応している。面会時に家族から意見をもらい反映している。 |                   |
| 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                                      | 人事採用に関しては本社に一任しているが利用者の受け入れ継続の可否等はスタッフの意見を聞き入れながら取り組んでいる。他のいっしん施設への紹介も行っている。               | 月に1回カンファレンスを行い、伝達研修や意見交換を行っている。管理者との面談は定期的ではなく、随時相談できる状態である。               |                   |
| 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      | 担当マネージャーがケアカンファレンスに参加をし、色々な意見を吸い上げ、会社の方向性を職員に伝えるとともに、職員1人1人がやりがい、向上心が持てるように助言、アドバイスを行っている。 |  |                   |
| 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践と力量を把握し、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         | 新人研修を随時行っている。又現場において能力に応じた指導を行っている。社内研修を定期的に行い   |  |                   |
| 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 | 地域のケアマネの定例会や市の研修会などに参加し情報の共有化を図り質の向上に繋げている。  |  |                   |

| 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<br>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 | 一対一で話せる場面作りをしている。入居前の面談にて希望を伺い、それに合ったサービスが出来る様に取り組んでいる。   |   |                   |
| 16                         |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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            | ユニット出入り口に御意見箱を設置し気軽に意見を出して頂けるようになっている。電話などで話したり面会時間を作り話す場面を設けている。契約時に家族様のご意見を聞きケアプランを作成し説明させて頂いている。 |   |                   |
| 17                         |     | ○初期対応の見極めと支援<br>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        | グループホームの入居にあっているか見極め他のサービスが適していると感じたら家族様と相談し支援している。   |   |                   |
| 18                         |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>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                        | 人生の先輩として昔の習わしや料理、畑の作り方など教えて頂いている。料理など一緒にし同じ物を一緒に召し上がっている。   |   |                   |
| 19                         |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>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         | 行事に参加して頂ける様に支援し何かあれば家族様は相談・連絡・報告をしている。月に一度は写真付きのお便りを出し、電話など掛けたい時は掛け、不在で心配してしまう時もあるので予め繋がる時間を伺っている。  |   |                   |
| 20                         | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<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                     | お便りや電話や面会される。時には馴染みの場所に外出や買い物に出掛ける。   | 買い物に行く他、定期的に外泊や外出に行かれる利用者がいた。現在は、受診時に家族と外食に行かれている。馴染みの美容室や理容室、お墓参りや法事に出掛ける方もいる。 |                   |
| 21                         |     | ○利用者同士の関係の支援<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                 | 職員も上手に輪の中に入り自然とコミュニケーションが取れている。世話役の方には出来る限り役割を發揮して頂いている。  |   |                   |

| 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<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                    | 当事業所はグループホーム、有料老人ホーム、高齢者住宅の三本柱になっている。事情により退居になってしまった後も相談を受け状況に合わせ支援している。                                  |   |                   |
| <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<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   | 個人個人の話を傾聴し本人様の希望を見出し把握して行く。意見表示の少なく選択等の場作りが乏しいが細かい事柄でも、まず利用者様に聞き選択の機会を多く作っている。                            | 言葉が出にくい利用者には、ゆっくり聞く体制を取っている。着替えの意向を把握したり、献立の参考にしている。喫煙や飲酒をしている利用者がある。洗濯物を畳んだり、草刈りなどをする利用者がある。 |                   |
| 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                                       | 全スタッフが利用者様の生活歴を把握し家族様に昔の話を聞き、それを率先して行っている。  |   |                   |
| 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   | ケース記録・申し送りを活用している。一人ひとりの状態に合わせて過ごして頂いている。テレビが好きな方はテレビを見て頂いたり、散歩が希望の方は散歩に行ったりと個々に合わせて行っている。                |   |                   |
| 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アを反映し、現状に即した介護計画を作成している | ご本人・家族様の意見を取り入れ良い生活が出来る様に作成している。必要な時には専門職に相談し月一回のモニタリングとアセスメントをスタッフ全員で行い介護計画に反映させている。状態の変化があればその都度検討している。 | モニタリングを6ヶ月に1回または随時行って、介護計画を立案している。介護記録は時系列に記録している。また、病状変化に合わせて計画立案を行い、支援に繋げている。               |                   |
| 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                        | 昼夜の様子をケース記録に時間ごとに記入し必要ときには申し送り帳に記入している。業務日誌も活用しケアカンファレンス時は話し合いをし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<br>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               | 当事業所は、グループホーム、有料老人ホーム、高齢者住宅の三本柱になっている。また、医療行為が必要な時は連携している病院に相談し取り組んでいる。                                   |   |                   |

| 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<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                                      | 地域のスーパーへ買い物へ出かけたり外食をしている。また、ボランティアの方に来て頂いたりしている。                                     |   |                   |
| 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、納得が得られたか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                                 | 必ず本人様、家族様へ希望を確認した上で医療機関に受診している。  | 月2回、内科医と外科医の往診がある。突発受診時は家族に連絡をし、受診している。受診記録は、個人記録に一覧で記録されており、申し送りノートに記載して職員間で共有している。    |                   |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>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回のペースで往診に来て頂いており、ご利用者様の健康管理をしている。また、常に相談できる体制を整えている。                               |   |                   |
| 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、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。 | 定期的に面会と担当医師、看護師から病状説明を受け早期退院に向け連携している。   |   |                   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<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  | その人らしい生活を送って頂き体調の変化に気づき医師に連絡している。状態変化に伴い医師・家族様・職員が話し合いを持ち、より良い対応が出来るように取り組んでいる。      | 契約時に看取りに対する同意を得ており、看取り指針をもとに関連施設に入院している。家族から看取りの要望を受けることがある。主治医、訪問看護師との連絡調整を行い支援に繋げている。 |                   |
| 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  | 応急処置が出来る様にマニュアルや薬箱を揃えて応急手当は出来る様にしている。新人職員等の研修を行いカリキュラムの中に取り入れている。全スタッフは救命救急講座を受けている。 |   |                   |
| 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  | 避難訓練は年に二回行っており緊急時には全スタッフが対応法を身に付けている。夜間想定避難訓練も行っている。運営推進会議の際には地域の方へ協力を呼び掛けている。       | 年2回日中夜間想定で避難訓練を行っている。災害対策について、マニュアルの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 |
| <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<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                   | トイレ誘導の声掛けをする場合等、本人様を傷付けないような声掛け、対応、声のトーンにも配慮している。                                       | トイレへの声掛けなどは、利用者の状況に合わせて対応する。<br>重要事項に於いて、苦情解決責任者の表記を、再度検討をして頂く。 |                   |
| 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                     | 会話の中で信頼関係を築き、個人の意見を尊重し決定権を御本人様へと努めている。また、決定する事が難しい場合には助言をしながら決定出来る様にしている。               |   |                   |
| 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、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・トイレ・入浴の時間を決めずにその人に合わせている。また季節の習わし等を取り入れ出来る限り希望に添うようにしている。                            |   |                   |
| 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                                  | 髪染め・化粧などのおしゃれの支援をしている。また、訪問理容店があり希望があればいつでも来て頂ける体制になっている。好みの服など一緒に買い物に行き選んでいる。          |   |                   |
| 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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている     | 季節感のある献立を作成しご利用者様の好みのメニューを入れ提供している。また出来る仕事の分担を決めお手伝いを可能な範囲で願する場合もある。                    | 不定期に栄養士が介入し、献立を作成している。食材は適宜購入している。収穫した野菜や頂き物が食卓に並ぶ。             |                   |
| 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          | 個人個人の水分の目安は表にしている。食べる量が決まっている方は何を何グラムと表示し写真に出している。一日の食事量・水分量などチェック表に記入しいつでも見られるようにしている。 |   |                   |
| 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                   | 毎食後にその人に合った口腔ケア方法で行い状況に応じて介護し清潔保持に努めている。月に、二回歯科往診がある。                                   |   |                   |

| 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<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                              | 排泄パターンを把握しその人に合ったトイレ誘導が出来る様に支援している。自立された方にはトイレの場所がわかるように明示している。             | 日中は、リハビリパンツを使用して、自立支援に繋げている。放尿する利用者について、床にトイレへの矢印をつけて解決している。 |   |
| 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  | 便秘予防になるように細目な水分提供、食物繊維が豊富な食品を献立に取り入れる工夫をしている。天気に応じて散歩を取り入れて体を動かせるようにしている。   |  |   |
| 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ず、個々にそった支援をしている                             | ご本人様の希望を重視し好きな時間に入浴出来る様にして、その人に合った温度にし、快適に入浴剤を入れたりし気分転換をして頂いている。            | 毎日または週3回の入浴を行っている。感染症に留意している。季節の入浴剤を使用して、入浴を楽しんでいる。          |   |
| 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   | 居室の室温管理に注意したり寝具を干したりして清潔に寝やすい環境を提供している。また眠れない時には話を聞いたり飲み物を提供する事で心の安定を図っている。 |  |   |
| 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  | 全スタッフが薬の内容を理解し指示通り服薬出来る様にしている。薬の変更があったり飲み合わせの悪い物などは申し送りを活用している。             |  |   |
| 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                             | 家事・掃除・畑などご利用者様がそれぞれの役割を持ち張り合いのある生活を過ごしている。レクや季節行事など楽しみも多く行っている。             |  |   |
| 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。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 | 日常的に外に散歩・ドライブに行ったり地域の飲食店に外食に行くようにしている。お墓参りの要望があった場合にはご家族様へ連絡し計画を立て出掛けている。   | 四季に合わせた外出支援を行っている。一緒に出掛ける家族はいない。                             | 外出支援の内容を家族に知らせ、同行できるように検討して頂く。利用者家族同伴による外出支援について検討していく。 |



| 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<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  | 基本的にはお金は持たないがご家族との相談のうえ預かる場合は本部管理とし出納時にはレシートを添付し明確にしている。   |  |                   |
| 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   | 電話や手紙は利用したい時にしてもらい知人の方など面会に来られた際は御礼状を書いて出している。ご家族様からも進んで行って頂いている。                                |  |                   |
| 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 | 玄関・廊下・ホールなどに写真や季節の花を飾っている。窓には菖蒲や簾で日よけし夏を過ごしている。玄関・トイレは常に清潔に心掛けている。こまめに換気をし空気清浄機を置いている。           | 広い共有空間には、季節の写真や飾りが飾られている。日々楽しく過ごしている様子が窺われる。 |                   |
| 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  | ホールにはソファを置き、和室にはテーブル、冬には炬燵、また車椅子の方が自走して入れるテーブル炬燵を置き話の出来る場を持つ環境作りをしている。                           |  |                   |
| 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  | 使い慣れた家具や生活用具を持ち込んでもらいその人の居室作りをしている。また家具の配置にも気を配り安全で快適な居室作りをしている。                                 | 馴染みの家具や写真が置かれている。また、テレビが置かれ、個々に合わせた支援を行っている。 |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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   | バリアフリーになっており全体に手すりが付いている。滑りやすい階段、浴室には滑り止めをつけ清潔感を心掛け誤認錯覚アクシデントの原因になる物は置かない。居室入口には目印を貼りわかるようにしている。 |  |                   |

(別紙4(2))

事業所名: グループホームいっしん館 玉造

## 目標達成計画

作成日: 2019年9月7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        | 4<br>(3)       | 多方面からの参加を募ることで、様々な意見を頂きサービス向上に繋がることもある。多職種の参加が得られるよう検討をする。 | ご家族や医療従事者に参加して頂き運営推進会議の参加人数を増やしていく。              | 毎月のお便りに運営推進会議開催日を記載し参加を呼び掛ける。ここいち玉造の看護師に出席を要請し、医療面での意見を頂けるようにする。 | 3ヶ月        |
| 2        | 49<br>(1<br>8) | 外出支援の内容をご家族に知らせ、同行できるように検討して頂く。ご利用者ご家族同伴による外出支援について検討する。   | ご家族に外出支援の同行をして頂きご利用者、ご家族共に外出支援がより有意義なものとなるようにする。 | 毎月のお便りで、外出の日程を知らせ同行して頂けるよう依頼をする。現地集合、現地解散などご家族の負担の軽減を図る。         | 6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。