

## 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(ユニット 1 )	
所在地	茨城県龍ヶ崎市羽原町1918-1		
自己評価作成日	平成31年 3月 8日	評価結果市町村受理日	令和 年 月 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=0870800257-00&amp;ServiceCd=320">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action=kouhyou_detail_022_kihon=true&amp;JigyosyoCd=0870800257-00&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10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)】

龍ヶ崎でいつまでも暮らしたい ～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いたします。 私たちは安全で健康的な生活を大切にいたします。 私たちは人間性を尊重しその人らしい生活を大切にいたします。 私たちは地域との交流を大切にいたします。 私たちは利用者御家族の思いを尊重し相談・支援いたします。
---

## 【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)】

事業所は自然豊かな環境の中に立地し、広い敷地内には同一法人のデイサービスが併設されており、お互い連携を取り協力体制を築いている。利用者は季節の移り変わりを日々の生活の中で楽しみながら、家庭的な雰囲気の中でゆったりと過ごすことができる環境である。管理者は日頃から職員に話しかけコミュニケーションを図り、何でも話せる関係を築き、風通しの良い働きやすい職場の環境づくりに力を入れるとともに、職員同士も信頼関係を築いている。月2回、プロによる「音楽療法」は、楽しみながら機能向上が図れるため、利用者や家族等、職員にとっても評判が良いプログラムとなっている。
--

## 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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	
I.理念に基づく運営					
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、全職員で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全員で考え、実現に向けて取り組んでいる。	理念とともに、理念に基づいて作成した毎月の目標を唱和し、日々の実践につなげている。人事考課を活用し、職員の意識を高めている。	
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	昨年4月に羽原に事業所が移転してからも、区長様を通して、行事を行う際には地域の方々にも案内を出させて頂いているが、残念ながら参加して頂くまでには至っていない状況であり努力が足りないとして反省している。	自治会に加入している。地域には民家が少なくないため、地域住民との交流は難しい。今まで受け入れていたボランティアの歌やギター、オカリナを継続して受け入れ、交流をしている。月2回音楽療法を取り入れている。	
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	グループ内の大きな行事には地域の方々に施設内・利用者様の様子や職員がどのような関わりをしているか見て頂ける様案内や参加を呼びかけている。		
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践、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	イベントと併せて運営推進会議を行っている。御家族様・民生委員・区長・市役所の職員に参加して頂き、管理者・ユニットリーダーより近況報告を行い、御家族様より質疑応答や御要望を聞き、民生委員・区長・市役所の職員よりアドバイスを頂きより良い運営に努めている。	家族等の代表や市職員、地域包括支援センター職員、民生委員等が参加して定期的に開催している。参加人数も多く、活発な意見交換が行われている。運営推進会議と一緒にイベントを行い参加してもらうとともに、事業所への理解を深めてもらう取り組みをしている。	
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に取り組んでいる	運営推進会議の際はイベントと併せて行い参加して頂き、利用者様との関わりの様子や施設内の様子を見て頂いている。また毎月管理者日誌や事業所新聞を届け状況を伝えたり、その際にアドバイスを頂き協力関係を築く様に取り組んでいる。	管理者は介護保険更新申請時に市担当者に直接会い、情報交換をしている。毎月発行する「事業所だより」と「介護日誌」を市担当者に提出して、協力関係を築いている。	
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、玄関の施設を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	認知症の周辺症状や行動障害の強い利用者様でも、身体に危険が及ばないと判断した場合には身体拘束は行わず、その人らしい生活が送れるように支援している。カンファレンスにて対応・対策について職員同士で話し合いケアに取り組んでいる。	身体拘束排除に関するマニュアルがあり、内部研修を年1回行っている。身体拘束が必要に思える事でも身体拘束をしないですむ方法や対応の仕方を職員と話し合い、実践につなげている。	

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
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	虐待防止についての研修や勉強会に参加したりマニュアルを身近なところに設置する事で、職員の虐待に関する意識に働きかけている。身体拘束だけでなく精神的にも拘束のないサービス提供を心がけている。		
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	権利擁護に関する研修に参加し、必要な場合は関係者に相談出来る体制を取っている。		
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	契約・解約の際は分かりやすく丁寧な説明を行い質問や相談に関しても丁寧な対応を心がけている。介護保険の改定の際には、文章での詳しい説明を添え理解を頂いている。		
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	運営推進会議の際は御家族様の意見や要望を頂いたり、意見箱も設置している。日々の中でも利用者様や面会に来て下さったご家族様より御要望を頂く事も多く、頂いた意見を大切に運営に反映している。	全家族に運営推進会議開催のお知らせを出しているため、運営推進会議やその後のイベントへの参加家族も多く、そこで意見交換をしている。出た意見に対しては、検討し実践につなげている。	
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を行ったりカンファレンスを開き職員からの意見を聞く機会を設けている。様々な意見や提案の中で、反映出来る事は可能な限り反映させている。	職員は各種委員会に所属している。職員から出た気付きやアイデアは食生活委員会、生活向上委員会、環境美化委員会の各委員会で検討し、上にあげていくプロセスが確立されている。	
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	キャリアパス制度により、個々のレベルに合わせた目標や課題を設け実績に伴い昇給も行っている。また研修や勉強会も実施し各自が向上心を持って働ける様に努めている。		
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	職員それぞれ興味のある研修等に参加出来る様資料を渡し促している。外部研修に参加した職員がカンファレンスで研修内容を発表し、学んだ内容を職員が共有している。		
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窓口の設置、複数連携事業の研修会を行っている。		

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	
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 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	初期の頃よりアセスメントを十分に行い利用者様の要望を伺う様にしている。御本人様の要望や生活をしていく上で情報収集を行い、職員間で情報を共有し安心した生活が送れるように努めている。		
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	御利用者様が入居する前に話し合いの場を設け面談を行い、不安や疑問・要望を傾聴する様に心がけている。職員一人一人が御家族様の声に耳を傾け、良い関係が築けるように努めている。		
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	実際に入居サービスが必要か、出来る限り在宅での生活を続ける方法はないのか?担当のケアマネジャーに相談し、御本人様に合ったサービスの提供が出来る様に努めている。		
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	自立支援を念頭に御利用者様一人一人が出来る事を考え、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えている。		
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	普段の様子をお手紙・メール・電話等で定期的に伝えている。時間が合った際は面会に来て頂ける様に連絡を行っている。		
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なくなる様に、御家族様・知人の訪問はいつでも対応出来るようにしている。ドライブや外出支援・御家族様の協力を頂き馴染みの場所へ外出を行っている。	入居時の家族からの聴き取りや支援する中で利用者との会話の中から知り得たことを記録、共有している。馴染みの場所にドライブに行ったり、面会者にはお茶を出すなどしてゆっくり話ができるよう配慮している。	
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	利用者様が孤立しない様に、時には職員が間に入り利用者様同士で関われるよう支援している。ユニット同士での交流も行い、合同レクや行事の際はお互い顔を合わせ会話が出来る様に努めている。		
22		○関係を断ち切らない仕組み 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	契約を終了した御家族様・御利用者様にも要望があればホーム日誌を送付し、いつでも相談や支援が出来る事をお伝えしている。		

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	
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 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、御本人様の希望や意向の把握に努めている。意思表示や伝達が困難な方は普段の生活の様子から要望や意向の把握に努めている。一人一人との会話を有する時間を有意義なものとしている。	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、職員間で共有している。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・担当のケアマネジャーさんより情報を提供して頂きアセスメントを行っている。また、普段の会話を通して今までどの様な生活を送ってきたのか把握に努めている。			
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・情報の共有を職員で行い現状の把握に努めている。毎月のカンファレンスで心身の状態・有する力・変化して来た事・今後の対応など話し合いを行っている。状態変化がみられた際は都度記録し把握に努めている。			
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	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。介護計画の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、御本人様・御家族様の意向を反映させ作成している。変化がみられた際には都度見直し・評価を行っている。	家族等や利用者の意向を基に、それぞれの担当職員等が検討し、計画を作成している。3ヶ月ごとにモニタリングを行い、基本は半年で見直しを行っているが、利用者の状況に変化があれば随時見直しを行っている。		
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	日々の様子を細かく各個人記録に記載している。ケアの実践を行い、実践した結果、そこから得られる気づいた事・情報を日々の生活にどのように反映出来るか、職員同士で情報を共有し介護計画の見直しにも生かしている。			
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	例として、ホームへの入居に関して不安を感じている利用者様に関しては入居して暫くの間はホームと在宅両方での生活案(ショートステイの様な)提案し、徐々に慣れて頂ける様なサービスを行っている。入居前の見学や体験も行っており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	定期的にボランティアさんに歌や踊り楽器の演奏を行って頂いている。懐かしい歌や馴染みの曲など好評である。			

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
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	入居の際は、本人や御家族様に希望のかかりつけ医の有無の確認を行っている。特に希望の無い際は往診に来て下さる医師がいる事を伝えている。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と訪問歯科診療は月2回ある。家族等が受診に付き添う場合には期間内の状況を手紙に記載して渡している。	
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	管理者が看護師の資格をもっており、入居者様の健康管理を行っている。介護を行っている中で得た情報は都度報告・連絡・相談し指示を出している。オンコールの体制も整っている。往診医との相談・報告も管理者が行い医療機関との連携も取れている。		
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。	利用者様が入院された際は病院関係者へ情報を詳しく提供している。医療機関の相談員との連絡も密に行い、入院中の経過や退院後の注意点や対応方法の情報を事前に把握出来ている。		
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	入居の際に御家族様に対し、事業所における終末期の指針を明記し説明している。御本人様や御家族様の意向もケアプランの説明時や必要な際に確認している。施設として出来る事・出来ない事もある事も伝え、主治医と相談しチームとして支援に取り組んでいる。	看取りを行う事業所であり、契約書に記載して、家族等に説明をしている。状況の変化に応じた話し合いと、段階的な合意を行っている。重度化や看取りに関するマニュアルは作成しているが、研修を行うまでには至っていない。	職員を対象に看取りに関する研修を行うことを期待する。
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	看護師より利用者様の急変に対し対応方法の指導を受けている。緊急対応のマニュアルを身近な所に設置し常に確認出来るようになっている。必用に応じて応急処置の指導を救急隊員に受けるようにしている。		
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。消防隊員や市役所の職員や民生委員や地域の方にも参加して頂き意見を頂いている。	夜間想定を含む避難訓練を、運営推進会議の後に、近隣住民の参加を得て行い、訓練後は反省会を行い、課題について話し合っている。災害に備えた備蓄品を、一覧表を作成して保管している。	

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	
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会を行い、声かけやプライバシーの保護に関して学ぶ機会を設けている。日頃より職員一人一人が言葉かけや言葉使いに関して考えながらケアを行っている。	誇りやプライバシーを損ねない言葉かけに配慮し、利用者のことはさん付けで呼んでいる。個人情報に関する書類は鍵のかかるロッカーに保管している。接遇に関する研修を行っている。	
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	一方的なサービスにならない様、御利用者様の意思を尊重し思いや意思を確認しながら、常に御利用者様が選択出来る様な声かけやケアを心がけている。		
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、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にはせずに御利用者様のペースや希望を尊重し、どのように過ごしたいか?何をしたいか?お聞きしながら支援を行っている。		
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	衣服に関しては御本人様に選んで頂ける様な言葉かけを行っている。認知症によって意思表示が難しい場合は着替えの準備は一緒に行っている。その際は自分自身の好みの髪型を伝えられる方には伝えて頂いている。		
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	メニュー作成時は御利用者様の好みや季節の食材を取り入れている。栄養士の意見も取り入れている。食事やおやつの準備に関してもテーブルを拭いたり、おかずを盛り分けたり、洗った食器を拭いたり職員と一緒にしている。	自家菜園でとれたサツマイモなどを食材に加え、利用者の好物や苦手な物を踏まえた献立の工夫をしている。利用者と職員が同じ食事を会話をしながら一緒に摂っている。外食や行事食などを取り入れている。	
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	食事・水分量を記録し摂取量の把握に努めている。御本人様の状態に合わせ提供時間や提供量を調整している。食事がなかなか摂れない方は御家族様と相談し好みの物を用意し捕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	食事前のうがいと食後の口腔ケアを行っている。ご自身が出来る所は行って頂き、出来ない所や出来ない方は介助させて頂いている。御本人様の訴えだけでなく、食事の様子等からも口腔内に異変がないか観察している。異変が合った際は医療機関に相談し訪問して頂いている。		

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
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	排泄チェック表を活用しパターンを把握し、それぞれに合わせた声かけや誘導を行っている。排泄の失敗からの自尊心の喪失がないように支援をしている。	排泄チェック表等から、利用者一人ひとりの生活リズムやパターンを把握した排泄支援を行っている。おむつからリハビリパンツ、リハビリパンツから布パンツへと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、出来る限り自然な排便が出来る様に、飲食物の工夫(牛乳・ヨーグルト・野菜多目のメニュー等)を行っている。日々のレクリエーションの中でも体操や散歩を取り入れている。		
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	個人記録を活用し、個々の入浴日を把握している。体調を考慮し週2～3回の入浴を行っている。時間や日にちななどの希望も取り入れ支援を行うように努めている。	入浴は基本週2～3回、午前中としているが、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。入浴を好まない利用者には、時間帯や声をかける職員を替えるなどの工夫をしている。	
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	個々の生活リズムを大切にしながら、支援を行っている。安易に安定剤や睡眠剤を使用せずに眠れない原因はないかアセスメントを行っている。また室温・部屋の暗さ・寝具の清潔の保持や調整等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	個々に処方箋つづりを作成し身近に設置している。薬剤師や看護師より服薬の際の留意点の指導や、居宅療養管理指導を希望されている利用者様は薬剤師より指導を受けている。服薬後の状態観察も行い、変化の合った際は看護師や医師に相談・報告を行っている。		
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	御利用者様の生活暦や日々の生活の中で、出来る事と出来ない事とアセスメントを行いながら、楽しみや役割となる様な事を見つけれられる様にしている。外出や外食など気分転換になる様な企画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	体調や天候に配慮しながらドライブに行ったり、利用者様に食べたいものをお聞きして外食等も企画・実行している。ベランダに出て日光浴をしたり、お茶を飲みながら畑や周りの風景を見たりしている。御家族様からも外出や外泊の協力も得られている。	事業所の敷地内を散歩したり、ウッドデッキで外気浴をしている。生活向上委員会が外出行事の計画を立て、花見やお弁当持ちで公園に出かけている。四季折々を肌で感じてもらったり、気分転換をもらうために、できるだけ外出できるよう努めている。	

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
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一人のみであるが、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の管理に関する援助もしている。希望があれば好きなものを購入できる様に対応している。		
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	御本人様から希望があれば連絡したい先と相談し、定期的に連絡が取れる様に支援している。御家族様や御友人様より連絡があった時は御本人様にお繋ぎし、年賀状やお手紙もお渡ししている。		
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	清潔感のある居心地の良い空間作りに努めている。またリビングには季節にちなんだ壁画(利用者様と作った作品)や生花や行事に応じた飾り(クリスマスツリーや七夕の笹等)を飾り季節の移り変わりを感じて頂ける様工夫をしている。	玄関には椅子が置かれ、寛げる空間になっている。事務室と玄関が一体になって開放感があり、家族の方や来訪者が入りやすくなっている。廊下は広く手摺が設置され、車椅子の往来も自由に出来、歩行訓練も可能である。居間には手作りの布で作った大きなカレンダーが掛けられ、利用者が日にちの確認ができるように工夫している。居間から自由に入出りが出来るウッドデッキがあり、そこから雑木林や藤の花を眺めることが出来、開放感のある居心地の良い場所になっている。	
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	自由に居心地の良い場所で過ごせる様に声かけをしている。リビングで御利用者様同士で会話を楽しめたり、ベランダやリビング内の日当たりの良い場所で移動し日光浴を楽しめたり、リビングのソファや居室にてゆっくりと過ごしたり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	入居の際は危険があるもの以外は特に制限無く、御家族様と相談しながら居室作りをおこなっている。御本人様の馴染みの物や思い出の写真等の中で暮らせるよう配慮している。	居室にはエアコンやカーテン、たんすなどが備え付けられている。ベッドで転落や転倒の可能性のある利用者は、マットを敷いて床で寝ている。利用者はそれぞれ馴染みの品物を持ち込んでいる。	
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	事業所内は基本的にバリアフリーで安全に生活出来る様になっている。居室やトイレには表札や目印になるものを貼り、一目で分かる様な工夫をしている。御利用者様個々のできることを継続できる様支援している。		

(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 令和元年 6月 4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	33	重度化、終末期のご利用者様に対する対応の研修を行えていない。	重度化、また終末期のご利用者様に対する対応と意義を職員で把握し、ご利用者様、ご家族様共に安心して過ごして頂ける様理解を深めていく。	重度化、また終末期を迎えるにあたって、ご利用者様、ご家族の思いをくみ取り対応する為の心構え、手法の講習を行い安心して過ごせるようにする。	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。