

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	0872500095		
法人名	医療法人 一貫堂会		
事業所名	グループホーム 一貫堂 日和		
所在地	茨城県常陸大宮市下町229		
自己評価作成日	平成29年2月28日	評価結果市町村受理日	平成29年7月3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 http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kihon=true&JlgyosyoCd=0872500095-00&PrefCd=08&VersionCd=022

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 茨城県社会福祉協議会		
所在地	水戸市千波町1918番地 茨城県総合福祉会館内		
訪問調査日	平成29年4月26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)】

※ 運営が医療法人で、理事長が医師あるため24時間の医療管理ができる。

※ 入居者が高齢となり、看取り介護の家族の依頼が多くなり、家族の協力を得ながら行っている看取り介護の実施には、家族の協力が一番に必要とされます。何時でも誰かが傍にいて声をかけ、部屋には懐かしい童謡や懐メロをテープで流し、寂しさを感じさせない介護に努めています。

※ 本体では、通所介護・通所リハビリの通所施設があり、時々交流のため出かけてゆきます。又、一貫堂会の夏祭りもあり、地域の方々にも参加して戴いています。とても賑やかで、楽しい一日を過ごしています。

【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)】

理事長が医師であるため 健康管理や終末期対応についても家族等に安心を与えている。事業所は管理者の強い指導で、清潔に保たれている。フェイスシートを毎年更新し、利用者の状態を職員間で共有出来るシステムを採用している。事業所は地域連携のひとつとして、「地域医療」についての講演会をコミュニティセンターで開催している。地域の農家から、キャベツや白菜等季節の野菜のおすそ分けを受けるなど、良好な関係を築いている。

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、生き活きと働いている (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している (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

[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
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	地域密着型サービスの意義を踏まえて作成した理念について職員全員で話し合い、「住み慣れた地域での社会参加を積極的に支援します」などのキーワードが入った理念を策定し朝の申し送り時に全員で唱和するとともに、玄関やフロアに掲示している。地域コミュニティの参加を目指して町内会に加入している	職員全員で話し合い、決めた地域密着型サービスの意義を踏まえた理念を、玄関や各ユニットに掲示するとともに、朝の申し送り時に唱和して確認し、実践に結び付けている。	
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	事業所は町内会に加入しており、利用者と職員が一緒に回覧板を届けるほか、散歩時に地域住民と挨拶や会話を交わしている。夏祭り「祇園祭」の時は、ホームの場所を作ってくれ入居者は神輿や屋台を楽しんでいる。年末には、町内会議になかなか出席できないためクリスマスケーキやお餅のプレゼントが届く	事業所は町内会に加入し、回覧板や市報等で地域情報を共有している。「祇園祭」に参加し、神輿や屋台を楽しんでいる。町内会から年末にクリスマスケーキや餅の差し入れがあるなど結びつきが強い。	
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	「地域医療について」の講義や「キャラバンメイト」の講話を運営推進委員さんの協力を得て企画し、区長さんが地域に回覧板で周知して戴いている。地域の皆様と一緒に認知症等の勉強会ができるように、町内会・運営推進委員の皆さんと一緒に活動している。		
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	運営推進委員さんは、2か月に1回の会議にほとんどの方が出席いただいている。年度初めには、年間事業計画を説明している。又運営推進委員さんと一緒に「地域医療について」の講義や「キャラバンメイト」の講話を企画し、地域の皆様と一緒に勉強会ができるように協力をしていただいている。	運営推進会議を年6回行っている。委員からの提案により「地域医療について」「認知症キャラバンメイト」の講義を企画して行ったり、いざずら電話対策としてナンバーディスプレイの電話機の導入や、委員による夜間の見回りを行うなどしている。	
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	市町村の介護保険担当者に運営推進委員のメンバーに入っており会議の時に介護保険の質問に応じて戴いたり、入居者様の介護保険申請や区分変更等色々な要件で協力戴いている 又、包括支援センターも運営推進委員のメンバーであり、入所困難ケース(経済的等)や権利擁護や成年後見制度等を相談している	介護保険申請や成年後見人の相談、区分変更等で窓口を訪問し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	身体拘束排除マニュアルを作成しているとともに、職員ミーティングで話し合い、身体拘束さしのケアを理解している。ベットから転落危険な利用者はベットの使用を避けている。車の往来が多い国道が近いためと、利用者家族の希望もあり玄関のみは施錠している「施錠をしないか」「命を守るか」を考えればグループホーム一貫堂は、命を守ります	職員会議時の話し合いで拘束の無いケアを理解しているほか、新聞等で報道された場合には、職員全員に発表し、拘束のないケアを確認している。	
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	高齢者虐待対応マニュアルを作成しており、職員ミーティングやカンファレンス等で自分で取った行動が虐待に値するか等話し合いをしている。		

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
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	以前経済的困難だが緊急入所したケースがあり、成年後見制度で弁護士さんにお世話になった事がありました。このような事例を見ながら権利擁護・成年後見制度の必要性について話し合いの機会を持っている。		
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	契約終了前に契約書を家族に渡し、事前に内容把握して頂き、契約時家族・本人が同席して説明を行い理解と納得を得ている。		
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	重要事項説明書に記載あり。 ホームの玄関に意見箱を設置して対応を取っている。	重要事項説明書に苦情相談機関を明示するほか、玄関に意見箱を設置している。家族会を行うとともにアンケートを行い、意見を汲み取っている。家族等からの意見により家族会で介護体験を行った。	
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	ミーティングや緊急を要するときは臨時職員会議を開催し、意見は提案を話し合っている	管理者は日頃から話しやすい雰囲気作りに努め、職員からの意見を聴いている。職員からの意見は迅速に反映している。	
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	就業規則に基づいている。		
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	年間研修計画を作成し、一貫堂合同で社内研修を行っている。県・市又は各機関からの研修も勤務に支障がない限り参加している。 茨城県認知症介護実践者研修が年1回となり今まで受講申し込みしてもなかなか受講が困難でしたが、ますます今後が不安です。		
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	市内のグループホームとの連携を取り、相談に乗ってもらう等交流を行っている。		

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	利用の相談があった時点で、家族・本人と面談しホームの見学をして頂く。 現状についてや今後の意見等を聴き、理解できるように努める。 家族や本人に不安がある場合は、お試し宿泊を行っています。		
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	利用の相談があった時点で、家族・本人と面談しホームの見学をして頂く。 現状についてや今後の意見等を聴き、理解できるように努める。 家族や本人に不安がある場合は、お試し宿泊を行っています。		
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	相談を受けた時点で、本人や家族がどのような支援を必要としているかを考慮し、必要があれば他の事業所と連絡調整を行い適切なサービスが受けられるように対応する。		
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	時間がかかっても自分の出来る事は可能な限り自分で行ってもらい、昔ながらの季節行事に関する事等は、利用者と話し合い、相談しながら実施する。		
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	入居している状態であっても、情報を共有し気分転換を行って頂く等、家族に負担がかからない程度に協力をお願いしている。		
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	馴染みの関係性に関しては、本人は覚えていないことが多く介護士側でフォローアップしながら、継続して行けるよう支援に努めたい。	フェイスシートを毎年更新し、日々の生活の中で得た利用者の情報を共有してこれまでの馴染みの関係が途切れないように支援している。	
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	レクリエーションや外出行事に積極的に誘い合い参加できるようにしている。又、余暇活動で昔なじみのカラオケと一緒に歌って楽しんでいる。皆と一緒にホールで過ごす時間を大切にしている。		
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	退所者はあまりいないが(死亡時以外)時々近くに来たからと立ち寄り話をして行く。居宅での介護が困難時は、居宅・入所を繰り返しながら家族の介護疲れも考慮してお付き合いをしている。		

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
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	殆どの入居者は自宅での生活を望んでいる。希望は聞き入れたいが、家族の事情で在宅生活は困難をきたすため、昔ながらの行事を組み入れたり、家庭的な雰囲気作りを支援しています。入居者一人ひとりに合った意向の把握に努める、職員で共有している。	利用者の思いや意向は、利用者の表情や仕草、態度等から汲み取り、職員会議や申し送りノートで周知、共有している。	
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	初回面接時に入居者の生活歴・過ごした環境・趣味・食べ物の好き嫌い等聴き、把握するようにしている。又、ケアマネから情報提供してもらい経過等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	毎日のバイタルチェックや、その日の生活状態・行動を記録して、日勤者は毎日朝の申し送りで、夜勤者はリーダーからの申し送りで把握し共有している。		
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	現在の残存機能をいかに低下させないか、医師の指導を受けながらモニタリングを行っている。医師には週1~2回来所してもらい、連携を保ち介護計画を作成している。	介護計画は、利用者や家族等の意見を聴き、医療関係者と相談の上介護計画作成担当者が作成している。6ヶ月毎にモニタリングを行い、見直しを行うとともに、利用者の状況に変化があれば随時見直している。	
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	毎日の個人記録及び日誌がある。		
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	本体の通所サービスで交流したり、一貫堂会の夏祭りで地域住民の方々を招待しグループホームもそれに参加し交流をしている。又、地域の夏祭り(祇園祭)では、ホームの席を取って頂き楽しく夏の夜を過ごしている。月1回ボランティアの方の三味線に合わせ民謡を楽しく歌っている。正月にはボランティアさんがミニ門松をプレゼントがある。		

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
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	町内会の会長さんが夜ホームの周りを点検してください。ご近所さんとは何かの時は手伝うからと声をかけて頂いている。又、ホームの前が近く保育園の散歩コースになっていて子供たちの声が聞こえてくるとホームに招き入れ、笑顔で頭をなでたり、話をして楽しんでいる。避難訓練時近隣住民も協力あり。		
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	家族・本人の希望のかかりつけ医もあるが、当ホームは医療法人で理事長が医師であるため週1回定期的に回診を行っている。入居者の疾病が急性期で緊急を要する時等は、家族と連絡を取り、他医療機関の紹介が承諾できればスムーズに処置が出来る。医療体制は出来ている。	利用者や家族等にはこれまでのかかりつけ医への受診が可能であることを説明するとともに、週1回協力医療機関の医師による訪問診療が受けられることも説明している。受診の際にはバイタルや状況を記した手紙を医師に渡している。	
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	ホーム・クリニック・通所サービス等の情報交換や職種別ミーティングを行っており、日々の健康管理や医療活用の支援は出来ている。		
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。	医師同士の情報提供や、入居者が入院中はソーシャルワーカー・病棟看護師・家族と連携を取り、早期退院に努めている。		
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	終末期に入った入居者の家族に今後の意向を確認し、ホームで終末期を迎える入居者に対しては、ケアマネが担当者会議を開催し、看取りカンファレンス記録を作成する。1日1日と変化する容態をその日の介護士・看護師・夜勤介護士と密に連携を取っている。同意書、看取りの指針は作成してある。	「看取りに関する指針」に基づき、重度化や終末期に向けた方針の説明を行っている。看取りに関するマニュアルがあり、定期的に研修を行っている。	
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	医師により、感染症・AEDの使用方法等の研修を行っている。又、消防署による救命法の講習にも参加している。		
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	消防署の協力を得て避難訓練(夜間想定・日中想定)を実施している。近隣住民に協力の呼びかけを行い一緒に消化器の使い方等実際に行っている。備蓄の保管は、本体で行っている。災害の危険に備えて防災無線を導入している。	地震や夜間を想定した避難訓練を年2回行っているが、近隣住民の参加を得るまでには至っていない。訓練の記録を作成するとともに、反省会を行い課題について話し合っている。一覧表を作成し備蓄品を保管している。	近隣住民の参加を運営推進会議等を通じて呼びかけることを期待する。

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
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	マニュアル作成あり。 入居時に需要事項説明書で、家族・本人に説明している。職員一人ひとりが把握して行動している	職員は年1回の内部研修を受け、プライバシーを守ることに係る意識付けを行い、日頃から誇りやプライバシーを損ねない言葉かけに配慮している。個人情報の書類は鍵のかかる部屋に保管するなど、適切な管理をしている。	
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	散歩・季節ごとの行事・カラオケ等自発的(限られた人数)に希望を表出できる。又。選ぶことが出来るため積極的に支援を行っている。 盆・正月等は、家族に連絡を取りなるべく自宅で過ごせるように支援をしている。なかなか外出・外泊受け入れてくれる家族はいない		
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	一人ひとりの気持ちを優先し、出来る限り希望に沿えるよう支援を行っている。		
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	理容ボランティアの来所あり、髪を切って整えてもらう。その日の洋服を自分で選択できる等支援をしている。外出時には、化粧・マニキュアなどでお洒落している。		
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	毎日入居者と職員と一緒に同じ食事を賑やかに頂いている。又、誕生会・季節の行事等で特別料理を楽しんだり、月1回出前にしたり、仕出し弁当を取り楽しんでいる。 入所者も高齢になって来ているため、職員と一緒に出来る入居者が少なくなっている。	食事は職員が利用者の嗜好を考慮し、栄養士の指導も受けて作成しており、利用者の状況に応じて代替食を提供することも行っている。食事が楽しみなものとなるように、季節に合わせた行事食を取り入れたり、定期的に外食に出かけたりしている。	
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	本体の栄養士の指導のもと、カロリーや栄養バランスを確保している。 水分摂取量が気になる入居者は、一日の水分補給量を記録し脱水状態に注意を払っている全員の入居者が経口的に摂取できるよう嚥下に注意し援助を行っている。ミキサー食の入居者は栄養補給剤(エンシュア)が処方あり		
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	毎食後入居者全員に口腔ケアを行っている。 ミキサー食等の摂取者は、舌のケアも行っている。		

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	
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	出来るだけおむつの使用は避けている。尿意・便意のない入居者は、排せつパターンを把握し(失敗することも多い)時間でトイレ誘導を行っている。日中はほぼ入居者全員を職員がトイレ誘導で排泄支援を行っている。	職員は排泄チェック表等から利用者一人ひとりに合わせた排泄ケアを行っており、できるだけおむつをしないケアに取り組んでいる。		
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	植物繊維の多いおやつ等の工夫をしたり、水分補給・運動(毎朝ラジオ体操を行う)・ストレッチ運動を行っている。毎日の排便の有無を記録しており、状況によっては医師の指示を仰ぎ処置を行う。			
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	午後と夕方の2回に分けて入浴を行っているが、入居者も高齢となり全介助が殆どとなり職員の多い日中帯が多くなっている。	入浴は基本週2回午後からとなっているが、利用者の意向に沿っていつでも入れるように支援している。シャワーチェアを使い安心して入浴できるよう配慮している。		
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	室温管理や換気を行い、天気の良い日は布団を干して日光消毒を行い、気持ちよく眠れるような支援をしている。			
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	入居者一人一人の薬示書をファイルしており、職員全員が把握できるようにしてある。服用内容が変わった時は、どうして変わったか等申し送り簿に記入し、職員全体に周知できるようにしている。			
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	レクリエーションやピクニックの弁当作り等で何が食べたいかを考え、お楽しみ弁当にしたり、お月見のお団子作りを若い介護士に得意顔で教えている。入居者同士で考える・作る等高齢になり欠如してきているが、職員が気分転換できるように支援している。			
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	天気の良い日は、近くの公園や神社に散歩に出かけたり、観梅・桜鑑賞・紫陽花鑑賞等弁当を持って行く等の外出支援は行っているが、車椅子や手引き歩行者が殆どで自力歩行者は数人位となってしまう、車の中で鑑賞も多くなってきている。高齢者クラブからゲートボールの誘いがあるため、見学・交流のみでも元気な入居者に体験支援をやっている。	「ウグイスの声が聞こえた」という利用者の言葉から、外に散歩に出かけるなど、一人ひとりの希望やその時の状況に合わせて外出できるような支援をしている。利用者の思いに沿って特別な場所へ出かけたりもする。		

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	しまい忘れ等あるため、小遣い程度の管理は事務所で行っている。最近は、高齢化が進むと共に認知度も高くなり、小遣いを所持し使用できる入居者は数人しかいない。ショッピングでは自分でお金を所持し介助によって買い物ができるよう支援している。			
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	高齢化と認知症で電話で会話していても、買いは内容が支離滅裂となってしまう、家族からの電話等は疎遠となってしまうことが多い、電話をできる入居者も数人はいる。又、お正月は、一人ひとり家族に年賀状を担当スタッフと一緒に作成できる支援を行っている。			
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	共有の空間は快適に過ごせるように考慮し、季節感を感じさせるような花や小物で演出し作業療法で季節ごとの壁画を作成している。又、ホールから続いているウッドデッキで夏は夏祭りのように提灯を下げ花火を上げたり、スイカを食べながら楽しんでいる。3月はお雛様をフロアに飾り桜餅をたべ・5月はこのほりをウッドデッキに上げ風に乗って泳ぐ姿を柏餅を食べながら楽しんでいる。	玄関には季節の花や観葉植物が飾られている。居間兼食堂には利用者と職員と一緒に作った季節毎のちぎり絵が飾られている。ウッドデッキがあり外気浴が楽しめ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	共有の場では、歌の好きな入居者同士で、カラオケ・お茶のみ・会話をしている又、静かに過ごしたい時は、自室でパズル・漢字の勉強・テレビ鑑賞や横になって休んでいる入居者と様々な姿で思い思いの時間を過ごしている。			
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	自室には、自分が使い慣れたものや、家族と取った写真・誕生会の時の写真等がいつでも見られるよう額に入れて壁に飾ってある。又、入居者が利用しやすく、テーブル等を入れて居心地良い工夫を凝らしている。	居室にはエアコンやベッド等が備え付けられており、利用者はそれぞれに使い慣れた物品を持ち込んでいる。		
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	ホームのいたるところに手すりがあり、歩行訓練を兼ねて自立移動が出来るように、トイレ・風呂場の表示、自室の入り口には担当スタッフと作成した表示を設置している。それによって間違いが少なくなり、自分で出来る・行ける自信がつけよう支援している。			

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 グループホーム 一貫堂

作成日 平成29年6月30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組み内容	目標達成に要する期間
1	13	火災のみではなく、地震、水害時の避難訓練を行う。	火災や地震、水害等災害時グループホーム関係職員のみではなく、近隣の皆様、また、運営推進委員の皆様に協力を得るようにする。	訓練時、運営推進会議に組み込み委員さんの協力をお願いします。また、近隣の皆様には、訓練の2日前くらいに協力依頼を行う。	12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。