

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	0871500138		
法人名	有限会社ハートビル		
事業所名	グループホームあとむ (ユニット名:ラティーン)		
所在地	茨城県北茨城市磯原町磯原2334-29		
自己評価作成日	平成 29年 5月 25日	評価結果市町村受理日	平成 29年 9月 29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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action=kouhyou_detail_2014_022_kihon=true&JigyosyoCd=0871500138-00&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7月31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)】

グループホームあとむは2001年6月、県北初のグループホームとして誕生しました。以来、「認知症」になっても安心して暮らせる街づくりを目標に、ご家族や地域とともに認知症介護に取り組んでいます。
 あとむの介護は「心地よさ」を創り出すことを目標にしています。まだまだ元気な方はもちろん、身体が思うように動かなくなっても自然の風や四季を感じられるよう遊歩道などを整備しています。命を守る為の「AED、自動火災報知機、スプリンクラー」も全施設に整えています。
 広報誌「あとむ通信」を新聞折込およびホームページにて発行しています。是非ご覧ください。
 ホームページアドレス <http://atom-kaigo.com>

【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)】

代表者は、地域の人々の認知症への理解を得るため、2ヶ月に1回、広報誌を新聞折込で配布するとともに、啓蒙活動に努めている。また、認知症介護相談会を実施し、様々な相談事に対応し、地域住民等に応じている。利用者の状態に応じて、通常のベットから電動ベッドに変更するなど、利用者が生活しやすい環境作りに努めている。管理者と職員は事業所を自宅と同様と考え、清潔感と臭いのない生活環境作りに努めている。職員間のコミュニケーションが良く、利用者の情報が共有されている。

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)	○	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)	○	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)	○	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、生き活きと働けている (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せている (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 (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	理念を各棟事務所に掲げるとともに、ケア会議などの時に確認し合い、職員は理念を共有し、理念の実践に向けて取り組んでいる。	職員全員で話し合って決めた、地域密着型サービスの意義を踏まえた理念を事務室に掲示している。人権・尊厳についての社内研修を通して、理念を再確認する機会を設けている。	
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	地域の常会に加入し、新年会やバーベキューなどの行事に参加するとともに自治会、老人会行事等地域活動に参加し、地元の人々との交流に努めている。	常会の新年会やバーベキュー大会には場所や機材を提供したり、老人会の行事等に参加している。中学生の職場体験や音楽ボランティア等を受け入れている。	
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	認知症になっても安心して暮らせる街づくりを目標に、広報誌「あとむ通信」を新聞折り込みにて北茨城市内のご家庭に隔月発行しています。		
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ヶ月に1度、定期的に運営推進会議を開催し、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況について報告や話し合いを行い、課題や問題提起に対し運営に反映させている。	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行われている。委員から、人事面や食材納入業者の試食会において助言をもらっている。	
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	困難な事例について相談や、相談を受けている。法人として「認知症キャラバン」等、行政からの人材派遣の要請に応えるなど日頃よりの関係作りを図っている。	生活保護受給申請等における困難な事例の相談や、地域包括支援センターが主催する「認知症キャラバン」に対し、人材派遣要請に応じるなど、良好な関係づくりに努めている。	
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	安全面の配慮を第一に考えながら、身体拘束のない介護に取り組んでいる。実施する際は、家族に了承を得た後に実施し、記録を残している。	身体拘束排除に関する研修を年1回行っている。やむを得ず身体拘束を行う場合は、利用者の安全面に配慮し、職員間で話し合い、情報の共有をしている。家族等の同意を得て、経過観察記録をつけているが、再検討記録を作成するまでには至っていない。	身体拘束を実施する場合に、定期的な見直しとともに再検討記録も整備することを期待する。
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	全ての職員が虐待防止法について理解し、認識し、注意を払い、防止に努めている。		

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
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	社内研修の項目に入れている。必要と思われる場合、家族の方に該当利用者の現状のリスクと成年後見制度について説明し申請書類をお渡ししている。		
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	契約や解約の場合はその説明能力のある職員が不安や疑問点への十分な説明を行い理解と納得を図っている。		
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	介護計画書の作成時には説明をご家族に行い、要望、意見を反映させている。また苦情の申し立ての方法を契約時にきちんと説明している。	重要事項説明書に苦情相談機関を明示している。介護計画作成時に家族等から要望や意見を聴いている。家族等からの意見で事業所の行事の開催時期を変更した。	
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	毎朝のミーティングや、研修、会議の度に意見や提案を受け付けている。良い意見は採用している。	管理者は日頃から話し易い雰囲気作りに努めるとともに、職員会議や毎朝のミーティング時に職員から意見を聴くようにしている。介助し易い食器の導入や、休日等の相談に乗っている。	
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	介護職員として「将来に希望と目標が持てる職場」であるために、介護職員キャリアパス、等級資格制度、能力評価基準を定めている。		
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	認知症介護に関する実践者研修やグループホーム管理者研修などの受講はもとより、法人内研修に参加する機会を作っている。研修報告を行うとともに、報告書を職員で共有している。		
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	ケアマネ会や看護講習、勉強会等、同業他社の職員と当社の職員が交流する機会への参加は会社として奨励し、参加費等は会社の負担としている。		

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
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	入所に臨み、ご本人の情報を職員間で周知共有し、ご本人の興味を引く話題等に工夫し、早期に馴染み、信頼関係を築けるよう工夫している。		
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	ご家族等からの相談は、ご本人とご家族との状況、困っていること、不安等お聞きしながらご本人とご家族にとっての最善のサービスの提案を行い、ご本人とご家族中心の考えを伝え信頼を築いている。		
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	ご家族等からの相談はグループホーム入所に拘らず、ご本人とご家族との状況、困っていること、不安等お聞きしながらご本人とご家族にとっての最善のサービスの提案を行っている。		
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	日常生活の中で職員と一緒に掃除をしたり、食事作りや片付け、洗濯たたみ等をし、共に暮らしているという関係作りに努めている。		
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	家族とのコミュニケーションは大切であり、その度ごとに事業者とご家族は両輪の輪である事を話している。係りと愛情の深さにおいて事業者は家族の代わりにはなれない。精神的な繋がりにおいて、主体は家族である。と伝えている。		
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	今まで本人が使用していたものや、大事にしている物を持ち込んだり、面会や外出、外泊が出来るよう支援している。	入所時に、利用者や家族等から様々な聞き取りを実施するとともに、要望や意見等も記録し、職員は情報を共有している。馴染みの店で買い物をしたり、自宅へ外出、外泊するなど、これまでの関係が途切れないような支援をしている。	
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	一人一人の関係や嗜好、能力を把握しアクティビティの内容や、組み合わせに考慮し、利用者同士の関わりや支えあいが自然に行われるよう考慮している。		
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	契約終了後も、本人、ご家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。		

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
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	ご本人の暮らし方の意向、および課題の把握に努力している。職員は利用者の思いにそえるよう日常的に利用者からさり気なく話を聴いている。思いを言い表せない利用者の場合は表情や仕草などから判断している。	職員は日常の会話を通じて気付いた思いや意向を、日誌等に記載して情報を共有している。思いを表出するのが困難な利用者の場合には日々の表情や仕草から汲み取っている。	
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	ご本人を中心とした、生活暦の中で関わり合った、係りあっている人、また生活環境の変遷を記入するシートを用い把握に努めている。		
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	申し送りや日誌、1日3回のバイタルチェックなどで1人1人の現状把握をしている。関わりや、試みの積み重ねで、心身や能力の確認をしている。		
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	毎月1回のケア会議を全員参加で行い、お客様の現状を把握したうえで計画を作成している。	職員全員参加のケア会議を月1回行い、医師や看護師の意見を参考にし、計画を作成している。基本半年ごとに見直しを行っているが、利用者や家族等の要望や状態に変化が生じた場合には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	日誌及び申し送りノートで情報の共有を図り、実践や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 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	3ユニットの特性を活かし、認知症の度合いや身体状況を3つの段階に分け、お客様1人が心地よく暮らせるように重度棟、中度棟、軽度棟と状態に応じての介護を行っている。本ユニットは重度棟であり、「私を大切にしてくれる場所、感じてくれる場所」というコンセプトで支援を行っている。		

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
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	お花見や紅葉狩りなどに行き、季節を感じて、お客様に楽しんで頂けるように支援している。		
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	受診は事業所が主体となり、ご家族の負担を軽減している。医療機関は入所時にご家族とよく話し合い、日常および緊急時の対応力の高い病院をかかりつけ医としている、通院困難な入所者様は訪問診療をうけ適切な医療支援を受けている。	協力医療機関の医師による訪問診療が週2回あり、契約時にはかかりつけ医への引き続き受診が可能であることを説明している。受診は職員が付き添い、医療情報ノートで情報を共有している。	
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	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、看護職員に伝えて相談し、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。		
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。	入退院時には病院関係者やご家族も含め、情報交換、相談に努めている。		
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、事業所の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	「重度化した場合における対応に関する指針」を作成し、急性期における医師や医療機関との連携体制を明記するとともに、「利用者が住み慣れた環境の中、最後までそのらしさを失うことの無いように、家族と協力し意向や要望に可能な限り応えていく」との看取りの指針を明記し、必要時には早い段階から利用者や家族等に説明して同意を得ている。	「重度化した場合における対応に関する指針」と「重度化及び看取りに関する指針・同意書」で家族等に説明し、それに基づいて支援を行っているが、指針の見直しを行ったり、職員が重度化や看取りに関する研修を定期的に行うまでには至っていない。	重度化や看取りに関する研修を定期的に行い、「重度化した場合における対応に関する指針」の見直し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	急変時対応マニュアルを基に、職員は応急手当や初期対応の実践力を身に付けている。AEDを備えており、心肺蘇生 CPR 教育・訓練用簡易模擬人体モデル、AEDトレーニングキットにより現実に即した訓練を行っている。		
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	避難訓練や消防訓練を実施している。地域の方々にも常会の集まりごとの度に協力してもらえよう依頼している。災害対策として非常食、水、体温保温シート、簡易トイレ、発電機等非常災害用機材を備蓄している。	避難訓練を年2回行っており、反省会を行い課題について話し合っている。住民参加の呼びかけも継続的に行っており、地域住民は協力的である。一覧表を作成し、備蓄品を準備している。	

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	一人ひとりの人格を尊重するとともに、不用意な発言を避けたり、プライバシーを損ねない支援に取り組んでいる。ケアを目的とせずコミュニケーションを第一に考え一つ一つの動作の前には声を掛ける、手は握らずに添える感覚で支える等の対応をしている。	理念にあるように一人ひとりの人格の尊厳に配慮した対応を行っている。年1回研修会を行っている。個人情報に関する書類は鍵のかかる書棚に保管するなど適切な管理に努めている。	
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	なじみの環境づくりに務め、思いや希望を伝えやすい関係と自己決定の働きかけを行っている。言葉で伝えにくくなっている認知症の利用者の方には言葉以外のコミュニケーションの手法を用い思いや希望を汲み取っている。		
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	あとむの方針に「自分たちの都合で仕事をしない」という項目がある。利用者個人のペースや希望に沿い、アクティビティなども基本は集団ではなく、利用者個々のメニューとなっている。		
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	3ヶ月に1度床屋さんが来て髪を整えている。また、希望があれば、毛染めやマニキュアも行っている。外出時には特に身だしなみに気を配っている。		
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	重度、看取り棟である本棟では食事の準備や後片付けが出来る入所者様は居られなく、食事全介助となる方が多いが、嚥下がしやすいようろみ剤も4種類用意し、よく声をかけ安全に食事を楽しめるようにしている。	嫌いなものの代替食や、利用者のアレルギーの調査を実施し、対応した食事を提供している。利用者はテーブル拭きや下膳、食器拭きなど出来ることを手伝っている。安全に食事が楽しめるよう支援をしている。	
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	体調管理をしながら1人1人の食事量、水分量を日誌に記録し、ジュースやお茶ゼリー等を提供し、十分な水分量が確保できるよう支援している。		
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	毎食後の歯磨きを徹底し、週2回の入歯の洗浄を行っている。また月に1回の歯科医の往診も受けている。		

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、お客様の排尿、排便回数を把握し、早めのトイレ誘導をおこなない排泄の自立に向けての支援をおこなっている。	排泄チェック表から一人ひとりの排泄パターンを把握し、早めの声かけにより排泄の自立に向けての支援を行っている。	
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	出来るだけ寝たきりにはせず、身体を起こして過ごす時間を多くしている、水分もご本人の嗜好にそったり、ゼリーにするなど工夫している。		
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ず、個々にそった支援をしている	週3回の入浴やシャワー浴を本人の意向、健康状態に沿って場合によっては翌日に入浴できるよう支援している。	入浴は基本週3回、午後から行っているが、本人の意向や健康状態をみて、翌日に行うなど配慮している。季節感を感じられるよう、菖蒲湯等も行っている。	
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	1人1人の健康状態に合わせて休息したり、消灯までは自由にテレビを観たり、雑談するなど各自の状況に応じて入床している。		
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	お客様が服用する薬の目的や副作用、用法、用量を理解し、1人1人が医師の指示通りに服薬できるよう支援し、症状の変化の確認に努めている。また、薬の説明表をファイルして確認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	趣味や特技を活かせるようなことを提供したり、外へ出て散歩や日光浴、草取りなどをすることで気分転換を図っている。		
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	天気の良い日は日光浴や散歩を実施している。また年数回は家族の方を交えた食事会を実施している。季節ごとの花見や紅葉狩り等の行事を行っている。また事業所敷地内には遊歩道があり面会のご家族と散策する場面もみられる。	日光浴や事業所が設けた遊歩道の散歩に出かけるほか、受診の帰りにドライブに行くなどしている。年間行事計画を立て、花見や紅葉狩りに出かけている。	

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	職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解している、ご本人がお金を所持して使うのは当たり前のことでもある。ご本人の能力に応じての買い物支援等のお金を使う機会の提供に努めている。		
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	お客様の希望があれば、電話を掛けたり手紙を書いて送ったり出来るよう支援している。		
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	ダイニングに華を飾ったり、正月、節句、クリスマスなどの行事を行い、季節感や生活感を出し、居心地良く過ごせるよう工夫している。玄関前や庭遊歩道には植樹や花壇を整備し季節を感じられるよう工夫している。	ダイニングは温度管理が行われ、過ごし易い場所となっており、季節に合わせて利用者と職員が作成した作品が飾られている。浴室やトイレには手摺が設置され、安全面に配慮されているとともに、自立に向けた支援となっている。	
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	食事する席とは別に、自由にテレビを観たり雑談したり、気の合うお客様同士と一緒に座れるような居場所が出来よう工夫している。		
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	今まで使っていた小物や家具、衣類など気に入った物を持参したり、絵や写真などを飾って、お客様が居心地良く暮らせるようにしている。	居室にはエアコンやベッド、カーテン、クローゼットが設置されている。自宅で使い慣れた家具や衣類、小物を持ち込み、自宅と同様な雰囲気作り心掛けています。	
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	廊下やトイレへの手摺や表示の設置、居室内での立ち上がり等が不安なお客様の部屋にセンサーを設置して、すぐに駆けつけられるよう、安全に生活が送れるよう支援している。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 グループホームあとむ
作成日 平成 29年 9月 25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	6	身体拘束を実施する場合の定期的な見直しと再検討記録の整備が不十分。	身体拘束を実施する場合の定期的な見直しと再検討記録の整備。	経過観察記録に基づいた見直しを介護計画更新時に合わせて行い、書面化し保存する。	1ヶ月
2	33	「重度化した場合における対応に関する指針」の内容に「できる事、できない事」の記載が不十分。	具合的な「できる事、できない事」の記載された「重度化した場合における対応に関する指針」を整備する。	喀痰吸引等、施設の対応力の向上に即した「できる事、できない事」を明記した「重度化した場合における対応に関する指針」の検討と整備に取り組む。	6ヶ月
3	33	対象事例が発生した場合に、重度化した場合における対応の研修を行っているが、定期的な研修とすることが望ましい。	OFF-JT、OJTとして職員研修のカリキュラムとして組み込む。	本年度導入の「介護プロフェッショナル・キャリア段位制度」の運用により目標の達成を図る。	12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。