

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	0872100995		
法人名	株式会社トゥルーケア		
事業所名	グループホームみかん		
所在地	茨城県ひたちなか市高場字宮原212-64		
自己評価作成日	平成29年3月15日	評価結果市町村受理日	平成29年6月28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_2016_022_kihon=true&JlgyosyoCd=0872100995-00&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5月11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)】

入居者が毎日、笑顔で過ごせることを考えケアをしている。その為には、利用者がいままで暮らしてきた中での、趣味や仕事、楽しかったことや生きがいと感じてきたことなどを、活かせるようなサービス提供をできるように努めている。職員が認知症について深く理解ができ、利用者の認知症の進行を緩和できるように教育している。

【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)】

管理者と職員は助け合いと思いやりの誠心で、利用者の気持ちや思いを大切に利用者がいつも笑顔で楽しく充実した生活が送れるよう支援している。
 事業所は毎年、世代間交流を行事として開催し、近隣住民を招待して3世代交流を図ったり、毎週木曜日にはカラオケ大会を開催し地域住民も自由に参加する等のほか、認知症カフェの認可も取得し開店準備に入っている等して、事業所自体が地域の一員として地域住民との交流につなげている。
 二つの中学校の職場体験を年2回受け入れている。
 行事で花見などの外出のほかに、利用者の希望で馴染みの場所にドライブに出かけたり、管理者や職員が出かける際には利用者も同行させるなど、利用者の外出の機会が多い。

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 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広がったり深まり、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と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

[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	ほのぼのとした雰囲気の中で、利用者の笑顔が絶えず、地域の方が気兼ねなく立ち寄れるホームを理念に掲げ、実践に務めている。	事業所の理念は、毎年管理者と職員で見直しを行い、現状に即したものを作成している。玄関や各ユニットに掲示し、意識付けし実践につなげている。	
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	事業所の行事やボランティアの方の催し物などで利用者や地域の方が交流できるようにしている。世代間交流のイベントや職場体験の受け入れを通し、小学生、中学生との交流ができるようにしている。	みかん祭りや、世代間交流(3世代)を事業所で開催し、自治会の回覧や事業所にチラシを張ることで地域住民に知らせ、地域住民や家族等が参加している。事業所を地域の夏祭りの神輿の休憩場所として提供している。中学校の職場体験を受け入れている。	
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	施設見学に来た方や職場体験に来た学生に、認知症についての理解や支援方法の話しをしている。		
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	運営推進会議を2ヶ月に1回開催し入居者様の様子、活動報告、情報交換を行う。おとしより相談センター、自治会、民生委員、ご家族様、職員による情報交換で頂いた意見要望をサービスの向上に繋がる様に活かしている。	会議は参加者全員から活発な意見が出され、事業所で実施する研修(勉強会)方法や避難訓練の際の避難経路、会議の日程などの提案が出されている。感染症の季節には、対策なども提案されている。認知症カフェを開催するにあたり、意見をもらっている。	
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に取り組んでいる	市からの依頼された書類や事業所の運営、新しいサービスなど、分からない事がある際には市町村担当者に連絡を取り、指導を頂き問題解決に努めている。	運営基準が分からないときや、困りごとがあれば相談する関係を築いている。事業所のイベント開催のチラシを持っていき、協力を要請している。	
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	身体拘束の必要な利用者に対して、カンファレンスで身体拘束の必要性や代替できるものを考え、事業所全体で身体拘束をなくせるように取り組んでいく。身体拘束委員会を中心に、勉強会を開催して、全職員に身体拘束の理解ができるように教育している。玄関の施錠についても解除に向けて検討していく。	身体拘束委員会を設置して、日常的に職員間で話し合いを行うなど、身体拘束をしない取り組みをしている。	
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	虐待についての勉強会を開催して、どのような行為が虐待になるのかを考え、理解し虐待防止に努めている。日ごろの利用者に対する声かけに対しては、特に注意を払い、指導をしていく。		

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
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	利用者中心である事、利用者の意思を尊重し、認知症が重度化して意思が伝えられない方でも、職員や家族の意見を反映して利用者本人が望むことが実現できるよう支援している。利用者や家族の相談によっては、成年後見制度の説明をし、利用者の意思が守れる支援をしている。		
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	契約時に文面を口頭により説明を行い入居者様やご家族様に不安や疑問が残らない様に質問を伺い納得して頂ける様、十分な説明をしている。		
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	玄関に意見箱を設置したり家族の面会時、運営推進会議議事録を設置し、家族が読めるようにしている。	家族等からは面会時や行事で来所した際に意見を聴くようにしている。家族会はあるが、現在は機能しておらず、具体的な意見を吸いあげるまでには至っていない。	家族等からの意見を聴くために、家族会の再開と家族アンケートの実施を期待する。
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	職員会議はもちろんの事それ以外でも常に管理者は職員の話が聞ける体制を整えている。業務、運営改善について、話し合いをする時間を設け、職員が働きやすい環境ができるようにしている。	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くようにしている。朝食の時間を日勤者が来てからの時間に提供した方が利用者の安全が確保できる、との意見で時間をずらすなど、常に業務改善などの意見は出されており、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	管理者、職員の考課により職員個別に評価、面談を実施し、勤務状況や労働時間等に配慮し、職員の希望に沿った勤務体制になるようにしている。各自がやりたい事があれば挑戦できるようにして、意欲を持って働ける環境を築いている。		
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	個々の力量に合わせて、内部や外部の研修に参加して、職員教育をしている。内部や外部の研修で、教える立場、教えてもらう立場になり職員の質の向上を図っている。		
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	おとしより相談センターの親睦会に参加する。他事業所の勉強会や事例検討会などに参加して、交流する機会をつくっている。		

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	入居前に、事前調査に出向き、利用者と話をして、本人がやりたい事や好きな事、困っている事や不安な事などを聴き、分からない事は、家族や担当相談員から情報を集めて、入居しても笑顔で生活できる準備をしている。		
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	入居前から、家族の希望や不安な事、困っている事を聴き、密に連絡を取り合い、信頼関係を築いていく。		
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	入居間もない時に本人の状態や家族の要望を聴き、アセスメントを行い、カンファレンスを行い話し合いをして、何が必要とされているのかを見つけ出し、本人の望む暮らしへの支援をしていく。又、医療機関とも同様に連携を図り適切な支援ができる様に努めている。		
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	利用者が主役となり、好きな事やできることを提供していき、職員が利用者と一緒に生活支援をしている。		
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	病院受診や外出などは可能な限り家族にも協力を依頼している。面会時には生活の様子や家族に新たな要望など伺い話し合う事で家族と共に支援出来る様にしている。		
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	利用者をお連れして、馴染みの場所や住んでいた所の話をしたり、家族や友人の面会ができるようにして、大切な関係が途切れないようにしている。	馴染みの人間関係が途切れないように、遠方の人に電話や手紙による支援をしたり、面会に来た人にお茶を出してゆっくりと過ごして貰うなどの支援をしている。利用者の要望に沿って、海や学校などドライブを兼ねて出かけている。	
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	入居者同士が関わられるように、テーブルの席を身体状況や認知症状に合わせて、工夫している。利用者同士の関わりが難しいときは、職員が間に入り関わるようにしている。		
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	退居されても、入院されている場合は利用者の状況や家族への介護の相談など必要に応じ、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	入居しても、いままでの暮らしができるように、暮らし方の希望を把握して不自由さがないようにしている。困難な場合は、本人の思いを考慮して、又、家族から情報や協力を得て、可能な限り希望の実現をしていく。	3ヶ月に1回カンファレンスを行うなど、利用者の思いを汲み取る取り組みをしている。日常的に会話の中から把握したことなどは職員間で共有するようにしている。	
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	入居前、入居時に本人、家族からこれまでの生活歴や介護サービスの利用の経過などお話を聞かせて頂き、これからの生活に少しでも活かせる様にしている。		
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、利用者の日中の様子と身体状況の変化に気を配り、記録に残して、全職員が把握できるようにしている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 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	本人の意向や課題、家族の意向や思いをアセスメントして、本人がどのような生活をしたいのかを、カンファレンスで話し合い介護計画を作成している。作成後、モニタリングをして、課題の評価をしている。	介護計画書は、利用者や家族等から意見を聴き、職員に意見書を出してもらい、医療関係者の意見も取り入れながら作成している。3ヶ月毎にモニタリングを行い、見直しを行っている。利用者に変化があった場合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	個々に介護計画を作成して、介護計画を基にケアを行う。計画通りにケアできるのかを評価し、できないときにはケアの工夫を繰り返し、見直しをしている。		
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	毎日、ケアをする中で利用者の状況や介護計画見直しの際、利用者や家族のニーズが変わった際には、カンファレンスを行い話し合いをし、支援方針やサービス内容の変更をしている。		

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
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	定期的に行事など、ボランティアを依頼して行っている。世代間交流を開催して、幼稚園、小学校の児童たちと交流を図っている。		
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	入居者、家族の希望に応じてかかりつけ医を決めてもらっている。	これまでのかかりつけ医への受診が可能なことを家族等に説明するとともに、協力医療機関の医師による訪問診療が月2回あることも説明している。受診の際にはバイタルや利用者の状況をメモに書いて医師に伝えるなどしている。	
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	24時間体制で訪問看護と連携している。週に1度、看護師の巡回があり入居者の健康管理や相談に乗ってもらっている。急変時には主治医と連携し対応している。		
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。	入院先の病院を訪問し、SWを中心に担当医師や看護師の方針や病状の情報交換を行っている。定期的に病院に足を運び、SWと顔見知りになれるようにしている。退院後のケアについても話し合いをさせて頂いている。		
	(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	重度化してきた際にご家族様へ現在の状況や今後のケアについて説明している。今後のケアや医療面で困難な時は主治医から直接、家族に今後について話をする時もあります。話した内容などは記録や業務日誌に記載している。	重要事項説明書や重度化した場合の対応に係る指針には看取りを行う旨が記載されているが、現在は医師との連携が取れていないことから看取りは行わないこととなっており、文書と現状に違いが出ている。	看取りに関する指針の再検討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	緊急対応マニュアルがあり対応について確認する事が出来る。内部研修や訪問看護の急変時や事故発生時の対策を聞き、応急手当や初期対応の実践できるようにしている。事故発生時には様態バイタル確認を行い症状に応じて対応している。		
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	定期的に消防避難訓練は実施している。	一覧表を作成して備蓄品を保管している。1年間で1回、消防署立会いで避難訓練を行い、訓練の記録を作成し、反省会を行っているが、年2回の避難訓練が実施されるまでには至っていない。	計画通り、年2回の避難訓練を行うことを期待する。

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	利用者が70年、80年以上を生き抜いてきた自尊心を傷つけないように、尊敬の気持ちを持った声かけをしている。	職員は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ほか、居室やトイレのドアが開けばなしにならないよう気配りをしている。	
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	利用者が中心であることを意識して、本人の希望や自己決定ができるように選択肢を設け、声かけ働きかけをしている。		
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	利用者の一人ひとりが自由に生活できるように心がけている。職員主体にならないよう、入居者様の目線で物事を考え支援に努めている。		
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	個人で望む服装、整容が出来る様、支援している。定期的な訪問美容を依頼し希望者には対応させてもらっている。		
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	利用者の好みに配慮している。利用者の身体状況を考慮しながら、食事の準備や後片付けをしている。	食事は利用者の嗜好に合わせて工夫をしたり、代替食を提供するなどしている。利用者は食事の準備や下膳を、それぞれできることを職員と一緒にやっている。季節に応じた行事食や外食を楽しむなど、食事を楽しめる工夫を行っている。	
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	栄養士が作成した献立を基に調理をして、栄養の確保をしている。水分も脱水症にならないよう注意している。食事や水分が少ない方には、主治医に相談して、高カロリー飲料を処方してもらっている。本人が好きなのは家族に買って来てもらい、習慣で食べていたものを提供している。		
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	食後に口腔ケアを行い衛生保持に努めている。自力で口腔内洗浄が困難な方は介助しながら対応している。		

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
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	個人の排泄表を記録し確認する事で入居者の排泄パターンの把握に努めている。その結果で排泄時間に合わせてトイレ誘導を行い出来るだけトイレで排泄して頂ける様に対応している。	排泄チェック表や本人の様子を見て、一人ひとりにあつた排泄介助を行い、排泄の自立に向けた取り組みを行っている。	
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	自然に排便が出る様に排便の確認を行い状況により腹部マッサージを施行したり水分補給や運動を取り入れ便通が良くなる様、対応している。		
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、個々にそつた支援をしている	入浴日や時間を決めておらず、利用者が入浴したい時に入浴できるようにしている。	入浴は基本週2回、時間は午前でも午後でも利用者の意向に沿っていつでも入れるようになっている。状態によって機械浴での入浴も可となっている。	
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	一人ひとりに合わせた起床から、休憩時間など本人のペースで生活できるようにしている。夜は安眠できるように、室温や物音に配慮している。排泄介助が必要とされる方は、排泄パターンを考慮し、無駄な排泄介助をせずに休んで頂けるように配慮しています。		
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	職員は、薬の効能や副作用を理解し内服管理を行っている。薬の効果を見極め、主治医にその都度相談して、本人に合った薬や量になるよう努めている。		
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	利用者の生活歴を基に、趣味や仕事、楽しみなどを考慮して、生き生きと活気がある毎日が送れるようにしています。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそつて、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	季節に合った花見や場所に掛掛け、外出する機会を多くするように心掛けています。天気の良い日には散歩に出かけるようにしています。家族の協力にて外出できるようにしています。	桜や菊、菖蒲等季節の花見にでかけるほか、お天気が良い日には近隣を散歩したりドライブに出かけるなど利用者の気分転換を図っている。管理者が公用で外出の時や職員の買い物の時には利用者と一緒に出かけている。	

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	基本的に入居者様がお金を管理する事はありませんが手元にお金が無い事で不安になる入居者に対しては、ご家族様の了解を得て所持される場合もあります。		
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	入居者から希望があった時にはその都度、電話を掛けたり手紙が書ける様に対応している。		
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	利用者が生活する空間は、整理整頓して清潔にと心掛けております。季節の花や掲示物を用意して、季節感が味わえる空間になるよう心がけをしています。	浴室やトイレは清潔で、手すりが設置してあり安全に配慮されている。観葉植物や手作りの作品や職員が小物などの飾り物で季節感を出している。食堂兼居間にはソファや6畳の小上がりを設置するなど、利用者が寛げる場を設けている。	
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	フロア内のテーブルや椅子の配置を考え気の合った入居者様同士の交流を大切にしている。又、その人らしく生活できる為に余暇活動にも支援している。		
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	今まで過ごしていた部屋と同じ様に生活が送れるよう家族に話をし持参してもらっている。	居室にはエアコンやベッド、洗面台、カーテン、整理筆筒、が備え付けられている。利用者は危険物以外は何でも持ち込めるということから、それぞれ馴染みの物品を持ち込み、思い思いの部屋を設けている。	
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	利用者なの自立を考えて、できること、わかることを活かせる環境をつくり、怪我をしないで過ごせるようにしています。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 グループホームみかん

作成日 平成 29年 7月 2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組み内容	目標達成に要する期間
1	10	家族会、家族アンケートの実施。	年に1回の家族会、家族アンケートを実施する。	・家族アンケートは毎年6月に実施し、家族会は12月に実施する。アンケートの結果を家族と職員に好評する。	12ヶ月
2	35	避難訓練の開催。	年に2回、避難訓練を実施する。	・4月と10月に避難訓練を実施する。昼間と夜間を想定した非難訓練する。	6ヶ月
3	33	看取りに関する方針。	看取りに関する方針を再検討する。	・家族に看取りについて、事業所が何処までできるのかを分かりやすく説明できるような方針をつくる。	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。