

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	0871700332		
法人名	株式会社ウェルケア・サービス		
事業所名	グループホーム花束取手 1		
所在地	取手市青柳861-1		
自己評価作成日	平成29年 8月10日	評価結果市町村受理日	平成29年11月24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_2012_022_kihon=true&Jig_yosyoCd=0871700332-00&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9月22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)】

◆立地条件: 取手駅からバスで8分とアクセスがよいのに田園の中にある。田植えや稲刈りから季節を感じることができる。さまざまな野鳥が観察できる。周囲にはスーパー、ホームセンター、コンビニ、ファミリーレストラン、病院などがあり便利である。元旦にはリビングの窓越しから「初日の出」を拝める。
◆季節のイベント: 年間を通して季節を感じるイベントを行っている。季節の変化を感じるお花見、野鳥観察、夏の海辺でのお食事など楽しんでいただいている。

【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)】

事業所は幹線道路から1本奥に入った道路に面した場所に立地しているが、田園地帯に囲まれていることから、農作物の生育や農道に植栽された桜並木、野鳥などを通して四季の移り変わりを感じられる環境となっている。管理者は利用者の残存能力を最大限に引き出すよう、車椅子を利用して利用利用者も、職員の手支えとともに、自分の足でゆつりと一歩一歩踏み出しながら行動する仕組みを取り入れ、能力の維持に努める支援で、車椅子を使用しない利用者が増えている。病院から退院してきた利用者は、オムツ使用となって帰ってくる人が多いことから、職員は利用者に向けた声かけでオムツからパットトリハビリパンツに替えたなど、トイレで排泄ができるよう支援している。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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、安心して暮らしている (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	管理者と職員で地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつかった。毎朝の朝礼で理念を唱和し、職員で共有して実践につなげている。	職員が出勤時に確認し易いように、玄関に理念を掲示している。常時、理念に沿う支援方法を心掛けており、利用者一人ひとりが望む暮らしができるよう支援している。	
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人として日常的に交流している	自治会に加入して、防災訓練や新年会などの自治会活動に参加して日常的に交流している。回覧板を利用者と職員と一緒に届けている。利用者は次に届ける家の呼び鈴を鳴らしてもらい、挨拶して手渡している。	利用者は職員と一緒に回覧板を回しているほか、事業所内の庭の散歩時に地域住民と挨拶を交わしたりして、日常的に交流している。年2回事業所主催の「花束祭り」に地域住民を招待している。定期的にボランティアを受け入れている。	
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	毎日行っている介護予防体操やレクリエーションに、近隣の方々に老人会、自治会を通して参加していただけるよう働きかけをしている。		
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	運営推進会議にはご家族、地域の方、民生委員、地域包括支援センター職員などが参加し、2ヶ月に1回開催している。会議では、サービスの取組状況の報告や時の話題、困りごとの相談など話し合いサービスの向上に活かしている。	プロジェクターで実際の映像を流しながら、利用者の様子や行事の報告をしている。運営推進会議の場を利用して、認知症に関する話を管理者が委員にしている。	
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取り組んでいる	運営推進会議と地域密着型サービス連絡会で、定期的な会議があり、連携に努めている。問題があれば市の職員に報告し、問題解決の相談に乗って頂ける協力関係を築いている。	管理者は運営推進会議時や2ヶ月に1回開催の地域密着型サービス連合会時に、事業所の実情を報告しながら情報交換をしているとともに、疑問点や相談などある時は、市の高齢福祉課に直接訪問して、助言を得ている。	
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	リーダー会のメンバーで身体拘束防止委員会を設置し、必要に応じて開催している。職員は身体拘束の内容とその弊害を理解し、身体拘束をしないケアを実践している。当施設は交通量の激しい道路に面しているため、玄関は利用者の安全のため、家族等の承諾を上で施錠している。	身体拘束防止委員会を設置し、定期的に勉強を行っている。日常の利用者への支援の中で、職員の都合で「そこに座っていて下さい」と言う言葉は身体拘束の一部に含まれると理解し、支援にあたるよう管理者は職員に指導している。	
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注意を払い、防止に努めている	虐待についての勉強会を行い、見えないところで虐待が見過ごされることのないように注意を払い、虐待防止に努めている。特に入浴の時に身体に変化がないか注意してみている。		

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	勉強会を行い、必要に応じて活用するように支援している。		
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	入居契約時に運営規定、重要事項の説明をしている。面会時や家族会の時に、ご家族等の不安や疑問点を尋ね、理解・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	玄関の意見箱を設置すると共に、重要事項説明書に苦情相談窓口を明記している。 職員は家族等の意見や要望を面会時に聴き、出た意見等を運営に反映させている。	重要事項説明書に苦情相談受付窓口を明示するとともに、来訪時に意見を聴くようにしている。	
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	ユニット毎の会議や委員会で意見、提案を聞き、出た意見等を運営に反映させている。	月1回の職員会議時やケアカンファレンス時に意見を聴き、勤務体制の変更等、意見を反映させている。	
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	月2回の会議で利用者の身体状況とケアについて、先月と今月の比較を行い、職員のがんばりを全員が周知できるような環境を作っている。		
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	内部研修を行い職員の専門知識を高めている。外部研修は職員のレベルに合わせて積極的に参加するように勧めている。		
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	地域密着型連絡会で定期的に講習会があり、職員を参加させている。同業者が行う、講習会や市で行う催しなどに参加している。 グループホーム全国ネットワーク、茨城県地域密着型介護サービス協議会のメンバーで、勉強会や大会に参加し、サービスの質を向上させていく取組をしている。		

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
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	サービスを利用開始した数日間は当日担当職員をアセスメント担当とし、利用者寄り添いながらのケアに心がける。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。		
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	入居前に本人、家族の要望やこれまでの暮らしの状況を聞く。慣れるまでの心構えなどを家族等と十分に話し合える時間を設け、不安なこと、要望等に耳を傾け、家族等との信頼関係づくりに努めている。		
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	アセスメントには、家族等、病院の担当看護師、ケアマネジャー、ソーシャルワーカー等より聴き取りを行い、適切なサービスを利用している。その他必要なサービスがあれば紹介している。		
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	大家族の設定で利用者にも日常の役割を持って頂いている。調理の下ごしらえや後片付けなど一緒に行っている。洗濯物たみは和気あいあいとした雰囲気の中で、暮らしを共にする方同士の関係を築いている。		
19		○本人と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	家族や仲のいい知人が、いつでも面会できる雰囲気をつくっている。来所時には状況報告を行い、家族等と職員が一緒に本人を支えていくよう連携している。来所されない家族等へは異変があれば随時、なくても月に一回本人の様子をお便りで報告している。		
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	本人が大切にしてきた馴染みの人や場所について、面会時や本人との日常会話などから把握するよう努めている。特に友人からの電話や手紙などに対しては関係が途切れないように支援している。以前の同好会のメンバーやご近所の友人等が時々たずねて見える。	利用者との日々の会話の中からや家族等から話を聴いて、馴染みの人や場所を把握している。面会者にはお茶を出し、ゆっくりと話ができるよう配慮している。自宅への外出などを支援している。	
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散歩、車での外出時、利用者が孤立しないよう、組合せに配慮している。リビングでは時々席替えをしてもと違う利用者との会話を楽しんで頂いている。調子が悪そうだと他の利用者が心配し声をかけあったり、手伝ったりしている。		
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	サービスが終了したあとも家族に手紙を出したりしている。ボランティアで来所して下さる方もある。運営推進会議のメンバーで終了後も地域の方として参加して頂いたり行事にも参加して頂いている。		

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
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	職員は日頃から利用者に話題を提供している。会話の中から、本人の思いや意向の把握に努めている。困難な場合は表情から思いを汲み取るよう努力している。	日々の生活の中での表情や仕草から思いや希望を汲み取り、職員間で話し合っ把握に努めている。新たに把握した情報はカンファレンス記録に記載して全職員で共有している。	
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	入居時に本人、家族等から生活歴や生活環境、趣味などを聴き取り、これまでの暮らしやサービス利用経過等の把握に努めている。 その他は本人の会話から聴き取るよう努力している。		
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	朝、夕の申し送りや毎朝のバイタルチェック、食事摂取量、排泄の記録等で日中、夜間帯の一人ひとりの状態の把握に努めている。 ADLの変化について定期的に全職員で研究している。		
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	毎月担当になった職員が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、会議で発表し、職員間で情報を共有して介護計画の見直しに活かしている。	職員全員が計画に関わり、基本6ヶ月で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	毎月担当になった職員が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、会議で発表し、職員間で情報を共有して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 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	グループホームとしてのサービスだけでなく、必要なものがあれば、他のサービスも取り入れるように努めている。		

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
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	運営推進会議のメンバーである地域包括支援センターの方や民生委員の協力を頂いている。ボランティア、民生委員、地区の老人会と協働している。		
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	納得が得られたかかりつけ医の受診を支援している。最低月1回の内科医の診察があり、その他訪問看護ステーションと連携している。毎週定期回診がある。24時間365日連絡を取る事ができる環境にある。歯科診療も必要に応じて訪問がある。	契約時に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が月1回あり、訪問看護ステーションの看護師による健康管理も定期的に行っており、利用者や家族等の安心につながっている。	
31		○看護職との協働 看護職は、日常の関わりの中でとれた情報や気づきを、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	連携の訪問看護ステーションは、24時間365日連絡がとれ、かかりつけの内科医と連携しているので、適切な受診、看護が受けられる。週に1度の頻度で利用者の健康状態の確認をお願いしている。		
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。	利用者が入院の際は見舞いに行き、家族、病院関係者などから様子を聞き、できるだけ早期に退院をできるように、病院関係者との関係作りを行っている。		
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	かかりつけ医師のもと、訪問看護ステーションと連携し入所の段階から説明をして、「重度化対応・終末期ケア対応指針」を作成し、家族等に説明した上で同意を得ている。	「重度化対応・終末期ケア対応指針」を作成し、家族等から同意を得ているが、基本となる看取りマニュアルを作成するまでには至っていない。	看取りに向けて基本となるマニュアルを作成することを期待する。
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を作成し、利用者の急変や事故発生時にあわてることなく対応できるよう、急変時の応急処置について勉強し、実践力を身に付けている。		
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	年に2回昼間や夜間想定避難誘導訓練を実施している。災害時に備えて、非常用飲料水や非常用食糧を備蓄している。自治会の防災組織に参加している。防災組織の団体に協力を得られるよう働きかけをしている。	水害等を想定した避難訓練を行っているが、夜間想定訓練を行うまでには至っていない。災害に備えて備蓄品を保管している。	前回の外部評価の課題であった夜間想定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	職員は利用者一人ひとりの人格を尊重し、言葉づかい、態度に気を配っている。職員同士も丁寧語で話すようにしている。個人情報に関する書類は鍵のかかるキャビネットに保管している。	個人情報に関する同意書を整備しているとともに、個人情報を使用する場合は、利用目的を明示して事前に利用者や家族等の承諾を得ている。管理者は日頃から人権を尊重した支援に努めるよう職員に話をしている。	
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	職員は押し付けや決まりごとにせず、本人が自分の意思で決定できるよう支援している。無理強いをせず、希望を表出することができるよう働きかけている。		
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	介護予防体操やレクリエーションはなるべく参加を促し、それ以外は気が向かない時は、無理強いしない。自室でテレビを見たり、ソファで寝たりと本人の希望に添って支援している。		
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	入居者は訪問理美容を利用している。お化粧をしたり、洋服選びの支援をしている。		
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	利用者は職員と一緒に調理の準備、配膳、下膳、後片付けをできる範囲でしている。利用者は職員と団らんしながら、同じテーブルで一緒に食事を楽しむ。献立は魚と肉を交互にしている。刻み食でも内容がわかるように説明しながら、召し上っていただいている。	献立は代表者が栄養士の意見を参考にして作成し、夕食は肉料理と魚料理を一日おきに提供し、職員が調理している。利用者は野菜の皮むきやテーブル拭きなど、出来ることを行っている。季節の行事には特別食を提供したり、誕生日には手作りケーキでお祝いをしている。	
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	食生活のチェック表を作り、カロリーと栄養バランスに気をつけ、水分、食事の摂取量を記録している。塩分、カロリー、脂質の過剰摂取と食欲不振に注意している。水分は希望に応じ工夫して必要量の確保に努めている。		
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、口腔ケアを行い、口腔状態をチェックしている。週に2回入れ歯洗浄剤を使っている。義歯と歯ブラシの清潔保持に心がけている。必要時には訪問歯科に治療やアドバイスを頂いている。		

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	利用者一人ひとりのリズムや排泄パターンを把握し、排泄の自立を支援している。尿意がない利用者には時間で誘導し、トイレでの排泄を促している。夜間はトイレへの歩行が無理な場合ポータブルトイレを使用してオムツを減らすように支援している。	病院から退院してきた利用者は、オムツ使用となって帰ってくるが多いことから、職員は利用者合った声かけでオムツからリハビリパンツとパットに替えるなどし、出来るだけトイレでの排泄を促し、排泄の自立ができるよう支援している。	
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	毎日の体操と繊維質の多い野菜、食品を摂り自然の排便を促すようにしている。便のチェック表をつくり、便秘がちな利用者にはヨーグルト・果物を増やし・腹部のマッサージを施し、便秘の予防に取り組んでいる。		
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	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支援している。風呂場に大きな窓を設け、外の樹木や空を見ながら湯船に浸れる配慮をしている。週に2回は入浴できるように支援している。	脱衣所に転倒防止に椅子を配置したりエアコンで温度調節して快適に入浴できる環境にしている。 週2～3回の入浴を支援しているが、入浴をしない日は足浴をしている。	
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	リビングのソファで居眠りをしたり、自室でごろ寝したり、一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて休息できるように支援している。テレビを見ながら、ラジオを聴きながら電気をつけたままなど安心して気持ちよく眠れるように支援している。		
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	職員は介護サマリーを確認し一人ひとりが服用している薬の目的や副作用、用法、容量について理解している。 症状に変化があった場合は訪問看護ステーションに連絡し、かかりつけ医の指示を仰いでいる。		
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	利用者は庭の野菜作り・花摘み・収穫・食事の下ごしらえ・廊下のモップかけ・テーブル拭き・食器とお盆拭き・洗濯干し・洗濯ものたたみなどに日常の役割の喜びを持っている。トランプ、ゲーム、カラオケ、お習字、外食、ドライブなどで気分転換の支援をしている。		

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
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	グループホームの周りを散歩するのが日課となっている。地域のコンサートに出かけたり、イベントに参加している。ウッドデッキや庭でお茶を飲むなど外気浴をしている。花見に出かけたり、海に出かけている。本人の希望を把握し、可能であれば積極的に取組んでいる。	天気に関係なく外に出ることを心掛けており、雨の日でも長靴を履きながら事業所内の庭を散歩している。年間行事計画を立て、ドライブを兼ね、花見や海を見にでかけている。	
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	利用者が折込チラシを見て欲しいものがあったり、食材やホームの備品を買いに行く。お金を所持し、自分で支払ができるよう支援をしている。		
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	年賀状、暑中見舞いなどをご家族や知人に出す支援をしている。お便りが来たら返事を出す支援をしている。		
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	高い天井と天窓を利用している。天窓から差し込む明かりと自然循環の風を楽しむことができる。 季節の花を絶やさないようにしている。 共有空間にソファや椅子を置き居心地よく過ごせるように工夫をしている。 リビングには文字の大きな手作りカレンダーを設置している。	居間の高い天井に天窓を設けており、明るい日差しが差し込まれ開放感がある。居間にソファとテレビを設置し、利用者がゆっくりと寛げる環境となっている。車いすを利用している利用者も行き来が楽にできる広い廊下がある。	
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	リビングにはテレビを楽しむ少人数の席があり、硝子戸の外はウッドデッキがあり、家庭菜園を見渡せる。収穫する入居者とそれを見ている入居者とが楽しみあえる。リビングのソファで自由にお昼寝をしたり、本や新聞を読んでいる。		
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	居室には、使い慣れたものや好みのものを持ち込んでいただく。机、たんす、鏡台、家族の写真、仏壇などがある。家具やベッドの配置も以前と同じようにと工夫している。	居室には、エアコンやベッド、カーテン、クローゼットが備え付けられており、ベッドが苦手な利用者は布団を使用している。それぞれに馴染みの物を持ち込み、居心地のいい部屋になるよう工夫している。	
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	トイレの場所は立体的にわかりやすい案内表示をしている。 通路、トイレ、浴室には補助バーや手すりを設置して自立動作に役立っている。 廊下の手すりは歩行練習に使用している。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 グループホーム花束取手

作成日 平成29年11月20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り組み内容	目標達成に要する期間
1	33 (12)	重度化や終末期に向けた方針の共有と支援で、看取りのマニュアルがない。	看取りのマニュアルを用意する。⇒12月31日	看取りのマニュアルは対象者毎に事情が異なります。必要事項を列挙してパラメータを記入するだけの内容で作成します。	2ヶ月
2	35 (13)	災害対策で地域の住民と共同で、夜間を想定した避難訓練を行っていない	夜間を想定した避難訓練を、地域住人で行う。⇒1月31日	夜間に避難訓練を行うと、夜勤帯に入居者様を目覚めさせてしまう問題があります。入居者以外の問題を、日中に実施します。地域の方の参加を運営推進会議で検討	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。