

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	0874000227		
法人名	社会福祉法人 和楽日会		
事業所名	グループホームぬくもり (さくら草)		
所在地	茨城県つくばみらい市西丸山634-2		
自己評価作成日	平成 29年 8月 31日	評価結果市町村受理日	平成29年12月6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&JlgyosyoCd=0874000227-00&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10月19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)】

理念でもある普通の生活を送れるように、本人の出来る事を続け、生活リハビリや個々の趣味や好きな事を継続しながら生活しています。又、気分転換を図る為に、散歩やドライブの実施も行っています。家族との関わりを持つ為に、家族参加の行事を多く取り入れています。

【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)】

事業所は田園に囲まれた自然豊かな場所に位置し、利用者は四季の移り変わりを、日々の生活や散歩を楽しむ中で感じることが出来る。施設長の「地域に根差したホーム」という強い思いのもと、商工会に加入し、福祉祭りや地域祭りに積極的に参加するほか、地域の保育園や小学校、特別支援学校の子どもたちと交流をするなど、利用者と地域住民との交流を支援している。管理者は職員と日頃から何でも話せる関係を築くなど、風通しの良い働き易い職場の環境づくりに努めている。近くに同一法人の特別養護老人ホームがあり、委員会活動や研修会、災害時の緊急連絡体制など、お互いに連携をしている。

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 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	玄関や休憩室等に理念を貼り、理念の理解や、具体的な取り組みの為、日頃の共通理念を深めている。(利用者の安全と健康管理に留意し、普通の生活を大切にするケア施設としての、機能と役割を果たしていく、地域に根差したホームをめざします。)	玄関や事務室、休憩室等に理念を掲示し、職員は各自確認して日々のケアに活かしている。	
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員として日常的に交流している	近隣の小学校、支援学校、地元の保育園、相撲部屋との交流事業(受入や訪問)を行っている。又、不定期ではあるが、地元のボランティアの方の慰問(歌など)地域との交流を深めている。	地域の福祉祭りに参加するほか、相撲部屋へ朝稽古を見学に行ったり、地域の小学校や保育園、特別支援学校の子どもたちが来訪し、歌や踊りを披露するなど、交流をしている。	
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	運営推進会議で、地域の民生委員の方に出席をもらい、サービスの状況報告、また施設の広報紙を通じて取り組んでいる。		
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	運営推進会議では、日々の事や行事のことなど、施設の取り組みについて報告し、サービス内容の開示に取り組んでいる。	利用者や家族等の代表、市職員、民生委員等が参加し、行事や利用者の状況報告等を行っている。委員からは事故報告を出してほしいとの意見が出て、年2回出すようにするなど、意見を反映している。	
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	入退所の状況や、介護認定資料開示、認定の更新等、事故等の報告など市へ足を運び、協力関係を築いている。	管理者が窓口を訪問したり、グループホーム連絡協議会に参加した時に情報交換をして、連携を図っている。	
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	安全対策として、玄関の施錠は行っている。特養のぬくもり荘内では、毎月、第2週火曜日には身体拘束の委員会に参加をしている。	身体拘束排除に関するマニュアルがあり、同一法人の特別養護老人ホームで行われる身体拘束防止委員会に参加している。研修に出られない職員は記録を読み、共有している。	
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	日頃は職員間でお互いに注意を払っている。		

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	
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	希望して、研修等で学ぶ機会はあるが、それらを活かす、活用までには至っていない。			
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	入所契約時に丁寧に説明をし、不安や疑問点の解消を図っている。また、サービス開始後も疑問点などをその都度、担当者(管理者)が説明をしている。			
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	家族等の面会時や、電話等で利用状況を報告し、意見を出しやすいように配慮している。現在意見等はないが、今後家族等から出た場合には、意見を推進会議に図っていく予定である。	重要事項説明書に苦情相談受付について明記しており、家族等には面会時や電話で意見を聴くように努めている。家族等から、利用者と一緒に花火を見学したいとの意見を受けて、昨年から実施している。		
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	ホーム内の会議の前に職員からの提案、意見を取り会議で反映するようにしている。また、会議で出席できない職員からは、事前に意見を出してもらい、それらを反映できる環境を作っている。尚、日々の業務の中での意見も、会議やその他日常的に検討している。	職員からは会議のときに意見を聴くようにしており、勤務表についての要望やパソコン台の購入等、迅速に対応している。		
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	処遇改善手当、資格手当を支給している。また、管理者は代表者へ、日頃の勤務状況などを伝え、代表者は定期的にホーム内のケア会議などに出席し、職場環境の整備に努めている。代表者は自ら意見箱を設けて、職員の声を聞くように努めている。			
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	必要に応じて、希望に応じて研修(外部研修)の機会を確保し、ホーム内の会議にて研修報告をして、各スタッフへの周知も同時に図っている。また、内部研修はホーム内のケア会議や、同法人の勉強会などを活用し、トレーニングの機会としている。			
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	市内のグループホームの連絡会で定期的に管理者同士の情報交換の機会を作り、サービスの向上を図っている。また希望者を募って今年度は、市役所との連携強化、キャラバンメイトで勉強会を計画している。			

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	入所契約、事前面接時に生活状況を把握し、サービス開始時に本人の困り事や要望、グループホームの生活状況、状態観察に努め、安心できるようにケアに努めている。		
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	入所契約、事前面接時に家族の不安点、心配事について聞き取りをし、利用開始時にはために状況報告、必要に応じて相談し、関係作りに努めている。		
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	入所契約、事前面接時に生活状況を聞き取りし、サービス開始時のニーズを引き出すように対応している。また必要に応じて、同法人の介護支援専門員や医師との相談をしている。		
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	利用者の生き活きとした行動や、言動を引き出す言葉かけをすると共に、できない部分をケアする事を基本に支え合う関係を築いている。		
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	必要に応じて家族と連絡をとり、面会や外出(気分転換、買い物、習慣の維持)病院受診等をしてもらうように働きかけながら、協力関係を築いている。今年度は3月、8月、10月には、家族参加の行事を計画している。		
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	家族面会時等又は、電話で家族と相談し、親戚や友人、近所の方などに面会をしてももらうように呼びかけている。時には家族や職員と共に外出し、馴染みの方や場所への関係の継続を図っている。	入居時の本人、家族等の聴き取りや日々の生活の中での会話や関わりなどから把握した馴染みの場所へ、毎週日曜日にドライブに行くなど、関係が途切れないよう支援している。	
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	日頃の生活リハビリや食事、誕生会や行事などを通して関わり合いが持てるように支援している。又、居室内で過ごすにの好きな方でも、食事時には全員で集まるホールで過ごしてもらっている。		
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	サービス終了時に必要に応じて相談援助を行い、他のサービスへの連絡、調整をして円滑にサービスの移行ができるように対応している。		

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
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	日々の生活や介助の場面での意向の把握に努め、意思表示の困難な利用者に対しては、本人の立場に立ち、家族の意向もふまえて把握に努めている。	利用者の表情や仕草、態度から汲み取った思いや意向を、ユニット会議や職員会議で周知し、個人ファイルに記録している。	
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	入所契約、事前面接時に生活歴や性格、暮らし方を聞き取り、馴染みの物を持参してもらっている。サービス開始後も必要に応じて、本人または家族に聞き取りを行っている。		
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	1人でテレビを観たい方、書き物、縫い物、読書や塗り絵などその方の意に沿うように過ごしてもらっている。		
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、家族の希望や意向を聞いたうえで、計画作成担当者とスタッフで話し合いをし、モニタリングやアセスメントを進め、ケアプランを作成している。	利用者や家族等の意向を汲み取り、医師の意見を参考にして、計画作成担当者が介護計画を立てている。基本半年でモニタリングと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	日誌や個人のケース記録、ケアプランチェック表を参考に情報の共有に努め、介護計画の見直しに努めている		
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	新たなニーズに対しては、職員間で意見を出し、会議で検討し実施可能な物には順次取り入れている。具体的には傾聴ボランティアなどの導入などである。		

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
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	地元の業者やボランティアの状況などの把握に努め、ホームを認識、理解に努めている状況である。		
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	契約時、嘱託医を希望された方は同意を得て週1回往診してもらっている。元々のかかりつけ医を希望している利用者は、家族対応もしくは職員対応で定期的に通診をしている。又、嘱託医は内科の為、他の科目で受診が必要な時には、家族と相談し適切な医療機関への受診の支援を行っている。	契約時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おり、その際の受診は基本家族等が付き添うこととなっている。家族等が付き添えない場合は職員が付き添っている。協力医療機関の訪問診療が週1回ある。	
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	ホーム内には看護師がいない為、日頃より同法人の看護師と連携をとり、必要に応じて適切な受診や看護を受けられるように支援している。場合によっては、協力病院の看護師に電話にて相談を行う事もしている。		
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。	入院時から退院時に備えて、病院等の相談員と情報交換に努め、必要に応じて病院へ出向いたり、電話連絡をし病状の把握や退院時に備えてホームでの適切なケアができるように努めている。		
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	重度化した場合やそれが見込まれる場合には、本人及び家族と相談し、同法人他特別養護老人ホームなどへの申し込み、他施設の紹介、ケアの移行を行っている。	看取りは行わないこととなっており、重度化や看取りに関する取り組みは書類整備を含め、研修等も行っておらず、重度化した場合には他施設への移行手続きを行うこととなっている。	重度化や終末期、看取りに関する対応指針を作成するとともに、重要事項説明書に明記し、契約時に利用者や家族等に説明をして同意を得ることを期待する。
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	火災発生時を中心に、避難訓練を実施している。また、昨年度からは水害を想定した避難訓練の取り組みを始めた。		
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	年間の消防計画に沿って毎月の訓練を行っている。尚、スタッフ全員が避難方法を周知し、実行できるように避難訓練実施チェック表をつけ、意識の向上に努めている。	毎月事業所独自の避難訓練を実施している。反省会を行い課題について話し合っている。近隣に住宅がなく地域住民の参加は不可能という事を消防署が認めている。同一法人の特別養護老人ホームと連携が取れており、緊急連絡網を作成している。	

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	利用者それぞれの性格を理解し、その日の体調や気分を見ながら、言葉かけや対応をしている。	誇りやプライバシーを損ねない言葉かけに配慮している。ケア会議で管理者が人権尊重について話をするほか、資料を皆で読んでいる。個人情報に関して、写真掲載も含めて同意書を得ている。	
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	言葉かけや普段の関わりに努め、本人からの訴えが見られなくても、何か希望はないだろうか常に表情や状態の観察に努めている。		
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	利用者との会話や何気ないしぐさ、言動、行動から何を望んでいるかを考え、希望に沿えるように支援している。		
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	自分で衣類を選び、整容できる方は続けられるように支援している。自分では難しい方に対しては、衣類を何枚か出し、選びやすいように努めている。整容、身だしなみに関しては、起床後に整えるように支援している。又、男性は髭剃り、女性は行事時、希望者には化粧やマニキュアなどの支援をしている。		
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	食材業者から送られた物を調理した後に、利用者に合わせて刻み食などの形態にして対応している。ホワイトボードにはメニューを記載し、利用者に見えるようにしている。また、準備や後片付けを利用者と一緒に行ったり誕生日や行事のお楽しみ食の他、普段でもお弁当なども取り入れている。	利用者は野菜の皮むきやテーブル拭きなどを職員と一緒にいき、楽しく話をしながら食事を摂っている。外食や、季節毎の行事食を取り入れ、食事を楽しむことができるように支援をしている。	
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	過去の病歴や現在の身体状況に合わせて、食事や水分摂取できるように支援している。又、水分量や食事摂取量を記録し、把握に努めている。		
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、洗面所にて各利用者ごとのコップ、歯ブラシにて口腔ケアを実施し、就寝前に義歯の方は洗浄剤につけている。又、必要に応じて利用者によっては、歯科通院をして口腔ケアに努めている。		

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
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	排泄状況を記録し、できるだけトイレでの排泄を継続できるように、時間を見ながら言葉かけをしている。拒否がある場合には無理には行なわない。又、利用者によっては、昼間はトイレ、夜間はパット交換の支援をしている。	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、さりげない声かけをして誘導し、トイレでの排泄や自立に向けた支援を行っている。	
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	日課になっている散歩や体操などの運動を積極的に行うなど働きかけている。便秘症の方には医師から処方された下剤を服用している。排便が3日目での服用を心がけている。又、それでも排便が見られない場合には医師に相談をし、浣腸を行う事もある。		
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	曜日や時間帯は決まっているが、体調不良で入浴が出来ない方や、拒否などが見られる際には、清拭等、個別で柔軟に対応している。	入浴は週3回、午後からと決まっているが、入浴を好まない利用者や体調に合わせて対応している。状況により足浴や清拭等の対応も行っている。	
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	安眠や休息の時間は、その方に合わせて取ってもらっているが、昼夜逆転しないように言葉かけをして気を付けている。		
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	利用者の薬ファイルを各ユニット毎に作成し、各利用者のケース記録や、アセスメント表、緊急持ち出しファイルに説明書をファイルし、服薬内容を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	その人の好きな事、興味のある事を見極めながら生活リハビリでの役割り分担をしている。又、家族と相談し趣味の物などを持参してもらい、いつでもできるように支援している。散歩やドライブも実施して、気分転換に努めている。		
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	おやつや買出しや個人の買い物などを通して、日常的に外出に努めている。又、ドライブも定期的に実施し、行事等でも外出の機会を設けている。家族の方の支えで継続している。	晴れた日はゴミ出しをした後、事業所周辺を散歩している。毎週日曜日に1時間ほどのドライブに出かけるほか、年間行事計画を立て、外食や花見、花火見学等に出かけている。	

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	現在はお金を所持している方はいない。		
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	利用者から訴えがあった場合には職員が電話をかけ、代わって話ができるように支援している。又、耳が遠い利用者には、話の内容を伝えながら支援している。手紙やはがきが送られてくる利用者もいる。		
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	室温の温度調整は職員が行っている。季節ごとに創作物や行事写真、又、利用者が個人で行っている創作物などもホールや廊下に貼り出している。又、玄関や食堂、洗面所、共用のトイレなどに花や観葉植物を飾り、季節感を大切にしている。	天井が高く、明り取りの窓があるため明るく、家庭的な家具を配置して癒しの空間となっている。廊下は広く、手摺がつけられ、利用者が作った作品等が飾られている。	
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	席は決まった所に座る利用者がほとんどだが、ソファーや椅子をホールや通路などに配置し、誰もが好きな時にくつろげるような環境を作っている。		
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	自分で使用してきた愛用の物をできるだけ持参してもらい、配置も家族と相談しながら、居心地よく過ごせるように工夫している。	居室にはエアコンやベッドが備え付けられているが、畳での生活を望む利用者にはそのように対応している。それぞれ馴染みの物を持ち込み、家庭での生活が継続できるような支援をしている。	
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	居室などは、名前を大きく見やすくして、写真を貼るなどわかりやすく工夫している。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 グループホーム めくもり

作成日 平成 29 年 12 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	12	重度化や終末期、看取りに関する対応指針の作成、重要事項に明記し、契約時に利用者や家族等に説明をして同意を得る	重度化や終末期、看取りに関する対応指針の作成、重要事項に明記する事に向けての準備をします	指針の作成については、法人で検討、作成しながら、重要事項に明記するように準備をします	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。