

### 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	0870200938		
法人名	株式会社東海荘		
事業所名	グループホーム東海荘ひだまり(2F)		
所在地	茨城県日立市鹿島町2-12-9		
自己評価作成日	平成 29年 10月 25日	評価結果市町村受理日	平成 30年 3月 23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)】**

<ul style="list-style-type: none"> <li>・歩いて数分の近隣に公園や商店街があり、天気の良い日に散歩や外での昼食を楽しんでいる。</li> <li>・訪問診療による診療のほか、緊急時には24時間体制で往診してくれる医療体制がある。また、看取り介護を導入しており、協力医療機関との連携のもと、利用者、家族の意向に沿った看取り介護を目指し実施している。</li> <li>・毎日行ういくつかの体操のほか、個人個人の身体機能維持を目的にセルフレアとしての個別訓練を実施。</li> <li>・献立は1週間単位で職員が立て主に近所のスーパーで食材を購入している。</li> <li>・面会や受診、外食などで家族と定期的に交流を持っている利用者が多くいる。</li> <li>・食後の片付けや朝の清掃等を職員とともに複数の利用者が一緒に、または連携しながら行っている。</li> </ul>
--

※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	<a href="http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kihon=true&amp;Ji_gvosvoCd=0870200938-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kihon=true&amp;Ji_gvosvoCd=0870200938-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

**【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12月14日		

<p>事業所は市街中心地に立地するも比較的閑静な通りに位置しており、利用者は近くの公園や交流センターなどに散歩や行事に出かけ地域住民と交流している。</p> <p>職員は「自分らしく」との理念に重点を置くとともに家庭的な環境の中で利用者が安心して生活ができるよう支援している。</p> <p>事業所は過去に多数の看取りを経験しており、今後とも利用者や家族等の要望を受け入れていく方針である。</p> <p>プランターを利用して夏野菜を栽培し、利用者は水やりや収穫を行い食材として食べる楽しみに繋げている。</p>
--

**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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	職員や他利用者、あるいは家族と一緒に住み慣れた地域を散策したり馴染みのある場所に行くことが多い。定期的に月のうちの数日間を自宅で過ごす人もいる。	事業所開設時に管理者と職員で作成し、その後地域密着型に見直しをした理念を、玄関や各ユニットに掲示するとともに、カンファレンス時に確認し、「自分らしく」を重点に置き、実践している。	
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	事業所はもとから地元に住んでおり現在も町内会活動にも参加している。近隣との交流は現在も続いている。	事業所の夏祭りに住民の参加があり交流している。秀恵会、笑楽座などのボランティアが来訪し、演芸や三味線、フラダンス、獅子舞などで利用者と交流している。	
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	外部から見学や相談で来られた方に対し事例を挙げて支援方法等を話したり、地域のイベントへ全員で参加する機会がある。		
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	他施設や地域の有識者との情報交換は、地域や市内における現在の状況や動向の把握のみにとどまることなく、対応困難な利用者への対応例などの教示を受けることも多々あり、介護の現場に活かしている。	家族等の代表や市職員、民生委員、地域住民他の施設の代表者等が参加し、事故報告や感染症、健康管理、認知症の対応などについての話し合いをするほか、イベント時の他事業所の事例紹介などを行っている。	
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	身寄りのない方や生活保護の方も受け入れており、多課の市役所職員との連絡もこまめに取り協力関係が築けるようにしている。	市の担当者が運営推進会議に出席しているほか、管理者は電話だけではなく、月1回程度担当者を訪問し、いろいろな相談や協力関係を築くようにしている。市主催の事業者懇談会で情報交換や意見交換を行ったり、月1回担当者の訪問があり、生保受給者の生活状況などを話し合っている。	
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	医療処置の必要性のあるときなど、やむを得ない状況において一時的に身体拘束の必要性のある時には家族へ話し同意書を交わしている。玄関やエレベーターの施錠については安全や防犯上行っている。	身体拘束排除に関するマニュアルがあり、職員控え室に置いて、いつでも見られるようになっているが、定期的な研修を行うまでには至っていない。同意書のほか、経過観察記録や再検討記録を整備し、やむを得ず身体拘束を行う場合に備えている。	マニュアルを活用し、定期的に研修を行い、職員のスキルアップを図るとともに、研修記録を作成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	定期的なカンファレンスやミーティングにおいて、声掛けの言葉選びや語気に注意するよう適宜教育している。		

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	市から発行されているパンフレット等で各自制度理解に努めている。以前、実際に成年後見人になった家族がいた際に相談に応じたことがある。		
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	契約前に面談をし説明。契約時にも再度繰り返し説明をしながら質問や疑問はないかを確認しながら進める。内容を理解し納得してから契約を締結している。		
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	家族会を年に1度開催しているほか、面会時に個別に要望等を聞くことが多い。家族や利用者の意見から、職員の気付きに導かれることもある。また、外部評価前にアンケートに協力していただいている。	家族の面会時には、ざっくばらんに意見を出してもらえよう、声かけをしている。事業所主催の夏祭り行事のあとに、参加した家族が集まり、会合を行い、意見を述べて貰える場を設けるとともに、個別で何でも話してもらえようように、代表者から家族に伝えている。	
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	夜間帯の安全強化についての意見を導入した。カメラの設置や浴室入口の施錠を職員の意見を反映させ取り入れた。	日頃から話しやすいようコミュニケーションを図り、意見や要望を聞いている。希望休の要望を受け入れや職員間の勤務配置の調整を行ったり、物品購入の要望には、即対応している。	
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	管理者は同一建物に居住しており、ともに仕事をする中で、職員の勤務状況を把握しやすい環境にいる。個別で相談された際には他職員との兼ね合いも考慮の上、公平性の保てる範囲に応じている。		
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	研修については法人内外共に充実しているとはいえない。		
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	他施設間でお互いの運営推進会議への出席や事業者懇談会等の情報交換により、自施設で取り入れられるサービスのヒントが得られている。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	主訴を傾聴し、質問に対しわかりやすい言葉で説明している。必要に応じては事例を挙げて話し、安心できるよう努めている。		
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	不安に思っていることや要望等を傾聴し、出来ることと実施困難なことを明確に伝え、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	医療リスクのある方には定期的に医療や薬剤関連の支援が受けられるよう対応している。		
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	家事や軽作業のできる方にはしていただき、職員と一緒に同じことを、または補助的な作業を依頼している。		
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	独居だった利用者が自宅で数日間過ごす際には兄弟間で相談し日程を調整して集まり、交代で見守りをしながら以前と同じ環境で過ごし本人を支援している。		
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	知人や友人とともに外出をしたり一緒に選挙の投票に行ったりなどと交流を保っている。	入居時に生活歴を聴き取り、記録している。馴染みの関係が途切れないように、面会に来た友人、知人にはお茶を出し、ゆっくり話が出来よう配慮したり、馴染みの店での買い物などの支援をしている。	
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	気の合う人と一緒に席を配置することや、気の合わない利用者同士はお互いの視野に入らないような席に配置するなど工夫している。また、人の世話をしたい人と受けたい人同士などにも考慮している。		

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
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	退所後でも必要なことや求めることがある時には随時応じている。		
<b>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</b>					
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	日々の会話や生活状況から適宜本人の希望や意向の把握に努めている。意向確認が困難な場合は、本人の楽しそうな表情の時や心地よいと察せられる場面から環境維持の方向で検討している。	日々のふれあいの中でコミュニケーションを図り、情報を収集し、希望や要望を把握し職員で共有し支援している。思いを表出することが困難な利用者には、様子を観察し利用者本位になるよう検討している。	
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	本人や家族からの聞き取りや情報提供書などから情報収集している。必要時には以前のサービス担当者へ聞くこともある。		
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	介護日誌や個人記録、カンファレンス、連絡ノートから得る生活状況やバイタル表をはじめ各種のチェック表から身体状況を把握しながら目視をし確認している。		
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	担当者会議等で本人、家族からの要望や意向等を伝え、現状で可能なことは介護計画に反映させるよう努めている。	利用者や家族等の意見や要望を聞き、カンファレンスを行い、計画作成担当者が作成している。基本6ヶ月で見直しを行っているが、退院時など、変化が生じた場合にも見直しをしている。	
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	連絡ノートや個別記録に日々の様子や変化を記載し、情報の共有や伝達に努めている。		
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	他科受診の必要性が生じたときなどに、家族対応が困難な状況であれば付き添いや送迎を行なっている。		

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	地域で利用できる施設の利用や行事に参加する等のほかに、家族との外出や受診支援をしている。		
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	希望する医療機関への受診を優先しているが、ほとんどの利用者は当施設のかかりつけ医へ転向している。月に2回の定期診察のほか、24時間の医療体制が取られている。	入居時に希望するかかりつけ医を確認しているほか、協力医療機関の医師による訪問診療が月2回あり、看護師が口頭で情報のやり取りをしている。連絡ノートや看護記録に記録が残されている。	
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	介護職員と看護職員は、口頭や連絡ノートにおいて情報伝達をしている。訪問看護師が点滴や創の処置に来た時には利用者の各種チェック表を活用しながら情報を伝達している。		
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。	入院の際には医師や相談員等と電話連絡や面談をしながら早期退院に向けて情報交換をしている。		
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	本人や家族の意思を尊重し、相談した上で同意書を交わし、協力医療機関と連携ながら看取り介護に取り組んでいる。また、意向確認は一度きりにせず、状態変化に応じて時々意向を確認しながら慎重に進めている。	重度化した場合における対応や看取りに関する指針があり、家族等に説明をしている。状況の変化に応じた繰り返しの話し合いと、段階的な合意を行っており、看取り期が近づくと、医師も同席して家族等と話し合いを行っている。	
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	連携している医療機関が24時間体制であるため、緊急時には連絡をし指示を仰いでいる。 職員の定期的初期対応訓練については全員については未実施である。		
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	避難訓練の実施や災害時に近隣の協力が得られるよう運営推進会議などにおいても話題としている。地域に対しては協力依頼の旨を町内の青年会に伝えている。	避難訓練は行っているが、職員が少ない夜間帯を想定した訓練は行っていない。訓練後は反省会を行い課題について話し合っている。	夜勤者が安心して勤務ができるよう、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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	認知症で言葉の理解は困難であっても本人の人格を損ねない言葉かけを心がけている。	本人の希望に応じて、愛称で呼ぶ場合もあるが、呼称や言葉遣いに配慮している。個人情報に関する同意書を整備しているが、写真掲載に関する内容は含まれていない。	写真掲載に関して、同意書に追記して書面での同意を得ることを期待する。
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	思いや希望を表出できるよう、話すときの環境に配慮しながら傾聴している。 着替え時の衣服類等、本人が選択できるような提示をしている。		
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	入浴の順番等も無理強いせず、見たいテレビ番組などがあれば終わってからにする。		
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	訪問理美容利用時には好みの長さや形に仕上げてもらっている。また、イベントや外出時には化粧をしたり普段とは違う装いを希望した時には意向に沿った支援をしている。		
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	献立は大きくは変えないが食べられないものの時に一部代替えをすることはある。本人の嚥下や咀嚼能力に合わせて主食や副食の食事形態を工夫している。 食器洗いや片付け等を職員と一緒にやっている。	利用者が水遣りなどをして育てた野菜を収穫し、食材に利用している。年2回の外食や季節毎の行事食を提供し、利用者の楽しみとなっている。利用者と職員はともにテーブルを囲んで、和やかに会話しながら同じメニューの食事をとっている。	
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	活動量や身体状態によりここに応じた主食量で提供している。食事摂取記録のほか、毎月の体重測定の記録で大きな体重変化がないことを確認したり、定期的な血液検査から栄養状態を把握している。		
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	食後に歯磨きやうがいをしている。義歯は就寝前に洗い消毒している。自分でできる利用者以外は職員が対応している。		

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	定時の声かけ誘導のほか、訴え時の対応をその都度行っている。夜間帯にポータブルを設置するなど個人に合わせて対応している。	それぞれの排泄パターンを把握し、声かけ誘導により、トイレでの排泄を促し、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	食事や水分摂取を観察し記録している。水分摂取量の少ない利用者に対し、氷にしたり本人の好む飲料を工夫することもある。毎日行う体操や、個別ケア項目での運動を実施している。		
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	他者との兼ね合いもあり必ずしも毎回希望を通すことは難しいが、曜日や時間帯は職員都合にはせず提示している日時に沿って行っている。	基本は週2回午後からの入浴となっている。利用者一人に対し、職員二人体制をとって支援している。ゆず湯や菖蒲湯、入浴剤を使用し、季節感や温泉気分を楽しんでいる。	
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	身体状況、年齢、希望に応じ30分程度、ベッド上での休息を取る事もある。		
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	服薬後の状態を医師や薬剤師に伝達している。利用者の服薬情報や定期薬変更に際しては申し送りノートに記載し、お薬手帳と合わせて確認している。		
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	掃除や食後の片付け、箱折など得意分野を個々にしていただいております。必ず労をねぎらう言葉かけをするようにしている。近隣への外出や散歩などで季節感や開放感等を感じられるよう支援している。		
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支援している	家族との日程調整により他科受診や外出、外食時の際には外出支援として身支度や持参薬の準備などを支援。	週2～3回、天候の良い限り、なるべく毎日近くの公園へおにぎりやお茶、おやつをもって散歩に出かけている。近くの交流センターの行事に出かけ、地域住民と交流している。	

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
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	持参している金銭は利用者間でのトラブル防止のため、基本的には施設預かりとしているが、強い希望のある時には本人が持参していることもある。外へ出た際に自分で支払いをして菓子類を買う事がある。		
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	電話連絡をしたいという希望のある時には事務所から利用者自身が電話をかけている。		
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	心地よい環境で過ごせるよう室内温度の調整やテレビの音量等に随時配慮している。季節の花や季節を感じられるものを壁やパネルに貼るなど工夫している。	居間兼台所には日当たりの良い場所にソファが設置され、利用者が自由にくつろぐことができるとともに、温度管理がされ、快適な空間となっている。季節の花を飾ったり、利用者の作品やクリスマスの飾りつけを掲示し、季節を感じられるよう工夫している。	
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	リビングで皆と一緒に過ごしているときでも思い思いの手作業をしたりパズルやトランプに興じている。気の合う動詞がお互いに訪室して談話をする場面もある。		
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	仏壇やソファ、写真等本人が大事にしてきたものや馴染みの物を置いている。	居室にはエアコンやベッド、カーテン、整理筆筒などが備え付けられている。ソファなどを置いて家族が訪問した際も居室でくつろげるようになっている。それぞれに使い慣れたものを持ち込み、居心地良く暮らせ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	自室に戻れるよう大きめのプレートを職員が作成し表示することで混乱を回避できている利用者もいる。		

(別紙4(2))

目標達成計画

グループホーム東海荘 ひだまり

作成日 平成 30年 3月 23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	13	法人内外の研修を受ける機会の確保がなされていない	内部研修を年間計画に組み入れて実施します。	(1月) プライバシー (3月・7月) 身体拘束 (6月) 看取り介護 ※重度化 終末時には随時 (9月) 感染症～ノロウイルス・インフルエンザ (12月) 事故防止	12ヶ月
2	35	夜間想定避難訓練を行っていない	年に1～2回の予定で夜間想定避難訓練の予行演習をします。	職員の少ない夜間帯を想定して実際に動きを体験し、反省会を設けて課題について話し合います。	3ヶ月
3	36	写真掲載について現状では同意書を貰ってはいない	プライバシー尊重の観点から同意をいただけるようにします。	契約時にプライバシーに関する同意書を貰っている。その時に写真掲載の旨も付け加えて説明をする。	6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。