

# 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	0870101631		
法人名	社会福祉法人翠清福祉会		
事業所名	グループホームかたくり	ユニット名( 東 )	
所在地	〒311-4153 水戸市河和田町4517-1		
自己評価作成日	平成30年11月24日	評価結果市町村受理日	令和元年 5月 7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\\_2018\\_022\\_kihon=tru&JigvosyoCd=0870101631-00&PrefCd=08&VersionCd=022](http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2018_022_kihon=tru&JigvosyoCd=0870101631-00&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31年2月27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)】

今年度のGHかたくりの事業計画は①家族や日々の生活の中から情報を収集し、センター方式を作成。変化や気付きがあったときには追加記入していくことで「生活のこだわりや習慣」を見出しケアプランに反映し処遇につなげていく。②認知症の中核症状や背景、環境、生活歴、日々の観察等から本人のニーズを捉え、ケアプランを作成し、実践・記録・評価を行い、認知症ケアの充実を目指す。③円滑なケアプラン作成のシステムづくりとして月3日計画作成時間の確保。判定会議の日程調整検討。本人、家族、職員に伝わりやすいような書式の変更を検討していく。④家族支援として、ほのぼのの便りや一言箋を定期的に送付し家族にGHでの生活を伝えていく。また、納涼祭や家族会、外出行事等への参加を呼びかけ、利用者と家族が繋がる機会を増やす。⑤利用者やその家族に満足度調査を実施する。また、運営推進会議(2ヶ月に1回)により家族や委員の意見を取り入れGHの運営や職員教育、利用者の生活に反映していく。⑥浴室、トイレなどのハード面を改修することで、利用者の変化に対応していく。⑦マニュアルの見直しを定期的に行ない、利用者の安全を守る。の7つの柱となっている。

## 【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、敷地内に同一法人の介護老人保健施設、通所デイケア施設があり、行事や職員研修などを合同で行い、連携が取れている。同一法人の老人福祉施設、特別養護老人ホームがあることで、利用者や家族の安心に繋がっている。理念にある「一人ひとりの意見を尊重し、その人らしい生活を保つ」に重きを置き、利用者の視点になり支援している。近隣事業所との交流が長年図られていると共に、事業所主催の納涼祭には多くの近隣住民の参加があり交流の場となっている。

## 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
<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	毎年理念を基に、事業計画を作成している。作成にあたっては地域密着型事業所の役割を認識し、前年度の総括を基に作り上げている。朝の申し送りの中で理念について確認し合い、意識の統一を図っている。	理念の中の「一人ひとりの意見を尊重」「その人らしい生活」に重きを置いている。毎年理念を基に、事業計画を作成している。朝の申し送り時に理念について確認し、理念に立ち戻り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	同地域にある、GHとの交流としてお祭りや秋のイベントをお互いに行き来し交流をしている。また日常の散歩の時に地域の方への挨拶を行ない。秋には近所の梨園に梨狩りに行き、交流を深めている。	自治会に協力会員として加入し、事業所としては清掃活動を実施している。楽器演奏や傾聴などのボランティアや看護学生や高校生の職場体験を受け入れている。法人主催の納涼祭には地域住民や職員の家族、職員の友人等多くの人の参加がある。	
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	運営推進会議において、研修に参加した後の研修報告を行っている。またGHの状況や利用者への職員の関わりなど報告をしている。職員へは内部、外部の認知症の学習会に参加を促している。		
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	運営推進会議ではGHの行事、日頃の生活をスライドで見えていただいたり、民生委員の方にも地域の声を率直に聞かせていただいている。課題となっているところを協議事項としている。	家族等の代表や利市職員、地域住民等が参加して、定期的に関係し意見交換等を行っている。近隣住民から地域サロンとしての提案があり、事業所にスクリーンを設置し、地域住民と利用者が一緒に映画鑑賞会を行った。	
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	運営推進会議に参加して頂き状況や課題に関して報告、助言を頂いている。また、介護保険、社会情勢の情報提供も頂いている。防犯、非常災害時の相談も行い、助言をいただいている。	運営推進会議への参加や介護保険更新手続き、生活保護の利用者に対する相談等を行なっている。防犯、非常災害時等について相談し、助言を得るなど良好な関係作りを努めている。	
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	法人の基本的な考えとして、「身体拘束はしない」となっている。年間の研修企画の中で、権利擁護・身体拘束禁止・法令順守の研修を行なっている。身体拘束については毎月、医療管理会議にて報告を行ない確認している。	契約書に身体拘束を行わないことを明記し、医療管理会議で毎月報告し、確認している。身体拘束排除に関するマニュアルがあり、外部研修及び内部研修に年2回参加している。	

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
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	職員は年間学習会の中で、学ぶ機会を持っている。虐待が見過ごされることがないように毎月、医療管理会議にて報告を行ない確認している。		
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	職員は年間学習会の中で学習している。管理者は権利擁護推進委員の研修を受けている。成年後見制度などが必要と判断した場合は関係事業所や法人施設の相談員と連携を取りながら進めている。		
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	契約に関しては、管理者が対応している。家族の不安を軽減するために実際の生活の細かなことについても具体的に説明を行っている。契約の改訂時等には説明後同意書を依頼している。		
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	玄関へ目安箱を設置している。また家族・入居者に満足度アンケートを実施している。家族交流会にて意見を聞いている。	意見や苦情を言える機関を運営規程や重要事項説明書に記載するとともに、玄関に意見箱を設置している。面会時に利用者の日々の状況を報告するなどし、話しやすい環境作りに努めている。満足度アンケートを行い、結果を報告し、職員間でも共有している。	
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	運営会議には職場責任者・管理者が参加し、職場会議・ケアプラン会議には管理者・職場責任者・職員が一緒に参加し会議を開催している。職員面談にて意見を聞いている。	日頃から話を聴くとともに、職員会議時や職員面接時に意見を聴いている。職員から出た意見は検討し、運営に活かしている。利用者の誕生日企画で利用者の希望する料理を一緒に作るなどの提案があり、実行している。	
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	職員面談を実施し本人の望みや方向性に関して把握している。また職員の資格取得に関しては研修や受験日など職場全体でバックアップを行っている。		
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	施設内外の学習会、研修への参加を職員に促している。研修の報告会は各ユニット会議の中で行っている。		
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	GH協議会の学習会には積極的に参加している。その他地域の高齢者支援センター主催の研修にも参加している。同地域のGHとの情報交換により制度への対応やサービスの質の向上につなげている。		

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	相談時の対応は一人ではなく管理者・相談員および看護師と複数で対応し、みんなでというスタンスを取っている。また、入居前に見学をすすめ、出来る限り事前に本人と複数回会う機会をつくっている。		
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	相談時の家族の気持ちや状況をしっかり聞き、今の困ごとや心配ごとを聞くことができるように心掛けている。相談を受ける職員の相談援助技術に関しても研修を通してスキルアップに努めている		
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	相談時、今対応が必要と判断したときには、他事業所との連携を図りながら、今までの環境をすぐに切り離す事がない様に行っている。状況によっては、法人内のデイサービスなども検討している。		
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	毎日の生活の中で(食事作りやおやつ作り・畑仕事など)多くの事を教えてもらう機会が多い。本人の視点になり、今までの生活が継続出来るよう考えている。		
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	本人の今までの生活が継続できることを事業計画の中心にし、具体的には年賀状など継続して出していたくことや、外出企画を計画している。家族へは広報誌や日ごろの写真を送っている。		
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	家族や本人から情報を収集し、友人に手紙を書いたり、毎年行っていた神社に初詣に行くなど個別に対応している。	入居前相談時や入居時面談で、家族等から情報収集を行ったり、日々の生活の中で馴染みの関係を把握し、手紙や年賀状を送ったり、慣じみの神社へ出かけるなど、関係が継続できるような支援を行っている。	
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	入居者のそれぞれの価値観や生活習慣の違いからトラブルになることもある。しかし入居者自身の社会性の発揮からそれぞれで解決できる時もある。		

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
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	同法人内の老健に移動される方が多い。ケアプランなども継続して頂けるように情報提供している。また近い将来ため散歩を兼ねて面会などに行くこともある。職員間の交流もあるので情報を提供することが出来る。		
<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	職員が会話や関わりの中で得た内容に関してはセンター方式や記録に残している。またカンファレンスでは、本人がいつ何をしたいのか情報交換を行い、ケアプランで具体化している。	利用者との日々の生活のなかで、表情や仕草等から意向や希望を把握し、センター方式で記録して申し送りノートに記載し、職員間で情報を共有している。	
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	入居と同時にセンター方式で情報を収集している。しかしそれでも分からない情報などは家族へ今の状況などを伝える事で新たな情報を知ることが出来る。また、以前の担当相談員にも情報を収集している。		
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	本人の毎日の生活リズムを24時間、細かく観察し記録している。また本人の生活リズムを大切に、生活リズムが整えられないような認知症の方には今までの生活を考慮した上で整えられるよう援助している。		
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	毎日のモニタリングから、困りごとや、どのような生活をしていきたいのか導き出し、計画作成担当者が中心になりケアプラン作成を行っている。ケアプランに関しては、本人、家族の意見を聞いてまとめている。	家族等や利用者の意向を基に、医療関係者の意見を聴き、職員間で話し合いを行い、計画を立てている。毎月モニタリングを行い、見直しは基本1年で行っているが、利用者の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	記録はケアプランに沿っての内容と日々の状況、職員の気づきなど多くの事が記載されるように努めている。書式に関してはカードックスを使用し、記録するところにケアプランがすぐに目に出来るように工夫している。		
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	多くの事業所を持つ敷地内でGHを運営している為に、緊急時や受診など臨機応変に対応することができる。個々の希望は日々変化する思いがけない要望が出たりするが、そのことに向き合えるようにしている。		

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	近くのスーパーに買い物に行ったりしている。また近くに梨狩りに行ったりしている。		
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	かかりつけ医はご家族と本人の希望する病院となっている。受診に関してはご家族へ対応して頂き、状況に応じて施設での対応を行っている。また専門医の受診が必要となった場合には家族と相談し対応している。	協力医療機関の医師による訪問診療が月1回あるが、かかりつけ医への受診が出来ることも説明しており、その場合には日々の状態を記載した手紙を作成し、持参してもらっている。	
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	極力入院しないで済むように、少しの変化も見逃さず早いうちの受診に心がけていく。その変化を見逃さないよう看護師を中心に医学的知識となる学習会を実施し、適切な判断が出来るようにしている。		
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。	入院が必要になった場合は、本人の安心のために、情報を細かく伝えるようにしている。情報として介護、看護サマリーを提供している。		
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	身体状況の変化に関しては、看護師や医師に上申を行い、受診の必要に応じて受診を率先する。終末期に関しては、本人、家族、医師、看護師、職員間で相談しながら看取りに向け話し合っている。また同法人に老健があり状況により、老健への異動も対応していく	看取りを行う事業所であることを重要事項説明書に明記するとともに、契約時に説明を行っている。重度化や看取りに関する同意書を作成している。職員は外部研修や内部研修に参加している。	
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	全職員が年に一回の救急蘇生の研修に参加している。同敷地内に24時間看護師は滞在する為に緊急時の対応マニュアルが出来ている。毎年、新人研修でも救急蘇生や救急対応の研修を行っている。		
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	老健合同の消防訓練を行っている。訓練による課題に関しては、各ユニットで職場会議で話し合いその都度そのときに応じた対応を考えている。GH独自の避難誘導訓練も実施している。	夜間想定を含む避難訓練を行い、訓練後は反省会を行い、課題について話し合っている。住民参加については呼びかけを行なっているが、参加を得るまでには至っていない。地震対応マニュアルを整備している。	

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
<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	毎年の新人研修や法人学習会などでプライバシーについて学習及び話し合いを行っている。また個人のケアプランにもプライバシーや言葉かけについて表記し、高齢者を尊重するよう実施している。	利用者を人生の先輩として位置づけ、尊厳を傷つけない言葉遣いを心がけている。トイレ誘導や入浴には特に配慮している。人権尊重や守秘義務について年1回内部研修を行っている。個人情報に関する同意書及び肖像権に関する同意書を得るまでには至っていない。	個人情報に関する同意書、項目について選択ができる肖像権に関する書類の整備を期待する。
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	利用者の話をよく傾聴し表情を良く見て読み取り、職員側の考えに導くような声かけはせず、理解しやすい言葉で声かけし、特に難聴の方には大きな声で、ゆっくりと働きかけている。		
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し、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	「利用者主体」という言葉を新人研修のときから意識付けできるよう学習している。ケアプラン会議や職場会議でも常に意識し、職員主体の方向にならないよう管理者・リーダーが修正をしている。		
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	毎朝介助が必要な方でも洗面所の鏡の前に誘導し、出来るだけ自分で身だしなみが出来るよう環境設定をしている。本人の気持ちやペースに合わせ、おしゃれや身だしなみについての支援をしている。		
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	料理をするときには様々な入居者と一緒に行っている。その方々の残された能力によって皮むきや味付け、盛り付けなどに分け、多くの入居者が関わられるよう努めている。可能な方には片付け行なってもらっている。	利用者の好みは嗜好調査で把握し、食事の形態は、利用者の身体状況に合わせて提供している。利用者はそれぞれの能力に合わせた手伝いを行っている。職員は利用者と一緒に会話をしながら食事をしている。	
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	毎日の献立に関しては、栄養士が点検している。食事形態に関しては個人の身体状況に配慮している。水分はゼリーを使ったり果物で対応したり工夫している。入所者の嗜好に関しては把握できている。		
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	入居者に毎食後口腔ケアを実施を声をかけている。職員間でも口腔ケアの重要性を学習しながら対応している。また週1回の義歯消毒も対応できている。歯科受診が必要な場合は家族に協力して頂き受診している。		

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	排泄チェック表を使用し、本人の排泄パターンを把握している。自尊心を傷つけないよう、また拒否が強く介助が困難な方にも羞恥心に配慮してケアプラン上で実施するようにしている。	排泄パターンを把握することで、排泄の自立を促し、リハビリパンツから布パンツとパッドに改善された利用者もいる。日中はトイレでの排泄を支援している。夜間はポータブルトイレを使用する利用者もいる。	
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	自然排便を促せるよう、下剤でのコントロールだけでなく、運動や体操を取り入れ実践している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	本人が希望する日に入浴ができるように声掛けをしている。希望を尊重しすぎて入浴しない日が続いてしまうことがないように職員間で連携し入浴して頂けるよう援助している。	入浴は基本週2回、利用者の希望に沿っていつでも入れるよう支援している。入浴剤は状況に応じて利用し、季節のゆず湯や菖蒲湯を楽しんでいる。入浴を好まない利用者には時間や職員を替えたり、足浴等で対応している。	
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	一人ひとりの生活パターンに合わせて支援している。昼夜逆転気味の方には日中の活動(散歩など)を促し、夜間の良眠につながるよう支援している。また、室温の調整をすることで安眠につながっている。		
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	飲み忘れや誤薬を防ぐためにリスクマネジメント委員会を中心にルールを決め、実践している。配薬時には職員同士でダブルチェックを実施している。薬のセットは看護師が行い薬の用法や用量について申し伝えている。		
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	生活歴、本人の意欲など考慮し、料理、洗濯、配膳、掃除などの役割がある程度出来ている。職員が声を掛け実施出来るよう援助するときもある。		
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	本人の嗜好や生活歴を踏まえて、入居者がまんべんなく外出できるように企画を立てている。家族の協力を得て外出することもある。	事業所近辺へ職員と散歩に出かけたり、近隣のスーパーマーケットに買物に出かけている。自家菜園では季節の野菜を栽培し、収穫体験を通じて、季節の移り変わりを、実感出来るよう配慮している。年間行事計画をたて、花見や初詣に出かけている。	

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	ほとんどの方は施設側が預かっている。買い物に必要なときは自由に取扱うことができるようになっている。また買い物外出を企画し買い物をすることもある。		
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	電話はできる限り、かける前に用件を聞くことになっている。また入居者が直接家族にかけると驚く家族もいるので、始めは職員が対応している。手紙や年賀状などは家族や友人に送れるよう相談しながら援助している。		
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	共用スペースは食堂兼談話室になっているが狭いため入居者にとっては相手との距離感に少し窮屈さを感じることもあるようである。掃き出し口のフロアを有効に利用出来るよう職員間で話し合い、圧迫感を少しでも改善したいと対応している。	居間兼食堂は天井が高く明るい空間で、温度等がこまめに管理がなされている。日当たりの良い場所にソファが置かれ、利用者が寛げる場所になっている。壁面には行事写真や利用者や職員で作成した季節の作品が飾られている。	
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	共用スペースは食堂兼談話室になっている。そこにはソファが設置しており、いろいろな入居者が自由に使用してくつろいでいる。出窓スペースのソファでは座って居眠りをされる方もいる。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室の中の家具等は入居するときに使い慣れたものを持って来て頂いている。危険物(刃物やライターのような火元になるもの)は預かったり、家族に持ち帰って頂いていることはあるが、その他は特に制限はない。	居室にはエアコンやベッド、カーテン等が備え付けられている。利用者には使い慣れたものを持参してもらい、自宅と同様に過ごせるように支援している。	
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	居室内の家具等の配置は利用者と一緒に決めている。転倒のリスクがある方は状況を見極めながら、一緒に配置を決めている。フロアでの席は入居者同士の関係性をみながら、安全に生活出来るよう環境設定をしている。		

(別紙4(2))

## 目標達成計画

事業所名 グループホームかたくり

作成日 令和元年 5月 1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	2	地域交流の機会が少ない。	周辺地域の社会資源を活用し、交流を活性化したい。	グループホーム内での地域サロンの開催を年二回目標にして計画・実施する。	12ヶ月
2	49	馴染みの暮らしの追及が充分ではない。外出や外食等の支援の機会が少ない。	集団ではなく個別の希望に添った支援を手厚く行いたい。	希望を把握しながら在宅生活で馴染みのある場所への外出・外食の支援の機会を入居者全員に提供する。	12ヶ月
3	55	グループホーム内の共有スペース、個人居室での安全に配慮した環境設定が不十分である。	施設内での転倒事故を減らしたい。	介護職、看護師、主治医、リハビリセラピスト等の他職種間連携を持ち、個々人の状態に合わせた環境設定を行う。	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。