

### 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	0870102548		
法人名	有限会社 サンパル		
事業所名	グループホーム 小吹ケアセンター ユニット名(こちようそう)		
所在地	茨城県水戸市小吹町710-1		
自己評価作成日	平成31年2月23日	評価結果市町村受理日	令和1年7月3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	<a href="http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kihon=true&amp;JlgyosvoCd=0870102548-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kihon=true&amp;JlgyosvoCd=0870102548-00&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31年3月12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)】**

・家庭的な雰囲気を利用者様が安心して自分のペースで過ごして頂くことを目指します。・利用者様が生活コミュニティを感じていただくよう、積極的にスーパーや公園に出掛け地元の方とのコミュニケーションを図ります。・外食や誕生会、四季折々の行事イベントを通し、楽しみが持てる生活を目指します。・認知症に特化した施設であるため、施設内・外の研修を行い、認知症の知識・技術を職員間で共有できるよう努めている。

**【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)】**

玄関スペースや各ユニットの広い廊下には、お雛様の段飾りを置くなど季節毎に飾りを変えたり、飲み物の自販機を設置する等し、利用者が今までの暮らしがりと変わらない生活ができる工夫をしている。玄関横に談話室を設け、インフルエンザ等感染症が流行する時期は来訪者は居間や居室に入ることを制限し、利用者の健康管理に配慮している。地域の青年部より夏祭りに招待され、利用者は盆踊りや餅と菓子投げに参加したり、季節の花見として水戸市内の千波湖や護国神社、植物園、市民球場のほか、那珂市のひまわりや涸沼など利用者の馴染みの場所に出かけながら季節を感じられるように支援している。事業所の天井には防災用に排煙用の窓があり、穏やかな日が差し込み、至る所にソファが配置され、利用者が心地よく過ごしている。

**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	理念をユニット入り口や休憩室に掲示し、日頃より職員の目に触れやすくし、意識してケアが実施できるようにしている。	新人研修の際に理念を説明し、理念を事務室とユニットの廊下に掲示しているが、常時職員に対する意識付けをする機会を設けてはいない。	理念は、ケアに取り組むに当たり基本となる事項なので、職員に対し理念の共有の機会を設けることを期待する。
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	地区の夏祭りに参加している。市の社会福祉協議会に働きかけて月1回のシルバー体操のボランティアを要請し、交流を図っている。	地域のクリーン作戦に利用者と職員で参加している。近隣住民が散歩の際に立ち寄り、利用者と敷地内で話をしていたり、使わなくなった家具などを持ってきてくれるほか、地域の行事に参加して交流を図っている。	
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	運営推進会議の中で認知症ケアに関すること(施設内外勉強会資料の説明・配布)を利用者様の生活状況も踏まえ伝えることで理解に結びつくように取組んでいる。		
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	H29年度より、小吹地区のグループホーム(5ヶ所)の合同運営推進会議年2回、自施設の運営推進会議年2回開催している。会議では他の事業所の状況・行事報告し、情報共有に努めている。	小吹地区のグループホームと合同で行なう他、単独でも開催し、事業所からの報告や課題について話し合っている。委員からは、地域の行事や季節毎の場所の情報提供があり、行事計画等の参考にしている。	
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	生活保護受給者も多く、月初めの状態報告の他、利用者様の状態変化に応じ連絡を取り合い相談・助言等受けている。	生活保護受給の利用者の困りごとの相談をしている。市職員が運営推進会議に参加しているほか、管理者は窓口にも訪問し常日頃からコミュニケーションを図っている。	
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	身体拘束のマニュアルを作成している他、勉強会を事業所の中で実施し、職員の共有認識を図っている。日常生活の日頃のケアにあたっては、気付いた時には、話し合いを行い別策をとっている。	常に職員同士で身体拘束をしないで済むケアに努めている。身体拘束排除に関するマニュアルを作成し、年2回、外部研修や内部研修に参加している。	
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逃されることのないよう注意を払い、防止に努めている	勉強会を事業所の中で実施し理解を深め、職員の共有認識を図っている。高齢者(特に、認知症)の方に対しての気遣いや配慮に欠けた言葉、接し方にならないよう意識し、職員同士注意をはらい防止に努めている。		

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
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	成年後見制度を利用している方がいるので、外部での勉強会に参加し、職員の理解を図るようにしている。		
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	契約時には、入院となった場合等の考え方や取組み、退去を含めた事業所の対応可能な範囲について説明を行っている。例をあげる等して、解りやすく説明している。		
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	相談・苦情窓口を設けているとともに家族には面会時や手紙にて利用者様の状態を報告しながら、なんでも言っていただけるような雰囲気作りを心掛け、家族の意見聴衆に努めている。利用者様おいても、日常的に思いを聴衆し、出された意見、要望は会議等で話し合い、反映させている。	玄関に意見箱を設置しているとともに、重要事項説明書に、行政などの外部相談窓口を掲載している。家族等とは、話しやすい環境作りを努め、面会時に積極的にコミュニケーションをとるようにして、意見や要望を聴いている。	
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	職員会議や月1～2回のユニット会議で意見を聞くようにしている。又、常日頃から職員とのコミュニケーションを図るように努めている。現場の状況を把握した上で勤務体制や配置異動の検討を行っている。	毎月の職員会議時に意見や提案を聴いているほか、常日頃話を聴くようにしている。勤務体制や配置変換等、人間関係にも配慮して対応している。	
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	気分転換を図れる休憩室を確保したり、職員同士の人間関係を把握したりするように努めている。一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、統制を図りつつ働く姿勢、能力等が反映される人事考課にて各自のモチベーションがあがるよう条件の整備に努める。		
13		○職員を育てる取組み 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	新人職員には、入社1ヶ月は1対1のOJT体制をとり、指導をしている。		
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組みをしている	市内に協議会があり、その中での職員研修に参加し質の向上に励んだり、外部研修や施設行事を通し、他事業所への相互訪問等を取り入れ、サービスの質の向上へと繋がる取組みをしている。		

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
<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	サービスの利用を開始する際、必ず本人に会い心身の状態や本人が困っていること、不安なこと、本人の思いに向き合い安心して頂けるように努めている。		
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	相談から利用に至るまでに家族等が困っていること求めていること等をよく傾聴し、受け止める努力をしている。		
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	利用者様・家族が必要としているサービスを検討し他関連のサービス支援と連携を図りながら、安心してサービスを利用できるように心掛けている。希望するサービスと提供するサービスにずれが生じないように注意を払っている。		
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	利用者様が出来ることは職員と一緒に行っていただき、共に支えあう関係となっている。家族的な雰囲気の中でお互いを思いあえる環境作りに配慮している。		
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	利用者様・家族共に居室や外出先で楽しい時間を過ごせることもあり、同じ時間を共有しながら、離れた家族ではなく近い家族として関係を築いている。		
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	昔の職場の同僚や知人などが来訪され、交流を続けている。	入居時の聴き取りや日々の会話から、利用者を取りまくこれまでの馴染みの関係を把握し、親戚や近所の人、友人、元の職場の人が継続して訪問してもらえるよう支援するほか、馴染みの店に出かけたり、家族等と外出、外泊している。	
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	利用者様同士の関係性をみて、フロアの座席の配置を検討したり、散歩・外出支援の調整を行っている。		

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
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	新しい環境でもこれまでの生活が継続できるように生活環境や支援の内容、留意点等について情報提供し、連携を心掛けている。		
<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	会話を通じ、利用者様の思いなどを知ることが出来るよう耳を傾け把握に努めている。意思疎通が困難な方には家族や関係者から情報を得るようにしている。(日頃の表情や様子からくみ取り反映している)	家族等から話を聴くほか、日常の会話から利用者の意向を把握して日々のケアや行事等に反映させている。日々の支援を通じて得られた情報は、申し送りノートに記載して共有している。	
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	昔話を聞き、育った環境や、今まで過ごしてきた環境を把握するようにしている。利用者様の生活習慣なども家族から収集し、本人の全体像を知る取り組みをしている。		
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	利用者様一人ひとりの生活リズムを把握し、その人ができることに注目し、現状の把握に努めている。できないことがある場合はどうしたらできるか、又、出来ないことに変るものはないか検討しながら行っている。		
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	利用者様毎に3ヶ月に1回のペースでカンファレンスを実施している。家族の要望や本人の状態や希望を把握し、本人の必要なこと、気をつけることなどを把握しケアプランを作成している。	家族等や利用者の意向を基に、医療関係者の意見を参考にして計画を作成している。毎月モニタリングを行い、基本1年で見直しを行っているが、利用者の状況に変化があっ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	利用者様の日々の変化や、職員の気付きなどケース記録に記載している。職員間で情報を共有しながら実践やケアプランの見直しを行い、評価をおこなっているが、一部、日々の様子の記載が少なくがケアプランの実施状況のみに偏っているところもある。		
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	利用者様・家族の希望や状況において、通院や送迎等、買物に同行するなど必要な支援は柔軟に対応している。		

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
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	市事業所のオムツ券を活用している他、協力施設のリフトカーを借りることもある。		
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	入所時にかかりつけ医の継続・変更についてや入所後、直近でに通院歴の症状のない診療科への受診が検討される場合において家族の通院先の意向の確認を行い、入所前の関係性が継続できるよう対応している。	契約時にかかりつけ医への継続受診が可能なことを説明している他、協力医療機関の訪問診療が月2回ある。家族等が付き添う際には、日々の状態を手紙にしてかかりつけ医に持参してもらい、職員が付き添う際はケース記録を持参し、報告している。	
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	看護師や隣接施設の看護師と連携を図っている。体調や些細な変化を見逃さないよう、常日頃から、早期発見に取り組んでいる。変化等に気付いたことがあれば、協力病院の看護師に利用者様の状況を密に相談し、指示・助言を受けながら、日々の健康管理に努めている。		
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。	職員が定期的に病室を訪問し、本人の病状について看護師に聞き取りをし、状況把握に努めている。又、早期退院できるように病院より今後の方向性や受診についての説明を受け、家族・主治医とともに話し合いの場を持ち・速やかな退院支援に結び付けている。		
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	医療行為が発生しないよう、身体的機能の低下及び認知症の進行に伴う重度化については、長期的支援の継続が出来ている。利用者様・家族の意向を踏まえ、医師、職員が連携をとりながら、安心して最期を迎えられるように、随時確認しながら支援に取り組んでいる。		
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	応急処置マニュアルをもとに職員はいつでも振り返りができるようになっている。又、定期的な勉強会にて知識・方法を取得できるように努めている。急変時の救急対応時、今までの経緯が伝えられるよう書類作成し、現状報告に専念できるようにしている。		
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	定期的に消火・避難誘導・通報訓練を実施している。	夜間や地震を想定した避難訓練を行い、訓練後は反省会を行って課題について話し合っている。災害に備えて、一覧表を作成し、備蓄品を管理している。	

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	排泄介助や、その際の声掛けなどは他の利用者様に気付かれぬよう、声掛けを工夫している。利用者様が毎日継続されていることについて、応援する言葉掛けを行っている。	利用者の誇りやプライバシーに配慮した言葉かけに配慮している。個人情報に関する同意書はあるが、肖像権に関する同意書を得るまでには至っていない。人権尊重や守秘義務について研修を行っている。	肖像権に関し事務関係と一緒に同意を得ているので肖像権に関しては「同意しない」も選択できるような確認書にすることを期待する。
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	本人の希望を聞きながら、利用者様の負担のないよう生活が出来るよう心掛けている。言葉で自分の思いを伝えられない利用者様については表情をよみとり、短い言葉掛けを何度も行うなど、利用者様の表情と合わせてできるだけ本人が決定できるようにしている。		
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	利用者様の希望や体調に合わせ、無理のない活動を行っている。趣味の観葉植物の手入れなど、興味のあることが継続でき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	季節や気温などに合わせ、洋服を選ぶ相談にのり、一緒に選ぶようにしている。全介助の方には、気候に合った服を職員が選び、同意を求めている。月1回の訪問理美容を利用されている方も多い。		
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	職員と利用者様が同じテーブルを囲んで楽しく食事を摂れるようにしている。トレーの準備や食器拭きなど、各利用者様の能力にあったことを協力していただいている。	献立は事業内で作成され、職員が調理しているので利用者の希望を取り入れやすい。苦手な献立の時には献立の変更をしたり、食形態の変更も行っている。クッキング日には利用者職員で昼食やおやつを作ったりしている。	
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	水分・食事チェック表にて1日の状況を把握し確認している。水分・食事が不足している方には、本人の食べやすい、好きなもので摂取していただくよう工夫している。		
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に、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、本人の能力に合わせ、口腔ケアを実施している。又、家族や本人の希望により、毎食後の口腔ケアの他、週1回の訪問歯科を受診している方もいる。		

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、排泄パターンの把握をし、案内する時間を変えたり、声掛けの量を増やしたりしている。夜間オムツ使用の方でも日中はできるだけトイレでの排泄を心掛けている。尿取りパット等の使用方法についても、会議等で見直しを行いながら適した対応を行っている。	排泄チェック表からそれぞれの排泄パターンを把握し、利用者の様子を見て、その人に合わせた声掛けをしている。出来るだけトイレでの排泄支援に努めている。	
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	水分量を把握し、水分摂取量の少ない方はお茶などの水分を増やしたりゼリーなどを摂取していただいている。便秘気味の方には、毎日、ヨーグルトや果物を摂取していただき、腸内環境の改善に努めている。歩行運動や体操の働きかけをしながら、便秘の予防や対応に努めている。		
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	入浴の曜日は基本固定となっているが、一人ひとりの状況や体調に合わせている。又、体調不良や入浴ができない場合は翌日に変更するなどしている。	入浴は基本週3回、午後からとなっているが、利用者の意向や体調に合わせて、いつでも入れるように配慮している。ゆず湯などの季節の湯や入浴剤の使用、機械浴など入浴が楽しめるよう支援している。	
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	生活リズムに合わせた休息や就寝できるよう配慮した声掛けを行っている。シーツ交換は週1回実施し、衛生保持に努めている。		
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	個人ファイルに処方薬情報を保管し、効能・副作用などが全職員が分かるようにしている。薬に変更や追加などがある場合は、連絡ノートに記載し、状態変化の観察に努めている。服薬の間違いがないよう、毎回、日付、名前を利用者様と確認している。飲み忘れがないよう、内服後の袋も取っておき、残薬がないことを確認している。		
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	一人ひとりの能力や生活歴に合わせ、食事の準備、食器拭き、洗濯干し、洗濯たみなどをお願いし、感謝の言葉を伝えるようにしている。新聞を読む事を楽しみにしている方には毎日、欠かさず新聞を読むことができるように支援を行っている。		
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	施設周辺などには、いつでも外出できるようにしている。利用者様の希望により、買物や衣類を買いに一緒に出かけたりしている。家族の協力も含め、希望に添って外出できるよう支援している。計画のもと、外食やデザート食べに出かけている。	事業所の敷地内で、野菜の栽培をしたり、近隣に散歩に出かけられるように支援している。近所のスーパーでの買物を楽しみ、季節や生活の変化を感じられるよう配慮している。年間行事計画を立てて、花見や紅葉狩りなどに出かけている。	

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	利用者様にとっては、心の安定を図る為、お金を自身で管理されている方もいる。自身で管理できない方は、買物や必要な時のみお金を持参し、自分で支払いをしている。		
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	利用者様の希望に応じて、電話を掛けたり、手紙を出せるよう支援している。電話は施設の固定電話や、携帯を使用し、居室で話しをすることができるようにしている。		
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	座席の位置など、利用者様同士が不快にならないように、職員間で様子を伺いながら検討している。フロアでは季節感を感じていただけるよう装飾を行い、花や観葉植物も育てている。廊下には外出やイベント時の写真を掲示し、本人や家族にも様子を知っていただけるようにしている。	玄関スペースには観葉植物が飾られ、飲み物の自販機も設置されている。季節が感じられるようひな壇が飾られ、廊下には行事の写真など掲示されており、事業所での暮らしがわかるようになっている。事業所全体に掃除が行き届き清潔に保たれ、温度や湿度も管理されている。天井にある排煙用の窓からは、柔らかな日差しが差し込んでいる。事業所内、至る所にソファが配置され、利用者は思い思いの場所で寛ぐことが出来ている。	
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	フロアにソファを2つ配置し、一人でゆっくり座られ、くつろいだり、数名で談笑されるなどされている。		
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	利用者様毎に使い慣れた家具を持ち込み、それぞれの利用者様の居心地らしさに配慮している。ベッドの向きや配置も利用者様の状況に合わせ、利用者様・家族と相談のもと工夫している。	居室にはエアコンやベッド、洗面台、カーテン等が備え付けられている。家族等や利用者には、使い慣れた物を持ち込等をもち込んでもらえるよう話している。	
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	車椅子同士でもすれ違える廊下の広さを確保し、歩行者も安全に移動できるようにしている。本人の身体能力に応じ、ベッドの配置位置を検討し、自身の力で動けるように個々に合わせた配慮をしている。安全に関しては、家族、本人の思いと、レベル低下等により食い違いが出てきた時には、その都度相談しながら提案等行い安全な環境作りに取り組んでいる。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 グループホーム 小吹ケアセンター

作成日 令和 1年 7月 3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	1	常時職員に対する意識付けをする機会を設けていない。	意識付けの徹底	月1回の職員会議で、職員に対して、内容の把握に努める。	3ヶ月
2	14	肖像権に関する同意書は得ていない。	個人情報使用同意書の作成	「利用契約における個人情報使用同意書」において肖像（容姿やその画像など）権に関して（同意しない）も選択できる確認書の作成をする。	1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。