

## 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	月1回の会議で、理念の確認を行っている。又、食堂、休憩室、事務所に理念を掲示することで職員が常に目にして、意識しながら業務を遂行できるようにしている。毎年全職員で、理念を念頭に置いた個人目標を立て実践しスキルアップを図っている。理念にある地域交流に重点を置いた活動支援を行なっている。	開設時からの理念を毎月グループホーム会議で復唱して確認している。また、毎年職員全員が個別に理念に基づいたスキルアップ目標を掲げて取り組み、上司や主任と2回の面接を経て2月に振り返りを行い、次につなげられるように評価を行っている。	
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	年2回お祭りを開催し、地域の方や児童を招いている。地域の小学校行事である運動会、文化祭に出向き、児童や父兄との交流を図っている。毎月、地域や公民館、小学校に便りを配布している。地元スーパーからの食材発注や地域の方からの慰問ボランティアの受け入れ等様々な交流を図っている。周辺地域の散歩を日課とし、日常的に地域の方と交流している。	開設当初から地域に働き掛けを行って関係づくりに努めてきた。地域の小学校の運動会や文化祭にも積極的に出向いて交流を図っている。通学路にもあたることから小学生が気軽に寄っていくこともある。天気の良い日には事業所周辺の散歩をして地域の人たちと挨拶や声掛けを交わしている。	
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	毎月発行している便りに、認知症カフェの案内を掲載し、認知症理解のためのミニ講座を行っている。又毎日、認知症に関する相談も受け付けている。小学校の文化祭に認知症カフェのコーナーを設けて、子供達や地域の方々にクイズ形式で認知症の問題を回答してもらう等、啓発活動を行っている。		
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	会議のメンバーは、ご利用者、ご家族、民生委員、自治会長、市社協職員、市職員、地域包括職員で構成されており、行事などの活動、研修や評価への取り組みを書面とプロジェクトで報告している。そこで地域行事の情報を聞き小学校文化祭での認知症カフェ開催や、お祭りに参加し地域との交流を深めることができた。	会議は2か月に1回、併設の小規模多機能型居宅介護事業所と合同で開催している。年度初めは事業所内を見学してもらっている。認知症カフェについても、メンバーから「待っているだけでなく、学校の文化祭で開催してはどうか」という意見があり、カフェのコーナーを設けたところ50数名の参加があり好評を博した。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	運営推進会議内で、市職員に活動状況を報告し、意見を伺い水害発生時訓練や認知症カフェの重要性についてアドバイスを頂いている。いつでも、電話やメールにて相談をしている。便りを下田サービスセンターに届け活動内容を報告している。	市の担当者は運営推進会議に参加しており、事業所の状況は把握してもらっている。毎月の広報誌は市役所の地区庁舎に持参し顔の見える関係づくりに努めている。認知症カフェ開催などについても日常的に連絡しており、困難ケースなどは地域包括支援センターと連携しながら市へも相談している。	

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
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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	施設内研修に参加し、理解を深めている。日中玄関は、常時開放されている。月1回のグループホーム職員会議では、身体拘束についてグレーゾーンも含め、検討している。また、本体合同の身体的拘束等適正化検討委員会を3ヶ月に1回開催している。	マニュアルを整備して内部研修を実施しており、部署ごとに毎月言葉遣いについて振り返りを行って身体拘束のないケアに取り組んでいる。母体の特別養護老人ホームと合同の「身体的拘束等適正化検討委員会」を3か月に1回定期的に開催している。2階の入口にはチャイムを設置しているが、利用者が出かけたときは職員が付き添いをしていく。	
7	(5-2)	○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	施設内で行われる虐待に関する研修に参加し、理解を深めている。また、月1回行っている会議内で身体、精神の両面で虐待に当てはまることは無いか検討し、適切な言葉遣いや対応方法を職員間で統一できるようにしている。	マニュアルを整備し、内部研修を定期的実施している。毎月の会議でも虐待の可能性について確認しており、不適切な言葉遣いやケアについても、その都度職員間で話し合いをしている。職員のストレス等についても、いつでも話ができるように管理者は体制を整えている。	
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	年1回研修を行い、職員に理解してもらい機会を作っている。外部研修にも参加し、学ぶ機会を持った。必要と思われるケースは、家族に働きかけ、市役所と連携し活用に向けて取り組む。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約または改定等の際は、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	契約時に契約書、重要事項説明書、利用料等十分な時間をかけて説明を行っている。その上でご利用者、ご家族からの不安、疑問点に関しても丁寧な説明を心がけている。改定時は、説明会を行ったり、文書による周知と直接会えない場合は電話連絡で説明を行っている。		
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	ご利用者の自治会から出た希望は、定期会議内で検討し、実現できるよう支援している。又、生活の中でご利用者の言葉に耳を傾け希望を聞き取っている。ご家族には、面会やプラン説明時、家族交流会の際に意見を聞き、要望があった際は速やかに実践している。玄関ホールに意見箱を設置している。毎年アンケート調査を行っている。	玄関に意見箱を設置しているが、利用はない。毎年2月にアンケート調査を実施し、回答結果は全員に郵送して周知している。開設時より毎月開催している利用者の「コスモスの会自治会」で出された「レクリエーション」や「行事」、「食べたい物」や「出かけた所」などの希望にできるだけ応じられるように支援している。	
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	月1回の会議前に全職員より業務に関する意見を提出用紙に記入してもらっている。その内容を会議で検討し、改善事項等周知し業務に反映させている。年2回職員と面接の機会を設けている。また、随時提案や相談があれば個別に話し合いの機会を設けている。	毎月の会議前には、全職員が意見を出せるように、利用者のごこと、伝達や連絡事項などを記載して提出してもらっている。会議では利用者への介護内容や業務の改善事項を検討しており、人事に関することや予算が必要なものは管理者から母体施設にあげて検討してもらっている。最近では加湿器が故障したため希望を出して新規購入した。	

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
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	法人として正職員への登用制度、資格手当支給制度などがある。資格取得の場合は、それを活用できるよう配慮すると共に、異動調査を実施し、希望を取り入れる体制がある。また、ライフスタイルに合わせて働き方が選択でき、5日間以上の年休の計画付与も実施している。		
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	個別研修計画作成し、上司との面談を実施しながら目標に向かっていく体制を作っている。また、施設内研修、バックアップ施設との合同研修は勤務時間内に開催し参加しやすい環境を作り参加を勧めている。外部研修、他施設との職員交換研修も行い、外を経験する機会を作っている。		
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	市内のグループホーム連絡会の定期的な情報交換、勉強会に参加し、それを施設内会議で発表し、ケアの改善につなげている。また、他事業所の行事に参加したり、招いたりの中で顔の見える関係づくりを行い、気軽に情報交換が出来るようになった。		
<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	入所前に事前面接を行い、ご本人に入所にあたり丁寧な説明をすると共に、ご本人の不安や要望を聞き取っている。ご家族からも、ご本人が安心して過ごせるよう性格や生活歴等を伺い職員に周知している。		
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	入所前の事前面接時に、ご家族からの要望や不安を聞き取り、丁寧に説明を行い、必要であればご本人の事前見学も受付けている。入所後の面会時や受診時には、体調や生活の様子を職員から積極的に伝え、ご家族との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	ご本人、ご家族及び担当ケアマネジャーと情報交換をしながらニーズの把握をすると共に、提供できるサービスの説明を行っている。必要であれば他サービス機関の情報も説明し、その後の対応も共に考えている。		
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	ご本人のできること、得意なことを職員が把握し、一人ひとりに合わせた得意分野の家事作業、畑仕事、買い物等の活動を自発的に参加できるように、補助、支援している。		

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
19	(7-2)	○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	ご家族の面会時にはご利用者の生活の様子を詳しく伝え、信頼関係の構築に努めている。受診や外出支援の協力もお願いしている。3ヶ月に1回、ご本人の様子を伝える手紙の送付や納涼祭、収穫祭、お誕生会、クリスマス家族交流会などに参加して頂き、共にご本人を支えて行く関係を築いている。	家族には受診時の同行や受診後の外食など外出支援を依頼している。面会時には本人の生活状況を伝え、家族との関係が途切れないよう協力依頼をしている。また、3ヶ月に1回、本人が作成した塗り絵の手紙を送り、面会に来られない家族にも生活の様子が伝わるようにしている。行事の際には家族へも案内の手紙を出して参加してもらっている。	
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	3ヶ月に1回、ご家族にご本人の生活の様子を写真入りの手紙で伝えている。施設行事、家族交流会等ご家族に、施設に向向してもらえ環境を整えている。馴染みのスーパーへの買い物や地域の祭り等への外出を支援している。	行きつけの美容院を利用したり、仲良くしていた近所の方が定期的に来訪して一緒に食事や買物に出かけるなど親しい関係を継続できている。スーパーへ買い物に行ったり、地域の祭りをはじめとした行事への参加ができるよう人や場との関係継続を支援している。	
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	ご利用者一人ひとりの性格や生活歴を把握し、食席を配慮している。個人作業や、共同作業を提供し、できない所は職員と一緒にしながら楽しめるよう支援している。カラオケや運動レクリエーション等、ご利用者同士が集まって楽しく過ごせるよう努めている。		
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	契約終了後も入所施設へ面会に出向いたり、施設行事に、ご家族が参加される等関係性を大切にしている。関連機関への情報提供、ご本人ご家族の心配など必要に応じて相談を受けている。		
<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	日々の関わりの中での会話やご本人の表情、様子から、その方の思いや希望を感じ取り、意向の把握に努めている。困難な場合は、担当職員が、ご本人の状態を考慮して、代弁者としてカンファレンスに思いを持ち込み、検討材料としている。	利用者には日常的に声掛けや働き掛けをして意向を確認している。日々の関わりの中で気づくこともあり、アセスメントシートに追記して担当職員がチェックしている。3ヶ月に1回モニタリングを行い、年1回の計画の見直しの機会に本人の希望や家族の思いなどをあらためて記入したり修正している。	
24	(9-2)	○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	ご利用者、ご家族、担当ケアマネジャー等関わりのある方から、積極的に情報を集めフェイスシートとしてまとめ、個人の生活記録の表紙に入れている。またご家族に心身、暮らしの情報を記入して頂きアセスメントシートを作成している。友人、知人の面会時等、更に情報収集を重ね、新たな情報はフェイスシートに追加して記録している。	自宅からの入居者については、自宅を訪問して居室や寝具の状況、食事環境など、生活の状況を確認している。居宅のケアマネジャーや利用していたサービス事業所からも情報収集している。家族からもセンター方式のアセスメントシートに情報を記入してもらい、その後得られた情報はその都度追記して共有している。	

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
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、有する方等の現状の把握に努めている	一人ひとりの日々の生活パターンを理解し、心身状態の変化に留意し気付いたことは全て生活記録に残している。特記事項は連絡ノートに申し送り、全職員に周知している。モニタリングを行い、会議で検討し現状の把握に努めている。		
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	居室担当者、計画作成者を中心に、ご本人の意向、ご家族の意向を反映させたケアプランを立案している。定期会議前に全職員より情報を収集し、会議時に検討することでモニタリングやケアプラン見直しにつながっている。	担当職員と計画作成担当者が、担当者会議に合わせて家族の意向を確認し、本人については日常的に確認して介護計画を作成している。定期会議の前に全職員から本人について情報収集し、それをもとに会議で検討し、モニタリングや介護計画の見直しにつなげている。	介護計画作成のプロセスの中で、個々に家族の意向や本人の思いなどは確認しているが、その後の担当者会議に本人や家族の関わりが見られない。本人本位の介護計画作成のためにも本人や家族のさらなる作成プロセスへの参加を働きかけることを望みたい。また、介護計画作成のプロセスに参加することを、共に本人の生活を支える家族の役割として位置付けることも期待したい。
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	生活記録に、ご利用者の日々の様子や活動の記録を残し、月1回居室担当がケアプラン評価を行い、生活記録に記載している。日々の職員の気づき、提案事項は会議シートに記載し、会議時に検討を行いモニタリング、ケアプラン作成、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、その時々にも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	ご利用者やご家族の状況に応じて受診の同行、買い物支援など柔軟な対応を行っている。状態変化時は手紙にて、かかりつけ医に相談したり、受診同行を行い医師に症状を伝えるなど、連携を取りながら支援している。		
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	地域のボランティア、慰問の方々を定期的に受け入れ、ご利用者も喜ばれている。また、地域の床屋から散髪に来て頂いたり、小学校との交流や図書館、スーパー、薬局等へもご利用者と一緒に出かけ、地域資源を活用している。		
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	かかりつけ医はご本人、ご家族と相談の上で決定し定期的に、ご家族に受診して頂いている。その際、ご利用者の状態や施設での様子を家族に伝え、必要であれば体調観察データや書面にて本人の様子を医師に伝えている。	基本的に入居前のかかりつけ医を継続しており、受診には原則家族が同行しているが、必要時や緊急時は職員が受診に同行している。受診の際は事業所で作成している「健康管理表」をコピーして持参してもらうことで日頃の様子を情報提供できるようにしている。医師からの指示等は都度連絡を受けており、きめ細やかな対応を心掛けている。	

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
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	日々の健康状態を記録し、毎朝のミーティング時小規模看護師に情報を提供し、話し合いを行ったり、アドバイスをもたらしている。特変時は、適切な支援を受けられるよう体制を整えている。		
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。	入院時は早期に看護師や家人より病状や治療内容などの情報を聞き、状態把握に努めている。退院時には病院へ出向き関係者との情報交換、相談を行っている。		
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	入居時に重度化した場合と看取りについての方針は重要事項説明書の中で納得して頂けるように丁寧に説明している。状態変化があり重度化した場合、設備の整った施設への申込み調整など、施設として可能な対応をご家族に説明している。ご本人、ご家族、主治医の方針や意向の確認を行うと共に、体調変化時速やかに受診や対応ができるように努めている。	重度化や看取りに関する指針を整備しており、入居時には指針をもとに十分に説明を行っている。また、状態変化時その都度本人、家族の意向を確認し、同法人の特別養護老人ホームとも連携しながら住み替え等がスムーズにできるように支援を行っている。	
34	(12-2)	○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	園内研修でAEDの取扱い、急変時の対応方法、職員への連絡方法等の訓練を行っている。急変時の対応の流れや、連絡体制などが記されたマニュアルを日頃、確認できる場所に設置している。	急変時の対応マニュアルは整備されている。5月の研修では、座学だけでなく必要な物品を箱にセットして一人ずつ手順を見ながら実際に処置を実施してみる訓練を行っている。また、11月には職員全員が急変時対応のDVDを見て一つ一つ確認している。AEDも1階に設置されており、全員が使えるように訓練している。	
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	水害、火災、地震発生時訓練や緊急連絡網訓練を実施している。火災発生時の避難訓練は、年2回行いそのうち1回は、消防署からの指導を頂いている他、自治会長にも参加して頂いている。非常ベル作動時や事業所からの連絡でセコムからも避難補助を受ける体制となっている。	水害の被災経験のある地区であり、6月にある市一斉の訓練には毎年参加している。9月には消防署立ち合いのもと夜間想定で火災の避難訓練を実施し、10月には地震想定訓練を実施している。自治会長に毎年参加してもらい地域との連携を図っている。各種災害ごとのマニュアルは整備されており、水や非常食も備蓄している。	

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	なじみの関係でありながらも、入浴やトイレなど配慮が必要な際は、危険のない範囲で場を離れたり、居室のドアは閉め、入室の際はノックをする等プライバシーの確保に努めている。プライドを傷つけないよう、本人がわかりやすい声かけや対応を行っている。女性の下着当は人目のつかない場所に干している。	年度初めにプライバシー保護の研修をグループワークを取り入れて行っている。管理者は、不適切だと思われる言葉掛けなどに気づいたときにはその場で職員に注意するようにしている。記録等は利用者から見えない場所で行い、カギのついたロッカーに保管している。	
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	毎月開催している、自治会(コスモスの会)の会議にてご利用者の生活全般の希望を聞き取っている。意思表示が困難な方には、イエス、ノーで答えられるよう配慮したり、表情から読み取るようにしている。		
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	一人ひとりの生活習慣を把握し、散歩や買い物、ドライブ等その日のご利用者の希望に合わせて、過ごし方を決めている。家庭的でゆっくりと好きな事ができる環境づくりに努めている。		
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	行きつけの美容院へ行ったり、着替え時には、ご本人に服を選んでもらったりしている。昔から使っている乳液やクリームをつけたり、整髪時、クルクルドライヤーを使用したり、髭剃り、毎日髪を結ぶ等身だしなみや、おしゃれができるように配慮している。		
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	ご利用者のできることに合わせて、盛り付け、テーブル拭き、食器洗い、食器拭き等のお手伝いを行って頂いている。昼食時は職員もご利用者と一緒に食事を摂り会話しながら、楽しい食事の時間を共有している。自治会より希望メニューを決めたり、出前の日、行事メニュー等楽しみのある食事を提供している。	朝夕は食材宅配業者のメニューに基づいて食事を準備している。昼は母体施設の管理栄養士の監修のもと献立を作成し、併設の小規模多機能型居宅介護事業所で調理された料理が提供されている。食材は地域の商店から配達してもらったり、買い物に出かけている。1ヶ月に1回は外食したり、出前を取ったりしている。利用者もできる範囲で後片付けなどを手伝っている。	
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	メニューは、バックアップ施設の管理栄養士より確認してもらっている。毎食時、食事量のチェックを行い栄養や水分のバランスを確認している。食事量が少ない時は捕食をしている。月1回体重測定を行い、増減の変化を確認し食事量や食形態を調整している。		

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
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、一人ひとりの状態に合わせた口腔ケアを実施している。仕上げ磨きを行ったり、義歯のある方は夕食後、洗浄剤につけ口腔の清潔に努めている。また、週1回歯ブラシ、コップを消毒し、清潔保持に努めている。		
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	一人ひとりの排泄チェック表に、排泄した時間を記録することで、排泄パターンを把握しトイレやポータブルトイレでの排泄ができるよう支援を行っている。希望時以外でも食事やお茶の時間前後に表情、仕草を観察し、声をかけトイレ誘導やパットの汚染確認を行っている。	「健康管理表」で個々の排泄状況を把握している。夜間はポータブルトイレを利用する方も昼間はトイレでの排泄ができるよう支援している。また、日中の声掛けにより排泄の失敗がなくなった事例もある。	
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、排便のリズムや量や状態の観察、記録を行い下剤の調整を行っている。自然な排便を目指し、毎食時のお茶にオリゴ糖を入れたり、水分に乳製品を取り入れ、一日の水分摂取量を確認している。朝のラジオ体操や散歩、毎日夕方のリハビリ体操やレクリエーションで適度な運動の機会を設けている。		
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	基本的な入浴日は決まっているが、ご利用者の体調や希望、タイミングに合わせて時間や日を変え、柔軟な対応を行っている。浴室に富士山の写真を貼ったり、菖蒲やゆず等季節を感じる、かわり湯を行ったり、毎月色々な効果や香りの入浴剤を入れ楽しい入浴に努めている。	基本的には週2回、入浴日も決まっているが、本人の希望や体調を考慮して臨機応変に対応している。同性介助の希望にも対応しており、毎月月初めには変わり湯にして入浴をゆっくり楽しんでいただいている。	
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	日中は軽作業、レクリエーション、運動、外出など活動する事で昼夜のリズムを保ち、安眠につながるよう努めている。食後など希望時は居室でゆっくり休んで頂いている。就寝、起床時間はご利用者の生活リズムに合わせた時間となっている。眠れない時は温かい飲み物を提供し、寄り添い安心できる声かけや瞑想を行っている。		
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	内服薬説明書のファイルを作りいつでも確認できるようにしている。ご本人が内服完了するまでに4度のチェックがあり安全で確実な与薬に努めている。薬の変更があった際は連絡ノートで周知しており、変更後の症状変化は生活記録に記載している。拒薬があるご利用者には、時間をおいて与薬したり錠剤から粉薬に変更して飲みやすい工夫をしている。		
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	一人ひとりの能力に合わせて、食事の盛り付けや洗い物、食器拭き、たたみ物等出来る事を役割として行っている。昔の仕事であった畑仕事や裁縫など個々の生活歴に沿った活動や趣味などを組み合わせ、楽しみのある生活を送れるよう支援している。		

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	ご利用者の必要物品や食材購入時などは声をかけ、一緒に買い物に出かけている。晴天時はご利用者の希望を聞き、外出レクを計画し季節ごとにお花見や地域の夏祭り、菊祭り、白鳥見学等に出かけている。バックアップ施設と合同でお花見の名所に出かけたり、小学校からの招待で、運動会や文化祭にも出かけた。日常的に、近くの土手や農道への散歩を日課とし地域住民と交流している。	天気の良い日は毎日のように散歩に出かけている。利用者の希望を聞きながら、お花見や地域の夏祭りなどにも楽しみごととして出かけており、時には大きいワゴン車で外出している。近くの小学校の運動会、文化祭などにも積極的に参加して交流している。	
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	外出時は小遣いを持ち、希望の物を購入して頂いている。お買いものツアーを企画し、スーパーで思いおみの物を購入していただく機会を設けている。		
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	ご利用者の希望や家族連絡の際に電話の取り次ぎを行っている。年賀状や手紙などいつも見られるようになっている。3ヶ月に1回居室担当者からご家族に、近況報告の手紙を送っている。その手紙には、ご本人からも自筆で一言添えたり、塗り絵を入れる等の支援を行なっている。		
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	ご利用者と職員による手作りの壁面飾りや塗り絵など、四季を感じさせる飾り付けを展示している。トイレ内はハイター液で清掃し、清潔保持に努めている。ご利用者と一緒に散歩の途中で野花を摘んだり、花壇の花を生けて居室やテーブルに飾っている。畳スペースでは布団や座布団を準備し、いつでも休めるよう配慮している。フロア内の室温、湿度に留意し細目に換気を行い快適な空間づくりに努めている。	テレビの置き場所に合わせてテーブルをそれぞれ置いている。大きな窓からは山々や田園など見晴らしも良く、窓のそばの畳のスペースは昼寝をしたりくつろいだりと過ごしやすくしている。壁には利用者と職員と一緒に作成したクリスマスツリーや冬の飾りが飾られ季節を感じられるよう工夫されている。フロア内は加湿器を稼働させて乾燥しないよう注意している。	
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	フロアにはテレビやソファが設置してあり、好きな場所でくつろぐ事ができる環境整備を行っている。一人でゆっくり、外の景色やテレビを見れるソファの配置や、気のあった者同士で和気あいあいと過ごせるようなテーブル配置となっている。		
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	ご本人、ご家族と相談しながら、自宅で慣れ親しんだ家具や布団、ご家族の写真等を持ち込んで頂き、自宅での生活に近い環境を提供している。壁にはフック等を取り付け、自由に物をかけられるよう、木材板が貼り付けられている。	ベッドは事業所で準備しているが、それ以外は自宅で使用していた馴染みの物を持ち込んでもらっている。タンスや、椅子、テーブル、テレビなどのほか、家族の写真や、利用者が自分で作った作品などを飾っている。清掃は週2回行っているが、毎日自分でも掃除したり、モップをかける利用者もいる。また、必要時には職員が清掃をして清潔保持に努めている。	

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
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	トイレが分かりやすいように、サインプレートで表示したり、トイレドアには立体的に見やすい表示をしている。居室には表札やご本人が作成した塗り絵等を貼り、ご利用者が分かりやすいよう工夫している。安全に移動できるよう、環境整備を行い移動スペースを確保し見守りを行っている。		

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 ↓該当する項目に○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				

(様式3)

目標達成計画

事業所名 グループホーム花みずき

作成日: 令和 2 年 3 月 25 日

【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	26	介護計画作成のプロセスの中で、個々に家族の意向や本人の思いなどは確認している。更に、本人本位の介護計画作成のためにも、本人、家族に作成プロセスの参加を働きかけ共に本人の生活を支える家族の役割として位置付けていく。	本人本位の介護計画作成するために、本人家族の参加を働きかけ、共に本人の生活を支える家族の役割として位置付けていく。	介護計画作成のプロセスの中の担当者会議に、本人、家族にも一緒に参加して頂き、話し合い、本人本位の介護計画作成していく。	6ヶ月
2					
3					
4					
5					