

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	0894200021		
法人名	株式会社 ほーむけあいしやま		
事業所名	グループホーム 樂樂		
所在地	茨城県結城郡八千代町菅野1143-1		
自己評価作成日	平成29年9月2日	評価結果市町村受理日	平成30年1月29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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action=kouhyou_detai 2015_022_kan=true&JiyosovoCd=0894200021-00&PrefCd=08&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人認知症ケア研究所
所在地	茨城県水戸市酒門町字千束4637-2
訪問調査日	平成29年10月22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)】

ご家庭におられた時と同じように「普通の生活」を大切にしています。皆様といっしょに買い物に行ったり、調理をしたり「出来る事」を大切にしています。「ゆっくり・たのしく・いっしょに・その人らしさを大切に」が会社の理念であり、私たち職員の行動指針でもあります。また、地域の理解を広げ、地域福祉の拠点とさせて頂ける努力をしています。

【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)】

地域の中で、利用者が『ゆったり・楽しく・一緒に・その人らしく』という事業所理念に添い、利用者のペースで、今まで通りの生活の延長として、楽しく過ごしてもらえよう全職員で統一したケアの提供に努めている。ホームに慣れるまで、日中は自宅を過ごしてもらい送迎をしたり、後見人制度の申請、車の運転が出来なくなった家族の為に面会時の送迎、東京で会葬された告別式に付き添ったり利用者本位の支援に努めている。事業所として環境美化に参加をしたり、夏祭りに盛大なもてなしを行い、地域のイベントである花見や幼稚園に招待を受けて丁寧な接待を受けるなど、地域交流は密で事業所・認知症の理解を得ている事業所である。理学療法士である職員のアドバイスで、残存機能の継続維持の生活リハを実施している。歯科衛生士による口腔ケアが行き届き、肺炎予防がされている。恒例の法人全体研修(5感→感謝・感性・感動・共感・感心)を実施し、職員のスキルアップに努めている。

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	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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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)
57	利用者職員が、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)
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)
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、活き活きと働いている (参考項目:11,12)
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
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
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

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

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	利用者が住み慣れた地域で、その人らしく暮らし続けることを理念とし実践している。事業所会議等でも、話し合い理念を共有している。	『地域の中でその人らしく』とは言葉では簡単だが、利用者の気持ち・想いを受け止め、支援することが大切だと全職員で共有し、法人理念をタイムレコーダー上に掲示している他、業務開始前に読み上げて会議で確認し、実践に繋げている。年度の目標・課題・改善点と月間目標を掲げている。職員からは利用者に幸せでいて欲しいという思いでケアに当たっているという話があった。	
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	地域のお花見・夏祭りに毎年参加をし交流を深めている。日常的にも、散歩や買い物に出掛け、近隣の人と挨拶を交わしたり話をしている。	自治会に加入して環境美化に参加したり、夏祭りにはホームを休憩所として開放し、浴衣姿で利用者がおもてなしをし、老若男女が楽しいひと時を過ごし交流を重ねている。地主や民生委員の協力が大きく、花見には席を用意してもらい、盛大な歓迎を受けている。ボランティア訪問(尺八・民謡・踊り・歌・耕運機で畑の手入れ・ベランダ手直し等)があり、利用者参加型で楽しんでいる。野菜や果物の提供を受けたり、買い物や散歩に出かけたときは挨拶を交わすなど地域住民としての自然な関係ができています。敬老会・忘年会へ招待し認知症・事業所の理解を得ている。	
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	避難訓練や運営推進会議へのお誘い、敬老会・忘年会への招待をし、認知症の理解や支援の方法を実感して頂いている。		
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	行事やサービス内容を報告し、検討事項について話し合いを行い、出席者の意見を参考にしてサービス向上に努めている。	構成メンバーは家族・民生委員・区長・行政・事業所担当者で、2か月ごとに開催。事業予定・報告・利用者状況・季節に応じたミニ研修(ホームで開催した防災士による水害について説明)を行い、席上出た意見をサービス向上に活かしている。欠席の家族には郵送し、職員には会議で報告して共有している。	
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	町の担当者とは、日頃から連絡を密にとり、事業所の取り組みを積極的に伝え、適時にアドバイスを受けている。	社会福祉課・県政県民センター・社協との連携を深め、協力関係を築いている。時には利用者と一緒に出掛け、利用者の状況や事業所の取組を伝えている。幼稚園のイベントへ招待されたり、小学生のボランティア訪問、中学生の体験学習の場として事業所を提供、ハローワークヘルパー養成講座や専門学校生の実習を受け入れている。地域密着型連絡協議会・ケアマネ会に参加し、情報交換を行っている。オレンジカフェに出かけている。	

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
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	事業所会議で、適時に勉強会を開き身体拘束の内容・弊害について学び、施錠や様々な拘束へのデメリット理解し身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	安全安心委員会とスキルアップ委員会が主となって勉強会を実施し、身体拘束となる行為・事例(ホームで起こり得る事案)・弊害を周知し、拘束をせず目配り・気配りで利用者を見守り、安全・安心に向けたケアの提供に努めている。車いすの点検は職員が実施している。	
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	玄関にポスターの掲示を行い虐待の防止に努めている。また、ユニット会議等で意見交換をし、情報の共有化を図っている。		
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	職員の認識が浅いので、ユニット会議での勉強会・外部研修等で理解を深めるようにする。		
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	契約時に契約書の内容・重要事項説明書を丁寧に説明し、改定等の際にも十分な説明を行い理解・納得を図っている。		
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	面会時に、利用者・ご家族・職員とで話す機会を設け意見を伺っている。運営推進会議への参加も呼び掛け意見・要望を出して頂いている。	意見箱の設置・第3者機関名・電話番号を明示して意見の言い出しにくい家族・利用者に配慮しているが、そちらかの意見は無い。面会時・家族会・運営推進会議で意見を聞き、即答できない場合は後からフィードバックしているが、最近では要望等は無い。2か月ごとに広報誌発送し、担当職員が状況を報告している。	事業所の取組みが家族に伝わっていない部分がある様に感じる。キーパーソンだけでなく、広報誌や状況報告書等を希望をする家族にも送付し、事業所の取組みを伝えることにより協力体制もさらに大きくなることを期待する。
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回の事業所会議、業務時の申し送りの際に、意見や提案を聞いて運営に反映させている。	現場の気づきや提案はその場で改善できる場合は変更している。職員の雰囲気から悩みやストレスがありそうなときは管理者が話しかけ、解消に努めている。月1回の会議には代表も参加し、職員の思いを聞いている。資格取得・外部研修は全額事業所負担で受講し、職員のスキルアップに努めている。衣装代を支給したり、親睦会・忘年会等チームワークと職場環境の整備に努めている。代表・管理者・職員の関係は良好で、何でも話せ仕事が楽しいと職員から話が聞けた。	
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	職員個々の状況を管理者を通じて把握され、研修参加等により向上心を持って働けるように努めている。		

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
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	法人内外の研修を確保している。法人内では段階に応じて、新人・中堅・管理者研修がある。研修の報告は会議で発表し、1カ月後には評価するようにしてある。		
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	他事業所の交流会や勉強会への参加。利用者の受け入れなどでの交流を持ち、お互いが協力できる体制作りにも努めている。		
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	本人の心身の状態や、思いに向き合い、不安要因に互いに向き合いながら、利用者から受け入れられるような信頼関係を築けるよう心掛けている。		
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	これまでの家族の苦勞や、サービスの利用状況・経緯・要望等について、家族の気持ちになって話を聞いて、次の相談につなげている。		
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	本人や家族の思い・状況を確認し、まず必要とされる支援を可能な限り柔軟な対応ができるように努めている。		
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	支援する、される側という意識を持たず、お互いに協働しながら、その人らしく生活ができるように場所作りや声掛けをしている。		
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	家族の思いに寄り添い日々の暮らしの出来事や、気づき・変化の状況を、2ヶ月に1回のお手紙と面会時に伝え、家族と同じような思いで支援していることを伝える。		
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	家族会・面会など、家族との触れ合いを大切にし、馴染みの人と会ったりできるよう支援している。	電話・手紙の支援を行い、遠方の親族や友人とのなじみの関係の継続や、面会の他にも家族会を開催し事業所に来る機会を設け、利用者と家族(運転のできなくなった家族の送迎を実施)との大切な関係が途切れないように配慮している。家族の協力を得て、お墓参り・外食・買い物・外泊等や職員支援により東京で会葬された告別式・博物館・図書館・市役所等なじみの場所に出かけている。今まで通り毎週、乳酸飲料を持参してくる家族がいる。	

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
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	食事の席やレクリエーションでの位置など考 慮し、1日の流れの中で協同の意識や、役 割を持ちながら活動して頂けるよう努めてい 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	サービスの利用が終了された方にも、継続 して遊びに来て頂けるよう声掛けをしていま す。		
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	日々の関わりの中で、言語・表情等から思 い・希望・意向の把握に努めている。意思疎 通の難しい方には、ご家族と相談し本人本 位に検討している。	日々の関わりや会話、アセスメント、職歴、生活歴から思いや 希望の意向の把握に努めている。趣味の継続(畑仕事・読 書・カラオケ・踊り等)や利用者が出来ることを見極め、お願 いすることで、利用者にはそれがやりがいとなり、会話が增え たり、生活リハに繋がっている。困難な場合は家族に相談し たり、問いかけを工夫して、自己決定できる場面の設定・表 情・様子から利用者本位に検討している。気づきや変化は記 録に残し、職員で共有するシステムとなっている。誕生日に は必ずその日にお祝いをしている。	
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	基本情報を確認し、また、本人の話や、家 族・知人等の面会時に、可能な限り話を聞 いて把握に努めている。		
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	いっしょに生活する中で、出来る事に注目 し、日々の過ごし方、心身状態、有する力等 を、会議・申し送り等で情報を共有化してい 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	本人らしく生活ができるように、本人や家族 の要望に耳を傾け、医療等関係者の意見も 含めて、職員会議で話し合い現状に即した 介護計画を作成している。	家族・利用者を含めた担当者会議を実施し、さらに医療関係 者の意見も含めてカンファレンスで課題とケアのあり方につ いて話し合い、現況に即したプランを作成している。作成後は 家族に説明し同意を得ている。前回の評価を受け目標達成 に向けた支援内容・気づき・工夫をケース記録と業務日誌に 残し職員で共有している。モニタリングから評価に繋げ、見直 しに活かしている。	
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	日々の様子やケアの実践・結果、気づきや 工夫をケース記録に記入し、職員間で情報 を共有しながら、介護の統一化・個別化、介 護計画の見直しに活かしている。		

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
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	本人や家族の状況に応じて、通院・オレンジカフェの参加等柔軟な支援に取り組んでいる。		
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	地域の方々や近隣施設への働きかけや、ボランティア(日本舞踊等)への協力もお願いしてある。		
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	訪問診療が2週間に1回あり、また、適時に通院している。また、家族のみで受診した時は、診療結果や対応などの報告を受けている。	訪問診療が2週間毎に、訪問看護が週1回入っており、状態・気づきを報告し、受診結果をケース記録・居宅療養管理指導書・情報提供書に残している。特異がなければ、2か月ごとに家族に報告しており、異変があればすぐに報告し、記録に残している。家族が付き添い、受診の場合は報告を受け、記録に残して職員も共有している。	
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	週1回の訪問看護時に、職員の情報や気づきを報告している。また、ケース記録に利用者の状況・注意点を記録して頂き、職員も情報を共有し統一したケアを行っている。		
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。	入院時には、医療機関に情報を提供し、本人の負担にならないように見舞いに行っている。家族と連絡を取り、退院後の対応等を病院関係者から指示助言を頂きながら努めている。		
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、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化した場合や終末期の対応については、契約時に話し合い看取りの同意書を頂いている。その上で、利用者の状況に応じ、医師・看護師と連携を図りながら、家族と話し合い取り組んでいる。	契約時に終末期の対応について話し合い、同意書を取り交わしている。重篤時に再度話し合い、医師・訪看・家族と連携を取りながら、旅立ちの支援に、全職員で取り組んでいる。夜間帯は24時間訪看連絡可能。代表がいつでも駆けつけてくれるので、職員の不安は軽減している。旅立ちの時は他の利用者も手を合わせてお別れをし、家族から感謝の言葉を頂き職員の励みとなっている。	
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	月1回の事業所会議で話し合いを設けている。急変や事故発生時については、マニュアルを整備し周知徹底を図っている。		

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
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	防災訓練は、昼夜・いろいろな災害を想定し、近隣の方にも参加して頂き定期的に行っている。また、社内で防災委員会を設置し、防災の知識・技能向上に努めている。	近隣住民・自主自衛団と合同で年3回(消防署指導・自主訓練2)を実施し(初期消火・夜間想定・消火器使用・緊急通報システム→代表・防災責任者には連動→連動数を増加申請中・連絡網・避難経路確認・利用者行動把握等)利用者が安全に避難できる方法を職員は身につけている。消防署指導と防災委員会を設置し技能・知識向上に努めている。備蓄品・緊急持ち出し用品は整備している。広域避難場所は周知している。具体的な自然災害・Jアラートについての対応マニュアルを作成している。コンセントの点検や外回りの見回りを実施している。	
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	個人の意思・人格を尊重し、一人ひとりに合った対応を心掛けている。本人の自己決定を大切にして、言葉掛けや対応をしている。	利用者と職員の関係が良好だからこそ、失礼の無いように対応に注意を払っている。書類関係は事務所内に保管し、個人情報保護に努めている。情報開示に関しては同意書を取り交わしている。面会簿は個人ごとに記入している。	
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	利用者に合わせて声掛けをし、些細な言葉・表情等から思いや希望を汲み取れるようにしている。本人の自己決定が出来る環境作りを努めています。		
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	利用者の気持ち、生活のリズム・ペースを大切にしています。体調を考慮しながら、その人の気持ちにそって支援している。		
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	本人の生活習慣・好みを大切にしています。行事の際には、着付け・化粧をしたりとおしゃれを楽しんで頂けるよう支援している。		
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	利用者と相談しメニューを決めたり、準備や片づけなど一緒に行っている。利用者と職員が同じテーブルでお話しをしながら、楽しんで食事ができるようにしている。	利用者と相談してメニューを決め買い出し、下準備、配膳、下膳、食器拭き等を楽しみながら自分の役割として行っている。月1回は全利用者で料理する日がある。職員も同じテーブルを囲み、利用者に見守りしながら、会話のある楽しい食事風景であった。食事形態や食事時間は利用者に合わせている。季節の食材を取り入れ、一品ごとに、陶器の食器(茶碗・お椀・箸・湯呑は個人用)に盛り付け、食欲を注ぐ工夫があった。外食や手作り弁当持参でピクニックや行事食は利用者の食欲が進むという。	
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	献立や食事量や水分量の摂取状況を毎日チェックしている。水分確保には、注意して脱水の防止をしている。また、管理栄養士に献立のアドバイスを受け栄養バランスの改善に努めている。		

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
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、うがい・歯磨きの声掛けをし、状況に応じ介助を行っている。専任の歯科衛生士により、歯石除去を行っている。		
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	排泄チェックを行うことにより、排泄パターンを把握し、中重度の方でも出来るだけトイレでの排泄が出来るように支援している。	排泄チェック・パターン・様子・表情から察知しさりげなく声替えを行い、トイレに誘導してトイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。職員の取組により改善された利用者が多い。理学療法士の職員による下肢筋力強化・植物繊維・乳製品・水分摂取・散歩・運動から自然排便に努めている。	
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	便秘予防には、食物繊維や乳製品や水分の摂取に注意している。散歩や体操する機会をつくって、自然排便が出来るように支援している。		
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	本人の希望に沿った時間に入浴できるようにしている。職員の都合では無く、一人ひとりのペースに合わせた支援をしている。	基本的には週3回の入浴支援であるが、希望があれば、入浴はいつでも可能である。時間は職員の都合で決めず利用者の希望に合わせている。入浴拒否は臨機応変に対応。体調によっては清拭・足浴対応を行っている。季節の菖蒲湯・ゆず湯等で昔の習わしを大切にしている。皮膚感染予防対策として足ふきマットは個人用を使用。着替えの用意は利用者もしくは職員と一緒にしている。まき爪は訪看が処置をしている。	
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	体調や生活習慣に応じて休息したり、眠れるよう支援している。眠りの浅い方には、日中の過ごし方の見直し等している。		
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	服薬一覧表を作成し薬の目的や副作用、用法や用量についての理解に努めている。症状の変化があった際には、医師へ報告し指示を仰いでいる。		
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	一人ひとりの張り合いや喜びを見つけて、できる事、役割が持てるように支援している。また、その人らしく生活して頂き、気分転換等にも留意している。		

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	本人が行きたいと思う、普段は行けない場所でも、家族の協力を得て実現できるよう支援している。	日頃は天候・体調に合わせて散歩・買い物に出かけ、草花の開花・木々の紅葉・そよ風や太陽の日差しを肌で感じ五感の刺激をうけたり、季節の景観を楽しんでいる。イベント外出(花見・こいのぼり・ひまわり・ブルーベリー狩り・菊・お雛様・初詣等)やオレンジカフェ・図書館に出かけている。家族の協力を得て外出する利用者もいる。	
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	希望があった時には、機会をつくり一緒に買い物に行っている。一緒にレジに並びお支払いもして頂きます。		
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	電話を利用したい方には、自由に使用して頂いている。手紙のやりとりもできるように支援している。		
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	一般的な家庭にあるものは整えている。季節の花などを飾り、生活感や季節感を採り入れて居心地よく過ごせるよう工夫している。	玄関アプローチは季節の花、玄関には金魚やコスモスを飾り、訪問者を暖かく迎え入れる工夫があった。利用者の動線に配慮し余計なものは設置しないように安全面と自立に配慮している。共有空間はわかりやすく表示し、混乱防止に努めている。庭先にはベンチを置き、和室にソファ、冬場はこたつを用意し、利用者は思い思いの場所でのんびり過ごしている。リビングは床暖房で心地よい。	
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	庭先には、ベンチを置き、利用者がくつろげるようにしてある。居間の横の和室には、ソファがあり、冬には、こたつも用意し自由に使われている。		
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	本人が家で使用していた馴染みの家具等を持ってきて頂けるようにしている。	居室入り口に表札を掲示し混乱防止に努めている。なじみのダンス・テーブル・籐の家具・椅子等を自宅に居た時と同じような配置で設置している。手作りカレンダー・作品・家族の写真等で気分が和む雰囲気を作っている。掃除は職員と一緒に、清潔保持に努めている。	
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	利用者の状態に合わせて、手すりやトイレ、廊下等の居住環境が適しているかをチェックして、安全の確保と自立した生活が送れるよう支援している。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホーム 樂樂

目標達成計画

作成日: 平成 30 年 1 月 21 日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。
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り組み内容	目標達成に要する期間
1	10	事業所の取り組みがご家族に伝わっていない部分がある。	事業所の取り組みをもっと積極的に伝えることにより協力体制をさらに大きくする。	キーパーソンだけでなく、広報誌や状況報告書を希望するご家族にも送付する。	3ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。