

### 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	0871200416		
法人名	有限会社 梨花園		
事業所名	グループホーム梨花園 A棟		
所在地	茨城県常陸太田市上土木内町382		
自己評価作成日	平成27年12月1日	評価結果市町村受理日	平成28年4月11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.kaisokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2014_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0871200416-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022">http://www.kaisokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2014_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0871200416-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	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28年1月20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)】

この施設が理念として掲げている3つのこと ①地域住民との交流を大切にし、安心して暮らせる家庭的な雰囲気作り ②利用者一人一人の残された機能をひき出し、維持と予防に心がける ③一人一人の人格を尊重し訴えや要望に愛情ある心で受け止めるということをもっととされている。特に③についてはきめ細かく取り組んでいる。又、一人一人の認知症が進まないようできる限りのことをして取り組んでいる。家族と連絡を密に取り、施設の生活情報を伝えている。又、終末ケアを取り入れているこのことに対して家族が安心している。利用者一人一人の人格を尊重して、各々の意思や思いに沿った支援をしている。又、残存機能を継続維持できるような支援を毎日の生活の中でやっている。地域に対し事業者を災害時の緊急避難場所として登録したり、認知症地域サポート相談窓口の開設も行っている。町内会長、民生委員、家族等が地域の情報を伝えてくれるなど協力してくれている。入所者の健康維持として食材等地域の産物を使用している。工夫点として職員が一丸となり協力医院と協力し高齢が進む利用者の終末ケアの勉強をもっとすることである。

【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)】

平成17年設立の単独型2ユニットの家庭的なホームである。3つの柱からなる理念にはそれぞれに丁寧な説明と大切にしたいことが記されており、全職員が同じ視点で理解できるような工夫がされている。特に一人ひとりの人格の尊重とプライバシーへの配慮に行き届いた対応をしている。地域との関係は町内会の運動会を見に行ったり、ホームの行事には差し入れが届くなど親しい関係にある。認知症ケアの相談に応じたり、災害時にはホームを緊急避難場所として提供する等の貢献にも積極的に取り組んでいる。職員は利用者の機能低下に備えて居室で着替えが出来るようなタイヤ付きの車椅子を購入してプライバシーに配慮しながら安全に入浴が出来るようにしたり、湯たんぽを用いて気持ちの良い温かさで就寝できるような配慮をする等こまやかな対応を行っている。利用者は豊かな田園風景の広がる環境の中で、田植えから収穫までの季節の移り変わりを見、四季を感じながらゆったりとそれぞれが個性的な暮らしを楽しんでいる。

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ます (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 3. 家族の1/3くらい 4. ほとんどできていない
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)	○ 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と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、生き生きと働いている (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している (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
<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	各ユニット事業所に理念を掲示。朝礼時に理念を斉唱し、常に理念を念頭に業務を行っている。	地域との関わりや利用者の持てる力を最大限に活かすこと、一人ひとりの尊重などを謳った理念を掲げている。理念には丁寧な解説を付けて職員それぞれが共通理解の下での共有を図り、日々の実践につなげている。	
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	地域の老人の半数を施設入所者が占めているため、敬老会は別で行ってほしい旨申し出があったため、現在は別に実施している。	町内会の運動会等の催しには法人の代表が参加したり、ホームの行事の際には近隣の住民にお知らせを配布している。近隣の方々は散歩の途中で挨拶を交わしたり、ホームの行事にスイカ等の差し入れをしてくれる等親しい関係が出来ている。	
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	当施設を災害時の緊急避難場所として提供している。散歩時などに近隣の人に挨拶等声をかけ談話できるよう努めている。利用者の生活する姿が地域の人々の目に映ることにより認知症についての理解も得られないと思われる。		
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	2ヶ月に1度運営推進会議を開催。市の担当者、町内会長、民生委員、地域包括支援センター代表、家族の代表等で情報交換を行いサービスの向上に活かしている。	市の職員や利用者家族と共に出席している町内会長、民生委員の働きかけもあり地域との関わりが深くなっている。近隣の道路補修工事の際には早めの連絡が頂けたり、地域住民によるボランティアがホームを訪れる等地域に協力者や理解者が増えるきっかけになっている。	
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に取り組んでいる	市の担当者とは常に話し合える関係を持ち、現状等の報告、指導を受けている。事業所のパンフレットを市の窓口においてもらっている。	市内のグループホームと協力して協議会を作り、市の担当者にも参加していただいて定期的な会議を開催し、ホームの実情を伝えている。さらに研修会などを開催してお互いに認知症ケアについてのスキルアップを図るなど良い協力関係が出来ている。	
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	身体拘束については、具体的な禁止行為、弊害について職員研修を実施又、拘束廃止委員会において徹底をはかっている。	ホーム内研修を実施して身体拘束による弊害についても十分に承知し、拘束の無いケアの実践に努めている。	
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	虐待については、職員研修で学習、理解し防止の徹底に努めている。		

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	職員研修を実施しており制度としては理解している。		
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	契約時には十分な説明をし、納得を得ている。		
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	園内に意見箱の設置、ご家族の面会時等に意見や要望を聞き反映できるよう努めている。	運営推進会議には家族の代表にも出席していただき客観的立場からの意見を頂いている。利用者や家族、ホームが身近な関係になれるよう、ホーム便りに利用者のコメントを載せる等の取り組みをして何でも気軽に話し合える関係作りを行っている。苦情解決については解決責任者を明記して利用者・家族が安心して意見や要望を伝え易いようにしている。	
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回職員会議で意見や提案を聞くと共に会議以外にも日々の現場での提案に耳を傾け、運営に反映させるように努めている。	管理者は日頃から職員の気づきや要望等を伝え易い環境づくりに努めており、毎月の会議や日々の会話の中で、職員はホームのより良い運営に積極的に協力している。備品の購入等は職員の気づきや要望を重視しており、機能低下した利用者がプライバシーを大切に安全に入浴できるようにタイヤ付き車椅子の購入などが実現している。	
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	働きやすい職場にするため、管理者と職員、職員同士、コミュニケーションを計れるように努めている。又、資格を取得しスキルアップ出来るよう奨励している。		
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	外部研修への積極的参加及び月1回の内部研修により職員の資質向上に努めている。		
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	2ヶ月に1回のグループホーム連絡協議会に参加している。		

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
<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	積極的に関わりを持ち、信頼関係が築けるよう努めている。		
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	家族との面会を通して要望等をじっくり聴き信頼関係が築けるように努めている。特に初期段階では施設での生活の様子を出来るだけ多く伝えるように努めている。		
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	家族との面会にくることがあるので良好な関係をとり続けられるよう支援している。		
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	家族と一緒に外出(美容室、墓参り等)や外泊をしている。人や場所との関係が途切れないよう努めている。		
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	共同生活の中、トラブルも起きるが利用者同士が良好な関係で過ごせるよう、職員が間に入り配慮している。		
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	梨花園だよりに本人のコメントを入れてもらったり又、家族と一緒に外出美容室、墓参り、食事や外泊している人、よりよい関係ができるよう支援している。	常に外部からの訪問を快く受け入れており、利用者が元気だった頃にお世話をした人が訪ねてこられたり、親しくしていた人が遠方から訪ねて来られたりと、様々な知人が親しくホームを訪れている。馴染みの関係継続を大切にする事は利用者の若い頃の姿に接する良い機会と捉えており、積極的に支援している。墓参りなど馴染みの場所との関係継続には家族の協力もえられている。	
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	利用者同士が良好な関係に過ごせるよう職員が間に入り配慮している。利用者同士が声をかけあいできることはしてあげお互いに助けあっている。		

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	重度化しても入所時契約通り本園で最後まで看とるケースが多い葬儀時にも参列している。入所期間中利用者が作った作品、写真等を手渡したり送ったりしている。		
<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	アセスメント時や日常の会話の中から一人ひとりの希望や思いを聴き把握するよう努めている。	利用者一人ひとりの持てる力を活かし個性的な暮らしが出来るよう日頃から注意深い見守りを行っており、それぞれの暮らし方への希望や意向の把握に努めている。言葉で表現する事が困難な利用者の場合にはセンター方式の一部を活用したり、何気ない会話や表情などを「日々の記録」に残しカンファレンスなどで本人の思いに添え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	入居時や面会時に本人、家族から生活習慣、生活環境、趣味、嗜好、生活歴等をできるだけ詳しく聞く様努めている。		
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	本人の普段の様子を把握し、本日の様子を観察しながら(バイタル、食事摂取状況、排泄等)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	利用者本人が当たり前の生活ができるよう、本人、家族に要望を聞く。又介護者と共にケアカンファレンスを開いて多くの人々の意見やアイデアを出してもらい現状に即した介護計画を作成する。	本人や家族の希望を聴き、職員の気づき等も取り入れながら計画作成担当者が作成している。身体的な状況に十分配慮しながら、一人ひとりが安全にいきいきと過ごせるよう丁寧な計画が作成されており、ケアカンファレンスやモニタリングを実施しながら利用者の状態に応じた随時の見直しや定期的な見直しも行っている。	センター方式等を活用して把握された利用者の暮らしへの希望等を具体的に取り入れた介護計画の作成や、モニタリングの根拠となるような介護計画を意識した日々の記録(ケース記録)への記入方法などについて全職員で検討する事を期待したい。
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	一人ひとりのケアの実践や日々の様子などを具体的に介護記録に記載し、情報を共有し、実践や介護計画の見直しに反映させている。		
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	行政の代行、入退院、通院、買物等の同行等、必要時の対応をしている。又、医院と連携をとり往診などにも来ていただいている。		

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	町内会長や民生委員、ボランティア、消防署等の協力を得ながら安全で豊かな暮らしが出来る様支援している。		
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	協力病院から月1回の定期的な往診を受けている。又、定期的な検査及び急変時には職員が付き添う受診している。歯科医の往診も可能である。	利用以前からのかかりつけ医への受診や専門医への受診は家族対応となっているが、殆どの利用者が協力医療機関をかかりつけ医としており、職員付き添いの受診を行っている。月1回の往診で利用者の健康を把握しており、少しの変化や緊急時にも安心して適切な医療を受けられる体制が整っている。	
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	日常の健康管理はバイタル計測又、看護師と連携をとりながら支援している。適切な受診や看護が受けられるように支援している。		
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。	提携病院が定期的に往診して下さったり、必要時すぐ往診して下さる。入院もそこが紹介して下さる。入院時は定期的に見舞に行く。予防注射も出張して下さる。		
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	重度化した場合については家族と話し合い施設でできること、できないことを明確にし、主治医と相談して方針を共有し、今後に向けた支援に取り組んでいる。	24時間何時でも対応可能な協力医療機関の医師や法人内の看護師の協力を得ながら終末期や看取りのケアを実施している。ホームでの看取りについては利用者の状況に応じて医師や家族、職員で話し合いを重ね、決定は家族の判断を優先している。重度化に伴う日々のケアは利用者の状態に応じて医師や看護師からの指示を受けながら全職員が方針を共有してケアにあたっている。	ホームでの看取りについて契約時に利用者や家族に対して具体的な説明と了解を得るためにも看取りに関する指針を明確にした書類の作成を期待したい。
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	外部、内部研修を通して又、消防署等協力を得ながら実践力をつけるよう努めている。		
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	常陸太田消防署等の協力を得て、年2回定期的に避難誘導訓練を実施し、万が一に対処できるよう努めている。	消防署と協力しながらの災害訓練を定期的実施すると共に失火元を特定しての避難訓練を実施している。火災に対しては地域の協力や近くの同法人施設の協力が得られる体制を整え、ホーム内緊急連絡網の整備や緊急持ち出し等の明確化も行っている。	

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
<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	尊厳やプライバシーについて、言葉がけや対応については、内部研修を行い徹底している。	利用者一人ひとりを尊重することやプライバシーの確保についてはホームの理念の中に丁寧に説明され、職員一人ひとりが常にこの理念を意識しながら利用者に接しており、声かけなど利用者との関わりは丁寧に利用者を中心としながら生活している様子がうかがえた。	
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	職員からの強要ではなく、本人が決め納得して生活できるよう配慮している。意志表示が難しい利用者については職員と一緒に共同決定するよう努めている。		
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	利用者の生活リズムに職員の業務を合わせるよう努めている。		
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	出張美容、理容を利用したり、本人の希望する美容院へ行ったり買い物への依頼を受け、手伝ったりの支援をしている。		
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	献立は利用者の希望を聞き取り入れるよう努めている。利用者と職員と一緒に配膳や下膳をしている。月2回職員も一緒に食事(カレーの日)をしている。	献立はホーム内で利用者の好み等を聴きながら作られており、食材の買い物など食事作りの職員(2名)が配置されている。同じ献立でも食材や調理者によって味が異なる等、利用者はその時々のお食事を楽しんでいる。「食事はおいしいよ」「いつも楽しみにしている」等の声が笑顔と共に聴かれた。	
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	食べる量、形態は一人ひとりが違うが摂取はチェックしている。又、一日の水分量もチェックしている。		
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	毎食後、一人ひとりの口腔ケアを行っている。		

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
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	排泄チェック表をつけ、一人ひとりの排泄パターンをつかみ、できるだけトイレで排泄できるように支援している。定期的に排泄の声かけ、誘導し、失禁等の対応をするよう心がけている。	介護5の利用者も多数いる中、オムツ対応は1名のみで、リハバンの使用で自立を目指した支援をしている。殆どの利用者がパターンの把握を基に早めの対応でトイレで排泄をしている。排泄パターンにのみに頼らず、一人ひとりのサインを見逃さないようなケアも合わせて実施している。夜間も誘導によりトイレでの排泄を支援している。	
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	野菜を多くした食事を提供し、体操、散歩などで、できるだけ身体を動かすようにしている。		
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	入浴日は決めているが本人の希望、体調を見て臨機応変に対応している。本人のペースでゆっくり気持ち良く入浴できるよう努めている。	火・金曜日を入浴日としており、一日かけてゆっくり入浴してもらっている。一人について30分を目安として会話をしながら気持ちよく過ごせるようにしている。タイヤ付きの車椅子を利用して居室で着替えが出来るようにしたり、脱衣所を暖めたり、足拭きマットを一人ひとり毎に取り替える等丁寧な対応をしている。入浴日以外でもシャワーや足湯を使って気持ちよく過ごしてもらえるような工夫をしている。	
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	一人ひとりの様子を見ながら居室に誘導し、安心して休息できるよう支援している。		
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	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いる。利用者の氏名、日付、朝、夕を声出し確認し、服薬支援している。		
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	生活歴や力を活かした役割を習慣化して張り合いや喜びのある生活を支援している。		
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に支援している	近隣を散歩して、四季折々の季節を感じられるよう努めている。できるだけ多くの外出の機会をつくるようにしている。(花見、ぶどう狩り、コンビニでの買い物)	ホーム周りの散歩や外気浴は日常的に行っている。利用者の希望を聴きながら年2~3回の外出を計画して日頃なかなか出かけられない場所へ出かけたり、誕生日には買い物外出などを計画している。また家族の協力を得て冠婚葬祭への出席や墓参りなどの外出も随時支援している。	



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
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	基本的には家族、施設で管理しているが必要な入所者には、お金を所持させている。個別管理しているとともに必要に応じ買い物支援している。		
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	家族からの電話の取り次ぎ、又、家族への電話の希望があれば取り次いでいる。毎月の梨花園だよりにコメントを書いてもらっている。		
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	季節感をできるだけ感じてもらえるよう、掲示物を工夫したり、季節の草花を飾ったりしている。又、共有空間の整理整頓に努め、不快感を与えないようにしている。	玄関を中心にA棟、B棟に別れそれぞれに異なった雰囲気ではあるが、各ユニット共に季節の花を生け、季節感のある壁飾りなどで常に季節を感じながら暮らせるような配慮をしている。トイレは広くゆったりとしており、車椅子を自走して利用できる広さがある。洗面台の数も多く一人ひとりがゆっくり使用できるようになっている。	
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	フロアや玄関ロビーにソファを置き利用者同士、くつろげるようにしている。又、居室を訪れ談話している姿が見受けられる。		
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	居室に本人の好きなものを置いたり飾ったりしている。家族には馴染みの物や写真等持参して頂くよう依頼している。	それぞれの居室は持参されたタンスやテレビ等を置いて落ち着ける雰囲気になっている。中には位牌を持参している利用者も居り、それぞれがカラオケセットを置いたり、家族の写真や好きな歌手のカレンダーを飾ったりと思ひ思いの暮らしを楽しんでいる様子がうかがえた。冬の寒い時期には湯たんぽでベットを暖めたり、濡れタオルで乾燥を予防する等職員の細やかな配慮も随所に見られた。	
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	建物内には、バリアフリー化や手すりパーを設置して安全に配慮している。一人ひとりのわかること、できることを活かして、自立した生活ができるように工夫している。		

(別紙4(2))

事業所名:グループホーム梨花園

## 目標達成計画

作成日:平成28年4月11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	26	センター方式等を活用して把握された利用者の暮らしへの希望等を具体的に取り入れた介護計画の作成やモニタリングの根拠となるような介護計画を意識した日々の記録(ケース記録)への記入方法などについて全員で検討する事を期待したい。	センター方式等を活用して把握した利用者の暮らしへの希望等を具体的に取り入れた又楽しみの事等を取り入れた介護計画の作成をする。モニタリングの根拠となる介護計画を意識した日々の記録への記入方法について全職員で検討する。	センター方式等を活用して把握した利用者の暮らしへの希望やケアカンファレンスで話し合ったことを具体的に取り入れ、その人に合った介護計画を見直して作成します。日々の記録への記入方法については職員会議で検討し改善し全員に周知します。	3~4ヶ月
2	33	ホームでの看取りについて契約時に利用者や家族に対して具体的な説明と理解を得るためにも看取りに関する指針を明確にした書類の作成を期待したい。	契約時にご利用者様やご家族様に対して看取りについて具体的に説明し理解を得るようにする。その為にも看取りに関する指針を明確にした書類を作成する。	まず看取りについて具体的に示した指針を作成し、契約医院との連携があることも説明し、それに添ってご利用者様、ご家族様によく説明し理解を得るようにします。	1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。