

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	0895100055		
法人名	株式会社 メディカルアシスト		
事業所名	グループホーム 湖畔の家 桜の花		
所在地	茨城県桜川市上野原地新田112-1		
自己評価作成日	平成29年12月20日	評価結果市町村受理日	平成30年5月18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_detail_2013_022_kani=true&JiyosyoCd=0895100055-00&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30年2月13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)】

自然豊かな環境に湖畔の家はある。入居者には、四季折々の行事や外出を計画し季節を味わってもらえるようにしている。事業所の理念の他に職員目標を考え入居者の支援にあたっている。職員が認知症を理解し、入居者一人一人のペースや状態に合わせた対応を心掛け家庭的な雰囲気が保てるよう努め家族との繋がりを大切にしている。施設の前にある上野沼へ散歩に行き、黒鳥の観察や釣り人との交流をすることが楽しみの入居者もいる。近隣の障害者施設の地域行事に参加したり、地域の民生委員の協力で施設に地域住民が慰問に来所し交流したりしている。畑仕事、施設内の柿狩りなどご家族様が協力参加して下さる。

【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)】

林や沼などの自然に囲まれ、別荘に来たような印象のホームである。訪問日に見た、玄関前をほうきで掃除する利用者の姿は、自宅で過ごしているかのようであった。地域の方が訪問美容で来てくれたり、協力的な家族がいるなど、利用者は地域や家族に支えられながら、自然を満喫できる環境の中でゆったりと過ごされている。食器拭きをしたり、洗濯物をたたんだり、日記を書いたり、それぞれの役割をはたしながら共同生活する利用者を支援する職員は、湖畔の家の目標をしっかりと念頭に置き支援していた。職員からは、職員同士の仲もよく、働きやすい職場環境だと聞くことができた。また、勤続年数が高いスタッフが多い印象であった。

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、活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	朝礼時に、メディカルアシストの基本理念と湖畔の家の目標を唱話している。又、職員は理念・目標を共有し家族・地域との繋がりを大切に業務に取り組んでいる。	目標を毎朝唱和し、時には内容について話し合う。職員はその目標を理解し、日頃のケアに活かしている。昼寝等休息の時間以外はホールに集まり、利用者の特技が活かせるような支援をしている。	
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	同地区の障害児・者施設の行事の見学に出掛けたり、上野沼の散歩や黒鳥とのふれあいを通じ顔なじみの人ができ世間話や黒鳥の様子を教えてもらっている。	黒鳥のえさやりに出かけ、散歩している方と顔なじみになり、挨拶を交わしている。地域のお祭りに誘われて参加することがある。職員がキャラバンメイトとして地域の講座に協力している。ボランティアの介入はないが、家族が演舞を披露してくれ、利用者に喜ばれた。地域の方が年2回美容として訪問してくれる。	
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	職員2名が桜川市のキャラバン・メイトとして認知症サポーター講座に参加している。		
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	施設の行事や様子、職員勉強会の内容を報告している。介護保険の情報を提供したり、委員の方から意見をもらいサービスに役立てている。参加家族から行事の手伝いをしたいなどの意見を頂いた。避難訓練に参加した際、非常口が2カ所必要と指摘頂き改善した。	民生委員や市職員、家族は6～7名が参加して2ヶ月に1回開催している。区長は仕事の関係で参加できないことが多いが、情報提供など協力が得られている。認知症のことや災害に関することなど活発に意見交換がされている。メモをとっているが会議録は作成されていない。	
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	運営推進会議や広報紙で湖畔の家の様子を報告しており、分からない事や何かあれば市の担当者にその都度相談している。	推進会議への参加や、生活保護担当者が訪問している。高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の策定委員もしており、市との良好な協力関係が構築されている。ケアマネ会や事業所会議にも参加し、社協や他事業所との連携も図れている。	
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	職員は、定期的に研修を行い身体拘束について理解し入居者1人1人の行動を把握・対応を話し合っている。安全の為に玄関にはチャイムを置き玄関の出入りが分かる様になっている。	事業所内の研修を定期的に行っており、身体拘束についても研修し、参加できない職員にも会議録を回覧している。『身体拘束の手引き』を作成し、同意書なども事務所に保管している。転倒予防のセンサーを付けている方は、家族に説明をして同意を得ている。	

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	職員会議で、虐待についての研修会を開いている。又、職員は入居者の立場になり介助にあたる様に心掛けている、		
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	行政担当者から情報を頂き、必要のある方は関係機関と話し合いの上活用出来るよう支援している。		
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	契約書・パンフレット・重要事項説明書を用いてご本人、ご家族の不安や疑問を除くよう十分な説明を行い、理解と納得をえている。また、改定時は文書等にて説明を行っている。		
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	意見箱を設置している。面会時などに家族とコミュニケーションを図り苦情や気付いた点など話して頂けるように努力している。意見はその都度職員間で話し合い運営に役立てている。	家族の面会が多く、日頃の様子を話したり、要望を聞いたりしている。家族からは感謝の言葉が多く聞かれる。嘔吐することがある利用者の家族から、寝具の交換について、簡単に交換できる方法を提案され改善した例がある。	
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	月一回代表者などがミーティングに参加し意見や提案を聞き、業務に反映させている。	毎月のミーティングでの意見交換のほか、ストレスを抱えていると感じる職員には管理者が個別に声をかける。年1回新年会を行っているが、今年は風邪のため、開催が遅れている。脱衣所にエアコン設置を希望し、実現したり、ペーパータオルが導入されるなど、提案が受け入れられている。職員からは管理者とも話やすく、心地よく働く環境ができていると聞いた。	
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	個別面接や自己評価などを通して職員個々の状況を把握しできるだけ希望に沿った環境にできるよう努めている。		
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	月一回のミーティングで事例検討(ひやり・はつとや症例など)や介護技術、研修報告をおこない、そのつど必要な勉強会を実施している。		

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
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	桜川市グケアマネ会を通じて他施設と情報交換や交流を持っている。		
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	日常生活の助け合いから信頼関係を築く。入居者が話しやすい環境をつくり傾聴・共感することで良い関係をつくろうと日々努めている。また、接する際に家族の名前を出し安心して生活できる様に考えている。		
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	施設見学・入居相談・面会などその都度、家族に声を掛け話をする。不安な事や要望などを話して頂けるよう努めている。小さな事でも情報交換をし信頼関係を築いている。		
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	入居申し込み時、家族からの不安な思いや希望などを傾聴し、話をするようにしている。家族や本人の状況を考え必要としているサービスを紹介出来る様に努めている。		
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	家事や散歩など生活を共にすることでお互い助け合う関係と考え業務にあたっている。また、人生の先輩として生活の知恵や風習など教えてもらっている。		
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	入居者の様子を面会時や電話で報告・説明している。家族に相談する事で、共に支えていく関係が出来る様に努めている。		
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	家族や親せき、近所の方など馴染みの方が来所された際はコミュニケーションがとれるよう支援している。気軽に面会に来て頂ける様な雰囲気作りが出来ればと考えている。	近所の方が面会に来て、その後ボランティアで慰問に来てくれた方もいる。家族から面会の制限を受けている方はおらず、時間等の制限もしていないので面会は多い。家族が面会時に携帯電話で身内の人と話し、その後面会に来るようになった方もいる。職員の家にお雛様飾りを見学に出かけた際「ここが私の家だよ」と自宅を覚えてくれたことがあった。	

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
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	利用者同士がどのような関係にあるか把握しテーブルの位置を配慮するなど円滑に関わり合いができるよう支援している。		
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	本人、家族の気持ちに配慮しながら家族との関係を継続し、必要があれば相談に応じ支援している。		
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	1人ひとりの希望にできるだけ応える様に努めている。日々の生活から感じとり話して頂けるように努力している。困難な方には、寄り添う事で思いが分かるように努めている。	利用しはじめの時は職員が気持ちを察して支援をし、理解を深めるようにしている。満足したときは得意な言葉が出てくる。職員は、利用者のしぐさや言葉をユニット会議で話したり、口頭や記録で他の職員に伝え共有を図っている。	
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	面会時に家族から話を聞いたり、本人に聞いてアセスメントをおこなっている。		
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	1人ひとりの出来る事、やりたい事を把握し一緒に一日の過ごし方を考えている。職員間で状態チェックや気付いた事などを、ケース記録・連絡帳・勤務中に報告し合い情報を共有している。		
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	職員の意見を聞きケアプランの見直しを行う。家族や本人からの聞きとりをしケアマネや計画作成担当者を中心に話し合い、現状にあった介護計画の作成に努めている。	家族には面会時に意見を聞き、担当職員に日頃の様子を確認し、担当者会議を開いて計画を作成する。計画作成者は、ミーティングでの意見と介護支援経過により、半年ごとにモニタリングをして、次の計画につなげている。	日々の生活がよく記録されているが、ケアプランを意識して支援、記録ができるよう、様式や記録の仕方などに更なる検討をして頂きたい。
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	入居者の生活の流れに添った記録を行っている。個々の日課表や申し送りノートを活用し職員間の情報共有をはかり実践や介護計画に役立てている。		
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	訪問歯科の手配、提携病院外の掛かりつけ病院受診時に状態報告書の提出、本人や家族の状況の変化やニーズに合わせたサービスに対応出来るように取り組んでいる。		

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	上野沼の散歩を中心に市内の行事など外出する機会を設けるようにしている。 また、運営推進会議にて民生員に働きかけ地域と連携していけるように努めている。		
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	入居前に受診していた医療機関に継続して受診が出来るよう支援している。又、家族が対応出来る状況の方には家族の方に通院の対応を行ってもらっている。	協力医療機関からは月1回の往診があり、訪問看護が週1回、口腔ケアも定期的に行っている。かかりつけ医を受診している方は家族が付き添い、変化があった時は伝えてくれる。家族への連絡はケース記録に残している。	
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	医療連携加算を算定している。健康管理を中心にケガや体調不良時などにみてもらい対応の指示や病院受診の相談、退院後の対応の仕方など教えて貰っている。		
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。	入院時やその後の面会時に情報交換を行っている。職員へも随時経過報告を行い情報の共有と退院後の対応の変更などを意識付けに努めている。		
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	契約時に重要事項説明書で重度化の指針を説明している。また重度化した場合は、本人や家族と話し合い、意向に添える様に医療機関と連携し対応している。	基本的に看取りは実施していないことを家族に説明し、了解を得ているが、協力医療機関や訪問看護と連携して、ギリギリまで(口から食べられない、薬が飲めないなど)ホームで支援している。	家族から看取りの要望が出されることも予測して、家族との協力や医療機関、訪問看護との連携をすすめ、更なる職員の研修継続をお願いしたい。
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	内部研修を通して応急手当や初期対応の訓練を行い、緊急時のマニュアルの整備を行い冷静に対応出来る体制をとっている。		
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	消防署立会の避難訓練を年1回、自主訓練は定期的に行っている。梅棟に非常口が2つ出来たのでそれを使った避難訓練の実施、地域の消防団へ今後の訓練への参加・災害時の協力等対策を築く。	夜間想定訓練も含めて、年2回の避難訓練を行っている。家族や運営推進委員が参加することがあるので、役割分担の確認が必要となっている。各棟に緊急連絡装置が設置され、夜間は互いに協力できるようそれぞれの夜勤者を確認している。備蓄はユニット毎に保管。食器棚に転倒防止の突っ張り棒を早急につけること、交通事故マニュアルも車に常備していきたいと話していた。	

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
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	親しみのある言葉や敬語を使い、その方に合った対応・声掛けをしている。	名前の呼びかけには基本的に名字でしているが、そのとき、その人に合った話しかけをするように心がけている。移動時には必ず声かけを行う。年4回の広報誌『湖畔の家』への写真掲載については、集合写真に載っていないことは寂しいとの思いがあり、全員の家族から同意が得られている。	
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	会話・行動などから思いや、希望をくみ取る様にしている。自己決定や希望は実現出来る様に支援する。そこから、本人の思いが表現しやすくなった事があった。		
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	職員は返事をしやすい声掛けを心掛けている。その日の体調により散歩、入浴、運動などいくつか選んでもらい希望に沿って支援している。		
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	移動美容室を利用している。衣類は本人に選んで頂く。介助が必要な方には、本人が望むように支援している。		
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	その方に合った食事形態にしている。簡単な下ごしらえや片付けなど入居者で行っている。また、出来る方には下膳してもらっている。食事中は音楽を流すなどしゆったりとした時間を作っている。	ラーメンや丼物、お刺身などもある食材業者の献立に沿って、ユニット毎に調理をし、ミキサー食にも対応している。業者の献立に汁物がつかない日も、水分補給という意味で独自につける工夫をしている。団子や蒸しパンなど手作りのおやつ作りもしており「今度はおはぎ」との要望で、おはぎの計画を立てている。下膳や食器拭きなど利用者はできることを行っている。外食は家族と行くなど個別に出かけている。	
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	食事量・水分量はその都度チェックし記録している。摂れない方には、好きな物を出している。又、家族に相談し協力してもらっている。1人1人に合わせ少しずつ摂取して貰う事もある。		
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	食後の口腔ケアを実施している。訪問歯科の往診もあるのでアドバイスを貰っている。1人ひとりに合わせブラッシングの介助や手伝いをし、口腔内のチェックをしている。		

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
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	排泄チェックを活用し1人1人の排泄パターンを把握する。又、入居者の行動から排泄のタイミングを掴みトイレでの排泄が出来るように支援している。	排泄チェック表で個別に誘導を行っている。夏場にリハパンをやめて、尿とりパットのみで支援し、そのまま布のパンツに改善できた方がいる。おむつなどは個人負担となるため、持ってきてもらうことも可能であるが、材質・使い勝手を比べる為に商品の紹介を行うこともある。	
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	職員は、便秘の原因や影響を理解している。排泄チェック表を活用して、飲食物(牛乳・食物繊維がある食物)や運動をすすめている。		
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	入浴予定はある程度決まっているが、個人の体調やタイミングで相談して決めている。又、ゆっくり入浴できるように入浴剤を使用したりし配慮している。	基本的に週2回の入浴で、拒否傾向の方も工夫した支援で入浴ができています。重度の方には職員2人で対応しているが「安全に、楽に」を話し合い、「シャワー浴の方にも浴槽につかってもらいたい」との思いが聞かれた。脱衣室にもエアコンが設置され、ヒートショック等の予防に配慮している。季節の湯や入浴剤使用で、お風呂を楽しんでもらう。入浴後はワセリンを塗り、皮膚の保湿に努めている。	
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	シーツ交換や布団干し場合によっては、布団乾燥機を使用している。居室の清掃や温度調整に配慮し安眠出来るように支援している。昼寝を促したり、眠れない方には、一緒にテレビを見たりゆっくり話したりなどして過ごしている。		
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	誰がどんな薬を飲んでいるか、説明書のファイルをつくり確認している。確実に内服するようにしている。何か変化があれば、医師・薬剤師に相談している。		
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	掃除や食器拭き、洗濯物たたみなど得意な活動を役割にしている。また、レクリエーション・散歩・行事を実施し、日々楽しみのある生活を考え支援している。		

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	散歩・地域での季節の行事に参加して貰っている。定期的に家族と外出される方もいるので、協力して頂き本人の希望の場所に出席出来る様に支援している。	黒鳥のえさやりにほぼ毎日出かける。出かけられない方は、庭にイスを並べて歌を歌うなどして外気浴をする。家族から頂いた菊の鉢で花見を楽しむ。初詣は毎年行い、利用者同士が助け合う場面がみられる。ご家族と外出や外泊を楽しむ利用者もいる。	
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	ほしいものがある時は、一緒に買い物に行き職員、見守りの中お金を払って頂く。		
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	家族の都合を考慮し、希望があれば電話をしている。家族が離れている方には手紙で定期的に近況を報告している。		
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	季節を感じられる様な飾り・花を生けている。外の景色を楽しめるように環境を整えゆったり・いごこち良く過ごせるように工夫している。	共有空間のホールは床暖房が整備され、雪が残る外の寒さを感じさせない。大きな窓からは、自然豊かな林が見え、時にはキジも姿を見せている。利用者の作品や花を飾り、季節感を出している。手作りの日めくりカレンダーで月日を確認して日記を書く利用者の姿があった。	
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	食堂・談話スペースなどくつろげる場所がある。居室・食堂などで思い思いに過ごせるように対応している。		
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	本人や家族の希望に配慮し、自由に使って頂いている。馴染みの家具や物を持ち込んでもらう。又、写真を置いたり気持ち良く使ってもらえるように気をつけている。転倒防止の為配置には注意している。	畳の部屋もあり、ベッドから転落の危険がある方にはマットレスで対応している。テレビやイス、ベッドなど、使い慣れた家具や寝具で、個々の部屋作りがされている。広いスペースの物入れがあり、すっきりとした部屋が多かった。加湿器やタオルなどを試しながら、乾燥しすぎないように部屋の換気にも配慮している。	
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	建物内は、段差はない。廊下・トイレ・浴室など必要な場所には手すりがついている。居室には表札、共用スペースなどが分かりやすいよう工夫している。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホーム 湖畔の家

目標達成計画

作成日: 平成 30 年 5 月 15 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 (10)	ケース記録巻頭に目標(ニーズ)を添付しているが、ケアプランを意識しての記録ができていない。	ケアプランであげた利用者様の目標を、職員全員で周知し、より良い記録をしていきたい。	職員全員が目標に対しての意識した記録を実施できるよう、目標に対して番号をつけ、記録時に番号を記入したケース記録とする。	6ヶ月
2	33 (12)	終末期における看取りケアについて、実施されていないことに対し、家族様からは看取りについての希望がある。	職員会議で利用者様が重度化して時の対応、看取りの勉強会を定期的に行っていく。不安なく利用者様のケアをすることができるようにする。	関係医療機関や訪問看護時に予測する状態等の対応の仕方について相談、指導を受ける。職員会議での勉強会だけでなく、外部の勉強会に参加し、参加後は職員会議で伝え、職員全員で知識を高めていく。	6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。