

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	0870200425		
法人名	医療法人圭愛会		
事業所名	グループホームことぶき		
所在地	茨城県日立市大久保町2409-2		
自己評価作成日	平成26年8月29日	評価結果市町村受理日	平成26年12月9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.kaigokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2011_022_kani=true&JigyosyoCd=0870200425-00&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26年10月9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)】

毎日のレクリエーションをとおして体力の維持に努めています

【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)】

平成14年設立の落ち着いた雰囲気のあるホームである。住宅地から離れたホームは周りが樹木に囲まれ近隣の方々が訪れることは少ないが、家族の訪問は多く、特に年2回開催される家族会はたくさんの親族が集まり、職員手作りの食事を一緒に楽しみながら、歌ったり踊ったりと賑やかに行われている。母体法人の病院は認知症疾患医療センター事業を実施しており、管理者を始め全職員は認知症についての専門知識が豊富である。専門性に裏打ちされた日々のケアは「利用者・職員がともに一日を楽しく過ごすこと」を目指して行われており、利用者は食事作りやコーラスを楽しんだり、手芸や書などの趣味を日常的な楽しみとして落ち着いた生活をしている。利用者の健康管理は毎月2回の往診でそれぞれの状態が適切に把握され、少しの体調変化へも対応できるようになっている。災害対策においても隣接する病院との連携がさまざまに行われており、利用者の安全が図られている。
--

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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	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	理念をリビング、事務所に掲示しており、ケアプラン作成時にも理念と照らし合わせている。各自名札の裏に携帯している。	全職員が地域密着型サービスの意義や事業所の役割について十分承知している。設立当初に職員が関わり作り上げた理念を全職員が共有し、その思いを利用者一人ひとりのケアプランに反映して日々のケア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	ホームの立地上の問題もあるため、こちらから地域の個人のお店に出かけていくように努力している。 病院の行事などで地域のボランティアや幼稚園児との交流を行っている。	周りに一般住宅がなく、地域の方々と日常的にお付き合いをすることは困難ではあるが、地域の祭りや地域で行われる敬老会などに積極的に参加したり、ボランティアの受け入れ等をして地域との交流に努めている。また食材や日用品の買い物など外出の機会を多くし、地域の中で暮らしていることを実感できるようにしている。	
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	満室時においても入居申込者などには要望に応じ認知症に対する支援情報や介護方法などのアドバイス、相談などを行っています。		
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、そこで意見をサービス向上に活かしている	近隣するグループホーム2施設と相互に運営推進会議のメンバーとなり情報交換の場としています新たなサービスも取り入れ向上の機会となっています	利用者・家族を始め地域の民生委員・コミュニティセンターの職員などの出席を得て定期的に開催している。ホームの活動状況や利用者の生活状況等を伝えながら出席者からの情報や提案を頂き、日々のサービス向上に活かしている。	
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	市主催の研修会や交流かいに参加し情報交換の場としています。運営推進会議において市担当者には、現状をお伝えし協力を得ています	市からの介護相談員を毎月受け入れることで利用者の日々の暮らしぶりを知ってもらったり、運営推進会議をとおしてホームのケアサービスの取り組みを積極的に伝えている。また高齢者が気軽に外出できるように、市内の要所に「介護トイレ設置についての要望」を出す等、ホームからの気づきを市担当者に伝えるなどの取り組みをしている。	
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	居室及び、共有の施設のドアは錠を掛けずブライバシーを尊重している。 全ての職員が身体拘束をしないケアを理解し、実践している。	全職員が拘束による弊害や身体拘束についての正しい知識を身につけており、玄関の施錠も含めて常に身体拘束をしないケアを実践している。	
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	全職員が高齢者虐待防止関連法について、院内研修などで学び理解しています。心理的、性的虐待などを見過ごさないという信念で実践しています。		

自己	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	職員は、積極的に研修に参加し勉強会において伝達しています。介護福祉士やケアマネージャーの資格取得に勤めています		
9	○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	入居の際契約内容は書面口頭において説明しています。不安や疑問に対し十分な理解を得られる様努めています。介護保険改定時は、文書において随時説明了解を得ています		
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	受付に責任者第三者委員が苦情対応者として掲示されています。面会時、ケアプラン作成時等家族の意見や要望をお聞きしています。年2回の家族回時もお聞きしています	年2回開催する家族会にはキーパーソンとなる家族以外の親族等も多数参加しており、多くの方々に楽しんでいただきながらホームの実情を知ってもらい、率直な意見や要望をいただけるようにしている。また毎月ホーム便りを発行して日々の生活の様子を伝え、面会時に気づき等を言い易い雰囲気作りの一つとしている。	
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	毎朝の送り時、月1回の勉強会にて意見を出し協議し決まった内容を職員間で共有実践できるようにしています	毎月の会議・勉強会・行事予定作成時には全職員が参加する事になっており、その都度率直な意見が言えるようになってきている。管理者始め勤務年数の長い職員が多く、全職員に「ホームの運営を担っている」という意識があり、備品の買い換えなど職員の気づきや提案は常に伝え合い運営に反映させている。毎月の勤務表は管理者が作成しており、月の希望休が3日間という点では小さい子どもがいる職員にとって働き易い職場となっている。	
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	就業環境が良くなければサービスの向上につながらないとかがえていますやりがいのある職場となるよう1人1人の意見を大切にしています		
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	各自の力量に合わせ研修に参加させています。希望する研修等にも参加できるようにしています		
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	近隣のグループホーム間で運営推進会議に参加し合ったり、連絡協議会などに参加し意見の交換等行っています		

自己	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
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	入所前にご本人の見学も必ず行っていただき、心配事などを伺い、早期に対応できるようにしています。		
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	施設見学の段階より家族の話を伺い、入所後の不安軽減をはかっています。また、面会時・家族会など継続的にカンファレンスの機会を設けています。		
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	施設見学時に、ケアマネージャーが本人の状態・家族からの介護の要望を聴き、どのサービスが合っているかを見極めて対応、アドバイスを行っています。		
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	食事の準備・後片付け・買い物など暮らしの中で一緒に行えることを見つけ、共に支え合う関係を築いています。		
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	面会時やお手紙、年2回の家族会で、本人の生活情報をお伝えしています。また積極的に外泊・家族との外出を勧め、支え合う関係を築くよう努めています。		
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	友人・家族と楽しく面会できるように、リビング・居室にお茶など提供しています。買い物など馴染みの場所へ行けるよう支援しています。	馴染みの友人・知人の訪問は頻繁にはないが、家族等身近な方々の訪問は多く、美容院や買い物などは馴染みのところを利用している。家族と協力しながら法事や結婚式などの冠婚葬祭に出席して馴染みの方々と会う機会も得られている。	
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	お茶・食事・レクリエーション・お手伝いの場面で、コミュニケーションをとり、表情・言動・仕草など観察し、利用者同士が良好な関係を築けるよう環境作りを行い支援に努めています。		

自己	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	退所後も、家族の要望により継続的なアドバイス、バックアップ、情報の提供を行っています。		
Ⅲ. 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	本人・家族またはこれまでのサービス事業所からの情報などを得て、できるだけ希望の暮らしがグループホーム内でも継続できるよう努めています。	毎日の生活の中で利用者の話していることや一人ひとりの表情、利用者同士のやり取り等をアセスメントシートに丁寧に記録し、本人の思っていることを知る手がかりとしている。日々のアセスメントシートは毎朝の申し送り時に全職員で確認し、利用者の思いの変化についても把握できるようにしている。	
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、本人・家族からの情報収集に努めています。ケアプラン作成時には、利用していたサービス事業所にも連絡を取り情報を頂き反映させています。		
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	毎日アセスメント記録を行い、朝・夕の申し送りにより情報の共有を行っています。3ヶ月に1度のモニタリングにより、一人ひとりの現状把握に努めています。		
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	3ヶ月に1度のケアプランの見直しには、アセスメントを基に、モニタリングを行い、また本人・家族の意見も反映させ、現在必要とする支援が行われるよう計画作成を行っています。	担当制を採用しており、担当職員が利用者・家族の希望や全職員の気づきを取り入れて利用者のケアプランの素案を作り、計画作成担当者と一緒にケアプランを作成している。ケアプランは入浴を促す声かけの方法など一人ひとりの顔が浮かぶような具体的で丁寧なプランになっている。モニタリングは「生活(くらし)アセスメントシート」を用いた日々の記録を基に実施しており、定期的・随時の見直しが丁寧に行われている。	
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	アセスメント記入に際しSOAP方を取り入れ、本人の言葉をそのまま書き、職員間で具体的な情報を共有することにより、解決すべき課題を明確にすることに生かしています。		
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	個別対応機能を生かし、個別の受診・買い物への付き添いや、生け花・絵手紙など趣味活動への支援を行っています。		

自己	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	地域でのコンサート・映画鑑賞会・敬老会などに積極的に参加しています。隣接する病院での生け花教室や作業療法(音楽鑑賞・習字・絵手紙)などに参加しています。		
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	症状・状態に応じて、適切な医療を受けられるよう支援しています。24時間体制で医療が受けられるようかかりつけ医を持っています。	本人・家族の希望するかかりつけ医への受診は随時できるようになっている。毎月2回の往診に加えて協力医療機関が敷地内にあることから、緊急の場合でも早急な対応ができる等、何時でも適切な医療が受けられるようになっている。健康管理票に受診も含めて健康に関する全情報を記録して本人・家族・職員・医療関係者が共有できるようにしている。	
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	常勤で看護師が日常的に健康状態の把握を行っています。また24時間看護師の対応が受けられる医療機関との連携があります。		
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。	入院時にはその日の内に介護情報提供書を提出しています。入院中の状態を把握するため訪問し・SWからの情報などにより、状況に応じて適切な時期の退院ができるよう努めています。		
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	入所時に、重度化した場合における対応に係わる指針の文章を口頭により説明、熟読していただいています。本人・家族の希望を伺い、早い段階から話し合いの場を設け、最善の対応に努めています。	契約時に看取りに関する指針を示し、家族の負担の増加なども含めて丁寧な説明の後に同意書を取り交わしている。重度化した利用者の身体介護については経験の不足も感じており、同意書にはホームでの看取りには家族の積極的なケアへの関わりが求められる事なども率直に示している。現在は病院で終末期を迎える利用者は多く、入院が1ヵ月以上続いた場合には本人・家族の意向を再度確認する事としている。	
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	応急手当の研修に参加・心肺蘇生法の講習を受けています。事故対応マニュアルをいつも目の届く場所に置いています。		
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	年二回の病院との合同避難訓練を行っております。ホームで火災が起きた時は病院より応援が来るなどのマニュアルが出来ています。また月に一度勉強会の時ホーム内だけの避難訓練を行い入居者、職員共に確認を行っております。	消防署と協力しての夜間想定も含めた避難訓練を病院と合同で年2回実施している。ホームの職員も含めた病院の消防班組織があり定期的に消火訓練も実施している。ホーム独自でも毎月勉強会の後に避難訓練を実施して利用者の安全を図っており、火災時の避難訓練においては出火元を具体的に想定して非常階段を使った避難訓練なども実施している。また地震に対しては建物内で頭を保護する事など具体的な取り決めをして、統一した行動ができるようにしている。	

自己	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. 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	掃除・台所仕事・調理など何を行っていただいても、年長者に対する労いの言葉掛けを行っています。訪室時など、プライバシーに配慮して行っています。	ケアプラン作成時に一人ひとりの特性を把握しており、利用者一人ひとりのこだわり等もそれぞれの個性と受け止め年長者として尊敬の念をもって対応している。入浴に際しては同性介助など利用者の希望に応じている。書類の保管・記録の方法についても丁寧な配慮が見られた。	
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	本人が意見・希望を話される時は、落ち着いた場所でじっくりと伺い、状況に合った対応で、自己決定ができるようアドバイスなど支援を行っています。		
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	入居者個々の生活リズムを把握して、その方のペースを大切にし、本人の希望にそった生活が送れるよう支援を行っています。		
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	2ヶ月に1度、出張理容に來所して頂き、好みのカット・顔そりなど行っています。かかりつけの理容室を希望する方には、そのように支援しています。洋服の買い物などの支援も行っています。		
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	利用者の生活暦・出来ることに応じて、食事の準備・調理・片付けなど、職員と一緒に行っています。旬の食材を使用することで、季節を感じたり、食事の会話を楽しまれるよう支援しています。	献立は毎日職員が決めており、朝・夕は夜勤者、昼食は利用者と職員が一緒に作っている。食材の買い物は週2回生協を利用し、また週2回利用者と一緒に買い物に出かけている。常に冷蔵庫の中に食材を保存しており、買い物に出かけない日でもメニューが考えられるようになっている。夕食にバイキングを楽しんだり、朝食にパンやピザを焼いたり冷蔵庫の中の食材で変化のある食事を楽しんでいる。おやつホットケーキ作りや外食なども楽しみの一つになっている。	
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	栄養バランスに配慮しながら、個々に合った量を摂取できているかアセスメントに記録しています。水分は毎食・10時・15時以外にも、起床時・入浴後・20時(夏期)に提供、適量を摂取できるよう支援しています。		
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、個々に応じて声掛け・見守り・介助を行い、口腔内の清潔が維持できるよう支援しています。また歯科受診で義歯のメンテナンス・ケアを行ってもらい、口腔状態の情報を頂き、日々のケアに生かしています。		

自己	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	生活習慣・排泄パターンの把握・言動や行動等の観察を行い、個々に合った声掛け・誘導によりトイレで排泄できるよう支援しています。	日中は全員が声かけ・誘導によりトイレで排泄している。夜間は紙おむつを使用している利用者もいるが、声かけをしてトイレで排泄している。習慣化することで失敗なくトイレでの排泄ができるような支援ができています。日中の失敗時にはそっと自室に誘導し周りに気付かれないようにして着替えを手伝っている。	
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	10時に果物・乳製品・プルーン・繊維質の多い物をとるよう、食事の工夫をし、毎日体操を行っています。		
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	毎日入浴できるようにしています。個人の希望・体調・気分などに配慮して、時間・介助者を調整しています。午後からの入浴を基本として支援しています。	全員が特別のことがない限り毎日入浴を楽しんでいる。毎日入浴する事で生活にリズムが出来入浴の拒否がなくなり、また気分や体調の優れない時にも余裕のある対応がし易くなっている。拒否のある利用者には声かけの工夫、声かけをする人を特定する等その人の好みや傾向を全職員が共有して対応する事でスムーズな入浴に結び付けている。	
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	規則正しい生活リズムをつくり、散歩・ゴミ捨・買い物など日中の活動量を増やしたり、個々に応じ昼寝を勧めたりしています。季節に応じ、寝具の調整を行っています。		
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	薬剤情報提供書により、薬の目的や副作用・用法・用量を理解し、医師からの指示・説明は記録し・申し送りを行い、職員間で情報の共有を行っています。日々の服薬はすべて、アセスメントに記録しています。		
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	食事の準備・調理・片付け・食事前の挨拶など、個々に合った役割を持って頂くよう支援しています。音楽が好きな方にはコンサート、映画を観たい方には映画鑑賞と好みにあった楽しみを支援しています。また毎月、バスハイク・季節の行事なども楽しんでいきます。		
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	日常的には週3回の買い物に行っています。また新聞を取りに行く・ゴミを捨てに行くなど、短時間でも外に出る機会を支援しています。入居者の希望を聞き、好きな食事が出来るよう外食など出かけています。	ホームへの出入りは常に自由にしており、何時でも戸外へ出られるようになっている。食材・日用品の買い物外出などは日常的に行っており、外食なども随時取り入れて閉塞感のない暮らしを支援している。イベントとしての外出も取り入れて全員で外出を楽しむ機会としている。また法事・結婚式など親族の行事のための外出なども家族の協力で随時行われている。	

自己	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	日用品の買い物や外出時には、お財布を持って頂き、希望の買い物が出来るよう支援しています。		
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	本人の要望通りに、友人・家族への電話は自由にされています。友人へ葉書を出せるよう支援しています。		
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	温度計・湿度計を置き、室温の調整を行っています。世話をしている植物・亀・金魚を置いています。入居者の作品・生け花を飾っています。行事の写真を貼り居心地よく過ごせるよう工夫しています。	トイレや浴室は清潔で利用者の機能低下にも対応できるようになっており、台所は利用者が自由に出入りでき職員と一緒に食事づくりが出来るようになっている。居間に利用者と職員が協力して作り上げた季節を感じさせる創作物が飾られていたり、観葉植物や季節の花を置き常に利用者が季節を感じながら暮らせるように工夫されている。	
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	リビングにソファを置き、TVをみたり、入居者同士で会話を楽しめるような場所を用意しています。離れた場所にもソファを置き、思い思いに過ごせる時間も大切にしています。		
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	使い慣れた家具や本人の好みの物を、家族と相談しながら用意してもらっています。この状態に合った部屋で、居心地よく過ごせるように工夫しています。	各居室には洗面台が設置され、畳の部屋・フローリングの部屋など利用者の希望が取り入れられるようになっている。それぞれの居室は家族の位牌を置いたり、家族の写真を飾ったり、趣味の作品に囲まれたりこれまで生活を大切にしたいつらえになっており、本人にとって安心した居場所になるようにとの職員や家族の配慮が随所に感じられた。	
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	トイレ・浴室・廊下には手すりが有り、各所には場所を明示して、出来るだけ自立して行えるよう工夫しています。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホームことぶき

目標達成計画

作成日: 平成26年12月10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		高齢化に伴い、健康状態(体力面)に問題のある入居者様が増えてきている。	早期に発見により重度化しない	日々の観察で変化を見逃さない。レクリエーションを通して体力の向上を図る。	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、行を挿入して下さい。