

(別紙4) 平成 26 年度

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	0890200108		
法人名	社会福祉法人 克信会		
事業所名	グループホーム ベんてん		
所在地	茨城県 日立市 東金沢町2丁目14-19		
自己評価作成日	平成26年10月3日	評価結果市町村受理日	平成26年12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	http://www.kaigekensaku.jp/08/index.php?action_kouyou_detail_2013_022_kani=true&JigyosyoCd=0890200108-008&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東4637-2		
訪問調査日	平成26年11月10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)】

季節ごとのイベント(花見・花火・紅葉)など、四季を感じることの出来る行事や、旬な食べ物を中心とした食事、利用者様の『笑顔と、心ときめく、思い出づくり』のお手伝いをさせていただきます。自宅と変わらないままの生活を、送ってもらえるように支援いたします。

【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)】

開設以来、管理者・職員はいかに利用者にとって快適な生活を提供できるかをテーマに検討し、利用者一人一人に添った支援の提供に取り組んでいる。生活の延長として散歩・炊事・洗濯たたみ・掃除・趣味の編み物・ミン・アイロンかけ・畑仕事・収穫等リハビリを生活に自然に取り入れたスタイルで当たり前の暮らしを楽しんでいる。地域交流センターのイベントや図書館・スーパー等に出かけ、馴染みの方と会い、しばし会話を楽しんでいるという。男性会・女性会と称して夫々に希望を聞き、男女別に外出する機会があり盛り上がっているという。弁天祭を実施しこども神輿・盆踊り・ソーラン節・フラダンスや畑で収穫したジャガイモをじゃがバターで提供し楽しんでいる。縁日等を家族以外の地域住民にも開放し利用者と夏の日を楽しく過ごしていると同時に、地域からは事業所・認知症に対する理解も増え、相談を受けアドバイスを行ったり、関係機関につなげている。

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)	○ 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、活き活きと働けている (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
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	<p>○理念の共有と実践</p> <p>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</p>	<p>事務所内に掲示したり、ネームプレートに入れたりして、理念を意識している。</p>	<p>開設時に全職員と話し合い地域密着型サービスの意義を踏まえた理念を作成し、事務所内に掲示・名札の裏に携帯し意識付けをしている。職員からは理念と毎月の目標を意識し(優しい心でみんな笑顔)ケアの提供と24時間365日居心地のよい環境整備に努めているとの話があった。キャリアパスの一環として職員は半年毎の目標を立て意識付けが行われていた。</p>	
2	(2)	<p>○事業所と地域とのつきあい</p> <p>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</p>	<p>近隣のスーパーに約2日に1回買い物に出かけ、地域の一員を意識している。</p>	<p>食材の買出しに出かけ、そこで知り合いの方やお店の方と立ち話や挨拶を交わしている。地元の敬老会・地域交流センターのイベント・図書館(趣味の編み物や洋裁の本を借りる)・地域の祭等に出かけたり、事業所の餅つきを地域住民と楽しんでいる。見学・問い合わせに応じ認知症・介護保険等に対する説明を行っている。ボランティア(大正琴)を受け入れ利用者参加型で楽しい一時を過ごしたこともあるが、場所の関係もあり、同法人の特養が企画したものに一緒に参加している。弁天祭を開催しこども神輿・盆踊りを地域住民・家族と楽しんだ。今後は特養に地域包括センターが設置されたので、事業所として特養と一緒に地域に還元できることに取り組んで行きたいとの事。</p>	
3		<p>○事業所の力を活かした地域貢献</p> <p>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</p>	<p>見学や、問い合わせの方に対し、認知症やサービスについて、相談などの際活かしている。</p>		
4	(3)	<p>○運営推進会議を活かした取り組み</p> <p>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</p>	<p>2ヶ月に1回行われている。その際に、防災訓練などを行い、ホームの取り組みなどを報告し、助言を頂いている。</p>	<p>2ヶ月毎に利用者・地域住民・民生委員・家族・行政・事業所担当者の構成メンバーで開催し、事故報告・事業計画・報告・利用状況等について話し合い、席上出た意見はサービス向上にいかしている。議事録は出入り口において、いつでも見られるようにしている。職員には申し送り時やユニット会議で報告し共有している。円卓会議だけでなく防災訓練も運営推進会議後に実施している。</p>	

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
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に取り組んでいる	市派遣の介護相談員や運営推進会議の際にアドバイスなどを頂いている。	介護相談員・高齢福祉課・介護保険課・社協の連携を深め協力関係を築いている。中学生の体験学習の要請は無いが、事業所としてはいつでも受け入れは可能である。実習生の受け入れや専門学校(栄養)の生徒を受け入れて食事作りやケアを体験できる場として提供している。小学校・中学校から招待を受け吹奏楽を聴きに出かけ、音楽が好きな利用者は楽しい一時を過ごしている。今後はこども110番を設置予定。今後は茨城県グループホーム連絡協議会に入り情報交換を行う予定。	
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	勉強会などを実施し、職員同士で身体拘束をしないケアを行っている。	茨城県老社協主催の研修会に参加し研修内容を全職員に伝達したり、事業所で勉強会を開催し拘束となる行為やそれに伴う弊害を周知し、利用者の安全に配慮したケアの提供に努めている。事例に基づき話し合いも随時行っている。階段での転倒事故があったので、安全面を重視し、家族・利用者の了解を得てセンサーを設置している。	
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	勉強会、研修会に参加し言葉使いなども意識し業務を行っている。		
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	成年後見制度の理解を深めるように、研修などに参加をしている。		
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	誰もが対応できるように、説明の場面に参加し、利用者、家族の不安や疑問に説明をしている。		
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	面会時や、連絡時に担当者が、要望を聴き運営に活かせるようにしている。	意見箱の設置・面会時に担当職員が利用者の様子や外出支援等の説明を行い、そのときに意見や要望を聞いている。職員の顔と名前が分からないという要請に対し玄関先に職員の写真とコメントを掲示した。	

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
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	会議などで話し合いを設けてたり、半年に1回、各職員に聞き取りを行い反映している。	管理者も現場でケアにあたっているため、職員の意見は直接聞く機会が多い。会議では各々の意見を聞く機会を設けたり、半年毎の面談で意見の吸い上げに努め、職員が働きやすい環境整備に努めている。目標管理制度を設け各職員が実践に取り組み、スキルアップに努めている。外部研修・資格取得を積極的に推進し、職員は意欲的に取り組んでいる。	
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	目標管理制度を設け、半年に1回、各職員に目標を立てて実践できるように努めている。		
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	各職員の実績年数や力量を把握し、各自の目標に合った研修などに積極的に参加している。		
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	定例会に参加し交流を図っている。		
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	本人の性格や、その時の表情、態度などを見ながらも、本人の言葉に耳を傾けて、適度な声かけを心がけ、関係を築いている		
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	サービスを導入する段階で家族の様々な意見や思いに耳を傾けて、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	本人と家族がその時必要としているサービスを聞きその人に合った、サービスを利用できるように、アドバイスをしている。		

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
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	家事についての相談、協力を頼んだりしている。自分で出来ることはやっていたり、共に暮らしていることを意識している。		
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	行事などに参加してもらい、外出、外泊などに積極的に働きかけている。あと、面会時に、過ごされている様子などを報告している。		
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	本人がこれまで大切にしてきたなじみの人、場所のつながりを大切にもらい、近所の人との面会や、地域で行っている敬老会などに参加してもらっている。	家族との関係継続(家族にお願いしているシーツや布団カバーの洗濯には干し場の関係以外に利用者や家族の関係を継続して欲しいという事業所の願いがある。)の他、家族の了解を得て、同僚・教え子・知人・友人の面会や、遠方の方とは電話や手紙で関係が途切れないよう支援に努めている。地元での敬老会に参加し顔見知りの方々とふれあいを楽しんでいる。会話の中で出た、スーパー・ラーメン屋・蛍鑑賞会・図書館等馴染みの場所の外出支援に努めている。家族の協力をえて、理・美容院・外食・自宅一泊・お墓参りに出かけることを楽しみにしている利用者がある。昔からの民間療法(アロエ)を使用している利用者には見守り支援を行なっている。夏祭りには浴衣・甚平姿で参加し昔を懐かしんでいた。	
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	利用者同士の会話、その時の様子、表情などを感じて、職員が間に入り会話をしたりして支えあえるように支援をしている。		
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	退所されても気軽に相談に応じられるようにしている。		
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	ケアプラン作成時、必ず聞き取りをし、要望、意向の把握に努めている。	介護相談員からの情報やカンファレンスをもとに、利用者の希望・意向を把握し支援に努めている。日々の会話から利用者の本音をきけるときもあり、気づきを申し送り等で共有し個人個人に応じた支援に努めている。日常生活で畑の手入れ・収穫・買出し・調理・洗濯干し・たたみ等は当たり前のように利用者も楽しんで行なっている。裁縫の得意な利用者には職員のズボンの裾上げをやってもらい、職員は助かっているという。困難な場合は利用者の様子・表情から判断し本人本位に検討している。	

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
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	事前調査時にセンター方式を家族にお願いし把握に努めている。また、入所後も、本人から聞き取ったりしている。		
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	本人の生活の様子を記録に残し、職員同士で情報を把握している。		
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	月1回の会議や、モニタリングを通じて現状の把握やその時々課題やケアについて話し合いケアプランの作成に努めている。	センター方式を用いたアセスメントを活用し、担当者が利用者・家族と話し合い日々の生活の中で実現できる目標を掲げ、全職員で利用者の課題とニーズに合わせたケアプランの作成を行っている。ケース記録・生活日誌で気づきを記入し、モニタリング・評価につなげ現状に即した介護計画を作成し家族の同意を得ている。	ケース記録は行動記録のみにならず、利用者の表情や言葉の変化などを読み取れる記入方法の検討を期待する。
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	ケース記録や生活日誌などを使用し、気づいたことを記入し、全職員で共有、日々の実践に活かしている		
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	同一法人内の特養、デイサービスなどと連携し、行事、体操などに参加している。		
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	地域の交流センターなどの催し物、図書室に出かけられるように支援している。		
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し、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	今までのかかりつけ医を重視し、緊急の際は、嘱託医も受診できるように支援している。	協力医療機関から月1回の往診があり、利用者の健康管理に努めている。かかりつけ医への受診は基本的には家族が付き添い、受診後はお薬手帳に記録(面会時に家族に確認してもらっている)を残している。緊急時は特養の看護師から関係医療機関に連絡する仕組みとなっている。	

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
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	緊急の際、特養の看護師と連携をとれるようにしている。		
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。	入院の際、サマリーなどを作成し情報提供を行っている。入院後も、面会に行き、看護師、ワーカーさんと情報交換に努めている。		
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	終末期ケアは行っていない為、入所の際に、特養の申し込みをお願いしている。もしも際の為、情報の共有を行っている	事業所として看取りは行なわず、終末期と判断された場合は医療機関・特別養護老人ホームへの転院を契約時に説明し、同意を得ている。重度化した利用者へのケアについては医師・看護師から指導を受け利用者にとって最善の方法の支援の提供に努めている。	契約時に終末期対応の説明し、特養へ申し込みをしてもらっているが、キーパーソンだけでなく他の家族との共通理解として口頭だけでなくきちんと書面で同意書を取り交わすことが望ましい。
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	救急救命の研修に参加している。緊急時のマニュアル、連絡網の作成がしてある。		
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	消防署指導の下、防災訓練、同じテナント、地域住民と合同で訓練を行い、協力体制を築いている。	消防署指導のもと年2回の訓練を同テナント・地域住民と合同で実施し、協力依頼内容は構築している。避難用具の点検・実施訓練・消火器使用方法・緊急通報システム・連絡網・夜間想定・避難経路確認等を実施し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。昨年度の評価を受け、出火場所に応じた避難方法の話し合いが行われた他、消防所からははしご車はケースバイケースであり、まず火元から遠ざけることが第一であるとアドバイスを受けた。備蓄品・緊急持ち出し用品は整備している。自然発火防止対策としてコンセントのほこりには気をつけている。広域避難場所は職員・家族共周知している。	
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	利用者一人ひとりを理解するよう努め、ミーティングなどで話し合い共有し、適切な声掛けを行っている。	人生の先輩として敬い、利用者の話に耳に傾け、時間の流れを共有している様子が伺え、職員と話している利用者の表情は明るい。書類関係は事務所に保管・面会簿は個人毎に記入し個人情報保護に努めている。介護保険等第3者に提供する内容・外部からの問い合わせ・面会・肖像権を含め同意書を取り交わしている。	

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
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	利用者本人の希望に少しでも近づけるように支援している。		
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、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	本人のペースで生活してもらえるように支援している。		
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	利用者の好みに合わせて衣類を家族に持ってきてもらい選んでもらっている。		
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	買い物から、下膳まで手伝ってもらい、一緒に食事を楽しんでいる。出来るだけ利用者の好みを聞き旬なものを食事として提供している為、献立は決まっていない。	各ユニット毎に利用者と相談したりチラシを見て、季節の食材を取り入れた献立(栄養面は管理者が栄養士なのでチェックしている)を決めて食材の買出し・下準備・味付け・米洗い・盛りつけ・配膳・下膳・食器拭き等を職員と一緒に楽しみながら行っていた。食器類は温かみのある陶器製で利用者自身の食器を使用し食欲を注ぐ工夫があった。職員はさりげなく食介を行ない、利用者と一緒にテーブルを囲み楽しい会話が広がっている食事風景が見られた。おやつ作り・外食・誕生会と利用者の力を発揮できる場面を提供している。	
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、水分量をチェック記録し水分不足の際は、その利用者の好きな飲み物を提供している。		
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	声かけなどを行い一部介助するなど努めている。		
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	排泄パターンを把握し、トイレ誘導し、排泄の自立支援を行っている。	排泄パターン・表情・様子から察知しそと誘導し、トイレでの排泄や排泄の自立に向けたきめ細かな支援を提供した結果、昼間は布パンツ、夜間帯は睡眠を重視しているがパットの使用と改善している。運動・乳製品・食物繊維の食べ物を心がけ自然排便の支援に努めている。	

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
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	適切な運動と、乳製品、食物繊維の多い食事を心がけている。		
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	入浴の希望を聞き利用者の意思を出来るだけ尊重している。	利用者の希望に応じた入浴日・時間・石鹸・シャンプーで支援を行なっている。拒否があった場合は無理強いしないで時間をおいたり、違う職員が声掛けを行い自ら進んで入浴したい雰囲気を作っている。同性介助を基本にしているが、勤務体制の関係で異性介護師の場合はドアの外で待機している。季節に応じたゆず湯・菖蒲湯等を提供している。皮膚感染予防対策として足拭きは個人用を使用。巻き爪の利用者には皮膚科で切ってもらっている。	
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	環境整備に努め、家で使っていたなじみの物を持ってきてもらったりしている。希望者には、布団を温め提供している。		
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	個人記録に処方箋を綴じ込みいつでも確認できるようにしている。処方の変更の際は、記録を残して報告している。		
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	本人の日常できることを手伝って頂くように努めている。本人の希望により、お酒などを提供している。		
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	希望にそって買い物や、散歩が出来るように支援している。また、家族の協力を得て、外泊、外出などに行かれている。	お天気や体調に応じてデイサービスのリハビリ体操・散歩・買物に日々出かけ、五感の刺激を受けている。利用者のリクエストから水族館・奥久慈観光やな・カラオケ・温泉・りんご狩り・ぶどう狩り・花火・蛍観賞・歌舞伎・交流センター・図書館・茨城空港・海軍航空記念館・ひたち海浜公園・花見・外食等外出支援は多い。家族の協力もありお墓参り・外泊と利用者や家族の密な関係が推測される。外出時にお小遣いで買った収支決算は面会時に領収書のコピーを添付し了承を得ている。	

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
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	本人お財布を預かり、外出した際に使えるように支援をしている。		
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	本人が希望すれば、電話をしていただくやり取りができるように支援している。本人宛にかかってきた時も支援できるようにしている。		
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、	月に2回花を買いに行き、生けてもらえるように支援をしている。季節がわかるように飾りを作ったりして展示してある。	既存建物をリフォームした構造であるためコンパクトな作りであるが、家庭的な雰囲気の中で利用者がゆっくり過ごしている様子があった。2週間ごとに季節の生花を買いに行き利用者に生けてもらい、季節を感じてもらう工夫がある。季節の飾り物・見やすいカレンダー・時計で見当識を意識した工夫があった。	
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	広くはないが、気のあった利用者同士で過ごせるように席をの位置を配慮している。		
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	本人の使い慣れた家具や、布団などを持ってきてもらい、少しでも落ち着いて過ごせるように工夫している。	居室入り口には利用者の写真入の表札を掲示し混乱防止に努めている。使い慣れたミシン・アイロン台・仏壇・イス・テレビ等を安全面に配慮し設置している。趣味の編み物・家族の写真・趣味の花等を飾り利用者がほっとする居室となっている。掃除は職員と一緒にいき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	自分の部屋が解るように写真入りの表札、トイレには大きな目印を貼ってある。		

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

(別紙4(2))

事業所名:グループホームべんてん

目標達成計画

作成日:平成26年12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	33	契約時に、重度化、終末期の説明を口頭で同意を得ているが、書面での同意書を取り交わしていなかった。(医療機関・特別養護老人ホームへの転移)	家族様に、重度化や終末期を迎えた際に対応を確認していただく。	重度化や終末期の対応の同意書を作成し、契約の際に説明、同意を頂く。	6ヶ月
2	26	行動記録やケアプランに添った記録の記入は、出来ているが、利用者の表情や、言葉の変化などに対して記入が少ない。	第3者が見ても解りやすい記録の書き方を、工夫する。	勉強会や外部研修などを利用し、わかりやすい記録の書き方を学ぶ。	3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。