

# 1 自己評価及び外部評価票

## 【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2071000141		
法人名	社会福祉法人 駒ヶ根市社会福祉協議会		
事業所名	駒ヶ根市 認知症高齢者グループホーム ほほえみの家		
所在地	長野県 駒ヶ根市 赤穂 14番地 722		
自己評価作成日	平成29年11月6日	評価結果市町村受理日	平成30年4月13日

※事業所の基本情報は、公表センター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://kaigo.nsvakvo.or.jp/modules/general/general_divindex.php?iigvo=2071000141">http://kaigo.nsvakvo.or.jp/modules/general/general_divindex.php?iigvo=2071000141</a>
----------	---

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社マスマネットワーク		
所在地	長野県松本市巾上9-9		
訪問調査日	平成30年3月1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)】

利用者さんご本人が出来る事をしながら、楽しく暮らせるよう、お手伝いします。  
 季節の食材を使った手作りの食事や行事食を楽しんでいただいたり、自分たちで調理できるようホットプレートを使って料理することを月に2~3回行っている。  
 季節の移り変わりを楽しめる外出支援を行っている。  
 認知症の進行や体力低下を防ぐための体操やドリルなどの活用も行っていきます。  
 家族や知り合いの方が気楽に来て頂ける雰囲気を目指しています。

## 【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)】

事業所には家族会が組織され、会長は半年交代で運営推進委員会に参加している。行事に合わせての開催もあるが年7回の家族会が開かれ環境整備・利用者との交流・お互いの親睦等が行われている。利用者の受診は家族の役割で事業所と連携しながら医療機関に連れていく。バスハイク・クリスマス会等の行事への参加も多く事業所と家族との信頼関係の強さがうかがえる。また、事業所は理念「共に暮らし・共に生きる」を実践するために年度目標を決め家族にも配布し協力をお願いしている。常に家族と共に利用者の意思を尊重した支援を実行していく姿勢がある。玄関には「わが家の家族」として職員の写真が掲示されている。

## 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。ユニットが複数ある場合は、ユニットごとに作成してください。

ユニット名( )		項目	取り組みの成果 (該当する箇所を○印で囲むこと)	項目	取り組みの成果 (該当する箇所を○印で囲むこと)		
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向をつかんでいる。 (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全くいない
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、生き活きと働けている。 (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させている。 (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、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (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				

## 自己評価及び外部評価結果

〔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。	理念を作り、玄関前に掲示し、全職員で共有して実現に向けて取り組んでいる。	理念「共に暮らし、共に生きる」に続き理念の実現に向けて職員の努めること・家族・地域にお願いすること等を示し、理念がより実行性の高いものになっている。年度目標も決め、職員・家族で共有している。	
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。	日常的ではないが、防災訓練・地域行事等できる範囲で交流している。 地域のボランティアさんの受け入れもしている。	散歩に出かけたとき声をかけてもらったり、事業所の職員も関わっている地域のサロンに参加している利用者もいる。ふれあい広場・福祉大会には付き添いボランティアと共に中学生も加わりボランティアからボランティア活動を学ぶ場面もある。	
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。	第2土曜日を相談日としているが、あまり活用されていない。 交流を通し認知症の人と接する事で理解してもらう機会としている。		
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。	2ヶ月に一度、運営推進会議を開催し、利用者状況・運営状況を伝え、意見を頂いている。	地区の役員・民生委員などとともにボランティアの代表も構成員になっている。事業所の状況を伝え地域の福祉ニーズについての意見交換もある。ヒヤリハット・事故報告ではアドバイスもあり隣接するデイサービスとの防災訓練には協力を得ている。	
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。	2ヶ月に一度、サービス相談員が来所し、利用者・職員と懇談しながら、アドバイスを頂いている。また、市の方への働きかけも頂いている。 市担当者にも運営推進会議に出席して頂いている。	介護相談員2名を2か月に1回派遣してもらい利用者の思いを市に届け、相談員・市・事業所の懇談会も開かれている。3か月に1回事業所の入所状況等を知らせている。運営推進委員会には必ず市の福祉の係が参加する。	
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。	玄関の施錠は、夜間以外は行っていない。 全職員が禁止の対象となる行為を理解できるように研修会に参加予定である。	事業所は身体拘束をしないケアを目指して市や他団体が主催する研修会に参加しケア会議でも議題にしている。言葉の拘束もないように職員同士注意できる環境を作っている。センサーマットの設置、やむを得ない一時的な身体拘束がある場合は記録用紙を用意し家族と密な連携を取っている。	
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。	研修会に参加し、内容を皆が共有し、注意、防止に努めている。		

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。	研修会に参加し、内容を皆が共有し、活用できるように支援している。		
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。	契約時には、納得できるよう質問を受けながら説明を行なっている。 改定の折には家族会に諮り、皆に納得して頂いている。		
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。	家族会を年7回開き、意見を出して頂くと共に、運営推進会議の折にも家族会会長から意見を出して頂いている。 利用者・家族等の意見・要望を気楽に伝えてもらう雰囲気作りに努めている。	家族会・面会・受診・運営推進委員会等家族からの意見・要望を聞く機会をたくさん用意し、家族会後は必要に応じて個別面談をしている。聴取した意見はケア会議などにかけて運営に反映し個人的な意見はケアプランに反映している。	
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。	毎月2回のケア会議や年1回の職場懇談会を通じて、意見や提案を聞く機会を設けている。	事業所の母体、社会福祉協議会の事務局の会長・局長・事務局長と職員の懇談会が行われ運営にかかわることは話し合いがされる。事業所では職員会議に意見・要望等聞く機会を作っている。必要があれば個人面談も行っている。	
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。	事務局へは、勤務表・夜勤状況の報告を行っており、職場懇談の時に、環境整備の要求をしている。利用者の状況に応じて、勤務形態の変更が必要な場合、逐一報告し、相談している。 毎月できるだけ職員各自の希望に応じた勤務形態として、体調家族の状況に配慮している。		
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。	個々に見合った研修会への参加の機会を作っている。		
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。	社協職員全員での研修会への参加や社協組合を通じ交流する機会を持っている。 多くの研修会に参加することで、他事業者との交流も含め、質の向上につなげている。		

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。	入居前情報及び面談により安心して入居できる環境を作ると共に、入居後の本人との話や様子を見ることで、安心して暮らせるよう支援している。 変化のあった時や薬を変えた時、入所後1週間は、「24時間生活変化シート」の活用をする。		
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。	契約の段階で、要望・困っていることを聞いている。また、来所時に個別懇談を行ったり、職員に気楽に話せる環境づくりに努めている。		
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。	本人、家族の方たちが必要としている支援（主治医、排泄ケアの方法等も）の対応に努めている。		
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。	掃除、洗濯物たたみ、草取り、畑仕事等できる事はして頂くようにしているが、利用者によっては介護される一方になり易いため、苦慮している。		
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。	家族との絆を大切に、行事、家族会の折に出席してもらっているが、それ以外は、だんだん足が遠くなってしまう。職員と家族との関係も大事にしている。		
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。	馴染みの方にはいつ来て頂いても良い環境にしているが、家族と出掛ける事が受診以外は限られてきている。	実家に行きたい、妹と会いたい等は家族の協力で実施した。事業所の近くの蚕玉様のお祭りなどでなじみだった人と出会うことがある。お盆などはお墓参りには行けないが家の仏壇でお参りする。年賀状は家族だけでなく知人あてに書く利用者もいる。	
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。	利用者同士穏やかに過ごせるようテーブル席の場所を工夫し、何かあった時には職員が対応できるように支援している。		

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
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。	退居した家族や知人が来所したときには今まで通りに対応している。 季節の便りを出したり、相談に乗っている。		
<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。	【私の姿と気持シート】を利用することにより、本人の希望や意向の把握に努め、ケア会議などで検討している。	「私の姿と気持シート」で嬉しいこと・悲しいこと、願い・要望を担当が変わったときに新たに聞き取り思いを把握している。入浴時一対一になれる時、居間でゆったり寛いでいるとき把握する。要望の対応、利用者の反応を日常的に記録して把握に努める。	
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。	入所時に生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境等の聞き取りを行い、情報シートに書き込んでいる。 毎日の会話の中から気づいた点を共有する事で把握するよう努めている。		
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。	個別ファイルを出勤時に確認している。 毎日の暮らしの状況を個別ファイルに記録しつつ、変化があれば、連絡ノート・ケア会議で共有している。		
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。	本人・家族の意向を確認しつつ、職員作成の【私の姿と気持シート】を活用した上で、介護計画を作成している。 ケア会議、日々の意見・アイデアなど出し合っている。	利用者・家族の意向や願いを把握し「私の姿と気持シート」や日々の介護記録をもとにアセスメントをし、ケア会議で職員で討議し介護計画を作成している。計画の見直しのモニタリングは目標に対して出来たか、出来ていないかのチェック表になっている。	利用者がよりよい生活をするためには計画の作成・実践・評価し新たな課題を見出し進歩した次の計画が求められる。計画策定だけでなくモニタリングも利用者・家族・職員などの会議での話し合いが望ましい。
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	個別のファイルに日々の様子を記録、職員全員が目を通している。 変化があれば、ケア会議で見直ししながら共有しているが、介護計画にもう少し活かしたい。		
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ず、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	利用者・家族個々の状況、その時々にあったサービス支援を行なえるよう、職員間の理解の共有に努めている。		

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
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。	地域のボランティアの受け入れや地域行事（交流フェスティバル・文化展等）への参加をしたり、知り合いの訪問の受け入れを行っている。 隣接する公園の散歩を日常的に行っている。		
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。	主治医の毎月の往診または家族の付き添いでの受診を受け、変化があれば主治医に連絡し、指示を仰いでいる。	主治医の往診か、かかりつけ医への家族の付き添いの受診か、利用者・家族の希望による。受診には日々記録した熱・血圧・水分などを家族に渡し医療機関に届ける。受診後は家族から口頭で結果の報告を受ける。家族の受診が無理になったときは主治医の往診に切り替える。	
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。	看護職はいない。		
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。	昭和伊南総合病院との懇談会に出席し、連携を図ると共に、入退院時には情報交換をしている。 また、主治医の往診が月1回行われており、情報の提供や相談が出来ている。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	契約時には、説明・話し合いを行い、理解して頂くように努めている。 また、日頃の利用者さんの状況を機会ある毎に伝え、家族に現状を把握していただくようにしている。その時点で、確認しあっている。	市及び社会福祉協議会の協議により入所は自立して共同生活ができる認知症高齢者とし、事業所の住環境に適さなくなった利用者には引き続き生活の質が確保できる適切な環境への移行を支援する指針を入所時に文書で示している。	
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。	マニュアルを作成し、全職員に配布し、自習すると共に避難訓練時に救命講習を受けている。 毎日のバイタルチェックの記録。 酸素吸入器と酸素濃度計を設置している。		
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。	防災訓練を年3回（内、2回は夜間想定）行い、年1回のこだま園との共同防災訓練の折には、地域の方にも、参加して頂く。また、地域との協力協定を結んでいる。 社協全体での防災訓練も実施した。	年4回の防災訓練を行う。内1回は通報訓練、2回は夜間想定（2月は消防署来所、5月は地震の防災）秋には消防署・地域の消防団・区の役員等の参加を得て隣接のデイサービスと合同訓練を行う。備蓄は水・食料3日分の備え・ガスコンロの用意もある。	

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
<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。	言葉掛けに気をつけるようにしている。 トイレ・入浴など自分で出来る事は極力やって頂いている。	人権・接遇の研修に参加しケア会議で共有している。プライバシーに関する言葉掛けには特に配慮しプライドを傷つけないように場所を選んでいる。入浴・排泄など異性の介護に抵抗がある利用者には時間をかけて勉強したプロの介護者であることを説明し慣れてもらった。	
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	相談の中で本人の思いを読み取るようにしたり、職員が言葉にして聞いたりして、働きかけている。		
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。	一人一人の希望に沿える様に努めているが、集団生活でのルール守る時間は守って頂く時もある。 本人の気持ちを受け止めた上で、職員側から提案することもある。		
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。	本人に任せているが、衣類の調整の支援をしたり、洗濯の援助をしている。 2～3ヶ月に1度の美容日を設けている。		
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。	各自の好み、食べられない物を把握し、個々に合った食べやすい食事を提供し、一緒に食事を摂っている。 野菜の皮むき・配膳・下膳を各自出来る範囲で行っている。 施設の畑からの収穫物や近所の方からの季節の頂き物を利用している。 自分たちで弁当を詰めたり、鉄板料理をして、楽しんでいる。	野菜の皮むきや下ごしらえなど職員と一緒にいき、下膳やテーブル拭きはできる利用者にお願する。食事は職員と和やかに摂っている。郷土食の五平餅は、たれづくりから行き、ごはん・おかずを詰めて自分でお弁当を作ることもある。節分には恵方巻を作った。ホットプレートを用意し、お好み焼き・たこ焼き・クレープを作る。誕生日には好きなお菓子を用意することがあり手作りのお菓子も作る。	
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。	食事量は各自に合わせて提供している。体調によって粥・消化の良い物で対応している。 毎食時・午前午後のお茶に水分摂取していただき、それ以外にも声掛けを行っている。		
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、個々の状態に応じて対応している。 週1回、または家族の希望で毎日、入れ歯洗浄剤を使用している。		

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。	トイレで排泄できるように声掛けで誘導している。 ふらつきのある人、頻尿の方には、ポータブルトイレを使用して、自分で行けるように工夫している。	排泄はトイレを基本にできるだけ自分で行けるよう声掛けで支援している。ふらつきがあって不安定な人、頻尿の人にはポータブルトイレを用意するが症状が安定すればもとに戻し自立を促す。	
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。	野菜主体の献立や牛乳・ヨーグルト・オリーブオイル・オリゴ糖の提供をしている。 水分摂取の声掛けも適宜行っている。 その上で便秘になりがちな人には、主治医と相談の上、通じ薬の調整を行って、快適な排便ができるように努めている。		
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ず、個々にそった支援をしている。	集団生活の中で、入浴時間に制限はあるが、本人の希望やタイミングにはできるだけ合わせる様にしている。	夜の入浴希望があっても安全を考えて、職員の多い午後2時～3時頃にしよう。その中で一番風呂の希望、ゆっくり最後に入りたい等希望に応じている。一年に一度であるが早太郎温泉から温泉を運んできて湯舟に張り本物の温泉入浴を楽しむ。	
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。	ご本人に任せている。 前夜眠れなかった時や体調の優れない時等は声掛けしている。 昼食後の午睡をして頂く。		
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。	薬の管理表及び個人のファイルに服薬状況表を入れてある。確実に服薬できるように職員が確認している。薬が変わった時は、連絡ノート・個人ファイル・薬の管理表に記録し、変化に気をつけている。		
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。	各居室及び廊下の掃除・散歩・草取り・畑仕事・食器拭きなど、各自の能力に合わせて行っている。 誕生日のお祝い・DVDによるカラオケ・体操・季節の行事を行っている。月3回の鉄板料理は、各自が活躍できている。		
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。	希望により散歩支援。ボランティアさんとの外出・家族との外出・外食支援(苺狩り、バスハイクなど)。 ドライブ。地域行事への参加。	毎日散歩ができるように支援し、馬見塚公園付近を中心に行っているが出掛けられない利用者には駐車場に椅子を出して対応している。食材の買い出し・バスハイク・いちご狩り・お花見・買い物等家族の協力もあり利用者の体力に合わせて行う。	



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。	お金は、職員が管理している。外出した時等は、小遣いとして使えるよう支援している。		
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。	希望により、電話を掛けている。 年賀状を書いて出している。		
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。	いつ誰が来てもよいように配慮し、外の様子が分かったり、季節感を取り入れた飾りつけ(花など)をしている。また、消臭剤の使用も行い、不快な臭いの無いように努めている。	事業所内は花や利用者の創作した飾りで季節感を出し、石を配した中庭は、ねじ花・躑躅や石楠花・紫陽花等で四季を楽しむことができる。廊下にはベンチがあり、居間のソファは外に向けて設置し2~3人で洗濯物を畳んでいる姿がある。	
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。	居間のソファや廊下のベンチなど自由に使って、過ごしてもらっている。職員が場の提供に努めている。		
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。	本人が使い慣れた家具・置物などを持ち込んで頂き、居心地良く過ごせるようにしている。本人の書いた塗り絵や写真を壁に貼っている。家族から贈られた花なども置いてもらっている。	家で使っていたなじみの家具など持ち込んでいる。手芸の好きな利用者は作ったものを置いたり、家同様に工夫して書斎を再現している利用者もいる。電気毛布・湯たんぽの使用もあり利用者家族本位で工夫している。	
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。	居室・トイレ・浴室に分かり易い表示をしている。 廊下・トイレに手すりが付いている。 洗面所は各居室と共用の物を併用している。 保管庫には、危険防止の為、施錠をしている。		

(様式4)

事業所名 駒ヶ根市認知症高齢者グループホーム ほほえみの家

## 目標達成計画

作成日: 平成 30 年 3 月 26 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	介護サービス計画書のモニタリングの評価が記録として行なわれていない。	モニタリングの評価の記録を整備する。	・モニタリングの評価のしやすい書式の試案を作成し、職員会で検討する。 ・モニタリングの評価の時期を1年を通じて、計画を立て、家族が参加しやすい日程を調整する。	3ヶ月
2					
3					
4					
5					

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。  
複数のユニットを有する事業所において、事業所全体でユニットごとの目標の総括を行う場合は、本様式を1つ作成してください。