

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	0870600376		
法人名	濱野精麦株式会社		
事業所名	グループホームひなたぼっこ		
所在地	茨城県筑西市市野辺133-2		
自己評価作成日	平成28年9月27日	評価結果市町村受理日	平成29年1月26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.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&JigyosyoCd=0870600376-00&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28年11月30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)】

当施設では昔の家庭での看取りのように皆の集まる居間に臥床し一緒に暮らしている仲間の人たちの気配を感じながら 食事の支度や臭いを感じながら 家族 医療関係者 職員が一丸となり、おだやかな最後を迎えられるような看取りケアを行っています。また認知症に対する理解を深めてもらい互いに支え合える地域作りをめざし、近隣住民の方々との交流を大切にしています。

【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)】

地域密着型の施設として地域に受け入れられ、様々な協力を受けたり、事業所主催のイベントに多くの参加を頂いたり認知症や事業所に対する理解を得られている。隣接のデイサービスやサービス付き高齢者住宅と連携をとり、災害時等は利用者が不安なく避難できる協力体制が出来ている。管理者・職員ともに日々変わる利用者の思いや意向を全職員で共有し、一人一人に時間をかけてかわりを持つことを大切にされたケアの提供に取り組んでいる。線引きは難しいが、利用者の残存機能の継続支援(自然な形の機能訓練・歩行訓練・下肢筋力強化等を実施)や出来ることは、時間がかかっても見守り、自分でやってもらうようにしているとのこと。看取りの部分では医療関係者・職員・家族と連携をとり、他の利用者の精神的ケアをとりながら、その人らしく旅立てるようなお手伝いをしている。

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)	○	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、安心して暮らさせている (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	地域との交流を大切にし、ともに成長していくよう理念を挙げて実践している。	簡潔な6つの理念を作成して玄関入口に掲示し、地域の一人としてその人らしい生活が過ごせるようなケア提供に努めている。年間目標を『思いやりと感謝の言葉を忘れない』とし、申し送りやミーティングで理念・目標の確認・共有をし、管理者と職員は実践につなげている。職員は笑顔を引き出すことを心掛け、その日を楽しんでもらうケアの提供に努めているという話があった。	
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	自治会、老人会の行事などに参加することで、ご近所様との交流を持てるよう努めている。又、ご近所に花見に行ったりしている。	自治会(総会は社長が出席し事業所の説明をしている)に加入し、自治会・老人会の行事に参加し交流を深めている。雪かき・写真提供・庭木の消毒・手作りパイの差し入れがあったり、自宅の桜見・お茶のみに招待してもらい楽しんでいる。子供神輿が立ち寄ってくれるので、利用者から子供にお菓子を渡し『ありがとう』の言葉に涙を流すなど、穏やかな利用者の表情を見ることが出来る。事業所主催の地域交流会(食事会・催し物等)を開催し、認知症や事業所への理解を得ている。昔話の読み聞かせ・マンドリン・歌・フラ等のボランティア訪問もあり、利用者参加している。	
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	地域交流会(食事会・催しもの)などを開催し、認知症の理解と支援方法などをともに学びあっている。		
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	役員の方々やご家族からのご意見を大切に受け止め、業務、ケアに活かしている。 例：避難訓練、レクリエーション、困難事例検討など	行政・民生委員・家族・利用者・区長・隣人・元区長・事業所担当者の構成メンバーで2か月毎に開催している。主な議題は事業予定・報告・避難訓練・不審者対応・利用者状況等を報告し、席上出た避難訓練・レク・困難事例等の意見をサービス向上に活かしている。議事録には職員の感想・反省も記入されており、会議が有意義なものになっていると感じた。家族には請求書と一緒に議事録を郵送、職員には報告・回覧で共有している。	
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	運営推進会議において、日頃の問題点や困難事例の対応を相談させていただいたりしている。	担当課(介護福祉課・地域包括センター)と協力関係を築いている。介護労働安定センター・専門学校の実習生を受け入れている。小学校の運動会に招待され出かけている。中学生の体験学習の場として提供し介護・福祉に対する気持ちの大切さを伝えている。子供110番の家は検討中。	

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
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。	勉強会や研修などを通して身体拘束のない職場作りに努めている。玄関の鍵は夜間のみかけている。	勉強会・研修から身体拘束となる行為・弊害を周知し、拘束を行わないで、利用者の安全・安心に配慮したケアの提供に取り組んでいる。危険回避のためにとっさに発する言葉に関しても、利用者の混乱が起きないように直ぐにきちんと説明している。車いすの点検は職員が実施している。	
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	勉強会や研修などを通して、虐待のない、あたり前の生活支援に努めている。		
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	勉強会や研修などを通して、権利擁護に関する制度の理解を深めている。また今後活用する機会があった時はスムーズに対応できるように努めていきたい。		
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	利用者様やご家族様に不安や疑問がないように十分な説明を行っている。		
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、要望、疑問、苦情などをいつでも聞ける体制でいる。面会時などに思いを聞くようにしており、入所時に苦情窓口も伝えている。	利用者からは会話の中から吸い上げている。家族からは面会時に意見を聞くようにしている。運営に関する意見はほとんど無いが、対応について『一人にしないでほしい』との意見に対し出来るだけ声掛けを増やしたり、寒さ対応の洋服の要望に対し即対応をした。意見の言い出しにくい利用者・家族に配慮し、意見箱の設置・第3者機関名・電話番号を明示している。	
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	勉強会や個人面談、その他必要に応じて職員の見解を聞きながら、業務改善や働きやすい環境づくりに努めている。	管理者が主に職員の意見等を聞き対応している(外出支援・業務配分の検討・リフト付きキャリーシャワーいすの設置・ベランダの扉設置・スロープ設置等)。個人面談や様子から声掛けを行い、意見や悩み・ストレス等を聞いて改善している。個人目標を設定し、意識向上に向けた取り組みを認め、働きやすい職場環境を作っている。施設長・管理者にはその都度なんでも言い合える良好な関係と職員からの話があった。	
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	職員が明るく元気に目標を持って仕事ができるよう、働きやすい環境作りに努めている。また、必要時には個人的に相談やアドバイスをしてくれている。		

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
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	年間の個人目標を提示し、目標に向かって支援や相談にのってくれている。出来ていること、頑張っていることを認めてくれており、改善点には相談に応じてくれている。		
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	地域の同業者との交流を通して、お互いに学び合い、サービス向上に努めている。(情報交換、行事参加、勉強会、研修など)		
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	ご本人との面談を繰り返しながら少しずつ信頼関係を築き、入所に向けて不安を出来るだけ軽減できるように努めている。(日中の生活体験、見学、夜間宿泊体験)		
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	ご家族の想いを大切に、不安や困難が軽減、解決できるよう支援し、よりいっそうの信頼関係が築いていけ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	介護保険制度の説明や認知症についての理解や対応の仕方、社会資源について必要時には説明している。また他のサービス利用も勧めるなどご本人やご家族が今必要とする支援を提供できるように努めている。		
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	共に生活する仲間、家族として、大切に支援させていただいている。ともに笑い、ともに泣きたくさんの思い出を作りながら、誰もが主人公になれるように活躍の場を拓いていけるように努めている。		
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	ご本人を支えるために、ご家族との信頼関係をもとに、ケアの方向性や方法、内容など随時相談し、ケアを実践している。		
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	ご本人との関係性があるかたの面会は、ご家族とご本人の拒否がない限りいつでも可能としている。また、懐かしい場所への散歩、ドライブも行っている。	大事な人との年賀状や手紙・電話(携帯持参の利用者がいる)のやり取り、家族以外にも知人・友人の面会で馴染みの人との関係継続に努めている。馴染みの場所として、悠然と川の流れて背いて遡上している鮭を見に行ったり、お饅頭を買いに行く。家族の協力を受けお墓参りや外食に出かける利用者がいる。要望が出た場合は天候や体調に応じてドライブがてら希望の場所に出掛けている。ホームを拠点とした職員・サービス付き高齢者住宅・デイサービス利用者となじみの関係が出来ている。	

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
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	利用者様が孤立しないように目配り、気配りを しながら対応し、利用者様同士の信頼関係 や馴染みの関係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	利用者様が退所された後もご家族様からお 手紙をいただいたり、遊びに来てくださるなど 交流が継続しており、必要時には相談にのっ 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	入所する際はもちろん、施設で生活してい く中でも、本人の意思を尊重し、ニーズに応え ていけるように努めている。	利用者の生活スタイルを重視し、趣味(カメラ・習字・水 墨画・写生・織い物・台布巾作り等)や家事(洗濯干し・洗 濯たみ・食器ふき等)から、得意分野を見出し、やりが いと励みにつなげるように支援している。困難な場合は 家族から聞いたり、表情・様子から職員間で本人本位に 検討している。一日の流れはあるが、利用者のリズムで 過ごしてもらい、生活の中に取り入れたリハ(フラミンゴ 体操の後、廊下や庭先まで歩いたり、テレビに合わせた ラジオ体操を実施)や機能訓練(手先の運動・手引き歩 行等)を取り入れている。	
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	入所の際、たくさんの情報をご本人やご家族 に教えていただいているが、生活を共にして 行く中でそれ以上の情報を知り、本人らしく生 活できるように支援している。		
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	集団生活をしている中で、個別に体調や生活 パターン、ペースに合わせて支援させていた だいている。		
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	入所の際や、心身に変調があった時など随 時、利用者の担当者、看護師、ケアマネ ジャー、家族、医師などと話し合いを持ちケア プランを立てている。	センター方式のきめ細かいアセスメントをとり、サービス 担当者会議を実施して(家族が参加できない時は前も ってケアマネが意見を聞く)利用者のニーズに合わせたケ アのあり方を話し合い、ケアプランを作成している。作成 後は家族に説明し同意をえている。毎月カンファレンスを 開催し、短期目標達成に向けたケアの提供内容を○× でチェックして記録に残し、6か月毎に担当者がモニタ リング・評価につなげている。変化があった場合はケア プランを見直し、現状に即したプランを作成している。	アセスメント要約・カンファレンス会議・モ ニタリング等は丁寧な記録となっていま すが、カードックスに添付されている短 期目標を、具体的な支援内容が日々の ケース記録の中で確認しやすいように工 夫するなどし、プランと連動した記録とな ることが期待されます。

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
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	毎日、各利用者様の状態を記録し、職員の思いやアセスメントを個別に記録して介護計画の見直しに活かしている。		
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	隣接の施設(サービス付き高齢者向け住宅)やデイホーム(通所介護)に遊びに行ったり来たり交流の場を広げている。ドライブに行ったり、外来受診サービスも行っている。		
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	ボランティアの方々が紙芝居や手品、大正琴、歌のコンサート、楽器演奏などを披露してくださったり、また、ホームの行事に参加して下さることもある。		
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	入所の際に本人のかかりつけの医師を紹介させていただき、希望に合わせて、必要なサービスを提供している。	24時間対応可能な協力医療機関から月2回の往診・訪問が月2回来ており、日頃の利用者の体調管理に努めている。変化があった場合は隣接のサービス付き高齢者住宅の看護師が対応したり、必要に応じ医療機関を受診している。事業所からの情報提供に対する往診・受診・訪問の返答や連絡事項が記入されていることが記録が確認できた。訪問歯科以外の専門医の受診は基本的に家族対応で行っている。	処方箋の変更は業務日誌に記録。場合によってはドクターと家族で直接話してもらうときもあるが、受診結果は往診用・訪問用で一枚にまとめた記入となっている。個人ごとに処方箋・状況変化・家族連絡等を記入することで緊急時や専門医への受診がスムーズになることを期待する。
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	当施設では、訪問看護ステーションと契約を結んでおり、緊急時夜間問わず24時間体制で連絡がとれるようになっている。必要時担当医とも連絡がとれる体制になっている。		
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。	入院や退院時、病院の医師やソーシャルワーカー、ケースワーカー、ケアマネジャーなどと情報交換し、本人や家族と相談しながら早期の退院に努めている。		
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	当施設では、看取りケアについて、各段階に応じて必要なケアをチームで話し合い、ご本人や家族の希望に添って出来るだけの支援をしている。	看取りについては契約時に説明し同意をえている。状態に応じ家族と相談し再度同意書を取り交わし、家族・利用者の思いに添ったその人らしい旅立ちになるよう、他の利用者に配慮しつつ、24時間訪問との連携、サービス付き高齢者住宅の看護師・職員と連絡を取り合い、全職員で取り組んでいる。家族の宿泊も可能である。現在の利用者の状態を全職員で共有しており、緊急時の心構えは出来ている。	
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	勉強会にて定期的に学ぶと共に、その時々に応じて確認を含め振り返るようにしている		

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
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	定期的に避難訓練を行い、万が一の時など地域の方々の協力が得られるように働きかけている。(スプリンクラー、防災ランプ、ベルの活用、運営推進会議での話し合い、訓練時の地域への呼びかけ、緊急連絡網)	年2回消防署指導・自主訓練(運営推進会議時)をサービス付き高齢者住宅職員と一緒に実施し、利用者が避難できる方法を職員は身につけている。隣の住民は消防職員で協力体制は出来ている。備蓄品は本社と事業所で整備している。緊急持ち出し用品・災害対策マニュアル(地震・火災・台風大雨)を検討し整備した(居室からベランダに避難した時に備え、フェンスに扉を設置・水害に備えスロープを設置しサービス付き高齢者住宅に避難する訓練を実施)。コンセントの埃の点検は毎月実施している。	
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	言葉掛けには充分配慮するのはもちろん、仕事上知り得た情報は、絶対外に漏れることのないように厳守している。入社時や実習生受け入れの際にも誓約書を交わしている。	利用者のプライバシーを損ねない言葉かけ(ゆっくりと利用者の視線に合わせた対応)やケア提供(トイレや入浴時に配慮)を行っている。書類関係は事務所内で管理、守秘義務の誓約書を職員や実習生から取っている。情報開示に関する同意書を取り交わし、面会簿は個人ごとにファイルし個人情報保護に努めている。	
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	全ての生活支援において本人に意志を確認すると共に、表出を促している。自己決定が難しい場合は、自己決定代行の責任をもって支援にあたっている。		
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	利用者様の生活パターンや体調に合わせて支援している。(朝ゆっくり起きる・散歩に行くなど)		
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	毎日鏡を見て整髪・整容したりその人らしくできるように支援している。訪問散髪を依頼している。		
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	各利用者様のできることに合わせて、野菜の皮向き・下膳、食器拭きなどをやっていただいている。	メリット・デメリットを考えて配業者から食材を運んでもらい、職員が調理している。利用者は力量に応じて下準備・下膳・食器ふき等を楽しみながら行っている。茶碗・お椀・箸・コップは個人用を使用し、食に対する意識を高めている。食事形態は利用者の状況に応じて提供し、自分で食べることを重視している。休憩時間の関係で食事は全職員一緒ではないが、介食を行いながら、利用者の嚥下等に注意し、同じテーブルで楽しい会話のある食事風景であった。おやつは利用者の希望の品を提供している。	

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
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	各利用者様の必要な水分量や食事が確保できるように提供している。		
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	毎食後、歯磨き、うがいなど本人の同意のもとに行っている。また、自力にて口腔ケアを行えない入居者様は介助にて行っている。		
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	各利用者様の排泄パターンを理解し、誘導や介助を行っている。トイレでの排泄を大切にしながら状態に合わせて夜間のみオムツを使用している。	自立の利用者には見守り、声掛けが必要な利用者には排泄パターンを把握し、時には表情や様子から察して声掛けを行いトイレに誘導するなど、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援に努めている。夜間は睡眠を妨げないようにおむつ対応の利用者がいる。失禁の場合は他の利用者にわからないようにトイレで交換をする。水分・運動・食事等で自然排便に努めている。	
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	便秘にならないよう食事を工夫したり、水分確保、保温に努め、安定した姿勢で排泄が出来るように足台や手すりなどを使用している。また必要時は薬の調整を行っている。		
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	本人の希望があればいつでも入浴できる体制はとっているが、基本的に入浴は14:00からとしている。汚染がひどいときには随時入浴しており、体調にあわせて清拭なども行っている。	基本的には週2回の入浴支援であるが、希望があった時や汚れがあった場合は入浴可能である。リフト付きキャリーシャワーいすを整備し、職員も利用者も楽な入浴タイムとなった。季節のゆず湯・しょうぶ湯を提供し利用者に喜ばれている。皮膚乾燥には保湿剤を塗布している。皮膚感染予防対策として足ふきマットは個人ごとに交換している。まき爪は訪看・医師に切ってもらっている。着替えの準備は利用者の状態に合わせて自分で行ったり、職員と一緒にしている。	
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	昼食後、1時間前後、臥床することで脳や身体を休め、夜間の睡眠をより促せるように支援している。		
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	利用者様を担当制で持っており、薬の管理に努めるとともに、誤薬がないようにダブルチェックにて内服確認と内服支援を行っている。		
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	利用者様の趣味や得意分野を活かせるように出来る事は自分で行っていただいたり、役割を与える事で満足感や達成感が持てるよう支援している。		

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	利用者様の希望に添って、外出や散歩、買い物、ドライブなど支援をしている。	毎月の外出支援以外に、天気や体調に合わせて近隣を散歩したり、テラスで日光浴やお茶をのんびり飲むときもある。ドライブでは筑波山の見える場所は好評である。個人的に洋服を買いに行きたいという利用者には、買い物外出の支援している。花見にはおやつとお茶持参で出掛けている。五行川の鮭の遡上は利用者の楽しみの一つとなっているので、毎年出かけている。	
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に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	利用者様の所持金は、職員が管理させていただいているが、外出時など自分で支払いが可能な方にはレジで自分のお財布から自分で支払っていただいている。		
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	利用者様が電話を希望する場合は、職員が付き添い通話していただいている。また、年賀状やお手紙など、大切な人を書いていただいている。		
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	木造平屋であり、窓も多くほど良い光と風が入る共有空間もゆったりと過ごせるようなスペースを確保している。居間にはコタツやソファが置いてあり、誰でもくつろげる雰囲気になっている。	玄関先やホールにはきれいな花が咲き乱れ、訪問者を温かく迎え入れてくれる雰囲気があった。クリスマスツリーが飾られ年末だという見当識への配慮があった。自然彩光でホール全体を温かく包み、利用者はリビングや和室の思い思いの場所でのんびり過ごしている。廊下の途中の椅子・トイレの表示や可動式手すりの設置で戸惑いがないような配慮があった。	
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	食堂や居間、談話コーナー、畳コーナーなどで自由に過ごしていただいている。		
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	入所の際に自宅で使用していた馴染みのものを持参していただき、家庭的で安心できる環境づくりに努めている。	居室入り口には表札がかかっており、懐かしい趣があった。なじみの筆筒・仏壇(毎朝お水を供え、手を合わせている)・鏡台・衣装ケース等を安全に配慮し設置している。ひ孫・ご主人の写真や家族から送られたお花の籠等を飾ったり、家族のかかわりを温かく感じる居室や、それぞれが居心地よく過ごせる居室となっている。清掃は利用者がモップかけをしたり、職員と一緒に行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	出来るだけ自分で出来ることは自分で行っていただきながら、自立した生活を支援している。わからない時や不安な時は職員と一緒に行動して混乱を防いでいる。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホームひなたぼっこ

目標達成計画

作成日: 平成29年1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	ケアプランにおいて毎日、短期目標を実践し、チェックしているにもかかわらず、具体的な支援内容がケース記録の中で確認が出来ない。	①ケース記録の中に、ケアプランに沿った具体的な支援内容と実践した結果を日々記録する。②ケアプランの目標が達成出来ているか、次回の目標とするものは何か等をケース記録から拾い上げ、ケアプラン作成の資料となる記録にする。	①ケアプランの短期目標をケース記録のファイルに記載する。②記録を書く時間として“退勤時間10分前には現場を離れ、記録を書く”という以前からの決まりを守り、徹底する。③記録のファイルはすぐに記録が出来るように、事務所または食堂の定位置に置き、管理する。	12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、行を挿入してください。