

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	0893100016		
法人名	有限会社さくら園		
事業所名	グループホームほほえみ		
所在地	東茨城郡茨城町奥谷2165		
自己評価作成日	平成27年3月7日	評価結果市町村受理日	平成27年5月20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_2012_022_kani=true&JigyosyoCd=0893100016-00&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27年5月20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)】

利用者の方々は毎月、地域交流会に参加され地域の商店街やイベント等において、地元住民や地元の関係者との繋がりをもち、地域との距離感を縮めている。また、職員は外部研修にも定期的に参加し、勉強会にて発表する事により、職員全員が知識の向上や質の向上に繋がるよう努力している。また、昨年は地域への啓発活動も実施しており、酒沼自然公園でのアジサイ祭り、ゆうゆう館でのいきいき健康祭り、産業祭に他事業所と連携し、「シルバースーツの体験やロコモチェック、介護相談、介護に関するアンケート調査、タクティールケア」を実施し積極的に地域への発信を行っている。その他、当事業所にて夏祭りを開催し、地域住民の方にも参加して頂けるよう駐車場を開放し約40人の方々が集まり、演歌歌手を招待し地域の方々と利用者が一体となりイベントを楽しまれました。

【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)】

利用者の集う居間から林の木々や田園が見渡せる、明るく落ち着いた雰囲気のある2ユニットのホームである。法人の代表が町や町民への社会貢献を目指して平成19年に設立したホームは、設立以来、常に地域との交流を進めており、利用者は定期的に商店街での買い物に出かけたり、町の行事に参加したり、また公民館で体操を楽しむ等、日頃から地域住民と親しんでいる。
職員は一人ひとりがそれぞれの考えを自由に言える環境の中で、利用者の重度化に備える為のケア技術や生活の質の向上などを旨として専門職としてのスキルアップを図っており、その専門性を町の産業祭やいきいき健康祭りなどで町民から介護相談を受ける等様々に活用している。利用者は職員手作りのおいしい食事や日々の散歩を楽しみ、趣味や出来る事を続けながら役割を持った誇りある暮らしをしている。更に医療面では週2回の訪問看護により常に適切な医療の受けられる体制や看取りの体制の整った中で安心して過ごしている。

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)	<input type="radio"/>	1. ほほ全ての利用者の	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)	<input type="radio"/>	1. ほほ全ての家族と
		<input type="radio"/>	2. 利用者の2/3くらいが			<input type="radio"/>	2. 家族の2/3くらいと
		<input type="radio"/>	3. 利用者の1/3くらいが			<input type="radio"/>	3. 家族の1/3くらいと
		<input type="radio"/>	4. ほとんど掴んでいない			<input type="radio"/>	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	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. ほほ毎日のように
		<input type="radio"/>	2. 数日に1回程度ある			<input type="radio"/>	2. 数日に1回程度
		<input type="radio"/>	3. たまにある			<input type="radio"/>	3. たまに
		<input type="radio"/>	4. ほとんどない			<input type="radio"/>	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. ほほ全ての利用者が	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
		<input type="radio"/>	2. 利用者の2/3くらいが			<input type="radio"/>	2. 少しずつ増えている
		<input type="radio"/>	3. 利用者の1/3くらいが			<input type="radio"/>	3. あまり増えていない
		<input type="radio"/>	4. ほとんどいない			<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1. ほほ全ての利用者が	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/>	1. ほほ全ての職員が
		<input type="radio"/>	2. 利用者の2/3くらいが			<input type="radio"/>	2. 職員の2/3くらいが
		<input type="radio"/>	3. 利用者の1/3くらいが			<input type="radio"/>	3. 職員の1/3くらいが
		<input type="radio"/>	4. ほとんどいない			<input type="radio"/>	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. ほほ全ての利用者が	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. ほほ全ての利用者が
		<input type="radio"/>	2. 利用者の2/3くらいが			<input type="radio"/>	2. 利用者の2/3くらいが
		<input type="radio"/>	3. 利用者の1/3くらいが			<input type="radio"/>	3. 利用者の1/3くらいが
		<input type="radio"/>	4. ほとんどいない			<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1. ほほ全ての利用者が	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. ほほ全ての家族等が
		<input type="radio"/>	2. 利用者の2/3くらいが			<input type="radio"/>	2. 家族等の2/3くらいが
		<input type="radio"/>	3. 利用者の1/3くらいが			<input type="radio"/>	3. 家族等の1/3くらいが
		<input type="radio"/>	4. ほとんどいない			<input type="radio"/>	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. ほほ全ての利用者が			<input type="radio"/>	1. ほほ全ての利用者が
		<input type="radio"/>	2. 利用者の2/3くらいが			<input type="radio"/>	2. 利用者の2/3くらいが
		<input type="radio"/>	3. 利用者の1/3くらいが			<input type="radio"/>	3. 利用者の1/3くらいが
		<input type="radio"/>	4. ほとんどいない			<input type="radio"/>	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
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	目標とする理念を共有するなかで、毎日の仕事の中で常に意識しているかと問われると、全てが理念に忠実であったかどうか、一部反省させられることがある。	地域密着型サービスの意義や事業所の役割を意識して作られたホームの理念を毎日唱和し共有を図り、さらに理念の確認・実践の振り返りをする機会としている。カンファレンスでは利用者それぞれの生活に理念が反映されているか話し合い、常に理念を意識したケア実践を目指している。
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	毎月1回必ず地域交流会として外出や買い物、地域との何気ない交流を図ってはいるが、職員が地域の一員として日常的に働きかけや交流が出来ているかと問われるとまだまだ、課題が多い部分でもある	毎月地元の商店街で買い物をしたり、自宅付近で近所の方々や会話を交わす等何気ない交流の中に回想法を意識した専門職ならではの地域交流を実践している。夏祭りでは地域住民の参加を得たり、地域ボランティアの活用など地域との交流を積極的に進めると共に、町の産業祭や「生き生き健康祭り」では介護相談ブースを設け、町民の相談を受ける等地域貢献や認知症の啓発活動を行っている。
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	地域で行われるイベントやお祭りに事業所として参加し、シルバースーツ体験等の啓発活動を定期的に実施している。	
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	運営推進会議を2ヶ月に一度開催しており、活動予定・報告・利用状況などを報告し、貴重なご意見を頂いている。また、ご家族に対しては面会時に報告したり、食事会を開き交流を図っておりそこで得た情報や、意見を参考に活かしている。	地域の民政委員・社協の職員・区長などの出席を得て2ヶ月に1回開催している。家族の参加には至っていないが、運営推進会議を通して、夏祭りのポスターやチラシの配布を手伝って頂いたり、地区公民館での体操の機会を得るなど、地域での協力者が増え利用者の生活の質の向上に繋がっている。
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	担当者からの連絡、町からの通知を基に取り組んでいる。	運営推進会議ではホームの実情を丁寧に知らせ、会議出席時には食事の様子や居間での様子など利用者の暮らしぶりを具体的に知ってもらい取り組みをしている。また地域包括支援センターとの関わりやケアマネ研究会では町の担当者とも意見交換を行う等、関係づくりを積極的に進めている。
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	居室、玄関の施錠はしておらず、開放的になっている。ペット柵についても安全の範囲で行い、車椅子からの立ち上がりも常時出来る状態である。また、勉強会やスタッフ会議においても共有している。	日頃から身体拘束についての具体的な事例を検討しながらの勉強会を実施して正しい知識を全職員が身につけ拘束のないケアを実践している。理念の一つでもある「安心した生活」を目指し、外に出たいときには職員と一緒に行動する事で利用者の安全を守り、常に玄関は施錠せず閉塞感のない生活がおくれるようにしている。
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	勉強会を開催して虐待について職員で学んでいる。	

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
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	定期的に外部研修へ参加したり、資格取得に向け勉強会を開催しながら、少しずつではあるが理解を深めている。		
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	丁寧に一つ一つ説明し、疑問点が残らないようにさせて頂いています。		
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	ご意見箱の設置、苦情担当係りを設けており、管理者携帯も通知している。又、面会時にご意見を頂くこともある。それらを処遇に関することは、会議にて話し合い検討している。	苦情解決責任者を明確にして利用者・家族の苦情に対しては誠意をもった対応を行っている。利用者や家族とは日頃から率直な意見や要望が言えるような関係づくりを心がけており、面会や行事参加時には様々な意見や感想を頂いている。「テレビを大きくして欲しい」などの予算を伴う要望には直ちに伝えることは難しいが、リハビリの方法など工夫で解決できることには全職員で話し合い要望に応えている。	
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	運営会議や全体会議を通し、職員の意見の場を作り、継続して意識改革に繋げている。	管理者は日々のケアはチームワークで実施するものと考えており、管理者自らが方向性を示すことで職員の考えを引き出す等の工夫をしながら職員が自由に意見を言える職場作りを目指している。職員は気軽に意見・提案・要望の言える雰囲気の中で利用者の楽しみ事やホームの行事について、また備品の購入等、それぞれの考えを率直に出し合いホームの運営に反映させている。	
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	社内会議で職員のやりがいが出るように就業規則の見直しや昇給・退職金等議題にし話し合い改善して行っています。		
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	外部研修に積極的に参加してもらう様に促し、研修を受けてもらっている。社内でもいろいろな部署に異動し互いに触発できる機会を設けている。		
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	外部の居宅ケアマネとの交流の機会を設け、率直に出来ていない所を指摘してもらえるような環境を作っている。		

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
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	入居契約前に調査を行い、アセスメントや生活状況等をしっかりと調査し、その上でご本人に寄り添い傾聴することで安心を確保し、信頼関係を築いている。		
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	入居契約前に調査を行い、アセスメントや生活状況等をしっかりと調査し、その上でご家族の要望や困っていることなど傾聴することで関係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	入居契約時にご家族やご本人の意見を取り入れながら支援方法を提案し、サービスを提供すると共に、他のサービスが必要な場合は担当者会議等を開催し、検討している。		
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	利用者様の立場に立ち、なんでも話せるような関係を作れるように努力しています。		
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	ご家族さまにしか出来ないこと等、利用者や家族だけの関係を大切にしながらご家族さまとよく相談をし一緒に本人を支えていけるように努めています。		
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	通院の帰りや地域交流会において、馴染み商店に寄り買い物をしたり、地域の病院を利用する事で、昔なじみの方とのコミュニケーションが図れている。また、お墓参りや実家・自宅に立ち寄りなじみの場所へ出かけている。	地元の商店での買い物や受診の帰り道で馴染みのゲートボール場を訪れる等、懐かしい場所で懐かしい人たちとの交流が出来るようにしている。ドライブ等の外出についても利用者の希望を聞きながら馴染みの深い場所を選ぶようにしたり、職員が付き添っての墓参りや家族の意向を大切にしながら友人・知人との手紙・年賀状の交換、電話での連絡などが出来るよう支援している。	
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同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	性格や話の合う方、出身地が同じ方にリビングで近くに座って頂いたり、それぞれ紹介しあったり皆が一緒に暮らす仲間として生活できています。		

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
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	退居後に年賀状を出したり、行事等に声掛けをしたりして、相談が出来るような関係を築いています。入院先の病院を定期的に訪問しています。		
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	利用者を主体とした業務を優先し、申し送りや朝礼などで共有し合い、ご本人の思いや要望に出来る限り応えている。また、カンファレンスなどで検討し対応させて頂いております。	利用者本人の訴えや問いかけにはしっかりと耳を傾け、日頃から暮らし方の希望や意向を把握し全職員での共有を図っている。言葉で思いを表現する事が困難な利用者の場合にはそれぞれの行動や表情を観て対応する事としているが、特に対応困難な行動があった場合には「なぜそのような行動になるのか」を全職員で話し合い、利用者の安心に繋がる対応が出来るまで検討を重ねて、本人の意向にそった暮らしが出来るよう支援している。	
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	本人と家族からよく話を伺い自宅で生活している時と同じような生活が出来るように努めています。		
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	定期的にあセスメントをして現状に合った介護が出来るように努めています。		
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	ケアプランと評価表の整合性が取れるよう、様式を変更し、毎月のカンファレンスにおいて見直しを図っている。	全職員によるカンファレンスや丁寧なアセスメントを基に利用者の希望や家族の要望を取り入れ、また職員のアイデア等も盛り込まれた利用者一人ひとりの暮らしに反映できる介護計画が作成されている。モニタリングは新たに工夫した評価表により丁寧に実施され、長・短期目標ごとに定期的な見直しを実施している。更に利用者の状態の変化に応じて随時の見直しも丁寧に実施している。	介護計画に基づく丁寧な日々のケアを実施経過記録として、一部分でも具体的な記述によって残す工夫の検討を期待したい。
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	申し送りノートや生活記録に情報を記入し、毎月カンファレンスを行い情報を共有し計画に反映させている。		
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	外部のマッサージを受けて頂いたり、同敷地内のデイサービスでのレクレーションに参加して頂いている。		

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	地域包括支援センターにボランティアさんの情報等をいただき、施設に来ていただいたりしています。		
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	以前からかかりつけの病院に於いて診て頂いている。基本的には家族の付き添いで受診して頂いているが、緊急の場合や家族の都合によっては、職員が付き添う場合もある。	本人・家族の希望するかかりつけ医への受診を家族の付き添いにおいて実施している。利用者の状況や家族の都合によっては職員が同行・付き添いをする事もある。受診内容や検査結果等は受診結果表に丁寧に記録し、本人・家族・職員が共有できるようにしている。週2回の訪問看護により利用者の体調管理に努め小さな変化にも対応した適切な医療が受けられるようになっている。	
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	受診結果表に基づいて次回受診時に何を話せば良いか看護師と相談して、適切な受診が出来るように努めています。		
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。	定期的に様子観察に伺い、入院先の先生や看護師・MSWさんと連携を図っています。		
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	状態が悪化した場合、主治医やご家族と相談を基、其の方の症状や気持ちに合った治療、介護方針を考え、協力病院に依頼し、看取りも取り入れている。また、昨年より医療連携を取り入れ週2回及び365日連絡体制が取れるよう外部より訪問看護が入り、利用者の支援を行っている。	訪問看護を利用しながら重度化や終末期のケアに取り組んでいる。看取りについては「重度化した場合の対応に係る指針」においてホームの考え方を示して利用開始時より本人・家族と方針の共有を図っており、医療連携の下で利用者・家族に不安のないスムーズな看取りを行うことが出来ている。 職員は外部の研修や看護師を中心とした勉強会を実施して重度化や看取り時のケアに備え、利用者それぞれの状態に即したケアを医師からの指示に応じて実施できるよう日々スキルアップに努めている。	
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	緊急時のマニュアルを作成し落ち着いて対応が出来るように心がけています。		
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	ホームでの避難訓練を年に2度行っています。そのうち一回は消防署立会の下利用者様全員参加で行っている。	ホーム近くに民家がないこともあり地域住民との火災時の協力体制構築は困難であるが、災害時の助け合い等は何時でも出来るようになっている。消防署の協力を得てホーム内を知ってもらった上で避難訓練を実施しており、火災時の避難訓練は夜間想定や火元を特定した上で避難経路を決める等、丁寧に具体的に行われている。	

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
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	声のトーンであったり、視線を合わせることで、利用者一人一人が安心してコミュニケーションを図れる配慮するとともに、威厳やプライバシーを侵害しない対応、声かけを実践している	利用者それぞれが役割をもち、お互いに助け合って誇りある生活ができるよう支援している。利用者の聴力にも配慮した会話を心がけており、場合によっては1対1で接することでプライバシーを守る工夫も行っている。職員の声かけや食事の際の会話は穏やかでリラックスした雰囲気があった。	
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	常に入居者さまが自分の希望を言えるような雰囲気作り心がけ、また普段から表情の変化等をよく観察し職員に打ち明けて頂けるように努めています。		
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、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	食事の時間をずらしたり、その日の体調や気分に合わせて生活して頂けるように努めています。		
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	季節に合わせた服と一緒に買いに行ったり、昔から使っているクリーム等を購入し使用していただけるように支援しています。		
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	利用者の希望を聞きながら献立を立てたり、食事の準備などは利用者が主体となるよう役割を持って頂き、食器洗いや食器拭きなど行って頂いている。食事作りまでは困難であり、簡単なおやつ作りなどをしながら食べる楽しみを工夫している	利用者と一緒に職員が交代で献立を考えており、食材は地元の店に発注し、それぞれのユニットで職員が調理している。調理の段階から食事を楽しみにしている様子が窺え、家庭的な雰囲気があった。職員も一緒に食卓は和やかで落ち着いており、利用者からは「この食事はおいしいでしょう」等の食事を自慢する声があった。フルーツを使ったチョコレートフォンデュやポップコーン、綿飴などのおやつ作りも利用者の楽しみとなっている。	
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	摂取量が少ない方等に関しては主治医に相談したり、好物やおやつ等で摂取して頂けるように努めています。		
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	毎食後に個々に応じて、口腔内の清潔に対してケアさせて頂いています。		

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
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	一人ひとりの排泄パターンを把握し、対応している。また、自立支援を目的に日中はリハビリに変更し、トイレへの声かけを行い、排泄の自立に向けた支援を行っている。	尿意や便意がない場合でも座位が可能であればそれぞれのパターンに応じて声かけや誘導でトイレでの排泄を支援しており、日中は殆どの利用者がトイレを利用している。夜間はオムツを利用する利用者もいるが、足元に不安のある場合には自立した排泄を目指してポータブルトイレを利用する等の工夫をしている。	
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	薬を処方してもらう前に運動をしていただいたり、水分に気を付けたりしています。		
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	基本的に入浴は週2～3回実施しているが、利用者の希望に応じた対応をしている。また、季節ごとの代わり風呂なども行い、リラックスした入浴タイムを過ごして頂いている。	週2～3回の入浴としているが、毎日湯を沸かしており、希望があれば何時でも入浴できるようになっている。重度化した場合でも二人対応で入浴を実施したり、シャワーチェアを大・小備えるなど体調に応じた清潔保持が出来るようにしている。時には利用者の好きな音楽を流したり、リンゴ湯・菖蒲湯など季節毎の楽しみを取り入れている。	
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	日常生活のリズムに気を付けて、日中過ごしていただき、夜勤者との申し送りをし不眠時には休息を促したりして支援させていただきます。		
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	薬情シート等を管理して職員が薬の情報を得られるようにしています。		
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	新聞や歌番組等入居者さまの楽しみを把握し、その日の状態に合わせて料理補助や洗濯物を畳んだり等の役割をこなして頂いています。		
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	個人の要望に対し、本人が満足できるように支援。散歩付き添いや、お墓参り、実家・自宅への立ち寄りもご家族に協力して頂き、買い物、痛み止めの注射など突発的な希望にも応えている。	ホーム周りは森や耕地が多く危険の少ないコースで散歩を日頃から楽しんでおり、庭先の野菜の育ち具合を見たり、花の手入れをしたりとそれぞれが外気浴を楽しめるよう工夫している。少し遠出の買い物外出、利用者の希望を取り入れたドライブ等計画的な外出で変化のある生活を展開すると共に、個別の要望に応じて職員・家族の協力も得ながら墓参等の特別な外出も随時行っている。	

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
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	希望時にはいつでもご家族さまとの連絡し支援はさせて頂いています。近くで火事があった時等には電話をしたりすることもあります。		
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	家族に季節の手紙を送ったり、本人の希望時には電話もしている		
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	共用の空間には、障害物になるものはおかない。季節の花、毎日が分かる手作りカレンダーや、季節が感じられる壁画や行事などの写真を作成、展示している。また、トイレには手すりをもう1本設置し立位の安定を図っている。	玄関先の花は訪問者の目を楽しませてくれており、室内にもカーネーションの鉢植えが置かれている。利用者・家族・職員が協力し合って暮らしを楽しんでいる様子がうかがえた。トイレや浴室は利用者の機能に合わせて使い易さを意識した造りになっている。廊下のコーナーには飾り棚を置いて日々の生活に潤いをもたせていたり、開口部の広い居間はホーム全面の田園風景が一望でき、明るく開放的な雰囲気になっている。	
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	リビング内にソファを置き一人に慣れる場所を作っています。また日々の行事によっては席を変えたする工夫をしています。		
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	入居前に使用していた物や、ご家族の写真等を飾ったり、して本人の居心地良い空間を作っています。	居室は広さの違いや洗面台がある部屋、ない部屋など変化があり、それぞれが思い思いに居心地の良いうに工夫している。各居室は使い慣れたタンスや座れるロータンス、テーブル等が使い易く配置されており、テレビや家族の写真、家族と過ごせるように置かれた椅子などから利用者それぞれの生活スタイルやこだわり、そして職員や家族の思い入れがうかがえる個性的なしつらえになっている。	
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	食器を拭いてもらう事でも、重いもの軽いものお盆等一人ひとりに合わせ安全に支援できるように工夫しています。		

(別紙4(2))

事業所名:グループホームほほえみ

目標達成計画

作成日:平成27年7月12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	介護計画に基づく丁寧な日々のケアを支援経過表には、日々の介護記録のみの記録となっており、ケアプランに関する内容が記載されていない。一部でも具体的な記述によって記録する必要性がある。	ケアカンファレンスにおけるケアプランの見直しや現状を把握する材料として、日々の記録(支援経過表)の中に介護記録だけではなく、プランに基づいた経過状況を、介護記録と分けて記載出来る様にする。	日々の記録(支援経過表)の中に、介護記録は黒ペン、ケアプランに関する記録は赤ペンを用いて記録し、一週間ごとにケアプランの課題を変更しながら、実施状況や様子等を記載する。	3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。