

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	0892000068		
法人名	有限会社 ほほえみ		
事業所名	グループホーム ほほえみ		
所在地	茨城県つくば市横町498-1		
自己評価作成日	平成25年08月01日	評価結果市町村受理日	平成25年12月18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)】

<p>終末期まで楽しい、自分らしい生活をしていただくこと 日常生活リハビリに力を入れている。</p>

※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_detai1_2012_022_kani=true&JigyosyoCd=0892000068-00&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25年9月18日

<p>つくばの街中から10分ほど車で走った広々とした風景の中に建つ家庭的な民家造りの事業所である。晴れた日は筑波山をはじめ周りの山々が見え、吹き渡る風が心地いい。1階がデイサービス、2階にグループホームがある。代表者は自ら培ってきた様々なネットワークと経験を活かし、職員と心をつないで利用者との毎日を過ごしている。リハビリテーションの知識のある職員や看護師である職員、栄養学の知識のある職員など多彩な人材がそろっており、職員全員が力を合わせ利用者の笑顔と安全が守られるようケアにあたっている。そんな取組みから、車いすから独歩が可能になった利用者もいる。地域へも積極的に働きかけを行っており、近所の方も気軽に訪れる開かれたホームである。</p>

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)	<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)	<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している (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	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	事務室入り口近くに理念を掲示している。出勤時職員は音読し、常に理念を意識するよう心がけている。	玄関、階段上入口に掲示している。「個性の尊重」「愛」「笑顔」「地域との交流」「家族との信頼関係」といった事業所として大切にしていることが、日々確認できる内容となっている。	
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	事務所近くで作物を作っている人が野菜を収穫して届けてくれる。夏祭りのときは事業所まで山車が来てくれて入居者と地元の人たちが一緒になって祭りを楽しむ。	夏祭りの案内が地域の方から届き、楽しんで参加している。月2回相談会・講習会を実施。地域に回覧してもらい、地域の方も参加して施設や認知症について理解してもらう機会となっている。普段から地域の方が気軽に立ち寄り、野菜などを届けてくれる場面があった。多くのボランティアを受け入れている。	
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	地域の自治体の班長と連携して介護に関する悩みや身近な疑問や問題の解決の糸口を探ることをテーマに月一回事業所に地域の人たちを招いて研修会を開催している。		
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	三ヶ月に一回定期的に開催している。利用者の日常を報告したり、サービス向上のため必要な取り組みや問題点などを率直に報告し参加者の意見を聞いている。	家族代表、利用者、地域代表、元家族、市職員の参加がある。行事の報告や運営状況の報告承認、苦情の相談等について話し合われている。参加していない家族への報告は請求書送付時に毎回送られている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	運営推進会議には市の担当者が必ず参加し行政の方針や最近の動向など報告や助言を得ている また管理者は担当者とは連絡を取ったり出向いて相談報告するなどしている。	普段のやり取り以外にも、毎月の地域密着型サービス連絡会議で会場準備も含めた関わりがある。高齢福祉課が参加しており、会議の後に交流会なども行い、徐々に協力関係が築かれてきている。	
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	身体拘束による弊害を十分理解して拘束のないケアを心がけている。	やむを得ず拘束が必要な場合は、同意書を取り交わし必要に応じて取り直しを行っている。身体拘束のマニュアルの見直しを実施した。日中は出入り口の施錠をしていない。勉強会を行い、本人と他利用者の安全確保を考えてその都度判断し、対応している。	

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
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	職員一人一人が各自の行動、言動に十分配慮し虐待につながることを無い様努めている。		
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	利用者のこれまでの生活背景を理解し支援の必要の有無について話し合っている。		
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	利用するに当たり、本人を含め家族には説明と同時に実際、他利用者の様子を見てもらいお茶を飲み一緒に過ごしてもらうなど利用までの不安を少なくする工夫をしている。		
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	運営推進会議などに利用者、家族の意見を出し、話し合いの結果を運営に反映していくようにしている。	家族会はない。苦情窓口を設定している。苦情処理第三者委員会があり、地域の代表、利用者家族が委員となっているため、運営推進会議で様々な意見を協議し、その結果を運営に反映している。	
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	職員会議に代表者も出席し職員からの意見や提案などを聞いて運営に反映させている。	月に1回の職員会議で意見を出し合っている。普段から問題が大きくなる前に管理者に相談できる関係が出来ている。職員からの起案で様々な行事が企画されている。	
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	外部研修の情報を収集し、職員の段階に応じてなるべく多くの職員が受講できるよう計画を立てている。		
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	各職員の実際の力量を把握し、必要な内外のトレーニングを実施している。		
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	地域密着型会議への参加や、研修会、勉強会など他の機関や同業者と交流し、サービスの質を向上させていく取り組みをしている。		

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
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	ケアマネージャーを中心として本人との信頼関係を築く努力をしている。		
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	大体の家族は導入の段階ではあまり不安や要望を言わないことのほうが多い。折に触れ家族が感じている事、要望等に耳を傾け、家族との関係作りにつとめている。		
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	最初は本人はもちろん家族などには時間をかけて説明している。まず必要としている支援を見極め他のサービス利用者も含めた対応に努めている。		
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	職員は利用者と向き合い、一方的な立場にならないように共に生活していくもの同士の関係を築いている。		
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	家族と密に連絡を取り合い、職員・家族のどちらか一方ではなく共に利用者本人を支えていく関係を築いている。		
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	家族の面会時一緒に外出して思い出の場所を散策したり、ふだん食べられないような食事を家族と楽しんでもらっている。また近くの商店で買い物をしたり公園や神社に行くなどの支援を行っている。	地方出身の利用者は家族との交流継続、自宅が近い方は職員が付き添い、犬の散歩や墓参りなど、それぞれの希望に応じた支援がされている。離れた家族との手紙のやり取りをしている方もいる。	
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	職員は利用者同士の関係を理解し、孤立したりすることが無いように声掛けをしたりレクリエーションに参加を促したりしている。		
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	施設やケアマネージャーを中心とし契約が終了後も必要に応じて本人・家族の経過をフォローしている。		

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
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	常に声掛けを行い把握に努めている。利用者が上手く伝えられない場合は行動や表情から汲み取り把握するように努めている。	耳の不自由な方とは筆談でやり取りするなど本人本位に対応するよう努めている。また、本人の希望があれば多少不安な点があっても尊重し、トイレでの排泄などにも家族と相談しながら対応してみるよう準備をしている。	
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	本人や家族にこれまでの生活歴等を把握する重要性を説明し、把握に努めている。		
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	利用者が出来ること、出来ないことを適切に把握するように努めている。利用者の生活のリズムを把握して異変が無いか注視している。		
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	家族や関係者と本人本位で話し合い、現状に即した介護計画を作成できるように職員全体で意見交換をおこなっている。	プラン作りから職員が関わり、ケアマネジャーが取りまとめをしている。プランと連動させた記録を細かく記し、ADL等状況書、木村式、認定結果などのアセスメント、看護情報を合わせて毎月モニタリングを行い、プラン全体、項目ごと、ADLの変化などから見直しを行っている。	
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	利用者個人別に介護記録を行い、重要案件については申し送りノートを活用し、情報の共有化をはかっている。		
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	外出・外食等は本人の状態や家族の意向に配慮し、柔軟に対応している。		
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	外部から講師を招き、職員や地域住民の方々と研修会を実施し、情報の共有化を行っている。		

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
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	本人やご家族希望のかかりつけ医に受診・往診をしている。基本的には家族同行の受診となっているが不可能の場合は職員が代行している。	診察ノートがあり受診結果等の医療情報を記載している。服薬マニュアルを見直した。訪問歯科があり、同意書や記録を残すなど口腔ケア支援に力を入れている。職員が受診に同行した場合は、電話や手紙で報告が行われている。主治医に受診結果が集約されている。	
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	看護職員を配置しており、常に利用者の健康管理や状態変化に応じた支援を行えるようにしている。看護職員が不在時は介護職員の記録をもとに連携している。		
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。	入院によるダメージを極力防ぐために医師に相談し、事業所内での対応可能な段階なるべく早く退院できるようにアプローチしている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	本人や家族の意向を踏まえ、医師・職員が連携をとり、安心して納得した最後が迎えられるように随時意志を確認しながら取り組むようにしている。	緊急時の対応についての同意書がある。看取りについては希望があれば対応することも検討している。協力医との在宅医契約をはじめとした家族の協力も必要であると考えており、その都度話し合いを重ねていくとのことである。利用者在宅医が中心となり、ターミナルの勉強会も職員向けに行っている。	急変について様々な準備や対策がなされているが、現実には遭遇した場合に対する職員の不安は大きい。日勤帯と夜間帯のコミュニケーションや連携を今以上に深め、職員の不安の軽減につながるようさらに体制づくりを進めていただきたい。
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	急変時や事故発生時に備え、施設内研修や話し合いを繰り返し行っている。		
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	消防署の協力のもと、避難訓練・避難経路の確認、消火器の使い方等の訓練を定期的に行っている。	春、秋の年2回の訓練を実施し、地域住民が協力して利用者を誘導している。避難場所への非常灯を設置して夜間の誘導にも備えている。水を確保し食料も備蓄して、炊き出しが出来るよう準備している。備蓄品はバーベキューなどで地域住民にも提供している。	

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
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	各利用者の排泄パターンを把握し声掛けし、トイレ誘導し排泄介助や見守りをしている。また面会などは当日の介護記録に残し、玄関入り口部分への記入は個人の自由とした。 (義務にはしていない)	書類は2階の事務室に保管されている。入浴時に使用するトイレの出入り口は、見守りや安全面からカーテンになっている箇所もあるが、二重にするなどプライバシーに配慮した工夫がある。綴り形式の面会簿は現在使用せず、記録は介護記録の中のみ残すよう改善対応されていた。	
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	天気のよい日は外気浴や散歩にでかけ外の景色を眺めたり外気に触れ季節の移り変わりを体験できるように誘うも、気分がすぐれない・出かけたくないなど意思表示がある場合は無理に誘うようなことはしない。		
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	一日の生活の流れの補水や食事は一応声掛け誘導するが、基本的には利用者の意向を確認し、本人の意思を尊重している。		
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	基本的には本人の着たい物を着用していただいているが、外気温や季節に合わない物を選択した場合には助言する。		
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	ADLの違いがあり、認知状態も個々で違うので自ら率先して出来る方はいないが、なるべく個々の好みに合うようにし、可能な限り準備や片付けの手伝い出来るように支援している。	野菜を切るなどの下ごしらえを手伝っている方もいる。月一回「ほほえみ喫茶」を開催し、好きなものを買ってきて楽しむ。食材は業者からの仕入れでメニューが決まっているが、体調や好みで変更している。家族との外食、花見でのお弁当、イベント食でのお寿司、祭日の特別食などの機会もある。	
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	一日を通して水分量の確認をし、食事は形態を変えきざんだり時にはミキサーにかけたりして食べやすいようにしている。		

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
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	必ず隣で見守り声掛けをし自力で困難な方は全介助にして対応している。		
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	失禁を減らせるように排泄チェック表を活用し、排泄誘導している。	日中はトイレでの自立が出来るようバイタル表、排泄チェック表を参考に誘導している。排泄の自立支援が歩行可能への改善につながった例もある。紙オムツを使用している方もいるが、布パンツでも大丈夫な利用者もいる。	
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	野菜を多くしてみたり、たいそうをしたり、看護師による腹部マッサージを行っている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	男性と女性に分けて入浴を行っている。週二回入浴日を決めているが利用者の体調や希望などある時は曜日を変更したり追加して入浴するなど柔軟に対応している。また曜日や時間を変更すると混乱する方もいるので対応を工夫している。	原則、併設のデイサービスに合わせて1階で入浴支援している。座位が可能な利用者なら、昇降機で2階の住居スペースからウィーラーバス(機械浴)のある1階の浴室へ移動することができる。ヒノキの一般浴槽にもバスボード、浴槽台などで入浴を安全に楽しめるような工夫がされている。	
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	気温の変化などには特に注意をし温度・寝具の調節を行い安眠できるよう支援している。		
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	症状の変化の激しい方、薬の処方が変わった方などは看護・介護職員は服薬前に確認を徹底し利用者名・日付の確認を行っている。		
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	掃除や食事の配膳等当番でしていただいたり、洗濯物のとりこみやたんで収納するよう介護者と一緒に行っている。		

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
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	日中天気の良い日は外気浴や散歩を全利用者が参加できるように心がけている。希望があるときには買い物にも一緒に行くようにしている。	散歩で近所の神社へ立ち寄る方、遠出をする方、ホームの周りを散策する方など、人によってコースを変えて対応している。	
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応じて、お金を所持したり使えるように支援している	収集癖のある方もおり、自分でお金を持っている人はいないが、事業所で管理しているひとでも一緒に買い物に行き自分で品物を選びお金を支払うなどの工夫をしている。		
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	電話の使用は本人希望があるときにはいつでも使用できるようにしている。また職員が代理となり家族に連絡を取っている。		
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	生活観や季節感を採り入れるのに窓の開閉をし温度の調節などをして適度な刺激を与えるようにしている。外が見えることで田植えの様子や紅葉・庭の草花・果物などで季節感をかんじられるようにしている。	2階に住居スペースがある。対面のキッチンを利用者とのやり取りのしやすい距離にある。食後等にくつろげるソファが置かれている。冬場はテレビの前にくたつを置く。利用者の作成したちぎり絵の作品がさりげなく壁に掲示してある。季節の花などもあり窓から見える景色とともに季節感が感じられる。	
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	ホール内を区切って一人でいられる場所を作ったり、気の合った利用者同士で過ごせるよう配慮している。		
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	居室を自由に使ってもらい物や服などの持ち込みは本人の見慣れた使い慣れたものを使用し、又名前などを付け利用者が混乱しないようにしている。	窓からの眺めが良好である。仏壇などそれぞれ思い思いの家具や品が持ち込まれている。落ち着いて過ごせる居室となっている。	
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	バリアフリーだけではなく洗面台などにはクッションをつけたり、車椅子の方がきちんと通れるような通路を整備し安全な生活ができるようにしている。		

(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 25 年 12 月 14 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 (12)	看取りについて	利用者・家族・主治医・職員とで個々人に合わせたターミナルケア(看取り)に向けて検討していく。	家族と共に終末期を過ごせる施設に向けて主治医・介護者が一緒になって話し合いを重ね看取りを自然に受け入れるように日々研修していく。	期間定めず (常にいつでも)
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。