

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26年8月1日	評価結果市町村受理日	平成26年12月5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_2014_022_kani=true&JigyosyoCd=0892000068-006PrefCd=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26年9月26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>終末期まで楽しく、自分らしい生活をしていただくこと。 日常生活リハビリ・口腔ケアに力を入れている。</p>
--

【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)】

<p>広い敷地内には果樹や草木が多く、自然の風が心地よく感じられるホームである。地域の方へ研修会の働きかけを行い「認知症よろず相談所」として認知されつつある。経験豊かな管理者と看護や栄養の専門職の職員が連携し口から食べることに力を入れ、1日に2回リハビリを行うことで自立できるようになった方がいるなど『自分だったら』『自分の親だったら』を基本に最期まで自分であることを残すケアをされていることが窺えました。1ユニットという少人数を活かし、利用者と職員の信頼関係もできており、特に管理者は職員の思いを受けとめることを大切にし、職員もその配慮に感謝しており、利用しやすい、働きやすい環境ができている事業所と感じた。</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. ほほ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 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. ほほ全ての家族と 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. ほほ毎日のように 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. ほほ全ての利用者が 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)	<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 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 (参考項目:11,12)	<input type="radio"/> 1. ほほ全ての職員が 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. ほほ全ての利用者が 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. ほほ全ての利用者が 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せている (参考項目:30,31)	<input type="radio"/> 1. ほほ全ての利用者が 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. ほほ全ての家族等が 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)	<input type="radio"/> 1. ほほ全ての利用者が 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	施設入り口・事務所入り口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。	自然体で地域や家族との信頼関係を大事にしている。2～3ヶ月毎に会議で理念を確認している。“ラブ&スマイル”を根本においている。職員からも出勤時には立ち止まって理念を確認してから仕事に就いていることが語られた。	
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	散歩に出て行き地元の方がと触れ合うようにしている。 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。	土浦の花火大会がよく見えるので、近所の方も一緒に見ている。盆踊りの山車がホームに寄って利用者を楽しませてくれる。口腔ケアやおむつなどの研修に地域の方が参加され、相談にも来てくれるようになった。ヘルパー研修や小学校の福祉体験を受け入れている。	
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	不定期にだが地元の方々を招いて勉強会・相談会などを行っている。認知症よろず相談室として地域に発信している。		
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などを率直に報告し参加者の意見を聞いている。	民生委員を含む地域の委員が6名参加している。家族代表は1年ごとに交代し、利用者も参加している。報告は職員に開示しており、家族へも請求書送付時に知らせている。推進会議ででた要望により研修会も行うようになり「認知症よろず相談所」の拜命も受けた。散歩を多くしてほしいなどの意見も出されたことがある。	
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に取り組んでいる	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。また管理者や代理は定期的に開催する会議へも積極的に参加し相談などしている。書類も必ず出向いて直接手渡しを心がけている。	グループホーム連絡協議会が市役所で開催され参加している。市職員・地域包括・社協の職員も参加しており交流を深めている。生保の方がおり、連絡に行くことが多い。保証人のいない方もおり、市の担当者とは密に連絡を取っている。	
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	特別に問題が見られる方がいたり自傷行為が見られる方がいても時間や期間限定で主治医の指示のもとできるだけ拘束のないケアを心がけている。	研修は会議の中でも行っており、外部研修参加も含め報告書を作成し、職員間で情報を共有している。ホールにも意義が掲示されている。2階の玄関の鍵についても意見交換を行い、家族に書面で同意を得て施錠を行った経緯がある。	

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
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	職員一人一人が各自の行動・言動に十分配慮し、虐待につながる事のない様努めている。		
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	利用するにあたり、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よう工夫している。		
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・家族も出席し意見を出してその結果を運営に反映させている。	家族への連絡はなるべく面会時に行うようにし、お便りも送っている。個人記録を読んで帰る家族もいる。意見を言いやすい関係はできているが、家族からは先のことを不安に思い聞いている方が多い。金額的に困難だと言ったときには、老健や特養を紹介している。	
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。	日頃から会議で多くの意見が出され、毎日が会議のような状態。職員会議でケアカンファを行い、記録もされている。管理者は日勤最後の職員が帰るまで残り、職員と話し、仕事での気持ちを持ち帰らないように配慮をしている。職員からは『管理者が退勤時に30分くらい話を聞いてくれ、相談にもすぐに答えが出てストレスも少ない』『些細なことでも提案が通って利用者への対応につながっていくとよいと思う』との話が聞かれた。	
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	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。また日ごろの勤務状況はボーナスにて査定している。		
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	各職員の実力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。 (老施協や労働安定センター等や市主催の研修)		

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
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。		
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は言わないことのほうが多い。面会時に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・家族に時間を掛けて説明している。まず必要としている支援を見極め、他のサービス(口腔ケアやリハビリを兼ねたマッサージ等)の利用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	お茶会や月々の行事、毎日の掃除など共同で作業を行い、向き合う時間を作り一緒に生活している者同士の関係を築く努力をしている。		
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	家族と密に連携を取り合い、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をして思い出の場所を散策したり、普段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・盆踊りに参加するなどの支援を行っている。	家族と一緒に通院時に食事を楽しんでいる方がいる。散歩も利用者に合ったコースがあり、飲み物を飲んで帰る方もいる。以前は編み物や縫い物、新聞を読んだりしたが、最近は長く続かなくなってしまった。利用者と職員が、一番の馴染みの関係になっている。	
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ないように声か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。		

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	サービスが終了しても相談窓口として必要に応じて支援できるように「よろず相談室」を掲げている。		
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	常に声か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くみとり、把握するように努めている。	うまく話せない方でも表情やしぐさで何をしたいのかがわかる。個人の気分で自由にして頂いており、ソファの配置にも配慮して一人で外を眺めていられるような空間も作っている。タイムスケジュールも利用者に合わせて職員が動くようにしている。	
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	個人ファイルを作成し情報を共有できるようにしている。これまでの生活歴は本人の状況に応じて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	そのときの状況に合わせて大まかな予定に沿って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つとめている。		
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している。職員会議でそのつど意見交換をおこなっている。	ケアプランは家族の意向を踏まえ、職員全体が関わりケアマネが作成している。モニタリングは毎月チェックをし、3ヶ月ごとに評価を行って計画を立てている。個人記録表は利用者の言葉や表情も含め丁寧に記録されていた。	
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作成し、重要案件・緊急時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	訪問介護・訪問診療・薬剤師の服薬指導・マッサージ・口腔ケア等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	外部からの講師を招き、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	本人やご家族希望のかかりつけ医に受診している。基本的には家族同行の受診となっているが不可能な場合には職員が同行している。またかかりつけ医のいない場合は施設契約の在宅医に定期的な訪問診療で受診している。	2週に1回の往診があり、往診医が24時間対応してくれ、看取りにも協力してくれる。家族対応で受診をしている利用者には帰りに報告をもらっている。発熱や転倒時も、往診医にファックスで連絡するとすぐに往診してくれ、その結果は家族や訪問看護にも連絡し記録を残している。歯科医や衛生士の訪問で口腔ケアも受けており、改善したケースが多い。	
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	常勤職員として準看護師1名を配置している。訪問看護師に日ごろの健康管理や医療面で相談・助言・対応を行ってもらっている。		
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。	入退院時に、医師・ソーシャルワーカーと密に連携をとり、事業所でも対応可能な段階で退院できるように働きかけている。入院中はこまめに面会に行くよう心がけている。		
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、事業所の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	担当医・訪問看護師と連絡を密にし、本人や家族の意思を随時確認している。	主治医からの指導や、職員の研修にも力を入れ「終末期の看護」と題した症状ごとの具体的なマニュアルを作成している。職員に看護職もいるが、訪問看護との契約も行き、家族と協力し合って、介護でできる最大のことを提供したいと考えている。職員からも『緊急時マニュアルを全職員が持っており、ターミナルの方がいるので時折確認している』『外部の方にも呼びかけて行われる研修にも参加している』との話が聞けた。	
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	緊急時の対応についてケースを想定しながら対応策の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・消火訓練・通報訓練を定期的実施している。	訓練については、年2回行い、終了後に意見や消防からの評価を記録して活かしている。訓練には近隣の方の協力も得て外階段から誘導して避難し、街灯を置き、道しるべにしている。地域の方には事業所を避難所として提供できることを伝えており、近くの工場にも避難所として協力依頼している。避難の手順や緊急連絡網を整備し、持ち出し用品や食糧等の備蓄も行っている。夜は夜勤者と宿直の2名体制になっている。AEDの訓練を受けている職員もおり、地域の方に呼びかけて講習会を開くことも検討している。	

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
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	話し方や対応には十分配慮するよう心がけている。各利用者の排泄パターンを把握し声掛けしトイレ誘導・排泄介助や見守りをしている。又面会などは当日の介護記録に残すだけとした。	名前の呼び方は『さん付け』が基本であるが、本人の望むように他人行儀にならないようにしている。写真については家族によって考え方が違うので、個人毎にアルバムを作り、掲示はしていない。	
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	声掛け、傾聴することで本人の思いや気持ちを知る機会を作っている。		
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	個人のペースに合わせた生活が出来るように、頻繁に声掛けして気持ちを把握するよう努めている。		
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	本人のこだわりを把握し、本人の気持ちにそって支援を心がけている。		
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	野菜の皮むき等、利用者の出来る範囲で参加していただいている。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、食器の片付けなども手伝いできるように支援している。	メニューと食材は業者から届き、職員が手作りで調理している。近所の方から頂いた野菜で1品追加したり、きんとんなどのおやつを作ることもある。行事食として利用者と一緒に巻きずしを作ることもあり『喫茶』を楽しむこともある。食事中にはBGMが流れ、豊かな雰囲気を醸し出していた。	
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	個別に食事の摂取量、水分摂取量を把握し、栄養師のアドバイスを受けている。		

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	訪問歯科医の定期的な往診、口腔ケアのアドバイスを受けている。必ず隣で見守り声掛けをし、自分で困難な方は全介助にて対応している。歯みがきが困難な利用者には液体歯みがきでうがいを実施している。		
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	排泄チェック表を使用し、定期的な排泄誘導、排泄介助を行っている。	時間で声かけをしてトイレ誘導を行う。他の人が行くと気になってしまうことがあるので、同じ時間に声かけを行うようにしている。立位ができない方のみオムツを使用している。夜間は睡眠を大事にして、眠っている方には声かけをしないようにしている。便秘のチェックも行い、必要な方には薬で調整することもある。	
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	毎日定期的な補水と体操を実施している。野菜を多く取り入れるよう献立も工夫している。		
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	原則、曜日を定めて入浴日を決めている。ゆっくりおちついて入浴できるようにしている。	入浴台や手すり、浴槽も使いやすく改装された檜風呂を楽しむことができる。檜チップを入れることもある。季節のゆず湯も楽しんでいる。機械浴が完備され、車いすの方も安全に入浴することができる。拒否傾向の方もいるが、工夫して入ってもらおうようにしている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	個々のペースに合わせて本人の居室で休息していただいている。気温の変化などには特に注意をし、その都度寝具の調整をおこなっている。		
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	常勤の看護師が管理している。薬剤師からそのつどに指示を仰いでいる。		
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	ホールの清掃・洗濯物たたみ等、各人の力に合わせた役割で楽しみながら作業していただいている。		

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
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	天候に応じ、職員同行で外気浴や散歩を積極的に実施している。	地域の行事に参加したり、バラ園に行ったりすることもある。散歩は利用者の体調などによりルートを変えており、近くの神社や買い物に行くこともある。ホームの敷地が広く、野菜やイチゴ、ブルーベリー、柿などの果樹や草花が繁っており、収穫や外気浴をして楽しんでいる。	
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	現時点での利用者には金銭管理に無理があるため家族了承のもと、施設で管理している。事業所で管理している人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・手紙の取扱いは自由に行っている。		
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	調度品は安全かつ使用しやすいものを選び配置している。生活感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行い、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、果物などで季節を感じられるようにしている。	通路は広く、ブラインドスポットを意識した動線の安全確保に気を遣っている。ホールでは利用者が食後にゆったりとくつろげるソファを利用されていた。窓からは田んぼや季節の果樹、草花が眺められ、落ち着くことができる空間になっていた。福祉体験時の小学生各自の思いが掲示されていた。	
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	ホール内の各所にソファを設置し、自由にくつろげる空間を作っている。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	可能な限り本人の使い慣れた家具などを設置し、穏やかに過ごせるように配慮している。又名前などを付け利用者が混乱しないようにしている。	使い慣れたテーブルセットを配置して、自宅の部屋のように利用されている方がいた。面会時や一人でくつろぎたいときに利用できるようホームのソファを置いている部屋もあり、利用者が過ごしやすい環境に配慮されていた。防災カーテンや遮光カーテンを貸出し、まめにクリーニングするなど衛生面への気遣いがあった。	
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を送れるように工夫している	利用者の状況に合わせた環境整備を行っている。状況の変化に合わせて都度に職員間で話し合い、対応を変更している。バリアフリーにしている。洗面所などにはクッションをつけたり車椅子の方が安全に通れるような通路を確保し自走が出来るように工夫している。		

(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26年12月04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	重度化や終末期を施設で対応してゆくために訪問看護ステーションや主治医との連携を密にしているが常時医療依存度が高い(喀痰・手技等)利用者に対応のできる職員が少ない	重度化した利用者が病院から帰ってこられる施設を目指してゆく	医療的な処置(喀痰等)ができる介護職員を確保するため研修等への積極的参加を促す	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。