

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	0870300357		
法人名	医療法人社団 青洲会		
事業所名	グループホームおらが里		
所在地	茨城県土浦市藤沢3534-1		
自己評価作成日	平成28年6月16日	評価結果市町村受理日	平成28年11月9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.kajigokensaku.jp/08/index.php?action_kouhouvyou_detail_2015_022_kani=true&JivgyosvoCd=0870300357-00&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8月8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>いつもの同じ環境で、和気あいあいと笑いの絶えない生活を送っています。脳トレやシナプソロジーを取り入れて脳の活性化を図っています。これまでの生活を継続しつつ、「今」の想いに寄り添うケアを心がけています。</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>今まで通りの生活スタイルを大切にしつつ、脳トレやシナプソロジーを取り入れ、脳の活性化と利用者のやりがいを見出し、日々の生活の質を高め、毎日が楽しく過ごせるように、個人個人に合わせた趣味の継続や生活リハビリに努め、統一したケアの提供に管理者・職員ともに取り組んでいる。民生委員・家族の協力により、様々なイベントの情報を得、参加したり(消費者祭・夏祭り・子供祭り等)、認知症サポーター養成講座を開催し、認知症・事業所に対する理解を深めている。地域住民に対してオレンジカフェを開催し、ミニ講和・シナプソロジー・同じ悩みを持つ家族同士の話し合いの場を提供し喜ばれていると同時に、最近は介護・福祉に関する相談が寄せられ、アドバイスをしたり、関係機関に繋げている。家族参加のイベント(年3回)を開催し、利用者との思い出を重ねてもらう機会を設けている。家族は事業所の取り組みについて一緒に考えていこうという姿勢がみられ、家族会で出た意見をまとめて事業所に伝え、運営の向上に協力している。地域・家族・職員・利用者との連携が大切だという管理者の考えが浸透している事業所であると感じた。</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)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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、生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している (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)	○ 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)	<p>○理念の共有と実践</p> <p>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</p>	<p>理念をホーム内やネームプレートに掲示し、常に意識できるようにしている。ケアや対応に行き詰った時は理念の実現により近づけるようにと考え実践している。</p>	<p>地域・家族・職員・利用者の連携が大切だということを前提にした理念・目標を玄関・事務所内に掲示したり、名札に携帯しケア提供時や不安に感じたときはいつでも確認出来るようにしている。毎月の目標は職員が作成し実践に向けて取り組んでいる。管理者・職員ともに会議等で理念である『今』に寄り添い、利用者の思いを大切にされたケアの提供を確認している。職員からは利用者一人一人の気持ちに添い、生活の質を高め、楽しく過ごせるように、統一したケアの提供に努めているという話があった。</p>	
2	(2)	<p>○事業所と地域とのつきあい</p> <p>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</p>	<p>隣接するショッピングセンターを利用したり、近隣の催し物や公民館の行事に参加している。歌、踊り、ちぎり絵等のボランティアの方が訪問してくれている。</p>	<p>ボランティア訪問(歌・踊り・ちぎり絵・ギター等)があり、利用者も楽しんでいる。認知症サポーター養成講座を開催し地域住民に認知症・事業所に対する理解を得ている。地域や公民館のイベント(夏祭りでは利用者が山車を懐かしそうに見学している)に参加したり、事業所主催の納涼祭に地域住民のボランティア参加があり、料理を作って頂いている。ショッピングセンター従業員は認知症の人に対する対応を周知している。法人主催で毎月オレンジカフェを開催している。</p>	
3		<p>○事業所の力を活かした地域貢献</p> <p>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</p>	<p>認知症の方や介護されている家族、地域の方を対象に毎月オレンジカフェを開催している。</p>		
4	(3)	<p>○運営推進会議を活かした取り組み</p> <p>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</p>	<p>サービス状況を常に報告し、意見交換・アドバイスを頂いている。議事録を回覧し、日々のケアやサービスの向上に繋げている。</p>	<p>2か月ごとに家族代表・民生委員・介護相談員・ナース・行政・事業所関係者のメンバーで開催し、サービス状況・事業予定・報告・外部評価結果等を報告し、そこでの意見をサービス向上に活かしている。即答できないときは次回会議で報告している。家族には家族会・郵送で報告している。職員は会議で報告したり議事録を回覧で(押印)共有している。</p>	
5	(4)	<p>○市町村との連携</p> <p>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</p>	<p>担当者とは随時連絡を取り、サービス状況の報告や相談に努めている。</p>	<p>担当課(高齢福祉課・社会福祉課・地域包括センター・社協)と連携を密にとり良好な関係を築いている。小学生の社会学習の場として提供し、利用者と一緒に歌を歌ったり、ゲームをして楽しく過ごしている。10月からは市の委託事業としてオレンジカフェが開催されることになっているので、協力をしていく。地域密着型連絡協議会・土浦市医療・介護多職種連携研修会に参加し行政と情報交換を行っている。</p>	

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	勉強会を実施し、身体拘束についての理解を深めている。事故報告書を活用し、拘束を行わずに事故を防ぐためのケア方法を考え実施している。	身体拘束の行為・弊害を周知し利用者の安心・安全に配慮したケアに取り組み、身体拘束は行っていない。利用者が混乱を起こさないよう職員が投げかける言葉に職員同士で注意をし合っている。利用者のその時の気持ちを大切にすることが一番だと思い、全職員で取り組んでいる。家族面会后、玄関先まで見送るが、利用者はホームが家だと思っているので帰宅願望や混乱は無い。	
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	勉強会を実施し、日々のケアの中でお互いの言動について振り返りを行っている。		
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	勉強会を実施し、知識の習得に努めている。		
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	契約時に本人や家族の不安や疑問を確認し、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	定期的な家族会を実施し家族同士が自由に意見や要望を出し合える機会を設けている。面会時には近況報告をしながら要望等確認している。	面会時に聞くようにしているが、家族会で意見や要望を取りまとめ、口頭で聞いている。現在はよく支援をしてもらい感謝しているという言葉が多い。利用者からの要望等は日々の会話や介護相談員の情報から吸い上げ、職員間で検討の上、要望に沿えるよう支援している。意見の出しにくい家族に配慮し、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	日々の関わりの中や面接時に得られた意見や提案を運営会議に持ち寄り、反映させている。	日々のかかわりの中で感じた提案や要望(物品購入・利用者の希望からメニューを変更等)はその都度管理者に伝え、運営に反映している。管理者は職員が会議や面接時に意見を言い出せるよう、雰囲気づくりに努めている。管理者・職員の関係は良好でなんでも言い合い、検討してもらえるのでやりがいがあるという職員の意見があった。職員のレベルに合わせた外部・内部研修の受講ができる体制をとっている。	
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	人事考課を活用している。		

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
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	教育段階に合わせて、外部・内部研修への参加を促している。		
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	勉強会に参加したり、土浦市医療・介護多職種連携研修会に参加している。		
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	サービス導入前には必ず直接本人にお会いし、施設生活への困りごとや不安の把握に努めている。できる限り、入居前にはホームの雰囲気を感じてもらおうようにしている。		
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	入居問い合わせや施設見学、利用説明時に困りごとや不安、要望などを伺いながら、施設でできることを説明している。		
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	他事業所、他職種と連携を図り、本人にとってより良い環境が提供できるよう支援している。		
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	本人の自発性を大切にし、それぞれの得意分野などから役割が見いだせるよう、共に支え合える関係を築いている。		
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	本人と家族のこれまでの関係継続や、本人の想いを代弁・橋渡しすることにより、家族との絆を大切にしている。また家族の要望に合わせた支援や、ホームから協力を依頼したり、共に支え合える関係作りを大切にしている。		
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	家族の協力を得ながら、馴染みの人の訪問や希望時には交流が図れるよう支援している。	電話(個人的に携帯電話を持っているが、使い方がわからないので、預かり電話がかかって来たら渡している)・はがき(年賀状や季節ごとのちぎり絵を自分で投函し、孫からの返信を喜んでいる)で遠方の家族・知人・友人と連絡を取り合い、なじみの関係が途切れないよう支援している。家族の協力を得てお墓参り・美容院・自宅・友人宅に出かける利用者がいる。新聞購読を続け、チラシを見て買い物に出かけるという当たり前の生活を過ごしている。自宅が心配だという利用者とドライブがてら自宅周辺を一周して来るときもある。	

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
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	コミュニケーションが円滑に図れるよう職員が会話の橋渡しをしたり、利用者同士の関わり合いができていない時はさりげなく見守るなど状況に応じて支援している。		
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	サービス終了に向けた支援の段階から他事業所、他職種と連携を図り、いつでも相談・支援を継続できるようにしている。		
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	日々の関わりから得られた生活への要望・思いはケア記録やカンファレンス用紙を通して職員間で共有し、実現できるよう努めている。また、表情や行動からもニーズ把握に努めている。	利用者と家族の思いが違うときは家族に利用者の状況を説明し、可能かどうか話し合いをしている。利用者の思いや希望は日々の会話や思い出話から把握に努め、ケア記録やカンファレンス用紙に記載し全職員で共有している。畑仕事・趣味の裁縫(雑巾縫い・ボタンつけ等)・編み物の継続支援を行い、利用者のやりがいにつなげている。困難な場合は選択できるような問いかけを行ったり、家族から聞いたり、生活歴・職歴・趣味等から職員で検討し表情や様子から本人本位になっているか確認している。	
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	入居時や面会時を通して家族に確認したり、日々の関わりの中から把握し、できる限り馴染みの暮らしが継続できるように努めている。		
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	一人ひとりの生活の様子、言動の背景や要因を探り記録することで職員間で共有し、ケアの評価・継続に努めている。		
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	毎月モニタリングを行い、更新は6か月ごとに行っている。日々の関わりから得られた本人のニーズや家族の意向を確認しながらプランニング、修正を行っている。	利用者・家族の意向を確認しカンファレンスで、課題とケアのあり方について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。モニタリングを毎月実施し目標達成に向けた支援をし、6か月ごとの評価・更新につなげている。カンファレンスでは職員の意見・家族(利用者の状態を説明)の要望が出て、具体的な目標達成に向けたケア内容を確認する場となっている。ケース記録に日々の様子や特記事項はマーカーで意識付けを行っている。家族とのやり取りは支援経過記録に記載されておりわかりやすい。	ケース記録に気づきや利用者の表情・様子等を記録に残し、モニタリング→評価→再プランにつなげる事が望ましい。

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	一人ひとりの日々の様子を記録する他に、関わりや工夫や想いを記載することで気づきや共有が図れ、特記事項にはマーカーを活用している。		
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	本人や家族の状況や力量、その時々ニーズに合わせ、ホームとしてできないことをすり合わせながら、できる限り柔軟な支援ができるように努めている。		
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	職員付き添いのもと、ショッピングセンターで好きな物を選び買い物されたり、図書館で好きな本を借りてきて楽しまれている。		
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	家族の理解、協力を得ながらかかりつけ医への受診ができるように支援している。受診の際には、本人の最近の様子や健康状態がわかるよう文章を作成している。緊急時の対応についても事前に相談している。	かかりつけ医には情報提供書を作成し、家族付き添いで受診している。母体医療機関受診の場合は事前にファックスで状況を伝え、スムーズに受診ができる体制を整備している。家族・職員付き添いの場合はお互い報告をしい受診記録に残していることが確認された。月1回の往診・週1回の訪問により利用者の状態把握と健康管理に努めている。緊急時の対応は適切な医療機関に受診ができるようになっている。往診歯科・耳鼻咽喉科の受診体制も可能である。	
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	医療連携体制をとっており、連携看護師の定期的な訪問時に相談しアドバイスを受けて健康維持が図れるようにしている。		
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。	主治医の入院治療計画書に基づきながら、退院後も生活継続ができるように経過を追う中で病院関係者との情報交換や相談に努めている。		
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	入居時に看取りについての方針を説明している。状態の変化に合わせて医師や看護師を含め、その都度話し合いを行いケアの方針を確認している。本人や家族の意向が変わることも想定し、状況に合わせた丁寧な説明と確認を心掛けている。	契約時に看取りについての方針を説明し同意を得ている。24時間医師・看護師との連携をとり、利用者・家族の想いに沿って、その人らしい終末を迎えられるよう、管理者・職員とともに取り組んでいる。家族の想いはその都度変わることがあるので、何度も確認をしながら、家族の精神的なケアにも配慮しながら支援に努めている。家族の宿泊は可能である。	

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
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	内部研修や勉強会に参加している。実際に急変や事故が発生した時は、事故報告書やミニカンファレンスにて適切な対応ができるよう確認している。		
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	消防署と連携を図り、定期的に訓練を行っている。夜間想定した隣接施設との合同訓練も実施している。	消防署指導・自主訓練を年2回実施し(緊急通報システム・夜間想定・連絡網・消火器使用方法・避難経路確認・利用者行動把握等)利用者が安全に避難できる方法を休みの職員も積極的に訓練に参加して全職員が身につけている。前回の評価を受け隣接施設と合同訓練を実施し、協力依頼内容の構築を行った、自然発火に備え、コンセントのほこりは掃除のときに点検している。備蓄品・緊急持ち出し用品は整備している。	
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	一人ひとりの人格を尊重した対応を心掛けていると共に、接遇の勉強会を行い言葉かけや対応の振り返りを行っている。	利用者の人格を尊重し、言葉かけやケア提供時にプライドを損ねないように職員同士で注意をしたり、接遇の勉強会を実施している。関係書類の管理場所・面会簿は個人ごとに記入し個人情報保護に努めている。情報開示に関する同意書は取り交わしている。	
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	適切な言葉で想いを表出することが難しい方へは自己決定しやすいよう選択肢をいくつか提示し、自己選択しやすい場面設定を行っている。		
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	一人ひとりの想いを大切に、本人と相談しながら支援している。		
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	洗面所にブラシを用意しておき、好みのヘアスタイルや身だしなみができるよう環境を整えている。		

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
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	食事の準備や後片付けと一緒にやっている。誕生日や行事の時は食べたい物や好きな物をメニューにしている。	食材は外注し、主に職員が調理しているが、利用者の力を活かしながら、野菜の収穫・下準備・配膳・下膳・食器洗い等を行っている。誕生日やイベント時は利用者の希望を聞いてメニューをたて、買出しに出かけている。職員も同じテーブルを囲み、利用者を見守りながら楽しい会話が弾む食事風景であった。イベント食(餃子・お好み焼き・稲荷ずし等)・外食・おやつ作り(ホットケーキ・ドーナツ・寒天・ゼリー等)は楽しみの一つとなっている。食後はドーナツは何味がいいか・どうして穴が空いているのかと利用者一人一人に問いかけ、考えてもらう工夫があった。	
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	摂取量にムラがある方や体調変化がみられる時はチェック表を活用している。		
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	食後習慣として口腔ケアを行えている。義歯洗浄ができるよう支援している。		
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	排泄パターンを把握し、できる限りトイレで排泄できるよう支援している。	主に自立の方が多いので見守り支援であるが、それぞれの排泄パターンを把握し、様子を見て声をかけるようにしている。自然排便に向けて乳製品・オリゴ糖を摂取したり、散歩や運動で体を動かして薬に頼らないように支援に努めている。リハビリから布パンツに改善された利用者がある。	
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	乳製品、オリゴ糖を摂取したり、軽体操、散歩等楽しく体を動かせる工夫をしている。		
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	一人ひとりの希望や習慣、タイミングに合わせて入浴支援している。	一人一人の希望や習慣に合わせて毎日・一日おきの入浴支援を行っている。季節に合わせてゆず湯・しょうぶ湯の提供時には普段聞けないような思い出話が出る時もあるという。着替えは利用者と一緒に職員が行っている。信頼関係が出来てきたことにより異性職員介助への拒否はないが、順番にこだわる方がいるので臨機応変に対応している。皮膚感染予防対策として順番を考慮し、足ふきマットは一人ずつ交換している。	
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	一人ひとりの入眠前の習慣やその時々活動と休息のバランスをみながら、安眠できるよう室温や音等工夫している。		

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
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	内服変更時は薬の説明書を確認し、症状や心身の変化の経過観察を行っている。		
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	家事や畑仕事等個々の力を活かした役割が行えるよう支援している。		
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	ショッピングセンターに散歩や買い物に行ったり、図書館に本を借りに行っている。ドライブや外食も利用者の希望を聞きながら計画している。	近くのショッピングセンター・図書館・散歩に出掛け咲いてる花を眺めたり、スーパーに並ぶ魚や食材等を見たり、外の空気に触れることで四季折々の変化を感じてもらおうようにしている。季節ごとの外出支援として花木センター・霞ヶ浦クルージング(招待を受けて)・果物狩り・初詣・外食等外出する機会を多く設けている。個人的に買い物の要望が出たときは一緒に出かけている。	
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応じて、お金を所持したり使えるように支援している	小遣いは家族の理解のもと所持したり、買い物時は自分で会計する喜びや楽しみを大切に、個々の力に応じて支援している。		
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	希望時はホームの電話を使用して頂き、いつでも家族や大切な人と連絡が取れるよう支援している。		
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、	生活に必要な情報、日時や場所等をわかりやすく、家庭的な雰囲気を損なわないように配慮している。季節感を採り入れ、心が和むような居心地の良い環境作りに取り組んでいる。	リビングにある飾り物やアルバム・予定表等が話題の提供となっていて、一つ一つが利用者の過去を思い出す環境となっている。時計・カレンダーはみやすいところに設置し、利用者が見当識を意識しやすい配慮があった。明るく広々とした共有空間で混乱を起こさないようにトイレやふろ場の表示は見やすくなっている。	
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	テーブル、ソファ等配置にて共有空間や個人で過ごせる場所を作っている。		

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
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	自宅で使用していた馴染みの家具や小物を持参して頂き、安心した居室環境となるようにしている。	居室入り口には利用者の目線に合わせたところに名前を表示し、混乱を起こさない配慮があった。なじみの筆筒・椅子・テーブル・テレビ等を持ち込み安全面に配慮した配置となっている。遺影にお茶を毎日供える利用者がいる。家庭で使っていた目覚まし・孫・ひ孫の写真・趣味の編み物作品等を飾り、利用者がほっとする居室となっている。掃除は早番の職員が行い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	トイレ、浴室、フロア内には手すりが設置されている。居室の名前を目線の高さに掲示したり、居室内の配置も考えている。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホームおらが里

目標達成計画

作成日: 平成28年11月4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	10	個人記録の不足	日々の記録を充実させ、ケアプランに反映させる	個人記録に気づきや本人の表情・様子等を残し、モニタリング→評価→再プランにつなげる	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、行を挿入してください。