

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	0894200021		
法人名	株式会社 ほーむけあいしやま		
事業所名	グループホーム 樂樂		
所在地	茨城県八千代町菅谷		
自己評価作成日	平成25年9月30日	評価結果市町村受理日	平成26年1月16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.kai.gokensaku.jp/08/index.php?action_kouhou_detail_2013_022_kani=true&JigyosyoCd=0894200021-00&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11月21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>ご家庭に居た時と同じように「普通の生活」を大切にしています。皆様と一緒に買い物に言ったり、調理をしたり「出来ることを」大切にしております。ゆっくり・楽しく・いっしょに・その人らしさを大切に」が 樂樂 の理念です。</p> <p>利用者様の一人ひとりの人生に寄り添ってケアを実践し取り組んでいきます。</p>
--

<p>地域密着型サービスの意義を全職員で考え、地域の中で利用者が今までの生活パターン(買物・掃除・畑仕事・調理・洗濯物整理等)の継続ができるような支援に努めている事業所である。ホームに一步足を踏み入れると利用者や職員の笑顔が印象的であった。消防署・民生委員が地域に対して事業所への認識と理解が得られるような働きかけを行い、地域住民との合同避難訓練を実施し具体的な援助内容の構築を図れた。同法人のケアハウス利用者が土・日ホームにボランティアとして来訪している。先日、法人のイベントとしてケアハウス利用者・デイサービス利用者・樂樂利用者と地域交流会を開催時に、受付担当のケアハウス利用者が飛び出して歓迎する姿にホームの利用者は(家の子供たちだ)という声が聞けたというように、色々な関わりを通し、細いパイプから太いパイプへ法人全体で繋がっている。講演会・事例発表会等を開催し(今年度は12月17日)職員のレベルアップに取り組んでいる事業所である。歯科衛生士の指導で口腔ケアに努め、なるべく口から食事を摂取する支援と、肺炎防止に努めていると自然と利用者の笑顔が増えたの話が聞けた。</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. ほぼ全ての利用者の <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"/> 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 <input type="radio"/> 2. 家族の2/3くらいと <input type="radio"/> 3. 家族の1/3くらいと <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 <input type="radio"/> 2. 数日に1回程度ある <input type="radio"/> 3. たまにある <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2. 数日に1回程度 <input type="radio"/> 3. たまに <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. ほぼ全ての利用者が <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"/> 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 <input type="radio"/> 2. 少しずつ増えている <input type="radio"/> 3. あまり増えていない <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. ほぼ全ての利用者が <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"/> 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 <input type="radio"/> 2. 職員の2/3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
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 <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"/> 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 <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"/> 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. ほぼ全ての利用者が <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"/> 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 <input type="radio"/> 2. 家族等の2/3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 <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"/> 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>住み慣れた地域で、その人らしく暮らし続けることを理念とし実践にむけて取り組んでいる。新人職員に対してもオリエンテーションで理解して頂けるようにしている。</p>	<p>地域の中で、(ゆっくり・楽しく・一緒に・その人らしく)という法人の理念と年間計画の中で月間の目標を(五感を基本に考えたサービス)掲げ、日々実践に取り組んでいる。玄関に掲示し職員の意識付けを行っている。職員会議・申し送り時に確認を行い、利用者一人一人に合った支援に取り組んでいる。職員からは介助ではなくお手伝いをするという意識を持って、利用者の意思を尊重した対応を行っているという意見が聞けた。</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>地域のお花見や夏祭りへのご案内を下さり参加させて頂いております。日常的にも、スーパーや散歩・通院時に挨拶を交わしたりしている。</p>	<p>自治会に加入し環境美化活動に参加したり、散歩や買物時には挨拶を交わし立ち話を楽しんでいる。地域のイベントに参加し、お花見や夏祭りでは歌・踊り・食事をしている。ボランティア訪問(大正琴・歌・踊り等)があり、利用者が楽しい一時を過ごしている。介護相談を随時受け付けている。通りすがりの近隣の方が耕運機で畑を耕してくれたり、苗床作りを教えてくれたり、多数の方がボランティアで来てくれるなど地域に受け入れられている。今年の地域の夏祭りでは休憩場所になっている駐車場に神輿と山車が寄った時に利用者がおもてなしを行い(浴衣を着ようという意見で浴衣を着た)、意欲的に動き生き生きとした表情が見られ利用者にとっても有意義な一日となった。野菜やお花の提供を受けることも多い。</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>避難訓練や運営推進会議へのお誘い、家族会・敬老会への招待をし、認知症への理解をとおし、人との関わりを実感していただき絆を保つきっかけにしている。</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>行事や利用者様の状態を報告し、検討事項や議題についての意見交換をもとに、サービスの質の向上に努めている。家族会との同時開催で意見交換をしながら交流の場としても活用している。</p>	<p>2ヶ月毎に家族・利用者・民生委員・地区長・行政・事業所関係者の構成メンバーで開催。議題は行事予定・報告・利用者状況・季節ごとのテーマ等を報告し話し合いを行っている。席上出た意見はサービス向上に活かしている。家族会を同時に開催し意見の吸い上げに努めている。職員には会議で報告し共有している。欠席の家族には郵送にて報告。車椅子利用者から災害時は不安だという意見があり、災害時の支援方法を説明の上、訓練を行って、不安解消に努めた。</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
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	町の担当者には、事業所の実情やサービスの取組を伝え、課題解決にご協力いただいている。直接的に話すように、出来る限り足を運び関係作りを行っております。	行政にはできるだけ利用者と一緒に足を運び、事業所の実情やサービスの取り組みを伝えている。地域密着型連絡協議会やケアマネ会に参加し情報交換を行っている。中学生の体験学習の他、ハローワーク・ヘルパー養成・福祉学校生の実践研修の場として提供。介護度が改善された利用者の今後の支援について関係機関と連日話し合いを持った。	
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	事業所会議で、勉強会を開き身体拘束への内容・弊害について学び、施錠や様々な拘束へのデメリットを理解しながら、目配り・気配りにより実践し安全と尊厳確保している。	事業所会議で安全安心委員会が身体拘束の具体的内容・弊害を話し、拘束を行わないで職員が目配り・気配りにより、利用者の安全に向けた支援に取り組んでいる。車椅子の点検は随時実施。スピーチロックは全職員で共有し行っていない。	
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での虐待が見逃されることのないよう注意を払い、防止に努めている	玄関にポスターの掲示などを行い、勉強会で取り上げ虐待の防止に努めている。意見交換を常に行えるよう職員間で話し合っている。		
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	事業所会議での勉強会を設けているが、職員の認識が浅い。関係者がより深く理解ができるよう努めたい。		
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	事業所のケアへの取組み・考え方、退去を含めた対応や可能な範囲でのサービスについて納得がいくまで説明している。常に内容についての質問と開示は行っております。		
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	面会時に、利用者様・御家族・職員とで話す機会を設け、意見(意向)を伺っている。鶴岡運営推進会議への参加も呼びかけ、意見の反映・要望を出していただいている。重要事項説明書に担当部署など苦情相談窓口を明記している。	面会時には意見・要望を聞くように努めている。運営推進会議・年2回の家族会でも話し合う機会を設けている。意見の言い出しにくい家族・利用者へ配慮し、意見箱の設置・第三者機関名・電話番号を重要事項説明書に明示している。利用者の意見はさりげない日々の会話から吸い上げるようにしている。受診報告を電話で行っているが、主治医の意見を書面で確認したいという家族に開示可能と伝え、開示した。自宅に居る家族との関係を続けたいという利用者には週2泊自宅でも過ごしてもらうことで、精神の安定化がみられている。	

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
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	月1回の事業所会議・業務時・申し送りの際に、随時意見や提案を聴いて反映するようにしている。	現場での気づきや意見はその都度話し合い検討している。月1回の事業所会議は代表も出席し、職員の意見を聞く機会になっている。研修受講・職場環境(職場に子供を連れてきてもOK)の整備に努め、職員のスキルアップ(資格取得の支援)の向上に努めている。管理者は職員の様子からストレス・不満等を感じ取り、声掛け・話し合い・アドバイスをを行い解消に努めている。直接管理者に話し難いときは主任に伝えて主任から話してもらったり、指導ノートを活用することでお互いの意思疎通に努めている。食事会を実施し職員間の親睦を深めている。職員からの意見で主任職の配置・エアーマットを設置した。	
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	個々の状況を管理者を通して把握され、研修参加への申し出の相談にも親身に受け止めてくださり、スキルアップによるサービスの向上に努めてくださっている。		
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	法人内外の研修を確保している。法人内では、新人研修・各委員会での勉強意見交換会があり、事業所会議時に研修(委員会)報告を行い、1カ月後に評価している。		
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	他事業所の交流会や勉強会への参加。利用者様の受け入れなどでの交流を持ち、お互いが協力できる体制作りに努めている。		
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	本人の意思をできる限り受け入れ、出来る限り要望に答えられるよう考慮し、不安要因に互いに向き合いながら、利用者様から受け入れられるような信頼関係を築けるよう心掛けている。		
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	これまでの御苦労や今後の不安への気持ちを傾聴し、常に相談して頂けるよう今後繋げる。		

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
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	御家族との話し合いの中で本人に対する気持ち・考え方や心身に必要とされている問題を見極め、可能な限り柔軟な対応が出来るよう努めている。		
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	偏った考え方にならないよう、人と人との関係を念頭におき、穏やかに生活ができるよう互いに協同しながら、昔の風習や、料理・老いにたいして教えて頂きながら関係を築いています。		
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	家族の思いに寄り添い、日々の暮らしの出来事や、気づき・変化の状況を、2カ月に一回のお手紙と面会時に伝え共有できるように努めている。		
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	同じ町内にお住いの御家族も面会に来やすい環境にあり、ご本人がいままで親しくされていた方も面会が出来るよう、事前にご本人・ご家族の解る範囲で関係性をお尋ねし環境づくりに努めています。	知人・友人・家族の面会は日常的にあり、利用者笑顔で思い出話や近況報告を楽しげに行っている。家族とお墓参り・買物・外食に出かける利用者がいる。面会に来れない家族等には電話や手紙で連絡を取り合い馴染みの人との関係継続に努めている。週3回柔道整復師とホームでの事故防止の取り交わしを行い送迎を受けている利用者がいる。週に自宅に2泊し穏やかに過ごす利用者の支援やホームまで来れない家族の送迎を行っている。議員新聞を読んだり、乳酸飲料・かりんとう等馴染みの味を楽しんでいる利用者もいる。	
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	食事の席やレクリエーションでの位置など考慮し、一日の流れの中で協同の意識を、役割を持ちながら活動して頂けるよう努めています。		
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	サービス利用が終了した方にも、行事への招待をしたり、継続して遊びに来て頂けるよう声をかけて付き合いが途切れないよう心掛けている。		

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
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	日々の関わりの中で、言葉がけをし、意向の把握に努めています。意思表示が困難な方には、ご家族に相談しながら情報を頂いている。	日々の会話の中から利用者の思いや意向の把握に努めている。困難な利用者には職歴・生活歴・アセスメントから把握したり家族から聞いたり、管理者はワーカーとして資格を取得したバリデーションを基本として利用者の表情・様子から利用者本位の支援を行っている。職員間で本人本位かとの検討も行っている。日誌に、苦労したことや一生懸命やったことを記入し、利用者の反応を把握し支援するようにしている。	
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	ご本人の話や、ご家族・知人等の面会時に可能な限り教えていただいております。		
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	出来る事に注目し、日々の体調は申し送りで伝え、その人全体の把握に努めています。		
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	自分らしく生活ができるように、本人や家族の要望を聴き、医師等の意見も含めて、職員会議で担当を中心に皆で検討し、介護計画・作成に活かしている。	利用者・家族の意見・要望を事前に聞き、課題とケアのあり方について担当者が立案したプランを職員会議で検討し、ケアプランを作成している。モニタリング・評価は6ヶ月ごとに実施し現況に即したプランを作成。作成後は家族に説明し同意を得ている。	ケアプランに沿ったケース記録の支援内容が、少し漠然としているので、目標達成のために提供された支援内容が分かるように記入することが望ましい。
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	個々の記録をケース記録に、職員の気づきや利用者の変化等を詳しく記入・共有し会議等で話し合い、介護計画の見直し評価実施している。		
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	ご本人・ご家族の状態に応じて、通院等日必要な支援は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	地域の方々や近隣施設への働きかけや、ボランティアへの協力も行っている。		

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	受診・通院は、ご本人・ご家族の要望に応じ対応している。ご家族のみでの受診する場合も連絡を取り診療内容やケア対応などの報告を受けています。	月2回の往診・週1回の訪看があり、利用者の体調維持に努めている。受診結果は申し送りノートとケース記録に記載している。また2ヶ月毎に報告している。家族付き添いでのかかりつけ医の受診は報告を受け、記録に残している。歯科衛生士と歯科医との連携がとれている。	
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	週1回の訪問看護を坂入医院へ依頼し、情報が円滑にいき迅速に対応・助言をいもらっている。		
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。	入院時には、医療機関に情報提供し、ご本人の負担にならないように見舞うようにしている。ご家族と連絡を取り、退院後の対応等を医師から指示助言を頂きながら努めている。		
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	重度化した場合や終末期対応にはついたは契約時に話し合い、看取りの同意書をいただいている。その上で、利用者の状況に応じ医師・看護師と連携を図りながら段階的に対応している。	契約時に、重度化した場合や終末期の対応についての説明を行い、同意書を取り交わしている。ターミナル期に入ると家族の思いは変わってくるので、医師・訪看・代表・家族を交えて話し合いを行い、他の利用者にも配慮しつつ、家族の了解を得て、他の利用者の声が聞こえる場所で、終わるまで関わられる関係継続と最善の支援に努めている。協力医師とは24時間対応可能で訪看も随時対応ができる。夜間帯の職員の不安解消のため、いつでも代表と連絡を取れる体制や連絡網の見直し・訪看の連携に努めた。また近くの職員は要請があれば、すぐ駆けつけられるよう常に携帯を身につけていると言う。	
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	月1回の事業所会議で話し合いを設けている。緊急時対応については、マニュアルのを整備し周知徹底を図っている。		

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
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	防災訓練は、昼夜で発生の時期を想定し、地域の方々にも参加していただき定期的に行っている。	地域住民の参加を頂き年2回の避難訓練(夜間想定・消火器使用方法・避難経路確認・利用者行動把握・緊急通報システム等)を実施し、職員は利用者が避難できる方法を身につけている。備蓄品・緊急持ち出し用品は整備している。前回の評価結果から防災委員会が主となり具体的災害マニュアルの検討・緊急連絡網の見直し・近隣の協力は大切と話し合い訓練を実施した。玄関に広域避難場所を掲示している。	
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	個人の意思・人格を尊重し、ひとりひとりに合った対応を心掛けている。ご本人の自己決定を大切に言葉かけ・呼びかけに配慮している。	人生の先輩として尊敬し、言葉掛けや対応が馴れ合いにならないよう職員間で注意を行っている。調査時の利用者に対する声掛けはゆっくりで落ち着いた対応であった。個人情報保護に努め、書類関係は事務所で管理している。情報開示には細かく内容を記載し、家族から同意書ももらっている。面会簿は一枚ずつ記入。	
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	ささいな言葉にも耳を傾け、ひとつひとつの言葉・表情からも汲みとれるよう、ささいな変化に応じ、ご本人が決定しやすい環境に努めております。		
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	大まかな一日の流れはあるが、一人ひとりの体調に配慮しながら、その人の気持ちに沿った支援をしている。		
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	全利用者様が女性ということもあり、身だしなみに気配りをしている。行事の際には、着付け・化粧をしたりと張りを保つきっかけ作りに努めております。		
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	敷地内の畑へ一緒に収穫し、献立をご利用者様と一緒に考え、調理時には一緒になって行うようにしております。ご利用者様の要望にも柔軟に対応出来る体制です。	献立を利用者と一緒に考え買出しに行き、季節の食材を提供するようにしている。利用者が手入れし収穫した野菜を料理に入れると利用者の食欲が一段と良くなる。調理・配膳・下膳は自ら行っている。職員も同じテーブルで会話を楽しみながらの食事風景であった。管理栄養士にアドバイスを受けながら利用者に合わせて食事形態等の支援を行っている。おやつは利用者がやりがいを発揮する場面であり、職員にアドバイスをしながら、白玉団子やホットケーキを作っている。	

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
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	毎食ごとに記録に記入し、個人の体調に配慮しトミなども対応しております。また管理栄養士に献立表のアドバイスや勉強会を開催して頂いております。		
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、欠かさず行うよう言葉がけをし舌帯の汚れに注意し対応している。専任の歯科衛生士指導を受ける。歯石除去もいただいています。		
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	排泄チェックを行うことにより、排尿パターンを把握し、重度の方でも出来るだけ、トイレでの排泄ができる様に、時間と様子を見て対応している。	排泄チェック表・利用者の様子・表情から把握し、そつと前誘導してトイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。失禁時には他の利用者に分からないように配慮した対応を行っている。オムツやリハビリパンツの使用枚数を減らす支援により、ほとんどの利用者がオムツからリハビリパンツへ、リハビリパンツから布パンツに改善された。	
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	腹部マッサージや食物繊維・乳製品・水分摂取に配慮しながら対応。		
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、個々にそつた支援をしている	ご本人の希望にそつた時間に入浴ができるようにしてある。また、その人のペースに合わせて入浴でき、柚子や入浴剤など時には違つた雰囲気を楽しんでいただいております。	基本的には週3回の入浴支援であるが、希望があれば入浴はいつでも可能である。入浴拒否がある方には無理強いせず、時間をおいて声掛けを行っている。皮膚感染予防として足拭きマットは個人用を使用。季節に応じてゆず湯・菖蒲湯を提供し利用者に喜ばれている。異性介助を嫌がる方へは同性介助で対応している。	
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	薬物での睡眠導入を出来るだけ避け、体調や生活習慣に応じ、休息をとれるよう支援している。夜間寝つきが浅い方は、日中の過ごし方を見直し、ケアに努めています。		
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	服薬時は、必ず手渡しで服用を確認している。服用後に、症状が見受けられた際は医師への相談・指示を仰いでいる。		

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
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	一日の中での流れに沿った活動や得意分野での取り組みや畑など自然の恵みの収穫・喜び、外出など事前に計画し生活の張りにはしています。		
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支援している	ご本人が行きたいと思う遠くの外出時には、ご家族の協力を得て実現できるよう支援しています。	近場への買物やイベント等(花見・菊・ひまわり・筑波山)、天気の良い日は体調に合わせて実習生も一緒に散歩に出かけている。日差しを浴び五感の刺激を受けたり、草花を眺めたり、肌に感じる風から季節の移ろいを感じてもらい支援に努めている。家族の協力を得てお墓参り・自宅・親戚宅等に出かけている利用者もいる。	
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	希望があれば機会を作り、一緒に買い物へ行き、一緒にレジへ並びお支払いもしていただきます。		
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	電話を利用したい方には、声をかけて頂けたら自由に掛けていただけるようにしている。季節のお便りも支援している。		
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、居心地よく過ごせるような工夫をしている	一般的に家庭にあるものは整え、季節の花などを飾り、季節・生活環を取り入れ暮らしの場を整えている。日差しよけにゴーヤカーテンの工夫もする。	純和風のたたずまいの中、利用者はゆったりした生活を過ごしている。壁に貼られた外出・イベントの生き生きとした表情の写真を眺めると、その時々思い出を重ねている利用者の姿があるという。紅葉の切り絵等を飾り、見当識にも配慮されている。	
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	玄関を出て、庭先にはベンチや花壇があり、南側には畑があります。奥の大部屋は、常に解放してあり居間横の和室とソファ・座椅子が備えてあり、くつろげるようにしてあります。		
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	ご本人が使用していた馴染みの家具を持ってきて頂くようにしている。ADLIに合わせた高さの調整もしている。	混乱が起きないように、使い慣れた筆筒・椅子・テレビ・鏡台等を安全面を配慮し設置している。家族の写真や小物のぬいぐるみ等で利用者がゆったり過ごせるような居室づくりがされていた。掃除は職員と一緒にやっている。	
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	利用者の状態に合わせて、手すりやトイレ、廊下などの居住環境が適しているかをチェックして安全の確保と自立への配慮をしている。		

(別紙4(2))

事業所名:グループホーム 樂樂

作成日:平成26年1月16日

目標達成計画

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	ケアプランに沿った、ケース記録の支援内容が、少し漠然としているので、目標達成のために提供された支援内容が分かるように記入することが望ましい。	個々のケアプランを全職員が把握できるよう、常に観覧しやすいように配置し、ご本人・ご家族・看護師・医師・職員がケース記録を観覧した際に、共通した内容で捉えられるよう目指す	ケアプランをケース記録のファイルに貼り付け観覧しやすいようにする。各担当者→職員という流れでプラン把握を段階的に進め、記録に反映できるよう努める。	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。