

### 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	0870600269		
法人名	医療法人宮田医院		
事業所名	グループホームなごみの家		
所在地	筑西市丙56-2		
自己評価作成日	平成28年8月5日	評価結果市町村受理日	平成29年1月19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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&amp;JizyosyoCd=0870600269-008PrefCd=08&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&amp;JizyosyoCd=0870600269-008PrefCd=08&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

**【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10月6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)】**

開設から15年目年。近隣の方たちの訪問も増え、入居者様、そのご家族様、関係職員も、地域の一員として良好な関係が築けております。内外の小さな問題も地域ぐるみで話し合う機会もあり、よりよい運営に向けて、取り組める環境ができています。開設当初からの入居者様も居られ近くに当法人の宮田医院、みやた訪問看護ステーションとの連携も密です。また、馴染みの主治医、看護師がいる事で入居者様は安心して過ごされています。当ホームの課題でもある看取り、認知症の方の看取りに特化した研修にも積極的に参加。また、職員の在籍日数も長期のスタッフが多く馴染みの関係作りと言う点では良好な関係が築けつつある。しかし常により良い介護サービスが提供が出来るよう日々スタッフ一丸となって改善、取り組む姿勢を忘れない。入居者様のライフワーク全てに関われるケアが実践できるように取り組んでいます。

**【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)】**

法人が医療機関であり、日頃の体調管理・突発時・看取り体制等、医師・訪問看護師と連携を密にとっている。いつでも往診・アドバイスを受けることが出来、職員は安心してケアを提供し、家族・利用者にも不安は無い。利用者一人一人に合わせた個別支援に努めている。残存機能維持のため、管理者・ケアマネ・職員ともに統一したケアの提供に努めている。職員の異動も無く、職員と利用者との信頼関係が深く、様子や表情から利用者の想いを把握出来ているが、常に一方的でなく、原点に振り替えることが大切だと考えている。事業所を訪問し、介護度の高い利用者が多い中、職員は利用者常に声掛けを行い、利用者は微笑みながら、きちんと意思を伝え、職員はそれに対し笑顔で対応し、明るい雰囲気になった家庭の延長としての生活支援を大切にしていると感じた。地域住民の訪問も増え、事業所を拠点とした地域住民との馴染みの関係が増えて、利用者は地域の一員として当たり前前の生活を楽しんでいる。

**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 <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、生き生きと働いている (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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	管理者職員は地域密着サービスの意義を理解し、その都度話をし、運営理念の実現に取り組んでいる。	地域住民からも意見をもらい理念を見直して、地域密着型サービスの意義を踏まえた理念を作成した。玄関に掲示し、職員の意識付けを行っている。申し送り・会議等で確認し、管理者・職員ともに共有している。職員は、日々利用者の気持ちを第一として、理念にある3つの柱をもとに利用者の立場を考え、変化を見逃さず、気持ちを感じるように心掛けていたという話があった。	
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	地域の中の1つのホームとして職員は常に理解し、地域の方との交流を大切にしている。(積極的な挨拶、地域の催しへの積極的な参加、当ホーム行事の催しへの招待)	自治会に加入し、公民館で開催される会議に参加して認知症・事業所に関する話をする機会があり理解が深まっている。事業所主催のイベント(地域交流会では老若男女の地域住民と家族が参加し、焼き芋・豚汁・カラオケ・バザーなど、利用者と一緒に楽しいひと時を過ごしている。夏祭りの子供神輿が事業所に立ち寄ってくれるのを利用者は楽しみにしており、懐かしそうに眺めている。ボランティア訪問(傾聴)がある。利用者が玄関先にいるけど大丈夫?とご近所から声をかけてもらうときもある。	
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	認知症ケアの理解に、運営推進会議等を通し地域の方々に向けて勉強会等を設けている。		
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	自己評価及び外部評価について地域の方々と十分に話し合い、意見交換をしサービス向上に活かしている。	2か月毎に自治会長・家族(順番制)・民生委員・行政・事業所関係者の構成メンバーで開催している。主な議題は利用状況・事業予定・報告・外部評価等についてで、話し合いやミニ研修(認知症トピックス)を行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。職員には議事録を回覧し、押印して共有している。職員が順番制でテーマと研修内容をまとめ参加することで、運営推進会議の意義と事業所の取り組みを考える良い機会となっている。	
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	運営推進会議以外にも当事業所で相談等があれば、市町村担当者に声掛けをし迅速に意見交換が出来る様取り決めをしサービスの質の向上に取り組んでいる。	担当課とは連絡を密にとり協力関係を築いている。市役所が近いので、電話だけでなく、利用者と一緒に訪問して報告や相談を行っている。中学生の体験学習の場や専門学校学生の実践研修の場として提供している。子供110番設置は検討中。グループホーム間のネットワークづくりに参加。商工会祭りではブースをもらい、利用者の作品や福祉機器等を展示予定。	

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	拘束の具体的な行為を、職員全員が理解できる機会を多く持つことで、実際のケアに結び付けている。心身両面の拘束を原則禁止している。	身体拘束となる行為・弊害はスタッフ会議でも勉強し、利用者が安全で安心な生活を送れるように目配りを重視した取り組みを実施している。スピーチロック等は利用者の混乱が起きないように、きちんと説明している。家族からの要望により転倒防止のベッド柵を使用しているが、書類に期間等を明示し同意を得ている。2階居室前のベルは夜間帯の利用者の行動把握するためと危険回避策として設置している。車いすの点検は職員が定期的実施している。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	関係職員は高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会(リスクマネジメント研修、スタッフミーティング等)を設け、同時に啓蒙活動をすることで虐待防止につなげている。		
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	実際成年後見人制度をご利用の方がおり、概要や手順を理解する機会があった。実際の場面から、ご本人様ばかりでなく、ご家族様への支援の重要性も理解し、職員全体が関わられる努力をしている。		
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	口頭にて十分に説明し、利用者や家族等の不安、疑問点を尋ね契約を結んだり解約をしている。		
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	利用者の意見、不満、苦情等を言いやすい環境づくり(馴染みの関係作り)に配慮し、不満、苦情等があれば、その都度、話し合いの機会を設けている。必要があれば法人の代表者会議(あさがおの会)にて報告し、活かせるよう努めている。	意見箱・第三者機関名・電話番号を明示しているが、そこからの意見は無い。利用者は日々の会話の中からふと漏らすことが多く、改善に向けている。家族からは面会時に聞くようにしているが、ほとんど要望等は出てこない。場合によっては法人の代表者会議で報告し、反映させている。家族・利用者との信頼関係が重要だと感じているので、常にアンテナを立てている。	
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	毎月一回以上のスタッフミーティングを開催するようにし、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設けている。法人全体に関わることであれば、あさがおの会にて報告、後日職員に報告、運営に反映できるよう取り組んでいる。	毎月の職員会議開催時には事前に用紙を配り、意見等を記入してもらって会議で検討している。欠席職員に対しては報告書で共有している(介護支援とケアプランの連動性に向けた取り組み・重度化した利用者が多くなり、居室・bedの位置・リビングでの対応等を検討中)。外部評価に向けて自己評価を全職員に聞き、ケアに対し再認識が出来たと捉えている。理事長・管理者・ケアマネ・職員の関係は良好でなんでも話し合える。研修は自分で選択して受講し、スタッフ会議で報告し共有している。	

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
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	運営者(法人代表)は管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し法人会議等を活用し各自が向上心を持って働けるよう共に話し合い、向上心を持って働けるよう考慮している。		
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	運営者(法人代表)は法人内外の研修を受ける機会を設け働きながらトレーニングしていくことを進めている。(年1回以上の法人全体会議・研修の実施)		
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	近隣の福祉事業を訪問をする機会を設け、サービスの質の向上に、相互間で努めている。また、グループホーム間のネットワーク(グループホーム連絡協議会等)作りに参加し。		
<b>II.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	インテークの段階で本人が困っていること、不安なこと、求めていること等を把握する事ができるよう十分な時間を設けている。入所前から傾聴する時間の確保に重点を置く努力をしている。		
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	相談から利用に至るまでに、ご家族等が困っていること、不安なこと、求めていること等を話す機会を大切にし、。納得して利用出来るよう努力をしている。		
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	相談を受けた時は本人と家族さらに専門分野のスタッフを含め、他のサービス利用も含めた対応ができる様、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、一緒に過ごしながら喜怒哀楽を大切に、本人から学んだり、支えあう関係を築く意義を理解しており、支えあう関係づくりを大切にしている		
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	気軽に相談できる環境づくりに配慮している。(ホーム、家族間での手紙やこちらからの積極的な連絡。)又、ご家族との交流の場を作り意見交換の場を設けている。		

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
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	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の意識を職員は十分に理解しており、関係が途切れないよう努力している。(馴染みの店の利用)	電話や手紙(友人・知人・兄弟等)の支援は希望があればいつでも対応している。家族の協力を得て、お墓参りや自宅(一泊)に出かける利用者がいる。美容院の好意により送迎付きで美容院に出かけたり、洋服屋さんに来てもらう利用者がいる。今まで通り乳酸飲料を取っていた利用者もいる。介護度が高くなり、馴染みの場所に出かけることが少なくなってきたが、利用者同士・職員との馴染みの関係は深まっている。	
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	利用者同士が関わり合い、支え合う事を大切にしている。職員は見守りながら、時にはその中の一人として関わる努力をしている。		
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	サービス利用(契約)が終了しても継続的な関わりを大切にしている。グリーフケアの取組みを行っており、時折、ご家族の訪問があり、懐かしい話のできる関係を築いている。		
<b>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</b>					
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	一人ひとりの思いや暮らし方を大切にし、家族の意向も含め、共に話し合いニーズの把握に努めている。	アセスメント・職歴・生活歴・家族からの聞き取り等から利用者の想いを把握し、利用者のペースで一日が流れるように支援している。残存機能維持として、医師・看護師・OP・CTのアドバイスを受けて、下肢筋力の維持・歩く機会を作る等、生活リハビリを実施している。漢字ドリルや塗り絵等で、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い、出来るだけ自己決定してもらうようにしている。表情・様子から利用者本位となっているが、職員で検討を重ねている。朝の着替えはこだわりがある方もいるが、利用者と一緒に選んでもらい着替えている。	
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	一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方を大切にし、生活環境を知りケアに活かす努力をしている。		
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	一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態の把握をし、本人のストレンクスが高まるよう努めている。必要があれば、専門スタッフ(医師、看護師、OT,PT等)からアドバイスをもらい、隠された現状の把握にも努める努力をしている。		

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
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	本人、ご家族様、関係職員と話し合い、ニーズの把握に努め、介護計画に反映されるよう努めている。	家族・利用者から意見を聞き、カンファレンスを開催して課題とケアのあり方について話し合い、ニーズに合わせた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。前回の評価を受け短期目標達成に向けたケアの提供内容を記載するようにした。モニタリングは毎日実施し、評価→職員の見書→再プラン作成につなげている。	行政による実施指導により、ニーズに合わせたモニタリングとなっているが、具体的な短期目標に添った支援内容をモニタリングすることで次の評価に活かせるのではないだろうか。職員と検討することを期待する。
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	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、情報を共有(口頭にての申し送り、スタッフノートの活用)し変化時には迅速に見直し(ケアの実践や介護計画の見直し)をしている。		
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	本人や家族の要望を大切にしている。必要があればその都度、柔軟な支援体制づくりを心がけ、計画・実行をしている。		
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	情報収集と、ある地域資源の活用を図っている。民生委員やボランティア、消防署員等との連携を図り、安全な生活環境の提供に努めている。		
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	本人及び家族等の希望を大切にしており、馴染みのかかりつけ医に依頼し、適切な医療が受けられるように支援している。(主治医意外に専門医。専門機関への受診)	理事長の往診と訪看が週2回入っており、利用者の体調管理に努めている。変調がある場合や専門医受診は主にケアマネが付き添い、結果を家族に報告して支援経過記録に残している。口腔ケアの重要性から訪問歯科受診の利用者もいる。	
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	馴染みの訪問看護職員、気軽に相談しながら、日常の健康管理や、緊急時の速やかな対応ができるよう体制を整えている。(定期的な看護師の訪問)		
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。	お見舞いを頻回に行うことで、情報交換、なじみの関係が途切れず、不安なく治療が受けられるように配慮をしている。病院関係者との情報交換に努め、関係づくりを強化することで、退院までの経過がスムーズにいこう努めている。		

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
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	ご本人やご家族、かかりつけ医を含め話し合う機会を十分に設け、その意向を大切にしている。プロトコルの設定をし(ターミナルケア指針、同意書、カンファレンス)、過不足なくサービスが提供でき、ご家族の気持ちに寄り添ったケアの提供をめざしている。	契約時にターミナル指針について説明し、同意書を取り交わしているが重篤になると家族の気持ちが揺れ動くこともあり、医師から説明してもらい確認をしている。利用者・家族(宿泊可)・職員・他の利用者に対し、精神的ケアをはじめ事業所で支援できる最大のケアを提供して最後の幕引きを実施している。家族と一緒に湯かんを実施したこともある。24時間医師・看護師と連絡が取れるので職員の不安は無い。新人職員には夜勤で不安があれば、いつでもいいから連絡していいよとベテラン職員が伝えていると聞いた。新人職員には心強い事であろう。	
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	消防署の行う、救急蘇生法の講習を、職員全員随時受講している。自主訓練として、応急手当や初期対応の方法を、看護師が指導をしている。		
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	年2回以上の災害訓練を実施すると共に必ず地域の方々との共同での災害訓練も実施中。これにより地域との協力体制を築いている。	自主・消防署指導訓練を(地域住民には回覧板でお知らせしている)自治会長・老人会会長に協力依頼内容を構築して実施し、利用者が安全に避難できる方法を職員は身につけている。備蓄品・緊急持ち出し用品を整備していることが確認できた。自然発火防止に備えコンセントの点検は実施している。外出時のもらい事故等に対する対処方法を職員は周知していた。	
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	一人ひとりの誇りやプライバシーの意義を管理者と職員は十分に理解しており、記録等の個人情報についても慎重に取り扱っている。	利用者を人生の先輩として敬い、ケアの提供時や声掛け時になれなれしくならないように心掛けている。利用者にはゆっくりとわかりやすく説明している場面があった。書類は事務所内に保管し、情報開示に関する同意書を取り交わして個人情報保護に努めている。ボランティアにも守秘義務をお願いしている。	
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	ご自分の思いや希望が、遠慮なく吐露できる環境作り・関係づくりを心がけている。表出できないご本人の希望に関しては、ニーズの把握の訓練を行うこと、ご家族からの情報を得ることで、自己決定ができるよう努めている。		
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	管理者と職員は一人ひとりのペースを大切にし、その人らしい暮らしが邪魔されないよう努力をしている。(利用者本位のゆっくりとしたケア)		

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
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	馴染みの理容・美容店が利用できる様にしている。平素も、本人の希望があれば、(外出の時など)お化粧品してもらっている。男性利用者の髭剃りは毎日の日課になっている。		
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	一人ひとりの好みや力を把握し利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをすることを大切にしている。	生協の申込書を見ながら、利用者と一緒に季節の食材をとり入れた献立をたてている。利用者が下準備する等は難しいが、気が付いて声掛けをしてくれたり手伝ってくれたり、若い職員への気遣いをしてくれる。食事形態は利用者の状態に応じて提供している。カロリーや塩分には気をつけているが、盛り付けを工夫し、お代わり自由とし、総合的に調整は行っている。	
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	一人ひとりの食習慣・嗜好を尊重している。咀嚼・嚥下障害のある方への介助は医師、看護師の指導を受けたり、研修を受けるなどし、安全に口から食事ができるようにしている。水分・食事量のチェックを毎食行い、水分出納チェックを実施。		
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	職員の口腔ケアの意識改革を行い、一人ひとりの口腔状態や力に応じた支援をしている。個別の毎食後の口腔ケア、個別の口腔状態の観察を実施。必要があれば歯科医の指導を受けている。		
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	おむつは極力使わないという方針であり、本人の排泄パターン、習慣を考慮し、気持ちよく排泄できるよう支援している。日中は全介助の方もトイレに座っていただいている。	排泄パターン通りにはいかないもので、シグナルとなる表情・様子から声掛けし、トイレに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。尊厳を大切に、おむつは出来るだけ使用しないで布パンツにパット使用で支援を行っている。夜間はオムツ対応の利用者もいるが、声掛けを行いトイレに誘導している。散歩・レク・体操・食事・水分から自然排便に努めている。	
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	なるべく薬(下剤)を使わない方針である。便秘予防のためのメニューの活用、毎日身体を動かす環境づくりを行っている。個別の状態を考慮した散歩、レクリエーションなどである。		

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
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タイミングに合わせて、入浴を楽しめるように毎日支援している。	利用者の希望に応じた入浴支援を行っている。お湯はいつでも張っているため毎日の入浴(時間も利用者に合わせている)も可能である。入浴剤・季節のゆず湯等を提供している。左右どちらからでも湯船に浸かることが出来る個浴は職員にとっても支援がしやすくなっている。拒否者にはケースバイケースで同性介助・清拭・足浴・法人のお風呂を使用する等様々な取り組みを行っている。皮膚感染予防対策として足ふきマットは個人ごとに交換している。まき爪は看護師にカットしてもらっている。着替えの用意は利用者を選んでもらうようにしている。	
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	一人ひとりの生活習慣、そのときの状態を考慮し安心して安眠や休息が出来るよう支援している。(利用者と共に添い寝、昼寝等)		
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	職員は、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、必要があれば家族、かかりつけ医に相談している。(スタッフノート、口頭での理解及び情報の共有)服用薬一覧表を作成。		
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	一人ひとりの生活歴、力を理解し、張り合いを持って過ごしていただく様、各レクリエーション、馴染みの場所への外出等を行っている。		
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	知らない場所(忘れてしまうため)への外出を怖がる方が増え、体力的な問題も垣間見える。積極的な外出は難しくなっている方が多い。随時、戸外に出かけられるよう環境を整え、近隣への外出が何気なくできるよう支援すると共に職員も外出の大切さについて理解している。	利用者自身が外出を嫌がる傾向が多くなり、遠出は出来なくなっているのが現状であるが、職員も外出の大切さを理解しており。外気浴・五感の刺激・自然の景色から季節の移り変わりを感じてもらうために、出来るだけ近場の散歩や買い物に出かける時は声掛けを行い出かけている。利用者からの要望が出たときは優先している。	
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	一人ひとりの希望や力を把握・理解し、お金を所持したり、不安なく使えるよう支援している。		
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	家族や大切な人に本人自らが連絡することへの意義を管理者・スタッフは理解しており支援している。		

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
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	共用の空間は、生活感・季節感を採り入れており、例えば、花瓶にはなるべく季節の花などさすように心掛けています。感情の混乱を引き起こす、雑多な騒音は避けるよう、職員は理解し、環境をつくっている。	共有空間は清潔保持に努め、異臭や刺激がないように配慮している。玄関先には季節の花を飾り、訪問者を温かく迎え入れる配慮がみられた。玄関を入るとボランティアや専門学校生が作成した、フクロウやぬいぐるみが飾られ、位置がずれていると利用者が直しているという。空調の風が直接利用者に当たらないよう工夫があった。ソファや椅子を設置し、利用者がのんびり過ごす姿が見られるという。	
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	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随所にソファ、ベンチを置き環境づくりに配慮している。		
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	使い慣れた家具、照明等を持ってきていただき、ご本人が混乱しないような居室の環境に配置している。(ご家族へも居室環境の重要性を説明)	家族に使い慣れた家具等が利用者の安心につながることを説明し、たんす・ソファ・仏壇・鏡台・テーブル・テレビ等を安全面に配慮し設置している。家族の写真・塗り絵・ぬいぐるみ・愛着のある鳩時計を飾り、利用者がほっとする居室となっている。掃除は職員と一緒にしている。利用者に合わせて居室入口に名前を表示し混乱防止に努めている。	
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	一人ひとりの出来る事を把握し、ご本人が成功体験の積み重ねができるよう配慮。自立支援がご本人の不快な感情を伴わないよう支援している。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホーム なごみの家

## 目標達成計画

作成日: 平成29年1月19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	当ホームは重度化がすすみ、記録の時間が取りずらくなっている。しかし記録の方法を見直す事で職員の負担にならない記録が可能と思われる。負担にならない記録の方法を実施する為に、記録の書き方など、職員が周知し共有する必要がある。現在も毎日モニタリングしているが、さらに支援内容に添った、より具体的な記録・モニタリングを行う。	具体的な内容の記録、モニタリングを行う事で、より質の高い再プランに繋がり、重度化しても、安心して自信を持って過ごして頂ける生活環境が築けると思われる。	現状のモニタリング、記録を職員全員で確認、把握する。具体的な目標をに向かい、何が欠けているか、話しあう。その中で、記録の書き方についても考えていく。具体的な内容の記録の書き方について職員全員で周知徹底・記録出来るよう話し合います。1ヶ月後再び話し合いの場を設け、よりよい記録の書き方について再び話しあう。6ヶ月を目標に入居者全員の評価→職員の意見→再プランのよりよい作成につなげていく。	6ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					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。