

### 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	0893100016		
法人名	有限会社さくら園		
事業所名	グループホームほほえみ		
所在地	東茨城郡茨城町奥野谷2160		
自己評価作成日	平成26年4月30日	評価結果市町村受理日	平成26年6月20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)】**

自然に囲まれた安全な土地で、一人ひとりの個性に合った生活を送って居頂くことができる様、日々寄り添いながら提供させて頂いております。

※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_detai1_2012_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0893100016-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detai1_2012_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0893100016-00&amp;PrefCd=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26年6月1日

**【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)】**

自然に恵まれた環境の中、利用者は今までの生活スタイルを維持しつつ、役割や趣味にやりがいを見出している。管理者・職員は利用者一人ひとりに合わせたケアの提供に努めている。時には業務に追われるときもあるが、利用者からの「有難う」の言葉が励みにもなり、自問自答を行っているという。地域住民と散歩時に挨拶を交わしたり、イベント(夏祭・産業祭・生き生き健康祭・花火等)に参加し交流を深めることにより、事業所や認知症への理解を得ている。今年は地域に向けて事業所主催の夏祭りを開催予定。今後は更に行政と連携し、シルバースーツ・介護保険・認知症に関する相談を積極的に地域に向け、発信する準備を進めている。

**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)	○ 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)	○ 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々が訪ねて来ている (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、活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)	○ 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
<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	目標とする理念は同じだが、毎日の仕事の中で常に意識しているかと問われると、目の前の対応に夢中になり、理念に忠実であったかを反省させられることがある。	地域密着型サービスの意義を踏まえた理念(利用者を尊重・自立支援・安心した生活・地域連携)を作成し、玄関・事務所の目の届くところに掲示、朝礼時に唱和し意識付けを行っている。管理者・職員はミーティングで理念を共有し、実践につなげている。管理者・職員とも利用者とのコミュニケーションを大切にし、利用者が安心した生活を送る為のケア提供を念頭に入れているという話があった。	
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	利用者は地域の方ばかりなので、訪問される方も地域の方が多いが、職員が地域の一員として日常的に働きかけや交流が出来ているかと問われると思うように進んでいないと思う。	散歩時に挨拶を交わしたり、散歩がてら地域の方がホームに立ち寄ることもある。地域のイベント(花火・夏祭り・産業祭・生き生き健康祭等)に積極的に参加し、馴染みの方々との交流を深めている。ボランティア(歌・演奏・体操等)の訪問があり、デイサービス利用者と一緒に楽しい一時を過ごしている。お餅つきでは用具の提供を受けてボランティアと一緒に楽しんでいる。今夏は事業所主催の夏祭りを開催予定。	
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	後運営推進会議等を通して一年に一度ですがシルバー体操や介護保険・認知症の理解等の話をさせて頂いています。		
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	運営推進会議を2ヶ月に一度開催しており、貴重なご意見を頂いている。流行性の病気や、地域の出来事などについて得た情報や、意見を参考に活かしている。	2ヶ月毎に行政(社会福祉課・地域包括センター・区長・地域代表・ボランティア2名)・事業所関係者の構成メンバーで開催。会議内容は活動予定・報告・利用状況等を報告し、席上出た意見をサービス向上に活かしている。家族に対しては面会時に報告。職員には会議等で報告し共有している。区長から健康体操・カラオケやボランティアさんからランドゴルフへの参加呼びかけがあり、現在検討中。シルバー体操・認知症・介護保険の説明を行っている。	
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に取り組んでいる	担当者からの連絡、町からの通知を基に取り組んでいる。	行政・地域包括センターに事業所の実情をつたえたり、事例相談を行いアドバイスを受け協力関係を築いている。今後は地域包括センターと連携を深め、地域に向け様々な発信を検討中。ケアマネ会・地域密着型連絡協議会に参加し、行政と情報交換を行っている。中学生の体験学習の場として事業所を提供している。	

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
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	居室、玄関の施錠はしておらず、開放的になっている。バット柵についても安全の範囲で行い、車椅子からの立ち上がりも常時出来る状態である。	勉強会を開催し、職員は拘束となる行為とそれに伴う弊害も理解しており、拘束を行わないで利用者の安全に配慮したケアの提供に努めている。施錠は行わず外出傾向の対象利用者には目配り・気配りで取り組んでいる。スピーチロックについては職員間で意識している。過去夜間転倒防止の為、1晩のみベッド4点柵をしたことがあるが、家族に説明し同意を得た。	
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	勉強会を開催して虐待について職員で学んでいる。また		
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	現在は研修等は行なえておりません。権利擁護・青年後見制度に関してはこれから社内研修会で題材にしていこうと思います。		
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	丁寧に一つ一つ説明し、疑問点が残らないようにさせて頂いています。		
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	ご意見箱の設置、苦情担当係りを設けており、管理者携帯も通知している。又、面会時にご意見を頂くこともある。それらを処遇に関することは、会議にて話し合い検討している。	意見の言い出しにくい利用者・家族に対し意見箱の設置・第3者機関名を明文化している。利用者との日頃の会話・面会・利用料支払い時に家族から聞き、要望に添った支援に努めている。個人的な要望(レク・ドライブ・食材の提供等)にはその都度、対処・対応を行っている。職員の異動は面会・支払時に挨拶している。広報の発行とアンケートの実施を検討中。	
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	運営会議を行い、正社員の意見の場を作り、又、意識改革に繋げている。	月1度の全体会議で職員の意見・提案を聞く場面を提供しているが、現場でのきづきが多く、ユニット毎に検討し改善している(機能訓練用の手すり・トイレの手すりの増設等)。外部研修受講後は報告書としてまとめているが、今後は会議等で報告し全職員と共有する仕組みとするとの事。施設長・管理者は現場に入り、職員の離職・ストレス・不満がたまらないよう配慮し、話を聞くように努めている。職員は管理者には何でも話していると、聞きとりじに返答があった。	

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	社内会議で職員のやりがいが出るように就業規則の見直しや昇給・退職金等議題にし話し合い改善していています。		
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	外部研修に積極的に参加してもらう様に促し、研修を受けてもらっている。社内でのいろいろな部署に異動し互いに触発できる機会を設けている。		
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	外部の居宅ケアマネとの交流の機会を設け、率直に出来ていない所を指摘してもらえるような環境を作っている。		
<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	社内会議で職員のやりがいが出るように就業規則の見直しや昇給・退職金等議題にし話し合い改善していています。		
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	外部研修に積極的に参加してもらう様に促し、研修を受けてもらっている。社内でのいろいろな部署に異動し互いに触発できる機会を設けている。		
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	外部の居宅ケアマネとの交流の機会を設け、率直に出来ていない所を指摘してもらえるような環境を作っている。		
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	利用者様の立場に立ち、なんでも話せるような関係を作れるように努力しています。		
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	ご家族さまにしか出来ないこと等、利用者と家族だけの関係を大切にしながらご家族さまとよく相談をし一緒に本人を支えていけるように努めています。		

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
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	通院の帰りなどに、馴染み商店に寄り買い物をしたり、地域の病院を利用する事で、昔なじみの方とのコミュニケーションが図れている。	要望により、親族・知人に電話や手紙の支援を行い馴染みの人との関係継続につとめている。馴染みの美容師の訪問や馴染みのお店に出かけたり、かかりつけ医受診等馴染みの場所にも出かけている。そこで知人・友人と出会い世間話を交わす機会も多い。お墓参り・実家・自宅にお花やねぎをとりに行ったりと馴染み場所に出かけている。利用者が外出できない時は職員が出かけ写真に納め、利用者に見てもらい、安心してもらう支援もしている。馴染みの饅頭が食べたいというときはおやつで提供している。今までどおり牛乳を毎日飲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	性格や話の合う方、出身地が同じ方にリビングで近くに座って頂いたり、それぞれ紹介しあったり皆と一緒に暮らす仲間として生活できています。		
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	退居後に年賀状を出したり、行事等に声掛けをしたりして、相談が出来るような関係を築いています。入院先の病院を定期的に訪問しています。		
<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	起床時に「寝たい」希望があれば、時間をずらし配慮、食欲不振の時は、おにぎり等形を変えて提供、又、居室に食事をお持ちしたりと、其の都度本人本位に対応させて頂いている。	業務優先ではなく、利用者に合わせた生活リズムで一日を過ごせるように努めている。職員との会話・利用者同士の会話にも注意をはらい、利用者の想いを受け止め、対応するように努めている。困難な場合は利用者の気分・体調に合わせたその日の対応を利用者本位に検討し、職員間で引継ぎをきちんと行い、共有している。毎日の着替えは利用者と職員が一緒に行っている。	
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	本人と家族からよく話を伺い自宅で生活している時と同じような生活が出来るように努めています。		
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	定期的にあセスメントをして現状に合った介護が出来るように努めています。		

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
26	(10)	<p>○チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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</p>	<p>日々の介護や、見聞きした状況を持ちより、毎月のケアカンファで意見の交換を行う。それを反映させ、ケアプランに入れている。</p>	<p>利用者・家族の意向を聞き、日々のケアにおいて気づいたことや状況を毎月のカンファレンス会議で検討し課題とケアのあり方について話し合っている。一日のケース記録とケアプランに添ったケアの提供内容を記載し、モニタリング・評価につなげている。状態変化があれば、現況に即したプランを作成している。プラン作成後は家族の同意を得ている。</p>	<p>ケアプラン実施結果・チェック方式用紙上に日々の状態・様子・きづき等、到達経過の経緯を簡潔に記載することでカンファレンス時の評価・プラン見直し時に検討しやすくなる工夫を期待する。</p>
27		<p>○個別の記録と実践への反映</p> <p>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</p>	<p>申し送りノートや生活記録に情報を記入し、毎月カンファレンスを行い情報を共有し計画に反映させている。</p>		
28		<p>○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>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</p>	<p>外部のマッサージを受けて頂いたり、同敷地内のデイサービスでのレクリエーションに参加して頂いている。</p>		
29		<p>○地域資源との協働</p> <p>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</p>	<p>地域包括支援センターにボランティアさんの情報等をいただき、施設に来ていただいたりしています。</p>		
30	(11)	<p>○かかりつけ医の受診支援</p> <p>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</p>	<p>以前からの馴染みの病院に於いて診て頂いている。</p>	<p>今までのかかりつけ医の受診支援を行っている。基本的には家族付き添いであるが、家族の都合等で職員が付き添う場合もある。受診後は受診結果表に記載し職員は共有している。緊急時の対応は家族と話し合っており、意向に添った支援体制をとっている。家族への報告は日誌に記録されていることが確認された。</p>	
31		<p>○看護職との協働</p> <p>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</p>	<p>受診結果表に基づいて次回受診時に何を話せば良いか看護師と相談して、適切な受診が出来るように努めています。</p>		
32		<p>○入退院時の医療機関との協働</p> <p>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。</p>	<p>定期的に様子観察に伺い、入院先の先生や看護師・MSWさんと連携を図っています。</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
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、事業所ですることが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	状態が悪化した場合、主治医やご家族と相談を基、其の方の症状や気持ちに合った治療、介護方針を考え、協力病院に依頼し、看取りも取り入れている。	今までは個々の要望に添い医療機関と連携を取りながら支援してきたが、昨年度の外部評価のアドバイスを、利用者と家族の想いを再確認し、事業所として出来ること、出来ないことを明文化し(終末期の対応について・意見書)家族に対し説明と報告が行われる段階となっている。	
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	緊急時のマニュアルを作成し落ち着いて対応が出来るように心がけています。		
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	ホームでの避難訓練を年に2度行っています。そのうち一回は消防署立会の下利用者様全員参加で行っている。	消防署指導の訓練(消火器使用・緊急連絡網・緊急通報システム・避難経路確認・夜間想定等)には利用者も参加し、職員は利用者が安全に避難できる方法を習得している。備蓄品・緊急持ち出し用品・電池の予備等は整備している。運営推進会議で地域に向け協力依頼をおこなったが、合同訓練や依頼内容構築は検討中。	
<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	居室の戸締りや、トイレやお風呂使用時のプライバシーの保護、個人の情報、を口外しないなど、日々気をつけている。	人生の先輩として尊重し、誇りやプライバシーを損ねない対応・声掛け(温かみのある落ち着いた声のトーンであった)で支援に努めている。個人情報保護に努め書類関係の保管に注意をはらっており、肖像権を含めて説明を行い同意を得ている。居室には名前を表示せず、個人情報保護に努めている。	
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	常に入居者さまが自分の希望を言えるような雰囲気作り心がけ、また普段から表情の変化等をよく観察し職員に打ち明けて頂けるように努めています。		
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、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	食事の時間をずらしたり、その日の体調や気分に合わせて生活して頂けるように努めています。		

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
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	季節に合わせた服を一緒に買いに行ったり、昔から使っているクリーム等を購入し使用していただけるように支援しています。		
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	食事作りの際野菜の皮むきを手伝って頂きます。好き嫌い、好みの味、を個別に対応し、それぞれが楽しめる様に心がけている。又、同じ場所にキッチンがあることで、音や匂い五感で楽しめる。	利用者の希望を聞き献立をたて、近所のお店から食材を配達してもらい提供している。季節の食材をとりいれて、利用者の力量に応じ、皮むき・味見・食器拭き等の手伝いをしてもらっている。食事形態は利用者にあわせて提供し、食べるのが楽しみとなる工夫をしている。イベント時のおやつ(たこ焼き・ホットケーキ・桜餅・柏餅等)作りは利用者の楽しみとなっている。以前からの習慣で食事時のエプロンの着用を自ら希望する利用者にはエプロンを着用してもらっている。	
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	摂取量が少ない方等に関しては主治医に相談したり、好物やおやつ等で摂取して頂けるように努めています。		
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	毎食後に個々に応じて、口腔内の清潔に対してケアさせて頂いています。		
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	一人ひとりの排泄パターンを把握し、対応している。	排泄パターンの把握・表情・様子から察知し、さりげなく声掛けをして誘導し、トイレでの排泄また排泄の自立に向けた支援を行っている。水分摂取・散歩・レク等で自然排便への働きかけを行っている。利用開始時はおむつだった方が布パンとバット使用になるなど改善している。	
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	薬を処方してもらう前に運動をしていただいたり、水分に気を付けたりしています。		



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
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	基本的な時間帯の目安はあるが、曜日時間に関わらず、お湯が脹れる状態にある。利用者に希望に対し決め付けず、折り合いを取り希望時にタイミングが合う様にしている。	基本的に入浴日は週2～3回であるが、利用者の希望に応じた対応は可能である。拒否者には無理強いせず、声掛けのタイミングを考慮したり、清拭で対応している。感染症予防に努め足の乾燥に努めている。入浴剤・菖蒲湯・ゆず湯等で気持ちよく入浴タイムを過ごせるように配慮している。	
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	日常生活のリズムに気を付けて、日中過ごしていただき、夜勤者との申し送りをし不眠時には休息を促したりして支援させていただきます。		
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	薬情シート等を管理して職員が薬の情報を得られるようにしています。		
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	新聞や歌番組等入居者さまの楽しみを把握し、その日の状態に合わせて料理補助や洗濯物を畳んだり等の役割をこなして頂いています。		
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	個人の要望に対し、本人が満足できるように支援。散歩付き添いや、買い物、痛み止めの注射など突発的な希望にも応えている。	天候・体調にあわせて散歩に出かけ、犬の散歩・ジョキング・花摘みをしている人たちと顔なじみになり挨拶を交わしたり、太陽の日差しを浴び五感の刺激を受けている。外にテーブルを用意し外気浴を兼ねて、お茶を楽しむ時間を提供している。買物・外食(月1回)・季節のイベント等に出かけてリフレッシュしている。遠出の外出には家族の協力を受ける時もある。	
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	希望時にはいつでもご家族さまとの連絡し支援はさせていただきます。近くで火事があった時等には電話をしたりすることもあります。		

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
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	季節に合った貼り絵や、皆の作品を飾り、気持ちよく過ごして板だ得るようにしています。		
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	共用の空間には、障害物になるものはおかない。季節の花、毎日が分かる手作りカレンダーや、季節が感じられる壁画などを作成、展示している。	リビングにある和室に腰をかけ洗濯物をたたんでいる姿や、ソファに座りゆっくりくつろいでいる姿がある。季節の草花(カラー等)や手作りのカレンダーを飾り見当識を意識している。職員と利用者が作成したちぎり絵(富士山・潮来のみめ祭・ユニット名の虹と空等)・ある有名な書道は力作で訪問者や家族を温かく迎え入れてくれる。玄関入り口のプランターの草花の水やりは今後利用者のやりがいとなるであろう。トイレには自立支援として、職員の提案から既存の手すりの横に立位が保てるように新たにもう1本の手すりが設置されていた。	
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	リビング内にソファを置き一人に慣れる場所を作っています。また日々の行事によっては席を変えたする工夫をしています。		
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	入居前に使用していた物や、ご家族の写真等を飾ったり、して本人の居心地良い空間を作っています。	今まで通りのスタイルで生活出来るよう、家族に使い慣れた家具が利用者の安心に繋がることを話し、筆筒・椅子・テーブル・テレビ等を安全面に配慮し配置している。家族や孫の結婚式の写真・草花・鏡・目覚まし時計等を飾り、ホッとする居室となっている。居室の掃除は利用者と一緒に定期的に行っている。	
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	食器を拭いてもらう事でも、重いもの軽いものお盆等一人ひとりに合わせ安全に支援できるように工夫しています。		

(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6月20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	26	ケアプランとケアプランにおける支援経過及びチェック方式の様式があまり整合性が取れておらず、介護記録と関連する部分がある。よって分かりずらくカンファレンス時においても明確な検討がしづらくなっている。	ケアプランとの整合性が図れる様式に変更し、職員一人一人がケアプランに対しての評価及び検討が明確に出来る様にする。	①様式の変更を早急に行う ②定期的なカンファレンスを行い、記録をもとにした検討を行う。	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、行を挿入して下さい。