

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	0872500079		
法人名	社会福祉法人 博友会		
事業所名	フロイデグループホーム美和		
所在地	茨城県常陸大宮市鷲子686-1		
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7月29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)】

母体である医療法人と連携を取りながら、医師・看護師・薬剤師・栄養士の協力を受けて、医療と介護の介護のサービス提供を行っている。

※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_2013_022_kani=true&JigyosyoCd=0872500079-00&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26年6月25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)】

デイサービスが併設されている1ユニットのホームであり、デイサービス利用者との交流が穏やかな中にも活き活きとした雰囲気を作っている。地域住民とは開設以来から祭り等を通して親しい関係が築かれており、災害時には地域で組織した防災ボランティアの協力が得られるような体制もできている。管理者・職員は共に認知症ケアについて豊富な経験を有しているが、法人本部との連携の下で様々な研修を受け介護技術の向上に取り組み、利用者一人ひとりの個性にあわせた生活づくりに活かしている。利用者は殆どが母体法人である医療機関をかかりつけ医としており、月2回の往診により健康状態を正確に把握して少しの変化にも迅速な対応と適切な医療が受けられるようになってきている。特に利用年数が長くなり重度化や家族の高齢化が進んでいる現状では適切な医療機関に受診できることが本人・家族にとって大きな安心となっている。

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 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)	○	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)	○	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せている (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、安心して暮らさせている (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)	○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	グループホームエントランスに事業所理念を掲示し職員で意識共有をしている。	法人の理念を基に地域密着型サービスの意義や事業所としての役割を意識した理念が作られている。玄関前の目につくところに掲げて全職員が共有し、理念を意識しながら利用者一人ひとりのペースに合わせた支援をしている。異動して間もない管理者は職員一人ひとりと十分に話し合いをしながら理念の共有と実践に向けて意欲的に取り組んでいる。	
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	デイサービスを併設にて運営し、地域の利用者様やご家族様が交流しやすい環境を整備することにより、日常的な付き合いが継続出来るように支援している。	高齢者だけではなく地域の若い人や子供達と協力しながらの交流会を考えたり、リハビリ室を地域に開放して、セラピストや健康運動実践指導者等の指導の下で健康体操を実施する等、地域との関わりを積極的に進めている。また地域の方々もボランティア等を通して事業所を支える仕組み作り、積極的な支援をしてくれている。法人もまた地域の災害ボランティアの運営資金を支援する等積極的な関わりを進めている。	
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	地域包括支援センターや行政との定期的な意見交換を行い、地域の人々に向けた活動ができるよう努めている。		
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	奇数月に定期的に開催し、包括支援センターや行政と意見交換を実施している。	地域の区長・民生委員、地域包括支援センターの職員等の出席を得て、2ヶ月に1回開催している。ホームの活動状況を丁寧に報告すると共に、市や地域の情報・行事予定等を提供してもらい、地域の行事等へ参加する機会を多くしている。運営推進会議を通して地域の理解者・協力者が増し、地域の社会資源の活用が多くなってきている。	
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に取り組んでいる	2ヶ月に1度の運営推進会議に参加していたが、連携をしている。	運営推進会議等様々な機会にホームの実情を丁寧に市の担当職員に伝え、何時でも必要に応じて相談できる関係をつくっている。対応困難な事例については市の職員がホームを訪れ一緒に対応を考えてくれる。ホームの立地条件に合わせて隣県の利用者の受け入れ等にも協力的でホームの地域における役割遂行に積極的に関わってくれる。	
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	エントランスに身体拘束をしないケアの指針を掲示し、職員が共通理解することで、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	法人で実施する勉強会を通して、年1回は必ず身体拘束についての勉強会を開催し、全職員が拘束による弊害も含めて身体拘束についての正しい知識を学んでいる。認知症の特性を理解した上で声かけや見守りの工夫をし常に拘束のないケアを実践している。	
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	地域包括支援センターと定期的に交流を持ち、情報交換や学ぶ機会を得、援助できる体制を整えている。※事例はなし		

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
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	地域包括支援センターと定期的な交流を持ち、職員が同席することで援助できる体制を整えている。		
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	契約締結前においては、重要事項説明書の説明を行い、入居後の改定においては問い合わせ先を明記した説明文書の送付や電話対応による説明を行っている。		
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	敵的なアンケート調査を行い、要望等を確認・改善する機会を設けている。	家族には面会時に利用者とゆっくり話をさせていただくようにすると共に、職員も近況の報告をしながら気軽に要望等を言いやすい雰囲気作りに努めている。年1回のアンケート調査には具体的な要望等も出ており、日々のケアに反映させている。また家族会の開催要望等家族の希望に合わせた取り組みも行っている。	
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	定期的な会議を開き意見交換を行っている。	管理者が代わって日が浅いこともあり、職員一人ひとりの思いを十分に聞くまでには至っていないとのことではあるが、経験豊富な職員が多く、毎月の会議や日々のミーティング等では率直な意見や要望などが出されている。勤務表は職員の希望を入れながら職員が作成したり、備品・消耗品の購入等は職員からの提案により調達される等、全職員がそれぞれの立場での気づきや意見、要望などをだし、運営に反映させている。	
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	自己目標とそれに伴う評価システムであるチャレンジカード、人事考課文書により職場環境や条件整備等の指針としている。		
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	自己目標であるチャレンジカードを半期ごとに提出してもらい、本人に見合った目標やトレーニング等の設定を行い評価している。		
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	内部の事例発表を行い、優れた事例に関しては、外部でのセミナーにて発表できる機会を設けている。また、定期的に職員を全国セミナーへ参加させ外部交流を行わせている。		

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
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	入居前にご家族やご本人と面会し、人間関係の構築や要望等の聞き取りを行っている。		
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	入居前にご家族や本人と面会し、人間関係の構築や要望等の聞き取りを行っている。		
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	地域性の問題（他市町村住民の申し込み）や費用の問題等、当施設利用が困難な方に対しては、利用可能なサービスの情報提供を行っている。		
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	職員の担当制を敷き、関係構築がより密になるように努めている。		
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	面会時間の設定を行わず、自由に面会が出来ることで、絆が保持出来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	デイサービスを併設しており、近所の利用者との交流を促すことで、人間関係が維持出来るよう援助している。	これまでの生活習慣として続けてきた日々の散歩や庭の手入れ等を日課として取り入れている。遠方の家族へは無料で電話をかけられるようにしたり、手紙での交流を支援したりして親しい方々との関係が途切れないようにしている。またデイサービスにくる友人や知人を訪ねたり、ホームに遊びにきてもらったりと親しい関係がより深まるような支援もしている。利用年数の長くなった利用者はホーム周辺の買い物先や近隣の方々が馴染みの関係になっており、親しく交流している。	
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ご利用者が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	共に畑を作ったり、イベントを行う等利用者同士が関わり合えるよう努めている。		

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
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	長期入院等でサービス利用が終了しても、お荷物の一時預かりや相談援助等の支援を行っている。		
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	身体機能低下による畳部屋へのベットの設置相談や自宅で使用していた家具の自由持ち込み等を行っている。	利用者の過半数は重度化し、意思の疎通が困難な場合が多くなっているが、日々の記録にその日その日の利用者の状態・状況が丁寧な観察と共に職員それぞれの気づきとして記されている。この記録をもとに利用者のこれまでの生活習慣等も考慮しながら利用者本位の検討をして、より一人ひとりの思いに近づけるようにしている。	
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	入院していた先のNSWや居宅ケアマネジャー等と連携し、情報収集に努めている。		
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	定期的カンファレンスを開き、現状把握に努めている。		
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	概ね3ヶ月に1度管理者・家族・職員が連携し、その時点で有効と思われるケア計画を作成している。	担当制を採用しており、本人や家族の希望を聞きながら担当職員がプランの原案をつくり、介護支援専門員が介護計画を作成している。利用者一人ひとりの意向を丁寧にくみ取り、具体的な記述で役割や楽しみ事を取り入れ、暮らしに密着した介護計画が作成されている。また全職員によるカンファレンス・モニタリングも丁寧に行われており、定期的・随時の見直しも実施されている。	利用者一人ひとりについての話し合いの場を設けて全職員で検討しているが、介護計画の作成に当たっても直接職員の気づきやアイデアを取り入れることの検討を期待したい。また、ケース記録は介護計画を意識しながら気づき・観察等を記録する事で継続してモニタリングができるような工夫を期待します。
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	個別記録や日誌に個々の状況を記載し、介護計画の見直しに活かしている。		
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	グループ内の介護用品販売店と連携し、希望に際して柔軟な対応を心掛けている。		

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
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	地域商店の組合の方が定期的に日用品販売に来られたり、ボランティアの資源を中心に豊かな暮らしを楽しむことができる支援している。		
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	殆どの入居者が元々、等グループの医療機関がかかりつけ医となっており、連携・支援している。希望があれば他の医療機関の受診も援助している。	利用開始以前のかかりつけ医を主治医とすることは可能であるが、ほとんどの利用者は協力医療機関を主治医としている。皮膚科・歯科等の専門医受診の際には職員が同行しており、その都度家族にも連絡している。専門医・往診など受診の結果は「受診結果記録」として個別にあり、本人・家族・職員・医師と共有できるようにしている。月2回の往診で利用者の健康状態の正確な把握ができており、常に利用者の状態に合った適切な医療が受けられるようになっている。	
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	日常的な医療相談は、併設のデイサービス看護職員に行い、判断に迷うときや、緊急時等に関しては、法人内の看護部門責任者もしくは、系列医療機関の看護師に相談している。		
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。	系列医療機関とはメール・グループウェアソフトでの情報交換が行える体制になっている。また、必要に応じて電話連絡も行っている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居の際の事前説明において、対応可能な状況や退所の対象になる状況を説明し、納得していただいた上で計約していただいている。	本人・家族の希望があれば看取りの実施は可能である。医師・看護師ともに24時間何時でも連絡ができる体制を整えている。介護経験の長い職員も多く、重度化した場合のケアにも十分に対応できる体制ができています。重度化した場合の対応についても月2回の往診で状態の把握ができていますことから、適切なケアの指導等も受けられるようになっている。	
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	法人全体で定期的に救急救命訓練を行っている。		
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	定期的に防災訓練を行うと共に、近隣の方に災害時の援助をお願いしている。	地元消防署との協力の下での定期的な避難訓練を実施すると共に、夜間想定やホーム内の出火場所を想定して避難経路を特定する等災害時を具体的にイメージした訓練を実施している。地域から「施設を支えよう」という福祉ボランティアが立ち上がり、災害ボランティアの方々と協力して災害時にホームを支援する組織ができています。ホーム内でも職員の緊急連絡網をつくり、夜間でも迅速に連絡が取り合えるようにしている。	

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	入居者を一人の生活者にとらえ、人格を尊重した対応を行っている。	これまでの生活習慣やその人の経験等を踏まえた上での接し方を考えており、一人ひとりへの声かけは丁寧に行われていた。介護に対する拒否がある場合には無理強いすることなく見守り、気分に合わせた対応を心がけている。入浴等では希望により同姓介助を実施することもある。	
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	食事や入浴の希望等、可能な限り希望に添えるよう努力している。		
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	基本的に日課は作らず、就寝時間や起床時間も自由にしてもらおう等、その方の生活リズムを尊重している。		
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	家族と連携し、衣服や身の回りのもの等、希望したものを援助してもらえよう努めている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	お茶入れや後片付け等を一緒に行っている。	職員も一緒にテーブルを囲み静かな雰囲気でも落ち着いた和やかな食事風景であった。調理はデイサービスの厨房で行われているが、ホームでは食事の制限が必要な利用者も多いことから糖尿病・ミキサー食・キザミ食など食べ易いように手を加えている。献立は近所の農家から届けられた食材を利用して季節感があり、デザートも添えられていた。献立によっては代替食を用意して全員が楽しんで食事が出来るようにしている。また、正月の献立など特別メニューで楽しんでもらう事も計画している。	
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	系列病院に介入してもらい、家族の同意のもと、栄養管理指導を実施予定である。		
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	義歯の洗浄その他の口腔ケアを毎食行っている。		

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
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	ポータブルトイレの設置やトイレでの排泄援助等、自立支援を行っている。	24時間シートを活用して一人ひとりの排泄パターンを把握し、それぞれに合わせた声かけをしながら日中は全員がトイレで排泄している。夜間のみオムツを利用する利用者もいるが、ほぼ全員がリハビリパンツやパットを利用することで夜間もオムツなしの排泄支援を行っている。トイレが頻回の場合にも原因について話し合い、場合によっては受診をする等日頃から排泄自立に向けた支援を実施している。	
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	かかりつけ医師と相談しながら便秘の予防に努めている。		
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	入浴時間や曜日を可能な限り、希望に添えるように配慮している。	毎日湯を沸かしており、一日2～3名が入浴している。基本的には午後1時頃からの入浴になっているが、利用者の希望があれば何時でも入れるようにしている。拒否のある場合でも週1回の入浴は確保するようにし、声かけ等を工夫して実施している。なかには時間を1～1.5時間かけて一人で入浴する利用者もあり、様子を見ながらゆっくり楽しんでもらっている。	
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	就寝時間を自身で決めていただくとともに、不眠を訴える方には医師の診察の下で眠剤処方等の援助も行っている。		
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	処方薬の説明書きをファイリングし、効果や副作用等の把握に努めている。		
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	畑作りや折り紙など、楽しみを持つ援助を行っている。		
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	僻地にある為、多くは困難であるがドライブ等を計画・実施している。	散歩や近くへの買い物外出以外にもテラスで外気浴をする等常に外の空気に触れるようにしている。毎日庭の草取りをする利用者やリハビリ室で体を動かす利用者等ホームの外へ出る機会を多くして変化のある生活をしている。2～3ヶ月に1度はイベントとしての外出を計画して少し遠出を楽しんだり、地域の方々の協力を得ながら地域の行事に合わせた外出も楽しんでいる。	

茨城県 フロイデグループホーム美和

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
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	僻地にある為、多くは困難であるが買い物ドライブ等の計画・実施もしている。		
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	希望があれば電話は無料で使用していただいている。また手紙等も投函・その他の手配援助を行っている。		
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	共有スペースの清潔保持を心掛けるとともに、季節感のある掲示等を心掛けている。	廊下の所々に一休みのできるベンチがあり、ホーム内を一回りするだけでも歩行の訓練ができるようなつくりになっている。ゆったりとした居間には観葉植物を置いたり、季節感のある飾り物(七夕飾り)を壁に飾るなど、日頃から職員と利用者が一緒にリハビリに励み、潤いのある生活作りをしている様子が伺えた。時計やカレンダー等も見やすくしており、利用者が安心して暮らせるようにとの配慮が感じられた。	
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	気の合った方同士を同席にしたり、足湯コーナーを設けて一人になれるスペースを作る等の工夫を行っている。		
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	基本的には、居室への家具やその他の物品の持ち込みは自由となっている。退去時に関しては、一度に運び出しが困難な方には一時お預かりのサービスも無料で行っている。処分希望も無料で対応している。	各居室には洗面台が設置されており、濡れ縁付きの開口部の広い部屋が多い。また、畳の部屋とフローリングの部屋は同じような広さではあるが、個性的な居室になっている。各居室は思い思いの家具や家族の写真・仏壇等を置き、それぞれが安心して過ごせるようになっている。家族や職員が協力・工夫して、利用年数やそれぞれの状態を考慮しながら、居心地の良い安全な居室作りをしている様子が家具の配置などに見られた。	
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が送れるように工夫している	居室とトイレに大きなパネルで漢数字とイラストを設置し自立支援に取り組んでいる。		

(別紙4(2))

事業所名:フロイデグループホーム美和

目標達成計画

作成日:平成26年7月27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		・法人のケア理念を、共有・実践しているが入居者ニーズの多様化・サービスの維持・向上も視野に入れグループホームのケア理念の構築が必要。	現在の職員で、新しいケア(グループホーム)を掲げる。	①地域密着型グループホーム事態の役割・サービス提供について再確認をする。 ②今後ご利用者様とどのように生活・サービス提供が必要なのか。 ③ ①・②の話し合いを基に理念を作成する。 6ヶ月
2		・ケアプランは特に医療面の部分はきちんと作成はできているが、個人の楽しみ・役割については不足したプランになっている。再度、職員と話し合いを設け検討・対応が必要。	個人のケアプランの見直し・職員との話し合いが必要。	カンファレンス時に、再度プランについて話し合う機会を設ける。 本人の趣味・日課についても再度、アセスメントを実施する。 6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。