

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	茨城県結城郡八千代町菅谷1143-1		
自己評価作成日	2019年6月24日	評価結果市町村受理日	2019年11月8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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=0894200021-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【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4637-2
訪問調査日	2019年8月18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)】

ご家庭におられた時と同じように「普通の生活」を大切にしています。皆様といっしょに生活しながら、「できる事」を大切にしています。「ゆっくり・たのしく・いっしょに・その人らしさを大切に」が会社の理念であり、私たち職員の行動指針でもあります。また、地域密着型の施設であり、地域の理解をさらに深め、地域福祉の拠点とさせて頂ける努力をしています。

【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)】

事業所の理念『ゆっくり・楽しく・一緒に・その人らしさ』を念頭に、利用者一人一人に合わせた個別のケアを提供している。利用者は自宅にいた頃と同じように、地域の一人として当たり前の生活を送っている。地域との交流は盛んで、環境美化や夏まつりに参加したり、幼稚園から招待を受け出向いている。今年度は事業所主催の交流会を開催し、防災の面からも地域の方々に施設を見ていただくことが大切だと感じた。認知症サポーター養成講座や認知症を考える集いに講師と出向き、認知症や事業所に対する理解を得ている。

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)	○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	利用者が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している。事業所会議等で話し合い理念を共有し実践につなげている。	利用者が地域でその人らしく暮らし続けるために、個人ケアの大切さを周知して実践に繋げている。タイムカードの上に掲示し、申し送り時に唱和、会議等で確認している。年度目標・課題・改善点・月間目標を掲げている。職員は利用者を否定せず受け入れることを心がけ、利用者が嫌な気持ちにならないような声掛けをしているとの事。	
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	地域のお花見・夏祭りに毎年参加をし交流を深めている。また、今年から地域交流会を実施している。日常的にも、近隣の人と挨拶を交わしたり話しをしている。	自治会に加入し、環境美化やお花見、夏祭りに参加している。夏祭りでは事業所を休憩場所として提供し、利用者がおもてなしをする。今年度から事業所主催の交流会を実施し、地域住民と交流を深めることで認知症や事業所の暮らしを理解してもらった。ボランティア訪問があり、散歩時には挨拶を交わしたり、野菜の提供を受けるなど、地域でその人らしい交流が出来ている。	
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	今年より地域交流会を実施し、施設内も見学して頂き、認知症の理解や支援の方法を実感して頂いている。		
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	避難訓練も兼ねて行い防災の強化に努める。また、行事やサービス内容を報告し、検討事項について出席者の意見を参考にしてサービスの向上に努めている。	2ヶ月ごとに民生委員・町議会議員・家族・利用者・行政・事業所担当者のメンバーで開催し、事業予定・報告・利用者状況・ミニ研修等で話し合い、出た意見をサービス向上に活かしている。防災の取組に関する話があり、防災備品の見直しを行っている。議事録は家族に郵送、職員には会議で報告し共有している。	
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	町の担当者とは、日頃から連絡を密にとり、事業所の取り組みを積極的に伝え、適時にアドバイスを受けている。	社会福祉課・長寿支援課・県西県民センター・社協には日々の取組を積極的に伝え、良好な協力関係を築いている。幼稚園・小学校・中学校・専門学生の実習や体験、訪問を受け入れている。地域密着型連絡協議会・ケアマネ会・オレンジカフェに出かけ情報交換を行っている。認知症サポーター養成講座や認知症を考える集いの講師として出向いている。	

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	事業所会議で、最低3ヶ月に1回は勉強会を開き身体拘束のデメリットを理解し身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	安全安心委員会が主となり、3ヶ月ごとに勉強会を開催し、身体拘束のデメリットを理解した上で、拘束をしないケアの提供に努めている。疑問がある場合はその都度検討し改善している。無意識に発した言葉が拘束にあたるか疑問に感じた時には職員同士で話し合う。関係書類等は準備出来ている。	
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	玄関にポスターの掲示を行い虐待の防止に努めている。また、事業所会議等で意見交換をし理解を深めている。		
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、外部研修等で理解を深める。また、後見人制度を利用された利用者もおおられて理解を深めた。		
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	契約時に契約書の内容・重要事項説明書を丁寧に説明し、改定等の際にも十分な説明を行い理解・納得を図っている。		
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	面会時に、利用者・ご家族・職員とで話す機会をつくり意見を伺っている。運営推進会議への参加も呼び掛け意見・要望をだして頂いている。	前回の評価を受け、利用者の様子を知りたいというキーパーソン以外の家族には広報誌等を面会時に見せたり、ケアマネが状況説明し、事業所の取組みを知らせている。意見箱の設置・第三者機関名・電話番号を明示している。面会時・家族会・運営推進会議で要望を聞いているが、今のところ意見は無い。2ヶ月ごとに広報誌と近況報告を郵送している。	
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	事業所会議・業務時の申し送りの際に意見・要望をだして頂いている。また、代表者は個人面談を実施し意見等を反映させている。	現場での気づきは管理者に相談し、検討している。月1回の会議に代表も参加しているので職員の気持ちは把握出来ている。職員の様子が変わる時は管理者が声を掛け、ストレスや不満の解消に努めている。代表は個人面談を実施し、職員の力量に応じた外部研修・資格取得の支援に努め、職業意識とスキルアップの向上を図っている。代表・管理者には何でも話せるので、意見は言いやすいとの事。職場環境や雇用条件の整備に努めている。	

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
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	キャリアパス、または、職員個々の状況を管理者を通じて把握し、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。		
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	法人内では、段階に応じて、新人・中堅・管理者研修がある。また、外部研修も必要に応じて適時出席しスキルアップに努めている。		
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、利用者の受け入れなどでの交流を持ち、お互いに協力できる体制作りを努めている。		
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	本人の心身の状態や思いに向き合い、不安要因に互いに向き合いながら、利用者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	これまでの家族の困っている事、不安なこと、要望等を相手の身になって耳を傾けながら、関係づくりに努めている。		
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	本人や家族の思いや状況を確認し、まず必要とされる支援を見極め、他のサービス利用も含め柔軟な対応ができるように努めている。		
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	支援する、される側という意識を持たず、いっしょに行いながら、その人らしく生活できるように場所作りや声掛けをしている。		

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
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ヶ月に1回のお手紙と面会時に伝え、家族と同じような思いで支援していることを伝える。		
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	家族会・面会など、家族・知人との触れ合いを大切にし、馴染みの人と会ったりできるよう支援している。	希望があれば手紙・葉書・電話で馴染みの人との関係継続に努めている。家族とお墓参り・外出・外食・買い物に行く利用者がいる。幼馴染の面会も多いが、家族と利用者の関係継続も大切だと考えている。職員と一緒に市役所・図書館等、馴染みの場所に出掛けている。告別式に出かけたり、毎日自宅に連れていったこともある。面会の度に乳酸飲料を持参する家族がいる。	
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	食事時の席やレクリエーションでの位置などを考慮し、1日の流れの中で協同の意識や役割を持ちながら活動して頂けるよう努めている。		
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	サービスの利用が終了された方にも、継続して相談等来て頂けるよう声掛けをしている。		
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	日々の関わりの中で、言語・表情等から思い・希望・意向の把握に努めている。意思疎通の難しい方には、ご家族と相談し本人本位に検討している。	一日の流れは利用者のペースで進み、夫々が自由に思いのままの生活を送っている。生活リハ(畑仕事・読書・カラオケ・家事)が利用者のやりがいにつながっている。自己決定が困難な利用者には問いかけを工夫したり、表情・様子から本人本位に検討している。オレンジカフェで物作り・踊り等に参加している人との交流が楽しみとなっている利用者がある。	
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	基本情報を確認し、また、本人の話しや、家族・知人等の面会時に可能な限り話しを聞いて把握に努めている。		

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
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	いっしょに生活する中で、心身状態、有する力等を把握し、カンファレンスで意見を出し合い現状の把握に努めている。		
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	本人らしく生活ができるように、本人や家族の要望に耳を傾け、医療関係者の意見も含めて、ケアカンファレンスで話し合い現状に即した介護計画を作成している。	家族・利用者の意見や要望を聞き、医療関係者からのアドバイスをもらって、ケアカンファレンスで課題とケアのあり方を話し合いプランを作成している。作成後は家族に説明し同意を得ている。ケース記録に目標達成に向けたケアの実践内容・気づき・工夫等を記録し、3か月ごとのモニタリング・評価に繋げて、現況に即したプランを作成している。	
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、気づきや工夫をケース記録に記入し、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。		
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、その時に生まれるニーズに対応して、通院・オレンジカフェへの参加等柔軟に対応するよう取り組んでいる。		
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	運営推進会議等で地域資源を把握するように心掛け、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お願いしている。		
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、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	訪問診療が2週間に1回あり状態を説明し、指示を受けている。また、適時に家族と連絡を取りながら適切な医療を受けている。	2週間ごとの訪問診療、週1回の訪看により体調管理に努めている。訪看からは半日かけて注意点等の指導がうけられる。結果は具体的な指示は赤ペンでケース記録→家族・申し送りノート→職員・業務日誌→代表に伝達し共有している。変化があれば家族に連絡している事が確認出来た。家族付き添い受診の場合も報告を受け、記録に残している。	

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
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回の訪問看護時に、職員の情報や気づきを報告している。また、ケース記録に利用者の状況・注意点を記録して頂き、職員も確認して適切なケアを行っている。		
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、医療機関に基本情報を提供し、適時に見舞いに行き、ご家族や医療関係者と情報交換をし、退院後の対応等を検討し、できるだけ早期に退院できるように努めている。		
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の対応については、契約時に話し合い看取りの同意書を頂いている。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、家族と連絡を密にして取り組んでいる。	契約時に終末期の対応・指針を説明し、同意書を取り交わしている。重篤前に医師・看護師・家族・管理者と話し合い、再度確認を行う。医療連携・訪問の具体的な指導があるので、不安なく、ターミナルケアプランに添って利用者の旅立ちに取り組んでいる。毎日ホームに通い、最後は泊まって看取った家族もいた。	
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	急変や事故発生時には、マニュアルを整備し、事業所会議または適時に周知徹底を図っている。		
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	防災訓練は、昼夜・いろいろな災害を想定し、近隣の方にも参加して頂き定期的に行っている。また、社内で防災委員会を設置し、防災の知識・技能向上に努めている。	地域住民と自主自衛団と夜間想定訓練を実施し、スムーズに避難できる方法を職員は身に付けている。防災委員会を設置し防災の知識や技能取得に努めている。風水害や全国瞬時警報発動時のマニュアルを作成している。備蓄品・緊急持ち出し用品は整備している。9月は炊き出し訓練を実施予定。	備品・緊急持ち出し用品は一覧表で明記されているが、更に検討中との事。緊急時・災害時の緊急持ち出し用品を職員と話し合い、整備することを期待する。
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、一人ひとりに合った対応を心掛けている。本人の自己決定を大切に、適切な言葉掛けや対応をしている。	利用者のプライバシーを損ねない対応に心がけ、声掛けは視線を合わせ、落ち着いたトーンで自己決定する問いかけをしていた。情報開示に関する同意書を取り交わし、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	利用者に合わせて声掛けをし、些細な言葉・表情等から思いや希望を汲み取れるようにしている。本人の自己決定が出来る環境作りに努めている。		

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
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	意識して職員側のペースにならないように、利用者の気持ち、生活のリズム・ペースを優先して本人の気持ちになって支援している。		
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	本人の生活習慣・好みを大切にしている。行事の際には、着付け・化粧をしたりとおしゃれを楽しんで頂けるように支援している。		
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	利用者と相談しメニューを決めたり、準備や片づけなど一緒に行っている。利用者と職員が同じテーブルでお話をしながら、楽しんで食事が出来るようにしている。	管理栄養士のアドバイスをうけ、利用者とメニューを決め、買い出しから一連の流れ(調理・味付け・配膳・下膳・食器洗い・拭き等)を職員と一緒にしている。利用者の状態に応じた食事形態で提供している。食が進まない利用者にはおにぎりにして提供していた。職員は利用者の食欲・嚥下等に注意しながら同じテーブルを囲み笑いのある楽しい食事風景であった。お誕生会・おやつづくり・外食・ピクニックは利用者の楽しみとなっている。	
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	献立や食事量・水分量は毎日チェックしている。水分摂取には、こまめに声掛けし脱水の防止をしている。また、管理栄養士に献立のアドバイスを受け栄養バランスの改善に努めている。		
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	毎食後、歯磨きの声かけをし状況に応じて介助している。専任の歯科衛生士により、歯石除去等口腔ケアを行っている。		
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	排泄チェックを行うことにより、排泄パターンを把握し、中重度の方でもトイレでの排泄が出来るように支援している。	排泄チェック表・パターン・様子・表情から声掛けを行いトイレに誘導しトイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援に努めている。こまめな声かけで改善に向けた取組みをしている。植物繊維・乳製品・サプリメント・散歩・運動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	便秘予防には、食物繊維や乳製品や水分の摂取に注意している。散歩や体操する機会をつくって、自然排便が出来るように支援している。		

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
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ず、個々にそった支援をしている	本人の希望に沿った時間に入浴できるようにしている。職員の都合ではなく、一人ひとりのペースに合わせた支援をしている。	週3回の入浴支援であるが、希望があればいつでも入浴可能である。拒否者に対しては柔軟に足浴や清拭で対応する。季節に合わせた入浴剤・ゆず湯・しょうぶ湯を提供し喜ばれている。着替えの準備は職員と一緒にしている。皮膚感染予防対策として足ふきマットの上に個人用タオルを敷いている。まき爪は訪看に切ってもらう。	
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	体調や生活習慣に応じて休息したり、眠れるように支援している。夜間の眠りの浅い方には、日中の過ごし方の見直し等している。		
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	服薬一覧表を作成し薬の目的や副作用、用法や用量についての理解に努めている。症状の変化があった際には、医師へ報告し指示を仰いでいる。		
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	一人ひとりの張り合いや喜びを見つけて、できる事、役割が持てるように支援している。また、その人らしく生活して頂き、外出等気分転換にも留意している。		
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	本人が行きたいと思う、普段は行けない場所でも、家族の協力を得て実現できるよう支援している。	天候・体調にあわせて散歩・買い物に出掛けている。イベント外出(花見・こいのぼり・ひまわり・菊・お雛様・初詣)やオレンジカフェ・市役所・図書館に出かけている。利用者の要望に応じ、自宅まで毎日通ったこともある。家族と外出・外泊・通院する利用者がいる。	
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	希望があった時には、機会をつくり一緒に買い物に行っている。一緒にレジに並びお支払もして頂く。		
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、自由に使用して頂いている。手紙のやりとりもできるように支援している。		

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、	一般的な家庭にあるものは整えている。季節の花などを飾り、生活感や季節感を採り入れて居心地よく過ごして頂けるよう工夫している。	季節の草花を玄関先に飾り、訪問者をあたたかく迎え入れる工夫があった。リビングは床暖房で冬場は足元から温まり快適な空間となっている。和室のソファや庭先にベンチを置き、利用者が自由にくつろぐ姿がある。トイレや風呂場はわかりやすい表示になっている。筑波山を眺めるのが楽しみという利用者がある。	
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	庭先には、ベンチを置き利用者がくつろげるようにしてある。居間の横の和室には、ソファがあり、冬には、こたつも用意し自由に使われている。		
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	本人が家で使用していた馴染みの家具等を持ってきて頂いたり、テレビを楽しまれたりと居心地よく過ごせるよう心掛けています。	居室入り口に名前を掲示し、混乱防止に努めている。馴染みのタンス・テーブル・椅子等を安全面に配慮し設置している。居室は和室で、布団で寝ている利用者もいる。ぬいぐるみ・愛読書を置いたり、利用者の手作りカレンダー・作品・家族写真・色紙等を飾り、心和む居室となっている。掃除は職員と一緒に、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	利用者の状態に合わせて、手すりやトイレ、廊下等の居住環境が適しているかをチェックして、安全の確保と自立した生活ができるように支援している。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホーム 樂樂

目標達成計画

作成日: 2019年10月22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	35	緊急時・災害時の緊急持ち出し用品を話し合い、整備する。	緊急時・災害時に必要なものを、すぐに持ち出せるようにする。	事業所会議(月/1回)で3回話し合い、持ち出し品を決定して、その後1ヶ月の間に整備する。	4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。