

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	1173600238		
法人名	NPO法人 ひばりの里ネットワーク		
事業所名	グループホーム 麦倉ひばりの里		
所在地	埼玉県加須市麦倉2116番地2		
自己評価作成日	平成25年5月28日	評価結果市町村受理日	平成25年8月6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.kaigokensaku.jp/11/index.php
----------	---

【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 ケアマネージメントサポートセンター		
所在地	埼玉県さいたま市中央区下落合五丁目10番5号		
訪問調査日	平成25年6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)】

認知症があっても普通に暮らせる為の支援ということで、日常的なケアには、スタッフの理解とケアの質が求められるので、その為の研修に力を入れている。また、地域の中に存在する意義を高める為に、近隣や町内会との相互関係につとめている。行政との協力関係や外とのネットワークづくりにも取り組んでいる。

【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)】

・利用者がその人らしく、安心した生活が送られるよう、常に利用者を中心に、利用者 と接する機会を多く設け、何をするとともに利用者を巻き込みながら、できることは積極的にやっていたくケアに努められている。そのために、特に職員への教育・研修や地域とのつきあいには力を注がれ、サービスの質の向上に取り組まれている。
 ・ご家族アンケートでも「リーダーの考えなり、理念がはっきりしていて安心」、「一時入院した時の対応が細やかで大変助かりました。介護に携われる人数が少ないので大変助かっています」など、信頼度の高いコメントが寄せられている。
 ・目標達成計画の達成状況については、地域に開かれたグループホームを目指し、相互協力関係作りに取り組まれ、地域の祭や自治会の美化運動への参加などを通して、協力関係が築かれ、災害発生時の協力員の確保にまで至るなど、目標が達成されている。

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)	○	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、生き活きと働けている (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	地域密着型サービスを踏まえた理念の研修会が開かれ、スタッフ全員が講義を受けており、実践につなげている。	地域の中でその人らしく暮らし続けるために、理念をもとに16項目の指針が掲げられ、信頼関係の構築に努められている。利用者個々を大切に、今までの暮らしが継続され、その人の尊厳が守られるようケアへの取り組みが行われている。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	月2回ボランティアさんが歌や踊りを披露して下さったり、地域の方が採れたての野菜を届けて下さる。又、敬老会や産業祭などの地域のイベントにも積極的に参加している。	地域の方が庭で採れたピワを届けてくれたり、散歩時には挨拶を交わすなど日常的な付き合いが行われ、商工会の祭や自治会の美化運動などにも参加されている。さらに地元高校のミニデサービスに出かけたり、中学生を対象に認知症サポーター養成講座を開くなどの関わりも持たれている。	
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	地域の方々、家族を通じ、認知症の勉強会を開いている。(認知症サポートキャラバンの活動を含む)クリスマス会では当施設の紹介をスクリーン映像で流している。		
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	家族会、市、民生委員、自治会長から出席をして頂き、当施設利用者の状況報告、行事、催しの報告をしている。また出席して頂いた方々の意見も積極的にあげていただき、サービス向上に繋げている。	運営推進会議では家族会会長、自治会長、市担当や民生委員から意見、アドバイスをいただいている。利用者の日常生活をスライドで紹介したり、家族からは心配事や日頃気になっていることなどを発言頂き、連携を密に取りながら、事業所のサービスの向上に反映させている。	
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	市の職員を対象に認知症の研修を開催した。また、後見制度の活用などで地域包括とは協力的な連携をとっている。	運営推進会議に参加いただき、防災に関する意見、アドバイスをいただいたり、認知症に関する相談を受けるなど、良好な関係が築かれている。市と事業所との協力で、グループホーム連絡会が発足され、市内の他事業所との連携も図られている。	
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	職員が身体拘束、虐待に関する外部研修を受け、その受講した職員が内部研修を開催し、全スタッフが認識をもつことができるようになる。講師となった職員のスキルアップにつながっている。	身体拘束排除に関する外部研修を受講した職員が、事業所内で講師になり、勉強会を行い、職員スキルの向上に努め、日常的に身体拘束に頼らないケアが実践されている。職員が気付かずに言う言葉や行動にも十分な注意が払われている。	
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	上記の内容と同様に認識をもってケアにあたっている。		

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
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	成年後見制度については、事業所でセミナーを行い、スタッフも参加し、知識を深めている。		
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	契約に関する説明をしっかりと行い、十分に理解し納得した上、契約して頂いている。		
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	家族会や訪問された時は意見を言えるような雰囲気作りを行っている。また、家族にアンケートをとり、要望があれば応える体制をとっている。	利用者から「〇〇が食べたい」、「××に行きたい」といった希望には、即対応されている。家族とは「あったらよい施設」と題して自由意見を話していただき、日頃の介護で困っていること、悩みなどが語り合える、世代を超えた交流が図られている。	
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	代表者は一人ひとりに面接を行い、運営に対する意見を聞き反映させている。管理者にいつでもメールで連絡をとれ、相談に応じられる体制をとっている。またスタッフ会議では、職員の意見を細かく取り入れている。	いつでも口頭で相談ができる体制が整えられているほか、職員から管理者にメールでの悩みやその他の相談が気軽にされている。また、業務担当者制を設けることで、職員に責任感も生まれ、積極的な企画・提案が出され、サービスの向上にもつなげられている。	
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	代表者が面談を行い、職員個々の勤務状況、実績を把握し、給与に反映している。また職員に役割を与え、やりがいにつなげている。		
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	外部研修に積極的に受講し、それを内部研修で必ず伝え、待遇面でも手当をつけることで参加しやすくしている。		
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	ケアマネ会や市の事業者連絡会議を通じて、同業者との交流と情報交換に努めたり、内部研修に講師をお願いしたり、セミナーに参加して頂いている。グループホーム協議会に加入し、交流を深めている。		

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
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	ご家族との面接により、入所前に利用者のADLを書面で把握している。新しく入った利用者に関し、口頭や書面での申し送りで情報交換している。		
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、見学の段階で、本人や家族の問題点や悩みをじっくりと聞いた上で利用につなげている。訪問時にもなるべく心配なことを伺っている。		
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	相談。見学の段階で総合的にサービスの選択、アドバイスをを行った上で入居を考えていただく。		
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	家事作業など利用者と一緒にを行うようにしている。(食器拭き、盛り付け、おやつ作り、洗濯物たたみ、野菜の収穫など) 利用者自らが自然に行うことを心がけている。		
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	行事への参加。ご家族には行事係りからの通達などを呼びかけており、訪問時にも全職員が家族の絆を保てる努力をしている。定期的にご家族と外出される方もいる。		
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	ご家族やご本人からの聞き取りで馴染みの場所への散歩や、買い物に出かけたりしている。知人や友人も面会に来て下さっている。	顔見知りの方がボランティアとして来所されたり、行きつけの美容室からの訪問美容、馴染みのスーパーへの買い物など、関係の継続に幅広い支援が行われている。また町内の敬老会にも出かけ、知り合いとの交流も図られている。	
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利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	気の合う利用者同士、同席にしてみたり、催しに参加を促したりしている。お互いにコミュニケーションがとれやすくなるように努めている。		

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
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し退された方でも、病院や協力施設の紹介、再入所の相談なども行い、関係を断ち切らないように努めている。		
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	一人ひとりの気付きや日々の様子を個人ファイルに記録し、スタッフ全員、情報を共有し把握するように努めている。わからない事がある時は家族に情報提供して頂くこともある。	職員が日頃の利用者との会話、エピソードをそのまま記録に残し、思いや意向の把握に努められている。麦藁帽子姿で、畑の野菜の水巻きをするなど、家族からの情報提供を受け、利用者がやりたいこと、思いの実現に向けた支援がなされている。	
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	これまでの生活歴は、ご家族やご本人から入居時に十分に聞き取りを行い、個人ファイルにはさみ、スタッフ全員が見れるように努めている。		
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	一人ひとりの起床から就寝の記録をとり、スタッフ全員が把握している。バイタルチェック、食事、水分量等を記録し、把握に努めている。一人ひとりの特性に応じてできること(家事)の援助に努めている。		
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	毎月のスタッフ会議において、ご家族や担当医師、訪問看護師の意向もふまえ反映させている。	毎月のスタッフ会議において意見を出し合い、利用者・家族の要望も聴き取り、協力医の意見、24時間対応の訪問看護の記録等をもとに、現状に合った介護計画が作成されている。家族へは面談時などに説明し、納得と同意が得られている。	
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	個人ファイルに日々の様子やケアの実践結果、気づきなどを記録し、スタッフ全員が情報共有している。朝の申し送りファイルを別途記入し、夜勤者から日勤者への申し送りを行い、情報の共有を行っている。		
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	2階に併設したデイサービスとの相互交流の機会を出来るだけ設け、グループホームとのつながりを感じていただく事につとめた上で入居がスムーズに行えるよう支援している。		

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
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	地域ボランティアにより、踊りや歌を行いに来て下さっている。近隣福祉系高校へ伺い、交流を深めている。夏祭りや収穫祭では、近所の方と交流できる。		
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	月1回受診し、体調不良時など別途連絡し、往診を依頼するなど必要な医療を受けられるよう支援に努めている。 緊急時にも受診がスムーズにできる協力を得られている。	月1回の定期健診のほか、緊急時には協力医の往診も受けられ、24時間対応訪問看護との連携などの医療支援体制が整えられている。かかりつけ医への受診も可能で、基本的には家族対応とされているが、職員が付き添い、情報提供などの支援もなされている。	
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、訪問看護に来て頂き、利用者の健康状態などを伝達し、体調不良時には相談などを行っている。ターミナルケアにも協力を得ている。		
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。	病院内のソーシャルワーカーと連絡をとりあい、スムーズな入退院に努めている。		
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、事業所の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	ご家族、担当医師、訪問看護、管理者、理事長と話し合い、ご家族の意向に基づき、事業所の支援内容を共有し、統一したケアに取り組んでいる。	状況に応じて、家族、医師、訪問看護、担当職員との間で、重度化や終末期に関するカンファレンスが行われ、支援内容を確認し合い、同意書も取り交わされている。職員へのターミナルケアに関する研修や意識付けにも随時取り組まれている。	
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	利用者の急変や事故発生時に備え、AEDを設置している。 心肺蘇生、応急手当などの研修を行っている。		
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	災害時にスタッフにメールで連絡できるようになっており、夜間一斉召集の訓練を行っている。災害時、地域の協力体制を築くために日頃から交流を深めている。	災害発生時には、近くの職員には自動連絡ができるシステムとなっているほか、職員への夜間一斉召集訓練なども実施されている。また、地域住民との連携を、個別にお願いして、協力者としての取り決めがなされるなど体制の構築が図られている。	近隣住民との協力体制が築かれており、今後は運営推進会議の参加者や協力員との合同での避難訓練を実施することで、具体的な課題の把握や役割分担を確認しあうなど、さらにレベルアップした災害対策への取り組みに期待したい。

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	「尊厳を考える」「プライバシー」についての研修会を実施。 声かけに関しては基本的に敬語で統一できている。利用者に応じ、方言のほうがなじみのある方には方言もまじえて対応をしている。	言葉使いは敬語を基本に、時に親しみを込めて方言で話しかけるなど、利用者一人ひとりの尊重に努められている。個人情報の守秘義務も徹底されており、また、トイレ誘導は小声で耳元で話すなど、プライバシーや「フライト」に注意が払われている。	
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	自ら訴えることのできない方には、言葉だけでなく「場所」に行ってみたり、「物」を見せたり、スタッフを替えてみたり、できるだけ選択肢をあげて伺っている。		
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、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	起きるペースも食事のペースも利用者に合わせている。 トイレ、入浴はタイミングを見計らって対応している。		
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	顔を洗うことのできない方には、ホットタオルを。自力でできない方は介助にて行っている。スタッフに髪を切ることでできる者がいるため、定期的に散髪できるようにしている。		
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	季節に合ったメニューを提供。メニュー係がたちあがり、バリエーションが増えた。 季節の取れたて野菜を利用している。(利用者が収穫する)作る時にも参加してもらっている。利用者の好みの聞き取りを行っている。	メニュー係を中心に、利用者と一緒に料理本やチラシを見ながら献立を考え、食材の買い物にも行き、利用者から「おいしい」の一言が得られるよう取り組まれている。また、一緒に収穫した旬の野菜なども食卓に乗せ、バリエーション豊かな食事を楽しまれている。	食事については利用者だけでなく、家族にも関心の高いことなので、普段の食事の献立表を家族に配布したり、家族による試食会を開催するなど、事業所の優れた取り組みをアピールすることに期待したい。
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	摂取量にバラつきのある方には、そのつど品を替えて対応したり、量を記録している。 トロミ使用の利用者を把握している。		
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	起床時と就寝前にブラッシング、義歯洗浄を行い、食後は本人に負担にならないように注意しながら毎食後できる方は促している。		

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
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	自分でトイレに行けない利用者には、定期的にトイレ誘導を実施している。トイレでの動作は本人が自分でできるように働きかけている。	声かけと定期的なトイレ誘導で、手を出し過ぎない自立支援となるよう配慮がなされている。利用者のしぐさや習慣などをよく把握し、声かけを続けたことで、リハビリパンツから普通の布パンツに変わった事例も見られる。	
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	ヨーグルトや牛乳、食物繊維を意識して提供している。みんなの体操等を取り入れている。		
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	脱衣所の空調に気をつけている。入浴剤、ゆず湯等で楽しんで頂いている。すべり止めや手すりを取り付けて安心して入浴できる。自分から訴えた時にも、できるだけその時に入浴できるように支援している。	利用者の希望に沿って、入浴時間が夕食後であったり、1日2回入浴されるなど、個別対応が行われている。入浴中は利用者とうっくり話をする事で、日頃の想いを聴いてあげたり、望まれる利用者には同性介助での支援にも配慮がなされている。	
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	湿度や空調の管理を実施し、一人ひとりの生活習慣に合わせた就寝時間に対応している。		
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	定例会議で再確認する。排便の回数、量をチェックし、有無を重要視し、便秘薬を与薬している。薬の処方箋を個人ファイルにはさみ、皆が薬の内容を理解できるようにしている。		
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	調理、食器洗い、洗濯物の整理等を自発的にできるよう支援し、外出、買い物、行事に参加したり、音楽を流したりして支援している。		
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	日常的に犬を連れて散歩やドライブに出かけたり、近隣の福祉高校に訪問し、高校生と接する機会を得ている。また、クリスマス会では大きなホールへ出かけ、ステージを観覧できるよう支援している。	ドライブやお花見、あやめ祭り、道の駅など、利用者の希望にも合わせた外出支援が行われている。屋上に出てバーベキュー大会を実施することもあるが、日常的には事業所の買い物を手伝って、スーパーやドラッグストアなどにも出かけられている。	

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
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	当初は金銭を所持したり、買い物に行く事が楽しみだった方も、認知症の進行により認識ができなくなってきてはいるが、できるだけ買い物に誘い、欲しい意識を持っているような時は購入でき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	電話がしたい時には、ご本人を電話口に出して、やり取りができるよう支援している。		
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	BGMの音楽や照明の明るさ、照明器具、部屋の広さに配慮。車椅子で充分に対応できるトイレの広さも確保。館内はできるだけ装飾等で、季節感もてるようにしている。	木目を活かした板壁や木の表札がやさしいイメージの空間となり、居間のソファで気の合う仲間同士で談笑されたり、新聞を読んだりする光景が見られる。清掃は利用者と職員が一緒に行い、環境面・衛生面への配慮もなされている。	
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	利用者さんの動線上の範囲内でソファ、イス、テーブルを配置、和室もあり自由に対応できる。		
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、家族と相談し以前と大きく生活空間が変わらないよう使い慣れた家具や生活用品を配置することで、居心地よく過ごせるよう工夫をしています。	居間から居室の出入り口が見えないよう配慮され、それぞれの居室には、版画や仏壇、使い込まれた筆筒など思い出の物が持ち込まれている。家族とも相談して、以前とできるだけかわらない生活空間を演出され、利用者が安心して暮らせるよう支援がなされている。	
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	残存能力を活かせるように、手すりやバリアフリー等に配慮している。トイレの位置や居室も本人が確認できるように配慮している。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム 麦倉ひばりの里

目標達成計画

作成日: 平成 25年 7月 23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	地域との協力体制の確立や、文書による防災協力関係も築かれてはいるが、職員全員も含めて「実行力のある体制」づくりを強化する取り組みがさらに必要である。	災害時には実行力のある防災体制が速やかに発動し、利用者が一人も被害に遭う事なく、安全に避難できる。	・8月24日に開催される東京防災救急協会の小規模社会福祉施設防災実務講習会に職員が受講する。 ・9月はその講習受講者が指導者となり、地域協力員も含めた避難訓練を行なう。又、1ヶ月おきに訓練を開催する。	6ヶ月
2	40	これまでは、メニューを貼りだし利用者やご家族に見ていただいていたが、郵送はしていなかった為、全員のご家族が食事の内容を知っていたとは言えない状況である。	ご家族全員が、利用者様の食事の現状(どのような材料で、どのように調理をし、その献立はどのようなものか)を知っていただき、安心していただく。	・貼りだしているメニューを7月分の請求書郵送の際に同封する。(毎月でなくとも、年3~4回のペースで郵送する) ・食事づくりの時に利用者様と携わっている写真、野菜の収穫の際や、食事の完成品、召し上がっている写真等も一緒に送る。	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。