（別紙4）　　平成　23　年度

# 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 | 0895500015 | | |
| 法人名 | 有限会社　さくらの里 | | |
| 事業所名 | グループホーム　さくらの里 | | |
| 所在地 | 茨城県つくばみらい市福岡2997－1 | | |
| 自己評価作成日 | 平成23年11月1日 | 評価結果市町村受理日 | 平成24年1月23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://ibaraki-kouhyou.as.wakwak.ne.jp/kouhyou/infomationPublic.do?JCD=0895500015&SCD=320 |

【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23年12月7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）】

生活様式、習慣、姿勢や表情、体の動きや仕草の中で「その人らしい」姿を見つけしえんしています。以前の職業や慣れ親しんだ作業など、持っている力を見出しその力を日々の生活で活かせるように支援しています。
日々の健康管理や安全に配慮し、安心して生活できる環境を提供します。
ご入居さま、ご家族、職員、地域の方々とのつながりや、明るく楽しい雰囲気を大切にし、穏やかな暮らしを支えていきます。

【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）】

茨城百景の福岡堰桜並木が立ち並ぶほとりに位置し、桜の季節には家族も集め皆でお花見をしている。栗の木や農園も2箇所保持し、季節に合わせ入居者も一緒に作物を栽培し、自給自足できる作物もあるという。事業所理念にもあるように、その人らしい生活を目指し、楽しい生活を送れるよう支援している。今年から季節ごとに“ホームだより”を発行し、遠方でなかなか面会に来られない家族にもホームでの様子がわかるように送付している。地域との繋がりも、運営母体が地元で名が通っていることから、そこを伝っての交流も盛んである。利用料金も比較的リーズナブルである。

## Ⅴ．サービスの成果に関する項目（アウトカム項目）　※項目№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<br>↓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<br>（参考項目：23,24,25） | ○ 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<br>4. ほとんど掴んでいない |
| 57 | 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>（参考項目：18,38） | ○ 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>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<br>（参考項目：38） | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない |
| 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<br>（参考項目：36,37） | 1. ほぼ全ての利用者が<br>○ 2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>（参考項目：49） | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>○ 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<br>（参考項目：30,31） | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない |
| 62 | 利用者は、その時々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている<br>（参考項目：28） | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない |

| | 項　目 | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印 |
|---|---|---|
| 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<br>（参考項目：9,10,19） | 1. ほぼ全ての家族と<br>○ 2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>4. ほとんどできていない |
| 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<br>（参考項目：2,20） | 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>○ 3. たまに<br>4. ほとんどない |
| 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<br>（参考項目：4） | 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>○ 3. あまり増えていない<br>4. 全くいない |
| 66 | 職員は、活き活きと働けている<br>（参考項目：11,12） | 1. ほぼ全ての職員が<br>○ 2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>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<br>○ 2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>○ 2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>4. ほとんどできていない |

# 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<br>実践状況 | 外部評価<br>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<br>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 | 事業所理念に基づき、利用者と接している。 | 理念は事務所と各ユニット、さらに職員休憩室にも掲示してあり、いつでも目を通せるようになっている。日々の業務やカンファレンスなどで共有できるよう取り組んでいる。 | |
| 2 | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>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 | 自治会・老人会には入会していないが、近隣の小学校の運動会や盆踊りを見学に行っているが、入居者の高齢化に伴い参加の機会が減少している。 | ヘルパー要請講座の実習場所として提供している他、高校生による体験学習も取り入れている。また、3団体によるボランティアも定期的に来ており、交流は盛ん。地元の祭りに参加したり、入居者と一緒に隣のコンビニにアイスを買いに行ったりスーパーに買い物に出かける。散歩に出かけると、農家の人に声を掛けられることもある。 | |
| 3 | | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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 | 現在地域の方たちに向けた勉強会等は実施していない。 | | |
| 4 | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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 | 運営推進会議でいただいた意見や要望を元に、サービスの向上に努めている。 | 今年の開催は3ヶ月に1度。参加者は民生委員や市職員。平日開催の為家族の都合が合わず、参加は実現できていない。今後、市職員に相談し、日曜・祝日に開催できないかお願いしている。会議内容はサービス実施状況の報告が主。 | |
| 5 | (4) | ○市町村との連携<br>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 | 施設長や管理者が市担当者が出席するグループホーム連絡会に参加することで連携を図っている。 | 介護保険課の担当者や生保の担当者ともまめに連絡をとっている。また、GH連絡会にも参加しており、その席でも相談、連絡を取っている。 | |
| 6 | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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 | 身体拘束防止に関わるマニュアルは職員がいつでも見られる状態になっている。<br>また、日中は玄関の鍵は施錠していない。 | 身体拘束に関するマニュアルは事務所にあり、いつでも職員が閲覧できるようになっている。夜間は防犯上施錠するが、日中はオープンである。勉強会でもテーマとして取り上げ、カンファレンス等においても身体拘束防止についての意識付けを行っている。 | |

| 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 |
| 7 | | ○虐待の防止の徹底<br>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注意を払い、防止に努めている | 虐待の事例はないが、全職員を対象に虐待防止法を学ぶ機会をつくりたい。 | | |
| 8 | | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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 | 権利擁護を学ぶ機会を作っていきたい。 | | |
| 9 | | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又はや改定等の際は、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 | 入居時に契約書及び重要事項説明書を家族に書面と口頭にて説明を行い、疑問点などはその都度説明し理解を得ている。 | | |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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 | 利用者や家族等から出た意見や要望を運営に反映する様に努めている。<br>事業所便りを季節ごとに作り、家族に利用者の日常生活の様子を伝える様にしている。 | 面会時に意見を聴くようにしているが、決まった人しか面会に来ない。遠方で来られない方にもと、今年から“ホームだより”を配布しているが、反響は少ない。ホームとして家族との交流を図る努力が見られた。 | 無記名でのアンケートの実施や推進会議の参加を働きかけたり、現金払いにて面会の回数を増やすなど、多角的に家族の意見を聴けるような取り組みを期待します。 |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>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 | 日々のコミュニケーションを通して、各職員の意見を聞くように努めている。 | 日々の業務や定期的に開催するカンファレンスにて職員の意見を反映するよう努力している。服を置く場所やモップの導入などの意見は職員から出たもの。グループホーム連絡会に参加し、外部との交流を図っている。 | 職員のモチベーションを保持するのに苦労されているようであった。外部研修を積極的に取り入れ、伝達講習を行うなどし、個々のスキルアップを目指す事で職員から積極的な意見が出る事を期待します。 |
| 12 | | ○就業環境の整備<br>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 | 各職員の実力・実績に見合った給与体系が整っているとはいい難い。 | | |
| 13 | | ○職員を育てる取り組み<br>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 | 職員の入れ替わりが多く一定のレベルに達するまでに辞めてしまう職員が多い。 | | |

| 自己 | 外部 | 項　目 | 自己評価<br>実践状況 | 外部評価<br>実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
|---|---|---|---|---|---|
| 14 | | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | つくばみらい市内のグループホーム連絡会に参加する事で相互の交流を図っている。 | | |
| **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<br>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 | 密にコミュニケーションを図る事で、本人の要望を把握し対応している。 | | |
| 16 | | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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 | 入居前の実調時に家族とは充分に話し合いの時間を設け、家族の不安な点や疑問点を説明している。 | | |
| 17 | | ○初期対応の見極めと支援<br>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・家族との面接を通して必要としている支援を把握し、必要に応じ本人の状態にあったサービスを紹介している。 | | |
| 18 | | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>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 | 本人ができる事は実行してもらい、施設内の仕事の一部（調理・食器拭きなど）を手伝ってもらっている。 | | |
| 19 | | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>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 | 入居者が体調を崩したり怪我をした場合などは、その都度家族に連絡をして、詳しい状況を説明している。 | | |
| 20 | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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 | 施設に入居する事で関係が途切れてしまい継続させる事は難しい。家族の協力を得て馴染みの方との面会を行ったり、施設から電話をかけるなどの配慮を行っている。 | 家族や馴染みの方に年賀状を書いて送ったり、その都度電話をかけたりして継続支援をしている。また、友人の面会もある。家族と墓参りに出かけたり、外泊して食事をしたりと関係継続の支援をしている。 | |

| 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 |
| 21 | | ○利用者同士の関係の支援<br>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 | 日々の仕事の手伝いやレクレーションを通じて入居者同士がお互いに関わりを持てるように配慮している。 | | |
| 22 | | ○関係を断ち切らない取組み<br>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 | 契約終了後も本人及び家族から相談があれば本人の必要なサービスの提案等を行っている。 | | |
| **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<br>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 | 日々の暮らしを通じて、入居者各個人に応じた希望や意向を把握する様に努めている。 | コミュニケーションが困難な人には家族に情報を聞いたり、趣向や生活歴を把握して対応している。また、その都度表情やジェスチャーなどで意向を把握し、本人本位のケアを行っている。 | |
| 24 | | ○これまでの暮らしの把握<br>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 | 入居前の面接時に入居者や家族からこれまでの生活歴や生活環境の聞き取りを行い、入居後も入居前と変わらない生活を送れる様に配慮している。 | | |
| 25 | | ○暮らしの現状の把握<br>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 | ｹｰｽ記録に日々の過ごし方を記録したり、カンファレンスを開き職員が情報を共有できる様に努めている。 | | |
| 26 | （10） | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している | 介護計画は利用開始時に得た情報や利用者や家族等の意見を取り入れ作成している。<br>利用者の身体状況の変化に応じ現状に即した介護計画を作成している。<br>しかし、全家族に確認を貰うまでには至っていない | 計画書については、可能な限り家族に説明を行い、同意を得ている。本人のニーズを細かく捉え、サービスの実践に繋げている。<br>日々の記録も本人のコメントを記載し、評価も細かく記載されていた。 | |
| 27 | | ○個別の記録と実践への反映<br>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 | ｹｰｽ記録に日々の過ごし方を記録したり、カンファレンスを開き職員が情報を共有できる様に努めている。 | | |

| 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 |
| 28 | | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>本人や家族の状況、その時々に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 | 身元引受人が遠方の場合、社団法人に身元引受人を依頼したり、成年後見人制度を利用を申請している。 | | |
| 29 | | ○地域資源との協働<br>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 | 社会資源を有効に活用しているとはいえず、今後必要に応じて各所と連携を取って行きたい。 | | |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>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 | 利用者や家族の希望に沿ってかかりつけ医への受診を支援している。協力医院から2週間に1回往診をしてもらい適切な医療が受けられるように行なっている。協力医療機関以外の受診は家族が受診を行なっているが、家族の都合が悪い場合は職員が付き添い受診している。 | クリニックが2週間に1度往診に来て健康状態を把握している。総合病院や歯科とも連携を取り、受診支援している。変化時には家族に報告し、対応については家族及び主治医と協議の上判断。家族受診は殆ど都合が付かず、職員が付き添っている。 | |
| 31 | | ○看護職との協働<br>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 | 提携先の医療機関の看護師と連絡を取り合いながら、入居者の看護及び受診を行なっている。 | | |
| 32 | | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | 入院時には介護サマリーにて入院先の病院に入居者の情報を提供している。また受診の際も受診先の病院へ電話連絡や書面で入居者の情報を提供している。入院時も入院先の病院を訪問し担当医や看護師から入居者の病状の情報収集を行っている。 | | |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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あり方について家族等と相談し、看取りを希望する方への説明を行っている。 | ホームとして看取りは行っている。同意書も用意してあり、入居時に説明をし、その状況になった時に同意を頂いている。 | |

| 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 |
| 34 | | ○急変や事故発生時の備え<br>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 | 緊急時の対応マユアルを準備しているが、訓練を行えておらず職員の対応にはバラつきがある。 | | |
| 35 | (13) | ○災害対策<br>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 | 緊急連絡網及び災害対策マニュアルを作成しており、今年度は10月に避難訓練を実施している。 | 訓練は年2回実施。うち、消防署の立会いは1回。前回は昼間の火災を想定し実施。次回は夜間想定を行う予定。マニュアルや連絡網も完備。今後、広域避難場所の家族への通知と地域住民の参加も検討している。 | |
| **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<br>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 | 人前での尿意・便意の確認やあからさまなトイレ誘導しない等利用者の羞恥心に配慮した対応をしている。 | トイレ誘導や入浴はなるべく同性職員が行うようにしている。個人情報に関する書類は、事務所等に保管し、職員以外が閲覧できないよう配慮されている。 | 個人情報の同意書について、口頭での了解のみであった為、介護保険に関する個人情報の使用及び広報誌に掲載する場合等、使用目的と範囲を明確にした同意書を交わすことが望ましい。また、ボランティアや体験学習等にて訪問する外部の方に対する守秘義務の説明を期待します。 |
| 37 | | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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 | 日々入居者とコミュニケーションを図りながら、自己決定を尊重し、その人らしい生活が送れるように支援している。 | | |
| 38 | | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | 基本的な一日の流れはあるが、流れに縛られる事なく入居者が自由に過ごしてる。 | | |
| 39 | | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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 | 入居者の個人の好みや季節に応じた服装でいられるように心がけている。理容に関してはスタッフが散髪を行ったり、家族に依頼している。 | | |
| 40 | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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 | 季節に応じた食材を取り入れたメニューを作成し提供している。<br>入居者は能力や興味に合わせて職員と共に食事作りや後片付けを職員と共に行っている。 | ホームで採れた野菜を使用し、食事づくりをしている。皿洗いや後片付けを率先して行う入居者もいた。食事は職員とテーブルを囲んで食べ、家から持参した馴染みの食器を使用している。天気の良い日には中庭にテーブルを運んでおにぎりを食べたりしている。 | |

| 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 |
| 41 | | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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 | 各利用者の身体状況に応じた食事形態を提供し、水分量も一日必要な水分量を提供している。 | | |
| 42 | | ○口腔内の清潔保持<br>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 | 各利用者の身体状況に応じた口腔ケアを行っている。 | | |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援<br>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 | 個人の排泄リズムを把握し時間誘導を行いトイレで排泄できる様に支援している。 | 排泄チェック表を用い、排泄パターンの把握に努めている。時間毎におむつ交換を行い、排泄の日常生活動作が向上した方もいる。排泄コスト削減も意識しており、尿意を感じてもらえるような声掛けを意識している。 | |
| 44 | | ○便秘の予防と対応<br>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 | 体を動かすレクレーションを取り入れたり、かかりつけ医に個人に合った下剤を処方してもらい排便コントロールを行っている。 | | |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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 | 入浴は事業所の都合により曜日や時間帯が決まっているが、できるだけ入居者の希望に沿うように支援している。 | 入浴は日曜以外はほぼ毎日行っている。管理者がゆずを用意して“ゆず湯”に入ることもある。車椅子の方でも2人介助で浴槽に入っている。入浴嫌いな方でもタイミングや人を替え、出来るだけ入ってもらえるよう工夫している。 | |
| 46 | | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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 | 入居者の身体状態に合わせ日中でも居室で休憩したり臨機応変に対応している。 | | |
| 47 | | ○服薬支援<br>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 | 職員により使用している薬剤に対しての理解度にバラつきがあるが、服薬支援に関しては、服薬前に薬の袋に書かれている個人名と本人であるかを確認し誤薬の無い様に徹底している。 | | |
| 48 | | ○役割、楽しみごとの支援<br>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 | 入居者により洗濯物たたみや食器拭きを行ったり、陽気の良い日は職員と共に施設敷地内を散歩している。 | | |

| 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 |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>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 | 季節により散歩を実施したり、家族との協力を得ながらお墓参りや外食等に外出できる様に支援している。 | 寒い時期や暑い時期は外出の機会は減ってしまうが、それ以外は天気の良い日には散歩に出かけたり、コンビニや近所のスーパーに出かけている。家族との墓参りや外食・旅行などの支援も行っている。 | |
| 50 | | ○お金の所持や使うことの支援<br>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 | 金品はトラブル防止の為職員が管理している。 | | |
| 51 | | ○電話や手紙の支援<br>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 | 家族や知人からの電話は本人に取り次いでいる。また電話をかける時も、自由に掛けらる様に配慮している。 | | |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 施設内の清掃は毎日職員が行っている。また四季に応じて適温を保てる様にエアコンで温度調整を行っている。 | 施設内の掃除は職員が毎日行っている。廊下には全て手すりが設置され、安全に移動できるよう配慮されている。以前の入居者が使用していたピアノが置かれ、ソファーもゆったりと寛げる様配慮されていた。 | |
| 53 | | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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 | 共有空間にテーブルやソファを配置し、入居者がおもいおもいの場所で過ごせるように配慮している。 | | |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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 | 入居者が自宅で使用していた家具や寝具を持ち込んでもらい、入居後も以前の生活に近い状態で過ごせるように配慮している。 | 自宅で使用していた家具や仏壇、本人の絵の作品や掛け軸、家族との写真が張られ、布団で寝ている方もいた。全居室に手すりが設置してあり、安全・安心して過ごせるよう配慮されていた。 | |
| 55 | | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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 | ユニット内の廊下やトイレに手すりを配置し、また居室の入口には各入居者の名札を配置している。 | | |

（別紙4（2））

事業所名　グループホームさくらの里

作成日：　平成　24年　　1月　16日

# 目標達成計画

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 | 36 | 個人情報の同意書について、口頭での了解のみであった。 | 介護保険に関する個人情報の使用及び広報誌に掲載する場合等、使用目的と範囲を明確した同意書を準備する。 | 個人情報同意書を作成を行う。 | 1ヶ月 |
| 2 | 12 | 施設に対しての意見を家族の面会時に聴くようにしているが、決まった人しか面会に来ない。また今年から「ホームだより」を発行しているが、反響は少ない。 | 無記名のアンケートの実施や運営推進会議への参加を働きかけるなどして、多角的に家族の意見を聴けるようにしていきたい。 | 無記名アンケートの作成および実施。運営推進会議の定期的な開催と家族への参加の呼びかけを行う。 | 3ヶ月 |
| 3 | 11 | 定期的なカンファレンスを行い職員の意見を反映する努力をしている、職員が研修会に参加する機会が少ない。 | 外部研修を積極的に取り入れ、伝達研修を行うなどし、個々のスキルアップを目指す。 | 各職員への外部研修への参加を促す。施設内でも定期的に勉強会を開催する | 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№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。