

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	0873100903		
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 桂		
所在地	茨城県東茨城郡城里町上阿野沢545-1		
自己評価作成日	平成28年5月18日	評価結果市町村受理日	平成28年9月15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.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&JigyosyoCd=0873100903-008PrefCd=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東4637-2
訪問調査日	平成28年7月27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)】

フロイデグループホーム桂は地域密着型施設として、地域住民が開催する行事等にご利用者様、職員共に積極的に参加している。また、当事業所にて開催しているイベント等も地域住民や地域ボランティアへの声掛けを積極的に行い参加を呼び掛け、地域との関係構築に力を注いでいます。また、認知症介護専門施設として、ご利用者様1人1人のニーズに合った質の高いサービスの提供が出来るよう日々創意工夫しております。

【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)】

平成15年開設のホームは法人本部との連携の下で教育委員会など各種の委員会を置き、職員の資質向上や適切な接遇などに取り組んでいる。男性利用者の増加に対して男性職員を増やす等の対応により同性介助が日常的に行われるなど利用者の思いやプライバシーに対する配慮が丁寧に行われている。職員は高い専門性を持ち、ゆったりと自由に、寛ぎと安らぎのある暮らしを目指したケアに取り組んでおり、常に利用者のより良い暮らしを支援するための話し合いを行っている。職員のアイデアで毎朝の散歩の成果を一つひとつ積み上げ「赤富士制覇」(絵図表)を目指す等ユニークな楽しい工夫などがホームの随所に見られる利用者職員が一緒に作り上げた家庭的で落ち着いたホームである。利用者は農村地帯の恵まれた環境を活かし、交通量の少ないところを利用者が利用者の車椅子を押しながらの散歩や近所の茶畑でのお茶摘み、地域の行事への参加など、地域に溶け込んだ生活を楽しみ、縫いぐるみや手提げ袋、小銭入れ、盛り花などの作品作りをしながら機能維持を図り、俳句や縫物などの趣味を楽しみ穏やかな暮らしをしている。

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ます (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、生き生きと働いている (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	事業所独自の理念を地域やボランティアにも理解してもらえるようパンフレットを地域(役場など)に配布している。	ホームの運営理念を基に全職員で地域密着型サービスの意義や事業所の役割を意識しながら「ケア理念」を新しく作り上げた。男性利用者の増加や対応困難な症状を示す利用者の増加などで日々のケアが困難な場合にも全員で作った「ケア理念」が共有され心をつなげたケア実践されている。	
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、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	地元商工会に加盟し、地域行事やイベント等に参加している。	消防訓練には地域住民や地元消防団が参加したり、地元産業祭では模擬店を出し、地域に守られ地域に貢献したりとお互いに助け合う関係が出来ている。ホームの敬老祭は家族会や地元の高齢者、子供会を招き賑やかに行われており、地域のイベントとして親しまれている。日常的には近くの農家の茶畑での茶摘みに招かれたり、ホームで栽培する梅の実のおすそ分けをする等良い近所付き合いが出来ている。	
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	地域イベント時・認知症カフェ等に個別説明会などの場を企画して、地域の方々声を聞けるように取り組んでいる。		
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	定期的(2ヶ月毎)に運営推進会議を開催し、行政及び地域の方々から意見を頂き、運営に努めている。	町内にある小規模多機能型居宅介護事業所と合同で2ヶ月に1回開催している。会議には地元住民や地区長、家族代表、町職員などが参加しており、毎月発行のホームの通信等も添えてホームの活動状況などを伝え、ホームへの理解を深めていただきながら貴重な意見や地域の情報等も得られている。	小規模多機能型居宅介護事業所の運営推進会議の役割の変化に合わせて、ホームの運営推進会議を独自に開催し、ホームに対して地域に理解者や協力者が増え、地域との関係がより親密になるような運営推進会議のあり方の検討を期待したい。
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	運営推進会議だけではなく、毎月定期的に行行政(地域包括支援センター等)に訪問し情報収集、連携を絶やさないようしている。	運営推進会議ではホームの取り組みを丁寧に伝え利用者の日常を知ってもらう取り組みを行うと同時に、地域包括支援センターには積極的に出向き、情報の交換などを通して連携を密接にしている。町唯一のグループホームであり認知症ケアについてお互いに協力し合う良い関係ができています。	
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	利用者の持てる力を最大限に引き出すケアに取り組む、玄関の施錠や身体拘束など行動を制限する取り組みは常時行っていない。またその取り組みに対して意思も契約書等に盛り込み家族に説明している。	法人内の教育委員会を中心として年1回身体拘束についての研修を受講しており、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身につけている。玄関、門扉の施錠をすることは無いが入浴介助など職員の手薄な時間帯のみユニットの入り口を施錠することはある。しかし中庭やウッドデッキなどへの出入りは自由にして常に閉塞感のない自由な暮らしができるようにしている。	
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	高齢者虐待防止法に対しての法人内にて勉強会を実施している。		

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
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	高齢者権利擁護に対する法人内にて勉強会を実施している。		
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	契約書の締結、解約などの対応は管理者が行い、利用者や家族の申し出に対しても理解頂けるように努めている。		
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	家族に対して面会時や家族会時などに意見を聴取できる環境を作り、実際に意見を反映した取り組みができています。	運営推進会議において意見や要望などを頂いたり、年1回アンケート調査や家族会の集まりなどを開催して率直な意見や要望を聴く機会としている。家族から日常生活がわかりにくいとの意見をもらい、毎月の便りに献立表を添える等一つひとつ丁寧に要望等を取り入れ運営に反映させている。	
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(1ヶ月毎)に事業所内のミーティングにおいて職員からの意見を聴取し運営に反映している。	ホーム全体に話しやすい雰囲気があり、毎月の会議や各人が所属する委員会など自由に発言できる機会を多くしている。備品の購入やイベントの企画、楽しみごとの選択などは職員の意見や提案が取り入れられている。玄関前に設置されたテントや梅林・プランターの手入れ、エントランスにおける利用者の作品展示などに管理者をはじめ職員の意見や提案、アイデア等が反映されている。	
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	上期、下期に職員の目標意識を持たせる取り組みとしたチャレンジカード等を記入して、職員の取り組みを評価している。		
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	法人内においては毎月勉強会を実施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	事業所としては茨城北西総合ケア学会に参加し研修などに参加している。法人内の研修会等を通して他事業所との情報共有の場に積極的に参加している。		

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
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	利用前に本人または家族の元へ訪問し、ご利用者様の声(要望、不安)など相談を受けている。		
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	利用前に本人または家族の元へ訪問し、ご家族様の声(要望、不安)など相談を受けている。		
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	在宅利用時の様子や周辺症状など他のサービス提供(居宅介護支援センターなど)と密に連絡調整し利用時に必要とされるケアの見極めを行っている。		
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	食事作りや掃除等できることを一緒に行い、お茶摘みや作物の収穫など喜びを分かち合うなど事業所内での生活の中で共に協働している。		
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	家族の気持ちに配慮し、施設に入所されながらも関係を継続できるよう日常の様子のお知らせや外出支援などを行っている。		
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	家族及び地域の方など面会等の際には特に制限することなく対応している。	ホーム近くに自宅がある利用者もおり常に近隣住民との交流を大切にしている。散歩の途中での挨拶や地域の行事への参加などを積極的に取り入れたり、家族の負担にならない程度の頻度で自宅の仏壇にお参りしたりする機会を大切にしている。高齢になった兄弟の面会についても帰りは送り届ける等の気遣いをして交流が途絶えないよう支援している。遠方の家族には季節の便りを出すなどして常に関係継続に努めている。	
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同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	生活の環境の中で、なじみの関係が出来やすいように環境(居室、座席など)に配慮している。		

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
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	施設退所後も必要に応じて相談・助言などを行える体制が出来ている。		
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	日常的な会話の中から自然な形で思いを引き出すように関わりを持っている。家族面会時には両者交えた会話の中から聞き出し介護支援専門員がアセスメントを行っている。	それぞれの趣味や食についての好みなどを家族や本人から聞き、希望する暮らし方の把握に努めている。言葉での聞き取りが困難な場合には利用者の何気ない会話をケース記録に残し、記録を基にそれぞれの思いについて会議で検討したり、職員二人で担当する食事作りなどを利用して利用者の意図がどこにあるのか等随時話し合いながら一人ひとりの思いに丁寧に寄り添い把握している。	
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	サービス利用時に本人、家族から可能な範囲で聞き取り、事前情報を加味しながら相談記録に記載する。入所後も随時語っていただけるような会話を心がけている。		
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	各職員が常時、ご利用者様に声を掛けたり表情や行動観察することを習慣化して気づいた点をカンファレンスで出し合い検討し、サービス計画書に反映させている。		
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	日々の生活の中から把握している個別の情報や検討課題、或いは本人、家族の意向などを基に随時話し合い、即実行し、ミーティング等で周知する場合やカンファレンスで検討、決定し計画書に反映させている。状況によっては医療スタッフその他の関係者に助言を求めることもある。	ケース記録を基に把握した本人の暮らしへの希望や家族の意向、職員のアイデア等を取り入れて介護計画を作成している。介護計画は食の嗜好や図書館利用など趣味の継続などを具体的に示しており、利用者一人ひとりを主体とした暮らしを反映するものとなっている。当日の出勤者全員が参加して毎月カンファレンスを実施してモニタリング・アセスメントを行い、利用者の生活状況や健康状態を考慮しながら随時の見直しや定期的な見直しを行っている。	
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	ケース記録に常時記録し、ニーズの変更はその都度個人ファイルの所定の書類に記録しておき、アセスメントシートに変更記録を載せる。また、ミーティング、カンファレンスでも検討記録し、計画に反映させている。		
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	ボランティアの受け入れなど地域住民に対しても柔軟に施設を開放し施設の機能を十分に活用している。		

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	地域資源(地元図書館、商店など)を常に発掘し把握することで日常のケアに中に取り入れている。		
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	本人、家族希望に対して、定期的な受診の介助を実施している。本人及び家族の置かれている現状を理解し柔軟な対応ができています。	利用者ほぼ全員が協力病院をかかりつけ医としており、月2回の往診で利用者の健康状態を常に把握している。脳外科や婦人科などの専門医への受診は基本的には家族対応となっているが、受診の目的によっては職員が付き添い現状の説明などを行っている。受診結果は体調管理シートに記録して本人・家族・職員間で病状等の共有を図り、緊急時の対応にも備えている。	
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	ご利用者様の状態異常時または定期的な変化に対して助言・指示を受けられる体制を整え、ご利用者様にとって最善のケアを提供できている。		
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。	入院前の状況または退院時の状況などを病院相談員等との定期的な連絡を実施している。また早期隊員だけでなく状態に応じた適切な医療機関等への情報提供などの対応も実施している。		
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	事業所としては終末期ケアに対して対応はしていないが、終末期ケア対応が可能な施設の案内や説明及び受け入れ調整などを行い家族に対しての精神的なケアも実施している。	ホーム利用開始時に同法人の特別養護老人ホームへの申し込みを行っており、食べられなくなった・血糖値のコントロールが困難になった等ホームでの対応が難しくなった場合には入院後にその後の過ごし方について医師を交えて検討している。現在看取りは行っていないが、本人・家族の希望さらに病状等も勘案して看取りができる体制は整えている。医師・看護師とは24時間連携が可能であり、訪問看護の利用もできるようにしている。職員は重度化に備えて勉強会を実施して適切なケアができるようにしている。	
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	定期的にAED講習、救急法など研修を実施している。また急変時の連絡先など周知している。		
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	防災訓練を定期的に実施し、防災意識向上に努めている。	9月には夜間想定避難訓練、3月には総合的な消防訓練の実施を目指した防災計画に基づいて年2回消防署の協力を得ながら防災訓練を実施している。訓練後には消防署からの指摘事項なども含めて反省点を話し合い利用者の安全確保を図っている。訓練は地域住民や地域の消防団のメンバーも参加して行われており、地域全体で利用者の安全を守る体制を作っている。	

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
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	法人全体でプライバシーマーク取得・更新を随時行いプライバシーの保護に徹底している。またボランティアなどの受け入れ時には移動範囲など動線にも配慮している。	プライバシーの保護や接遇については法人全体で丁寧な取り組みをしており、写真掲載や書類の開示に関しては同意書を頂き十分な注意が払われている。言葉かけも一人ひとりの生活歴などを踏まえて丁寧に行われている。男性利用者の増加に合わせて男性職員を多くする等、同性介助にも対応できる体制を整えている。	
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	日々の生活の中でも本人の希望や思いが伝えられるような働きかけを行っている。また、行事等を行う際も希望の聞き取り等もしている。		
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、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	日常生活の中で日課は無く、ご利用者様の状況に合わせて対応している。		
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	昼間・夜間など生活にメリハリが出来るように更衣などに対して随時関わり対応している。		
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	食事に関しては常にご利用者様の嗜好に配慮し、また季節感を感じられる食材を使ったイベントなどを計画し対応している。また食事やおやつなど一緒に作り、共に食べる事を基本的に接している。	法人の栄養課による献立に基づいて調達された食材を昼食はほぼホームで手作りしている。献立はしっかりした栄養管理の下で季節の食材を取り入れ豊富なメニューで利用者を楽しませている。利用者の好みや状態に応じてパンとコーヒーを取り入れたり、食材によってはソフト食を取り入れる等柔軟な対応をしている。月1回程度、バイキングや鍋パーティ等食事を楽しめる企画をしたり、手作りおやつ等を楽しんでいる。	
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	ご利用者様の嗜好に合わせて提供し、また落ち着いた環境で過ごせるように馴染みの食器を使うなど配慮している。また水分量を随時記入し把握することで状態に合わせて対応し、トータルコントロールを行っている。		
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	定期的に歯科衛生士が来所して指導・助言を行っている。またご利用者様の要望なども加味した上で対応している。		

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	一人ひとりの排泄パターンを知り、トイレ誘導等の排泄ケアを行っている。	一人ひとりの排泄パターンを把握し、必要に応じて声掛けや見守り、誘導などを行い日中はトイレでの排泄を支援している。トイレは利用者の動きに合わせて手すりや支えのバー等を設置しており、可能な限りの自立を促す取り組みをしている。	
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	服薬に頼り過ぎないように水分・食事及び活動などを促し対応している。		
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ず、個々にそった支援をしている	一応、1週間の予定は作成しているが、その日の体調や気分等を尊重し、随時変更を行っている。	曜日ごとに大まかな入浴予定日は設けているが、利用者の状況などによっては何時でも入浴できるようにしている。入浴を好まない利用者の場合でも声掛け等の促しをして週2回の入浴を目指している。足ふきタオル、バスタオルなど一人ひとり毎に新しくそれぞれが気持ちよく使えるようにしている。	
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	定期的なりネン交換の実施などを行い、常に清潔保持に努めている。また空調管理などご利用者様のニーズに合わせて個別に対応している。		
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	服薬の処方箋など変更時には職員に周知し、状態の変化などタイムリーに観察できるように努めている。		
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	生活の中で屋内だけでなく屋外においても楽しみ(お茶摘みや梅の収穫など)を感じられるように環境の整備を行っている。		
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	定期的な外出できるイベントなどを計画し実施している。また個別の外出に対してもニーズに合わせて対応している。	天気の良い日には農村地帯の比較的車の往来の少ないところを利用者が利用者の車椅子を押しながらの散歩や梅林の木漏れ日の下での散歩、玄関前のテントでのお茶など日常的に戸外に出ている。地域内でのお茶摘み、公園へのドライブ等行事としての外出など戸外に出る機会は多く計画されている。さらに家族の協力による外出や介護計画による図書館・買い物への外出など一人ひとりの外出機会なども多く設けられている。	

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	基本的に事業所ではお預かりしていないが、本人で管理出来る方に対しては対応している。		
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	手紙・電話に対しては特に制限なく対応している。		
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	共有空間には季節の花や季節感の感じられる物品を多く配置している。	中庭とウッドデッキを囲むよう造られたそれぞれの居間は、直射日光を避けた明るい空間になっており、職員手作りの日めくりカレンダーや見やすい時計、季節の花で心地よく落ち着いた雰囲気づくりをしている。廊下のところどころにあるベンチには利用者と職員が指網したマットを置いて一人でも寛げる場所づくりをしている。玄関に飾られた利用者が手作りした縫いぐるみや手提げ袋、小銭入れ、盛り花などに利用者を主体とした日頃の活動や利用者の機能維持への取り組みが見られた。	
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	共有空間には少人数で過ごせるスペースや腰を落ち着かせる環境を作っている。		
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	居室は洋室・和室が設定しており、本人の生活歴やニーズに合わせて提供できる。またご家族に協力していただき、馴染みの家具や物品などを設置し本人らしい空間作りに配慮している。	居室は和室、洋室それぞれ好みに合わせて利用できるようになっており、各室には洗面台が設置され居室で整容などの自立を促す取り組みが行われている。それぞれの居室は利用者の自立度に合わせて家具などを置かない工夫をする等一人ひとりに合わせた細やかな気遣いがされている。多くの利用者は使い慣れた家具を置き、家族と一緒に写真を飾ったりしてほっとする空間づくりをしており、中には冷蔵庫やテレビを置いて居室での時間を楽しめるように工夫している。	
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	室内の環境の案内板などは形式的なものではなく、ご利用者様が見やすく理解しやすい言葉で統一している。		

(別紙4(2))

事業所名: フロイデグループホーム桂

目標達成計画

作成日: 平成 28年 9月 10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	4	現在、城里小規模多機能型居宅介護事業所と合同で運営推進会議を隔月で開催している。	運営推進会議をグループホーム独自の開催とし、地域との連携がより密になるような運営推進会議にして行く。	施設長及び小規模多機能型居宅介護事業所の管理者と話し合い、次回の運営推進会議の場で行政の代表者・地域/家族代表者とも話し合い、独自の運営推進会議開催について話し合い決定する。 3ヶ月
2	35	日中想定、夜間想定 of 消防訓練を年2回実施している。	当事業所の現状に即した災害対策マニュアルを作成する。	専門機関のマニュアルの閲覧及び近年の風水害による介護事業所の被害の実情等を調査し、現状と照らし合わせる。 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、行を挿入して下さい。