

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	0873600589		
法人名	有限会社イケナガ		
事業所名	グループホームはさき寿長生の家 花グループ		
所在地	茨城県神栖市波崎5560-1		
自己評価作成日	平成29年7月21日	評価結果市町村受理日	平成29年11月13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_2015_022_kani=true&JigyosyoCd=0873600589-00&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29年9月6日

利根川に隣接しているため、日々利根川を眺めながら散歩したり、ホームの広い庭には花や野菜を作り、入居者が自由に庭に出て、四季折々の花や野菜の収穫を楽しめるようにしています。地域のイベントには声を掛けていただき、お祭りや盆踊り等に楽しく参加し、また、ホームの行事等にも地域の方々を招いて交流を図っています。近隣から旬の野菜や新鮮な魚をいただき、時には、代表によるマグロやカツオの解体ショー等もあり、食事を楽しんでいます。家族や地域の人達が遠慮なくホームに訪問できるように、職員、入居者共々いつでも笑顔で歓迎しています。また、福祉チャリティーカラオケ大会等にも地域の方々と一緒に入居者が参加し、自慢ののどを披露しています。歌って元気をモットーに、毎日生き生きと笑顔で暮らせるような環境づくりをしています。

【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)】

設立者が地域住民への感謝やお礼の気持ちを込めて建てたホームである。設立前にいくつかの施設を見学し、グループホーム本来の過ごし方ができるような工夫を凝らしている。大家族が賑やかに団欒できるような共有空間が作られている。木造で壁が白く、高い天井は明るい落ち着いた空間作りに一役かっている。職員一人一人の働きやすい時間を優先し、雇用時間を柔軟に設定している。年3回の懇親会を開催し、職員が心身共に働きやすい工夫している。利用者は町内会のイベントや行事に参加し、日常的に近所に散歩に出かけている。敷地内では、畑から収穫した野菜を献立に追加したりと食事を楽しんでいる様子が伺われた。地域ボランティアが定期的に介入し、日々の生活支援に協力している。設立者が職員一人一人を大切にしていることが、職員の利用者への支援に表れているようだった。

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	事業所理念は見やすい場所に明示しており、ご家族にも入所時に十分説明をしている。 職員全員が理念を共有し、常に理念に向かって働けるように、日々ミーティングで唱和し確認し合っている。	事業所の理念をもとに目標を設定している。目標は朝礼時に唱和し共有している。理念にそぐわない事があったときには、その都度理念を振り返り反省している。	
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	町内会に加入しており、回覧板も回ってくる。地区の盆踊りや秋祭り等にも参加している。また、この地域の一大イベントである大潮祭には、漁協より毎年招待を受け、みこし見物に出かけ、親類や地元の方々と交流を図っている。 幼稚園、保育園児達との相互交流や、大学生等、各ボランティアさんの来所で楽しんでいる。	幼稚園児や小中学生の体験学習受入れの要請があれば受け入れている。また、大学生や傾聴ボランティアの介入がある。町内会に加入し、地域の季節行事に参加している。回覧板で広報誌の配布をしている。	地域行事には参加しているが、地域住民を受け入れての意見交換や情報交換等、日常的な交流について検討して頂きたい。
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	「寿長生通信」を毎月、地区の回覧版で回して頂き、グループホームの生活の様子を理解して頂くようにしている。 認知症でも職員の支援があれば、その人らしい生活が出来ていることを地域との交流で理解していただいている。 職員2名が認知症地域サポート相談員として窓口になっている。		
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、そこの意見をサービス向上に活かしている	民生委員、グループホーム知見者、市の職員、ご家族の代表者等の参加を得て、2ヶ月に1回開催している。ホームの近況、課題、行事、外部評価結果の報告等をし、意見をいただき、サービス向上に生かしている。 年2回の家族交流会と一緒に参加して頂き、日頃の生活ぶりや家族同士、また、職員と家族の交流を見て頂いている。	年6回の偶数月に開催している。行政、民生委員、家族、元職員、他事業者の参加がある。8月の納涼祭や11月の家族交流会と運営推進会議を同時開催として意見交換を行っている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	市の担当職員とは常に連絡を取り合い、連絡事項の確認や相談にのって頂いている。 「寿長生通信」を毎月送付し、ホームの様子をお知らせしている。 包括支援センターからは入居者の受け入れの相談もある。	医療介護サービス事業者による連絡協議会があり、毎月、研修会や意見・情報交換を行っている。ケアマネジャーの協議会に参加し、空き情報を確認している。	
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	身体拘束については、社内研修やケアカンファレンス時に職員がその都度、再確認しながら話し合っている。職員同士が常に声を掛け合い、利用者の安全と居場所を確認しており、自由に庭に出て行動できるように支援している。	安全対策の為、家族からの要望で車いすに安全ベルトを使用している利用者があり、毎月のカンファレンスで使用時間などを検討している。玄関の施錠については、以前外出してしまった利用者がいたことで警察から施錠を行うようにとの指導を受けた。	

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 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	市主催の研修に参加し、職員全員に資料の回覧、伝達している。職員間のコミュニケーションを密にし、どんな小さな事でも問題として取り上げ、共有し、心に余裕を持ち接することで、虐待に至らないようにしている。また、管理者は市の高齢者虐待防止ネットワーク運営委員会の委員でもあり虐待防止に努めている。		
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	市の研修等に参加し、全職員に伝達、資料の回覧等、制度の理解に努めている。		
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	入所する前に本人同席の上で費用等の説明と本人の要望等を伺い、ホーム内を見学して頂き、納得の上で契約の締結となる。重要事項の説明をして、納得、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 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	職員がご家族から受けた意見や要望は、すぐに管理者に伝える。管理者はご家族が来訪された際は、生活状況を報告し、要望等、表出しやすい雰囲気になっている。また年2回、家族交流会を開催し約7割の参加も得ている。さらに電話によるコミュニケーション、意見箱の設置等で要望を汲み取るよう努めている。	利用者からは日々を通して意見を聞き食事などに反映している。家族会はないが、施設行事に家族も参加し、利用者と共に楽しんでいる。後見人制度についての質問などもあり、意見を聞き反映させている。	
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	朝のミーティング時、懇親会の時など、機会があればいつでも気づきや意見を話せるようにし、全員で検討して改善している。勤務体制や業務の見直し、ホームの備品購入等、常に職員の気づきや意見を取り入れ改善している。	月1回の会議を開催し、モニタリング、伝達研修などで情報の共有をしている。元職員(管理者)や看護師が講師として研修会に参加している。また、経営者が職員の親睦会を計画したり、勤務しやすい時間で採用しているため、職員からの不満はなく、安定した介護を提供できている。	
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	代表者は、各々の勤務状況、努力や実績に対して、相当分の評価(ボーナスやベースアップ)を行い、幹部会議を年2、3回、職員間のコミュニケーションの場として慰労会等を3ヶ月に1回、開催している。		
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	管理者より研修の案内があり、参加できる職員は参加するようにしている。研修報告書等を活用して発表の場を作り、話し合っている。申し送り時、管理者が指導、助言等をしている。社内研修を月1回実施している。		

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
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	当事業所は茨城県地域密着型介護サービス協議会の会員であり、認知症市民フォーラムや全国フォーラム等に参加している。参加職員は様々な介護情報を職員に伝えたり、研修や行事の際には職員が他事業所との交流ができるようにしている。また、代表が発起人となり、市内のグループホーム連絡会を発足。合同イベントや情報交換などを行っている。管理者は他事業所の運営推進会議の委員を務めており、同業者との交流の機会も多い。		
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	利用者ご本人のお話(訴え)には出来る限り耳を傾け、安心できるような声掛け、ケアを行っている。		
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	ご家族の今までの不安、苦勞に耳を傾け、労いの言葉をかけながら要望を聞き取り、速やかに対応し、報告、連絡、相談を行っている。		
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	初期の段階では、何を一番優先したいのかを良く聞き入れ、利用者、家族、双方が納得できる支援に努めている。		
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	家族として喜怒哀楽を共にし、出来る事はお手伝い頂いたりして助け合っている。常に声掛けをし、一緒に考え行動し、出来ない事は応援していく。		
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	ご家族の来所時は、日常生活の報告をしつつ、家族からの希望を聞き、双方で利用者を支えていく。		
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	友人、知人等の来所時は、本人と共に大歓迎で迎える。居室で遠慮なく過ごせるよう、茶菓等でもてなすようにしている。 家族との外出や外泊時にはご近所の顔なじみの方との交流も聞かれる。法事や墓参り等に出掛けられるよう支援している。	お墓参りや馴染みの美容室、歯科受診に家族が同行している。定期的に、家族の協力のもと、外泊や外出に出かけている利用者もいる。また、利用者の友人や親せきが日常的に面会に来ている。	

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 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	日常、利用者同士が助け合っている場面を多く見かける。車椅子を押ししたり、ボタンを掛けてあげたり、ティッシュを取って渡したりしている。お互いの部屋を訪ねておしゃべりを楽しんだりできるように支援している。		
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	契約が終了しても、協力出来る事については、いつでも支援に努める用意がある事を伝えている。利用者が亡くなったり、他施設に入所した後も、そのご家族が「近くに来たから」と土産を持って顔を見せて下さったり、知人を紹介してくれたりしている。		
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	利用者の生活歴を把握し、日常のふれあいの中で一人一人の思いや意向の把握に努めている。意思疎通が困難な利用者においては、寄り添い、よく観察して、思いや意向の把握に努めている。	日々の支援を通して、表情や言動などから思いや意向を把握し支援に繋げている。	
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	本人、家族、知人、親類等、関わりのある方から生活歴(趣味、特技、仕事等)を聞き、それに基づいて生活を送って頂けるように努める。		
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	台所仕事、洗濯物たたみ、野菜の収穫など、できる事をしていただく。時には居室でゆっくり過ごしたり、テレビを見たり、庭の散歩など自由に過ごして頂く中で、予測外の有する力の発見や心身状態など、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	本人や家族との日頃の関わりの中で、希望や意見を聞き、介護計画に反映させている。毎月のケアカンファレンスで1ヶ月間の変化を情報交換し、職員全体でモニタリングしている。	3か月または随時、計画を作成している。モニタリングは毎月の会議で行っている。ケアプランに振られた番号を使用して記録し、プランに沿った記録を行っている。	
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	一日の利用者の状態は介護記録に記入し把握できるようにしている。注意すべき事柄は連絡ノートに記入し、職員間で共有できるようにしている。		

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
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	入所待ちの利用者、家族には「共用型デイサービス」等を勧め、家族の介護負担の軽減に役立てている。家族が遠方の利用者が入院の際には、付添や見舞等、協力支援している。		
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	地域のイベントや、幼稚園の運動会、クリスマス会等に参加し、地域住民との交流を楽しみ、季節感、心身の活性化に取り組んでいる。		
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	ほとんどの利用者が同じかかりつけ医で、月に一度、主治医の往診があり、本人の病状を把握して下さっている。 入院時には適切な看護が受けられるよう、情報提供を行っている。	往診は月1回だが、発熱などの突発時も往診してもらえる。家族には電話で報告している。受診時の個々の介護記録記載方法について、具体的内容、記録者、連絡者が分かるような表記を検討していく。歯科受診は、原則家族に依頼している。	
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	看護職員の指示の下、薬の提供等を行い、身体状況に変化があった場合は、速やかに報告を行っている。		
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。	認知症があるため詳しい介護情報を提供している。入院中は利用者の様子等、情報交換をしている。退院時は看護サマリを頂く。		
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	主治医、家族、スタッフ間で話し合いを持ち、家族の希望に沿って対応している。	契約時に看取りを行わない同意を得ている。病状に合わせて医師が説明し、今後の方針を相談している。食事が摂れるかが方針を決める一つの目安となっている。	
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	定期的に緊急救命講習を実施している。応急手当や急変時の対応等について社内研修を行い、実践に役立てるよう努力をしている。		
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	春と秋に消防訓練(避難訓練)を実施。災害に備えて、水、食糧の備蓄、避難場所を確認する。協力体制のため、日常的に近所付き合いを密にしている。民生委員さんに協力をお願いしており、寿長生通信の回覧等で参加が得られるよう努力している。	日中夜間想定、津波発生時の訓練を行っている。津波発生時の避難場所は推進会議で話し合い、自治会の公民館に避難できるようになっている。備蓄や備品について、定期的に確認している。	火災や津波の避難訓練が定期的に行われている。更に具体的シミュレーションをし、夜間時の避難誘導などの協力体制について検討して頂きたい。

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	人格を尊重し、介護職員が柔軟に全てを受け入れ、冷静な対応ができる心のゆとりを持つ。記録の書き方も、あからさまな表現にならないように心掛けている。	人生の先輩に対する声掛けや誘導に配慮している。重要事項の苦情相談欄に於いて、苦情解決責任者と共に、苦情相談受付者や各機関の電話番号の記載について検討していく。また、個人情報同意書について、具体的内容の表記を検討していく。	
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	日常の関わりの中で、問いかけや傾聴をしながら、様々な選択の場面作りを行い、自分の思いを表わせるよう支援している。		
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	前日の睡眠状態、体調等を観察し、本人の希望に応じたケアを心掛けている。		
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	数名が行きつけの美容院に通っているが、その他の方々はボランティアの美容師の協力のもと、2ヶ月に一度、カットしてもらっている。日々、季節に合った服装で過ごせるように、また、外出の際には、お化粧したり、好みの洋服が着られるよう支援している。		
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	ホームの畑で採れた野菜の下ごしらえを職員と一緒にしながら、調理法等の会話も弾む。食堂に美味しいにおいが漂うと「良いにおいね」「味はどうか」と、味見もしつつ、楽しみに食事の時間を待っている。時には、代表が大物のマグロやカツオを捌き、解体ショーをして、大拍手の後、皆でいただいている。	献立は職員が1週間分を考えているが、近所の方からお魚や野菜を頂くことが多く、佃煮を作り保存している。また、敷地内にある畑から収穫した野菜も食卓にのぼる。誕生日会ではケーキを購入してお祝いをする。片付けなどできることは一緒に行っている。今後は食後の団欒について検討して頂く。	
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	栄養障害、脱水症状にならないよう、摂取量のチェックを行い、低栄養予防を行っている。本人の好みに応じた飲物の提供、及び、好き嫌いの多い方には、きざむ等して形態を変える工夫を行い、栄養バランスに配慮している。		
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	食後のうがい、義歯洗浄の促し、声掛けを行う。睡眠時は義歯洗浄後、洗浄液に浸ける。ご自分で出来ない方には介助、一部声掛け等、出来る方には声を掛けて働きかける。		

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	排泄表をつける。排泄の訴えが出来ない方は、食事の前や就寝時等、また、行動や表情から察知し、トイレに誘導する。歩行困難の利用者は夜間はポータブルトイレを使用している。	排泄パターンを把握し、一人一人に合わせた支援を行っている。	
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	毎日の体操への参加や、庭の散歩等に誘いかける。食事は野菜を積極的にメニューに取り入れている。摂取量が不足気味の時は好みの飲料で補給する。		
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	希望があれば毎日、その他は1日置きに入浴している。体調に合わせ、熱めの湯、ぬるめの湯など、希望に合わせる事もある。ゆっくりと解放感が味わえるように支援し、スキんシップを図りながら、会話も多くしている。入浴剤を使用したり、菖蒲湯等、季節を感じてもらえるよう配慮している。	週2～3回また随時入浴支援を行い、入浴を楽しむ支援に繋げている。感染対策についても留意している。	
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	ご本人の生活リズムの中で、その日の体調や気分により、個々に思う通りに過ごされている。夜間、寝付けない時は、飲物を提供したり、職員とコミュニケーションをとり、安心して入眠出来るよう支援している。		
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	毎日の薬をセットする際、目的や副作用、用法、用量について理解している。症状の変化があり、新たに処方された薬については連絡ノート等で共有出来るようにする。服用時は本人に手渡し、服用を確認している。		
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	本人の出来る力が発揮できるよう、台所仕事や清掃、洗濯物たたみ等の働きかけをしている。好きなカラオケ、手踊り等、楽しみ事が続けられるよう支援している。		
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	家族と一緒に受診の帰りに外食したり、お墓参り、買物等に出掛けられるように支援している。また、地域の方々の協力を得て、お祭りや盆踊り、花火大会等にも参加している。	四季折々や体調に合わせて、神栖の七夕祭り、大潮祭りに数人ずつ出かけている。以前は日常的にホーム近所の河川敷きに出かけていたが、介護度の変化などがあり、現在は敷地内で日光浴を行っている。外食支援は随時要望を確認し、支援に繋げている。	

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	ご自分で管理出来なくなっている方が多いので、外出時以外は、事務所の金庫にてお預かりしている。欲しい物がある場合は、職員と一緒に買物に出掛ける。		
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	手紙や宅配が届いた時は、本人にお渡しし、お礼の電話をかけるなどして、ご家族とお話し出来るようにしている。遠方で面会が少ない家族とは近況報告時に会話していただく。		
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	玄関や食堂には、散歩で摘んできた草花等を飾っている。廊下には、利用者同士で集まって話が出来るようにベンチを配置している。利用者が集まる場所では、こまめにエアコン等の温度調節をしている。	木造で暖かい雰囲気が感じられる共有空間になっている。季節の飾りや利用者一人一人の誕生日写真が飾られている。2つのユニットが自由に行き来できるよう、ドアがオープンになっている。	
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	廊下のベンチで気の合った利用者がおしゃべりを楽しんでいる。リビングでもくつろげるようになっている。		
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	家族の写真を飾ったり、使い慣れた布団や枕、テーブル、座椅子、冬にはコタツ等で、本人が居心地良く過ごせる空間となっている。	馴染みの家具やテレビ、籐の椅子が置かれ、落ち着いた居室作りがされている。清掃や服の入れ替えは、できる方は職員と共に行っている。	
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	バリアフリーの廊下は、車椅子で動けるよう広くとり、手摺がある。トイレも広く、明るく、介助しやすくなっている。 各居室のドアに花や果物が描かれたネームプレートをつけている。浴室にはのれん、トイレには廊下から見える位置にプレートをつけている。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホームはさき寿長生の家

目標達成計画

作成日: 平成29年11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	2	地域行事には参加しているが、地域住民を受け入れての意見交換や情報交換等、日常的な交流について検討する。	開所当時からの地元住民、各種ボランティア、学生、幼稚園児達との交流を継続させながら、更にホームのイベントにも参加していただき、意見交換等を行い交流を深める。	毎月、町内で回覧していただいている『寿長生通信』の内容を充実させ、ホームのイベントにも参加していただけるよう呼びかける。	3ヶ月
2	35	火災や津波の避難訓練が定期的に行われている。更に具体的にシュミレーションをし、夜間時の避難誘導等の協力体制について検討する。	台風の影響でホームの駐車場が冠水した際、夜間、隣家の庭に何台もの車を駐車させていただいたり、区民館に避難させていただいたり、近隣の方々の協力は得ている。引き続き、日常的な交流を深め、災害等発生時に自然と助け合える関係を継続して行く。	毎年、地区役員改正時は挨拶に伺い、災害時の区民館の使用や避難訓練への参加等について相談させていただいている。交流を継続しながら協力体制作りを進めていく。	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。