

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	3170100410		
法人名	社会福祉法人 こうほうえん		
事業所名	グループホーム はまさか		
所在地	鳥取県鳥取市浜坂253-1		
自己評価作成日	平成27年12月15日	評価結果市町村受理日	平成28年3月11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.kai gokensaku.jp/31/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福祉経営ネットワーク
所在地	東京都千代田区九段南3丁目4番5号
訪問調査日	平成28年1月9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)】

認知症現場として専門知識を活かしエビデンスに基づいたケアを実施している。職員間も相互に意見を交わし認知症ケアの向上に努めている。入居者の個性を大切に、出来る事、支援の必要な事を見極めた自立支援を行っている。入居者同士が自然に交流できる雰囲気作りに努め、笑顔が絶えないグループホームになっている。また、ご家族やボランティア、地域との関係性を大切に信頼関係の構築に努めている。

【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)】

それぞれの入居者が自立した毎日を過ごせるように、自分で「できること」と「できないこと」を職員が日々の支援場面やミニカンファレンス等で検討し、見極めるようにしている。入居者の「できること」は、どんなに時間がかかっても見守るように努めている。また、入居者の思い出づくりの充実を目指して家族会を今年度再結成し、家族に協力してもらいたい住みなれた自宅に戻る機会や孫と過ごす時間が増えている。さらに、入居者が飲みたいものをノートに記入してもらい取り組みがあるが、これは年賀状や手紙等を入居者が自分で書いて出すことで社会とのつながりが継続できることを考慮に入れた実践として工夫がみられる。

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

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	こうほうえんの理念・グループホーム独自の介護10原則・スローガンを掲示し、職員で毎日唱和をし理念の共有、実現に取り組んでいる。また、法人の互惠互助も1項目ずつ読み合わせをし意識付けに努めている。	理念や介護10原則、互惠互助(法人の大切にしたい価値観)を申し送りの際に必ず唱和や読み合わせを行っている。また、ホームの年間目標設定や人事考課制度上の目標管理制度でも方針の浸透を図っている。	
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	自治会に入会し、地域の活動(清掃、納涼祭、公民館行事、防災訓練)に参加して地域の方々と交流を図っている。地域の美容院利用や幼稚園、小学校、教会と交流を継続している。季刊誌や広報誌を地域に配布し生活の様子を伝えている。	地域の清掃等に職員だけでなく入居者が関わる機会がある。ホームの季刊誌等を回覧板を活用して地域に情報提供している他、教会や幼稚園などの交流が長年続いている。	
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	キャラバンメイトになり地域の方や病院等に認知症サポーター養成講座を行っている。運営推進委員会の中で、地域の委員と情報の共有を行っている。		
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、そこでの意見をサービス向上に活かしている	2カ月に1回運営推進会議を開き、活動状況や職員研修などを報告している。委員の方々からも気軽に意見や助言を頂き、情報交換の場になっている。又、その意見を活かして、サービスの向上に努めている。	家族代表や民生委員、前入居者の家族、市の担当者等が出席する運営推進会議では、予め設定された議題よりも多くの意見交換がなされており、活発な検討も行われている。	
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に取り組んでいる	運営推進会議で、市町村担当者(長寿健康課)や地域包括支援センター職員との連携を密にして、情報交換を行っている。地域包括支援センター職員からケアサービスなどを参考にしたいと意見を求められる事もある。	地域包括支援センターの職員からホームに電話連絡も多くあり、看取り介護に対する取り組み等について情報提供して参考にしている。	
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	法人でネバモア宣言を行い、身体拘束の廃止を行っている。職員間でも身体拘束の対象になる具体的な行為を、正しく理解して、日頃から身体拘束ゼロのケアを行っている。門扉を閉め苑庭を自由に散歩ができる環境作りも行っている。	重要事項説明書の中で法人が取り組む「ネバモア抑制宣言」を盛り込んで身体拘束ゼロを目指す方針を伝えているとともに、実際に実現している。「言葉の拘束ワースト10」も職員室内に貼り出し注意喚起している。	
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	虐待防止に関する研修会に参加する機会を作って知識の共有に努めている。職員も互いに意識し、虐待を見過ごされる事のない様注意しながら防止に努めている。事業所に「言葉の抑制ワースト10」を掲示、またチーム会議でも月1回評価を実施している。		

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	管理者は成年後見制度を理解し、職員は人権について研修をうけている。現在入居者の中にも成年後見制度を利用している方がおり、必要時には情報提供を行っている。		
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、重要事項説明書を分かりやすく説明し、理解、納得を得ている。不安、疑問があれば常に説明をし、納得、理解をして頂ける様心掛けている。家族等の不安、疑問に向け、内容の追加、改善を行っている。看取り確認も行っている。		
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	重要事項説明書、契約書で苦情窓口の紹介や第三者委員を設置している。入居者の様子をどの職員も伝え利用者、家族が気軽に意見が言えるように工夫、頂いた意見、言葉も情報ノートに記入しケアに反映、サンクスレターを広報誌に掲載している。	法人で年1回家族アンケートを実施して意向を把握・集計後、ホーム内の勉強会で具体的な改善策を講じている。また、家族やボランティアからの声を「情報ノート」に書き留め検討する取り組みもある。	
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	年1回のセルフチェックや副理事長との意見交換会を実施。管理者はチーム会議、ミニカン、職員ノート等職員が気軽に意見が言えるような雰囲気作りにも努めている。職員からの意見を聞き、ケアに反映させるように努めている。	管理者は各職員からの日常業務や支援方法に関する率直な提案や気づきを尊重する姿勢を維持している。また、職員ノートに具体的な改善事項等が寄せられ、検討がなされている。	
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	法人内で元気ハツラツ賞など表彰制度を設けたり、人事考課で個々の努力や実績、勤務状況を把握、評価して向上心を持って働けるよう支援している。		
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	法人年間研修計画や、法人外の研修会の知らせなどを回覧し自主研修の機会を促している。年間目標を立て、目標に向け努力できる環境作りや職員個々に学んでほしい内容があれば積極的に声を掛け、研修に参加できる環境を整えている。		
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	グループホーム協会に入会しており同業者との情報交換や相互研修などで交流を行い、認知症ケアの質の向上に努めている。運営推進会議の委員として他グループホームにも参加し意見交換をしている。		

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
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	事前面談、入居後は担当職員を中心に職員が積極的に関わり、管理者と相談しながら信頼関係づくりに努めている。入居前の状況や本人が困っている事、不安な事、要望など本人の思いと向き合い受け止めるように努めている。アセスメントを繰り返し行っている。		
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	入居申し込み時に管理者は、家族の相談にのり関係作りを行っている。入居後は管理者、担当職員が連絡を密に取り合い、希望されることを聴きながら、管理者と相談をして、希望に添うように努力している。		
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	本人や家族にとって必要な支援は何かを見極め、小規模多機能事業所やケアハウスを紹介したりしている。また、他部署にアドバイスを求めたりして対応に努めている。		
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	人格の尊重を基本とし、残存機能の維持に努め、出来る事、支援が必要な事を見極め、自立支援を行っている。家事全般を協働し穏やかな生活が送れるように支えながら関係作りを心掛けている。		
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	家族が面会に来られた時には、日々の暮らしぶりや様子をお知らせしている。家族からも新たな要望や情報を聴き、共に本人を支え合うもの同士として関係づくりに努めている。行事参加、草取り、ボランティアなど苑庭作業にも参加してもらっている。		
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	墓参りや自宅への外出支援など馴染みの人や場所との関係が継続できるよう支援している。昔馴染みの面会時には、ゆっくりと話せるように居室に案内している。季節の便りなども交換できるように支援している。	家族会が今年度再結成されており、入居者が里帰りしたり家族と外食に出かける機会が持てるように協力を得ている。入居者の知人が面会に訪れ、居室でゆっくりと談笑する機会も歓迎している。	
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	入居者同士がお互いに支えあえる場面を作れるように支援をしている。お互いの部屋へ行き来している関係を大切にしている。居室で抹茶をふるまう関係性もできている。		

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	退居された後でも、家族に来苑していただけるような関係作りに努めている。近所のマーケットなどであっても挨拶や談笑し継続した関係が出来ている。運営推進会議の委員の継続など関係性を保つようにしている。		
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	一人ひとりの思いや希望を聴き生活支援計画表に反映させている。意向を表現しにくい方は、日常の様子を観察したり、家族に再アセスメントを行い生活歴などを参考にしながら本人本位に検討している。順番に希望献立をきき週1回お昼のメニューにしている	日頃の関わりの他、アセスメント・家族の面会時、行事等の機会を利用して意向の把握に努め、記録している。把握した意向は職員間で記録や会議で検討し、今後にかすように取り組んでいる。	
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	ヒストリーシート・生活歴、エピソード、家族から聞き取りなどで把握しサービス提供に努めている。入居後も再アセスメントを行っている。		
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	日々の様子を職員それぞれが観察をし、介護日誌、個人記録などへの記録を行うと共に、申し送りで現状が把握できるようにしている。		
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・家族・職員からの情報、意見などを反映して、生活支援計画表の作成、カンファレンスを開き意向を聴いている。モニタリングは月1回行いアセスメントもしている。自立支援を基本とし出来ること、支援が必要なことを見極めながら以前の暮らしが取り戻せるような支援を行っている。	毎月モニタリングを行い、半年毎に計画の見直しを行っている。担当者会議に家族が参加し、入居者の意向も必ず把握している。入居者に適した計画となるように努め、職員間で共有しケアの実践に取り組んでいる。	
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	個人記録や申し送り等の情報、職員ノートを共有し、チーム内で話し合いをして、介護計画の作成や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	現状を見ながら、本人の受診の付き添いや、リハビリスタッフ(PT、歯科衛生士)などに来てもらい介護ケアの充実に努めている。		

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
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	近くの美容院の利用や、公民館の文化祭の見学、地域の納涼祭など必要に応じて地域資源を活用し豊かな生活を支援できるように努めている。		
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	本人及び家族の希望を考慮し、入居時から担当医との橋渡しを行いながら、本人、家族の納得できる医療を受けられるように支援している。定期往診や体調不良時は、担当医に報告をし往診に来てもらっている。看取り支援も、担当医、家族と訪問看護と共に行っている。	入居者・家族の希望するかかりつけ医を往診・受診できる体制をとっている。夜間や緊急時にも対応できる体制が整備されている。その他に、歯科・眼科・皮膚科が協力医となっている。	
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	医療体制連携加算のもと、同施設の訪問看護と契約し、連携を図っている。日常の健康面での指導を受け、健康管理に努めている。		
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。	入居者が入院された時には、入院受け入れ機関と主治医との連携で、症状が落ち着いたら、早期に退院に向けた話し合いを行っている。家族の意向も配慮しながら支援している。入院先に職員が足を運び安心していただけ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	家族や担当医、職員と連携して、入居者、家族の思いに添ったケアができる体制づくりに努めている。看取りに関しての医療意向確認及び同意書を確認を行い入居者自身にも意向の聞き取りをしている。また担当医に報告、職員全員で方針を共有している。ボランティアの方々にも状態を知らせ関係が途切れないように支援をしている。	看取りマニュアルを作成し、早い段階で意向を確認し、対応の方針を説明して書面で同意を得ている。家族・かかりつけ医・訪問看護と連携するとともに、馴染みの人も含め関係性を大切にしながら支援している。	
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	定期的に救急救命法の勉強会に参加している。また、入居者一人ひとりに対し、急変を予測し、対応を職員間で話し合っている。また急変に対しても担当医に連絡できる体制を整えている。		
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	消防署の職員に指導を受け避難訓練を行い、また地域の火災訓練にも参加している。非常用の食料、飲料水を備蓄している。いなば幸朋苑と連携を取り協力体制を整えている。地震、水害などの避難訓練も実施している。	年2回の消防訓練を実施している他、非常持出袋の中に備蓄品とともに介護用の非常食を常備して、緊急時に対応できるように整えている。地震や水害、大雨対策として自主的な訓練も実施している。	

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
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	誇りやプライバシーを損なわないような言葉のかけ方などをチーム内で話し合い実践している。DCMを受けケアの改善やコミュニケーション技法を学び人格の尊重に努めている。個人情報に配慮し事務所内で申し送りをしている。プライバシーに関わる排泄介助などの言葉かけにも配慮している。	排泄誘導等の際は、あからさまに言わないことや耳元で小声で伝える等、羞恥心に配慮した声かけに心がけている。職員は常に声かけ方法について検討して改善に努めている。	
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	本人の能力に合わせて言葉かけや声の大きさに配慮している。日常生活の各場面において、飲み物の選択など自己決定が出来るよう支援し、希望に添った生活ができるように努めている。		
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	その日の体調や精神状態を見ながら、一人ひとりのペースを大切に、本人の希望に配慮しながら、思いに添った生活ができるように支援している。入居者の中には、朝食、おやつ時等、時計を確認して自分のペースで行動が出来るように支援をしている。		
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	本人の好みを把握し、その人らしいおしゃれや身だしなみを本人、家族等と相談しながら行っている。外出時に、お化粧の習慣があった入居者には、お化粧を自分でしてもらうことや職員がする事もある。		
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	食器は本人のものを使用して頂いている。職員は入居者の能力に合わせて、炊事にかかわって頂いている。誕生日など利用者の意見を聞き、希望に添って柔軟に対応している。また、週1回、順番で入居者の希望献立日をもうけている。配膳、下膳なども出来る限り自分で頂いている。	食材の買い出しから準備、配膳、下膳まで入居者とともに行うように取り組んでいる。週1回、希望献立を取り入れ、入居者が食べたいメニューを用意するように工夫している。	
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	水分は一日1500cc以上を目安に個々の状態に合わせた量を支援している。お茶以外の飲み物は嗜好の物を提供している。食事は状態に合わせた形態のものを提供している。食事、水分が取り難い方には、嚥下聴覚士と相談しトロミ剤などを取り入れ摂取しやすくするように支援をしている。		
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	毎食後の口腔ケアを行っている。歯間ブラシの使用やポリドントで口臭衛生に努めている。自らできない方は、職員ができない部分の手伝いをし清潔保持に努めている。義歯の不適合が見られたり、歯の痛みを訴えられたりした時には、早急に歯科受診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
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把握しながら支援している。歩行が困難な方も、トイレでの排泄を支援し快適に過ごして頂けるように努めている。パッドは、出来る限り吸収量の少なく小さめなものを使用し日中、夜間の使い分けも行っている。必要な入居者には、ゆりりんを使い残尿量を測定し排泄案内時間を設定している。	残尿測定器を活用して、入居者の排泄リズムの把握に努め、排泄パターンにもとづく支援に取り組んでいる。現在、おむつを使用する入居者がいない状態を維持している。	
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	便秘薬に頼らずに、できるだけ自然排便に努めている。繊維質の食物、水分、乳製品、サンファイバーを取り入れたり、運動など個々の状態に合わせて支援している。できるだけトイレに座って排便して頂けるように努めている。		
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	生活習慣で、午後からの入浴希望が多く、入浴は午後からとしている。入浴は、週2回で入浴しない時は、更衣清拭を行っている。汗ばむ時期は、毎日の入浴も行っている。浴槽には、入浴剤をいれ、リラックスできるように努めている。	昨年度から冬場は週2回の入浴と回数を減らして支援している。これにより、入浴を望まない入居者の負担感を減らし入浴を楽しめるようにしている。また、しょうぶ湯やゆず湯等、季節を楽しめる入浴となるように努めている。	
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	日中に活動し、夜間充分な睡眠がとれるようにし、一人ひとりの生活リズムに合わせて、体調を考慮して、日中も休息してもらう場合がある。また、不眠時には、温かい飲み物を提供したり、寒い時期には湯たんぽを使い、気持ちよく眠れるように支援している。定期的なシーツ、パジャマ交換や布団干しなども実施している。		
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	処方箋を必ず読み、薬の目的、副作用、用法や用量を確認して、医師の指示通りの服薬を行っている。担当医とも連携を図り、薬の必要性についても検討を行っている。また、服薬後の変化についても確認し担当医に報告している。錠剤が飲み込みにくい入居者には、粉薬に変更してもらうなどの配慮もしている。		
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	日常生活や会話の中や生活歴の中から、個々の入居者の趣味や楽しみを見つけだし、気晴らしや生きがいにつながる活動をして頂いている。個々の能力や希望に応じた役割を持ち、張り合いのある生活をして頂けるように支援している。一日の出来事を日記に書き読み返すことで記憶の呼び戻しを行っている。		
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支援している	天気の良い日には、買物に同行して頂いたり、苑庭を散歩している。また、家族と墓参りや買い物、外食、散歩などにいつでも出かけていただけるように声かけを行い定期的な外出をしていただいている入居者もいる。行事外出の時は、ボランティアやご家族に同行をお願いし全員で外出する事もある。	日常的には、みんなで散歩に出かけたり、職員とともに食材の買い物に行くようにしている。また、家族やボランティアの協力を得て、季節毎の年中行事に出かけている。個別に墓参りや里帰り、家族と外食に出かける機会が持てるように取り組んでいる。	

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	買物の希望があれば、一緒に出かけて買い物をする支援も行っている。また、希望の品物を頼まれて職員が購入する支援も行っている。業者に品物を持ってきてもらい自分で選んで買うときもある。		
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	外からの電話を取り次いだり、本人の希望があれば電話をかけるよう支援している。年賀状などは、職員が手助けをしながら自記筆で名前を書いていただいている。葉書などの返事も姉妹に出し交流している。		
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	照明は、やわらかい色彩にしてありフロアは季節に応じてレイアウトしている。食事中などは、軽音楽を流したりしている。また、苑庭に咲いている季節の花などをフロアに飾っている。トイレは、ウォームレットやウォッシュレットの設備が整っており快適に使用できるようにしてある。	玄関やフロアは採光がよく、季節の花や入居者とともに作った作品が飾られている。テレビを囲むようにソファを置いたり、廊下にも応接セットをしつらえ、くつろぎやすい空間づくりに努めている。	
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	居間や廊下にソファ、イス、テーブルを置き、一人で寛いだり、入居者同士で会話をしたり、テレビを観たり、新聞を読んだりできる場所を提供している。		
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、本人の使い慣れたタンスや鏡台、家族の写真、花などを置き、安心して暮らせる居心地のよい空間となるように支援している。また、姉妹からの絵手紙や、プレゼントなども飾りいつでも見れる状態にしている。	タンスや鏡台、家族の写真、若いころの作品等、自分の思い思いのものを自由に持ち込んでいる。また、居室内に温湿度計を置き、快適性に配慮している。	
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	衝撃吸収マットや廊下、トイレ、居室の手すりなどを要所に設置している。また、部屋のドアに名前や写真を貼り、自分の部屋が分かるように工夫し自分で出入りができるようにしている。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホームはまさか

目標達成計画

作成日: 平成 28 年 3 月 7 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	20	季節に応じて行事外出は計画しているが、一般的に外出の頻度が少ない現状がある。	利用者が社会とのつながりを保つことや、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に外出の機会やアクティビティな関わりを多く提供できる機会を作る。	①個別ケアとして、入居者がそれぞれに外出の機会を3か月に1度以上のペースで持てるように各担当者が計画を立て、ご家族にも協力を得る。 ②毎日、余暇時間を利用した個別ケアの実施。	24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、行を挿入して下さい。