

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	0892100041		
法人名	(株) アリア		
事業所名	グループホーム木守 杏ユニット		
所在地	茨城県ひたちなか市高野字堀向132-1		
自己評価作成日	平成26年9月30日	評価結果市町村受理日	平成27年2月2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/08/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&JigyosyoCd=0892100041-00&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26年11月12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)】

当施設は家庭的な環境の中で生活していく事を基本理念に上げており、敷地内の庭の手入れなどをスタッフと一緒に近い近隣の方々とお話をしたり地域の中で活動するグループホームの存在意義を念頭に置きたいと考えており生活の中で住民の方々と関わりを持てるよう努力しております。また利用者の「出来る事」に視点を置きながら自立支援に向けた取組みに努めており、それを踏まえたスタッフの知識、技術の習得を目指し統一したケアを心掛けております。更に医療機関との相互連携に努め、利用者の体調の変化に早期に対応出来るよう努めております。

【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)】

家庭的な雰囲気作りに配慮している。その人らしさを大切に、利用者の意向をくみ取りながら関わっており、以前の生活をそのまま継続できるような外出や時間、ペースに沿った支援をしている。敷地内に庭には季節の花が植えられており、外気浴や散歩・庭の手入れ等の際に季節を感じられる。利用者のできる事をスタッフで情報共有し、支援に努めている。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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	「理念」を掲示し朝礼にて読み上げ、地域の中で共に生活していくという意味を全スタッフが常に心掛ける事が出来るよう確認しながら日々のケアに取り組んでいる。	朝礼で毎日唱和している。定期的な会議等でも、全スタッフに共有の理解をするため確認をしている。創設時に施設長とスタッフで検討し作った理念であるが、施設長が変わった際に再検討し、変更はなかった。	
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	地域の一員として自治会行事に参加、また施設行事に参加して頂いたり、お中元やお歳暮など日々の家庭で行われているお付き合いなど日常的な交流も心掛けている。定期的に除草作業等も協力頂いている。	自治会へ加入し、お祭り等互いに行事を知らせ、参加している。イベントには近隣の方の参加もある。ボランティアで除草作業の協力をいただいている。	自治会・近隣との密な関係作りを進め、地域へ認知症ケアの施設・専門スタッフがいる等アピールしていただき、近隣へ専門施設としての理解してもらう努力に期待する。
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	地域の夏祭りの参加や学生ボランティアの受け入れなどを通し、認知症の人の理解や支援の方法を知って頂く場を設けている。		
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	運営推進会議を通し自治会や民生委員との情報交換や地域、行政との連携を図っており、意見をサービス向上に活かしている。	自治会長、民生委員、市役所職員、利用者、家族が参加され、議題はその都度変更している。新しい自治会長、民生委員に対して認知症や利用者の状況等、施設への理解に繋がる話をしている。	
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	市町村担当者や地域包括支援センターとの連携を図っており、市からの入居受け入れ等にも協力体制を整えてある。また利用者の状態に応じて相談をし、指導、助言をいただいている。	市の担当者や地域包括との連携があり、市からの意見・要望がある。高齢福祉課との連携は少ないが、生活保護課より問い合わせ、意見や要望が多くある。	
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	全スタッフが研修で身体拘束の内容とその弊害を正しく理解できるよう努め、施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。新人スタッフには個別にOJTを実施し指導に当たっている。	年間計画の内部研修に組み込まれ、マニュアル化されており、その都度臨機応変に対応している。経験のないスタッフには個別に指導し、理解へ向けた努力をしている。	
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	虐待の防止については管理者を中心に見過ごされる事のないよう注意し、予防・防止に努めている。また定期的に研修を行う事で全スタッフに徹底している。		

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	OJTにおいて理解を深め、必要な場合はそれらを活用し、支援して行けるよう体制を整えてある。		
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	契約時には利用契約及び重要事項の説明を行い、また改定時には文書にて家族に送付している。疑問点などがあつた場合理解・納得を得られるまで十分な説明を行っている。		
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	苦情・意見については、面会時及び電話や手紙にて常にコミュニケーションを図り意見や要望等が言いやすい雰囲気作りを努めている。また施設内だけでなく外部での苦情相談の窓口についても提示し契約時に説明を行っており、市町村の介護相談員からも定期的に意見や助言を頂き運営に反映している。	面会時や電話、手紙やメール等で家族とのコミュニケーションを図り、意見や要望が言いやすい環境作りをしている。家族より要望は少ないが、早めの車椅子使用を希望された家族もいる。	
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	スタッフの意見や提案については、定期的にミーティングや会議にて取り上げ、可能な限り運営に反映させるようにしている。また代表者は常に運営上の問題点等細かな点においても相談しスタッフの意見・提案に関して耳を傾ける姿勢がある。	管理者は定期的な会議や随時、職員が意見や要望を言いやすいよう細かな配慮をしている。スタッフの意見や提案は改善や実行に繋がられ反映されている。	
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	スタッフの勤務状況を把握し適切な人員を配置すると共に、環境に注意しながらスタッフ間の人間関係を常に把握するよう努めている。また常に両ユニットで情報の共有をしており状況に応じユニット間で助け合うことが出来るよう努めている。		
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	管理者が中心となり定期的に勉強会を行っている。また外部研修についても可能な限りそれぞれの力量に合った研修に参加出来る様、配慮している。		
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	同業者との情報交換・困難事例等の意見交換を行い、サービスの質の向上に努めている。		

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
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	本人、ご家族や担当ケアマネジャーを通し情報提供を事前にして頂き、入所後引き続き情報収集を行い全スタッフが情報の共有をする事で安心して過ごす事ができるよう努めている。		
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	入居前の生活状況をご家族に確認しながら不安な所や要望などを聞き信頼関係が築けるよう努めている。		
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	相談者の思いをゆっくり聞き、他のサービスが適してる場合、必要に応じて助言等支援出来る様努めている。		
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	コミュニケーションを取りながら、具体的な生活歴、個人史等を理解し、人生の先輩に対する礼節を持って支えあう関係性を築いている。		
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	面会時に状況報告をしコミュニケーションを取り、家族と共に本人を支える関係を築いて行けるよう心掛けている。遠方のご家族については手紙や電話にて状況を報告し本人と家族の絆が疎遠にならないよう気をつけている。また通院を含む他の外出等についてもご家族と相談を行い協力しながら支援している。		
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う、支援に努めている	利用者の好みの物(洋服・家具・TV番組等)を理解し、これまでの人生の継続性を重視した支援に努めている。また本人の意思を大切に、なじみの店や美容室等を利用出来る様、ご家族にも協力していただいている。	利用開始時に利用者、家族より聞き取りをしている。家族や親せき・友人などの面会があり、スタッフが対応する他にも、家族の協力をえて馴染みの美容室や自宅などへ外出している。	
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	利用者の人柄や性格・認知症の程度を把握し、ホールでの座席の位置を考慮したり、より良い関係作りや支え合いが出来る様な支援に努めている。		

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	サービス利用終了後もいつでも気軽に相談できることを伝え、関係を断ち切らない付き合いを心掛けている。		
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	具体的な暮らし方の希望・意向を把握できるように努め、出来る限り本人のペースに合った日常生活がおくれるよう支援している。困難な時も本人の立場に立ち、検討するよう努めている。	利用開始時に聞き取る他、日々利用者の思いの把握に努めている。困難な方には家族からの情報や表情などでくみ取り、その人に寄り沿うような対応を心掛けている。	
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	ご家族や担当ケアマネジャーから事前に情報収集を行い、入居時には本人も含めて面談をし状況の把握に努めている。		
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	個人の状況を把握出来る様に、受け入れの段階で出来るだけ情報収集し、サービス計画担当者会議等含めケアカンファレンスを行いケアの統一性を図れるよう努めている。		
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	生活の中での本人の言動や家族からの要望・主治医からの助言や指示等を踏まえスタッフを含めアセスメントを行い介護計画を作成している。また、定期的なモニタリングを実施し状態の変化に応じて見直しを行っている。	本人や家族からの意向をくみ取り、介護計画に沿ってポイントを別紙にまとめている。独自の様式を作成し、記録漏れが無いように気を付けている。アセスメントは担当者の情報を元にスタッフで検討している。	
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	個人記録・業務記録等に介護計画の実施経過を記入している。また薬の説明書などを個人別にファイリングしスタッフ間で情報の共有が出来る様統一している。		
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	本人の言動や家族面会時等にご家族からの要望等を聞き入れ、利用者・家族の決定を重視し出来る限り柔軟な支援が出来る様努めている。		

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	自治会等の協力等で、定期的なイベントなどにも参加しており、地域の美容室やボランティア等の協力なども得られている。		
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	提携医療機関の訪問診療が月2回あり緊急時を含め24時間対応となっており、状態に合わせた往診も対応してもらっている。また本人・ご家族の希望する医療機関での受診においても可能な限り対応している。	提携クリニックは緊急時24時間対応で、日中の対応は受診に行くことが多い。希望される他の病院・他科受診は家族付き添い又はスタッフが対応。生活保護の方はスタッフが対応している。	
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	提携医療機関より月2回、看護師による居宅療養管理指導があり、健康管理及び状態の変化があった時はその都度相談出来る体制を整えてある。		
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。	入院期間に応じてリロケーションダメージを最小限に軽減できるよう医療機関との相互連携に努め情報交換している。また、退院後の支援についても医療機関から助言・指導を頂いている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居契約時に、重度化や終末期に向けた施設の方針について十分に説明し重要事項説明書に記載している。また施設の方針をスタッフ全員で共有し、状態の変化に対応した支援が出来る様努めている。	看取りはしない。利用開始時に重度化や終末期、緊急時等の施設方針を説明している。利用者・家族の希望を聞き取り、状態の変化時には確認を行っている。スタッフは情報を共有し、状態変化時の対応等はマニュアル化されている。	
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	緊急時対応の方法については、各ユニットに掲示されておりそれに沿った対応を行うようにしている。定期的にはOJTを行い、実践力を身に付けていけるよう努めているが全スタッフが臨機応変な応急手当を出来るまでには至っていない。		
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	災害緊急時の連絡体制が出来ており火災時には火災通報装置作動により自動的に近くのスタッフに火災発生時の連絡が行くようなシステムになっている。また、敷地内の非難経路の環境整備を行い災害に対応出来るようにしている。	年に2回実施しており、消防署立会いや夜間想定も行っている。災害時マニュアルを独自で追加作成している。避難口より隣の広場への避難経路の確保や段差に簡易スロープの取り付けされている。	

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
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	施設の基本理念を常に心がけプライバシーに配慮し、言葉遣いや対応に注意するよう努めている。またプライバシーや個人情報に関しても責任ある取り扱いを理解している。	利用者それぞれへの配慮・声かけを重視し、言葉かけや対応には注意がはられている。個人情報等は個別に同意書を取っている。	
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	スタッフの自己判断ではなく必ず相手に確認し意見を伺うよう、言葉掛けを意識する指導に努めている。		
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	スタッフ側の都合を優先するのではなく、本人の意思を尊重し利用者一人ひとりのペースで生活が出来るよう支援している。		
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	定期的に地域の美容室に訪問して頂き利用者の希望に沿ってカットをしてもらっている。馴染みの美容室がある場合はご家族に協力して頂いたりスタッフが付き添い外出支援を行っている。		
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	食事は楽しい雰囲気の中で会話を挟みながら行う様にし、食事のペースを乱さない配慮をしている。また、可能な利用者については調理や後片付けも一緒に行っている。	個人に合わせて声かけをし、食事の時間やペースに配慮している。事前に好み等を把握し、形状や味付けの個別対応やメニューの変更もしている。調理や配膳・下膳など可能な限り利用者にも行ってもらう。	
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	食事摂取量・水分量に関しては個人記録や業務記録に記載し毎食チェックを行っている。また嚥下・咀嚼が困難な方に関しても栄養士と相談し食事内容や調理法を工夫しながら支援している。		
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	食後の義歯洗浄や歯磨き・うがいにて口腔内の清潔を保つように声掛けをしている。また、定期的に訪問歯科診療にて口腔ケアをもらいながら適切な助言・指導をもらっている。		

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
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	排泄パターンを記録・把握し状態に応じた支援が出来るよう努めている。ポータブル使用の方に関しても段階を踏んでトイレでの排泄が出来るよう支援している。	自立・介助の様式を変えて記録している。利用者の希望を考慮しながら見守り、自立へ向けた支援をしている。以前ポータブルトイレを使用していた方がいたが、現在トイレ誘導となっている。排便確認を毎日行い、排便コントロールにも力を入れている。	
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	一人ひとり排便管理を行い水分等や乳酸菌等が不足しないよう心掛けている。摂取量の不足が見られる時は主治医・看護師に相談し生活改善の為の助言等を頂き支援に努めている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴は毎日、好きな時間に入る事ができ、安全を考慮した範囲内でゆったりと入浴でき、本人の希望、身体状態に合わせて調整した入浴支援がされている。	毎日入浴ができるが、一日おきの方が多い。介助量の多い方もリフト浴や2人介助で入浴し、拒否がある方へも時間を変えるなどの工夫をしている。入浴出来ない場合は清拭対応している。季節のゆず湯等も行っている。	
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	居室やソファなど、本人が自分で選択し、いつでも休息が取れるようになっている。		
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	薬の目的や副作用等の正確な情報の把握に努められるように処方薬の説明書を個人別にファイリングし、スタッフ間で共有している。また朝、昼、夕食後、就寝時分の薬には日付けが記載されており確実な服薬確認に努めている。		
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	一人ひとりの生活歴を参考にし食器拭きや洗濯物たたみなどを一緒に行い、日々の暮らしの中で役割、楽しみごとなどの気分転換や庭作業など、利用者の主体性を大切にしながら支援を行っている。		
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	天気や体調に考慮し、ドライブや買い物等の外出支援が出来る様努めている。又、地域のイベント等にも計画を立て出かけられる機会を作っている。	年間計画で花見に出かけたり、車椅子の方も花観賞等で庭での外気浴をしている。個々に配慮し、毎日のように誰かが散歩や買い物、ドライブをしている。外出や観劇などは家族に協力を得ている。	

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	希望に応じて個人管理されている方、事務所管理により必要に応じて支払いをされている方等契約時に本人・家族と相談し買い物の支援を行っている。		
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	手紙や電話の利用に制約はなく、電話など、いつでも自由に掛けることができる。内容についてはある程度把握するように努めるが、プライバシーに配慮しつつ支援している。		
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	一般的な設備の中に、華美な装飾をせず季節感のある小物や庭の草花などを配し、あくまでも家庭的な雰囲気作りに努めている。又、いつでも清潔感のある共有スペースとなるよう心掛ける。玄関などには季節の花やタペストリー等を飾り常に季節を感じるようにしている。	共有スペースには季節感がある小物等が飾られ、清潔感もあり整理整頓にも気を配っている。花は花粉症の方もいるため、テーブルには飾らない。庭の植木鉢は毎月季節を感じる花等を植え替えている。写真や作品も飾られている。	
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	リビングや玄関ホールのソファ等配置を工夫し利用者の趣味、趣向を考えて楽しめる空間作りをしている。また気の合った利用者同士で会話が弾めるようにリビングの椅子の配置等も考慮している。		
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	使い慣れた家具類を持ち込み、本人、家族と相談しながら入居前の生活に近い雰囲気づくりを心がけている。また居室のネームプレートは本人の希望に応じて付けるようにしている。	使い慣れたもの等の持ち込みは利用者・家族にまかせているが、ベッドは備え付けとなっている。衛生面に配慮しており、個別対応にて湿度、室温の調節をしている。	
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	利用者本人の出来ること・出来ないことを見極め、援助すべきところはプランに反映させ、個別的に声かけや誘導により混乱を避け安全に過ごせるよう努めている。		

(別紙4(2))

事業所名:グループホーム 木守

目標達成計画

作成日:平成27年02月01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	自治会・近隣との密な関係づくりを進め、地域へ認知症ケアの施設・専門スタッフがいる等のアピールを行い、近隣に対し、専門施設として理解いただけるような施策。	当施設が地域の中で活動していることが周知され、認知症をもつ高齢者に対する専門的なケアを提供していることが理解される状態。 また、地域から、認知症に対する啓蒙の一助となる活動を求められ、実施できること。	現在でも施設の運営推進会議において各機関(自治会を含む)に対し、2ヶ月に一度、施設の取組を紹介する「木守レポート」を作成し、配布している。 今後は、情報の発信と並行し、地域の声を聴く活動を行い、双方向のコミュニケーションが図られる環境をつくりたい。	10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、行を挿入してください。