

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	0891100018		
法人名	有限会社 バウム・ドルフ		
事業所名	グループホーム舞夢		
所在地	茨城県常総市古間木1054-4		
自己評価作成日	平成28年10月31日	評価結果市町村受理日	平成29年5月19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_2011_022_kani=true&JigvsoyoCd=0891100018-00&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28年12月14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)】

<p>1. 4つの理念を常に意識し本人の意思や家族の希望に沿うよう心掛け支援している。 2. 看護職と介護職とが連携し、健康状態の把握と感染防止などに努め早期対応している。 また、転倒や誤嚥などの事故防止も努めている。 3. 毎月勉強会を行ったり外部研修等へ参加し、質の向上に努めている。</p>

【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)】

<p>代表が今まで培ってきた看護師としての経験を活かし、介護に取り組む姿は職員にも共感され、お互いが、事業所の4つの理念を共有し、利用者の尊厳と個別支援を重視し、その人らしい生活の場を提供している事業である。勉強会・外部研修の参加(費用は事業所負担)を促し、ケアの質の向上に努めている。利用者の表情や様子から健康状態や精神状態を把握し異変の早期対応につとめており、家族からの信頼度は高いと感じた。工場団地に隣接している施設の為、地域に積極的に出かけ交流を深め、認知症に対する理解に努力している。今までも勉強会の講師として出かけていたが、今後は地域ケアシステム会のランチを発足し介護予防に取り組んでいく予定で、地域との交流が深まることを期待したい。子供神輿がホームに立ち寄ってくれて、毎年利用者は子供にアイスを渡して一緒に食べたり、集合写真を撮るのを楽しみにしている。</p>

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 3. 家族の1/3くらい 4. ほとんどできていない
57	利用者職員が、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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんどいない	66	職員は、生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 3. 職員の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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している (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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 家族等の1/3くらい 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々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 3. 利用者の1/3くらい 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	名札の裏に理念を携帯し、施設内に掲示して常に共有し実践するように取り組んでいる。	地域密着型サービスの意義とその人らしく生活を過ごすための4つの理念を作成し、玄関入口・休憩室に掲示、名札に携帯。ケア提供時にその理念を代表・職員ともに共有し、実践につなげている。現場で気づいたときやミーティング等で代表から話があり、確認している。職員は利用者の思いを受け止め、日々楽しい生活が送れるようコミュニケーションを大切にしているという話があった。職員の問いかけに利用者は笑顔で応えていた。	
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人として日常的に交流している	施設の立地環境により、日常的な交流はできていないが、定期受診や美容室へ出掛け地域の方と触れ合っている。また、子供会の御神輿祭りや夏祭り、小学校の運動会などのイベントで交流を図っている。ボランティアの方が定期的に訪問してくれる。	立地環境から日常的交流は難しいが、定期的な受診や買い物に出かけ、地域の方と挨拶を交わしたり、しばし歓談を楽しんでいる。子供会のおみこしが来てくれるので、利用者は毎年楽しみ(アイスの子供に利用者から渡し、一緒に食べている)にしており、表情が一段と明るくなる。ボランティア訪問は、はるばる群馬から来てくれて、歌詞をアレンジして(ハーモニカ歌等)利用者参加型で楽しんでいる。施設長が講師として年5回ほど介護予防・認知症等の研修に向かっている。	
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	施設を開放しているが立地環境や地域の住民の高齢化に伴い、訪問していただけない状況であるため、地域住民の集会等へ積極的に働きかけ、講話など企画している。		
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	行政、自治会長、家族代表、民生委員等が参加し、2ヶ月毎に開催している。サービス内容や介護事故などの報告及び改善点などを協議している。内容については、管理者が職員に伝達し共有している。	自治会長・民生委員・家族代表(各ユニットから毎年交代)・行政・事業所担当者の構成メンバーで開催し、サービス内容・実地指導結果・外部評価・避難訓練・ヒヤリハット等について報告し、席上出た意見を協議しサービス向上に活かしている。家族には家族会で職員にはリーダーが伝えたり、施設長が会議等で報告し共有している。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	何か疑問や問題が生じた時には、担当者と連絡を取り合ったり、2ヶ月毎の運営推進会議に出席して頂き、実情を伝え協力を依頼している。生活保護担当者と常に連絡を取っている。	担当課(介護福祉課・地域包括センター)と連絡を密にとり良好な協力関係を築いている。行政主催の介護保険事業所の連絡会に参加し情報交換を行っている。小学校の運動会見学に出かけている。公民館で開催される勉強会やフォーラムに講師として参加している。今後、地域ケアシステム会を発足しランチ(介護予防等)を開催予定。グループホーム連絡協議会はあるが、活動が薄いため内容・レベルアップしていきたいとの事。	
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	身体拘束をしないケアを実践しており、過剰な施錠をしないためにセキュリティ機器を設置し、安全と安心を提供している。勉強会を行い職員の意識の向上に努めている。	勉強会を実施し職員は身体拘束となる行為・弊害を周知し利用者の安心・安全に向けたケアの提供に取り組んでいる。施錠はせず(セキュリティを敷地内に網だ)センサーや飼い犬の鳴き声で人の出入りを把握している。外出傾向が見られた場合は話をしたり、一緒に出掛け、不安解消に努めている。車いすに座ったまま・スピーチロック・おむつも拘束になることを職員は周知している。	

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
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	身体に及ぶ虐待のみならず、言葉遣いや車椅子・オムツの使用に至るまで個人の尊厳に反する行為全てが虐待である事を全職員に指導し、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	権利擁護や成年後見制度などについての勉強会を行い、職員の知識を高めている。		
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、重要事項の説明を行い同意を得ている。又、改定時にも書面で説明し同意を得ている。		
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	面会時には必ず入居中の状況をお知らせし要望など伺ったり、家族会や運営推進会議等で意見や要望を伺っている。また、施設以外の苦情窓口を照会している。	面会時・家族会(年3回お茶会・昼食・夕食を一緒に食べながら交流)・運営推進会議等で意見を必ず聞いているが、運営に関する要望はほとんど無い。行政からおむつ等の袋売りはだめだと指導を受けたので家族に説明したが、不満の家族もいる。ケアに対し家庭菜園が趣味だった利用者が生き生きと畑仕事にかかわっている姿に感激しているという話があった。意見箱の設置・第3者機関名・電話番号を明示し意見の言い出しにくい利用者・家族に対し配慮している。	
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	業務や職員の問題などについて話し合い、月例の勉強会にて業務の改善や意見など聞き、改善策を話し合っている。。	ユニット会議・管理者会議で職員の意見や提案を聞く機会を設けている。現場の気づきはリーダーと相談し改善している(業務ローテーション・失禁が多くなった利用者の対応→すぐに改善)。職員の外部研修・資格取得に向けた費用は全額事業所負担し、レベルアップに向けた支援を行っている。代表は現場に入っているため職員の悩みや苦勞もわかってくれ、その場でなんでも言い合える関係だと職員から聞いた。	
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	個々の努力や勤務状況に応じて定期昇給の他に、年2回の賞与(パート職員に対しても)を支給している。介護職処遇改善加算は、毎月別途支給している。		
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	職員が主体的に毎月の勉強会を企画したり、認知症ケア学会や外部研修などに参加できるよう勤めている。出張費については、全額負担している。		
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	グループホーム連絡会で他事業所との交流を図り情報交換を行うことになっているが、積極的な活動が出来ていない。今後も働きかけていきたい。		

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
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	介護支援専門員やご家族から情報を得たり、訪問し面接することで状況を把握し、受け入れ対応している。また、入居後は常に視線をあわせ傾聴し、ご本人から話せる環境を作るよう心がけている。		
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	介護する上での不安や要望等をよく聴き、何を求めているのか理解し、事業所が提供できるサービスを提示している。また、入居後は些細なことでも報告相談をさせていただいている。		
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	現在困っていることや要望等についてよく話を聴き、ご本人の心身の状態状況を確認し、在宅での介護継続の可能性があれば、提供できるサービスを提示しケアマネと相談するようにしている。		
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	これまでの生活リズムにより近い環境を提供できるよう努めている。「寄り添う介護」を基本に、常に一緒に生活を共にし、安心して暮らせる環境を築いている。		
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	毎月1～2回以上は面会に来て、ご本人と触れ合う時間を作っていたい。又、ご家族が訪問しやすい環境づくりに努めている。		
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	小学校の運動会や夏祭りなど近隣の行事に参加したり、美容室に出掛けたりしているが、それぞれ住む地域が異なるため、馴染みの人や場との関係継続は難しい。	最低でも家族の面会は月1回ある。馴染みの人との関係継続は年賀状・家族会の案内葉書等で途切れないように支援している。家族以外に友人・同僚が訪問してくれることもある。なじみの美容院・天満宮に出掛けたり、家族の協力を得てお墓参り・外出・外泊・法事・旅行等に出かける利用者がいる。石下のお団子が食べたいという要望が出たときは提供している。	
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	同年代や趣味など気の合う同士と一緒に生活できるよう配慮している。しかし徐々に重症化してきているため、会話も一方通行になるなど関わり合える関係も希薄になってきている。		

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	他施設へ転居されたり入院や死亡などで終了されたため、継続的なフォローは難しいが、ご家族のほうから訪問して下さったり、電話が入ることもある。		
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	入居時や家族の訪問時に、ご本人ご家族の意向・要望などを伺い把握に努め、日々のケアに生かすよう努めている。	日々の会話や様子から希望や意向を捉えて、全職員で共有し統一した支援に取り組んでいる。どうしたいのかと聞き、不明な時は選択できるような問いかけをしているが、困難な場合は表情・様子から察知し、本人本位に検討している。出来たことが、出来なくなってきたり、残存機能維持(足ふみ・フライング体操等)に向けて、やる気を出してもらえるような働きかけを工夫している。野菜の種まき・苗植え・収穫は利用者の得意とするところとなっている。	
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	介護支援専門員やご家族からの情報やこれまでの暮らしや歴史などを把握するよう努め日々の対応に生かしている。		
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	生活の中で出来ること、見守りが必要なこと、介助が必要なことなどを見極め、個々の状況に応じて支援している。		
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	立案した個々の介護計画を、ご家族に提示し要望や助言などを頂き反映している。又、職員の意見も参考にしている。利用者申し送りノートに伝達事項を記入し、対応の漏れなどが無いようにしている。	利用者・家族の意見を聞き、カンファレンスで利用者の課題とケアのあり方について話し合い、ケアプランを作成している。作成後は家族に説明し同意を得ている。家族にはケース記録を見てもらい、気づき・提案を聞くようにしている。前回の評価から目標達成に向けたケアの提供内容を記録するように取り組んでいる。モニタリング・評価は職員に聞き、施設長が行っている。	
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	各勤務帯でご本人の様子がわかるように個別記録を記入し、問題となる事項については情報として介護計画に取り入れられたり現状の中ですぐ対応したりしている。		
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	利用者申し送りノートを活用し一人ひとりのニーズに対応できるよう努めている。		

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	定期的にボランティアの方が慰問してくれる。		
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	ご本人ご家族が信頼している医療機関に受診するか、施設のホーム医へは、看護師が付き添い月1回以上定期受診をしている。他医療機関の場合も、主治医へ近況報告をさせていただき内服薬などの検討をしている。また、歯科受診し齲歯や義歯の調整なども行っている。終末期は、訪問医師が月2回訪問診療し、看取りまで支援してくれる。	かかりつけ医受診は利用者の希望する医療機関(家族付き添いの場合は情報提供)で受診をしている。ホーム医には施設長・看護師が付き添い月1回以上の定期受診をしている。いずれの場合も報告をし合い、ケース記録と利用者連絡帳に残し(処方箋変更等)全職員で共有している。歯科・専門医の受診も可能である。	
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	日常の健康チェックで変化が見られたり、食欲、尿量、便通、睡眠、活動など日常生活上の情報を看護師に伝え、必要な処置や対応が遅れないようにしている。		
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。	日頃から医療機関の支援相談員と情報交換を行い、いつでも必要な対応をしていただけるよう関係作り心がけている。又、長期入院にならないよう早期退院の受け入れも積極的に行っている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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	ご家族とご本人の現状を話し合い、また、主治医の見解も一緒に確認できるような場を設定して、いくつかの選択肢を提示させていただいている。最終的には、ご本人ご家族の意思を尊重し意に添うことができるよう支援している。	契約時に看取りに関する説明を行い、重篤時に医師から説明を受け、いくつかの選択肢から選んでもらい、同意書を取り交わしている。訪問医師と連携をとりながら、利用者・家族の意思を尊重し、最後の旅立ちのお手伝いを他の利用者に配慮しつつ全職員で取り組んでいる。職員からは施設長・看護師からアドバイスを受けられるので戸惑いや不安はなく、自分が出来ることを全力で取り組んでいるという力強い言葉と、旅立った利用者に対して最後まで一緒にいてくれてありがとうという感謝の言葉が聞けた。	
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	全ての介護職員が実践力を身につけるまでには至っていないが、月1回の勉強会など適宜注意することや対応など勉強している。		
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	地域消防署から指導をいただきながら、年2回以上の避難訓練を行っている。また、水害に備えハザードマップを参考に近くの避難場所を確認したり、災害時の備蓄等も行っている。近くの24時間稼働の会社に協力依頼をしている。	消防署指導・自主訓練(設備会社と一緒に)を年2回実施(夜間想定・消火器使用・緊急通報システム・連絡網・避難経路確認・利用者行動・水害ハザードマップから避難場所確認等)利用者が安全に避難できる方法を職員は身につけている。近隣の24時間稼働の会社の総務・守衛に協力依頼(連絡網の中にある)をしている。備蓄品・緊急持ち出し用品は整備している。プレーカーについては次回消防署に確認をする。	ハザードマップを参考にした避難場所までの避難方法の確認や小さい事故の対処方法を職員間で検討し、すぐに対処できるようにマニュアルを作成して車内に整備することが望ましい。

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	人格尊重のため出来るだけ苗字を呼び、謙虚な態度で対応するよう努めている。	理念に掲げている人としての尊厳を心掛け、声掛けや対応はほこりやプライバシーを損ねない対応を実施している。書類関係の保管場所・情報開示に関する同意書を取り交わし個人情報の保護に努めている。	
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	常に「どうしたいのか」を必ず伺い、不明な時はいくつか問いかけ、決定できるよう働きかけ、職員の場合で決めないようにしている。		
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	業務優先ではなく、個々に応じて対応するように努めているが、状況により入浴など都合で調整してしまうこともある。また、無理やり同じレクリエーションに誘ったりせず、一人の時間も持てるよう個人本位を大切にしている。		
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	基本的に衣服の選択はご本人にして頂き、気温などに合わせて職員が考慮している。定期的に美容室へ出掛けたり、化粧品やクリームなどこれまでと同じく利用していただいている。		
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	可能な方には、調理を一緒にしていただいたり、盛り付けや配茶、片付け、食器洗いなど個々に応じて行っていただいている。	栄養士がたてたメニューの食材を施設長が買出しに行き、可能な利用者と一緒に調理・盛り付け・下膳・食器洗い等を行い、利用者の得意分野を見出し、やりがいに近づけている。職員も同じテーブルを囲み見守り支援を行いながら、会話のある楽しい食事風景であった。外食やほとんど毎日の手作りおやつ(ホットケーキ・団子・茶巾絞り・蒸しパン・ドーナツ・水ようかん・ミルクゼリー等)や誕生のケーキは利用者の楽しみとなっている。利用者の状態に応じた形態で提供している。茶碗・コップ・箸は個人用を使用していて、職員が戸惑っていると利用者が教えるというほほえましい光景があった。	
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	毎日のメニューは栄養士が作成。個々の嗜好や形態を考慮している。また、水分は、20~30ml/kg位は摂取していただくよう努めている。飲み物は、お茶のほか麦茶、コーヒー、ジュースなど嗜好を取り入れている。		
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に、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、口腔ケア舌ケアを行っている。必ず確認し、必要に応じ歯間ブラシを使用し介助している。また、夜間は義歯を預かり除菌を行っている。		

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
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	排泄の自立をめざして全職員が取り組んでいる。出来るだけ紙パンツより布パンツをめざして支援している。また、オムツは終末期以外使用しない方針である。	排泄の自立を目指して出来るだけ布パンツで対応している。全職員のきめ細かい配慮や排泄パターンからトイレに誘導しトイレでの排泄や排泄の自立に取り組む、改善した利用者がある。便秘解消として、食材・水分・手引き歩行・腹部マッサージ等で自然排便に努めているが、年齢的に難しい場合はドクターの指示を受けている。	
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	食物繊維の摂取や水分補給を促したり、出来るだけ車椅子移動はせず、歩行介助をしたり腹部マッサージなど試みているが、高齢や円背などの身体的理由により、なかなか改善しないケースもあり、医師の指示により下剤服用しコントロールしている		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	身体の状態に合わせ、隔日入浴援助をしているので、入浴日は決められているが希望により適宜変更している。	隔日の入浴支援(30分間ゆっくりした)となっているが、希望があれば、それ以外の入浴も可能である。入浴しない日は足浴・フットケアを実施している。リフトを整備しているが、利用者が不安がるので、職員2人体制で入浴支援を実施している。乾燥防止の為、体を洗うときは洗すぎないように注意している。季節のゆず湯・しょうぶ湯を提供し喜ばれている。皮膚感染予防対策として足ふきマットは個人ごとに取り換えている。巻き爪の利用者には施設長・看護師が対応している。着替えの準備は利用者もしくは職員と一緒にしている。	
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	ご本人の馴染みの寝具を使用し、個々に合わせて日中も午睡をしていただいたり、居室の室温や掛け物、寝衣の調整など対応している。		
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	職員がいつでも確認できるよう、一人ひとりの薬情報が閲覧できるようになっている。又、職員が疑問と思う場合は、すぐ看護師に確認したり、体調を報告し下剤などの調整を行っている。		
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	これまでの役割、例えば調理・掃除・洗濯物たみ・畑仕事(野菜づくり・草取り・花植え等)などを継続して行うことが出来るよう支援しているが、高齢重度化しつつあり、限られた方に偏りがちである。		
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	毎日散歩に出掛けたり、屋外に出て気分転換を図っているが、個々の希望に合わせて行うことは出来ていない。しかし、外食や花見など季節ごとの催し物に出掛けている。お墓参りなどご家族と出かけたり、一泊旅行などに出かける方もいる。	季節ごとの花見(桜・アヤメ・ポピー・菊)やイベント外出・外食支援(ファミレスでおいしそうに食べている写真を飾っている)に努めている。天気や体調が良ければ散歩に出掛けたりテラスで日光浴をして自然の風を肌を感じたり、五感の刺激を受けている。家族と一緒に外食や一泊旅行に出かける利用者がある。	

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	認知症のため物盗られ妄想やしまい忘れのため、トラブルとなることが多々あるので、ご家族より依頼を受けた方のみ預かり必要に応じ買い物している。現在3名所持しているが使うことはない。		
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	電話はご家族が余り希望せず、年賀状や家族会のお知らせ等を出すなどで対応している。		
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	生活感・季節感は出来る限り取り入れるよう努めている。 ゆったりとした空間を提供し、汚れ臭いなど充分注意し、不快感を与えないよう境整備している。	玄関には寄せ植えや鶴の飾り物・シクラメン等を飾り、訪問者や外出から帰ってきた利用者を温かく迎え入れる雰囲気があった。広々としたリビングは太陽が燦々と差し込み、混乱を招くような刺激は無く掃除が行き届いている。利用者の手作り品や習字・イベントの写真を飾り、写真の下には利用者本人の思いが書かれていたのが印象的であった。掘りごたつでお茶を飲んだり、一休みする利用者の姿があった。廊下には籐のテーブルセットで家族等と語らいの場の提供や疲れたときに一休みするベンチを設置している。	
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	同じテーブルや隣の席など配慮したり、個々の居室に馴染みの椅子など持参し、自由に過ごしていただいている。		
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	ご本人がこれまで使用されてきた家具や寝具などを使用していただき、誕生日カードや米寿の祝賀など飾り、ご本人の馴染みの空間を作っている。	馴染みの筆筒・鏡台・テーブル・椅子等を安全面に配慮し整備している。家族の写真・誕生日カード・米寿の祝額・目覚まし時計・趣味の草花等を飾り、居心地よく過ごせる居室となっている。掃除は主に職員が実施し清潔保持に努めている。	
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、手すりの設置などにより、自立して安全に活動できるようにしている。 飾りなどの目印ではなく、「トイレ」等字を読み認識して頂いている。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム 舞夢

目標達成計画

作成日: 平成 29 年 4 月 28 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	26 (10)	個々の課題に対するケアの仕方が統一されていない	利用者一人ひとりの課題を明確にし、目標達成するために、職員全てが同じ視点で支援し、そのプロセスが記録される。	①受け持ち担当を通し、介護計画をより具体的にし、ケアを提供した内容を記録する。 ②介護計画及びモニタリングの見直しに職員が参加し身近なものとする。 ③日々の記録を課題に沿って記録,アセスメントし課題解決できることを目指す	12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。