

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	1173800275		
法人名	特定非営利活動法人ひばりの里ネットワーク		
事業所名	グループホーム加須ひばりの里		
所在地	埼玉県加須市久下字高畑1625番地1		
自己評価作成日	平成23年4月1日	評価結果市町村受理日	平成23年5月27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.kohyo-saitama.net/kaigosip/Top.do
----------	---

【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 ケアマネージメントサポートセンター		
所在地	埼玉県さいたま市中央区下落合五丁目10番5号		
訪問調査日	平成23年4月20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)】

認知症があっても尊厳をもって地域で暮らし続けられるように支援を心がけている。その為のできるだけ社会性を失わせないということで地域との取り組み(芋掘り収穫祭、夏祭り、クリスマス会)を行なっている。ケアの質向上の為に独自の自己評価システムや職員研修にも力を入れている。

【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)】

近隣の福祉高校の実習の受け入れや、その高校生主催のミニデイサービス利用で、学校に出かけるなど、相互交流が図られ、利用者の生き甲斐作りにもつながっている。
職員同士のコミュニケーションがよくとれており、管理者にも意見・提案が言いやすく、風通しの良い職場環境がつけられている。また、業務担当者制を設け、職員が各業務を担当することで、業務の円滑化が図られ、職員一人一人が責任を持って業務に当たるなどの効果も生まれている。
H21年度の目標達成計画(運営に関する職員意見の反映)について、職員のレベルアップのためのリーダー研修や所長研修が行われたり、業務担当者制を採ることで、職務への責任感が生まれ、運営にも反映されるようになった。また(災害対策)についても、緊急防災会議を設置し、夜間想定訓練、一斉召集訓練を行うなど目標の達成がうかがえる。

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	スタッフ全員が理念の研修を受け、実践につなげている。地域密着型サービスという事で地域の方と取り組む行事を行なっている。	事業所の理念をもとに、利用者一人ひとりの尊厳を守る16項目の実践事項が作成され、日々のケアの中で振り返る指針とされている。職員も考えを理解し、人生の先輩として、利用者本位の心に寄り添うケアに努められている。	
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	芋掘り収穫祭では近所に回覧でお知らせして子供達も参加し、にぎやかでした。夏祭り、クリスマス会や日常でも踊りや読み聞かせボランティアなどが来てくれている。	地域の中学校の職場体験や福祉高校の実習の受け入れ、高校生が主催のミニデイサービスを利用するなどの交流を図っている。事業所のイベントに近隣の住民を招いたり、地域の自治会や老人会とも様々な情報交換が行われている。	
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	クリスマス会では、地域の方にスクリーンでグループホームでの暮らしを見ていただいたり、理事長が認知症サポーター講座の出席講師を行なっている。(市職員、民生委員等)		
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	町内会長、老人会長、市の職員、家族会長が出席し、活発な意見交換が行なわれている。	定期的に開催され、事業所からの報告のほか、防災対策などのテーマでは、参加者からも意見・提案が行われて、事業所運営に活かされている。会議の中で、家族会から災害対策用として発電機を購入する際の支援提案などをいただいている。	
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	理事長が市の職員や民生委員対象の認知症サポーター講座の講師依頼を受ける等、協力関係は良好。地域包括とも利用者相談等の連絡を密にしている。	運営推進会議には市担当者も出席され、事業所の実状やサービスの取り組みについて報告がなされている。また、代表が市の民生委員や職員への認知症研修などの講師も行っており、良好な関係が築かれている。	
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	職員一人一人が身体拘束や虐待に関する知識をより深められるように研修を受け、それを内部研修として全体に伝えている。	身体拘束廃止について、職員に周知徹底されており、日々の業務の中で、何が身体拘束にあたるかを考え、身体拘束に頼らないケアが実践されている。身体拘束廃止に伴うリスクについて、職員に日々注意を促し、取り組みが行われている。	
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	虐待防止研修に職員が参加をし、それを全体に活かす為、会議や研修で取り上げている。		

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
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	成年後見制度についてセミナーを開いた。日常的にも入居者が後見制度を利用しているので後見人の役割や制度の理解はできている。家族からの相談にもものっている。		
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	契約時には不安や疑問が残らないように説明をしっかりと行ない契約していただいている。		
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	家族会や運営推進会議、訪問に来られた時などにできるだけ希望を聞いて、応えられるようにしている。	利用者については、日頃の関わりの中で、家族からは面会時や計画作成時、意見交換が行われ、防災や看取りについて話し合いがなされ、ケアの質の向上、利用者の安全確保に努められている。	
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	職員がメールや電話でいつでも連絡を取れる体制があり、代表者や管理者は相談に応じている。スタッフ会議でも職員が意見を良い合い、事業所にも反映されている。	定例のケアカンファレンス時や、職員からメールや電話で代表や管理者に意見・要望を直接伝えられる仕組みが作られている。また、業務担当者制を設けたことで、以前より活発に意見・提案が行われるようになり、日々の業務や運営に反映されている。	
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	独自の評価制度を作り、それを実施して職員が向上心をもって働ける環境づくりに努めている。		
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	外部研修を受けた者がそれをさらに内部研修で発表するなど、スキルアップにつなげている。		
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	ケアマネジャーの会で情報交換をしたり、当法人で行なうセミナーに参加していただいております。お互いに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	入所前に家族や本人としっかり面接し、ADLを把握している。新規入所の方に関しては書面や口頭で申し送りを行なっている。		
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	家族からの相談、見学の段階で本人、家族の悩みを聞き心配を取り除いた上で契約、入居という経緯をとっている。		
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	初期の相談の段階で、「何を必要としているか」を見極め、入居に至るまでの段階的なサービスも踏まえて相談に乗っている。また、その為の各種サービスも行なっている。		
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	介護予防の観点からも本人ができることは一緒に行ないながら家事や趣味を継続できるように支援している。日常的に野菜の収穫や散歩、買い物などをアクティビティーとして取り組んでいる。		
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	地域と取り組む行事には必ず家族にも呼びかけ利用者と共に楽しめる時間づくりに努めている。職員も行事の意義や家族の存在を意識した取り組みを努力している。		
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よう、支援に努めている	老人会活動への参加支援を行なっている。また、家族・知人による面会時間の制限を作らず、いつでも訪問できるようになっている。	友人・知人などの面会の積極的な受け入れや手紙、電話の取り次ぎなどの支援が行われている。また、老人会への参加、馴染みの美容院の利用、趣味の囲碁仲間との交流など、馴染みの関係が途切れないよう配慮がなされている。	
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	利用者が座る座席を、関係が良好に作られるように配慮したり、アクティビティーの際にもコミュニケーションができるだけ取れるように職員が働きかけている。		

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	サービスの終了は、入院か看取りの場合がほとんど。そのような場合でも不要なものを寄付して下さったりご協力していただいている。		
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	月1~2回のスタッフ会議で利用者の希望や家族の希望を職員から出してもらいケアに活かしている。また、日々、エピソード記録として利用者の表情や言葉をとらえ、意向の把握に努めている。	一対一で接する機会を多くとり、声かけすることで、思いや意向の把握がなされている。意志疎通が困難な利用者は、今までの生活歴をもとに、仕草や表情から読み取られている。また、利用者の記録に日々の場面でのエピソードを記載し、思いや意向を知る努力がなされている。	
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	入居時に家族から聞き取った情報を元に、利用者がどのように暮らして来たかなどを記録に残し、個人ファイルにして職員全員が見れるようになっている。		
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	記録方法として、過ごし方、エピソード、健康・心身状況、(血圧、食事量、排便等)が把握できりょうにしており、一人一人の全体が把握できるように努めている。		
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	月1~2回のスタッフ会議で一人一人の利用者についてアセスメントを行ない、職員の意見を吸い上げた上で計画作成担当者がケアプランを作っている。契約医には、全利用者を定期的に診ていただき意見を伺っている。	本人・家族の要望を聴き、職員・医師・看護師の意見も計画に反映させ、チームで介護計画を作成されている。また、日常業務の中で、介護計画を見ながら、ケアを確認する習慣があり、計画の実行に役立たせている。	
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	利用者毎にサービス実施記録を毎日詳細に行なって、日々の様子や変化を職員間で共有している。読み確認したらサインを記す。		
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	デイや訪問でなじみの関係の構築から入居に至れるようにするなど、工夫している。例えばデイサービスから入居された方に、本人の「入居」へのダメージが少ないようにデイの継続をしているような対応を心がけ、今では落ち着かれた。		

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
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	ボランティアによる踊りに利用者也参加していただいている。定期的なお話会、福祉高校からのお招きにも積極的に参加。夏まつりでは近所との交流を深め、利用者豊かな生活が送れるように支援している。		
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	契約医は定期的に往診して下さっており、ご家族も安心されている。その他に家族や本人の希望があり、継続したい病院があった場合にもその希望を受け入れ、職員が受診支援を行なっている。	入居時に希望を尊重し、医療機関の選択をしていただいております。かかりつけ医や専門医の受診支援も適宜行われている。協力医との連携も図られ、利用者や事業所からの相談に応じられる仕組みがとられている。	
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	週1回訪問看護に来ていただき、利用者の健康状態を見てもらう。記録はスタッフ全員が目を通して。体調不良やターミナルケアにも協力をいただいている。		
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。	入院時には、その時点でできるだけ早くサマリの作成と提出を行ない、治療がスムーズに行くように努めている。退院時にも許可がたかなるべく早い時期に迎えに行っている。病院の相談員とはセミナーに参加していただいたり、日常的にも相談関係を保っている。		
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、事業所です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	まず、契約時に「希望があれば」と説明しておく。次に家族会では看取りを行なった方について報告をしながら徐々に心構えや意識を高めていただく。重度化した段階で医師や訪問看護の意見を聞きながら早い段階でそれらの方とご家族を交え、説明と意思の確認を行なっている。	入居時やそれ以外の機会でも、重度化・終末期に向けた事業所の方針を説明し、利用者や家族の意思も確認されている。状態が変化した場合には、早めに家族・医師・看護師等と話し合い、今後の方針を検討し、ターミナルケアについての同意を得て、対応がなされている。	
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	利用者の急変や事故発生に備えては、内外の研修で周知しているが、どんな場合にも全ての職員がしっかり判断をし、対応ができるよう起こり得るケースを想定した研修をさらに強化したい。		
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	法定で決められている年2回はもちろん、その他でも必要と思われる訓練を自主的に行なって避難体制を強化している。町内会も「何かあった場合はお互いに協力しましょう」と言ってお互いに協力している。	定期的に避難・通報訓練及び救命救急や消火訓練を行い、緊急時に備えている。また、メールでの一斉召集訓練も実施され、現状の把握に努められている。事業所には防災担当者を育成し、近隣住民への協力体制作りや呼びかけも行われている。	災害発生は予測不可能なことから、職員だけの避難誘導には限界があると想定されることから、今後もさらに近隣に呼びかけ、協力者の確保と協力体制作りなどの取り組みに期待したい。

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	言葉かけは、基本的に敬語。ご家族が面会に来られた場合には本人を尊重しながら普段の状況をご説明している。また、居室にてゆっくり面会ができるように面会者にはお茶でおもてなしをしている。外部への情報漏れも禁止を徹底している。	居室に入るときは必ず声かけをし、居室のドアは必ず閉めるよう配慮がなされている。また、排泄・入浴時など、その都度羞恥心に配慮したケアが職員に徹底されており、利用者の尊厳を守り、プライバシーの確保に努められている。	
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	自己表現や意思の表出ができる方についてはできるだけ「伺ってから」行なうように接し、表出が難しい方の場合には反応や表情をみたり、家族に伺う、エピソード記録を参考にするなど工夫している。		
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	日々の日程は大まかな事が決まっているだけで、その他の時間は、日常に「その人がしたい、できると思われる事」をアクティビティとしてできるだけその機会が作れる努力をしている。希望が表出できる方はその意思に沿い、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	身だしなみや清潔の保持という基本的な事に「気付かない」というような職員もいる(例利用者の肩に白髪があっても)ので尊厳に関わる部分を徹底したい。その上で「その人らしいおしゃれ」とは…の感覚を知ってもらいたい。		
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	日々、利用者に接する時に会話の中で「何が食べたいか」を聞くようにしている。それをメニューがかりに伝え反映している。また、季節ごとに採れる野菜を利用者と一緒に収穫し、食事に使っている。	利用者の希望に応じて、買い物・準備・盛り付け・片づけなど、一連の作業を担当していただき、職員と一緒に行われている。季節の食材を畑から収穫し、献立に活かすなどの配慮もなされており、また外食に行くなど食事が楽しみになるよう工夫がなされている。	
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	水分摂取が難しい方については毎日の水分摂取量を記録している。(食事量についても同じ)栄養については四群点数法によるメニューの作成で偏らないように努めている。法人内に栄養師がいるの意見を反映している。		
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	誤嚥や肺炎の防止の為にできるだけ毎食後の口腔ケアを行なっているが、認知症の方の場合には本人に負担になる事があるので、利用者の状態を注意しながら行なっている。口腔内殺菌の為、全員に緑茶を飲んでもらっている。		

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	排泄のサインを見逃さないようにし、できるだけトイレで排泄できるように誘導している。ただし、本人の自尊心や周りへの配慮を欠かさないように注意。ターミナルケアでおむつになった方でもポータブルで成功し排尿困難が改善できた。	一人ひとりの力や排泄パターン・習慣を把握して、トイレでの排泄や自立に向けた継続的な支援が行われている。利用者がトイレに行きやすいよう工夫もなされており、実際に自力排泄困難な利用者が、定期的なトイレ誘導で、排尿ができるようになった例も見られる。	
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	乳製品やプルーン、水分を意識して摂ってもらっている。芋類など食物繊維が多いものの摂取、特別困難な方には、医師から便秘薬の処方してもらって排便コントロールをしている。また、みんなの体操や散歩で運動を促している。		
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	一人一人の希望に応じ、生活の中のタイミングに合わせて入浴ができるように援助している。夜間でも希望や本人の状況に応じて入浴できるよう支援している。ターミナルケアの方は、体に負担なく入浴できるような浴槽を用意、支援している。	利用者一人ひとりの体調・希望に合わせて入浴支援が行われ、入浴日・時間を限定せずに入浴できる仕組みがとられている。また、入浴中は職員との会話、歌を唄うなど、ゆっくりと個々のペースで入浴を楽しめるよう配慮がなされている。	
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	一人一人の身体状況に合わせて1日1～2回の休息時間をとり、体調を整えてもらっている。就寝時は安眠に導けるようにゆったりした時間を過ごす中でタイミングを見て居室に誘導する。必要に応じて湯たんぽも使用する。		
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	個人ファイルに処方薬の内容がわかる書面をつづり、職員皆が情報を共有できるようになっている。また、薬が変わった時には申し送りにてその内容を周知している。		
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	編み物、縫物、書道、人工仕事など、これまでの趣味を継続していただけるように必要用具を備え気分転換やたのしい時間を作れるよう努めている。家事への参加も野菜の皮むきや洗濯物たたみ等の継続を支援している。		
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	福祉高校と協力関係にあり(実習受け入れ等)利用者が招待された時には積極的に受け入れ、できるだけたくさんの利用者が出かけられるように支援し、利用者も楽しんでいる。買い物や近所の公園への散歩は日常的、クリスマス会には全員で市民プラザへ出かけている。	利用者の希望・体調に応じて、日常的に買い物・散歩・畑・庭での外気浴等の外出支援がなされ、季節ごとのお花見や外食など利用者の希望を尊重した取り組みも行われている。家族の協力を得ながら、墓参りや法事などへの外出・外泊の支援にも努められている。	

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	金銭を所持して買い物に行くことが好きな方は職員が付き添い洋服の試着をしたり本人が購入したい時はその意志に添えるように支援している。その際、できるだけ使用した金額がわかるように記録し、家族にも来所時に確認してもらう。		
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	手紙や年賀状など、本人が出したい時には用意し、ポストへの投函支援を行なう。また、本人へ来た郵便物も居室に掲示するなどしていつでも見られるように支援している。電話は、希望があればいつでもかけられる体制にしている。		
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	リビングの壁や廊下を利用して、季節感がわかるように季節の花を飾っている。また、利用者の作品も展示したり、ソファや掘りごたつなどを配置し利用者が様々な過ごし方ができるように配慮している。全体的に和風にししたり、BGMで落ち着けるように配慮している。	季節の花や飾りが配置され、季節感のある共用空間となっている。また、食卓テーブル以外に畳敷きやソファもあり、生活感のある食事作りの雰囲気やにおいなども感じられ、ゆっくり過ごすことができている。トイレも男性用、和式、洋式と用意され、個々に合わせた対応がとられている。	
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	リビングのイスだけではなく、ソファやコタツなどを利用者の目線に入るように配置し、色々な過ごし方ができるように配慮している。ウッドデッキや中庭にも出てくつろげるスペースがある。		
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	入居の時点で、使い慣れた家具や大切にしているものをもって来てもらうように伝え、家族に協力してもらっている。また、認知症が進んで来て使っていたものが使えなくなってきた場合にも安全を配慮して取り外すなどの配慮をしている。	利用者が大切にしている写真や自分で描いた絵などを飾り、居心地の良い居室となるよう努められている。家具や寝具も使い慣れた物を使用いただき、また、各居室には温湿度計、カレンダーが置かれ、過ごしやすい環境となるよう配慮がなされている。	
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	館内全体やトイレなど、必要などところに手すりを設置し、できるだけ自立した生活ができるように、また、トイレやお風呂には場所がわかるような表示に配慮している。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム 加須ひばりの里

目標達成計画

作成日: 平成 23年 5月 26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	35	災害対策として定期避難訓練の実施、夜間想定訓練、緊急時のメール一斉送信などに取り組む近隣住民との日頃からの交流にもつとめているが、予期せぬ災害に備えて近隣の方にもぜひ「防災協力員」として協力していただける体制をつくりたい。	現在2名の近隣協力員がいるが、今後はできるだけ人数を増やし、災害時(特に夜間)に利用者様の避難、誘導等に協力していただける体制を整備する。	①恒例行事の芋掘り、収穫祭(6月)のお知らせを近々町内の回覧版で行なう予定なので、その際にお願したい内容を具体的に書き防災協力員の募集も行なう。②その後、ホームに隣接しているお宅に個別に伺いお願いしてみる。(意見交換が大切)	6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。