

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	0870600301		
法人名	営利法人 株式会社 稲善		
事業所名	いねの里 やすらぎの家		
所在地	茨城県筑西市下中山381-1		
自己評価作成日	平成27年12月1日	評価結果市町村受理日	平成28年4月25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)】

いねの里は介護保険が始まったのが平成12年になりますが、その2年後に居宅介護支援事業所と同時にグループホームの3ユニットが開所しました。それから14年程経過し、介護職員もベテランになっています。他の施設で介護出来ない方がいねの里であれば介護出来ると言われていた事例もあります。又その後デイサービス、ショートステイ事業が始まり、平成24年から 特別養護老人ホーム あしま が開所されました。又障害者のグループホームも開設しました。その中央に子供たちの声や 太鼓、音楽などが常に聞こえる大きな保育園があります。又大きな畑もあります。畑から収穫した季節の新鮮な野菜は入居者にも提供されています。畑での農作業や収穫作業が体験できる事を目標にしていますので、これからも入居者は毎日の散歩等広い敷地の中を自然と一体になり、健康寿命が維持継続するように、御家族、職員、主治医等が連携して支援していきます。

※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_kouhou_detail_2013_022_kani=true&ligyosvoCd=0870600301-00&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1月20日

つくば山系から昇るきれいな朝日や遠くに富士山をながめられる総合福祉施設の中に、グループホームを開設し、施設長・職員と共に利用者一人ひとりに合わせて統一したケアの提供に取り組んでいる。併設事業所の利用者や保育園児・小中学生との交流を深め、幅広い人々に事業所・認知症に関する理解を得るための発信を行っている。広い畑で利用者が手入れした野菜の収穫にむけて、やりがいや楽しみを見出す事を今後の目標として取り込むことを検討している。協力医療機関医師と職員看護師・職員と連携し、利用者の体調管理と残存機能の継続(各ユニットごとに考えた目標を取り入れた、パズル・お手玉を使い握力強化等)に向けた支援を提供している。利用者と家族との関係が第一と考え、イベント開催時(運動会等)には家族にも参加を呼びかけ、利用者と家族の思い出を重ねてもらっている。

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ます (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	事務所をはじめ各ユニット等に理念を掲示し、理念を確認しながら、介護目標に取り入れ実践しています。	職員と考えた理念を事務所・各ユニットに掲示し、職員の意識付けを行っている。介護目標を掲げ、ユニット会議や朝礼時に確認し、実践につなげている。職員からは利用者の気持ちを考えて安全面に注意しケアに努めているという話があった。	
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	近隣に保育園や小学校があり、常に子どもたちの声が聞こえて、入居者たちの気持ちを癒しています。又子供たちの訪問等もあり、入居者の笑顔も増え、つながりを感じています。	隣の保育園から聞こえてくる子供たちの声や太鼓を聞いたり、収穫されたサツマイモや遠足のお土産を届けてくれる園児との交流を楽しみにしている。デイサービス・ショートステイの利用者との交流やボランティア(クリスマス・新春コンサートや系列施設の利用者が折り紙や花作り)訪問を楽しんでいる。子供を通して地域住民に事業所・認知症に対する理解は深まっている。	
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	小学校の子供達は施設への訪問等を通じて、総合学習の一環として受け入れています。高齢者と触れ合った話など、家族にも伝えることで地域の方にも理解が深まっていると感じています。		
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か月に一度地域の自治会長、民生委員、施設の利用者家族代表、市役所職員等の出席を頂き、実施しています。施設の状況を説明し理解を頂くと共に、助言等も頂いています。	2ヶ月毎に自治会長・民生委員・利用者・家族代表・行政・事業所担当で開催し、事業予定・報告・利用状況等を話し合い、席上出た意見をサービス向上に活かしている。利用者から「ホームページに顔を掲載してもいいよ」「こういう会議は意義がある」と聞けた。行政からは協力頂ける近隣住民を連絡網の中に入れてはとアドバイスを受け作成した。今後は家族にも議事録を請求時に同封し、事業所の取り組みを伝えたいとの事。職員には回覧やユニット会議等で伝え共有している。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは頃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	地域包括で相談された事等協力したり、又施設で困ったことなど相談して助言していただいたり、常に協力関係を築けるようにしています。	担当課(社会福祉課・介護福祉課・地域包括センター)とは連携を密にとり、良好な協力関係を築いている。保育園や小学校の運動会の見学にでかけたり、小学生の総合学習・中学生の体験学習の場として提供している。子供110番を検討したいとの事。ケアマネ会に参加し情報交換を行っている。常総市の被害では被災者の受け入れ要請があり、特養で対応した。	

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
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	身体拘束の三原則を職員が常に頭におき、出来る限り身体拘束を行わない介護ができることを目標に、介護に取り組んでいます。	身体拘束となる行為・弊害を理解し、利用者の安全・安心に向けたケアの提供に取り組んでいる。どうしても安全上拘束する場合には家族に説明し、同意を得て、解除に向けた取り組みを記録に残している。スピーチロックは職員間で注意をしている。	
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逃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	朝夕の申し送りを毎日行う事で、その日の入居者の状況を把握し、どのような状態かを連携する事で理解し、様子を見ながら介護しています。		
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	兄弟の事、子供の事等個々の問題がある場合は管理者、ユニットリーダー、介護支援専門員等が話し合いを持ち、必要な場合には制度の利用に繋げている。		
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	契約時には重要事項等利用者と一緒に読み、その中で解からない事は質問して頂き、理解して頂けるようにしている。		
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	家族からのご意見、ご要望はユニットリーダーや介護支援専門員が聞き入れ検討し伝えていきます。それらをユニットリーダー会議において話し合い、情報を共有し反映されるように確認しています。	利用者からは日々の会話の中から吸い上げ、職員で共有している。家族からは面会時に聞くことが多いが、現在要望や意見は無く、感謝の言葉が多い。職員の異動・退職については今後、請求時に同封したいとのこと。	
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	各ユニットのリーダー会議を管理者を開き、各ユニットの問題等提起したり、相談の機会を設け、その時には管理者も含めて話し合いをして、会議録に記載します。次回の時にはその意見や提案が反映出来ているか確認しています。	現場職員の気づきやアイデアはその場で検討される場合もあるが、ユニット会議で出た意見はリーダーから施設長に報告し、意見や提案を記録に残し反映している。離職に対する不安に対し勤務体制案を提案・資格手当の要望は改善された。希望休は希望通りに取れている。	リーダー会議の貴重な意見・提案に対する結果が見えないときもあるようなので、内容を職員にフィードバックし、より働きやすい環境作りとなるよう期待する。
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	その点につきましてはなかなか叶えられず、職員の思いと経営者との考えが平行線をたどっているところですが、介護の仕事の理解を含めて給与等の改善をお願いして、やりがいを持てるように訴えていきたい。		
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	意欲のある職員等には、法人外の研修等勧めながら認知症の理解を深められるようにしている。		

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
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	施設は24時間なので、勤務もシフト制の為、なかなか交流の機会が得られない状況です。		
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	入所の際にはご本人の情報を役所から頂き、一番最初にご本人のこれまでの生活を知り、ご家族、ケアマネジャー等にも情報をお聞きして、ご本人が安心できる生活の確保に努めている。		
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	ご家族の話聞き、どのようなサービスの利用ができるのか、料金はどれくらいかかるのか、入所しても今までのような外部との交流ができるのか、特養への申し込みは出来るのか等話し合いを行うように努めている。		
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	本人の様子が一番大切ですが、今の状況を見極め、家族と話し合い、一緒に介護をして行くつもりで家族の介護への参加も勧めていく。今後の介護についてもどうしたいか話し合っていく。		
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	人生の大先輩である事を念頭において、常に傾聴を心がけ、気持ちに寄り添いながら接しています。		
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	ご本人にとっては家族が一番の存在である事を理解し、いつでも家族に施設での様子を知らせることができ、何かにつけて会う機会を作ったり、協力して頂くような声掛けする事に努めている。		
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	入所前の関係を継続できる事を、御本人にも話している事もあり、希望がある場合は出来る限り叶えられるように支援しています。	希望により遠方の家族や知人に電話や手紙での関係継続支援を行っている。家族の協力を得て、外出・外泊・お墓参り・食事・嗜好品等、利用者の希望に添った支援を受けている。3ユニットの利用者同士が馴染みの関係となり、ユニットを行き来し会話を交わす機会がある。今まで通り新聞を購読したり、乳酸飲料を配達してもらっている利用者がいる。	

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 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	3ユニット27名の入居者がいますので、話の合う 方が、フローアや居室で相談相手になったり、具 合が悪い方にはお見舞いに行ったり来たり、優 しさを感じることが多々あります。		
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	サービスの利用後もご家族とのつながりを大切 にして行きたいと考えています。		
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	ご本人の様子を見ながら、出来る限り意向の把 握に努めているが、困難な場合はユニット会議 等で検討しています。	一日の流れはおおむね決まっているが、利用者のペ ースに合っている。日々の会話や職員の気づきから利用 者の希望・意向を把握し、ユニット会議等で共有してい る。困難な場合は利用者の表情や様子から推察し、職 員で話し合い本人本位に検討している。	
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	入所時に市役所から情報を頂き、職員が今まで の生活歴や病歴等を把握し、ご本人を理解する ように努めています。		
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	毎日の申し送り等でご本人の様子を把握し、有 する力を維持できるように、出来る限りの運動等 声掛け支援しています。		
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	毎月のユニット会議においては、ケース記録に 照らし合わせながら、ご本人にとっての良いケア の在り方を探り、話し合い、今の体調に合った計 画を作成するようにしています。	利用者の課題とケアのあり方についてユニット会議を開 催し職員から意見を聞き、計画作成者が現況に合わせ たケアプランを作成している。作成後は家族に説明し了 承を得ている。モニタリングを実施し評価につなげている。	
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	毎日の申し送り等で日々の様子を知り、職員間 で情報を共有して、気づきや工夫を取り入れて います。		
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	その時々利用者のニーズを知り、出来る限り 利用者の希望に添えるような支援を心掛けてい ます。		

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
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	保育所の子供たちの訪問、小学校の生徒さんの訪問等があり、その時々との交流を楽しんでいます。		
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	毎月の医師の往診は入居者にとっても職員にとってもかかりつけ医であるので、心強い安心感があります。これからも医師と事業所の信頼関係が保てる様努めます。	2箇所の協力医療機関からの往診と、希望かかりつけ医との関係を築き適切な医療連携となっている。往診医師と常勤の看護師により利用者の体調管理に努めている。受診結果は記録に残し、必要に応じて家族に電話で報告している。歯科医往診以外に専門医の受診体制は出来ている。	家族に報告している内容は記録に残しているが、いつ・誰に・家族のコメントも記録に残し情報を共有することが望ましい。
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	看護師が常駐していますので、朝礼時の申し送り時にも助言があり、利用者の少しの変化や相談にのってくれる事で、利用者は適切な受診や看護が受けられています。		
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。	入院時には家族等に連絡をし、病院には施設での状態を看護師がサマリーで伝え、情報交換に努めています。		
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	重度化や終末期に向けては、看護師やかかりつけ医、家族等が連絡や話し合いを行い、利用者の体調等理解して頂く事に努めています。又入居時にも契約時に説明をして救急時の対応について同意を頂いています。	契約時に看取り・緊急時の対応につき説明し、同意書を取り交わしている。重度化・終末期に向けてはぎりぎりまで支援を行い、最終的に看護師・かかりつけ医・家族・施設長と話し合い、次の施設等につなげている。	
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	利用者の急変時には、看護師が対応していますが、看護師が不在の時には同事業所の看護師の応援をして頂いたり、日頃の看護師の対応を参考にしながら職員が応急手当をします。		
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	消防署員が立ち会いで訓練を行ったり、職員で役割分担を行い訓練したり、避難出来る方法を身につけられるようにしています。地域との協力体制はなかなか出来ません。	消防署立会い訓練(はしご車・救急車・消火器使用方法・避難経路確認・緊急通報システム・連絡網等)と法人内消防担当者の指動を受け訓練を実施し、利用者が避難できる方法を職員は身につけている。3月は布団を使って避難する方法と煙を吸わない方法を指導してもらう。備蓄品・緊急持ち出し用品は整備している。外出時のもらい事故に対しマニュアルを作成予定。	

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	ユニット会議等で、利用者の個性をとらえ、情報を共有して対応できるように話し合っています。	呼び方は利用者に合わせて、人生の先輩として敬い、対応している様子(落ち着いたトーンで視線を利用者に合わせた声掛け)が調査時に見られた。個人情報開示に関する同意書は取り交わしている。書類関係・面会簿の取り扱いに注意をはらっている。	
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	申し送り等や日頃の生活の中で発した言葉等で職員が利用者の思いを知り、共有できるように話し合っています。		
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	利用者のペースに合わせて、一人ひとり個別性のある支援をしています。		
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	職員が利用者の個性を把握し、出来るだけ要望に沿った好みのものを支援できるようにしている。		
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	食事が一番の楽しみになっているので、一人ひとりの好みを提供されなくても、食事を準備することで楽しみが見つけられるようにしています。	栄養士が立てたメニューを厨房や各ユニットで調理し利用者の状況に合わせた形態(ご飯のみ食べ残した利用者にはおにぎりを作っていた)で提供している。今後は利用者の希望を取り入れた献立も検討。畑で収穫した野菜の下準備・配膳・下膳等利用者の力量にあわせ行っている。ホットケーキ等おやつ作りも行っている。外食は介護度が高くなり、全員では難しくなっている。	
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	食べる量や水分の摂取量など毎日個別の記録を記載し、看護師や職員が管理し、見守り支援しています。		
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	口腔ケアは誤嚥性肺炎の予防の為に、うがい、歯磨き等常に見守り支援しています。		

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
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	排泄の出来るものには出来るだけ自立支援、転倒予防の見守り等、自立の支援を心掛けています。	見守りで自立に向けた支援を目標に排泄パターン・様子・表情から察知し声掛けをおこなっている。夜間オムツ対応でも昼間はトイレに前誘導しトイレでの排泄の支援を行っている、自然排便に向けて運動等や腹部マッサージを行っている。	
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	便秘の対応は申し送り等で個別の状態を把握し看護師に伝え、運動等や腹部のマッサージ等予防に取り組んでいます。		
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	入浴は一人ひとりの体調に合わせて行い、個々に沿った支援をしている。	基本的に週2回の入浴支援であるが、利用者の体調に合わせた支援を行っている。介護度の高い利用者にも個浴でゆっくり入浴してもらっている。足浴・清拭も希望により対応している。季節の菖蒲湯・ゆず湯・入浴剤・家族希望の岩塩を提供し入浴タイムを楽しんでもらう工夫を行っている。ヒートショック対策で洗面所・浴室を事前に暖房したり、皮膚感染予防対策として足拭きマットの上に個人用タオルを敷いて対応。	
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	利用者の体調に合わせて、又その時々状況を見ながら、入眠の時間のタイミングを図っています。		
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	職員は利用者の内服している薬を理解し、薬の目的や副作用に対しても理解しています。バイタル計測時にも症状の変化に注意しています。		
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	気分転換には家族の協力も得ながら、外出、外泊、食事、嗜好品等利用者の希望に沿った支援ができる方には行っていますが、家族の協力の得られない方には施設内で楽しめるものを計画しています。		
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	日常的には毎日の散歩の支援、季節の花見や紅葉のドライブ等家族の協力の得られる方には支援されています。地域の人々との協力等は声掛けしていない状況です。	天気や体調にあわせ午後2時ごろから広い敷地内の散歩やドライブに出かけ、風を肌を感じたり季節の移ろいを感じてもらっている。日帰り入浴施設やイベント外出以外に家族と出かける利用者もいる。暖かい日は隣地の池の鯉・ヤギとの触れ合い・藤をのんびり眺める時もある。	

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	お金は事務所で管理され、お金を使う時には職員も同行し、好きなもの等買い物できるようにしている。		
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	ご本人が葉書を利用する事がありますが、やはり見守り、声掛け等支援が必要です。電話等は職員が電話番号を代行します。		
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	共有の空間には職員が季節の花を持ってきて飾ってくれる事が多く、花の話で盛り上がり、季節の行事の飾り物などで1年の流れを感じたりできています。	季節の花(カランコエ・桜草等)・飾り物を飾り一年の流れを感じてもらえるよう見当識を配慮している。利用者同士が好きな場所でのんびりする姿があった。デイルームで趣味のカラオケ・オセロを楽しむ利用者がいる。	
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	共有空間は仲の良い方を近くに移動されたり、話の合うものと一緒に過すことで落ち着いた生活ができるように見守りしています。		
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	居室内では出来るだけ自立できるような配置をして、利用者の住みやすい状況を相談しながら作り、居ごち良く過ごせるように配慮しています。	利用者が快適な生活が送れるよう安全面に配慮しテレビ・椅子・テーブル等を設置している。家族の写真や位牌・趣味の花等を飾り利用者がホッとする空間作りをしている。職員が掃除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	利用者の居室は、利用者が自立できる事を生かした生活状況をを作り、職員の見守り程度で日常生活が営めるようにしています。		

(別紙4(2))

事業所名:グループホームいねの里やすらぎの家

目標達成計画

作成日:平成28年4月22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	64	地域の人々が訪ねてくるが少ない。	地域の人々が訪ねてきてくれるようになる。	いねの里には福祉施設が数多くあるので、お互いに連携を取り合いながらPRすることで、認知症への理解を深めて頂くように出来れば良い。	12ヶ月
2	65	利用者のご家族との信頼関係を深めたい。	利用者の様子を理解できるようになる。	いねの里には福祉施設が数多くあるので、お互いに連携を取り合いながらPRすることで、認知症への理解を深めて頂くように出来るようにしたい。 また運営推進会議の議事録等請求時の封書の中に同封することに取り組んでいきたい。	6ヶ月
3	59	利用者は職員の支援するすることに隔たりを感じて意欲につながらないことがある。	利用者が職員の勤めることに、興味を持って取り組んでくれるようになる。	折り紙、塗り絵、運動、散歩等 利用者の求めるものを、実際に計画して実行することで話し合いをしながら見つけていくようにしていきたい。	6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。