

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	0872005004		
法人名	社会福祉法人 愛信会		
事業所名	グループホーム いちょうの木		
所在地	つくば市上岩崎835-6		
自己評価作成日	平成28年11月1日	評価結果市町村受理日	平成29年4月26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_2016_022_kani=true&JgyosyoCd=0872005004-00&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11月1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)】

唯一つ、どこにでもある小さな幸せを大切に暮らしていけるように心がけております。四季の移ろいを感じ、季節のおいしいものを食べ、思い思いに生活を送る。その中でお互いを思いやり、励ましあい、尊重し、協力して楽しい生活ができれば良いと考えてお手伝いさせていただいております。

【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)】

主道路から少し離れた、畑に囲まれた静かな立地のホームである。開設時に全職員で作上げた理念を、日々共有しながら支援している。利用者一人ひとりが自分のペースでゆっくりと落ち着いた雰囲気の中で過ごされていることが伺えた。ホームの中に居ながらも季節を感じて過ごして頂きたいと、外出(花を見る等)や、食べ物等、秋祭り、雪を楽しむ(雪だるま)等の支援をおこなっている。平成25年4月の同施設内に地域密着型特別養護老人ホームに開設し、夜間の災害時には連携が可能となり、少し安心と職員から話があった。又、管理者は地元の消防団員でもあり、防災訓練には力を入れているのが伺えた。ホームは『認知症よろず相談所』としてや、同法人の特別養護老人ホームと協力しながら『認知症サポーター養成講座』開催や『介護相談会』を開催するなどして積極的に地域に貢献されており、認知症ケアの拠点として活躍している。

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 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広がったり深まり、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、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

[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	開設当初より管理者、職員で作上げた理念に沿って日々実践に取り組んでいる。理念の改善が必要であれば見直しを行うが、今のところ現行のままで良いと考えている。	開設時に全職員と話し合い地域密着型サービスの意義を踏まえた5つの理念を作成し、常に目に入るよう事務所・玄関ホールに大きく掲示して意識づけをしている。職員からも5つの理念を意識しケアの提供に努めているとの話があった。	
2	(2)	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	地域の方々とは地区長、民生委員、ご近所、ボランティア、などと交流を行い、地域のお祭りや行事などに参加している。	地域の祭りや事業所の行事、日々の楽しみ事(15のボランティアグループ)など、地域の方々と交流を密に行っている。地域の祭りの時は、法人よりカレーを提供し、ホームも協力をした。小学生が下校時にトイレを借りにきたり、お茶を飲みたいと立ち寄ることがある。今年介護相談会を2回実施(3地区に案内)した。来年以降も継続して、行いたいとの話があった。	
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	認知症への専門性を活かし運営推進会議などを通じて自治会などに働きかけている。	/	/
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	運営推進会議の場では外部評価や情報の公表の結果を報告し、ご意見をいただいている。	2016年7月から隣接の特養と合同で、2か月に1回開催している。参加者は2地区(上・下岩崎)区長・民生委員が参加。ホームからは行事予定や活動状況などの実情を伝え日々の支援に理解を得、運営委員の意見や要望はサービス向上に生かしている。議事録はまとめ、職員に報告し共有している。家族にも報告を行っている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連携を密にとり、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と取り組んでいる 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	運営推進会議やつくば市地域密着型サービス連絡会を通し、緊密な関係を築いている。	運営推進会議や地域密着型連絡協議会(毎月市役所で開催)で情報交換等を行い、連携を図っている。市の『認知症よろず相談所』や、法人の特別養護老人ホームと共に、『認知症サポーター養成講座』の開催など、市と協力関係を築いている。中学校の体験学習の場として提供。小学生の見守り隊としても貢献している(子供110番に登録)	

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	身体拘束については事業所内にポスターを掲示したり、該当行為かどうかを随時確認ができるようにしている。	日中はいつでも玄関はあけている。職員は身体拘束についての正しい知識を共有し、拘束を行わず、安全面配慮したケアをしている。拘束と虐待についての研修は法人の研修委員会が計画、定期的に勉強会を行っている。	
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	茨城県長寿福祉課研修会、集団指導などの際に最新の動向を把握し、事業所内での注意喚起や発生の防止に努めている。		
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者およびすべての職員が「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、玄関の施錠をふくめて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束については事業所内にポスターを掲示したり、該当行為かどうかを随時確認ができるようにしている。	日中はいつでも玄関の鍵は開けている。職員は身体拘束についての正しい知識を共有し、拘束を行わず、安全面配慮したケアに取り組んでいる。拘束と虐待についての勉強会を行っている。評価日に玄関ドアより外に出た利用者がいたが、止めずに寄り添うケアを行っていた。	
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	茨城県長寿福祉課研修会、集団指導などの際に最新の動向を把握し、事業所内での注意喚起や発生の防止に努めている。		
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	現在、成年後見人制度利用者1名、制度活用に取り組んでいる。		

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
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	利用者及びご家族への説明を口頭、文書にて行っている。		
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	ご家族と職員、管理者は密接な関係を築いており意見や要望を伝えやすい環境整備を心がけている。また、苦情、要望解決のため第三者委員等の体制設置も行っている。	外出先や食事の献立など、利用者の意見を取り入れており、職員と利用者はいつでも話しや意見が聞ける関係ができています。家族には、アンケートや面会時・行事の参加時に、意見を聞いている。第3者委員の電話番号も契約書に明記しており、玄関のホールにも掲示がされていた。家族には苦情解決の仕組みが知られており、結果も報告されている。	
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	職員の意見や提案をほぼ全体の業務に取り入れた運営を行うために随時意見を聞き、アンケート等も行い、運営改善を行っている。	管理者も現場のケアに入っており、職員からは管理者に「何でも言える」との話もあり。外出や、行事等に意見が反映されている(企画書の提出)。又、毎月のユニット会議やアンケート、年2回の法人の面談など、意見や提案を聞く仕組みが出来ている。職員が働き易いよう希望休4回を採用してしている。職員よりボイラーを交換してほしいと要望があり、新しく交換したとの話があった。	
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	定期的な自己評価の提出や面接の機会を設けており要望や労働条件の提示を行っている。		
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	外部研修会への参加促進や法人内研修の実施など行っている。		
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	つくば市地域密着型サービス連絡会を中心に定例会の開催や勉強会、懇親会など行っている。		

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
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	事前の情報収集や場合によっては導入事前訪問など入居の前から関係作りを開始している。		
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	事前の情報収集や場合によっては導入事前訪問など入居の前から関係作りを開始している。		
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	利用契約に関しては他のサービス利用が妥当と思われる場合にはそのサービスを利用できるように支援している。 (他事業所との連絡調整など)		
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	生活作業、掃除などを中心に来る事への参加をしていただき役割を持った生活をしていただくようにしている。食事は職員も一緒に食べて関係性を深めている。		
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	あくまでも在宅であるというスタンスを踏まえながら施設介護のメリットも加味した総合的な援助をご家族と一緒にできるように連携している。		
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	これまでの関係は、大事にして来客の対応や外出の援助を行っている。	家族の協力を得ながら馴染みの美容院や食事等に出かけられるよう支援をしている。墓参りや冠婚葬祭に参加されている方もいる。面会者の方には居室で過ごして頂いて、お茶等を出している。遠方の家族には定期的に電話等で連絡している。友人が訪れる人や手紙をくれる人もいる。	
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	ユニットのメンバーは大きなひとつの家族と捉え、個々の役割などで助け合って生活できるように務めている。		
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	退去後の相談や退去後の支援についてご家族と協議を行っている。		
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					

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
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	生活していく上で本人のペース、趣向、嗜好、特性などを把握して個別な対応を実践している。	利用開始時に本人や家族から生活習慣を聞き、できる限り習慣に合わせた生活ができるよう支援している(過去の姿…生きてきた道すじを大切にしている)。本人の意思を確認する為に定期的に24時間シート(センター方式)を行って把握に努めている。	
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	家族には生活暦や仕事暦、履歴などを教えていただき、以前のサービス利用はできるだけケアマネや利用事業所、主治医などと連携して多くの情報を集められるように努めている。		
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	日々変化する心身状況やできないこと等の把握に努め、生活を重視した過ごし方の支援を行っている。		
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	ご家族には面会時などに十分に生活や心身についての状況をお伝えし、ケアの方針についてもお伝えし、ご意見をいただいている。即時性が求められる場合には電話等で連絡し、対応している。	利用者をよく知っている担当職員がアセスメントシート様式を用いてアセスメントを行っている。家族には、面会時や電話で意向を聞いており、ユニット会議で職員と話し合いの基、介護計画書を作成している。ホームでの役割や趣味、散歩などを取り入れた丁寧な介護計画である。ユニット会議で見直しを随時行っており、モニタリング・評価も定期的に行われている。	
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	生活記録、介護記録、看護記録などの個別ファイルと健康管理シート、介護日誌、申し送りノートなど情報共有できるように工夫し実践している。		
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	何でも請け負い、何でも代行するのではなく、事業所として全体のバランスを大事に柔軟に対応できるように努めている。		

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	本人の今までの生活を重視し、社会資源、地域資源とも有効に連携した暮らし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	各人の主治医はそれぞれで選択していただき、今までかかっていた主治医を変更していただく必要は無いと説明している。かかりつけ医ともできるだけ連携を取ることができるように務めている。	かかりつけ医への受診は基本的に家族付き添いとなっている。協力医療機関から月2回の往診があり、結果は、変化があった際には家族に電話で報告し、記録に残してある。職員は受診結果を申し送りノートで共有している。皮膚科は同法人への往診時受診ができる。医療費は家族に持参してもらい、その時に本人の様子や受診結果を説明。遠距離の家族の場合は振込みも可能である。	利用者や家族、職員、専門医を含めた医療関係者などでの共有や緊急時の対応にも役立つよう一人ひとりの病状や受診状況、薬剤情報等を記した受診記録の検討を期待したい。
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	敷地内の特養に看護師が在注しているため、定期的な巡回や、急変時の対応の助言をしてもらう体制を確保している。		
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。	周辺の入院設備のある大きな病院とは常に関係性を維持している。入院した場合にも病院のソーシャルワーカーなどと情報のやり取りを行っている。		
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	入所時に重度化した場合の指針及び看取りに関する要望をお聞きし、その中で介護事業でできることと越権、逸脱行為はできないという説明を行っている。重度化した場合には主治医、病院関係者、特養などと相談して対応するようにしている。	看取りは基本的に行っていない。契約時に「重度化した場合における対応に関わるの指針」について十分に説明し、同意書を取り交わしている。重度化した場合は、主治医・家族・ホーム・特養等と協議し対応している。職員は重度化・終末期ケアについて研修を受けてケアの向上を図っている。	
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	普通救急救命講習を全職員受け随時更新研修を行っている。(2～3年に1回)。また看護師を中心とした内部研修も実施している。		
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	この場所は水害の恐れは少ない。火災、地震等の避難訓練を行っている。運営推進会議を通じて地区のかたがた、市役所との話し合いもやっている。	消防署の立ち合いの避難訓練を含めて、年4回避難・消火訓練を行っている(夜間想定も実施)。各ユニットに3か所、外に出られる出入り口がある。平成25年4月より同敷地内の特養の協力が得られるようになる。通報マニュアルが緊急通報器そばに貼ってあった。職員に地元の消防団員の人が出て、消防団に協力体制ができるようにしたいとの話しがあった。	

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
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	認知症や老人性うつなど心身の状況に合わせて、一人ひとりに合った声掛けや対応をおこなっている。	利用者一人ひとりが役割を持ち、趣味等を楽しみながらその人らしく誇りある暮らしができるよう支援を行っている。「ダメと言わない」介護や利用者に合わせての同性介護(入浴・排泄)を行っている。 1人1人の役割は、掃除(掃除機、モップ拭き、手すり拭き)調理の下ごしらえ、洗濯物のたたみ等。 人生の先輩としての敬う言葉かけがされていた。	
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	声掛けに自己決定の要素を盛り込むように務めている。		
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	本人とその周りの人などとの調和を大事にして支援している。		
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	季節に合った服装、白髪染め、整髪、など希望に添えるようにしている。訪問理容も導入している。		
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	食事準備や後片付けはもちろん一緒におこなうが、好きな物嫌いなものを把握して栄養が偏らないように工夫している。	献立は職員が利用者の好みの物を取り入れて作り、法人の栄養士に内容を見てもらっている。行事・誕生日・季節に合わせた(クリスマス会等)献立となっている。ご飯・味噌汁茶碗、箸、湯呑は個人用を使用。外食ツアーにも随時3~4人出かけ、その場で好きな物を選んで食べている。職員も一緒にテーブルを囲み会話を楽しみながらの食事風景であった。おやつ作りは随時行っている。祝日は毎回赤飯にしているとの話があった。	
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	健康管理シートの活用で前の状況がすぐに分かるようになっている。その中で不足している場合などは工夫をして対応を検討し、実行している。		
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	できる方は自分で。できないかたは支援を行いケアしている。		

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	自立支援はもちろんだが、排泄のパターンを把握して対応している。失敗を無理に改善するのではなく、失敗した時にどれだけ精神的ダメージを受けないようにしていけるかが大事と考え対応している。	常時オムツの人はいない。日中は布・紙パンツで過ごせるようにしており、家では失禁があったが、生活が整ったことで自立になった人もいる。チェック表でパターンを把握・・・これにより見守り・声掛けをしている。失敗した時は、周りの人に気づかれないよう言葉がけに注意して着替えをしていますとの話があった。失敗が多くなった時はユニット会議で話し合い、家族と相談したり、主治医に診て頂いている。	
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	主治医との連携、食事献立の工夫。運動などの働きかけ、水分摂取の励行など行っている。		
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	入浴はユニットごとに週2回実施している。個々の希望と体調に沿って入浴していただいている。	二人で入ってもたっぷり余裕がある広い浴槽であり、一人で入りたい人、二人で入りたい人、入る順番や時間については随時希望に合わせて行っている。週2回を基本としており、各ユニットで週2回お湯を沸かして、入浴日以外の入浴希望者には、別のユニットで入ることや、隣の特養で入る等の対応をしている。季節に応じた菖蒲湯、柚子湯等を提供している。皮膚感染予防として足ふきマットは個人の物を使用している。	
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	眠れない夜の次の日はゆっくりと過ごしていただいたり、適度な運動やレクリエーションを行うなど、好きなように過ごせるように支援している。		
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	服薬一覧表と変更時の申し送りなどにより情報を共有している。服薬に関しても誤服薬防止の工夫をしている。		
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	日頃の遊びや脳トレ、塗り絵、ボランティアなどのレクリエーション。バスなどでのドライブなどを行って参加したい方が選択できるようにしている。役割は生活の中で確立している。		

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
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	外出は希望している方がいる場合にはご家族と協力してできるだけ要望に応えられるようにしている。	月2～3回はドライブや外食等の外出する機会を設けている。又、季節に合わせて、さくら、あやめ、アジサイ、紅葉、イルミネーションを見に行ったり、りんご狩りなどの外出支援を行っており、バスを使用している。散歩・外気浴などは日常的に行われている。	
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	本人の状況によりお金があると安心する方、逆に不安になる方などの特性を見て対応している。お預かりしている方もおられます。		
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	自己判断が難しい方に関しましては事前にご家族などと協議し、対応を決めております。基本的には支援できるようにしています。		
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	利用しやすく誤認が減らせるような工夫をしている。また、季節に合わせた創作物や装飾を行っている。	季節感があるものや、写真、習字、創作物などが飾られている。廊下のところどころにソファーが置かれ休めるようになっている。ソファーで会話を楽しむ利用者の姿があった。ウッドデッキでユニット間の行き来ができ、外にも出られるようになっている。ウッドデッキは広く、洗濯物干し、おやつ作り、お茶の時に利用されており、利用者が気持ちよく過ごせる空間となっている。	
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	廊下や居間など所々に椅子などを配置して居室以外に過ごせる場所を作っている。		
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	ご家族には本人が慣れ親しんだ物や使い慣れた物を持込んでいただけるようお願いしている。	それぞれの部屋には持参したベッド・家具・家電製品が安全面に配慮し設置されている。部屋の飾り付けは家族にお願いしている。目の不自由な人の部屋はシンプルになっていたが壁に飾りものをして寂しくならないような工夫がされ、本の好きな人はいつでも読めるように本棚がおかれ、愛読書が沢山入っていた。ご自身で書いた写経や家族の写真が沢山飾られている部屋もあった。	
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	自分で判断して行動できる方だけではなく、難しい方へ適切な支援となるように支援方法を常に工夫している。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホーム いちようの木

目標達成計画

作成日: 平成 29 年 4月 24 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	30	利用者の重度化や緊急時等に他職種間で情報共有し活用する為の記録の作成が必要である。	利用者が重度化しても住み慣れたグループホームでの生活が継続できるよう医療連携を強化すると共に他職種でのチームケアの支援が行える体制を整える。	一人ひとりの病状や受診状況、薬剤情報が一目でわかる記録の作成。利用者や家族、職員、主治医等を含めたカンファレンスの実施。家族との信頼関係の構築。協力医療機関との日々の情報の共有に努める。	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。