

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	0872001177		
法人名	日新興業株式会社		
事業所名	グループホーム自然の家		
所在地	茨城県つくば市観音台1-11-1		
自己評価作成日	平成28年6月6日	評価結果市町村受理日	平成28年8月23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)】

「ひとりひとりに寄り添うケア」を理念に掲げ、地域に親しみ自然と触れあいながら、入居者それぞれが、今までの暮らしに近い状況になるよう本人とご家族の意向を伺い、ご自身でできる事はできるだけ維持・継続してできるよう、自立支援に取り組んでいます。そして、必要とされているという喜びを感じられる様、役割を持って、活動できるよう声掛けをしています。また、第二の我が家としてその日その日が、楽しく、喜びのある暮らしを継続出来るよう支援しています。

※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_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&JigyosvoCd=0872001177-00&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7月8日

【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)】

閑静な住宅街にゆったりと建てられているホームである。大きな区画を利用し、季節の花や果実の木などを植栽し、豊かな自然を醸し出している。地域への働きかけは積極的で、地域の方と双方向の交流が期待される。職員もお互いに話し合いができ、働きやすい環境づくりがされている。管理者は職員が利用者に温かい気持ちで優しさをもって接するように注意している。利用者は、比較的自立度が高く、役割分担を持ちながら、明るく穏やかに過ごさせているようで、職員は利用者の現在の生活を長く継続できるよう自立支援をめざしたケアをしていた。

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. 全くいない
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	老いても地域の中で暮らせるよう住宅地に住居を構え、「地域に親しみ、自然と触れ合いながら、ひとりひとりに寄り添ったケアを致します。」を理念に、支援している。	職員が話し合い「地域とのふれあいが大事」「自然も大事だね」「その人らしさって思いに寄り添うこと」の意見で、具体的でわかりやすい理念を作った。職員も、自分たちで考えて作り上げたことで、理念を基本姿勢とした支援ができていた。	
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	地区の自治会の回覧板が配達され、地域の方がボランティアに來たり、地区のふれあいサロンにも参加している。また散歩時など近所の方々と挨拶をかわしたり、動物との触れ合いを楽しんでいる。地区の運動会にも毎年参加し交流している	往診医による認知症講演会開催では、戸別訪問をしてお知らせしたことで地域への認知度も上がり、30人の参加があった。小学校との交流も図っており、講演会の机、イスも借りることができた。散歩時にも声かけを大事にしており、庭の花を見に来てくれたり、イチゴや花の苗が置かれていたり、地域の方との距離も縮まっている。	
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	ふれあいサロンの場で認知症について話したり市のよろず相談窓口として地域の方の相談事を受け付けている。往診医による講演会等も開催している		
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	3か月に一度、行政、自治会、民生委員、交番や消防署、家族、入居者が参加して開催。日々の活動報告と地域からの意見をいただき情報を共有し、連携をはかり日々のケアの向上につながる様話し合っている	日曜日に開催し、半数を超える家族の参加があり、市職員も毎回参加して意見交換をしている。開催通知、報告を全家族に送り、職員には会議内容についてミーティング等で周知を図っている。9月には、納涼祭を兼ねた推進会議を計画している。	
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に取り組んでいる	毎月実施している地域密着型サービス連絡会には、市内の事業所の他、市町村担当者も参加し、各事業所の実情や情報交換を行い連携を取り合っている	地域密着型サービス連絡会会議に参加し、疑問に思ったことなどを市職員に聞いている。顔なじみになっており、連携がとれる関係作りがなされている。	
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	開設当初から、施設全体を施錠しない事に取り組み、自由に外に出られるようになっている。入居者が出ても制止せず職員も一緒に出て散歩したりして、拘束をしない宣言をしている	拘束については、ミーティングでも話しあっており、市の研修などにも参加するようになっている。基本的には利用者に対して、やさしさ、暖かさをもって接することが大事と考え「接遇研修」も行っている。	
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	虐待の知識を得る研修会に参加、職員間でも会議の場や毎日の申し送りの時間に話し合う様にして、職員が一人で悩まないようにしている		

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
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	研修会には積極的に参加を呼び掛け、参加し学習した内容を全職員と共有し、報告をする機会を設けている		
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	見学时、契約時にホームの方針・日常の様子を話し、ご家族や本人の思いを聞き取りながら、不安を解消し納得のいく状況で入居できるようにしている		
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	入居者には、ミニ自治会を設け、日頃の生活での要望を聞き、発言の場を設けている。ご家族とは運営推進会議時や来所時に日常を報告し、相談しやすいように心掛けている。又、毎月便りを発行、発信している	利用者からは、意識して「～へ行きたい」「～を食べたい」など希望を聞く機会を作り、希望に添えるようにしている。家族には面会時や推進会議等で話を聞いている。家族から「トイレを増やしてほしい」との要望を受け、話し合った結果、デイ事業所との境にあるトイレを使うようにしたなど意見を反映できるように心がけている。	
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	月に1度は職員会議を行ない、検討・提案事項など職員全員で話し合い、改善すべきところは直ぐに行っている	ミーティングは随時行っており、職員間は話しやすい環境づくりがされている。「夜勤が長くて(16-10時)疲れる」との意見があり、改善を提案している。職員からも、ケアに関する意見などもすぐに反映してくれるので仕事のやりがいにつながっている、との声が聞かれた。	
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	個々が資格を取得した事により手当を支給したり、役職を検討していただけるよう、代表者に依頼している。勤務時間の変更等職員が働きやすいよう改善の提案をしてくれている		
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	個々のレベルに応じ、勉強会や外部研修を促し参加できるようにしている。年に数回は職場内研修を設け全職員が参加できるようにしている。日頃から、教育担当者を任命し新人や実習者への指導を行なっている		
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	地域密着型サービス連絡会で各施設と情報交換を行い、他施設の取り組みの状況を聞いたり、職員との交流を行なっている。更に、困難事例の検討会を実施、向上の為の活動している		

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
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	入居初期、担当職員は、本人に安心して頂ける声掛け・見守りをし、何が不安なのかゆっくり話し合う中で探し、傾聴・共感することで信頼を築いている		
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	家族の要望、心配事や気になる事等を伺い、共に情報を有共、相談しながら解決、対応し信頼関係を築くよう努めている。		
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	入居相談時に困っている事を伺い、今、何を必要としているのか、サービスの紹介、提示し家族が選択できるように図っている		
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	毎日の生活で食事の支度・掃除・洗濯・草取り等の協力をお願いし教えていただき、入居者の方から多くの事を学びともに支え合う関係を築いている。		
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	家族の支援が一番で有る事を伝え、職員ができない事は、家族に協力を得、本人と家族の関係を崩さぬ様にしている		
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	本人が生まれ育った大切なふるさとや思い出を大切にするとともに、又ここでの人たちとの、交流や関係を維持できるよう耳を傾け、馴染みの方と面会できるよう努めている	友人や親せきの方が面会に来てくれる利用者もいる。以前からの歯科医や床屋を、家族支援により利用したり、他県の故郷での法事に家族と参加した方もいる。入居期間も3年以上になり、現在の場が馴染みの場となっているようである。	
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	入居者同士の相性を把握し、座席の配置、その場の状況で良い関係が保てる様努めている。入居者同士交流ができない人は出来る人の協力を得ながら、楽しく過ごせるように支援している		

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
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	退居してからも家族に立ち寄っていただいたり、報告を受けたり、面会に行ったりしている		
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	本人と家族から、今までの生活の様子を聴き取り、これからの望む暮らし・意向を伺っている。また日頃の関わりの中から希望を聞いたり表情やしぐさなどから思いの把握に努めている	利用者の思いは「おいしいものを食べてのんびり過ごしたい」が多い。自立する利用者が多く、特に利用者に気を使わせることがないように配慮している。職員が利用者の思いを聞いたときは、口頭で伝えたり、伝達ノートを利用するなど職員間で共有できるようにしている。	
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	センター方式を活用、入居時にご家族から本人の情報をいただき、入居前の暮らしの把握に努めている。また、入浴時など一対一で対応できる時には、特に耳を傾け把握に努めている		
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	毎日バイタルチェックを行い、心身状態の把握を行なっている。1人1人の1日の過ごし方を観察し、行動・心理状況をつかみ現状の把握に努めている		
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	計画は各担当者が中心となり、全職員で毎月の会議で課題検討・モニタリング実施し、介護計画の見直しや改善すべき点を話し合い、職員相互で計画内容に改善がある時はカンファレンスを実施している	センター方式を利用してアセスメントを行い担当者会議を開催、3月ごとにケアプラン作成している。支援経過ファイルにケアプランを添付しプラン番号を記入するなど、プランを意識するようにしている。カンファレンスで話し合いながらモニタリングを行い、次の計画に活かしている。	何のためにモニタリングを行うのか、モニタリングをどう活かすのかという基本をよく話し合い、職員が使用しやすい「モニタリング様式」を作成していただきたい
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	個人記録にはいつもと違う事、変化が見られたらその時の状況と関わり方の方法と結果を記入し、全職員が情報を共有できるようにしている。また情報をもとに介護計画に反映させている		
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	希望購入品の外出、家族や本人の希望により個別対応を実施している。また本人の状況によっては、併設のデイサービスへ出向くこともある		

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
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	ご家族やこれまでの生活の中で関わってきた人たちや地域の店等を把握し出かけたり、時には訪問を受けたりと、地域の中で楽しみながら暮らせるようにしている		
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	入居後もそれぞれに、今までのかかりつけ医との関係を継続できるようにしている。また、必要に応じ状況報告、混乱なく受診できるよう支援している	往診は月1~2回行われ、面会等でその結果を報告している。家族支援で歯科受診されている方は、家族から結果報告を受けている。検査や検診の結果は、家族に報告し、支援経過に記入している。家族への報告内容等については利用開始時に細かく家族の希望を聞いており、その方法で対処している。	
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	身体状況の変化は、担当医院・病院の医師、訪問看護師と連携し、その都度情報を報告・相談、適切な受診ができるように支援している		
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。	入院時には、身体状況の情報提供を行ない、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を行ない連絡を取り合っている。		
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	入居時に家族からの意向を聴き、施設の方針を伝え、状況の変化時は早目に主治医や家族と話し合う機会を持っている。同意書を作成し、本人にとって何が最善の方法かを話し合っている。訪問看護ステーションと連携し重度化の場合の話し合いをし共に取り組んでいる。	社会情勢や家族の意向で、看取りができるような職員教育、環境づくりの準備をしている。不安な職員が多かったが、訪問看護師による月1回の勉強会（質問も多く出るようになった）や往診医の協力などで、意識が変わってきている。訪問看護や往診医に24時間連絡が取れる体制も心強く感じられている。	
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	消防署から救命講習を受けたり研修に参加している。対応法のマニュアルを作成し、職員がいつでも見る事ができるようにしている。訪看による勉強会を行なっている		
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	マニュアルを作成、防災頭巾を常備、通報システムを設置している。又、万が一に備え近隣・自治会へも声掛けをしている。避難訓練は年2回、通報訓練は月1回行っており、全職員が対応できるよう努めている。	年2回の避難訓練のほか、毎月、消防署やセコムに連絡の上で通報訓練を行い、落ち着いた対応をめざしている。夜間想定訓練を計画している。持ち出しグッズの用意をしているが、備蓄については数量等見直しを検討している。職員から夜間については、避難後の利用者の動向が気になるとの声があり、地域とのつながりが重要であることを意識している。災害時には、地域の方にも広い敷地内へ避難していただけるよう用意ができています。	

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
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	排泄支援や入浴支援ではプライバシーを損ねないよう対応している。本人の希望する呼び方で名前を呼んでいる。居室へ入る時も本人に声掛けをしている	日常生活の中での声かけなど、さりげない言葉遣いで利用者に気を使わせないようにしている。思いやりや優しさをもって利用者に接するようにしている。写真の掲示などの個人情報について同意を得ている。	
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	本人が抱えている思いを率直に表すことのできる状況作りを心掛け、本人が応えられるような声掛けを行なっている		
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	その日の暮らしは、体調や天候を見ながら、入居者とスタッフと相談しながら暮らしている。散歩や手伝いは声掛けするが、本人の意思に任せている。本人の希望を優先している。		
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	洋服は本人の好みに任せ、化粧も自由に楽しんでいる。		
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	食事の準備、片付けと、入居者職員と一緒にやっている。また、全員が食事を終えるまでは、着席のままゆっくり話をしたり、お茶を飲んで頂く様心掛けている。	利用者に役割分担をし、全員で食事作りに携わることができるように配慮している。主婦経験者が多く、食事に工夫してくれる。BBQ、流しそめんなども行う。食材会社利用であるが畑の作物で1品足したりする。おやつではゼリー・寒天・杏仁豆腐を手作りしたり、庭のブルーベリーでジャムを作っている。外食も定期的に行っている。	
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	体調や病気に合わせた個々の対応、散歩や入浴後の水分摂取とチェックを行なっている。また、体調やそれまでの食生活に応じ、無理なく栄養摂取できるようにしている。		
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	毎食後に口腔ケアの声掛け誘導と定期的に歯科衛生師により口腔内のケア・衛生保持を行なっている。夜間は個人の状況で義歯を預かっている		

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	昼夜の排泄・排泄パターンを知り、布パンツ・リハビリパンツを切り替え、トイレでの排泄を促している	自立者が多いが、尿もれなどに注意して声かけすることで、気持ちよく過ごせるように配慮をしている。夜間にポータブルを利用する方には、安全に配慮しながら様子をうかがっている。	
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	身体を動かす事を日課とし、散歩や悪天候時は廊下歩行や体操をするようにして身体を動かし便秘予防をしている。また個別にヨーグルトや牛乳など摂取している。腹圧マッサージなども試みている		
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	それぞれの希望に沿って、時間帯を考慮し入浴を行っている。たまに外部温泉施設なども利用している。季節の湯(菖蒲・ゆず等)も行っている。	午後の入浴を基本とするが、希望される場合は午前の入浴もできる。1日おきに入浴し、現在は拒否される方がいない。状況によって足浴も行っている。外部の温泉施設を希望者のみが行っているが、好評である。	
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	一人ひとりの生活のリズムを尊重し、自由に居室で休めるよう、居室を本人の好きな物や家具、馴染みの物を置いている		
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	職員は本人の既往歴を知り、服薬状況と副作用、服薬後の変化を観察、薬の追加や変更時も記録に残し状況を把握するよう努めている。		
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	家事の中でも、食材の準備、皮むき、盛り付け等なるべく複数の方に参加して頂くよう声掛けしている。また併設のデイルームの行事に参加したり外出に出かけたりと支援している		
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	近所への散歩や買い物は日常の事で、地域の行事や音楽鑑賞、外食、季節を感じに公園へ出向いている。家族との外泊や外出にも積極的に活動している。行事は地域の広報紙等から情報を収集し、多様な楽しみが持てるように努めている	近所への散歩が困難な方にも、庭に出て花を眺めたり、飼い犬の紀州犬を見に行くなど外に出ることを促している。季節の花見や警察隊のパレード見学、無料の音楽鑑賞のほか、希望者でアルゼンチンタンゴの鑑賞に行ったこともある。音楽鑑賞等は座席の場所などを予約時に打ち合わせし、安心して楽しく利用できるようにしている。希望で喫茶店に行くなど個別対応をすることもある。	

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	家族の了解のもと、本人が管理している人もいる。近くのコンビニやスーパーに行き、好きな物を買って、楽しんでいる		
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	手紙を書いたり、近くのポストまで行けるよう支援している。携帯を所持し、家族や親しい人と会話を楽しんでいる人もいる		
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	湿度・温度計、加湿器、空気清浄機を設置、花を活けたり、風鈴や季節感のある創作物を飾ったりして快適に過ごせる様にしている。リビングや和室からは庭木や花々が見渡せ、自然と季節を感じる事ができる	天井の高いリビングからブルーベリーや柿、枇杷など季節の果実を見ることができる。庭の一部を花畑にする造成を計画中で、さらに季節感が増すことが予想できる。廊下やホールには、願い事の短冊をつるした七夕飾りやヒマワリのタペストリーが飾られていた。ホールや廊下にイスが置かれ、思い思いの時間を過ごすことができる。	
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	リビングのソファ、和室、廊下のソファウッドデッキ、庭や玄関のベンチ等、好きな場所で気の合った人と会話を楽しんだり、1人ゆっくりと自由に過ごせる様になっている。		
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	自宅から使い慣れた、家具や炬燵を持ち込まれている。CD・ラジカセやテレビ、本などもあり、居室でも楽しめるようにしている	居室の入り口には本人の作品が飾られ、写経や手工芸など趣味の道具や作品、ご位牌や写真などの思い出の品が飾られた部屋、ごくシンプルなお部屋などそれぞれの居室づくりがされている。職員は、安全と衛生面に気を付けている。	
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を送れるように工夫している	その時の入居者の状況に応じた環境をつくり、それぞれが自立した生活を送れるよう対応している		

(別紙4(2))

事業所名: グループホーム 自然の家

目標達成計画

作成日: 平成 28 年 8 月 20 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	12	前回の課題であった入居者の今後へ向けての重度化・看取り介護への支援体制の準備の継続と確立	看取りケアの内・外部等の勉強会と研修会の実施と参加への継続	重度化・看取りケアへの対応方法を外部の講師を入れ、ほぼ毎月勉強会を実施している また、ご家族とも連携を図り参加して頂く勉強会も検討している	12ヶ月
2	25	自立支援のケアを目標としているが、平均年齢87歳であり、1人1人に添ったケアプラン・モニタリング・カンファレンスの方法の再検討が必要である	ケアプラン、モニタリング方法の変更で、出来る限りの自立支援へ向けたプランの作成	スタッフ間での分かりやすいモニタリング様式の作成	4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。