

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	1173600238		
法人名	NPO法人ひばりの里ネットワーク		
事業所名	グループホーム麦倉ひばりの里		
所在地	埼玉県加須市麦倉2116-2		
自己評価作成日	平成27年5月29日	評価結果市町村受理日	平成27年8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/11/index.php
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

【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27年6月30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)】

グループホームの運営は15年になる。その中で入居相談に来られる家族は一律に疲弊しており、在宅における認知症の人の生活が大変なものであると実感した。平成18年より在宅サービス(デイ、訪問)と合わせて介護保険外のサービス(生活サポート、宿泊)も開始し、在宅を支えながら症状の進行による関わりを一環して行なって来た。グループホームに入居する事もスムーズに移行できている。また、地域密着型サービスのあり方を「地域との連携」に視点を置き、平成26年から開始した「交流の家」での食事処、拠り所、認知症カフェの実施を通して認知症の人が地域に暮らす環境づくりに力を入れている。また、介護者の支援としても認知症カフェが役割を果たしている。

【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)】

・認知症カフェを始め、地域の方々や子供が集まれる「交流の家」や事業所イベントでの交流の輪がひろがるなど、地域に根差した事業所運営に取り組まれている。また、職員同士が助け合い、利用者の思いを組んで、外出やイベント企画でアイデアをだし、利用者日々の暮らしの充実に結びつけられている。
 ・ご家族のアンケートでも、「認知症とはいえ日常生活には支障なく、好きな裁縫やシソかけなどを自由にやらせていただき、生きがいも感じているでしょう」、「いつも笑顔のスタッフが多いです。母のお気に入りの内科の医院まで連れてってくださるのは助かります」などのコメントが寄せられ、利用者一人ひとりに目を向けたケアに高い評価が得られている。
 ・目標達成計画の達成状況については、「実行力のある防災体制作り」に取り組み、外部の訓練に参加し、グループホームの実態に合わせた対策を学び、事業所の災害対策に活かされていることから、目標が達成されている。

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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	理念を事業所内に掲示し、職員研修でも取り上げて理念を共有しています。	地域との関わり、融合を大切にしたい理念が作成され、実践されている。また、認知症への理解にも取り組み、職員は常に謙虚に利用者へ接し、「待つ」という姿勢でのケアが行われている。	
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人として日常的に交流している	民謡・絵画教室と定期的で開催して下さるボランティアの人たちと交流や、芋ほり収穫祭・夏祭りには、回覧板で知らせ、近所の人達にも参加してもらっています。地域みんなの交流の家では訪れた地域の方や子供とも触れ合えます。	相互交流が図られ、散歩時には農作業をしている住民から作物のお裾分けをいただいたり、職員が地域の水路清掃に参加協力をするなどに取り組みされている。また、「交流の家」が開催され、地域の方が集まり、介護に悩まれる方の相談なども行われている。	
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	AEDを設置し、地域の方にも提供出来るように玄関前に掲示。福祉実習の受け入れ、地域の防災訓練に参加、理事長が認知症サポーター講座の講師、認知症カフェの実施などで貢献しています。		
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カ月に1回は、推進会議を行って意見交換や利用者の状況を把握してもらっています。参加メンバーは町内会長、民生委員、家族会長等で毎回活発な意見交換が行われている。	運営推進会議では、参加者に事業所の取り組みや利用者の様子をスライドを上映して伝えることで、認知症への理解につなげられるよう取り組まれている。また、参加者からは地域や行政の情報が話され、事業所の運営に活かされている。	
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	推進会議だけではなく、困難事例等についても日頃から連携をとり協力しながら関わっています。	通常の報告、相談のほか、認知症カフェや「交流の家」の取り組み方などの連携が図られている。また、地域密着型サービス事業所連絡会の会合や市主催の研修会などを通して市担当者とのコミュニケーションが構築されている。	
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	全職員が研修を受け、身体拘束を絶対にしないケアに取り組んでいます。	法人の年度研修計画のもと、全職員への研修が実施されている。利用者の自主性を尊重し、無理強いすることなく、精神的な拘束にも気を付けながら、常に「待つ」という姿勢で利用者に対応されている。	
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	虐待については研修で学び、虐待のない職場作りで全職員が努めています		

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
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	利用者に後見人がついている方がいて支援出ています。また、研修でも取り上げています。		
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	入居するときに契約は書面と口頭での十分な説明をし、ご家族の納得を得られるようにしています。		
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	家族会を開催し利用者や家族の意見を聞き、運営に反映させている。また、面会に来られた時に気になる点等を伺うように努めている。	利用者とは毎日の関わりの中で、希望などをお聴きし、家族からは面会時に利用者の健康のことや認知症の進行への不安などが相談されている。また、家族会では参加者に介護や看取りの経験談を話していただき、勉強の良い機会とされている。	
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	管理者会議を月に1回以上開催し、スタッフが参加する担当者会議も月に1回以上開催して、意見や提案を聞き反映しています。	通常の会議以外に、暑気払いや忘年会などの機会に職員の意見や提案を聴きとるよう努められている。話しやすい環境が整えられ、メールで悩みの相談や、利用者と温泉に出かける外出企画などの提案が出され、実現されている。	
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	子供のいる職員など、労働時間の調整や、1人1人のことを考え向上心を持って働ける職場作りに努めています。		
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	特に新しいスタッフには、年齢の近い先輩スタッフがついて、指導するようにしています。また、代表者自らが講師となり法人内研修を開催しています。外部研修にも積極的に参加させケアの向上に努めています。		
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	代表者は地域密着型事業者連絡会の開催を呼びかけ交流があります。また、日本GH協会の研修会等でも管理者等を参加させてネットワークづくりや意見交換に努めてさせています。		

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
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	入居前の情報収集でご本人の困っていることや不安などを家族から伺い、訴えが言葉にならないこともある為表情や行動の把握を重点的に行い細かい記録を残し、信頼して頂けるように努めています。		
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	法人内にあるデイサービスや訪問介護の利用者が入居する事も多いため、家族との情報共有が図れている事が入居時点では有利な点であり、さらに入居時における不安も表出できやすい関係となっています。		
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	見学を十分してもらい、入居を検討して頂いております。相談の際の聞き取りも十分に行なうように努めています。		
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	裁縫・洗濯物たたみや献立を一緒に考えてもらい調理するなど、お願いして手伝ってもらうこともあり、時にはご自身から「手伝いますよ」と声をかけてもらい助けて頂いている。		
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	人と人とのつながりを大切にし、絆を大事にし、大きな年間行事は家族に通知し、一緒に参加出来るように支援しています。		
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	本人が落ち着けるような状況であればいつでも家族との面会・外出できるようにしています。大きな負担がない限り病院の定期受診もご家族にお願いしています。ボランティアを定期的にお願しています。	行きつけの美容室に出かけたり、馴染みの店での買い物、町内の敬老会への参加などへの支援が行われている。知人から布の端切れをいただき、昔からやっていた人形やパッチワーク作りをされる利用者もおられ、事業所内にも飾られている。	
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	利用者同士が自然に会話や関わりが持てるように散歩や体操・歌、家事仕事を交えてコミュニケーションが図れるように工夫しています。うまく話せない方や難聴があっても馴染みの関係でいられるように通訳や気持ちを代弁しています。		

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
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	サービス利用が終了するのは看取り終了後や病院で亡くなる場合が多いが、その後、さらに違うご家族に関するご相談があるケースや不要品の寄付を申し出て来るご家族もあり、相談などがあった時にもフォローの体制をとっている。		
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					
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	利用者1人1人に合った生活が出来るように、日々の記録にも細かい会話や行動を書き止め、それをもとに意向の把握に努めています	利用者の話すことはそのまま個人記録のエピソード欄に書きとめられ、全職員が共有しながら、思いや意向の把握と支援に努められている。絵画や習字教室など、利用者のやりたいことが具体化されている。	
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	利用者本人からも伺いますが、ご家族から情報を得ることが多いです。また入居前に利用していたサービスについては情報提供書で確認しています。		
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	個々の一日の状態の変化を個別に記録しています。言葉もあえて記録することで、意思の把握に努めています。		
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	日々の記録物とスタッフ会議での情報、スタッフへの聞き取りをしてモニタリングし、介護計画担当者が作成しています。介護計画書は半年に1回の頻度で見直し変更を行い、可能な限り直接ご家族に説明しています。	モニタリングを最重点に、課題や目標に対してどうだったかを職員で話し合い、評価を行い、介護計画作りに結び付けられている。個人記録と一緒にケアプランが保管され、職員が日常的に確認し、プランとケアがずれることのないよう取り組まれている。	
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	日々の変化や一日の動きを把握、利用者の状態に応じて基本的な健康記録のほか食事・水分摂取量の詳細の記録を残し、担当者会議(スタッフ会議)で共有します。		
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	民謡、絵画教室、体操教室、畑での野菜づくり、歌声喫茶、大正琴、郷土資料館、アロマフットケア、コンサート、パーベキュー、野菜の収穫祭、もちつき会など様々な催しから本人が楽しむ。交流の家での家族や近所の人との交流。		

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	ボランティアの協力があり踊りや絵画教室・大正琴等の定期開催があり、収穫祭やもちつき会では地域の人達と交流して楽しんで頂けるようにしています。福祉高校との交流会も毎年参加しています。		
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、または必要時に来てくれる契約医がいるので家族も安心され、家族、本人の希望があれば契約医以外への受診の支援も行っています。歯科往診も必要に応じて依頼しています。	かかりつけ医への受診にも職員が同行することが多く、必要な情報提供を行い、適切な受診ができるよう支援されている。家族にも適宜連絡と受診への同行を依頼し常に現状を知っていたくよう努められている。	
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回訪問看護に来て頂き、全員の健康状態の観察や相談、ターミナルケアの対応にも協力体制を取って頂いています。		
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。	入院時にすぐに状態の報告が出来るよう各利用者の緊急用の基本情報を作成し、サマリーを提出します。退院まで家族や病院関係者とできるだけ情報交換につとめ許可がおりたら、送迎対応しています。		
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、終末期のケアについては、家族と訪問看護・契約医・スタッフで話し合い、家族と利用者の望むケアに全職員が協力して行うように支援しています。またターミナルケアについての内部研修を行っています。	延命治療はどうするのか、家族や医師と十分な話し合いを持ち、看取り支援に取り組まれた事例が見られる。「事業所で最期を」との大半の家族の希望へ事業所の方針に沿って支援が行われている。	
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	内部研修で全職員が学べる体制をとり、実践力を身につけられるように努めています。また、消防署が開催する救命救急講習会に全員のスタッフが参加できるように順次行っています。		
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	年2回の訓練の他、内部研修や東京防災救急協会の小規模社会福祉施設防火講習会に参加。近隣とは防災協力員として契約を結んでいて訓練に参加してもらっています。	夜間を想定した災害発生への訓練に特に力を入れ、「夜間における消防避難体制協力同意書」を地域の方と取り交わし、合同訓練が実施されている。また、防災備品倉庫も整備され、チェックリストをもとに管理が行われている。	災害はいつ、どのような時間帯に発生するか想定できないことから、いざという時にあわてず確実な避難誘導ができるように備えておくことが大切であり、現在の防災体制の維持と向上に向けた継続的な取り組みに期待します。

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	利用者1人1人に合わせた対応は勿論ですが、スタッフは敬語で話や声かけを徹底しています。	年度研修計画のもと、全職員が研修を受け、利用者の意志を尊重した対応や言葉づかいなどに特に注意が払われている。トイレ介助時や居室での着替え、オムツ交換のときなど、ドアを必ず閉めるよう心がけられ、プライバシーと羞恥心への配慮もなされている。	
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	本人の希望を大切に時間がかかっても自己決定出来るように心掛けています。		
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、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	起床・就寝食事など基本となる時間は決められていますが、散歩やアクティビティ、入浴等は本人の意思を尊重して支援しています。		
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	その人らしい身だしなみやお洒落が出来るように、職員が普段からコミュニケーションを取り、支援しています。		
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	その日は何を食いたいメニューを皆で考え、買い物や野菜の収穫をして職員と利用者が一緒に、野菜を切ったり、調理や片付けなどは、毎日行っています。	毎日、その日にメニューを決め、食材はスーパーでの買い物や事業所の畑で収穫された野菜などが使われ、栄養や見た目にもこだわった食事が提供されている。庭に出てバーベキューを楽しんだり、外出に出かけることもあり、その様子が家族にも写真やスライドで報告されている。	
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	栄養については法人内栄養士が定期的にバランスをグラフで表し確認する。食事量や水分量が落ちた場合などは、原因を、職員で話し合い調理法や材料等を考えます。		
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	洗面所には常時歯磨きセットを用意。1人で口腔ケア出来ない利用者には、必ず職員と一緒に口腔ケアを促し、または介助を行っています。		

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	自尊心を傷つけないように自分で出来るところは促し声掛けをしています。トイレ誘導するタイミングや方法も利用者それぞれで対応しています。	利用者の仕草や表情を汲み取り、さりげない声かけをすることで、トイレ誘導を図り、自立へ向けた支援がなされている。また、自然な排泄をめざし、水分補給量や食事、運動量などが把握され、乳製品を取り入れるなどの工夫も行われている。	
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	週2～3回はヤクルトを全員に提供し、ヨーグルトも週1～2回は摂取している。また、毎日の散歩や体操、食物繊維を多く含んだ食事摂取に努めています。		
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、本人の希望を大切に、時間にこだわらずに入浴出来るように支援しています。	夕方の入浴や入浴の回数などはできるだけ希望に沿えるよう取り組まれている。また、個浴を基本に全員が浴槽に入られるよう支援がなされ、入浴中は利用者やゆっくり話をするなど、日頃の思いを聴くよう取り組まれている。	
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	毎日の日課で散歩に行くように努め、気持ちよく眠れるように、布団を干したり、シーツをこまめに洗濯するように支援しています。日中でも仮眠が必要な方には適宜居室で休んでいただいています。		
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	処方箋を個人ファイルに入れてあり、薬の変更や終了のあった薬は、必ず申し送りし、記録するように努めています。		
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	民謡、絵画教室、体操教室、畑での野菜づくり、歌声喫茶、大正琴、アロマフットケア、コンサート、バーベキュー、野菜の収穫祭、もちつき会など様々な催しから本人が選び楽しむ。交流の家での家族や近所の人との交流。		
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	毎日の散歩や、花見、外食や、買い物、道の駅、敬老会、福祉高校のミニデイサービスなどに参加し、支援しています。	散歩や野菜の種まきや収穫、中庭やウッドデッキでの日光浴など、利用者それぞれに合わせた外出支援が行われている。希望を聴いて、近隣の温泉施設に出かけたこともあり、社会資源をうまく利用し、利用者の支援に取り組まれている。	

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	お金を所持している利用者の所持金を把握し、買い物支援や、利用者の必要なものを買えるように支援しています。		
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	手紙や、電話をしたいという希望があれば支援しています。		
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	お香をたいて、リラックスして頂いたり、季節のお花や家族の写真を飾るなど雰囲気作りを大切にじっくり過ごせるように工夫しています。居室にはアロマ加湿器を設置しています。	木の温もりが活かされた造りで、ウッドデッキも設けられ、開放的な共用空間となっている。また、通路には懐かしい映画のポスターや絵画などが飾られ、テレビを見る場所を別に設けるなど、利用者が思い思いに過ごされるよう配慮がなされている。	
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	設計の段階で利用者が様々な場所に行けるように最低限のゆとりを確保した。一人になれる空間、気の合った利用者との居場所がつくられています。		
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	家族には「居室」のあり方を説明し、自宅にある家具、本人のお気に入りの物などを持ち込んでいただく。できるだけ自宅と変わりすぎないような空間作りに努めています。	電子フォトフレームや馴染みの足踏みミシン、仏壇、籐製のイスなどが持ち込まれ、それぞれの自宅として寛いでいただいている。洋室タイプと畳敷きの和室タイプが備えられ、また、毎朝の清掃時にはできる利用者は職員とともに掃除に参加されている。	
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	お風呂場や、トイレ、廊下などは、手すりがあり、自立した生活が送れる様に努めています。		

(別紙4(2))

事業所名:グループホーム麦倉ひばりの里

目標達成計画

作成日:平成 27年 8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	・災害はいつどのような時間帯に発生するか想定できないことから、いざという時あわてず確実な避難誘導ができる様に備えておくことが大切であり現存の防災体制の維持と向上に向けた継続的取り組みが必要	・いつ災害がおきてもあわてず確実に避難誘導できるようになる。	・年2回の法令訓練の他に自主訓練を定期的に行う(2ヶ月に1回9月より) ・東京防災協会の小規模社会福祉施設防災講習会に参加(11月)	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。