

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	0870101870		
法人名	医療法人社団協栄会しゃらく		
事業所名	グループホームデイサービスセンターしゃらく		
所在地	茨城県水戸市中丸町604-1		
自己評価作成日	平成27年9月24日	評価結果市町村受理日	平成27年12月4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_2014_022_kani=true&JigyosyoCd=0870101870-00&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27年10月22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)】

しゃらく理念、フロア理念を大切に、ご利用者ひとりひとりの能力に応じたアプローチ、手段をその都度検討し支援している。職員間で情報を共有する事は勿論の事、ご家族にも面会時などには生活の様子を報告し共有できるよう努めている。また、ご利用者の生活をより良いものとする為にはご家族の協力は必要不可欠である。職員だけが支えるのではなく、ご家族と共にご利用者を支えていけるよう、ご家族との信頼関係の維持、向上に努めている。地域の方々との交流も大切に考えている。地域の方から「何か催し物をさせて欲しい」という申し出が年々増えている。また、毎年夏祭りを開催しているが、その中で近隣のスーパーは駐車場を貸して下さったり、公民館や床屋、コンビニなどはポスターを貼らせて下さったりと様々な場面で協力して下さっている。地域の子供達からはお礼の手紙が届き、地域の一員として、また、地域の方々の交流の場として定着していると実感した。

【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)】

しゃらく理念を基に、各ユニットごとの具体的な理念をたて、大切に実行する姿勢が感じられた。特に利用者一人一人の個性や生活習慣を尊重し、利用者が何を感じ、何を考え、何をしたいのかをスタッフ全体で感じ取り、それを認知症者への支援として活かしている。家族との接点を常に持ち、定期的また行事毎という期間的な接点ではなく、その都度面談をして本人の意向と家族の意向を細かく確認する姿勢が持たれている。このホームで最も優れた点としては、スタッフ全体が理念をしっかりと共有し、利用者中心のケアを常に行う姿勢や態度があり、利用者が自分らしく生活しそれを支援するスタッフが、生活するという普通の枠組みから支援の手を外さない意識が強く存在しているところだと感じた。

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	認知症ケアと地域密着を理念に掲げ日々、支援に取り組んでいる。エントランスホール、各ユニットに掲示されており、理念に基づいた支援をしている。また、ユニットごとでも理念を作成し地域密着、認知症ケアを意識している。	利用者が中心というホーム独自の理念を遂行し、スタッフがケアの提供・会話・家族とのつながり等を意識し実行できる環境を整えている。	
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	外出の際は近所の方に挨拶をしている。花壇コンクール、敬老会、市民運動会へ積極的に参加させていただいている。施設の夏祭りの際はポスターの張り出しにご協力いただいたり駐車場を貸していただいたりしている。	『地域の住民』としてのホームの立ち位置を明確にしながら毎日近隣の商店へ買い物に行く。スタッフの立ち振る舞いで認知症者のイメージが変わるなどを念頭に置きながら行動し、地域との関わりを持っている。イベントや行事だけに頼らない地域との関わりが存在し、地域の中で行動することに存在の意義を見出している。	
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	夏祭り開催時にはパンフレットを置き、入居の有無を問わず相談受付をしている。また、夏祭りのプログラムには法人内の他事業所についての情報や施設の特徴なども織り込み、地域の方に発信している。		
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	管理者が定期的に開催している。また、各ユニットのリーダーもなるべく参加出来る様に調整している。会議で話し合った内容や貴重なアドバイスがあった際には管理者から職員へ報告される事により全体で周知できる体制になっている。	運営推進会議は定期的に行われ、地域・民生委員・行政の参加がある。その他『家族の会』を開催し、ホームで共に生活する利用者の家族同士が話し合える場も作っている。	
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	現場の職員が市町村の担当者と関わる事はほとんど無いが、市から介護相談員の方がいらっしやった際は施設の特徴や理念、入居者に対する支援の方針などを積極的に説明している。	行政との連絡や連携相談などをこまめに行いながら協力関係を維持できるように勤めている。	
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	しゃらくは「身体拘束をしない」という事が全体に周知されている。転倒や転落などの危険性が高い方に対し、話し合う場を持ち、ご家族と話し合い理解を求めながら身体拘束以外の策を講じている。また、身体拘束とはどんなものかという事が理解出来る様に身体拘束ファイルを各フロアに設置している。	「身体拘束しない」を全体で周知し取り組まれている。玄関や居室は常に解放されており、利用者は自由にいつでも出入りすることができるようになっている。その中でスタッフの細やかな見守り体制があり、安全面や防犯面に対する希薄さも無く安全で身体拘束がいらぬ開放的なホームとなっている。	
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	「高齢者虐待防止の基本」を基に、虐待防止に努めている。また、各フロアに高齢者虐待のファイルを置き、いつでも見返す事ができる。虐待に関する事件などがあった際は職員同士で話したりするので虐待に関する関心や意識は高い。		

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
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	成年後見制度を利用している入居者様がいる。ご家族様から「参考にどうぞ」と必要書類など見せていただいたり、可能な限り職員も関わらせていただいた経緯がある。		
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、解約に関する業務は管理者が行なっている。また改定等についても管理者から職員に説明があり、文書としても提示される。ご家族様から質問があれば説明できる体勢を整えている。		
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	面会時にはご利用者の様子をお伝えしながら、ご意見やご要望を引き出せるよう努めている。また、ご利用者の状態に応じ随時面談の場を設け、ご家族のご意向等の確認をしている。毎年家族会を開催しているが、その中で家族同士が自由に意見交換できる場がある。	利用者の意思表示、状況や病状の変化時に家族との面談を行うきめ細かな配慮により、家族の意見や信頼を得ている。家族の会にはほとんどの家族が参加し、意見交換ができる場とされている。	
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	月に1回全体会議を開き、意見交換の場として活用している。また、職員とのコミュニケーションを重視し積極的に関わっている。相談事があった場合などの時間も優先的に確保してくれる。	ホーム全体の会議、ユニットごとの会議を定期的に行い、スタッフ間の言葉によるコミュニケーションを重視した意見交換が行われている。スタッフからも充実した会議により満足度が高いという意見が聴取できた。	
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	年1回の昇給、年2回の賞与があり、管理者はその都度各職員と面談の場を設け、評価の内容を伝えると共に、職員の意見や想いを聞き出している。また、それに対し助言やアドバイスがある。		
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	回覧版で研修案内が回って来て、興味のある研修に自由に参加する事が出来る。個々のレベルに合わせて、管理者から指名で研修に参加する事もある。研修を受けた職員は報告書を提出し、伝達講習を開く等の取り組みもしている。また、フォローアップ勉強会や管理者レベルの職員が参加する勉強会も定期的にある。		
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	管理者は独自のネットワークを作り、同業者と交流を深めている。また、法人内に「フォローアップ勉強会」「スーパービジョン勉強会」がある。法人内ではあるが他の事業所の職員の参加もあり以前より関わる機会は増えた。その他にも高齢者支援センター主催での交流会に参加した職員もいる。		

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	入居される際に少しでも混乱や不安の軽減されるよう、また、スムーズに信頼関係を築く事が出来るよう、ご本人の元へ出向き、関わる時間を各職員が持つ様にしている。その中で、ご本人が想いを伝えられるよう、ゆっくり時間をかけひとつひとつの言葉に耳を傾ける姿勢を心がけている。		
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	入居時にはご家族にお時間をいただき不安な事やご要望を伺い、情報としてまとめ職員全員が共有出来るようにしている。また、入居後数日間はご本人の様子を電話でお伝えしている。		
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	その人にとって何が最優先となっているのか、管理者及び職員でカンファレンスを行ない対応する様に努めている。		
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	職員が分からない事、経験した事がない事など指導していただいたり話しを聞かせていただいたり日常の何気ない事からも信頼関係を築ける様心がけている。そして、感謝の気持ちを忘れない。		
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	面会時には近況報告を必ず行ない、情報の共有に努めている。ケアの方向性を含め、ご利用者の状況に応じてご家族へ協力依頼をしたり、職員と家族が共にご本人を支えていく事の大切さをお伝えする様にしている。		
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	入居の段階で馴染みの場所や人などを伺う様にしている。昔から通っていた床屋に行ったり、ご友人が遊びに来て下さるなど、入居しても馴染みの関係が途切れないよう支援している。	馴染みの場所や仕事帰りに寄った居酒屋まで確認し、利用者の意向に沿った馴染みの関係を維持する取り組みがある。	
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	ご利用者の性格や個性、相性などを理解し、ご利用者同士が関わりやすいよう、席の配置を考えた、必要に応じて職員が間に入り会話の橋渡しをしている。利用者同士が円滑に関わりを持てるよう、フロア会議で話し合う事もある。		

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
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	グリーンケアの一環として入居されていた方の新益には必ずお線香をあげさせていただいている。ご家族のご了承の下、しゃらくを退所した方の元へお会いに行く事もある。		
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	日々の関わりの中で、ご本人が何を求めているのか引き出せる様に心掛けている。また、ご本人が伝える事が出来ない場合は、ご本人の立場に立ち何を求めているか汲み取るよう努めている。	利用者中心のケアが常に活かされ、スタッフ全体が利用者の立場になり、また家族の立場になる。その中でスタッフの思いが中心となりケアの本質を見失わないよう心がけ、利用者の本当の意向や意思を確認しながら支援している。	
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	入居の際、これまでの生い立ちや生活環境を伺い、アナムネを作成し活用している。いつでも見返せるようになっており、また、ご家族以外の方から得られた情報も書き加えるようにしている。		
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	出勤時には必ず申し送りや生活記録を読み状況の把握に努めている。その日のリーダーを決め申し送りをし、24時間を通して情報が共有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	モニタリングとアセスメント、ご本人にご要望をお伺いしたり、ご家族のご意向やご要望などを基にカンファレンスを開き、ご本人に合った支援を検討し介護計画を作成している。各職員が計画担当となり、計画作成担当者と共に取り組んでいる。状況の変化に応じて見直しもしている。	本人の要望を受け入れながら定期的な会議により見直され、立案されている。ケアプランは日々の記録にも反映され、利用者の折々の表情の変化を捉えるなど細かな観察が行われている。	
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	日々の様子をはじめ、ケアの内容や気づき、工夫等は生活記録に個別に記録している。その他、必要に応じてデータを取るなどして、ケアや介護計画の見直しに活用している。		
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	ご家族のご要望を受け、外出、外食支援を行っている。ご本人やご家族の不安を少しでも解消出来るよう、ご要望に応じ付き添う事もある。ご自身で自宅を管理されている方もいるので、その方に困り事が発生した場合、市町村の相談窓口とやり取りをしたり、作業時、現場に立ち会うなどの支援も行っている。		

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
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	ヘルパーの資格を持っている理美容室があり、在宅時から付き合いのある利用者がいらっしゃる。認知症への理解もあり、他の利用者も安心して通っている様子がある。ご本人の状態に応じ訪問カットも依頼できる。ご利用者の心身の変化に合わせて対応できるので今後も長い付き合いが出来る。		
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し、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	入居時にかかりつけの病院を確認し、継続して受診できるよう支援している。また、同法人の病院にとらわれずご本人の状態に合わせ専門機関の受診を検討しご家族のご理解を得ながら進めている。	馴染みの医師への受診、その他疾患や症状によりの確な専門医の受診など細部にわたり健康を見守る取り組みがある。	
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	医療連携看護師や病院の看護師との情報共有に努めている。必要時には看護師に助言していただき適切な対応が出来るよう取り組んでいる。		
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「申し送り書」を作成し、病棟看護師に申し送りをしている。可能な限り毎日面会に行き、ご本人の状態を確認し、フロアで共有できるようにしている。必要時には食事介助なども行なっている。管理者も病院のメディカルソーシャルワーカーと連絡を密に取り合うなどし、少しでも早い退院を目指している。		
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、事業所ですべての事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	ご家族に意思確認書を書いていただき、ご意向を確認している。しかし、ご家族の意思はご本人の状態が変わればその都度揺れ動くものと理解している。ご本人の状態の変化に伴い、必要と判断した場合はご家族と面談を重ね、ご意向や支援方針の共有、ホームで出来る事、出来ない事等の説明、家族への選択肢を提示するなどの支援をしている。管理者は往診医や同法人内の医師との協力体制を強めるべく、医師との関係構築に努めている。	終末期に向けた方針として、常に利用者の変化や家族の気持ちの変化を伺いながら刻々と変化する状況に応じて面談や意向の確認を行っている。その中でホームで出来る事、出来ない事等の詳しい説明、家族への選択肢を必ず提示するなどの支援をしている。	
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	年に1回、救命救急の講習会を当施設で行なっている。また、今年度のフォローアップ勉強会では他事業所の看護師が講師となり、介護職員が出来る救命方法の勉強会があった。		

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
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	年に2回、消防訓練を行い災害時に備えている。消防署の方が来訪し、危険個所などの指導をして下さり改善に繋げ、防災計画を立てる様に取り組んでいる。災害対策委員会があり、委員が中心となり、備蓄物の確認、補充をすると共に、定期的に会議を開き、内容は全体会議で職員へ発信される為、周知している。また、緊急時には日ごろから関わりのある近所のお店からの支援を受けられる体制が整っている。	年に2回の消防訓練を行い災害時に備えている。災害対策委員会を設置し、委員が中心となって備蓄品の確認、補充をすると共に、定期的に会議で全体に周知している。また、緊急時には日ごろから関わりのある商店やスーパーの協力を得た実績もあり、現在も継続し協力体制をもっている。	
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	年上の方を敬う気持ちを忘れず、その人の立場になり、不快と感じるような言葉使い、言葉掛けをしないよう心掛けている。特に排泄や入浴介助時には注意を払っている。言葉の乱れは全ての乱れに通ずるとの認識を持ち、フロア会議などでもその都度重要性を伝えている。	利用者の生活史を把握し、それらに応じた関わりを持ち続けている。一人の生活する人、その人を支援するスタッフの立場を明確にしながらかんわりを持っている。	
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	希望の表出が困難な方に対しては、選択肢を提示したり、ゆっくり説明をする等して、自己決定がしやすいように工夫をし支援している。また生活史の中から習慣となっていた事を拾い継続できるよう支援している。		
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	個々の希望に応じて買い物や外食に出掛けている。その時、その瞬間のご利用者の想いを形に出来るよう、時間や職員の調整を行っている。個々の時間に合わせ食事時間をずらしたり、自室で召し上がれるよう配膳するなどの支援も行っている。ご利用者のご希望に最大限に対応出来るよう、必要最低限の予定しか組まない。		
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	化粧をされている利用者には毎日続けられるよう支援し、一緒に化粧品の購入などの買い物にも出掛けている。また、ご希望に沿って理美容室へ出掛けたり、入居前と同じような期間で定期的に通えるように支援している。その他にも衣類の購入に出掛けたりもしている。		
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	食事の準備や片付けなどは利用者の状態に合わせて声掛けしている。食べたい物のリクエストがあった時には材料を購入し、作り方を教えて頂いたり、職員の調理作業がおぼつかない時は見ていられず利用者が自ら台所に立ったり、味見をして下さったりと、個々の力を最大限に活かし支援している。盛り付け方にも気を付けている。	栄養士管理のもとで作られたメニューの他、利用者の意向や希望により、1～2品は必ずみんなで作りみんなで食べる支援を行っている。利用者の希望する食材は事前に購入するのではなく、その日の広告などを見て「食べたい」という意向により一緒に買い物に行き、調理して食べることを実現している。食事の支援の中にも外出や地域との関わりが維持できる支援を配慮している。	

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
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	月1回の体重測定を基本とし記録、増減の把握をしている。週1回測定し観察強化している方もいる。食事量、水分量も記録に残し、摂取状況を把握し利用者の栄養状態に留意している。同法人内の施設より副食の配送があり、管理栄養士の管理の下、栄養バランスは確保されている。また、個々に合わせ、トロミ剤を使用したり、食事、水分の代替ケアなども行っている。		
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、義歯洗浄やうがい、ブラッシングなど個々の状態に合わせた支援を行っている。うがいが困難な方に対してはガーゼを使って口腔内の清潔を保てる様にしている。残渣物によって引き起こされる疾病に対しても理解し取り組んでいる。何らかの問題が生じた時には早急に歯科受診できるよう支援している。		
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	個々の排泄パターンを把握しながら、トイレ誘導や介助を行い、出来る限りトイレで排泄が出来るよう支援している。ご本人の負担軽減、安全確保の観点から、夜間ポータブルトイレを使用している方もいる。カンファレンスを行い、個々に合った排泄方法、排泄用具を見極め支援している。現代の物ではなく昔ながらの馴染みのあるちり紙を使う事で、混乱なく排泄が出来ている方もいらっしゃる。	個々の排泄パターンを把握しながらトイレ誘導や介助を行い、出来る限りトイレで排泄が出来るよう支援している。また紙おむつやパットの種類にも細かく配慮し、利用者の排泄パターンに応じたおむつの使用を心がけている。	
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	乳製品や食物繊維の多く含まれた物を摂っていたり、腹部マッサージや運動の促しを行ったり、個々に合った対応方法を見つけ出し、便秘予防に取り組んでいる。安易に内服薬に頼らないようにしている。		
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	ご本人と相談しながら入浴する機会を持つようになり、特に入浴日などは決めていない。最低週2回の入浴を行い、困難な場合には清拭や部分浴、ドライシャンプーなどの支援もしている。	いつでも利用者の希望により入浴が可能になっている。また入浴が快適で安心して入ることができるよう、近隣の銭湯を利用して入浴のきっかけを作るなどの工夫をしながら入浴支援を行っている。	
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	個々の状態に合わせて静養する時間を取り入れている。夜間スムーズに入眠に繋げられるよう、午後からはノンカフェインの飲み物を提供している。		
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	薬箋はカルテに保管しており、いつでも確認できる様になっている。処方変更や追加処方があった際は申し送り、共通理解を図っている。内服介助の際も誤薬などに注意を払い三重に確認する体制を取っている。		

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
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	生活歴や情報を基に役割や興味のある事を探っている。「手のリハビリにもなる」と仰り清拭作りを行って下さる方もいれば、歌が大好きな方とはカラオケに行ったり、お酒が好きな方は晩酌するなど、個々に『出来る事』『したい事』を継続できるよう支援している。水前寺清子のコンサートに出掛けた方もいらっした。		
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	買い物や外食などのご希望があった際は、なるべくご希望に添えるよう支援している。季節ごとに観光場所へ出掛けたり、ご家族から外食の希望がある時には必要に応じて職員が同伴しながら不安を感じずに楽しめるよう支援している。地域行事に参加する際も事前にやり取りをしご協力を得ながら行っている。	毎日買い物に出かけられる配慮がある。希望があった際は、希望に添えるよう支援している。季節を感じられる観光場所へ出掛けたり、ご家族から外食の希望があれば、必要に応じて職員が同伴しながら不安を感じずに楽しめるよう支援している。	
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	ご本人やご家族の希望、個々の能力に合わせ管理方法を検討している。個人で管理されている方もいらっしやれば職員管理の方もいらっしやる。買い物などに出掛けた際は、個々の支払い能力に応じながら支払いの支援をしている。		
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	家族に電話をしたいとご希望される時はフロアの電話、状況によっては事務所の電話を使用し電話できるよう関わっている。携帯電話をお持ちの方に対しては、使い方のフォローをする事もある。ご利用者と一緒年賀状を準備しご家族へ送っている。		
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	共有スペースは南に面しており常に自然の光が差し込む明るい環境である。温湿度計を設置し、こまめに調整、管理している。季節によって花を飾ったり、風習、行事毎に飾り付けをする等、施設内での季節感も大事にしている。また、生活音から不快にならないよう配慮している。	共有空間には、昔ながらの物品が配置してあり、懐かしさと機能性を兼ね備えた空間が安全に配慮し整頓され作られている。	
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	食堂の席はご利用者同士の関係性や身体状況を考慮し検討している。変更が必要な場合には混乱を避ける為、必ず話し合う場を設けている。人の気配を感じながら静養出来るよう、和室を使用したり、気の合う方同士でソファで寛ぐ姿なども見られる。		
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	入居の際、馴染みの物の大切さをご家族に伝え、協力していただけるよう働きかけている。布団や筆筒、仏壇などを持ってきている方も多し。また、自室入り口を解放したままでも他者から中が見えないよう、暖簾を掛けている方もいる。	利用者の馴染みの物品を用いながら積極的にその人らしい空間の提供に勤めている。	

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
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	ご本人の状態の変化に合わせてその都度環境整備を検討し、安全な生活導線となるよう配慮している。自室が分からなくなっても文字を読んで理解出来る力を活かし居室のドアに名前を貼っている方もいらっしゃる。		

(別紙4(2))

事業所名:グループホームしゃらく

目標達成計画

作成日:平成27年11月25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	23	しゃらくに於いて、『利用者中心』ケアの考え方は、出発点として必要不可欠である。しかしながら、日々の支援の中で容易に事業所中心に陥ってしまう場面もある。常日頃から意識をし続ける事が重要である。	常に利用者中心を意識した発言及び発案ができる。	各ユニットでの会議で話し合ったことを全体の会議でプレゼンをし、各職員が利用者中心という考えを意識しながら話し合いを行う場面を作る。	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。