

### 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	2072800606		
法人名	社会福祉法人 協立福祉会		
事業所名	高齢者グループホームあずみの里		
所在地	長野県安曇野市豊科高家5285-11		
自己評価作成日	平成26年2月15日	評価結果市町村受理日	平成26年4月22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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/">http://www.kaigokensaku.jp/</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社マスネットワーク 医療福祉事業部		
所在地	長野県松本市巾上13-6		
訪問調査日	平成25年3月6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)】

協立福祉会のグループホームは関わる全ての方に安心感をお届けします。を、協立福祉会3グループホーム共通の方針と掲げて「元気で笑顔あふれるなじみの家」づくりに努めている。入居後年月が経過し身体状況が低下している方が多く入居しているが、その中でご本人の持つ力を最大限生かすケアを行っている。家事や夏季の畑作りなど利用者と一緒にやっている。また、利用者の体調管理を非常に重視しており食事量だけでなく、水分摂取量も毎回チェック表にて確認している。統一したケアのため、可能な限り毎日5分間のカンファレンスを行っている。

【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)】

「高齢者グループホームあずみの里」は社会福祉法人協立福祉会に属し、高齢者総合福祉施設あずみの里(老人保健施設・特別養護老人ホーム・ケアハウス・住宅型有料老人ホーム等)同敷地内に設置されている。周辺には田園風景や北アルプスが望遠できる自然豊かな地に木造平屋建ての木のぬくもりと、中庭に利用者が心を込めて植えられた草木等より四季感を肌で感じ取ることのできる快適な環境が設置されている。医療連携体制による利用者の日常的な健康管理体制の確立により利用者、ご家族の安心、安全、信頼につながっている。運営者の良好な運営体制や運営方針の確立の下、管理者は専門性と長い経験から得られた知識を活用して「行動基準」(安全、思いやり、適切なケアの提供、効率(業務))を提示して職員全員で共有しケアサービスの提供に当たられている。

サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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

ユニット名( )		項目		項目			
項目		取り組みの成果 該当するものに印		取り組みの成果 該当する項目に印			
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		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. 利用者の2/3くらい				2. 家族の2/3くらい	
		3. 利用者の1/3くらい				3. 家族の1/3くらい	
		4. ほとんど掴んでいない				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		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回程度ある				2. 数日に1回程度	
		3. たまにある				3. たまに	
		4. ほとんどない				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		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. 利用者の2/3くらい				2. 少しずつ増えている	
		3. 利用者の1/3くらい				3. あまり増えていない	
		4. ほとんどいない				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		66	職員は、活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. 利用者の2/3くらい				2. 職員の2/3くらい	
		3. 利用者の1/3くらい				3. 職員の1/3くらい	
		4. ほとんどいない				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		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				2. 利用者の2/3くらい	
		3. 利用者の1/3くらい				3. 利用者の1/3くらい	
		4. ほとんどいない				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		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. 利用者の2/3くらい				2. 家族等の2/3くらい	
		3. 利用者の1/3くらい				3. 家族等の1/3くらい	
		4. ほとんどいない				4. ほとんどできていない	
62	利用者は、その時々々の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					
		3. 利用者の1/3くらい					
		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+)- + (Enter+)-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
<b>理念に基づく運営</b>					
1	(1)	<p>理念の共有と実践</p> <p>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</p>	<p>協立福祉会グループホーム方針において、目指すグループホームは地域の上に成り立っている。そのことを全職員で職員会議等で確認している。</p>	<p>職員全員で地域密着型サービスの役割を理解し「民医連綱領」を活用しつつ、「協立福祉会グループホーム方針」を作成されている。なおホーム独自の行動基準「安全・思いやり・適切なケアの提供・効率(業務)」に基づく運営方針を職員間で共有して実践に活かされている。</p>	<p>理念とは、グループホームが運営やケアサービスを提供する上で、拠りどころとしている大切なこと、つねに立ち戻る根本的な考え方のことである。グループホームの根本的な理念(大切なこと、根本的な考え方)を作成し、日々の方針や目標に具体化した内容で伝え、日常的に職員間で話し合い意識して実践につなげられるよう期待する。</p>
2	(2)	<p>事業所と地域とのつきあい</p> <p>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</p>	<p>今年度は地区のボランティアに2度来ていただいた。なかなか開催ができていなかったが、地域推進会議を定例会議化した。地区長との信頼関係も作られ始めており、今後の活動に力を入れる。H26年7月は地区の防災訓練が行われる予定で、グループホームとして参加していく。</p>	<p>地域密着サービスは利用者が地域とつながりながら暮らしていくことを積極的に支えていくサービスであることを認識し、地域住民の一員として町会への加入をお願いされている。区長さんからの情報提供を得て、7月には地区の防災訓練に参加されることを伺った。現在地区ボランティアクラブの方々(ホームの窓拭きや車椅子の掃除等)や中学生の慰問・職業体験時を通して地域との交流をされている。</p>	
3		<p>事業所の力を活かした地域貢献</p> <p>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</p>	<p>なかなか行えていない現状だが、今後地域との連携に力を入れる。運営推進会議を行うなかで地域のニーズを探り、関わりや情報を提供していきたい。</p>	/	/
4	(3)	<p>運営推進会議では、利用者やサービスの実践、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</p>	<p>運営推進会議をなかなか行えて来なかったが、改めて定例化し地域と連携を進めていく。推進会議では事故報告書の情報なども個人情報に配慮しつつ公開し評価を頂いている。</p>	<p>運営推進会議には利用者ご家族、地区長、行政職員等参加のもと、年2回開催されている。</p>	<p>地域密着サービスにおいて、運営の透明性や地域連携が大変重要であることから次の4項目(1サービス評価の実績、2運営推進会議の開催一年6回以上、3運営推進会議への市町村職員の参加、4評価項目の実践状況等)が要件として設定されている。今後会議回数の見直しと地域の理解と支援を得るために、議題に応じて警察署、消防署、学校、保育園、民生委員等幅広い立場の人の参加を得て質問、意見、要望を受け、双方向的な会議になるよう配慮して、事業所のサービス向上に繋がるよう期待する。</p>

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
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	安曇野市介護保険係り職員と連携を行っている。	介護認定の更新時には調査員に利用者の情報提供を行ったり、区分申請代行を行なう等行政職員との協働関係が維持されている。	
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	虐待防止研修会に職員を派遣し、部会にて伝達学習会を開催している。	職員が研修に参加して復命書を作成し職員会で復命書を基に学習会を開催されるなど、身体拘束によって利用者が受ける身体的・精神的弊害について理解し、拘束のないケアの実践に努めている。	
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	同上		
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	研修会等に参加できておらず、今後の課題である。		
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	契約時に限らず面会時、または電話連絡にて疑問があればその都度説明を行っている。		
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	家族会での意見交換や、日頃の面会時には日々の様子を伝え意見や要望を頂いている。出された意見は連絡ノートや部会にて話し合い、日頃のケアに反映させている。	外出、買い物等、利用者のとの日頃の関わりの中より希望や意見を把握して支援されている。なお自身の思いや意見を上手に表すことができない利用者であってもご家族からの情報収集により利用者主体の運営に結びつけている。またご家族が事業所への訪問時に意見や要望を聞き反映されている。年3回の「ホーム便り」を発行してご家族へ情報提供を行っている。	

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
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	連絡ノート、毎日のカンファレンス、部会で作された意見要望をまとめ、見直しを行い必要に応じ職場代表者会議に持ち上げ改善を図り、意見交換を行っている。	毎日5分のミニカンファレンスや連絡ノート定例の部会等で意見やアイデア、気づきを伝える機会が設けられている。出された意見要望をまとめ必要に応じ、職場代表者会議に提示して改善につなげている。年1回職員のストレス調査や管理者による個別面談時に職員のストレスや悩みを把握するように努めるとともに、出された提案は運営に反映されている。	
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	年に最低2回の個人面談、また必要に応じ個別の機会を持ち各職員の気持ちを確認している。		
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	職場制度教育プログラムなど職場単位で行う研修には必ず参加している。また外部研修への参加も推奨している。研修報告は部会で伝達学習会を行い、皆で情報の共有を図っている。		
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	定期参加には至っていないが松本圏グループホーム連絡会定例会に参加している。また認知症対応型施設管理者研修で知り合った近隣施設管理者と連絡先を交換し情報交換を行っている。また「地域ケア総合研究所」主催「これからのグループホームの在り方を考える」研修に参加している		
<b>安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入所前の訪問を重視し、本人が安心できる環境で、本人の要望を聞き取りを行っている。入所した際には本人を交えプランの作成を行う。		
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	入所前に家庭訪問を行い、家族、本人の思いを聞き取り入所後のケアの取り組みを話し合っている。		

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
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、家族の意向を聞きながら行っている。必要に応じ他職種連携も行う。		
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	グループホーム方針においてお互いの気持ちを分かりあうことの大切さを謳い、日々実践している。		
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	「家族に連絡しようか」悩んだ時が家族との連絡を取るタイミング、と職員に伝え、家族との連絡を密に行っている。良いこと、困ったことなど気軽に相談できている。		
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	外出レクでなじみのある場所に出かけるようにしている。	利用者の希望で年1回先祖のお墓参りの支援やご家族同行により馴染みの美容院へ行かされている。利用者が地域や地域住民との関係を継続できるよう情報把握に努め、取り組みに力を入れている。	
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	職員は利用者の関係に気を配り、気の合う利用者同士で食事を囲むなど工夫をしている。		
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	グループホームから同法人内に移った利用者は交流をしたり職員が様子を見に行ったりしている。また、他法人に移った利用者には、届いた郵便物を転送する際に家族に様子を聞いたりしている。		

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
<b>その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>					
23	(9)	<p>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</p>	<p>職員の押しつけ介護はせず、本人の希望、意向に沿いながらケアを展開している。困難なケースの場合も家族も含めみなで解決に向かい話し合いを行っている。</p>	<p>利用者の言葉や言葉にしづらい思いを、日々の行動や表情から汲み取り把握に努めている。なお面会時や家族会等の機会を通じて、ご家族から利用者の希望や思いを聞くことを積極的に行っている。</p>	<p>日頃の関わりの中で利用者がそれとなく発する声「つぶやき」を「つぶやきノート」に書き留め思いや意向の把握や継続的な支援の中で活用できるように期待する。</p>
24		<p>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</p>	<p>居室には使い慣れた家具を置き安心感を持ってもらえるように努力している。家族面会時には、昔の様子を聞きとり、ケアに活かしている。</p>		
25		<p>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</p>	<p>可能な限り毎日5分間のカンファレンスを実施し、日々変わりゆく利用者の状態にあったケアを統一して行っている。</p>		
26	(10)	<p>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</p>	<p>カンファレンスで出た内容の積み上げをもとにケアプラン作成、実践を行っている。チームとして統一したケアを非常に重視している。</p>	<p>日常的なミニカンファレンスを行い利用者の状態像や生活歴、希望等(利用者・ご家族等)を把握、月1回のモニタリング(介護経過)を実施されている。計画作成に当たりモニタリングをして利用者一人ひとりの特徴をとらえた具体的な介護計画を作成されている。</p>	
27		<p>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</p>	<p>個別のカルテ記載はSAOP方式を導入している。毎日のカンファレンスを行っている。</p>		
28		<p>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</p>	<p>毎日のカンファレンスはその時々必要に応じた対応を可能にしている。医療体制強化加算による訪問NSステーションとの連携を非常に重視しており、また協立病院調理科による嚥下食調理研修など、組織のスケールメリットを活かしている。</p>		

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	安全で楽しい暮らしが送れるように心がけ実践しているが、地域を巻き込む取り組みはできていないため今後の課題。		
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	利用者全員毎月2回の往診を行っている。必要に応じて医師と家族、職員で面接を行いその方に適したケアを選択しながら実践している。	医療機関による月2回の往診と訪問看護ステーション職員による週1回の訪問看護による医療支援が行われている。利用者の身体状況に応じ、医師、ご家族、職員で話し合い適切なケアに繋がるよう支援されている。眼科など専門科目の医師への受診はご家族が対応されている。	
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	医療連携体制加算をベースに訪問NSステーション職員と連携している。最低毎週1回の訪問時に利用者の状況報告を行い、医療・介護両面から利用者のケアを行っている。		
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。	入院した際は速やかに情報提供を行い医療機関と連携を行っている。入院中もこまめに面会に行き、早期の退院ができるように努めている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	部会において看護師より看取りについての学習機会を持っている。また家族会にて家族に対して学習も進めている。書面にて利用者個々の方針がわかるように工夫している。	利用者の身体機能低下が見られる中で事業所の力量や体制づくりのために、職員、ご家族に看取りについての学習や話し合いが行われている。重度化や終末期対応に向けて看取りの方針と確認書等を作成の予定を伺った。	終末期支援の対応のあり方は、利用者、ご家族の不安のひとつであり、事業所としての終末期対応の指針を提示することが求められている。終末期に対する対応指針を定め、ご家族、医師、看護師を交えて話し合いを重ね安心して納得した最期を迎えられるような取り組みに期待する。
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	部会や法人内で行う学習会に積極的に参加し学習している。また救急車の呼び方などもフローチャートをもとに行えるようにしている。		

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
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	複合施設全体で避難訓練を実施。夜間連絡網を使用し訓練を行っている。今後も継続して行っていきたい。	消防署参画の下夜間連絡網を活用し、ホーム職員も役割をもって、複合施設全体で避難訓練を実施されている。ホーム職員間で非常口開閉確認(電子ロック方式)や火災報知機の作動確認を行っている。今後地域の方との連絡網に加えていただく旨を伺った。	利用者の高齢化に伴い身体機能低下や重度化傾向が見られる中で、様々な災害(火災、地震、水害、大雪等)を想定した避難訓練を行い、職員だけの誘導の限界を具体的に確認し、地域住民や警察署、消防署、消防団等の協力が得られるような取り組みに期待する。なお非常用飲料、備品の準備が望まれる。
<b>その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	平成25年度は協立福祉会3グループホーム職員対象に倫理学習会を実施した。	同母体で開催されているグループホーム職員対象に倫理学習会が実施されており、その中で接遇に関する研修も行われている。なお利用者への言葉づかいなど接遇のポイント「悪性の社会心理」を職員間で周知して、利用者にとっての誇りやプライバシーが見極められ、その方に合わせた言葉かけがなされている。	
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	職員からの押しつけ介護ではなく、利用者の声を大切に日々のケアを実践している。		
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	利用者の声を大切に、職員はそこに寄り添っていく形で日々のケアを行っている。		
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	できる方には毎日化粧をし、本人らしく過ごしていただいている。		
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	利用者の好きなものを聞きながら、取り入れたり、実際に献立を聞きながら行っている。季節感あるもの。地域性ある食事を大切に会話につなげている。	献立はその日の担当者が利用者の好みを聞き、献立に活かし、食への意欲につなげるなど、また利用者一人ひとりの咀嚼・嚥下等の身体機能等健康状態に合わせた調理方法(ミキサー食、きざみ食、おにぎり等)に配慮されている。時には季節感が得られる食事(おはぎ、お節、ちらし寿司等)提供されている。職員も共に食事をとり、楽しい雰囲気づくりに気配りされている。	

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
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	食事量及び水分量チェックを全員に対して行っている。そこから利用者の健康管理につなげている。また小規模ならではの利用者個々に合わせた食事時間を提供している。		
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	毎食後全員口腔ケアを行い、誤嚥リスクのある方には口腔ケアシートを利用するなど工夫している。また義歯は週3回の消毒洗浄を行っている。		
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	個々の排泄リズムに基づき、排泄チェック表を活用しながらケアを提供している。	排泄の自立は生きる意欲や自身の回復、そして食や睡眠等の身体機能を高めることを周知されており、排泄の自立に向けて支援されている。	
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	午前中のお茶の時間は乳製品を取り入れている。水分摂取を促している。それでも便秘の方には排泄チェック表から統一した基準で下剤を内服して頂くなど便秘予防を統一して行っている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	利用者が希望に沿って入浴できるようにしているが、利用者の重度化に伴い、施設設備での対応が難しくなっている。	3日に1回の頻度で入浴支援が行われている。しかし利用者の身体状況に応じ、随時の入浴支援が行われている。	
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	室温調節をこまめに行っている。また希望される方には毎日湯たんぽを用意している。利用者個々が安心して休めるように居室以外にも簡易ベッドを用意したり工夫している。		

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
47		<p>服薬支援</p> <p>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</p>	<p>お薬ノートを活用し、飲んでる薬の内容がわかりやすくなっている。配薬カレンダーおよび専用配薬用トレイを用い、飲み忘れなど誤薬など事故を防ぐ工夫を行っている。</p>		
48		<p>役割、楽しみごとの支援</p> <p>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</p>	<p>台所仕事、洗濯、庭仕事、手芸など個々に合わせた役割を見つけ提供している。認知症の進行に伴い、役割を見いだせない方への対応が課題。</p>		
49	(18)	<p>日常的な外出支援</p> <p>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支援している</p>	<p>希望に沿いながら外出を行っている。グループホームの日々の買い物などもできる限り利用者と一緒にしている。</p>	<p>松本短期大学実習生による月1回の散歩支援や行事外出(元旦松本城、松本神社等)や買い物外出支援が行われている。なおホーム中庭に出て気分転換を図るなど配慮されている。</p>	
50		<p>お金の所持や使うことの支援</p> <p>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</p>	<p>現在直接利用者が金銭を所持することはしていない。購入したいものがあれば職員と出掛け買い物をしている。</p>		
51		<p>電話や手紙の支援</p> <p>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</p>	<p>本人の希望に沿いながら提供している。</p>		
52	(19)	<p>居心地のよい共用空間づくり</p> <p>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</p>	<p>季節感ある飾りつけなど工夫している。</p>	<p>玄関には亀の水槽が置かれ利用者の気持ちを温かく包み、親しみと、安らぎが得られる場所となっている。居間には季節感が味わえる大きな「はり絵」が展示されている。なお回廊式になっている廊下壁面には、利用者の作品や思いで写真が掲示されており、「ホット」できる空間となっている。また利用者が思いを込めて植えられた様々な花木より四季が楽しむことができる仕様となっている。</p>	

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
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	リビング以外にも談話コーナーを設け利用者同士が気軽に話ができるスペースを作っている。		
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	使い慣れた家具を置き安心感を提供できるように努めている。	利用者が使い慣れた馴染みの品(衣類、寝具、家具、冷蔵庫等)を持ち込安らぎが得られるよう配置して居心地の良い仕様となっている。	
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	個々の状態に応じ手すりを活用したり、出来るだけ本人の力でできるようにしている。		

## 目標達成計画

作成日：平成 26年 3月 30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	4	地域推進会議を、介護保険で定められた2ヶ月に一度の頻度の開催が行えていない。	地域推進会議を定められた、2ヶ月に一度の頻度で行う。	平成26年2月に行われた地域推進会議において、偶数月第2金曜日を定例開催日として確認した。定例日を確実に行う。また地域の理解と支援を得るために議題に応じて幅広い立場の人の参加を得られるように開催する。	12ヶ月
2	2	十分に地域の一員としての、事業所と地域のつながりが持てていない状況である。	地域の一員としての高齢者グループホームとしての役割を確認し、地域の一員としての活動を行っていく。	地域推進会議を、その時の状況に応じて幅広い立場の人に参加していただき、活動を行っていく。現在、本年7月に地域の防災訓練があると伺っているので、そちらに参加する。また、避難訓練、通報訓練の必要性があり、地域の消防署との協力を図っていく。	12ヶ月
3	33	当グループホームでは看取りが未経験であり、看取りに向けた体制作りを整える必要がある。	安心して終末期ケアが行える環境を整える。	書面にて、利用者及びそのご家族個々の方針を確認する。またその書面は年1度程度定期的に更新を行う。職員間で学習を深めるが、当法人他部署ではすでに看取りを経験した部署が多く存在し、その経験職員から体験談を聞くなどイメージ作りを行う。	12ヶ月
4	1	理念を改めて職員間で検討し、共有する。	全職員が、よりどころとして大切に共有できる理念を定める。	部会(職員会議)にて、職員皆が大切にしていること、根本的な考え方を話し合い、理念として形にする。また、全職員がその理念をよりどころとし、共有できるようにする。	12ヶ月
5	10	家族との意見交換や情報共有の場が不十分である。	グループホームからの情報発信としてグループホームだよりの定期的な発行、家族会の定期的な実施を行う。また面会時の家族との会話の内容が記録に残る仕組みづくりを行う。	本年4月の部会において年間計画を作成する。家族会を重要な行事として位置付ける。家族との連携は職員一人ひとりが責任もって行えるようにするとともに、家族との連携を行った記録が明確に残るように書式を整え、実践する。	12ヶ月

注)項目の欄については、自己評価項目の 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。