

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	2393000092		
法人名	株式会社さちコーポレーション		
事業所名	グループホームさち さくら		
所在地	愛知県豊田市栄生町3丁目58番地		
自己評価作成日	平成24年1月20日	評価結果市町村受理日	平成24年3月5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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2393000092&SCD=320&PCD=23
----------	---

【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『サークル・福寿草』
所在地	愛知県名古屋市熱田区三本松町13番19号
訪問調査日	平成24年2月9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)】

入居者のニーズに個別に対応できるよう心掛けている。今までの習慣等を出来るだけ継続できるよう、今ある機能・力を出来るだけ維持できるよう、日常生活面での支援を行っている。普段から施錠をせず、気分に応じて自由に外へ出入りでき、気分転換が出来るように配慮している。また、他施設交流や地域行事への参加だけでなく、ほぼ毎日買い物へ出掛けるなど外出の機会を増やし、社会との繋がりを保てるよう努めている。

【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)】

ホーム玄関に入ってすぐのスタッフルームには、「一人一人の思いを集め、チームワークで仕事をすれば、大きなチームパワーとなる」というスローガンが掲げられており、職員が意欲を持って日頃のケアに従事している様子が確認できた。今年度は、利用者の重度化に合わせたホームでの看取りを経験したこともあり、このような経験が今後につながっていくことを期待したい。また、家族アンケートからは、ホームからの細やかな連絡があること、利用者の外出も機会を多く設け体力維持につなげていることなど、多くのホームを前向きに思っている意見が寄せられている。開設以来3年となったが、今回の外部評価を通じ、当ホームの成長を改めて確認できた思いである。今後もホーム名にあるとおり、多くの人に「さち(幸)」のあるホームであることを願いたい。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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	会議などで話し合い、理念を共有し実践できるよう努力している	理念は開設に考えたものである。職員も日頃の業務の中で、理念になる内容を踏まえるように心かけている。なお、理念は、玄関の正面に掲げられてあり、ホームに訪問する人に見えるようにしている。	ホーム開設以来3年が経過し、これまでに様々な経験を重ねてきた。一度理念の内容を振り返ることで、新たな出発の機会にされることを期待したい。
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	地域行事への参加や近隣施設へのお出かけ、買い物等の外出などを行い、地域の一人としての交流を日常的に行っている	ホームは自治会の区に入り、地域との交流に努めている。毎月そば打ちのボランティアが訪問し、利用者の楽しみになっている。また、地域の障害者支援施設との交流の機会もつくっている。	
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	運営推進会議や施設便りなどを通じて、地域の人々に認知症の人の理解や支援方法等を伝えている		
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	2か月に一度の運営推進会議で運営状況の報告を毎回行い、会で出た意見等を活かしてサービスの向上に努めている	会議では、ホームでの様子や看取りを行った事例などを用紙にまとめて細かく報告している。利用者の離設があった後の会議では、出席者より地域の見守り制度があるという助言を頂いている。	
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	担当職員と確認や質問などと取り合い、協力関係を築くよう取り組んでいる。また、月1回市から訪問介護相談員の方もみえ、サービスの取り組みへのアドバイスや情報交換なども行っている	介護相談員が定期的に訪問し、介護相談員を通じて意見や疑問点を出し、市担当者から返答がなされ、定期的な情報交換となっている。なお、事故報告や苦情相談については随時、報告及び相談を行っている。	
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	日中は施錠せず、自由に出入りできるようになっている。夜間は防犯上の理由で施錠を行っている。また、身体拘束はしていない。	ホームでは身体拘束を行わないことを基本としている。また、ホーム玄関についても施錠せず、地域の方や家族が気軽に訪問できる環境である。利用者の離設があった際には職員間で話し合い、見守りを徹底するように確認している。	日頃から施錠のない生活の実現を継続するためにも、職員間でセンサーが作動しないこともあるということも想定しながらケアにあたることを徹底されていくことを期待したい。
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さることがないよう注意を払い、防止に努めている	普段から管理者や職員間で常に報告・連絡・相談の出来る関係が築けており、その様な事が起きないように努めている。		

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
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	事業所内での学ぶ機会はないが、外部研修などで参加している職員もいる。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約時だけでなく、来設時や電話等を通じて確認、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	月に一度、市から介護相談員の方がみえ、入居者や家族の方がサービスや介護等に対する意見や相談が出来る機会がある。また、運営推進会議でもそれぞれの立場からの意見を聴く機会を設けている	毎月の共通のホーム便りの他に、一人ひとりに宛てた個別の報告を家族に行っている。家族の訪問の際には意見や要望を聞き、運営につなげるように努めている。また、ホーム玄関に意見箱を設置している。	現状、家族への連絡は細やかにやっているが、家族会がない。次年度に向け、家族会の開催を考えていることもあり、家族とより信頼関係の向上につながることを期待したい。
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	半年に一度全職員を対象に面談を行い、意見や提案を聞く機会を設けている。また普段から職員が直接意見や提案を管理者や経営者に伝えられる雰囲気を作っている	ホームには、ユニット毎にリーダーがいるため、意見や要望はリーダーを通じて言うことも多い。管理者も日頃から職員と接しながら、意見や要望の把握に努め、年2回の個別面談の際には、代表者とともに話し合う機会もつくっている。	
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2回の面談や、常時報告連絡をしている。状況に合わせて働きやすい職場環境や条件の整備に努めている		
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	ホーム内での学習会の開催、外部研修などがある		
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	双方の行事等や外部研修等を通じて、職員が他施設等との交流を図れるように取り組んでいる。		

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
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	事前に本人、家族等と面接して意向を聞いた上で2泊程度の体験入居をしていただき、不安や要望、困っている等がないか確認し、安心できる関係作りができるように努めている		
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	事前に本人、家族等と面接して意向を聞いた上で2泊程度の体験入居をしていただき、不安や要望、困っている等がないか確認し、安心できる関係作りができるように努めている。また、電話等でも常時対応している		
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	事前面接や体験入居等を通して、正式入居の段階でまず必要としている支援を見極められるように対応している		
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	食事作りや買い物、清掃等、日常生活を共に行う中で築いている		
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	日帰り旅行等の行事と一緒に参加していただく他、毎月請求書と共に1か月の様子を報告し、入居者の現状を把握していただいている。また、積極的に家族との外出・外泊を勧めている		
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	友人・知人の訪問や電話・手紙、時にはなじみの場所へ出向く等し、関係が途切れないよう支援している	ホームには、以前の仲間や友人、近所に住んでいた方が訪問することがある。家族と一時外出した泊まってくる方もおり、家族と墓参りに行く方もいる。また、馴染みの美容院に定期的に行く方もいる。	
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	利用者同士の関係をみながら、みなさんが孤立することのないように声をかけたり、利用者同士の間には職員が入って関係を取り持ったりしている。		

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
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	必要に応じて相談したり、手紙を送ったりして関係を継続しているケースもある。		
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	ご本人との会話の中から出来るだけ把握し、会議等で話し合い、意向に沿えるよう努めている。	利用者の日頃の生活の状況や本人が言えないときには職員間でも検討を重ねながらアセスメントにつなげている。アセスメントは6か月に1回見直しており、利用者の現在の状況が介護計画に反映されるように努めている。	
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	本人だけでなくご家族や友人等から聞き、把握するよう努め、ここで出来る限り今までの生活が継続できるよう努めている。		
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	会議だけでなく、日々の申し送り等で状況を話し合い、把握するよう努めている		
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	本人や家族の意向を元に、毎月のケース会議で話し合い、計画を作成している	介護計画には長期と短期の区別を設けず、期間を6か月に設定し、計画自体は3か月毎に見直しを行っている。見直しの時期と利用者の状態に合わせ、毎月3～6人の利用者の計画内容を話し合うようにしている。	
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	毎日個人記録に状況の変化や気づきなどを記入し、特変等は日報や申し送りにて職員が情報共有しながら介護計画を継続できるよう活かしている		
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	その時々ニーズを大切に、すぐに対応できるよう努めている		

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	地域のイベント等があれば計画をたて、外へ出かける機会をつくり、豊かな暮らしを支援できるように努めている		
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	指定内科医に2週間に一度往診に来て頂いている。それ以外の科に関しては、今までのかかりつけ医に雇っていただいている。ない場合は、こちらから情報提供し、家族・ご本人に決めていただいている	ホーム協力医による往診が月2回あり、協力医とは夜間の連絡も可能な体制となっている。ホーム代表者をはじめ、ホームには複数の看護師がいるため、協力医と情報交換の行いながら、医療面でも利用者の支援に努めている。	
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	職場内の看護師に常に変化や気づきを報告・相談し、適切に対応できるよう努めている		
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。	管理者が主に入院先の医療機関の担当者と常に情報交換や相談をし、入隊居が円滑に行えるよう、対応している		
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	入居時の段階で家族・本人に説明をしている。実際に重度化や終末期になってからは、改めて説明や話し合いを行っているが、もう少し早い段階でできればの方がよいとは思っている。	今年度初めて利用者の看取りをホームで行っており、ターミナル期も数か月にわたっている。家族、協力医とも方針を話し合い、ホームでできる限りの対応を行っている。なお、今回の事例に合わせ、家族には改めて同意をとることとした。	今回の看取りは、利用者が深夜に亡くなっており、職員に対するフォローも課題になったと言える。ターミナルケアには職員のサポートも重要であるため、今回の経験を踏まえ、今後の検討に期待したい。
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	定期的に学習会や訓練を行っている		
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	半年に一度消防署の職員も来ていただいている避難訓練と、2か月に一度職員のみでの通報を主とした訓練を行っている。運営推進会議で年に1度行い、地域との協力体制を築けるように努力している	年2回の避難訓練のうち1回は消防署立ち会いで実施し、夜間を想定した訓練も行っている。さらに、2か月に1回は、職員間で通報装置の確認を行っており、日頃から緊急時に備えている。また、地域の訓練にも参加し、ホーム内の備蓄についても増やしている。	地域との連携についても重要であるため、運営推進会議等の機会を捉えながら、継続して相互の協力関係の構築につながるよう取り組まれることを期待したい。

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
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	気をつけて対応しているが、長期入居者の方になると、慣れ合いの部分も出てきてしまっている。	管理者は、利用者本人の気持ちに配慮したケアに心掛けるように指導している。マナー研修を受講し、職員にも内部研修を行っている。また、利用者の洗濯物の扱いにも配慮し、プライバシーにも配慮している。	
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	出来るだけ本人の思いや希望を尊重できるように対応しているが、状況によっては、職員側の思い出日常生活の行動を決定付けてしまう場面もある。		
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	出来る限りみなさんのペースや希望に合わせて過ごせるように努めている。		
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	朝や外出前に身だしなみやおしゃれに意識できるように努めている。また、月に一度の美容院では、みなさんがそれぞれ希望を伝え、ヘアスタイルを決めている		
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	希望のメニューを聞いたり、調理や配膳、片づけも一緒に行っている	朝と昼はその日に利用者にも確認し職員でメニューを考え調理を行い、夕食は食材業者のメニューである。また、利用者の誕生日、季節の行事食の実施や畑の野菜が食卓にのぼることもあり、職員も利用者と一緒に食事を楽しんでいる。	
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	食事や水分量のチェックは行っている。食事量はその方の健康状況に合わせてつ、ご本人の希望になるべく添えるようにしている。希望される方や水分量の少ない方には、個々に水筒等を用意し、居室内でも水分補給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	個々の習慣もあり、全員が毎食後口腔ケアを実施していない。夕食後は必ず実施している。		

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	自らトイレに行けない方はその方の排泄リズムに合わせて声掛けや介助をしている。出来るだけ布パンツを使用していただき、紙パンツに頼らないようにしている	利用者の状態に合わせ、日中は布パンツ、夜間は紙パンツと使い分けている方がいる。さらに居室にポータブルトイレがあるが、現状はトイレでの排泄の方もいる。排泄状況をチェックし、排泄状態が改善した方もいる。	
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	食事内容や体を動かす等で、出来るだけ薬に頼らないように対応している。それでも出ない場合は、医師や看護師と相談し、薬を出したり、排便も行うことも時々ある		
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	出来るだけご本人の希望とされる時に入浴していただいている。介助が必要とされる方は、その時の状況によって職員の都合で入浴をお願いすることがある	毎日の入浴も可能となっており、入浴記録には間隔が開いた日数を記録し、入浴しない間隔が開かないように、利用者へ声かけを行い入浴を促している。なお、入浴剤は利用者の希望に応じて実施し、リフトも装備しているため、車椅子の方の入浴も可能である。	
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	その方の生活習慣や状況に合わせて、お昼寝をされたり、足浴等を行って気持ちよく眠れ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	分かりやすいように表を作成している。医師の指示に従い、症状によって薬の増減を行い、薬効があるかどうか観察している		
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	買い物やドライブ等、希望に添って気分転換の支援を行っている。本人・家族等からいままでの生活歴を聞き、その上で現在本人が希望とされる役割、楽しみを支援できるよう努めている		
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	希望を聞きながら外出支援を行っている。時には家族・友人等の協力も頂きながら、外出等を行っている	利用者の希望に応じて、職員と散歩に出掛けられるように職員の配置を行っている。犬の散歩、買い物、地域の市にも出掛け、利用者の体力維持につとめている。また、バス旅行も実施し、普段行けない場所への外出も行っている。	

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
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	入居者の方の状況に合わせて個人管理または事務所管理を行っている。お小遣いを持ってみえる方には、買い物やお出かけの際、希望に合わせて好きなものをご自身で購入できるようにその時だけ財布をお渡ししている。		
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	電話や手紙のやり取りは自由に行って頂いている。状況によっては、その後職員からフォローの連絡をする事もある		
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	入居者の方と相談しながら、季節に合った花等を置いたり、作品を作って飾ったりしている。状況に合わせて家具等の配置や撤去なども行っている	リビングは、広めに設計されており、ゆったりと過ごすことができる。日当たりも良く、日向ぼっこや利用者も一緒に洗濯物を干すことができる。さらに畳ルームもあり、畳の上でつるぐ方もいる。また、壁には行事の写真も貼ってあり利用者の思い出となっている。	
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	リビングだけでなく、庭や玄関先に椅子を配置し、思い思いに過ごしていただけるような場所づくりを行っている。隣のユニットにも自由に入出入りしていただいている		
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	ご本人が使い慣れたものを持ち込んでいただき(タンスやTV、位牌等)、過ごしやすい空間になるように配慮している。	居室には、家族との写真を飾っている方がいたり、利用者本人が以前使っていた物を持ち込んでいる方もいる。ベッドとタンスについてはホームで用意しているため、持ち込みはテレビや椅子などが主な物となっている。	
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	TVのリモコンを分かりやすい場所におき、見たい時に見たい番組が見れるようにしたり、お茶を飲みたい時に自由に汲める等、自立した生活が送れるように工夫している。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホームさち

目標達成計画

作成日: 平成 24年 2月 29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	6	「身体拘束を行わない」というケア理念から夜間帯以外での玄関・窓等の施錠は極力行っていない。このため、入居者の離設が過去発生した事もある。それに対応した対策がまだ不十分である。	施錠しなくても安心して暮らせる生活が継続できる。	・離設マニュアルの見直し ・離設があった場合を仮定したシュミレーションを年1度実施する。 ・身体拘束に関する内容に離設のケースを含めた職場内研修の実施。	12ヶ月
2	33	今後も発生するであろう看取りへの対応について、職員へのフォローが不十分である。	入居者・家族だけでなく職員も安心して最期まで関わる事が出来る。	・看取りに関する社内・社外研修の参加 ・看取り期間における医療・看護との連携体制の確認 ・最期における宿直職員を増やす等、その時に合わせた人員配置の見直し	12ヶ月
3	10	家族への連絡は日頃から行っており、意見もその都度聞いている。家族会がないので、入居している方の家族同士の繋がりがあまりない。	入居者家族同士の繋がりが深まり、ホームともより良い信頼関係が築けるようになる。	・運営推進会議以外での家族も参加できる行事の開催回数を増やす。 ・家族向けに認知症や看取り等の講演会を開催する。 ・意見交換会の実施。	12ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月