

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	2370401073		
法人名	株式会社 サカイ		
事業所名	グループホーム「あじさい」(1階)		
所在地	愛知県名古屋市中区中沼町108番地		
自己評価作成日	平成25年11月6日	評価結果市町村受理日	平成26年3月28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)】

「色とりどりのあじさいのように、そのひとらしく」を理念に入居者様お一人おひとりに合ったケアに取り組んでおります。3ヶ月に1回のモニタリング以外にもカンファレンスを行い、入居者様のより良い生活についてや自立にむけた支援を行っております。また、地域に根ざしたホームを目指し、地域の様々な催しに参加、毎日出かける買い物(スーパー、花屋)や、お出かけ(公園、喫茶店)では積極的に地域に出向き、地域の方々との関係づくりに努めています。入居者様にもこの地域の一員として安心して過ごしていただけるよう引き続き努力していきたいと思っております。医療的な面では、月に4回ある往診時やその他の時間でも主治医と相談連絡できる関係作りを行い、薬剤師の先生には内服薬の説明、飲み方など職員にわかりやすく、その都度細かく説明して下さっている、また、地域運営推進会議にも参加して下さり、地域の方々にも薬のお話をして下さり、協力医療機関と良好な関係作りに努めています。職員の個々の専門性を高め、入居者様に質の高いケアを提供できるよう積極的に外部研修の参加案内や、参加しやすい環境を作っている。

※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/23/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&JigyosyoCd=2370401073-00&PrefCd=23&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『サークル・福寿草』		
所在地	愛知県名古屋市中区熱田区三本松町13番19号		
訪問調査日	平成25年12月11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)】

ホームは、地域との交流に取り組んでおり、高齢化が進んでいる地域の中にあって、地域の行事に参加する行事の準備段階から関わっており、地域の方との交流を深めている。日常生活場面では、一人ひとりができることを職員間で検討を重ねており、身体機能維持のスポンの上げ下げから、食事、掃除等についても、利用者が参加できる場面をつくるように取り組んでいる。また、当ホームは、複数の介護事業所を展開している法人が初めて手掛けたグループホームでもあるため、ホームでの経験が、後に開設された介護事業所のハード、ソフトの両面から活かされている他、当ホームで勤務していた職員が、関連ホームが開設されて異動した際には、ホームで得た経験が新たなホームの取り組みに活かされることもある。当ホームでの取り組みを通じた人材育成にもつながっている。

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)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 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. 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 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	会議やモニタリングの機会には「その人らしく」ケアについて話し合いを行っている。目につきやすい所に掲示してある。	理念は開設時につくられており、あじさいの花をイメージして、利用者一人ひとりがホームでその人らしい生活ができることを目指している。理念を玄関、事務室に掲示しており、理念の浸透に努めている。	
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員として日常的に交流している	日頃より地域のお店に買い物へ出かけたり、町内会に入り回覧板を入居者様が次のお宅へ持って出かけている。地域の催しにも準備の段階から参加させていただいている。	ホームは、町内会に参加しており、回覧板から情報を得て、地域の行事にも参加しており、地域の行事である餅つきの際には準備段階から関わっている。また、保育園の運動会の見学に参加しており、園児との交流の機会をつくっている。	
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	運営推進会議など、地域の方々が集う場では、意識的に認知症について、話題提供させていただき、地域の方からの質問にもお答えしている。認知症サポーター養成講座修了生のフォローアップ講座の受け入れもやっている。		
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	会議のなかで、ホームの活動内容や行事の報告等を行い、意見の投げかけや、情報提供していただけるような働きかけを行っている。	ホームの運営状況や利用者の状況等を報告しており、災害対策等に関する意見交換につなげている。また、会議にはホームの薬剤師の参加が得られていることで、医療面における助言等にもつながっている。	
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取り組んでいる	包括支援センターの職員の方にも、運営推進会議の参加を促がしている。会議録などもお渡ししている。	現状、利用者の約半数が生活保護を利用しており、市担当部署との定期的な情報交換を行い、運営推進会議の報告も行っている。また、ホーム職員が市の介護認定審査会の委員を務めており、市の介護保険事業に協力している。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	身体拘束の勉強会は定期的に会議の場などでやっている。玄関の施錠に関しては、事務所に職員が常駐していないときのみ行わせていただいているが、今後開錠を視野にいった話し合いを進めている。	ホームでは、身体拘束を行わない方針を掲げているが、玄関の場所が見守りが難しく、事務室に職員がいない場合は施錠を行っている。また、職員会議の機会を捉え、声かけについての勉強会を実施し、職員の意識向上に取り組んでいる。	現状、施錠することがある玄関について、どのような工夫を重ねれば良いのか考えている段階である。利用者にとってより良い方法を継続的に考えていく取り組みに期待したい。
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	スタッフ間等で報告、話し合うよう努めているが、今後も学んでいく必要がある。虐待らしきことがあれば、報告をもらうようにしている虐待防止マニュアルがあり会議でも話し合いを行った。		

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
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	日常的に学ぶ機会を設けてはいない。		
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	契約時は、提供するサービス内容や利用料金等、パンフレット、資料を用いて、十分に説明している。		
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	家族との信頼関係を築き、意見、要望などを常に聞き入れられる状況をつくり、運営に反映させるよう努めている。要望は連絡ノートや会議で共有し、応えられるよう努力している	ホームでは、家族も参加する行事を年2回開催しており、家族間の交流につなげている。家族からの意見の把握のため、運営法人でハガキを利用したアンケートをつくっている。また、ホーム便りを毎月発行しており、利用者の様子を報告している。	
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	日頃から職員が意見を出しやすい雰囲気作りに努めていす、機械、幹部会議、管理者会議などでリーダー、管理者が会社に報告している。	管理者やリーダーは、日常の業務を通じて、職員からの意見や要望等の把握を行っている。それらの意見や要望等は、法人が開催している幹部会議や管理者会議でも話し合われている。また、研修会等を開催し、職員の育成にも取り組んでいる。	
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	毎月の社内研修に出席、個々の職員が向上できるような機械を設けている。マニュアルの改訂、休憩時間などを見直し、職場環境の見直しを行っている。		
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	社内研修に関して年間でカリキュラムを作成全職員を対象に受講している。又毎月のユニット会議でも勉強会開催している。法人外の研修へは案内など掲示し職員が参加しやすいようしている。また、会社からも手当など支給もある。名古屋市、県、社協の研修は会社から申し込み行き参加をうながしている。		
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	社外研修などにでかけた際に交流はあるものの、その先の実践事例はない。		

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
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	サービス導入前の段階で、本人の趣味、職業暮らし方や現在の不安等を知る様努めている。主にコミュニケーションを大切にしている。本人以外にも家族にも協力を得ている。		
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	入所前のアセスメントで必ずご意向をうかがっている、入所後もこまめに状況報告行い意見しやすい関係作りを行っている。3ヶ月に1回のケアプランの見直し時にも聞きなおしている		
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	初期対応を正しく行えるよう、アセスメント、状態把握と職員間の情報共有に努めている。		
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	共感し共に生きる関係作りをしている。入居者同士が気遣い、助け合える関係が気づけるよう職員が間に入りコミュニケーションを円滑に行っている。		
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	面会にみえた際、職員もお邪魔させていただき日頃の状況などお話しさせていただいている。面会になかなか来られない家族には手紙や写真・電話等で関係を築いている		
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	地域の集いに参加することで、顔なじみの方々との関係を保っている。	近隣から入居している利用者については、地域の行事と一緒に出かけながら、友人、知人と会う機会が得られたり、ホームに訪問することもある。また、家族と喫茶店や外出に出かけたり、墓参りや法事で自宅に戻る方もいる。	
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	利用者同士がリビングで過ごすことで、孤立することの無いように取り組んでいる。利用者のコミュニケーションの橋渡しをスタッフがするようにしている。1人を好まれるかたには、居室にお邪魔しお話しさせていただいている。		

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	利用者の心身の状態や事情を考慮し、移り住む先の関係者に対して十分に本人のことを伝え、できる限りの相談、支援を行っている。		
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	モニタリングは3ヶ月に一度行い、個別の計画に本人様の意向を汲み取る努力をしている。普段の会話や行動・表情から意向や思い、希望を汲み取るようにしている。	担当者制で利用者の把握に取り組んでおり、職員が把握した情報や気づきについては、ユニット毎に行われている会議での話し合われている。また、利用者の情報を記載した連絡ノートにも記録され、日常的に職員間での共有に努めている。	
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	入居前のアセスメントを通じて把握に努めて、居室になじみのものを持ってきていただいている。入居前の生活空間や住んでいた環境を把握できるよう、ご家族様との関わりの中から情報を得ている。		
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	暮らしの状況に関しては日々に記録に記載し職員把握に努めている。些細な変化も見逃さず、毎日2回の申し送りにて職員同士情報共有に努めている。また全職員が把握できるよう、連絡ノートを活用している。		
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	3ヶ月に1回定期的にモニタリングを行い、状況の変化があり、新たな課題などについて、チーム全体での意見交換をしながら現状にあわせた介護計画を立てている。	介護計画の内容については、3か月毎に見直しを行っており、変化がみられた際には、随時の見直しを行っている。また、3か月で行っているモニタリングには、担当者からも情報等を確認し、利用者の状態変化の把握につなげている。	
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	個々の生活状況、細かな気づきなどケース記録に記入。その他申し送りノートに個々の情報やケアの意見を求めたり、医療指示を示している。勤務に入る前に情報収集するようにしている。		
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	保険外サービスとして通院介助など適宜検討し必要ならば実行している。		

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
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	毎日近所のスーパーへ買い物に出かけている。レクリエーション時は喫茶店、公園、公民館、小学校へ出かけている、また近所の花屋さんからは、敬老の日などにお祝いのお花をいただいている。		
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	意向に沿った医療機関への受診を行っている。受診の結果は家族へ電話でお伝えし、家族の医療に関しての要望も主治医に伝えるようにしている	ホームでは、協力医による月2回の往診が行われており、現状、全員の利用者が協力医をかかりつけ医としている。受診については、基本家族による対応であるが、ホームでも対応している。また、眼科や歯科往診も行われている。	
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	訪問看護師が週に1回訪問し利用者様の状態をチェックしていただき、職員に伝えてくださる。		
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。	入院時には病院のソーシャルワーカーを必ず通すようにしており、病院との連携に努めている。入居の問い合わせ等でMSWから連絡をいただくことも多く、交流を持っている。個別にサマリーを作成し提供させていただいている。		
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	重度化した場合における対応における指針を設けておりご同意いただいている。重度化した場合は、ご家族様、本人様、協力医師の意見を総合しホームの介護力も十分にご説明して適切な支援ができるように努めています。	ホームでは、重度化、終末期における対応についての指針をもとに家族と話し合いを行っており、ホームとして可能な支援に努めている。また、看取りを見据えた支援を行ったことで、職員にとって、今後の課題も見えてきた点もある。	ホームでの看取りを見据えた支援に関する意向や希望について、利用者、家族とも話し合いを重ねるとともに、職員に対する必要なフォローについても、今後の取り組みに期待したい。
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	急変時の対応マニュアルが事務所に掲示しており、ユニット会議時勉強会を開催した。		
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	年に二回の避難訓練を実施しています。夜間、水害を想定した訓練の開催も積極的に行っている。参加できない職員にも定期的に勉強会、振り返り行っている。	ホームでは、年2回、避難訓練を実施しており、夜間を想定した訓練も実施し、利用者も参加している。また、ホーム内に、水等の備蓄を行っている。地域の方との協力は今後のテーマとも言える。	今後に向けた、備蓄品の保管についての検討や、地域の方との相互の協力関係の構築について、継続した取り組みに期待したい。

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	人生の大先輩として、敬う気持ちを忘れずに、接しているまた、会議やモニタリングの場でも話し合いの機会を設けている。	職員は、利用者への言葉遣い等、一人ひとりの言葉かけを大切にしながら接するように、日常的に努めている。また、新人研修やホーム内での勉強会の機会もつくっており、職員の意識向上にも取り組んでいる。	
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	リクエストメニューなど様々な場面でご本人様の意向を必ず聞くように啓蒙している。またご本人様から直接思いを口に出せるよう信頼関係の構築に努めている。		
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	食事の時間以外は皆様のペースでお過ごしされている。がその他にどんな風に過ごしたいのかなど、利用者様に日々問いかけ職員同士話し合いも行っている。		
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	日頃のケアのなかで、利用者様自ら洋服を選んで着て頂けるようなケアをこころがけたり、普段から意思疎通困難な方へも昔の好みに合わせた洋服を提供させていただいている。		
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	献立は利用者様の好みと栄養バランスを考え立てています。また週に2回個々の利用者様とその日に食べたいものを一緒に買いに出かけて献立を決めるリクエストメニューを設けております。その他に鉄板のメニューを取り入れ食事を楽しんでいただいている。	食事に関するメニューについては、基本職員で考えているが、週2回の夕食の際には、「リクエストデー」としており、利用者の好きなメニュー作りを行っている。また、月間予定に基づきながら、おやつ作りを楽しんだり、外食を実施する機会もつくっている。	
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	個々の利用者様の状況に合わせた食事を提供させていただいております。水分摂取量の少ないかたは、早めに水分チェックを行っている。		
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	口腔ケアは毎食後行うように指示をしている。介助がいる方は声かけ、介助している。適宜歯科医師の往診を受け口腔ケアに関するアドバイスをいただいている。夜間は義歯洗浄剤を使用しお預かりをしている利用者様もみえます。		

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	パットやリハビリパンツの汚染を減らすよう時間で尿意や便意のあいまいな方には時間で誘導している、排泄パターンを把握する為チェック表も活用している。また下着、ズボンの上げ下げはなるべく利用者様に行ってもらえるよう支援しております。	ホームでは、全員の排泄状態の記録を残すことで、一人ひとりに合わせた声かけを行うことで、トイレでの排泄を目指している。職員の取り組みを通じて、排泄状態が改善した事例もある。	
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	自然排便を心がけ食事の献立にヨーグルトや汁物を提供させていただいている。また便秘の方は主治医と相談しながら下剤のコントロールし、適切な排便が行えるよう援助に努めている。		
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ず、個々にそった支援をしている	概ね1日おきの入浴になっているが、その日の希望をお聞きし入浴していただいている、入浴時間も様々で、お話し好きの方は長くお話を楽しませている。	入浴については、基本1日おきの実施となっており、時間については利用者の希望等に配慮している。また、利用者に入浴を楽しんでもらうために、一番風呂への配慮や、入浴剤を使用したり、季節に合わせた柚子湯や菖蒲湯等も行っている。	
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	個々の生活パターンにあわせ就寝ケアを行っている。みなさまに、安心して眠れるよう、傾聴したりテレビをみられたり個々のペースで休んでいただけるよう努めている。		
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	薬は全員が把握できるよう、管理者または職員が薬剤師さんからの説明を聞き、申し送りを行っている、また薬の説明ファイルを作成し、変更などあった場合はファイルにとじたり、変更事項を記載している、ファイルは毎日目をとおすよう指導している。		
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	日々の生活の中でのその人その人の役割を見つけ毎日実行できるよう支援している、また職員がひとりひとりにあった役割、楽しみを常に考え提供させていただいている。タバコやアルコールを好む方の場合継続して楽しんでいただけるよう支援している。		
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	散歩に行きたい方など毎日食材の買い出しに地域のスーパーに利用者様と出かけている、利用者様の馴染みのある場所や希望の場所をお聞きし毎月外出レクリエーションを企画している、また個別で外出している。	利用者は、日常的に外出できるように配慮されており、天気の良い日の外出やスーパーへの買い物等を行っている。また、月1回程度、外出レクにも取り組んでおり、利用者も行きたい場所に行けるような取り組みも行われている。	

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	自己管理できる方には、なるべくご自分で管理していただき、こちらで出納帳などをつけている。好きな物をご自分で選んで購入して頂けるよう支援している。		
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	定期的にご家族電話したいと要望あるため、個別プランに組み込んでいる。暑中見舞いや年賀状のやり取りも行っている。		
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	清潔を意識し掃除し常にきれいな状態や、過ごしやすい環境を整えている。花や季節を感じていただけるよう小物の利用で楽しみを揃えている。	リビング内は、できる限り、利用者の生活空間になるように配慮されており、利用者が一人で過ごすことができるソファも置かれてある。また、利用者による手作りカレンダーや季節に合わせた飾り付けも行われており、季節感への配慮も行われている。	
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	くつろぎのスペースのソファを設置しており利用者同士会話を楽しんだり、休息していただけるようにしている、また利用者同士の相性を考え席を配置させていただいております。		
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	基本的に使い慣れたものを持ち込んでいただけるようお話しさせていただいています。仏壇など持ち込んでいるかたもみえる、ご本人様の趣味に合わせてカレンダーを飾ったり、家族の写真を飾っていただけるよう支援しています。	居室の入り口には、利用者手作りの表札が掲げられてあり、自分の部屋であると認識してもらっている。また、部屋の清掃を職員で行っている方もおり、清潔感への配慮と個性のある居室づくりに取り組まれている。	
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	その方お一人お一人の出来ること、できない事認知症の進行に合わせてケアを行なっている。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホームあじさい

目標達成計画

作成日: 平成 26 年 1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	6	以前大きな事故を起こして以来、安全確保の観点から24時間玄関の施錠を屋も負えず行ってしまう、本来入居者が自由に出られるよう、個人の思いが尊重されるケアを目指していかなければいけないが、特に玄関施錠の話し合いもなく、開錠に向けての検討がなされていない。	玄関開錠から入居者様個人を尊重するケアの構築、また開錠にあたっての事故予防の検討を十分に行い、開錠を目指す。	開錠にむけた話し合いを定期的に行う。また一時的に事務所待機の職員がいる際は、開錠をし入居者が自由に入出りできる環境を作る。 6ヶ月
2	33	過去に終末期の経験があるもその後の学びのばがなく、終末期対応に事業所として具体的な取り組みも行えていない。	重度化や終末期ケアに関する知識を習得することで、重度化や終末期ケアという課題に直面した際各職員が、個々の入居者様の終末期を考え、住み慣れたホームで馴染みの人々に囲まれた最後を迎えられるような体制を作る。	1階は重度化2階は終末期ケアと各ユニットが直面している課題に合わせた、勉強会や”尊厳死”というテーマで学びを深めていきたい。 6ヶ月
3	35	非常災害時の備蓄品に関して十分な数の備蓄がない、又保管に適した場所もない、また非常災害時の地域とのネットワークが構築されていない。	備蓄品に関して最低限の備蓄に努め、災害時入居者様が安全に避難生活を送られるような体制作りを行う。また、地域とのネットワークを構築することで、災害時入居者様が安全に避難ができ、地域で支え合える関係を目指していく。	備蓄品リストを確認し、必要な量、物を備蓄しておく、また運営推進会議を通して意見を頂きいざという時に役立つものを備蓄する。地域とのネットワークはまず身近なご近所の片にも事業所に足を運んでいただき、防災訓練への声掛けをしていく。 6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。