

### 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	2072800549		
法人名	社会福祉法人 梓の郷		
事業所名	グループホーム サルビア		
所在地	長野県松本市梓川倭2324番地15		
自己評価作成日	平成26年8月15日	評価結果市町村受理日	平成27年1月19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26年10月23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)】

1. 畑作り・広報などのチラシ配布・回覧板やゴミゼロ運動に参加することにより、地域の方にグループホームや認知症を理解して頂く。2. 地域の方が気軽にホームに来ていただけるような関係作りをしています。(例えば、歌の会・絵手紙・料理教室や地域の方対象とした健康体操教室など)3. 医療連携を組み、日頃入居者の健康管理に気配りしています。4. ひもときシートを使い、パーソンセンタードケアを心がけています。

【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)】

グループホーム サルビアは、北アルプスが望める梓川沿いに母体施設に併設して設置されており、扉を開けて利用者が母体施設との行き来できる仕様となっていて、施設職員の見守りを受けながら日常的に活用されている。母体施設で行われる行事参加や研修などの連携や情報交換が図られホーム運営に反映されている。管理者は、専門性と経験を活かし地域密着型サービスの実現のために地域生活の継続支援とホームと地域の関係性の構築に向け職員間の連携を図りながら取り組まれている。利用者、ご家族にとっての大きな関心と不安のひとつが重度化した場合の対応のあり方であり、今年度ホームでは2人の看取り経験を踏まえた上で、「重度化対応・終末期ケア対応指針」を作成し利用者、ご家族の安心と信頼につながるよう配慮した対応に努めている。

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、活き活きと働けている (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>会議等で共有出来るように話し合っている。共有して実践につながっていないところもある。</p>	<p>地域密着型サービスの役割を理解し、地域生活の継続支援と、ホームと地域との関係性強化を組み入れた理念を作成されている。ホーム会議等で理念の共有を図り実践につなげるよう努力をされている。</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人として日常的に交流している</p>	<p>ゴミゼロ運動・ラジオ体操などに参加している。地域との交流は大切にして、極力交流するようにしている。(回覧板・広報配布・日々の挨拶)</p>	<p>地域行事(文化祭、花火大会等)やボランティア(生け花、絵手紙、蕎麦の日、梅漬け等)による継続支援を受けている。また、実習生(高校生、大学生等)の受け入れ等、地域住民との交流を積極的に行われている。なお広報サルビア「あっとホームだより」を法人様の郷で発行し地域に配布して発信、地域福祉の支えになるよう努めている。(施設紹介、サルビア行事紹介、介護ひとくちメモ等多彩な内容となっている。)</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>管理者に任せ個人では、出来ていない。(介護職員)2年に一回程度の勉強会をしているが、新しい入居者も入り、改めて対応方法など地域のかたの要望もあるいので、勉強会を開催したい(10月)</p>	/	/
4	(3)	<p>運営推進会議を活かした取り組み</p> <p>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</p>	<p>管理者を中心にサービスに活かしている。ラジオ体操・ゴミゼロ運動参加・地域の方が気軽にホームに来ていただける環境作り。</p>	<p>運営推進会議には、利用者、ご家族、町会長・地域住民、消防署、相談員、地域包括支援センター職員等が参加して2か月に1回開催されている。ホーム生活状況報告、事故報告、参加者から質問、意見、要望、提案等を受け双方向的な会議となっている。会議終了後家族会を開催してご家族より要望、提案が出されている。</p>	<p>今後更にホームのサービス向上に活かしていくために、地域担当の警察署等に参加を呼びかけホーム利用者の離設時の対応方法等の指導をいただくなど、安心、安全につながる支援に期待する。</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に取り組んでいる	管理者が中心に行なっている。	地域包括支援センターとホームの実態を共有されており、現場や利用者の課題解決のために管理者は相談がけをして協議をしながら解決を図られている。介護認定審査に当たり利用者の情報提供に務めたり、代行申請等も行われている。月1回市から派遣されている介護相談員の訪問を受け利用者との関わりや協力が得られている。	
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	新しい入居者が(直ぐに外に出てしまわれる方)日射病にならないよう夏は施錠をしていた。涼しくなってきた、施錠しない時間を長くしている。自由に歩く事を、特養の職員の協力も得て行っている。	法人の全体研修等により、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職員全員が理解し、拘束のないケアに努めている。しかし利用者の安全を考慮して時には(ホームに馴染むまで)玄関への施錠があったことを伺った。	
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	定期的に事故対策会議を設け、話し合いをしている。		
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	管理者は権利擁護に関する研修会に出ているので、GH会議の時に介護職員に研修報告し、学ぶ機会を設けていく。		
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	管理者が行っている。		

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
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	運営推進会議や家族会などに機会を設けている。一般職員は会議に全員参加しないため、温度差を感じる。(管理者任せになっている)職員の中には面会時意見・要望を吸い上げ運営に反映させることの出来る者もいる。	日常の関わりの中で利用者の発する言葉や表情から思いや希望の把握に努めている。なお市の介護相談員の訪問を受け入れており、利用者が外部に声を表せる機会が設けられている。ご家族の意見、要望は、面会時や運営推進会議・家族会で発信されており、ホーム会議で話し合わせ運営に反映されている。	
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	会議や、それ以外(通常勤務等)話を聞いてくれ、話し合いは反映している。また、年2回の面接で個別に話しを聞いている。	月1回開催しているホーム会議や日常の関わりの中で職員と話し合いの機会を持つと共に、月2回開催の会議の中で身体拘束、事故対策、サービス担当者会議等を行い意見や提案が出され、それらを反映させ質の向上につながるよう取り組まれている。なお年2回の職員面接を行い意見や希望を言いやすい工夫もされている。	
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	自己評価表を用い個別に話し合う機会を持ち、意欲向上に努めている。		
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	外部研修への参加・法人全体の研修参加を促し、ケア向上に努めている。		
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	同業者との交流に意図的です。松本GH連絡会に交流があり、情報を共有している。		

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>安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		<p>初期に築く本人との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>努めているが、全てを把握出来ていない。本人が困っていること・不安なこと、信頼関係に努めている。職員で力量に差を感じる。</p>		
16		<p>初期に築く家族等との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>ホームでの出来る事・出来ないことを細かく、家族に説明している。</p>		
17		<p>初期対応の見極めと支援</p> <p>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</p>	<p>料金的なことを含め、家族・本人に意向を聞いている。</p>		
18		<p>本人と共に過ごし支えあう関係</p> <p>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</p>	<p>ホームの理念でもあるため、そのような関係を築くように努めている。</p>		
19		<p>本人を共に支えあう家族との関係</p> <p>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</p>	<p>家族と入居者との関係はとても大切なので、近況を報告したり、その場から離れ家族の時間をなるべく多くしている。</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
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	入居されたばかりの方は馴染みの関係継続支援が可能だが、身体的レベル低下などで、遠ざかっている方もいる。	利用者の絵手紙、詩吟仲間や入所前の近隣の方が訪問されており、つながりを継続できるよう支援されている。なお馴染みの店や美容院、お墓参り等利用者一人ひとりの生活習慣を大切にした支援に取り組まれている。	
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	入居者どうしの関わりあい(体操・歌)を深める機会を設けているが、自ら断たれてしまうなどの場面も見受けられる。		
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	特養に移動した方の家族がホームに訪れたりしたている。最近亡くなられた方のお盆参りに行くなどし、話を聞いたりしているが、職員全員ではなく、主に管理者が行っている。		
<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)	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	ひもときシートを活用し本人の思いに添えるよう支援しているが、把握しきれていない事もある。	利用者の声・言葉や状態、行動等が記載できる「思考展開シート」を活用し希望や思いの把握に努めている。なお言葉の表出困難な方には日常の関わり(スキンシップ)の中で行動や表情よりくみ取り把握をされている。	
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	やっちはいるが、まだ知らない生活歴があるかもしれないので努力が必要と思う。		

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
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	把握しきれていないので、今後どの職員にも分かるように24時間シートの活用が必要と感じます。		
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	自分の意見を出しきれていない職員と、日々の気付きを意見として出し改善に向けて行こうとする職員、職員意識の差があるが、日々の気付きを全職員GH会議の際、引き出すようにしている。	利用者、ご家族の希望や意向を踏まえた上で、職員全員でアセスメントを含め意見交換やモニタリングを行っている。介護計画は計画作成担当者が作成し職員全員に周知を図りご家族に提示し同意が得られている。	
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	できている部分もあるが、ケアの実践方法・工夫したケアが記録されていないこともあり、残念。		
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	GHだからこそ出来る関わり(時間にとらわれない外出など)に気をつけている職員と、余裕が無いから出来ない職員との意識差がある。カンファレンスなどで話し合っているが、実践出来る職員と出来ない職員がいる。		
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	把握しきれていない部分もあるが、料理が得意な人は行事食作りを行ったり、畑等を通じて等、地域の方と関わっている。		

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
30	(11)	<p>かかりつけ医の受診支援</p> <p>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</p>	<p>受診の際は家族に連絡後本人と(家族の協力が得られれば家族も)受診し、不安が残らないよう努力している。</p>	<p>利用者、ご家族が希望されている医療機関(協力医)を主治医とし受診されている。月2回の歯科医、月1回の皮膚科の往診と週1回の訪問看護師による健康診断と薬わけの支援を受ける等医療機関と連携して受診結果に関する情報を共有されている。</p>	
31		<p>看護職との協働</p> <p>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</p>	<p>8月よりあずみの里訪問看護ステーションの看護婦が来ているので、相談しながら岡野医院の先生とも医療連携出来ている。</p>		
32		<p>入退院時の医療機関との協働</p> <p>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。</p>	<p>管理者が中心になって出来ている。</p>		
33	(12)	<p>重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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</p>	<p>本人には難しいが、家族にはホームで出来る事・出来ないことを管理者から伝えている。何時も来ている地域の方は理解があり、気にかけて下さる。</p>	<p>重度化した場合や終末期のあり方についてホームで対応し得る最大の支援方法を踏まえて「重度化対応・終末期ケア対応方針」を定め利用者、ご家族に「医療連携による24時間体制確保についての説明書」を提示して話し合い実践に取り組まれている。今年度は2名の看取りが行われ、ホーム利用者、関係職員により見送られたことを伺った。</p>	
34		<p>急変や事故発生時の備え</p> <p>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</p>	<p>行う事はできているが、定期的に訓練はしていない。</p>		
35	(13)	<p>災害対策</p> <p>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</p>	<p>年2回の避難訓練を行っているが、人の入れ替わりもあり、地域の方への「適切な声掛け」に課題が残る。年々地域の方の参加協力は多くなっている。</p>	<p>消防署の協力を経て年2回昼・夜想定しての避難訓練を実施して、訓練内容と結果を記録して今後に活かされている。訓練には地域住民の参加、協力を得ながら行われている。11月には母体と一緒に地震を想定した避難訓練を予定されていることを伺った。</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
<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	自尊心を傷つけないような声かけをしている。管理者が対応方法など直接指導する場合もある。	法人で行われる新人研修の中で利用者一人ひとりの尊重とプライバシー確保に向けた接遇研修が行われている。なお外部研修、内部研修の報告をホーム会議で話し合い日頃の支援に活かされている。	
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	出来る限り自分で決めて頂き、難しい場合は、簡単な質問に変えて決めて頂く。(例)肉か魚かなど。		
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	入居者ペースで過ごして頂けるよう、支援しているが、職員ペース・効率重視で動いてしまうことがある。		
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	外出時の化粧等の支援が出来ていない。好きな洋服は、お金・家族との兼ね合いもあり、一部の入居者だけしか出来ていない。		
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	職員で関わりに偏りが見受けられる。配膳・下膳は入居者ペースで一人ひとり行われている。	地域の方の支援を受けながらホーム菜園で収穫した野菜等を利用して、利用者一人ひとりの力量に合わせ調理の一連の作業に参加されている。各テーブルに職員が着き言葉かけやさりげないサポートをしながら職員も一緒に食事を摂り楽しい雰囲気づくりに配慮されている。	
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	地域の栄養士さんの指導により、栄養バランスは比較的できているが、水分量が少ない利用者もいて飲み物などを工夫している。		

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
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に、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	歯科往診が月1回あるため、以前よりは改善されたが、毎食後は出来ていない。舌ブラシ・ポンジを活用している。		
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	食事前後に声掛け・トイレ誘導を行っているが、レベル低下に伴い声掛け等見直しの必要な方もいる。	利用者の排泄の自立に向けパソコンへの記述(入力を行う一方で)個別チェックシートを作成し、排泄パターンに応じた個別の排泄支援が行われている。	
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	お腹の弱い方には、刻みにしたり、便秘の方にはスムージー・ヤクルトなどを提供している。		
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	入浴剤や専用のシャンプーなど・時間も夕食後にするなど個々にそって支援をしている。	週2回の入浴や利用者の入浴習慣(回数、時間等)に合わせて支援されている。入浴時には利用者の希望により2人入浴を楽しまれている。また季節風呂(菖蒲、りんご、ゆずなど)を楽しみにされている。	
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	気持ちよく眠れるよう支援しているが、食事する場所・居室以外で休める場所(玄関フロア)を設けている。。		
47		服薬支援 一人ひとり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	配薬・誤薬ミスが無いよう、服薬時には声出ししながら確認している。全員の副作用(時に臨時薬)が把握されていない職員もいるので、把握の徹底が必要と感じる。		

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	遠出の場合は外出は目的をハッキリさせたい。気分転換では、外食・温泉・買い物に行って頂いている。調理・縫い物・洗濯たみを通して、張り合いが出来る関わりをしている職員もいるが、職員の方が入居者に苦手意識を持ち、関わっていない場合もある。		
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	最近入居者が重度化し見取りを2件行った。このため外出が難しかったが、新しい入居者の把握が出来た為、以前の様に外出していきたい。お盆は家族と墓参りができるよう支援が出来たが、身体的レベル低下により外出が難しくなっている入居者もいる。	機能低下が見られる方には車椅子を使用し、日常的な散歩に出かけ地域の方々との会話を交わし楽しみにされている。お花見や紅葉狩り等に出かけ季節感が得られるよう支援されている。自宅訪問願望のある方には帰宅して近隣の食堂へ立ち寄られたり、お墓参りなどの配慮をされている。今後日帰り温泉旅行の計画があることを伺った。	
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	大切さを職員は理解しているので、出来る方には一緒に買物に行き、会計も一緒に行っている。		
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	家族の許可が得られ、2名の方は、本人が電話をしたい時に電話が出来るよう体制を整えている。絵手紙や年賀状を書いて家族宛てに投函している。		
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	キッチンも使いやすくリフォームした。七夕飾りや鏡餅・門松等季節が分かるよう飾り付けをしている。	共用空間には季節の花が飾られ季節感が得られるよう配慮されている。思い出の写真や利用者の作品(絵手紙、習字等)、居室入口の暖簾が家庭的な雰囲気を醸し出して、ゆったり過ごせる共用空間となっている。利用者、職員が使いやすい「リフォームされたキッチン」からは食材の匂いが漂い生活感を満喫できるよう工夫されている。	
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	入居者が好む場所で、好む人と話が出来るといった配置(椅子の)になっている。TVスペースとリビングと分け、好きな場所で過ごして頂けるようにしている。		

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
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	本人の馴染みの物を中心に、危険の無いよう配置している。見える所に本人の作品や家族の写真を飾っている。	利用者が日頃から大切にされていたものや馴染みの品(家族の位牌や家族写真、家具類)が持ち込まれている。利用者の状態に合わせてフロー、畳の選択ができ利用者が住み心地の良く過ごせるようそれぞれに工夫されている。	
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	車椅子や歩行器使用の方が多くなり、安全・快適に移動出来るよう気配りしているが、更に対策必要。入居者が使いやすい様キッチンを工事した。能力を引き出す為に、どこまで準備するのか見極めている職員もいる。職員の力量に差がある。		

## 目標達成計画

平成 27年 1月 5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	55 25	・それぞれ入居者の求めている暮らしが出来ない。 ・一定の方だけでなく全員に食事作り参加ができていない。 ・一日の流れが職員によってバラつきがある。	・入居者が満足に過ごせる暮らし。 ・作りに参加されていない方、片付けに声掛けする。 ・1つがだめでも他の場面で能力が発揮できるようにする。 ・入居者の持っている「力」を引き出す支援を行う。	・出来る事、出来ない事、シートを作成し皆で話し合う。 ・食事作り参加シートを作成。 ・24時間シートの作成(やりたい事把握)。 ・会議等でやって良かったケアについて確認。 ・話し合い職員間で共有する。	6ヶ月
2	46 34	・薬の日付・氏名・時間等確認しているが何の薬か、副作用は何か知らない職員がいる。	・各人の薬について副作用の情報共有する。	・9人分の薬シートを作成し副作用を分りやすくする。 ・会議等にも出席して頂き話を聞く。	4ヶ月
3	23	・ひもときシートや24時間シートを活用できなくて、ケアに繋がられていない。	・モニタリング、ひもときシート、24時間シートを記入し話し合う事により同一ケアを目指す。そして共有しチームで入居者を支える。	・事前に誰のどの部分を話すのか明確化しひもときシートで職員どうしが話し合う。	6ヶ月
4	29	・外出を希望されている、入居者に対し鍵などで規制がかけられている。	・地域の方より理解と協力を頂き、外出の好きな方が自由に地域で過ごせる体制を整える。	・特養の職員や地域の方にグループホームでの関わり方を伝えご理解を頂く。	6ヶ月
5					

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。