

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	0873200422		
法人名	聖北会 有限会社 敬七商事		
事業所名	グループホーム すずらの里	ユニット名(1丁目)	
所在地	〒319-0204 茨城県笠間市土師1283-252		
自己評価作成日	平成30年 8月 10日	評価結果市町村受理日	平成30年12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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2014_022_kihon=true&JgvosvoCd=0873200422-00&PrefCd=08&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 茨城県社会福祉協議会
所在地	水戸市千波町1918番地 茨城県総合福祉会館内
訪問調査日	平成30年9月19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)】

当館は地域密着事業所として住み慣れた地域で安心して暮らせるようにとの理念のもと、緑豊かな環境の中に立地し四季折々の移り変わりを実感しながら生活する事ができます。天気の良い日は各ユニット朝の散歩散策にほぼ全員の方が出られています。その他グループ内事業には病院、訪問看護ステーション、特養ホーム、老健、サービス付き高齢者住宅等があり協力体制が整っており、体調等の変化に応じた対応ができる為安心して過ごす事ができます。看護師が健康管理や病院との連携に努めているので利用者様は安心して暮らすことができます。また、食事は毎日カロリー計算された新鮮な食材を使いその時々体調や咀嚼の状況等に合わせて調理し、美味しく召し上がって頂けるように努めています。また、年間を通して楽しい行事もあり利用者様ご家族様共に参加していただいています。今後共ご家族様との連携協力を大切にながら利用者様に安心して暮らして頂けるように努めていきたいと思っております

【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)】

事業所は、栗畑や木々が多く、沢山の緑豊かな場所に立地している。同敷地内には、同一法人の他事業所も隣接している。利用者に楽しんで生活してもらえよう、外出支援や誕生日会、お楽しみ会などにも力を入れており、外食や生寿司を購し、楽しむ機会を設けている。運営推進会議で、委員の「関節を固めないようにしたい」という意見から、訪問マッサージを導入し、身体機能向上にも取り組み、少しずつ成果が見られている。また、管理者も訪問マッサージの事業所に利用者の身体状況や病状などの説明も行い一緒に取り組んでいる。母体の病院から看護師がきてくれており、24時間オンコールできる体制も整えている。

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している (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

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	毎朝の申し送り時には唱和し館内の目に付く所に張り出し折に触れ意識できるようにしている。理念の意味についてミーティング時に学習したり唱和したりしている。	玄関や各ユニットに理念を掲示して、職員が日常生活の中で自然に意識付けできるよう工夫している。朝礼時や職員会議時に確認を行っている。	
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	町内の空き缶拾いに参加して顔馴染みの関係作りに努めたりお神輿見学をきっかけに毎年声を掛けて下さるなど少しずつ交流が出来るようになってきている。行事や研修時には地域の方に声掛けをしている。	おむつなどの介護用品は、地元の商店で購入し、週1回配達してもらっている。職員は町内の缶拾いに参加している。行事やレクリエーションの際には楽器演奏や歌、踊りなどのボランティアを受け入れている。	
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	電話や来所時に介護についての相談やパンフレットを差上げたり悩みを聞いてアドバイスをしたり他事業所や相談機関等を紹介したりしている。		
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	評価結果が出た時点で運営推進会議に回り今後の取り組みや相談等を行い、一緒に考えてもらっている。また、地域の資源等教えてもらっている。毎回出席して下さっている家族には施設の内容を良く見てくださっているので会議の進め方にもアドバイスを頂いている。	家族等の代表や市職員、地域の消防団員等で定期的に開催し、行事や利用者の状況、事業所の取組みなどを報告している。	
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	施設の運営について分からない事や疑問等分かるまで担当者に聞いたり更新申請等で出向いたときは担当者以外とも言葉を交わし施設の情報を伝えている。	運営推進会議に出席した際や、市に出向いた際などに情報交換をしている。生活保護の市担当者が定期的に来訪している。市主催の研修会には積極的に参加している。	
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	全体研修の中で身体拘束禁止の内容を学習し職員一人一人がいけない事として自覚できるようにしている。館内を歩かれている利用者様には全ユニットで見守りの体制で自由に歩いて頂いている。	身体拘束委員会があり、委員会を中心に勉強会を開催している。マニュアルを作成し、外部研修や内部研修を年2回行っている。	
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	指針を資料として職員研修時に学習し意識を高めるよう努めている。虐待とはどういうことなのか全員で共有し予防に努めている。		

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	自立支援制度を利用する事で家族本人共に安心して過ごせるような状況が見受けられた時や家族から今後の不安について相談された時には早めに関係機関に相談したり関係者が来訪時等に相談し早めの対応に努めている。研修にも参加し学習するようにしている。		
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	契約の締結時には重要事項説明書や運営規定等を良く説明し疑問があれば納得できるまで説明している。今後のサービスに対する要望や不安意向など聞いてケアに活かしている。改訂の際には事情を説明し理解納得をしてもらっている。		
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	毎月のお便りの中で利用者様1カ月の様子を知らせ、家族からの意見や要望を伝える事が出来るようアンケートを出したりして意見要望を汲み上げるようにしている。また玄関入り口の苦情受付箱に投函して下さるようお願いしている。推進会議出席時や来所時には声掛けして要望意見等を伺ってサービスに反映させている。	面会時や電話した際に、管理者や職員が声掛けし意見がないか聞いているほか、意見箱を設置するなどして、意見を引き出す工夫をしている。家族等からの意見には、検討し、実践できるようにしている。	
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	毎月に全体ミーティング時には代表者の出席を求め、できる限り意見を聞いてもらうようにし代表者側も意見要望を伝える場になっている。常に管理者は職員の意見要望を代表者に伝えるようにしている。	管理者は、日頃から話し易い雰囲気づくりに努めるとともに、職員会議時に話を聴いている。誕生会のない月にお楽しみ会をやりたいという希望があり、起案書を提出して一人当たりの予算を決め、利用者の食べたい物を作っている。	
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	代表者には、管理者が現場の様子を伝え職員の要望の実現に向けている。また、有給休暇の取得や資格試験の支援に努めている。		
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	研修の機会があれば、順次職員のケアの向上の為に参加させている。研修後には報告書を提出してもらい全員に伝わるよう回覧している。新人職員には責任者を決め指導に当たっている。		
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	他事業所とは機会があれば研修に行ったり行事に招待したりして交流の機会を設けている。運営についても良い所は参考にしサービスの質の向上に努めている。		

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
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	ご本人が見学に来られない時には直接出向いて面談し、ホームでの生活の様子やサービスの内容等伝えたり、本人の望む暮らしや不安等聞いて安心して入居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	相談や段階から、介護についての悩みや本人の状況等聞いてその後入所までは電話等で連絡し合って関係作りに努めている。		
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	入所の相談に見えた時には本人や既に利用しているサービス先の関係者に話を聞いたりしてグループホームへの入所が適切かどうか見極めて本人にとって一番相応しいサービスとは何かを考えている。他のサービスが適切かと思われた時はアドバイスや問い合わせ紹介等を行っている。		
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	人生の先輩として敬いながら能力が発揮できるよう出来る事を見つけお願いしたり分からない事を教えてもらったりしている。表情を見ていつもと違う様子の時には話しかけをし会話のきっかけを作り話がしやすい雰囲気を作っている。		
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	日頃の様子を電話やお便りで知らせたり、ケアについて協力相談を求めたり本人がより良い生活が送れるように家族と共に支えていくように努めている。また、電話口で本人に出てもらったり、こちらから電話をつないで声を聞かせて安心してもらったりしている。面会時には居室に案内しゆっくり過ごして頂いている。		
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	近所の人が見かねて来られた時には一緒にお茶を召し上がってもらいながら昔の話等聞かせてもらったりしている。また、以前の知り合いが見えたときなどには居室でお土産のお菓子など召し上がって頂いている。	自宅へ外泊や外出をしている。馴染みの美容室を送迎付きで利用している。職員とスーパーに買い物に出かけたり、家族が迎えに来て外出をしている。	
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	気の合う人や手助けしてくれる人など良い関係が築けるようテーブルの配置に気を配ったり職員は寡黙な利用者様にはそれとなく話しかけて寂しい思いをしないように努めている。各ユニット間で行ったり来たりして交流している。		

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	契約終了後も病院に様子を見に行ったり他施設に転所された利用者様には行事に招待したり家族に宛てお手紙を書いたりしている。また、分かる範囲でお悔やみに伺うようにしている。		
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	相談、入所時に本人の希望意向を聞き取るよう努めている。本人より聞き取り困難の時には入所後に生活の様子や会話の中から本人の望む暮らしとは何かを把握するよう努め本人本位に支援できるようにしている。	利用者の表情や仕草、態度から、思いや希望の把握に努め、口頭で申し送りを行っている。意志表出が困難な利用者は、家族等の来訪時に話を聞いたり、表情や仕草からも意向把握に努めているが、把握した情報を記録に残し、職員間で共有するまでには至っていない。	思いや意向を把握した情報を、全職員いつでも確認し共有できる方法を検討し、実践することを期待する。
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	入所前に生活歴を記入できる個人表をお渡ししているほか入所契約時に聞き取っている。職員全員が情報を共有できるようファイルに綴じている。以前に利用のサービス状況は事務所より情報提供をお願いし状況を把握するよう努めている。		
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	入所前の暮らし方を家族等から聞いて本人の思いや希望を尊重した上で出来ること出来ないこと得意なこと等を把握するよう努めている。職員は毎朝の申し送りでは心身状態の変化についての把握に努めチームで共有し一日の過ごし方について考え支援している。入所後の面会時にも聞き取り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	介護計画の作成時には本人家族の意向、介護職員の意見や気づきを反映させ本人主体の計画書の作成を行うよう努めている。モニタリングは月1回のカンファレンスの意見を参考に介護職員・ケアマネで行っている。	家族等や本人の意向を基に、医療関係者の意見を聴き、作成している。6ヶ月毎にモニタリングを行い、基本1年で見直しを行っている。利用者や家族等の要望や状態に変化が生じた場合には、随時見直しを行っている。	
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	日々の生活の様子、実践した事、結果等また食事、排泄、入浴の状況を記録し情報の共有を図っている。受診時は個人記録のほか専用のノートを作って出勤時必ず確認し、経過観察に役立てている。		
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	本人や家族の状況に応じて出来ない事について出来る限りの支援に努めている。面会時の家族の送迎や諸々の手続き、他科受診・入院時のお世話など安心して暮らせるよう努めている。		

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	近所の方より災害時の井戸水の提供をして下さるとの約束をいただいている。また出来る限り馴染みの関係を築くことが出来るよう、近隣の店を利用している。髪のカットや買い物等も同じお店を利用するようにしている。		
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	家族には契約時にかかりつけ医に継続受診できることを伝えているが、協力病院に変更になる場合には家族を通じてかかりつけ医より診療情報を頂いて協力医に伝えている。かかりつけ医に受診継続の時は、家族の同行が基本となっているので普段の状況を看護師や職員は詳しく伝えるようにしている。	かかりつけ医への受診は、基本家族が行っている。協力医療機関へは看護師の付き添いで通院している。バイタル等必要な情報のメモを渡し、医師に確認して欲しいことを聴いてもらい、受診後、家族等より口頭で報告を受けている。	
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	看護師は、健康状態の把握を行ったり、状況によって受診を勧め、自ら手配したり、受診介助を行い医師に病状の説明などを行っている。また、感染症の予防の方法などその時々に応じてアドバイスをもらっている。夜間の状況の変化時は、電話で相談し指示をもらっている。		
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。	入院の際は、家族に代わって洗濯の支援を行っているので看護師ソーシャルワーカー等と相談できる機会があり治療の経過や本人の様子等、聞くことが出来る。情報は家族と共有し合うよう連絡をおこなっている。退院の件についても主治医に直接聞いたり看護師ソーシャルワーカーを通して時期等を確認したりしてもらっている。		
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	入所時に看取り指針を基に家族と話し合いその時点での意向書を作成している。意向の変更の意志がある時はいつでも変更が出来る旨、伝えている。	重度化や終末期に向けたマニュアルの作成や、研修を行っている。看取りを行わない事業所となったが、長期の入居者には看取りを行う旨での同意を得ており、看取りを行わなくなったことが周知されていない。	看取りを実施する指針で同意を得ている長期入居者の家族等には、看取りを実施しないことになった旨の報告を書面にて連絡し同意を得ることを期待する。
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	避難訓練時は夜間想定を繰り返し行ったり消防署の協力を得て救命救急の研修を行っている。夜間は夜勤3名のうちリーダーを決めている。救急対応についてはマニュアルを作成し内部の研修で確認し合っている。		
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	運営推進会議時に地域の消防団に所属している方に出席していただき情報を得たり、ホームのアピールを依頼したりしている。年2回の消防訓練には、夜間の想定を繰り返し行いスムーズな行動ができるように努めている。	夜間想定を含む避難訓練を行い、地域の消防団が来所して事業所近隣の井戸の場所を確認するなどしているが、反省会を行い、記録に残すまでには至っていない。	訓練後、反省会を行い、出た課題を次回に活かすことを期待する。

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
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	排泄の失敗時や、朝の申し送り時の声の大きさに気をつけて個人が特定できないように注意を払っている。理念に尊厳の保守を謳って意識付けをしている。ケアの中で不適切なことが見られた時は、その都度話し合っ起動修正をしている。	職員は日頃から、利用者の誇りやプライバシーを損ねない言葉かけに配慮している。人権尊重や守秘義務についての規程を定めており、研修等を行っている。	
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	希望が表出できない利用者様には、表情を見て声掛けし、ユーモアを交えたりして言い出し易い雰囲気作りに努めいくつかの選択肢を提言し、その中から自己決定が出来るように努めている。		
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し、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	利用者様の個人個人のペースを尊重し、その日の体調や気分に合わせて過ごして頂いている。仕事のお手伝いや、休息、テレビ観賞、塗り絵等利用者様の希望に添って過ごしていただけるよう配慮している。		
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	個人の好みを尊重しながら、朝の着替え時に選ぶお手伝いをしたり外出時や行事の時には気分転換が出来るよう、職員と一緒に相談しながら洋服を選んだりしている。		
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	普段は同じメニューを咀嚼の応力や体調に応じた形態で召し上がっていますが時々食べたいものを聞いてラーメンやパン、にぎり寿司などを提供しています。お手伝いの出来る方には、ほんの少しでも関わって頂いています。	利用者の好物や苦手な物を踏まえた献立の工夫をしている。苦手な献立の時には献立の変更をしたり、刻み食なども提供している。季節ごとに外食や行事食を楽しんでいる。	
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	食事水分量のチェックを毎食行っている他、食事時には一緒に席について飲み込みや食事の進み具合の変化などに気を付け見守っている。食欲不振が見られたときには、看護師介護職が継続して見られるよう情報の共有をしている。		
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	義歯は、就寝前にはずしてもらい消毒しています。歯ブラシ口ゆすぎコップはいつでも使うことができるよう、目に付く所においています。		

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	排泄のパターンを把握し、出来る限りトイレでの排泄をモットーにし、日中は全員がトイレでの排泄をされています。夜間は、能力に応じた排泄の方法で出来る限りオムツの使用をせずポータブルトイレを使用したりトイレ介助等を行っています。	日中は全員トイレでの排泄を支援しており、おむつなどの利用の負担軽減につながっている。トイレへは、それぞれに合わせた声かけをして誘導している。	
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	看護師と介護者が連携を取って排泄チェック表を活用し定期的な排便が出来るよう心がけている。乳酸菌飲料や牛乳の宅配を利用したり、定期的に歩く時間を設けたり、ラジオ体操を全棟で行い、個々に応じた便秘予防に努めている。		
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	入浴は週2回行っているため体調や気分に合わせて入浴をする事が出来ます。排泄の失敗の時等には、時間に関係なく清潔にして頂いています。車椅子の方には特殊浴槽でゆっくりと肩まで温まっています。入浴剤を使ったり、季節感を味わっていただくよう菖蒲湯やゆず湯なども行っています。	入浴は週2回、利用者の意向に沿っていつでも入れるように支援している。季節感を味わえるよう、ゆず湯や菖蒲湯を実施している。機械浴があり、身体の状態に合わせて使用している。	
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	入所前の習慣や本人の希望を大切にし、昼寝や休息等をしていただいています。夜間に寝付けない方には、日中の過ごし方に気を配ったり、夜勤者は飲み物を出したりお話し相手になったりしてゆったりと時間を過ごしています。		
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	受診時の最新の処方箋は個人ファイルに綴じいつでも見られるようになっている。薬変更があった時には受診ノートや個人ファイルに記入している。服薬は責任を持って行えるよう与薬者は押印を行っている。薬効や副作用については看護師が中心となって観察を行い介護職と情報の共有を行っている。		
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	生活歴や得意分野、好きな食べ物等は家族に聞いたり個人表等を参考にしたりして、メニュー書きや洗濯たたみ、野菜の皮むき等お話し感謝の言葉を伝えている。嗜好品は家族や本人から希望を聞いたり声掛けしたりして個別の楽しみを持つことが出来るよう努めている。		
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	誰でもが外出の機会を持って気分転換が出来るよう計画したり、個人で希望があれば買い物や食事に出かけられるように努めています。毎年のお花見は「全員が参加」をモットーにしています。	天気の良い日には事業所周辺を散歩したり、近隣のスーパーに行き、ドーナツを食べるなどしている。年間行事計画を立てて、花見などに出かけている。	

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	お財布やハンドバックを自己管理されている方はありますがもち出しては眺めたりしています。玄関前の自販機に誘った時は、本人が選べるようお手伝いします。		
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	面会が疎遠になっている方には電話を掛けたり取り次いだりして声を聞かせている。暑中見舞いや年賀状には一文字でも本人の直筆が見られるよう支援しています。		
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	リビングの和室の障子を開けるようにして四季折々に変化する景色が見られるようにしています。トイレや洗面所は一日何回か見回って気持ちよく使えるように努めています。職員の自宅の草花等を飾るよう季節感を感じられるようにしています。	玄関は広く、バリアフリーになっており、利用者作品が飾られている。食堂兼居間からは、四季折々の景色を楽しむことができる。小上がりの和室があり、人形を飾り、寛げるスペースになっている。テレビも各ユニットにあり、好きな時間に鑑賞することができる。	
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	疲れてしまった時や一人で過ごしたいときは、玄関ホールの椅子やリビングのソファ等、また居室で自由に過ごされている利用者様も居られます。外のベンチで気の合う同士でジュースを買ったり外の景色を眺めたりして過ごされてる事もあります。		
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	家族には出来るだけ自宅で使っていた衣類や寝具などを持参して頂くようお願いしています。位牌や馴染みのベッド、シルバーカー等持参されています。	火気等、危険物以外の持ち込みができるようになっており、家族等に声掛けして馴染みの品を持ち込んでもらっている。西向きの居室には窓の外に大きなよしずを置き遮光をしている。	
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	館内はバリアフリーとなっており、手すりも設置されて移動の手助けとなっています。トイレの場所や居室が分かりやすい目印や看板をつけるようにしています。		

(別紙4 (2))

目標達成計画

グループホーム すずらんの里

作成日 平成30年11月30日

_____日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに次のステップへ向けて取り組む目標を職員一同で話し合いながら作成します。

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	思いや意向を把握した情報を、前職員いつでも確認し共有できる方法を検討し、実践することを期待する。	連絡ノートの見直し	連絡ノートを使い何でも書き込み共有する。 分からないときは確認してから印鑑を押す。	1ヶ月
2	33	看取りを実施する指針で同意を得ている長期入居者の家族等には、看取りを実施しないことになった旨の報告を書面にて連絡し同意を得ることを期待する。	現在の方針をきちんと家族に手紙でお知らせする。	分かりやすい文章で施設での方針を手紙でお知らせする。足りない時は、直接説明をする。	6ヶ月
3	35	訓練後、反省会を行い、出た課題を次回に活かすことを期待する。	訓練を行ったとき注意されたことを早い段階で話合う。	同じことを注意されないように必ず確認してステップアップできるように努力する。	6ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注1) 項目番号の欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。