

1 自己評価及び外部評価票

【 事業所概要(事業所記入) 】

事業所番号	2072400480		
法人名	社会福祉法人 麦の家		
事業所名	認知症高齢者グループホーム「麦の家・ぶどうの木Ⅰ」「麦の家・ぶどうの木Ⅱ」		
所在地	長野県上伊那郡中川村大草4559番地		
自己評価作成日	平成30年1月15日	評価結果市町村受理日	平成30年5月1日

※事業所の基本情報は、公表センター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://kaigo.nsvakvo.or.jp/modules/general/general_divindex.php?iigvo=2072400480
----------	---

【 評価機関概要(評価機関記入) 】

評価機関名	株式会社マズネットワーク
所在地	長野県松本市巾上9-9
訪問調査日	平成30年2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) 】

社会福祉法人麦の家は、聖書の「一粒の麦」の理念に基づく社会福祉実践共同体を目指している。具体的には①個別・集団ケアを通して、その人にとっての居場所となるために、特に家族との関係を重視している。②平成21年6月には福祉型ホスピス棟を開設した。しかしながら、入居時より緩やかな、人生の終末期が始まるとの考えの下に、継続的な認知症ケアを行っている。③その為に、麦の家開設当初より、専門社会福祉実践者の養成に力を入れている。毎月の職員勉強会や、外部の福祉・医療関係者らとの定期的な研修会の機会を設けている。グループホームのみならず村内における地域ケアの拠点として、介護職員初任者研修養成講座、A型サービス事業講座や地域の障害者等諸問題にも関わる相談事業にも力を入れはじめ平成29年度は総合事業「ひとつの種」として訪問・通所事業を始め地域の中で更に活動を広げている。

【 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) 】

利用者が役割を持って生き家族を結び付け関係を深めているとして利用者や家族を大切に、ここで暮らし続けるための支援に向けて職員が理念を共有し取り組んでいる。そのために地域に積極的に関わろうと努めており村の行事への参加や事業所での行事に招待するなど交流があり、保育園や学校との交流をはじめ、生け花や傾聴ボランティア、アコーディオンの演奏等多くのボランティアが訪れている。村の事業所として村全体を支えようという思いもあり研修会も開かれている。介護計画では利用者に深い目をもって関わりたいという思いがあり、利用者によく話し、何をしたいのかプランを実践するためのプログラムを作成し、細かなモニタリングと検討を行いケアに取り組んでいる。

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。ユニットが複数ある場合は、ユニットごとに作成してください。

ユニット名(麦の家・ぶどうの木Ⅰ)			
項目	取り組みの成果 (該当する箇所を○印で囲むこと)	項目	取り組みの成果 (該当する箇所を○印で囲むこと)
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向をつかんでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	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ます。 (参考項目：9, 10, 19)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、生き活きと働いている。 (11, 12)
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)	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。
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごさせている。 (参考項目：30, 31)	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。
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)		

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

ユニット名(麦の家 ぶどうの木Ⅱ)

項目		取り組みの成果 (該当する箇所を○印で囲むこと)		項目		取り組みの成果 (該当する箇所を○印で囲むこと)	
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ます。 (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、生き活きと働いている。 (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させている。 (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				

自己評価及び外部評価結果

〔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。	『麦の家の祈り』を理念として、スタッフミーティングや職員の個別的ケアについて話し合う中で共有されている。	個別・集団ケアを通して特に家族を重視し、役割を持って生きる利用者を世代を通じて理解することで家族ケアを行うよう、理念を共有し実践につなげている。	
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。	地域の行事や保、小中との交流、継続的傾聴ボランティアの受入れ他、専門職員を対象とした研修会を村の先催事案として開催している。昨年より生活支援事業に関連して村内他事業所との関係(会議・定例勉強会等)行っている。	自分の土地で最後まで過ごせるようにという思いがあり特に組合とのつながりは深い。どんど焼きなど地域の行事に参加する、事業所の行事に招待する、近所の方が野菜を届けてくれる、保育園の子供たちが散歩がてら寄ってくれるなど地域とつながり交流している。	
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。	入居者へのケア、積極的に地域(集会)へ出てゆくことにより、認知症の人のもつユーモア、老いる人の知恵の豊かさを理解する文化を根付かせることを意図している。認知症の地域支援員の養成講師を派遣している。昨年には介護職員初任者講習(特に村民対象)を開催。		
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。	隔月開催。地域包括支援センター、ケアマネージャー、村議員、地区総代、家族ら。村における麦の家の役割、入退去者(家族)の現状等、サービス向上の為、各委員は地区の麦の家の役割、機能情報提供や麦の家の広報誌配布等具体的に協力し検討している。	地区の方が委員になっていることで村との仲立ちになってくれ、事業所の状況を伝えながら村の事業との連携を相談したり情報提供もあり、アイデアを出してくれサービス向上に活かしている。	
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。	行政システムとソーシャルワーク実践との交渉については、困難もあるが、その都度互いに意見をかわしながら進めている。村内福祉事業所連絡会、社会福祉懇話会のメンバーを派遣している。	福祉事業連絡会などで他の事業所とも一緒に、村全体を支えようという計画があり、日ごろから村との関係を作っている。	
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。	①夜間の施錠(一軒ずつの独立した居室)は家族会からの申入れ(H19年4月)により行っている。 ②リスクが予測される場合は、必ず家族(本人含め)と話し合い、カンファレンスで共通理解、確認している。 ③ベッドを最低に下げる、マットを敷く等、具体的方法を入居者の身体状況にあわせその都度考えご家族にも相談しながら取り組んでいる。	ヒヤリハットについてもその都度職員間で相談している。転倒のリスクがあってもベッドを下げたりマットを敷くことで苦痛の無いように対応し、点滴には職員が必ず付き添っており拘束はない。夜間落ち着かない利用者にも対応を工夫し拘束のないケアに取り組んでいる。	
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。	事例検討を中心にスタッフミーティングで取り上げ、互いに相談、話し合いの出来る機会を作り、職員同士がお互いに伝えられるよう関係性も大切に防止に努めている。		

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。	同上の会議に加え、関連した事例・書籍を用いて日常に加え学習会で学んだことなどは職員全体で共有できるよう機会を持っている。		
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。	家族は頻繁に麦の家を訪問し、その折は特に家族-職員の関係形成を重視している。契約に関する内容、特に看取りについてはその都度確認し合う。疑問や個別的状況に対しては、家族・麦の家・ホームドクター三者で話し合いを行っている。		
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(親戚、友人ら)の週1度の来訪を入居条件としている。入居者-家族-職員の関係形成を重視している。年3回の家族会は、ほぼ全員が出席。他に草刈り、感謝祭、クリスマス等の行事にも積極的な参加がある。	週に1度の家族の来訪を入居の条件にしていることもあり、面会時には家族の意見や要望を聞くようにし家族との関係形成を重視している。家族会があり家族どうし話し合いが多く、協力を頂くことが多い。	
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。	毎月のスタッフミーティングの中で、組織、運営、管理上の報告、情報交換を行っている。個別、集団での意見が出せるように入居者のプログラムや設備・予算編成にも職員の意見を反映できる話し合いの機会も設けている。	職員は予算編成にも参加しやりたいプログラムや必要なものについて、気が付いたところを意見を出し合って運営に反映させている。	
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。	社会保険労務士協会、公認会計士、司法書士ら専門家との契約を結び、適宜相談、意見を得られるようにしている。理事、評議員会の役割も大きい。		
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。	スタッフミーティングでの事例検討、ロールプレイを行っている。認知症ケア学会等で職員の協同研究報告を毎年行っている。また、個別にスーパービジョンの機会を定期的に持ち、個別的な課題を持ち向上を図っている。		
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。	毎月、ソーシャルワーク研究会を同業者メンバーで行っている。今年度は『社会福祉の利用者の人権』を読みそれに基づいては事例研究を重視し各事業所の事例をそれぞれ検討し内容を深めている。		

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。	当グループホームでは、入居希望者が、入居に至るまでの過程(インテーク)を特に重視している。入居までに、本人(可能な限り)及び、家族が妻の家を来訪、あるいは家庭訪問して、契約に関わるオリエンテーションの他、既に生活している入居者と歓談するなどの機会を設け、入居についての判断をしてもらっている。		
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。	家族には入居の条件として、原則として週1度程度の来訪を義務付けている。家族の来訪時には、職員(及び理事長、常務ホーム長)が対応し、率直な話し合いを行えるための関係形成の機会としている。		
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。	入居者(家族を含む)に関わり、生活歴を語る中で、更に日常に活かせるように配慮している。そこから関係を深め、集団関係の中で、安定できるよう支援している。又初期だけでなく、10分の会話の継続を重視。		
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。	日常生活行動の中に楽しみや役割を見出し、入居者、職員が協力して生活を営むよう意識している。		
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。	入居者を中心としてご家族と協力してケアを行う視点、またケアをするご家族を支援する視点を持ち、ご家族、入居者の関係が深まることを目標にご家族と密に連絡を取り合っている。		
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。	すべての入居者に対して実践していくことが難しいが、中川村内の行事への参加や外出の機会を持つことで、新たな居場所や関係づくり、これまであった関係の継続に努める。看取りの過程で、先祖への想い、墓参り・ふるさと訪問等本人にとっての思い出の品・仏具・位牌なども用いている。	家に帰って泊まったり、遠くの家族に会いに行ったり、誕生日に家族を招いたり、手紙や作品を送ったりして家族との関係を大事にしている。コンサートに行きたい、神社にお参りしたいなど希望があると、それに合わせて他の利用者も出かける計画をし外に出かけることが多い。	
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。	個別ケアと共に集団ケアに着目し入居者一人ひとりについて集団内での他者との関係や相互作用について観察し、座席やグルーピング、プログラムを考えて実践している。		

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。	他施設へ移る場合、移動先で新たな関係が築きやすいようエンディングにむけた支援を展開する。麦の家というグループホームは地域の中にあり、認知症の方とご家族に対する相談に応じ支援する機能・役割を持っている為、状況に応じてその役割がはたせるよう努力している。A型サービス利用者関係者への支援(ボランティアと共に。)		
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。	ご本人からの話、ご家族・傾聴ボランティアからの話をもとに、より深い理解に努める。必要な事に関しては申し送りや全体のミーティングにおいて共通理解し、統一した支援ができるようにしている。	担当者は1日1回はゆっくり利用者と話すようにしており、どんなことを考えているか、困ったことはないかなど深い目での関わりを持つと取り組んでいる。利用者の発した言葉は口実記録に書き留め職員が共有し統一した支援が出来るようにしている。	
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。	本人や家族との会話の中で、生活歴や馴染の暮らし方について意識的に話をするよう努めている。担当職員が中心に、日常生活の中から10分の会話を意識して内容を深めながらケアにいかしている。		
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。	個別ケア計画を用いて、1週間を振り返り現状の把握を行っている。これらを評価することで一人ひとりに合った過ごし方、希望する生活ができるよう努めている。		
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。	介護計画は長期のプランに加え、1週間単位でのモニタリングを導入している。変化が見られた場合、全職員が意識して対応できるよう介護計画を細やかにし、コメントと共にフィードバックしている。更に家族とも連絡相談を担当が中心に行い、密な計画を取り変化するニーズの把握に努めている。	担当者を中心に計画を立て特に注目したいことについては1週間単位で話し合い、ケアプランをより具体的に実践するためのプログラムを作成しケアに取り組んでいる。家族とも担当者が中心になって相談し介護計画を作成している。	
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	個別記録の中で、特に注目したい部分は1週間単位で注目し、次週に活かしている。共有方法は朝・夕の申し送りや伝達ノートにて図っている。特に担当が実践への反映を相談しながら変化させている。更にケアに集中して関わる必要のある入居者には、情報の収集を密にし、ケアの安定をチームで連携を密にしている。		
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。	一人ひとりのニーズの把握と共に、ニーズの実現のため、グループホーム外の福祉学級への参加や状況に応じて理学療法士や作業療法士の機能的な相談を受けることができる体制を整えている。又、村の他の事業所とも連携をとり様々なプログラムもお互いに連携をとっている。		

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
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。	入居者にとって職員が資源となり、良質なケアができるよう、村内の研修会・研究会にも積極的に参加している。地域の行事にも参加し、お互いに理解を深められるように交流の場を持ち、村の傾聴ボランティアも継続し数年間という持続性を持っている。		
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。	地区内にある診療所は訪問看護師による24時間365日体制(医療連携体制)を取っている。必要な時には常に第三者の情報交換・面談を行う。歯科も同様に村内の歯科医による訪問診療を行っている。受診前後には家族とも同行等含め連絡している。	地区内の診療所とは常に連絡を取り合い往診や医療連携体制も取っている。緊急時に対応できるよう「入院時情報提供書」を作り保険証や薬とセットして活用し、適切な医療が受けられるよう支援している。	
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。	診療所、訪問看護師と身体のみならず日常生活状況を含めた相談は常時行い、即時対応できるよう指導を受け相互連携に努めている。担当看護師が休日の場合は他の担当看護師との連携を取っている。		
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。	医師、家族を含めケア会議を必要に応じて開催し、入居者・家族共に不安のないような配慮を心掛けている。また、入院時は頻繁な面会により心のつながりを大切に退院時のスムーズな受入、精神保健福祉士とも密に連絡している。		
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。	入居契約時から本人や家族の意向について話し合いの場を持っている。看取りに際し、家族、医師、訪問看護師、職員が連携を取り安心して納得が得られるよう随時意思確認を行っている。看取りの段階では家族の宿泊場所を用意し、家族が見守る看取りを行っている。又、ご家族にも食事ケアや出来ることを相談しながら介護の協力を得ている。	入居時から家族の意向について話し合っているが、家族・医師・看護師・事業所が頻回に話し合い連携して支援できる体制がある。ホスピス棟もあることで職員が喀痰吸引のための資格も取って看取りに対応している。	
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。	看護師による個別指導はもとより認知症ケア学会全国グループホーム大会等の研修会、勉強会に出席して最新の応急手当初期対応について日々レベルアップに努めている。		
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。	消防署、地域の方、家族の協力を得て入居者職員全員が実践方式で行っている。想定外の災害として各期2月にも全員参加の避難訓練を行った。また、消防署のアドバイスにより救援がこない程の大災害時の対応もシュミレーションした。実践する事で行動できる避難の向上を努める。	消防署や地域の協力も得て夜間想定訓練や個々への対応など、シュミレーションも行って訓練している。発電機や吸引器も購入し、緊急時の対応に備え救急用具の使い方も訓練している。	

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
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。	一人ひとりの特性や価値観等を把握することに努めている。各入居者の呼び方も、入居者に聞き、その方が希望される呼び方を使っている。訴えのない入居者にも、表情や動作等から内面的な思いをくみ取れるように努めている。入居者一人ひとりはもちろんのこと、職員同士でも言葉のかけ合いに注意している姿もある。	一人ひとりを理解することで、名前の呼び方は利用者の希望に合わせている。入浴やトイレへの移動や声掛け、洗濯物の扱いには配慮し職員どうし声をかけあって対応している。	
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	日常ケアの中でコミュニケーションを重視している。普段の何気ない会話の中から、入居者が思いや希望を言葉にできるような雰囲気づくりに努めている。入居者一人ひとりの思いや希望が実行できるよう個別ケア計画として掲げ実践につなげている。日常生活場面において職員のペースにならないよう入居者の言葉に耳を傾け、自己決定できるような関わり方に努めている。		
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。	入居者とのコミュニケーションを重視し、その方の希望を聞きながらその方に合った過ごし方やその方のペースを尊重したケアを目指している。又、日中の勤務者と夜間帯の勤務者で情報共有をしながら連携を図り、入居者一人ひとりに合わせた生活時間に努めている。ケアプランの他、週のケア計画を立案し、一人ひとりのニーズに合った個別ケア、集団ケアが行え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。	入居者と一緒に洋服を選べるよう努めている。又、外出前には選んだ洋服を入居者同士で見せ合いお互いに声かけ合えるような工夫をしている。更に外出前には女性、男性としての身だしなみを整えられるよう支援している。職員が洋服を選ぶ場合には、身体機能に合った物や着心地の良さを重視している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	旬の素材、地元の食材を利用し食を通して季節の移ろいを感じられる献立を工夫し、郷土食や伝統食、行事食を取り入れる事により懐かしい食の思い出など会話の広がる食卓を用意している。入居者各々の経験と能力を生かして調理に参加していただいている。誕生日にはご家族を招待している。	頂き物も多く旬の食材や地元の食材を活かして季節感のある献立、行事を大事にした献立を工夫している。利用者は年間通して畑に出て野菜を取り漬物を漬けるなど楽しんでいる。誕生日はお好み献立で家族と一緒に頂き、蜂の子やイナゴなどは昔を思い出し話が弾んでいる。	
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。	介護職員からの情報により毎日の体調の変化を把握し、食事内容、形態を工夫している。日々のバイタルチェック、体重の増減などを参考に食事量や質のバランスを考えて献立を作成している。自然な水分摂取や嚥下しやすい食物の提供を心がけている。ソフト食の工夫。		

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、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。	毎食後に義歯の洗浄とうがいを実施している。うがいが困難な方は口腔ケア用のスポンジやガーゼで口腔内の清潔を保つようにしている。口腔指導を歯科医師にして頂くこともある。		
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。	入居者一人ひとりに合わせた排泄介助の方法を考え、支援している。おむつを使用している方でも、なるべくトイレでの排泄ができるように、トイレ誘導を行い自尊心にも配慮している。	オムツの利用者でも声をかけ時間を見て誘導し、出来るだけトイレで排泄できるよう支援している。	
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。	ヨーグルトや乳製品を摂取して頂いているが、飲食物だけのコントロールが難しく、医師と相談し、薬も使用して調整している。トイレに行った時に腹部のマッサージを行い排便をうながすようにしている。		
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。	なるべく入居者の希望にそえるように努力をしている。入浴時間帯等の配慮、また、入居者の状況に応じて夜間の睡眠につなげられるための工夫をしている。入浴中は1対1で関わる貴重な時間であると意識を持って会話を大切にしながら行っている。	食事の前に入るのか寝る前に入るのか、入りたい時に入れる自由さをもって希望に添った入浴ができるように支援している。見守りや介助で入浴し、話をしながらゆっくり楽しんで入っている。	
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。	申し送りでの夜間の睡眠時間や健康状態、日中の様子、入居者の希望などを考慮し個別に合った場所にて休憩をとって頂いている。夜間は室温等の環境に配慮すると共にコミュニケーションにより安心してもらえるよう心掛けている。必要に応じ医療との連携も図っている。		
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。	申し送りにより一人ひとりの状態を全体が共有するように努めている。健康状態に変化が見られた時は医療機関との連携を図り、指示に従って対応している。一人ひとり、1回分の薬をセットし服薬前に名前を確認し誤薬がないようにしている。医療連携表にて入居者の様子を詳細に伝え薬の調節をしてもらっている。		
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。	一人ひとりの生活歴に合わせ日々の生活の中に役割を持っていただけるよう食事後の食器洗いなどをしてもらっている。ドライブなど外出の機会も作っている。		

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
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。	一人ひとりの希望や要望を聞き、外出するようにしている。朝の申し送りを入居者の体調を把握し、天気などを見ながら出かけるようにしている。個人の買い物に出かけることもあれば、大勢で季節の花などを見に行くこともある。グループホームの特徴である個別的・集団的ケアを実践する機会を考え、外出先や車の中でも話し方や声かけに注意することでグループワークの形成をしている。	一人ひとりが一軒の家に住んでいる建物のため、居室のドアを開け1歩外に出れば毎日外気に触れられ、棟が違えば外出にもなっている。中庭の畑で野菜を作り一年中楽しむことが出来ている。職員と一緒に菓子など自分の好きなものを買ってよく出かけている。	
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。	個人のお金の所持については入居者一人ひとりで様々であり、自分で持っている方もいる。大金は本人の承諾のもと預かるが、個人で持ちたいとの希望や訴えがある場合はスタッフ同士で情報を交換し把握している。		
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。	家庭の事情で電話が難しい場合もあるが、なるべく電話のできる環境になるよう、家族へ協力をお願いしている。電話の際には、家族の電話に出やすい時間帯にする、事前に入居者と内容を確認する等行っている。手紙についてはその方の持つ力に応じて行えるよう支援している。		
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。	室内、中庭を活用し季節を感じてもらえるよう工夫している。調理の音や匂い、プログラムとして皆で調理をする等、生活の場と感じてもらえるよう工夫している。温度管理にも注意している。	共有空間であっても利用者一人ひとりの居場所を大切に、景色や中庭を眺めたり通る人を眺めたりして、自分の好きな場所で自由な時間を過ごせるよう、生活の場として配慮している。	
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。	ソファやベンチ、和室等思い思いの場所でくつろげるよう配慮している。室内、中庭、その時々選択できるようにしている。		
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。	居室には本や写真等本人の好みによって配置し、本人が必要とするもの、備品等は家族と相談の上購入している。又、居室の整理を本人と一緒にすることで、本人の理想とする環境づくりに努めている。家族の意見や思いを伺い家族と共に入居者にとっての空間づくりを更に深める努力をしている。	家族と相談して家で使っていたものを持ってきて置き、一軒の自分の家の部屋として、利用者も落ち着き家族とゆっくりくつろげる場所となっている。	
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。	表札やイラストを用いて居室の場所が理解しやすいように工夫している。入居者同士で話し合い仲間同士の関係も大切にし、又、ご自分でお茶を入れられる方は保温ポットを常備している。		

(様式4)

事業所名 認知症高齢者グループホーム麦の家・ぶどうの木Ⅰ・Ⅱ

目標達成計画

作成日: 平成 30 年 3 月 20 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	33	グループホームにおける個別・集団ケアを大切にしながら、特に個別に話を聴きながら、看取り期につなげられるように更に職員一人ひとりの関わりの仕方を学ぶことと、チーム作りが課題である。	職員全員が、自ら考え意見を述べ実践できるようになる。	①担当者を中心に個別に口述記録を取り会話から本人の思いを感じケアに生かす。 ②集団ケア等のやり取りを職員でロールプレイングなどしながら、具体的な実践を学ぶ取り組みをする。 2年
2	5	地域での具体的な活動としての、A型サービスは実践し始めたばかりであるため今後の活動も模索していくのが課題。	地域でのニーズを知り、中川村でグループホームとして何が出来るか役割を明確にしていく。	①グループホームを中心としながら、A型サービスを通じて、地域の皆さん、村の行政と連携をしながら、考える。 ②ケースを1つ1つ丁寧に取り組む。 2年
3	23	麦の家に訪問をされる中で、今以上に入居者の皆さんとの関係性を深めることと職員との関係を深めケアに生かしていくことが課題。	ご家族の想いを深く知ることが出来る。	家族との関係をさらに深めていけるように年間の中で数回具体的な面接の機会を個々に取る。 2年
4				
5				

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。
複数のユニットを有する事業所において、事業所全体でユニットごとの目標の総括を行う場合は、本様式を1つ作成してください。