

### 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	0892500125		
法人名	合同会社 グリーン・フィール		
事業所名	グループホーム サングリーンピア大宮		
所在地	茨城県常陸大宮市若林952-1		
自己評価作成日	平成26年1月20日	評価結果市町村受理日	平成26年5月20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/08/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0892500125-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0892500125-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

**【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認知症ケア研究所
所在地	茨城県水戸市酒門町字千束4637-2
訪問調査日	平成26年3月10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)】**

ホームがコンパクトなので入居者と職員が一体となって家庭的に過ごすことができる。また、食事も栄養士が考案した献立を提供し、季節のものを取り入れ、見た目、味も入居者に好評である。24年より地域の方に向けてボランティア登録を受け付け、徐々にボランティアの登録数も増えて入居者に楽しいひと時を過ごしてもらっている。25年11月より訪問看護ステーションと契約し入居者の体調管理に対応できる体制を確立している。

**【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)】**

平成24年設立になっているが、ホーム自体は平成15年から運営されており、認知症ケアについて豊富な経験をもつ職員の支援により家庭的で落ち着いた1ユニットのホームである。職員の勤務年数が長いことから地域や市職員との付き合いも長く、良い関係が出来ており、災害対策などでは充実した協力が得られている。また家族とは毎月運営推進会議の議事録や近況を知らせる手紙を添えてホーム便りを送付する等の取り組みを丁寧に行っており良い関係を築いている。職員は常に利用者一人ひとりに寄り添い、些細な変化にも全職員が対応できるような仕組みをつくり、利用者一人ひとりがその人らしく自由に過ごせるような支援を実施している。利用者は趣味の編み物をしたり、趣味を通しての友人の訪問を受けたり、コンサートや地元歌舞伎を見に行ったりと自由な時間を楽しみ、社交ダンス・ゴルフ等若い頃からの趣味を活かして意欲的な生活が出来るよう支援されて生き生きと暮らしている。

**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

[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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	管理者と職員が協議し考案した理念を基にケアの実践に努めている。	地域密着型サービス事業所としての理念をつくり、毎月の会議等で確認しながら共有に努めている。全職員は常に理念を意識しながら利用者一人ひとりのケア方針や日々のケア方法等について話し合いをしている。	法人組織が変わったこともあり、法人の代表を含めて全職員で地域密着型サービスの意義や事業所の役割について十分な話し合いをし、ホームの理念を改めて確認されることを期待します。
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	昨年行われた外部評価の指摘事項に基づき、地区区長とともに地域の小学校に出向き、緊急避難場所の指定やトイレ提供の申し出をし110番の家の登録に至った。	周りに人家が無いこともあり、近隣住民と日常的な付き合いは薄いですが、区長・民生委員の協力があり、当地区公民館で行われる健康教室や体操教室に参加し、地域の方々と親しく交流している。またホーム前の道路を通学路としている子どもたちのために子ども110番の家になる等地域との交流を積極的に進めている。	
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	運営推進会議時に研修で学んだことやホームで実際に起きた事例を基に勉強会や報告会を行っている。また、回覧板を活用し救命講習の参加を呼び掛けた。		
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践、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	今年度から土曜日の会議開催を土曜日と金曜日の交互開催に改めた。これにより、市職員の参加協力を得られ市の指導方針が広く理解されるようになったり地域との連携が取りやすくなった。	年間予定を作成して各委員が参加しやすいようにしており、家族・区長・民生委員・市の担当職員などの出席を得て2ヶ月に1回開催している。会議終了後に勉強会を行い、認知症についての理解を深めていただく等の取り組みをしながら、ホームへの要望等も出している。会議で出された意見・提案などにより地域との関わりが深まり、より一層のサービス向上に繋がっている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	隔月市役所にて開催されるグループホーム連絡協議会に出席し、情報交換している。また、市のホームページにその都度空き状況を掲載してもらっている。昨年は近隣市の関係機関との共同研修会を開催した。	市のグループホーム協議会を通して「オムツの補助についての要望書」を提出する等、市の担当職員とは相談したいことも含めて率直な話し合いができています。運営推進会議ではホームの実情などを積極的に伝え、ホームへの理解を深めて頂くと共に認定調査の職員や福祉事務所の職員の訪問時には担当職員や管理者が快く協力して良好な関係を築いている。	
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	身体拘束についての施設内研修を行っている。また身体拘束廃止マニュアルはいつでも閲覧できる場所に掲示している。必要に応じて家族と身体拘束に関する同意書を取り交わしている。	ホームには「身体拘束ゼロの手引き」を備え、常に全職員が確認できるようにしている。職員の全体会議の際に勉強会を実施したり、区長・民生委員・家族等を含めた勉強会も行い、ホームに関わる様々な方々が身体拘束についての正しい知識を身につけて常に拘束の無いケアを実施している。	

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
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れることがないように注意を払い、防止に努めている	ホーム内に高齢者虐待防止法に関連する資料を掲示している。また、月に一度の全体会議を利用して意見交換や勉強会を開催している。		
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	市介護支援専門員連絡協議会の勉強会で権利擁護について学んでいる。現時点で活用する場面はないが必要に応じて協力体制は確立されている。		
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	契約の際、十分な説明を行いそれ以外の時期にも問い合わせに応じている。また、料金改定の際も説明と解説をしご理解いただいている。		
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	運営推進会議に参加していただき意見交換するほか、運営推進会議の出席確認の用紙に質問・要望欄を設け欠席の家族からの意見、要望も聞き入れている。	ホーム便りの送付時に運営推進会議の議事録や職員による近況を知らせる手紙などを同封し、常にホームを身近に感じてもらえるような取り組みをして、意見や要望を言い出しやすい環境を作っている。感謝の言葉はあるが、意見・要望はなかなか出てきていない。運営推進会議の案内には意見・要望の欄を設けるなどして要望等を引き出す取り組みを積極的に行っている。	
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	月に1度全体会議を行い報告や意見交換の機会を設けている。また、年2回の個別面談を行っており意見、提案を活かすようにしている。	毎月の全体会議では全職員が運営に関しても率直な意見を出し合っている。備品の購入等は常に職員の気づきや要望が取り入れられている。全職員はみんなでホームづくりをしている意識を持っており、職員の増員などについても希望を出しており、求人募集などにも積極的に関わっている。	
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	各職員の生活状況に合わせて休日が取りやすいよう配慮し職場環境を整備している。また年2回の個別面談を実施し健康面やメンタル面の把握に努めている。		
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	施設内研修を定期的に行ったり、外部の研修に参加させる機会を積極的に設けている。		

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
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	市のグループホーム連絡協議会に参加し、他ホームとの交流を深めたり合同勉強会に参加したりしている。		
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	本人と面談し要望を聞くと共に、時間をかけても本音を引き出せるような問いかけや雰囲気を作るようにし本人のペースに合わせた支援をしている。		
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	チェックポイントシートやセンター方式シートを活用し説明をしながら家族の要望にに耳を傾け具体的な対応方法を相談しながらアドバイスしている。		
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	本人や家族等の状況や要望に配慮し最良の支援ができるよう配慮するとともに状況に応じて他サービスの紹介や相談に応じている。		
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	ホーム自体が一つの家族として生活している。また入居者に相談したり、教えを乞うこともあり人生の先輩として尊敬の気持ちを持って接している。		
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	ホームや入居者本人に積極的にかかわりを持ってほしい旨を伝えかかわりを持てる場を提供している。また、家族に助言を求める等介護に参加しているという意識を持ってもらっている。		
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	盆、正月等の機会を利用して自宅に外泊される入居者もいる。外出の機会があったときは自宅周辺をドライブすることもある。また、本人による手作り年賀状を家族宛に送っている。	社交ダンスやゴルフなど元気な頃の趣味を活かして意欲的な生活が出来るよう支援している。趣味仲間の友人の訪問やコンサートに出かける等馴染みの方々との交流を積極的に進めたり、カラオケ大会に出かける等元気な頃からの馴染みの場所との繋がりも大切にしたい支援をしている。	

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
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	気の合う入居者同士で過ごせる機会を設けている。食事時の座席配置を考慮し、孤立してしまう入居者には職員がさりげなく寄り添ったり見守りをしたりしている。		
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	退所された入居者に対し、可能な限り面会している。また家族に状況を伺ったり時には相談に応じることもある。		
<b>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</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	ケア確認表を毎日終業時に記入し些細な行動の変化を把握し、本人の思いに寄り添ったケアが実践できるよう努めている。	本人の希望を聞きながら意向にそった支援をしており、それぞれが頭の体操(脳トレ)をしたり、趣味の編み物を自室で楽しんだりして思い思いの暮らし方をしている。思いを積極的に伝えることが苦手な利用者の場合には、急がず見守りをしながら自然に本人の好みの生活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	契約時に家族やケアマネージャーから生活歴等の情報を提供してもらっている。		
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	入居初期や必要に応じて生活リズムパターンシートを活用しアセスメントしている。		
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	毎月、各入居者担当者が全体会議や朝の申し送り時に課題に対する検討会を開き、ケア確認表を基に具体的な介護計画を作成している。またケア確認表に反省欄を設け、課題に活かせるようにしている。	センター方式を活用しながらアセスメントを丁寧に実施しており、利用者一人ひとりの暮らしを反映した介護計画を作成している。ホーム独自に編み出したケア確認表は介護計画を意識しながら丁寧に記録されている。このケア確認表はモニタリング・経過記録の役目も兼ねており、介護計画の定期的な見直しや随時の見直しが適切に実施されるようになってきている。またケア確認表への記入やこれに基づく会議を通して職員の意見やアイデアが介護計画の作成・見直しに反映させるような仕組みになっている。	
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	個別のケア確認表を用い日々の様子や些細な変化を記入している。また個人記録には体調の変化、行事参加の様子を詳細に記録している。また、申し送りノートや看護ノートを活用し情報の共有に努めている。		

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
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	体験入所を行い本人や家族が納得していただいていることある。また、入院した入居者に対しての衣類洗濯サービスの提供を行う場合もある。		
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	地域の消防署に来ていただき救命講習や消防訓練を実施している。また地区の健康教室に参加し交流を深めている。		
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	入居前のかかりつけ医に受診することと決められている。受診は家族対応が基本だが困難な場合はホーム職員が同行し受診結果を家族に報告している。また協力病院で対応してもらえる体制もある。	本人・家族が希望する病院への受診は基本的には家族が付き添うことになっているが、職員も同行し日頃の状況を説明している。殆どの利用者は協力病院をかかりつけ医としており、緊急時にも協力病院との連携ができ何時でも受診できるようになっている。また週1回の訪問看護により利用者の健康状態を把握しており、常に適切な医療が受けられるようになっている。かかりつけ医への受診や訪問看護時の記録は受診記録に残し、本人・家族・職員が共有できるようにしている。	
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	今年度から訪問介護ステーションと連携し情報の共有、適切な処置の仕方等を指導も受けている。また、必要に応じて相談できる体制が整っている。		
32		○入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。	入院時に情報提供書を提出したり面会時に病院関係者と情報交換している。		
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、事業所の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	職員間で話し合った結果、看取りを行わない方針となった。家族も最後は病院でとの考えである。家族とは看取りを行わない旨の同意書を取り交わしているが今後看取り希望があった場合は、訪問看護ステーションと連携できるように検討したい。	ホームの方針としては看取りは行わないこととしているが、終末期をホームで過ごす利用者は多い。職員は毎月管理者による終末期ケアの研修を受けて介護技術の向上に努めている。介護経年の長い職員が多いことから、重度化した利用者へのケアについても豊かな経験を活かして丁寧なケアを行っている。看取りの体制に入る、入院する等の時期の判断はかかりつけ医による医学的知見によるものとしている。	
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	職員全員が消防署主催による救命講習を受講し普通救命講習修了証を携帯しているほか、施設内研修や勉強会で知識や技術を習得している。		

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
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	避難場所を把握し輪番制で夜間や緊急時の応援担当者を設置している。また、2階に代表や系列施設の住人が居住しており協力体制が整っている。	周囲に人家がなく、敷地が広いこともあり、避難場所の確認や夜間想定避難訓練、6分間で全利用者をホーム外に避難する訓練など3~4ヶ月に1回丁寧に実施している。地域住民との協力体制も充実しており、区長・民生委員などの出席を得て防災訓練の実施もしている。	
<b>IV. 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	入居者は人生の先輩であるという考えを常に念頭に置きながら一人ひとりの性格を把握し、自分が入居者の立場になったことを想像しながら対応している。	職員は利用者の言葉を否定しないなど日々の会話を大切にしてながら常に利用者に対し尊敬の念を持って接している。利用者それぞれが役割をもちその人らしさを保ちながら生活をしており、職員の声かけも穏やかでゆったりしていた。	
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	一人ひとりの入居者に主役になる時間があり、やる気を引き出す言葉かけや職員が入居者の話を聞く時間を作り、思いの把握に努めている。		
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	その人らしい生活が過ごせるよう可能な限り希望を受け入れ本人の訴えや問いかけにしっかり耳を傾けている。		
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	毎朝洗顔や整髪をし、化粧水で肌を整えている入居者もいる。季節に合わせた衣類をわかりやすく配置し自分で衣類を選びやすくしている。		
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	日々の献立は入居者の希望を取り入れている。敷地内で入居者が収穫した野菜や、近隣の方から提供された新鮮な野菜を使い食事を作っている。じゃが芋の皮むき、片付けは自分の仕事と思っている入居者もいる。	献立は本部で作っているが、買い物・食事作りはホーム内で職員が行っており、利用者も食事作りに参加する等、家庭的な雰囲気の中で料理が出来上がる過程も一緒に楽しんでいる。食材について等、話をしながらの食事は和やかで、食事を楽しみにしている様子が見られた。介助の必要な利用者への声かけは静かにさりげなく行われており、全員が終わるのを待って後片付けを始める等、楽しい雰囲気を壊さない配慮もされていた。	
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	入居者に合わせて常食、刻み食、ペースト食と形態を変えたり、スプーンを使用したりしている。また水分摂取記録表を活用し必要な水分が摂取できているかチェックしている。毎月体重測定を行い体調管理を行っている。		

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
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	毎食後一人ひとりに合わせた口腔ケアを行っている。うがいのできない入居者には口腔ケアスポンジを使用している。義歯は外し洗浄し薬剤を用い殺菌消毒している。都度、口腔内に異常がないか確認している。		
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	トイレでの排泄を基本とし、2、3時間おきに介助し、排尿感覚のある入居者はその都度一部介助している。ほぼ自立されている入居者は朝々2回汚れや失敗がないか確認し清拭している。	トイレでの排泄を基本としており、排泄パターンを把握して時間でトイレ誘導をしながら自然と自らトイレに立つようになるまで丁寧に見守り、排泄の自立が可能になった利用者の例もある。職員は常にパット等を使用しながら一人ひとりを注意深く見守り、自立に向けた支援をしている。	
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	都度排便チェック表に記入している。排便の無い方には水分補給や食物繊維の多い食材を提供している。また、主治医と相談の上便秘薬を服用している。		
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	入浴を拒否した場合、時間をずらしたり次の日に延期したり介助する職員を変えたりしている。また、季節に合わせて柚子風呂やリンゴ風呂を楽しんでもらっている。	入浴日は週4回(月・火・木・金)で午後入浴を基本としており、利用者一人については週2～3回入浴を目安としており、拒否する利用者の中には足浴などを取り入れて常に清潔で気持ちよく過ごしてもらうようにしている。また柚子湯などの季節の風呂を楽しんだり、入浴剤で温泉の気分を楽しんだりしている。	
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	自由な時間に昼寝をしている。その都度居室の温度をエアコンで調節しカーテンで居室の明るさを調整し気持ちよく休めるよう配慮している。		
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	薬局から頂く薬情報を受診記録と一緒に綴じておき、職員一人ひとりがチェックする欄を設けている。薬が変わったときは些細な変化に注意し主治医に報告している。		
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	センター方式シートを記入する際に家族や担当ケアマネージャーから情報を提供していただきホームの生活に活かせるような支援をしている。		



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
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	日差しが暖かな日は屋外で日光浴や外気浴を楽しみ、近隣の散歩もしている。行事としてレストランでの夕食やドライブなどでも楽しんでいる。また、家族の同意と協力を得、ホームの外出行事を家族とともにいった。	ホームの周りが林になっていることから、外に出ると森林浴を楽しめる環境にあり、ホームの敷地内を一回りすることで適度な散歩・外気浴ができています。2ヶ月に1回は行事としての外出を計画し、家族の協力も得ながら夕食やドライブ等を楽しんでいる。気分転換や楽しみ事として絵画展や地元歌舞伎を見学したり、コンサートに出かける等、一人ひとりの希望にそった外出の支援もしている。	
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	家族によっては無くしてもよいからと小額の小遣いを渡す方もいる。基本的に小遣いはホームで管理しているが買い物機を設け本人にお金を渡し付き添いながら会計することもある。		
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している	入居者から要望があった場合や家族から電話があった場合は取り次ぐようにしている。また年賀状のやり取りをしている入居者もいる。		
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	ホーム内にソファや椅子を所々に配置し、寛げるスペースを置いている。また、ホーム内の薄暗い場所は明かりを点けている。また、室温をエアコンで調節し一定の温度に保っている。	トイレは男子用・女子用があり、車椅子での排泄も支援しやすい広さが確保され、利用者の機能低下にも対応できるような配慮がされている。浴室は広々として二人での入浴も出来る浴槽があり、福祉用具も取り揃え、清潔で使いやすい造りになっている。ホームの中央が共用の場になっている。多少狭さを感じさせるがソファを置いて寛げる場を作ったり、毎月利用者とするカレンダー等は見やすさに配慮されており、居心地よく過ごせるようにとの職員の工夫や気配りが随所に感じられた。	
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	大小のテーブルやソファを配置している。大きいテーブルに集まってお茶を飲みながら会話が弾んだり、テレビの前に集まって歌番組を見る姿が見られる。また、独りでゆっくり寛いでいる姿も見られる。		
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	入居時に自宅で使用し使い慣れた物を持参されることを勧めている。化粧品も使い慣れたなじみのものを使用している。仏具を持参されている入居者もいる。	居室はフローリングと畳の部屋があり、それぞれの好みで使用している。フローリングに絨毯を敷いている居室もあり、それぞれの好みに合わせている。各居室は仏壇やテーブルを置くなど、一人ひとりの生活習慣に合わせている。椅子を置いて家族も居室でゆっくり寛げるようにしてある部屋もある。職員は利用者が居室に入る前に居室に暖房が入れるような配慮をし、それぞれが常に気持ちよく安心して過ごせるようにしている。利用者はこれまでの生活を急に変えることなく自然に馴染むよう見守られており、居室で食事をする利用者も見られた。	

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
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	トイレ入り口に入居者の目の高さに合わせて張り紙をしたり、日付や曜日を大きく表示し、わかりやすい場所に掲示している。		

(別紙4(2))

事業所名:グループホーム サングリーンピア大宮

作成日:平成26年5月18日

## 目標達成計画

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	1	法人組織が変わったが、法人の代表を含めて全職員で地域密着型サービスの意義や事業所の役割について話し合いをもっていなかった。また、事業所の理念が現職員で協議したものではなかった。	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、その理念を共有し実践につなげるよう努める。	職員一人ひとりが、理念について自分の思いが反映できるよう、BS法を用い具体的実践に繋がる理念を作った。自分たちで考案した理念であるからこそ、責任を持って業務に取り組もうとする姿勢がうかがわれた。	3ヶ月
2					ヶ月
3					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。