

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	1192500351		
法人名	医療生協さいたま生活協同組合		
事業所名	グループホームさんとめ		
所在地	埼玉県所沢市中富1622		
自己評価作成日	平成30年4月9日	評価結果市町村受理日	令和元年6月7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.jp/11/index.php
----------	---

【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 ケアマネージメントサポートセンター		
所在地	埼玉県さいたま市中央区下落合五丁目10番5号		
訪問調査日	平成30年4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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・利用者一人一人の生活がより豊かになるように、これまで大切にしてきたこと、今大切にしていることを引き出し、これからどう過ごしていくかを、利用者本人と職員と一緒に考えていくこと。 ・職員は認知症ケアの学習を日々積み重ね、利用者との関わりを生かしている。 ・地域に開かれた施設を目指し、利用者が地域住民として、地域貢献に参加する機会を設け、地域の住民と一緒に地域を盛り上げていきたい。
--

【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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・職員は、利用者がどうしたら楽しく自分らしく過ごしていただけるのかを常に考え、全力で利用者の支援に取り組まれている。認知症を理解するために学習の機会を多く持たれ、事業所に慣れるまでの支援方法を職員全員で検討したり、業務の見直しで利用者との時間が多く持てるようになるなど、利用者第一の支援が実践されている。また、併設の小規模多機能型居宅介護事業所との交流もあり、活動性の維持に役立てられている。 ・運営推進会議は、併設の小規模多機能型居宅介護事業所と合同で開催され、認知症状が強い利用者の取り組み状況や、事故事例を分析し居室環境の見直しや手すりの設置等で防止策を図るなど、検討課題は運営に行かされている。
--

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	理念自体を職員みんなで作り上げ、目につくところに掲げ、確認しながら仕事を行っている。	利用者が地域の中で笑顔で暮らしていくために、職員一人ひとりがどのような介護をしたいか？を話し合うなど、法人全体で認知症の勉強を重ね、日々実践に活かされている。	
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	グループホーム敷地内で納涼祭を行い、地域住民の方には事前にお知らせしている。一室を組合員に貸し出したり、子ども食堂などを開催している。運営推進会議も開催し、交流を持っている。	開設して間もないが、認知症カフェや介護予防教室の開催、子供食堂では高齢者も含めた交流に努められている。利用者が通学路で旗振りをされるなど事業所として地域に貢献できるように積極的な地域交流に取り組まれている。	
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	職員が認知症実践者研修に参加し、知識を身に付けている。また、認知症指導者による組合員、市で要請された場合など対象者に向けての学習会開催している。医療懇談会にも積極的に参加し、組合員と交流を深めている。		
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	運営推進会議は2カ月に1回実施され、職員も参加している。その中で、グループホームの現状やサービスの実際、事故の報告対策などお伝えさせていただいている。また、そこで出た意見などを現場に持ち帰り、部会などで共有し、サービス向上に結び付けている。	併設の小規模多機能型居宅介護事業所と合同で開催され、ヒヤリハット事例や誤薬などでは対応策が話し合われ、利用者の活動性を維持するための方法についての助言をいただくなど、有意義な内容での会議が運営されている。	
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に取り組んでいる	運営推進会議を開催し、そこに市の職員や民生委員、自治会会長、組合員理事、小規模多機能職員などに参加してもらっている。そこで意見交換している。	市担当者にも運営推進会議に参加を得たり、グループホーム管理者会議では市からの報告や助言もいただき、協力体制や連携が図られている。	
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	離設がおきた場合のマニュアルを作成し、職員間で周知している。アセスメントを通して、利用者リスクを把握し、対応策を検討している。事故事例検討会を開催し、他職種にも話し合いに参加してもらい出た意見を実践している。	併設の事業所と一緒に身体拘束や虐待の研修が定期的で開催されている。アセスメントから対応方法を検討されたり、センサーを活用されるなど統一したケア方法が検討され具現化されている。	
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	一部の職員は関連法について理解している。虐待について学ぶ機会も設けている。研修や学習会など、合わせて人権についての学習も部会などに取り入れている。現場でも直に伝えている。職員同士でケアの方法を考えたり、伝えあっている。		

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
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	権利擁護に関する理解は、一部の職員のみになっているが、その職員が要となって利用者ひとりひとりの現状を観察し、必要ならば上司に相談しながら関連する機関に引き継いでいる。		
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	契約について、本人または家族としっかり腰を落着けてお話をさせてもらい、会話している。その時に不安や疑問点など聞き、それにあったお答えをしている。また、そのあとの不安や疑問などについても、適宜、直接や電話などで対応している。		
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	投書箱の役を持つ虹の箱を玄関に置いて、活用している。また、入所前には前のケアマネに意見など聞いて、フェイスシートやケアプランに反映している。運営推進会議にも参加してもらい、意見を出していただいている。	芦ノ湖で富士山を見て遊覧船に乗りたいという利用者の要望をぜひ叶えたいと外出方法を検討されている。家族からは、認知症の進行予防になる活動を取り入れてほしい、体を動かしたり散歩をさせてなどの意見をいただき、理学療法士によるリハビリを予定されている。	
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	毎月行われる部会や年3回の面接などでも、積極的に職員の意見を聞いているが、現場での職員からの率直な意見に対しても、早めに行動するよう心掛けている。	業務改善や物品購入など自由に相談ができ、要望はすぐに検討されるなど働きやすい環境が整えられている。ケア方法や手順書などをもとに、ケア内容の統一に反映されている。	
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	各自の状態について、アセスメントシートを用いて把握していたり、職員に聴取して情報収集するなどし、必要な手立てを講じている。その人に合った研修や学習会参加、業務内容などすすめている。職員がやりたいといった事への環境整備など行っている。		
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	法人内外の研修を受ける機会を確保してきた。OJTにおいても、業務の改善を行いながら知識をもとにしたケアの内容など伝えてきた。		
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	所沢市グループホーム協議会への参加をとおして、いろいろなグループホームの形があることを部会などで他の職員と共有している。書式だったり、仕組みだったり、積極的に取り入れさせてもらっている。		

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
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	入居前の実態調査時に、困っていることや、グループホームに期待する事、どんな生活をしたいかを聞き取り職員間で情報共有している。		
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	入居前の見学時や契約時に、グループホームに期待する事、どんな生活をしてほしいかを聞き取り職員間で情報共有している。また、入居後は面会時に家族と本人の生活をお伝えし要望をお聞きしている。		
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	入居についての相談を受ける際に、利用者・家族の今の状況や何に困っているのかを聞き取りを行い、実態調査にて詳しくアセスメントを行っている。その内容を判定会議にて検討し、サービスの妥当性を評価している。		
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	職員に人権の学習を行い、利用者の尊厳を大切にしていこう教育を行なっている。日々の中で職員が一方的にしていくのではなく、利用者の希望に沿った活動などを行っていけるよう聞き取りを行い、提供していくなどしている。		
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	入居時に家族へ、入居後の家族支援の仕方などのお話をし、関係を継続していけるよう相談・依頼をしている。また、都度様子など相談の連絡をしていき、気にかけてもらうよう働きかけている。		
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	居室環境や嗜好品など、これまで大切にしてきたものを、入居しても大切にしていけるように入居前に聞き取りを行い、取り入れることができるものは反映している。	近所の知人・友人の訪問のほか、歌のサークルに入っていた利用者は継続して参加をされている。絵を描くことが好きな利用者には職員と一緒にイラストを描いていただくなど趣味や得意なことが継続できるように支援がなされている。	
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	入居してから、座席での様子や日中の様子を職員間で共有をし、他者との関係性を構築していけるよう配慮をしている。また、活動など他者との共有の時間をもつようし、関わりをもたせるよう働きかけている。		

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
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	他サービスへの移行をした方については入居先へ事前に入居時の様子やサービス内容を事前に相談員や職員へ申し送り、また、家族へも移行に関しての相談を受け、今のサービス内容を継続していけるよう情報共有をしている。		
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	サービス計画書へ本人の意向を反映し作成をしている。そして、計画書に沿ったサービスを実施している。日々の中でのニーズを聞き取り、また、必要性を感じるものをカンファレンスにて共有してプランへ反映している。	利用者のできることや役割を見つけ、活かせるよう取り組まれている。1日の流れが習慣化することで、食事の盛り付けや配膳、余暇活動や買物など利用者一人ひとりの力が発揮され、安心・安全な暮らしに繋がられている。	
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	事前の実態調査にて、今までに大切にしてきたものを、本人・家族へ聞き取りをし記録に残している。また、それを職員間で周知していけるよう、カルテに情報を挟んで共有をしている。		
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	日々の記録を個別に残して、現状の状態を職員間で共有をしている。パソコンの介護ソフトに記録を残すことで、長い期間の情報が保存可能になっている。都度、利用者の様子をいつでも閲覧出来るようにしている。		
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	入居前の実態調査や聞き取りから課題・要望などに沿った計画書をサービス開始時に作成している。また、計画書の更新時には現状の状態をカンファレンスにて職員で共有をし、家族への聞き取りなどを反映し更新を行っている。	利用者の生活習慣や課題から声かけや接し方法などを検討し、利用者の意向を反映した介護計画が作成されている。3か月ごとに見直しもされ、詳細なサービス内容が明記されている。	
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	日々の記録や職員間での気づきなど申し送り事項を残している。そしてそれを基にカンファレンスを行い、サービス計画書の作成に活かしている。		
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	グループホームでの利用状況によって、法人内の多職種へも意見を求め居室環境や食事形態の評価などを依頼をして、利用者の状態に合ったサービスを検討していけるようにしている。家族が遠方の方については法人内の病院の往診利用に繋がったり、職員で受診の支援を行っている。		

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
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	外出の機会を設け近隣の公園や施設近辺の散歩をしたりしている。外部の方を招いての行事を行うことで近隣の方との交流を図っている。施設外の畑での作業やゴミ捨てを職員と共にし、生活感をなくさないよう取り組んでいる。		
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	家族へ入居時に聞き取りを行い、希望に沿った病院への受診を行えるよう支援を行っている。提携先の病院とは毎月医療連携会議を行い情報共有や課題の協議などを行っている。	専門病院へ通院している利用者もおられ、希望に沿った適切な医療が提供されている。連携病院とは電子カルテを通してやり取りされ、薬の管理や介護方法など医療情報が共有されている。	
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	定期的に事業所の看護師に相談していただき、利用者の変化の共有や医療的な相談を受けられるようにしている。また、往診先の病院とは都度相談が出来るよう体制をとり、何かあれば相談をしている。		
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。	毎月の医療連携会議を行っている。入院先の病院へは入院当日に事業所の書式での利用者の利用状況・身体状況の書類を送り、情報共有を行っている。		
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	入居前より本人・家族へ終末期要望書へ記入をしていただき、入居時での希望の聞き取りを行っている。また、入居してからの状態に変化が見られた際には内容の中にある方向性の変更の有無など確認を行っている。	職員が不安に思うこと、声かけの仕方など看取りに関するアンケートを実施されている。医師や看護師からの助言をもとに手順書も作成され、細かく記入された日誌も参考にしながら、よりよいケア方法を模索されている。	
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	緊急時の対応についての学習会を行っている。また、緊急時の対応マニュアルを作成しており手順通りに対応出来るようにしているが個々の力量によって不安な職員もいる。		
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	防災委員会により年に数回定期的な避難訓練を実施している。また、防災マニュアルを作成し誰もがいつでも閲覧出来るようになっている。地域住民を交えての訓練は未だ行っていない。	併設の事業所と合同で日中の火災を想定した避難訓練が実施されている。マニュアルに頼ることが多かったことから、もっとスムーズな動きができることを目標に職員の役割分担や夜間想定訓練を行いたいと検討をされている。	災害発生は予測不可能なことで、職員だけの避難誘導には限界があると想定されます。繰り返し訓練を重ねられ、スムーズな避難訓練が実施されることに期待します。

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
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	職員への人権についての学習会を行っている。職員間で利用者の前での利用者間の情報のやりとりをしないように注意喚起をしているが時折行っていることがある。	倫理委員会が中心となり、人権の研修が実施され、聞き役に徹し、不安感を与えないように努め、個別の話はスタッフルームで行われるなど利用者の尊厳や人格に配慮した対応が取られている。	
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	余暇時間を活用し、利用者の希望に沿ってドライブなど施設外での活動を行っている。入浴時間など入りたい時間を聞き取り、希望の時間帯での提供をするようにしている。		
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	入浴については利用者の希望に沿った時間帯やその日に入れない時には翌日にしていくなど柔軟に対応するようにしている。自ら訴えをすることが困難な方については職員の都合での誘導を行いがちになってしまっている様子が見受けられる。		
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	衣類については汚れがあれば都度交換をしたり、1日毎に着替えを行うなど清潔を保持し、身だしなみを心掛けて対応が来ている。月1回の理美容を希望する方へは申し込みの支援を行い、身だしなみを行えている。		
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	家族へ依頼し、個別の食器を用意してもらうなどして生活感を出している。簡単な洗い物など一部の作業を職員見守りの下一緒に行っている。	炊飯と味噌汁作りのほか、すいとん、カレー、おやつ作りなど職員と一緒に楽しんでいる。食べ始める時間も利用者のペースに合わせるなど個別性を重視され、外食ではウナギを召し上がり、大変喜ばれている。	
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	生活管理表を用いて、日々の食事量・水分量を観察し状態の把握を行っている。水分の摂取が進まない方についてはゼリーを用いるなど職員間で検討している。		
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	毎食後、声掛け・誘導にて行っている。歯ブラシやコップについては定期的にアメニティの品で交換をし衛生管理を行っている。義歯の管理が難しい方については毎食後職員で預かり、保管をしている。		

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
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	個別の排泄表を使用して、排泄パターンについて把握できるようにしている。また、排泄表に支援のポイントを記載して、個別支援できるようにしている。	一人ひとりの排泄状況を記入したチェックポイント表を活用し、オムツだった利用者もリハビリパンツが可能になったり、一動作ごとの声掛けでスムーズな排泄動作が行えるなど自立支援を意識した排泄介助が行われている。	
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	夜勤者により、前回からの排便間隔を確認し、3日間排便が確認できない時は看護師に腹部のはりを見てもらうよう適宜相談する事としている。冷たい牛乳やゼリーでの水分補給や散歩の頻度を増やすなど便秘予防の為にしている。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴前に声かけを実施し、時間や入浴形態について希望に沿うように支援をしている。入浴曜日についても入居者ごとに設定はしているが、希望があれば、別日で設定し申し送りしている。日によっては入浴剤を使用するなどして入浴を楽しめるよう取り組んでいる。	いつでも好きな時間に入浴ができ、毎日入浴をされる利用者もおられる。清潔面にも配慮し湯は1回ごとに取り替え、機械浴も設置され、重度化へも備えられている。	
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	日々の過ごし方については入居者毎にお任せし、施設側で決定はしていない。訴えの難しい入居者にはその様子を見て、声かけを実施している。		
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	薬のセット時にドラッグスターを確認し、内容変更等が無いか確認している。変更があった際には薬を管理している個人BOX等に記載をして情報共有している。		
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	お店を運営されていた方には計算問題の用紙を渡して計算したり、習字をされたりなど本人の負担とならない範囲で楽しんでいただいている。施設外での畑いじりの時間を設け、今まで行っていたものに触れ気分転換を図っている。		
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	ソワソワした様子が伺えた方については職員で声掛けをして散歩をするなど支援をしている。日によってドライブに行くようにした日にはその日の様子を判断してお連れしている。	航空公園でドックランの見学、ホトの寺や東川のドライブでは車窓から桜並木を眺めたり、施設周辺の散歩や個別に外出支援をされるなど、できる限り外気に触れる機会を持つように努められている。	

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	金銭管理が難しい方については家族へ了承を得て、老健事務所金庫にて預かりをし、必要時職員管理にて使え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	本人の希望があった際には職員が取り次ぎを行っている。本人へ届いた手紙は本人にお渡しし、希望があれば施設側で管理もしている。		
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	朝食後に換気をし、清掃の時間としている。外気にあたり、四季を感じていただいている。フロアの温度、湿度は計測器を用意し、毎日測定している。季節の物を装飾、イラストを書くなどしてできるだけ生活感が出るように配慮している。	窓が大きく、中庭から日差しが差し込み明るくすっきりとした共用空間が広がっている。掃除も行き届き、トイレや浴室は居室から見えない位置にあり、プライバシーにも配慮がなされている。	
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	入居者の希望に沿うように席の配慮を行っている。席の固定は行わず、その時の気分に合わせる形で支援している。利用者同士の様子を職員で観察をして席の配慮をしている。		
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	入居時に本人が使用していた、使い慣れた物品を持参いただくようお願いしている。入居後も本人の状態に合わせて身の周りの物の配置を検討し、生活しやすいように配慮している。	これまでの生活習慣から和床で就寝される利用者や、起き上がりが困難な利用者には手すりが設置されるなど一人ひとりに合わせた居室で事故のない環境が作られている。	
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	入居者自身が使用出来る洗濯機を洗濯室以外の居室前のスペースに設置しており、出来る方については職員声掛け・見守りの下行っていただいている。浴室には手摺を設置し、自身の力を活用し安全に入浴が出来るよう配慮されている。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホームさんとめ

作成日: 平成 30 年 6 月 30 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	35	①防災訓練、避難訓練は年に2回実施しているが、個々の職員がマニュアルを見ながらでしか動けていないため、有事の際に初動が遅れてしまう可能性がある。 ②地域と災害に対しての協力体制を築けていないため、有事の際に地域の方、利用者の安全を有効的に守ることができない。	①災害発生時(火災・水害等々)に職員個々の初動が迅速に取ることができる。 ②災害発生時に、マニュアルに沿って地域の方、利用者が迷うことなく行動をとれる。	①グループホーム部会内の議題にあげ、毎月災害発生時の初動確認や、マニュアル通りに動けるか等の確認をする。 ②地域住民に防災訓練のお知らせの用紙を配布し、計画的に実施。夜間帯の火災発生を想定し、地域住民と協力し、実施できるようにする。	12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、行を挿入して下さい。