

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	3577300499		
法人名	医療法人社団 光仁会		
事業所名	グループホームさくら		
所在地	山口県熊毛郡田布施町大字下田布施806		
自己評価作成日	平成26年4月17日	評価結果市町受理日	平成26年12月10日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度ホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先	http://www.kai gokouhyou.jp/kaigosip/Top.do?PCD=35
----------	---

【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 やまぐち介護サービス評価調査ネットワーク
所在地	山口県山口市吉敷下東3丁目1番1号 山口県総合保健会館内
訪問調査日	平成26年5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)】

施設周辺には桜並木に田布施川と自然が多く、春には満開の桜を臨むことができ、入居者・家族・見学者に好評である。車の通りはあまり多くないが、学生や地域住民など人の往来を見る事ができる。スパーや公共施設など生活の便のよいところに立地している。

<力を入れている点>
なるべくさくらで生活し、なじみの関係ができるように病氣・骨折などで入院しても、常時の医療処置の必要がない場合にはさくらに戻ってきてもらっている。
重度化しても生活を継続できるような設備が整っていて、受け入れが可能である。

【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)】

利用者と一緒に家族が参加出来る行事を開催され、社会福祉協議会から紹介された外出時にボランティアの協力を得られて、小旅行として季節の花見や外食に出かけられておられ、家族と地域を含めた交流に努められています。運営推進会議で出された意見を取り入れて、事業所便りを改善され事業所の案内と質問形式で分かりやすい内容にして、地域に向けて配布されています。運営推進会議のメンバーも前回より拡大し、民生委員、地域住民、消防署職員が加わっておられます。協力医療機関からの週3回の訪問診療や週2回の訪問看護師による健康面の管理が行われており、利用者と家族が安心して過ごせるように支援されています。

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	
57	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	○	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	64	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	○	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
58	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある	○	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	65	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	○	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
59	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている	○	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	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	○	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
60	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	○	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	職員は、活き活きと働けている	○	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
61	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている	○	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
62	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	○	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	69	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
63	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	○	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	ミーティングスタッフ会議の時に理念を唱和して、それに基づいて日々の支援を進めてより良いサービスを提供できるように話し合い、実践に繋げている。 スタッフルームやホールなど目の届くところに掲示している。	地域密着型サービスの意義をふまえた理念をつくり、ミーティングやスタッフ会議で唱和している。事業所内に掲示し、理念に基づいた毎月の目標を掲げ、日々の支援に取り組み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	地域の行事に参加するだけでなく、地域のボランティアに来苑してもらい、公演してもらっている。 近所の美容室の利用がある。 地域のスーパーのくじ引きのイベントにも参加している。	夏祭り、権現まつり、地藏様まつり、桜まつり、公民館祭り、天神祭、近くのスーパーのくじ引き大会など地域の行事に参加している。踊り、竹楽器の演奏、腹話術、歌、フラダンス、紙芝居のボランティアの来訪がある。地域に出向き、認知症相談会を継続して開催し、地域との交流に努めている。	
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	地域の公共施設を利用して認知症相談会を開催している。 気軽に参加してもらえるように、認知症の具体的な症状を示すなど広報の工夫もしている。		
4	(3)	○評価の意義の理解と活用 運営者、管理者、職員は、自己評価及び外部評価を実施する意義を理解し、評価を活かして具体的な改善に取り組んでいる。	管理者・スタッフ一人一人に様式を渡して自分なりに評価して、管理者・介護主任でまとめている。	評価の意義について説明し、職員全員に自己評価をするための書類を配布して記入してもらい、管理者と介護主任でまとめ、まとめたものを全職員に回覧している。職員からの意見で、災害時について研修会を開催し、改善に取り組んでいる。前回の評価結果を受けて、運営推進会議の地域メンバーの拡大に取り組んでいる。	
5	(4)	○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	入居状況・待機状況・行事・在宅相談について話し、意見をもらっている。 (認知症相談会の広報の仕方・災害時の対応方法について)	新たに生委員、地域住民、消防署職員のメンバーが加わり、2か月に1回開催している。実施行事、地域との交流、行事予定、安全関連について話し合っている。メンバーからの意見で、地域向けの事業所便りを作成し配布している。会議録について記録方法を検討し改善している。	

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
6	(5)	○市町との連携 市町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	運営推進会議には必ず参加してもらい、町内の事業所の会議にも参加し、情報交換をしている。	運営推進会議や町内の事業所会議の場で情報交換している他、電話や出向いて相談や助言を得ているなど、協力関係を築くように取り組んでいる。事業所が地域の避難場所となっている。	
7	(6)	○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	法人内の研修に参加し、持ち帰って復命研修をしている。 夜間の玄関の施錠については、防犯の面から家族に契約時に説明し、理解・納得を得ている。	事業所のマニュアルがあり、法人の研修で学び、職員は正しく理解して身体拘束のないケアに取り組んでいる。夜間のみ玄関は施錠している。スピーチロックについては、職員同士で話し合い、管理者が助言をしている。	
8		○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	法人内研修に参加し、持ち帰って復命研修することで正しく理解している。 入居者の言動や行動、表情などから気持の変化を読み取るようにしている。		
9		○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	相談があれば制度を利用できるように関係事業所を紹介している。		
10		○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	契約時に十分な説明を行って納得を得ている。改定の際には家族会の時、面会の時に文書を使用しての説明をしている。		
11	(7)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等からの相談、苦情の受付体制や処理手続きを定め周知するとともに、意見や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	玄関に苦情相談箱を設置している。面会の際にも気になることはないかなど声をかけている。 出た意見や苦情は報告書を書いたり、スタッフ会議などで報告し共有して改善に努めている。	相談、苦情の受付体制や処理手続きを定め、契約時に家族に説明している。玄関に意見箱を設置している。面会時や電話、運営推進会議、年2回の家族会の時に意見を聞いている。家族からの意見や要望は、連絡ノートでの活用や介護記録で、全職員が共有するようにしている。運営に反映するまでの意見は出していない。	

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
12	(8)	○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	ミーティングやスタッフ会議にてスタッフに意見を聞き、代表者に伝えている。 必要であれば、臨時のスタッフ会議をしている。	毎日のミーティングや、月1回のスタッフ会議で職員の意見や提案を聞く機会を設けている他、日常の常務の中でも聞いている。休憩時間が適切にとれるように改善している。	
13		○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	スタッフの要望や家族の事情などを考慮して勤務を組んでいる。 スキルアップの為の外部での研修・講習に参加を促す。 介護福祉士等の資格取得に向けた支援をしている。		
14	(9)	○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	法人内のオリジナルの研修・必修研修に色々なスタッフが行けるように機会を設けている。 外部研修にも積極的に参加してもらっている。	外部研修の情報を職員に伝え、段階に応じて参加の機会を提供している。受講後は復命研修をして、資料を回覧している。法人研修への参加や年間計画に基づいて内部研修を実施している。資格習得に向けての支援など、働きながら学べるように取り組んでいる。	
15		○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	山口県宅老所・グループホーム協議会に参加している。 他施設の見学もしている。		
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
16		○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	本人の生活歴を本人や家族から聞き、スタッフ間で共有して支援に取り入れることで心の安定・安心を図っている。		
17		○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	入所までの経緯や、家族等の関係などを入所するまでに必ず聞いてスタッフ間で共有している。		

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
18		○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	本人が今どのようなサービスを必要としているかを相談し、他のサービスについても説明して本人や家族に選択してもらっている。		
19		○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	生活歴をもとにしたり、本人から好きなことを聞いたり見つけたりすることでやってもらい、できないところを手伝うようにしている。重度の方にもきちんと話しかけ、笑顔を引き出すようにしている。		
20		○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	面会時に近況を伝えたり、なかなか面会に来られない方については電話や手紙で本人の状況を話すようにしている。こちらからも本人の暮らしの様子や行事の写真を送るようにしている。		
21	(10)	○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	本人の日頃の訴えや言動(人の名前やもの名前)などを家族に聞くことで何を意味しているのかを読み取っている。 「知人」の面会があった時には、家族に連絡をしている。	自宅への帰宅、お墓参り、お寺参り、法事への参加、馴染みの美容院の利用など、家族と協力して支援している。知人や自宅の近所の人、教え子の来訪がある他、手紙や電話での支援など、馴染みの関係が継続できるように支援している。	
22		○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	仲のいい入居者同士がより多く時間を共に過ごせるように、食事の席の位置を工夫したり、一緒に手伝いをしてもらったりしている。 入居者がひとり孤立しないように、スタッフが間に入ることで仲良く安心して過ごせるようにしている。		
23		○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	入院した時の見舞いや、退所後には手紙で連絡を取る。本人が関係する機関には十分な情報提供をしている。		

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
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					
24	(11)	○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	意思を示すことができる人に対しては、毎日の生活の中で何かをする場面にどうしたいかを決めてもらう。出来ない方に対しては、家族に聞くことで本人の思いに近づくようにしている。	入居時に、本人や家族から聞き取っている他、日々の暮らしの中で聞き取り、介護記録に記録し、思いや意向の把握に努めている。困難な場合は、家族と関係者で話し合い本人本位に検討している。	
25		○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	本人や家族から生活歴や本人の過ごし方を聞き、本人が快適に過ごせるように努めている。また、新しい情報があれば記録し、全スタッフで共有している。		
26		○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	介護記録や業務日誌・連絡ノートを活用して、一人一人の「できること」を把握して、それを生かすことができるような場面作りをしている。		
27	(12)	○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	ケアカンファレンスに本人や家族に参加してもらったり、関係者の意見やアイデアをまとめて反映させている。	医師や法人の理学療法士の意見や、本人と家族の意向を参考にして、計画作成担当者が中心となってカンファレンスで話し合い、介護計画を作成している。3か月に1回モニタリングを実施し、見直している他、状況に変化があった場合は、現状に即した介護計画を作成している。	
28		○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	些細なことも記録し、変わったことや今までにない行動などがあれば、印をつけたり赤色で記録することですぐに分かるようにしている。また、ミーティングでその日の様子について話し合いをしている。		
29		○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	医療連携を活かしている。家族の希望を聞いて、沿うように柔軟に対応している。		

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
30		○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	地域の医療関係やボランティアを利用して いる。		
31	(13)	○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	主治医の専門外の傷病が疑われる場合には家族との話し合いの上で専門の医療機関を主治医より紹介してもらい、スムーズに受診できるようにしている。週3回医師の訪問診療がある。	協力医療機関をかかりつけ医としている。週3回訪問診療がある他、週2回訪問看護師が来訪し健康管理をしている。専門医への情報提供や家族と協力して受診を支援している。24時間体制で医師と連絡が取れるようになっており、緊急時の対応を含めて適切な医療が受けられるように支援している。	
32		○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	医療連携病院の看護師に体調のことなどを相談し、必要があれば傷や排便に対する処置をしてもらっている。		
33		○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。	入院時、退院時に入居者についての情報交換を行う。入院中の様子や変わった事などを病院の職員から聞き取っている。 地域医療連携室を活用している。		
34	(14)	○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	重度化し、対応の見直しが必要な場合は家族・主治医・スタッフとが相談して、本人や家族の意向に沿えるようにしている。	重度化の指針があり、契約時に家族に説明している。重度化した場合は、家族、医師、関係者で話し合い今後の方針を決め共有している。	
35	(15)	○事故防止の取り組みや事故発生時の備え 転倒、誤薬、行方不明等を防ぐため、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組むとともに、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、実践力を身につけている。	事故報告書の内容を全スタッフが把握している。 AEDの使用の訓練を定期的に行っている。 連携病院の看護師に協力してもらい、訓練を行っている。	事故報告書に記録し、対応策を検討し再発防止に努め、全職員で情報を共有している。 誤嚥、火傷、骨折、止血、意識喪失、AEDの研修を行っている。全職員が実践力を身につけるまでには至っていない。	・全職員を対象とした応急手当や初期対応の定期的な訓練の継続

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
36	(16)	○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	日中・夜間だけでなく、あらゆる災害を想定して訓練を行っている。スタッフの連絡網も工夫している。 避難場所を決め、地域住民にも協力を依頼している。	年4回、火災や水災害の昼夜を想定した消防避難訓練を実施している。避難場所の確認や事業所が地域の避難場所にもなっているため、運営推進会議でも話し合っているが、地域との協力体制を築くまでには至っていない。	・地域との協力体制の構築
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
37	(17)	○一人ひとりの人格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	一人一人の性格やプライドを尊重し、排泄や入浴など、気分を損ねないように優しい言葉かけをするようにしている。	法人の研修に参加し、復命研修で全職員が、利用者一人ひとりを尊重し、プライバシーを損ねない言葉かけや対応について学び実践している。排泄時や入浴時のプライバシーの確保にも努めている。	
38		○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	入居屋が自分の思いを話しやすい関係作りをしたり、入浴や散歩などマンツーマンになる場面作りをしている。また、本人が自己決定をできるように働きかけをしている。		
39		○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	本人の過ごし方や性格などを考えて、その人らしく過ごせるような対応に努めている。散歩に行きたいとの要望があれば、できるだけ答えるようにしている。		
40		○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	愛用していた化粧品や好みの服などを家族の協力を得ながら揃えている。 近所の美容院や訪問美容師の協力を得て、髪を染めたい方についても対応している。		

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
41	(18)	○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	食事の盛り付けや、食後の後片付け、食器・お盆拭きなど、分担してできることは入居者にやらせている。食事でもできるだけ入居者と一緒に話をしながら摂るように心がけている。	昼食と夕食の副菜は配食を利用し、ご飯や汁ものを事業所でつくっている。利用者はトレー拭きや下膳などを職員と一緒にしている。季節ごとの行事や家族参加の小旅行時にケーキやうどんの夕食、桜餅、クレープ、どら焼き、ホットケーキ、イチゴのデザートづくりをしている。ソーメン流しや餅つきをして、食事が楽しめるように工夫している。	
42		○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	食事をしやすいようにミキサー食・キザミ食など食事形態に工夫をしている。本人の好みに合わせて必要な水分量が確保できるように工夫をしている。(少量ずつの提供、甘い飲み物など)		
43		○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	できる方に対しては、食後の口腔ケアの声掛けをするが任せきりにならないようにしている。歯ブラシについても本人の状態に合わせて柔軟に提供している。 できない方に対しては、スタッフが介助している。		
44	(19)	○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向けた支援を行っている	パターンを把握して定期的に誘導したり、本人の尿意・便意に合わせて誘導している。夜間、オムツ対応の方に対しても日中はできるだけトイレでの排泄ができるように、介助をしている。	介護記録に記録し、排泄パターンを把握している。一人ひとりの状態に合わせて、声かけや誘導を行い、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	
45		○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	食事については野菜や乳製品などを多く摂ることができるようにしている。 便秘の方に対しては、主治医の指示にて下剤で調整している。		

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
46	(20)	○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、個々に応じた入浴の支援をしている	毎日入浴を希望される方には毎日でも入浴してもらっている。 本人の状態に応じて、スタッフ2人対応や特浴などで安全安心して入浴してもらえるように努めている。	入浴は毎日13時30分から16時までの間可能で、利用者の希望に合わせて入浴できるように支援している。利用者の状況に合わせて、シャワー浴、清拭、足浴、法人内の特殊浴槽での対応も支援している。入浴剤やゆず湯など入浴が楽しめるように支援している。	
47		○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	夜間よく眠れるように活動を促しているが、外出後やその日の体調や気分によって、横になってもらえるなど柔軟に対応している。		
48		○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	個人ファイルに最新の薬剤情報を入れていつでも閲覧できるようにしている。変化があれば主治医に相談している。		
49	(21)	○活躍できる場面づくり、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	本人の能力や好きなことを把握して、家事の手伝いや、カラオケや散歩・外出などで気分転換を図っている。	漢字ドリル、計算ドリル、書初め、俳句、カラオケ、散歩、読書、雑誌の購読、ラジオ体操、テレビ体操、DVD鑑賞、テレビ視聴、折り紙、塗り絵、花の水やり、洗濯物干しや洗濯物たたみ、トランプ、山口弁カルタ、ことわざカルタ、風船バレー、玉入れ、輪投げなど、一人ひとりの楽しみや活躍できる場面づくりをして、張り合いのある日々を過ごせるように支援している。	
50	(22)	○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	時間の許す限り、散歩ができるようにしている。 外出についても、安全にできるように、スタッフだけでなくボランティアの力を借りながら外出支援に当たっている。 家族と協力しながら自宅や信仰しているお寺への外出も支援している。	近所への散歩、スーパーへの買い物、ドライブなど日常的に外出するように支援している。あじさい祭り、バラ園、図書館、家族参加の外出などがあり、外出時に社会福祉協議会から紹介のボランティアにも協力をしてもらい、外出ができるように取り組んでいる。	

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
51		○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	金額は少なく、お小遣いという形で苑で管理している。散髪や簡単な買い物時には見守りのもとに支払いをしてもらっている。また、1か月の出納については、明細書を送って家族に報告している。		
52		○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	家族に電話をしてもらったり、手紙を書いてもらうように依頼している。		
53	(23)	○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	毎日の清潔に努め、温度計を設置して、快適に過ごせるように室温の調整・換気を行っている。 地域住民から貰ったり、スタッフが持参した花を飾ることで季節感を出すようにしている。 入居者にも不快はないか、まぶしくないかなど声をかけるようにしている。	明るさ、温度、湿度、換気、清掃に配慮し、玄関やフロアには季節の花を生け、窓からは桜並木や川沿いの景色を眺めることができ、会話の中でも話題となり四季を楽しみ式を感じることができるように支援している、テーブルや椅子の配置を状況に合わせて変更し、居心地良く過ごせるように工夫している。	
54		○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	フロアの色々なところに椅子やテーブルを用意して、仲のいい入居者同士が過ごしたり、独りになりたいときには独りになれるようにしている。		
55	(24)	○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	本人が長年使っていた家具や、自宅にあった写真や仏壇を家族に持って来てもらっている。	整理ダンス、ソファ、椅子、テレビ、仏壇を持ち込み、家族の写真や趣味の作品飾って、利用者が落ち着いて居心地良く過ごせるように工夫をしている。	
56		○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」や「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	施設内はバリアフリーであり、「風呂」「トイレ」など、入居者に分かりやすいように表示している。		

2. 目標達成計画

事業所名 グループホームさくら

作成日: 平成 26年 12月 4日

【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	36	様々な災害を想定した訓練は行えているが、地域を巻き込んだ訓練を実施出来ていない。	地域住民と一緒に定期的な訓練を行うことができるようになる。	<ul style="list-style-type: none"> ○自治会班長・民生委員・住民の協力を得られるように、屋外に出た入居者の見守り、誘導などの役割分担を行っておく。 ○地域住民に対する認知症の理解を得る ○さくらの入居者であるとう目印となるシュシュを住民に周知してもらう。 	6ヶ月～1年
2	35	初期対応・応急処置訓練はできているが、実践力までは身につけていない。	訓練の継続 (実践力が身に着くように)	<ul style="list-style-type: none"> ○広く浅くではなく、骨折や誤嚥など特に起こりやすい事項については、短い期間で複数回訓練が行えるように計画し実践する。 ○年間の訓練計画を立て、添付の訓練計画を最低2年間継続して行う 	2年
3					
4					
5					

注1) 項目番号欄には、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。