

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	0171100225		
法人名	有限会社ケアリンクス		
事業所名	グループホームせせらぎの家		
所在地	〒066-0069 千歳市新星2丁目2番3号		
自己評価作成日	平成29年10月1日	評価結果市町村受理日	平成29年11月15日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_2017_022_kani=true&JigyosyoCd=0171100225-00&PrefCd=01&VersionCd=022
-------------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 サンシャイン
所在地	札幌市中央区北5条西6丁目第2道通ビル9F
訪問調査日	平成29年10月20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)】

自然環境に恵まれており、裏山の景観を初めとして、四季折々の移ろいを肌で感じる事が出来るような環境にある。春は桜。冬はエゾシカが毎日遊びに来るような枝ゼ環境の中にある。目の前には小さいながらも設備の整った公園があり、車椅子での移動やトイレ等も安心して行う事が出来る。時々、近隣の子供たちが野花を摘んで遊びに来るような様子も見られており、閑静な住宅街での穏やかな生活を提供している。入居者様に対しては「その方に合わせた個別対応」を心がけており、生活習慣や身体状況に合わせた介護の提供を大事にしたいと考えている。ひとりひとりに担当者を配置し、担当を中心に何度もモニタリングを繰り返し、変動する身体・精神状況に対応する事を重要視している。職員は若いスタッフも多く、個々に資格取得やスキルの向上に意欲的に取り組んでいる。ふれあいケアサービスに加盟しており、社内研修制度もあり、階層別・職種別・目的別等々それぞれに合わせたプログラムに沿って他事業所と共に問題解決に向けて行っている。地域連携では、千歳地域密着型事業所「絆の会」会員として、市内地域密着型事業所と連携して、合同で研修・事例発表・イベント開催など活動参加している。千歳市介護医療連携の会には管理者・計画作成共に加盟しており、医療関係者との合同の研修・イベント・会議など、鮮度の良い情報収集を行うようにしている。年々変わっていく利用者様に即時対応出来る介護事業所としての質の向上を目指して行きます。

【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)】

千歳市の郊外の緑の多い住宅地に位置する平屋建て1ユニットのグループホームである。職員間の連携も良好であり、法人として職員の資格取得のために配慮するなど、働きやすい職場づくりを進めている。今までの6項目の理念を3項目に作り替え、毎日出勤後に唱和して理念に沿ったケアが実現されている。職員は業務を分担して全員でサービスや環境整備を行い、個別の希望や本人のペースに沿って温かなケアを行っている。年2回の消防署員立会いの避難訓練のほかにも自主訓練として土砂災害を想定した訓練を行っている。毎月送付している「せせらぎ通信」では、利用者の日常の暮らしが分かるように顔写真を多く掲載しているほか、個別にお便りも同封している。またメールでも家族ごとに連絡を取り合い、生活状況をお知らせしているため、家族はスムーズな連絡がくることで安心をしている。食事の楽しみをもてるよう、決められた食事のメニューを止めて利用者の食べたいものに変更したり、外食の機会も多い。外出支援の面では、事業所近辺を散歩したり、サーモンパークやレストランに外食に出ているほか、運動会に家族も同伴している。男性の利用者に定期的に将棋のボランティアの訪問があり、家庭的な雰囲気の中で利用者ごとに個別の楽しみを見つけ安心して暮らせるよう職員が支えている。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目№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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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、活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		

自己評価及び外部評価結果

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	事業所の理念を元にケアを行っている。入職時に説明をし、現在は朝夕の申し送り時に唱和している。	今まであった6項目の理念を3項目に作り替えて、日々のケアに結び付けている。入居者の利用開始時や職員採用時も分かりやすく説明している。今後はパンフレットに掲載することも検討している。	
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	運営推進会議には、町内会長に同席頂いて、地域の動向や情報を共有させて頂いている。近隣子供たちが遊びに来たりと自然な中での交流がある。	前年は、町内の夏祭りや事業所の夏祭りを合同で行って地域住民と交流している。近隣の子供から手紙をもらったり町内会長の勧めで同地区のグループホームと交流ができる体制になっている。ハロウィンに子供が訪れている。	
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	「千歳市絆の会」「千歳介護医療連携の会」などを通して地域活動に参加している。		
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	2か月に1回ペースで運営推進会議を行って、現状の報告の元でホームの状況を理解して頂いたり、町内の現状を把握し双方に良い関係を保てるように努力している。	運営推進会議は町内会長と地域包括支援センターの参加を得て、事業所の行事予定や事故ヒヤリハット報告などの内容で2か月ごと定期的に開催している。議事録も作成しているが、このところ家族の参加がみられない。	事業所の報告や事故ヒヤリハット報告だけにとどまらず、会議の項目に参加者が興味を持てるテーマを決め開催することが望まれる。家族の会議への参加呼びかけと議事録の送付も引き続き検討することを期待したい。
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	地域包括支援センターから運営推進会議等を通してアドバイスを頂いたり、市や他事業者との連携を取るように努めている。	市内の事業所で作る地域密着型事業所の連絡会、千歳介護医療連携の会に参加し事例検討発表会を通して交流をしている。千歳市の保護課の職員が担当の利用者の生活確認に訪問している。	
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「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	約2か月に一回、同法人GHと共に「介護検討会議」を開催し、双方の事故・ヒヤリハットについて分析を行ったり、不適切介護が無い、自らを振り返る会議を設けている。	身体拘束のマニュアルを用意しており、社内研修の介護検討会議の中で確認をしている。新規採用職員へも詳しく説明をしている。職員は身体拘束の具体的な禁止事項を熟知している。玄関は夜間に職員が一人になる時間のみ防犯目的で施錠している。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	介護検討会議の中で、昨今起きている「介護事業所の事件や問題」を取り上げ検討したり、客観的に判断する力を養うなどの継続的な学習をしている。		

グループホーム せせらぎの家

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	ネットワーク内の研修で、法務局から講師を招いて「権利擁護」に関して学ぶ機会が設けられている。		
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	管理者・計画作成が中心になって、入居時に安心して頂けるよう契約説明を行う。不明な点は納得して頂けるまでご説明する。		
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並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	ご利用者様・ご家族様より、意見や希望があった際には、可能な部分かどうかをしっかりと確認したうえでご説明、スタッフ全員に周知する様にしている。	毎月「せせらぎ通信」を送付しているが、個別のお便りも同封し日々の暮らしを家族へ発信している。今年の運動会には全利用者の家族が参加している。家族の訪問時は話しやすい雰囲気を作り、事業所に意見を出しやすいようにしている。	
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	職員から出た意見は、計画作成が中心にまとめて、今後の報告性も含めて管理者・代表に報告している。風通しのいい情報共有が必要と考えている。	毎月全体会議が行われ職員の意見も出しやすく業務改善に取り組んでいる。個人面談も定期的に行われ、職員のスキルアップや目標達成を支援している。職員は資材係や物品係などの担当をも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	日常業務の内容を理解し、合理的に動きやすい環境に整える。職員個別に得意・不得意部分を理解した上で、それぞれに合わせた指導環境を提供している。責任を持ったうえでの仕事への取組み・整備。		
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	個々のスキルに合せた日常的な業務指導。社内外研修の实地をし、モチベーションの向上を目指す。苦手部分は計画作成が中心になって進捗状況を確認しながら指導・育成している。毎年12月は管理者による全員との個別面談。他面談は随時行っている。		
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	「絆の会」「千歳市介護医療連携の会」の会など、同業他社や医療職との・会議・研修・行事などの合同事業で、互いに刺激し合える様な環境を提供している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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 サービスの利用を開始する段階で、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	計画作成を中心に、ご本人との関係を築いている。ご本人の思いを早期にアセスメントし、職員全体に周知・環境整備を行っている。「気軽に話せる安心感」を受けた大切にしている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	管理者・計画作成を中心に、ご家族様との信頼関係を整えている。初期入所に伴う家族様の不安・葛藤を解消できるように、都度対応して、共に検討・協力している。メール配信サービスを行い細やかな情報共有を大事にしている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	入居前のアセスメントをしっかりと行いサービス提供をしていく。身体・精神的な状況により、都度柔軟な対応で安定して頂けるように対応する。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	介護員としてだけではなく、ご本人の理解者及び「共に生活している者」として対等な立場での介護を提供する様に心がけている。		
19		○本人を共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	家族様の悩みや葛藤を理解した上で、安心できる様に情報を共有した中で共に考えていく連携を大事にする。投げかけられた質問疑問要望などは、早急に対応し信頼関係を深め様努力している。		
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	御家族様の協力の元、今までのなじみの場所や、繋がりのある方達との関係を大切に、連絡しやすい環境を検討・構築する。	以前住んでいた近所の人や、宗教関係の人の訪問がある。利用者が飼っていた犬を家族が連れてきたり、外出の道中に懐かしい場所を通して、昔の思い出を語る支援もしている。	
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	個別の個性を理解し、何を求めて、何に対して拒否があるのか踏まえた中で、和を保てるように、職員が中に入り、誤解や行き違いが無いように対応していく。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	契約終了後も季節の便りなど、心を行き交わせる関係を継続したいと思う。		
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	快適な生活が送れるように援助している。極力本人の意思を尊重するように検討する。基本はご本人の立場からの援助を提供。	利用開始時の書類はあるものの、暮らしの情報シートと焦点情報が新しい法人の書式に統一されて以降、なかなか追記、変更等の記録が書かれていない。	経過する期間により好みや思いの変化が生じるため、アセスメントシートの新様式を個々に準備し、定期的に変化を記録することを期待したい。
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	アセスメントシートを活用し、過去歴・及び身体状況などの把握して中でケアを提供している。		
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	その方の。精神・身体状況に適合した環境づくりを検討する。状況に応じて、細かく変更を掛けている。		
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	モニタリングは、それぞれの担当者が中心になって原板を作り、全体会議で更に討議した中で計画作成がまとめて、介護計画書が作成される。Plan-do-see繰り返しながら、その場面に最適なプランを作る。	毎月のサービス担当者会議で利用者全員のモニタリングを行い3か月ごとに介護計画を更新しているが、介護計画のプランと日々の記録とが連動しているのかが読み取りづらい部分がある。	介護日誌は日々プランを意識してわかりやすく書くことが望まれる。プランの見直しに生かせるよう、進捗状況がわかるような記録の工夫に期待したい。
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	介護記録・申し送りノート等を使用し、相互の情報共有化を行う。多面的な分析により、活用できるプランを元に援助をすることが出来る。		
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	GHでは提供できるサービスにも限界があり、都度他サービスに相談しながら行っている。家族様のご理解を頂いたうえで、必要と思われるサービスが提供できるように努力している。		
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	個人ごとに必要とする社会資源は違うため、誰には何が必要か？を 検討したうえで可能な限り参加している。馴染の美容院や、馴染のあん摩など。		
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	メインの主治医は「ちとせインナー消化器内科」だが、既往歴や馴染の病院を継続して頂いており、安心して生活して頂いている。	隔週の往診と必要に応じて歯科の訪問治療が行われている。医療経過記録は利用者ごとに受診内容が書かれており、読みやすく整備されている。家族には投薬が変更になったり、状態が変化した際にメールで知らせている。	

グループホーム せせらぎの家

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	往診時・定期検査時・臨時 等、体調の変化や、必要な時には情報を提供し、アドバイスを頂いている。		
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、また、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。又は、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。	「千歳介護医療連携の会」に参加して、日常的に、ソーシャルワーカー等とパイプを作っている。入退院時の相互の情報交換にて安定した対応ができる。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入所段階でグループホームでの「出来る事」「出来ない事」を明確に伝えており、後で誤解や行き違いが無いようにしている。医療処置が必要になる前での段階で、ご本人にとっての安楽な環境を、家族様と一緒に考えていく。	入居の際に重度化した場合の対応にかかる指針を取り交わしている。看取りは行っていないが方針を家族と共有し、できるだけ本人と家族の意向に沿えるようにしている。	
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	応急処置の方法を消防から学ぶ機会を設けている。覚えるたるにも何度か繰り返し行う事が求められる。緊急対応など介護職員には必須なスキルとなるため着実に指導を入れていく。		
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	平成25年の水害にて、避難勧告を受けた後、スタッフの緊急意識は高まったが、都度訓練・検討が重要。災害後、災害時の提携として「社会福祉協会いちばつの会」と災害協定を結んだ。	毎年5月と11月に消防署員立会いのもと災害訓練が行われている。自主訓練でも土砂災害を想定した内容で実施している。地震マニュアルも用意され備蓄品も準備してあるが、足りない場合は本社からの応援体制ができています。	

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	言葉遣いには気を付けて、その方にあった対応をしている。「人生の大先輩」という事を忘れずに尊敬の念をもって係わる。日常の中で都度指導入れている。	利用者の呼びかけは「さん」づけとし、職員は採用時の研修で接遇やマナーを学んでいる。個人記録類は事務所で安全に管理している。	
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	想いを伺い、その方にあった対応をしている。なるべくご本人の願いに近い状態での答えが出せるように努力している。		
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	個人別の状況に合わせてスケジュールを作っている。日々変化が激しい方が多い為、都度の対応が求められている。現状に即しない希望の対応スキルも必要。		
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	服装の自由や、髪の手入れなども含めて、清潔でご本人が納得できるような整容を心掛けている。ご本人の行きつけの美容室などにも連絡・理解を得た上で安心して行けるように援助している。		

グループホーム せせらぎの家

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	食材は本社から毎日配送している。食事作りは現在は基本職員が行っている。食事作りの呼びかけをするが、参加率が低い。ご本人の様子を見ながら下準備などは、出来る方に参加して頂く。嚥下体操実施。	食材業者よりメニューと食材が提供されるが、誕生日や行事の際はメニューを止め、希望を聞いて自分たちで食事を選び作っている。下ごしらえや、配達された食材の保管を手伝う利用者もいる。年に数回は外食を楽しんでいる。	
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	管理栄養士が計算したメニューを毎食提供している。チェック表には、食事量・飲水量をチェックして確認できるようになっている。身体状況に合わせて、細かく食形状を変更している。		
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	口腔ケアを促して行っている。その際には、口腔状況を確認している。それぞれの口腔内の状況や、動作が違うため、その時の状況に合わせて、必要な援助方法を提供している。		
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	入居者様の排泄パターンを確認し、まずはトイレ誘導での調整等を行っている。残存機能を活かし極力自発排泄を目指し、手すりや立場所の環境調整なども含めて都度確認している。	「身体チェック表」で全員の排泄状況を把握している。自力でトイレに行くことができる利用者は少なく、羞恥心に配慮しながら誘導介助を行っている。現在は全員がリハビリパンツかオムツを利用している。	
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	食事・水分などのチェックをし体操など体を動かし、自然排便を目標とする。それでも難しい場合は、主治医に相談の上、排便薬など提供し、心地よい排便を促す。		
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	3日に1回を基本として、入浴を提供している。体調などで変動があるが、その際には、清拭なども含めて臨機応変に対応している。	毎日、午前午後とも入浴可能で、各利用者が週2回以上を目安に入浴を行っている。拒否がある方は言葉かけを工夫し、入浴を促している。湯船に入ることができない方はシャワー浴で対応している。	
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	就寝時間は、ご本人、又はその方の体調に合わせている。2時間おき、夜間時、自身での寝返りが難しい方は、2時間ごとの訪室の際に体位交換をし、褥瘡予防する。		
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	極力一包化にしており、飲み忘れや誤薬が無いように気を付けている。処方に変更になった場合は、職員全体に周知している。形状もそれぞれに服薬しやすい配慮をしており、安心して服薬提供出来るように援助する。		
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	個々の楽しみを考え、レクリエーションや外出企画などを行っている。食事の際にも、嗜好を考慮してメニューを選択する。体調やモチベーションにより可能であれば出来る範囲で参加して頂く。		

グループホーム せせらぎの家

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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。また、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	ご本人の希望に沿って、ご家族様の協力を得ながら外出なども行っている。自宅・買物・美容室など・家族様や介護タクシーを利用しながらの外出援助を行っており、とても楽しませている。	日常的に事業所前の公園を散歩したり、花壇の花を見ながら日光浴をしている。居間の前にウッドデッキがあり、気軽に外気浴ができる。年間行事では、絆の会の運動会、サーモンパーク、観光レストランなどに出かけており、半分ほどの利用者は1～2か月に1度、受診で外出している。	
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	現在、お金の所持は行っていないので、必要な物は、家族様と相談の上購入して頂いている。支払いが自力で困難な場合は、代わりに対応している。		
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	希望時には電話をお貸ししたり、外部からの電話も自由につないでおり、馴染の関係の方との交流を支援している。		
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	ホール内は、四季を感じられる装飾を企画している。行事やイベントが楽しくなるような環境作りで、職員が順番に作っており、参加可能な部分は入居者様も無理ない範囲で参加されており、完成後の楽しみになっている。	居間には2面に大きな窓があり、片側はウッドデッキ越しに公園、もう片側は丘の木々を眺めることができる。キッチンや事務所から居間全体を見渡しやすい。誕生日の装飾や利用者の写真が飾られ、浴室入り口には入浴の様子を描いた貼り絵が飾られている。	
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	入居者様の個性特性を理解した上で、それぞれを考慮し最適な配置を調整している。車いすの方がほとんどなので、相互の関係性や可動制の意識して調整している。		
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	昔から愛着のある家具や写真など、家族様中心で、それぞれに安心できる場所を提供している。音や光も重要な環境要素なので、適度な環境を工夫している。	居室は、利用者がベッドやタンス、テレビ、鏡台など馴染みの品物を持ち込んでいる。壁には利用者や家族の写真、カレンダー、寄せ書きなどを自由に飾り付けしている。	
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」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	残存機能の活用のために、必要な物は手が届く範囲(距離・高さ)でセッティングする等、配慮している。各々の動線を把握して危険の無い環境作りをしている。		

目標達成計画

事業所名 グループホームせせらぎの家

作成日：平成 29年 11月 9日

市町村受理日：平成 29年 11月 15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	4	●運営推進会議を活かした取組み● 事業所の報告やヒヤリハット報告だけにとどまらず、会議の項目に参加者が興味を持てるテーマを決め開催することが望まれる。家族の会議への参加呼び掛けと議事録の送付も引き続き検討する事を期待したい。	幅広く近隣住民、及び家族様が気軽に参加できる様な運営推進会議の開催をする。近隣施設や地域住民との交流の場・活発な情報交換として活かして行く。	①年間スケジュールを決めて家族個別に参加を促す。 ②町内関係者も会長だけにとどまらず、行事なども含めた中で参加し甲斐のある企画にする。 ③介護保険施設として地域に貢献できるような内容を盛り込む。	3ヶ月
2	23	●思いや意向の把握● 経過する期間により好みや思いの変化が生じるため、アセスメントシートの新様式を個々に準備し、定期的に変化を記録することを期待したい。	全利用者様の想いをくみ取った中で介護を提供するために、都度再記入をした物を整備して行く。時間と共に心身ともに経過した部分を確認しながら、それに沿ったプランを整備し提供して行く。	①フェイスシート・基本情報等、最新の物に更新する。 ②3名が統一書式に変更されていない為12月中に変更・調整する。 ③毎年作成している「介護計画予定表」記載にて定期的に記録して行く。	半年
3	26	●チームで作る介護計画とモニタリング● 介護日誌は日々プランを意識してわかりやすく書くことが望まれる。プランの見直しに生かせるよう、進捗状況がわかるような記録の工夫に期待したい。	介護計画書の内容を意識しながら、介護記録を書き現状と目標に沿っているか確認しながらケース記録を記載出来る様にする。そしてそこから最適なプラン作成に結び付けをし、プランと記録の連動を強化する。	①記録を書きながらプランを確認出来る様に、A3用紙で書式を作成。11月30日の全体会議にて職員全員に周知し、12月から使用開始とする。 状況に応じては個別指導にて周知する。	3ヶ月
4					
5					

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入して下さい。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加して下さい。