

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 千歳市新屋2丁目2番3号		
自己評価作成日	平成25年11月29日	評価結果市町村受理日	平成26年1月14日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報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.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_2013_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25年12月16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)】

裏には緑あふれる山があり、春には桜・夏には深い緑、秋には紅葉、冬にはエゾシカが群れで訪れ四季を感じ、自然あふれる環境の中過ごせるグループホームです。その中を、それぞれ散策したりと自由な時間を過ごしています。職員は、個々に介護に対する意欲も強く、目標を持ちながら日々ケアの勉強に励んでいます。

【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)】

「グループホームせせらぎの家」は、千歳市郊外の静かな新興住宅地に立地しており、近くを流れる千歳川や裏山などから四季の移り変わりを身近に感じる事が出来る自然環境に恵まれた事業所である。今年の2月より、新しい法人の傘下に入る事により、更に安定した運営が行われている。管理者は、母体法人から多くの情報を得ながら課題を見つけ、法人研修を計画的に取り入れながら職員のケアの向上を目指して積極的に取り組んでいる。利用者毎に各職員が担当して、短期目標項目に沿ったモニタリングシートを毎月記入すると共に、センター方式のシートを活用しながら独自の詳細なアセスメントシートを作成して介護計画の見直しを行うなど、工夫した取り組みが行われている。また、日頃から職員間でコミュニケーションを深めながら利用者の情報交換を行い、個々に応じた適切なケアを統一して行っている。個人記録類も、分かりやすく整理して記録している。前回の外部評価で課題となった非常階段からのスムーズな避難方法についても運営推進会議で取り上げ、消防署などのアドバイスを受けながら安全性が確保できるような方法を積極的に検討している。管理者と職員は、各利用者の生活リズムを大切にしながら、それぞれの意向に沿った温かなケアを行っており、家族からも感謝の声が寄せられている。

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	申し送り時に基本理念を職員で唱和し共有し、理解し実際のケアにつなげられるよう努めているが、全員が実践に活かせてはいない。	地域の方々と利用者の架け橋となって社会とのつながりを築いて行くという基本理念を作成して各職員に配布し、居室にも掲示している。管理者は、日々のケアに沿って理念を再確認しながら実践できるように取り組んでいる。	
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	町内会の行事(夏祭り、ゴミ拾い等)や事業所の行事(絆の会運動会、避難訓練等)に参加し地域の方々と交流を深めている。近隣の子供たちの訪問もあり、利用者様の楽しみの一つになっている。	ハロウィンに、近隣の子供達が仮装して事業所を訪れ利用者や交流している。近隣から野菜を戴いたり、事業所の畑で実ったトマトを子供達と一緒に味わう機会もある。傾聴ボランティアも、毎月1回来訪している。	
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	運営推進会議を通して日々の認知症症状に対しての支援方法を報告し、地域での不安や悩みの相談を受け対応している。電話、来所などの相談に応じ、相手の立場に立ち支援方法などを助言している。		
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	利用者様近況報告、職員報告を行い、対応方法や設備の改善案などの意見をいただき、反映に務めている。家族の参加者が少ない為、年に1度行事(餅つき)を行い、意見交換の場を設置している。	外部評価結果報告の他、避難訓練を実施して参加者からアドバイスを貰っている。餅つき行事と一緒に会議以外は、家族の参加が殆ど得られていない状況である。ホーム便りに会議案内を記載しているが、議事録の送付は現在行われていない。	年間のテーマを事前に設定して参加できない家族の意見を収集するなど、会議が更に充実するような取り組みに期待したい。正式な会議案内と議事録を、全家族に送付するように期待したい。
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	月に一度、市役所担当者への利用者、待機者情報を報告。地域包括支援センターに空き情報を報告。	介護認定書類の提出などで市役所を訪問したり、分からない事や困ったことがある時はすぐに相談して課題を解決している。「絆の会」で市役所職員の話の聞いたり、相談する機会もある。生活保護課の職員とは、対象者の情報交換を行っている。	
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「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	身体拘束廃止推進会議・全体会議を通じ、身体拘束の禁止の行為等を学び、2か月に1度他事業所の職員と会議を行い意見交換を行い、身体拘束をしないケアを行えるように努めている。基本的にケア上の拘束は行わないが、安全を確保するために必要な場合は、利用者様の心身の苦痛にならないようご家族様に説明したうえで行う。	「禁止の対象となる具体的な行為」を含むマニュアルを整備し、事例に沿って拘束に繋がらないケアを職員間で検討して対応している。利用者の状況や時間帯により施錠する事もあるが、安全面に配慮しながら自由な出入りを支援している。管理者は、職員の言動で気になる事があれば、申し送り時などに注意を促して指導している。	
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	身体拘束廃止推進会議・全体会議を通じ、職員が学ぶ機会を設け、日々のケアの中でも不適切なケアが行われていないか話し合いや指導の場を設けている。		

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、個々の必要性に関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	事業所事態で学ぶ機会は少ないが、各職員資格取得に向け、個々に学んでいる。今後研修への参加や事業所での勉強会を設ける必要がある。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	入居前には、ご利用者様、ご家族様に重要事項説明書等の書面を読み上げ、不安点や質問等をお聞きし、理解していただいたうえで契約していただいている。		
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	運営推進会議の参加は少ないが、せせらぎ便りを通して毎月の運営状況を報告させていただいている。来所時には、時間を作りご家族様の意見、要望を発言できる機会を設け、意見等を運営に反映できるように心掛けている。	管理者は、家族とのコミュニケーションを重視して、来訪時には個別に話をする時間を取り、意見や要望を聞き取るように配慮している。些細な家族の意見や要望なども職員間で共有できるように、記録方法を検討して行く意向である。	
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	全体会議の中で職員の意見や要望を聞き運営に反映させている。会議以外でも職員の要望があるときには時間を作り個別で対応している。	全職員に、話し合っしてほしい事や課題を事前に聴き取り、会議のテーマとして取り上げている。また、課題が出た時はその都度話し合いを行っている。職員からの提案を受け、食材や備品発注などの役割を曜日毎の担当制で実施している。	
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	職員個別の就業内容を把握し、各自が意欲的に働ける環境作りの整備を行っている。勤務年数、資格取得により昇給の機会を設け、意欲の向上に努めている。		
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	役職別、勤務年数別により研修を行い、個々のスキルを向上できる機会を設置。地域密着型事業所主催の研修や事例検討会などに参加していただき、ケア者として成長できる環境を作っている。		
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	千歳市地域密着型事業所「絆の会」を通じ、管理職ならびに介護職が、他事業所と研修や行事を通じ交流を持つことで情報交換を行い、質の向上に繋がられる環境がある。		

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	開始前には、直接ご本人と面談をおこない、直接お話をうかがっている。ご本人様に基本シートを作成していただき、なじみの関係作りに努め、本人からの要望があった場合はしっかりと耳を傾けお聞きし、安心できる声かけなどを行っている。		
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	利用前には、ご家族様と面談を行いホームの概要等を説明を行い、不安や要望がある場合は、家族様が納得いかれる説明を行っている。話をお聞きするときには受容し傾聴するように努めている。		
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	入居前の段階で必要としている支援を聞き取り、プランを作成し入居1か月後ご本人様・ご家族様と一緒にプランの検討を行っている。		
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	日々の生活の中で役割を持ち、できるようになる支援法をとり入れ生活の中心になるように努めている。		
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	ご家族様が来初されたときは、一緒に過ごす時間を作るなどし、時には飲水介助や食事介助等にも参加していただく。外出受診等にもできる事を見つけ役割分担をおこなっている。面会時や必要時には電話連絡をとり、相談協力を仰いでいる。		
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	ご本人が大切にしている場所や人などの会話に耳を傾け話を聞くなどしている。記憶が途切れないように生まれ育った場所や仕事内容をお話している。面会時には、出来る限りその方にあった空間作りをおこなっている。	近隣に住んでいた方が来訪する利用者もいる。職員と一緒に買い物に出かけて、以前に散歩していた場所に立ち寄る事もある。家族と一緒に外食に行く事もあるが、出かける機会はだんだん少なくなっている。	
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	食卓の配置や余暇の時間帯の場所の配置などその時であった状態を把握し、一人一人が孤立しないように心掛けている。会話、レクリエーションなどを通して支えある支援を行っている。複数での外出を行いコミュニケーションがとりやすい環境を作っている。		

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
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	退去者様やご家族様に対して、関係の継続は必要と思う。現在は対象者がいらっしやらない。		
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	本人・ご家族様の希望をお聞きした上でケアプランを作成し実行に努めている。室内の環境や日常生活のペースなど一人一人の意向を把握しケアに取り入れている。	自分から意向を伝える利用者は少なく、行動や生活歴、家族からの情報を基に支援を行い、反応を見ながら意向に沿ったケアが出来るように取り組んでいる。基本情報は、年1回見直している。	
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	基本情報を活用し、ご家族様からの情報、ご本人様からの話をもとに把握し、職員で共有している。		
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	ケース記録・チェックシート・送りノート・引き継ぎなど利用し、スタッフ全員が把握できるように努めている。		
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	介護支援専門員を中心とし、日々ケアの中で問題となっている事を話し合い、ケアプランを作成している。月に1度モニタリング・ケアカンファレンスおこなっている。面会時には、状況を説明しケアの方向性を相談している。	担当職員が毎月記入している短期目標項目に沿ったモニタリングシートや家族の意向を基に、全職員で検討しながら3か月毎に介護計画を見直している。日々の記録は、介護計画に沿った記録もあるが統一した記録までには至っていない。	日々の記録方法を検討し、介護記録と連動した記録が統一して行われるように期待したい。
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	日常の様子等は、本人の言葉職員の声かけの言葉を記入する事で、第三者が見てもわかりやすい記録がとれるように工夫している。ケア記録・申し送りノートなど職員間で共有できるように記入している。		
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	本人の希望が添えられるようにご家族様と相談をしながら、受診・外出などを行っている。時には介護タクシーを使用するなど安全・安心・安楽に努めている。		
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	町内会の行事の参加を行いなじみのある関係作りに努めている。なじみのある店舗への買い物を中心掛けている。		
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	隔週に1度主治医である千歳インター消化器・内科の往診がある。2か月に1度定期検査(検尿・採血)を行う。状態に応じて、主治医と連絡をとり他病院の受診を行う。	専門医の受診に家族が同行する場合は、本人の状況を口頭や文書で主治医に伝えている。医療記録は、介護支援経過記録、日々の記録、申し送りノートなどに記録しているが、今後は書式を検討し、個別に情報を整理する意向である。	

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	週に2度の医療連携連絡表を使用し、適切に看護師に報告を行っている。准看護師が在職しており、日常の変化には職員同士で話し合い、緊急性がある場合は主治医に連絡し指示を仰いでいる。		
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。	入院時は入院から退院までの間定期的に面会を行い、主治医・看護師から情報提供していただき、家族からも情報収集をしている。退院に向け環境を整えている。		
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、事業所で行う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	契約時ご家族様から終末期の希望アンケートを行っており、主治医に情報提供している。	重度化した場合の対応指針を利用開始時に説明し、看取り介護の確認書で家族などの意向を確認している。また、体調変化に応じてその都度意向を書面で再確認している。常時医療行為が必要になった場合は、事業所での対応が難しい旨を伝えている。	
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は、マニュアルがあり職員全員が把握できるように努めている。		
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	年に2度地震・火災に対する消防訓練を行い、消火器訓練や運搬法を学ぶ機会を作っている。	運営推進会議で避難訓練を実施して参加者に見学してもらい、訓練後に課題について話し合いを行っている。今後、火災以外の災害時における対応について、全職員で具体的な事例に沿って検討する意向である。	地域との役割分担を明確にして、地域住民が参加した避難訓練を実施すると共に、利用者の状況に合わせた災害備蓄品を整備するように期待したい。また、職員の救急救命訓練も、定期的受講するように期待したい。
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	自尊心を傷つけない声かけを行ったり、プライバシーを傷つけないよう個室を使用したり、カーテンを使用したりしている。	名前を「さん」付けで呼んでいるが、家族の了解を得て反応ある呼び方をすることもある。個人的な事は周囲に分からないように確認している。個人情報などの書類は、事務室で適切に保管している。	
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	職員が答えを出すような声かけを行わないように努力している。ご自分で判断できない時は、会話の中から、本人の希望が引き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	会話の中から本人が希望している事を見つけ出し、日常で行えるように支援している。共同生活の中すべてに関し強要せず本人の希望時間等を聞きながら生活できるように努力している。		
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	清潔を大切に、その日にあった服装を本人と選び着用していただく。髪型、爪切りなど本人が行えないような事は職員が行い、おしゃれの手助けをしている。		

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
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	行事を利用し、利用者の好みの食事を提供し一緒に準備を行う。刻み食の方は何を食されるのか声掛けを行う。	本社からの献立表を見て、好みの調理法に変えることもある。個人の誕生日には、好きな料理でお祝いをしている。月に2回、利用者と一緒に料理を作る機会を設けて楽しんでいる。職員は、食事介助後に合流して同じ食事をとっている。	
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	チェック表を使用し、食事量・飲水量を把握している。その時の体調なども考慮し、食事の形態・量等を調節している。		
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	食後は口腔ケアの声かけを行っている。自立している方はご自分でこない、介助が必要な方は職員が行い清潔を保つよう努力している。		
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	極力おむつを使用せず、その方の排泄パターンを見つつけトイレ誘導をおこなっている。	全員の排泄をチェックし、間隔を見て声かけや誘導をしている。トイレでの排泄支援に向けて夜間もできるだけトイレに誘導している。トイレ回数を多くして、排泄のリズムを把握しながら膀胱炎の症状が改善した例もある。	
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	牛乳・ヨーグルトの摂取など食事からの便秘予防及び、運動等で体を動かし、出来るだけ薬に頼らないようにしている。		
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	時間が安心・安全に入浴できる時間帯のみの対応となるが、その中で、入浴時間や曜日は決めずに、その方の生活リズムにあった入浴ができるようにしている。	10時頃～14時30分頃の時間帯に、利用者の入浴パターンに合わせて週2～3回の入浴を支援している。週1回の入浴習慣を決めている利用者には、意向に沿って支援している。基本的には同性介助で支援し、浴槽の出入りに職員の2人介助もある。	
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	就寝時間や就寝場所を特定せず、その時にその方にあった環境作りを行っている。		
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	処方箋を職員が観覧できる場所に保管し、薬の知識を各自把握できるように努力している。症状の変化の対応としては、その都度主治医と連携し調節をおこなっている。		
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	畑仕事や昔からの習慣を取り入れている。日々の会話からしたいことなどを引き出し日常生活に取り入れている。		

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
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	買物や散歩など希望にそって行うように努めている。遠い場所などは行事に入れ希望を叶えられるようにつとめている。買い物はご家族様のご協力も得ている。	近くの公園や周囲を散歩し、庭先での畑づくりやウッドデッキで外気に触れている。外出行事に食事を取り入れて計画し、花見や紅葉見物、夏や秋のドライブを楽しんでいる。個人や数人での買い物支援も行っている。冬季には、受診の機会に外気に触れている。	
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	管理ができない方がおおいため、金銭管理はホームでおこなっている		
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	いつでも電話の使用ができるように、手の届くところに設置している。ご自分で使用する事ができない方が多いため、希望があれば支援している。		
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	室温・湿度・日差し等の環境管理を行い、落ち着いて生活できるように努めている。季節にあった飾り付けをおこない四季を感じられるように行っている。	居間の大きな窓からは、豊かな四季を身近に感じることができる。食卓テーブルを3か所に配置し、ソファなどの好きな場所で、ゆったり過ごせるように工夫している。手作りの装飾やクリスマスツリーの作品を飾り、壁に設置している神棚の正月飾り付けも利用者と一緒にを行う予定である。	
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	リビングがくつろぎの場となっている。それぞれソファが落ち着く方や、食卓イスが落ち着く方など、その方の居場所を確保できるように努めている。		
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	本人が以前から使用している家具を配置したり、状況が変化したときは、安全に過ごせる環境整備をご本人様ご家族様とともに考え行っている。	色や形の違う、職員手作りの表札を掲げ、室内には造り付けのクローゼットと温湿度計が用意されている。馴染みの家具類や家族の写真などを飾り、寛げる空間になっている。各居室の窓からは外の景色を身近に感じることができる。	
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	食卓テーブルやソファ、ウッドデッキ、くつばこの高さなど、一人一人が使用でき自立した生活ができるように整えている。		

目標達成計画

事業所名 グループホーム みどり野の郷

作成日：平成 26年 1月 8日

市町村受理日：平成 26年 1月 14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	行事としての運営推進会議には家族様参加するが町内会、包括、事業所中心となっている。全家族様に運営について理解、ご協力をしていただくための工夫が必要。	全家族様が意見要望等を伝えることができ、関係者全員で運営について検討を行う事ができる。	年間予定表を作成し、年に2度ご家族様にアンケートを行い、結果を報告、検討を行う。会議の案内、議事録をせせらぎ便り以外で送付を行う。	1年
2	26	日々の記録は行っているが、介護計画との連動ができていない。記録を読み、モニタリング、計画作成がスムーズに行える書式の見直しが必要。	介護計画、記録等の連動を行い、ケアのスキル向上を目指す。	記録への連動が行えるように、介護計画の見直しを行い、記録への記入法を検討する。各利用者様の計画書、記録等が連動して観覧、記入が行えるように見直しをする。	半年
3	35	火災時の避難訓練は行っているが地震等の災害時の訓練は行っていない。救急救命訓練や備蓄品など災害時に必要な技術や物品を整備する必要もある。	地域との連携を図り、災害時に対応できるスキルを向上させる。	火災時、地震災害時の避難訓練を行い、地域住民に参加を依頼。災害備蓄品の検討を行い完備できるようにする。救急救命訓練を年に1度行い技術の定着を図る。	1年
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。