

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	2070700055	
法人名	社会福祉法人 睦会	
事業所名	高齢者総合福祉施設須坂やすらぎの園グループホーム ホットファミリーやすらぎ	
所在地	〒382-0011長野県須坂市大字日滝字寺窪2887-1	
自己評価作成日	平成24年12月18日	評価結果市町村受理日

※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.kai gokensaku.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社マズネットワーク 医療福祉事業部
所在地	長野県松本市巾上13-6
訪問調査日	平成25年2月8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)】

・併設の保育園と、今年4月開設した小規模多機能型施設“日滝の家”との交流、小、中学校との交流、実習生受け入れ、ボランティア交流など、地域の幅広い方々との交流をおこなっている。
 ・防災について、日頃から“いざ”という時に備えて、職員の防災意識を高めるため、月1回の避難訓練の実施を行っている。防火対策として、スプリンクラーの設置、室内散水栓、緊急通報装置、火災報知機等、設備完備。その他、勤務職員は毎朝、防災マニュアルを唱和し、火災時の役割分担を確認している。夜勤者は、勤務前に火災発生時の対応マニュアルを読む事を徹底している。年1回、地域住民の協力の下、大規模な防災訓練を実施している。

【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)】

事業所は、特別養護老人ホームから保育園まで経営する総合福祉施設の中にあり、多くの有機的つながりを得て事業運営を行っている。地域やボランティアとの盛んな交流、行政との密な連携、相互協力による防災対応、利用者の事業所間交流や機能の活用、事業所相互の各種情報交換など、総合福祉施設ならではのサービス向上や職員のスキルアップにつながる、多くの素材を得ることが出来ている。又、事業所独自としては、利用者本位を主眼とし、利用者の希望を取り入れて行われる各種の催し物、お好み昼食会、毎日入るお風呂、日常的な外出、家族との絆を深める行事への招待など認知症であっても豊かに暮らしていける生活空間を作り出している。22年度から始めた転倒予防体操(創作体操)は「効果と考察」を中間発表出来る段階に達し、転倒予防だけでなく、適切な体重維持や認知症の一部改善に繋がる等の一定の成果が確認され、さらなる効果確認のため継続的に取り組んでいる。多角的な分析により改善策を探し、その人らしく暮らしていける支援としての「ひとときシート」も活用している。

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

ユニット名()		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 ↓該当する項目に○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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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、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
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	毎朝、朝礼の時に、法人の理念とグループホームの理念の唱和を行い、日々の業務に活かしている。職員は理念を理解し、入居者や家族、そして地域と関わりを持ちながら実践に繋がっている。	利用者が「やすらぎ」を感じることが出来るサービス提供を目指した理念を掲げ、毎朝、法人の理念と併せて唱和し、理念の共有化と業務での実践に取り組んでいる。利用者本位を主眼とし、利用者の思いや意向に沿った介護実践に取り組んでいる。	
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	季節の行事を通して、保育園児、小、中学校と交流。喫茶、ボランティア交流を行っている。市民文化祭に作品を出展したりと、市の行事にも参加している。	事業所周辺の散策時の地域の方との挨拶、小・中学生との交流、様々なボランティアや実習生の受け入れ、市の文化祭への出品や観賞など地域の資源を活用し、地域の一員としての暮らしを作り出している。同法人経営の保育園児との交流も定期的に行われ、利用者の生活に潤いと活気をもたらしている。	
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	法人の活動として、地域住民に、家族介護者教室、いきいきリハビリ等、取り組みを行っている。	/	/
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ヶ月に1回開催時、グループホームの雰囲気や、利用者の雰囲気、及び廊下に展示してある写真で、活動の様子等を見た上で意見を頂き、サービスの向上に繋げる努力をしている。	行政・地域・家族・利用者の参加を得て、年6回開催され、活発な意見交換が行われている。事業所内の視察も行い、第三者から見た率直な感想等を聞き、良い気付きを与えられ、サービスの向上に繋がっている。外部評価・事故報告・事業実績報告などが議題として提起され、透明性のある有意義な会議となっている。	
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	地区代表者、市の高齢者福祉課担当者が運営推進のメンバーに含まれており、連携を行っている。	運営推進会議に行政担当者が委員として参加しており、事業所の現状を説明し、理解を得ている。福祉担当者が利用者の様子を見に、訪ねて来ることもあり、相互努力による協力関係が築かれている。介護相談員の訪問もあり、サービス向上につながる意見を聞くと共に、年1回法人全体での意見交換会も行われている。	

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
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	身体拘束委員会を設置している。やすらぎ全体で“拘束しない”と言う共通認識をもち、グループホームの中でも起こりえるリスクを防止するよう、ケアに努めており、身体拘束は行っていない。身体拘束委員会は月に1度行っている。	法人全体で、身体拘束廃止委員会があり、月1回会議が行われ、介護現場で起こりうる事例について検討し、職員へ伝達し、認識の共有化を図っている。予測される身体拘束に伴うリスクについては、入所や面会等の機会に家族に説明し、理解を得ている。	
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のないよう注意を払い、防止に努めている	スピーチブロックを含む虐待についての理解を深め人権尊重を大切にしよう努めている。声掛けの仕方については、細心の注意を払っている。		
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	現在、対象となる利用者がいないため行っていないが、必要に応じ、各関係者と連携が取れるように体制は整えてある。		
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	入所申込時にグループホームの説明を行い、入居時に利用約款、重要事項説明書を基に説明をし、理解、納得を得ている。		
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	意見、要望ポストの設置。第3者委員のメンバーが運営推進委員である。家族が、気軽に意見を言いやすいような関係作りを心掛けている。家族からの要望や、意見については、ミーティングで話し合い、運営に反映させている。	利用者にはお茶や風呂等の時間、就眠前のリラックスした時に意見等を聞き、家族には主として面会時に意見や要望等を聞いている。面会時やケアプラン説明の際に苦情解決システム等についての周知を行っている。家族の不安や心配に答えるため、やすらぎ通信やその月の近況報告を行い、家族との信頼関係を築いている。	
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	ミーティング時、意見、提案について、話し合いを行いよりよいグループホーム作りを目指している。また、連絡ノートを活用し、意見、提案を書いてもらうようにしている。管理者も、業務の合間に職員から直接意見を聞き、運営に反映させている。	日々のミーティングや職員会議、随時行う管理者との個人面談を職員の意見や提案を聞く機会としている。人事考課制度があり、職員の目標設定や達成状況を聞くと共に、運営に関する提案も聞いている。人事異動は馴染みの関係に配慮され、他事業所との違いがある。	

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
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	人事考課者制度設置。年2回上司との面接もやっている。個々の職員が、やりがいと向上心を持って仕事に取り組めるよう努めている。		
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	各種研修会、資格取得の受講通知を伝達し、希望があれば受講できる機会を設けている。		
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	2ヶ月に1度、グループホームネットワークに参加し、情報交換、勉強会及び交流を行っている。また、近隣のグループホームの空き状況の情報交換を行い、待機利用者の状況把握に努めている。		
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	新規入居時、体験入居期間を設けている。本人、家族から、情報収集に努め、アセスメントを行い、ケアプランに反映させている。		
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	入居決定後から、家族の不安に思っている事や、要望を聞きだし、ケアプランに反映させている。又、面会に来られた時に、近況報告を行っている。		
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	入所申込の際、話を伺いニーズに対して、必要なサービスの情報を伝える等、対応している。本人が望む生活の実現に向け対応している。		

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
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	毎朝、管理者と職員が利用者と一緒に転倒予防体操を行い、共に“転倒骨折ゼロ”を目指している。活動(料理・畑仕事等)や会話を通して、教えたり、教わったりしながら暮らしを共有している。		
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	本人との関わりがうすれないよう、外出、外泊、面会はいつでもできる事を説明している。誕生日や季節の行事には家族を招き、一緒に過ごせるよう工夫をしたり、盆、正月はご家族と過ごす事が出来るように働きかけを行っている。		
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	外出・外泊や面会等、制限することなく、友人、知人等、馴染みの人や場所が途切れないように必要に応じて家族にも協力頂くなど努めている。又、本人の居室に宿泊して一緒に過ごす事ができる。友人や家族との電話・手紙のやりとりが出来るように、働きかけを行っている。	近所の方の訪問、ショートステイ利用時に知人が訪ねて来たり、法人内の喫茶の場で知人と話をしたりと、これまでの関係性が途切れないつきあいが継続している。馴染みの美容院や洋品店などにも出掛け、手紙のやり取り、盆・正月には家族と過ごすなど、これまでと同じようなつきあいが続けられるよう支援している。	
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	職員間で利用者同士の関係を理解し、良好な関係が築けるようさりげなくフォローできるように努めている。		
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	サービス終了後、経過状況を確認し、本人、ご家族が安心、安定するまではフォローを行っている。		
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	活動を通し、思いや意向の把握に努めている。本人の意向に沿ったケアプランを作成し職員間で情報を共有しケアに努めている。意向に対しモニタリングを行い、困難等あればカンファレンスをし、本人本位のケアに努めている。	利用者の生活歴や価値観等は基本情報で把握すると共に、家族からも昔の話を聞き出すよう努めている。食事やおやつ、散歩時にふと漏らす言葉を記録し、利用者の思いや意向を把握して、ミーティング等で話し合い、思いの実現に向けて検討している。好きなことや得意なことを自由にやれる環境を作り出すよう努めている。	

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
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	入居前に本人と家族、及び担当ケアマネジャーと面談を行い、入居後も可能な限り情報収集に努めケアプランに反映させている。		
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	朝のミーティング、ケース記録、活動内容の記録、1W/1回血圧、検温測定。職員連絡ノート等にて情報の共有化を行っている。		
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	本人、家族から意向を伺っている。センター方式シートの様々なアセスメントシートを使用し介護計画に反映している。また、ケアプラン会議と題して、ケアマネジャー、看護師、担当職員等、他職種でカンファレンスを行っている。計画通りに進んでいなかったり、現状に合わない場合には、新たなものに作り変えている。	利用者の担当職員が利用者等の思いや要望を聞いて課題を分析し、「ひもときシート」も活用して介護計画を作成している。サービス内容は出来そうなこと、「今」出来ていることなどを中心に立案し、自立支援に繋がる計画となるよう努めている。月1回のモニタリング・評価、設定期間毎の計画の見直し、心身の変化に伴う臨機応変の見直しも行われ、現状に即した計画となっている。	月1回行われる実施状況の確認は、サービス提供の日々のチェックが不十分であるので、実施記録表等の様式作成を検討されることを期待したい。
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	ケース記録、活動内容の記録、職員連絡ノート等にて情報の共有化を行い、必要に応じてミーティング時、話し合い、ケアプランに活かしている。		
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	併設型の利点を活かし、利用者の状況に応じて、柔軟な対応を行っている。		
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	買い物、馴染みの美容室、馴染みのお店、地域交流等、安全面に配慮しながら、一人ひとりの意向に沿った支援を行っている。		

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
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し、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	本人や家族の意向に沿ったかかりつけ医である。現在、3人の医師が往診にみえている。受診は家族対応して頂くのが基本だが、緊急時やむを得ない場合は職員が対応している。受診時、主治医に情報提供書を作成し渡しており、受診後、主治医から返書を頂く等、医師と連携を図っている。	利用者等の希望するかかりつけ医となっている。往診してくれる医師も居るが、受診は家族の付き添いが基本であり、家族が遠方である方は付き添い代行サービスを利用している方も居る。医師への情報提供、受診結果の家族との情報の共有化など、医師・家族・事業所との連携は良好である。	
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	看護師を配置。利用者の健康状態の把握に努め、何かあれば即、対応できる体制である。		
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。	協力医療機関があり、入院や緊急時の受け入れなどの連携体勢が整っている。連携室担当者との共有を図っている。		
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	契約時に、重度化した場合や、ターミナルケアについて併設事業所との連携と合わせ説明を行っている。看取りに関する指針があり、本人の状態を見つうえで、改めて説明し同意書をお互いに見せあっている。看取りに関しては状況に応じて家族と相談し対応している。	重度化や終末期対応の明確な指針があり、法人全体で連携しながら対応出来る体制となっている。家族等との理解を得ており、具体的事例の発生した段階で、再度家族との詳細な話し合いが行われている。経験多い特養が併設されているので、職員の重度化等への対応は十分な理解を得られている。	
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	急変時のマニュアルに沿って対応できるよう、職員間で確認をしている。応急処置の仕方について、法人全体で研修を行っている。		
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	地域住民、消防署の協力のもと、年1回大規模な防災訓練を実施。毎月1回、夜間を想定し利用者と避難訓練を行っている。その他、防災について危険箇所の点検、非常口点検、通報訓練を行っている。火災発生時の役割分担の確認。夜勤者は勤務前、火災発生時の対応マニュアルを読む事を徹底している。夜間の避難経路の両側には、1m間隔でソーラーライトを設置してある。	年1回の地域住民の協力を得ての総合防災訓練、月1回の各種防災訓練、毎日の夜勤者の対応マニュアルの確認など職員の防災意識は万全である。自動通報装置・スプリンクラーの設置・避難経路のソーラーライト設置・食料の備蓄など防災への備えは十分整っている。夜間の手薄な時は併設事業所の応援を迅速に得られる体制が出来ている。	

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
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	人権尊重を念頭に、個々のプライバシーに配慮したケアを行っている。入浴時、排泄時は特に、本人の気持ちを大切にしているため、状況に応じて、同性介護等、柔軟に対応している。入室する時は、本人の許可を得て、入室するように心掛けている。	人権尊重は理念にも掲げられ、日々の業務の中で実践するよう取り組んでいる。入室時の利用者の許可、入浴や排泄時の同性介護への配慮、利用者の了解を得ての名前の呼び方など一人ひとりの人格や誇りに配慮した対応を心掛けている。個人の書類は鍵の掛かる保管庫に収納されている。	
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	何が食べたいか、何所へ行きたいか等、状況に応じて個々の希望や、思いなど伺っている。食事時、おやつ時、散歩時等の機会を捉えて気軽に希望を表し、自己決定ができるよう反応を観察しながら行っている。		
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	個々の希望に応じて施行している。本人の行きたい時に、仏壇へお参りに行ったり、利用者同士で、喫茶に出掛けたり、個々のペースに合わせ、ゆとりを持って対応出来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	個々の好みに応じて、本人に選んで頂いている。洋服、髪型、化粧、アクセサリー等、その人らしさを大切にしている。		
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	メニューは併設施設の栄養士が作成した献立を基にグループホーム独自にアレンジしている。利用者の状態に合わせて職員と共に食事作りやおやつ作りを行っている。又、食器の一部は自分の使い慣れた物を使用している。職員も一緒にテーブル席で会話を楽しみながら食事摂っている。月1～2回、お好み昼食や出前デー等の機会を設けている。	調理の下準備から片付け、おやつ作り、食材の買い物など利用者の出来る範囲で職員と一緒に、同じテーブルを囲んで食事を摂っている。お好み昼食会、流しソーメン、いも煮会、おはぎ・おやき・ニラせんべいなど利用者が楽しく食事が出来るよう、多彩な取り組みも行っている。基本献立は併設事業所の管理栄養士が作成し、畑で採れた作物・お裾分けの野菜・利用者の希望などを取り入れ、事業所でアレンジし、独自の献立を作っている。	
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	水分、食事量のチェックを行い、摂取状況の把握に努めている。食事量が少ない利用者には、好みの嗜好品等を食べて頂くように工夫している。		

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
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、歯磨きをするように声掛けと、個々の力に応じた口腔ケアの援助をして、習慣づけを行っている。		
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	排泄チェック表を活用し、個々の排泄パターンを把握し、すべて個別対応を行い、失禁を最小限に抑える努力をしている。声掛けにも配慮している。リハビリパンツ等は、個々の状態や、昼、夜等の時間に応じた物を使用し、自立支援に力を入れている。	排泄に関しては、布パンツ利用者が6名で、ほぼ自立しており、他の方も尿取りパットやリハビリパンツの利用で、一部介助や見守り対応で概ね自立している。排泄記録の継続チェックやタイミングを見ての声掛けなど現状を維持出来るよう、継続的支援が行われている。	
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	極力、薬に頼らず食物繊維を取り入れた食事を心掛けている。また、毎日便秘体操、腹部マッサージ等を行い、排便に繋がるよう取り組んでいる。改善されない場合は、主治医、家族と相談の上、薬等を処方して頂く。		
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	週6日入浴日を設け、殆どの利用者が毎日入浴している。体調不良等で、入浴できない時は、温かいタオルで体を拭いている。入浴時間は午後～夕食前まで利用者は、その時間内で入りたい時間を選んで頂いている。季節に応じて、楽しめるように行事湯を行う等、工夫している。	入浴は週6日、毎日ほぼ全員の方が入浴し、清潔の保持と入浴でのリラックスを満喫している。入浴拒否者は現在はなく、体調不良の時は清拭と着替えの対応をしている。重度化については、該当者は現在はいないが、併設施設の特浴を活用できる環境を持っている。菖蒲湯・ゆず湯などの季節を感じられる楽しみも取り入れている。	
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	身体状況や、生活習慣に合わせ、適宜、休息できるように支援している。日中の活動の中に散歩等、織り交ぜながら、夜間の安眠に繋がるように努めている。		
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	誰が何の薬を内服しているのか、職員が解るように薬の内容をケース台帳で確認できるようにしている。内服状況と現在の症状に変化がないか、常に職員間で観察を行い、変化時は看護師に報告。主治医と相談し連携を図っている。		

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
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	予め、本人の楽しみや、趣味、生きがいについて、本人や家族からリサーチし、日々の暮らしの中に取り入れ、力の発揮や、楽しみに繋げている。		
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	行事として遠出をすることもあるが、日常的に地域の保育園や中学校の音楽会・運動会等にも出掛け、近隣の方の声掛けで自宅の藤を観に出掛けることもある。日々の野外散歩を通し季節を肌で感じて頂いている。また、職員では対応しきれない場合は、家族に協力を求める事もある。	事業所周辺は果樹園が多く、交通量も少ないので、春から秋は散歩に最適であり、日常的に戸外に出る楽しみを味わっている。花見・紅葉狩り・バラ園見学・ブドウ狩り・外食など事業所を離れての外出もあり、気分転換や五感の刺激の機会となっている。保育園児との交流・中学校の音楽祭や運動会・善光寺参りでの七五三の子どもなど、子どもと接触できる外出は利用者の心に潤いや活気をもたらしている。	
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	自己管理ができる利用者は、買い物、喫茶、お賽銭等、個々の希望に応じて施行。自己管理不十分な利用者に対しては、買い物時に一緒に付き添いをする時、お財布を渡し購入が済んだら、預かるようにしている。		
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、その都度、いつでも電話の利用が出来る。月1で家族に手紙を書いている利用者もいるが、字を書きたがらない利用者も手紙があると喜んで。年始の挨拶状は、どの利用者も出せるよう支援している。		
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	日中、利用者の要望により、小まめに電気を消している。照明は、間接照明を使用。心地よく、落ち着ける場としている。各々が好きな場所でくつろげるように努めている。壁飾りは、季節感を取り入れ、利用者と職員が共同で作品を作っている。トイレは薄暗く、電気を使わない利用者が居るため、足元センサーを使用している。	居間兼食堂は、利用者がゆったり落ち着いて、自由に過ごす場になっており、大きな掃き出し窓から暖かな光が差し込み、吹き抜けの高い天窓からの光もあり、明るい空間になっている。例年飾る干支の貼り絵、大きな日付けの表示、廊下には各種の行事写真などがあり、テレビを観る人、調理の下準備をする人など思い思いに自分の生活を楽しんでいる様子が見えがえた。トイレの足元センサー、避難経路のゴム敷きやソーラーライトの設置など利用者が安全に、混乱なく暮らせるよう配慮されている。	
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	気の合う利用者同士が、気軽に会話ができるように、テーブル席の配置等、気配りをし自由に穏やかに過ごせるようにしている。		

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
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	利用者自身の家具や思い出の写真、仏壇等を持ち込んだり、ご家庭で使用していた馴染みのある物を持ち込んで頂いている。入居後に作った作品や習字、誕生カードも居室に飾り対応している。家族が宿泊の際は本人の部屋で一緒に休んでいただいている。	居室は収納スペース以外は全て利用者の馴染みの物を持ち込んでおり、壁には写真・習字・誕生カードなどが貼られている。大きな収納スペースにより、衣類等の夏・冬物の持ち込みが可能である。各居室の壁紙は全て異なり、入口の表札も利用者の目線に合わせて設置し、自分の部屋であることを実感できるように配慮されている。洋風の出窓、整理整頓の行き届きなど、落ち着いた雰囲気のある居室になっている。	
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	「出来ること」「出来そうなこと」をアセスメントし、持てる力を最大限に発揮し、出来る限り自立した生活を過ごせるように支援している。		

目標達成計画

作成日: 平成25年3月22日

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	10	介護計画の実施状況の確認において、月々のケアプランの評価の他に、日々の実施状況の記録様式を検討したい。	職員が記載しやすく、確認しやすい、実施記録を検討していく。	同法人の特養や老健等の他事業所や近隣の事業所の実施記録等を参考にする。	6ヶ月
2					
3					
4					
5					

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。
目標達成計画